

**MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN REHABILITACIÓN PARA EL
PACIENTE CON DOLOR LUMBAR DE LA INSTITUCIÓN
PRESTADORA DE SALUD PUNTO DE SALUD SEDE LA CASTELLANA
BOGOTÁ. 2009**

**MAGDA ODETTE CLAVIJO VÁSQUEZ
AIZA PARRA CANTOR**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN EN REHABILITACIÓN
CHÍA**

**MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN REHABILITACIÓN PARA EL
PACIENTE CON DOLOR LUMBAR DE LA INSTITUCIÓN
PRESTADORA DE SALUD PUNTO DE SALUD SEDE LA CASTELLANA
BOGOTÁ. 2009**

**MAGDA ODETTE CLAVIJO VÁSQUEZ
AIZA PARRA CANTOR**

**PROYECTO PARA OPTAR AL TÍTULO
DE ESPECIALISTA EN GESTIÓN
EN REHABILITACIÓN**

**ASESORES
ANGELA MILENA FORERO
CARMEN HELENA RUIZ**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN EN REHABILITACIÓN
CHÍA 2009**

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN REHABILITACIÓN PARA EL PACIENTE CON DOLOR LUMBAR DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD PUNTO DE SALUD SEDE LA CASTELLANA BOGOTÁ

Resumen

Este proyecto de gestión tiene como objetivo general desarrollar un modelo de atención integral en el centro de rehabilitación de la Institución Prestadora de Salud, Punto de Salud sede La Castellana Bogotá, a través del mejoramiento de los pacientes que consultan por dolor lumbar agudo y crónico entre 20 y 50 años. Mediante la identificación de criterios de inclusión de pacientes y la elaboración del modelo de atención, se creó una herramienta única integral de valoración del paciente con dolor lumbar, el instructivo para su diligenciamiento y el plan de intervención. Proyectos de esta naturaleza permiten evitar a futuro posibles complicaciones a pacientes que generen limitación en su actividad y restricción en su participación.

Palabras claves: Modelo de atención, rehabilitación, dolor lumbar.

Abstract

This management project aims to develop a general model of care in the rehabilitation center of the Institution of Health, La Castellana Bogotá headquarters, through the improvement of patients consulting for acute and chronic low back pain between 20 and 50 years. By identifying the criteria for inclusion of patients and developing the care model, where they believe a single integrated tool for evaluating the patient with back pain, and very instructive for its diligence and finally the intervention plan patients with low back pain. In conclusion allow such projects to avoid possible future complications in patients who generate their activity limitation and restriction in participation.

Keywords: Model of care, rehabilitation, low back pain.

A todas las personas cercanas a nosotras quienes confiaron y creyeron en nuestro sueño de ser gestoras en rehabilitación, aquí el fruto del esfuerzo, nuestro proyecto de gestión en rehabilitación.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	1
Lista de tablas	6
Lista de figuras	7
Lista de Anexos	8
1. PROBLEMA	9
1.1 ANÁLISIS DEL PROBLEMA	9
2. JUSTIFICACIÓN	13
3. OBJETIVOS	16
3.1 OBJETIVO GENERAL	16
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	16
4 MARCO CONCEPTUAL	16
5. DEFINICION DE CONCEPTOS	21
6. ASPECTOS BIOETICOS	25
7. METODOLOGÍA	29
7.1 MATRIZ MARCO LÓGICO	30
8. PLAN OPERATIVO	32
8.1 DIAGNÓSTICO	32
8.2 FORMATO ÚNICO INTEGRAL DE VALORACIÓN DEL PACIENTE CON DOLOR LUMBAR	36
8.2.1 Instructivo para diligenciamiento del formato único Integral del paciente con dolor lumbar	38
8.3 PLAN DE INTERVENCIÓN INTEGRAL PARA EL PACIENTE CON DOLOR LUMBAR	45
9. CONCLUSIONES	55
10. RECOMENDACIONES	57
11. AGRADECIMIENTOS	59
BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXOS	63

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Matriz marco lógico	31
Tabla 2. Formato recolección de datos noviembre 2008	33

Lista de Figura

	Pág.
Figura 1. Distribución de pacientes con dolor lumbar según Género	34
Figura 2. Distribución de pacientes con dolor lumbar según Edad	35
Figura 3. Distribución de pacientes con dolor lumbar según Ocupación	35
Figura 4. Distribución de pacientes con dolor lumbar según Escolaridad	36

Lista de Anexos

	Pág.
Anexo 1. Formato de valoración	63

1. PROBLEMA

¿Cómo puede el equipo interdisciplinario de rehabilitación en la IPS Punto Salud sede la castellana Bogotá realizar un abordaje integral de los pacientes con lumbalgia aguda y crónica en hombres mujeres entre 20 y 50 años de edad de la EPS Susalud? Bogotá 2009.

1. 1 Análisis del Problema

“El dolor lumbar es el problema incapacitante más común en la edad laboral del ser humano. Generalmente es una enfermedad benigna y auto limitante que afecta al 80% de la población adulta en algún momento de su vida”.¹

A pesar de ser tan frecuente, en la mayoría de los casos no se puede establecer un diagnóstico específico ni la estructura anatómica responsable del dolor.

Un grupo de pacientes no bien determinado progresan a un síndrome mucho más complejo de dolor crónico, que se diferencia no sólo por el tiempo de evolución, sino por sus características.

La persona adquiere una conducta dolorosa acompañada de estrés emocional, depresión, tratamientos fallidos, deterioro de la condición física y menor tolerancia al dolor. En éste proceso intervienen factores culturales, familiares, de personalidad, de experiencias previas y la actitud del personal de salud, la cual puede determinar la cronicidad.

El potencial para retornar a las actividades laborales o sociales previas disminuye a medida que se prolonga el tiempo de incapacidad.

Teniendo en cuenta que se conoce por dolor lumbar como aquel localizado en el área comprendida entre la región costal inferior y la región sacra, y que en ocasiones puede comprometer la región glútea.

“El dolor es una experiencia emocional, subjetiva y compleja con repercusión física, psicológica, social y laboral. Esta repercusión se manifiesta con toda intensidad en pacientes con dolor crónico. Su evaluación y tratamiento debe hacerse siguiendo un modelo biopsicosocial. El enfoque multidisciplinar de tratamiento del dolor incluyendo aspectos médicos, psicológicos y físicos ha demostrado ser más eficaz que el tratamiento con una sola modalidad.

El enorme costo social y económico de esta patología ha conducido a la búsqueda de tratamientos multidisciplinarios cuyos objetivos son además de aliviar el dolor, la disminución del déficit funcional, la reincorporación laboral y el tratamiento de las alteraciones psicopatológicas asociadas.

Desde finales de los años 70 y a partir de los 80 se han publicado algunos trabajos basados en programas de tratamiento multidisciplinar para pacientes con dolor crónico no maligno demostrando un cierto interés por parte de los sistemas de atención sanitaria de los países occidentales. El mayor número va dirigido a pacientes con dolor de espalda.

En general los programas se desarrollan en régimen ambulatorio y en grupos reducidos, simultáneamente a veces sesiones individuales. Los

que dan mejores resultados son los programas intensivos de 5 y 7 horas diarias con una duración que oscila entre 3 y 8 semanas. Incluyen sesiones educativas sobre aspectos médicos, psicológicos y ocupacionales relacionados con el dolor y sesiones terapéuticas con técnicas médicas para el control del dolor, técnicas psicológicas, terapia física y terapia ocupacional individual y en la empresa.

Predecir el éxito es difícil. Se deben analizar las circunstancias individuales, condiciones del puesto de trabajo y aspectos de motivación. Los mejores resultados se obtienen cuando el paciente minimiza la percepción de invalidez. Más importante que la capacidad física es la percepción subjetiva, la experiencia y las expectativas de eficacia por parte del paciente".²

No cabe duda que el dolor lumbar sí es un problema en nuestro medio, desde el punto de vista profesional, siendo entonces importante efectuar un diagnóstico etiológico para poder efectuar un tratamiento, no solo sintomático sino también curativo; dentro de las causas de dolor lumbar se presentan : hernias discales, espondilitis anquilosante, enfermedades óseas, artrosis lumbar, tumores vertebrales, tumores intraabdominales, fracturas, luxaciones vertebrales y anomalías congénitas, no solo existen causas relacionadas directamente con estructuras de la columna vertebral.

Existen diversas enfermedades que pueden cursar con dolor lumbar, sin tener en su origen en la columna vertebral (tumores, neuropatía diabética). Debemos recordar además otras causas de dolor lumbar, que se resumen a continuación: aumento en la presión intracraneal, Esclerosis múltiple, Síndrome de Guillan – Barré, enfermedades de

etiología vascular como aneurisma de la aorta, colocación incorrecta de fijadores vertebrales, lumbalgia mecánica, síndrome doloroso lumbar del fin de semana, lumbalgia de la embarazada, lumbalgia crónica inespecífica; merecen una mención especial las cuatro últimas causas de dolor lumbar referidas; la lumbalgia mecánica es una afección osteoarticular originada en los trastornos de la estática de la columna lumbar. El dolor lumbar en esta ocasión puede ser de origen discogénico o articular o de ambos a la vez, en la articulación intervertebral se producen cambios que degeneran en artrosis, así como también interviene en esta lumbalgia el ligamento amarillo, ya que este tendrá que soportar mayores presiones como consecuencia de la degeneración del núcleo pulposo apareciendo micro roturas del ligamento amarillo que se manifiestan como sensación dolorosa.

La lumbalgia mecánica es más insidiosa que la lumbalgia aguda. El dolor es menos intenso aunque su evolución es larga y se cronifica con bastante frecuencia. El cuadro doloroso va aumentando a lo largo de la jornada y el paciente está peor al final del día, mejorando con el reposo, por lo que a la mañana siguiente se encuentra, al menos, parcialmente aliviado.

Así mismo, se han localizado una serie de factores de riesgo individuales que predisponen a esta patología de lumbalgia no específica como pueden ser: estrés psicosocial, obesidad mórbida y sobre todo insatisfacción en el trabajo. En general, la evolución de la lumbalgia crónica inespecífica es favorable, existen unos factores de riesgo para las lumbalgias, dentro de los factores extrínsecos se presentan los trabajos físicos pesados o que conlleven estar mucho tiempo en

bipedestación, trabajo físico pesado, trabajo repetitivo con movimientos forzados, trabajo sedentario de oficina, conducción y vibraciones, en deportistas: golf, bolos, gimnasia, tenis y fútbol y el hábito de fumar.

El posible aumento de dolor lumbar en las personas con trabajo sedentario de oficina (por aumento de la presión intradiscal por la posición de sentado), es actualmente una controversia, con autores a favor y en contra. El hecho de conducir durante numerosas horas al día eleva en USA el riesgo de padecer hernia discal en 3:1 con respecto a la población que no conduce. Así mismo estar sometido a vibraciones especialmente entre 4.5 y 6 Hz supone un riesgo elevado de padecer dolor lumbar. La suma de ambas circunstancias, como es el conducir tractores u otra maquinaria pesada aumenta notablemente el riesgo de lumbalgia.

Aunque una buena forma física y una buena musculatura disminuye el riesgo de lumbalgia, pueden existir ciertos deportes que por su idiosincrasia pueden favorecer la aparición de dolor lumbar como son el golf, tenis, gimnasia.

Factores intrínsecos como son: factores antropométricos, hombres de altura mayor a 180 cm, mujeres de altura mayor a 170 cm obesidad, predisposición genética y Malformaciones espinales.

2. JUSTIFICACIÓN

El dolor lumbar es un problema de salud pública en la práctica médica actual. La falta de entendimiento tanto del síntoma como de la patología subyacente y la carencia de protocolos de tratamiento han hecho que en

nada cambien los resultados finales del tratamiento.

El mayor número de pacientes que consultan por dicha patología generan incapacidad para sus actividades laborales y por ende reciben compensación económica. Es importante tener en cuenta que en muchos de los casos el compromiso por parte del paciente es escaso o nulo haciendo caso omiso a las indicaciones y recomendaciones dadas por los profesionales de salud que en algún momento han hecho parte de su tratamiento.

Teniendo en cuenta que durante el primer semestre del 2008 en Avance Bogotá de un 100% de pacientes atendidos, el 15%, pertenecía a pacientes diagnosticados con lumbalgia, ocupando el primer puesto dentro de las diez patologías más frecuentes de consulta.³ Es por ello que surge la necesidad de iniciar una intervención interdisciplinaria integral en el servicio de rehabilitación en cabeza del Médico Fisiatra, acompañado de Fisioterapeuta y Terapeuta Ocupacional.

Encontramos en este grupo de pacientes quienes consultan con cuadros dolorosos agudos o crónicos la necesidad de esta intervención, considerándolos como seres holístico teniendo un equilibrio en sus aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, ya que luego de tratamientos convencionales de tipo farmacológico, fisioterapéutico, bioenergético y en ocasiones hasta quiropráctico no obtienen los resultados esperados.

No debemos olvidar otro grupo de pacientes que por múltiples razones no han tomado los tratamientos sugeridos por el equipo médico o han hecho caso omiso a las recomendaciones dadas durante el mismo dando

la posibilidad a la aparición de nuevas enfermedades de tipo degenerativo, deterioro neurológico progresivo, comprometiendo la función de los esfínteres, ocasionando desde una deficiencia hasta la limitación para la actividad y por ende la restricción en la participación, implicando graves consecuencias para realizar actividades en donde el movimiento y la capacidad para el mismo, se ven severamente comprometidos.

La población objeto de nuestro estudio serán personas entre los 20 y 50 años de sexo femenino y/o masculino, remitidos al servicio de rehabilitación física Avance Bogotá, sede de la castellana, con diagnóstico CIE 10 M545 que corresponde dolor lumbar agudo, dolor lumbar crónico, lumbago, lumbalgia mecánica, por su médico tratante ó médico especialista, independiente de su ocupación u oficio, y con desacondicionamiento físico determinado en el momento de la valoración por fisiatría y/o fisioterapeuta tratante quienes encabezan el equipo de rehabilitación. De esta manera se determinara la participación dentro del modelo de atención integral.

Como sabemos el objetivo de la rehabilitación integral va enfocado a realizar actividades simultáneas relacionadas con la promoción de la salud, de la participación y prevención de la discapacidad, desarrollo, recuperación y mantenimiento funcional así como la preparación para la integración socio-ocupacional.⁴

Se hace de vital importancia la elaboración de estrategias y/o acciones que conduzcan a cambios en el comportamiento de los usuarios que asisten al centro de rehabilitación AVANCE Bogotá de la sede de la

Castellana; beneficiando a la comunidad en general y finalmente minimizando el riesgo de discapacidad.

Así como también es muy importante resaltar la atención del paciente con lumbalgia aguda y crónica dentro de un equipo interdisciplinario en donde la intervención pueda ser enfocada a la detección, control y manejo de los aspectos, causas y factores predisponentes de la misma, que se interponen en los buenos resultados del abordaje tradicional realizado hasta este momento en la población que asiste al centro de rehabilitación avance de la sede la castellana Bogotá.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Desarrollar un modelo de atención integral en el centro de rehabilitación de la IPS Punto de salud sede la castellana - Bogotá, en hombres y mujeres de 20 a 50 años de edad, diagnosticados con lumbalgia aguda y crónica que permita una adecuada intervención del equipo interdisciplinario, consiguiendo minimizar la reincidencia y mitigando la posibilidad en esta población que pueda ser limitada en su actividad y restringir la participación. 2009

3.2 Objetivos Específicos:

1. Identificar los criterios de inclusión de los pacientes

2. Elaboración del modelo de atención en rehabilitación integral para los pacientes diagnosticados con lumbalgia aguda o crónica en la IPS Punto de Salud sede la Castellana Bogotá.

4. MARCO CONCEPTUAL

“Las causas de la mayoría de los dolores lumbares agudos y crónicos en trabajadores con factores predisponentes individuales, genéticos son las alteraciones en la biomecánica de la columna vertebral, provocadas por las malas posturas en el trabajo y fuera de el, debilitamiento muscular, en especial de abdominales, ligamentos y tendones acortados por retracciones crónicas, sobre carga mecánica e inflamación de las articulaciones posteriores con diferentes grados de artrosis agravados por esfuerzos inadecuados y desacostumbrados, trabajos realizados en una misma postura usualmente sedente, uso inadecuado de sillas y un alto grado de stress.

Los dolores lumbares causados por lesiones traumáticas, inflamatorias, degenerativas o metabólicas y neoplásicas son originados en los tejidos blandos que rodean la columna: tendones, músculos, ligamentos o cambios patológicos en los discos intervertebrales. El hueso como tal no origina dolor, salvo en lesiones vertebrales cuando el hueso enfermo es invadido por tejidos blandos que llevan fibras nerviosas. Los nervios que conducen el dolor son: el sinuvertebral o nervio recurrente que conduce los impulsos originados en las estructuras intraraquideas: el ligamento

longitudinal posterior, la duramadre, la vaina dural de cada raíz y los vasos epidurales.

Las ramas posteriores de los nervios espinales conducen los impulsos que provienen de los ligamentos interespinosos, músculos, fascias, tendones, articulaciones posteriores y periostio.

El plejo paravertebral esta formado por fibra simpáticas y somáticas que rodean la columna vertebral y sus fibras van a nervio sinuvertebral. La única estructura sin inervación es el disco intervertebral y los signos dolorosos secundarios a la patología de este disco son debidos a compresión e inflamación de estructuras vecinas como el ligamento longitudinal posterior, la superficie del anillo fibroso o las raíces a su paso hacia el agujero de conjugación. La simple presión sobre un nervio sensitivo o raíz posterior sano no produce dolor sino parestesia y déficit sentido, para que aparezca dolor se necesita que exista un fenómeno inflamatorio asociado a un trastorno inicial de desmielinización.

El dolor agudo, en condiciones patológicas se debe a la alteración brusca de las estructuras vertebrales con sus consecuencias inmediatas de edema, liberación de histamina y bradiquinina (sustancias alógenas) y espasmo muscular reflejo.

El dolor crónico es mas complejo puesto que en el interviene una serie de eventos somáticos y psíquicos que conforman una cadena de factores que lo pueden mantener. Entre ellos están la tensión emocional, los traumatismos físicos, infecciones etc. El dolor produce tensión muscular y esta a la vez desencadena isquemia, edema, liberación de sustancia

algogenicas e inflamación. Esta última provoca una limitación de la elongación de la movilidad articular, llevando todo ello a la incapacidad funcional, formándose un círculo vicioso en el cual los factores orgánicos y psicológicos se superponen o pueden mantener indefinidamente el dolor.

Las situaciones que mas frecuentemente perpetúan esta conducta dolorosa son: la atención y simpatía de familiares y amigos, el uso de medicamentos que suprimen estados afectivos desagradables, y la exoneración de responsabilidades importantes laborales, sexuales o que provocan ansiedad.

El dolor lumbar puede aparecer cuando la columna esta en reposo o en movimiento, es probablemente debido a modificaciones de las curvas normales de la columna. La lordosis exagerada produce dolor por tracción de los ligamentos posteriores y de los músculos extensores de la columna que se mantienen en una contracción cónica; la obesidad, especialmente cuando ocasiona prominencia abdominal, provoca aumento de la lordosis lumbar y aumento del músculo lumbosacro. En estos casos, el peso del tronco se descarga sobre las articulaciones posteriores; por otra parte, se estrechan los agujeros de conjugación y el aspecto posterior del disco se abomba hacia atrás, distendiendo el ligamento longitudinal posterior y comprimiendo la vaina dural de las raíces. En estas condiciones, al presentarse un leve traumatismo o sobreesfuerzo se sensibilizan estas estructuras produciéndose dolor.

Las alteraciones del disco, con disminución de la altura del espacio intervertebral provocan una sobrecarga de las carillas articulares

posteriores que desencadenan dolor. La lordosis exagerada, puede producir contacto de las apófisis espinosas, con formación de pseudoartrosis, como problema secundario a la degeneración del disco que permite la aproximación de las vértebras y aumento de la lordosis.

Las alteraciones de la postura secundaria a compromisos en los pies, rodillas y caderas, pueden dar origen a dolor lumbar.

El dolor en movimiento se debe probablemente a la acción del movimiento sobre las estructuras articulares, ligamentosas, tendinosas y musculares ya sensibilizadas; bien sea que se trate de una columna normal que trabaje inadecuadamente o de una columna anormal sometida a trabajo excesivo, ocasionando tensiones musculares anormales que provocan dolor por isquemia secundaria a la contracción muscular sostenida y por la atracción que ejercen los ligamentos y las inserciones musculares sobre el periostio. En la osteoporosis el dolor crónico es debido a los cambios posturales secundarios al aplastamiento progresivo de las vértebras con aumento de las curvas normales de la columna. Cuando se presenta dolor agudo en esta afección es causado por el aplastamiento brusco de una vértebra, con espasmo muscular secundario y compresión radicular en el agujero de conjugación respectivo.

Este mismo mecanismo explica la aparición del dolor en las lesiones vertebrales malignas o bacterianas".⁵

Es así que las causas del dolor lumbar pueden agruparse en:

Musculares, degenerativas, inflamatorias, neurológicas, metabólicas, neoplasias, infecciosas, traumáticas, congénitas, Dolor referido y dolor psicógeno. Sin embargo el objeto de nuestro modelo de manejo integral del paciente con dolor lumbar a tratar son aquellas de origen muscular e inflamatorio.⁶

En relación con el tiempo de evolución el dolor puede clasificarse en:

- ✓ Dolor agudo: Menos de 6 semanas
- ✓ Dolor subagudo: ente 6 y 12 semanas
- ✓ Dolor crónico: mayor de 12 semanas

Actualmente en las instalaciones de las sedes de AVANCE Bogotá, los pacientes son remitidos a fisioterapia directamente por los médicos generales o especialistas para realizar el programa de fisioterapia de acuerdo a la guía de manejo establecida dentro de la Institución Prestadora de Salud (IPS), si se detectan factores ocupacionales o laborales tales como jornadas extensas de trabajo , manipulación de cargas, posturas prolongadas, que pueden generar en el paciente agudeza de dolor, menor tolerancia al mismo, presentar dolor lumbar acompañado de dolor irradiado a miembros inferiores, pérdida de sensibilidad parestesias - disestesias, y rigidez. Posteriormente se dan las recomendaciones pertinentes y se remiten a salud ocupacional sin descuidar la comorbilidad asociada a depresión, ansiedad, trastornos de somatización y condiciones físicas como la obesidad.

El paciente al finalizar su programa de fisioterapia es dado de alta con plan casero o de acuerdo a su evolución remitido a médico fisiatra. Hasta este momento se cumple la intervención del equipo

interdisciplinario que actualmente aborda estos pacientes, en algunos casos muy específicos son remitidos a manejo por nutrición cuando son pacientes con antecedentes de obesidad mórbida, sobrepeso y ya por decisión e intuición del paciente inicia tratamientos no convencionales, en ocasiones con buenos resultados; sin embargo es allí donde la intervención integral mediante el modelo que se plantea en este proyecto de gestión juega un papel importante en el abordaje de cada uno de los profesionales, para que desde su disciplina el Médico Fisiatra, Fisioterapeuta y Terapeuta Ocupacional, enfoquen sus esfuerzos a lograr excelentes resultados que se reflejen en la evolución satisfactoria del paciente y disminuir el riesgo de discapacidad, de progresión de la enfermedad y reincidencia de la misma.

5. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS:

- ✓ **Enfermedad:**⁷ proceso que se puede dividir en cinco etapas: fase I, en la que se experimenta el síntoma, fase II en la que se asume el papel del enfermo; fase III en la que se toma contacto con el médico; fase IV, en la que el enfermo se hace dependiente, y la fase V, en la que tiene lugar la rehabilitación y la recuperación. Debe haber una enfermedad claramente definida en todos sus elementos clínicos anátomo - patológico y terapéutico, o un daño al organismo de las personas expuestas a los agentes o condiciones señalados antes.

- ✓ **Funcionamiento:**⁸ se puede considerar como un término global, que hace referencia todas las Funciones Corporales, Actividades y Participación; de manera similar, *discapacidad* engloba las

deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación.

- ✓ **Deficiencias:**⁹ cualquier trastorno de la estructura ó función, debido a anomalías anatómicas, fisiológicas como psicológicas que impiden al sujeto realizar su actividad normal
- ✓ **Participación:**¹⁰ Es vista como un fenómeno que representa las consecuencias sociales y ambientales que afectan al individuo por el hecho de tener una deficiencia o una limitación en la ejecución de sus actividades, la cual se determina por los obstáculos o barreras.
- ✓ **Limitación en la actividad:**¹¹ son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.
- ✓ **Restricciones en la Participación:**¹² son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.
- ✓ **Dolor:**¹³ sensación desagradable causada por una estimulación de carácter nocivo de las terminaciones nerviosas sensitivas sensoriales. Es un síntoma cardinal de inflamación y es valorable en el diagnóstico de un gran número de trastornos y procesos. Puede ser leve o grave, crónico, agudo, punzante, sordo o vivo, localizado o difuso.
- ✓ **Dolor agudo:**¹⁴ El dolor es una experiencia emocional y sensorial desagradable que generalmente surge del daño real o posible a los

tejidos. El dolor agudo puede ser un problema médico difícil de diagnosticar y tratar. Puede estar causado por muchos eventos o circunstancias. Los síntomas pueden durar horas, días o semanas y se asocian comúnmente con lesiones de tejidos, inflamación, procedimientos quirúrgicos, parto o un proceso de enfermedad breve.

- ✓ **Dolor crónico:**¹⁵ Es aquel que persiste en el tiempo, más allá de los 3-6 meses, incluso aunque las causas que lo desencadenan hayan desaparecido. Un dolor que se cronifica pierde su sentido protector, y se convierte en la propia enfermedad o la parte más importante de ella. La persona con dolor crónico, acaba organizando su vida en torno al dolor, apareciendo las conductas de dolor, que limitan y modulan completamente la actividad personal, profesional y social del individuo. A este tipo de dolor se asocia invariablemente un componente de sufrimiento psíquico importante, condicionado o condicionante, en mayor o menor medida, de la aparición de conductas de dolor.

- ✓ **Rehabilitación:**¹⁶ Es el conjunto de procedimientos dirigidos a ayudar a una persona a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social, vocacional, avocacional y educacional compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y limitaciones medioambientales.

- ✓ **Modelo de atención:**¹⁷ Construcción social que sustenta una respuesta individual o colectiva a una o más necesidades de salud

(práctica social en salud). En tal sentido, un modelo de atención de salud describe el tipo de respuesta de salud que la sociedad desea y decide sostener y recibir.

- ✓ **Salud:**¹⁸ Se define como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

6. ASPECTOS BIOETICOS

“La bioética abarca las cuestiones éticas acerca de la vida que surgen en las relaciones entre biología, nutrición, medicina, política, derecho, filosofía, sociología, antropología, teología. Algunos bioéticos tienden a reducir el ámbito de la ética a la moralidad en tratamientos médicos o en la innovación tecnológica. Otros, sin embargo, opinan que la ética debe incluir la moralidad de todas las acciones que puedan ayudar o dañar organismos capaces de sentir miedo y dolor.

El criterio ético fundamental que regula esta disciplina es el respeto al ser humano, a sus derechos inalienables, a su bien verdadero e integral: la dignidad de la persona. Por la íntima relación que existe entre la bioética y la antropología, la visión que de ésta se tenga condiciona y fundamenta la solución ética de cada intervención técnica sobre el ser humano.

Las primeras declaraciones de bioética surgen con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial, cuando el mundo se escandaliza con el descubrimiento de los experimentos médicos llevados a cabo por los facultativos del régimen hitleriano sobre los prisioneros en los campos de concentración. Esta situación, a la que se suma el dilema planteado por el invento de la fístula para diálisis renal de Scribner (Seattle, 1960), las prácticas del Hospital Judío de Enfermedades Crónicas (Brooklyn, 1963) o la Escuela de Willowbrook (Nueva York, 1963), van

configurando un panorama donde se hace necesaria la regulación, o al menos, la declaración de principios a favor de las víctimas de estos experimentos. Ello determina la publicación de diversas declaraciones y documentos bioéticos a nivel mundial.

La bioética es la rama de la ética que aspira a proveer los principios orientadores de la conducta humana en el campo biomédico, incluye todos los problemas morales que tienen que ver con la vida en general.

Los cuatro principios fundamentales de la bioética, definidos por Beauchamp y Childress son:

El primer principio de autonomía en donde el respeto a las personas impone la obligación de asegurar las condiciones necesarias para que actúen de forma autónoma. La autonomía implica responsabilidad y es un derecho irrenunciable, incluso para una persona en condición de enfermedad. Una persona autónoma tiene capacidad para obrar, facultad de enjuiciar razonablemente el alcance y el significado de sus actuaciones y responder por sus consecuencias.

El principio de autonomía tiene un carácter imperativo y debe respetarse como norma, excepto cuando se dan situaciones en que las personas puedan ser no autónomas o presenten una autonomía disminuida (menores de edad, personas en estado vegetativo o con daño cerebral, etc.) siendo necesario en tal caso justificar por qué no existe autonomía o por qué ésta se encuentra disminuida".¹⁹

En el ámbito médico, y en nuestro caso específicamente de

Rehabilitación física el consentimiento informado es la máxima expresión de este principio de autonomía, constituyendo un derecho del paciente y un deber del Médico Fisiatra y/o Terapeuta tratante. Dentro del formato de valoración integral del paciente con dolor lumbar se incluye el consentimiento informado con el objetivo de contar con su aprobación para la intervención por el equipo interdisciplinario, dado a conocer el plan de tratamiento y las consecuencias del mismo así como la explicación del por que se hace necesario su manejo. Todos estos componentes hacen parte del que hacer ético que como profesionales de la salud.

El segundo principio es el de beneficencia el cual trae implícita la obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo perjuicios. Supone que el médico posee una formación y conocimientos de los que el paciente carece, por lo que aquél sabe (y por tanto, decide) lo más conveniente para éste. Es decir "todo para el paciente pero sin contar con él".

Sin embargo, las preferencias individuales de médicos y de pacientes pueden discrepar respecto a qué es perjuicio y qué es beneficio. Por ello es difícil defender la primacía de este principio, pues si se toman decisiones médicas desde éste, se dejan de lado otros principios válidos como la autonomía o la justicia. En el campo de la Rehabilitación física prima las preferencias del paciente teniendo en cuenta la recomendación y guía de los profesionales que intervenimos en su tratamiento siempre en pro de su recuperación de interrumpir el progreso de la enfermedad y que esta pueda resultar en una enfermedad discapacitante que limite sus actividades y restringir la participación.

El tercer principio de no maleficencia es donde debe abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros. Es un imperativo ético válido para todos, no sólo en el ámbito biomédico sino en todos los sectores de la vida humana. Entonces, de lo que se trata es de no perjudicar innecesariamente a otros. El análisis de este principio va de la mano con el de beneficencia, para que prevalezca el beneficio sobre el perjuicio.

Las implicaciones médicas del principio de no maleficencia son varias: tener una formación teórica y práctica rigurosa y actualizada permanentemente para dedicarse al ejercicio profesional, investigar sobre tratamientos, procedimientos o terapias nuevas, para mejorar los ya existentes en vistas a que sean menos dolorosos y lesivos para los pacientes; avanzar en el tratamiento del dolor; evitar la medicina defensiva y con ello, la multiplicación de procedimientos y/o tratamientos innecesarios; resaltamos entonces el objetivo de realizar una intervención integral en el paciente con dolor lumbar compartiendo la base de este principio bioético en donde planteamos una alternativa de manejo del paciente con dolor lumbar diferente a la tradicional.

El último principio bioético se trata de la justicia, tratar a cada uno como corresponda con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (biológica, social, cultural, económica, etc.) En nuestra sociedad, aunque en el ámbito de la salud la igualdad entre todos los hombres es sólo una aspiración, se pretende que todos sean menos desiguales, por lo que se impone la obligación de tratar por igual y no excluir a aquel que tiene diferencia ó que tiene una condición de discapacidad.

El principio de justicia se divide en dos: un principio formal (tratar igual a los iguales y desigual a los desiguales) y un principio material (determinar las características relevantes para la distribución de los recursos de salud: necesidades personales, mérito, capacidad económica, esfuerzo personal, etc.)

La relación médico-paciente se basa fundamentalmente en los principios de beneficencia y de autonomía, pero cuando estos principios entran en conflicto, a menudo por la escasez de recursos, es el principio de justicia el que entra en juego para mediar entre ellos. En cambio, la política de salud se basa en el principio de justicia, y será tanto más justa en cuanto que consiga una mayor igualdad de oportunidades para compensar las desigualdades.

7. METODOLOGIA

La metodología utilizada en este proyecto de gestión en rehabilitación es el marco lógico, "herramienta que facilita el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de un proyecto. Su propósito es brindar estructura al proceso de planificación y a la vez comunicar información esencial relativa al proyecto".²⁰ En cuanto a la estructura, presentaremos una matriz de cuatro por cuatro en donde se registra la siguiente información:

- objetivos específicos y las actividades
- indicadores (resultados específicos a alcanzar)
- medios de verificación

- supuestos (factores externos que implican riesgos)

Las filas de la matriz presentan información acerca de los objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos en cuatro momentos diferentes en la vida del proyecto:

1. Fin al cual el proyecto contribuye de manera significativa luego de que el proyecto ha estado en funcionamiento.
2. Propósito logrado cuando el proyecto ha sido ejecutado.
3. Componentes/Resultados completados en el transcurso de la ejecución del Proyecto.
4. Actividades requeridas para producir los Componentes/Resultados.

7.1 Matriz Marco Lógico

Ver tabla 1. Matriz Marco Lógico

El proyecto de gestión en rehabilitación tiene lugar en la IPS Punto de salud sede la Castellana en la ciudad de Bogotá, es una de las sedes de la EPS SUSALUD en la ciudad, se encuentra ubicada en la Avenida 13 autopista norte No. 93 - 45, en donde se cuentan con servicios de salud visual, programas especiales y rehabilitación, entre los cuales se encuentra Medicina física y Rehabilitación, Terapia ocupacional, Fonoaudiología y Fisioterapia.

Tabla 1. Matriz Marco Lógico

Objetivos específicos	Estrategias	Actividades	Recursos	Indicador de evaluación	Medios de verificación	Factores externos
Identificar los criterios de los pacientes diagnosticados con lumbalgia por el médico tratante al modelo de atención integral en rehabilitación en la IPS Punto de Salud Bogotá Sede Castellana	Selección de la muestra teniendo edad, género, diagnóstico de remisión	Recolección de la información a través del formato	Humanos: Fisioterapeutas Físicos: Infraestructura Papelería	No. De pacientes atendidos por primera vez con diagnóstico de dolor lumbar en el mes de noviembre de 2.008 y con criterios de inclusión al modelo de atención integral en rehabilitación / Número total de pacientes atendidos por primera vez en el mes de noviembre de 2.008	Rips Historia clínica	Participación voluntaria de los pacientes para conformar la muestra
Elaborar el modelo de atención integral en rehabilitación para los pacientes diagnosticados con lumbalgia aguda y crónica en la IPS Punto de Salud la Castellana Sede Bogotá	Desarrollo del modelo de atención	Creación y estandarización del formato único integral de evaluación para el paciente con dolor lumbar y del plan de intervención	Humanos: Fisiatra Terapeuta Ocupacional Fisioterapeutas Materiales: elementos utilizados		Formato único integral de evaluación para el paciente con dolor lumbar	Compromiso de los profesionales

8. PLAN OPERATIVO

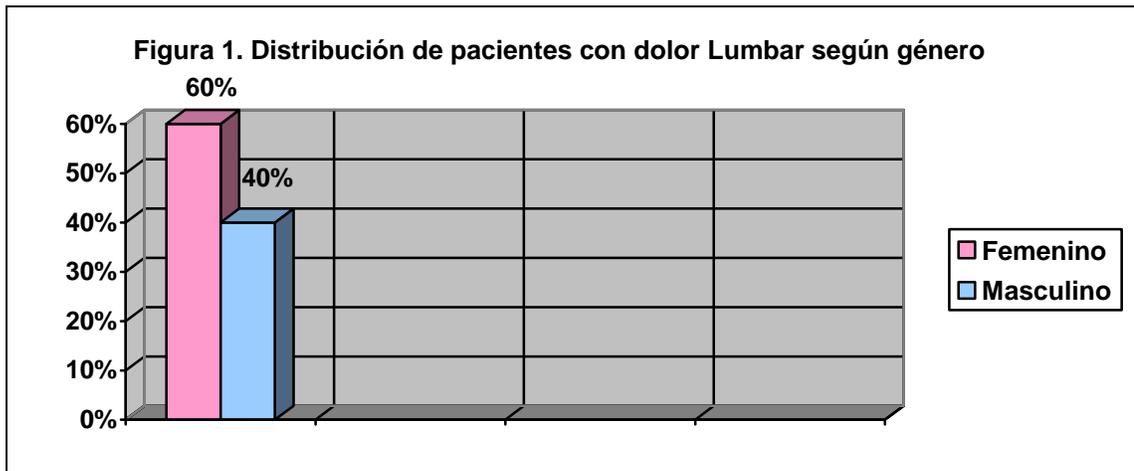
8. 1 Diagnóstico

En cuanto al plan de acción y desarrollo del proyecto de gestión en rehabilitación se realizó en tres fases, una primera de diagnóstico, en donde se recolectó información durante el mes de noviembre de 2008 sobre los pacientes que son remitidos a nuestro servicio de rehabilitación con diagnóstico de dolor lumbar, quienes por primera vez para ser realizada su evaluación fisioterapéutica consolidando una estadística sobre el número de consultas, y dejando allí parámetros claros de inclusión de los pacientes al modelo de intervención integral como son: edades entre los 20 y 50 años de edad, género, número de identificación, diagnóstico médico de remisión. (Tabla 2)

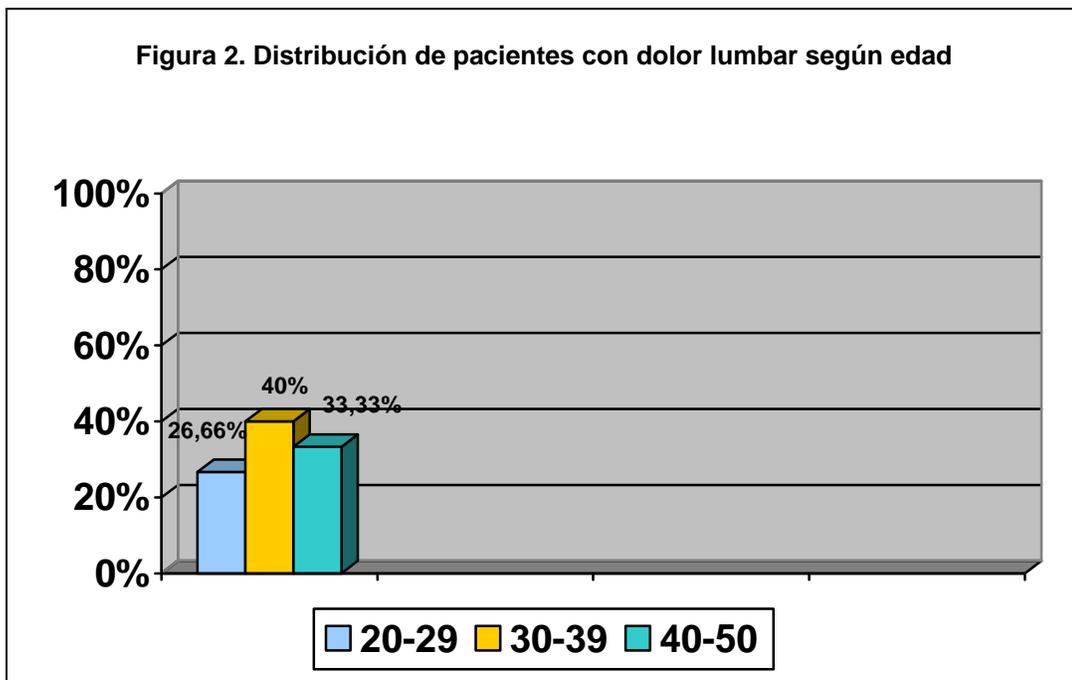
Tabla 2. Formato de recolección de datos. Noviembre 2008

No.	FECHA	IDENTIFICACION	EDAD	SEXO		OCUPACION	ESCOLARIDAD	DX CIE10	MEDICO TRATANTE	IPS REMITENTE	N° SE
				M	F						
1	1/11/08	79573305	37	X		Auxiliar seguridad	Bachiller	M545	Karol Díaz	Chico	
2	8/11/08	28900467	68		X	Hogar	Bachiller	M545	Marilyn Gonzales	Medichico	
3	10/11/08	53161052	23		X	Asesor de seguros	Universitario	M545	Edna Abuabara	Chico	
4	10/11/08	9101400979	17		X	Estudiante	Universitario	M545	Marilyn González	Medichico	
5	11/11/08	35315792	50		X	Profesional	Profesional	M545	Patsy Páez	Chico	
6	12/11/08	52908109	26		X	Call Center	Técnica	M545	Antonio Álvarez	Medichico	
7	14/11/08	80540544	32	X		Asesor Comercial	Profesional	M545	Andrea Sanjuán	Medichico	
8	18/11/08	20584590	50		X	Operaria	Bachiller	M545	Antonio Álvarez	Medichico	
9	19/11/08	101842981	19	X		Estudiante	Universitario	M545	Yesid Sabogal	Chico	
10	22/11/08	43728352	38		X	Asesor Comercial	Profesional	M545	Edna Abuabara	Chico	
11	25/11/08	52377036	32		X	Empleada	Bachiller	M545	Luis Jaime Reyes	Chapinero	
12	27/11/08	79320174	42	x		Auxiliar seguridad	Bachiller	M545	Yesid Sabogal	Chico	
13	28/11/08	80131245	31	x		Publicista	Profesional	M545	Luis Jaime Reyes	Chapinero	
14	30/11/08	52315001	32		x	Operaria	Técnico	M545	Leonardo Arévalo	Chapinero	1
15	30/11/08	79467009	41	x		Conductor	Bachiller	M545	Pedro Martínez	Medichico	1

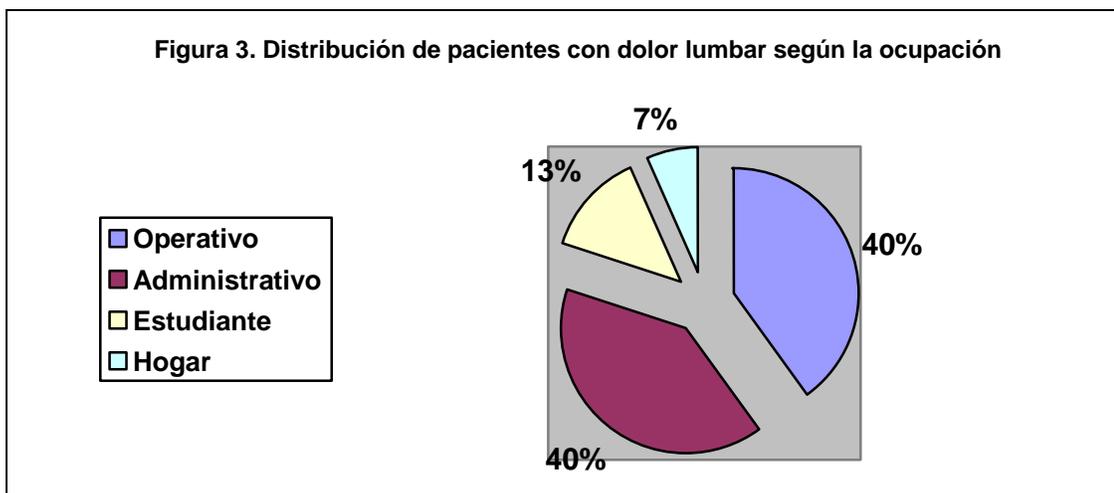
La recolección de datos realizada suministró información importante frente a los criterios de inclusión de los pacientes con dolor lumbar que consultan a la IPS en un periodo de un mes, ya que actualmente no se cuenta con una base de datos que recolecte esta información y que si permiten realizar una base de datos de inclusión para el tratamiento de rehabilitación bajo este modelo. Los resultados fueron los siguientes:



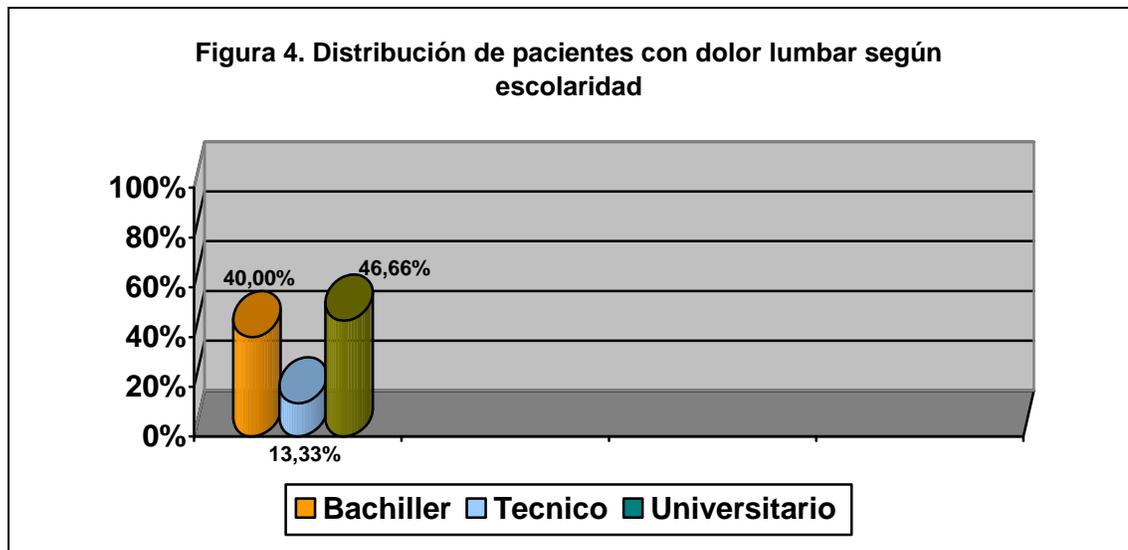
La figura muestra que de las personas que consultaron al servicio de rehabilitación en el mes de Noviembre de 2008 con diagnóstico de dolor lumbar el 60% correspondían al género femenino y el 40% masculino, lo que indica que el dolor lumbar predomina su frecuencia en mujeres que hombres.



La figura muestra que de las personas evaluadas por primera vez en rehabilitación durante el mes de noviembre, el 40% pertenecen a un rango de edad de 30 a 39 años, lo que nos indica que el dolor lumbar se presenta con prioridad durante la edad productiva. Encontrando un porcentaje de 33.33% para edades entre 40 y 50 años, y un 26.66% para personas entre 20 a 29 años.



En esta figura podemos determinar que el 80% de la población desarrolla una actividad laboral, correspondiente a un 40% en el área administrativa y un 40% más en el área operativa, lo que indica que la actividad laboral es un factor determinante para la presencia de dolor lumbar; mientras que para personas que realizan actividades académicas con un 13%, y en último instancia quienes realizan actividades del hogar con un 7%.



La figura muestra que el 46.66% corresponde a personas de perfil profesional, mientras que el 40% a realizado su bachillerato y el 13.33% restante ha realizado estudios de tipo técnico.

8.2 Formato Único Integral de Valoración del paciente con dolor Lumbar

La segunda fase comprende la creación y elaboración de un formato único de valoración integral, en donde se incluyen todos los aspectos a

tener en cuenta tanto en la evaluación como en la historia clínica de un paciente con dolor lumbar, en donde se tuvieron en cuenta profesionales expertos en los diferentes perfiles y con el cual se realizó una validación en cuanto a forma, tiempo de diligenciamiento y contenido. Ver anexo 1.

En la prueba piloto realizada el día 14 de Febrero de 2.009, a una población de 5 personas con edades entre los 20 y 50 años sanos, con antecedentes de dolor lumbar y ocupaciones diversas; amas de casa, auxiliares administrativos, asesores comerciales con características físicas diferentes. El objetivo principal fue aplicar la herramienta de evaluación diseñada por las Fisioterapeutas especialistas en gestión en rehabilitación, con colaboración y supervisión de la Fisiatra y Terapeuta Ocupacional.

El tiempo estimado para la realización de la misma, fue de 1 hora por paciente, programando 20 minutos de intervención, para Fisiatría y Terapia Ocupacional, mientras que el tiempo de valoración por Fisioterapia fue corto, por lo cual fue necesario ampliar el tiempo a 10 minutos más para realizar la aplicación de la escala de funcionalidad en donde al paciente se le interroga en cada una de las actividades, se puede concluir que la evaluación del paciente con dolor lumbar debe ser de 1 hora y 10 minutos.

Se estableció que cada una de las especialidades juega un papel muy importante en el trabajo con los pacientes de dolor lumbar ya que desde cada área del saber se analiza al paciente, sus limitaciones y los puntos claves para iniciar la intervención por el grupo interdisciplinario ya que

permite hacer un pre-diagnóstico de las condiciones en que se encuentra el paciente para así establecer un diagnóstico interdisciplinario y los objetivos específicos para cada una y su manejo.

Surgieron dudas principalmente por terapia ocupacional sobre el diligenciamiento de las escalas que se propusieron ya que estas no se manejan en el día a día, y en los espacios que eran reducidos para la Información que debe consignar. También se observó que faltaban ítems de valoración por fisioterapia.

Esto permitió establecer y unificar conceptos por los diferentes profesionales participantes en la prueba del modelo de atención integral, en cuanto a los criterios de evaluación que allí se encuentran y realizar modificaciones a la forma y el contenido, siempre pensando en el beneficio del profesional, a quien le permite obtener una mayor y mejor recolección de información en un menor tiempo de forma práctica, concisa y minimizando el riesgo de error.

Al paciente beneficia en cuanto a la calidad de intervención y objetivos específicos para su tratamiento.

8.2.1. Instructivo para diligenciamiento del Formato Único Integral de Valoración para el paciente con dolor lumbar

Para el diligenciamiento de dicho formato se cuenta con un instructivo para los profesionales que intervienen en el modelo de rehabilitación integral. Cada especialidad deberá tener en cuenta los siguientes aspectos:

Este es el primer acercamiento que el paciente con dolor lumbar tiene en el área de rehabilitación, en donde el médico fisiatra deberá, iniciar con interrogatorio o anamnesis teniendo en cuenta:

- ✓ Fecha
- ✓ Nombre
- ✓ Documento
- ✓ Edad y Sexo
- ✓ Estado Civil
- ✓ Fecha de nacimiento
- ✓ Empresa donde labora
- ✓ Dirección
- ✓ Teléfono
- ✓ Peso y Talla
- ✓ Diagnóstico de remisión CIE10

Posteriormente hará firmar la manifestación de consentimiento informado, describirá el motivo de consulta junto con los antecedentes: patológicos, quirúrgicos, alérgicos, traumáticos, farmacológicos, tóxicos, familiares; y en caso específico las ayudas diagnósticas.

Dentro del examen físico incluye características de dolor, síntomas asociados y compromiso en actividades funcionales, finalmente elabora su diagnóstico médico fisiatra y conducta a seguir.

Dentro de la evaluación por parte del fisioterapeuta tratante deberá tener en cuenta los siguientes parámetros:

1. Complementar antecedentes con actividades deportivas o recreativas.
2. Valoración del dolor por localización señalado por el paciente en el esquema corporal.

- ✓ La intensidad del dolor dada por la escala análoga visual.²¹
- ✓ Tiempo de evolución del dolor.
- ✓ Condición del dolor se presenta actualmente, peor momento de dolor, alivio.
- ✓ Frecuencia del dolor; constante, ocasional, intermitente, varía según actividad.
- ✓ Tipo de dolor: Local (vertebral: dolor profundo aumenta con la fatiga cede con el reposo o paravertebral: localizado en la masa muscular difuso difícil de precisar). Radicular, provocado por el estiramiento o compresión nerviosa. Se extiende a MIs. Referido (Regional: proviene de la misma columna y visceral, correspondiente a procesos inflamatorios).

3. Pruebas Especiales:

- ✓ "Prueba de Lassegue: Paciente en decúbito dorsal, el terapeuta flexiona la cadera a 90°, rodilla flexionada. A continuación, extiende pasivamente la rodilla y observa la angulación de la rodilla donde aparece el dolor.
- ✓ Prueba de Desplomo: Paciente sentado piernas colgando, manos en el sacro, el terapeuta extiende pasivamente la rodilla

del lado doloroso y se detiene el momento en que el paciente señala un dolor intenso. Se realiza la medida goniometría de la extensión de la rodilla".²²

4. Test de Oswestry Índice de Discapacidad: Consiste en una autoevaluación funcional hecha por el paciente, basada en la limitación de 10 capacidades. Suministra información sobre la manera en que la lumbalgia ha alterado la vida cotidiana y así mismo evalúa los beneficios de la terapia. El paciente evalúa cada ítem de 0 a 5. El 0 indica que no existe limitación y el 5 indica limitación máxima. La puntuación máxima es de 50, esta puntuación se dobla para interpretarse en un porcentaje. El paciente solo debe escoger una respuesta por ítem. Una puntuación superior al 75%, por lo que al dolor se refiere requiere de hospitalización. Cuando esta misma puntuación no demuestra extremo dolor, requiere un interrogatorio más intenso centrado en el movimiento. Una puntuación por debajo del 30% indica que no hay situación aguda".²³

5. Movilidad Articular: Tronco (Columna Lumbar)

- ✓ Test dedos – suelo para flexión de tronco: Paciente en posición bípeda con los pies juntos efectúa flexión de tronco. Se utiliza únicamente como balance a partir de la medición de la distancia entre el dedo medio y el suelo con una cinta métrica.
- ✓ Resultados Existencia o no de un plano que puede implicar hipermovilidad supra o subyacente dolorosa. Calidad del

ritmo lumbopelvico durante la flexión y su enderezamiento: Tiempo 1 Flexión bilateral de las caderas y hay presencia de dolor es por una restricción coxofemoral. Tiempo 2 el raquis lumbar sigue en flexión; sobre todo en L5 – S1. Tiempo 3 retroceso de la pelvis. Limitación dolorosa contractura paravertebral o postura antálgica. La limitación de la flexión puede no ser dolorosa por retracción de los isquiotibiales.

- ✓ Inclinaciones: Paciente de pie con los pies ligeramente separados a 15 cm, desliza una mano a lo largo de la pierna ipsilateral mientras permanece en un plano frontal.
- ✓ Resultados: Distancia dedos – suelo de cada lado medida en centímetros. Curvaturas simétricas y armoniosas de ambos lados. Acentuación del dolor de uno de los lados.
- ✓ Rotaciones: Paciente sentado con manos en la nuca. Efectúa rotación máxima y que la mantenga por el tiempo necesario para medir la distancia acromion – espina iliaca postero superior contra lateral con una cinta métrica. La rotación es principalmente dorso lumbar.
- ✓ Extensión: Paciente sentado o de pie con los pies ligeramente separados, se pide que arquee el tronco hacia atrás.
- ✓ Resultados: Aumento armonioso de la lordosis. Limitación del movimiento y el dolor provocado.²⁴

6. Movilidad Articular de Cadera: Se tomaran los arcos de movilidad para la flexión, abducción, adducción, extensión, rotación externa y rotación interna por medio del goniómetro.

7. Fuerza muscular de 0 a 5 grados

- ✓ Grado 5: Realiza movimiento completo o mantener una posición contra la máxima resistencia, sin desplazar la posición inicial.
- ✓ Grado 4: Realiza movimiento completo contra gravedad tolera resistencia fuerte, con leve desplazamiento.
- ✓ Grado 3: Realiza movimiento completo en contra de la fuerza de la gravedad, no tolera resistencia para realizar el movimiento.
- ✓ Grado 2: Realiza un movimiento completo cuando se encuentra en una posición que minimiza la fuerza de gravedad.
- ✓ Grado 1: Detección visual o a la palpación cierta actividad contráctil en uno o varios músculos que intervienen en el movimiento, no realiza desplazamiento real del segmento evaluado.
- ✓ Grado 0: Se encuentra completamente carente de actividad a la palpación o la inspección visual.²⁵

8. Flexibilidad grados de normal a severo

- ✓ Grado normal: Arco de movilidad completo sin dolor.
- ✓ Grado leve: Arco de movilidad de 0 a 25%.
- ✓ Grado moderado: Arco de movilidad de 25% a 50%.
- ✓ Grado severo: Arco de movilidad menor de 50%.

9. Postura: Descripción de las anomalías encontradas en los

diferentes planos.

- ✓ Plano Anterior
- ✓ Plano Lateral
- ✓ Plano Posterior

10. Marcha: Descripción fases de la marcha y tipo.

11. Diagnóstico fisioterapéutico y conducta a seguir: Se describe el número de sesiones a realizar y objetivos a seguir con cada uno de los pacientes

Dentro de la evaluación por parte del Terapeuta Ocupacional tratante deberá tener en cuenta los siguientes parámetros:

1. Al iniciar la valoración por terapia ocupacional se realiza una descripción de las actividades laborales, del hogar de tiempo libre que desarrollan los pacientes con el fin de establecer actividades desencadenantes del dolor lumbar. Así mismo se tendrán en cuenta los aspectos socio familiares.
2. Medida de Independencia Funcional FIM por siglas en inglés.
Tiene como objetivo evaluar a los individuos a través de 18 ítems utilizando valores de 1 a 7. Estos ítems están divididos de acuerdo a las siguientes áreas:
 - ✓ Autocuidado
 - ✓ Baño
 - ✓ Control de esfínteres
 - ✓ Transferencias

- ✓ Locomoción
- ✓ Comunicación
- ✓ Comportamiento Social estos últimos no se tendrán en cuenta dentro de este formato.²⁶

3. Escala de Discapacidad Específica del Paciente Escala de Discapacidad Específica del Paciente.

El PSFS es una Escala que mide discapacidad ocasionada por el dolor. Ha sido validada internacionalmente para dolor lumbar. Se le debe pedir al paciente que elija cinco actividades habituales de su vida que se vean afectadas por su dolencia actual. Una vez que marque las actividades se le pedirá que cuantifique su nivel de limitación para realizar esa actividad de 0 a 10 siendo 10: capacidad absoluta de realizar esa tarea como previamente a esa dolencia y 0 la imposibilidad absoluta de realizarla por el dolor. Se le solicitará siempre que firme su planilla al concluirla.

Al realizar la valoración final del PSFS de ese mismo paciente, se evitará mostrar la medición anterior, para evitar que subjetivase más su medición tratando de reproducir el mismo valor que en la valoración inicial. Se le entregará entonces la misma hoja donde ya se habrá escrito previamente las mismas actividades seleccionadas anteriormente. Siempre se preguntará por las mismas actividades, no pudiendo cambiarse ninguna de ellas.²⁷

4. Diagnóstico ocupacional, conducta a seguir y pronóstico ocupacional. Se establecerán el número de sesiones y objetivos de

tratamiento a seguir.

8.3 Plan de Intervención Integral en el paciente con dolor lumbar

En la tercera fase del plan operativo es la realización del plan de intervención para el paciente con dolor lumbar agudo y crónico el cual debe estar conformado por el equipo interdisciplinario ya mencionado, para el cual se realizó una consulta de materiales académicos recopilados mediante una revisión sistemática y aplicando la metodología de Medicina Basada en la Evidencia (MBE). Así como también fue tomada en cuenta la guía de manejo de dolor lumbar aplicada y aprobada por la IPS Punto de Salud, el proceso de actualización del plan de intervención integral será cada 2 años o antes si se requiere de acuerdo con actualizaciones del tema. Este plan de intervención será leído y estudiado por todo el personal asistencial, de la IPS Punto de Salud de Bogotá, dejando constancia de estas actividades en los formatos establecidos. Además se realizará el seguimiento de su aplicación dentro de los procesos establecidos por auditoria.

Mediante los CMI(Comité médico interdisciplinario) programados una vez a la semana, se revisa la evaluación de cada uno de los pacientes incluidos en el modelo de manejo de atención integral se define en consenso las intervenciones a realizar desde cada disciplina, Terapia Ocupacional, Terapia Física, su frecuencia y tiempo de tratamiento con número de sesiones, además se define la posibilidad de remitir a nutrición y psicología, así mismo la fecha del próximo control con

fisiatría para seguimiento y conducta de acuerdo a la evolución.

Teniendo en cuenta que un plan de intervención es el conjunto de todas las medidas y disposiciones adoptadas para la ejecución de un proyecto en este caso la realización de un tratamiento integral para pacientes de dolor lumbar agudo y crónico de los usuarios de la IPS Punto de Salud sede la Castellana.

Inicialmente el paciente solicita cita con su médico familiar el cual si considera necesario remite al servicio de rehabilitación de acuerdo a su diagnóstico. Posteriormente en este servicio es asignada la cita de valoración por fisiatría en donde la evaluación clínica del paciente con dolor lumbar se realizara dentro de la consulta médica, de 24 minutos programada por agenda, y tendrá como objetivo general establecer un plan de manejo desde la perspectiva del medico especialista en medicina física y rehabilitación con estándares generales para la atención integral del paciente con diagnóstico de lumbalgia según código CIE 10 M545, sin patologías asociadas de manera que pueda tener una mejor calidad de vida que le permita optimizar el desempeño en sus actividades diarias.

Dentro de la evaluación inicial de por el médico fisiatra se iniciara con un interrogatorio teniendo en cuenta:

- ✓ Diligenciamiento de la anamnesis de la historia clínica de evaluación del paciente con dolor lumbar
- ✓ Lectura y aceptación del consentimiento informado
- ✓ Motivo de consulta

- ✓ Antecedentes personales y familiares
- ✓ Exámenes y tratamientos previos: analgésicos, antiinflamatorios, infiltraciones, fisioterapia (demostración de ejercicios que realiza habitualmente), cirugías (tipo de procedimiento), consumo de inmunosupresores
- ✓ Revisión por sistemas: función vesical e intestinal, alteraciones en el sueño, problemas psicológicos, pérdida de peso, sudoración nocturna.

Posteriormente realizara el examen físico el cual comprende:²⁸

- ✓ Posición de pie: evaluar la marcha en puntas y talones, las fases de la marcha, identificar desviaciones de la columna y asimetrías, características de la piel y cicatriz quirúrgica, palpación de masa muscular paravertebral, palpar los puntos de la articulación sacroilíaca, el trocánter mayor, el cóccix y la tuberosidad isquiática, percusión sobre las apófisis espinosas, movilidad de la columna lumbar (flexión, extensión, rotaciones, inclinaciones), realizar maniobra de schober, cuando amerite: medir la expansión del tórax y realizar el signo de Trendelemburg.
- ✓ Posición sentado: evaluar la fuerza de los distintos grupos musculares (flexores, abductores y aductores de la cadera, extensores y flexores de la rodilla, extensor del hallux), evaluar los reflejos patelares y aquilianos, evaluar la respuesta plantar, evaluar la sensibilidad teniendo en cuenta la distribución por dermatomas y por nervio periférico.
- ✓ Posición decúbito supino: palpación abdominal, realizar el signo de Lassegue, realizar las maniobras para las articulaciones

sacroiliacas, evaluar retracciones musculares (isquiotibiales, flexores de cadera), evaluar fuerza de la musculatura abdominal, medir la longitud de las extremidades.

- ✓ Posición decúbito lateral: palpar apófisis espinosas y espacios interespinosos, palpar musculatura paravertebral y arcos costales inferiores, realizar maniobra para la palpación del músculo cuadrado lumbar, realizar maniobras para la retracción de la banda iliotibial.
- ✓ Posición decúbito prono: palpación de la musculatura paravertebral, los puntos de las articulaciones sacroiliacas, la unión sacrococcigea, la tuberosidad isquiática, realizar el signo de Lassegue invertido.
- ✓ Evaluar y describir los signos no orgánicos de Wadell de encontrarse presentes.

Con los hallazgos positivos en dicha evaluación sugieren dolor lumbar de tipo mecánico con una buena probabilidad:

- ✓ Dolor lumbar que se desencadena con la actividad física y mejora con el reposo. Se exagera con el movimiento y los cambios de posición (girar en la cama).
- ✓ Suele asociarse con trauma leve reciente o previo.
- ✓ Retracciones musculares importantes en los flexores de la cadera, los isquiotibiales, los extensores de la rodilla y los abductores de la cadera.
- ✓ Debilidad de la musculatura abdominal.
- ✓ Signo de Lassegue y maniobras para sacroiliacas negativas.
- ✓ Examen abdominal normal

- ✓ Examen neurológico normal
- ✓ Signos de Wadell negativos

El médico fisiatra utilizara las ayudad diagnósticas que considere pertinente para cada paciente como:

- ✓ Radiografía simple de Columna Lumbosacra antero posterior y lateral de acuerdo con los hallazgos clínicos y teniendo presente el tiempo de evolución (más de 6 semanas sin mejoría).

Además, el fisiatra considera la solicitud de otras ayudas diagnósticas teniendo en cuenta los hallazgos de la evaluación clínica y la presencia o no de signos de alarma como son:

- ✓ Exámenes de laboratorio básico: glicemia, hemoleucograma, cito químico de orina, velocidad de sedimentación, proteína c reactiva, factor reumatoide, bk de esputo seriado.
- ✓ Radiografía de tórax.
- ✓ Radiografías de columna lumbosacra dinámicas.
- ✓ Electro miografía y velocidades de conducción nerviosa de los miembros inferiores.
- ✓ Ecografía abdominal, renal y de vías urinarias.
- ✓ Gamma grafía ósea.

A consideración del Médico Fisiatra realiza solicitud de ayudas diagnósticas teniendo en cuenta los hallazgos de la evaluación clínica y la presencia o no de signos de alarma con el fin de excluir otros diagnósticos asociados que interfieran el proceso de rehabilitación del

paciente dentro del modelo de intervención integral, en caso de ser estos detectados son razones para excluir al paciente de realizar su intervención por este manejo.

Las acciones realizadas para alcanzar el control del dolor y la mejoría funcional incluyen:

- ✓ Reposo relativo, incapacidad de ser necesario o recomendaciones laborales.
- ✓ Medios físicos de acuerdo con plan de intervención de fisioterapia descrito a continuación.

Prescripción de medicamentos:

- ✓ Analgésicos y antiinflamatorios teniendo en cuenta los efectos secundarios y los antecedentes de los pacientes.
- ✓ Se utilizan como coadyuvantes los relajantes musculares.
- ✓ Anestésicos locales: las infiltraciones se realizan a criterio médico ante la presencia de puntos miofasciales activos.
- ✓ Otros procedimientos invasivos como la analgesia epidural, los bloqueos epidurales y los bloqueos simpáticos se consideran en patologías y circunstancias específicas y se remite a clínica de dolor y anestesia.
- ✓ Ejercicio terapéutico: de acuerdo a la condición clínica y social del paciente se prescribe ejercicio físico regular, para control de peso y se prescribe la intervención por Fisioterapia, Terapia

La recuperación del episodio agudo puede retardarse por los siguientes factores, los cuales deben de detectarse en la evolución no satisfactoria, tanto por el Fisiatra, ó dado el caso por os terapeutas tratantes generando:

- ✓ Problemas estructurales como compromiso radicular severo secundario a hernia discal o por estenosis del canal espinal.
- ✓ Enfermedad sistémica no detectada en la evaluación inicial.
- ✓ Factores psicosociales: siempre es importante estudiar comorbilidad (depresión, ansiedad, trastornos de somatización, Ficticios y simuladores) en pacientes que no mejoran con los tratamientos propuestos.

Sí se detectan factores ocupacionales y laborales que precipitan y agravan los síntomas, se dan las recomendaciones pertinentes y se remite a salud ocupacional para optimizar un adecuado reintegro laboral **en los pacientes con dolor lumbar.**

El plan de intervención por fisioterapia tendrá como objetivo general establecer un plan de manejo desde la perspectiva de la Fisioterapia con estándares generales para la atención integral del paciente con diagnóstico de lumbalgia según código CIE 10 M545, sin patologías asociadas de manera que pueda tener una mejor calidad de vida que le permita optimizar el desempeño en sus actividades diarias.

La metodología a seguir dependerá del concepto elaborado por el equipo interdisciplinario dado el caso, se consideran un mínimo de 10 sesiones, con un máximo de 15 sesiones de fisioterapia, con una duración de 40 minutos por sesión y con una frecuencia de 3 veces por semana, en grupos de 3 personas máximo por sesión, para dolor lumbar establecido en las IPS Punto de salud de Bogotá.

La evaluación realizada por el fisioterapeuta tiene en cuenta los siguientes parámetros:

“En caso de que el paciente sea remitido en primera instancia a Fisioterapia, es la terapeuta tratante quien debe realizar la anamnesis de la herramienta de evaluación y los demás datos dentro de su evaluación como Fisioterapeuta”

- ✓ Antecedentes deportivos y/o recreativos.
- ✓ Evaluación del dolor: a la palpación, al movimiento, localización, condición de dolor y frecuencia, como índice de discapacidad se aplica el Test de Oswestry.
- ✓ Rango de movimiento activo tronco, cadera.
- ✓ Evaluación de fuerza muscular en tronco, cadera.
- ✓ Flexibilidad en tronco, miembros inferiores.
- ✓ Evaluación de marcha.
- ✓ Evaluación de postura.
- ✓ Pruebas semiológicas: lassegue, Desplome.

Se elabora el diagnóstico fisioterapéutico, en términos de funcionalidad

y restricción para la participación.

El tratamiento fisioterapéutico se realizara teniendo como base fundamental la guía de manejo aprobada en la IPS Punto de Salud, haciendo uso practico de técnicas de manejo de dolor como la electroterapia, termoterapia, reeducación musculatura estabilizadora de tronco, mantenimiento y mejora de las condiciones fisio-cinéticas, fuerza muscular flexibilidad y actitud e higiene postural durante la misma, así como la retroalimentación al final escrita del plan de ejercicios que debe continuar realizando en casa.

El plan de intervención por Terapia Ocupacional tendrá como objetivo general establecer un plan de manejo desde su perfil con estándares generales para la atención integral del paciente con diagnóstico de lumbalgia según código CIE 10 M545, sin patologías asociadas de manera que pueda tener una mejor calidad de vida que le permita optimizar el desempeño en sus actividades diarias.

La intervención por Terapia ocupacional se realizara mediante talleres teórico prácticos, con sesiones de 30 minutos, con grupos de máximo 4 pacientes con una frecuencia de 2 sesiones a la semana.

En caso de que el paciente sea remitido en primera instancia a Terapia Ocupacional, es la terapeuta tratante quien debe realizar la anamnesis de la herramienta de evaluación y los demás datos dentro de su evaluación como terapeuta ocupacional, incluyendo las escala de funcionalidad y la limitación frente a las actividades enumeradas. La evaluación realizada comprende:

- ✓ Descripción de la historia ocupacional, actividades de tiempo libre e intereses ocupacionales y los aspectos socio familiares.
- ✓ Evaluación de las áreas de desempeño: actividades básicas cotidianas, control de esfínteres, transferencias, locomoción, comunicación, entre otros mediante la escala de medida de independencia funcional.
- ✓ Entorno y apoyo sociofamiliar.

El tratamiento estará enfocado a:

- ✓ El manejo y refuerzo de hábitos posturales, a través de la realización de talleres teórico-prácticos con énfasis en higiene postural (incluye manipulación de cargas, posturas mantenidas en el trabajo etc). Lo anterior se hará teniendo en cuenta la ocupación de cada una de las personas asistentes al servicio a nivel laboral y de actividades de la vida diaria. Así como poner en conocimiento de esta población la composición estructural de la columna como se asumen las cargas enfocando a la importancia del ejercicio físico y la higiene sumado a una actitud postural adecuada.
- ✓ Identificación tareas laborales, postura y ciclos de trabajo para dar pautas pausas activas durante jornada laboral. Aumentar la habilidad para distribuir, simplificar y minimizar el gasto en las tareas de la vida diaria y del trabajo.
- ✓ Actividades dirigidas conservar y optimizar los componentes del desempeño.
- ✓ Verificación de la generalización e integración del aprendizaje

- ✓ Se da de alta con recomendaciones higiene postural, manejo de cargas, protección articular y conservación de la energía.

9. CONCLUSIONES

1. El modelo de atención integral, permitió conocer que patologías de frecuente consulta, como el dolor lumbar deben ser abordadas mediante modelos de intervención integral que permitan obtener mejores resultados en cuanto a la intervención y beneficios para el paciente. En donde el principio fundamental de la rehabilitación es relevante para la prevención de lesiones teniendo en cuenta el control de la columna lumbar en todos los movimientos y/o el desarrollo de la fuerza necesaria para controlar los mismos.
2. La interacción de un equipo interdisciplinario entrenado en el manejo de dicha patología enfocado hacia la obtención de los objetivos propuestos minimizando así las recidivas del paciente, permite el abordaje integral de la personal con dolor lumbar.
3. Es importante la utilización de una herramienta o formato de evaluación de fácil diligenciamiento y que permita recoger la mayor información posible del paciente para encaminar los objetivos de intervención.
4. Se identificaron factores de riesgo como la obesidad, la inactividad física, las posturas prolongadas, el desconocimiento de la higiene postural, actividad laboral y actividades de la vida diaria, como agentes causales que ocasionan la aparición de la enfermedad en algún momento de la vida sin distinción de género, edad y raza, los cuales fueron primordiales dentro del modelo de atención intervención integral.

5. Proyectos de esta naturaleza permiten evitar a futuro posibles complicaciones a los pacientes que generen limitación en su actividad y restricción en su participación. Teniendo en cuenta que la lumbalgia es considerada como uno de los problemas médicos más corrientes y costosos de nuestra sociedad, no solo para el usuario sino también para la Entidades Promotoras de Salud (EPS), lo que ocasiona que al querer disminuir costos no se tengan en cuentas signos y síntomas que a largo plazo ocasionen aumento en costo y deterioro de la salud generando mayor discapacidad.

10- Recomendaciones

- ✓ Estrategias de intervención específica pueden plantearse en las Instituciones prestadoras de servicios de salud, con el objetivo de aplicar a las 10 primeras causas de consulta en los servicios de rehabilitación con Modelos de atención que permitan obtener mejores abordajes con excelentes resultados y a menor costo.
- ✓ Proyectos de gestión como este permiten encaminar los conocimientos y las experiencias de los profesionales de la salud que intervienen en los equipos interdisciplinarios de rehabilitación favoreciendo la unificación de criterios, medidas de tratamiento y técnicas de mayor confiabilidad y respaldo científico.
- ✓ Es de vital importancia que el proyecto de gestión en rehabilitación realizado en la IPS Punto de Salud la Castellana Bogotá pueda ser socializado con el equipo médico y de Rehabilitación de las demás sedes tanto en la ciudad de Bogotá regional centro como en la regional Sur en la ciudad de Medellín con el objetivo de unificar criterios y realizar procesos de atención homologados.
- ✓ El modelo de atención integral en rehabilitación para el paciente con dolor lumbar hasta el momento comprende su primera fase, una segunda que sería su aplicación, la evaluación, y la verificación de la funcionalidad, son las fases que a futuro inmediato recomendamos que se puedan ejecutar en las IPS Punto de salud de Bogotá donde se realiza rehabilitación física y en

11. Agradecimientos

**A la Facultad de Enfermería y rehabilitación,
Nuestras asesoras y profesores de especialización,
Directora de la IPS Punto de Salud la Castellana Bogotá,
Al equipo interdisciplinario de la IPS Punto de Salud la
Castellana Bogotá
A nuestras familias,
El más profundo agradecimiento por su apoyo y colaboración
para que nuestro sueño de proyecto de gestión en rehabilitación
se hiciera realidad,
A Dios por no dejarnos desfallecer ni perder la fe
En nosotras mismas...**

Bibliografía

¹ Colombia, Cundinamarca. Ministerio de Protección Social. Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Dolor Lumbar Inespecífico y Enfermedad Discal Relacionados con la Manipulación Manual de Cargas y otros Factores de Riesgo en el Lugar de Trabajo (GATI- DLI- ED), prevención de enfermedades profesionales. Bogotá: Ministerio de protección social; diciembre de 2006.

² Muriel Villoria Clemente. Abordajes terapéuticos en el dolor lumbar crónico. Disponible en: http://www.google.com.co/search?hl=es&q=ABORDAJES+TERAPEUTICO+S+DEL+DOLOR+LUMBAR&meta=&rlz=1W1ADBS_en&aq=f&oq=
Consultado: 17 Febrero de 2009

³ Punto de Salud Avance. Guía de manejo de rehabilitación del paciente con dolor lumbar. Enero 2008.

⁴ Lineamientos de Política Habilitación/Rehabilitación Integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad. Ministerio de Protección social. Mayo de 2.004 .Bogotá, Colombia.

⁵ Silva Caicedo Octavio. Dolor Lumbar. Disponible en: <http://www.aibarra.org/Guias/8-1.htm> Consultado: 30 de agosto de 2008

⁶ Punto de Salud Avance. *Op.cit*, p.9

⁷ Diccionario Médico Mosby. Grupo editorial Océano. Barcelona España.4ta. edición.

⁸ El Manual Merck de diagnóstica y terapéutica. Grupo editorial Océano, S.A. Versión en lengua española, 1.994

⁹ Diccionario Mosby. *Op.cit.*, p. 348

¹⁰ *Ibíd.*, p. 24

¹¹ *Ibíd.*, p. 24

¹² Ibíd., p. 24

¹³ Diccionario Mosby. *Op.cit.*, p. 412

¹⁴ Zeller J. Tratamiento del dolor agudo. American Medical Association. [en línea] enero 2008 [fecha de acceso 11 de agosto de 2008]; 299 (1). Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/data/299/1/128/DC1/1>

¹⁵ Gomez Jorge A. Abordaje del paciente con dolor lumbar crónico. En: Boletín técnico científico de la Unidad Prestadora de Servicios de Salud. Boletín 3. Bogotá D.C. Febrero – marzo 2008.

¹⁶ Lineamientos de Política Habilitación/Rehabilitación Integral. Op. Cit., p 27

¹⁷ Brizuela Gladys. Salud comunitaria 2007. Disponible en: <http://gladysbrizuela.galeon.com/enlaces816923.html> Consultado 03 agosto 2008

¹⁸ Wikipedia La enciclopedia libre. Salud. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Bioetica> . Consultado: 17 de septiembre de 2008.

¹⁹ Wikipedia La enciclopedia libre. Ibíd., Consultado 19 marzo de 2009

²⁰ H.L.F.DAP. MATRIZ DE MARCO LOGICO UNA HERRAMIENTA DE FORMULACION DE PROYECTOS. Disponible en: http://planeacion.gobant.gov.co/descargas/estrategica/marco_logico.pdf . Consultado: 3 de septiembre 2008

²¹ Arencón A, Llobet E, Rayo F, Moreno C, Nicolau M, Romeu E. Escalas de Valoración. Disponible en: http://www accurauhd.com/doc_escalas.html . Consultado: 10 de diciembre de 2008.

²² Fransoo Patrick. Examen clínico del paciente con Lumbalgia. Barcelona: Paidotribo; 2003.

²³ Ibíp., p. 48 – 50.

²⁴ Ibíp., p. 111, 114 y 116.

²⁵ Hislop H, Montgomery J. Pruebas Funcionales Musculares. 6ª ed. Madrid: Marbán libros; 1997.

²⁶ Tafur María C. Terapia Ocupacional en la vida real de los pacientes con lesiones neurológicas. Ocupación Humana 2002; 9 (4): 33- 43.

²⁷ Scharovsky Aníbal P. Escala de Discapacidad Específica del Paciente. Disponible en: <http://www.anibalscharovsky.com.ar/texto5.html>. Consultado en: 4 de febrero de 2008.

²⁸ Punto de Salud Avance. Op.cit, p.33

ANEXOS

UNICO DE EVALUCION PARA MANEJO DE PACIENTES CON DOLOR LUMBAR	
NOMBRE (*)	FECHA
DOCUMENTO	TIPO VINCULACION :
EDAD	SUSALUD _____
ESTADO CIVIL	GENERO
FECHA NACIMIENTO	OCUPACION
EMPRESA	ANTIGUEDAD
DIRECCION	TELEFONO
TALLA	PESO
ACOMPAÑANTE	TELEFONO
DIAGNOSTICO REMISION	CODIGO CIE 10
<i>(* Nombre utilizado para proteger la privacidad de la persona evaluada)</i>	
MANIFESTACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
<p>Considero que he sido informado a mi entera satisfacción del programa de rehabilitación que realizaré y sus posibles riesgos. Acepté que el personal médico general, especializado y el equipo de salud me practique los actos médicos, y demás que sean necesarios para mi recuperación. Reconozco que he sido informado de las normas del servicio de rehabilitación y las acepto. Así como también acepto que el personal médico especializado y el equipo de salud y de auditoria acceda a la información incorporada a mi historia laboral clinica que sea permanente para realizar los tramites internos y externos que sean necesarios debiendo guardar la reserva necesaria. Renovaré este consentimiento cada vez que sea atendido en consulta médica general, especializada o del equipo de salud mediante la firma del documento donde registre la evolución de mi tratamiento; de la misma forma me han hecho saber que tengo tambien derecho a revocar este consentimiento cuando lo desee.</p>	
FIRMA PACIENTE C.C. _____ <i>(FISIATRA TRATANTE POR FAVOR REGISTRAR POR ESCRITO EN EL SIGUIENTE ORDEN LOS SIGUIENTES DATOS)</i> <small>Hora de consulta, motivo de consulta,ayudas diagnosticas, examen fisico,diagnostico medico fisiatra y conducta.</small>	
MOTIVO DE CONSULTA	
HORA :	
ANTECEDENTES	
PATOLOGICOS:	
QUIRURGICOS:	
ALERGICOS:	
TRAUMATICOS:	
FARMACOLOGICOS:	
TOXICOS:	
FAMILIARES:	
AYUDAS DIAGNOSTICAS	
EXAMEN FISICO	
DIAGNOSTICO MEDICO FISIATRA Y CONDUCTA	
_____ FIRMA FISIATRA TRATANTE	
EVALUACION FISIOTERAPEUTA TRATANTE	
<i>(FISIOTERAPEUTA TRATANTE FAVOR REGISTRAR POR ESCRITO EN EL SIGUIENTE ORDEN LOS SIGUIENTES DATOS)</i>	
<small>Hora consulta, antecedentes deportivos y/o recreativos, examen fisico fisioterapeutico: dolor,movilidad , fuerza muscular , flexibilidad,postura y marcha diagnostico fisioterapeutico)</small>	
HORA :	
ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y/O RECREATIVAS	

No puedo vestirme, me cuesta lavarme y suelo quedarme en la cama		
4.Dormir		
El dolor no me impide dormir bien		
Sólo puedo dormir si tomo pastillas		
Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas		
Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas		
Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas		
El dolor me impide totalmente dormir		
5.Levantar peso		
Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor		
Puedo levantar objetos pesados pero me aumenta el dolor		
El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (ej. en una mesa)		
El dolor me impide levantar objetos pesados, pero sí puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo		
Sólo puedo levantar objetos muy ligeros		
No puedo levantar ni elevar ningún objeto		
6.Actividad sexual		
Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor		
Mi actividad sexual es normal pero me aumenta el dolor		
Mi actividad sexual es casi normal pero me aumenta mucho el dolor		
Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor		
Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor		
El dolor me impide todo tipo de actividad sexual		
7.Andar		
El dolor no me impide andar		
El dolor me impide andar más de un kilómetro		
El dolor me impide andar más de 500 metros		
El dolor me impide andar más de 250 metros		
Sólo puedo andar con bastón o muletas		
Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño		
8.Vida social		
Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor		
Mi vida social es normal pero me aumenta el dolor		
El dolor no tiene ni tiene un efecto importante en mi vida social, pero sí impide mis actividades más enérgicas como bailar		
El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo		
El dolor ha limitado mi vida social al hogar		
No tengo vida social a causa del dolor		
9.Estar sentado		
Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera		
Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera		
El dolor me impide estar sentado más de una hora		
El dolor me impide estar sentado más de media hora		
El dolor me impide estar sentado más de 10 minutos		
El dolor me impide estar sentado		
10.Viajar		
Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor		
Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor		
El dolor es fuerte pero aguanto viajes de más de 2 horas		
El dolor me limita a viajes de menos de una hora		
El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora		
El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital		

MOVILIDAD ARTICULAR						
TRONCO (COLUMNA LUMBAR)						
Flexión (TEST DEDOS SUELO)	Inicial		Final			
Inclinación	D:	I:	D:	I:		
Rotaciones	D:	I:	D:	I:		
Extensión:						
Aumento armonioso de la lordosis lumbar	SI	NO	SI	NO		
Limitación del movimiento y dolor provocado	SI	NO	SI	NO		
CADERA						
Flexión	Inicial	Final	Grados			
Abducción			0° a 120°			
Aducción			0° a 45°			
Extensión			0° a 15°			
Rotación Externa			120° a 0°			
Rotación Interna			0° a 45°			
FUERZA MUSCULAR (0 A 5)						
TRONCO (COLUMNA LUMBAR)						
Espinales Altos	Inicial		Final			
Espinales Bajos						
Cuadrado Lumbar						
Recto Anterior del Abdomen						
Oblicuo Exteno Abdominal						
Oblicuo Interno Abdominal						
CADERA						
Psoas Iliaco	Inicial		Final			
Gluteo Mayor						
Gluteo Medio						
Gluteo Menor						
Aductores						
Rotadores Externos						
Rotadores Internos						
FLEXIBILIDAD L : LEVE M: MODERADO S : SEVERO						
	Inicial			Final		
Espinales Altos	L	M	S	L	M	S
Isquiotibiales	L	M	S	L	M	S
Psoas Iliaco	L	M	S	L	M	S
Aductores	L	M	S	L	M	S
Rotadores Internos	L	M	S	L	M	S
Rotadores Extenos	L	M	S	L	M	S
Recto Anterior de Cuadriceps	L	M	S	L	M	S

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIN)											
ITEM	EVALUACION INICIAL (CALIFIQUE DE 1 A 7)					EVALUACION FINAL (CALIFIQUE DE 1 A 7)					
AUTOCUIDADO											
A. ALIMENTACION	-----					-----					
B. ASEO PERSONAL	-----					-----					
C. BAÑO	-----					-----					
D. VESTIDO PARTE SUPERIOR	-----					-----					
E. VESTIDO PARTE INFERIOR	-----					-----					
F. HIGIENE	-----					-----					
CONTROL DE ESFINTERES											
G. MANEJO DE VEJIGA	-----					-----					
H. MANEJO DE INTESTINO	-----					-----					
TRANSFERENCIAS											
I. CAMILLA ,SILLA, SILLA DE RUEDAS	-----					-----					
J. SANITARIO	-----					-----					
K.TINA	-----					-----					
LOCOMOCION											
L. CAMINAR,SILLA DE RUEDAS	-----					-----					
M. ESCALERAS	-----					-----					
COMUNICACIÓN											
N. COMPRESION	-----					-----					
O. EXPRESION	-----					-----					
COMPORTAMIENTO SOCIAL											
P.INTERACCION SOCIAL	-----					-----					
Q. SOLUCION DE PROBLEMAS	-----					-----					
R. MEMORIA	-----					-----					
TOTAL											
ESCALA DE DISCAPACIDAD ESPECIFICA DEL PACIENTE											
Actividad:	-----										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Actividad:	-----										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Actividad:	-----										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DIAGNOSTICO OCUPACIONAL , CONDUCTA Y PRONOSTICO OCUPACIONAL											
FIRMA TERAPEUTA OCUPACIONAL TRATANTE											
CONCEPTO DE EQUIPO INTERDISCIPLINARIO :											
(DESCRIPCION DE LA INTERVENCION A REALIZAR Y FECHAS DE SEGUIMIENTO AL MISMO)											
Elaborado por: AIZA PARRA CANTOR , FISIOTERAPEUTA IPS PUNTO DE SALUD CASTELLANA BOGOTA											
MAGDA ODETTE CLAVIJO VASQUEZ . FISIOTERAPEUTA LIDER IPS PUNTO DE SALUD OLAYA BOGOTA											