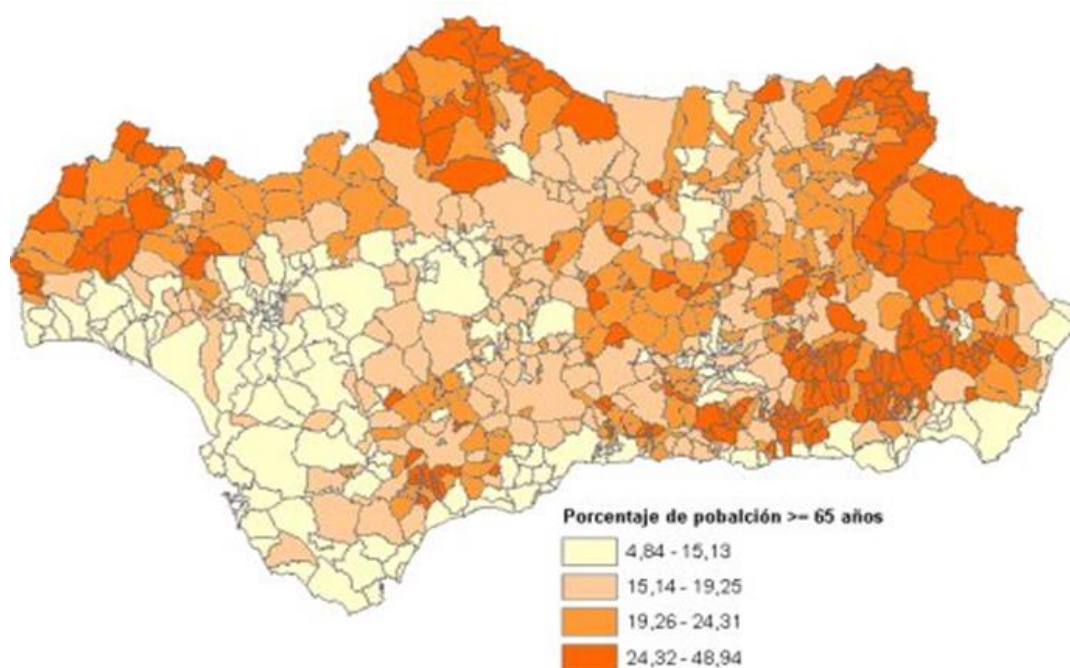


2019-2021

REHABILITACIÓN DOMICILIARIA EN ANDALUCÍA



Victoria Ramos Domínguez
Medicina Física y Rehabilitación

"Uno de los mejores regalos que puedes dar a cualquiera es el regalo de tu atención"

Jim Rohn

OBJETIVOS

El grupo de trabajo de Rehabilitación Domiciliaria tiene como **objetivos**:

- ✓ Realizar un **plan de difusión e información** del trabajo realizado
- ✓ **Homogeneizar** la organización funcional, entendiendo la singularidad de cada provincia
- ✓ Diseñar **planes de actuación conjunto** para mejorar el abordaje de procesos atendidos con la mejor evidencia disponible, incluyendo tecnologías de información.
- ✓ Diseñar **indicadores** que midan resultados de salud en el ámbito domiciliario y que puedan facilitar proyectos de trabajo e investigación
- ✓ Incorporar la **atención social** como parte del cuidado y tratamiento de una enfermedad crónica, para dar respuesta a los condicionantes socioeconómicos asociados.
- ✓ Asegurar la **equidad en la asistencia a la cronicidad en entornos rurales**, promoviendo una coordinación autonómica basada en homogeneizar los resultados, más que los procesos.

EL EQUIPO DE TRABAJO

REHABILITACION DOMICILIARIA ANDALUCIA

Algeciras

Verónica Ceballos veronicacevaz@hotmail.com
HU Punta Europa. Distrito Sanitario Campo de Gibraltar

Almería

Antonia Clara Arrebola López 44266527Z. Mecaarrebola@gmail.com
HU Torrecárdenas. Distrito Sanitario Almería

Cádiz

María Alarcón Manoja 44043386L. mariaalarconmanoja@gmail.com
HU Puerta del Mar. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda

Córdoba

María dolores Rodríguez Pérez 44265039K. mdrperez@gmail.com
HU Reina Sofía. Distrito Sanitario Córdoba

Huelva

Coral Martín Chacón 28720179X. Coral.marcha@gmail.com
HU Juan Ramón Jiménez. Distrito Sanitario Huelva-Costa-Condado Campiña

Granada

Irene Fernández Rodríguez 28790812X. irenefernandezrodriguez@gmail.com
HU Virgen de las Nieves. Distrito Sanitario Granada

Jaén

Juan Carlos Moscoso Prieto 78221420J. doctormoscosoprieto@gmail.com
Pilar Aranda Villalobos 75159117Q. pilar.av@gmail.com
Complejo Hospitalario de Jaén. Distrito Sanitario Jaén

Jerez

Trinidad Torrico Ponferrada 28827193M. ninilive@hotmail.com
HU Jerez de la Frontera. AGS Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz

Málaga

Silvia Díaz Moreno 24904409 D. Silviadiaz9@gmail.com
H Regional Carlos Haya Málaga. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce

Sevilla

Josefa Márquez Navarro 28675723J. josefamarqueznavarro@gmail.com
Victoria Ramos Domínguez 28681815X. victoriaramdo@gmail.com
HU Virgen Macarena. Distrito Sanitario Sevilla

ÍNDICE

1. INTRODUCCION

2. REHABILITACION DOMICILIARIA EN ANDALUCÍA

2.1. Datos demográficos

1. Población Andalucía
2. Población Mayores de 65 años
3. Esperanza de vida
4. Evolución índice de envejecimiento en Andalucía
5. Índice de dependencia
6. Discapacidad en Andalucía

2.2. Guía de procedimientos de rehabilitación y fisioterapia en atención domiciliaria

1. Objetivos
2. Población diana
3. Criterios de inclusión
 - A. Tratamiento domiciliario (Grupo 1)
 - Criterio de adecuación
 - Criterio de accesibilidad
 - Criterio de seguridad
 - B. Apoyo a la atención a domicilio (Grupo 2)
 - Criterio de adecuación
4. Criterios de exclusión
5. Finalización del servicio
6. Organización funcional

3. UNIDADES MOVILES DE ANDALUCIA ANALISIS DE SITUACION

3.1. Estructura, profesionales y dependencia funcional

1. Unidades móviles en cada provincia
2. Profesionales de la unidad móvil
3. Ubicación física de los equipos móviles
4. Jornada laboral de los profesionales en el equipo móvil
5. Dependencia funcional de las unidades móviles
6. Denominación de la actividad clínico asistencial
7. Sistemas de información y registro de la actividad clínico-asistencial
8. Complemento económico de la actividad domiciliaria

3.2. Vigencia de la guía de procedimientos de rehabilitación y fisioterapia en atención domiciliaria

1. Población asignada a las unidades móviles de Andalucía
2. Actualización de procesos atendidos en las unidades móviles
3. Circuitos de derivación a unidad móvil

4. Criterios de inclusión, exclusión y fin de tratamiento
5. Dispositivos de apoyo a la atención primaria

3.3. Actividad asistencial rehabilitación domiciliaria 2019-2021

Resumen global actividad asistencial 2019-2021

- Pacientes atendidos
- Visitas realizadas por medico rehabilitador
- Visitas realizadas por Fisioterapia
- Visitas realizadas por Terapia Ocupacional
- Proporción pacientes mujeres/hombres
- Proporción pacientes derivados desde Atención Hospitalaria/Atención Primaria
- Proporción pacientes procesos G1/G2
- Procesos discapacitantes atendidos en Atención Domiciliaria

3.4. Cartera de servicios en rehabilitación domiciliaria

1. Medicina física y rehabilitación
 - a. Procedimientos diagnósticos
 - b. Procedimientos terapéuticos
2. Fisioterapia
 - a. Programas generales
 - b. Programas educativos
 - c. Otras terapias específicas
3. Terapia ocupacional
 - a. Programas generales
 - b. Programas educativos y de asesoramiento familiar

4. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

5. ÁREAS DE MEJORA

6. BIBLIOGRAFÍA. FUENTES CONSULTADAS

1. INTRODUCCIÓN

Las Unidades Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia en Andalucía son una prestación sanitaria puesta en marcha como Dispositivo de Apoyo a la Atención Primaria, integrada dentro del Plan de Apoyo a las Familias (decreto 137/2002), con el objetivo de facilitar la atención de los pacientes discapacitados y sus cuidadores, mejorando la accesibilidad a los tratamientos de rehabilitación

El Equipo Móvil proporciona atención médica Rehabilitadora mediante consulta realizada en el domicilio del paciente, realizando además prescripción ortoprotésica, e igualmente si es preciso, pauta la aplicación de técnicas de tratamiento fisioterápico y terapia ocupacional, incluyendo valoración de ayudas técnicas, encaminadas a mejorar la calidad de vida de estos pacientes; también es un objetivo de los profesionales la formación específica de los cuidadores para prevenir lesiones durante la atención a sus familiares discapacitados y mejorar las habilidades de manejo de estos pacientes

La actuación de medicina física y rehabilitación no finaliza con el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad, abarca también el déficit y la discapacidad que ésta genera; y la visita médica en el entorno habitual del paciente y con la persona que asume la responsabilidad de sus cuidados permite la visión global de las limitaciones de ambos.¹

Cuando hablamos de Rehabilitación domiciliaria² nos enfocamos en el abordaje de la dependencia, no solo la establecida, también interesa identificar personas frágiles y situaciones reversibles.

Actuar en fases precoces de deterioro funcional ayuda a planificar cuidados y recursos posteriores ajustados al nivel de función, recuperando función perdida, manteniendo capacidad residual, adaptando el domicilio y practicando educación sanitaria, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, el bienestar y la seguridad de los pacientes y sus familias.

Los criterios clínicos de atención están condicionados por la pérdida de autonomía por una causa somática, de carácter agudo o crónico, en principio sin límite de edad.

Los criterios de accesibilidad los define la dificultad de acceso de forma autónoma a centros ambulatorios y a la presencia de barreras arquitectónicas

Los criterios de seguridad se siguen si el tratamiento en otro ámbito conlleva riesgos por trastornos de orientación y deterioro cognitivo, si existe problema cardio respiratorio grave, inmunodepresión o ausencia de control de esfínteres

En todos los pacientes atendidos en domicilio debe considerarse un plan común de cuidados de la salud y educación sanitaria y un programa específico según el proceso

La educación sanitaria, pilar básico de atención domiciliaria, se configura en 4 intervenciones fundamentales

1. Prevención de riesgos de caídas, uno de los problemas más frecuentes e importantes de los pacientes que se tratan en domicilio.
2. Movilización y transferencia de pacientes, orientada a la seguridad del cuidador, mediante aprendizaje de pautas específicas que eviten los riesgos de sobrecarga física.
3. Activación psicomotriz para reaprendizaje de los esquemas motores olvidados o alterados
4. Valoración de entorno, actividades de la vida diaria y ayudas técnicas. La ayuda técnica debe considerarse como el puente entre la dependencia y la autonomía, facilitando la integración social de ahí la importancia de las ayudas para la comunicación, la movilidad, las transferencias, la alimentación, la higiene personal, el vestido, el mobiliario y las ayudas anti-decúbito.

Existen diferentes modelos organizativos de AD (atención domiciliaria) dependiendo de la procedencia de los profesionales, de los pacientes y si la atención está más orientada a atención hospitalaria o atención primaria, aunque es difícil establecer esta diferenciación.³⁻⁴⁻⁵

La OMS presenta una segregación de los programas de cuidados domiciliarios basados en nivel de complejidad, estableciendo la Rehabilitación domiciliaria en el tercer nivel de complejidad, con cuidados también de primer nivel (promoción -prevención de la salud y educación sanitaria).⁶

2. REHABILITACION DOMICILIARIA EN ANDALUCÍA

2.1. Datos demográficos

La estimación en nuestra Comunidad Autónoma del aumento del índice de envejecimiento, la tasa de dependencia y discapacidad⁷ y la necesidad creciente de cuidados a esta población dependiente, donde las personas cuidadoras son soporte imprescindible para garantizar actos elementales de la vida diaria⁸ justifican plenamente la actividad de Rehabilitación Domiciliaria

Datos demográficos de la Comunidad Autónoma de Andalucía

1. Población Andalucía⁹
2. Población Mayores de 65 años
3. Esperanza de vida
4. Evolución índice de envejecimiento en Andalucía¹⁰
5. Índice de dependencia¹¹
6. Discapacidad en Andalucía¹²

Tabla 1. Población

Población inscrita padrón 2021

	Total	Mujeres	Hombres	Españoles	Extranjeros
--	-------	---------	---------	-----------	-------------

Andalucía	8.472.407	4.299.068	4.173.339	7.760.491	711.916
Almería	731.792	358.656	373.136	575.435	156.357
Cádiz	1.245.960	631.876	614.084	1.195.351	50.609
Córdoba	776.789	396.316	380.473	754.944	21.845
Granada	921.338	467.655	453.683	853.964	67.374
Huelva	525.835	265.254	260.581	477.531	48.304
Jaén	627.190	316.867	310.323	610.290	16.900
Málaga	1.695.651	865.675	829.976	1.422.650	273.001
Sevilla	1.947.852	996.769	951.083	1.870.326	77.526

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 2. Población mayor de 65 años

Unidad de medida: Número de personas

[Año=2020]

Sexo	Lugar de residencia	Edad							
		TOTAL	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+
Ambos sexos	Andalucía	8464411	406916	365538	284843	202467	141605	54558	14886
	Almería	727945	32382	27753	19780	13975	9821	3925	1045
	Cádiz	1244049	61467	53603	40542	27482	18227	6391	1680
	Córdoba	781451	38540	34970	29304	22560	17534	7571	1987
	Granada	919168	44698	39854	31760	23757	17836	6846	1780
	Huelva	524278	24212	22223	17213	12003	8731	3108	863
	Jaén	631381	30645	27151	23734	19255	15313	6292	1506
	Málaga	1685920	84254	77800	57533	39084	24259	9170	2888
	Sevilla	1950219	90718	82184	64977	44351	29884	11255	3137

Fuente: Elaboración Servicio de Estadísticas Sanitarias. Consejería de Salud y Familias. Periodicidad anual

Tabla 3. Esperanza de vida según sexo y grupos de edad por provincia

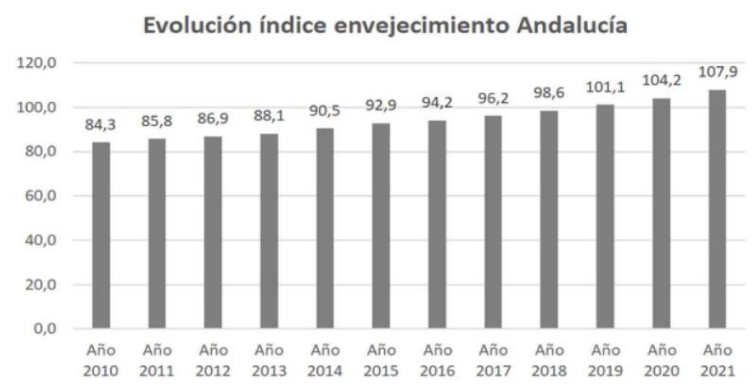
Unidad de medida: Años

[Estado del dato=Definitivo] [Año=2019]

Territorio	Sexo			
	Hombres		Mujeres	
	Edad		Edad	
	A los 65 años	A los 85 años	A los 65 años	A los 85 años
Andalucía	18,57744381	5,953458251	22,17435131	6,854211479
Almería	18,4508435	6,113305364	22,18242084	6,936765199
Cádiz	18,02354904	5,744678753	21,75630845	6,762131788
Córdoba	18,92768887	5,925697602	22,50525424	6,871237718
Granada	19,0819996	6,253168088	22,38042646	7,015843922
Huelva	18,281465	5,507834963	21,99466034	6,766336078
Jaén	18,70767478	5,95877173	22,25447757	6,671500968
Málaga	19,17332961	6,266721958	22,39910578	7,102463113
Sevilla	18,09127291	5,71360727	22,02084973	6,711172138

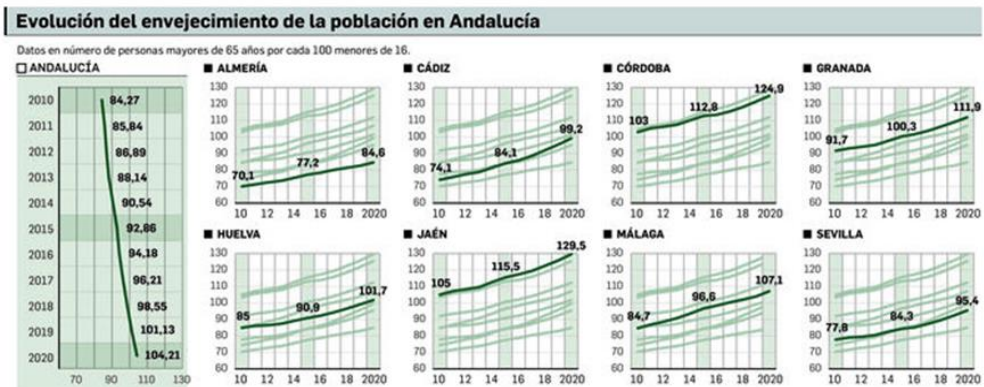
Fuente: Elaboración Servicio de Estadísticas Sanitarias. Consejería de Salud y Familias. Periodicidad anual

Tabla 4. Índice de Envejecimiento y evolución



Fuente: INE 2018 Evolución del envejecimiento de la población en Andalucía. Departamento de Infografía

Tabla 5. Evolución de índice de envejecimiento en Andalucía



Fuente: INE 2018 Evolución del envejecimiento de la población en Andalucía. Departamento de Infografía.

Tabla 6. Dependencia en Andalucía

Índice de dependencia de mayores (x100). 1ª variante*. Desde 1975

Periodicidad: Anual

[Nivel2=Mayores] [Nivel2=1ª Variante]

2021	Definitivo	Andalucía	26,363369144
		Almería	23,263758532
		Cádiz	25,333747919
		Córdoba	29,774513968
		Granada	27,351006522
		Huelva	25,219167299
		Jaén	29,387790138
		Málaga	26,91515792
		Sevilla	25,245502025

Fuente: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía

Notas: (*) Representa el número de mayores (65 ó más años) existente por cada 100 personas en edad de actividad laboral (15 a 64)

Fuente: Elaboración Servicio de Estadísticas Sanitarias. Consejería de Salud y Familias. Periodicidad anual

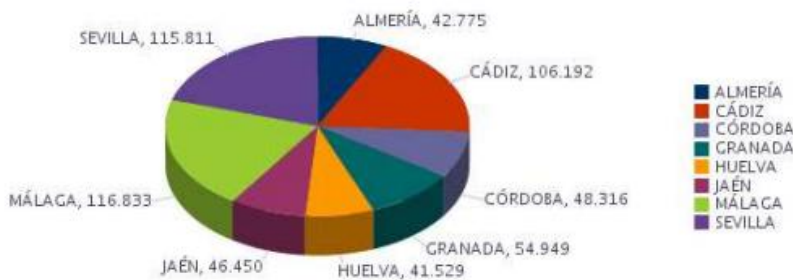
Tabla 7. Discapacidad en Andalucía

NÚMERO DE PERSONAS RECONOCIDAS POR LOS CENTROS DE VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN DE ANDALUCÍA CON UN GRADO DE DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 33%

Datos procedentes de SISS (Sistema Integrado de Servicios Sociales).
A fecha 30 de junio de 2021

Provincia	Hombre	Mujer	Suma Total
ALMERÍA	20.458	22.317	42.775
CÁDIZ	56.743	49.449	106.192
CÓRDOBA	25.820	22.496	48.316
GRANADA	29.301	25.648	54.949
HUELVA	20.852	20.677	41.529
JAÉN	24.822	21.628	46.450
MÁLAGA	56.586	60.247	116.833
SEVILLA	60.749	55.062	115.811
Suma Total	295.331	277.524	572.855

Nº Total Personas con Discapacidad por Provincia



Fuente: SISS (Sistema Integrado de Servicios Sociales)

2.2. Guía de procedimientos de rehabilitación y fisioterapia en atención domiciliaria

El Documento guía que describe la organización funcional y actividad asistencial de las unidades móviles de Andalucía es la GUIA DE PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACION Y FISIOTERAPIA EN ATENCION DOMICILIARIA¹³, en funcionamiento desde el año 2003, del que extraemos los puntos más relevantes:

1. Objetivos

1. Recuperar de forma precoz procesos que desembocan en discapacidad.
2. Desarrollar las máximas actividades compensatorias si el déficit se establece.
3. Prevenir los problemas relacionados con la inmovilidad.
4. Apoyar a los cuidadores en situación de gran dependencia.

2. Población diana

A quién va dirigida la prestación

1. Pacientes discapacitados físicos con imposibilidad de traslado a un centro sanitario para tratamiento fisioterapéutico.
2. Cuidadoras principales de pacientes discapacitados en el entorno familiar.

3. Criterios de inclusión

La condición básica que debe reunir el potencial usuario de la atención domiciliaria consiste en **que resida dentro de la zona de actuación** de una sala de rehabilitación y fisioterapia.

Estas zonas serán **definidas por los distritos sanitarios** y comunicada a las direcciones de hospitales para su difusión a todos los dispositivos implicados.

La cobertura de las Unidades de Rehabilitación abarca las 8 capitales de Andalucía, Jerez y Algeciras, siendo la Población adscrita a estos Distritos Sanitarios las que pueden recibir esta atención.

A. Tratamiento domiciliario (Grupo 1).

Definición:

Realización de Tratamiento Rehabilitador (Fisioterapia y/o Terapia Ocupacional) en pacientes con déficits susceptibles de reversión total o parcial y pacientes discapacitados con déficits establecidos susceptibles de incrementar capacidad funcional.

- Criterio de adecuación:

El proceso debe estar incluido en el listado de procesos asistenciales susceptibles de tratamientos de Rehabilitación en domicilio.

LISTADO DE PROCESOS EN DOMICILIO

(guía de procedimientos de fisioterapia y rehabilitación en atención primaria)

Aparato locomotor	<ul style="list-style-type: none"> • Artritis reumatoide excluyendo fase aguda. • Espondilitis anquilosante excluyendo agudización. • Problemas tendinosos en fase subaguda. • Capsulitis articulares. • Secuelas de inmovilización de causa “reversible”.
Traumatología y COT	<ul style="list-style-type: none"> • Lesión traumática articular, tendinosa, o nerviosa de cualquier segmento corporal, incluyendo raquis en fase subaguda, nunca en fase aguda ni crónica. • Intervenciones ortopédicas en aparato locomotor. • Sustituciones Articulares.
Amputados de miembros inferiores	
Enfermedades Neurológicas	<ul style="list-style-type: none"> • ICTUS excepto en fase crónica. • Procesos neurodegenerativos: ciclo de tratamiento en reagudizaciones susceptible de mejoría funcional. • Parálisis motora de origen central estabilizada: ídem. • Lesión de Nervios periféricos: no en fase aguda y mientras existan posibilidad de reinervación o de mejora por compensación muscular. • Lesión plexo: ídem.
Enfermedades Respiratorias	<ul style="list-style-type: none"> • Reeduación respiratoria y adaptación al esfuerzo en pacientes EPOC moderado o leve • Continuidad de tratamiento de EPOC grave siempre a criterio de especialista que lleve la fase previa hospitalaria
Enfermedades Cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> • Linfedema posmastectomia no cronificado

- Criterio de accesibilidad:

El paciente no puede desplazarse a una sala de rehabilitación por barreras arquitectónicas insalvables.

- Criterios de seguridad:

El desplazamiento incrementa los factores de riesgo dada la comorbilidad.

3. UNIDADES MOVILES DE ANDALUCIA ANALISIS DE SITUACION

3.1. Estructura, profesionales y dependencia funcional

1. Unidades móviles de Andalucía análisis de situación (diciembre 2021)

Estructura, profesionales y dependencia funcional

Tabla 8. Unidades móviles de cada provincia.

Almería	1
Algeciras (Cádiz)	1
Jerez (Cádiz)	1
Cádiz	1
Córdoba	1
Granada	1
Huelva	1
Jaén	1
Málaga	1
Sevilla	1
Total	10

Fuente: Elaboración Propia.

En la provincia de Cádiz se documenta además una unidad móvil en Sierra de Cádiz ¹⁴

[Año=2018]

Territorio	Sala Fisioterapia	Eq. móvil Fisioterapia
Andalucía	212	11
Almería	19	1
Cádiz	23	4
Córdoba	22	1
Granada	29	1
Huelva	19	1
Jaén	28	1
Málaga	30	1
Sevilla	42	1

Notas: Características Datos técnicos Nombre Dispositivos de apoyo en atención primaria por provincia Definición Incluye el número de dispositivos de apoyo de atención primaria de Andalucía, clasificados según el tipo de dispositivo. Elaboración Servicio de Información y Evaluación. Consejería de Salud y Familias Periodicidad Anual Fuente Módulo de Estructura de GADU (Gestión y Archivo de datos de usuarios SAS) Desagregaciones Tipo de dispositivo (Unidad de Radiología, Gabinete Odontológico, Sala de Fisioterapia, Equipo móvil de Fisioterapia, Unidad de Ecografía, Unidad de Retinografía); Andalucía y provincias.

Fuente: Elaboración Servicio de Estadísticas Sanitarias. Consejería de Salud y Familias. Periodicidad anual

2. Profesionales

Tabla 9. Profesionales de unidad móvil (diciembre 2021)

	Medico	Fisioterapeuta *coordinador	T. Ocupacional	Celador conductor	Administrativo (i)compartido
Almería	1	4	1	3	1
Algeciras	0	2	0	2	0
Cádiz	1	4	1	4	1
Córdoba	1	3	1	3	1
Granada	1	4*	1	5	1
Huelva	1	4	1	4	1
Jaén	2	4	1	4	1
Jerez	1	2	1	2	0
Málaga	1	5	2	5	1(i)
Sevilla	2	6*	4	8	1
Total	10	38	13	40	8

Fuente: Elaboración Propia.

3. Ubicación física

Tabla 10. Ubicación física de los equipos móviles, dónde tienen su sede y su equipamiento

Almería	Centro de salud
Algeciras	Centro de salud
Cádiz	Hospital San Carlos
Córdoba	Centro de Especialidades
Granada	Centro de salud
Huelva	Centro de salud
Jaén	Centro de salud
Jerez	Centro de salud
Málaga	Centro de salud
Sevilla	Centro de salud

Fuente: Elaboración Propia.

4. Jornada laboral

Tabla 11. Jornada laboral de los profesionales en el equipo móvil

	Jornada parcial	Jornada completa	Mañanas/tardes
Almería	FEA 3 días semana	Resto profesionales	mañanas
Algeciras	FEA no disponible	Resto profesionales	mañanas
Cádiz	FEA 3 días/mes	Resto profesionales	Fisioterapia-celador
Córdoba	FEA 1 día /semana	Resto profesionales	Mañanas
Granada	FEA 2 días/semana	Resto profesionales	Mañanas
Huelva	FEA 2 días/semana	Resto profesionales	Fisioterapia-celador
Jaén	FEA 2 días/semana	Resto profesionales	Todos los profesionales
Jerez	FEA 2 días/mes	Resto profesionales	Todos menos FEA
Málaga		Todos los profesionales	Mañanas
Sevilla	FEA 4 días/semana	Resto profesionales	Fisioterapia-celador

Fuente: Elaboración Propia.

5. Dependencia funcional

Tabla 12. Dependencia funcional de las unidades móviles

	Hospital	Servicio rehabilitación	Distrito de A. Primaria	Unidad internivel
Almería		Facultativo	Resto profesionales	
Algeciras		Facultativo	Resto profesionales	
Cádiz		Facultativo	Resto profesionales	
Córdoba		Facultativo	Resto profesionales	
Granada		Facultativo	Resto profesionales	
Huelva		Facultativo	Resto profesionales	
Jaén		Facultativo	Resto profesionales	
Jerez				Todos los profesionales
Málaga	Facultativo		Resto profesionales	
Sevilla		Facultativo	Resto profesionales	

Fuente: Elaboración Propia.

6. Denominación de la actividad clínico asistencial

Tabla 13. Denominación de la actividad clínico asistencial

NOMBRE AGENDA	Nombre de la agenda	FEA registra en	FISIO-TO registra en
Almería	HT-RHB EQUIPO MOVIL	ESTACION CLINICA	DIRAYA 1ª
Algeciras			
Cádiz	RHB DOMICILIARIA	ESTACION CLINICIA	DIRAYA 1ª?
Córdoba	AGENDA EXTRA	ESTACION CLINICA	DIRAYA 1ª?
Granada	UNIDAD MOVIL RHB	ESTACION CLINICA	DIRAYA 1ª
Huelva	RHB DOMICILIARIA	ESTACION CLINICA	ESTACION CLINICA
Jaén	SIN NOMINACION	ESTACION CLINICA	DIRAYA 1ª
Jerez	RHB DOMICILIARIA	ESTACION CLINICA	FICHA E-
Málaga	SIN NOMINACION	REALIZA INFORMES DE ALTA EN DIRAYA PRIMARIA CON PERFIL DE MEDICO DE FAMILIA HISTORIA EN PAPEL	EN PAPEL DIRAYA 1ª?
Sevilla	REHABILITADOR	DIRAYA 1ª CON PERFIL DE MEDICO DE FAMILIA	DIRAYA 1ª

Fuente: Elaboración Propia.

7. Sistema de información y registro de la actividad clínico-asistencial

Tablas 14 y 15. Sistemas de información y registro de la actividad clínico-asistencial

Actividad clínica	Estación clínica	Diraya Primaria	Otros
Almería	Facultativo	Resto profesionales	
Algeciras	Facultativo		Registro propio f
Cádiz	Facultativo		Ficha e-*
Córdoba	Facultativo	Resto profesionales	
Granada	Facultativo	Resto profesionales	
Huelva	Todos los profesionales		
Jaén	Facultativo	Resto profesionales	
Jerez	Facultativo		Ficha e-*
Málaga		FEA para informes	Todos los profesionales
Sevilla		Todos los profesionales	

Fichae-* herramienta para fisioterapia no integrada en estación clínica

Fuente: Elaboración Propia.

Estadística mensual	Estación clínica	Dat E móvil 97	SIGAP	OTROS
Almería		X		
Algeciras			X	
Cádiz		X	X	
Córdoba		X	X	
Granada		X	X	
Huelva	X	X	X	
Jaén		X	X	
Jerez	X		X	
Málaga		X	X	PLANNING
Sevilla		X	X	

Fuente: Elaboración Propia.

8. Complemento económico de la actividad domiciliaria

Complemento económico	Fea Complemento 067	Fisioterapeuta Dispersión geográfica y turnicidad	T ocupacional Productividad variable	Resto profesionales Sin datos
Almería	% días trabajados Pago con demora	Mensual	% días trabajados	
Algeciras		No		
Cádiz	No	Mensual	% días trabajados	
Córdoba	% días trabajados Pago con demora	Mensual	% días trabajados	
Granada	% días trabajados Pago con demora	Mensual	% días trabajados	
Huelva	% días trabajados Pago con demora	Mensual	% días trabajados	
Jaén	Mensual Pago con demora	¿	¿	
Jerez	Mensual Pago con demora	Mensual	% días trabajados	
Málaga	Mensual Pago con demora	Mensual	% días trabajados	
Sevilla	% días trabajados Pago con demora	Mensual	% días trabajados	

Fuente: Elaboración Propia.

Resumen

Los datos han sido facilitados por los facultativos de las diferentes unidades provinciales.

Todas las capitales de provincias disponen de una unidad móvil de rehabilitación domiciliaria, la provincia de Cádiz dispone también de atención en domicilio en Algeciras y Jerez. Algeciras no tiene Terapia Ocupacional y por circunstancias actuales carece de profesional médico dedicado a esta actividad de manera más específica

Como Dispositivos de Apoyo la ubicación es un Centro de Salud, salvo Cádiz (Hospital S Carlos) y Córdoba (Centro periférico de especialidades).

Excepto Málaga, los F.E.A. tienen dedicación parcial a la actividad domiciliaria, siendo la horquilla de dos o tres días al mes (Jerez y Cádiz), dos días semana (Almería, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén) y cuatro días semana (Sevilla).

Los turnos de mañana tarde los realiza Fisioterapia, excepto Jaén (todos los profesionales).

La dependencia funcional de los facultativos, son los Servicios de Rehabilitación. Málaga depende del Hospital, pero sin vinculación funcional con la unidad de rehabilitación. El resto de los profesionales dependen funcionalmente de direcciones de atención Primaria.

No existe homogeneidad en la denominación de la Actividad de los profesionales facultativos.

Igualmente, el ámbito donde se realiza la actividad y donde registramos anamnesis, exploración, informes clínicos (estación clínica o Diraya Primaria), no existe puente de comunicación entre ellas (la información puede ser visualizada, pero no se integra de forma automática) y no existe una hoja de solicitud terapéutica conjunta para trabajar con los profesionales fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. Esto hace que pueda existir falta de información y de coordinación. Es un área de mejora muy relevante, trabajar en un mismo formato asistencial y unificar registros de agenda de actividad y de solicitud de tratamiento. Huelva si registra en Estación clínica mediante Hojas de Fisioterapia evolución de fisioterapia y Terapia Ocupacional

Igual sucede con la estadística de actividad mensual, ya que la herramienta EDATA 97 desconocemos si esta actualizada y si realmente recoge todos los datos de actividad de todos los profesionales de la unidad, o si existe otra forma más uniforme de medir, o si se puede actualizar y si pueden ser compatibles con estación clínica (área de mejora). Desde el segundo semestre de 2019, según información de algunas provincias, los datos no se extraen de SIGAP.

Por último, el tema económico presenta variaciones entre provincias, el rendimiento se estima sobre la actividad y su cuantía y aportación son consideradas dentro de las actividades complementarias, pero llama la atención el carácter tan variable y la "morosidad" de cobro de tal complemento. Sería interesante la homogeneidad entre provincias

3.2. Vigencia de la guía de procedimientos de rehabilitación y fisioterapia en atención domiciliaria

1. Población asignada a las unidades móviles de Andalucía

La condición básica que debe reunir el potencial usuario de la atención domiciliaria consiste en que resida dentro de la zona de actuación, los equipos móviles atienden a la población asignada a los equipos de atención primaria de Andalucía en cada distrito, es decir, NO ES UNA COBERTURA DE TODO EL TERRITORIO DE ANDALUCIA.

Estas zonas serán definidas por los distritos sanitarios y comunicada a las direcciones de hospitales para su difusión a todos los dispositivos implicados

Tabla 16. Población general

Personas usuarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía por tramos de edad, sexo y provincia

Unidad de medida: Número de personas Periodicidad: Anual

[Año=2020]

Territorio	Tramos de edad			De 65 en adelante		
	TOTAL			Sexo		
	Sexo			Sexo		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	8606201,78	4222648,7	4383553,08	1507935,93	657252,84	850683,09
Almería	772591,97	403794,45	368797,52	111944,99	52065,61	59879,38
Cádiz	1233636,98	598152,02	635484,96	214191,99	93259,19	120932,8
Córdoba	793305,97	390465,63	402840,34	158812,99	69004,24	89808,75
Granada	952238,97	464994,02	487244,95	173385,99	74521,3	98864,69
Huelva	557593,97	270482,3	287111,67	91039,99	40139,53	50900,46
Jaén	640719,97	317748,09	322971,88	128073,99	54879,7	73194,29
Málaga	1673108,98	813908,42	859200,56	294460	130740,24	163719,76
Sevilla	1983004,97	963103,77	1019901,2	336025,99	142643,03	193382,96

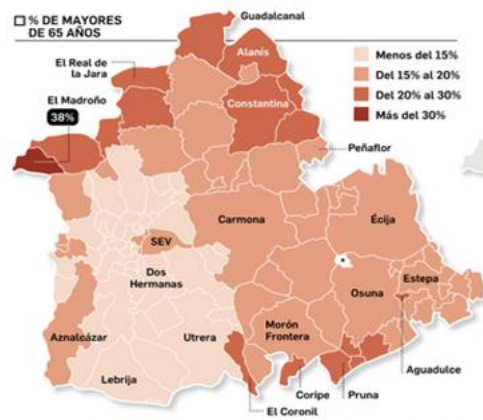
Fuente: Elaboración Servicio de Estadísticas Sanitarias. Consejería de Salud y Familias. Periodicidad anual

Tabla 17. Población adscrita a distritos sanitarios

Distritos sanitarios	Grupo profesional								
	Enfermería			Medicina de familia			Pediatria		
	Sexo			Sexo			Sexo		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Almería (distrito)	309003	157122	151881	260180	131858	128322	48823	25264	23559
Bahía de Cádiz-La Janda	480966	232767	248199	412987	197802	215185	67979	34965	33014
Jerez-Costa Noroeste	314445	150847	163598	268778	127393	141385	45667	23454	22213
Córdoba (distrito)	315846	151543	164303	270388	128062	142326	45458	23481	21977
Granada (distrito)	281603	131533	150070	244963	112643	132320	36640	18890	17750
Huelva-Costa	294159	144508	149651	250058	121645	128413	44101	22863	21238
Jaén (distrito)	191586	94396	97190	163841	80217	83624	27745	14179	13566
Málaga (distrito)	631277	303252	328025	537473	254927	282546	93804	48325	45479
Sevilla (distrito)	691058	328856	362202	598215	281001	317214	92843	47855	44988

Fuente: Elaboración Servicio de Estadísticas Sanitarias. Consejería de Salud y Familias. Periodicidad anual

Esto supone, tomando el ejemplo de Sevilla y de manera gráfica atender a una población de 598.000 habitantes del total de la población (1.983000). En 20 años no ha habido cambios de cobertura poblacional.



2. Actualización de procesos atendidos en las unidades móviles

Todas las provincias mantienen vigente el listado de procesos atendidos en la Guía de procedimientos.

Mantienen la clasificación de procesos G1 y G2 para la planificación de sesiones, entendiendo que la Guía es útil para respaldar la actuación profesional ante reclamaciones

En la provincia de Granada se ha llevado a atención domiciliaria tratamientos con objetivos de Prehabilitación, en coordinación con el Hospital, para pacientes incluidos en VIA RICA (cirugía de ca de colon) que precisan fisioterapia respiratoria y global previa a cirugía, y en pacientes **hematológicos muy debilitados** previos a trasplante hematológico.

Todas las provincias han atendido en Atención Domiciliaria el **paciente POST COVID**, pacientes jóvenes pero muy afectados que aún no pueden hacer traslado y terapia en sala de hospital de FT, como paso intermedio, o pacientes mayores con objetivos de recuperación global limitados.

3. Circuitos de derivación a unidad móvil

1. Desde Atención hospitalaria, generalmente pacientes valorados en el ingreso por médico rehabilitador (cuando se planifica el alta y continuidad de cuidados), y desde la consulta externa La unidad móvil de cada provincia recibe derivaciones de los hospitales que atienden a la población adscrita en estos distritos sanitarios, por ejemplo, en Sevilla pueden remitir desde Hospital Virgen Rocío y Hospital Virgen Macarena. Estos pacientes pueden ser seguidos en atención hospitalaria mediante revisiones planificadas, o llevarse hasta el final del proceso por medico rehabilitador en la unidad móvil, precisando la coordinación de estos

ámbitos, sobre todo los pacientes valorados al alta que pasan directamente a terapia domiciliaria.

La vía de comunicación clásica es el Fax, no en todas las provincias existe correo electrónico para realizar la derivación. También usamos formato papel y correo interno

2. Desde Atención Primaria, generalmente derivados por enfermeros de enlace que valoran pacientes con criterios de gran dependencia y cronicidad. Vía fax. Utilizan la plantilla de derivación creada para tal fin.
3. En la provincia de Almería los Médicos internistas y Geriatras derivan peticiones mediante Hoja de Interconsulta, o directamente por teléfono.
4. Huelva ha establecido circuitos directos de derivación para terapia de pacientes desde COT para proceso fractura de cadera y otras fracturas mayores en paciente frágil.
5. Sevilla tiene circuito de derivación directa a Terapia ocupacional para aprendizaje de uso de grúa y orientación de ayudas técnicas en pacientes ELA.
6. Excepcionalmente recibimos derivaciones para valoración ortoprotésica y ayudas técnicas desde Centros de gran discapacidad

La consulta médica en domicilio **es necesaria**

- Para **comprobar que las derivaciones presentan criterios de adecuación**, de accesibilidad y de seguridad; excluyendo lo que no procede y derivando al ámbito ambulatorio lo que puede tratarse en él.
- Para **planificar altas y para coordinar la continuidad de tratamiento** una vez concluidas las sesiones, comprobando los objetivos logrados y sesiones realizadas
- Para **realizar el informe de alta médica en atención domiciliaria**, que puede ser necesario para solicitud de dependencia, etc.

Respecto a la llegada de la información es importante eliminar riesgos de traspaso de comunicación, la mejor manera de comunicarnos sería por correo electrónico si no es posible hacer el traspaso de ámbito desde Estación clínica.

4. Criterios de inclusión, exclusión y fin de tratamiento

Los criterios de inclusión y exclusión se mantienen vigentes, siendo lo más relevante el criterio de accesibilidad (barreras arquitectónicas) y de seguridad (paciente frágil, comorbilidad).

Todas las unidades han diseñado taller de cuidados domiciliarios para cuidadores informales (clasificados G2).

Respecto al número de sesiones para finalizar tratamiento si hay cambios

Los pacientes neurológicos por norma pueden exceder el número máximo de sesiones previstas como pacientes G1 (15) si tienen capacidad de recuperación funcional, con el objetivo de completar el tratamiento en el ámbito domiciliario, o mientras esperan el paso a tratamiento ambulatorio para mantener la continuidad de asistencia

La recuperación de objetivos funcionales y la colaboración de la familia es lo que más valora el profesional para prorrogar la continuidad de tratamiento en domicilio

Los pacientes G2 si tienen más estructurado el número máximo de sesiones (3) con objetivos de educación sanitaria.

Los pacientes excluidos suponen entre un 10 y un 17 % de los pacientes valorados en las provincias que han facilitado estos datos (Almería, Málaga y Sevilla).

Un tema para debatir es la condición básica de ser población asignada en la zona de actuación de la Unidad móvil, ya que no existe una cobertura universal a nivel de Andalucía, no se ha producido crecimiento de estos equipos y la cartera de servicios de fisioterapia en los centros de Atención Primaria solo oferta el tratamiento domiciliario G2.

5. Dispositivos de apoyo a la atención primaria

Iniciando su andadura con el objetivo de dar cobertura y garantizar acceso a pacientes en Atención primaria, en estrecho contacto con profesionales de Atención Primaria, actualmente ningún equipo móvil realiza reuniones protocolizadas con enfermeros de enlace y trabajadores sociales

Respecto a la propia Unidad, la situación de trabajo parcial de los facultativos hace inviable establecer una planificación de sesiones organizadas con el resto del equipo; esta es la impresión general que transmiten los profesionales, y solo existen para temas de organización general, vacaciones, objetivos y cumplimiento, etc.

Solo Jaén realiza una sesión conjunta de todos los profesionales semanal de manera sistemática.

Jerez, Granada, Málaga y Sevilla tienen pendiente reunión con enfermeros de enlace.

Jerez lo tiene como objetivo de los profesionales.

La **impresión general** que tienen los facultativos que llevan años trabajando Atención Domiciliaria es que hay un cambio en el perfil del paciente; actualmente el predominio es el paciente G1 procedente de atención hospitalaria, y también y desde el hospital, el paciente pluripatológico y el paciente para cuidados paliativos. La enfermería está solicitando menos atención de los pacientes que valora, y esto puede deberse a los cambios profesionales, al periodo de pandemia en el que estamos, o cualquier circunstancia que haya cambiado la percepción de la utilidad de estas Unidades en la atención al paciente. Igualmente manifiestan una percepción favorable de la utilidad de

la Terapia Ocupacional en el Domicilio trabajando la implicación familiar y el deterioro cognitivo.

3.3. Actividad asistencial rehabilitación domiciliaria 2019-2021

Históricamente los datos de actividad asistencial que son recogidos en las unidades móviles son los siguientes

- Pacientes nuevos grupo I HOMBRES
- Pacientes nuevos grupo I MUJERES
- Pacientes nuevos grupo I procedentes de Atención Primaria
- Pacientes nuevos grupo I procedentes de Atención Hospitalaria
- Pacientes nuevos grupo II HOMBRES
- Pacientes nuevos grupo II MUJERES
- Pacientes nuevos grupo II procedentes de Atención Primaria
- Pacientes nuevos grupo II procedentes de Atención Hospitalaria
- Total de visitas domiciliarias realizadas por medico rehabilitador a pacientes Hombres
- Total de visitas domiciliarias realizadas por medico rehabilitador a pacientes Mujeres
- Total de visitas domiciliarias realizadas por Fisioterapia a pacientes Hombres
- Total de visitas domiciliarias realizadas por Fisioterapia a pacientes Mujeres
- Total de visitas domiciliarias realizadas por Terapia Ocupacional a pacientes Hombres
- Total de visitas domiciliarias realizadas por Terapia Ocupacional a pacientes Mujeres
- Propuestas excluidas
- Altas
- Demora hasta inicio de terapias G1 Y G2

Hemos realizado una recopilación de datos 2019 a 2021, que no ha sido homogénea en todas las provincias, por lo que no podemos hacer una fotografía “objetiva” de la actividad asistencial. Este punto es un área de mejora para el futuro, registros normalizados y homogéneos que sirvan para valorar actividad y resultados

Debemos tener en cuenta que el año 2020, a partir de marzo, con la supresión de actividad ambulatoria de los servicios de rehabilitación, la actividad ha sido modificada, y su registro también. Estos cambios no se han normalizado hasta el segundo semestre del año 2021

Como norma general, el único objetivo recogido desde hace años en el Contrato programa para las Unidades de Rehabilitación, es el número de sesiones mensuales /fisioterapia ente 100 y 125 sesiones, que supone unos 6 pacientes al día

No existen objetivos para Terapia Ocupacional ni para Facultativos.

La actividad media de los profesionales es de 4 visitas médicas, 6 visitas de fisioterapia y 4 visitas de Terapia Ocupacional, siendo las principales dificultades para mejorar estos datos el hecho de compartir vehículos y el tiempo de desplazamientos dentro de la ciudad.

El resumen global de la actividad reportada 2019-21 en Andalucía es el siguiente:

PACIENTES	Almería	Algeciras	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Jerez	Málaga	Sevilla
2019	367	*	157	292	*	277	330	140**	342	770
2020	289	*	136	158	*	206	256	*	271	553
2021	357	*	140	158	*	362	301	*	304	662
M/H	64% M	*	60%M	61,4%M	66%M	59,8%M	72%M	58%M	62%M	62%M
PAE/PAP	72,5%PAE	*	83% PAE	*	*	*	64,8%PAE	83,5%PAE	57%PAE	65%PAE
G1/G2	94 % G1	*	94% G1	76,5% G1	95,2% G1	92%G1	81%G1	83,5%G1	92,2%G1	80%G1
*DATOS NO APORTADOS										
** DATOS enero-junio 2019										
VISITAS FEA	Almería	Algeciras	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Jerez	Málaga	Sevilla
2019	765	*	123	453	560	507	98	212	270	644
2020	611	*	132	453	250	503	68	266	203	511
2021	735	*	132	271	308	594	107	151	218	742
*DATOS NO APORTADOS										
SESIONES FISIO	Almería	Algeciras	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Jerez	Málaga	Sevilla
	4 fisios		4 fisios	3 fisios	4 fisios	4 fisios	4 fisios	2 fisios	5 fisios	6 fisios
2019	5374	*	4359	816	3986	5201	4779	1396**	5384	7170
2020	4133	*	4011	196	2400	3676	3460	96,59***	3136	4489
2021	5004	*	4179	698	2192	5754	4314	100,3***	3506	6512
*DATOS NO APORTADOS										
** DATOS enero-junio 2019										
*** MEDIA SESIONES MENSUALES/FISIOTERAPEUTA										

SESIONES TO	Almería	Algeciras	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Jerez	Málaga	Sevilla
2019	785	*	834	*	*	1172	424	299**	1204	2208
2020	579	*	757	*	*	1169	375	*	839	1520
2021	749	*	688	*	*	1543	431	*	1076	2319
*DATOS NO APORTADOS										
** DATOS PRIMER SEMESTRE 2019										
*** MEDIA SESIONES MENSUALES/FISIOTERAPEUTA										

Fuente: Elaboración Propia.

Los datos reportados sí que permiten valorar la tendencia de la actividad y hacia dónde podemos encaminar el trabajo en atención domiciliaria

1. La proporción de mujeres/hombres; en todas las provincias son atendidas más mujeres, la % 3 mujeres por cada hombre atendido son más longevas, con mayor morbilidad.
2. La proporción de pacientes procedentes de atención primaria/atención hospitalaria también ha cambiado, aumentando de forma exponencial los pacientes G1 Y G2 que proceden de atención hospitalaria (mínimo 57% procedentes de atención PAE), lo esperable inicialmente un reparto del 50%²⁻¹⁵
3. La proporción de pacientes G1/G2 (mínima 80/20), también en aumento los procesos potencialmente recuperables con actuación domiciliaria. Dentro de los procesos neurológicos, en aumento el Ictus, que son los pacientes que puntúan mayor discapacidad en Índice Barthel. Dentro de los procesos traumatológicos la Fractura de cadera del anciano.
4. Los principales procesos discapacitantes que son atendidos y acorde a otras publicaciones ¹⁵⁻¹⁶
 - Secuelas inmovilización por procesos traumatológicos, quirúrgicos
 - ICTUS
 - Fracturas de cadera
 - Artroplastia rodilla y cadera
 - EPOC
 - Alzheimer
 - Amputado de miembro inferior
 - Fracturas de miembro superior
 - TCE
 - Post COVID a partir del año 2020

Tomamos el ejemplo de procesos codificados en la provincia de Málaga

PROCESOS	2019	2020	2021	TOTALES
ICTUS	28	27	23	78
ATENCION AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO	72	60	42	174
CANCER DE MAMA	2	1	0	3
CUIDADOS PALIATIVOS	4	6	7	17
DEMENCIA	17	10	9	36
EPOC	3	3	2	8
FRACTURA DE CADERA	28	34	45	107
INSUFICIENCIA CARDIACA	3	2	1	6
PATOLOGIA OSTEOARTICULAR CRONICA	6	7	5	18
(en blanco) PATOLOGIAS NO INCLUIDAS EN CODIGOS CIE	242	150	202	594
Total, general	405	300	336	1041
La necesidad de codificar es un AREA DE MEJORA: Los datos mensuales de la actividad global se recogen en un registro llamado E data móvil 97, de donde no se puede extraer estadística, donde los códigos CIES no están actualizados al utilizado en Diraya Primaria, perdiendo información valiosa				

Fuente: Elaboración Propia.

3.4. Cartera de servicios en rehabilitación domiciliaria¹⁷

1. Medicina física y rehabilitación

Procedimientos diagnósticos

- Evaluación clínica estandarizada y diagnóstico funcional
- Evaluación de la discapacidad
- Valoración del déficit cognitivo
- Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud
- Realización de pruebas funcionales para sistema musculoesquelético
 - Evaluación del rango de movimiento articular. Evaluación del balance articular mediante goniometría simple. Evaluación de deformidades periféricas y axiales.
 - Evaluación manual de la función muscular
- Exploración neurológica
- Evaluación clínica y estandarizada de la espasticidad mediante escalas específicas
- Valoración estático-postural
- Valoración visual de la marcha
- Valoración ortésica

- Valoración protésica

Procedimientos terapéuticos

- Diseño y prescripción del plan integral de rehabilitación
- Prescripción y chequeo de ortesis
- Prescripción y chequeo de prótesis
- Prescripción y chequeo de ayudas técnicas para deambulaci3n, manipulaci3n y AVD
- Adaptaci3n de sedestaci3n en silla de ruedas
- Abordaje farmacol3gico del dolor

2. Fisioterapia

- Cinesiterapia pasiva manual
- Cinesiterapia activa con o sin ayudas externas-asistida- libre-resistida
- Facilitaci3n neuromuscular propioceptiva
- Reeduaci3n de la marcha
- Reeduaci3n postural
- Reeduaci3n del equilibrio
- Entrenamiento aer3bico
- Entrenamiento de la fuerza
- Entrenamiento de la resistencia
- Entrenamiento de la flexibilidad
- T3cnicas manuales

Programas educativos

- Adiestramiento del paciente, familia y cuidadores en el domicilio
- Adiestramiento en ayudas t3cnicas
- Adiestramiento en actividades de la vida diaria
- Adiestramiento ortoprot3sico

Modalidades f3sicas

- Electroterapia de media y baja frecuencia -analg3sica -excitomotriz - electroestimulaci3n funcional

Otros

- Terapia manual
- Aplicaci3n de vendajes
- Entrenamiento en el uso de prótesis u ortesis

3. Terapia ocupacional

- Educaci3n para la salud y programas preventivos

- Adiestramiento del paciente, familia y cuidadores en el domicilio
- Adiestramiento en ayudas técnicas
- Adiestramiento en actividades de la vida diaria
- Adiestramiento ortoprotésico
- Diseño y confección de material ortésico individualizado
- Diseño de ayudas técnicas individualizadas
- Adiestramiento del paciente y familiares en transferencias
- Adiestramiento del paciente y familiares en marcha asistida por ayudas técnicas
- Asesoramiento en adaptación del entorno a pacientes y familiares
- Asesoramiento en técnicas de conservación de la energía
- Asesoramiento en técnicas de protección articular
- Asesoramiento/ entrenamiento en posicionamiento
- Asesoramiento/ entrenamiento en movilidad
- Entrenamiento de las funciones emocionales
- Entrenamiento de las funciones sensoriales y control del dolor
- Reeducación funcional de actividades significativas:
- Entrenamiento de actividades con técnicas de ahorro energético. Recomendación de productos de apoyo
- Graduación/adaptación de actividades según requerimiento energético y tolerancia
- Evaluación e intervención sobre factores ambientales que influyen en la participación en actividades
- Participación en educación sanitaria

4. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

Dentro de la formación mir de nuestra especialidad está contemplada la rotación por rehabilitación domiciliaria durante un mes, siendo los objetivos de formación ¹⁸

1. Conocer indicaciones, técnicas y gestión de estas unidades.
2. Conocer los protocolos de actuación y tratamiento de estas unidades.
3. Afianzar el trabajo en equipo multidisciplinar.

Respecto a investigación y publicaciones Almería y Málaga han realizado aportaciones

Almería (facultativo, fisioterapia)

1. Ponente en la I jornada de atención domiciliaria en enfermería y fisioterapia en enero de 2013.
2. Investigadora colaboradora en el proyecto *“evaluación de un programa de intervención domiciliaria en pacientes pluripatológicos y sus cuidadores”* en 2013.

3. Investigadora colaboradora en el proyecto *“estudio sobre la efectividad de la fisioterapia domiciliaria en los pacientes con accidente cerebrovascular: independencia funcional y satisfacción del usuario”* (2008)
4. Publicación en rev de atención primaria: *“análisis de la actividad en las unidades de móviles de rehabilitación – fisioterapia en atención primaria”* (coautora)
5. Rehabilitación domiciliaria en la recuperación funcional de los pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev neurol 2013; 56: 601-607
6. Póster presentado en XXXIV congreso de la sociedad andaluza de geriatría y gerontología: importancia de la intervención de la unidad móvil de rhb y fst en los grandes dependientes
7. Capítulo de libro: activos ante la inmovilidad: *“ancianos con síndrome de inmovilidad atendidos por la unidad móvil de rhb y fst”*
8. Varios capítulos del libro: atención integral en el domicilio del paciente con accidente cerebrovascular
9. Participación en el manual práctico para los cuidados domiciliarios, con la elaboración de un capítulo.

Sin participación directa, pero de nuestro trabajo se ha elaborado una tesis doctoral y varias publicaciones más.

Málaga (terapia ocupacional)

- Acreditada por ACSA, nivel experto
- Profesora asociada ciencias de la salud desde el 2008
- Tutora clínica, formando a alumnas de terapia ocupacional de la facultad de ciencias de la salud de la uma. Desde el 2008
- Tutora clínica durante una semana de alumnas de terapia ocupacional de la universidad de gannon, pennsylvania. Marzo del 2020
- Investigadora del proyecto de innovación educativa (pie19-164 "de la práctica clínica al aula. Trabajo a partir de casos reales de terapia ocupacional"), convocatoria 2019-2021
- Investigadora del proyecto de innovación educativa (pie19-236 "diseño e implementación de instrumentos de evaluación integral de estudiante en los prácticums de los grados en fisioterapia y terapia ocupacional. Formación por competencias de los agentes implicados en el proceso de evaluación) convocatoria 2019-2021
- Profesora II edición del máster de la upo, neuro terapia ocupacional, con dos temas, uno de ellos "intervención en contexto. Terapia ocupacional en domicilio"
- Miembro investigador del grupo ibima "handresearchteam"
- Ponente en el I congreso estatal de terapia ocupacional en octubre del 2019, con la ponencia: atención primaria. Experiencias del equipo móvil de rehabilitación
- Se ha colaborado en este documento técnico:

<https://www.socinto.org/wp-content/uploads/2019/06/documeto-te%cc%81cnico-to-atencio%cc%81n-primaria.pdf>

- Terapia ocupacional en la infancia. Teoría y práctica. Editorial médica panamericana. 2008. Autora del capítulo: atención primaria de salud
- Autora varios capítulos de los "manuales prácticos para los cuidados domiciliarios", publicado por la consejería de salud.
- Participación como invitada en la universidad de a coruña y universidad de granada, exponiendo la temática de la terapia ocupacional domiciliaria.

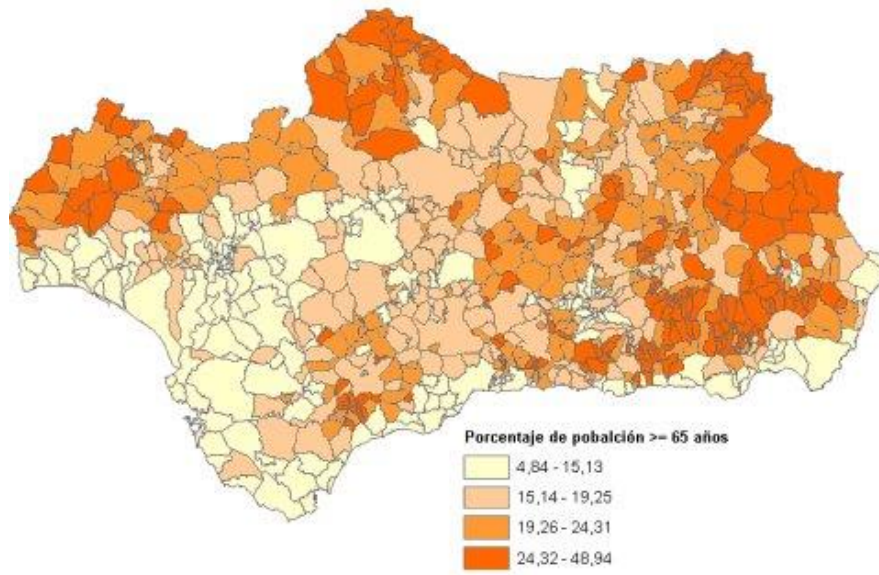
Sevilla y Granada han colaborado en la Comunicación “Resultados Funcionales en la Rehabilitación domiciliaria postaguda de pacientes supervivientes de Covid-19, 2020”. SERMEF. Segundo Congreso Nacional Multidisciplinar COVID-19 de las Sociedades Científicas de España.

Sevilla (Facultativo).

Comunicación “La Atención Domiciliaria: un eslabón clave en la modalidad asistencial integrada en Rehabilitación”. 57º Congreso SERMEF. 2019. Sevilla.

5. ÁREAS DE MEJORA

- La micro gestión domiciliaria tiene que enfocarse a la evaluación objetiva del paciente y los resultados de su atención, con escalas específicas y adecuadas para tal fin, las cuales ya se encuentran disponibles en la actualidad y con las cuales se pueden obtener indicadores derivados de las intervenciones domiciliarias, su impacto y utilidad.
- Es imprescindible unificar y homogeneizar registros de actividad asistencial médica, fisioterápica y terapia ocupacional, para facilitar la información y el traspaso de pacientes y extraer datos fiables de actividad
- Actualizar procesos de inclusión en atención domiciliaria, basados en la mejor evidencia disponible, e incluir otros procesos emergentes (poscovid, pretrasplantes, prehabilitación, etc.)
- Analizar la actividad “futura “de la unidad, según los datos demográficos presentados por los distritos, para establecer todas las estrategias de atención necesarias a la dependencia, incluyendo la prevención.
- Investigar las mejores estrategias de atención domiciliaria en la población donde actualmente no existe este servicio. Para recordar esta es la situación de envejecimiento poblacional de Andalucía



Fuente: Índice de envejecimiento 2018. Sistema de información GeoEstadística de Andalucía (SIGEA).

6. BIBLIOGRAFÍA. FUENTES CONSULTADAS

1. Montagut F., Flotats G., Lucas E., Rehabilitación domiciliaria: principios, indicaciones y programas terapéuticos. 2005. Masson Barcelona
2. Closa C., Lucas E., Montagut F.: Indicaciones y criterios de evaluación en Rehabilitación Domiciliaria. FMC. 2008;15(1):4-9
3. Sánchez M, Fuentes G. Gestión clínica de programas de cuidado domiciliario. Rev. CES Salud Pública. 2016; 7 (2)
4. Atención Primaria de Calidad. Guía de Buena Práctica Clínica en Atención Domiciliaria. OMC. Ministerio de Sanidad y Consumo. ISBN 84-689-4323-1. Depósito Legal M-42527-2005
5. López Liria R., Padilla Góngora D., Catalán Matamoros D.J. et al.: Los servicios de Fisioterapia Domiciliaria en el sistema sanitario público de la Península Ibérica. Rev. Iberoam. Fisioter. Kinesiol. 2009;12(1):46-57
6. Rehabilitation in health systems: guide for action. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
7. Discapacidad y dependencia en Andalucía con base en la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), 2008. Antonio Abellán García ... [et al.]. -- Sevilla: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2012 221 p.; ISBN 978-84-96659-96-4. – D.L. SE. 2000-2012
8. Plan de Atención a Cuidadoras de familiares en Andalucía. Dirección Regional de desarrollo e innovación en cuidados. Dirección General de Asistencia Sanitaria. SAS. Consejería de Salud. 2005
9. <https://www.ine.es/dynInfo/Infografia/Territoriales/capitulo.html#!tabla> (consultado el 25 enero 2022)
10. https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/badea/informe/anual?CodOper=b3_1954&idNode=31091
11. <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/servicios/estadistica-artografia/actividad/detalle/175264.html>
12. Junta de Andalucía. CONSEJERÍA DE IGUALDAD, POLÍTICAS SOCIALES Y CONCILIACIÓN Dirección General de Personas con Discapacidad e Inclusión. Datos procedentes del SISS (Sistema Integrado de Servicios Sociales). A fecha 30 junio 2021.
13. Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria. Guía de Procedimientos. SAS. Consejería de Salud. Depósito Legal: SE-3904/2003
14. Servicio de Información y Evaluación. Consejería de Salud y Familias. Fuente Modulo de Estructura de GADU (Gestión y archivo de datos de usuarios SAS)

Desagregaciones Tipo de Dispositivo (unidad de Radiología,Gabinete Odontológico,Salade Fisioterapia,Equipo Movil de Fisioterapia,Unidad de Ecografía, Unidad de Retinografía)Andalucía y provincias 2018

15. López Liria R., Padilla Góngora D., catalán D., Arrebola C. et al. Análisis de la actividad en las Unidades móviles de rehabilitación-fisioterapia en atención primaria. Aten Primaria.2010;42(5):278-283
16. López Liria R., Padilla Góngora D., Catalán Matamoros D.J. et al. Análisis de las patologías con mayor prevalencia en las Unidades móviles de Rehabilitación y Fisioterapia de la provincia de Almería. Gac Sanit.2012:26(3):284-287
17. <https://ws027.sspa.juntadeandalucia.es/centros/carteraservicioshospitalaria/default.asp?IdEspecialidad=48&IdAreaEspecificas=488&pagina=default.asp&accion=prev> (consultado 19 febrero 2022)
18. Guía formativa del residente de Medicina Física y Rehabilitación 2019. Unidad docente de Rehabilitación. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío
19. Sistema de información GeoEstadística de Andalucía (SIGEA). Índice de envejecimiento 2018