



## Unidades de Fisioterapia de atención especializada

Coordinación de la actividad fisioterapéutica con los distintos servicios y departamentos del hospital. Coordinación entre niveles asistenciales.

Protocolos conjuntos.

### 1. El fisioterapeuta en atención especializada

- Actividades del fisioterapeuta
- Funciones del fisioterapeuta según el estatuto del personal sanitario no facultativo
- Organización hospitalaria

### 2. Coordinación con los servicios y departamentos del hospital

- Conceptos
- Normas de colaboración

### 3. El trabajo en equipo

- Concepto
- Principios básicos
- Componentes
- El trabajo cotidiano del equipo

### 4. Coordinación entre niveles asistenciales

- Ley General de Sanidad de 1986
- Problemas en la coordinación entre niveles asistenciales
- Situación actual

### 5. Protocolos conjuntos

- Concepto
- Tipos de protocolos

### 6. El informe al alta

- Concepto
- Obligatoriedad del informe al alta
- Contenido de un resumen de alta

## 1. EL FISIOTERAPEUTA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

La actividad fundamental del fisioterapeuta en atención especializada es la asistencial; es decir el tratamiento de los pacientes, aunque también son muy importantes la actividad investigadora y la docente, en concreto las actividades del fisioterapeuta se centran en:

1. **Atención directa al paciente:** entrevista clínica, técnicas terapéuticas, etc. La entrevista clínica se tratará más profundamente en el tema siguiente y en cuanto a las técnicas terapéuticas se desglosará en varios temas de este mismo libro.
2. **Organización de la unidad de fisioterapia:**
  - a. Planificación y diseño de servicios, plantillas e instalaciones
  - b. Organización del espacio físico de la unidad
  - c. Sistemas de registro, historias y protocolos
  - d. Coordinación con la dirección, médicos, unidades de hospitalización
3. **Formación (en la docencia):** tanto en hospitales universitarios o que colaboran con las escuelas universitarias de Fisioterapia.
4. **Formación continuada** (del propio fisioterapeuta): talleres, sesiones clínicas, cursos, congresos, conferencias, jornadas...
5. **Investigación**
6. **Actividades administrativas:** como son el paso de las fichas del tratamiento a la secretaría de rehabilitación, informe de las ausencias de los pacientes, peticiones de radiografías, historias clínicas y cualquier otro material referido al historial clínico del paciente que pudiera sernos de utilidad, etc.
7. **Educación para la salud:** aunque este apartado es más propio de la atención primaria, no es de descartar que en el medio del Ministerio de Defensa, donde nos movemos, al no existir centros de atención primaria, se hace necesaria una mayor incidencia en la educación para la salud de nuestros pacientes. Recomendaciones y ejercicios para realizar en casa, para prevenir complicaciones u otras patologías es una labor interesante a realizar. Además esta educación para la salud debe expresarse en todas las actividades que se realicen, ya sea durante los tratamientos (p.ej. posturas correctas), de forma verbal (en las entrevistas con el paciente o con los trabajadores del hospital) o incluso en el "comportamiento" ante los demás.

Según el estatuto del personal sanitario no facultativo, en su artículo 70 expone que la función de los fisioterapeutas será la aplicación de tratamientos con medios físicos que, por prescripción facultativa, se presta a los enfermos de todas las especialidades de medicina y cirugía.

Y en su artículo 71, el estatuto especifica que los fisioterapeutas realizarán bajo la prescripción del médico las funciones generales y específicas siguientes:

- Colaborar en actividades deportivas de los pacientes
- Aplicar las prescripciones médicas
- Tener a su cargo el control de ficheros
- Vigilar la conservación del material de fisioterapia
- Poner en conocimiento de los superiores, anomalías o deficiencias en asistencia o en la dotación del servicio
- Realizar las exploraciones manuales prescritas por el médico
- Aquellas funciones que se señalan en los reglamentos de instituciones sanitarias y las propias de cada centro

Organizativamente en un hospital existen una gerencia y tres grandes divisiones:

- Dirección médica
- Dirección de enfermería
- Dirección de gestión y servicios generales

Antes, el fisioterapeuta dependía de la dirección médica, pero hoy día tiende a depender de la dirección de enfermería o, también denominada jefatura o supervisión de enfermería

La expresión gráfica de la organización con sus líneas de autoridad y responsabilidad es el organigrama. Los puntos clave de la organización son:

- División del trabajo
- Delegación de responsabilidad, jerarquización y departamentización
- Delegación de autoridad
- Información
- Motivación




---

## 2. COORDINACIÓN CON LOS SERVICIOS Y DEPARTAMENTOS DEL HOSPITAL

La actividad fisioterapéutica dentro del hospital **no puede ser una actividad aislada**, sino que debe estar en completa armonía con las distintas acciones que se llevan a cabo sobre un paciente dentro del hospital, ya se encuentre el paciente ingresado o en régimen ambulatorio.

El Fisioterapeuta **debe ser un perfecto cumplidor** de las normas internas de funcionamiento del hospital, que pueden ir desde las restricciones en el consumo de tabaco y la correcta uniformidad, a las más elementales normas de silencio.

Se debe intentar la **racionalización de los recursos** del hospital mediante la coordinación con los diferentes departamentos y unidades, de manera que no se dupliquen tareas y se coordinen los diferentes horarios de terapias, pruebas diagnósticas, consultas, visitas, etc.

Igualmente se debe prestar colaboración con los servicios administrativos del hospital, a la hora de recogida de información y datos, actuando como correa de transmisión y de comunicación entre la actividad administrativa y el paciente. Asimismo en la recogida de datos y control de la duración de tratamientos y sesiones de fisioterapia.

El **Fisioterapeuta debe colaborar** con todos los departamentos que así lo soliciten, haciendo especial hincapié en:

- Departamentos de formación y de formación continuada, tanto de fisioterapia como de cualquier profesional de la salud que así lo solicite.
- Departamento de Seguridad e Higiene en el trabajo.
- Actividades lúdicas o de ocio, tanto de los pacientes como del personal del hospital.

Las **normas** que deben regir la colaboración entre la fisioterapia y el hospital son:

- La **colaboración ha de ser bidireccional** y lo más completa posible, con el fin de que las medidas y tratamientos propuestos, sean seguidas por el paciente una vez abandonada la sala de fisioterapia.
- La **realización de sesiones conjuntas** con los médicos responsables del enfermo nos llevan a un mejor conocimiento de las peculiaridades del paciente y a una mejor planificación de los tratamientos e incluso de las estancias hospitalarias.
- La **coordinación con los técnicos orto-protésicos** disminuye el tiempo de ingreso del paciente, aumenta su satisfacción y permite una mejor adaptación del paciente a su ortesis o prótesis.
- El **conocimiento de las condiciones reales del alta** de los pacientes, al igual que el conocimiento por parte del trabajador social del estado del

paciente, redundan en una mejor aceptación del alta y una mejor adaptación de nuestro tratamiento a las necesidades reales.

---

### 3. EL TRABAJO EN EQUIPO

El **equipo** es un sistema de trabajo que permite a varias personas de diferentes profesiones y habilidades coordinar sus actividades, y en la cual cada uno contribuye con sus conocimientos al logro de un propósito en común.

Los **principios básicos** que debe cumplir un equipo son:

- No deberá existir duplicidad de funciones
- Un miembro no puede reemplazar a otro
- Existencia de canales adecuados de comunicación
- Cada miembro contribuye con sus conocimientos, asume su responsabilidad y dirige los aspectos propios de su área.
- Todos los miembros están de acuerdo con los objetivos comunes
- La eficiencia total del equipo será mayor que la de la suma de sus componentes
- El equipo no es una meta, sino el medio para conseguir los objetivos

Los **componentes** de un equipo en rehabilitación son: los médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, ATS (de existir en el servicio), trabajadores sociales, logopedas, terapeutas ocupacionales, auxiliares y celadores, personal administrativo y contando con elementos de apoyo especializados según los temas: radiólogos, equipos de salud mental, traumatólogos, cirujanos, etc.

Para que el equipo funcione adecuadamente es necesario el buen carácter y disposición de ánimo de los miembros, que debe ser abierto u dialogante, evitando disputas y respetando y valorando las ideas de los restantes miembros del equipo.

Asimismo todos deben tener conocimientos básicos de salud para unificar criterios y trabajar en armonía, teniendo objetivos y tareas claros.

El **trabajo cotidiano** de un equipo en rehabilitación se reduce a instituir procedimientos más o menos útiles, buscar soluciones más o menos complejas y tomar decisiones más o menos acertadas. Más vale una solución menos buena consensuada, que una buena impuesta. Se deben pues, elegir las opciones con las que converjan la mayor parte de los integrantes del equipo y nunca ocultar los problemas

Un equipo multidisciplinar de rehabilitación además de discutir los problemas propios y cotidianos del servicio en sus reuniones semanales (al menos una reunión semanal es necesaria), se tratarán factores y tratamientos específicos de determinados pacientes, de determinados protocolos, formas de actuación, altas de paciente o continuación de tratamientos, y se pondrán en común puntos de vista profesionales, requiriendo el apoyo de cirujanos, traumatólogos o cualquier otro especialista cuando sea menester.

---

### 4. COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

#### 4.1. Ley General de Sanidad de 1986

Con esta ley se produce una importante reforma en el Sistema Nacional de Salud, estructurándose en dos tipos de asistencia: primaria y especializada. La atención primaria queda como centro del sistema sanitario, refiriéndola al centro de salud y al equipo de atención primaria. La atención especializada queda con todos los recursos de los especialistas de un área sanitaria, integrados en un servicio

jerarquizado, con sede en el hospital, si bien con puntos de atención próximos a la población, convirtiéndose en consultas externas hospitalarias.

Esta misma ley define nuestro sistema sanitario como un sistema nacional de salud y se concibe como el conjunto de los servicios de salud de las comunidades autónomas convenientemente coordinados.

En cada **Comunidad Autónoma** se constituirá un servicio de salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma.

Los centros de salud, desarrollan además de las tareas estrictamente asistenciales, funciones de promoción de la salud, prevención de las enfermedades e investigación y docencia, de acuerdo con los programas de cada área de salud, con objeto de complementar sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria.

El **área de salud** es la unidad geográfica, estructural y funcional de atención sanitaria integral en el sistema nacional de salud. Contiene todos los recursos necesarios, materiales, humanos y organizativos para poder dar una satisfacción suficiente a las necesidades de salud de la población; salvo en especialidades de demanda muy seleccionada y altamente costosa o sofisticada, que precisarán poblaciones superiores a las del área sanitaria; debiendo cada servicio regional de salud planificar su ubicación en centros de referencia para diversas áreas sanitarias.

Los grandes avances que suponen la concepción del área de salud son la descentralización de la gestión, unificación de gestión de los diversos recursos y la coordinación funcional subsiguiente entre los niveles primario y especializado de la atención sanitaria.

La estructura de área sanitaria permite, en función de la informática, la integración en una red de área de las unidades de admisión y citación de enfermos de los diversos puntos del dispositivo sanitario (centros de salud, ambulatorios y hospitales) y permite una serie de avances: historia clínica única del paciente con facilidad de acceso a la misma, sistema de citación integrado desde cualquier punto del área sanitaria y tarjeta sanitaria individualizada con zona magnético.

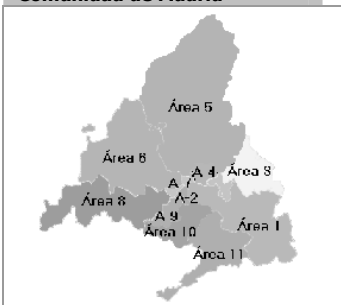
#### 4.2. Problemas en la coordinación entre niveles asistenciales

Los problemas planteados en la coordinación entre la atención primaria y el nivel hospitalario se basan en sus difíciles y complejas interrelaciones; estas relaciones deben estar basadas en intercambios bidireccionales en condiciones de igualdad y en los que ambas partes aporten su visión de los problemas y colaboren activamente en su resolución.

El hospital es, sin lugar a duda, una institución clave en el sistema; pero no por ello se le debe atribuir una importancia superior a la de la atención primaria; a veces en el ámbito profesional, la atención primaria es considerada como de segunda fila frente a la especializada. Por ello el hospital debe trabajar conjuntamente y coordinada, participando en todas las fases de los programas asistenciales, docentes y de investigación diseñados para el conjunto del área de salud.

Hay que reconocer que la progresión de los equipos de atención primaria con un nuevo enfoque de la asistencia, han hecho disminuir la presión sobre la asistencia especializada.

Áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid



Los principales problemas surgen en las zonas sujetas a progresos de reconversión, evidentemente, supone una dificultad el cambio en la cultura de la organización. Conceptos como atención integral, trabajo en equipo, coordinación con los equipos de atención primaria, suponen una novedad.

### 4.3. Situación actual

En 1984, como ya sabemos, se inició la reforma legislativa de asistencia médica ambulatoria en España, y en 1996 con la Ley General de Sanidad ésta se desarrollaba, los principales puntos son:

- Médicos generales y pediatras con dedicación completa, es decir, 40 horas semanales más guardias.
- Actividades preventivas y curativas proporcionadas por los mismos proveedores: unificación de redes.
- Distribución de los recursos según la ordenación del territorio en zonas de salud de entre 5000 y 25000 habitantes cada una.
- Organización en equipos de atención primaria, uno por cada zona o área básica de salud, con una ordenación del trabajo y horario que facilita la interrelación de los profesionales.
- Desarrollo de los servicios de apoyo mixtos (atención primaria y atención especializada) a nivel del área de salud para determinadas actividades como son la orientación familiar, salud mental, fisioterapia, trabaja socio-sanitario.

Las características del nuevo modelo más importantes son las siguientes:

En atención primaria se estructuran los médicos, pediatras, diplomados y otras profesiones sanitarias en equipos de atención primaria, con base en los centros de salud y a una población inscrita en la zona de salud; una dedicación plena de 40 horas, el trabajo en equipo, asistencia protocolarizada, programas de salud, investigación clínica y epidemiológica en función de los problemas de la zona de salud y formación continuada de toda la plantilla.

El principal cambio producido con el modelo tradicional es la integración de la medicina especializada hospitalaria. Esto permite una unificación de protocolos y una actuación al nivel de toda la especialidad, con una mejor distribución en el circuito de pacientes y de las cargas en los diferentes sistemas del circuito, un nivel homogéneo de conocimientos y calidad en la asistencia, posibilidades de estudio de incidencia de diversos procesos patológicos, una posibilidad de diseño de planes preventivos y terapéuticos, y sobre todo, facilidad de conexión entre los dos niveles asistenciales.

---

## 5. PROTOCOLOS CONJUNTOS

Un protocolo es un plan escrito que especifica los procedimientos a seguir durante una valoración o cuando se ofrece un tratamiento para un trastorno específico. Fundamentalmente existen tres tipos de protocolos clínicos:

1. Protocolos de **procesos diagnósticos**: Establecen de manera escalonada las exploraciones que se realizan frente a un síntoma o síndrome concreto, partiendo de los resultados del paso anterior, indican la conducta a seguir hasta llegar a un diagnóstico, a la conclusión de que no existe patología o a la remisión del paciente a otro nivel asistencial.
2. Protocolos de **tratamiento y control**: Establecen las pautas terapéuticas y de seguimiento de determinadas enfermedades diagnosticadas y suelen iniciarse con la definición de los criterios de inclusión en el protocolo. Se suelen utilizar frente a cualquier tipo de patologías, en especial las crónicas o las muy

recurrentes, que son las que hayan hecho que este tipo de protocolos hayan tenido un mayor desarrollo.

3. Protocolos de **utilización de procedimientos**: Son guías para la práctica y deben ser completas, específicas, detalladas, manejables y deben incluir los factores a tener en cuenta en la decisión de recomendar un procedimiento determinado.

Los protocolos conjuntos de todos los profesionales que atienden al paciente, permiten una mejora en la atención al mismo, pues evitan la posibilidad de dobles mensajes contradictorios que pueden inducir al paciente a la desconfianza y evitan asimismo errores en la actuación de los profesionales de la salud. Además posibilitan la racionalización en el uso de recursos del centro y una mayor facilidad para evaluar la actuación y calidad.

---

## 6. EL INFORME AL ALTA



El impreso de resumen para el alta proporciona la información más importante relativa a la asistencia sanitaria continuada del enfermo después del alta. Esta información puede incluir las instrucciones sobre medicación, órdenes o restricciones sobre actividad, los ejercicios prescritos, las instrucciones dietéticas y la pauta a seguir en caso de que surjan problemas.

El estado del enfermo debe figurar descrito en función de los resultados previstos o de los criterios de alta. El enfermo o un miembro de su familia debe recibir una copia del resumen del alta. Los servicios de asistencia a domicilio también pueden beneficiarse de la información contenida en los impresos resumidos.

El Ministerio de Sanidad y Consumo establece la obligatoriedad del informe de alta para los pacientes que, habiendo sido atendidos en un establecimiento sanitario, público o privado, hayan producido al menos una estancia. Debe ser entregado en mano al paciente o, por indicación del médico responsable, al familiar o tutor legal, en el momento del alta. Una copia deberá ser archivada, siendo responsabilidad de la dirección del centro velar por la integridad de la copia así como por la confidencialidad de los datos.

El **contenido de un resumen de alta** deberá cumplir unos requisitos mínimos:

- Estar escrito a máquina, ordenador o con letra legible.
- Nombre del hospital o establecimiento, domicilio social y teléfono.
- Identificación de la unidad asistencial o servicio que es el alta.
- Nombre, apellidos y firma del médico responsable.
- Número de historia clínica del paciente y número de registro de entrada.
- Nombre, apellidos, fecha de nacimiento, sexo y domicilio habitual del paciente.
- Fechas de admisión y de alta.
- Motivos de alta e ingreso.
- Resumen de la historia clínica y exploración del paciente.
- Resumen de la actividad asistencial prestada, incluyendo los resultados de las pruebas complementarias más significativas, en caso de éxitos, resultado de la necropsia.
- Diagnóstico principal y complementarios.
- Procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos, en este caso se especificarán los datos y exploración del nacido.
- Evolución y pronóstico.
- Instrucciones educativas necesarias en el momento en que sea dado de alta del hospital.

- Recomendaciones al alta, tanto de ejercicios y medidas a tomar, como de ayudas técnicas que puedan ser necesarias.
-