



Sociedade Galega de Fisioterapeutas

(SOGAFI)

Alegacións ao documento da carteira de Servizos do colectivo de fisioterapeutas de Atención Primaria

Trala presentación o pasado venres 26 de marzo do borrador da carteira de Servizos do colectivo de fisioterapeutas de atención primaria, dende a Sociedade Galega de Fisioterapeutas (SOGAFI) presentamos as seguintes alegacións ao documento coa conseguinte exposición motivada.

1. Consideracións iniciais.

En primeiro lugar, consideramos que o título do documento debería facer referencia a carteira de Servizos que se ofrece dende a Fisioterapia, e non polo colectivo de fisioterapeutas; e dicir, sería a carteira de servizos de Fisioterapia en Atención Primaria, e que despois, en base a ela, establecerá o mapa de competencias do colectivo de fisioterapeutas.

En segundo lugar, pensamos que abrir a posibilidade de derivación dende o segundo nivel asistencial, de patoloxía propia da carteira de servizos de Atención Primaria, provocará un aumento da derivación de procesos non complexos dende as consultas dos médicos de AP a este segundo nivel asistencial (rehabilitación, traumatoloxía, reumatoloxía,...); xa que unha vez que derivan ao paciente a esas consultas, serán outros os profesionais que realizarán a cribaxe desas patoloxías, e daralles unha falsa percepción aos médicos de primaria (verdadeiros responsables desta cribaxe), de que a súa intervención foi axeitada.

Se o proceso que derivan ao segundo nivel asistencial, ben por un erro na derivación ao tratarse de procesos da carteira de servizos das UFAP, ou ben para solventar dúbidas diagnósticas, lles volve remitido as súas consultas trala alta no servizo Hospitalario ao que se derivou, acabará por xerar nos médicos de AP un proceso de mellor coñecemento dos procesos que entran na carteira de servizos de fisioterapia en AP, e que polo tanto, deben ser atendidos con derivación directa a UFAP de referencia (páxinas 6 e 7).

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

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

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

2. Alegacións concretas ao documento.

- Alegación Nº 1.

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

- Alegación Nº 2.

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

- Alegación Nº 3.

Páxina 11: no tocante aos criterios de exclusión, a patoloxía neurolóxica debe estar excluída “*per sé*” da carteira de servizos das UFAP, e non só no estado agudo; xa que son procesos que precisan dunha abordaxe integral por parte de varios profesionais (logopedas, terapeutas ocupacionais, neuropsicólogos) e en unidades específicas de neurorrehabilitación Hospitalarias.

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

- Alegación Nº 4:

Páxina 27: o programa 5 de dor crónica non está claro (parece que se incluíría dentro do programa 4); e ademais establece uns indicadores na metade do programa que se intúe coma un erro de maquetación do documento.

- Alegación Nº 5

Páxina 28: no programa 7 de patoloxía neuromusculoesquelética traumatolóxica aguda, debe incluírse dentro da poboación a que vai dirixido a poboación infantil; xa que son un grupo poboacional que se poden beneficiar moito da intervención de fisioterapia en procesos tales coma escordaduras, lesións musculares, e alteracións benignas do crecemento tipo Sever ou Osgood Slater.

- Alegación Nº 6

Página 29: o mesmo que na alegación Nº 4, debe incluírse dentro da poboación diana a poboación infantil.