

**CARTEIRA DE SERVIZOS DE  
FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN  
PRIMARIA E COMUNITARIA  
DO SERVIZO GALEGO DE**

## AUTORES

- Guillermo Bilbao Ogando, Fisioterapeuta Atención Primaria. Centro de Saúde de Carballedo. Profesor asociado na Facultade de Fisioterapia na Universidade de Vigo.
- Pablo Rodrigo Pérez Mariño, Fisioterapeuta. Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Profesor asociado na Facultade de Fisioterapia na Universidade de Vigo.
- M<sup>a</sup> Fernanda Filgueiras Gándara, Fisioterapeuta Atención Primaria. Centro de Saúde O Ventorrillo.
- Sara Rey Veiga, supervisora de Área de Rehabilitación. Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés.
- Alicia Martínez Rodríguez, profesora titular na Facultade de Fisioterapia da Universidade da Coruña.
- M<sup>a</sup> Isabel Díaz Formigo, Fisioterapeuta Atención Primaria. Centro de Saúde de Xinzo de Limia.
- Ana Lista Paz, profesora axudante doutor na Facultade de Fisioterapia da Universidade da Coruña.
- Asenet López García, profesora colaboradora na Facultade de Fisioterapia da Universidade da Coruña.
- Rubén García Iglesias, Fisioterapeuta Atención Primaria.
- Josefa Fernández Segade, xefa do Servizo de Recursos Asistenciais. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.
- Alfonso Alonso Fachado, subdirector xeral de Xestión Asistencial e Innovación. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Este documento foi presentado no Consello Técnico de Atención Primaria o 21 de novembro de 2023.

## ÍNDICE

|                                                                                                                                                                  | páxina |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1. Introducción                                                                                                                                                  | 4      |
| 2. Obxectivos                                                                                                                                                    | 12     |
| 3. Criterios xerais de inclusión e exclusión de pacientes nas UFAP                                                                                               | 13     |
| 4. Programas                                                                                                                                                     | 15     |
| 4.1. Programa de detección precoz do sedentarismo e da inactividade; promoción da actividade física e prescrición de exercicio terapéutico no ámbito comunitario | 15     |
| 4.2. Programa para a prevención do deterioro funcional                                                                                                           | 18     |
| 4.3. Programa para prevención da fragilidade e risco de caídas na persoa maior                                                                                   | 20     |
| 4.4. Programa afrontamento activo da dor crónica musculoesquelética non-oncolóxica con características de sensibilización central                                | 26     |
| 4.5. Programa de patoloxía neuromusculoesquelética traumatolóxica aguda                                                                                          | 30     |
| 4.6. Programa de patoloxía neuromusculoesquelética aguda, subaguda e crónica                                                                                     | 30     |
| 4.7. Programa de atención a persoas con problemas respiratorios crónicos                                                                                         | 32     |
| 4.8. Programa cardiovascular                                                                                                                                     | 35     |
| 4.9. Programa de solo pelviano                                                                                                                                   | 39     |
| 4.10. Programa de atención a coidadoras/es informais de pacientes dependentes                                                                                    | 40     |
| 4.11. Programa de educación para a saúde (EPS)                                                                                                                   | 42     |
| 5. Indicadores                                                                                                                                                   | 43     |
| 6. Bibliografía                                                                                                                                                  | 47     |

## INTRODUCCIÓN

### QUE É A ATENCIÓN PRIMARIA DE SAÚDE

Na Conferencia Internacional sobre Atención Primaria (AP) de Saúde que se celebrou en Alma-Ata en 1978 definiuse a atención primaria de saúde como a “atención sanitaria esencial, baseada na práctica, na evidencia científica e na metodoloxía e a tecnoloxía socialmente aceptables, accesible universalmente aos individuos e ás familias na comunidade a través da súa completa participación”. É o primeiro nivel de contacto dos individuos, das familias e das comunidades co sistema nacional de saúde, achegando a atención sanitaria o máximo posible ao lugar onde as persoas viven e traballan, constituíndo o primeiro elemento do proceso de atención sanitaria continuada” (OMS-UNICEF, 1978: 3-4). Posteriormente, desde unha perspectiva funcional, a AP conceptualizouse como o nivel do sistema sanitario que resulta accesible a todo novo problema e necesidade (polo que supón a entrada ó sistema sanitario ou o primeiro contacto) e que se constitúe como punto de continuidade na atención das necesidades presentadas, que presta unha atención ao longo do tempo centrada na persoa (Starfield, 2001). Ademais, tres aspectos suplementarios engádense como funcións esenciais da AP para a valoración da súa fortaleza como son a orientación familiar, comunitaria e a competencia cultural (Shi, Starfield e Xu, 2001).

A AP é o nivel do sistema de saúde máis accesible e posúe a capacidade de resolución técnica necesaria para a abordaxe integral dos problemas de saúde máis habituais e para manter a saúde. Para mellorar a saúde a atención primaria debe enfocarse á saúde das persoas no seu contexto global, é dicir, no medio físico e social no que viven e traballan, máis que nas enfermidades específicas (Starfield 2001). Tense atopado que a forza de orientación cara a AP do sistema sanitario está asociada con melloras nos resultados de saúde (Macinko et al., 2003), por exemplo, na taxa de mortalidade xeral, na taxa de mortalidade prematura xeral e na específica para as enfermidades respiratorias e cardiovasculares, ademais de existir maior satisfacción do paciente, con menor custe total en saúde e con maior equidade (Atun, 2004). Polo tanto, un sistema sanitario fortemente baseado na AP consegue facilitar os obxectivos

esenciais dos sistemas sanitarios, como son a mellora da saúde poboacional, da equidade e todo isto con unha redución dos custos (Shi, 2012).

As claves da eficiencia da AP son as súas características funcionais: o primeiro contacto, a integridade, a lonxitudinalidade e a coordinación (Starfield, 2012).

En canto aos servizos que debe proporcionar a AP, inclúese tanto a promoción da saúde, como a prevención da enfermidade, o mantemento da saúde, o consello, a educación do paciente, o diagnóstico e tratamento de patoloxía aguda e crónica nunha variedade de ámbitos de atención, como por exemplo, a nivel ambulatorio, na atención crítica, na atención a longo prazo, na domiciliaria... (Aafp.org, 2019).

## **NORMATIVA DA AP E DA FISIOTERAPIA NA AP**

En España a reestruturación do sistema para reforzar o nivel de atención primaria prodúcese a partires de 1984. Neste ano promulgouse o Real Decreto 137/84, de Estruturas Básicas de Saúde, que estableceu a delimitación da Zona de Saúde para cubrir a entre 5.000 y 25.000 habitantes (tamén tendo en conta criterios xeográficos e sociais), onde se localiza o Centro de Saúde que é a base do traballo en equipo de profesionais sanitarios e non sanitarios. A *Lei 14/1986 Xeral de Sanidade* consolida esta visión organizativa e o funcionamento da AP en fórmula de traballo en equipos multidisciplinares, en tres localizacións principais: nos Centros de Saúde (e Consultorios), na comunidade e no propio domicilio do paciente. O seu artigo 56 establece que “os centros de saúde desenvolverán de forma integrada e mediante o traballo en equipo todas as actividades encamiñadas á promoción, prevención, curación e rehabilitación da saúde, tanto individual como colectiva da zona básica, para o cal serán dotados dos medios persoais e materiais que sexan precisos para o cumprimento de dita función”. Os Equipos de Atención Primaria (EAP) están integrados basicamente por médicos de familia, enfermeiros e persoal non sanitario administrativo e auxiliar, variando levemente a composición segundo a Comunidade Autónoma. Poucos anos máis tarde a fisioterapia incorporase na atención primaria coa Circular 4/91 sobre ordenación das actividades do fisioterapeuta na Atención Primaria, que recolle as funcións dos fisioterapeutas como profesionais de apoio e cobertura de un ou máis centros de saúde. Esta orden se indica que

a dedicación á labor asistencial na consulta de fisioterapia, sala de fisioterapia, e domicilios programados debe supor un máximo do 70% do horario laboral, mentres que as labores de prevención e promoción da saúde, labores administrativas, de xestión, formación e investigación, teñen que supor un mínimo de 30%.

Coa transferencia das competencias en materia de sanidade ás CCAA deuse continuidade ao modelo INSALUD de regulación da fisioterapia asumindo dita normativa. En Galicia a normativa que recolle a figura do fisioterapeuta en atención primaria ten lugar co Decreto 200/93, de ordenación da atención primaria na Comunidade Autónoma de Galicia, onde se recoñecen as Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria (UFAP) se ben non regula as accións propias desta profesión en atención primaria. O Ministerio con competencias en Sanidade estableceu no ano 2006 a carteira de servizos básicos da fisioterapia no Real Decreto 1030/2006, de establecemento da carteira de servizos comúns do Sistema Nacional de Saúde. Inclúense como servizos comúns na AP, entre outros, os seguintes: atención sanitaria a demanda, programada e urxente tanto na consulta como a nivel domiciliario; indicación ou prescrición e realización de procedementos diagnósticos e terapéuticos; actividades en materia de prevención, promoción da saúde, atención familiar e atención comunitaria; rehabilitación básica; atencións e servizos específicos relativos á muller, a infancia, a adolescencia, os adultos, a terceira idade, os grupos de risco e os enfermos crónicos. A participación do fisioterapeuta no equipo interdisciplinar da AP contribúe á súa consecución en todas estas facetas, de maneira concreta na rehabilitación básica inclúense as seguintes áreas: prevención do desenvolvemento e progresión dos trastornos musculoesqueléticos; tratamentos fisioterapéuticos para o control de síntomas e mellora funcional en procesos crónicos musculoesqueléticos; recuperación de procesos agudos musculoesqueléticos leves; tratamentos fisioterapéuticos en trastornos neurolóxicos; fisioterapia respiratoria; orientación/formación sanitaria ó paciente e coidador/a, no seu caso.

Posteriormente, o *Real Decreto-Lei 16/2012, de medidas urxentes para garantir a sostibilidade do Sistema Nacional de Saúde e mellora a calidade e seguridade das súas prestacións*, diferencia entre a carteira común básica de servizos asistenciais (financiada

completamente), a carteira común suplementaria suxeita a achegas do usuario e a carteira común de servizos accesorios. As actividades de prevención, diagnóstico, tratamento e rehabilitación realizadas en centros sanitarios ou sociosanitarios son considerados carteira común básica de servizos asistenciais, e deben prestarse baixo un enfoque multidisciplinar, centrado no paciente, garantindo a máxima calidade e seguridade na súa prestacións, así como nas condicións de accesibilidade e equidade para toda a poboación cuberta. Así mesmo, indicase que as CCAA poderán incorporar, ademais da carteira común de servizos asistenciais, servizos complementarios.

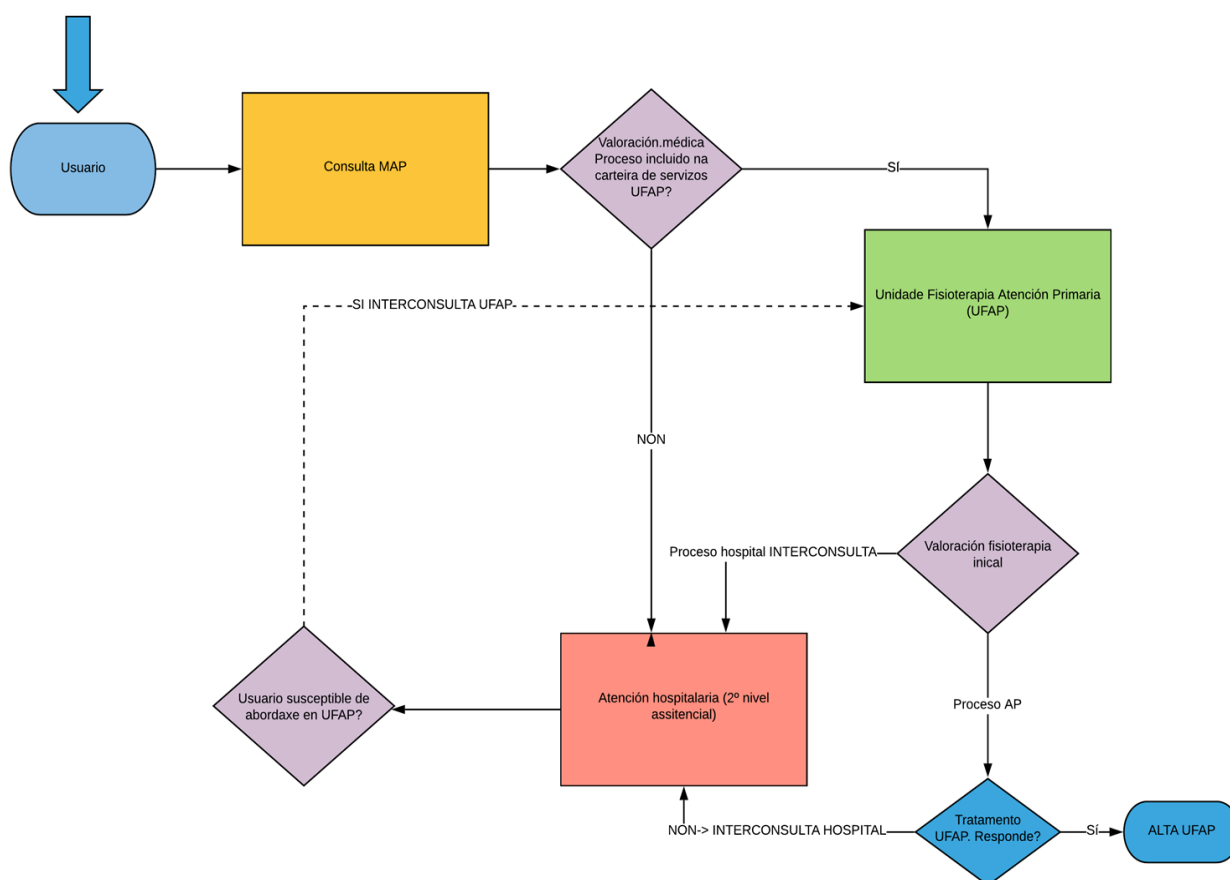
*A lei 44/2003, de ordenación das profesións sanitarias, especifica no artigo 7 que o diplomado en fisioterapia prestará os cuidados propios da súa disciplina, a través de medios e axentes físicos, dirixidos á recuperación e rehabilitación de persoas con disfuncións ou discapacidades somáticas, así como á prevención das mesmas. A Orden CIN/2135/2008, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para o exercicio da profesión de Fisioterapeuta reconece a autonomía do fisioterapeuta no seu campo de actuación en calquera ámbito. Especificamente recollese a responsabilidade do proceso completo da intervención en fisioterapia para os graduados en Fisioterapia, desde a valoración e diagnóstico, pasando polo deseño, dirección, execución do plan de intervención, ata a valoración da evolución e a elaboración do informe da alta. Ademais, tamén se contempla a elaboración de protocolos de fisioterapia baseada na evidencia, a investigación e a xestión clínica.*

## **CARTEIRA DE SERVIZOS**

O desenvolvemento da carteira de servizos de fisioterapia faise imprescindible. É preciso incluír nela todas aquelas condicións de máis alta prevalencia que poden ser abordadas polo fisioterapeuta na AP, e que paralelamente son as que máis presión poñen sobre o primeiro nivel asistencial. Isto contribuiría indiscutiblemente a unha redución nas derivacións innecesarias aos servizos hospitalarios e unha xestión mais racional dos recursos da AP. Por tanto, faise necesario un proceso de rediseño dos servizos das UFAP e da súa relación co EAP que debe estar apoiado en documentos de referencia. Descríbense as principais novidades que inclúe esta carteira de servizos das unidades de fisioterapia de atención primaria:

**1. Elaboración dun protocolo de derivación e acceso ás UFAP.** Faise preciso mellorar as normas de derivación e coordinación para mellorar a xestión das unidades e axilizar deste xeito a atención ao proceso clínico e acurtar así o período de recuperación e a discapacidade aparelhada. É preciso aproveitar os recursos máis apropiados, seguros e máis eficientes segundo as necesidades de saúde atendidas, os medios dispoñibles e o momento correcto para a súa inclusión. Deste xeito, os procesos menos prevalentes, que impliquen maior risco ou que requiran de recursos hospitalarios ou de especialización vertical dos profesionais, serán atendidos no segundo ou terceiro nivel asistencial. A promoción de saúde, á adaptación á vida familiar e comunitaria trala resolución de problemas de saúde e a abordaxe das necesidades de saúde máis prevalentes que podan realizarse con seguridade e desde unha especialización de tipo horizontal e recursos dispoñibles na UFAP, serán abordados no primeiro nivel. Deberá orientarse a o tratamento de patoloxías non complexa.

O fluxo de derivacións do paciente en relación coa entrada e saída da UFAP representase no seguinte diagrama





#### **Aclaracións sobre a derivación á UFAP:**

- A derivación realizarase sempre mediante **interconsulta** dirixida á Unidade de Fisioterapia de AP (non a Rehabilitación) onde deberá especificarse un **diagnóstico** por paciente
- Deberán evitarse as **duplicidades** de interconsultas a UFAP e Rehabilitación, UFAP e UME, UFAP e Traumatoloxía, etc..
- Se o servizo de Rehabilitación (segundo nivel asistencial) considera que un paciente, despois de ser valorado, é susceptible de ser abordado na Unidade de Fisioterapia de AP en concordancia coa carteira de servizos e cumprindo cos criterios de inclusión establecidos, poderá ser interconsultado coa UFAP correspondente tras ser dado de alta por dito proceso no servizo de Rehabilitación, o cal quedará reflexado no curso clínico, pasando o seguimento de dito proceso a ser responsabilidade integral e exclusivamente da UFAP e do MAP.
- O paciente entregará a solicitude de atención pola UFAP, na administración do centro de saúde onde facilitarán a cita para a primeira consulta (acto PRI).
- A patoloxía aguda que se derive a UFAP para valoración e intervención de Fisioterapia será aquela que se estime se vaia resolver en 2-3 semanas

**2. Establecemento da posibilidade de realizar unha interconsulta entre as UFAP e os Servizos hospitalarios en caso necesario.** Unha adecuada e áxil comunicación entre as Unidade de fisioterapia de atención primaria e os servizos que deriven pacientes (nomeadamente rehabilitación, neumoloxía, cardioloxía e traumatoloxía) será fundamental para ter elevados niveis de calidade.

**3. A implantación de novas formas de citación directa polos pacientes ás UFAP.** Faise necesario a potenciacións do acceso dos pacientes de forma directa ás UFAP, de forma que se potencie a autonomía de funcionamento destas. Esta deberá ir en liña co desenvolvemento do XIDE como modelo de citación para determinadas patoloxías que se definirán no grupo de traballo e pola Axenda de calidade da Fisioterapia de atención primaria.

**4. O establecemento da figura de coordinador de Fisioterapia de atención primaria.** Debido á súa complexidade de xestión e á necesidade de traballo conxunto tanto con determinados

servizos hospitalarios ou con outras unidades de atención primaria, como pediatría ou matronas, faise necesario a existencia dunha figura dentro de cada Xerencia de Área Sanitaria con capacidade de coordinación das actividades asistenciais en atención primaria.

**5. Implantarase unha estratexia formativa naquelas actividades de “non facer”.** Unha Recomendación de Non Facer é unha indicación de abandonar unha práctica clínica de escaso valor. O escaso valor determíno o feito de que a práctica non reporte ningún beneficio coñecido para os pacientes e/o lles poña en risco de sufrir danos e ademais poida supoñer un malgaste de recursos, sanitarios e/o sociais.

**6. Definición dun catálogo de recursos materiais para as UFAP.** A nova carteira de servizos de atención primaria precisará de adecuar o equipamento das UFAP a esta, que permita a implantación de forma gradual do conxunto de actividades reflexadas neste documento nas respectivas Unidades. Xunto a isto, recollerase o catálogo como modelo dos novos centros de saúde que se constrúan.

**7. Unha carteira de servizos de fisioterapia na AP do Sergas.** Considerando o coñecemento exposto e tendo en conta que o escenario onde se leve a cabo a abordaxe terapéutica debe ofrecer seguridade, así como privacidade e confort ao paciente (World Confederation for Physical Therapy, 2011).

Na fisioterapia de atención primaria abordaranse as seguintes accións e procesos:

### **ACCIÓNS**

No **ejo domiciliario** a prevención da enfermidade, a discapacidade e a promoción da saúde, así como a capacitación de familiares e do propio paciente para a xestión do seu proceso de saúde-enfermidade.

No **ejo comunitario**, a prevención da enfermidade e discapacidade e a promoción da saúde participando nas accións do EAP, na formulación das políticas públicas e proporcionando servizos de consulta para as organizacións comunitarias.

No **ejo ambulatorio** as accións tanto de carácter individual como grupais para a educación para a saúde, a prevención das enfermidades e discapacidades e a abordaxe dos trastornos

máis comúns da poboación galega que non requiran unha abordaxe de especialización vertical nin a axuda de profesionais de apoio.

No **eido formativo**, ademais de establecerse como recurso formativo no enfoque físico e funcional para os integrantes do equipo interdisciplinar co fin de coordinar as accións conxuntas dos membros do EAP, constituirase como recurso docente para outros profesionais sanitarios, asociacións ou entidades en relación aos fins e beneficios da fisioterapia e os roles do fisioterapeuta. Así mesmo, participará na educación ou supervisión dos estudantes de fisioterapia e identificará as propias necesidades formativas para manter ou ampliar o seu coñecemento e competencias.

No **eido investigador**, participando en accións de investigación co obxectivo da mellora da saúde, a calidade de vida e a equidade en saúde da poboación galega así como a eficiencia no uso dos recursos sanitarios.

No **eido da xestión**, establecendo canais de comunicación principalmente cos membros do EAP para a correcta derivación dos pacientes aos servizos ou profesionais máis indicados ou para a correcta continuidade da súa atención.

É fundamental a reforma das Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria (UFAP), para adaptalas ás necesidades dunha poboación cada vez máis envellecida e con patoloxías dexenerativas, que cursan con dor crónico.

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

Por este motivo nas UFAP implantaranse diversos programas para a prevención das patoloxías máis prevalentes.

Esta carteira común de servizos de UFAP terá unha implantación progresiva, segundo a formación recibida polos/as profesionais das UFAP. Da mesma forma, poderá ser modificada en función das necesidades detectadas por parte dos/as fisioterapeutas de atención primaria e os indicadores avaliados.

## OBXECTIVOS

1. Homoxeneizar os procedementos de traballo dentro da fisioterapia de Atención Primaria.
2. Definir os criterios de derivación das unidades a UFAP
3. Establecer un marco xeral de actuacións das UFAP que poida ser adaptado nas distintas Áreas Sanitarias.
4. Determinar os criterios de inclusión en cada un dos programas asistenciais.
5. Instaurar un sistema de derivación bidireccional entre as UFAP e os recursos de atención primaria e/ou hospitalaria.
6. Fomentar unha abordaxe máis activa da atención fisioterapéutica.

## CRITERIOS XERAIS DE INCLUSIÓN E EXCLUSIÓN DE PACIENTES NAS UFAP

Toda a poboación beneficiaria do Sergas que sexa susceptible de mellora tras unha actuación realizada nas UFAP.

Quedarán excluídos da atención nas UFAP os usuarios, segundo a valoración do FISIOTERAPEUTA, que:

- Estado físico e psíquico que non permita unha independencia nas actividades da vida diaria., segundo o índice Barthel, que obteñan unha puntuación superior a 90 na escala de Barthel. Anexo Índice de Barthel.
- Trastornos mentais graves non estabilizados.
- Procesos pos-cirúrxicos ou traumatolóxicos atendidos a nivel hospitalario.
- Obesidade mórbida.
- Procesos infecciosos activos.

- Diabetes inestable e/ou non controlada.
- Procesos respiratorios crónicos como asma non controlada ou EPOC non estable con niveis de saturación de oxíxeno por baixo do 88-90%.
- Patoloxía cardiolóxica inestable e/ou non controlada.
- Hipertensión arterial se os niveis sistólicos en repouso superan os 180 mmHg e/ou os diastólicos os 100 mmHg.
- Outros procesos que impidan o acceso ao centro ou non aconsellen a intervención.
- Limitacións diagnósticas e/ou terapéuticas que impidan ou condicionen a intervención.
- Procesos nos que se sobrepasen os recursos dispoñibles nas UFAP.
- Necesidade dunha abordaxe a nivel hospitalario.
- Ante a falta de resposta ao tratamento, agravamento ou aparición de complicacións tras o manexo do problema de saúde do usuario en atención primaria.
- Non obter o debido consentimento por parte do paciente ou titor legal para a abordaxe de fisioterapia, tras ser informado sobre as opcións terapéuticas e/ou preventivas dispoñibles para a súa necesidade de saúde.
- Patoloxías neurolóxicas do sistema nervioso central en estado agudo e subagudo
- Persoas con patoloxía abordadas noutro nivel asistencial:
  - Problemas circulatorios (linfedema, insuficiencia venosa periférica, insuficiencia arterial, tromboes venosa profunda, etc.).
  - Amputacións
  - Síndromes de dor rexional complexo.
    - Desviacións vertebrais en crecemento.
    - Queimados.

Estas exclusións deberán ser valoradas individualmente polo fisioterapeuta para as intervencións en educación sanitaria, prevención e promoción da saúde.

## PROGRAMAS

### **1. PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DO SEDENTARISMO E DA INACTIVIDADE; PROMOCIÓN DA ACTIVIDADE FÍSICA E PRESCRICIÓN DE EXERCICIO TERAPÉUTICO NO ÁMBITO COMUNITARIO**

#### **Definición, criterios de inclusión e exclusión.**

Para a detección do sedentarismo e da inactividade, durante a anamnese inicial aos usuarios que acudan a unha consulta ás UFAP, realizaráselles o cuestionario IPAQ cuestionario que sirva para coñecer o seu nivel de sedentarismo e de actividade/inactividade física.

Si é preciso como conclusión do resultado deste cuestionario, darase consello terapéutico adaptado promovendo a Actividade Física xeral e/ou específica.

O Exercicio Terapéutico refírese á prescrición e execución dun programa de actividade física realizado en suxeitos que sofren algún tipo de lesión ou enfermidade, co obxectivo de mellorar os síntomas, a función e frear o deterioro.

As decisións referidas ó exercicio terapéutico (ET) estarán baseadas en obxectivos individuais para lograr un desempeño óptimo. A dinámica do programa pode ser individual, grupal ou mixto (inicio individual, continuación grupal). O programa debe individualizarse para cada paciente e estruturar e programar de forma previa e razoada, para traballar de xeito ordenado co fin de mellorar aspectos como a mobilidade, o control motor, a forza e a capacidade de resistencia, a velocidade, coordinación, propiocepción, e os patróns de movemento; pero tamén co fin de mellorar os parámetros clínicos de estado de saúde xeral: peso, tensión arterial, glicemia, etc. e a dor en case tódalas súas expresión cun control adecuado dos signos e indicadores clínicos por parte do fisioterapeuta.

#### **Métodos de intervención:**

- **INTERCONSULTA:** calquera profesional de AP pode facer unha interconsulta á UFAP coa intención de que se valore a idoneidade de prescrición de Actividade Física e /ou Exercicio Terapéutico Adaptado a un usuario.

- **ACTO PROPIO DA UFAP:** o fisioterapeuta a cargo do paciente por calquera doenza pode prescribir exercicio terapéutico adaptado para realizar na propia UFAP, no domicilio ou no ámbito comunitario. No caso de detección de inactividade física ou sedentarismo dará consello terapéutico e facilitará ó usuario a información precisa sobre a actividade máis idónea, a dose e, en función do mapeo de recursos, en que lugar da Comunidade o usuario terá máis facilidade para levala a cabo.

A prescrición individualizada e adaptada de ET xa é un acto terapéutico habitual na práctica clínica dos fisioterapeutas nas UFAPs pero que dende agora forma parte da carteira de servizos de AP de maneira formal. O exercicio terapéutico é unha modalidade de tratamento primario para a gran maioría das condicións clínicas que requiren rehabilitación, tamén para o manexo actual da dor crónica de perfil musculoesquelética, e elemento preventivo de primeira liga en moitas condicións crónicas e prevalentes. O ET trata de eliminar, reducir a gravidade da alteración, as limitacións funcionais e a discapacidade; reducir a progresión da patoloxía primaria e previr afeccións secundarias e recidivas.

O ET implica ó paciente, que se converte en parte activa do programa.

O Exercicio Terapéutico Adaptado e supervisado por un profesional sanitario debe ser incluído como parte de calquera intervención que pretenda mellorar as funcionalidades dunha persoa e/ou mellorar a súa saúde.

En definitiva; promover e apoiar ás persoas con enfermidades crónicas para que sexan máis activas fisicamente xunto coa participación en exercicios terapéuticos estruturados, orientados segundo as necesidades e preferencias, é crucial. Tanto, o exercicio terapéutico coma a actividade física en xeral son unha parte evidente da solución á futura epidemia de enfermidades crónicas que non deben asumirse coma un resultado inevitable durante a vida.

### **Importancia da individualización do exercicio terapéutico:**

Tomando como exemplo a patoloxía dexenerativa osteoarticular; as persoas con artrose de cadeira e xeonllo adoitan ter comorbilidades crónicas. A actividade física e a terapia de exercicios non só melloran os síntomas e as deficiencias da osteoartrite, senón que tamén son eficaces para previr e tratar moitas condicións crónicas asociadas.

Axudar ás persoas con osteoartrite a ser máis activas fisicamente, xunto coa intervención programada mediante ET é de suma importancia, tendo en conta que a maioría das persoas con osteoartrite de cadeira e xeonllo non cumpren as recomendacións de actividade física. A educación do paciente para a súa adherencia ós programas de Actividade Física e Exercicio Terapéutico é a chave para lograr os efectos positivos sostidos sobre síntomas, deficiencias, niveis de actividade física e comorbilidades. Este aspecto é responsabilidade de tódolos profesionais sanitarios a cargo do usuario.

Actividades en prevención, promoción da saúde, atención á familia e atención comunitaria.

- Mapeo de recursos para a saúde relacionados principalmente coa promoción dunha actividade física saudable: parques bio-saudables, circuítos a pé e as súas características, centros de fisioterapia existentes na área de saúde, ximnasios, asociacións de pacientes, asociacións veciñais, asociacións deportivas, asociacións culturais e ONGs

- Educación sanitaria en centros educativos.

- Educación para a saúde para grupos de risco en centros cívicos e asociacións da área sanitaria.

- Actividades comunitarias para a prevención do estilo de vida sedentario.

Servizos asistenciais e prevención de complicacións en pacientes crónicos.

- O fisioterapeuta participará na avaliación funcional, axuste do esforzo, prevención do estilo de vida sedentario, prevención da deterioración funcional e mantemento da independencia en:

- EPOC
- Enfermidades metabólicas
- Hipertensión arterial
- Enfermidades cardíacas
- Dor musculoesquelética crónica
- Oncofraxilidade

Con este fin, desenvolveranse actividades de educación para a saúde e programas de exercicios físicos terapéuticos principalmente de acordo cos principios de progresión, recuperación, especificidade e individualización.



### **Poboación á que vai dirixida.**

O sedentarismo e a inactividade física son condicións non específicas de grupos de idade, sexo ou extracción social. Por eso este programa vai dirixido ó 100% dos usuarios do Sistema Público de Saúde de Galicia, de xeito que todas as persoas que pasen por unha UFAP serán entrevistados para obter esta información calquera que sexa o motivo de consulta polo que acudan, e será ademais motivo de consulta propio polo que os demais membros do Equipo de Atención Primaria poden interconsultar coas UFAP.

## **2. PROGRAMA PARA A PREVENCIÓN DO DETERIORO FUNCIONAL**

### **Definición, criterios de inclusión e exclusión.**

Moitas das condicións clínicas presentes na poboación cursan con doenzas secundarias que teñen como consecuencia unha redución das capacidades funcionais do paciente; resultado da dor persistente, a dificultade, imposibilidade ou mesmo o medo ó movemento, os sentimentos e condutas catastrofistas con respecto á dor, a ansiedade e a sensibilización do sistema nervioso, que ademais parecen ser os principais factores contribuíntes ó mantemento da dor e á aparición da discapacidade.

O Exercicio Terapéutico Adaptado é a ferramenta clínica, a cargo do profesional sanitario formado e capacitado para facelo que permitirá no Novo Modelo de Atención Primaria en Galicia, que os usuarios poidan mellorar as súas capacidades funcionais minguadas por motivos como unha patoloxía, un ingreso hospitalario, unha intervención cirúrxica que non teña protocolizada unha rehabilitación específica no ámbito hospitalario ou calquera circunstancia que derive nunha situación de capacidades reducidas e mellorables con Exercicio Terapéutico Adaptado

Os **obxectivos** son:

- Mellorar o estado físico, mellorar o estado de saúde xeral, a condición física e a sensación de benestar.
- Prever complicacións e reducir o uso de medios sanitarios a posteriori.
- Mellorar e restaurar a función física

- Evitar, atrasar ou minimizar a perda de funcionalidade
- Mellorar e optimizar as capacidades funcionais

En canto ás actuacións no ámbito comunitario; a intervención coas familias para atención e soporte de pacientes no domicilio, adaptación de vivendas, có obxectivo de manter a autonomía e a independencia no seu entorno, e evitar a súa institucionalización.

### **Población á que vai dirixida.**

- Pacientes que cumpran os criterios xerais de inclusión para o acceso ás UFAP
- Persoas con alteracións ou limitacións funcionais diagnosticadas. *\*Correlacionar con I. Barthel*
- Persoas que non teñen diagnóstico de alteración funcional pero que requiren da educación preventiva e a prescrición de exercicio para recuperar as capacidades minggadas
- Pacientes estabilizados que teñan pasado por un ingreso hospitalario con ou sen intervención cirúrxica unha vez teñan sido dados de alta tanto do servizo onde estivo ingresado como do servizo de Rehabilitación hospitalario no caso de que o paciente estivese nun tratamento rehabilitador.
- Pacientes que teñan programada unha intervención cirúrxica para a que un programa básico de Prehabilitación a través de exercicio funcional ou terapéutico poda supoñer unha mellora clara no pronóstico clínico ou funcional postoperatorio e que non estea contemplado nos protocolos do nivel hospitalario.

## **3. PROGRAMA PREVENCIÓN FRAXILIDADE E RISCO DE CAÍDAS NA PERSOA MAIOR**

### **Introdución**

O programa de prevención da fraxilidade e risco de caídas na persoa maior nace do *Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor* aprobado polo Consello Interterritorial del Sistema Nacional de Salud o 11 de xuño de 2014. Este documento enmarcase no plan de implantación da *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS* no marco do Abordaxe da Cronicidade no SNS que propón un

desenvolvemento progresivo de intervencións dirixidas a gañar saúde e previr enfermidades, lesións e discapacidade.

O envellecemento mundial é un logro, mais tamén é un reto polos cambios que implica en canto a esixencias económicas e sociais, e a presión que isto vai implicar nos sistemas sanitarios.

O noso país ten unha das esperanzas de vida máis altas a nivel mundial, sen embargo non está tan ben posicionado cando o parámetro que se mide é a esperanza de vida con boa saúde. Un dos obxectivos aos que temos que aspirar como sociedade é a conseguir aumentar os anos de vida libres de discapacidade, é dicir, envellecer mantendo a autonomía e a independencia. Con este programa pretendemos implementar na AP do SERGAS o documento de consenso elaborado polo Consello Interterritorial no marco da Estratexia de Promoción e Prevención á que nos referíamos ao comezo.

### **Fraxilidade**

O estado de fraxilidade defínese como un síndrome clínico-biolóxico caracterizado por unha redución da resistencia e das reservas fisiolóxicas do adulto maior ante situacións estresantes, a consecuencia do acumulativo desgaste dos sistema fisiolóxicos causando un maior risco de sufrir eventos adversos para a saúde tales como: caídas, discapacidade, hospitalización, institucionalización e morte. É unha situación de pre-discapacidade que nos permite identificar a un sub-grupo de maiores de 65 anos que conservan a súa independencia dun xeito inestable e están en risco de perda funcional. A súa importancia reside en 4 aspectos principais: centrase na funcionalidade en lugar do diagnóstico de enfermidade; é un mellor predictor de eventos adversos de saúde a curto, medio e longo prazo que a co-morbilidade ou multi-morbilidade; é detectable mediante un cribado baseado en probas físicas de execución funcional; é susceptible de intervención, e potencialmente reversible, actuando sobre o seu principal factor de risco, que é a inactividade, mediante un programa de actividade física multi-compoñente de carácter grupal.

### **Risco de caídas**

As caídas son unha das principais causas de discapacidade nas persoas maiores e atópanse fortemente asociadas á fragilidade. Estas caídas nas persoas maiores teñen consecuencias graves; máis dun 70% resultan en fracturas, feridas e escordaduras que precisan atención sanitaria, e máis da metade van experimentar secuelas. En persoas maiores, a fractura de cadeira é a causa máis habitual de ingreso nos servizos hospitalarios de COT, e ten consecuencias moi importantes tanto sociais como económicas estimándose que o 90% destas fracturas débense a caídas. Nun estudo de 2008 calculouse que o custo medio por paciente por causa da fractura de cadeira era de 8.365€.

### **Obxectivo**

Detección e intervención sobre a fragilidade e o risco de caídas nas persoas maiores co fin de evitar ou atrasar o deterioro funcional e promover a saúde en maiores de 70 anos.

Propónse un protocolo de cribado da fragilidade e risco de caídas xunto con unha intervención preventiva no ámbito da AP.

### **Poboación diana e ámbito de actuación**

Persoas maiores de 70 anos que acudan ao Centro de Saúde. O ámbito de actuación será a Atención Primaria e entorno comunitario en coordinación cos recursos hospitalarios oportunos.

### **Criterios de inclusión e exclusión no programa**

Incluíranse todas as persoas maiores de 70 anos que obteñan unha puntuación superior a 90 na escala de Barthel.

Excluíranse todas as persoas maiores de 70 anos que obteñan unha puntuación inferior a 90 na escala de Barthel, é dicir, dependentes nas ABVD que non se van beneficiar da intervención para reverter a fragilidade. Tamén se excluírán todas aquelas persoas maiores nas que a realización de actividade física este contraindicada.

### **Profesionais que poden derivar**

- Médico de Atención Primaria
- Enfermería de Atención Primaria

### **Recursos humanos e materiais**

#### Recursos humanos:

- Fisioterapeutas con formación en fraxilidade.
- 1 Fisioterapeuta/ 5 pacientes.

#### Recursos materiais:

- Sala de 30m cadrados mínimo.
- 6 Bandas elásticas y/o mancordas
- 6 Esterillas
- 6 Sillas
- Glucómetro, pulsioxímetro, tensiómetro
- 6 Pelotas
- 6 Balones Bobath
- 6 Picas de 70cm. Aprox.
- 6 pares Bastones de marcha
- 6 Step con pasamanos
- Mesa, silla, ordenador, teléfono

### **Normas de calidade con aclaracións e excepcións se procede (definición do protocolo-descripción xeral da intervención)**

O protocolo se pode dividir en tres partes principais:

1. Determinación da inclusión no programa. En primeiro lugar realizarase unha valoración das actividades básicas da vida diaria (ABVD) utilizando o cuestionario autorreferido de Barthel. Esta valoración será realizada por calquera dos membros do equipo de AP:

◦ Se a persoa obtén unha puntuación maior ou igual a 90, procederase a realizar o cribado de fraxilidade

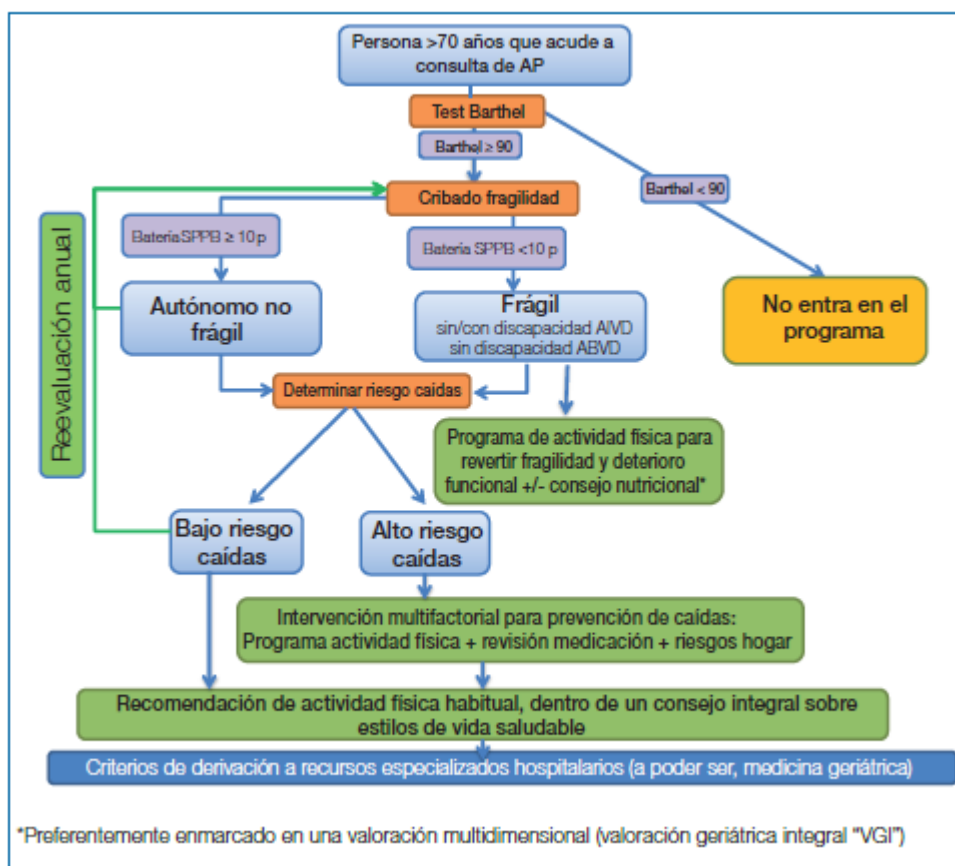
◦ Se a puntuación é inferior a 90, considerase dependente para as ABVD, e a persoa non se incluíra no programa porque non se beneficiaría da intervención para reverter a fragilidade

2. Cribado de fragilidade. Realízanse probas físicas para determinar a condición de fragilidade ou limitación funcional. Serán realizadas polo fisioterapeuta de AP nunha consulta programada. Utilízase de forma preferente a batería de probas funcionais Short Physical Performance Battery (SPPB) que testa o equilibrio, a velocidade da marcha e erguerse dunha cadeira. Esta batería funcional está validada para detectar fragilidade, ten alta fiabilidade para predicir discapacidade e pódese realizar dun xeito adecuado na AP (8,9)- Alternativamente, pódese utilizar o Timed Up and Go Test (TUG) ou a proba de velocidade da marcha en 4 metros. En caso de que o centro de saúde non teña as condicións de espazo físico necesarias para realizar as probas funcionais, poderase facer o cribado mediante unha escala auto-referida de fragilidade, cuestionario FRAIL o SHARE (anexo).

3. Valoración do risco de caídas. Realízase despois do cribado de fragilidade realizando tres preguntas:

- ¿Sufriu algunha caída no último ano que precisara atención sanitaria?
- ¿Sufriu dúas ou máis caídas nun ano?
- ¿Ten algunha alteración da marcha que considere importante? A resposta a esta pregunta será afirmativa se a proba da marcha do cribado de fragilidade é positiva

## Algoritmo de intervención



### Intervención para prever o deterioro funcional

Despois de realizar o cribado, a persoa incluírase nun dos seguintes grupos:

#### 1. Persoas autónomas non fráxiles.

SPPB  $\geq 10$  ptos (ou TUG  $< 20$  segundos ou velocidade da marcha  $4m \geq 0,8m/s$ ).

- Valoración do nivel habitual de actividade física e consello
- Valoración da alimentación e consello
- Consello integral de estilos de vida saudable

#### 2. Persoas fráxiles.

SPPB  $< 10$  ptos (ou TUG  $\geq 20$  segundos ou velocidade da marcha  $4m < 0,8m/s$ )

- Inclusión no programa de exercicio físico multicomponente: resistencia cardiovascular,

forza muscular, equilibrio e flexibilidade durante un período de aprendizaxe de 8-12 semanas que despois deberá continuar nos recursos comunitarios dispoñibles.

- Consello con recomendacións para programa de exercicio físico multicomponente cando a persoa non poda asistir por calquera motivo ao programa na UFAP.
- Se programará unha visita de seguimento aos 6 meses onde se repetirán as probas funcionais do cribado e avaliaranse os cambios nas puntuacións.

### **Intervención para a prevención de caídas**

Tras realizar a valoración do risco de caídas, a persoa se clasificará en:

#### **1. Persoa con baixo risco de caídas**

Resposta negativa ás tres preguntas. Valoración e consello sobre nivel habitual de actividade física e alimentación saudable. Consello integral sobre estilos de vida saudable

Nova valoración 1 ano máis tarde

#### **2. Persoas con alto risco de caídas**

Resposta afirmativa a calquera das tres preguntas. Intervención preventiva:

- Programa de actividade física multicomponente
- Revisión da polimedicación por parte do médico de familia. Criterios STOPP/START
- Revisión de riscos do fogar mediante cuestionario (anexo)

Valoración anual da intervención

criterios derivación servizos hospitalarios

## **4. PROGRAMA AFRONTAMENTO ACTIVO DA DOR CRÓNICA MUSCULOESQUELÉTICA NON-ONCOLÓXICA CON CARACTERÍSTICAS DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL**

### **Definición e obxectivos**

A dor crónica musculo-esquelética é un problema que afecta arredor dun 20% da poboación dos países occidentais, afectando negativamente ao nivel da saúde física e mental de quen o sofre causando discapacidade e perda de calidade de vida, sen esquecer tamén o grande impacto económico xerado polos custes directos e indirectos desta condición entre os que destacan o consumo de recursos sanitarios e o absentismo laboral por razóns de saúde. Esta condición, especialmente a dor crónica de columna, é un dos principais motivos de consulta entre os médicos especialistas en medicina familiar e comunitaria na atención primaria.



Podemos afirmar que actualmente os sistemas sanitarios non están dando unha resposta axeitada a estes pacientes, xerando insatisfacción tanto entre os doentes como entre os profesionais que os atenden.

Faise preciso deseñar novos programas de abordaxe baseadas nos avances en neurociencia acontecidos nos últimos anos, que explican os mecanismos de procesamento central implicados na persistencia da dor crónica. O obxectivo deste programa é trasladar á práctica clínica dos fisioterapeutas de AP do Sergas todas as recomendacións das guías internacionais co fin de proporcionar a mellor atención posible aos pacientes con dor crónica na Comunidade Autónoma de Galicia. Así, as intervencións baseadas en estratexias de afrontamento activo teñen que conformar a base da abordaxe da dor crónica e contribuír deste xeito á sostibilidade do sistema sanitario. Estes programas deben combinar a intervención a dous niveis: a educación en neurociencia e o exercicio terapéutico. Teñense desenvolvido diversos ensaios clínicos combinando estes dous compoñentes con resultados moi esperanzadores entre os que compre salientar un estudo levado a cabo no SACYL por Galan-Martin et al. que demostrou que unha intervención baseada en educación en neurociencia e exercicio físico terapéutico é mais efectivo en termos de mellora da calidade de vida, redución dos niveis de dor, catastrofismo, kinesiofobia, sensibilización central e discapacidade, e xera altos niveis de satisfacción en comparación cos tratamentos habituais de fisioterapia levados a cabo na AP en suxeitos con dor crónica de columna. Este estudo cobra especial relevancia porque, tendo en conta que os factores psicosociais xogan un papel transcendental na cronificación da dor, é o primeiro protocolo que se realiza adaptándose as especiais características do noso entorno sociocultural.

### **Poboación diana e ámbito de actuación**

Pacientes con dor crónica ou persistente que presenta características clínicas de sensibilización central segundo veñen recollidas na literatura.

O ámbito de actuación serán as Unidades de Fisioterapia da Atención Primaria.

### **Criterios de inclusión no programa**

- Pacientes maiores de idade (>18 anos)
- Dor musculoesquelética crónica dunha duración mínima de 6 meses

### **Criterios de exclusión do programa**

- Dor oncolóxica
- Dor causado por patoloxía médica seria: síndrome cola de cabalo, fractura, infección, tumor vertebral
- Dor musculoesquelética específica: aquela na que existe certeza da existencia dun tecido ou estrutura que é a fonte da dor ou síntomas
- Intervención cirúrxica na zona sintomática ou rexións asociadas no último ano
- Alteración cognitiva que impida comprender os contidos do programa de educación en neurociencia da dor (se hai dúbidas utilizar Mini Mental State Examination cunha puntuación mínima de 25)
- Pacientes con co-morbilidades ou déficit de capacidades físicas que impide a correcta execución do programa de exercicio físico. O requisito mínimo será a execución do Timed Up & Go Test en  $\leq 10''$  (ver anexo)
- Embarazo

### **Profesionais que poden derivar**

- Médicos de familia de Atención Primaria

### **Recursos humanos e materiais necesarios**

#### **Recursos humanos**

Fisioterapeuta/s con formación actualizada en función das guías internacionais en valoración e tratamento da dor crónica

### Recursos necesarios

- Sala para tratamentos grupais con adecuadas condicións de climatización, ventilación e iluminación cun tamaño adaptado aos participantes na actividade grupal (estimase que o número óptimo de participantes en cada grupo será de 15-20). Ter en conta a posibilidade de realizar ditas actividades grupais fora do centro de saúde (pavillóns deportivos etc)
- Equipo de mancuernas e/ou bandas elásticas
- Pelotas, picas e balóns (fit-ball)
- Esterillas ou colchóns
- Cadeiras
- Pulsioxímetros/pulsómetros

### NORMAS DE CALIDADE CON ACLARACIÓNS E EXCEPCIÓNS SE PROCEDE (DEFINICIÓ DO PROTOCOLO-DESCRICIÓ XERAL DA INTERVENCIÓ)

Os pacientes incluídos no programa de afrontamento activo da dor crónica someteranse á unha intervención **grupal** estruturada en 2 partes diferentes segundo a proposta de Galán-Martín et al. (10, 14):

- **Parte 1. Programa educativo grupal en neurociencia da dor:** 10h de sesións educativas
- **Parte 2. Programa de exercicio físico:** mínimo de 18h de sesións de exercicio físico de **execución grupal e prescripción individualizada** utilizando actividades de dobre tarefa, gamificación, reforzo das sesións educativas e estratexias de exercicio domiciliario

Estrutura do programa e secuenciación temporal segundo a proposta de Galán-Martín et al:

- Educación en neurociencia. Fase I: 3 sesións semanais de 1 hora ou 2 sesións semanais de 1,5 horas segundo a dispoñibilidade de cada UFAP. Esta fase I constará dun total de 6 horas e estenderase ao longo de 2 semanas.

- Exercicio físico terapéutico: un mínimo de 18 sesións de 1 hora de duración a razón de 2-3 visitas/semana segundo a dispoñibilidade de cada UFAP ata completar un mínimo de 18 horas.
- Educación en neurociencia. Fase II: 1 sesión de 2 horas de duración co fin de reforzar os contidos aprendidos durante a fase I e as sesións de exercicio terapéutico grupal
- Educación en neurociencia. Fase III: 1 sesión de 2 horas de duración transcorridos 3 meses dende a fase II co obxecto de revisar contidos e resolver dúbidas

Estrutura de cada sesión de **exercicio físico terapéutico** segundo a proposta de Galán-Martín et al:

A sesión de exercicio físico dividirase en 3 partes:

1. Quecemento (5-10 minutos): exercicios de activación e mobilidade articular
2. Parte principal (35-45 minutos): exercicios de consciencia de movemento, coordinación, equilibrio e axilidade, exercicios de forza, e exercicios de resistencia cardiovascular
3. Volta á calma (10-15 minutos): exercicios de flexibilidade, relaxación e/ou meditación/mindfulness

## **5. PROGRAMA DE PATOLOXÍA NEUROMUSCULOESQUELETICA TRAUMATOLÓXICA AGUDA.**

### **Definición.**

Este programa pretende dar solución a procesos neuromusculoesqueléticos, de orixe traumático agudo.

Mediante o acceso directo a UFAP de patoloxías traumáticas agudas como por exemplo: escordaduras de nocello, xeonllo, roturas fibrilares, etc... Búscase diminuír o número de consultas, polas citadas patoloxías, ás/ós Médicas/os de atención primaria. Mediante un diagnóstico e tratamento Fisioterápico precoz, evítase a derivación a un 2º nivel asistencial

### **Poboación á que vai dirixida.**

Poboación adulta.

### **Criterios de Inclusión e exclusión.**

#### **Inclusión**

Toda lesión traumática neuromusculoesquelética en estadio agudo.

#### **Exclusión**

- Toda patoloxía que apareza descrita no apartado de inclusión doutro programa.
- Toda patoloxía que apareza descrita no apartado de exclusións xerais.

## **6. PROGRAMA DE ATENCIÓN Á PATOLOXÍA MUSCULOESQUELÉTICA AGUDA , SUBAGUDA E CRÓNICA**

### **Definición**

Este programa pretende dar solución e a previr os procesos agudos e subagudos de patoloxía neuromusculoesquelética

### **Poboación á que vai dirixida**

Poboación adulta

### **Criterios de inclusión e exclusión.**

#### **Inclusión**

- Toda patoloxía neuromusculoesquelética aguda e subaguda.

#### **Exclusión**

- Toda patoloxía que curse con dor con características de sensibilización central ou dor crónico oncológico.
- Toda patoloxía que apareza descrita no apartado de inclusión doutro programa.
- Toda patoloxía que apareza descrita no apartado de exclusións xerais

### **Derivación**

O paciente debe ser derivado polo Medico de Familia de AP, con un diagnóstico e mediante unha interconsulta dirixida a UFAP.

### **Recursos necesarios**

#### **Valoración**

- Goniómetro

- Martelo reflexos
- Monofilamento para sensibilidade.
- Diapasón
- Cinta métrica

### Tratamento

- Equipo de ultrasóns-correntes de baixa/media frecuencia
- TENS-EMS
- Lámpada de infravermellos
- Camilla hidráulica
- Cuñas, rolos, etc.
- Conxelador, paquetes de frío ou de frío instantáneo
- Pesas e/ou bandas elásticas de varias resistencias, chalecos con peso, bolsas para peso morto.
- Esterillas ou colchonetas
- Cadeiras
- Balóns de bobath diámetros 55, 65, 75 cm.
- Balóns pequenos 22-26 cm.
- Picas, conos, pratos propiocepcion (din-air, bosu...)
- Rolos e bolas miofascias
- Paredes con espello de 1,90 cm de alto.
- Espalderas ou ancoraxes na parede e teito.

## **7. PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS CRÓNICOS**

### **Xustificación e definición:**

Estimase en España que o 9% da poboación entre os 50 e os 69 anos está afectada de EPOC, ó que hai que sumar outras afeccións respiratorias crónicas como o asma. Os pacientes con EPOC que reciben rehabilitación pulmonar teñen menor probabilidade de ter que ser ingresados no hospital e conseguise unha redución do 36.4% nas exacerbacións (Moore et al., 2016). A rehabilitación pulmonar ten mostrado aumentar a capacidade de exercicio, diminuír a dispnea e a fatiga, mellorar a calidade de vida relacionada coa saúde e a percepción

de autocontrol sobre a condición (McCarthy et al., 2015). O tres piares do programa de fisioterapia son a educación da saúde, o exercicio terapéutico e manobras específicas de fisioterapia respiratoria para a hixiene bronquial e reeducación respiratoria.

### **Poboación**

#### ◦ **Inclusión**

- persoas con enfermidade pulmonar obstrutiva crónica ou asma crónica con unha dispnea de 2 o máis puntos na escala Medical Research Council modificada (MRCm).-

- Paciente con exacerbacións frecuentes (máis de 2 veces ó ano).
- Pacientes hipersecretantes.

#### ◦ **Exclusión**

- Trastornos psiquiátricos non estables ou pacientes non colaboradores
- Obesidade mórbida
- Paciente en exacerbación aguda..
- Enfermidades do aparello locomotor que sexan incompatibles co programa de exercicio terapéutico.
- Procesos infecciosos activos
- Diabetes se a glucosa en sangue é menor de 13 mmol/L ou 5,5 mmol/L
- Procesos tumorais ou trastornos sanguíneos cando os leucocitos están por baixo de  $0,5 \times 10^9/L$ , hemoglobina debaixo de 60g/L ou plaquetas por baixo de  $20 \times 10^9/L$
- Procesos non controlados ou inestables ou que precisan de oxinoterapia
- Enfermidade cardíaca como infarto agudo de miocardio ou anxina inestable, pericarditis, miocarditis, endocarditis, estenosis aórtica sintomática, cardiomiopatía, fallo cardíaco agudo ou inestable, taquicardia non controlada
- Hipertensión se os niveis sistólicos en repouso superan os 180 mmHg e/ou os diastólicos os 100 mmHg
- Outros procesos que impidan o acceso ao centro ou aconsellen non facelo

### **Recursos necesarios**

- Fonendoscopia
- Pulsioxímetro

- Medidor de presión respiratoria ( de presións máximas inspiratoria e espiratoria)
- Espirómetro
- Tensiómetro
- Cicloergómetro
- Esterillas
- Cadeiras
- Mancordas
- Bandas elásticas.

### **Normas de calidade, con aclaracións e excepcións se procede**

- Farase unha valoración individual que inclúa descarte de bandeiras vermellas; avaliación de signos e síntomas respiratorios como avaliación da tos, secrecións, dispnea (escala MRCm e escala de Borg modificada para a valoración da súa intensidade co esforzo); valoración de repercusións mediante o nivel de actividade física (IPAQ) e a calidade de vida (por exemplo, con cuestionarios específicos como o CRQ); exame físico (estática e dinámica do torax, signos vitais, auscultación, pulsioximetría no repouso e co exercicio; probas de tolerancia ó esforzo (sub-máxima no cicloergómetro limitada por síntomas e/ou test de marcha de 6 minutos-6MWT). En caso de non dispor dos recursos materiais para realizalos, se poderían substituír estas probas polo test de get up and go.

- Farase unha acción formativa de modo que inclúa (se non se fixo por outro membro do EAP ou hai que reforzalo): coñecemento da enfermidade, do manexo do tratamento e o recoñecemento dos signos e síntomas de alarma da exaceración, importancia do abandono do hábito tabáquico, correcta administración de inhaladores, medidas de aforro enerxético

- Se realizará un programa grupal de exercicio apropiado baseado no adestramento aeróbico ou de resistencia, combinándoo con un de forza-resistencia polo menos durante 8 semanas ou 20 sesións, a razón de 2 semanais. Realizar un maior control de signos e síntomas nos pacientes de maior risco (MRCm grao 4) e nos que se teña obxectivoado hipoxemia durante o esforzo.

- Manobras de hixiene bronquial e reeducación respiratoria. Manobras de permeabilidade da vía aérea nos pacientes hipersecretantes e nos que teñen pasado unha exaceración;



exercicios de reeducación respiratoria e exercicios para o control da dispnea. Faranse polo menos nunha sesión individual ó mes (dous en total)

## **8. PROGRAMA CARDIOVASCULAR**

### **Xustificación**

A carteira de servizos comúns de atención primaria contempla de forma particular, dentro do epígrafe de “atención ao adulto, grupos de risco e enfermos crónicos”, a atención sanitaria protocolizada de pacientes con problemas de saúde crónicos e prevalentes, entre os que se atopan a insuficiencia cardíaca crónica e a cardiopatía isquémica, así como outras entidades que son factores de risco asociados á enfermidade cardiovascular como a obesidade, diabetes mellitus, hipercolesterolemia e hipertensión.

Os programas multidisciplinares de Rehabilitación Cardíaca teñen como obxectivo principal incidir no estilo de vida, realizando prevención secundaria en pacientes que xa sufriron un evento cardiovascular, demostrando a súa eficacia en canto a redución de morbilidad (grao de recomendación I). (Sorecar E guía ESC 2016)

Un dos principais retos aos que se enfrontan os profesionais que forman parte destes programas é conseguir motivar e fomentar a adherencia do paciente a un estilo de vida cardiosaludable, por iso é fundamental que as medidas de prevención implementadas de forma precoz a nivel hospitalario teñan continuidade unha vez o paciente é dado de alta, e aquí será imprescindible o papel dos servizos de atención primaria xa que garanten a continuidade do proceso asistencial entre os distintos ámbitos e serven como vínculo coa comunidade á que o paciente pertence.

O fisioterapeuta de AP é o profesional cualificado para supervisar e individualizar a prescrición de exercicio físico no contexto dun paciente cardíopata cos seus posibles comorbilidades, derivado polo especialista en cardiología, e en coordinación co resto do equipo de AP para promover os cambios conductuais relativos aos estilos de vida necesarios para obter os maiores beneficios en saúde para o paciente cun alto nivel de seguridade.

Dentro deste epígrafe de rehabilitación cardiovascular, inclúese o tratamento fisioterapéutico da claudicación intermitente, naqueles casos que a súa situación clínica así o permita no primeiro recurso asistencial.

### **Programa de Rehabilitación Cardíaca en Atención Primaria.**

#### **Recursos necesarios**

##### **1. Recursos humanos**

- Fisioterapeuta/s con formación en reanimación cardiopulmonar e nos protocolos de valoración e tratamento de prevención secundaria e rehabilitación cardíaca, cunha cociente de 1 fisioterapeuta por cada 5 pacientes. O número máximo de pacientes por grupo non superará os 10.

- Coordinado co MAP, e a enfermeira de AP, así como co cardiólogo

##### **2. Recursos materiais e técnicos**

-Sala para tratamentos grupais, con adecuadas condicións de climatización, ventilación e iluminación, de polo menos 30 m<sup>2</sup> (as dimensións da sala condicionarán o tamaño grupal, respectando sempre un mínimo de 4 m<sup>2</sup> por paciente, ademais do espazo para os equipos de adestramento). A sala debe atoparse próxima á zona de consultas ou ao PAC.

- Equipos para adestramento aeróbico: cicloergómetros, tapices rodantes (polo menos un apto para obesos), elíptica, remo...

- Equipo de mancuernas e/ou bandas elásticas

- Esterillas ou colchóns

- Cadeiras

- Pulsioxímetros

- Esfigmomanómetro ou tensiómetro

- Glucómetro??

- Báscula

- Carro de paradas con desfibrilador na sala ou próximo a ela.

- Mesa e cadeira de escritorio, computador e teléfono

- Padiola con rodas??

### Criterios de inclusión/exclusión

Son candidatos ao programa de Rehabilitación Cardíaca no recurso asistencial de Atención Primaria, aquela pacientes enfermidade cardiovascular ou que sufrisen un evento cardiovascular previo nos últimos 12 meses (considerar se se inclúen sans con FR CV) que se atope entre as indicacións recollidas no epígrafe anterior e que, ademais, cumpran os seguintes criterios:

- Pacientes estratificados como de baixo risco (tras proba de esforzo e valoración por especialista en cardioloxía): que realizasen toda ou parte da Fase II en nivel hospitalario

#### ***Factores básicos para estratificar a un paciente en BAIXO RISCO\****

**CAPACIDADE FUNCIONAL (en ergometría) >7 METS**

**FRACCIÓN DE EXECCIÓN DE VENTRÍCULO IZQDO >50%**

**NON ARRITMIAS MALIGNAS**

**NON ISQUEMIA RESIDUAL**

**NON HIPERTENSIÓN PULMONAR MODERADA-SEVERA**

**NON DEPRESIÓN/ANSIEDADE**

**NON CRITERIOS DE FRAGILIDAD (en población anciana)**

modificado de SEC-Excelente. Procedemento de Rehabilitación Cardíaca

- Pacientes de risco moderado/alto: fase III. Son pacientes que completaron a fase II do programa a nivel hospitalario e atópanse en situación clínica estable, con tratamento médico óptimo.

En todos os casos deben ser derivados polo especialista en cardioloxía e achegar o correspondente informe de alta completo da Unidade de Rehabilitación Cardíaca onde realizou a Fase II.

A participación no programa é voluntaria, polo que o rexeitamento do paciente é motivo de exclusión; aínda que sería conveniente ofrecerllo novamente en cada consulta de revisión durante o primeiro ano post-evento ben en AP ou no servizo de cardioloxía.

### **ESTRUTURA E DURACIÓN DAS SESIÓNS**

A estrutura das sesións incluírá fase de quecemento, adestramento aeróbico e de forza-resistencia e fase de arrefriado, podendo realizarse as modificacións necesarias para adaptarse ás características ou necesidades específicas de cada paciente. É importante ter en conta que o maior número de eventos adversos dáse na fase de arrefriado polo que nunca debe obviarse e supervisarse especialmente.

A duración de cada sesión será de aproximadamente 1 h e media (para chegada de pacientes, preguntas de control, rexistro de constantes...), debendo recoller, polo menos, a medición de FC e TA antes, durante e despois da sesión.

### **FRECUENCIA E INTENSIDADE**

Os pacientes acudirán 2 días por semana e o número total de sesións a realizar dependerá do tipo de risco dos pacientes:

- Pacientes de baixo risco:
- Pacientes de moderado/alto risco:
  - Fase III: 8-12 sesións. O total de sesións en fase III poderá modificarse tendo en conta a adherencia á práctica de actividade física e os niveis de actividade previos, de forma que aqueles pacientes que xa realizaban exercicio físico habitualmente realicen menor número de sesións supervisadas e inicien antes actividades deportivas/recreativas no ámbito comunitario.

A intensidade do adestramento calcularase mediante a fórmula de Karvonen, tomando como referencia a FC máxima alcanzada na última proba de esforzo realizada sen alcanzar o umbral de isquemia.

Fórmula de Karvonen

$$\text{FC entrenamiento} = \text{FC basal} + 60\%-80\% (\text{FC máx} - \text{FC basal})$$

Utilízase ademais a escala de esforzo percibido modificada de Borg, debendo manterse en niveis adecuados. O paciente debe coñecer dita escala e controlar a súa FC (idealmente mediante dispositivos con pulsómetro ou de forma manual se non dispón deles).

O adestramento deberá interromperse temporalmente (ata que poida valorarse adecuadamente a situación) se aparecen algunha das seguintes complicacións:

- Dor torácica.
- Hipertensión ou, pola contra, descenso da TA durante a fase de adestramento aeróbico ou de forza/resistencia.
- Taquicardia e/ou dispnea non xustificada polo esforzo.
- Outros signos de intolerancia ao exercicio: palidez, sudación fría, incoordinación motora, mareo, etc).

Unha vez finalizadas as sesións para realizar en Atención Primaria, o paciente debe continuar a práctica de actividade física regularmente e durante toda a vida. Para iso debe contarse cos recursos presentes na comunidade: centros polideportivos, asociacións, parques biosaudabeis, roteiros de sendeirismo,...

Os fisioterapeutas de Atención Primaria dos centros onde leven a cabo programas de Rehabilitación Cardíaca, xunto cos demais profesionais do equipo, deben realizar un mapeo dos recursos dispoñibles na súa área de influencia e ofrecer a información adecuada aos pacientes.

## **9. PROGRAMA DO SOLO PELVIANO (segundo a Guía que se está a actualizar).**

**Pelvico 310516vinc.pdf (sergas.es)**

## **10. PROGRAMA DE ATENCIÓN A COIDADORAS/ES INFORMAIS DE PACIENTES DEPENDENTES**

### **Introdución e definición**

As enfermidades crónicas discapacitantes afectan a 89,7 persoas de 6 ou máis anos por 1000 habitantes en España (INE, 2008) e, dado que aproximadamente unha cuarta parte da poboación na nosa CA é maior de 65 anos (INE, 2019), esta proporción pode ser maior. Existe un elevado número de coidadoras informais, habitualmente mulleres (INE, 2008). A dispoñibilidade de coidadores familiares consegue reducir o ingreso e a estancia hospitalaria

da persoa maior con discapacidade e que o coidado mellora se os coidadores informais reciben unha formación e isto supón un aforro para o sistema (Committee on Family Caregiving for Older Adults, 2016). O coidado a longo prazo destas persoas implica desórdenes emocionais e físicos (Garcés et al., 2010) que unha de forma que unha parte importante das persoas que presta coidados afirma ter deteriorada a súa saúde (INE, 2008). Os problemas neuro-musculo-esqueléticos son referidos de forma frecuente e tenden a ser crónicos, co que dificultan as **mobilizacións** das persoas dependentes (INE, 2008). Dentro da estratexia para a abordaxe da cronicidade do Sistema Nacional de Saúde, se quere garantir ás persoas á atención no sistema e ámbito máis adecuado e polos profesionais que mellor poidan dar resposta as súas necesidades fomentando o traballo en equipos interdisciplinares. O programa composto polos seguintes compoñentes; asesoramento individual, formación grupal e abordaxe domiciliario e/ou telefónico, de ser pertinente.

#### **Población á que vai dirixida.**

- Familiares coidadores de pacientes con diversidade funcional que requiren de axuda para as transferencias ou presentan episodios de dor, debilidade muscular e cansazo.

#### **Criterios de inclusión e exclusión.**

##### **• Inclusión**

- Coidadores/as principais non profesionais de pacientes con diversidade funcional que se atopen non institucionalizados
- Non ter recibido formación por parte da Unidade de Fisioterapia en actuacións previas

##### **• Exclusión**

- Obesidade mórbida da persoa que recibe o coidado do fami
- Imposibilidade de asistencia do coidador/a para recibir a atención
- Ausencia de consentimento para a participación no programa

#### **Normas de calidade, con aclaracións e excepcións se procede.**

- Os compoñentes do equipo de atención primaria (EAP) incluídos o fisioterapeuta de AP, e o traballador social manterán contacto para valorar as persoas que poidan beneficiarse da acción interprofesional no eido do coidado informal, garantindo os principios da

integralidade, atención centrada na persoa, enfoque comunitario, coordinación e equidade. Sen embargo, a captación poderá realizarse por calquera membro do EAP de detectarse a necesidade educativa en transferencias adecuadas, movemento e posturas funcionais, e aumento da capacidade física ou ante a presenza de dor eou disfunción física. O idóneo será intervir de maneira conxunta interdisciplinar, particularmente coa enfermeira e traballadora social, de modo que o/a fisioterapeuta centrarase no eido físico, funcional e de control neural e apoiará ao resto de profesionais no resto de dimensións das necesidades de saúde.

- Cada coidador/a poderá acudir a unha sesión individual onde se valorará a súa situación, necesidades e expectativas desde o punto de vista da fisioterapia, en termos de hixiene postural, actividade física e reforzo de hábitos saudables. Será necesario recoller na historia clínica o nº de METs (IPAQ abreviado), hábito tabáquico se non está xa recollido, se precisaría ou non de asesoría de hixiene postural, obxectivos que desexa acadar o/a coidador/a en termos de saúde física, funcional e calidade de vida.
- Cada coidador/a poderá asistir de unha a catro sesións grupais onde se aclare a execución correcta nas transferencias e cambios posturais, así como recomendacións sobre actividade física por parte do fisioterapeuta.
- Valorarase a pertinencia de realizar unha actuación domiciliaria para o coñecemento directo do entorno de actuación do/a coidador/a en colaboración co resto do EAP.
- Se poderán realizar chamadas telefónicas de seguimento e fomento da adherencia ás pautas acordadas.

## **11. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA A SAÚDE ( EPS)**

A Organización Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como algo máis que a ausencia de enfermidade, como o completo estado de benestar físico, psíquico e social.

Confirmouse o concepto de saúde en 1986 na primeira Conferencia Internacional de Promoción da saúde na carta Ottawa. Nela contéplase a saúde como un recurso para a vida, non como o obxectivo da vida.

Na actualidade encamiñase cara a unha definición máis dinámica, baseada na capacidade das persoas para afrontar os desafíos e cambios co obxectivo de mellorar as actividades da vida diaria (AVD).

Establécese en unidades de fisioterapia o concepto de EPS mediante o concepto de promoción da Saúde, proceso que permite ás persoas incrementar o control sobre a saúde para melloralas, sendo unha das bases para a implantación local de estratexia de promoción e prevención da saúde.

Desde a consulta de fisioterapia, con programas EPS que se presentan á poboación, o fisioterapeuta desenvolve estratexias, mediante un cambio na conduta e actividade física, con obxecto de minimizar patoloxías na UFAP.

O obxectivo de EPS en unidades de fisioterapia é actuar sobre aqueles determinantes da saúde co obxecto de desenvolver condicións que favorezan a saúde mediante

Estratexias individuais: aquelas que se realizan de forma adaptada a cada individuo con obxectivo de erradicar os determinantes que poidan limitar a evolución.

Estratexias na comunidade-grupais: aquelas que se desenvolven en centros de día, asociacións, colexios de xeito que poidan incrementar unha motivación para modificar hábitos nocivos.

Descríbense dentro dos programas de EPS en Fisioterapia de AP:

- 1- Consello Integral sobre estilo de vida saudable en contorna escolar, adulto e ancián.
- 2- Recomendación sobre actividade física; programas de actividade física en relación á patoloxía con obxectivos a curto medio e longo prazo.
- 3- Integración dos programas dentro de revisións programadas en UFAP.
- 4- Garantir equidade na súa implantación.



## INDICADORES

### Indicadores de cobertura

- (%) de xerencias de atención primaria que implantaron o programa de dor crónica
- % poboación con dor crónica sobre a que se realizou a intervención mediante o programa
- (%) de xerencias de atención primaria que implantaron a intervención sobre prevención de fraxilidade e caídas
- Nº de coidadoras/es incluídos/as no programa de fisioterapia/ nº de coidadores/as estimados/as
- Nº de coidadoras/es incluídos/as no programa de fisioterapia /nº de coidadores/as abordados polo EAP

### Indicadores de proceso

Adecuación das derivacións cos criterios de inclusión:

- Numero de derivacións que cumpren os criterios de derivación/numero total de derivacións X 100.

Sobre a valoración inicial:

- Numero de pacientes ós que se lle realiza unha valoración inicial/numero total de pacientes derivados que cumpren os criterios de inclusión X 100.
- % poboación maior de 65 anos sobre a que se realizou valoración da situación funcional/cribado de fraxilidade
- % poboación maior de 65 anos sobre a que se realizou valoración do risco de caídas
- Numero de pacientes nos que a historia clínica constan os obxectivos terapéuticos, segundo programa /numero total de pacientes a ós que se lles fai unha valoración inicial X 100.

Sobre a aplicación do tratamento:

- Numero de pacientes ós que se lle aplica tratamento de fisioterapia segundo programa/numero total de pacientes derivados que cumpren os criterios de inclusión X 100.
- % poboación maior de 65 anos fráxil sobre a que se realizou a intervención mediante o programa de actividade física
- % poboación maior de 65 anos con risco alto de caídas sobre a que se realizou a intervención
- Nº de METs ao finalizar o programa/nº de METs ao inicio do programa

### **Indicadores de resultados**

- Numero de pacientes nos que se conseguiron os obxectivos terapéuticos marcados/ numero de pacientes que finalizan o tratamento X 100.
- Numero de pacientes nos que se conseguiron a lo menos un dos seguintes obxectivos: diminución da dor, mellora da capacidade funcional e/ou mellora da calidade de vida / numero de pacientes que finalizan o tratamento X 100.
- Tempo en días ata a incorporación laboral

| INDICADORES                                                                                   | FONTE                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Calidade de vida relacionada coa saúde<br>Puntuacións maiores indican mellor calidade de vida | Health Survey SF-36 V2 versión española                |
| Intensidade da dor<br>Puntuacións maiores indican niveles máis elevados de dor                | Escala VAS                                             |
| Catastrofismo<br>Puntuacións maiores indican niveles máis elevados de catastrofismo           | Pain Catastrophising scale (PCS) versión española (    |
| Kinesiofobia<br>Puntuacións maiores indican niveles máis elevados de kinesiofobia             | Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK-11) versión española |

|                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sensibilización central<br>Puntuacións maiores están asociadas con niveles máis elevados de sensibilización central                                                                               | Central Sensitization Inventory (CSI)<br>versión española                                  |
| Discapacidade<br>Puntuacións maiores indican niveles máis elevados de discapacidade                                                                                                               | Rolland-Morris disability<br>questionnaire versión española                                |
| Índice de masa corporal<br>kg/m <sup>2</sup>                                                                                                                                                      | Peso medido en quilogramos e<br>altura en metros                                           |
| Inxesta medicación                                                                                                                                                                                | Rexistrada mediante enquisa por<br>tipos de fármacos (doses semanais<br>e tipo de fármaco) |
| Frecuentación/visitas ás consultas dos servizos de<br>saúde.<br>Visitas á consulta de medicina familiar, servizos de<br>urxencias e especialistas durante un período de<br>seguimento determinado |                                                                                            |
| Satisfacción co tratamento recibido                                                                                                                                                               | Client Satisfaction Questionnaire<br>(CSQ-8) versión española                              |

### Indicadores de impacto

| INDICADORES                                                                          | FONTES                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>ESPERANZA DE VIDA CON BOA SAÚDE</b>                                               |                                                    |
| Esperanza de vida con boa saúde aos 65 anos                                          | <i>Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)</i> |
| <b>ESTADO DE SAÚDE PERCIBIDA</b>                                                     |                                                    |
| % poboación maiores de 65 anos con<br>valoración negativa do seu estado de saúde     | ENSE-Encuesta Europea de Salud (EES)               |
| <b>LIMITACIÓN FUNCIONAL</b>                                                          |                                                    |
| % poboación maiores de 65 anos con<br>limitacións para as actividades da vida diaria | ENSE-EES                                           |



| CAÍDAS                                                                               |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Taxa de ingresos hospitalarios por fractura de cadeira                               | Conxunto mínimo e básico de datos (CMBD)  |
| Número de persoas maiores de 65 anos falecidos polo mecanismo de caída               | Defuncións segundo a causa da morte (INE) |
| IMPACTO DAS INTERVENCIÓNS                                                            |                                           |
| % poboación que mellora proba de execución inicial aos 6 meses tras intervención     | ?                                         |
| % poboación con alto risco de caídas que sofre algunha caída despois da intervención | ?                                         |

## BIBLIOGRAFÍA

- Aafp.org (2019). Primary care. Acceso a xaneiro de 2020. Dispoñible <https://www.aafp.org/about/policies/all/primary-care.html>
- Atun, R. (2004): What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network report.
- Bishop, A., Foster, N., & Croft, P. (2013). SAPC hot topic: is it a dangerous idea to make physiotherapists the gatekeepers of frontline primary care for all patients with musculoskeletal problems?. Prim Health Care Res Dev, 14(04), 413-415. [Acceso a 24 enero 2020]. Dispoñible en: <http://dx.doi.org/10.1017/s1463423613000364>
- Circular 4/91, de 25 de febreiro, sobre ordenación de las actividades del fisioterapeuta en el Área de Atención Primaria. Dirección General del Instituto Nacional de la Salud; 1991.
- Decreto 200/93, do 29 de xullo, de ordenación da atención primaria na Comunidade Autónoma de Galicia.
- Demaio AR, Nielsen KK, Tersbøl BP, Kallestrup P, Meyrowitsch DW. Primary Health Care: a strategic framework for the prevention and control of chronic non-communicable disease. Glob Health Action. 2014;7(1):24504. doi: 10.3402/gha.v7.24504.
- Gilson L, Doherty J, Loewenson R, et al. Challenging inequity through health systems. Final report, Knowledge Network on Health Systems, June 2007. WHO Commission on the Social Determinants of Health.
- Hageman D, van den Houten MML, Spruijt S, Gommans LNM, Scheltinga MRM, Teijink JAW. Supervised exercise therapy: it does work, but how to set up a program? J Cardiovasc Surg 2017;58:305-12. DOI: 10.23736/S0021-9509.16.09825-6.



- Health for All Database. European Health Information Gateway. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. [Acceso a 24 enero 2020]. Disponible en: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>.
- Jackson T, Thomas S, Stabile V, et al. A systematic review and meta-analysis of the global burden of chronic pain without clear etiology in low- and middle-income countries: trends in heterogeneous data and a proposal for new assessment methods. *Anesth Analg*. 2016 Sep;123(3):739-48. [Acceso a 20 enero 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27537761>
- Jansen MJ, Viechtbauer W, Lenssen AF, Hendriks EJ, de Bie RA. Strength training alone, exercise therapy alone, and exercise therapy with passive manual mobilization each reduce pain and disability in people with knee osteoarthritis: a systematic review. *J Physiother*. 2011;57(1):11–20
- Kelley E, Hurst J. Health care quality indicators project conceptual framework paper. OECD Health Working Paper 23. Paris: OECD, 2006.
- Ley 14/1986, do 25 de abril, General de Sanidad. Ministerio de Sanidade e Consumo. Madrid, 1986. BOE 102 do 25-4-1986.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, nº 280 (22 de noviembre de 2003).
- Long J. European region of the WCPT statement on physiotherapy in primary care. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20:e147. Published 2019 Nov 4. [Acceso a 24 enero 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25705944doi:10.1017/S146342361900081>
- 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.
- McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of*



Systematic Reviews. 2015(2). [Acceso a 19 enero 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2570594>.

- Martínez-Rodríguez A (coord.). Fisioterapia en Atención Primaria. Madrid: Editorial Síntesis; 2008.
- Moore E, Palmer T, Newson R, et al. Pulmonary Rehabilitation as a Mechanism to Reduce Hospitalizations for Acute Exacerbations of COPD: A Systematic Review and Meta- Analysis. Chest. 2016;150(4):837-59. [Acceso a 19 enero 2020]. Disponible en: <http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=2544494>
- National Institute of Clinical Evidence (NICE) The Chartered Society of Physiotherapy. Musculoskeletal physiotherapy: patient selfreferral. London: NHS Evidence; 2012. URL: <http://www.csp.org.uk/documents/musculoskeletalphysiotherapy-patient-self-referral-qipp-endorsed-pathway>.
- 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. Boletín Oficial del Estado, nº 174 (19 de julio de 2008).
- Real Decreto 137/1984, del 11 de enero de, sobre Estructuras Básicas de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 27 (11 de febrero de 1984).
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado, nº 222 (16 de septiembre de 2006).
- Sherrington C, Tiedemann A (2015) Physiotherapy in the prevention of falls in older people. Journal of Physiotherapy 61: 54–60
- Shi L, Starfield, B, Xu J. "Validating the adult primary care assessment tool," Canadian Family Physician, vol. 50, pp. 161W–175W, 2001
- Shi L. The impact of primary care: a focused review. Scientifica (Cairo). 2012;2012:432892. doi:10.6064/2012/432892



- Shirley D, van der Ploeg HP, Bauman AE. Physical activity promotion in the physical therapy setting: perspectives from practitioners and students. Phys Ther. 2010 Sep;90(9):1311-22. doi: 10.2522/ptj.20090383. Epub 2010 Jul 22
- Siemonsma, P.C., Blom, J.W., Hofstetter, H. et al. The effectiveness of functional task exercise and physical therapy as prevention of functional decline in community dwelling older people with complex health problems. BMC Geriatr 18, 164 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0859-3>
- Starfield, B (2001): Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Masson. Barcelona.
- Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit, 2012; 26(S): 20-26.
- The Chartered Society of Physiotherapy, 2014. The falls prevention economic model. [Acceso a 20 enero 2020] Disponible en: <https://www.csp.org.uk/documents/falls-prevention-economic-model>.
- The Chartered Society of Physiotherapy, 2018. Physiotherapy works: Chronic pain. Acceso a 20 de enero de 2020 en: <https://www.csp.org.uk/publications/physiotherapy-works-chronic-pain>
- Veerbeek JM, van Wegen E, van Peppen R, et al. What is the evidence for physical therapy poststroke? A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2014;9(2):e87987. Published 2014 Feb 4. doi:10.1371/journal.pone.008798.
- World Confederation for Physical Therapy. WCPT guideline for standards of physical therapy practice. London, UK: WCPT; 2011. [Acceso a 24 de enero]. Disponible en: <https://www.wcpt.org/guidelines/standards>)
- World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases: 2013-2020. [Internet]. 2013. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf)





- Yin, D., Cabana, F., Tousignant-Laflamme, Y. et al. Can a physiotherapy student assume the role of an advanced practice physiotherapist in Orthopaedic surgery triage? A prospective observational study. BMC Musculoskelet Disord 20, 498 (2019).  
<https://doi.org/10.1186/s12891-019-2864-x>
- Scand J Med Sci Sports. 2015 Dec;25 Suppl 3:1-72. doi: 10.1111/sms.12581.  
Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases.
- Pedersen BK1, Saltin B2.
- Compr Physiol. 2012 Apr;2(2):1143-211. doi: 10.1002/cphy.c110025.  
Lack of exercise is a major cause of chronic diseases.
- **Booth FW1, Roberts CK, Laye MJ.**
- **Physical Activity and Exercise Therapy Benefit More Than Just Symptoms and Impairments in People With Hip and Knee Osteoarthritis**
- Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, Wells JC, Loos RJ, Martin BW. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? The Lancet 2012;380(9838):258-271.
- **OMS. Actividad física. 2018; Available at: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>. Accessed Apr 25, 2019.**
- GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet (London, England) [Internet]. 2018 Nov 10 [cited 2019 Apr 12];392(10159): 1789–1858. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30496104>
- (2) 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. J Med Econ [Internet]. 2010 Sep 3 [cited 2016 Mar 25];13(3):571–81. Available from:  
<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3111/13696998.2010.516709>.



- Gaskin DJ, Richard P. The economic costs of pain in the United States. *J Pain* [Internet] 2012;13(8):715–724. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.03.009>
- Hurwitz EL, Randhawa K, Yu H, Côté P, Haldeman S. The Global Spine Care Initiative: a summary of the global burden of low back and neck pain studies. *Eur Spine J* [Internet]. 2018; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29480409>.
- **Torralba, A.; Miquel, A.; Darba, J. Situación actual del dolor crónico en España: Iniciativa “Pain Proposal.” *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2014, 21, 16–22.** Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462014000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- Louw Adriaan, Diener Ina, Butler David S., Puentedura Emilio J. The Effect of Neuroscience Education on Pain, Disability, Anxiety, and Stress in Chronic Musculoskeletal Pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2011;92(12):2041–2056. doi: 10.1016/j.apmr.2011.07.198. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- 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* [Internet]. 2016;3985(September):1–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27351541>. [PubMed]
- Galan-Martin, M.A.; Montero-Cuadrado, F.; Lluch-Girbes, E.; Coca-López, M.C.; Mayo-Iscar, A.; Cuesta-Vargas, A. Pain Neuroscience Education and Physical Therapeutic Exercise for Patients with Chronic Spinal Pain in Spanish Physiotherapy Primary Care: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *J. Clin. Med.* 2020, 9, 1201.
- Nijs J, Van Houdenhove B, Oostendorp RAB. Recognition of central sensitization in patients with musculoskeletal pain: Application of pain neurophysiology in manual therapy practice. *Man Ther* [Internet]. 2010 Apr [cited 2016 Mar 24];15(2):135–141. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1356689X09001921>
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* [Internet]. 1975 Nov 1 [cited 2019 Mar 29];12(3):189–198. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022395675900266?via%3Dihub>



- Llamas Velasco S, Llorente Ayuso L, Contador I, Bermejo Pareja F. Versiones en español del Minimental State Examination (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. Rev Neurol [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 29];61(08):363. Available from: <https://www.neurologia.com/articulo/2015107>
- **Galán-Martín, M.A., Montero-Cuadrado, F., Lluch-Girbes, E. et al. Pain neuroscience education and physical exercise for patients with chronic spinal pain in primary healthcare: a randomised trial protocol. BMC Musculoskelet Disord 20, 505 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2889-1>**
- Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. Med Clin (Barc) [Internet]. 2008 [cited 2018 Jul 6];130(19):726–735. Available from: <http://public-files.prbb.org/publicacions/e92966f0-cead-012b-a7a8-000c293b26d5.pdf>
- García Campayo J, Rodero B, Alda M, Sobradie N, Montero J, Moreno S. Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. Med Clin. 2008;131(13): 487–92.
- Gómez-Pérez L, López-Martínez AE, Ruiz-Párraga GT. Psychometric properties of the spanish version of the Tampa scale for Kinesiophobia (TSK). J Pain. 2011;12(4):425–35.
- Cuesta-Vargas AI, Roldan-Jimenez C, Neblett R, Gatchel RJ. Cross-cultural adaptation and validity of the Spanish central sensitization inventory. Springerplus [Internet]. 2016 Dec 21 [cited 2016 Oct 22];5(1):1837. Available from: <http://springerplus.springeropen.com/articles/10.1186/s40064-016-3515-4>
- Kovacs FM, Llobera J, del Real MTG, Abaira V, Gestoso M, Fernández C. Validation of the Spanish version of the Roland–Morris questionnaire. Spine (Phila Pa 1976). 2002;27(5):538–42. **Roberts RE, Atrkisson CC, Mendias RM. Assessing the client satisfaction questionnaire in English and Spanish. Hisp J Behav Sci [Internet]. 1984 Dec 25 [cited 2019 Apr 6];6(4):385–396. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/07399863840064004>**
- Cullen KL, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings PA, Hogg-Johnson S, Kristman V, Laberge M9, McKenzie D, Newnam S, Palagyi A, Ruseckaite R, Sheppard DM, Shourie S, Steenstra I, Van Eerd D, Amick BC 3rd. Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health

Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *J Occup Rehabil*. 2018 Mar;28(1):1-15. doi: 10.1007/s10926-016-9690-x.

- Holmgren K, Hensing G, Bültmann U, Hadzibajramovic E, Larsson MEH. Does early identification of work-related stress, combined with feedback at GP-consultation, prevent sick leave in the following 12 months? a randomized controlled trial in primary health care. *BMC Public Health*. 2019 Aug 14;19(1):1110. doi: 10.1186/s12889-019-7452-3. PMID: 31412832; PMCID: PMC6694585.
- Ikonen A, Räsänen K, Manninen P, et al. Work-related primary care in occupational health physician's practice. *J Occup Rehabil* 2012;22:88–96. 10.1007/s10926-011-9325-1
- Jordan K, Ong BN, Croft P. Previous consultation and self reported health status as predictors of future demand for primary care. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:109–13. 10.1136/jech.57.2.109
- **Kant I, Jansen NW, van Amelsvoort LG, van Leusden R, Berkouwer A. Structured early consultation with the occupational physician reduces sickness absence among office workers at high risk for long-term sickness absence: a randomized controlled trial. *J Occup Rehabil*. 2008 Mar;18(1):79-86. doi: 10.1007/s10926-007-9114-z. Epub 2008 Jan 15. PMID: 18196446; PMCID: PMC2668565.**
- Kimanen A, Rautio M, Manninen P, et al. Primary care visits to occupational health physicians and nurses in Finland. *Scand J Public Health* 2011;39:525–32. 10.1177/1403494811399651
- Laaksonen M, He L, Pitkaniemi J. The durations of past sickness absences predict future absence episodes. *J Occup Environ Med*. 2013 Jan; 55(1):87-92.
- Lindström I, Ohlund C, Eek C, et al. The effect of graded activity on patients with subacute low back pain: a randomized prospective clinical study with an operant-conditioning behavioral approach. *Phys Ther* 1992; 72: 279–90
- Odeen M, Magnussen LH, Maeland S, Larun L, Eriksen HR, Tveito TH. Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence. *Occup Med*

(Lond). 2013 Jan;63(1):7-16. doi: 10.1093/occmed/kqs198. Epub 2012 Dec 5. PMID: 23223750; PMCID: PMC3537115

- Rantonen J, Karppinen J, Vehtari A, Luoto S, Viikari-Juntura E, Hupli M, Malmivaara A, Taimela S. Effectiveness of three interventions for secondary prevention of low back pain in the occupational health setting - a randomised controlled trial with a natural course control. *BMC Public Health*. 2018 May 8;18(1):598. doi: 10.1186/s12889-018-5476-8.
- Reho TTM, Atkins SA, Talola N, Sumanen MPT, Viljamaa M, Uitti J. Occasional and persistent frequent attenders and sickness absences in occupational health primary care: a longitudinal study in Finland. *BMJ Open*. 2019 Feb 19;9(2):e024980. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024980. PMID: 30782922; PMCID: PMC6411255.
- Roelen CA, Koopmans PC, Anema JR, et al. Recurrence of medically certified sickness absence according to diagnosis: a sickness absence register study. *J Occup Rehabil* 2010;20:113–21. 10.1007/s10926-009-9226-8
- **Schneider E, Irastorza X. OSH in figures: work-related musculoskeletal disorders in the EU—facts and figures. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), 2010.**
- **Silverstein B, Evanoff B. Musculoskeletal disorders. In: Levy BS, Wegman DH, Baron SL, et al., eds. Occupational and environmental health: recognizing and preventing disease and injury. New York, NY: Oxford University Press, 2011:335–65.**
- Van Eerd D, Munhall C, Irvin E, Rempel D, Brewer S, van der Beek AJ, Dennerlein JT, Tullar J, Skivington K, Pinion C, Amick B. Effectiveness of workplace interventions in the prevention of upper extremity musculoskeletal disorders and symptoms: an update of the evidence. *Occup Environ Med*. 2016 Jan;73(1):62-70. doi: 10.1136/oemed-2015-102992. Epub 2015 Nov 8. PMID: 26552695; PMCID: PMC4717459.
- Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M, Sund R, Virtanen P, Ferrie JE. Sickness absence as a risk factor for job termination, unemployment, and disability pension

among temporary and permanent employees. *Occup Environ Med.* 2006;63(3):212–7. doi:10.1136/oem.2005.020297. <http://europepmc.org/abstract/MED/16497865>.

- **Young AE, Wasiak R, Roessler RT, McPherson KM, Anema JR, van Poppel MN. Return-to-work outcomes following work disability: stakeholder motivations, interests and concerns. *J Occup Rehabil.* 2005;15:543–56**
- *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 2018 Volume:48 Issue:6 Pages:439–447 DOI: 10.2519/jospt.2018.7877
- *J Orthop Sports Phys Ther* 2018; 48 (6): 439–447. Epub 18 abr 2018. doi: 10.2519 / jospt.2018.7877 INE. Encuesta de morbilidad hospitalaria año 2011 [consultado 10 Jun 2013].
- K.E. Covinsky, R.M. Palmer, R.H. Fortinsky, S.R. Counsell, A.L. Stewart, D. Kresevic, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: Increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc*, 51 (2003), pp. 451-458 Medline
- C.M. Boyd, C.S. Landefeld, S.R. Counsell, R.M. Palmer, R.H. Fortinsky, D. Kresevic, et al. Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness. *J Am Geriatr Soc*, 56 (2008),
- T.M. Gill, H.G. Allore, E.A. Gahbauer, T.E. Murphy. Change in disability after hospitalization or restricted activity in older persons.
- K.E. Covinsky, A.C. Justice, G.E. Rosenthal, R.M. Palmer, C.S. Landefeld.
- Measuring prognosis and case mix in hospitalized elders. The importance of functional status. *J Gen Intern Med*, 12 (1997)
- **Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med*, 118 (1993),**
- **A. Zisberg, E. Shadmi, G. Sinoff, N. Gur-Yaish, E. Srulovici, H. Admi. Low mobility during hospitalization and functional decline in older adults. *J Am Geriatr Soc*, 59 (2011)**
- L. Palleschi, W. de Alfieri, B. Salani, F.L. Fimognari, A. Marsilii, A. Pierantozzi, et al.
- Functional recovery of elderly patients hospitalized in geriatric and general medicine units. The PROgetto DImissioni in GERiatria Study.

- P. Abizanda, M. León, L. Romero, P.M. Sánchez, C. Luengo, L. Domínguez, et al. La pérdida funcional al ingreso, principal variable explicativa de discapacidad y mortalidad al alta y al mes en ancianos hospitalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 42 (2007), pp. 201-211
- [P. Kortebein, A. Ferrando, J. Lombeida, R. Wolfe, W.J. Evans. Effect of 10 days of bed rest on skeletal muscle in healthy older adults. *JAMA*, 297 (2007)
- A.J.P.H. Cruz Lendínez, P.L. García Fernández, F.P. Carrascosa García, M.A.I. Jiménez Díaz, M.A.C. Villar Dávila. R. Deterioro funcional en ancianos ingresados en un hospital sin unidades geriátricas.
- F. Formiga, J. Maiques, A. Salazar, J. Mascaro, A. Novelli, A. Rivera, et al. Repercusión de la hospitalización en la capacidad funcional de pacientes mayores de 75 años ingresados en una unidad de corta estancia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 34 (1999), pp. 331-335
- **S. Bachmann, C. Finger, A. Huss, M. Egger, A.E. Stuck, K.M. Clough-Gorr. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 340 (2010), pp. C1718 Medline**
- Güell R, Cejudo P, Rodríguez-Trigo G, Bautista Gàldiz J, Casolivee V, Regueiro M et al. Estándares de calidad asistencial en rehabilitación respiratoria en pacientes con enfermedad pulmonar crónica. *Arch Bronconeumol*. 2012;48(11):396–404.
- I Jornada de Fisioterapia en Atención Primaria. Asociación Española de Fisioterapeutas de Atención Primaria y Salud Comunitaria. Editores: Abril Belchí E. Asociación Española de Fisioterapeutas de Atención Primaria y Salud Comunitaria. 2018. P 1-65. Disponible en: <http://www.aefi.net/Portals/1/APySC/libro1.pdf>
- López García A. Efectos del entrenamiento muscular en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica post-exacerbación. [Tesis], 2016. Universidade de A Coruña
- McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of*



Systematic Reviews. 2015(2). [Acceso a 19 enero 2020]. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25705944>

- Moore E, Palmer T, Newson R, et al. Pulmonary Rehabilitation as a Mechanism to Reduce Hospitalizations for Acute Exacerbations of COPD: A Systematic Review and Meta- Analysis. Chest. 2016;150(4):837-59. [Acceso a 19 enero 2020]. Disponible en: <http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=2544494>
- Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester Cet al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med. 2013.15;188(8):13-64
- Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Informes, Estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en:  
[https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas\\_personamayor.pdf](https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf)  
»  
[https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas\\_personamayor.pdf](https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf)
- Martín-Lesende I, López-Torres JD, de-Hoyos MC, Baena JM, Gorroñogoitia A, Herreros Y. Detección e intervenciones en la persona mayor frágil en Atención Primaria. En: recomendaciones PAPPS ( de la semFYC) 2014. Disponible en: <http://www.papps.org/>.
- Romero Rizo L, Abizanda Soler P. Fragilidad como predictor de episodios adversos en estudios epidemiológicos: revisión de la literatura. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013;48(6):285–289.
- Clegg A, Young S, et al. Frailty in older people. Lancet. 2013; seminar vol. 381 (9868):752-762



- American Geriatrics Society, British Geriatrics Society. AGS/BGS clinical practice guideline: prevention of falls in older persons. New York (NY): American Geriatrics Society; 2010.
- American Geriatrics Society, British Geriatrics Society. AGS/BGS clinical practice guideline: prevention of falls in older persons. New York (NY): American Geriatrics Society; 2010.
- Instituto de Información Sanitaria. Estadísticas comentadas: La Atención a la Fractura de Cadera en el SNS [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: <https://estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>.
- Freiburger E et al, Age Ageing. 2012;41(6):712-21.
- Cabrero-García, J.; Muñoz-Mendoza, C.L., Cabañero-Martínez, M.J.; González-Llopis, L.; Ramos-Pichardo, J.D.; Reig-Ferrer, A. (2012). Valores de referencia de la Short Physical Performance Battery para pacientes de 70 y más años en atención primaria de salud. Atención Primaria, 44 (9): 540-548.
- Abellán A, Esparza C, Castejón P, Pérez J. Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. Gac Sanit. 2011;25 (S):5-11
- Committee on Family Caregiving for Older Adults; Board on Health Care Services; Health and Medicine Division; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Schulz R, Eden J, editors. Families Caring for an Aging America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2016 Nov 8. 6, Family Caregivers' Interactions with Health Care and Long-Term Services and Supports. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK396396/>
- Garcés K, Carretero S, Rodenas F, Aleman C. A review of programs to alleviate the burden of informal caregivers of dependent persons. Arch Gerontol Geriatr. 2010;50:4. doi:10.1016/j.archger.2009.04.012.
- Lasheras Lozano ML (coord.). Atención integral a las personas cuidadoras de pacientes dependientes. Servicio Madrileño de Salud. 2013.
- Instituto Nacional de Estadística. Panorámica de la discapacidad en España. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. 2008. Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística. Cifras INE [serie en internet].

Disponible

en:

[https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176782&menu=resultados&secc=1254736195313&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&secc=1254736195313&idp=1254735573175)

- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares. Año 2018; 2019. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/p274/serie/prov/p05/I0/&file=03003.px&L=0>
- MINISTERIO DE SANIDAD SSEI. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012
- Pérez P, García O, Rodríguez A, Losada B, Porras S. Family function and the mental health of the caregiver of dependent relatives. Rev. Atención primaria/Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria 2009; 41(11): 621-62