

R. Iglesias¹
L. Maceiras²
K. Duncan³

¹Fisioterapia, Hospital Comarcal de Monforte de Lemos, Lugo. Profesora asociada del Área de Fisioterapia, E.U. Fisioterapia, Universidad de Vigo.

²Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, E.U. Fisioterapia, Universidad de Vigo.

³Departamento de Filología Inglesa, Francesa y Alemana, Universidad de Vigo.

Fecha de recepción: 2/2/04
Aceptado para su publicación: 10/1/05

Correspondencia:
Rosa Iglesias Santos
E.U. de Fisioterapia,
Universidad de Vigo. Campus A
Xunqueira. 36005 Pontevedra
Correo electrónico:
rosa.iglesias@wanadoo.es

Estudio descriptivo de la asistencia sanitaria en la unidad de fisioterapia del Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Lugo, España)

A descriptive study of the health care at the physiotherapy unit of the Hospital Comarcal of Monforte de Lemos (Lugo, Spain)

RESUMEN

Objetivo: Describir la atención prestada a los enfermos en la unidad de fisioterapia del Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Lugo, España).

Material y métodos: Estudio observacional transversal, llevado a cabo con los sujetos que recibieron tratamiento en la unidad de Fisioterapia del Hospital Comarcal de Monforte durante los meses de abril, mayo y junio del año 2002; en total 136 enfermos. Fueron valorados funcionalmente y entrevistados personalmente en el hospital, con un cuestionario de preguntas cerradas, dos veces: al inicio y al final del tratamiento.

Resultados: 136 personas: 66,9 % de mujeres y 33,1 % de hombres. La mayor frecuencia de edades se halló en el intervalo de 60-70 años. Las patologías tratadas fueron: de columna lumbar 31,6 %, de hombro 24,3 %, de columna cervical 19,1 %, de rodilla 13,2 %, de mano 6,6 %, neurológica central 5,9 %, de codo 5,9 %, de columna dorsal 4,4 %, neurológica periférica 2,9 %, de pie 2,2 %, de cadera 0,7 % y otras 3,7 % (había personas con más de una patología). La

SUMMARY

Objective: A description of the health services rendered to patients at the physiotherapy unit of the Hospital Comarcal of Monforte de Lemos (Lugo, Spain).

Material and methods: A cross-sectional study, carried out on the subjects who underwent treatment at the physiotherapy unit of the Hospital Comarcal of Monforte de Lemos during april, may, and june, 2002. A total number of 136 patients were functionally evaluated and personally interviewed at the hospital, using a closed questionnaire twice, at the beginning and the end of the treatment.

Results: 136 individuals: 66,9 % female, 33,1 % male. The greatest age frequency was found within the 60-70 age bracket. The pathologies dealt with were: lumbar section (31,6 %), shoulder (24,3 %), neck section (19,1 %), knee (13,2 %), hand (6,6 %), central neurological (5,9 %), elbow (5,9 %), dorsal (4,4 %), peripheral neurological (2,9), foot (2,2 %), hip (0,7 %), and others (3,7 %) (some patients suffered from more than one pathology). At the end of the treatment, recovery was full in 8,8 %, and partial in 91,2 % of the cases.

recuperación al alta fue total en el 8,8 % de los casos y parcial en el 91,2 %.

Conclusiones: La población femenina atendida es el doble de la masculina. No existe límite de edad para el tratamiento; los pacientes más numerosos son los de más edad. La mayoría de los tratados procede de las consultas externas hospitalarias, con mayor frecuencia del servicio de traumatología seguido por el de reumatología; por eso las patologías más tratadas son las osteoarticulares. Un número importante de pacientes experimenta mejoría en todos los aspectos valorados al inicio y al final del tratamiento. En la mayoría de los casos, la recuperación total no fue posible; las secuelas, aunque sean mínimas, están presentes casi siempre.

PALABRAS CLAVE

Fisioterapia; Investigación; Asistencia sanitaria; Servicios hospitalarios.

Conclusions: *Female population receiving health care doubles the number of males. There is no treatment age limit. However, the most numerous patients were the older ones. The greatest treatment number comes from outpatients, most frequently those receiving traumatologic treatments, followed by those who require rheumatologic services, consequently, the pathologies most frequently dealt with are osteoarticular. An important patient number have found an improvement in all the features analysed at the beginning and the end of the treatment. In most cases, a complete recovery was not possible, sequelae, although slight, are almost always present.*

KEY WORDS

Physiotherapy; Research; Health care; Hospital services.

INTRODUCCIÓN

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

- Desde el punto de vista de los profesionales, saber en qué aspectos se tienen que preparar con más intensidad y así enfocar su formación de manera adecuada, y cómo deben planificar y organizar los servicios para obtener el máximo rendimiento con los recursos humanos disponibles en ese momento.
- Desde el punto de vista de los gestores, conocer cómo se deben repartir los recursos, para así, con el menor coste posible, obtener los mejores resultados, y lograr que la asistencia sea satisfactoria para los usuarios.
- Desde el punto de vista de los enfermos, y también de los profesionales, conocer la evolución de las patologías, para que se sepa qué se puede esperar de los trata-

mientos, y se puedan establecer unos objetivos reales sin crear falsas expectativas.

A pesar de la importancia de tener datos objetivos sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios, no hemos encontrado, en la bibliografía indexada en nuestro país en el Índice Médico Español (IME), ni en el MEDLINE, artículos que hagan referencia a la atención general en las unidades de Fisioterapia hospitalarias. Los artículos existentes se centran en estudios sobre otros aspectos, como son los protocolos clínicos de fisioterapia¹⁻⁵ o las guías de práctica clínica⁶, la satisfacción de los usuarios⁷, y la evolución de programas concretos de tratamiento^{5,8}; así como la asistencia fisioterapéutica en atención primaria^{9,10}.

Nos hemos remitido únicamente a las unidades de fisioterapia en nuestro estado para establecer una relación entre las mismas, porque entendimos que serían más similares en el funcionamiento, y esto nos permitiría un mejor estudio de la nuestra, por comparación.

186 El trabajo que se presenta aquí tiene como objetivo describir la atención prestada a los enfermos en la unidad de Fisioterapia del Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Lugo).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional transversal, cuya población objetivo fue la formada por los sujetos sometidos a tratamiento en la unidad de Fisioterapia del Hospital Comarcal de Monforte. La muestra estuvo compuesta por todas las personas que estuvieron a tratamiento durante los meses de abril, mayo y junio del año 2002; en total 136 pacientes.

No existieron criterios de exclusión porque, de no poder responder la persona enferma, por no estar capacitada para hacerlo (ser muy pequeña aún o muy mayor ya, o tener demencia o retraso psicológico...), podían hacerlo sus familiares o personas allegadas, dado que estas respuestas no suponían revelar datos íntimos desconocidos y, por lo tanto, no existía riesgo de cometer un sesgo de información. La valoración funcional fue realizada directamente por el profesional fisioterapeuta y no requería respuesta por parte del paciente.

Como instrumento de recogida de datos se elaboró un cuestionario con veintisiete variables, distribuidas en tres apartados: en el primero se recogieron los datos socio-demográficos y los generales de la unidad; en el segundo los datos clínicos, divididos, a su vez, en dos exploraciones, una al inicio del tratamiento y otra al alta; y en el tercero la percepción del estado de salud por parte del usuario.

Para elaborar las variables que recogían los datos clínicos, se evaluaron las escalas más utilizadas habitualmente:

– En la valoración de la movilidad y la función articular no se utilizó la goniometría articular porque es una prueba más restringida de lo que nosotros necesitábamos, dado que buscábamos un análisis más global de la movilidad¹¹. Se utiliza una escala de cuatro ítems: mala (25 % de movilidad), regular (50 % de movilidad), buena (75 % de movilidad) y completa (100 % de movilidad).

– En la valoración del dolor no se optó por escalas numéricas, sino que se llevó a cabo con descriptores verbales (desde ligero a insoportable) por su mejor comprensión para los usuarios¹²⁻¹⁴.

– En la valoración de la capacidad funcional se revisaron el Índice de Barthel (IB), el de Katz (IK) (Escala de actividades de la vida diaria, AVD, o *Activities of Daily Living Scales, ADL*)¹⁵, el de Lawton (Escala de actividades instrumentales de la vida diaria, AIVD, o *Instrumental Activities of Daily Living Scales, IADL*)¹⁶ y la Escala de la Incapacidad Física de la Cruz Roja (ECRF); entre ellas se escogió la última por ser la que mejor se adaptaba a nuestras necesidades, además de ser de fácil manejo, para medir las actividades de la vida diaria y el autocuidado^{13,14,17,18}.

El procedimiento de intervención se realizó personalmente en el hospital, entrevistando y valorando funcionalmente a los 136 enfermos dos veces: al inicio y al final del proceso.

Aunque en el ámbito de estudio, la unidad de Fisioterapia, existen tres subunidades de tratamiento: una de hidroterapia, otra de electroterapia y una tercera de cinesiterapia, atendidas todas ellas por cuatro fisioterapeutas, la exploración y la recogida de datos fueron realizadas por la misma persona para evitar la variabilidad interpersonal, que reduciría la fiabilidad de la investigación.

Las variables del estudio fueron analizadas con el paquete estadístico SPSS®.

RESULTADOS

De los 136 sujetos que componían la muestra estudiada, 91 (66,9 %) eran mujeres y 45 (33,1 %) hombres. Sus edades se distribuyeron entre 1 y 82 años (rango de edad = 81) y, a pesar de situarse la moda en 77, la media fue de 57,8, la desviación típica de 16,45 y la mediana de 59, con una asimetría de $-0,819$ en la curva normal (fig. 1).

El 43,4 % (59) de los pacientes vivían en zonas rurales y el 44,1 % (60) en el núcleo urbano de Monforte; un 12,5 % (17) eran de zonas intermedias.

El medio de transporte utilizado ha sido el ordinario (coche) en 115 casos (84, 5 %) y la ambulancia en 21 (15,5 %).

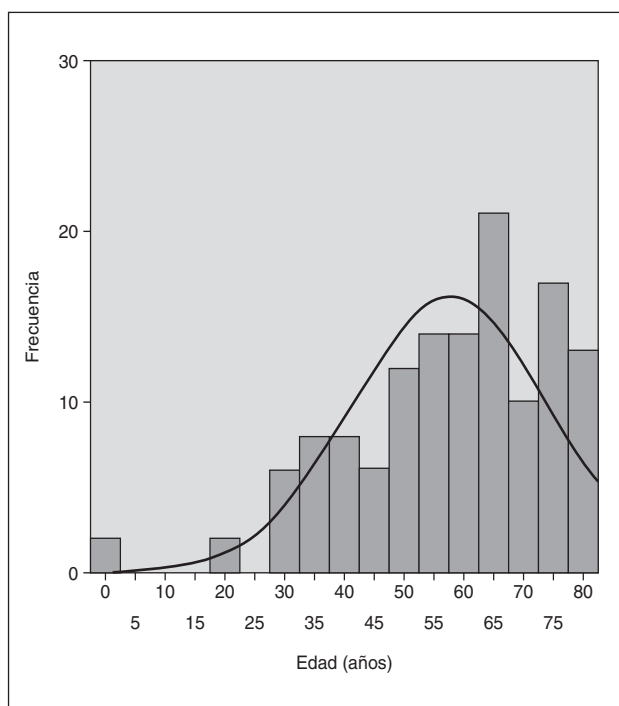


Fig. 1. Curva normal de la edad.

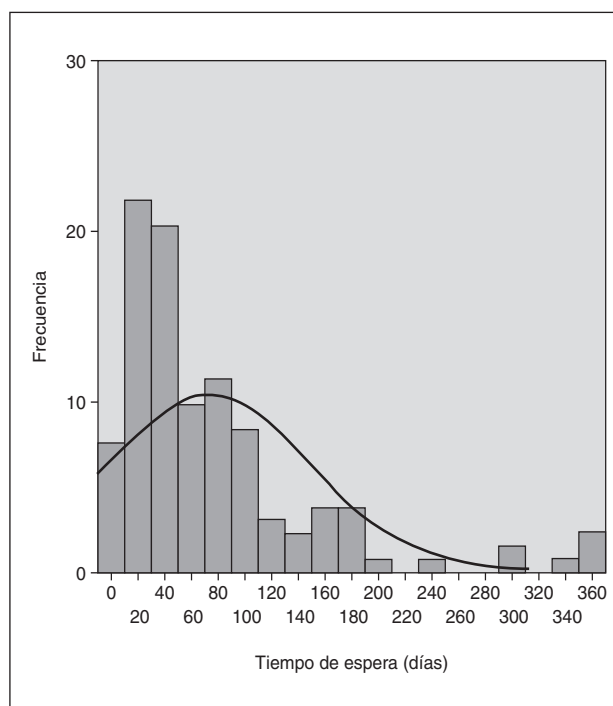


Fig. 2. Tiempo de espera, en días, para la atención fisioterapéutica.

El tiempo de espera osciló entre 1 y 354 días, siendo la media de 75,16, la mediana de 49, la moda de 27 y la desviación típica de 75,30 (fig. 2).

Aclarando que, antes de iniciar el tratamiento en fisioterapia, el 100 % de los enfermos tienen que pasar por la consulta de rehabilitación, se constató que 127 (93,4 %) procedían de consultas externas y 9 (6,6 %) estaban ingresados en el hospital. Y los servicios que enviaron, en su origen, algún paciente a fisioterapia fueron los de Otorrinolaringología 3 (2,2 %), Atención Primaria 9 (6,6 %), Neurología 7 (5,1 %), Medicina Interna 6 (4,4 %), Traumatología 70 (51,5 %), Reumatología 36 (26,5 %) y otros 5 (3,7 %). Las patologías atendidas pueden observarse en la tabla 1.

El tratamiento efectuado, según las tres subunidades existentes, ha sido de electroterapia en 100 sujetos (73,5 %), cinesiterapia en 87 (64,0 %) e hidroterapia en 41 (30,1 %).

El número de sesiones de tratamiento recibidas se repartió entre 5 y 103, con una media de 30,70, una me-

diana de 23, una moda de 15 y una desviación típica de 20,54.

El tiempo de tratamiento mínimo fue de 10 días y el máximo de 270; la media de 55,79 y la desviación típica de 42,73; la mediana se situó en 40,50 y se encontraron dos modas en 24 y 25 días.

En cuanto a la exploración física inicial:

- La movilidad articular encontrada ha sido mala, o del 25 % sólo, en 49 (36 %) enfermos; regular, o con el 50 % de la movilidad, en 60 (44,1 %); buena, o con el 75 %, en 17 (12,5 %); y conservaban el 100 % de la movilidad, o movilidad completa, 10 (7,4 %).

- No existía dolor en 12 (8,8 %) casos, tenía dolor al esfuerzo 1 (0,7 %) persona, al movimiento 37 (27,3 %), dolor intermitente 32 (23,5 %) y dolor continuo 54 (39,7 %).

- El grado o intensidad de este dolor fue considerada ligera-débil por 6 (4,4 %) personas, como dolor moderado por 29 (21,3 %), dolor intenso por 75 (55,1 %) y dolor insoportable por 15 (11,0 %).

Tabla 1. Patologías atendidas en la unidad de fisioterapia

Patologías	Porcentajes*	Frecuencias*
Neurológica central	5,9	8
Neurológica periférica	2,9	4
Osteomuscular columna cervical	19,1	26
Osteomuscular columna dorsal	4,4	6
Osteomuscular columna lumbar	31,6	43
Osteomuscular hombro	24,3	33
Osteomuscular codo	5,9	8
Osteomuscular mano	6,6	9
Osteomuscular cadera	0,7	1
Osteomuscular rodilla	13,2	18
Osteomuscular pie	2,2	3
Cardiorrespiratoria	0,0	0
Otras patologías	3,7	5

*Los porcentajes y las frecuencias no dan el 100 % porque había enfermos con más de una patología.

– La incapacidad física, si la había, de los miembros superiores les dejaba realizar las AVD a 17 (12,5 %) usuarios, tenían alguna dificultad para realizar las AVD 42 (30,9 %), grave dificultad para realizar las AVD 49 (36,0 %) y estaban inmovilizados en cama o sillón 3 (2,2 %).

– La incapacidad física de los miembros inferiores les permitía deambular con ayuda de bastones a 3 (2,2 %), deambular con ayuda de una persona a 19 (14,0 %), deambular con extrema dificultad con ayuda de otra persona a 7 (5,1 %) y se encontraban inmovilizados en cama o sillón 3 (2,2 %).

– El autocuidado lo hacía el paciente en 84 (61,8 %) casos, lo hacía con ayuda en 48 (35,3 %) y no lo hacía en 2 (1,5 %).

En la exploración física final, estos parámetros han resultado valorados:

– La movilidad articular ha sido mala en 4 (2,9 %) enfermos, regular en 24 (17,6 %), buena en 71 (52,2 %) y completa en 37 (27,2 %).

– No existía dolor en 36 (26,5 %) casos, tenían dolor al esfuerzo 18 (13,2 %) personas, dolor al movimiento

48 (35,3 %), dolor intermitente 19 (14,0 %) y dolor continuo 14 (10,3 %).

– La intensidad de este dolor fue considerada ligera-débil por 48 (35,3 %) personas, moderada por 33 (24,3 %), intensa por 18 (13,2 %) e insoportable por 1 (0,7 %).

– La incapacidad física de los miembros superiores les dejaba realizar las AVD a 47 (34,6 %) usuarios, tenían alguna dificultad para realizar las AVD 23 (16,9 %), grave dificultad para realizar las AVD 8 (5,9 %) y nadie estaba inmovilizado en cama o sillón.

– La incapacidad física de los miembros inferiores les permitía deambular con ayuda de bastones a 16 (11,8 %), deambular con ayuda de una persona a 4 (2,9 %), deambular con extrema dificultad con ayuda de otra persona a 2 (1,5 %) y se encontraban inmovilizada en cama o sillón 1 (0,7 %) persona.

– El autocuidado lo hacía el paciente en 125 (91,9 %) casos, lo hacía con ayuda en 9 (6,6 %) y no existía ya ningún caso que no lo hiciese.

La comparación de los resultados de estas medidas, al inicio y al final del tratamiento, puede verse en las figuras 3, 4, 5.

La recuperación al final del proceso ha sido total (sin secuelas) en 12 (8,8 %) enfermos y parcial en 124 (91,2 %).

DISCUSIÓN

En la muestra estudiada, la población femenina tratada fue el doble de la masculina (66,9 % ante 33,1 %), lo que coincide de una manera sorprendentemente similar con otro estudio llevado a cabo en una unidad de fisioterapia de atención primaria en el que las mujeres que utilizan la unidad se corresponden con el 68 % de todas las personas atendidas, siendo los hombres el 32 % restante. Por otro lado, hoy está universalmente aceptado que las mujeres presentan una esperanza de vida más larga pero un peor estado de salud (mayor morbilidad) y de calidad de vida. Algunos de los estudios, tanto a nivel nacional¹⁹⁻²¹ como internacional²²⁻²⁵ que lo demuestran dan cifras en artrosis/reumatismo/dolor de espalda crónico de 22 % en hombres y 40 % en mujeres, en las

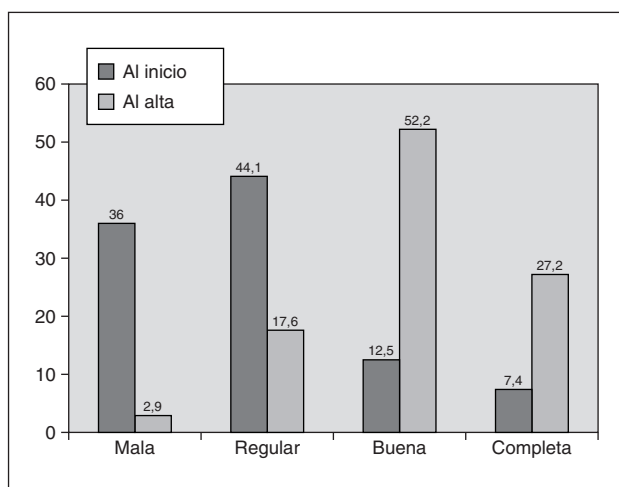


Fig. 3. Comparación de la movilidad articular (porcentajes).

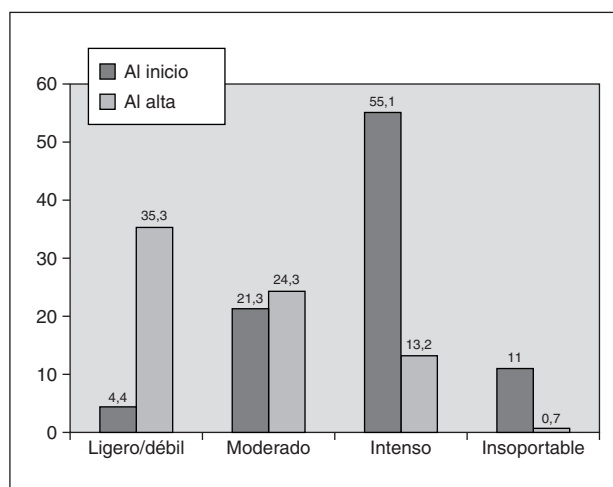


Fig. 4. Comparación de la intensidad del dolor (porcentajes).

clasificaciones de trastornos crónicos, ello haría, obviamente, que, en lo que respecta a estas patologías, las mujeres utilizaran los servicios sanitarios lo doble que los hombres; tampoco conviene olvidar la osteoporosis, más frecuente e intensa en la mujer que en el hombre por su metabolismo y eliminación del calcio, que produce problemas factibles de ser tratados con fisioterapia.

En la figura 1 vemos la curva normal de la edad desviada a la derecha, claro indicativo de que había un porcentaje alto de personas con edades elevadas, de hecho el pico de mayor frecuencia de edades se encontraba entre 60 y 70 años.

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

La procedencia de los pacientes, en el 93,4 % de los casos, fue de las consultas externas hospitalarias; siendo los servicios que más enviaron el de traumatología y el de reumatología, representando entre ambos el 77 % del total, coincidiendo ambos con el estudio de Barra. Atención Primaria (AP) sólo derivó a esta unidad un 6,6 % de los pacientes atendidos, pero esto hay que analizarlo desde la perspectiva de que lo lógico es que deri-

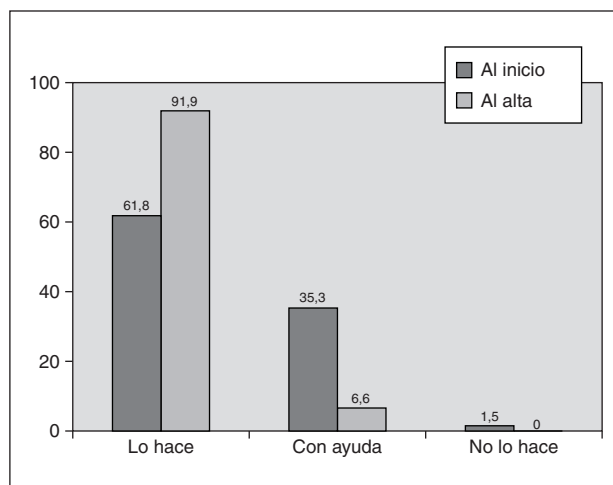


Fig. 5. Comparación del autocuidado (porcentajes).

ve a fisioterapia de AP y no a la hospitalaria, por eso este dato contrasta con la misma variable analizada desde AP en donde la derivación había sido del 40,6 %. Vemos que hay pacientes procedentes del servicio de neurología, pero no existe en este hospital, lo cual indica que hay neurólogos de otras zonas que los derivan.

Las patologías más tratadas fueron las osteomusculares de columna lumbar, de hombro, de columna cervical y

190 de rodilla, datos que son coincidentes con los de AP, aunque en ella eran más frecuentes las de columna cervical que las de lumbar.

Por los datos obtenidos en el tratamiento efectuado, vemos que muchos de los pacientes recibieron tratamiento combinado de electroterapia, cinesiterapia e hidroterapia.

El tiempo de tratamiento es menos significativo que las sesiones recibidas por cada paciente. Aunque la media de sesiones fue de 30,7, la mayor frecuencia se situó en 15 sesiones por paciente, las mismas que en el estudio de AP.

De los parámetros evaluados al inicio y al alta: movilidad articular, existencia de dolor, intensidad de dolor, incapacidad funcional y autocuidado, todos evolucionaron hacia la mejoría. A pesar de esto, al alta se podía observar que en la gran mayoría de los pacientes (91,2 %) estaba presente alguna limitación, por pequeña que ésta fuese; ello puede deberse a que la mayoría de los usuarios tratados en los centros hospitalarios son pacientes crónicos, o bien a que el tiempo de espera para el tratamiento agrave la dolencia, pudiendo así influir en los resultados, dado que el tiempo medio de espera fue de 75,16 días.

BIBLIOGRAFÍA

1. Medina F, Torres AI, Bonilla R, Montilla J, Escolar P, Varela JF. Características de los protocolos de fisioterapia elaborados en Atención Primaria. *Cent Salud*. 1999;7(11):697-702.
2. Saturno PJ, Medina F, Torres AI, Saura J. Evaluación de la calidad estructural de los protocolos clínicos de fisioterapia elaborados en atención primaria. *Aten Primaria*. 1999;23(9):520-5.
3. Medina F, Saura J, Saturno PJ, Gascón JK, Valera JF, Escolar P. Los protocolos clínicos: una estrategia para reducir la variabilidad y diseñar la calidad en Fisioterapia. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol*. 1998;1(3):164-78.
4. Saura J, Saturno PJ. Los protocolos clínicos y de atención en Fisioterapia. *Fisioterapia*. 1997;19(4):86-90.
5. Valls MA, Esquerdo MJ. Protocolo de evaluación y tratamiento fisioterápico en pacientes hemipléjicos. *Fisioterapia*. 1989;39:29-39.
6. Medina F, Saturno PJ, Meseguer AB, Montilla J, Saura J, Gascón JJ. Factores asociados a la calidad estructural en las guías de práctica clínica de fisioterapia. *Aten Primaria*. 2003;31(6):356-60.
7. Sánchez FJ, Fombellida T, Gómez A, Salcedo MA, Esteban A, Moncada B. Encuesta de satisfacción a los pacientes de una unidad de fisioterapia de Atención Primaria. *Cent Salud*. 1997;5(5):318-22.
8. Blanco J, Roca O, Gort A, Barberas AR. La fisioterapia en cuidados paliativos. *Rev Soc Esp Dolor*. 1997;4(3):197-204.
9. Barra M. Unidad de Fisioterapia de atención primaria. Estudio descriptivo de la actividad asistencial. *Fisioterapia*. 1999;21(1):27-38.
10. Barra M. Fisioterapia de atención primaria. Estudio analítico de cargas de trabajo. *Fisioterapia*. 2003;25(3):159-69.
11. Daniels L, Worthingan C. Pruebas funcionales musculares. México: Interamericana; 1972.
12. Torrubia R, Baños JE. Evaluación del dolor. En: Aliaga L, Baños JE, Barutell C, Molet J, Rodríguez de la Serna A, editores. Tratamiento del dolor. Teoría y práctica. Barcelona: MCR; 1995. p. 47-54.
13. Bowling A. Measuring health. Buckingham: Open University Press, 1994.
14. Badía X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Barcelona: Edimac; 2001.
15. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffee MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychological function. *JAMA*. 1963;185:94.
16. Lawton MP. The functional assessment of elderly people. *J Am Geriatr Soc*. 1971;19:645-81.
17. Polonio B. Valoración geriátrica integral. En: Durante P, Pedro P. Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica. Barcelona: Masson; 1998. p. 25-47.
18. Salgado A. Valoración geriátrica integral. Valoración clínica. En: Salgado A, et al. Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano. Barcelona: Masson; 1996. p. 47-55.
19. Rohlfs I, Borrell C, Anitua C, et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gac Sanit*. 2000;14:146-55.

R. Iglesias
L. Maceiras
K. Duncan

Estudio descriptivo de la asistencia sanitaria en la unidad
de fisioterapia del Hospital Comarcal de Monforte de Lemos
(Lugo, España)

20. Rohlfs I, Borrell C, Fonseca MC. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit.* 2000;14 Supl 3:60-71.
21. Brugulat P, Séculi E, Fusté J. Estado de salud y género en Cataluña. Una aproximación a través de las fuentes de información disponibles. *Gac Sanit.* 2001;15(1):54-60.
22. Angell M. Caring for women's health. What is the problem? *N Engl J Med.* 1993;329:271-2.
23. Kriegsman DMW, Penninx BWJH, Van Eijk JThM, Boeke JP, Deeg DJH Self-reports and general practitioner information on the presence of chronic diseases in community dwelling elderly. *J Clin Epidemiol.* 1996;49:1407-17.
24. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Soc Sci Med.* 1996;42:617-24.
25. Ruiz MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol Community Health.* 1997;51:106-9.

191