

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN DE POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD
SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD



**LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN LOS
SERVICIOS DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.**

JULIO 2017

Presentación



El Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la atención en salud, el Consejo Directivo aprobó la creación de la Sección Regulación Técnica en Salud, Acuerdo # 0458 Abril 2015, como dependencia responsable de la elaboración y actualización de los documentos técnico-normativos del ISSS.

En este sentido los **“LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL ISSS”**, serán la herramienta que servirá tanto a médicos generales de Consulta Externa como a los especialistas y sub-especialistas de los diferentes niveles de atención con estructura y funcionamiento en redes, que atienden a pacientes en la consulta espontánea, pacientes con agenda previa, referidos o retornados; así como a los médicos Fisiatras y Fisioterapistas que proporcionan atención de Medicina Física y Rehabilitación en el ISSS.

Es responsabilidad de todos los profesionales médicos, técnicos y personal de apoyo que proporcionan atención clínica en las diversas especialidades de los diferentes Niveles de Atención, el correcto seguimiento, aplicación y divulgación de los presentes lineamientos; en especial de aquellos Centros de Atención que posean y brinden atención integral de Medicina Física y Rehabilitación, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar, en beneficio de los derechohabientes.


Dr. Ricardo Cea Rouanet.

Director General ISSS.



EQUIPO NORMATIVO.



| NOMBRE | PROCEDENCIA |
|---|--|
| DR. DAVID JONATHAN HERNÁNDEZ SOMOZA. | JEFE DEPARTAMENTO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD. |
| DRA. ANA GUADALUPE ARGUETA BARAHONA. | JEFA SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD. |
| DR. GUSTAVO ROLANDO CUÉLLAR RODRÍGUEZ. | COLABORADOR TÉCNICO EN SALUD II SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD |
| DRA. MIRNA ELIZABETH PEREZ | COLABORADOR TÉCNICO EN SALUD II SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD |
| ING. LUIS ASDRÚBAL OVANDO MEDRANO. | COLABORADOR TÉCNICO EN SALUD I SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD |

PROFESIONALES QUE PARTICIPARON EN LA ELABORACIÓN Y REVISIÓN DE LINEAMIENTOS.

| NOMBRE | PROCEDENCIA |
|--|---|
| DRA. SONIA MAZA DE RIVERA. | MEDICO FISIATRA. UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. |
| DRA. PATRICIA ELIZABETH TIZNADO GUERRERO. | MEDICO FISIATRA. UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. |
| DR. JORGE ANTONIO CABEZAS CORTEZ. | MEDICO FISIATRA. UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. |

PROFESIONALES QUE PARTICIPARON EN LA VALIDACIÓN DE LINEAMIENTOS.

| JEFATURAS DE ESPECIALIDADES MEDICAS QUE ACORDARON TRABAJAR EN EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LA NORMATIVA. | |
|--|---|
| DR. RUBEN ANTONIO MONTUFAR | JEFE DE REUMATOLOGÍA. |
| DR. CANDIDO OMAR ORTIZ | NEUROCIRUJANO. |
| DR. ERNESTO CACERES MOLINA | JEFE DE OTORRINOLARINGOLOGÍA. |
| DRA. SONIA DE GUZMAN | JEFE DE CIRUGIA PLÁSTICA |
| DR. ROBERTO PINEDA | JEFE DE ORTOPEDIA |
| DR. NELSON MAURICIO ALVARADO | JEFE DE EMERGENCIA HOSPITAL GENERAL. |
| DR. JUAN CARLOS AMAYA | CIRUJANO GENERAL |
| DR, HECTOR HUMBERTO HERNANDEZ | COORDINADOR INSTITUCIONAL DE ESPECIALIDAD MEDICO GINECOLÓGICA. |
| DRA. ANA CELIA DIAZ DE URIARTE | SUB-DIERCTORA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1º MAYO |
| DR. DENNYS A. CANALES | JEFE DE CONSULTA EXTERNA HOSPITAL MÉDICO QUIRÚRGICO Y ONCOLOGICO |
| MÉDICOS FISIATRAS | |
| DR. JOSE FLORES | MEDICO FISIATRA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN SAN MIGUEL |
| DR. SALVADOR OSWALDO RODRIGUEZ | MEDICO FISIATRA HOSPITAL REGIONAL DE SONSONATE. |
| DRA. MARIA TERESA GONZALEZ DE AVILA | MEDICO FISIATRA HOSPITAL GENERAL |
| DRA. MORENA SOLIS | FISIATRA HOSPITAL MEDICO QUIRURGICO |
| DR. HERNAN DARIO SANCHEZ | FISIATRA U. M. SANTA TECLA. |

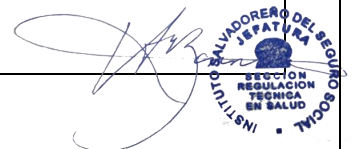



| LICENCIADAS EN FISIOTERAPIA | |
|--|--|
| LIC. JULIETA ROXANA RAMIREZ MORALES. | FISIOTERAPISTA HOSPITAL AMATEPEC |
| LIC. ADA MARTINEZ DE PEÑA | FISIOTERAPISTA HOSPITAL MATERNO-INFANTIL 1° DE MAYO |
| LIC. ESTELA TORRES | FISIOTERAPISTA, JEFE DE SERVICIO DE REHABILITACIÓN HOSPITAL POLICLÍNICO ZACAMIL. |
| LIC. BLANCA LINA APARICIO VDA. DE ESCALANTE | FISIOTERAPISTA. JEFE DE SERVICIO DE REHABILITACIÓN U.M. ILOPANGO. |
| LIC. ANA GLADIS SERRANO DE ESCOBAR. | FISIOTERAPISTA, JEFE DE SERVICIO DE REHABILITACIÓN U.M. 15 DE SEPTIEMBRE. |
| LIC. GLENDA YESENIA PEREZ CRUZ | FISIOTERAPISTA, JEFE DE REHABILITACIÓN HOSPITAL REGIONAL DE SAN MIGUEL. |
| LIC. CELIA EVELYN LOPEZ DE CAMPOS. | FISIOTERAPISTA. JEFE DE REHABILITACIÓN HOSPITAL REGIONAL DE SONSONATE. |
| DIRECTORES MÉDICOS | |
| DRA. KATIA PORTILLO | DIRECTORA DE UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. |
| DRA. EVELYN MARISOL ALVARENGA | DIRECTORA DE HOSPITAL MÉDICO QUIRÚRGICO Y ONCOLOGICO. |
| DR. JUAN ERNESTO HERRERA PEREZ | DIRECTOR HOSPITAL AMATEPEC |
| DR. VINICIO CRUZ CHAVEZ | DIRECTOR HOSPITAL POLICLÍNICO ROMA |
| DR. ARMANDO H. LUCHA | DIRECTOR HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO |
| DR. RENE S. ZELAYA RIVERA | DIRECTOR HOSPITAL POLICLÍNICO ZACAMIL |
| DR. ERNESTO ALEXANDER MOLINA BARRERA | DIRECTOR HOSPITAL REGIONAL DE SANTA ANA. |
| DR. CIRO AGUSTIN REYES ESCOBAR. | CIRUJANO GENERAL. U.M. ZACATECOLUCA. |
| DRA. WANDA DEL CARMEN CALDERON | DIRECTORA U.M. NEJAPA. |
| DR. CARLOS JOSE CHICAS. | DIRECTOR U.M. SACACOYO –ATEOS. |



| | |
|---|---|
| DR. ALFREDO ANDRES HERNANDEZ. | DIRECTOR U.M. U.M. SAN VICENTE. |
| DR. SALVADOR ALFARO RIVERA | DIRECTOR U. M. ILOBASCO |
| DRA. BLANCA ESTELA VIDEZ MARTINEZ | DIRECTORA U.M. SENSUNTEPEQUE |
| DR. JOSE AMILCAR JUDIS MENJIVAR | DIRECTOR U.M. SANTA TECLA |
| DRA. EMELINDA JEANNETTE ESCOBAR | DIRECTORA U.M COJUTEPEQUE. |
| DRA. ELIZABETH LOPEZ DE LEMUS | DIRECTORA DE U.M APOPA |
| DR. RAFAEL NUÑEZ VILLALTA | DIRECTOR U.M. LA LIBERTAD. |
| DRA. GRICELDA HERNANDEZ DE GOMEZ | DIRECTORA U.M. ATLACATL |
| DRA. CECIBEL ACOSTA DE CORNEJO | DIRECTORA U. M. SOYAPANGO |
| DRA. ROXANA DE COBAR | DIRECTOR U. M. 15 DE SEPTIEMBRE |
| DR. MANUEL AVALOS SOMOZA. | DIRECTOR U.M. ILOPANGO. |
| DR. VERONICA ARTIGA DE MOSCOTE | DIRECTORA U. M. SAN JACINTO |
| DR. HERBERT MURCIA ORTIZ | DIRECTOR U.M. AGUILARES |
| DR. SERGIO A. MIRANDA ZOMETA | DIRECTOR U.M. BERLIN |
| DR. JORGE ROBERTO MARTINEZ | DIRECTOR U. M CHINAMECA |
| DRA. MIRIAN PATRICIA CHAVEZ | DIRECTORA U.M. SANTIAGO DE MARIA |
| DRA. MARIA ELINA ZACAPA | DIRECTORA U.M GOTERA |
| DR. MIGUEL A. FLORES MELENDEZ | DIRECTOR U.M. LA UNION |
| DRA. HEIDY YOANA HERNANDEZ ARGUETA | CIRUJANO GENERAL U.M. PUERTO EL TRIUNFO |
| DR. HECTOR DAVID CASTRO ALFARO. | U.M. MONCAGUA. |

| | |
|---|---------------------------------------|
| DR. GUILLERMO RODRIGUEZ PERDOMO | DIRECTOR U.M. METAPAN |
| DR. WALTER WILFREDO MARTINEZ RIVAS | DIRECTOR U.M. ACAJUTLA |
| DR. LUIS ERNESTO MUÑOZ CANIZALEZ | DIRECTOR U.M. AHUACHAPAN. |
| DRA. SONIA E. ROMERO DE HERRERA | DIRECTORA U.M. CHALCHUAPA. |
| DR. MIGUEL A. HERNANDEZ ZALDAÑA | DIRECTOR U.M. SANTA ANA. |
| DR. OSCAR AUGUSTO CAÑAS | DIRECTOR U.M. JUAYUA |
| DR. SERGIO FERNANDEZ RUBIO | DIRECTOR C.C. GUADALUPE |
| DRA. VERA VILLATA | MÉDICA GENERAL C.C.ANTIGUO CUSCATLAN. |
| DRA. ANA DELMY MARTINEZ | DIRECTORA C.C. SAN ANTONIO |
| DRA. CELIA TORRES DE VALENCIA | DIRECTORA C.C. MERLIOT |
| DRA. LIGIA DE MENENDEZ | DIRECTORA C.C. LOURDES. |
| DRA. MAYRA MARROQUIN | DIRECTORA C.C. SANTA LUCIA |
| DRA. ANA ELSIE RIVERA DE OLIVA | DIRECTORA DE C.C. SAN ANTONIO ABAD |
| DRA. ANA YANCI MOREJÓN VELASQUEZ | DIRECTORA C.C. MEJICANOS |
| DRA. TERESA BEATRIZ ELIAS DE NUÑES | DIRECTORA DE C.C. LAS VICTORIAS. |
| DR. ANGEL CORTEZ ARRIAZA. | DIRECTOR C.C. SAN JOSE |
| DRA. IRIS AREVALO DE AGUILAR | DIRECTORA DE C.C. SAN MARTIN |
| DR. MAURICIO HERNANDEZ GALÁN | DIRECTOR DE C.C. VIRGEN DEL TRANSITO |
| DR. OSCAR PEREZ ZACARIAS | DIRECTOR C.C. SAN ESTEBAN |
| DRA GLORIA GARCIA RAMOS | DIRECTORA C.C. SAN MARCOS |



| | |
|--|--|
| DRA. ANA CELINA GARCIA DE CORTEZ | DIRECTORA C. C. COSTA RICA. |
| DRA. SILVIA ESTELA BONILLA | DIRECTORA C.C. CUSCATANCINGO. |
| DR. ERNESTO MARTINEZ AVILES | DIRECTOR C.C. SANTO TOMÁS |
| DRA. ANA MARLENY RODRIGUEZ | DIRECTORA C.C. AYUTUXTEPEQUE. |
| DRA. MARTHA ISABEL REYES | DIRECTORA C.C. OLOCUILTA. |
| DRA. JESUS DEL CARMEN GUEVARA. | DIRECTORA C.C. SAN MIGUELITO |
| DRA. ROXANA RODRIGUEZ MELARA | DIRECTORA C.C. CIUDAD DELGADO. |
| DRA. IRIS ROSIMAR FLORES | DIRECTORA C.C. MIRAMONTE. |
| DRA. YANIRA DE ORELLANA | DIRECTORA C.C. MONTE MARIA |
| DRA. MIRNA ESTELA MARAVILLA ARGUETA | DIRECTORA C.C. LA RÁBIDA. |
| DR. LUIS EDGARDO RODRIGUEZ GARAY | DIRECTOR C.C. SAN CRISTOBAL. |
| DR. HUGO ROBERTO GARCÍA VILLEGAS | DIRECTOR C.C. SANTA ROSA. |
| DR. MARIO A. FERRUFINO | DIRECTOR C.C. PANAMERICANA. |
| DRA. CLAUDIA ANTONIA CONSTANZA | DIRECTORA C.C. SAN FRANCISCO. |
| DRA. JULIA MARIA ZELEDÓN DE CASTILLO | DIRECTORA C.C. SANTO DOMINGO. |
| DRA. ROSINA EUNICE BAIDES PORTILLO | DIRECTORA C.C. SANTA BARBARA. |
| DR. LUIS ALBERTO GOMEZ ARCE | DIRECTOR C.C. SAN RAFAEL. |
| DR. ROLAN A. ALVAREZ G. | DIRECTOR C.C. EL CALVARIO. |
| DEPARTAMENTO DE REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SALUD. | |
| DRA. GUADALUPE DE ARAUJO | JEFE DE DEPARTAMENTO DE R.I.I.S.  |



| | |
|---|---|
| DRA. KARINA IRAHETA DE HERRERA | COLABORADOR TÉCNICO EN SALUD R.I.I.S. |
| DRA. LUCIA L. DE SALINAS | COLABORADOR TÉCNICO EN SALUD R.I.I.S. |
| DRA. SILVIA ELENA DE MAGAÑA | COLABORADOR TÉCNICO EN SALUD R.I.I.S. |
| MEDICINA DEL TRABAJO. | |
| DR. WALTER O. MAYEN MORALES. | COLABORADOR TECNICO EN SALUD. MEDICINA DEL TRABAJO |
| PERSONAL ADMINISTRATIVO. | |
| DRA. CELINA VASQUEZ DE CACERES | SUB –DIRECTORA HOSPITAL GENERAL. |
| DRA. SIVIA LORENA MARTINEZ GUZMAN | GERENCIA DE SERVICIO DE APOYO HOSPITAL GENERAL. |
| DRA. MARGARITA LINARES DE CRUZ. | GERENCIA DE SERVICIO DE APOYO HOSPITAL MEDICO QUIRÚRGICO. |
| LICDA. ANA ELIZABETH RUBIO RAMIREZ | ADMINISTRADOR U.M.SAN JACINTO. |

CONTENIDO.

| | |
|--|----|
| A. MARCO LEGAL..... | 1 |
| B. LEX ARTIS..... | 3 |
| A. INTRODUCCIÓN..... | 5 |
| B. OBJETIVO..... | 8 |
| C. CAMPO DE APLICACIÓN..... | 8 |
| D. FINALIDAD..... | 9 |
| E. ESTRATEGIA DE DESCONCENTRACIÓN..... | 9 |
| I. LINEAMIENTOS GENERALES..... | 9 |
| II. MEDICOS DE LA CLÍNICA DE SELECCIÓN..... | 11 |
| III. MEDICOS DE CENTROS DE ATENCIÓN CON CONSULTA DE FISIATRÍA..... | 12 |
| IV. MEDICOS DE CONSULTA EXTERNA DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL..... | 13 |
| V. MEDICOS ESPECIALISTAS DE RED DE ATENCIÓN..... | 13 |
| VI. REFERENCIAS Y RETORNOS ENTRE MEDICINA FISICA Y MEDICINA DEL TRABAJO..... | 15 |
| VII. CAPACITACIÓN..... | 16 |
| VIII. ESTUDIOS DE ELECTROFISIOLOGÍA..... | 16 |
| IX. TIPOS DE ESTUDIOS , INDICACIONES Y ESPECIALIDADES QUE REFERIRÁN :..... | 18 |
| X. MONITOREO Y EVALUACIÓN..... | 18 |
| XI. CLÍNICAS DE HIGIENE DE COLUMNA Y OSTEOARTRITIS..... | 20 |
| XII. REFERENCIA Y RETORNO A FISIATRIA..... | 20 |
| XIII. FUNCIONES DEL PERSONAL..... | 20 |
| □ DISPOSICIONES GENERALES..... | 22 |
| □ OBSERVANCIA..... | 22 |
| □ INFRACCIONES Y SANCIONES..... | 22 |
| □ VIGENCIA DE LOS LINEAMIENTOS..... | 22 |
| □ OFICIALIZACIÓN..... | 23 |
| XIV. GLOSARIO..... | 24 |
| XV. ANEXOS..... | 25 |
| ANEXO 1..... | 25 |
| ANEXO 2..... | 27 |
| ANEXO 3..... | 28 |
| ANEXO 4..... | 31 |
| ANEXO 5..... | 33 |
| ANEXO 6..... | 34 |

A. MARCO LEGAL.

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR. TITULO I CAPITULO UNICO - LA PERSONA HUMANA Y LOS FINES DEL ESTADO

Art. 1.- El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común.

Así mismo, reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción.

En consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social.

Art. 65.- La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.

La salud es uno de los factores más determinantes en la consecución de los fines propuestos por la Constitución, es por ello que la persona humana, constituye el principio y el fin de la actividad estatal, tiene derecho a que se le asista, de forma preventiva y curativa.

NORMAS CONTROL INTERNO ESPECIFICOS DEL ISSS.

Capítulo III. ACTIVIDADES DE CONTROL.

Documentación, actualización y divulgación de Políticas y Procedimientos.

Art 2. El sistema de control Interno: es el conjunto de procesos continuos, interrelacionados e integrados en todas las actividades inherentes a la gestión administrativa, operativa y jurisdiccional realizada por los servidores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, diseñados para evitar o minimizar los riesgos internos y externos que afectan las actividades del Instituto, detectando y previniendo las desviaciones que puedan alterar la coherencia entre la acción y objetivos, proporcionando un grado de seguridad razonable en la eficiencia, eficacia, y economía de las operaciones, en la confiabilidad de la información financiera y en el cumplimiento de leyes, reglamentos, políticas, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables.

Art. 3. El sistema de control interno, proporcionará al Instituto, seguridad razonable sobre el cumplimiento de los siguientes objetivos:



- a. Objetivos de gestión: están relacionados con la eficiencia, eficacia y transparencia de los procesos administrativos en el desarrollo de las auditorías y rendición de cuentas.
- b. Objetivos relacionados con la información: impactan en la efectividad del reporte de la información suministrada a nivel interno y externo y va más allá de la información financiera.
- c. Objetivos relacionados con el cumplimiento de leyes, reglamentos, disposiciones administrativas, y otras regulaciones aplicables: están relacionadas con el cumplimiento de la normativa legal y técnica aplicable a la gestión del Instituto, por parte de sus servidores

Art. 48. Los Centros de Atención, Unidades y Divisiones del área administrativa del ISSS, se regirán por el cumplimiento de las funciones establecidas en los Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos, respectivamente y además de toda la normativa legal vigente, aplicable al correspondiente Centro de Atención, los cuales deberán ser actualizados periódicamente de acuerdo a las necesidades de los usuarios.

Art. 49. Será responsabilidad de cada una de las Jefaturas velar por la mejora de los procesos, actualizaciones que deben ser expresadas en Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos y demás Normativa Legal Vigente, a fin de garantizar la eficiencia de los mismos.

Art. 50. Será responsabilidad de cada una de las Jefaturas que conforman el ISSS, la divulgación interna y el cumplimiento de las normas y procedimientos, establecidos en los Manuales de Normas y procedimientos y demás Normativa Legal Vigente, cada vez que estos sufran modificaciones o actualizaciones, a fin de que se garantice el óptimo funcionamiento de los mismos.

Art. 51. Será responsabilidad de todas las dependencias informar al Jefe inmediato superior, cualquier diferencia, inconsistencia, falla de los sistemas de información u omisión a los procedimientos, a fin de actualizar los Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos, u otra normativa legal vigente, y aplicar acciones correctivas correspondientes.

B. LEX ARTIS.

El conocimiento humano es un recurso que se encuentra en cambio permanentes, crece, se magnifica, se simplifica, se vuelve más o menos complejo, en definitiva cambia y configura la lex artis escrita, cuya aplicación robustece nuestro juicio técnico y se materializa en el ejercicio de medios que traen implícitos el proceso de prestación de servicios de salud.

Los documentos regulatorios buscan elaborar y presentar un escrito de valor práctico por medio del concurso de los profesionales, directa o indirectamente relacionados con un área determinada del conocimiento y de la prestación de algún servicio, para definir un mínimo vital de atenciones estándar que permita proveer a los derechohabientes una atención de calidad más o menos homogénea para los casos generales, quedando su aplicación en la responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales y técnicos que laboran en el ISSS.

El proceso de elaboración y revisión (actualización) de los documentos normativos implica revisión bibliográfica exhaustiva en fuentes actualizadas y validadas, nacional e internacionalmente aceptadas, matizadas con la disponibilidad de recursos institucionales, teniendo como prioridad la vida y la salud de los derechohabientes.

Las ciencias de la salud distan mucho de ser exactas y el objeto de trabajo en los centros de atención es otro ser humano, cuya vida y salud, le confieren una identidad propia, no existen dos personas iguales y no tratamos enfermedades, sino personas.

Es por eso que bajo la guía de los preceptos generales establecidos en los documentos regulatorios vigentes, nuestros profesionales tienen el derecho y el deber de obrar cumpliendo con lo contenido en ellos para los casos generales.

Siempre que haya necesidad, según la medida de su criterio profesional individual, aplicará todos los conocimientos, habilidades y destrezas que en su proceso de formación e instrucción han adquirido; a fin de no omitir ningún cuidado que cada caso individual requiera, poniendo a disposición de nuestros derechohabientes, todos los medios materiales de que dispone la institución, así como, todos los medios académicos y laborales de que disponen los profesionales de la salud que prestan la atención directa, quienes forman parte de la cadena de actores que abonan al producto final que nos inspira: la vida y la salud de los derechohabientes.

Debemos estar conscientes de que no hay escrito regulatorio que pueda contemplar todas las contingencias que en el contexto de la prestación de los servicios de salud puedan surgir, y un caso particular –como lo son todos y cada uno- siempre nos puede presentar necesidades que exijan de nosotros, actuar de forma coherente con nuestro criterio profesional bien sustentado, con el único propósito de conservar la vida y la salud de los derechohabientes; entendiendo y aceptando siempre la imperiosa necesidad

responsabilidad de justificar y registrar por todos los medios formales, una conducta que por ser particular, trasciende lo normado para la generalidad, que es, en esencia, el objeto de todo documento regulatorio.

El paso del tiempo trae consigo el progreso de la ciencia y la tecnología, la regulación que hoy es aceptada, mañana será complementada con el hallazgo de una nueva pieza de la verdad científica, que conforme sea probada y validada podrá ser incorporada formalmente al portafolio de servicios institucional, de acuerdo a la evidencia; pero mientras eso ocurre, todos los profesionales de la salud están en la obligación y en el derecho de aportar de forma justificada y según la necesidad de cada caso, lo que a nuestro criterio profesional nos mande como necesario para los cuidados que requieran los derechohabientes y que puedan ser proveídos por nuestra institución.



A. INTRODUCCIÓN.

El aumento de patologías en la población que originan diferentes grados de discapacidad ha causado a nivel global un incremento en la demanda de servicios de atención de Terapia Física y Rehabilitación. A nivel mundial hay aproximadamente mil millones de personas con discapacidad, de las cuales la gran mayoría carece de acceso a una atención médica y a servicios de rehabilitación apropiados, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos, esto de acuerdo a los informes periódicos de la Organización Mundial de la Salud.

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social no es una excepción a esta tendencia, existiendo al día de hoy una alta demanda de atención de pacientes que requieren Terapia Física y Rehabilitación.

Las guías de manejo de esta área, actualmente vigentes están orientados a brindar servicios eminentemente biomédicos, sin un manejo integral por parte de los diferentes niveles de los servicios de salud. Existe además un déficit de recurso humano especializado, tales como Médicos Fisiatras y Fisioterapeutas, lo cual plantea la necesidad urgente de establecer estrategias de prevención y promoción de la salud que permitan a la Institución brindar servicios integrales con calidad y calidez.

Este contexto hace que deban buscarse estrategias en el ámbito de la atención primaria tendientes a fortalecer las competencias profesionales de los Médicos Generales y Médicos de Familia del Primer y Segundo Nivel, relacionadas a los tratamientos fisioterapéuticos y de rehabilitación básica, lo cual les permitirá brindar acciones de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación en los pacientes, familia y comunidad; debiendo con ello promover el trabajo en red del ISSS y aumentar el nivel de organización funcional y de respuesta más efectiva en el trabajo multidisciplinario, administrando, como consecuencia, de manera más eficiente los recursos disponibles para responder a las necesidades de la población de una manera longitudinal, continuada e integral.

Las políticas actuales de salud están encaminadas a transformar el sistema vigente; a fin de modernizarlo y hacerlo más eficiente, proporcionando con ello de manera subsecuente una mejor atención al paciente. Las demandas crecientes de atención médica de la población, la transición epidemiológica que vive el país, y la necesidad de incrementar

cada día la calidad de la atención médica ofrecida al usuario, han hecho que la referencia-retorno de pacientes sea un procedimiento cada vez más utilizado. Este proceso requiere en todos los casos del intercambio efectivo y eficiente de información confiable, ya sea cuando se refiere hacia un Centro de Atención de mayor complejidad para un diagnóstico y tratamiento adecuados, como cuando un paciente es retornado a otro de menor complejidad para seguimiento; quedando con ello establecida la necesidad de información con los atributos antes mencionados, tanto para la referencia como para el retorno de pacientes. Debido a ello, es necesario crear estrategias prácticas que promuevan la articulación funcional de los diferentes establecimientos que ofrecen atención médica a la población derechohabiente del ISSS, lo que a su vez facilitará el aprovechamiento del recurso humano y material disponible en la Institución para brindar de manera adecuada y efectiva estos servicios.

El contenido del presente documento permitirá incidir, a través de su cumplimiento, en los problemas más comunes del sistema de referencia y retorno de pacientes en el área de Medicina Física y Rehabilitación, tales como:

1. Retrasos en la atención.
2. Desplazamientos innecesarios de pacientes.
3. Duplicidad de esfuerzos y recursos.
4. Elevación de costos.
5. Interrupción de tratamientos.

Lo antes mencionado, se traduce en un grado variable de insatisfacción de los usuarios, tanto externos (pacientes) como internos (personal de salud que labora en la Institución), que entre otras cosas puede determinar una falta de oportunidad en los manejos clínicos, complicaciones de casos y costos institucionales que aún sin estar cuantificados, siempre son susceptibles de reducción.

Es de mencionar también que el crecimiento institucional desarrollado a la fecha ha permitido la existencia de un número considerable de Centros de Atención, cuyas vocaciones funcionales en el ámbito asistencial dificultan en medidas diversas su clasificación en niveles puros de complejidad, siendo las necesidades sentidas de



población en general y derechohabiente en particular la principal fuerza social que condiciona estos comportamientos, por lo que se vuelve necesario el ordenamiento de los Centros de Atención de forma articulada y con base a criterios funcionales, con el fin de proveer una atención más oportuna, efectiva y eficiente a nuestros derechohabientes.

Razón por la cual se inicia el proyecto de atención integral de los servicios de Fisiatría elaborando las siguientes pautas del proyecto:

1. Análisis de la situación actual de Fisiatría en el ISSS.
2. Análisis de modelos de atención de Medicina Física y Rehabilitación Nacional e Internacionales.
3. Elaboración de hoja de ruta del proyecto.
4. Elaboración del consenso de diagnósticos etiológicos específicos para la desconcentración de la atención de patologías por la especialidad de Fisiatría.
5. Establecimiento de protocolos de atención por Fisioterapia.
6. Elaboración de los lineamientos de manejo a las patologías osteomusculares más frecuentes en primer y segundo nivel de atención.
7. Elaboración de propuesta de programa de capacitación dirigido a médicos de primero y segundo nivel de atención.
8. Lineamientos del proyecto de Desconcentración y Descentralización para una atención integral de los servicios de Medicina Física y Rehabilitación.
9. Regulación del funcionamiento de la Clínica de Selección.

Es en este sentido que el presente documento, que tiene como premisa fundamental la desconcentración y descentralización de pacientes del ISSS que necesiten atención en el área de Medicina Física y Rehabilitación, constituye una herramienta administrativa-asistencial dirigida a promover la adecuada articulación de los Centros de Atención por medio de la configuración de una red funcional que permita mejorar la coordinación entre ellos, con el objeto de elevar la calidad del servicio que se brinda a los derechohabientes.

B. OBJETIVO.

GENERAL.

Establecer los lineamientos para la desconcentración y descentralización de la atención de los servicios de Medicina Física y Rehabilitación.

ESPECIFICOS.

1. Regular el proceso de desconcentración de la atención de pacientes de Medicina Física y Rehabilitación, a través de estandarizar su abordaje por niveles de complejidad en las redes de servicios de salud del ISSS.
2. Desarrollar el proceso de referencia y retorno de pacientes que requieren atención en Fisiatría, a través de las redes de atención de servicios de salud del ISSS.
3. Regular a través de los lineamientos de selección para los pacientes referidos a la subespecialidad de Fisiatría el proceso de desconcentración de los pacientes de esta área.

C. CAMPO DE APLICACIÓN.

Los presentes lineamientos son de observancia obligatoria para el personal de los Centros de Atención que cuentan con Servicios Clínicos de Medicina Física y Rehabilitación y para el personal de los Centros de Atención que evalúan y brindan tratamiento a pacientes con patologías del ámbito de Medicina Física y Rehabilitación, que acuden de forma espontánea a su Área de Consulta Externa.

La correcta aplicación de los presentes LINEAMIENTOS PARA LA DESCONCENTRACIÓN Y DESCENTRALIZACIÓN DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL ISSS, permitirá a todo establecimiento institucional que proporcione atención correspondiente a la requerida por patologías relacionadas al ámbito de la Medicina Física y Rehabilitación así como al personal profesional, técnico y auxiliar involucrado en dicha atención, brindarle al derechohabiente una atención ágil, eficiente, de calidad y con calidez; atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar.

D. FINALIDAD.

Brindar una atención integral y oportuna, así como un seguimiento continuo en las diferentes redes de atención del ISSS; promoviendo el cuidado continuo y longitudinal de pacientes referidos de las diferentes especialidades de manejo conjunto con Medicina Física y Rehabilitación, así como el seguimiento y manejo de los retornos generados por esta especialidad a las consultas de Medicina General, Medicina Familiar, Medicina Empresarial y de las otras áreas y especialidades del entorno multidisciplinario interrelacionado con la misma, para lograr la rehabilitación integral y la incorporación a las actividades diarias así como el diagnóstico relacionado a la capacidad funcional residual de las patologías referidas a esta especialidad.

E. ESTRATEGIA DE DESCONCENTRACIÓN.

Implementar métodos de abordaje basados en un sistema de estratificación de patologías en conjunto con el establecimiento de intervenciones efectivas para la atención en redes, propiciando con ello el adecuado funcionamiento de las mismas, a través de la implementación de la Clínica de Selección, cuando el Centro de Atención así lo demande.

I. LINEAMIENTOS GENERALES.

1. Los médicos de consulta externa de las Clínicas Empresariales, Clínicas Comunes y Unidades Médicas de la red, atenderán a todos los pacientes con Enfermedades Osteomusculares que presenten problemas agudos con adecuada resolución o con agudización de su cronicidad; de naturaleza más frecuente y con menor grado de complejidad, ciñéndose al manejo y seguimiento de acuerdo a los "Lineamientos Generales de Patología Osteomuscular Prevalente en 1er. y 2do. Nivel de Atención".
2. Las referencias generadas para las especialidades del 2do. Nivel de Atención, de las patologías osteomusculares no contenidas en "Lineamientos Generales de Patología Osteomuscular Prevalente en 1er. y 2do. Nivel de Atención" se girarán desde la Consulta Externa de los diferentes centros de atención, con los resultados de los estudios pertinentes, a efecto de solicitar a través de este mecanismo el apoyo diagnóstico y/o manejo terapéutico apropiado.

3. Los días y horarios de atención de pacientes en la especialidad de Fisiatría, serán definidos por cada uno de los centros de atención, de acuerdo a demanda y capacidad instalada.
4. Todo paciente de primera vez o con diferimiento programado, referidos por médicos especialistas a la consulta de Fisiatría, deberán adjuntar a la referencia el resumen y la documentación que sustente el diagnóstico de las patologías específicas contenidas en el "Consenso de Patologías que Precisan Exclusivamente de Terapia Física y Rehabilitación" (Anexo 3).
5. Todo paciente de primera vez o con diferimiento programado, clasificado con diagnóstico exclusivo según "Tabla de Consenso de Patologías Exclusivas de Atención por Fisiatras" (Anexo 2), deberá ser referido por Especialistas, medicina Familiar o General, al centro de atención de adscripción de la red que posea Fisiatra para la indicación de manejo en Medicina Física y Rehabilitación.
6. Todo paciente referido a la consulta de Fisiatría deberá presentar la siguiente documentación:
 - a. Paciente de Primera vez:
 - ✓ Documento Único de Identidad (DUI) o Tarjeta de Afiliación ISSS.
 - ✓ Estudios iniciales relacionados con la patología específica por la cual es referido; incluyendo estudios de gabinete. (anexo 3)
 - ✓ Referencia con diagnóstico específico de atención por Medicina Física /Rehabilitación. (Anexo 3)
 - b. Paciente con expediente activo o consultante subsecuente, además de lo anterior, deberá presentar:
 - ✓ Ficha de Tratamientos Específicos, elaborada por médico Fisiatra, según patología.
7. Los pacientes que serán atendidos en la Consulta Externa de Fisiatría deberán cumplir con los siguientes criterios:
 - ✓ Pacientes referidos de consulta externa o desde los diferentes centros hospitalarios, según "Consenso de Patologías que Precisan Exclusivamente de Terapia Física y Rehabilitación". (Anexo 3).
 - ✓ Pacientes hemodinámicamente estables.

Nota. Los pacientes de la especialidad de Fisiatría, con dependencia total o parcial, deberán ser acompañados por un responsable.

8. En los Centros de Atención que cuenten con Fisiatra, los pacientes que ameriten evaluaciones subsecuentes por la especialidad con base a "Consenso de Patologías que Precisan Exclusivamente de Terapia Física y Rehabilitación", serán derivados de la consulta de Fisiatría al centro de atención de adscripción fija o del área geográfica de influencia que posea la especialidad de fisiatría. (Anexo 2).
9. Todo paciente con patología aguda derivado a Fisiatría, que amerite atención de Emergencia, será referido al Servicio de Emergencia del mismo centro de atención, si posee, o al Servicio de Emergencia de Centros de Atención de la red del ISSS.
10. El alta de pacientes con diagnósticos exclusivos de manejo por Fisiatra, solo podrá ser indicada por dicho especialista. En casos excepcionales, a criterio del médico Fisiatra, ésta podrá ser establecida desde la consulta inicial, lo cual deberá ser reflejado tanto en el expediente clínico como en la ficha de tratamiento.

II. MEDICOS DE LA CLÍNICA DE SELECCIÓN.

➤ RECEPCIÓN.

11. El personal del área de Recepción tomará los datos de los pacientes de primera vez o subsecuentes, verificando el derecho a la atención, la documentación clínica y los criterios de atención con la cual acude a la consulta de fisiatría. Una vez comprobado el derecho, el paciente será remitido al médico de selección.
12. El Personal del área de Recepción, brindará información precisa al derechohabiente sobre los días, horarios y requisitos de atención. De igual manera, deberá indicarle al paciente la necesidad de que éste se presente a la evaluación respectiva con la referencia y los exámenes de laboratorio y gabinete pertinentes, según caso específico. Así mismo, todo paciente con dependencia total o parcial, deberán ser acompañado por un responsable para todo el proceso de atención.

➤ MÉDICO DE SELECCIÓN.

13. El médico de la Clínica de Selección evaluará a:
 - Paciente de primera vez.
 - Paciente de agenda programada con cita diferida.
 - Paciente subsecuente con manejo establecido por el área, que se presente con nueva referencia a causa de patología adicional.
14. Todo paciente referido por especialistas, medicina General o Familiar de los diferentes Centros de Atención del ISSS a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación será atendido por Médico Fisiatra o Especialista capacitado en selección de pacientes, quien

evaluará y clasificará la prioridad de atención del paciente a través de una Hoja de Evaluación para uso en Clínica de Selección. (Anexo 5)


15. La Hoja de Evaluación para uso en Clínica de Selección(Anexo 5), se anexará a la hoja de referencia dirigida al Médico Fisiatra de Consulta Externa para su resguardo en el Expediente Clínico o a la hoja de referencia con el Plan de Terapia Física Consensuada
16. A los pacientes referidos por especialistas de los diferentes Centros de Atención del ISSS, con diagnóstico sindrómico, sin estudios específicos que lo sustenten, se les extenderá la referencia/retorno desde la Clínica de Selección a la especialidad correspondiente para el establecimiento de diagnóstico etiológico, con el afán de atención y manejo adecuado en el menor tiempo posible.
17. El médico de la Clínica de Selección derivará a Terapia Física aquellos pacientes con problemas sub agudos o crónicos de menor complejidad, asignando los planes de terapia física y educacional a cumplir. (Anexo 4).

➤ **FISIOTERAPISTA.**

18. El Fisioterapista recibirá a los pacientes que han sido evaluados por el médico de la Clínica de Selección y cumplirá en detalle las modalidades de terapia física o rehabilitación indicadas por Médico Fisiatra en el "Plan de Terapia Física Consensuada" (Anexo 4).
19. El Fisioterapista de acuerdo a lo establecido por el Fisiatra en el "Plan de Terapia Física Consensuada" (Anexo 4) al finalizar tratamiento cumplirá la indicación de alta de pacientes en la atención de aquellas patologías de menor complejidad.

III. MEDICOS DE CENTROS DE ATENCIÓN CON CONSULTA DE FISIATRÍA.

20. Toda referencia realizada por Especialistas a los centros de la red que cuenten con Consulta de Fisiatría lo harán con base al "Consenso de patologías que precisan exclusivamente de Terapia Física y Rehabilitación". (Anexo 3).
21. Los médicos Fisiatras tratantes podrán emitir incapacidades, indicaciones farmacológicas, estudios de laboratorio y gabinete, así mismo, podrán prescribir aditamentos, órtesis y prótesis, según Portafolio de Servicios de la especialidad.
22. Por indicación expedita de Dirección Local, todo médico Fisiatra o médico Designado y capacitado en ésta área podrá conformar y utilizar los criterios e instrumentos de la "Clínica de Selección" definidos en esta normativa, según los tiempos de diferimiento del Centro de Costo correspondiente.



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD

IV. MEDICOS DE CONSULTA EXTERNA DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL.

23. El médico de Consulta Externa del 1er. y 2do. Nivel de Atención iniciará el proceso diagnóstico y terapéutico con los métodos a su disposición.
24. Si el Portafolio de Servicios de Red no proporciona los medios requeridos por médico tratante o la incertidumbre diagnóstica sobre una patología específica del ámbito de actuación en Fisiatría es alta, podrá referir al médico especialista correspondiente, de acuerdo al nivel de complejidad definido por la Red de Servicios Clínicos del ISSS.
25. Todo paciente que no evoluciona satisfactoriamente después del tratamiento clínico proporcionado por médico de Consulta Externa del 1er. y 2do. Nivel de Atención y según tiempo estipulado de evolución consignado en "Lineamientos Generales de Patología Osteomuscular Prevalente en 1er. y 2do. Nivel de Atención", podrá ser derivado a especialista correspondiente, cumpliendo los requisitos estipulados en la Norma de Referencia y Retorno Institucional vigente.
26. La Referencia generada por el médico de Consulta Externa del 1er. y 2do. Nivel de Atención y dirigida a los médicos especialistas de las diferentes Redes de Atención deberá incluir los resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete indicados como requisito del estudio respectivo por parte del médico referente, así como el reporte físico de los mismos, siendo esto último responsabilidad absoluta y exclusiva del paciente.
27. Cuando el diagnóstico resultante sea el correspondiente a una patología osteomuscular crónica y/o que dependa de la modificación de hábitos, será responsabilidad del médico tratante del 1er. y 2do. Nivel de Atención y de sus Especialistas interconsultantes de la Red de Servicios Clínicos, el correspondiente seguimiento, manejo de síntomas, plan educativo y cuidados integrales para el adecuado control y evolución del paciente.
28. El personal de los Equipos Básicos de Salud de las Clínicas Comunes así como los Educadores en Salud de las Unidades Médicas y Clínicas Comunes, emplearán los recursos disponibles y necesarios para la "Conformación de Grupos de Higiene de Columna y Grupos de Pacientes con Artritis" para el adecuado seguimiento, apoyo, información y guía de autocuidado.

V. MEDICOS ESPECIALISTAS DE RED DE ATENCIÓN.

29. El médico Especialista de la Red de Atención correspondiente (Ortopeda, Cirujano General, Neurocirujano, entre otros) y de acuerdo a sospecha diagnóstica del médico referente realizará evaluación clínica al paciente, con la cual dictaminará diagnóstico etiológico y brindará el respectivo abordaje terapéutico específico según patología.

30. Todo paciente que amerite procedimiento(s) quirúrgico(s) que demanden Terapia Física y Rehabilitación post intervención, será indispensable la "Descripción del Procedimiento Quirúrgico y la Especificación Anatómica de Intervención" detallada en Hoja de Referencia y Retorno de uso habitual.
31. Cuando el diagnóstico de referencia a Fisiatría sea fractura, el paciente deberá traer consigo las Radiografías: pre procedimiento, post procedimiento y posterior a retiro de inmovilización, en cuyo caso el Ortopedista tratante describirá el grado de consolidación con indicación expedita de autorización para inicio del apoyo total o parcial del miembro inferior afecto o para inicio de movilización de miembros superiores.
32. El médico especialista de la Red de Atención correspondiente evaluará la necesidad de referencia a Fisiatría de acuerdo a "Lineamientos Generales de Patología Osteomuscular Prevalente en 1er. y 2do. Nivel de Atención" y a "Consenso de patologías que precisan exclusivamente de Terapia Física y Rehabilitación".
33. El diagnóstico definido para pacientes con referencia y manejo por Fisiatría estará enmarcado en el "Consenso de Patologías que Precisan Exclusivamente de Terapia Física y Rehabilitación".
34. El diagnóstico etiológico y preciso, acompañado de los estudios necesarios correspondientes, será de estricto cumplimiento para la referencia a Fisiatría, ya que si éstos se enmarcan en síndromes inespecíficos se referirán a especialidad correspondiente o retornaran a la especialidad generadora de la referencia para su estudio adecuado.
35. El médico especialista de la Red de Atención referirá a Fisiatría o retornará al médico que solicitó su evaluación con plan específico de manejo, según lo establecido en "Lineamientos Generales de Patología Osteomuscular Prevalente en 1er. y 2do. Nivel de Atención" y "Consenso de Patologías que Precisan Exclusivamente de Terapia Física y Rehabilitación".
36. El médico especialista de la Red de Atención emitirá Hoja de Retorno a Medicina General o Medicina Familiar con especificaciones detalladas sobre manejo de pacientes que no son candidatos a tratamiento curativo, para control y manejo adecuado de enfermedades osteomusculares crónicas en 1er. Nivel de Atención.
37. El alta del paciente por parte de Fisiatría será una parte del proceso de atención que culminará con el alta definitiva brindada por la especialidad referente, dando respuesta de manera integral al requerimiento de salud del derechohabiente descritas a continuación :
 - a. Hallazgos clínicos no compatibles con motivo de referencia.
 - b. Radiculopatías referidas con plan conservador sin evolución favorable.



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA
SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD

- c. Canal estrecho agudo y /o crónico sin mejoría clínica.
- d. Espalda baja fallida post-quirúrgicas.
- e. Artrosis severas sin posibilidades quirúrgicas sin mejoría clínica.
- f. Contracturas articulares que no mejoran con fisioterapia o articulación anquilosada.
- g. Neurodesis recidivantes.
- h. Espasticidad con criterios de mejoría con el uso de toxina botulínica.
- i. Pacientes con diferimiento quirúrgico.

VI. REFERENCIAS Y RETORNOS ENTRE MEDICINA FISICA Y MEDICINA DEL TRABAJO.

- 38. Las referencias de Fisiatría a Medicina del Trabajo se realizarán con formato tipográfico, detallando los seis puntos solicitados en norma de Medicina del Trabajo.
- 39. Los casos de pacientes que ameriten un complemento de referencia, serán remitidos previa notificación de la Dirección de Centros de atención donde se tengan la especialidad de Medicina del Trabajo, a la dirección de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, para gestionar una revisión previa del expediente del paciente a referir y tener conocimiento del caso.
- 40. La solicitud de Medicina del Trabajo para una re-evaluación del paciente por Fisiatría se canalizara a través de Dirección de los Centros de Atención o designados para esta gestión.
- 41. la evaluación y establecimiento de pronóstico de pacientes referidos por Fisiatría a Medicina del Trabajo, cuyo requerimiento está consignado en el documento de Recomendación Médico Laboral, se realizará en conferencia médica, a solicitud de médico tratante, cuando el caso lo amerite para consensuar dictamen.
- 42. Se enviara un consolidado mensual de la dirección de Unidad de Medicina Física y Rehabilitación a Medicina del Trabajo con sede en la torre administrativa, de los casos atendidos por Fisiatras, considerando que si amerita un caso especial, se pueda conversar directamente entre coordinador de Fisiatría y persona designada de Medicina del Trabajo.
- 43. La prolongación del formato de Recomendación Médico Laboral, deberá ser canalizada por Medicina General a Médico del Trabajo si existe condición de discapacidad residual por condición inicial de emisión.



44. El especialista de Medicina del Trabajo verificará :
- a. La Recomendación Médico Laboral.
 - b. La generación de referencia por Fisiatría.
 - c. Verificar la Reincidencia o recurrencia de condición que amerite una nueva Evaluación por Fisiatra enviando referencia a Trabajo Social de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación para agendar consulta de atención del paciente por Fisiatra.
45. La Unidad de Medicina Física y Rehabilitación y Medicina del Trabajo crearan espacios de comunicación y de conferencias interdisciplinarias en casos especiales.

VII. CAPACITACIÓN.

46. Para la atención de las patologías osteomusculares de baja complejidad, según documento "Lineamientos de Patologías Osteomusculares más Frecuentes en 1er. y 2do. Nivel", los Médicos Generales y Médicos Familiares de las Clínicas Comunes, Unidades Médicas y Médicos empresariales, recibirán lineamientos y capacitación en el diagnóstico y manejo de dichas enfermedades.
47. El Educador en Salud, Enfermera, recibirán capacitación para la conformación de las clínicas de columna y clínicas de artrosis, con el acompañamiento en el cumplimiento de plan de manejo en hogar y atención integral de pacientes con estas enfermedades.
48. Los médicos Fisiatras brindarán capacitación al menos 2 veces al año, para el seguimiento de la educación continua y el reforzamiento de la atención de las patologías osteomusculares más frecuentes en Primer y Segundo Nivel.

VIII. ESTUDIOS DE ELECTROFISIOLOGÍA.

49. Medicina General, Medicina Familiar (excepto estudios de electromiografía) u otras especialidades, ante hallazgos patológicos o de sospecha diagnóstica, referirán a médico Fisiatra o Neurólogo del centro de red para completar análisis y solicitud de estudio neurofisiológico, por lo tanto ; todo estudio de electrofisiología deberá cumplir:
- a. Historia clínica orientada, destacando los hallazgos fisiopatológicas de índole neuromusculares, considerando que los estudios neurofisiológicos son una continuación del examen físico y no son diagnósticos.
 - b. El examen físico neurológico, describirá en examen físico neurológico la alteración a nivel de:
 - ✓ Fuerza muscular anormal, reflejo osteotendinosos anormales.



- ✓ evaluación de dermatomas y miotomas con características patológicas.
- ✓ Evaluación anormal de la marcha con componente neuromuscular.

- c. Traer estudios relacionados a patología a investigar.
- d. Describir el tipo de trabajo que desarrolla y las deficiencias originadas por la patología que origina la solicitud de estudios de neurofisiología.

➤ **CONSIDERANDOS.**

- i. Los diagnósticos de referencias deben de ser claros: No es recomendable dar síntomas como diagnósticos de referencias.
- ii. Los diagnósticos de cervicalgias, lumbago, hombro doloroso, los cuales son diagnósticos sindrómico, no serán objeto de solicitud de estudio.
- iii. La evaluación clínica adecuada, apoyada con los exámenes pertinentes coadyuvan A la realización del diagnóstico sindrómico. No es el número de estudios realizados
- iv. Los estudios neurofisiológicos son una extensión del examen físico y no un sustituto.
- v. Tres estudios por paciente, es adecuado.
- vi. No se recomiendan electromiografías extensas.
- vii. Con diagnóstico de Radiculopatías, canal estrecho, es necesario como mínimo radiografías de la columna vertebral afectada.
- viii. Los potenciales evocados auditivos de tallo cerebral para el estudio de vértigo periférico, necesitan estudio audiométrico previo. El estudio de vértigo central debe de ser indicado por el neurólogo.
- ix. Existen patologías en las cuales se encuentra justificado realizar más de tres estudios, ejemplo:
 - Esclerosis lateral amiotrófica.
 - Esclerosis múltiple.
 - Polimiositis.
 - Mononeuritis múltiple.
 - Polineuropatías.
 - Síndrome de salida torácica.

Nota: El estándar es de 2 estudios por hora.

IX. TIPOS DE ESTUDIOS , INDICACIONES Y ESPECIALIDADES QUE REFERIRÁN :

50. Los estudios e indicaciones a referir por las especialidades médicas están:

A. ELECTROMIOGRAFIA:

a. Se describirá con claridad la solicitud de investigación y se asociara en ocasiones a estudios de conducción nerviosa y respuestas proximales (ondas F y reflejo H) por ejemplo:

- ✓ Radiculopatía (C5-C6, L5-S1, etc.), tanto en fase aguda como crónica, o en el pre o postoperatorio.
- ✓ Síndrome de salida torácica.
- ✓ Miopatía.
- ✓ Neuropatía.
- ✓ Polimiositis, etc.

b. Se realizarán estudios indicados únicamente por los servicios de:

- ✓ Neurología.
- ✓ Fisiatría.
- ✓ Neurocirugía.
- ✓ Ortopedia.
- ✓ Cirugía plástica.

B. POTENCIALES SOMATOSENSORIALES :

- ✓ Mielopatías compresivas, principalmente cervicales.
- ✓ Patologías medulares que afecten los cordones posteriores.
- ✓ Evaluación de muerte cerebral.

No son parte de la evaluación en pacientes con Radiculopatías ni Polineuropatías, a menos que exista una razón especial.

C. POTENCIALES MOTORES:

- ✓ Estudio de mielopatías.
- ✓ Estudio de enfermedad de las motoneuronas.
- ✓ Estudio de la vía motora periférica.

X. MONITOREO Y EVALUACIÓN.

51. Toda la información generada por la atención de pacientes del ámbito de Medicina Física y Rehabilitación, deberá ser recopilada, clasificada y enviada en consolidación

mensual al Coordinador Nacional de Fisiatría, para el análisis y toma de decisiones compartidas con las autoridades para la elaboración de políticas de salud concernientes a este rubro.

52. Los indicadores a evaluar en la siguiente normativa con interés especial en el Monitoreo de Redes para la consecuente toma de decisiones en el área de Medicina Física y Rehabilitación son los siguientes:

A. INDICADORES GENERALES.

- $$\frac{\text{Número de pacientes rehabilitados}}{\text{Número de pacientes referidos para rehabilitación.}} \times 100$$
- $$\frac{\text{Número de pacientes con patologías osteomusculares manejados}}{\text{Número de pacientes consultantes en el centro.}} \times 100$$
- $$\frac{\text{Número de pacientes con dolor crónico articular no complejos.}}{\text{Número de pacientes consultantes al centro.}} \times 100$$
- $$\frac{\text{Número de pacientes con dolor agudo no complejos.}}{\text{Número de pacientes consultantes al centro.}} \times 100$$

B. INDICADORES ESPECÍFICOS.

- Acceso a la atención en Medicina Física y Rehabilitación por disponibilidad de cupos día/mes/año.
- $$\frac{\text{Nº patologías de Rehabilitación y terapia física por mes}}{\text{Número de pacientes del total de consulta}} \times 100$$

C. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO :

- $$\frac{\text{Nº de pacientes con pérdida de cita de terapia Física/ mes.}}{\text{Nº de pacientes con terapia Física por mes.}} \times 100$$
- $$\frac{\text{Nº de pacientes reincorporados a sus actividades laborales post rehabilitación}}{\text{Nº de pacientes en rehabilitación y terapia Física.}} \times 100$$

XI. CLÍNICAS DE HIGIENE DE COLUMNA Y OSTEOARTRITIS.

53. Conformación de grupos terapéuticos de columna y osteoartritis en el 1er. y 2do. nivel (equipo multidisciplinario conformado para la educación, promoción y prevención de las patologías osteomusculares más frecuentes.)

Los grupos terapéuticos de Osteoartritis e Higiene de Columna (cervical, dorsal y lumbosacra) estarán conformados por personal: Médico / Fisioterapeuta/ Equipo Básico de Salud, Educadores, Nutricionistas, entre otros; en la definición de temáticas estará:

- a. Definición
- b. Prevención.
- c. Educación.
- d. Ejercicios.

Nota: se sugiere elaboración de material visual y folletería.

XII. REFERENCIA Y RETORNO A FISIATRÍA.

54. Criterios de referencia: los criterios de referencia a la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación, están especificados por diagnósticos, comprendidos en la "Tabla de Consenso de Patologías Exclusivas de Atención por Fisiatras"

55. Exámenes de laboratorio y gabinete deberán de estar orientados para el sustento etiológico de las patologías a ser referidas por médicos especialistas a manejo por Fisiatras.

56. El alta de la especialidad por Fisiatría será en acompañamiento multidisciplinario en casos excepcionales, y en patologías específicas descritas en numeral 37 de la presente norma y serán retornados a las especialidades que generaron la interconsulta para manejo definitivo.

XIII. FUNCIONES DEL PERSONAL

57. Las funciones del personal de Medicina Física y Rehabilitación, son las siguientes.

➤ Médico Fisiatra.

- ✓ Aportar su conocimiento y experiencia para la atención de pacientes tributarios de atención especializada en Medicina Física y Rehabilitación.
- ✓ En el área de clínica de selección, evaluará pacientes de primera vez a través de una "hoja de evaluación para clínica en selección", cuando se disponga de la misma según necesidades de cada Centro de Atención.
- ✓ Evaluar los casos de manejo complicado con el resto del equipo de rehabilitación, para la toma efectiva de decisiones de manera consensuada.

- ✓ Brindar manejo del diferimiento en espera de atención y pacientes de generación reciente por los diferentes centros de atención.
- **Fisioterapeuta.**
 - ✓ Cumplir en detalle las indicaciones de Terapia Física o Rehabilitación generadas por el Médico Fisiatra indicadas en ficha de terapia o cumplir con la indicación de "terapia física consensuada" originada en la clínica de selección.
 - ✓ La Fisioterapeuta tratante podrá Realizar interconsultas con Médico Fisiatra tratante si la evolución clínica del paciente no es la esperada.
- **Enfermería.**
 - ✓ Verificar que la documentación necesaria para la atención esté disponible.
 - ✓ Revisar la información del expediente clínico en conjunto con los médicos tratantes del área para colaborar y brindar insumos en la valoración de los pacientes.
 - ✓ Realizar de forma efectiva educación en salud del paciente.
 - ✓ Realizar concientización de paciente.
 - ✓ Es responsable de las actividades de enfermería.
 - ✓ Brinda apoyo a los Fisiatras y Fisioterapistas.
 - ✓ Da atención directa cuando el paciente lo requiera.
- **Trabajador Social.**
 - ✓ Verificar requisitos médico-administrativos para atención del paciente en la clínica.
 - ✓ Administración de la documentación de pacientes.
 - ✓ Localización a pacientes ambulatorios y dar seguimientos personalizado.
 - ✓ Canalizar los retornos (contra referencias) en los casos indicados.
 - ✓ A solicitud de los pacientes elaborarán constancias médicas.
- **Recepcionista.**
 - ✓ Revisión y entrega de documentos (referencia y estudios)
 - ✓ Verificar que la referencia sea emitida a Fisiatría o para estudios de electrofisiología.
 - ✓ Otorgamiento de citas.
 - ✓ Confirmación de cita y asistencia a tratamiento.
 - ✓ Información a pacientes.
- **Auxiliar de servicio.**
 - ✓ Colaborar en el mantenimiento del aseo en área asignada.
 - ✓ Colaborar en diferentes indicaciones brindadas por personal de archivo clínico, enfermería y personal médico y fisioterapistas.



➤ DISPOSICIONES GENERALES.

Las disposiciones contempladas en **LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL ISSS**, serán consideradas por Subdirección de Salud a través de Regulación Técnica en Salud.

La revisión de la normativa, de oficio se realizará cada 5 años, y a solicitud Directores, Jefaturas de Servicios de Especialidad y Subespecialidad, Especialista Médicos, Fisioterapeutas y Jefaturas de Medicina Física y Rehabilitación, las veces que se consideren necesarias.

➤ OBSERVANCIA.

La vigilancia del cumplimiento de los “**LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL ISSS**” así como el cumplimiento a “**Consenso de patologías que precisan exclusivamente de Terapia Física y Rehabilitación**” será responsabilidad de los Directores y Administradores de los Centros de Atención, Jefaturas o Coordinadores de los Servicios Médicos.

➤ INFRACCIONES Y SANCIONES.

Las infracciones y sanciones al incumplimiento a los presentes lineamientos normativos, en ámbito de su competencia, está tipificado en normativas legales vigentes.

➤ VIGENCIA DE LOS LINEAMIENTOS.

Los “**LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL ISSS**”, entrará en vigencia a partir de la fecha de publicación del documento oficialmente aprobado por las autoridades institucionales.

La caducidad de vigencia de los presentes lineamientos, estará sujeta, a la disminución del diferimiento de la atención de fisiatría, al cambio de modelo de atención, a la eliminación

manifiesta del proyecto, entre otros lineamientos específicos en la materia que dictaren las autoridades institucionales.

San Salvador, julio de 2017.

➤ OFICIALIZACIÓN.



Dra. Ana Guadalupe Argueta Barahona.
Jefe Sección Regulación Técnica en Salud.



Dr. David Jonathan Hernández Somoza.
Jefe Departamento Planificación Estratégica en Salud.



Dra. Danneth Quijano de Flores
Jefa de División Políticas y Estrategias de Salud



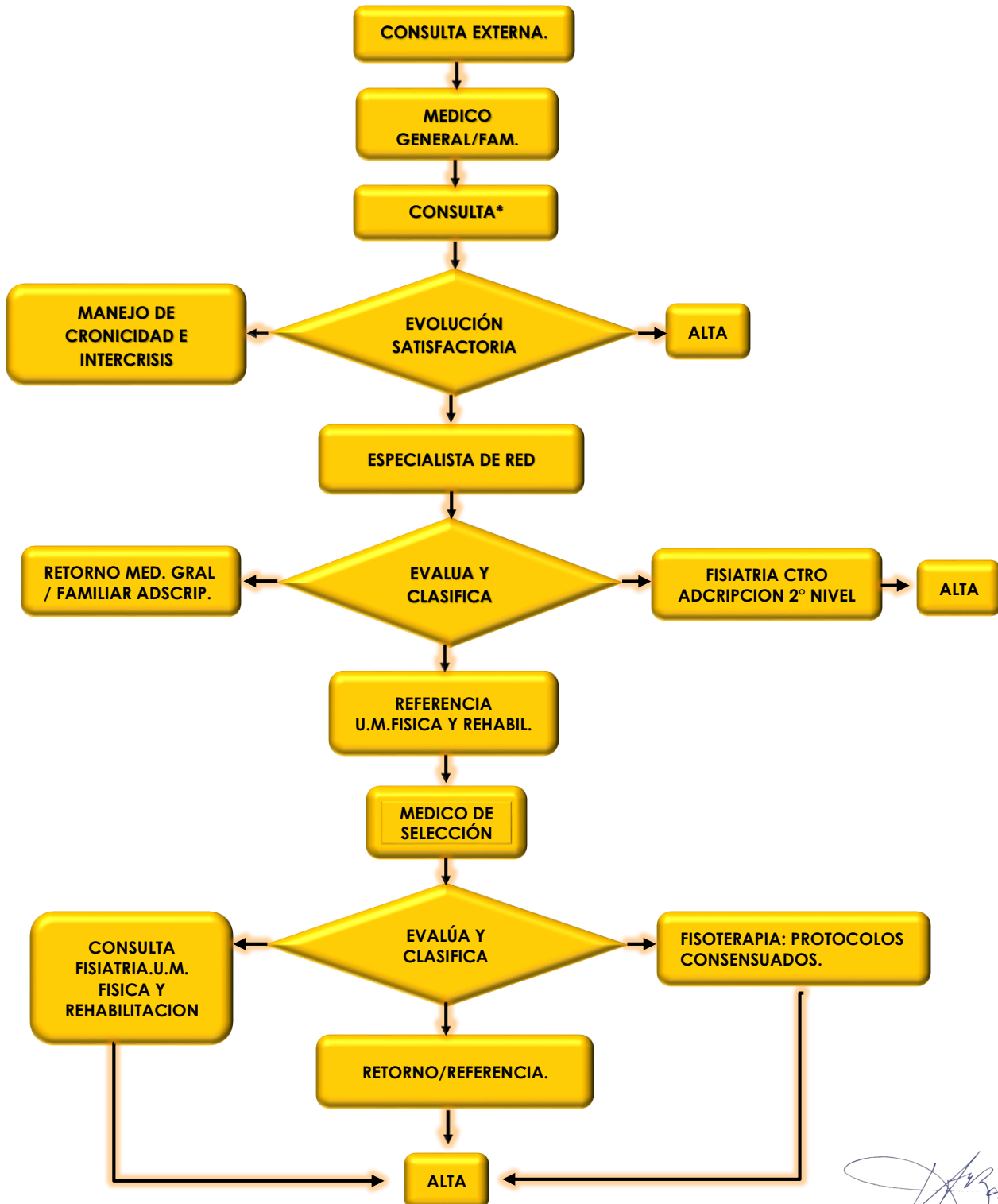
Dr. Ricardo Federico Flores Salazar.
Subdirector de Salud

XIV. GLOSARIO.

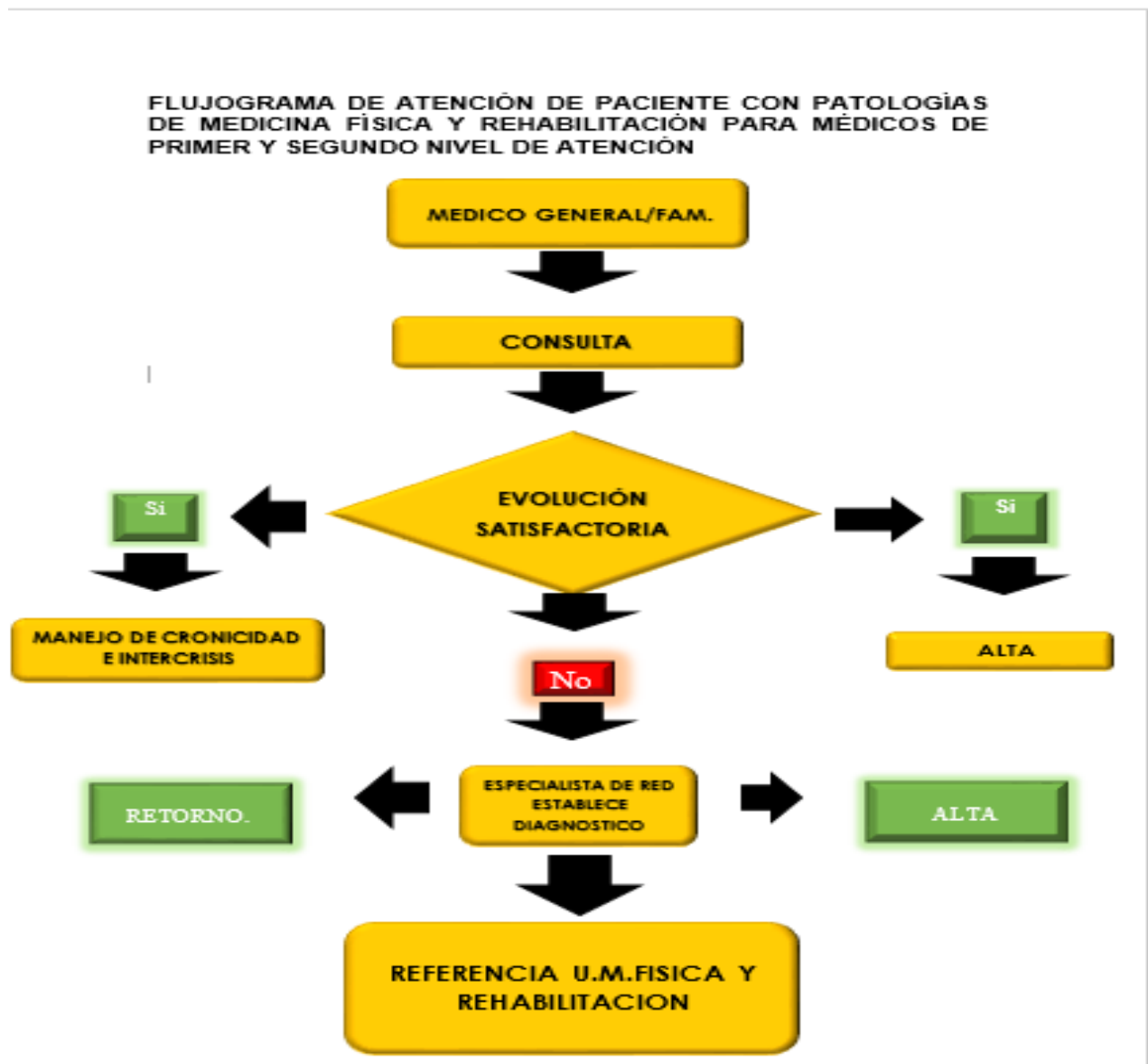
- **Clasificación por riesgos.**
- **Clínica de selección:** Clínica de funcionamiento administrativo-asistencial para la evaluación y clasificación de pacientes, bajo criterios definidos, con el propósito de disminuir el diferimiento, de pacientes referidos de primera vez o subsecuentes a la especialidad de Fisiatría.
- **Diferimiento:** tiempo de espera de pacientes para atención médica.
- **Equipos terapéuticos:**
- **Lineamientos para la desconcentración de pacientes y descentralización de la atención de patologías de menor complejidad en los servicios de Medicina Física y Rehabilitación del ISSS:** Patologías más frecuentes de consulta a especialidad de Fisiatría, que deberán ser diagnóstico y manejo por Medicina General y Medicina Familiar. (Clasificación en función del motivo de derivación de la consulta del médico de Familia y medicina General a la Unidad de Fisiatría).
- **Consenso de patologías que precisan exclusivamente de Terapia Física y Rehabilitación:** patologías de manejo exclusivo por Fisiatría, con diagnóstico etiológico preciso de referencia de especialidades para rehabilitación (Las patologías atendidas en Atención especializada se clasificaron en función del diagnóstico principal etiológico).
- **Rehabilitación Basada en la Comunidad:** estrategia de la organización Mundial para la Salud, como instrumento de atención en rehabilitación para el primer nivel de atención.

Anexo 1.

ALGORITMO DE ATENCION DE MEDICINA FISICA.



(*) ESPECIFICACIÓN DE FLUJOGRAMA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



Anexo 2.

CENTRO DE ATENCIÓN QUE CUENTAN CON MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.

| Nº | CENTROS DE ATENCION DE LA RED | CENTRO DE REFERENCIA A FISIATRIA. |
|-----|---|---|
| 1. | Unidades Médicas: La Unión, San Francisco Gotera, Moncagua y Chinameca. Clínicas Comunes: Santa Rosa de Lima, San Francisco, Panamericana. Empresariales. | Hospital Regional de San Miguel. |
| 2. | Unidades Médicas: Santiago de María, Berlín, Puerto el Triunfo. Clínica Comunal: Santa Catarina. | Unidad Médica de Usulután. |
| 3. | Unidades Médicas: Aguilares, Quezaltepeque*, Nejapa, y Chalatenango. Clínica Comunal: Guadalupe. | Unidad Médica de Apopa. |
| 4. | Unidades Médicas: La Libertad. Clínicas Comunes: San Antonio, Merliot, Santa Mónica, Antiguo Cuscatlán, Lourdes y sitio del niño. | Unidad Médica de Santa Tecla. |
| 5. | Clínicas Comunes: Las Victorias, San Antonio Abad, Ayutuxtepeque, Mejicanos, Miramontes y Virgen del Tránsito. | Policlínico Zacamil. |
| 6. | Clínicas Comunes: Ciudad Delgado, San Miguelito, La Rábida y Cuscatancingo. | Unidad Médica Atlacatl. |
| 7. | Unidad Médica San Jacinto, Unidad Médica Zacatecoluca y Clínicas Comunes: Monserrat y Costa Rica, San Marcos, Santo tomas, Olocuilta, San Esteban. | Unidad Médica de 15 de Septiembre. |
| 8. | Hospital Amatepec, Unidades Médicas: Soyapango, Cojutepeque, San Vicente, Ilobasco, y Sensuntepeque. Clínicas Comunes: San Martín, Santa Lucia, San Cristóbal, Monte María, Reparto Morazán y San José. | Unidad Médica de Ilopango. |
| 9. | Unidades Médicas: Santa Ana, Metapán, Chalchuapa, y Ahuachapán. Clínicas Comunes: El Calvario, Santa Bárbara y San Rafael. | Hospital Regional de Santa Ana. |
| 10. | Unidades Médicas: Acajutla y Juayúa. Clínica Comunal: Santo Domingo | Hospital Regional de Sonsonate. |
| 11. | Hospitales metropolitanos. | Unidad de Medicina Física y Rehabilitación. |
| 12. | | Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico. |
| 13. | | Hospital Policlínico Planes de Renderos. |
| 14. | | |

Nota*. U.M. Quezaltepeque solo posee servicio de Fisioterapia.

U. M. Apopa solo posee servicio de Fisioterapia.

U.M. San Vicente: solo posee servicio de Fisioterapia.

Anexo 3.

CONSENSO DE PATOLOGÍAS QUE PRECISAN EXCLUSIVAMENTE DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

| PACIENTE | REFERIDO POR | ESTUDIOS | PATOLOGIA | CONDUCTA A SEGUIR | |
|----------|----------------------------------|--|--|--------------------------|--|
| 1ra. VEZ | ORTOPEDIA | RX ÁREA AFECTA. USG RMN | <ul style="list-style-type: none"> • Prótesis de rodilla/ cadera/ humero. • Cirugía de manguito rotador. • Artroscopias de hombro o rodilla. • Reparación de luxaciones recidivantes de hombro. • Fracturas consolidadas miembro superior/miembro inferior. • Reparación de ruptura de tendón de Aquiles. • Esguince grado II/III. • Cura de halux valgus. • Amputaciones de miembro inferior | CITA FISIATRA | Dependiendo la prioridad de atención por riesgos concomitantes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Atención inmediata 2. Cita a corto plazo |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Artrosis miembro inferior/miembro superior. • Síndrome de hombro doloroso. • Bursitis de hombro. • Tendinitis rotuliana y Aquileo. | Retornan a 1° y 2° nivel | Alta con retorno a 1° y 2° nivel. |
| | NEUROLOGIA/ MEDICINA INTERNA. | RAYOS X TAC. RMN ESTUDIOS NEURO-FISIOLOGICOS. | <ul style="list-style-type: none"> • Secuelas de ACV • Esclerosis Múltiple • Guillan Barre • Mielitis Transversa • Poliradiculoneuropatías • Distrofia Simpaticorefleja • Lesiones Medulares • Parálisis Facial (puede ser referido por el médico que diagnostique) • Neuritis Trigémino • Lesiones de Neurona Motora • Parkinson • Miopatías • Secuelas de mielinolisis pontina. • Distonias | Fisiatra | Dependiendo la prioridad de atención por riesgos concomitantes: <ol style="list-style-type: none"> 3. Atención inmediata 4. Cita a corto plazo |

| | | | | | |
|--|------------------|---|--|---|--|
| | | RAYOS X | <ul style="list-style-type: none"> Síndrome Cervicalgias | Retorna según evaluación del caso a especialidad o 1° nivel | |
| | | | | Manejo según protocolos de selección | Alta con retorno a 1° y 2° nivel |
| | CIRUGIA PLASTICA | <ul style="list-style-type: none"> RAYOS X ESTUDIOS NEURO-FISIOLÓGICOS. | <ul style="list-style-type: none"> Pacientes post quirúrgicos de liberación de nervios periféricos miembro superior. Fracturas de mano Tenorrafias. Neurorrafias de miembro superior. Traumatas de mano. Amputaciones en mano. Quemaduras o adherencias de MS. Liberación de Trigger / Quervain. | FISIATRA | Dependiendo la prioridad de atención por riesgos concomitantes: <ol style="list-style-type: none"> Atención inmediata Cita a corto plazo |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Recidivas post quirúrgicas. | | Retorna a Especialidad | |

| PACIENTE | REFERIDO POR | ESTUDIOS. | PATOLOGIA | CONDUCTA A SEGUIR | |
|-------------------------|-------------------------|--|--|--------------------------------------|---|
| 1ra. VEZ | CIRUGIA GENERAL | RAYOS X | Lumbalgias complicadas con Radiculopatía | FISIATRA | |
| | | | Lumbalgias Mecánicas | Retorno según necesidad | |
| | REUMATOLOGIA | RAYOS X | Espondilitis Anquilosante Artritis Reumatoide Fase Aguda Artritis Psoriasica Lupus Eritematoso fase aguda Dermatomiositis Esclerodermia | FISIATRA | Dependiendo la prioridad de atención por riesgos concomitantes: 7. Atención inmediata 8. Cita a corto plazo |
| | | | Artrosis | Manejo según protocolos de selección | Retornar a 1° nivel Refiere a Ortopedia Retorna a especialidad |
| | GINECOLOGIA/OBSTETRICIA | | EPIS Crónica Adherencias Pélvicas | FISIATRA | |
| ONCOLOGIA/INFECCIOLOGIA | | Linfedema Post Mastectomía o resección de tumores. Post radioterapia. Amputaciones por cáncer óseo miembro | FISIATRA | | |

| | | | | | |
|----------------------|--|--|--|----------|--|
| | | | superior / miembro inferior Secuelas de Toxoplasmosis Secuelas de meningoencefalitis. | | Dependiendo la prioridad de atención por riesgos concomitantes: <ul style="list-style-type: none"> • Atención inmediata • Cita a corto plazo |
| HEMATOLOGIA | RAYOS X. USG. RMN | | Secuelas de Hemartrosis. Complicaciones Hemofílicas. Leucemias/Linfomas. | | |
| NEUROCIRUGIA | RAYOS X RMN ESTUDIOS NEURO-FISIOLÓGICOS. | | Traumas Craneoencefálicos Traumas de Nervios Periféricos Traumas Raquimedulares Secuelas de Aneurismas Lumbago con Radiculopatías Cervicalgia con síntomas radiculares Cervicalgia por tumores Postoperatorios de columna cervical, lumbar. | FISIATRA | Retorna a la Especialidad para evaluación |
| | | | Espalda baja fallida | | |
| OTORRINOLARINGOLOGIA | | | Disfonías. Parálisis de cuerdas vocales post quirúrgicas. | FISIATRA | Dependiendo la prioridad de atención por riesgos concomitantes: <ul style="list-style-type: none"> • Atención inmediata • Cita a corto plazo |
| OFTALMOLOGIA | | | Parálisis del 3º, 4º y 6º par | | |
| MAXILOFACIAL | RX ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR Y CERVICAL. | | Disfunción temporomandibular Neuralgia del V /VII par | | |

Anexo 4

PROTOCOLO DE TERAPIA FISICA CONSENSUADA.

En la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación y Cabezas de red donde existe médico fisiatra/medico capacitado, realizará una evaluación y determinara las patologías de menor complejidad que necesiten un plan de terapia física consensuada para el manejo de ellas.

| PATOLOGÍAS | PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA |
|--------------------------------|--|
| 1. Síndrome de hombro doloroso | <ol style="list-style-type: none">1- Compresas calientes más Tens 20 minutos o compresas frías más Tens 20 min a músculos afectados (trapecio, redondos mayor y menor y deltoides, hombro y músculos afectados.)2- Ejercicios activos libres.3- Número de sesiones: 8 -10 sesiones más plan de hogar Y alta. |
| 2. Cervicalgias | <ol style="list-style-type: none">1- Modalidad 1: Compresas calientes más Tens 20 minutos o compresas frías más Tens 20 min a músculos afectados de cuello.)2- Modalidad 2: Ultrasonido 1 watts/cm2 por 5 minutos a los músculos afectados a cada lado (no aplicar más de 20 minutos de ultrasonido por sesión). (considerar esta modalidad si hay espasmo severo paravertebral)3- ejercicios libres de cuello.4- ejercicios de estiramiento a cuello.5- plan de hogar, enseñanza demostrativa6- número de sesiones: 8- 10 sesiones.7- alta. |
| 3. Lumbalgias | <ol style="list-style-type: none">1- Modalidad 1: compresas calientes más Tens 20 minutos o compresas frías más Tens 20 min a músculos afectados de región lumbar.2- Modalidad 2: Ultrasonido 1 watts/cm2 por 5 minutos a los músculos afectados a cada lado. (no aplicar más de 20 minutos de ultrasonido por sesión).3- Educación : higiene de columna, enseñanza demostrativa, plan de hogar4- Número de sesiones: 8 -10 sesiones.5- Alta. |

| | |
|---|---|
| <p>4- Coxartrosis o gonartrosis</p> | <p>Rodilla :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modalidad 1: compresas calientes más Tens 20 minutos o compresas frías más Tens 20 min a músculos afectados de región rotuliana. 2. modalidad 2: Ultrasonido 1 watts/cm2 por 10 minutos estándar por rodilla afectada. 3. Ejercicios activos libres. (isométricos de cuádriceps). 4. Reeducción de patrón de marcha, con o sin aditamento. 5- Número de sesiones: 10 -12 sesiones. 6- Educación, plan de hogar 7- Alta. <p>Cadera.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modalidad 1: compresas calientes más Tens 20 minutos o compresas frías más Tens 20 min a músculos afectados de región de cadera afectada. 2. modalidad 2: Ultrasonido 1 watts/cm2 por 10 minutos estándar por cadera afectada. 3. Ejercicios activos libre y fortalecimiento de cintura pélvica. 4. Reeducción de patrón de marcha con o sin aditamento. 5. Numero de sesiones 10-12. 6. Educación, plan de hogar. 7. Alta. |
| <p>6- Tendinitis rotuliana o del Aquileo 7- Tendinitis de aductores, recto femoral anterior, 8- Fasciitis plantar con dolor leve (sin limitaciones en la marcha)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1- Compresas frías o calientes, 20 minutos. 2- Ultrasonido 1-1.2 Watts por cm2 por 5 minutos al tendón afecto. 3- Ejercicios activos libres para la extensión de rodilla y estiramiento de cuádriceps para tendinitis rotuliana. 4- Ejercicios activos libre y de estiramiento para tríceps sural para tendinitis del Aquileo. 5- Ejercicios de estiramiento según área afecta. (aductores, recto femoral, fascia plantar) 6- Reeducción de la marcha. 7- Número de sesiones: 10 -12 sesiones. 8- Plan de hogar. Educación. 9- Alta. |
| <p>9- Bursitis de hombro</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1- Ultrasonido 0.8-1.2 Watts/cm2 por 5 minutos a la Bursa subacromial del hombro afectado. 2- Compresas frías a los músculos de cintura escapular por 15 minutos. 3- Ejercicios de Codman (circunducción), ejercicios activos libres de hombro. 4- Educación sobre higiene articular. 5- Plan de hogar. 6- Alta. 7- Número de sesiones: 10 -12 sesiones. |



HOJA DE EVALUACIÓN PARA USO EN CLÍNICA DE SELECCIÓN.

| HOJA DE EVALUACION PARA USO EN CLINICA DE SELECCIÓN | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|---|--------------|--------------|----------------|--------------|---------------|---|--------------|----|----------|------------------|----|--------|
| ANEXO 5. HOJA DE EVALUACION PARA USO EN CLINICA DE SELECCIÓN | | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA | NUMERO DE AFILIACION | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | | | | | | | | | | | | | |
| EDAD | SEXO | F | M | DE ASEGURADO | COTIZANTE | BENEFICIARIO | PENSIONAD | | | | | CIAR DE EMPLEADO | | |
| Ocupacion | URBANO | | RURAL | | DEPARTAMENTO | | MUNICIPIO | | | | | | | |
| RESIDENCIA | PROPIA | | ESPOSO/A | | FAMILIAR | | OTROS | | | | | | | |
| SOSTENIBILIDAD ECONOMICA | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNOSTICO | | | | | | | | | | | | | | |
| REFERIDO POR | MED GRAL | | ESPECIALIDAD | | OTROS | | | | | | | | | |
| TRAE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS | SI | | NO | | INGRESOS PREVI | | | | | | | NO | SI | CUANDO |
| TIEMPO DE EVOLUCION DE LA PATOLOGIA | | | | | | | | | | | | | | |
| DEFICIENCIAS FUNCIONALES / ESTRUCTURALES | | | | | | | | | | | | | | |
| COGNITIVAS: | | | | | | | | | | | | | | |
| DOLOR (EVA) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | |
| FUERZA (ESCALA DANIEL'S & LOWET) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | |
| SENSIBILIDAD | NORMAL | | DISMINUIDA | | AUSENTE | | ALODINIA | | HIPERALGESIA | | | | | |
| ROT | AUSENTE | | DISMINUIDO | | NORMAL | | HIPERREFLEXIA | | CLONUS | | COMPLETA | | | |
| DEF MOVILIDAD ARTICULAR | NINGUNA LEVE | | MODERADA | | SEVERA | | | | | | | COMPLETA | | |
| DEF EN ESTRUCTURA | NINGUNA LEVE | | MODERADA | | SEVERA | | | | | | | COMPLETA | | |
| LIMITACION EN LAS ACTIVIDADES Y RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACION | | | | | | | | | | | | | | |
| DIFICULTAD PARA EL USO DE MANO / MIEMBRO SUPERIOR | NINGUNA LEVE | | MODERADA | | SEVERA | | | | | | | COMPLETA | | |
| DIFICULTAD PARA CAMINAR | NINGUNA LEVE | | MODERADA | | SEVERA | | | | | | | COMPLETA | | |
| USO DE ADITAMENTO ESPECIAL | SI | | CUAL | | NO | | | | | | | | | |
| DIFICULTAD PARA EL AUTOCUIDO | NINGUNA LEVE | | MODERADO | | SEVERO | | | | | | | COMPLETO | | |
| DIFICULTAD PARA EL TRABAJO | NINGUNA LEVE | | MODERADA | | SEVERA | | | | | | | COMPLETA | | |
| OBSERVACIONES | | | | | | | | | | | | | | |
| RESULTADO DE LA EVALUACION | I | | II | | III | | | | | | | OTRO CENTRO | | |
| FISIOTERAPIA POR PROTOCOLO | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDICO EVALUADOR | IA | | RETORNO | | | | | | | | | | | |

Anexo 6

ESTUDIOS DE ELECTROFISIOLOGÍA.

| ESTUDIOS DE ELECTROFISIOLOGÍA | | | |
|---|--|---|---|
| UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | | | |
| TIPO DE ESTUDIO | ORIGEN DE REFERENCIA | OBSERVACIONES | RECOMENDACIONES |
| Velocidad de conducción sensitivo-motora. | Medicina General / familiar/Medicina interna. <ul style="list-style-type: none"> • Neurología. • Fisiatría. • Neurocirugía. • Ortopedia. • Cirugía plástica. • Reumatología. | <ul style="list-style-type: none"> • Estudio orientado con base a hallazgos clínicos. | <ul style="list-style-type: none"> • Indicación según sospecha diagnóstica. |
| ELECTROMIOGRAFIA | Se realizarán estudios indicados únicamente por los servicios de: <ul style="list-style-type: none"> • Neurología. • Fisiatría. • Neurocirugía. • Ortopedia. • Cirugía plástica. • Reumatología. | Ser claro en lo que se investiga, como por ejemplo: Radiculopatía (C5-C6, L5-S1, etc.), tanto en fase aguda como crónica, o en el pre o postoperatorio. <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de salida torácica. • Miopatía. • Neuropatía. • Polimiositis, etc. Se asocia en ocasiones a estudios de conducción nerviosa y respuestas proximales (ondas F y reflejo H). | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los diagnósticos de referencias deben de ser claros. ➤ No es el número de estudios lo que hace el diagnóstico, sino una evaluación clínica adecuada, apoyada con los exámenes pertinentes. ➤ Los estudios neurofisiológicos son una extensión del examen físico y no un sustituto. ➤ Tres estudios por paciente, es adecuado. ➤ No se recomiendan electromiografías extensas. ➤ Con diagnóstico de Radiculopatías, canal estrecho, es necesario como mínimo radiografías de la columna vertebral afectada. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mononeuritis múltiple ▪ Polineuropatías ▪ Síndrome de salida torácica. ➤ El estándar es de dos estudios por hora. |
| POTENCIALES SOMATO-SENSORIALES. | Se realizarán estudios indicados únicamente por los servicios de: <ul style="list-style-type: none"> • Neurología. • Fisiatría. • Neurocirugía. • Ortopedia. • Cirugía plástica. ➤ Reumatología. | Enviar estudios con base a hallazgos clínicos y sospecha diagnóstica. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Estudio de mielopatías. 2. Estudio de enfermedad de las motoneuronas. 3. Estudio de la vía motora periférica. <ul style="list-style-type: none"> • Mielopatías compresivas, principalmente cervicales. • Patologías medulares que afecten los cordones posteriores. No son parte de la evaluación en pacientes con Radiculopatías ni Polineuropatías, a menos que exista una razón especial. |
| POTENCIALES MOTORES. | <ul style="list-style-type: none"> • Neurología. • Fisiatría. • Neurocirugía. • Ortopedia. • Cirugía plástica. • Reumatología. | Enviar estudios con base a hallazgos clínicos y sospecha diagnóstica. | <ul style="list-style-type: none"> • Estudio de mielopatías. • Estudio de enfermedad de las motoneuronas. Estudio de la vía motora periférica. |



SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DEPARTAMENTO PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA EN SALUD
SECCION REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD
JULIO 2017