

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD**  
**LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



**EL ROL DEL FISIOTERAPEUTA DENTRO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA  
PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR TRAUMÁTICA EN PAÍSES DE  
LATINOAMÉRICA Y EUROPA**

**INTEGRANTES**

**JOSÉ BENJAMÍN MARTÍNEZ CORNEJO MC 15017**

**NEFTALY DE JESÚS PÉREZ MENDOZA PM 15023**

**HÉCTOR ALEXIS RIVAS LÓPEZ RL 07018**

**INFORME FINAL DE TRABAJO DE GRADO MODALIDAD DOCUMENTAL  
PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA  
OCUPACIONAL**

**DOCENTE ASESOR**

**LICENCIADA GLENDA ILEANA CASTILLO DE HERNANDEZ**

**SAN SALVADOR, EL SALVADOR, NOVIEMBRE. 2022**

## **AUTORIDADES**

Maestro Roger Armando Arias Alvarado

### **Rector de la Universidad**

PhD. Raúl Ernesto Azcúnaga López

### **Vicerrector Académico**

Ing. Juan Rosa Quintanilla

### **Vicerrector Administrativo**

Ing. Francisco Antonio Alarcón Sandoval

### **Secretaría General**

Msc. Josefina Sibrián de Rodríguez

### **Decana**

Doctor Saúl Díaz Peña

### **Vicedecano**

Lic. José Eduardo Zepeda Avelino

### **Director de Escuela de Ciencias de la Salud**

Licda. Ana Catalina Mejía de Guardado

### **Director de la Carrera de Fisioterapia y Terapia Ocupacional**

### **Coordinadora General de Procesos de Grado**

### **TRABAJO DE GRADO APROBADO POR:**

Licda. Glenda Ileana Castillo de Hernández

### **Docente Asesor de Procesos de Graduación**

## **TABLA DE CONTENIDO**

### **CAPÍTULO I**

#### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	1
1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	4
1.3. OBJETIVOS	5
GENERAL	5
ESPECÍFICOS	5
1.4. JUSTIFICACIÓN	6

### **CAPÍTULO II**

#### **MARCO TEÓRICO**

2. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS)	7
2.1. DEFINICIÓN	7
2.2. ANTECEDENTES	7
2.3. NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD	8
2.3.1 DEFINICION	8
2.4. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	8
2.4.1. OBJETIVO DEL FISIOTERAPEUTA EN ESTE NIVEL DE ATENCIÓN:	8
2.5. SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	9
2.5.1 OBJETIVO DEL FISIOTERAPEUTA EN ESTE NIVEL DE ATENCIÓN:	9
2.6. TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	9
2.6.1 OBJETIVO DEL FISIOTERAPEUTA EN ESTE NIVEL DE ATENCIÓN:	10
2.7. DIFERENCIA ENTRE PRIMER NIVEL DE ATENCION Y APS	10
2.8. ROL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA	10
2.8.1 DEFINICION DE FISIOTERAPIA	
2.8.2 DEFINICIÓN DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA.	11

2.9. ROL DE FISIOTERAPEUTA EN ATENCION PRIMARIA	11
2.10. FISIOTERAPIA EN LA ATENCION PRIMARIA	11
2.11. LESIÓN MEDULAR TRAUMÁTICA	12
2.11.1. DEFINICIÓN	12
2.12. TIPOS DE LESIÓN MEDULAR	13
2.13. NIVELES DE CLASIFICACIÓN DE LA LESIÓN MEDULAR	13
2.14. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA LESIÓN MEDULAR	14
2.14.1. FASE AGUDA	14
2.14.2. FASE CRÓNICA	15
2.15. INTERVENCIÓN DE LA FISIOTERAPIA EN LAS COMPLICACIONES SECUNDARIAS A LESIÓN MEDULAR POR SISTEMAS ESQUEMA DEL MARCO TEORICO	16 16 18
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>3. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	20
3.1. DISEÑO Y MÉTODO	20
3.2. PROCEDIMIENTO	20
TABLA 1. BÚSQUEDA BIBLIOGÁFICA Y FUENTES DE INFORMACIÓN	21
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	22
3.4. ANÁLISIS DE DATOS	22
<b>CAPITULO IV</b>	
<b>4. RESULTADOS</b>	23
<b>CONCLUSIONES</b>	31
<b>RECOMENDACIONES</b>	32
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	33
<b>ANEXOS</b>	
<b>GLOSARIO</b>	39

## INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación con el nombre: “El rol del fisioterapeuta dentro de la atención primaria para pacientes con lesión medular traumática en países de Latinoamérica y Europa”. Se elaboró una revisión bibliográfica de tipo descriptivo, basado en la búsqueda de literatura y publicaciones sobre atención primaria en fisioterapia, rol del fisioterapeuta en atención primaria, lesión medular.

La Atención Primaria es definida por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objetivo garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible. Para ello se estratifico la atención en niveles de atención en salud, los cuales son una forma de organizar los recursos a través de un sistema adecuado de referencia donde se brinde seguimiento a los pacientes.

Debido a las consecuencias devastadoras que sufren las personas después de producirse un daño en la medula espinal, esta genera una alta deficiencia y alteración del funcionamiento en diversas actividades, y como consecuencia restringe la participación social y ambiental de la persona, a la cual tiene derecho, sumado a ello las barreras físicas dentro del contexto en el que se desenvuelve. Es por tal razón importante que el fisioterapeuta potencie la intervención de su trabajo en atención primaria para lograr un mayor grado de independencia en la persona con lesión medular.

Como parte del equipo multidisciplinario este trabajo tuvo como objetivo determinar cuál es “El Rol Del Fisioterapeuta Dentro De La Atención Primaria Para Pacientes Con Lesión Medular Traumática En Países De Latinoamérica Y Europa”. Con ello se encuentra estructurado de la siguiente manera

**Capítulo I:** el planteamiento del problema donde detallamos sobre las causantes de una lesión medular traumática, las restricciones que crea en el entorno de la persona y el comportamiento de los diferentes abordajes a través de la atención primaria en las distintas regiones en estudio, y que dieron base para la formulación del objetivo general y específicos.

**Capítulo II:** Dentro del marco teórico definimos atención primaria y los diferentes niveles que la componen haciendo énfasis en el primer nivel de atención y su diferencia con atención primaria, los objetivos y roles que la fisioterapia plantea dentro de este. A la vez las manifestaciones y clasificación de la lesión medular en sus tres fases.

**Capítulo III:** Este contiene el diseño y método del estudio de tipo documental donde se aplicaron criterios de selección para la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos especializadas y sitios web, haciendo uso de artículos, revistas y libros los cuales fueron revisados organizados, analizados y sistematizados de manera documental.

**Capítulo IV:** Contiene resultados, recomendaciones y conclusiones. Investigamos que la AP trabaja de manera integrada sus actividades, dirigidas por el fisioterapeuta, con el fin de promover prevenir, curar y rehabilitar de manera individual o colectiva. Que en las regiones a estudio la implementación de la AP no ha tenido el impacto esperado en relación a la solución de casos por lo que se recomienda entre otras cosas potenciar la autonomía y esfuerzo de los fisioterapeutas con la atención centrada en el paciente

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS); al menos 500,000 personas en el mundo sufren una lesión medular por año, por diversas causas como; accidentes de tránsito, laborales, por prácticas de actividades recreativas o deportivas, caídas en diferentes partes, agresiones por arma blanca o de fuego, entre otras. (1)

El 90% de las lesiones medulares se deben a causas traumáticas como accidentes de tránsito, y a causas derivadas de la violencia por el uso de armas blancas o de fuego variando este comportamiento según la región que se aborde” (OMS, 2013). A partir del segundo trimestre del 2020 ambas se redujeron drásticamente, 23.14% menos en relación a siniestros viales y 45% menos en lesiones por armas de fuego.

En algunos países de Europa los pacientes son mayoritariamente derivados desde el servicio de rehabilitación del hospital de referencia, no desde la propia Unidad de Gestión Clínica (UGC) donde el fisioterapeuta desempeña su trabajo. Incluso en algunas ocasiones no existe derivación por parte de los médicos de Atención Primaria (AP). En otras comunidades autónomas en el sistema público de salud, las intervenciones de Fisioterapia en AP son derivadas directamente desde AP y son realizadas de forma autónoma por el fisioterapeuta. (2) En países como España, existen programas estandarizados de atención primaria para estos casos a los cuales tienen acceso los profesionales de rehabilitación.

Entre otras dos experiencias conocidas de Latinoamérica: la primera, “medicina simplificada” en Venezuela (González, 1968), donde a partir de 1962 se desarrolló una propuesta para llevar salud a regiones rurales, entrenando a pobladores de esas comunidades para convertirlos en “auxiliares de medicina simplificada”, llegando a cubrir más de 3.000 ambulatorios rurales. La segunda experiencia fue centroamericana, basada en programas de salud comunitaria con fuerte influencia de la teología de la liberación sobre educación popular. (3) La APS no es atención de segunda clase destinada a comunidades vulnerables

socioeconómicamente, sino que es una estrategia dirigida a todos los sectores sociales sin distinción.

En El Salvador la tasa de prevalencia de discapacidad en el 2015, es del 6.4% del total de la población, indicando que 410,798 de las personas en El Salvador padecen alguna, las mujeres con discapacidad alcanzan el mayor porcentaje con 54.2%, en tanto los hombres el 45.8%, se desconoce el porcentaje correspondiente a personas con lesión medular. Pese a ello, los casos registrados antes de la pandemia no son proporcionales a la cantidad de lesionados medulares ingresados en el primer trimestre del año 2020 en la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares (ULAM) del Centro del Aparato Locomotor del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) sede San Salvador, únicamente 13 personas con lesión medular traumática se encontraban internadas (10 hombres y 3 mujeres), las cuales son referidas desde diferentes hospitales del sector público para iniciar su proceso de rehabilitación después de instaurada la lesión. Las personas que han sufrido una lesión medular al no seguir un proceso ordenado de rehabilitación coordinado por un fisioterapeuta entrenado en la atención primaria pueden tener consecuencias graves en la salud y los diferentes sistemas del cuerpo dando pie a complicaciones secundarias las cuales pueden agudizarse en el transcurso del tiempo y conllevar a reingresos por agravamiento o hasta la muerte sino es atendida de manera adecuada con un enfoque preventivo o de recuperación.

El Ministerio de Salud (MINSAL) impulsa el proceso de Reforma en salud, desde junio de 2009, a partir de la Política Nacional de Salud 2009 – 2014, y en su nueva versión 2015-2019, la Profundización y ampliación de los Ejes Estratégicos de la Reforma de Salud, con “el firme propósito de avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud (SNS) integrado, basado en la Atención Primaria en Salud Integrada (APS-I). Es con el eje de las Redes Integradas e Integrales de Salud (RIIS), que se ha facilitado la continuidad de la atención a la persona mediante los Ecos Familiares y Ecos Especializados que constituyen la puerta de entrada inteligente a la red y son pieza clave para eliminar las barreras geográficas, económicas y culturales que afectaban a la población salvadoreña para acceder a los servicios de salud; innovando en la implementación del Modelo de Atención en Salud

Familiar y Comunitaria, basado en la Atención Primaria de Salud Integrada (APS-I).

El proceso de implementación del Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria es lo que ha permitido la creación de los Ecos Familiares y Ecos Especializados, el cual se ha desarrollado de forma cronológica desde su inicio en el año 2010, se inauguraron 196 Ecos Familiares y 14 Ecos especializados, implementados en ochenta municipios a nivel nacional. En el año 2015 se incrementan a 536 Ecos familiares y 39 Ecos especializados para un total de 575 Ecos familiares, se ha consolidado la estrategia de Equipos Comunitarios de Salud Familiar en 184 municipios. Los Ecos Familiares, deben conocer la realidad de su entorno, realizando una clasificación a las personas según su situación de salud e identificando vulnerabilidades de sus familias. Los Ecos Familiares en el área rural se establece un promedio de tres mil personas por cada equipo, lo que constituye un aproximado de seiscientos familias y en el área urbana un promedio de siete mil personas por cada Ecos Familiar, lo que constituye un aproximado de mil ochocientas familias.

El fisioterapeuta dentro de los ECOS especializados trabaja junto a los ECOS familiares y su población atendiendo alteraciones del sistema osteomioarticular, lesiones estáticas y progresivas del sistema nervioso central o secuelas de accidentes cerebro vasculares, así también educando al personal de los ECOS familiares sobre rehabilitación basada en la comunidad, siempre que se cumpla el criterio de interconsulta realizado por los especialistas de los Ecos familiares, con la problemática que en la práctica profesional del fisioterapeuta pese a estar capacitados para evaluar necesidades del contexto social y ambiental para establecer programas de prevención y atención domiciliaria. (4)

Por lo que este grupo investigador está interesado en conocer como es el rol que el fisioterapeuta desempeña en atención primaria para los lesionados medulares en algunos países de Latinoamérica y Europa con el fin de ofrecer una posibilidad de adaptar tales experiencias en nuestro país.

## **1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el rol del fisioterapeuta dentro de la Atención Primaria para pacientes con lesión medular traumática en países de Latinoamérica y Europa?

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **GENERAL**

- ✓ Determinar cuál es el rol del fisioterapeuta dentro de la Atención Primaria para pacientes con lesión medular traumática en países de Latinoamérica y Europa.

#### **ESPECÍFICOS**

- ✓ Describir cómo se desarrolla la Atención Primaria en Fisioterapia dentro del sistema de salud en los países de Latinoamérica y Europa.
- ✓ Identificar cuáles son las funciones del Fisioterapeuta en la Atención Primaria en relación al manejo de pacientes con lesión medular, en los países de Latinoamérica y Europa.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

A través de esta investigación se buscó recopilar información para conocer las acciones del fisioterapeuta dentro de la atención primaria, ya que en otros países de Latinoamérica y Europa, los profesionales en esta disciplina desarrollan su labor en los diferentes niveles de atención, evitando con ello el agravamiento físico o deterioro de la funcionalidad, y dar seguimiento a la condición del paciente después del alta, o brindarle atención tempranamente llevando un control o monitoreo, así como la prevención de complicaciones secundarias en el proceso de rehabilitación, o como un complemento para cumplir objetivos trazados dentro del mismo.

Con los aportes obtenidos en la investigación se beneficiarán profesionales fisioterapeutas en futuras intervenciones a pacientes con lesión medular, también servirá como una guía a investigaciones de la carrera de Fisioterapia u otras carreras afines al tema y que aborden estos pacientes; para orientar y educar a diferentes profesionales de la salud, cuidadores y familiares, gracias a la información fidedigna y confiable que se obtuvo de la revisión documental.

Para esta investigación documental fue factible porque se obtuvo la bibliografía necesaria cumpliendo con criterios específicos de inclusión para realizarla, y fue viable porque se obtuvo el tiempo, disposición, recursos y materiales necesarios para llevarla a cabo en todas sus fases.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS)**

##### **2.1. DEFINICIÓN**

Según la OMS la Atención Primaria en Salud; "es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas". (5)

##### **2.2. ANTECEDENTES**

Es una estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978, donde se estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de primer, segundo y tercer nivel para todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación". (6) En Suramérica, a diferencia de los países europeos, la universalización de la protección social en salud no se completó. Vistas desde afuera, tradicionalmente, las principales características que se destacan en los sistemas de salud de América Latina son la segmentación de la cobertura, la fragmentación organizacional y la privatización en la financiación y en la prestación de servicios de salud. Los modelos clásicos europeos de seguro social con base en cotizaciones sociales obligatorias de empleados y empleadores y el modelo de servicio nacional de salud, de acceso universal con base en la ciudadanía y financiado con recursos fiscales, influenciaron las políticas de salud de la región, pero no fueron plenamente implementados. (7)

## **2.3. NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD**

### **2.3.1 DEFINICION**

Los niveles de atención son una forma organizada de estructurar los recursos en tres niveles de atención. Se señala como niveles de complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por la misma. Para que estos niveles de atención funcionen adecuadamente deben trabajar como un engranaje perfecto a través de un sistema adecuado de referencia por lo que es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles para que no se vean afectados provocando alta demanda de la población y saturación en la atención. Clásicamente se distinguen tres niveles de atención. (6)

## **2.4. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

El primer nivel es el más cercano a la población, es la puerta de entrada al sistema de salud, son el contacto inicial permanente y privilegiado de personas, familias y comunidades con el sistema de salud, deben brindar el acceso más cercano posible a la atención sanitaria. Debe resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad, atención médica general, enfermería y de acuerdo al tipo de establecimiento, consultorios, policlínicas, centros de salud, consulta especializada ambulatoria, odontología, internación de tránsito y exámenes complementarios de baja complejidad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención primaria de manera oportuna y eficaz. (6)

### **2.4.1. OBJETIVO DEL FISIOTERAPEUTA EN ESTE NIVEL DE ATENCIÓN:**

Promover salud (formación de clubes, comités de salud, asesores profesionales laborales, actividades comunitarias al aire libre, actividades deportivas y recreativas, programas comunitarios de radio y televisión).

Participar en el desarrollo de planes, programas y proyectos de políticas públicas para la atención comunitaria, eliminación de barreras u obstáculos para las personas con o sin discapacidad.

Prevenir factores de riesgo: prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, cardiovasculares y neurodegenerativas. (8)

## **2.5. SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población. (6)

### **2.5.1 OBJETIVO DEL FISIOTERAPEUTA EN ESTE NIVEL DE ATENCIÓN:**

Valorar las deficiencias, limitaciones funcionales, actividad y participación, producto de eventos traumáticos, enfermedades, procesos quirúrgicos, aplicando los métodos propios de la disciplina.

Diagnosticar y cuantificar las deficiencias, limitaciones funcionales, restricción en la participación, como resultado de la valoración fisioterapéutica.

Planificar el plan de acción, mediante el planteamiento de objetivos y medios de tratamiento.

Evaluar los resultados del tratamiento fisioterapéutico. (8)

## **2.6. TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

El tercer nivel de atención es la red de hospitales generales o institutos especializados, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. La atención corresponde a una capacidad de resolución de consulta ambulatoria de alta

complejidad y de internación hospitalaria de especialidades y subespecialidades, en este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud. (6)

### **2.6.1 OBJETIVO DEL FISIOTERAPEUTA EN ESTE NIVEL DE ATENCIÓN:**

La labor del fisioterapeuta en este nivel es parecida al nivel dos: En este nivel el fisioterapeuta trabajara en conjunto con el equipo multidisciplinario para lograr la máxima funcionalidad del participante, pues este es capaz de atender a pacientes referidos de otros profesionales del área de la salud, además de referir al paciente a otras áreas. Así mismo informara al participante sobre como participar en el primer nivel de salud, para evitar recidivas. (8)

## **2.7. DIFERENCIA ENTRE PRIMER NIVEL DE ATENCION Y APS**

La estrategia de la APS es aplicable en todos los niveles de atención, desde el equipo de salud que trabaja en el primer nivel, hasta en la gestión de servicios de alta complejidad en el tercer nivel. La APS, en consecuencia, no es sinónimo de primer nivel de atención. La prevención primaria se desarrolla en todos los niveles de atención, ya sea en un programa de prevención primaria, como, por ejemplo, de inmunizaciones en el primer nivel, hasta la prevención de escaras (prevención terciaria) en un CTI (tercer nivel de atención).

En cada nivel de atención, primero, segundo y tercero se pueden desarrollar todos los niveles de prevención. Por ejemplo, en el primer nivel se pueden desarrollar acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, tal es el caso de la prevención terciaria en cuanto a acciones de rehabilitación en el primer nivel de atención. (6)

## **2.8. ROL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**

### **2.8.1 DEFINICION DE FISIOTERAPIA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la fisioterapia como “el arte y la ciencia por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad que tiene como fin prevenir, readaptar y rehabilitar al paciente susceptible del tratamiento físico.” Así

el fisioterapeuta planificará, establecerá y aplicará los ejercicios más adecuados para que el sujeto recupere su movilidad, independencia. Ayudará a manejar el/los miembros afectados a la hora de realizar las actividades diarias tales como vestirse, bañarse o pasear. Enseñará cómo evitar lesionarse al realizar un trabajo o practicar un deporte. Dará las instrucciones a seguir en el domicilio para continuar con el proceso de recuperación. (9)

### **2.8.2 DEFINICIÓN DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

Es un dispositivo asistencial que engloba la atención rehabilitadora y fisioterapéutica a pacientes con déficits funcionales con posibilidad de recuperación total o parcial y a pacientes discapacitados físicos para mejorar su capacidad funcional de forma compensatoria, en sala de tratamiento o en su domicilio. Ofertando además apoyo y orientación a los cuidadores principales y profesionales de Atención Primaria. (10)

### **2.9. ROL DE FISIOTERAPEUTA EN ATENCION PRIMARIA**

Es necesario puntualizar rol del fisioterapeuta en la atención primaria, destacando tanto su cualificación y su capacitación para evaluar, diagnosticar y proporcionar el tratamiento o la derivación adecuada para las afecciones músculo-esqueléticas, neurológicas, cardiorrespiratorias y otras, que lo sitúan como un proveedor importante de atención sanitaria de calidad dentro del equipo de atención primaria. Basándonos en ello, el fisioterapeuta debería ser el gestor de los casos que atiende y no un mero ejecutor de tratamientos pautados, debería potenciar su autonomía profesional y sus capacidades diagnósticas y terapéuticas para mejorar la capacidad resolutive de este Nivel Asistencial. (11) (12)

### **2.10. FISIOTERAPIA EN LA ATENCION PRIMARIA**

La actividad de los fisioterapeutas de atención primaria contempla actuaciones de promoción, recuperación de la salud y prevención de enfermedades, por lo que en la organización de su trabajo deberán contemplarse estos bloques de actividades, asignándoles su correspondiente

distribución horaria. Como orientación se estima correcto que, al menos el 70% de su tiempo semanal realice su actividad en las salas de fisioterapia y el 30% restante en actividades domiciliarias, de promoción de la salud, de formación y de investigación. (13) (14)

Por la información anteriormente descrita, este grupo investigador se ha interesado en conocer sobre el rol del fisioterapeuta dentro de la atención primaria en los pacientes con lesión medular traumática en países de América y Europa, y de esta manera brindar una guía para el manejo de pacientes en la etapa crónica donde surgen con mayor prevalencia las complicaciones secundarias.

## **2.11. LESIÓN MEDULAR TRAUMÁTICA**

### **2.11.1. DEFINICIÓN**

La lesión medular traumática es el resultado de un impacto sobre la médula espinal suficientemente intenso para producir una alteración de la transmisión sensitiva hacia el cerebro, de la función motora y de la función vegetativa. Ocurre sobre todo en varones entre 30-40 años. Los accidentes de tráfico y las caídas son las causas más prevalentes. (15)

Es uno de los sucesos más trágicos que puede experimentar una persona por las devastadoras consecuencias que conlleva: parálisis de uno, dos o los cuatro miembros y el tronco, en forma de paraplejía o tetraplejía, pérdida de las sensibilidades, disfunción vesical, disfunción sexual que es parte integral del ser humano y de sus actividades de vida, el portador de lesión medular enfrenta cambios significativos en su vida sexual y consecuentemente trascendentales secuelas psicológicas, sociales, laborales y económicas. (16) (17)

La lesión de la médula espinal traumática puede ser de forma causal directa o indirecta, afectando de manera total o parcial pudiendo ser estable o inestable creando trastornos secundarios a la regulación de los órganos por debajo del nivel de lesión (18)

## **2.12. TIPOS DE LESIÓN MEDULAR**

La lesión medular traumática involucra mecanismos primario y secundario. El mecanismo primario involucra el impacto mecánico debida a la deformación local y a la transformación de energía que ocurre dentro de la médula espinal en el momento de la lesión, lo cual es irreversible (compresión por desplazamientos óseos, distracción, aceleración-desaceleración con laceración, trauma penetrante, etc.). El mecanismo secundario con el paso de los meses o de los años se presenta un empeoramiento neurológico demorado tras una lesión ya establecida (mielopatía postraumática) como consecuencia, siringomielia postraumática, Mielopatía por aracnoiditis, Mielopatía tardía poststenosis. Pero quizá lo más importante es decir si la lesión es estable o inestable, cuando aparece daño medular y radicular o se desarrolla deformidad y dolor diferidos. Han de cumplirse 2 o más condiciones como la pérdida de la integridad del cuerpo vertebral, pérdida de la integridad de los ligamentos o del arco posterior, pérdida de alineación de la columna. Si no se resuelve una fractura inestable habrá problemas como consecuencia de ello (19) (20)

## **2.13. NIVELES DE CLASIFICACIÓN DE LA LESIÓN MEDULAR**

De acuerdo con el sistema de Clasificación ASIA se basa en; motora y sensitiva, se utiliza para definir dos niveles motores, dos sensitivos y uno neurológico. El Comité de la “American Spinal Injury Association” (ASIA) considera lesión completa cuando no existe función sensitiva ni motora en el nivel S4-S5 (sensibilidad perianal y esfínter anal) e incompleta cuando presenta al menos alguna de ellas. Datos que pueden registrarse en una hoja de valoración distribuida por la ASIA que resulta de gran utilidad para establecer el nivel medular tanto motor (miotomas) como sensitivo (dermatomas) y si se trata de una lesión completa o incompleta. También clasifica a los pacientes en 5 grupos funcionales según el grado de afectación neurológica con repercusión pronóstica. (21) (22)

**Nivel motor:** Una valoración motora supone comprobar la fuerza de diez músculos claves, cada grupo muscular clave presenta un miotoma valorado en la escala clásica de 5 puntos. El nivel motor ASIA para cada uno de los lados del cuerpo está determinado por el más distal que tenga al menos grado 3. (23)

**Nivel Sensitivo:** Una valoración sensitiva ASIA supone comprobar el tacto leve y la sensación de pinchazo (sensibilidad al dolor) en 28 puntos clave a cada lado del cuerpo, cada punto representa un dermatoma se utiliza una escala de 3 puntos para el tacto leve y para el pinchazo, donde la sensación normal se puntúa 2, la anómala se puntúa 1, y la ausencia de sensación se puntúa 0. El nivel sensitivo ASIA para cada lado del cuerpo se determina por el punto más caudal que tenga grado 2/2. (23)

**Nivel Neurológico:** La valoración motora y sensitiva ASIA también se utiliza para describir un nivel neurológico conjunto. Esto es bastante claro en pacientes que tienen el mismo nivel sensitivo y motor en ambos lados del cuerpo. Sin embargo, en pacientes con lesiones asimétricas se utiliza el nivel motor o sensitivo más alto en cada lado del cuerpo para definir el nivel neurológico de la lesión. Otra manera para clasificar el daño medular es de acuerdo a los plexos y al nivel funcional, puede ser clasificada como:

- **Tetraplejia:** anteriormente llamada cuadriplejia, se refiere a las lesiones en la región cervical y se clasifican en altas y bajas, tetraplejia alta lesiones de C1 a C5, tetraplejia baja lesiones de C5 a T1. (24)
- **Paraplejia:** se refiere a las lesiones que ocurren en los segmentos dorsal, lumbar o sacro. También estas se clasifican en altas y bajas, paraplejia alta lesión entre T1 y T6, paraplejia baja lesiones entre T12 y L2, las lesiones debajo de L2 se clasifican como lesión del cono medular. (24)

## **2.14. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA LESIÓN MEDULAR**

### **2.14.1. FASE AGUDA**

En la fase aguda, o de shock medular, se resuelve en el segundo y tercer nivel de atención en hospitales especializados que requieren recursos humanos, infraestructura, insumos, equipamiento y tecnología, cuidados intensivos, unidades de diagnóstico, laboratorio, estudio de imágenes, ya que este cuadro se caracteriza por parálisis flácida con arreflexia, anestesia y analgesia completa. La duración de esta primera fase es de aproximadamente 48 horas,

siendo imposible predecir su recuperación. Se habla de shock neurogénico siendo de mayor riesgo aquellas lesiones medulares arriba de T6. (24)

En la fase tardía las manifestaciones clínicas por la naturaleza del tejido neurológico afectado ya sea lesión de la neurona motora superior (LNMS) habrá hipertonia (parálisis espástica), hiperreflexia en los reflejos osteotendinosos profundos, y los reflejos cutáneos superficiales disminuidos, anestesia y las funciones intestinal, vesical y sexual pierde el control central dependiendo del nivel medular afectado, a pesar de que el control de estas tres funciones depende de la actividad coordinada del sistema nervioso simpático y parasimpático, lesiones por debajo del cono medular dan lugar a parálisis flácida de los músculos esqueléticos asociados a vejiga, colon y función sexual con pérdida de reflejos sacros, por el contrario las lesiones por encima del cono medular dan lugar a parálisis espástica relacionada con vejiga, el colon y función sexual con retención de reflejos sacros. En muchos casos las lesiones medulares se ven afectadas también la neurona motora inferior, afectan las fibras nerviosas que viajan desde la asta anterior de la médula espinal hasta el músculo periférico. Estas lesiones se presentan clínicamente con debilidad muscular, atrofia e hiporreflexia, con sensibilidad intacta. (25) (26)

#### **2.14.2. FASE CRÓNICA**

En la fase crónica la gran mayoría recuperan un nivel de función motora, la mayor recuperación ocurre en los primeros 6 meses, pero puede mejorar incluso en años después, el paciente recibe un tratamiento rehabilitador, habitualmente en hospitales, centros de rehabilitación o en unidades hospitalarias dedicadas a esta patología ubicadas dentro del primer nivel de atención, en el que se pretende potenciar y mejorar la destreza de la musculatura conservada, las ayudas técnicas precisas según el nivel de su lesión, la Fisioterapia y la Terapia Ocupacional adecuada, el apoyo psicológico que precise y la reeducación vesical e intestinal. (27) (28)

## **2.15. INTERVENCIÓN DE LA FISIOTERAPIA EN LAS COMPLICACIONES SECUNDARIAS A LESIÓN MEDULAR POR SISTEMAS**

El principal objetivo del Fisioterapeuta en la fase aguda como tratamiento inicial del paciente con LM es evitar el deterioro de sus capacidades residuales, como capacidad pulmonar ventilatoria, evitar contracturas musculares, realizar movilizaciones pasivas para mantener arcos articulares funcionales, cambios posturales y posicionamiento en cama, mantener la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga, favorecer la evacuación intestinal por medio del masaje abdominal, aplicación de vendaje anti edema y uso de medias anti embolicas, uso de aditamentos y corsé. (29)

Una vez superadas estas dos fases, que podríamos unificar en una «fase de restablecimiento agudo» y a partir del momento del alta el paciente con LM queda en una situación que podríamos llamar de LM crónica o «fase de mantenimiento», en la que el paciente mantiene el grado de funcionamiento establecido tras la lesión, el período de rehabilitación y en la que se van a ver afectados una serie de órganos y sistemas, con la probable aparición de las complicaciones secundarias como son:

**Sistema respiratorio:** el terapeuta realiza vibraciones y compresiones en costillas para liberar secreciones del aparato respiratorio, cambios posturales, ejercicios de expansión de la caja torácica, ejercicios de educación diafragmática. (30)

**Sistema Locomotor:** bipedestación en verticalizador progresivo a grados de inclinación con según tolerancia del paciente, prevenir deformaciones articulares rigidez, posturas antálgicas, patrones posturales, limitación de arcos de movimiento mediante posicionamiento en cama, uso de silla de ruedas, movilizaciones articulares, estiramiento de la musculatura espástica, facilitación neuromuscular propioceptiva, crioterapia, hidroterapia, electroterapia. (31)

**Función Autonómica:** Disreflexia autonómica e Hipotensión Ortostática función el terapeuta debe estar al pendiente a la crisis que pueda desencadenar un estímulo nociceptivo como distensión vesical, impactación fecal, infección urinaria o lesión cutánea casi desapercibidas por la ausencia de sensibilidad estas pueden se prevenibles por acciones propias del fisioterapeuta como: disminuir la presión por debajo de la lesión, evitar estímulos

irritantes, vaciar vejiga e intestino, colocación del paciente en posición vertical y monitoreo de la presión sanguínea. (32) (33)

**Cutáneo:** el manejo del fisioterapeuta de basa en el cuidado de la piel manteniéndola limpia e hidratada, se recomienda vestimenta fresca, que no sea ajustada, áspera, sin botones o costuras gruesas, utilización de colchones y cojines anti escaras, cambios posturales cada 2 horas durante el día y 3 horas durante la noche. En el caso que el paciente este en silla de ruedas debe realizar pulsaciones cada 30 minutos para disminuir el riesgo de úlceras por presión. (34)

**Trastornos gastrointestinales:** el método ideal es aquel que incrementa la presión abdominal, técnicas de estimulación intestinal, masaje abdominal, maniobra de valsalva, evacuación manual de las heces dieta rica en fibra, ingesta adecuada de líquidos, rutina regular de vaciado de colon. (35)

## **ESQUEMA DE MARCO TEORICO**

### **2. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS)**

2.1 Definición

2.2 Antecedentes

### **2.3 NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD**

2.3.1 Definición

### **2.4 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

2.4.1 Objetivo el Fisioterapeuta en el Primer Nivel de Atención

### **2.5 SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

2.5.1 Objetivo del Fisioterapeuta en el Segundo Nivel De Atención

### **2.6 TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

2.6.1 Objetivo del Fisioterapeuta en el Tercer Nivel de Atención

### **2.7 DIFERENCIA ENTRE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y APS**

### **2.8 ROL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**

2.8.1 Definición de Fisioterapia

### **2.9 ROL DEL FISIOTERAPEUTA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

### **2.10 FISIOTERAPIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**

### **2.11 LESION MEDULAR TRAUMATICA**

2.11.1 Definición

### **2.12 TIPOS DE LESIÓN MEDULAR**

### **2.13 NIVELES DE CLASIFICACIÓN DE LA LESIÓN MEDULAR**

### **2.14 MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA LESIÓN MEDULAR**

2.14.1 Fase Aguda

2.14.2 Fase Crónica

**2.15 INTERVENCION DE LA FISIOTERAPIA EN LAS COMPLICACIONES  
SECUNDARIAS A LESIÓN MEDULAR POR SISTEMAS**

## **CAPÍTULO III**

### **3. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1. DISEÑO Y MÉTODO**

Este tipo de investigación describe el objeto de estudio en sus detalles, y se encarga de ordenar y sistematizar la información disponible en un cuerpo coherente de ideas. Suele distinguirse por la forma de sistematizar la información y aportar nuevos enfoques. El tema investigado es de tipo documental y contó con las características de un método descriptivo basado en una revisión de la literatura sobre **"EL ROL DEL FISIOTERAPEUTA DENTRO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR TRAUMÁTICA EN PAÍSES DE LATINOAMÉRICA Y EUROPA"**, con el propósito que sirva de base en la realización de posteriores investigaciones.

#### **3.2. PROCEDIMIENTO**

Se consultaron fuentes primarias y secundarias de información de forma impresa y digitales como: libros, tesis, artículos de revistas especializadas e investigaciones originales, revistas académicas y fuentes secundarias como sitios web, que se tomaron de 8 bases de datos especializadas, para la revisión bibliográfica documental, estas fueron: Google académico, Repositorios, Dialnet, Scielo, Medline, Ebiblioteca, Medigrafic, Elseiver, Researchgate, tomando información desde 10 años atrás sobre el estudio a investigar, de acceso gratuito y en español considerando las palabras claves como: Atención Primaria en Fisioterapia, Rol del Fisioterapeuta en Atención Primaria, Lesión Medular.

Para seleccionar la información se establecieron criterios de inclusión los cuales son: estudios publicados en español en los últimos 10 años, documentos de fuentes confiables de instituciones reconocidas y de prestigio, artículos, revistas indexadas, libros provenientes de Latinoamérica y Europa, bibliografía imprescindible que hable del tema y sustente la investigación.

Se encontraron un total de 65 archivos, de estos se realizó una lectura superficial para determinar cuáles de ellos tenían información relevante para la investigación. Se obtuvieron

en total 35 archivos, de estas publicaciones, se realizó una lectura analítica para corroborar su validez dentro de la investigación determinando que la muestra es de 6 documentos para dar respuesta a los objetivos establecidos. Ver Anexo (Tabla 1).

**TABLA 1**

**BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA Y FUENTES DE INFORMACIÓN**

<b>Buscador</b>	<b>Artículos Encontrados</b>	<b>Artículos Relevantes</b>	<b>Artículos Seleccionados.</b>
<b>Google Académico</b>	26	10	3
<b>DialNet</b>	3	2	1
<b>Medigrafic</b>	5	4	-
<b>Scielo</b>	10	2	1
<b>Elseiver</b>	6	2	1
<b>Repositorios</b>	15	11	-
<b>ResearchGate</b>	3	2	-
<b>Medlineplus</b>	5	2	-
<b>TOTAL</b>	65	35	6

Fuente: Elaborado por el grupo investigador con base a datos de Google académico, DialNet, Medigrafic, Scielo, Elseiver, repositorios, ResearchGate, Medlineplus.

### 3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Las técnicas que se utilizaron son: la revisión, análisis, organización y sistematización documental.

Los instrumentos utilizados son: las fichas bibliográficas y las matrices analíticas de revisión documental.

EJEMPLO:

<b>Título del Artículo o libro</b>	<b>Referencia bibliográfica:</b> <b>Autor:</b> <b>Año:</b>
<b>Resumen:</b>	
<b>Investigadores:</b> José Benjamín Martínez Cornejo Neftaly de Jesús Pérez Mendoza Héctor Alexis Rivas López <b>Docente asesor:</b> Licenciada Glenda Castillo	

### 3.4 ANÁLISIS DE DATOS

Los investigadores analizaron la información y elaboraron un documento donde se refleja la opinión e interpretación sobre el fenómeno de estudio y se realizó una búsqueda bibliográfica para recolectar información en fichas bibliográficas, donde se detalló el contenido de cada fuente de información, los estudios fueron seleccionados a partir de los criterios de inclusión, posteriormente se realizó un análisis de los resultados, y se presentan los datos obtenidos en el capítulo IV.

## CAPITULO IV

### 4. RESULTADOS

Según las 35 fuentes bibliográficas revisadas en este trabajo, 6 documentos fueron seleccionados como base para Determinar cuál es el rol del fisioterapeuta dentro de la Atención Primaria para pacientes con lesión medular traumática en países de Latinoamérica y Europa, según los objetivos planteados, los resultados son los siguientes:

- **DESCRIBIR CÓMO SE DESARROLLA LA ATENCIÓN PRIMARIA EN FISIOTERAPIA DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD EN LOS PAÍSES DE LATINOAMÉRICA Y EUROPA.**

Los autores Dr. Javier Caballero Rendon, Lic. Marisol Chacon Salomon en su artículo en la revista paceña de medicina familiar, Bolivia “La fisioterapia en el marco de atención primaria” plantean que La atención especializada puede, por su configuración y medios, asumir teóricamente toda la patología que precise de una recuperación funcional, pero su capacidad de absorción es limitada (aparición de grandes listas de espera), provocando que mucha patología de “menor” importancia quede sin tratar. Esto da paso a que el primer nivel asistencial pueda descargar al nivel especializado de toda esta patología en función del tipo de pacientes, las patologías más habituales y las necesidades de cada área. Los centros de Atención Primaria desarrollan de forma integrada y mediante el trabajo en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva de la zona de adscripción. El encargado de llevar a cabo estos programas de rehabilitación es el Fisioterapeuta, como profesional formado específicamente en este campo. El Fisioterapeuta está destinado a un Centro de Atención Primaria, y depende funcionalmente de los coordinadores de los equipos de atención primaria para las actividades que desarrollen en cada zona de adscripción del Centro. La actividad de los Fisioterapeutas en Atención Primaria contempla que al menos el 70% de su tiempo semanal realice su actividad en las salas de fisioterapia y el 30% restante se distribuya en las actividades domiciliarias, de promoción de la salud, de formación y de investigación. Actualmente se encuentra un claro aumento de la presión asistencial sobre el Fisioterapeuta de Atención

Primaria, lo que pone de manifiesto el hecho de que el número de tratamientos fisioterápicos básicos haya aumentado.

Para la Asociación Española De Fisioterapeutas De Atención Primaria Y Salud Comunitaria en la II Jornada Nacional De Fisioterapia En Atención Primaria Y Salud Comunitaria, Zaragoza, España, plantean que la fisioterapia en atención primaria y salud comunitaria se ocupa de la evaluación, diagnóstico, tratamiento, prevención, y de la promoción de la salud de todos los usuarios del sistema o sistemas de salud, y de las comunidades, entre las que se incluyen ayuntamientos, colegios y otros centros educativos, centros y residencias de mayores, asociaciones, asociaciones de pacientes y sus familiares, domicilios, etc., tanto públicos como privados. El trabajo en este nivel se va convirtiendo en una actividad de sumo interés para las Autoridades Sanitarias a la hora de desarrollar iniciativas preventivas y de control de distintos problemas de salud, máxime con el desarrollo de las nuevas Estrategias de Salud, sobre todo en el campo de la Cronicidad y Enfermedades Musculo-Esqueléticas. En el Marco de la gran reforma de la Atención Primaria iniciado en España con la Ley general de sanidad 1986 y con el objetivo de aumentar los recursos y la capacidad resolutive del 1er nivel asistencial se crearon como unidades de apoyo, las UFAP (Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria), este proceso inicio en 1990 y un año después se creó la figura del fisioterapeuta de áreas de la AP y se regularon sus funciones. Se trataba de aumentar las posibilidades terapéuticas de la atención primaria en patologías de baja complejidad y alta prevalencia, y de iniciar la prevención de la enfermedad y promoción de la salud mediante la fisioterapia. Los fisioterapeutas trabajaban directamente con el EAP (Equipo de Atención Primaria) asignado a las UFAP donde los médicos de familia y pediatras después de haber realizado el diagnóstico del paciente, derivaban directo a fisioterapia sin necesidad de consultar el nivel hospitalario. Aumentando la capacidad resolutive de la AP, mejorando la efectividad y acelerando la recuperación del paciente. Sin embargo, esta reforma no llevo a completarse, y actualmente, 27 años después, la situación del fisioterapeuta de la AP es bastante precaria, desde luego insuficiente para responder a los retos que se platea el Sistema Nacional de Salud de España.

Los autores Ligia Giovanella, Patty Fidelis De Almeida, Román Vega Romero, Suelen Oliveira, Herland Tejerina Silva en el artículo titulado “Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos” exponen la concreción de los principios de Atención Primaria en Salud (APS) de 12 países de América del Sur (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia; Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay, Venezuela) donde demuestran que para cada país los abordajes de APS son distintos, dentro de las últimas décadas conforme a los diversos contextos políticos y modalidades de sistemas de protección social y de sistemas de salud prevalentes.

Para Argentina la APS es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad-atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación.

En Bolivia no se emplea el término APS en las normas. El ‘Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (Safci)’ con sus principios de participación comunitaria, intersectorialidad, interculturalidad e integralidad contempla los elementos de APS. El modelo Safci se define como el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.

La atención básica en Brasil se caracteriza por un conjunto de acciones de salud en el ámbito individual y colectivo que abarca la promoción y la protección de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la reducción de daños y la mantención de la salud con el objetivo de desarrollar una atención integral que tenga impacto en la situación de salud, en la autonomía de las personas y en los determinantes y condicionantes de salud de las colectividades. La ‘Estrategia Salud de la Familia (ESF)’, con sus equipos multiprofesionales de base territorial, es el principal modelo de atención en APS.

En Chile, El nuevo ‘Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitaria’ busca asegurar una distribución más equitativa de los recursos de salud para otorgar una asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Para Colombia, La APS es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En Ecuador, El ‘Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (Mais-FCI)’ incorpora la estrategia de la APS renovada. Es el conjunto de estrategias que organizan el sistema Nacional de Salud, para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias, las comunidades y el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención de la red de salud.

El sistema de salud en Guyana se basa en la APS. El acceso universal a la atención a la salud es gratuito y es un derecho constitucional (1980). El paquete de servicios de salud públicamente garantizados (2010) enfatiza la promoción y es integral. Incluye desde servicios primarios hasta especializados y hospitalarios con provisión en una red nacional integrada organizada en niveles de atención, empezando en postas de salud con agentes comunitarios de salud y técnicos/as Medex para áreas remotas.

En Paraguay, Se busca incrementar el acceso para la población excluida a través de ‘equipos y unidades de salud de la familia’ asignados a territorios definidos.

Para Perú (2003, 2011) El nuevo ‘Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y la Comunidad (Mais-BFC)’ toma como punto de partida la definición de APS de Alma-

Ata y los principios, valores y estrategias de la APS renovada, fundamento del sistema de salud. Para tal propósito, se demanda reajustar los servicios de salud hacia la promoción y la prevención.

Suriname atribuye a la APS un papel central en la equidad en la salud. No conceptúa la APS, pero refiere pilares de la APS tales como la importancia en incidir sobre los determinantes sociales, la colaboración multisectorial y la participación social, como estratégicos para el enfrentamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles. El sistema de salud es segmentado y cada subsistema implementa los servicios de APS de modo distinto.

Uruguay, crea El Sistema Nacional Integrado de Salud que se organizará en redes por niveles de atención, tendrá como estrategia la APS y priorizará el primer nivel de atención. El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social.

En Venezuela, La Misión Barrio Adentro, explicita la APS como su estrategia fundamental: “La APS forma parte integrante tanto del Sistema Público Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria... atraviesa los distintos niveles de atención y sus redes, garantizando así una respuesta a las necesidades en salud de manera oportuna, regular y suficiente”.

Los 12 países de América del Sur se asemejan en la composición del equipo básico de APS donde incluyen diferentes recursos como Médicos/as, licenciados/as en enfermería, auxiliares de enfermería, parteras/os, agentes comunitarios/as, odontólogos/as, asistente

social y asistente administrativo/a, pero en ninguno de ellos se cuenta o especifican el recurso de Fisioterapia dentro del equipo.

## ANALISIS

En el sistema de salud de España, Europa la atención primaria se desarrolla a través del equipo de Atención Primaria donde es incluida la Fisioterapia para el abordaje integral al alcance de todos. En los países de Latinoamérica (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia; Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay, Venezuela) a pesar del desarrollo de la Atención Primaria de una manera integral, el fisioterapeuta no es mencionado como parte de los equipos de APS en 11 países de América del sur a pesar que la fisioterapia si se desarrolla en estos países y solo es mencionado por Guyana dentro de su equipo de APS como asistente de rehabilitación. En ambas regiones la capacidad de absorción a diferentes patologías sin intervenir en el nivel hospitalario es limitada, debido a la larga lista de pacientes y poco recurso asignado a los diferentes EAP o UFAP para mitigar la demanda. Además, existe poca continuidad en patologías crónicas y poca resolución de casos que requieren una rehabilitación larga.

- **IDENTIFICAR CUÁLES SON LAS FUNCIONES DEL FISIOTERAPEUTA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN RELACIÓN AL MANEJO DE PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR, EN LOS PAÍSES DE LATINOAMÉRICA Y EUROPA.**

Los autores F.J. Romero Ganuza y J. Mazaira Álvarez plantean en su artículo titulado “El paciente con lesión medular en el medio extrahospitalario”, Toledo, España, tres Fases de evolución de un paciente con Lesión Medular, donde el principal objetivo en los pacientes en fase aguda es conseguir su supervivencia, prevenir toda pérdida adicional de la función neurológica y, si fuera posible, reducir el déficit neurológico a través de una adecuada monitorización de su función respiratoria, la administración de oxígeno por mascarilla y la facilitación de la fisioterapia respiratoria enérgica, aunque con frecuencia se necesita apoyo respiratorio mediante ventilación mecánica a través de tubo endotraqueal en los pacientes

con lesión cervical. Es de especial cuidado la prevención de las úlceras por decúbito mediante cambios posturales cada 2-3 horas y de contracturas musculoesqueléticas mediante fisioterapia (inicialmente pasiva) y tratamiento postural funcional. En la Fase de Reestablecimiento Agudo, el abordaje fisioterápico pretende mejorar el tono de la musculatura sana, evitar la atrofia en la medida de lo posible, y reducir o controlar el dolor que pueda derivarse de la lesión. A nivel trófico es imprescindible un tratamiento completo de la musculatura cervical, periescapular, espalda, y extremidades. La postura continuada en la silla propiciará la activación de Puntos Gatillo Miofasial que deben ser tratados con cualquiera de las técnicas para tratar el Síndrome del Dolor Miofasial. Los cuidados de la Fase Crónica dependen de las complicaciones secundarias que surgen en los días tras la lesión y el período de rehabilitación, en la que se van a ver afectados una serie de órganos y sistemas. Por lo que los autores exponen la función del fisioterapeuta por complicación secundaria presente en el paciente. Para el Aparato Locomotor, el tratamiento es preventivo mediante una corrección postural, control de la espasticidad y corsés, movilizaciones pasivas no forzadas y la radioterapia a dosis antiinflamatoria. La prevención de la obesidad en los pacientes que tienden a ella mediante un aumento en la actividad física y una dieta variada hipocalórica será el tratamiento para mejorar la Función Autonómica. Si el paciente presenta Disreflexia Autonómica se debe investigar el estímulo causante y tratarlo adecuadamente (sondaje vesical, sonda rectal de descarga, cura de heridas). El tratamiento de las úlceras por presión consiste en cambios posturales cada pocas horas llevados a cabo por el propio paciente o por sus cuidadores. Para conseguir un ritmo intestinal regular y evitar la incontinencia o regular el ritmo de defecación se debe estimular el reflejo de la defecación mediante estímulos locales (estimulación digital anal y aumento del bolo fecal mediante supositorios de glicerina o laxantes formadores de volumen).

Para la autora Rojas Yazmín Brenes en su revista Médica de Costa Rica y Centroamérica titulada “Lesiones Medulares Agudas” el objetivo en el manejo de un paciente con lesión medular en la fase aguda es limitar la expansión de la lesión secundaria tanto no invasivamente como quirúrgicamente si amerita, por lo que los manejos básicos

consisten en proteger la vía aérea, adecuada oxigenación y ventilación. La nueva medida para limitar el avance o disminuir la parálisis y tratar de realizar la mayoría de funciones posibles y reintegrar los pacientes a su vida diaria es aplicación de estimulación eléctrica donde se estimula al músculo distalmente, es útil en neuronas motoras inferiores intactas para fortalecer el músculo, mejorar la condición cardíaca, facilitar la erección y control del dolor. También sirven para mejorar la función intestinal y vesical y disminuir complicaciones.

El autor Miguel Á. Capó-Juan en su Artículo “El paciente con lesión Medular en fase crónica. Revisión del tratamiento Fisioterápico”, Palma Mallorca, España. Plantea que se requiere de la aplicación de electroterapia sobre los músculos desnervados o sanos en la Fase Crónica de un paciente con Lesión medular y el tratamiento de la espasticidad consiste en estiramientos, electroterapia, ultrasonido masaje. Expone que actualmente también se recurre a otras técnicas como el vendaje neuromuscular, la punción seca o electropunción. Recomienda la educación del paciente y la promoción de la actividad física para el reacondicionamiento muscular.

## ANALISIS

En los documentos que se tomaron como muestra podemos decir que, en España las funciones que el fisioterapeuta realiza en el manejo de los pacientes con lesión medular en cada una de sus fases de evolución son similares al manejo que el fisioterapeuta en Costa Rica y Centroamérica realiza en cada una de las fases de evolución de una lesión medular, dejando en evidencia que el manejo de estos pacientes en ambos continentes Europeo y Latinoamericano el fisioterapeuta desarrolla un rol fundamental en el proceso de rehabilitación.

## CONCLUSIONES

- A pesar de los esfuerzos realizados en Europa, en cuanto a la implementación de la Atención Primaria en el Sistema de salud y la creación de las UFAP, no ha tenido el impacto esperado en cuanto a la resolución de los casos de muchos pacientes, ya que no se cuenta con suficientes fisioterapeutas para satisfacer la demanda que se tiene.
- En los países de Latinoamérica a pesar de la implementación de la atención primaria dentro del sistema de salud, no se incluye directamente al fisioterapeuta como una pieza fundamental en el equipo de atención primaria, por lo que las resoluciones a muchos problemas de salud relacionados a la rehabilitación no se pueden resolver de una manera eficaz.
- En cuanto al tratamiento que el fisioterapeuta en atención primaria brinda al paciente con lesión medular en sus diferentes etapas de evolución, la información encontrada expone que el manejo en estos casos es similar, ya sea en los países de Latinoamérica como el abordaje en países de Europa.

## **RECOMENDACIONES**

- El fisioterapeuta debería de ser el gestor de los casos que atiende y no un mero ejecutor de tratamientos pautados.
- Se debería de potenciar la autonomía del profesional de Fisioterapia, sus capacidades diagnósticas y de tratamiento, para resolver los casos en el nivel más básico de atención y no incrementar la demanda en el nivel hospitalario.
- El refuerzo de profesionales en Fisioterapia dentro de los centros de salud más cercanos a la población en el nivel más inmediato de resolución.
- La atención centrada en el paciente con una mejora en cuanto a la accesibilidad y que ofrezca una atención de calidad en el nivel más apropiado, brindaría beneficios económicos y de salud a todos los asociados.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Who.int. OMS. Organización Mundial de la Salud. Lesiones medulares (19 de noviembre de 2013). [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury>
2. Del mar Martínez-Lentisco, M. Derivación directa al servicio de fisioterapia en atención primaria; beneficios en la demora. Estudio transversal tras siete años de implementación. Andalucía (2020) p.49 p. 89–98. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/341270881\\_Derivacion\\_directa\\_al\\_servicio\\_de\\_fisioterapia\\_en\\_atencion\\_primaria\\_beneficios\\_en\\_la\\_demora\\_Estudio\\_transversal\\_tras\\_siete\\_anos\\_de\\_implementacion](https://www.researchgate.net/publication/341270881_Derivacion_directa_al_servicio_de_fisioterapia_en_atencion_primaria_beneficios_en_la_demora_Estudio_transversal_tras_siete_anos_de_implementacion)
3. Giovanella L. (Organizadora) Isags: Unasur. Atención primaria de salud en Suramérica. Rio de Janeiro. 2015. [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2019/07/livro\\_atencao\\_primaria\\_de\\_saude\\_2015\\_esp-2-1.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2019/07/livro_atencao_primaria_de_saude_2015_esp-2-1.pdf)
4. StuDocu. Lineamientos técnicos para los Ecos Familiares y Ecos Especializados [Internet]. [citado 2022 Jun 20]. Disponible en: <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-de-el-salvador/salud-comunitaria/lineamientos-tecnicos-para-los-ecos-familiares-y-ecos-especializados/18626043>
5. OMS. (01 de abril de 2021). Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria En Salud [Internet]. Who.int. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
6. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Intern [Internet]. 2011 [citado el 24 de

febrero de 2022] p.33(1):7–11. Disponible en:  
[http://scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003](http://scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003)

7. Giovanella L, Fidelis de Almeida P, Vega Romero R, Oliveira S, Herland Tejerina Silva. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica; concepciones, componentes y desafíos. Rio de Janeiro, 2015. Disponible en:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nPvTxpJ3th9XwY83zTrJZPw/?format=pdf&lang=es>

8. Rodríguez J. Áreas De Acción Del Fisioterapeuta En Los Distintos Niveles De Atención En Salud. San Juan De Los Morros. Facultad de Fisioterapia. Universidad Nacional Experimental de Los Llanos Centrales “Rómulo Gallegos”. República Bolivariana de Venezuela. Abril 26, 2020. p.5-8 [Internet]. Disponible en:

<https://www.scribd.com/document/458417960/AREAS-DE-ACCION-DEL-FISIOTERAPEUTA-EN-LOS-DISTINTOS-NIVELES-DE-ATENCION-EN-SALUD>

9. Agamafec.com. Fernández López L, Félez Carballada M. Habilidades e terapéutica [Internet] [citado 2022 Jun 20]. Disponible en: [https://revista.agamfec.com/wp-content/uploads/2016/05/Cadernos-21\\_4\\_pax49.pdf](https://revista.agamfec.com/wp-content/uploads/2016/05/Cadernos-21_4_pax49.pdf)

10. Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud. Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria; guía de procedimientos, definición del servicio de rehabilitación y fisioterapia de atención primaria. p.8. Disponible para descarga en: [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-mediafile\\_sasdocumento/2019/manualderehabilit%20%282%29.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-mediafile_sasdocumento/2019/manualderehabilit%20%282%29.pdf)

11. II Jornada de Fisioterapia en Atención Primaria y Salud Comunitaria. Asociación Española de Fisioterapeutas de Atención Primaria y Salud Comunitaria. Editores: ABRIL BELCHÍ E, Asociación Española de Fisioterapeutas de Atención Primaria y Salud Comunitaria 2019. p. 1-109. Disponible en:

<https://www.researchgate.net/publication/335859101> II JORNADA NACIONAL DE FISIOTERAPIA EN ATENCION PRIMARIA Y SALUD COMUNITARIA

12. Techtitute.com. El Salvador. [Internet] Fisioterapia en atención primaria. “El servicio de fisioterapia en Atención Primaria tiene como objetivo el tratamiento de afectaciones ya presentes en el paciente”. Disponible en: <https://www.techtitute.com/sv/fisioterapia/blog/fisioterapia-en-atencion-primaria>

13. Inchusta Gonzalez M, Fisioterapia en atención primaria. Portales Médicos [Internet]. Revista 2017. [citado 2022 Jun 20]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/fisioterapia-atencion-primaria/>

14. Dr. Caballero Rendon J; Lic. Chacon Salomon M. La Fisioterapia En El Marco De Atención Primaria. Corporación Universitaria Antonio José de Sucre. 2018-2019. [Internet]. Disponible en: <https://www.studocu.com/co/document/corporacion-universitaria-antonio-jose-de-sucre/tecnicas-evaluativas/9-la-fisioterapia-en-el-marco-de-la-atencion-primaria-1/9031230>

15. A. Esclarín de Ruz. Lesión medular traumática. Valoración y manejo integral. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Nacional de Parapléjicos, Toledo, España. 2019 [Internet]. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-lesion-medular-traumatica-valoracion-manejo-articulo-S030454121930071X>

16. Romero Ganuza FJ, Mazaira Álvarez J. El paciente con lesión medular en el medio extrahospitalario. Atención Primaria [Internet]. 2001 [citado el 24 de febrero de 2022];27(2):127 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7684062/>

17. Dra., M. J., Luís, J., Roig, G., Yuveldris, D., Oliva, S., Lianys, D., Moreno, M., Degnis, D., & Prado, J. (n.d.). Epidemiología de la lesión medular traumática. Epidemiologic traumatic spinal injury. Medigraphic.Com. Retrieved March 16, 2022, Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2012/cfr122b.pdf>

18. Glenda Ileana Castillo de Hernández, Manual de evaluación y tratamiento en Fisioterapia del Lesionado Medular, Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina, Escuela de Tecnología Médica, Carrera de Fisioterapia y Terapia Ocupacional, Modulo VII ciclo I-2016
19. Ucm.Es. Universidad Complutense de Madrid (Dakota del Norte). Traumatismos raquimedulares. Recuperado el 9 de marzo de 2022, Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-26-02%20Traumatismos%20raquimedulares.pdf>
20. Hoyos R. Lesionados Medulares Y Marcha [Internet]. Universidad FASTA; 2017. Disponible en: [http://redi.ufasta.edu.ar:8082/jspui/bitstream/123456789/1315/2/2017\\_K\\_004.pdf](http://redi.ufasta.edu.ar:8082/jspui/bitstream/123456789/1315/2/2017_K_004.pdf)
21. Dacasa ET, Sotorres González G. Capítulo 62 -Clasificación, Pronóstico Y Tratamiento De Las Lesiones Medulares [Internet]. Secot.es. [citado 2022 Mar 9]. Disponible en: [https://unitia.secot.es/web/manual\\_residente/CAPITULO%2062.pdf](https://unitia.secot.es/web/manual_residente/CAPITULO%2062.pdf)
22. Mejía L. Estimulación Transcutánea Eléctrica De La Medula Espinal Para Recuperación De La Marcha Después De Una Lesión Medular Incompleta [Internet]. Instituto Guttmann - Universidad Autónoma De Barcelona; Curso (2019-2020). Disponible en: [https://siidon.guttmann.com/files/06\\_mejia\\_carolina.pdf](https://siidon.guttmann.com/files/06_mejia_carolina.pdf)
23. Estefanía I, Morales C, Geovanna LK, Echeverría E. Atención Fisioterapéutica En Paciente Con Cuadriparesia Por Trauma Raquimedular En La Comunidad De “Carpuela” De La Provincia De Imbabura Universidad Técnica Del Norte Facultad De Ciencias De La Salud Carrera De Terapia Física Médica. Ibarra-Ecuador, 2022. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9897/2/06%20TEF%20270%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>
24. Calero M. Lesión Medular en Fase Aguda [Internet]. Fisioterapia en Especialidades Clínicas II. Universidad Católica San Antonio o de Murcia. Curso 2020-2021. Disponible en: <https://www.studocu.com/es/document/universidad-catolica-san-antonio-de->

[murcia/fisioterapia-en-especialidades-clinicas-ii/tema-22-lesion-medular-en-fase-aguda/9526449](#)

25. Serrano Navio A. Actualización Del Manejo Del Paciente En Shock 2014. Disponible para [descarga](#) en: [https://books.google.com.sv/books?hl=es&lr=&id=4gaMBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT86&dq=shock+medular+pdf&ots=L\\_2BWLw-SF&sig=9sLDkftTqjrTVs2ErJPHQ\\_y91TE#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.sv/books?hl=es&lr=&id=4gaMBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT86&dq=shock+medular+pdf&ots=L_2BWLw-SF&sig=9sLDkftTqjrTVs2ErJPHQ_y91TE#v=onepage&q&f=false)

26. Rojas Yazmín Brenes. Lesiones Medulares Agudas. Revista Médica De Costa Rica Y Centroamerica Lxxiii, 2016. Medigraphic.Com. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc163aq.pdf>

27. Miguel Á. Capó-Juan. El paciente con lesión medular en fase crónica. Revisión del tratamiento fisioterápico. Centro Base de Discapacitados. Consejería Servicios Sociales y Cooperación. Palma de Mallorca. Gobierno de las Islas Baleares. Fisiología: revista de divulgación en Fisioterapia, Vol. 3, N°. 1, 2016, págs. 5-12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5364685>

28. Lesión Medular, Guía Para el Manejo Integral del Paciente con Lesión Medular Crónica [Internet]. Aspaysmadrid.org. [citado el 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.aspaysmadrid.org/wp-content/uploads/2018/05/guia-manejo-integral-2013.pdf>

29. Ángel Castellano del Castillo, M., Jarrod Gaudes, R., Gálvez Castiella, V., Marco Sánchez, P., Ángeles Lorenzo Santander, M., & Ledesma Romanos, L. (2000). Tratamiento del lesionado medular en atención primaria. Semergen, 26(2), 62–65. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359300735350>

30. Humexe. Lesión medular y su repercusión en la respiración. Humexe. [Internet]. 2018 [citado 2022 Jun 20]. Disponible en: <https://humexe.com/lesion-medular-repercusion-respiracion/>

31. Gómez-Vega JC, Ocampo-Navia MI, Acevedo González JC. Espasticidad. Univ. Med. 2021. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/30472/25043>
32. Andrei Krassioukov, Michael Stillman and Lisa A. Beck. Disfunciones autonómicas después de una lesión de la médula espinal: una descripción general para los médicos de atención primaria. Traducido al español por: Melina Longoni, Camilo Castillo, y Hernández Jiménez I. En colaboración con el Comité de las Américas de la Asociación Americana de Lesión Medular. 2020. Disponible en: <https://asia-spinalinjury.org/wp-content/uploads/2020/07/Disfunciones-auton%C3%B3micas-despu%C3%A9s.pdf>
33. Martín-Gómez A, Palacios-Gómez ME, García-Marcos SA. Crisis hipertensiva en paciente con lesión medular. Nefrología. 2015 [Internet]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v35n3/carta2.pdf>
34. Cano Cusirramos, Karla Yesenia Phuño Mamani, Pamela Asunción. Presencia De Úlceras Por Presión Y Factores Intrínsecos Y Extrínsecos En Pacientes De La Uci. Hospital Goyeneche Arequipa Perú – 2018. Tesis de Grado para Obtener Título Profesional de la Segunda Especialidad en Enfermería, con mención en: Cuidados Intensivos. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8778/ENScacuky1.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
35. Carrillo-Esper R, Lazcano-Romano I, Hernandez-Erao ID. Disfunción renal secundaria a lesión medular aguda. Med Int Mex. [Internet]. 2014 [citado el 26 de febrero de 2022];30(3):343–7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2014/mim143o.pdf>

## ANEXOS

### GLOSARIO

**Atención primaria:** Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas, puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el paciente puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

**CTI:** Centro de Tratamiento Intensivo.

**Complicaciones secundarias:** Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado.

**Dermatoma:** es un área de piel cuyos nervios sensitivos provienen, todos, de una única raíz nerviosa espinal.

**Detrimento:** El detrimento se refiere al deterioro, daño o perjuicio de alguien o algo. La palabra, como tal, proviene del latín detrimentum.

**Distracción:** Separación por tracción de los fragmentos de un hueso fracturado u osteotomizado, o las superficies de una articulación.

**EAP:** El Equipo de Atención Primaria está formado por los profesionales que atienden en este nivel asistencial a la población. Forman parte de él los médicos de familia o de atención primaria, pediatras, enfermería, Fisioterapeuta y personal de soporte administrativo. Aunque dicha configuración básica puede cambiar en cada país.

**ECOS:** Equipos Comunitarios de Salud.

**Hipotensión Arterial:** Sucede cuando la presión arterial es mucho más baja de lo normal. Esto significa que el corazón, el cerebro y otras partes del cuerpo no reciben suficiente sangre. La presión arterial normal casi siempre está entre 90/60 mmHg y 120/80 mmHg.

**LMT:** La lesión medular traumática es una alteración del tejido medular tras un traumatismo. Clínicamente se caracteriza por la pérdida funcional por debajo de la lesión, ya que hay una interrupción de las vías aferentes y eferentes que comunican los centros neurológicos superiores con los efectores periféricos.

**Miotoma:** es el grupo de fibras musculares inervadas por un nervio espinal o raquídeo.

**Mielopatía tardía post estenosis:** por estenosis progresiva del canal, principalmente cervical. Se produce una estrechez del canal años después del trauma.

**Mielopatía por aracnoiditis:** (reborde óseo que irrita la aracnoides dando una inflamación que va desvascularizando). La fricción continua de un relieve óseo sobre la médula provoca inflamación meníngea crónica, la cual puede conducir a desmielinización progresiva medular y/o radicular.

**Modelo:** es aquella construcción que, a partir de determinados rasgos estructurales, supone no sólo la producción teórica, técnica, ideológica, social y económico-política de los médicos, sino también la de los conjuntos institucionales implicados en su funcionamiento.

**Niveles de atención:** Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven.

**Órganos Diana:** Se consideran órganos diana a los tejidos del cuerpo humano que reaccionan a un estímulo interno o externo. Si bien todos los órganos son diana, no todos los órganos responden al mismo estímulo.

**Miotoma:** es el grupo de fibras musculares inervadas por un nervio espinal o raquídeo.

**Parálisis Flácida:** es un tipo de parálisis en la cual el músculo se torna laxo y blando, no resistiendo a un estiramiento pasivo, lo que da lugar a una debilidad extrema y la pérdida completa de los reflejos tendinosos y cutáneos.

**Primer Nivel de Atención:** El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atenciones básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación.

**Rol:** Es el papel que abarca tanto la prevención del problema como su diagnóstico, evaluación clínica, tratamiento y seguimiento; siendo todos estos aspectos esenciales, son los primeros los de mayor trascendencia.

**Siringomielia postraumática:** la más frecuente; quistes en el interior de la médula a nivel de la lesión inicial, conteniendo líquido parecido al LCR, que pueden aumentar de tamaño progresivamente. Quistes en la médula que van confluyendo.

**Trastorno:** Presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas, identificables en la práctica clínica, que, en la mayoría de los casos, se acompañan de malestar o interfieren con la actividad de la persona