

Universitat de València

Facultad de Fisioterapia



“Calidad percibida por el usuario con patología en el sistema musculoesquelético, de la atención recibida en la Unidad de Fisioterapia”

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

D^a María José Llácer Bosch

Dirigida por:

Dr. D. José María Tenías Burillo

Dr. D. José Casaña Granell

Dr. D. Felipe Querol Fuentes

VALENCIA 2017

Dr. D. José María Tenías Burillo Facultativo especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, en el *Hospital Pare Jofre* de Valencia.

Dr. D. José Casaña Granell, Profesor Contratado Doctor de la *Universitat de València*, adscrito al *Departament de Fisioteràpia de la Universitat de València*.

Dr. D. Felipe Querol Fuentes, Profesor Titular de la *Universitat de València*, adscrito al *Departament de Fisioteràpia de la Universitat de València*.

CERTIFICAN:

Que el presente trabajo, titulado “Calidad percibida por el usuario con patología musculoesquelética, de la atención recibida en la Unidad de Fisioterapia”, ha sido realizado bajo su dirección en el Departament de Fisioteràpia de la Universitat de València, por Dña. **M^a José Llácer Bosch**, para la obtención del título de doctora. Habiéndose concluido y reuniendo a su juicio las condiciones de originalidad y rigor científico necesarias, autorizan su presentación a fin de que pueda ser defendido ante el tribunal correspondiente.

Y para que así conste, expiden y firman la presente certificación en Valencia, a 10 mayo de 2017.

Fdo. José María Tenías Burillo

Fdo. José Casaña Granell

Fdo. Felipe Querol Fuentes

AGRADECIMIENTOS

“Un camino de mil millas comienza con un paso” (Benjamin Franklin).

Quisiera aprovechar estas líneas para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, en especial a mis directores: al Dr. D. José María Tenías Burillo por creer mí, por sus conocimientos, experiencia y tiempo; al Dr. D. José Casaña Granell por su energía y capacidad de trabajo; y al Dr. D. Felipe Querol Fuentes por estar en los momentos delicados. A los tres, gracias por vuestra implicación, proximidad y tiempo.

Quisiera hacer extensiva mi gratitud, a mis compañeros del Departamento de Fisioterapia donde desarrollo mi actividad docente sobre todo a mis compadres de asignatura David Hernández y Katy Tolsada por permitirme delegar en ellos la coordinación de la asignatura y así poderme centrar en la tesis. Del mismo modo, quisiera también agradecer a mis compañeros del Servicio de Rehabilitación y Fisioterapia del Departamento de Salud La Ribera, en especial a Noelia De la Concepción Roig por su cariño y predisposición a ayudarme en todo momento, a Rosa Navarro y Edelmira Moreno por sus palabras de apoyo en los días difíciles.

A Julia Martínez, Neus Rosa y Pilar Sanz (que en breve serán grandes fisioterapeutas), por vuestra desinteresada ayuda en las evaluaciones a los pacientes.

A los pacientes que han participado en la investigación, sin cuya colaboración sería imposible esta realidad.

A mis padres Francisco y Francisca, por su ejemplo en la vida y por inculcarme valores como la constancia y el afán de superación.

A mis hermanas Victoria, Montse y Maite por estar siempre cuando las necesito y es mucho lo que las necesito.

A mi marido, José Ángel, por ser *“el alma mater”* en este proyecto, por su apoyo e insistencia en los momentos de flaquezas: gracias cariño.

Y, sobre todo a mis hijos Ángel y Nacho, por ser la razón de mi vida y mi felicidad. Es un orgullo ser vuestra madre. ***“Gracias por existir”***.

ÍNDICE

ÍNDICE

PREÁMBULO.....	11
I. INTRODUCCIÓN	15
I.1 MARCO TEÓRICO	15
I.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA	17
I.3 CALIDAD ASISTENCIAL SANITARIA. EVOLUCIÓN ACTUAL DE UN CONCEPTO COMPLEJO..	19
I.4 SATISFACCIÓN Y CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE	21
I.5 MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN Y LA CALIDAD PERCIBIDA EN EL ÁMBITO SANITARIO	22
I.6 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN FISIOTERAPIA A TRAVÉS DE CUESTIONARIOS	25
I.7 LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA	28
I.8 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	31
II. MATERIAL Y MÉTODOS	35
II.1 MUESTRA.....	35
II.2 DISEÑO DEL ESTUDIO	36
II.2.1 Aspectos éticos.....	36
II.2.2 Plan de trabajo	37
II.2.3 Ámbito del estudio	37
II.2.4 Tamaño muestral	37
II.3 PROCEDIMIENTO GENERAL.....	39
II.4 EQUIPAMIENTO E INSTRUMENTAL	42
II.4.1 ESCALAS, CUESTIONARIOS Y TEST DE VALORACIÓN	42
II.4.2 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	50
II.5 PROCEDIMIENTOS DE MEDIDA	52
II.5.1 PROTOCOLO DE LOS GRUPOS CADERA Y RODILLA	52
II.5.2 PROTOCOLO DE LOS GRUPOS HOMBRO Y MANO	56
II.5.3 PROTOCOLO DE LOS GRUPOS CERVICAL Y LUMBAR.....	62
II.5.4 PROTOCOLO PARA VALORAR EL DOLOR, LA SATISFACCIÓN, LA PERCEPCIÓN DEL CAMBIO Y LA CALIDAD PERCIBIDA EN TODOS LOS GRUPOS DE LA MUESTRA.	68
II.5.5 Protocolo para recoger los datos sociodemográficos y antropométricos	69
II.6 ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	69
III. RESULTADOS	73
III.1 Análisis descriptivo.....	73
III.1.1 Descriptivos sociodemográficos de la muestra.....	73

III.1.2 Distribución de las patologías por Centro de Salud	75
III.1.3 Distribución de las patologías por grupos de edad	75
III.1.4 Datos antropométricos de la muestra	77
III.2 Satisfacción.....	79
III.2.1 Relación de la satisfacción en función al tiempo de espera	79
III.2.2 Relación de la satisfacción en función de la localización de la patología	79
III.2.3 Relación de la satisfacción con las variables sociodemográficas, los cambios en el estado de salud, la funcionalidad y en el dolor.....	80
III.3 Calidad percibida.....	81
III.3.1 Resultados del cuestionario PEPAP-Q por dominios, áreas y PEPAP-Q total.....	82
III.3.2 Puntuación de los dominios y áreas del cuestionario PEPAP-Q en relación a los indicadores del cambio clínico en el paciente.	83
III.3.3 Correlaciones en los resultados del cuestionario PEPAP-Q según el esquema de codificación.	87
III.3.4 Resultados del cuestionario PEPAP-Q por dominios, áreas y total calculados en función a la codificación cuantitativa.....	89
III.3.5 Distribución de los valores globales y por áreas del cuestionario PEPAP-Q en relación a las variables sociodemográficas.	91
III.3.6 Mejoría de las variables clínicas en los usuarios, intragrupo y entre los grupos de la muestra	91
III.3.7 Distribución de los valores del cuestionario PEPAP-Q en función de las áreas y PEPAP-Q total y las variables de mejoría clínica y funcional de sujeto.	93
III.3.8 Distribución de los valores del cuestionario PEPAP-Q en función de las áreas y PEPAP-Q total y las variables de mejoría subjetiva de sujeto.	94
III.3.9 Puntuación de los dominios, áreas y PEPAP-Q total según los grupos.....	95
III.3.10 Correlaciones entre el número de sesiones y las puntuaciones del cuestionario PEPAP-Q según la patología.	96
III.3.11 Relación del cuestionario PEPAP-Q con la adherencia a los ejercicios y consejos pautados para el domicilio.	97
IV. DISCUSIÓN.....	103
IV.1 Introducción: consideraciones generales	103
IV.2 Interpretación de los resultados en relación a la hipótesis planteada y a lo publicado por otros autores.	106
IV.2.1 Consideraciones relativas al ámbito de estudio y muestra seleccionada, y los estudios con los que nos comparamos.....	107
IV.2.2 Consideraciones generales a las patologías seleccionadas y los estudios con los que nos comparamos	107
IV.2.3 Consideraciones generales a los Instrumentos de valoración empleados y los estudios con los que nos comparamos.....	108

IV.3 Discusión de los resultados	110
IV.3.1 Discusión de los resultados globales, por áreas y dominios	110
IV.3.2 Discusión de los resultados por subgrupos: edad, sexo, nivel de estudio y por patologías	113
IV.3.3 Discusión de los resultados de calidad percibida y satisfacción en función de los valores demográficos	115
IV.3.4 Discusión de los resultados de calidad percibida y satisfacción en función de los valores de mejoría clínica, mejoría funcional y mejoría subjetiva	116
IV.4 Limitaciones y puntos fuertes	118
IV.5 Aplicaciones prácticas para la clínica.	119
IV.6 Líneas futuras de investigación.....	119
V. CONCLUSIONES	123
VI. BIBLIOGRAFÍA.....	127
VII. ANEXOS	143
Anexo 1. Revisión bibliográfica: Historial	143
Tabla: cuestionarios para valorar la satisfacción o la calidad percibida por los usuarios en el área de fisioterapia	147
Anexo 2: Informe favorable del Comité de Ética de la Investigación-Comisión de Investigación del Departamento de Salud de La Ribera.	148
Anexo 3: Documento de información al paciente	149
Anexo 4: Consentimiento informado	150
Anexo 5: Protocolo estándar del tratamiento de las diferentes patologías del estudio	151
Anexo 6. Cuaderno de recogida de datos para la primera valoración en función de la localización de la patología	152
ANEXO 7. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PEPAP-Q.....	190
Anexo 8. Cuaderno de recogida de datos para la segunda valoración en función de la localización de la patología	193
ANEXO 9. CUESTIONARIO WOMAC PARA ARTROSIS	233
ANEXO 10. ESCALA DASH.	235
ANEXO 11. TEST DE CONSTANT-MURLEY.....	238
ANEXO 12. Índice de Discapacidad de Oswestry	239
ANEXO 13. Índice de discapacidad del raquis cervical NDI	242
ANEXO 14. Escala de Satisfacción de Likert	244
ANEXO 15. PATIENT GLOBAL IMPRESSION OF CHANGE SCALE	245
ANEXO 16. RESULTADOS ESTADÍSTICOS	246

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Proyección de la población de España entre 2014-2064. Fuente: INE 2014	16
Figura 2. Diagrama de flujo de enrolamiento y análisis de la muestra	38
Figura 3. Recorrido del test TUG	48
Figura 4. Test Sit-To-Stand	49
Figura 5. Goniómetro digital.	50
Figura 6. Goniómetro manual de plástico.....	50
Figura 7. Dinamómetro digital. Marca Lafayette Instruments.....	50
Figura 8. Dinamómetro hidráulico de la mano. Marca Chattanooga	51
Figura 9. Cinta métrica de 150 cm de longitud	51
Figura 10. Escala visual analógica (EVA).....	51
Figura 11. Mediciones del ROM activo de la flexión en la articulación coxofemoral.	53
Figura 12. Mediciones del ROM activo de la extensión en la articulación coxofemoral	53
Figura 13. Mediciones del ROM activo de la abducción y aducción de la articulación coxofemoral.	54
Figura 14. Mediciones del ROM activo de la rotación interna y externa de la articulación coxofemoral.	54
Figura 15. Mediciones del ROM activo de la rodilla (flexión y extensión)	55
Figura 16. Mediciones del ROM activo del hombro (Flexión, Abducción, Rotación externa e interna) en el test de Constant-Murley.....	57
Figura 17. Mediciones del ROM activo de la flexión y extensión de la articulación radiocarpiana.	58
Figura 18. Mediciones del ROM activo de la inclinación radial y cubital de la articulación radiocarpiana.	58
Figura 19. Mediciones del ROM activo de la pronación a nivel de la articulación radiocarpiana.	59
Figura 20. Mediciones del ROM activo de la supinación a nivel de la articulación radiocarpiana.	60
Figura 21. Medición de la fuerza del hombro a través de una dinamometría.....	61
Figura 22. Medición de la fuerza de la mano a través de una dinamometría.	62
Figura 23. Mediciones del ROM activo de la flexión y extensión del raquis cervical.....	63

Figura 24. Mediciones del ROM activo de la inclinación lateral del raquis cervical	64
Figura 25. Mediciones del ROM activo de la rotación del raquis cervical.	64
Figura 26. Mediciones de la prueba “dedos suelo”	65
Figura 27. Mediciones de la prueba “maniobra flexión de Schober”	66
Figura 28. Mediciones de la prueba “maniobra extensión de Schober modificada”	66
Figura 29. Mediciones de la prueba “maniobra flexión lateral dedo a muslo”	67
Figura 30. Mediciones de la prueba “maniobra rotación toracolumbar”	67
Figura 31. Porcentaje de hombres y mujeres por tramo de edad.	74
Figura 32. Porcentaje de la localización de las patologías por grupo de edad	76
Figura 33. Porcentaje del tiempo en lista de espera.....	78
Figura 34. Satisfacción en relación al tiempo de espera.....	79
Figura 35. Diagrama de cajas de las puntuaciones de los dominios del cuestionario PEPAP-Q. 90	
Figura 36. Diagrama de cajas de las puntuaciones de las áreas del cuestionario PEPAP-Q.	90
Figura 37. Tamaño del efecto (d de Cohen) por localización e indicador analizado.	93
Figura 38. Relación entre la mejoría subjetiva percibida por el paciente (eje de abscisas) y las puntuaciones del cuestionario PEPAP-Q (eje de ordenadas).	94

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Problemas de salud crónicos (%) en mujeres adultas	16
Tabla 2. Instrumentos de medición de la calidad por medio de las experiencias y percepciones del paciente en el ámbito de la salud	22
Tabla 3. Cuestionarios de medición de la calidad por medio la satisfacción del paciente en el ámbito de la salud	23
Tabla 4. Instrumentos que miden la Satisfacción o la Calidad Percibida del paciente tras los servicios de Fisioterapia.	27
Tabla 5. Cronograma de evaluaciones y pruebas realizadas en cada fase del estudio.....	41
Tabla 6. Puntuación del test de Constant-Murley	44
Tabla 7. Áreas y dominios de las expectativas de los pacientes	46
Tabla 8. Algoritmo de recodificación de los ítems en 2 categorías.....	47
Tabla 9. Instrumentos de medición	50
Tabla 10. Valoración del parámetro movilidad de la rotación externa e interna según el test de Constant- Murley	56
Tabla 11. Descriptivos generales.....	73
Tabla 12. Distribución de sexos por grupo de edad	74
Tabla 13. Distribución de la localización de las patologías por Centros de Salud.	75
Tabla 14. Distribución de la localización de las patologías por grupo de edad	76
Tabla 15. Descriptivos generales 2	77
Tabla 16. Relación de la satisfacción global en función de los grupos.....	80
Tabla 17. Relación de la satisfacción global con las variables sociodemográficas, la mejoría percibida, la mejoría funcional y la disminución del dolor.	81
Tabla 18. Distribución de los valores del cuestionario PEPAP-Q por dominios, áreas y total. ...	82
Tabla 19. Puntuaciones de los dominios y áreas del cuestionario PEPAP-Q en relación a los indicadores de mejoría.....	85
Tabla 20. Resumen de las asociaciones entre la mejoría funcional, en el recorrido articular, la fuerza y el dolor con la satisfacción percibida con el cuestionario PEPAP-Q, por dominios y áreas.	86
Tabla 21. Correlaciones en los resultados de las áreas y puntuación global del cuestionario PEPAP-Q según el esquema de codificación... ..	87

Tabla 22. Correlaciones en los resultados de los dominios del cuestionario PEPAP-Q según el esquema de codificación.....	88
Tabla 23. Distribución de los valores del cuestionario PEPAP-Q por dominios, áreas y total.	89
Tabla 24. Distribución de los valores globales y por áreas del cuestionario PEPAP-Q en relación a las variables sociodemográficas	91
Tabla 25. Tamaño del efecto indicadores y localizaciones	92
Tabla 26. Distribución de los valores del cuestionario PEPAP-Q en función de las áreas y del PEPAP-Q total y las variables mejoría objetiva del sujeto	93
Tabla 27. Distribución de los valores del cuestionario PEPAP-Q en función de las áreas y del PEPAP-Q total y las variables mejoría subjetiva del sujeto.....	94
Tabla 28. Puntuaciones de los dominios del cuestionario PEPAP-Q según los grupos.....	95
Tabla 29. Puntuaciones de las áreas y PEPAP-Q total según los grupos.....	96
Tabla 30. Correlaciones entre el número de sesiones y las puntuaciones del cuestionario PEPAP-Q según patología	97
Tabla 31. Puntuaciones de las áreas y PEPAP-Q total según la adherencia a los ejercicios domiciliarios.....	98
Tabla 32. Porcentaje de la adherencia de la muestra a los consejos y los ejercicios pautados para hacer en el domicilio	98
Tabla 33. Asociación entre calidad percibida y adherencia a los ejercicios en el domicilio	99

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

A: Área.

AAOS: Academy of Orthopedic Surgeons.

ANOVA: Analisis de varianza.

Art.: Articulación.

ATR: Artroplastia Total de Rodilla.

BOE: Boletín Oficial del Estado.

CATENFIS: Cuestionario sobre la Atención en Fisioterapia.

CAP: Centros Atención Primaria.

CCRQ: Client Centered Rehabilitation Questionnaire.

CEI-CI: Comité de Ética de la Investigación-Comisión de Investigación.

COT: Cirugía Ortopédica y Traumatología.

CRD: Cuaderno de Recogida de Datos.

CRPF: Revised Cardiac Rehabilitation Preference Form.

D: Dominio.

DASH: Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand.

EAP: Equipo Atención Primaria.

EFQM: Modelo Europeo para la Gestión de la Calidad.

EVA: Escala visual analógica.

F: Fase.

FIM: Fuerza Isométrica Máxima.

HCSQ: Health Care Satisfaction Questionnaire.

HKIEQ: Hong Kong Inpatient Experience Questionnaire.

IMC: Índice de Masa Corporal.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

I-PACH: Inpatient Assessment of Healthcare.

JCAH: Joint Commission on Accreditation of Hospitals.

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

MRPS: The MedRisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction With Physical Therapy Care.

MISS: Medical Interview Satisfaction Scale.

NDI: Neck Disability Index.

NORPEQ: Norwegian Patient Experiences Questionnaire.

NREQ: Neurorehabilitation Experience Questionnaire.

OA: Osteoarthritis.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

O-PACH: Outpatient Assessment of Healthcare.

OPEQ: Outpatient Experience Questionnaire.

P.A.INT: Patient Arzt Interaktion.

PCSSW: Primary Care Satisfaction Survey for Women.

PEPAP-Q: Questionnaire of Patients' Experiences in Postacute Outpatient Physical Therapy.

PEQ: Patient Experiences Questionnaire.

PGICS: Patient Global Impression of Change Scale.

PPEQ: Picker Patient Experience Questionnaire.

PPTO: Patients' Perception of Treatment Outcomes.

POPS: Physiotherapy Outpatient Survey.

PQ-PPC: Perceived Quality Questionnaire in Primary Physical Therapy Care.

PSQ: Patient Satisfaction Questionnaire.

PSS: Parent Satisfaction Scale.

PTOPS: Physical Therapy Outpatient Satisfaction Survey.

QPP: Quality from the Patient's Perspective.

QUOTE: Quality of Care Through the Patient's Eyes.

ROM: Rango de Movilidad.

SAPHORA: SAPHORA-based in Patient Satisfaction Assessment Questionnaire.

SAT: Satisfaction.

SECEC: European Society for Surgery of the Shoulder and the Elbow.

SERVQUAL: Service Quality.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SUAUH: Satisfacción del Usuario con el Área de Urgencia Hospitalaria.

SUCE: Satisfacción de los Usuarios de las Consultas Externas.

STS: Sit-To Stand Test.

TUG: Time Up and Go.

WOMAC: Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index.

ZUF: Questionnaire on Patient Satisfaction

PREÁMBULO

En la última década, la fisioterapia española está viviendo unos cambios muy importantes a nivel académico, fruto de la transformación de su titulación de Diplomatura a Grado, lo que ha facilitado el acceso directo de los fisioterapeutas a los estudios de doctorado tras la realización de los estudios de máster.

Poder desarrollar trabajos de investigación doctoral en fisioterapia era prácticamente imposible hasta hace bien poco. Este hecho permite situar la figura del fisioterapeuta en el techo del mundo académico.

Dichos cambios están revolucionando la fisioterapia en el mundo universitario, pero la realidad asistencial parece poco sensible a esta transformación. Como fisioterapeuta que desempeña su actividad en ambos campos observo la brecha que se está produciendo y la desmoralización de muchos fisioterapeutas clínicos que atienden día a día a sus pacientes, viviendo una realidad bien distinta de la de sus colegas docentes.

A este desánimo contribuye también la masificación de usuarios en las Unidades de Fisioterapia de los Centros Públicos de Salud, donde el fisioterapeuta atiende diariamente a un número ingente de pacientes sin la posibilidad de poder desplegar ni utilizar adecuadamente los conocimientos adquiridos en su formación.

Esa masificación guarda relación directa con el envejecimiento de la población y con el aumento de la esperanza de vida de nuestros mayores, quienes requieren cada vez más los servicios del fisioterapeuta al ver mejorada su calidad de vida tras su paso por nuestras manos.

Esta realidad ha sido el punto de partida para la realización del presente estudio, que pretende analizar dicha situación, exponiendo cómo perciben los usuarios la atención recibida en sus Unidades de Fisioterapia, y situar la figura del fisioterapeuta en su contexto actual.

La tesis se empezó a gestar en 2014, partiendo de la problemática citada, contando para su puesta en marcha con el acicate y apoyo de mi compañero vital, el Dr. José Ángel González Domínguez, fisioterapeuta docente en la Universidad CEU Cardenal Herrera y clínico en Atención Primaria, y por tanto inmerso en un contexto muy similar al mío, a lo que se sumó la inmensa fortuna de conocer a un investigador de la talla del Dr. José María Tenías Burillo gracias a la mediación y el apoyo de otro grandísimo profesional de la Fisioterapia, el Dr. José Vicente Benavent Cervera, con quien tuve la suerte de coincidir tanto en el Master de los Procesos de Envejecimiento de la Universitat de València como en el equipo de fisioterapeutas que lideró,

para desarrollar la agenda de Fisioterapia en el programa Abucasis de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana. El doctor Tenías, además de darme “el pistoletazo de salida”, me enseñó a dar forma metodológica y rigor científico a esta idea, acompañándome en esta intensa carrera junto con otro gran compañero en mis quehaceres docentes universitarios: el doctor José Casaña Granell, uno de los actuales pilares en la Facultad de Fisioterapia de la Universitat de València y del Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunitat Valenciana, que se ilusionó con este proyecto y a pesar de sus muchas obligaciones me ha dedicado su tiempo y experiencia. Subrayar también, el honor de contar al final del camino con la figura de un colega pionero, maestro para varias generaciones de fisioterapeutas valencianos: el Dr. Felipe Querol Fuentes.

En el desarrollo de este trabajo, inicialmente y acorde a las normas universitarias, introduciremos el marco teórico en el que centraremos el actual problema; completando la introducción, con la hipótesis y los objetivos. A continuación, en el apartado material y método, describiremos el camino recorrido en la recogida de los datos, la selección de la muestra, los instrumentos y herramientas utilizadas, así como el procedimiento que hemos llevado a cabo. Una vez descritos estos puntos, ofreceremos los resultados de los seis meses durante los cuales se tomaron las muestras del estudio con sus correspondientes gráficas y figuras, que resumen lo que el texto complementa; en la discusión, ofreceremos qué puntos son controvertidos y juzgados de forma distinta por los diferentes autores para ultimar con las conclusiones.

INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

I.1 MARCO TEÓRICO

La satisfacción del usuario es un valor que va en aumento en todas las empresas, sean públicas o privadas, sean de producción o de servicios, hasta el punto de que el éxito de una corporación dependa en gran medida de la capacidad de satisfacer las necesidades de sus clientes. Evaluar la satisfacción de los usuarios y la mejora en la calidad de la atención sanitaria es parte fundamental de la gestión de los servicios de salud y constituye una preocupación constante de todos los actores que intervienen en el proceso asistencial, es decir: pacientes, profesionales, gestores y políticos (1–3).

Las organizaciones sanitarias (hospitales, centros de salud, clínicas...), como empresas de servicios que son, tienen verdaderas dificultades a la hora de saber cómo perciben sus clientes la calidad de los servicios que prestan, dificultades derivadas de la intangibilidad del servicio y resultados que ofrecen, la heterogeneidad de los servicios sanitarios y la condición multifactorial del propio concepto “calidad” (4).

Los responsables de la Salud Pública actualmente no sólo centran su atención en la calidad de los servicios que gestionan, sino que también muestran preocupación por las enfermedades crónicas, pues suponen un mayor volumen del gasto sanitario en España. Estas patologías en concreto motivaron el 80% de las consultas de Atención Primaria en 2012, donde se estimó que 1 de cada 6 adultos padece un problema de salud crónico, siendo mayor la incidencia en el sexo femenino respecto al masculino, y siendo la patología crónico-degenerativa del sistema musculoesquelético la más frecuente en dicha población, como se especifica en la tabla 1 (5–7).

Tabla 1. Problemas de salud crónicos (%) en mujeres adultas

PATOLOGÍAS	% Mujeres
Artrosis, artritis, reumatismo	25.1 %
Dolor espalda crónico (lumbar)	22.8 %
Dolor espalda crónico (cervical)	21.9 %
Hipertensión arterial	19.5 %
Colesterol alto	16.8 %
Migraña o dolor de cabeza frecuente	12.3 %
Alergia crónica	11.8 %
Ansiedad	9.8 %
Depresión	8.7 %
Problemas de tiroides	7.8 %

Fuente: Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e igualdad e Instituto Nacional de Estadística Encuesta Nacional de Salud en España, 2011/2012.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e igualdad e Instituto Nacional de Estadística Encuesta Nacional de Salud en España, 2011/2012.

En la historia española estamos viviendo un proceso de inversión demográfica, con un estrechamiento de la pirámide poblacional en la parte inferior, tal y como muestra la figura 1. El envejecimiento de la sociedad supone una serie de desafíos a la Administración por el aumento del gasto en salud, al contar con un Sistema de Salud Universal y Gratuito (8).

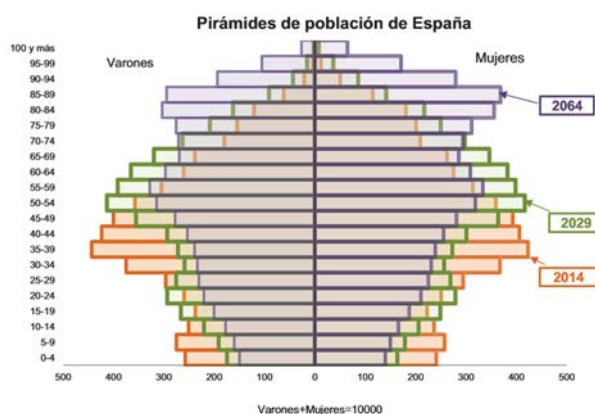


Figura 1. Proyección de la población de España entre 2014-2064. Fuente: INE 2014

Las patologías relacionadas con el sistema musculoesquelético van a tener una mayor prevalencia en una población con una esperanza de vida elevada, con el consiguiente aumento de la presión asistencial sobre el sistema de salud. Por ello se hace necesario promover una asistencia sanitaria asequible y adecuada para este tipo de pacientes, basada en la información

y en la formación del manejo del proceso que permita al usuario tener un papel activo en su autocuidado (5,6,9).

El paciente que padece procesos degenerativos en el sistema musculoesquelético, presenta un cuadro clínico que se caracteriza por dolor e incapacidad funcional, siendo además susceptible de depender de otras personas. En este contexto, el paciente con enfermedad crónica va a necesitar de la actuación de distintos profesionales, entre los que se encuentra el fisioterapeuta, que por medio de diferentes terapias y consejos pretende mejorar su capacidad funcional y su calidad de vida (10,11).

Los profesionales de la Fisioterapia en Atención Primaria, ante la necesidad de cubrir el aumento de demanda de este tipo de usuarios, han diseñado programas de ejercicios y consejos para realizar en el domicilio, con el objetivo de formar y concienciar al paciente en el manejo y recuperación de su proceso, promoviendo así que adopte un papel activo en su autocuidado, de esta forma se pretende conseguir una recuperación más rápida y una disminución del número de sesiones, a ser posible sin disminuir la calidad del servicio (8,12,13).

Los Fisioterapeutas, al igual que el resto de los profesionales sanitarios, cuentan con la responsabilidad de realizar actividades de mejora y de adaptación a los momentos socio-económicos actuales, sin dejar de tener en cuenta la calidad como un deber profesional y ético (14).

I.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA

En este apartado se analiza brevemente la evolución histórica de la valoración de la calidad sanitaria, lo que supone a su vez un acercamiento a la Historia Universal de la Medicina y de la Salud Pública.

El interés y la preocupación por la calidad asistencial sanitaria es equiparable a la propia práctica de la Medicina, con muestras tan antiguas al respecto como las de algunos papiros del Antiguo Egipto, el Código de Hammurabi o el tratado *La Ley* de Hipócrates, buscando siempre lo más indicado o correcto para el paciente, dentro de un concepto deontológico de la calidad sanitaria (15,16).

Pero es en el siglo XX, cuando se emprende el desarrollo de estudios sobre calidad asistencial, donde los Estados Unidos de Norteamérica han sido un destacado referente. Una institución pionera a este respecto fue el Colegio de Cirujanos de América, fundado en 1913, que desarrolló

un programa de estandarización de los hospitales para combatir las deficiencias de los centros hospitalarios estadounidenses en aquellos momentos iniciales del siglo.

Un hito significativo fue la creación en Norteamérica, en 1951, de la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH), posteriormente denominada Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), que supuso la introducción de la exigencia a los hospitales de unos estándares de calidad, de forma que estos debían estar acreditados para poder prestar asistencia sanitaria(17).

El proceso de examinar y medir la calidad asistencial, se generaliza internacionalmente en los años ochenta. De hecho, es en 1980 cuando la Organización Mundial de la Salud (ONU) establece, en su plan de estrategia denominado “Salud para todos en el año 2000”, como uno de sus objetivos (objetivo 31)(17):

“De aquí a 1990 todos los Estados miembros deberán haber creado unas comisiones eficaces que aseguren la calidad de las atenciones a los enfermos en el marco de sus sistemas de prestaciones sanitarias. Se podrá atender este objetivo si se establecen métodos de vigilancia continua y sistemática para determinar la calidad de los servicios prestados a los enfermos, convirtiendo las actividades de evaluación y control en una preocupación constante de las actividades habituales de los profesionales sanitarios, y finalmente, impartiendo a todo el personal sanitario una formación que asegure y amplíe sus conocimientos”.

En la década de los setenta, y también en la de los ochenta, la calidad asistencial se basó en el punto de vista del personal sanitario, era este el que sopesaba qué elementos satisfacían a los usuarios, y asumían conocer aquellos atributos que satisfacían a los usuarios, pudiendo o no coincidir con las prioridades de los mismos. La opinión del usuario sobre lo que realmente le satisfacía era desconocida (19,20).

Fue en la década de los noventa cuando se desarrolló una nueva visión de la asistencia sanitaria denominada "cuidados centrados en el paciente", por medio de la cual la satisfacción del usuario adquirió mayor protagonismo (21–23).

En la actualidad, esta nueva orientación hacia el usuario es el criterio con mayor peso específico a la hora de valorar la excelencia en una empresa, tal y como propone el Modelo Europeo para la Gestión de la Calidad (EFQM)(24–26), y como afirmó Díaz (22) en su artículo de 2002 donde remarcó que el usuario “se convierte en motor y centro del sistema sanitario” y su satisfacción

pasa a ser el indicador final del éxito de dicha prestación (22,27). Hoy en día es impensable conocer la calidad asistencial sanitaria si no se conoce la satisfacción del usuario.

Es por ello que se hace necesario conocer su opinión y su grado de satisfacción al respecto, de modo que, si conocemos las expectativas del paciente y las transformamos en una prestación adecuada, ajustando el servicio sanitario que se le ofrece a su necesidad y expectativa, se puede alcanzar la calidad asistencial del servicio (28).

I.3 CALIDAD ASISTENCIAL SANITARIA. EVOLUCIÓN ACTUAL DE UN CONCEPTO COMPLEJO

La **Calidad asistencial sanitaria** fue definida por la OMS en Copenhague en el año 1985 como la actuación sanitaria que pretende “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima **satisfacción del paciente** con el proceso” (3).

Gilmore y Novaes, en su Manual de Gerencia de la Calidad, la definieron como “la calidad en el cuidado de la salud con un alto nivel de excelencia profesional, un uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo y un alto grado de satisfacción por parte del paciente” (29).

Uno de los problemas del concepto “calidad asistencial sanitaria” radica en que la mayor parte de la población parece estar de acuerdo en lo que quiere decir, y sin embargo tiene un significado distinto en función del papel que se desempeñe en la actuación sanitaria; así, en una intervención de cadera el concepto calidad es diferente para el cirujano, para el fisioterapeuta, para el paciente o para el gerente.

Además, el término “calidad asistencial sanitaria” es un concepto en evolución, que ha sufrido matizaciones a través del tiempo; así, a finales del siglo XIX, el citado término guardaba relación con la reducción de la tasa de mortalidad de los hospitales, mientras que en el siglo XX el cambio se produce por influjo de la ética al adquirir el clínico una responsabilidad para con su paciente, en busca de “lo que es mejor para él” (principio de beneficencia) (30). Sin embargo, a finales del siglo XX el concepto calidad se sustentó en diferentes atributos, como por ejemplo el hecho de que la asistencia estuviera acorde al estado de la ciencia, conseguir que los cuidados fueran los adecuados a las necesidades, prestar la atención sanitaria idónea de la que se es capaz, y lograr que los resultados satisfagan al paciente (24).

Durante las últimas décadas, “la satisfacción del paciente” es un atributo que ha ido *in crescendo* a la hora de medir la calidad de los servicios sanitarios, debido a que el paciente tiene un papel cada vez más activo en la toma de decisiones. Donabedian fue una de las primeras autoras en afirmar la imposibilidad de medir la calidad del servicio si no se tenía en cuenta el punto de vista del usuario, entendiendo la satisfacción del paciente “como una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud” (32,33). También sistematizó por primera vez en 1980 la medición de la calidad asistencial como una triada, proponiendo evaluar su estructura, los procesos y los resultados; marcando así la evolución conceptual y metodológica en las tendencias a medir la calidad en el sector sanitario (34).

Pocos años después de la propuesta de Donabedian, diversos autores como Vuori (35) en 1982, Palmer (36) en 1983, Nutting *et al.* (37) en 1987 y el Programa Ibérico (38) en 1990 definieron una serie de atributos, dimensiones o indicadores que permitieran monitorizar la calidad de los sistemas de salud. Pero la clasificación de las dimensiones de calidad más empleada ha sido la propuesta por el Instituto de Medicina de Estados Unidos en 2001 (39); que incluye seis dimensiones: la seguridad, la efectividad, el servicio centrado al paciente, la oportunidad, la eficiencia y la equidad.

Independientemente del significado de las dimensiones o atributos propuestos por los diferentes autores, la evolución natural de las fórmulas que pretenden monitorizar la calidad asistencial ha ido simplificándose lo más posible, prescindiendo de ciertas dimensiones que quedaban integradas en otras como, por ejemplo, la dimensión eficiencia y la dimensión efectividad (38,40,41).

El enfoque de Donabedian, en su ensayo de calidad en la triada: estructura, procesos y resultados, también ha evolucionado hacia el desarrollo de medidas que valoren el proceso y los resultados, dando menos importancia a las medidas estructurales pues no resultaron ser medidas sólidas para evaluar la calidad asistencial (42).

Según lo expuesto anteriormente, la tendencia ha sido simplificar el número de dimensiones para valorar la calidad asistencial, pero sin olvidar la opinión de los usuarios, sus percepciones y los juicios que realizan del servicio recibido, considerado por autores como Prieto Rodríguez, *et al.* (43), como valores imprescindibles para prestar una asistencia sanitaria de calidad.

Es más, la mayoría de investigaciones que analizan la calidad asistencial, coinciden en la importancia que tiene la satisfacción del paciente en el concepto global de calidad. En este sentido, los estudios de Saturno (44) y Reyes-Alcazar (45), afirmaron que la calidad es la

satisfacción de las necesidades del paciente en función de las expectativas y la percepción del servicio que se le ha dado.

I.4 SATISFACCIÓN Y CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE

La satisfacción del paciente es un concepto complejo, multidimensional y difícil de medir en el ámbito sanitario. Consiste en la relación que hay entre la necesidad de una demanda asistencial y lo que el paciente recibe del servicio de salud. Además, está subordinada a factores que condicionan la percepción de lo que se espera y recibe, como son: el estilo de vida, las experiencias anteriores, las expectativas previas, la información recogida de otros usuarios y de la propia organización sanitaria, y los valores del individuo y la sociedad. Dicho de otra forma, la satisfacción podría definirse como la brecha entre las expectativas del usuario y las experiencias del paciente de la atención recibida (22,27,28,31,46).

La mayoría de los estudios analizados (47–51) sostienen como causas de satisfacción: el trato humano y personalizado, la empatía, la capacidad de respuesta, la calidad de la información y el confort de las instalaciones. Por otro lado, consideran como causas de insatisfacción: la falta de coordinación del personal sanitario, las listas de espera y los retrasos en obtener los resultados de las diferentes pruebas o en comunicar el diagnóstico.

Otro concepto que ha entrado a escena en la monitorización de la calidad sanitaria, es el término “calidad percibida”. Se trata de un concepto también complejo y multifactorial definido por Parasuraman, *et al.* (52) en el mundo empresarial como “el juicio global o actitud, relacionada con la superioridad del servicio” que depende según Grönroos (53), de la comparación del servicio esperado con el servicio recibido.

Según Alen y Fraiz (54), la diferencia entre calidad percibida y satisfacción radica en que mientras la primera representa un juicio más global y duradero, fruto de muchos encuentros con el servicio, vinculándose a largo plazo, la segunda es una valoración transitoria susceptible de ser cambiada en cada transacción.

Los términos satisfacción y calidad percibida están muy próximos uno del otro; de hecho, en muchas ocasiones la falta de claridad entre ellos ha hecho que se intercambien dichos conceptos como si significaran lo mismo (55–59). Pero existen pequeños matices entre ambos términos, como indican Lee, *et al.* (57) que en su estudio sobre ambos términos, afirmando que los usuarios emiten sus juicios de satisfacción después de percibir un servicio, por lo que la satisfacción es la consecuencia de la calidad de servicio percibida.

Por otra parte, Andina, *et al.* (46) definieron la calidad percibida como la sensación que tienen los usuarios de la idoneidad de un producto o servicio para satisfacer sus expectativas. Esta satisfacción parece influir en la valoración de la calidad del servicio; en cambio otros demuestran que es la calidad percibida del servicio la que proporciona la satisfacción del usuario (60).

I.5 MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN Y LA CALIDAD PERCIBIDA EN EL ÁMBITO SANITARIO

Medir la calidad de los servicios sanitarios es importante para los investigadores en materia de la salud, para gerentes y responsables de los sistemas de sanidad, para los profesionales sanitarios y para los mismos usuarios. El objetivo de valorarla, estriba no sólo en averiguar las áreas de las que el paciente afirma estar satisfecho, sino también en proporcionarnos información sobre áreas de insatisfacción, brindando la oportunidad de mejorarlas (61); por otra parte, la satisfacción del paciente es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte del mismo; un paciente satisfecho suele implicarse más en las recomendaciones médicas y terapéuticas, adhiriéndose a ellas, lo que puede llevar a mejorar su salud (61,62).

Actualmente existe un pobre consenso de opinión y mucho desacuerdo respecto a cómo medir la calidad de un servicio. Parasuraman, *et al.* (52), en 1988, fueron los pioneros en medir la calidad percibida en base a las experiencias del cliente, a través del cuestionario SERVQUAL. Muchos autores (52,63–70), que reseñamos también en la tabla 2, emplearon este modelo de medición de la calidad por medio de las experiencias y percepciones de los clientes desarrollando y validando diferentes cuestionarios. En la tabla 2 destacamos una serie de cuestionarios que miden la calidad por medio de las experiencias y percepciones del paciente en el ámbito sanitario.

Tabla 2. Instrumentos de medición de la calidad por medio de las experiencias y percepciones del paciente en el ámbito de la salud

Autores	Año	Instrumento	Ámbito	País
Wilde, <i>et al.</i> (63)	1994	QPP Quality from the Patient's Perspective	Hospitalario	Suecia
Wilde Larsson, Larsson Gerry (64)	2002	QPP-short Quality from the Patient's Perspective- short	Hospitalario Cirugía	Suecia
Jenkinson, <i>et al.</i> (62)	2002	PPEQ Picker Patient Experience Questionnaire:	Hospitalario	Reino Unido, Alemania, Suiza, Suecia y Estados Unidos.
Petterson, <i>et al.</i> (65)	2004	PEQ Patient Experiences Questionnaire	Hospitalario	Noruega

Rao, et al. (66)	2006	(cuestionario sin nombre) Scale to measure in-patient and outpatient perceptions of quality in India	Hospital de distrito Atención Primaria	India
Oltedal, et al. (67)	2007	NORPEQ NORwegian Patient Experiences Questionnaire	Hospitalario	Países Nórdicos
Webster, et al. (68)	2011	O-PACH Outpatient Assessment of Healthcare I-PACH Inpatient Assessment of Healthcare	Atención Primaria Hospitalario	Etiopía
Wong, et al. (69)	2013	HKIEQ Hong Kong Inpatient Experience Questionnaire	Hospitalario	Hong Kong

El término satisfacción, a pesar de tener factores relacionados con aspectos emocionales y subjetivos, es medible. Así, la revisión de Almedida, *et al.* (1) sobre las herramientas para medir la satisfacción en el ámbito sanitario, señalaron los siguientes cuestionarios validados que se muestran en la tabla 3:

Tabla 3. Cuestionarios de medición de la calidad por medio la satisfacción del paciente en el ámbito de la salud

Autores	Año	Instrumento	Ámbito	País
Scholle, et al. (70)	2004	PCSSW Primary Care Satisfaction Survey for Women	Atención Primaria	Estados Unidos
González et al. (71)	2005	In-patient Satisfaction Questionnaire	Hospitalario	España
Gerkensmeyer y Austin (72)	2005	PSS Parent Satisfaction Scale	Hospital mental infantil	Estados Unidos
Tso, et al. (73)	2006	Concise Outpatient Department User Satisfaction Scale	Hospitalario	Japón
Gagnon, et al. (74)	2006	HCSQ Health Care Satisfaction Questionnaire	Atención Primaria	Canadá
Granado de la Orden, et al. (75)	2007	SUCE Satisfacción de los Usuarios de las Consultas Externas	Hospitalario	España
Granado de la Orden, et al. (76)	2011	SUAUH Satisfacción del Usuario con el Área de Urgencia Hospitalaria	Urgencias	España

El grado de desarrollo en la medición y monitorización de la calidad en las instituciones sanitarias es dispar. Mientras que, en algunos países, desde finales de los años ochenta, existe una metodología puesta en marcha a través de herramientas validadas, en otros la cuestión de la calidad está en un momento incipiente. Por otro lado, cada institución o departamento sanitario ha ido desarrollando su propia fórmula hacia la calidad (71).

En el Sistema Nacional de Salud (SNS) español, hasta la entrada en vigor de la “Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”, la relación profesional sanitario-paciente se fundamentaba en el modelo ético tradicional sustentado en el paternalismo médico y basando su objetivo principal en reestablecer la salud del paciente, adoptando este una actitud pasiva. Esta Ley supuso un cambio en la relación sanitario-usuario, hacia un sistema basado en la autonomía del paciente para tomar sus propias decisiones en el proceso de su patología y ser parte activa en los cuidados de su salud (72).

La entrada en vigor de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (Ley 16/2003 de 28 de mayo. BOE N.º 128), supuso el inicio del Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios y, por tanto, el comienzo en la medición y monitorización de la calidad en este país (73).

Llegado a este punto, nos preguntamos: Y hasta dicha normativa, ¿de qué forma se midió la calidad en el ámbito sanitario en España?

Anteriormente a esta Ley 16/2003, la satisfacción del usuario se ha venido valorando a través del buzón de sugerencias, las hojas de quejas y las reclamaciones. Herramienta que sigue existiendo en la actualidad por obligatoriedad legal, pero la debilidad de este método radica básicamente en que depende de la iniciativa del usuario, de que este sea proactivo; algo poco habitual en nuestra cultura (74). Las hojas de reclamaciones y quejas son una fuente inestimable de información sobre las carencias detectadas por los pacientes en el entorno sanitario. Pero, paradójicamente, el análisis y la gestión de las mismas es un área a mejorar. En un reciente estudio de 2015, Añel-Rodríguez, *et al.* (75), analizaron el tipo de respuesta que se tramitó a cada una de las reclamaciones, concluyendo que en el 64% de los casos se trató de una respuesta puramente burocrática que provoca un efecto disuasorio sobre futuras reclamaciones.

La satisfacción del usuario ha sido una de las valoraciones subjetivas más medidas, pero los pacientes tienden a sobredimensionarla, debido al sesgo de gratitud, lo que se conoce como “deseabilidad social”, donde la mayoría de los encuestados suelen contestar lo que se supone que se espera, evitando manifestar niveles bajos de satisfacción (47,76,77). Este hecho limita y pone en riesgo la validez y utilidad de los datos obtenidos a través de cuestionarios de

satisfacción, al solicitarle al usuario una valoración de la organización y del personal. En contraposición, medir la calidad de un servicio a través de las experiencias del paciente (calidad percibida), parece ser una fórmula más aceptada al diseñar las preguntas en torno a lo que ocurrió durante la atención sanitaria recibida (78,79).

Analizar las diferentes percepciones de los pacientes nos permite comprender cuáles son los atributos y dimensiones que los propios usuarios ponen en valor, sin olvidar que las peculiaridades de cada dimensión pueden variar en función del Sistema de Salud de cada país, del servicio sanitario, la enfermedad, tratamiento o protocolo preventivo. Por lo que es menester redefinir esos atributos en cada Sistema de Salud, en cada servicio o grupo de pacientes a través de herramientas cuantitativas como son los cuestionarios (80).

Analizando todo lo descrito anteriormente, nos hace pensar que si pretendemos medir la calidad asistencial en pacientes con patología musculoesqueléticas en las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria (AP) de nuestro SNS, necesitaremos un cuestionario diseñado para este SNS (que se caracteriza por ser Universal y Gratuito), en el ámbito de AP, para patologías musculoesqueléticas, y que mida preferiblemente la calidad percibida, por ser un juicio sobre la calidad más global, duradero y menos subjetivo que la satisfacción. En caso de no hallar un cuestionario que se ajuste a las características de lo que pretendemos medir, estaría justificado su elaboración, y puesta a prueba en el dicho ámbito.

I.6 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN FISIOTERAPIA A TRAVÉS DE CUESTIONARIOS

En la búsqueda del cuestionario más adecuado para nuestro estudio, nos hemos encontrado con el hándicap de que en el SNS español los estudios sobre calidad se han centrado principalmente en los servicios de urgencias y en el ámbito hospitalario (81–83). Posteriormente surgió la necesidad de medir la calidad en el ámbito de las consultas médicas de la AP (51,84), mientras que las áreas de fisioterapia continúan adoleciendo de una considerable carestía al respecto (71,85).

Las Unidades de Fisioterapia realizan un tipo de atención sanitaria diferente y peculiar con respecto a otros servicios sanitarios, por lo que es inviable la utilización de cuestionarios de satisfacción diseñados para servicios como urgencias, hospitalización, obstétrica, psiquiatría etc. Los principales motivos que hace diferente una Unidad de Fisioterapia con el resto de los servicios son: la relación entre el fisioterapeuta y el usuario; dicha relación, suele ser de larga

duración, además, la terapia conlleva contacto físico que requiere de la participación del usuario y, en ocasiones, puede ser dolorosa. Parte del tratamiento se realiza en el mismo lugar en el que se encuentran otros usuarios, compartiendo espacio físico y equipamiento, y el resultado esperado no siempre es la mejoría absoluta del estado de salud sino que parte del tratamiento consiste en aprender a vivir con la discapacidad (86).

Estas y otras diferencias sugieren que la conceptualización de la calidad en este tipo de servicios debe ser específica. Por otro lado, el Sistema de Salud español tiene diferencias evidentes que hacen difícil la utilización de cuestionarios de calidad percibida en los servicios de fisioterapia, diseñados para otras sociedades o culturas. El concepto “calidad” posee una connotación histórico-cultural, es específica para una sociedad en concreto y para una institución en particular, además de entrar en juego factores subjetivos y psicosociales (creencias, valores, idiosincrasia...). Por ello las encuestas requieren una serie de propiedades psicométricas que garanticen su fiabilidad y validez.

Como hemos señalado anteriormente, resulta prioritario generar y disponer de herramientas estandarizadas que valoren la percepción global de los usuarios sobre los servicios sanitarios, concretamente en el área de fisioterapia y específicamente en el Sistema de Salud español.

Los instrumentos encontrados para medir la satisfacción o la calidad percibida del paciente después de su paso por fisioterapia se localizaron tras la realización de una revisión bibliográfica en PubMed (anexo 1), La Cochrane, BiblioPro, PeDro y se resumen en la tabla 4. Indicar en este punto que, a pesar de encontrar algunos cuestionarios y trabajos sobre calidad en fisioterapia, hemos podido comprobar que existe un vacío en la literatura respecto a este tema que nuestra tesis pretende subsanar.

Tabla 4. Instrumentos que miden la Satisfacción o la Calidad Percibida del paciente tras los servicios de Fisioterapia

Cuestionario	Autor y año	País	Ámbito	Especialidad	Nº ítems	Satisfacción/ Calidad percibida
SERVICUAL	Parasuraman et al. en 1988 (52)	Estados Unidos	Empresa		22	Calidad percibida
PTOPS	Roush y Sonstroem en 1999 (87)	Estados Unidos	Atención Primaria	Musculoesqueléticas		Satisfacción
MedRisk	Beattie et al. en 2005 (88)	Estados Unidos	Atención Primaria		10	Satisfacción
MISS-21	Grosset y Grosset en 2005 (89)		Hospitalario	Neurológico	21	Satisfacción
CCRQ	Cott et al. en 2006 (90)	Canadá	Hospitalario	Ingresado	33	
CRPF	Fernández et al. en 2007 (91)	Australia	Atención Primaria	Cardio respiratorio	17	Calidad percibida
The National Adult Inpatient Survey	Hills y Kitchen en 2007 (92)	Reino Unido		Musculoesqueléticas	38	Satisfacción
QUOTE	Var der Linde et al. en 2007 (93)	Países Bajos	Atención Primaria	Amputados	11	Calidad percibida
PPTO/PSQ	Van Duijn et al. en 2008 (94)	Estados Unidos			20 6	Calidad percibida Satisfacción
PQ-PPC	Meseguer et al. en 2008 (95)	España	Atención Primaria	Cervicalgia	24	Calidad percibida
P.A.INT	Dibbelt et al. en 2009(96)	Alemán				Calidad percibida
PEQ	Grotle et al. en 2009 (97)	Noruego		Reuma	15	Calidad percibida
"sin nombre"	Elwood et al. en 2010 (98)	Estados Unidos	Hospitalario	Ingresado	20	Satisfacción
POPS	French et al. en 2010 (85)	Irlanda		Artrosis de rodilla	38	Satisfacción
SAPHORA	Delanian et al. en 2011 (99)	Francia	Hospital de día		27	Satisfacción
NREQ	Kneebone et al. en 2012 (100)	Reino Unido		Neurológico	16	Calidad percibida
OPEQ	Normann et al. en 2012 (101)	Noruega	Atención Primaria	Esclerosis múltiple	24	Satisfacción
SAT-16	Ottonrilo et al. en 2013 (102)	Italia	Hospitalario	Ingresado	16	Satisfacción
ZUF-8	Quaschnig et al. en 2013 (103)	Alemania			8	Satisfacción
CAPERFIS	Del Baño, E en 2011 (86)	España	Hospitalario	Musculoesqueléticas	21	Calidad percibida
CATENFIS	Salinas, V en 2013 (104)	España	Hospitalario	Musculoesqueléticas	18	Calidad percibida
"sin nombre"	Calvente, M en 2014 (41)	España	Hospitalario		21	Satisfacción
PEPAP-Q	Medina Mirapeix et al. en 2015 (105)	España	Hospitalario	Musculoesqueléticas	23	Calidad percibida

PTOPS: Physical Therapy Outpatient Satisfaction Survey; MISS_21: Medical Interview Satisfaction Scale; CCRQ: Client-Centered Rehabilitation Questionnaire; CRPF: Revised Cardiac Rehabilitation Preference Form; QUOTE: Quality of Care Thought the Patient's Eyes; PQPT: Perceived Quality Questionnaire In Primary Physical Therapy Care POPS: Physiotherapy Outpatient Survey; NREQ: Neurorehabilitation Experience Questionnaire; OPEQ: Outpatient Experiences Questionnaire; CAPERFIS: Calidad Percibida en Fisioterapia; CATENFIS: Cuestionario Atención Fisioterapia; PEPAP-Q: Questionnaire of Patients' Experiences in Postacute Outpatient Physical Therapy.

De todos los cuestionarios expuestos en la tabla 4, disponemos de 5 cuestionarios diseñados en España y por tanto en lengua española (PEPAP-Q, CATENFIS, CAPERFIS, el cuestionario de Meseguer, *et al.* de 2007 y el cuestionario de Calvente de 2014), los 4 primeros valoran la calidad percibida por los pacientes que han recibido tratamiento de fisioterapia en patología musculoesquelética (40,86,104,105), mientras que el último (41) mide la satisfacción.

También disponemos de un cuestionario validado transculturalmente para usuarios de lengua española, el MedRisk (106), que valora la satisfacción del paciente que ha recibido el tratamiento de fisioterapia en Atención Primaria. El cuestionario MedRisk no especifica para qué tipo de patologías se diseñó.

Disponer de 5 cuestionarios elaborados en España nos permite evitar problemas de connotaciones culturales, institucionales y psicosociales. De los 5 cuestionarios, 4 miden la calidad percibida (PEPAP-Q, CATENFIS, CAPERFIS y el de Meseguer de su tesis doctoral en 2007), se basan en constructos similares y fueron elaborados en la Universidad de Murcia bajo la dirección del Dr. Medina-Mirapeix.

Finalmente optamos por emplear el cuestionario PEPAP-Q para la realización del presente estudio, al ser el que más se ajusta a las necesidades de nuestro proyecto; por ser el más reciente de la serie, por estar validado y por medir la calidad percibida en patologías musculoesqueléticas.

I.7 LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

El SNS español es un sistema de cobertura universal y gratuito, financiado mediante impuestos y que opera principalmente dentro del sector público. La zona básica de salud, donde se encuentran los Centros Atención Primaria (CAP), es la unidad de menor tamaño de la estructura organizativa de la asistencia sanitaria. Está dotado de un equipo multidisciplinar, llamado Equipo de Atención Primaria (EAP) y supone la puerta de entrada al sistema. El EAP lo componen: médicos de familia, pediatras, enfermeras y trabajadores sociales; algunos cuentan también con fisioterapeutas y dentistas y todos tienen adscritos recursos básicos de laboratorio y diagnóstico por imagen, que pueden encontrarse en el mismo centro o en otro centro de la misma zona básica (107).

La Atención Primaria está organizada para dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la comunidad a la que atiende, realizando no sólo las actividades asistenciales sino también a través de actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad (108).

En el SNS, la Atención Primaria está regulada por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización. En su última modificación aprobada el 8 de julio de 2015, y en el anexo II, se expone la cartera de servicios comunes de atención primaria, donde el punto 5 referente a rehabilitación básica, dice:

“Comprende las actividades de educación, prevención y rehabilitación que son susceptibles de realizarse en el ámbito de atención primaria, en régimen ambulatorio, previa indicación médica y de acuerdo con los programas de cada servicio de salud, incluyendo la asistencia domiciliaria si se considera necesaria por circunstancias clínicas o por limitaciones en la accesibilidad” (109).

Las patologías susceptibles de ser tratadas en las Unidades de Fisioterapia se detallaron en el mismo Real Decreto y son:

- Prevención del desarrollo o de la progresión de trastornos musculoesqueléticos.
- Tratamientos fisioterapéuticos para el control de síntomas y mejora funcional en procesos crónicos musculo esqueléticos.
- Recuperación de procesos agudos musculoesqueléticos leves.
- Tratamientos fisioterapéuticos en trastornos neurológicos.
- Fisioterapia respiratoria.
- Orientación/formación sanitaria al paciente o cuidador/a, en su caso.

El funcionamiento de las Unidades de Fisioterapia, respecto al resto de los servicios de Atención Primaria, es peculiar debido a que los pacientes realizan su tratamiento en la misma sala de fisioterapia, compartiendo espacio, equipamiento y con escasa privacidad para consultar al fisioterapeuta sobre su problema. Sin embargo, la relación entre el fisioterapeuta y el paciente suele ser de larga duración; nos referimos tanto al tiempo de cada sesión, como al tiempo total del periodo de su recuperación, por lo que se termina desarrollando vínculos emocionales en la relación paciente-fisioterapeuta. Otro dato importante es el contacto físico en la exploración y en el tratamiento manual, que predispone a una relación de confianza. Esta relación y el tiempo permite que en las ocasiones donde la recuperación completa no es posible, se pueda trabajar la adaptación funcional, preparando al paciente a su nueva situación física.

La mayoría de las patologías que se atienden en las Unidades de Fisioterapia son trastornos musculoesqueléticos de carácter crónico, como los procesos artrósicos, raquialgias, tendinitis, síndromes subacromiales, fracturas, procesos quirúrgicos, y en menor frecuencia enfermedades neurológicas y respiratorias.

Como se ha comentado al inicio de esta introducción, las patologías relacionadas con el sistema musculoesquelético van a tener una mayor prevalencia en una población envejecida y con una esperanza de vida mayor, ello supone un aumento de la presión asistencial sobre las Unidades de Fisioterapia al aumentar la demanda de nuestros servicios. Es obvio que el aumento de la carga de trabajo sobre las Unidades de Fisioterapia, repercute en la forma de trabajo del fisioterapeuta de AP que de forma paulatina, ha ido disminuyendo el tiempo que dedica a la atención en función del aumento de la carga asistencial. Este aumento de la presión asistencial, y de las cargas en las Unidades de Fisioterapia, ¿puede estar trascendiendo en los resultados clínicos y funcionales de los pacientes? ¿está repercutiendo en la calidad asistencial? (110–114).

Tras la exposición del marco teórico pasamos en el siguiente apartado, al planteamiento de la hipótesis y los objetivos del presente trabajo.

I.8 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

A lo largo de la introducción de esta tesis se justifica la necesidad de evaluar la calidad de la atención sanitaria como parte fundamental de la gestión de los servicios de salud, así como la necesidad de medir la calidad percibida por el usuario en las Unidades de Fisioterapia.

Por tanto, la hipótesis general del presente trabajo es:

“La calidad percibida por el usuario con patología en el sistema musculoesquelético en las Unidades de Fisioterapia es alta, y estará relacionada con el incremento de la mejoría clínica y funcional”.

Para comprobar dicha hipótesis se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo principal

1. Cuantificar la calidad percibida, por el usuario con patología en el sistema musculoesquelético, de la atención recibida en su Unidad de Fisioterapia.

Objetivos secundarios

2. Evaluar a través del cuestionario PEPAP-Q (Questionnaire of Patients' Experiences in Postacute Outpatient Physical Therapy) la calidad percibida por los usuarios en:
 - a. las áreas del cuestionario.
 - b. los dominios del cuestionario.
3. Analizar el incremento en la mejora clínica y funcional de la salud de los usuarios tras su paso por la Unidad de Fisioterapia.
4. Relacionar la calidad percibida medida a través del cuestionario PEPAP-Q, en función a las características sociodemográficas de los usuarios (edad, sexo y nivel de estudios).
5. Relacionar si los cambios clínicos de los usuarios guardan relación con la calidad percibida medida a través del cuestionario PEPAP-Q

MATERIAL Y MÉTODOS

II. MATERIAL Y MÉTODOS

Para la consecución de los objetivos de esta tesis se realizó un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico de muestreo consecutivo, eminentemente descriptivo y analítico. Las características de los participantes, las particularidades del diseño de investigación llevado a cabo, las fases y pruebas de evaluación desarrolladas durante los seis meses de duración del estudio y el estudio estadístico realizado para la obtención de los resultados, se describen a continuación.

II.1 MUESTRA

Se invitó a participar en el estudio a todos los usuarios que durante el periodo de la investigación iniciaron un tratamiento de fisioterapia en las Unidades de Fisioterapia, de los Centros de Salud seleccionados para este trabajo.

Los Centros de Salud seleccionados pertenecen al Departamento de Salud 11 “La Ribera”, de la Comunitat Valenciana, que desde el año 1999 es de gestión privada, siendo actualmente Ribera Salud la empresa responsable de dicha gestión.

Se consideraron como criterios necesarios para poder incluir a los sujetos del presente estudio los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Tener diagnosticada una de las siguientes patologías de etiología degenerativa: cervicalgia mecánica, cervicobraquialgia, lumbalgia mecánica, lumbociatalgia, síndrome subacromial, rotura del manguito rotador, síndrome del túnel del carpo, rizartrrosis, gonartrosis o coxartrosis.
- Tener un diagnóstico de cirugía de reparación del manguito rotador, cirugía por prótesis de rodilla o de cadera.
- Tener un diagnóstico de fractura en tercio superior de húmero o tercio distal de radio tratados conservadora o quirúrgicamente.
- Que sean capaces de leer y escribir la lengua española.
- Que acepten formar parte del estudio y firmen el consentimiento.

Se determinaron como criterios de exclusión:

- Pacientes menores de edad.
- No completar el tratamiento de fisioterapia.
- Identificación de alteraciones cognitivas durante la entrevista inicial.

II.2 DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente estudio corresponde a un diseño de investigación observacional y descriptivo con algún componente analítico para valorar la calidad percibida por los pacientes con patología degenerativa del sistema musculoesquelético, los cuales, durante el periodo del estudio, iniciaron y concluyeron un tratamiento de fisioterapia en su correspondiente Centro de Salud.

II.2.1 Aspectos éticos

Todos los procedimientos de medición utilizados en este estudio respetaron los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki de 1975, promulgada por la Asociación Médica Mundial sobre investigaciones médicas en humanos (115). Así mismo, el equipo investigador ha cumplido las normas de protección de dignidad, integridad, autodeterminación, intimidad y confidencialidad de la información personal de los participantes. Con respecto a la privacidad, se asoció un código a cada participante. Esto evitó la identificación del mismo durante el tratamiento estadístico de los datos, y su anonimato en la publicación y/o presentación de los resultados del estudio. En relación a la confidencialidad de los datos, solo el equipo investigador tuvo acceso al archivo electrónico con dicha información.

Así mismo, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación-Comisión de Investigación (CEI-CI) del Departamento de Salud de La Ribera (anexo 2). Para ello se presentó previamente un proyecto de la investigación junto con la correspondiente solicitud.

Por último, los pacientes fueron informados respecto al objetivo, duración, procedimientos, molestias, beneficios y confidencialidad del estudio, así como sobre el carácter de la participación, voluntaria, gratuita y revocable. Tras recibir dicha información (anexo 3) y responder a las dudas pertinentes, todos los sujetos del estudio firmaron el consentimiento informado (anexo 4).

II.2.2 Plan de trabajo

Para la consecución de los objetivos planteados se desarrolló el siguiente plan de trabajo llevado a cabo entre noviembre 2014 y mayo 2017:

Revisión de las fuentes documentales, definición de la hipótesis y objetivos del trabajo, y diseño del estudio.

Redacción y entrega del proyecto de investigación y documentos para la aprobación del estudio por el CEI-CI del Hospital de La Ribera.

Reclutamiento de la muestra y recogida de datos mediante evaluación de los participantes.

Tratamiento de datos y extracción de parámetros del estudio, análisis estadístico y obtención de resultados.

Actualización de la revisión documental, discusión de resultados y elaboración de las conclusiones del estudio.

II.2.3 Ámbito del estudio

El estudio se ha llevado a cabo en las Unidades de Fisioterapia de cuatro Centros de Salud, del Departamento de Salud 11 “La Ribera”. Concretamente en los Centros de Salud de los municipios de Alginet, Alzira, Benifaió y L’Alcudia.

A pesar de estar en el ámbito de Atención Primaria, este Departamento tiene la peculiaridad de no disponer, en el Servicio de Rehabilitación, de un gimnasio de fisioterapia para los pacientes externos, derivándolos directamente a su Centro de Salud de referencia. Es por ello que en la Unidades de Fisioterapia de este Departamento estamos atendiendo tanto los pacientes de Atención Especializada como los de Primaria.

II.2.4 Tamaño muestral

Para reclutar los pacientes se realizó un muestreo no probabilístico, siendo un muestreo de casos consecutivos (116). El trabajo de campo comenzó en el mes de julio de 2016 y concluyó en el mes de enero de 2017.

Un total de 264 pacientes formaron parte de la muestra inicial, siendo 45 el número de usuarios que decidieron no continuar o no terminaron el tratamiento de fisioterapia, por lo que fueron excluidos del estudio, quedando una muestra final de 219 casos.

Los pacientes fueron reclutados en 4 Centros de Salud: Alginet, Alzira, Benifaió y L'Alcudia; aportando cada centro para la muestra 60, 71, 84 y 49 pacientes respectivamente.

Los participantes se agruparon en función de su patología, obteniendo los siguientes grupos:

Grupo cadera con 14 pacientes.

Grupo rodilla con 46 pacientes.

Grupo hombro con 70 pacientes.

Grupo muñeca con 24 pacientes.

Grupo cervical con 22 pacientes.

Grupo lumbar con 43 pacientes.

Estos datos quedan reflejados en la figura 2.

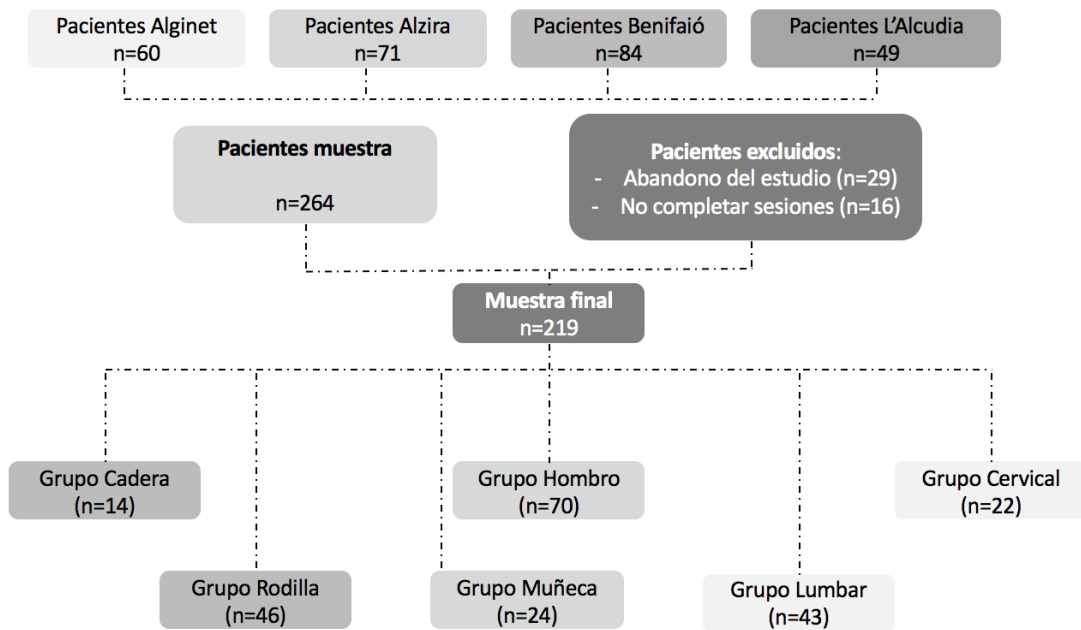


Figura 2. Diagrama de flujo de enrolamiento y análisis de la muestra

II.3 PROCEDIMIENTO GENERAL

Los participantes de este estudio siguieron el circuito habitual de derivación a la Unidad de Fisioterapia que se viene realizando en este Departamento, es decir, a través del médico de familia que, tras su valoración y tratamiento, en caso de no mejoría, lo remite o deriva al médico especialista en medicina física y rehabilitación (a partir de ahora médico de rehabilitación) para que valore si el paciente se puede beneficiar del tratamiento de fisioterapia. Los pacientes que han sufrido una fractura independientemente del tratamiento conservador o no conservador, son derivados por el traumatólogo al médico de rehabilitación para que este lo envíe a su vez al fisioterapeuta en caso de ser necesario tratamiento de fisioterapia. Recientemente los pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla (ATR) en este Departamento de Salud son derivados directamente a las unidades de fisioterapia desde la planta de traumatología, nada más recibir el alta hospitalaria, disminuyendo así los plazos de espera. Es por ello que la captación de los candidatos al estudio se realizó tras su cita para comenzar el tratamiento de fisioterapia, y no desde la consulta de rehabilitación, pues no todos los pacientes que son visitados por el médico de rehabilitación se derivan a fisioterapia. El fisioterapeuta de cada unidad avisó al investigador principal de aquellos pacientes que iniciaban el tratamiento esa semana, así como el horario de cada uno de ellos.

El reclutamiento de la muestra fue, por tanto, de forma consecutiva y sin interferir en la dinámica habitual de tratamiento de fisioterapia del paciente, que consistió en la aplicación de las técnicas fisioterapéuticas indicadas (anexo 5) por el médico rehabilitador según la patología durante un determinado número de sesiones, también pautadas por el médico rehabilitador.

La evaluación de los participantes se llevó a cabo mediante una serie de mediciones que consistieron en test, escalas y pruebas clínicas, así como cuestionarios de calidad de vida que fueron específicos para cada grupo de la muestra.

Los pacientes del estudio se valoraron en 3 fases diferentes: Fase 1 (F1), al inicio del tratamiento de fisioterapia; Fase 2 (F2), cuando llevaban realizadas entre 10 y 15 sesiones de tratamiento y Fase 3 (F3), al alta de fisioterapia. Para el registro de datos se elaboraron dos cuadernillos de recogida de datos (CRD), en el que se incluyó el código del sujeto.

En la F1 se recogieron los datos sociodemográficos y antropométricos de los sujetos, reflejándolos en el primer CRD (anexo 6); donde también se reflejaron los resultados de los test y pruebas para la valoración clínica de la muestra, así como de los cuestionarios de calidad de vida, estos últimos, específicos para cada grupo.

En la F2 se les pasó el cuestionario de calidad percibida (PEPAP-Q) (anexo 7), cumplimentado por el usuario entre la décima y decimoquinta sesión con la intención de que conociera la dinámica y el funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia y así poderla valorar. Aquellos pacientes que recibieron un número menor de 10 sesiones se les pasó el cuestionario PEPAP-Q al alta del tratamiento de fisioterapia, junto con las valoraciones de la F3.

En la F3 se realizaron las segundas mediciones y pruebas para la valoración clínica, y los cuestionarios de calidad de vida específicos para cada grupo, así como una escala de satisfacción y otra de percepción de cambios respecto a su estado general, cumplimentando el segundo CRD (anexo 8).

El esquema de las fases de las dos posibles situaciones queda recogido en las figuras 3 y 4.

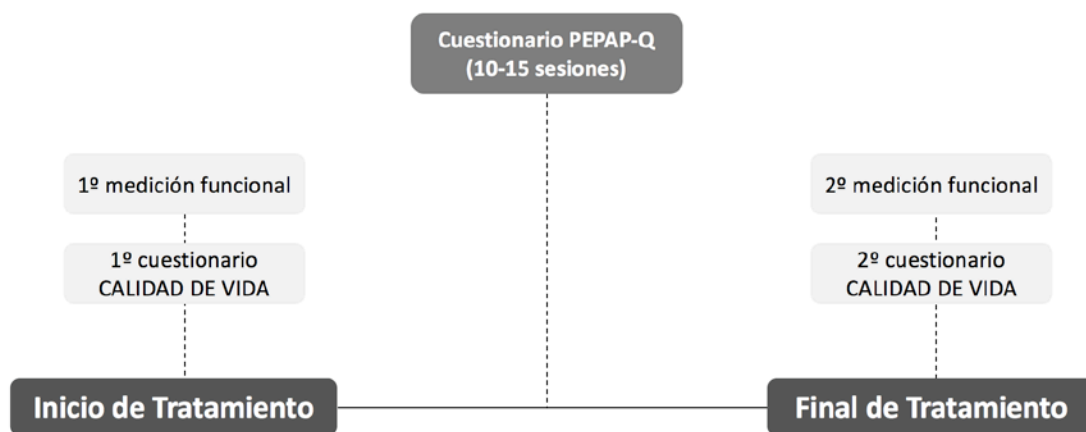


Figura 3. Representación gráfica de las etapas de recogida de los pacientes con 10 o más sesiones de fisioterapia

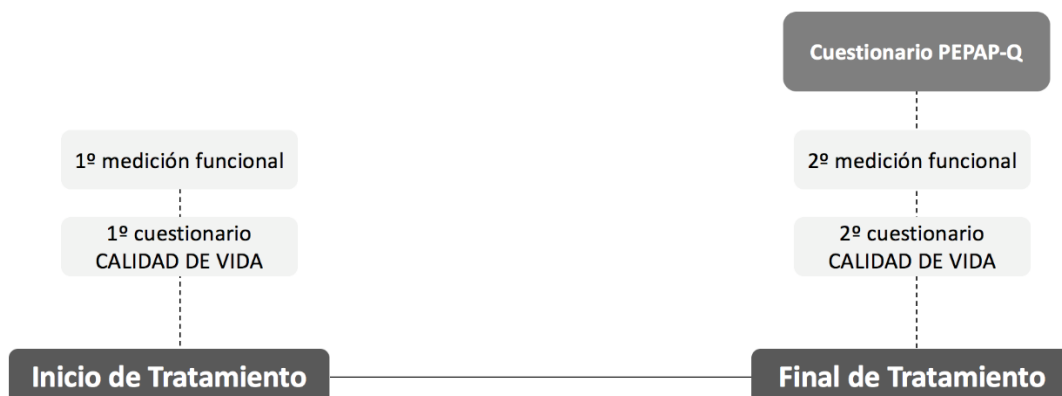


Figura 4. Representación gráfica de las etapas de recogida de los pacientes con un número menor de 10 sesiones de fisioterapia

Las escalas, test y pruebas clínicas empleadas se seleccionaron teniendo en cuenta su fiabilidad y validez, así como el tiempo de aplicación y sencillez de administración.

Se realizaron las valoraciones y pruebas pertinentes para conocer el rango articular, el dolor, la capacidad funcional, la fuerza, la satisfacción, la mejoría percibida y la calidad percibida en todos los grupos excepto en el grupo cervical y lumbar a los que no se les realizó ni test de fuerza ni dinamometría.

No todos los cuestionarios, test, escalas y pruebas clínicas se realizaron en las tres fases, ni a todos los sujetos de la muestra, pues para las valoraciones funcionales se utilizaron cuestionarios específicos para cada grupo del estudio.

En la tabla 5 se muestran las valoraciones que se realizaron en cada fase y en función del grupo del estudio.

Tabla 5. Cronograma de evaluaciones y pruebas realizadas en cada fase del estudio

	Grupo Cadera			Grupo Rodilla			Grupo Hombro			Grupo Mano			Grupo Lumbar			Grupo Cervical		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3
ROM	*		*	*		*	*		*		*	*		*		*		*
Dinamometría							*		*		*							
TUG	*		*	*		*												
STS	*		*	*		*												
WOMAC	*		*	*		*												
Dash							*		*	*		*						
Constant-Murley							*		*									
Oswestry													*		*			
NDI																*		*
EVA	*		*	*		*	*		*	*		*	*		*	*		*
E. Satisfacción			*			*			*		*		*		*			*
PGICS			*			*			*		*		*		*			*
PEPAP-Q		*			*		*		*		*		*		*			*

ROM, Rango articular; TUG, Time Up and Go; STS, Test Sit To Stand; NDI, Neck Disability Index; PGICS, Patient Global Impression of Change Scale; PEPAP-Q, Patients' Experiences in Postacute Outpatient Physical Therapy Settings

Con el propósito de evitar sesgos, la recogida de los datos de los pacientes tratados en los Centros de Salud de Alginet, Alzira y L'Alcudia se llevó a cabo por el investigador principal, mientras que la muestra del Centro de Salud de Benifaió fue recogida por personal externo. Ello es debido a que, en dicho centro, el fisioterapeuta investigador realiza su actividad asistencial. El personal externo con el que se ha contado de forma voluntaria para esta investigación se compone de tres alumnas, dos de ellas cursando tercero de Grado de Fisioterapia, mientras que

la otra alumna se encuentra en el último curso de Grado de Fisioterapia; todos matriculados en la Facultat de Fisioteràpia de la Universitat de València.

Las alumnas fueron instruidas y entrenadas en el uso de los instrumentos de medición y en el manejo de la recogida de los datos de los pacientes por parte del investigador principal, con el fin de evitar falsas medidas.

El tiempo medio dedicado en la F1 para la cumplimentación del CRD y la realización del resto de las pruebas ha sido de 40 minutos de media, y de 30 minutos para la F2.

El cuestionario PEPAP-Q está diseñado para ser rellenado por el propio paciente, siendo el tiempo medio estimado para su cumplimentación de unos 8 minutos. En el estudio se le ofreció al paciente completarlo cuando llevaba realizadas entre 10 y 15 sesiones de fisioterapia, rellenándolo bien un momento antes o bien al final de una de las citadas sesiones, con el fin de que fuera entregado en ese momento una vez finalizado, evitando así que se perdiera o no se entregase al responsable del estudio. Muchos de los pacientes de mayor edad requirieron ayuda para su realización, bien por el tamaño de la letra que no se adecuaba al sujeto, bien por comodidad; por lo que se les facilitó la lectura del texto.

El tiempo total empleado para valorar cada sujeto de la muestra (F1+F2+F3), fue de unos 78 minutos de media.

II.4 EQUIPAMIENTO E INSTRUMENTAL

En este apartado se detallan las escalas, cuestionarios, test e instrumentos empleados en la evaluación de los participantes de este estudio.

II.4.1 ESCALAS, CUESTIONARIOS Y TEST DE VALORACIÓN

Las escalas, cuestionarios y test utilizados en la evaluación de nuestra muestra, se detallan a continuación. Como se ha indicado anteriormente, en el proceso de selección se tuvo en cuenta su fiabilidad y validez, así como el tiempo de aplicación y sencillez de administración. Como se ha indicado en la tabla 5, cada uno de estos cuestionarios de calidad de vida o índices de discapacidad, se han usado en función a la patología del paciente. Mientras que la escala de Satisfacción de Likert, el Patient Global Impression of Change Scale (PGICS) y el cuestionario PEPAP-Q (Patients' Experiences in Postacute Outpatient Physical Therapy Settings), se han utilizado en todos los participantes de nuestra muestra:

II.4.1.1 Cuestionario WOMAC

El *Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index* (WOMAC), utilizado en este estudio en los grupos cadera y rodilla, es un cuestionario específico para artrosis de rodilla y cadera, que evalúa síntomas relevantes para el médico y el enfermo en relación con el dolor, la rigidez y la capacidad funcional, dominios o dimensiones de la salud considerados de mayor interés en ese tipo de proceso (anexo 9). Permite valorar la calidad de vida de las personas que sufren de artrosis tanto de cadera como de rodilla, así como los resultados en la extremidad inferior tras la artroplastia total de cadera o de rodilla.

Consta de 24 ítems de respuesta múltiple divididos en 3 apartados que valoran diferentes aspectos de la artrosis como el dolor (5 ítems), la rigidez articular (2 ítems) y la capacidad física para realizar actividades cotidianas (17 ítems). Cada ítem tiene un valor máximo de 5 puntos en una escala Likert (0-4) donde puntuaciones bajas indican pocos síntomas o niveles bajos de discapacidad. La escala Likert es un método de escala que mide tanto el grado positivo como neutral y negativo de cada enunciado. La puntuación total de este instrumento puede oscilar entre 0 y 96 puntos, y se calcula sumando la puntuación de cada sub-escala hasta un máximo de 20, 8 y 68 puntos respectivamente. A mayor puntuación obtenida peor es la calidad de vida del sujeto con artrosis de cadera o rodilla.

En este estudio se empleó la versión española del WOMAC realizada por Escobar, *et al.* en 2002 (117), aunque existe también una validación reducida del cuestionario WOMAC (118).

II.4.1.2 Cuestionario DASH

El cuestionario *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand* (DASH), utilizado en este trabajo en los grupos hombro y mano (anexo 10), es un cuestionario empleado para la valoración global de la extremidad superior, validado al español (119) y desarrollado conjuntamente por el *Institute for Work and Health* y la *American Academy of Orthopedic Surgeons* (AAOS). Consta de 30 ítems con 5 posibilidades de respuesta con valor de 1 a 5, divididos en 2 apartados: el primer apartado, compuesto por 23 preguntas, puntúa la habilidad o capacidad para realizar ciertas actividades; en el segundo apartado, formado por 7 ítems, el paciente puntúa la gravedad de los síntomas. Existen, además, dos bloques de preguntas opcionales para deportistas, artistas o trabajadores cuyas demandas funcionales son mayores y quedan valoradas por el cuestionario DASH. En este estudio no ha sido necesaria la utilización de dichos bloques opcionales.

Para calcular la puntuación es necesario que se cumplimenten 27 de las 30 cuestiones. La puntuación final se obtiene en base a esta fórmula:

Puntuación DASH discapacidad/síntoma = {suma de las n respuestas/n} - 1 x 25

donde n es igual al número de respuestas completadas.

Este cálculo proporciona una puntuación entre 0 y 100, de tal forma que, a mayor puntuación obtenida, mayor discapacidad.

II.4.1.3 Test de Constant-Murley

El test de Constant-Murley (anexo 11), utilizado en el grupo hombro de nuestra muestra, es un cuestionario utilizado para valorar la función del hombro. En él se analizan 4 parámetros: la valoración subjetiva del dolor por el paciente, la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, la valoración objetiva de movilidad y la fuerza. Cada parámetro tiene una puntuación individual cuya suma total máxima es de 100 puntos. A mayor puntuación, mejor función (Tabla 6).

Tabla 6. Puntuación del test de Constant-Murley

Datos subjetivos	
Dolor	15 puntos
Actividades de la vida diaria	20 puntos
Datos objetivos	
Movilidad	40 puntos
Fuerza	25 puntos
Total	100 puntos

El apartado donde se mide el parámetro movilidad, el test de Constant-Murley valora cuatro movimientos del hombro y cada uno puede alcanzar 10 puntos. Los movimientos son la flexión, abducción la rotación interna y externa, sólo el grado de movimiento activo es el que se tiene en cuenta. Para medir la elevación anterior y lateral los autores del test recomiendan usar un goniómetro, con el paciente sentado y la espalda apoyada en el respaldo para evitar falsos movimientos asociados a inclinaciones del tronco. Las rotaciones se valoran mediante gestos funcionales (120).

II.4.1.4. Índice de discapacidad de Oswestry

El Índice de Discapacidad de Oswestry (anexo 12), utilizado en el grupo lumbar de nuestra muestra, es un cuestionario específico para los pacientes con dolor lumbar. Se trata de un cuestionario de 10 ítems con seis posibilidades de respuesta, donde cada ítem tiene un valor de

0 a 5 puntos. Si el paciente marca más de una opción se tiene en cuenta la puntuación más alta. El resultado se obtiene según la fórmula:

$$\text{Puntuación total} = \frac{50 - (5 \times \text{n}^{\circ} \text{ ítems no contestados})}{\text{suma puntuación ítems contestados} \times 100}$$

El resultado obtenido corresponde a un porcentaje del grado de incapacidad. A mayor porcentaje obtenido mayor discapacidad lumbar.

II.4.1.5 Índice de discapacidad del raquis cervical NDI

El *Neck Disability Index* (NDI), utilizado en el grupo cervical de nuestro estudio, es un cuestionario específico para los pacientes con dolor y discapacidad cervical, que consta de 10 ítems (anexo 13). Las cuestiones primera y sexta hacen referencia al dolor, y el resto de las cuestiones hacen referencia a las actividades relacionadas con ese dolor. Se trata, por tanto, de una escala que mide la funcionalidad del raquis cervical en procesos de cervicalgia inespecífica y postraumática (121), aunque no ha mostrado ser fiable en pacientes con radiculopatía cervical (122). Cada una de las secciones tiene seis posibilidades de respuesta con un valor de 0 a 5, siendo 0 nada de dolor y 5 el peor dolor imaginable. Si el paciente no rellena una pregunta, la puntuación final se estima sobre 45 puntos, y si no rellena dos preguntas, se estima sobre 40 en vez de sobre 50. No sería válido si el paciente deja sin rellenar más de 2 ítems. La puntuación puede multiplicarse por 2 para expresarse en un porcentaje (%) (123). A mayor puntuación obtenida mayor es el índice de discapacidad del raquis cervical.

II.4.1.6. Escala de satisfacción de Likert

Se trata de un cuestionario breve de un solo ítem con 5 posibles respuestas en un gradiente que va de nada satisfecho a muy satisfecho (anexo 14). Rensis Likert (1903-1981), psicólogo estadounidense que en 1932 dio nombre a este tipo de informe, que a diferencia de las preguntas dicotómicas (con respuesta sí/no) permite medir y conocer el grado de conformidad del encuestado con cualquier afirmación que le planteemos. Resulta muy útil cuando se pretende que el entrevistado matice su opinión, categorizando la respuesta entre 5 posibilidades. La categorización de la contestación servirá para capturar la intensidad de los sentimientos del encuestado hacia dicha afirmación. Se ha utilizado en todos los sujetos de la muestra.

II.4.1.7 Patient Global Impression of Change Scale

El Patient Global Impression of Change Scale (PGICS) es una escala que permite una evaluación global de la impresión del paciente, indicando su condición física con respecto al inicio del tratamiento (anexo 15). Es una escala de 7 puntos, donde el paciente selecciona el que más se aproxima a su situación: “he mejorado muchísimo”, “he mejorado bastante”, “he mejorado un poco”, “estoy igual”, “he empeorado un poco”, “he empeorado bastante”, “he empeorado muchísimo”(124). Se ha utilizado en todos los sujetos de la muestra.

II.4.1.8 Cuestionario PEPAP-Q

El *Patients’ Experiences in Postacute Outpatient Physical Therapy Settings* (PEPAP-Q) (125), utilizado en todos los sujetos de la muestra, es un cuestionario diseñado para valorar la calidad percibida por el usuario de fisioterapia atendido en Atención Primaria, que puede ser auto-cumplimentado por el usuario de fisioterapia (anexo 7).

En dicho cuestionario los pacientes justifican sus evaluaciones de calidad en base a si ciertos procesos o acontecimientos ocurren durante el periodo de tratamiento de fisioterapia.

Consta de 23 ítems centrados en 2 áreas principales y 7 dominios. Las áreas son el ambiente organizacional y las actitudes y comportamientos del profesional. Los dominios son la información y educación, el apoyo emocional, la sensibilidad a los cambios del paciente, la duración de la atención, las interrupciones durante el tratamiento, el tiempo de espera durante el tratamiento y la seguridad del paciente (tabla 7).

Tabla 7. Áreas y dominios de las expectativas de los pacientes

Área	Dominios
1. Actitudes y comportamientos del profesional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Información y educación 2. Apoyo emocional 3. Sensibilidad a los cambios del paciente
2. Ambiente organizacional	<ol style="list-style-type: none"> 4. Duración de la atención 5. Interrupciones durante el tratamiento 6. Tiempo de espera durante el tratamiento 7. Seguridad del paciente

Cada pregunta del cuestionario se ha formulado según el método de “La escala de Likert” con 5 posibles respuestas basadas en categorías de frecuencia (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre); cada ítem puede ser analizado separadamente, o bien, en determinados casos, las respuestas de un conjunto de ítems pueden sumarse y obtener un valor total.

La mayoría de los pacientes son reticentes a manifestar bajos niveles de satisfacción, ello se debe a la tendencia del entrevistado a congraciarse con el entrevistador, de hacer lo que se supone que se espera o de favorecer que se obtenga el resultado que se desea; esto es lo que se conoce como “deseabilidad social” (47,76,77). Por ello, para el análisis estadístico, las respuestas del cuestionario se recodifican en 2 categorías (problema/no problema). Un problema se define como aquel aspecto de los cuidados de salud que podría, desde la perspectiva del paciente, ser mejorado. Por lo tanto, las respuestas «siempre» y «nunca» fueron consideradas respectivamente como la ausencia de un problema en los ítems directos e inversos (125).

La puntuación de cada uno de los 7 dominios y de las 2 áreas del citado instrumento se realizó siguiendo el trabajo de Jimeno-Serrano, *et al.* (125), donde cada dominio fue puntuado de 0 (no problema) a 100 (todos los ítems valorados como problema), siguiendo el algoritmo de recodificación de los ítems que se muestran en la tabla 8:

Tabla 8. Algoritmo de recodificación de los ítems en 2 categorías.

	Problema de calidad percibida	No problema de calidad percibida
En ITEMS directos	Nuca/Casi nunca/A veces/Casi siempre	Siempre
En ITEMS indirectos	Casi nunca/A veces/Casi siempre/Siempre	Nunca

Como el número de preguntas en cada dominio difería, cada área fue puntuada promediando las puntuaciones de cada uno de sus dominios. Este procedimiento tuvo el efecto de hacer más comparable la contribución de las respuestas de cada dominio a la puntuación del área.

Además de la codificación dicotómica, optamos por mantener y analizar también el rango de respuestas en una escala discreta, con un rango de 1 (máxima calidad percibida) a 5 (peor calidad percibida) y teniendo en cuenta si se trataba de un ítem directo o indirecto.

III.4.1.9 Test Time Up and Go

El *Time Up and Go* (TUG), utilizado en los sujetos de los grupos cadera y rodilla, es un test funcional que mide el tiempo (segundos) que precisa un sujeto para levantarse de una silla, caminar 3 metros en línea recta, girar 180°, retroceder los 3 metros y volver a sentarse en la silla (figura 3).

Una primera versión "Get-Up and Go" diseñada en 1986 por Mathias, *et al.* se empleó para valorar el equilibrio en mayores frágiles (126). Más tarde, en 1991, Podsiadlo and Richardson realizaron y evaluaron una versión modificada y cronometrada de la prueba de Mathias, *et al.* (127), dicho estudio reveló que el cronometrado "Up and Go" (Time Up and Go) es una prueba fiable, rápida y válida para la cuantificación de la movilidad funcional, que no requiere equipo especial ni entrenamiento.

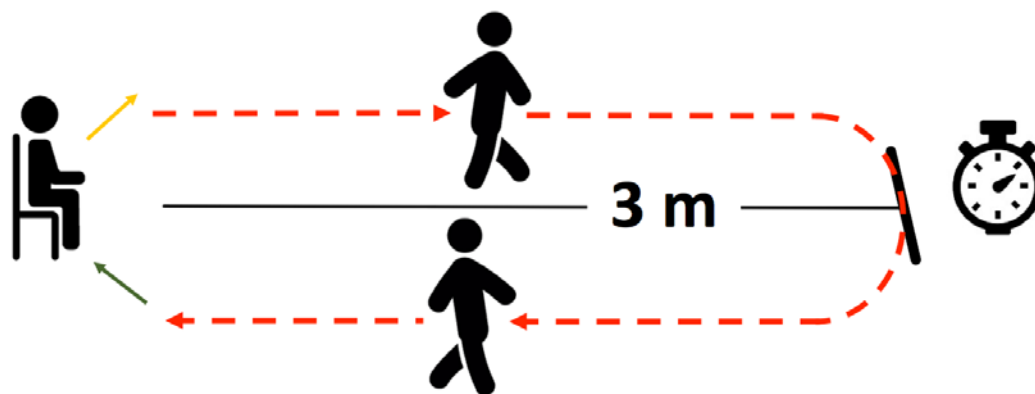


Figura 3. Recorrido del test TUG

III.4.1.10 Test Sit-To- Stand

El *test Sit-To Stand* (STS), utilizado para los grupos cadera y rodilla de nuestro estudio, es un test funcional que mide el tiempo (segundos) que tarda el sujeto en levantarse y sentarse de una silla 5 veces. La silla, con unas medidas estándar de entre 43-45 cm de altura y 38 cm de profundidad, y sin reposabrazos, se posiciona pegada a la pared para evitar riesgos de caídas. El sujeto debe realizar la prueba con los brazos cruzados en el pecho para evitar que apoye las

manos en la silla o en las rodillas (figura 4). Se le pide que realice una repetición antes de empezar el test para que se familiarice con el mismo.

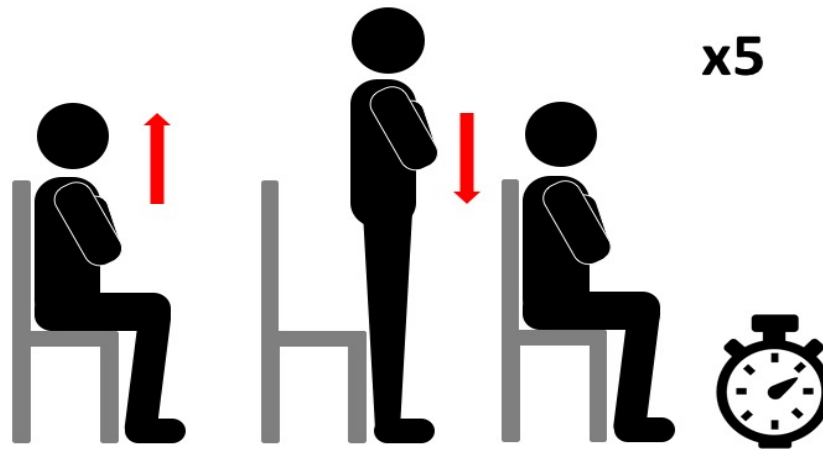


Figura 4. Test Sit-To-Stand

Esta prueba fue diseñada por primera vez por Csuka y McCarty en 1985, como un método simple, rápido y reproducible para cuantificar la fuerza muscular de las extremidades inferiores. En el estudio de Csuka y McCarty, el sujeto realizaba 10 veces el gesto de levantarse y sentarse de la silla y se cronometraba el tiempo que empleaba en ello (128). Posteriormente, en 1994, Guralnik, *et al.* realizaron un estudio que evaluó el rendimiento físico de las extremidades inferiores en ancianos a través de una breve batería de pruebas, entre ellas el test Sit-To-Stand, pero disminuyendo a 5 el número de repeticiones que realizaban los sujetos (129). Un meta-análisis, realizado en 2006 por Brohannon, sirvió para obtener valores normativos para la prueba de 5 repeticiones Sit-To-Stand (STS) a pacientes mayores de 60 años (130). Esta prueba de 5 repeticiones parando el cronómetro cuando el paciente llega a la bipedestación en la 5 repetición, (según instrucciones de Guralnik, *et al.*), es la que se ha utilizado en nuestro estudio.

III.4.1.11 Escala Visual Analógica (EVA)


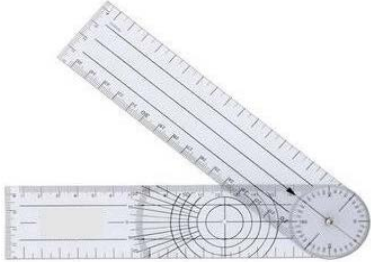

La Escala Visual Analógica (EVA), utilizada en todos los sujetos de la muestra, determina la percepción del dolor por parte del sujeto. Consiste en una pequeña regla con una línea que abarca de 0 a 10cm por la que se desliza un marcador; en el extremo izquierdo está el 0 que representa ausencia de dolor y en el extremo derecho está el 10 que se equipara al peor dolor imaginable. El marcador sirve para que el participante señale su grado de percepción del dolor

(figura 10 en la tabla 9). La EVA presenta una elevada repetibilidad y es válida a partir de los 7 años de edad (131).

II.4.2 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Los instrumentos utilizados para las mediciones, así como sus características técnicas, se muestran en la tabla 9:

Tabla 9. Instrumentos de medición

<p>Sistema de medición del rango articular (ROM)</p> <p>Características: trasportador digital de ángulos compuesto de dos brazos metálicos articulados. Dimensiones: la longitud de los brazos es de 15cm. Uno de los brazos dispone de un visor digital, que muestra el ángulo en grados, y un nivel, para su correcta colocación. Rango de medición: de 0° a 180° (precisión +/- 1°)</p>	
<p>Figura 5. Goniómetro digital. Marca BASELINE. Modelo Absolute Axis 180, Digital</p>	
<p>Sistema de medición del rango articular (ROM)</p> <p>Características: goniómetro de plástico transparente con escala circular de 360 grados. El brazo tiene escala lineal en cm. La escala angular lee en incrementos de 2 grados. Dimensiones: medidas de 360 x 40 mm Rango de medición: de 0° a 360° (precisión +/- 2°)</p>	
<p>Figura 6. Goniómetro manual de plástico, con escala circular de 360 grados y regla en cm.</p>	
<p>Sistema de medición de la FIM (hombro)</p> <p>Características: Digital con memorización. Dimensiones: 8,03 cm x 12,98 cm x 4,1cm y 980 gr de peso. Rango de medición: de 0 a 136,1 kg (precisión de ± 1 %)</p>	
<p>Figura 7. Dinamómetro digital. Marca Lafayette Instruments. Modelo 01165</p>	


<p>Sistema de la medición de la FIM (mano)</p> <p>Características: Da una lectura precisa de la fuerza al cerrar la mano sin que el paciente pueda “sentir” que se mueve el asa. El asa es regulable, con cinco posiciones para adaptarse a cualquier tamaño de la mano. El indicador permanece en la lectura máxima hasta que se para.</p> <p>Dimensiones: 26cm de longitud x 13cm de ancho y 680gr de peso.</p> <p>Rango de medición: de 0 a 90 kg</p>	
---	--

Figura 8. Dinamómetro hidráulico de la mano. Marca Chattanooga. Modelo 43050


<p>Sistema de medición de las maniobras de la exploración física de la columna lumbar</p> <p>Características: flexible e inextensible.</p> <p>Rango de medición en cm: 0 -150 cm</p> <p>Graduación: 1 mm</p> <p>Peso neto: 7 g</p>	
---	---

Figura 9. Cinta métrica de 150 cm de longitud, graduación en cm y mm.


<p>Sistema de medición de la intensidad del dolor</p> <p>Características: Posee una zona central alargada con una línea de 10 cm numerada en milímetros (0-100) y dos extremos, uno marcado con “no dolor” y el otro con “el peor dolor imaginable”</p> <p>Dimensiones: 17cm longitud x 4cm de ancho y peso</p> <p>Rango de medición: del 0 al 10</p>	
--	--

Figura 10. Escala visual analógica (EVA). Marca Enraf Nonius

II.5 PROCEDIMIENTOS DE MEDIDA

Los instrumentos, cuestionarios, test y pruebas funcionales que se han descrito en el apartado anterior se han utilizado para realizar las mediciones de los sujetos que han formado parte de este estudio. Cada grupo ha tenido un protocolo de medición específico al utilizar escalas, test y cuestionarios concretos en función de la localización de la patología. Dichas mediciones han seguido un protocolo de actuación por parte del investigador principal y por el personal externo, compuesto, como se ha dicho anteriormente, por tres estudiantes del grado de fisioterapia de la Facultat de Fisioteràpia de València. Para ello se elaboró un cuaderno de actuación o procedimiento a seguir en la utilización de las herramientas descritas anteriormente, que se describe a continuación:

II.5.1 PROTOCOLO DE LOS GRUPOS CADERA Y RODILLA

En este apartado se especifican los protocolos que se utilizaron en la medición del ROM, la función y la fuerza de los sujetos que formaron parte del grupo cadera y rodilla. Así como, la cumplimentación del cuestionario de calidad de vida para cadera y rodilla.

II.5.1.1 Protocolo de medición del ROM de los grupos cadera y rodilla

Para la medición del ROM se utilizó el goniómetro digital, siguiendo las indicaciones de la guía de goniometría "*Measurement of Joint Motion*" (132). Estas mediciones se realizaron tanto en la F1 como en la F3.

II.5.1.1.1 Protocolo de medición del ROM del grupo cadera

Para medir la flexión de la articulación coxofemoral (figura 11), la posición de inicio fue con el paciente en decúbito supino, con ambas piernas extendidas en la camilla y la cadera en posición neutra. Se flexionaba la cadera y rodilla hasta llevar la masa muscular del muslo hasta el abdomen. El goniómetro se situaba colocando el fulcro del goniómetro sobre el trocánter mayor, el brazo proximal se debía alinear con la línea media de la pelvis y el brazo distal con la línea media del fémur.



Figura 11. Mediciones del ROM activo de la flexión en la articulación coxofemoral, (Norkin CC & White DJ, 2009).

La extensión de la cadera se medía colocando al paciente en posición prono ambas rodillas extendidas. Se extendía la cadera levantando la extremidad inferior manteniendo la rodilla en extensión. El goniómetro se situaba colocando el fulcro en el trocánter mayor, el brazo proximal se debía alinear con la línea media de la pelvis y el brazo distal con la línea media del fémur (figura 12).



Figura 12. Mediciones del ROM activo de la extensión en la articulación coxofemoral, (Norkin CC & White DJ, 2009)

La abducción de la cadera se medía colocando al paciente en decúbito supino con ambas piernas extendidas en la camilla, y la cadera en posición neutra (figura 13). Se separaba la pierna lateralmente sin permitir la flexión o rotación de la cadera. El goniómetro se situaba colocando el fulcro en la espina iliaca superior, el brazo proximal se alineaba con la otra espina iliaca superior y el brazo distal se alineaba con la línea media de la rótula.

La aducción de la cadera se medía colocando al paciente en la misma posición que en la medición de la abducción. Se le solicitaba la aducción de la cadera deslizando la extremidad inferior en sentido medial. El goniómetro se posicionaba igual que en la medición anterior.

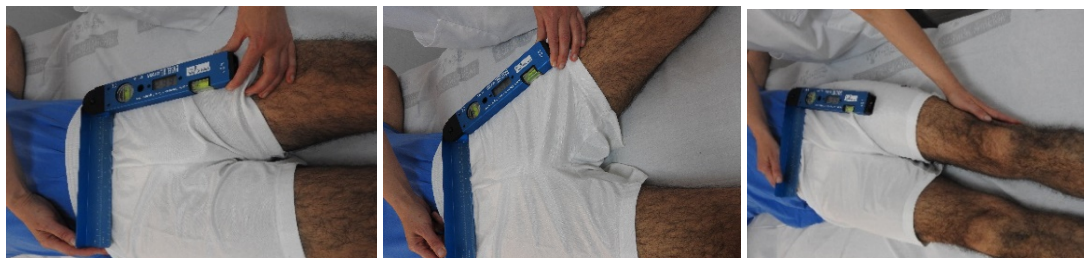


Figura 13. Mediciones del ROM activo de la abducción y aducción de la articulación coxofemoral. Colocación del goniómetro en la posición de partida. Posición de goniómetro durante la abducción. Posición del goniómetro durante la aducción, (Norkin CC & White DJ,2009).

La rotación intena de la cadera se medía colocando al paciente en sedestación con las rodillas flexionadas 90 grados al borde de la camilla, las caderas a 0 grados de abducción y aducción, y colocando una toalla debajo del extremo distal del fémur para mantener este en un plano horizontal. Se le solicitaba al paciente que separase lateralmente la pierna. El goniómetro se situaba colocando el fulcro en la parte anterior de la rótula, el brazo proximal se alineaba con la perpendicular del suelo y el brazo distal con la cresta de la tibia.

La rotación externa de la caderas se medía igual que la rotación interna, pero en esta ocasión se le pedía al paciente que dirigiera la pierna en sentido medial (figura 14).



Figura 14. Mediciones del ROM activo de la rotación interna y externa de la articulación coxofemoral. Posición del goniómetro en la rotación interna. Posición del goniómetro en la rotación externa (Norkin CC & White DJ,2009).

II.5.1.1.2 Protocolo de medición del ROM del grupo rodilla

Para medir la flexión de la rodilla (figura 15), la posición de inicio fue con el paciente en decúbito supino sobre la camilla de exploración, con ambas piernas extendidas y la cadera en posición neutra (a 0º de extensión, abducción y aducción), pudiendo incluso colocarse una toalla debajo del tobillo para permitir a la rodilla llegar al máximo de extensión, mientras el evaluador estabilizaba el fémur del sujeto para evitar rotaciones, abducciones o aducciones de la cadera. El evaluador colocaba una mano en el tobillo del paciente, y la otra mano en la parte posterior del muslo, flexionando la pierna hasta notar el tope de resistencia que ofrecen las estructuras implicadas. El goniómetro se situaba colocando el brazo proximal en la línea mediolateral del fémur, utilizando el trocánter mayor como referencia. El brazo distal se posicionaba en la línea mediolateral del peroné, utilizando la cabeza del peroné y el maléolo peroneal como referencia.



Figura 15. Mediciones del ROM activo de la rodilla (Posición del goniómetro en la flexión. Posición del goniómetro durante la extensión (Norkin CC & White DJ,2009).

La extensión de la rodilla suele ser registrada como la posición de partida para la medición de la flexión. La posición del goniómetro es la misma que en la medición de la flexión.

II.5.1.2 Protocolo para medir la función y la fuerza del grupo cadera y rodilla

La medición de la función y de la fuerza de la cadera se midió en la F1 y en la F3.

Para medir la funcionalidad de la rodilla se realizó el test TUG, concretamente la versión cronometrada de Podsiadlo and Richardson (127), descrita en el apartado III.4.1.9

Para cuantificar la fuerza muscular de las extremidades inferiores se utilizó el STS-5 test, de Guralnik, *et al.* (129), descrito en el apartado III.4.1.10.

II.5.1.3 Protocolo para valorar la calidad de vida del grupo cadera y rodilla

La medición de la calidad de vida del grupo cadera se midió en la F1 y en la F3.

Para calcular la calidad de vida del grupo cadera y rodilla se empleó la versión española del WOMAC realizada por Escobar, *et al.* (117), descrita en el apartado III.4.1.1.

II.5.2 PROTOCOLO DE LOS GRUPOS HOMBRO Y MANO

En este apartado se especifican los protocolos que se utilizaron en la medición del ROM y la fuerza de los sujetos que formaron parte del grupo hombro y mano. Así como, la cumplimentación del cuestionario de calidad de vida para hombro y mano.

II.5.2.1 Protocolo de medición del ROM de los grupos hombro y mano

La medición del ROM en ambas articulaciones se realizó en la F1 y F3.

II.5.2.1.1 Protocolo de medición del ROM del grupo hombro.

El ROM de la articulación del hombro se realizó a través del apartado 3 del test de Constant-Murley (120). El test de Constant-Murley valora cuatro movimientos del hombro y cada uno puede alcanzar 10 puntos. Los movimientos son la flexión, abducción la rotación interna y externa, donde sólo el grado de movimiento activo es el que se tiene en cuenta. La elevación anterior y lateral se realizó con el sujeto en bipedestación solicitándole el movimiento de flexión y posteriormente de abducción controlando falsos movimientos asociados a inclinaciones del tronco. Y se midió el goniómetro digital (figura 16).

Las rotaciones se valoran mediante gestos funcionales. En la tabla 10 se especifican las puntuaciones de las rotaciones en función del gesto funcional que el sujeto alcanzó.

Tabla 10. Valoración del parámetro movilidad de la rotación externa e interna según el test de Constant-Murley

Rotación externa	Puntos	Rotación interna	Puntos
Mano detrás de la cabeza, codo	0	Dorso de la mano en trocánter	0
Mano detrás de la cabeza, codo atrás	2	Dorso de la mano en la nalga	2
Mano sobre la cabeza, codo adelante	4	Dorso de la mano en articulación sacroiliaca	4
Mano sobre la cabeza, codo atrás	6	Dorso de la mano en la cintura	6
Elevación completa por encima de la	8	Dorso de la mano en la D12	8
Total	10	Dorso de la mano en la zona interescapular	10



Figura 16. Mediciones del ROM activo del hombro (Flexión, Abducción, Rotación externa e interna) en el test de Constant-Murley (Bankes, *et al.*, 1998).

II.5.2.1.2 Protocolo de medición del ROM del grupo mano

Para realizar la goniometría de la flexión y extensión de la articulación radiocarpiana (figura 17), el sujeto se colocaba en posición sentada junto a una superficie de apoyo, con el hombro abducido a 90 grados, el codo flexionado a 90 grados, y la palma de la mano al borde de dicha superficie de apoyo. Se debía evitar la desviación radial o cubital de la muñeca, y la flexión de los dedos. El goniómetro se posicionaba en la zona cubital de la mano, colocando el fulcro del goniómetro sobre la articulación de la muñeca y alineando el brazo proximal con el olécranon y la estiloides cubital, solicitando al sujeto la flexión de muñeca, con el brazo distal del goniómetro

alineado con la línea media del quinto metacarpiano. El mismo procedimiento se utilizaba para medir la extensión de la muñeca.



Figura 17. Mediciones del ROM activo de la flexión y extensión de la articulación radiocarpiana. Colocación del goniómetro en posición de partida. Posicionamiento del goniómetro en la flexión. Posición del goniómetro en la extensión (Norkin CC & White DJ, 2009).

En la goniometría de la desviación radial y cubital (figura 18), el sujeto se colocaba en la misma posición descrita para la goniometría anterior aunque dejando el antebrazo y la mano en la superficie de apoyo. El goniómetro se posicionaba situando el fulcro de este sobre la parte dorsal de la muñeca, alineando el brazo proximal con la línea media dorsal del antebrazo, mientras que el brazo distal se alineaba con la línea media dorsal del tercer metacarpiano.

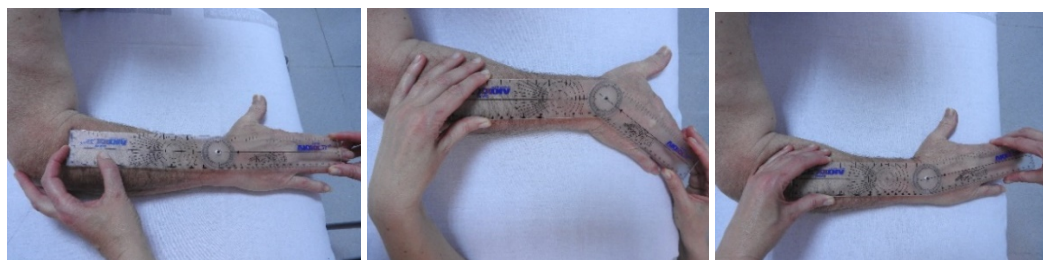


Figura 18. Mediciones del ROM activo de la inclinación radial y cubital de la articulación radiocarpiana. Colocación del goniómetro en posición de partida. Posicionamiento del goniómetro en la inclinación radial. Posición del goniómetro en la inclinación cubital (Norkin CC & White DJ, 2009).

En la goniometría de la pronación y de la supinación, el sujeto se situaba sentado, con el hombro a 0 grados de flexión, extensión, abducción, aducción y rotación, de modo que el brazo quedase pegado al cuerpo. Solicitábamos al paciente que flexionase el codo a 90 grados posicionando el antebrazo a medio camino entre la supinación y la pronación para que el pulgar quedase apuntando hacia el techo.

En la pronación (figura 19), el goniómetro se colocaba posicionando el fulcro en la cara medial del antebrazo próximo a la estiloides cubital. Los brazos del goniómetro eran alineados paralelos a la línea media anterior del húmero. El examinador usaba una mano para sostener el brazo proximal del goniómetro, y la otra sujetaba la mano del paciente colocando el brazo distal en la cara dorsal del antebrazo al final de la pronación.

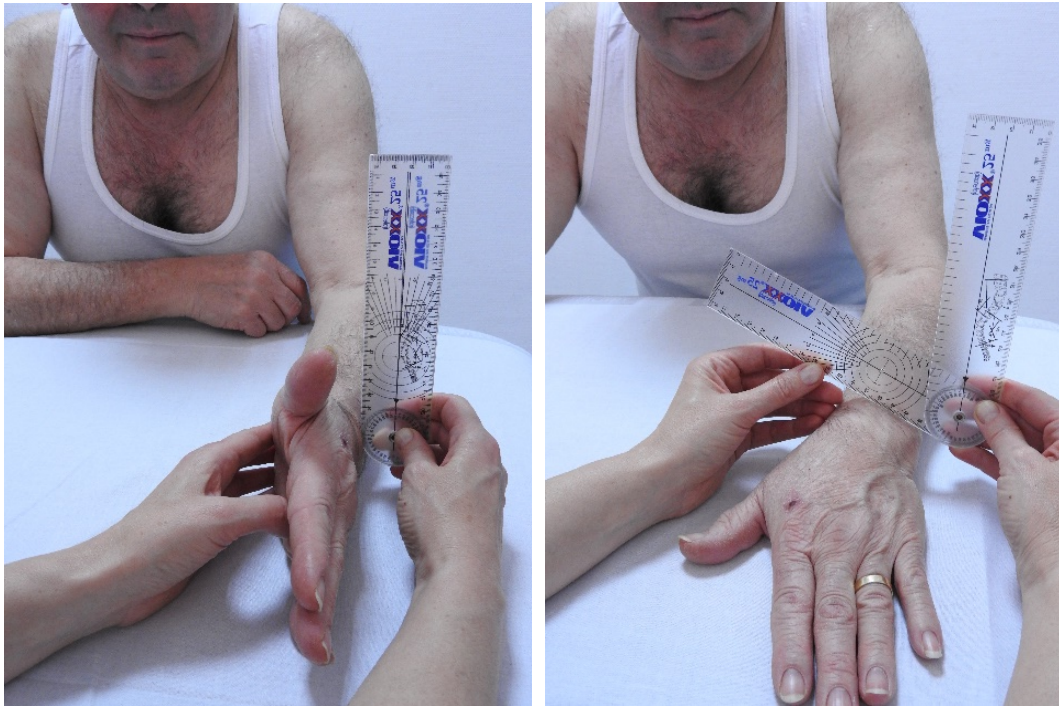


Figura 19. Mediciones del ROM activo de la pronación a nivel de la articulación radiocarpiana. Colocación del goniómetro en posición de partida. Posicionamiento del goniómetro en la pronación (Norkin CC & White DJ,2009).

En la supinación (figura 20), el goniómetro se situaba posicionando el fulcro en la cara lateral próximo a la estiloides radial, alineando el brazo proximal paralelo a la línea media anterior del húmero. El examinador usaba una mano para sostener el brazo proximal del goniómetro y la otra sujetaba la mano del paciente colocando el brazo distal en la cara palmar del antebrazo, al final de la supinación.

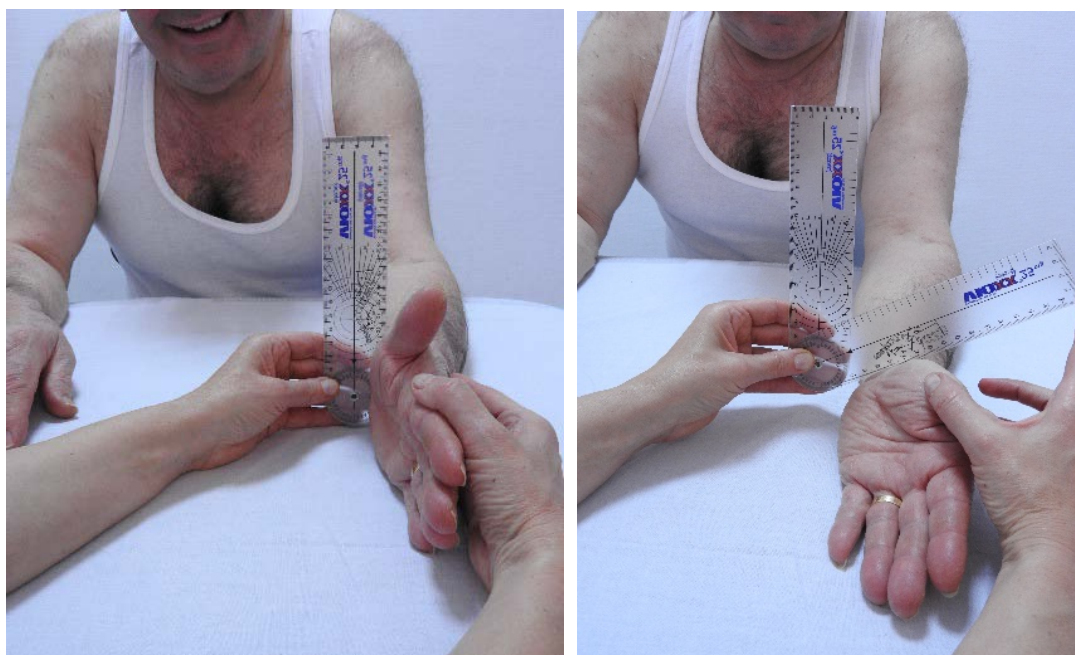


Figura 20. Mediciones del ROM activo de la supinación a nivel de la articulación radiocarpiana. Colocación del goniómetro en posición de partida. Posicionamiento del goniómetro en la supinación (Norkin CC & White DJ,2009).

II.5.2.2 Protocolo de medición de la fuerza de los grupos hombro y mano

Los parámetros de fuerza del grupo hombro y mano se midieron en la F1 y en la F3.

II.5.2.2.1 Protocolo de medición de la fuerza del grupo hombro

La medición de la fuerza del hombro se ha realizado según el apartado 4 del test de Constant-Murley.

El apartado 4 del test es el que genera más discrepancia, pues los propios autores recomiendan que la fuerza se mida en abducción de 90 grados, pero no mencionan el plano de elevación, el tiempo de medición, el número de repeticiones ni la posición del sujeto (120).

En este estudio la posición de inicio del paciente ha sido con este sentado en una silla con respaldo, para evitar la colaboración de la musculatura del tronco, y con el brazo a 90 grados de abducción (figura 21).

El dinamómetro se situaba en el extremo del brazo, a nivel de la muñeca, y en esta posición se le solicitaba al sujeto que ejerciese la mayor fuerza posible contra una superficie fija que quedaba a 90 grados de abducción del hombro, durante 5 segundos. Era importante que el investigador animase al sujeto para obtener el esfuerzo máximo posible. La prueba se repetía 3

veces de forma consecutiva, dando una pausa de 30 segundos; registrándose para cada sujeto el mejor resultado obtenido.

En caso de no alcanzar los 90 grados de abducción la fuerza es poco funcional y el valor de este parámetro es cero (133).



Figura 21. Medición de la fuerza del hombro a través de una dinamometría (Bakes, *et al.*,1998)

II.5.2.2.2 Protocolo de medición de la fuerza del grupo mano

La medición de la fuerza de la prensión de la mano se realizó utilizando el dinamómetro hidráulico descrito en el apartado III.8.2. El dinamómetro dispone de un asa que se puede regular a cinco posiciones para que se pueda adaptar a cualquier tamaño de mano. El ajuste se realizaba en cada paciente de forma que la articulación interfalángica proximal del segundo dedo estuviera a 90 grados de flexión. Se colocaba al sujeto en sedestación con el antebrazo apoyado, el codo a 90 grados de flexión y pronosupinación neutra, y el hombro en aducción; en esta posición se le solicitaba al sujeto que apretase lo máximo posible, al tiempo que el investigador animaba verbalmente a cada sujeto con la intención de obtener el esfuerzo máximo (figura 22). Según Curb *et al.* la fiabilidad de esta prueba ha demostrado ser alta, de entre 0.88 y 0.96 (134).



Figura 22. Medición de la fuerza de la mano a través de una dinamometría (Curb, *et al.*, 2006)

II.5.2.3 Protocolo para valorar la calidad de vida del grupo hombro y mano

El cuestionario para valorar la calidad de vida del grupo hombro y mano se empleó en la F1 y en la F3, para ello se utilizó el cuestionario DASH descrito en el apartado III.4.1.2.

II.5.3 PROTOCOLO DE LOS GRUPOS CERVICAL Y LUMBAR

En este apartado se especifican los protocolos que se utilizaron en la medición del ROM de los sujetos que formaron parte del grupo cervical y lumbar. Así como, la cumplimentación del cuestionario de calidad de vida para cervicalgias y lumbalgias.

II.5.3.1 Protocolo de medición del ROM de los grupos cervical y lumbar

El ROM de los grupos lumbar y cervical se midió en la F1 y en la F3

II.5.3.1.1 Protocolo de medición del ROM del grupo cervical

Para la realización de la goniometría de la flexión y extensión de la cabeza, el sujeto se colocaba en posición sentada, con el tórax y columna lumbar bien apoyada en la parte posterior de una silla. La cabeza en posición neutra (a 0 grados rotación, 0 grados lateralización y 0 grados flexión), con la cintura escapular estable, y las manos del paciente sobre sus rodillas.

El goniómetro se situaba colocando el fulcro sobre el meato auditivo, alineando el brazo proximal para que estuviera perpendicular al suelo, mientras que el brazo distal se alineaba con la base de las narinas.

Se solicitaba al sujeto que bajase la cabeza lo máximo posible. El brazo proximal del goniómetro se mantenía en la misma posición mientras que el brazo distal se desplazaba sin perder su alineación de referencia (base de las narinas). Lo mismo sucedía para medir la extensión (figura 23).

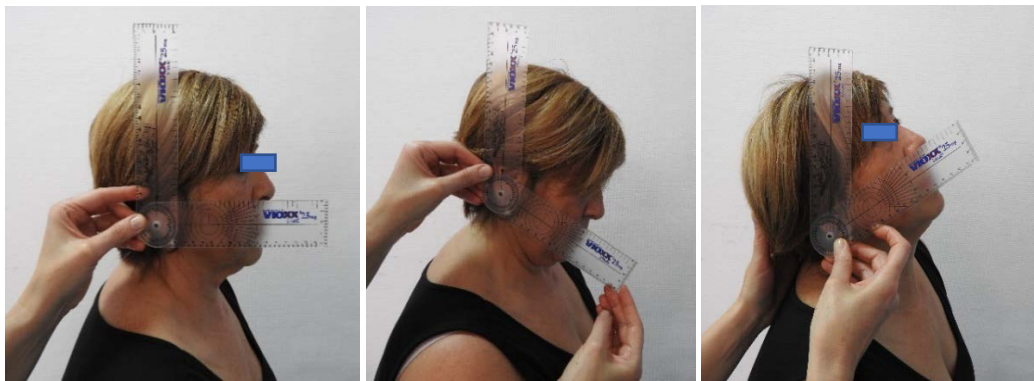


Figura 23. Mediciones del ROM activo de la flexión y extensión del raquis cervical. Colocación del goniómetro en posición de partida. Posición del goniómetro en la flexión. Posición del goniómetro en la extensión (Norkin CC & White DJ,2009).

En la lateralización del raquis cervical (figura 24), el sujeto se posicionaba igual que en la goniometría descrita anteriormente: el sujeto se colocaba en posición sentada, con el tórax y columna lumbar bien apoyada en la parte posterior de una silla. La cabeza en posición neutra (a 0 grados de rotación, 0 grados de lateralización y 0 grados de flexión), con la cintura escapular estable, y las manos del paciente sobre sus rodillas.

El goniómetro se situaba colocando el fulcro sobre la apófisis espinosa de la séptima vertebra cervical (C7), alineando el brazo proximal con los procesos espinosos de la vértebras torácicas, quedando el brazo perpendicular al suelo. El brazo distal se alineaba con la línea media dorsal de la cabeza, utilizando la protuberancia occipital de referencia. Se solicitaba al sujeto que inclinara la cabeza hacia un lado. El brazo proximal del goniómetro se mantenía en la misma posición mientras que el brazo distal se desplazaba sin perder su alineación de referencia (protuberancia occipital).

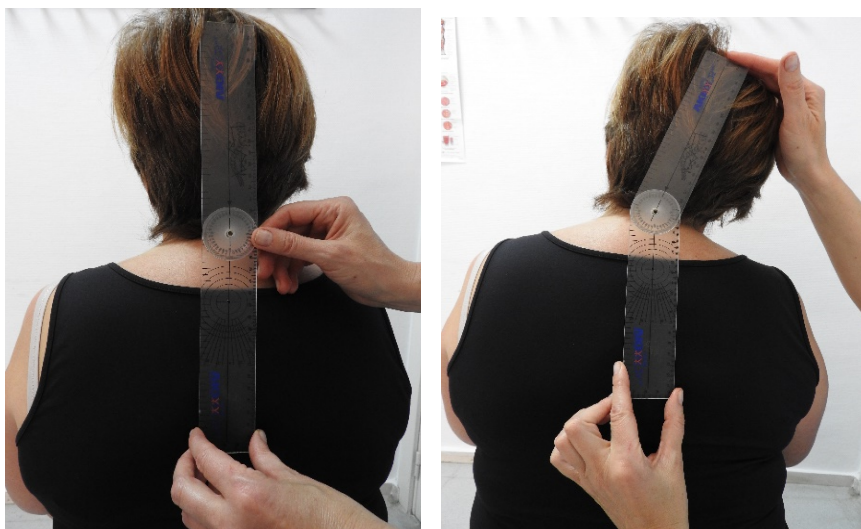


Figura 24. Mediciones del ROM activo de la inclinación lateral del raquis cervical. Colocación del goniómetro en la posición de partida. Colocación del goniómetro durante la inclinación lateral derecha. (Misma colocación para la inclinación lateral izquierda), (Norkin CC & White DJ,2009).

En la rotación del raquis cervical, el sujeto se posiciona igual que en las dos últimas goniometrías descritas anteriormente.

El goniómetro se situaba colocando el fulcro sobre el centro de la cara craneal de la cabeza, con el brazo proximal paralelo a una línea imaginaria que pasa por entre la prominencia de las articulaciones acromio claviculares. El brazo distal se alineaba con el apéndice nasal.

Se solicitaba al sujeto que girase la cabeza. El brazo proximal del goniómetro se mantenía en la misma posición mientras que el brazo distal se desplazaba sin perder su alineación de referencia con el apéndice nasal (figura 25).

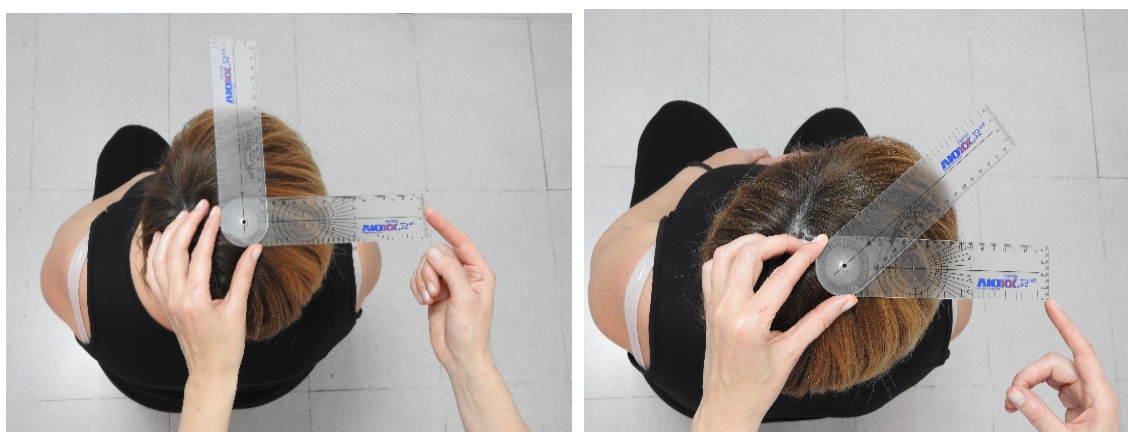


Figura 25. Mediciones del ROM activo de la rotación del raquis cervical. Colocación del goniómetro en la posición de partida. Posición del goniómetro en la rotación derecha del raquis cervical. (Misma colocación para la inclinación lateral izquierda), (Norkin CC & White DJ,2009).

II.5.3.1.2 Protocolo de medición del ROM del grupo lumbar

El procedimiento de elección para medir el recorrido articular del raquis lumbar ha sido la técnica de Schober Modificada descrita por Macrae y Wright (135):

Dicho procedimiento consiste en 5 pruebas:

Prueba “Dedos suelo” (figura 26): para cuantificar la flexión de la espalda, el sujeto se colocaba en posición bípeda, con los pies juntos, y se le solicitaba que se doblase hacia delante lentamente en la medida de lo posible, con la intención de tocar el suelo con los dedos, manteniendo las rodillas extendidas y los pies juntos. Al final del movimiento, se medía la perpendicular de la distancia entre los dedos (concretamente el tercer dedo) y el suelo con una cinta métrica.



Figura 26. Mediciones de la prueba “dedos suelo” (Macrae&Writht, 1969).

Prueba “maniobra flexión de Schober” (figura 27): con el paciente en posición bipeda y los pies juntos se realizaba una marca en la unión lumbosacra con un lápiz de marcado de la piel, colocando una segunda marca 10 cm por encima de la primera. Se le solicitaba al sujeto que se inclinase hacia delante lo más lejos posible manteniendo las rodillas rectas, y en esa posición se medía la distancia entre la marca superior e inferior. El ROM era la diferencia entre la longitud medida al final de la flexión que había realizado el paciente y los 10 cm.



Figura 27. Mediciones de la prueba “maniobra flexión de Schober” (Macrae&Writht, 1969)

Prueba “maniobra extensión de Schober modificada” (figura 28): se procedía igual que en la prueba anterior pero se le pedía al sujeto que colocase las manos sobre las nalgas y que hiciera una extensión lumbar en la medida de lo posible. Se medía la distancia entre la marca superior y la marca inferior al final del recorrido. El ROM es la diferencia entre 10 cm y la longitud medida al final de la extensión.



Figura 28. Mediciones de la prueba “maniobra extensión de Schober modificada” (Macrae&Writht, 1969)

Prueba “maniobra flexión lateral dedo a muslo” (figura 29): con el paciente en posición bípeda, los pies separados a la amplitud de los hombros y los brazos a lo largo del cuerpo, se realizaba una marca en el muslo, a la altura del tercer dedo de la mano del sujeto. Se le solicitaba inclinación hacia ese lado, lo más lejos posible, sin inclinarse hacia delante, y se marcaba sobre el muslo el punto más alejado donde alcanzaba el tercer dedo de la mano. Se medía la distancia entre las dos marcas, la cual resultaba ser el valor del ROM de la flexión lateral del tronco.



Figura 29. Mediciones de la prueba “maniobra flexión lateral dedo a muslo” (Macrae&Writht, 1969)

Prueba “maniobra rotación toracolumbar” (figura 30): con el paciente sentado en una banqueta y los pies en el suelo, se le pedía al sujeto que girase su tronco hacia un lado lo más lejos posible, manteniendo el tronco erguido y los pies en el suelo, sin que girase la pelvis. Con el goniómetro se situaba el fulcro en el centro de la cara craneal de la cabeza, alineando el brazo proximal a una línea imaginaria entre las prominencias de las crestas iliacas, y el brazo distal se alineaba con una línea imaginaria entre las articulaciones acromioclaviculares.

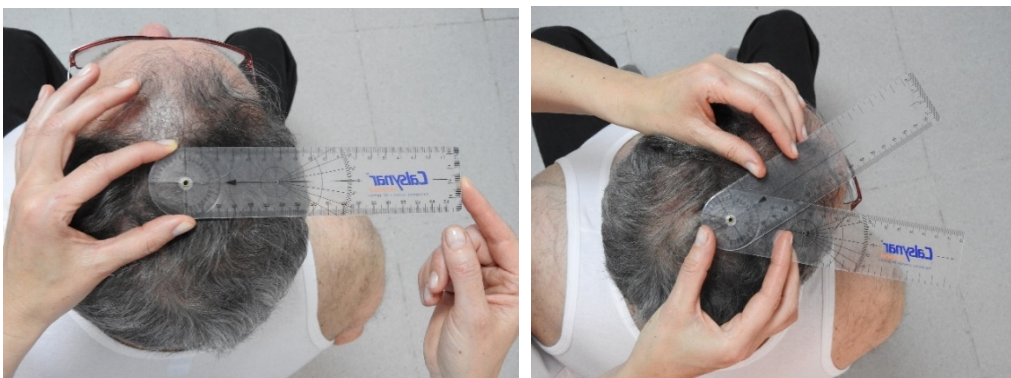


Figura 30. Mediciones de la prueba “maniobra rotación toracolumbar” Colocación del goniómetro en la posición de partida. Posición del goniómetro en la rotación toracolumbar derecha. (Misma colocación para la rotación lateral izquierda), (Norkin CC & White DJ,2009).

II.5.3.2 Protocolo para valorar la calidad de vida del grupo cervical y lumbar

Los cuestionarios para valorar la calidad de vida del grupo cervical y lumbar se realizaron en la F1 y en la F3.

II.5.3.2.1 Protocolo para valorar la calidad de vida del grupo lumbar

Para conocer la calidad de vida de los sujetos con lumbalgia de la muestra, se utilizó el índice de discapacidad de Oswestry, descrito en el apartado III.4.1.4.

II.5.3.2.2 Protocolo para valorar la calidad de vida del grupo cervical

El cuestionario que se utilizó, para valorar la calidad de vida de los sujetos con cervicalgia de la muestra, fue el índice de discapacidad del raquis cervical NDI, descrito en el apartado III.4.1.5.

II.5.4 PROTOCOLO PARA VALORAR EL DOLOR, LA SATISFACCIÓN, LA PERCEPCIÓN DEL CAMBIO Y LA CALIDAD PERCIBIDA EN TODOS LOS GRUPOS DE LA MUESTRA.

En este apartado se especifican los protocolos que se utilizaron en la medición del dolor, la satisfacción, la percepción global del cambio y la calidad percibida. Para ello se han utilizado las escalas y cuestionarios seleccionados para este estudio, descritos en el apartado III.4.1. La escala del dolor, de la satisfacción y de la percepción global del cambio se realizaron en la F3, mientras que el cuestionario de calidad percibida por el usuario se cumplimentó en la F2.

Las escalas y el cuestionario de este apartado se utilizaron en todos los sujetos de la muestra, independientemente del grupo al que pertenecían.

II.5.4.1 Protocolo para valorar el dolor

La medición del dolor se realizó en la F1 y F3 en todos los sujetos de la muestra.

II.5.4.2 Protocolo para valorar la satisfacción

La valoración de la satisfacción de todos los sujetos de la muestra fue medida en la F3; para ello se utilizó un cuestionario breve de 5 puntos de Likert, descrito en el apartado III.4.1.6.

II.5.4.3 Protocolo para valorar la percepción de cambio

La valoración de la percepción global del cambio de todos los sujetos de la muestra se midió en la F3, para ello se utilizó el PGICS. Se trata de un cuestionario breve de 7 puntos, descrito en el apartado III.4.1.7.

II.5.4.4 Protocolo para valorar la calidad percibida

La valoración de la calidad percibida por el usuario de las Unidades de Fisioterapia se midió en la F2; para ello se utilizó el PEPAP-Q. Se trata de un cuestionario de calidad descrito en el apartado III.4.1.8.

II.5.5 Protocolo para recoger los datos sociodemográficos y antropométricos

Los datos sociodemográficos, antropométricos y los datos relativos a la historia clínica se recogieron en la F1; para ello se elaboró un cuaderno de recogida de datos (CRD) (anexo 4), donde se tomó nota de:

- Número del sujeto, edad, sexo, estudios, situación laboral, tipo de trabajo.
- Miembro dominante, miembro afecto, tiempo de evolución.
- Peso y talla para el cálculo del IMC (136).
- Antecedentes de enfermedades, e intervenciones quirúrgicas.
- Tratamiento de fisioterapia en otro proceso anterior.
- Hábito sedentario, tabaquismo.

II.6 ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis de datos se realizó en dos fases diferenciadas:

Análisis descriptivo.

Se resumieron los diferentes parámetros según la naturaleza de cada variable:

Cuantitativas: con medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar o intervalo intercuartílico, acompañando a la media y mediana respectivamente).

Cualitativas: con frecuencias absolutas (contajes) y relativas (porcentajes).

Fase inferencial

Se realizaron los contrastes de las variables resultado de la escala PEPAP-Q (dominios, áreas y puntuación total) en relación a los indicadores de evolución y mejora.

Los contrastes de la escala PEPAPQ con los indicadores cualitativos se realizaron con pruebas de t de Student (2 grupos) y de análisis de la varianza (ANOVA) si eran más de dos grupos. En caso de no cumplirse las condiciones de aplicación (normalidad y heterocedasticidad) se utilizaron las pruebas no paramétricas: U de Mann-Whitney (dos grupos) y Kruskal-Wallis (más de dos grupos).

La asociación de la escala PEPAPQ con otros indicadores cuantitativos se estimó mediante una prueba de correlación no paramétrica de Spearman (Rho).

Todos los contrastes se valoraron para una significación estadística del 5% ($p < 0,05$)

El tamaño del efecto en los cuatros indicadores (dolor, funcionalidad, recorrido articular y fuerza) por localización se realizó con una medida estandarizada, la d de Cohen. Este indicador permite valorar los cambios en una variable de forma estandarizada lo que permite comparar valores utilizados con diferentes escalas (137).

$$d \text{ de Cohen} = (M1 - M2)/DEp$$

Donde M1 y M2 son los valores medios y DEp es una estimación ponderada de la desviación estándar de los dos grupos que se comparan.

Su valor es indicativo del tamaño del efecto, por lo que a mayor valor (en términos absolutos) mayor es el efecto. Según indicaciones del propio autor, una d de hasta 0,2 es reflejo de un efecto débil, hasta 0,5 de un efecto medio y de 0,8 ó más de un efecto importante.

Los cálculos se realizaron con el paquete estadístico PASW 18.0 (SPSS Inc.)

RESULTADOS

III. RESULTADOS

III.1 Análisis descriptivo

III.1.1 Descriptivos sociodemográficos de la muestra

La muestra preliminar de este estudio estuvo formada por un total de 264 pacientes que estaban inicialmente interesados en colaborar en la investigación. Finalmente, un total de 219 pacientes (tasa de respuesta 82.9%), fueron quienes formaron la muestra definitiva, al excluir a 45 pacientes que decidieron no continuar o no terminaron el tratamiento de fisioterapia.

Las características de los sujetos se describen en la tabla 11.

Tabla 11. Descriptivos generales (n 219)

		N	%
Sexo	Hombres	71	32,4%
	Mujeres	148	67,6%
Grupos de edad	<= 50 años	49	22,4%
	51 - 60	68	31,1%
	61 - 70	51	23,3%
	> 70	51	23,3%
Patología	Cadera	14	6,4%
	Cervical	23	10,5%
	Hombro	69	31,5%
	Lumbar	43	19,6%
	Mano	24	11,0%
Rodilla		46	21,0%
Estudios	Primarios	131	59,8%
	Secundarios	63	28,8%
	Superiores	25	11,4%
Situación laboral	Jubilado	97	44,3%
	Trabajando	76	34,7%
	De baja	28	12,8%
	En paro	18	8,2%
Tabaquismo	Sí	42	19,2%
	No	177	80,8%
Sedentarismo	No	109	49,8%
	Sí	110	50,2%

La muestra estuvo compuesta por 71 hombres (32.4%) y 148 mujeres (67.6%), con una media de edad de 59.9 años (DE 14 años; rango de 20 a 87 años). Siendo la media de edad en hombres de 58.1 años y en mujeres de 60.8 años.

El 22.4% de la muestra era menor de 50 años, y el 77.6% era mayor de 50 años, siendo el tramo de edad más numeroso el de los sujetos de entre 51 y 60 años (31.1%).

Respecto a la distribución de sexos por grupos de edad, el porcentaje de mujeres fue mayor que el de hombres en todos los tramos de edad, siendo el grupo de 51 a 60 años donde se observó la mayor diferencia, los porcentajes de dicha distribución se reflejan en la tabla 12 y en la figura 31.

Grupos de edad	Hombre		Mujeres	
	N	%	N	%
<= 50 años	21	42,9%	28	57,1%
51 - 60	17	25,0%	51	75,0%
61 - 70	17	33,3%	34	66,7%
> 70	16	31,4%	35	68,6%

Tabla 12. Distribución de sexos por grupo de edad

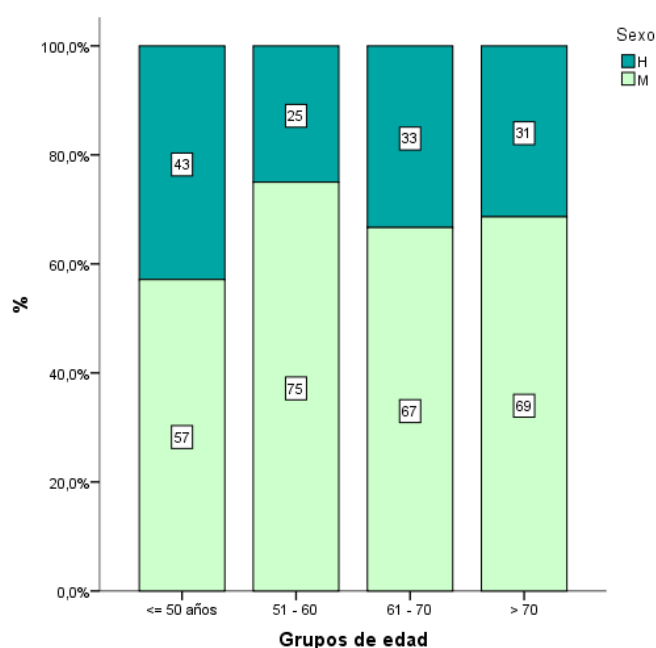


Figura 31. Porcentaje de hombres y mujeres por tramo de edad.

III.1.2 Distribución de las patologías por Centro de Salud

Continuando con el análisis de los resultados obtenidos en la tabla 11, se aprecia que el número de pacientes con patología en el miembro superior (grupo hombro y mano) fue mayor que en el resto de los grupos (cadera, rodilla, cervical y lumbar), siendo un total de 93 pacientes de la muestra (el 42.5%) los que recibieron tratamiento de fisioterapia en alguna de las patologías de miembro superior incluidos en este estudio. Concretamente un total de 69 pacientes (el 31.5%) fueron los atendidos por patología musculoesquelética en la articulación glenohumeral, siendo por tanto las patologías localizadas en dicha articulación las más numerosas.

Este patrón se repite en los Centros de Salud de Alginet, Benifaió y L'Alcudia (tabla 13), donde hubo un mayor porcentaje de pacientes con patología en la articulación glenohumeral (28.0%, 34.7% y 38.6% respectivamente), excepto en el Centro de Salud de Alzira donde el porcentaje mayor se presentó en el grupo lumbar (26.0%), seguido muy de cerca (24.0%) por el grupo hombro.

Tabla 13. Distribución de la localización de las patologías por C. de Salud.

Localización	Alginet		Alzira		Benifaió		L'Alcudia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cadera	3	6,0%	4	8,0%	5	6,7%	2	4,5%
Cervical	2	4,0%	6	12,0%	10	13,3%	5	11,4%
Hombro	1	28,0%	12	24,0%	26	34,7%	1	38,6%
Lumbar	1	20,0%	13	26,0%	12	16,0%	8	18,2%
Mano	6	12,0%	4	8,0%	9	12,0%	5	11,4%
Rodilla	1	30,0%	11	22,0%	13	17,3%	7	15,9%

III.1.3 Distribución de las patologías por grupos de edad

La mayor prevalencia de patología en la articulación glenohumeral se observó a partir de los 51 años, como podemos ver en la tabla 14; mientras que en los pacientes menores de 50 años la patología más frecuente se localizó en el raquis lumbar con un porcentaje del 32.7%; este porcentaje disminuyó en los sucesivos grupos de edad, siendo en el tramo de edad de 51-60

años del 22.1%, en el tramo 61-70 años del 21.6% y en el tramo de mayores de 70 años del 2.0%, aumentando en ese grupo de edad el número de pacientes con patología en la articulación de la rodilla con un porcentaje del 33.3%. Estos datos se pueden apreciar también en la figura 32.

Tabla 14. Distribución de la localización de las patologías por grupo de edad

	Grupos de edad							
	<= 50 años		51 - 60		61 - 70		> 70	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cadera	3	6,1%	6	8,8%	2	3,9%	3	5,9%
Cervical	9	18,4%	7	10,3%	3	5,9%	4	7,8%
Hombro	10	20,4%	22	32,4%	18	35,3%	19	37,3%
Lumbar	16	32,7%	15	22,1%	11	21,6%	1	2,0%
Mano	4	8,2%	5	7,4%	8	15,7%	7	13,7%
Rodilla	7	14,3%	13	19,1%	9	17,6%	17	33,3%

* $p=0.002$

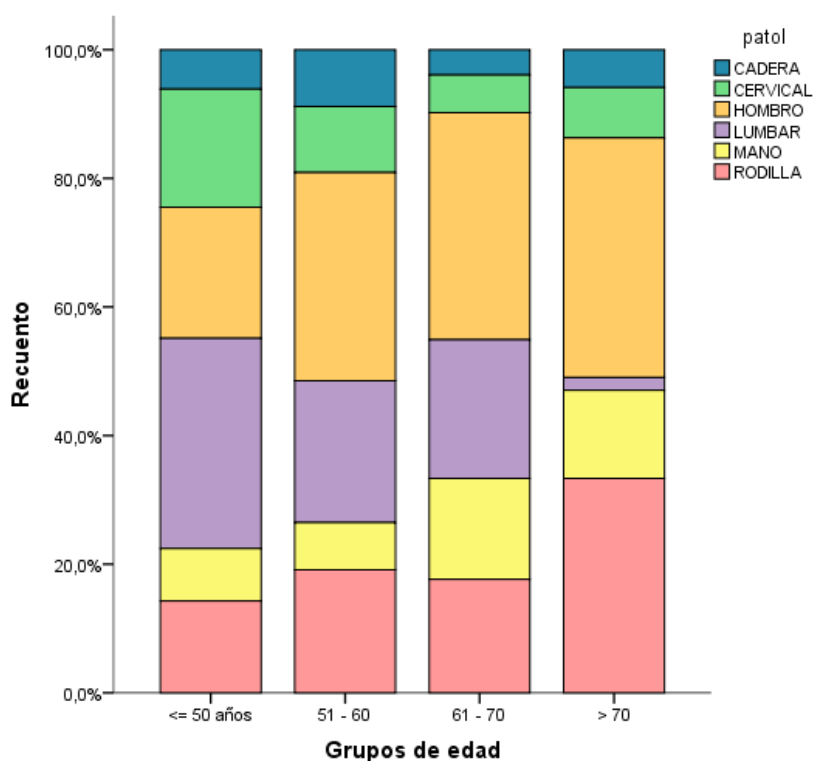


Figura 32. Porcentaje de la localización de las patologías por grupo de edad

III.1.4 Datos antropométricos de la muestra

Volviendo a la tabla 11, con respecto al nivel de estudios de los sujetos que formaron la muestra, el 59.8% manifestaron tener un nivel de estudios primarios, el 2.8% estudios secundarios y el 11.4% estudios superiores.

En relación a la situación laboral de los sujetos de la muestra el 44.3% estaba jubilado, el 34.7% estaba en activo, 12.8% de baja laboral y el 8.2% en el paro.

Al analizar los hábitos saludables de los sujetos con respecto al tabaco y al sedentarismo, el 80.8% de los pacientes no eran fumadores, pero el 50.2% de los sujetos eran sedentarios.

Continuado con otros datos descriptivos de la muestra (tabla 15), la media del Índice de Masa Corporal (IMC) de los sujetos de la muestra fue del 27.6 (DE 4.3 Kg/m²; rango de 17.6 a 43.6 Kg/m²). Cuando los sujetos de la muestra empezaron el tratamiento de fisioterapia, el tiempo medio de evolución del proceso patológico fue de 6 meses (DE 6.1 mes; rango entre 1 y 24 meses). El tiempo medio de evolución del proceso patológico hace referencia al tiempo en meses desde que el paciente empezó con los síntomas hasta el inicio del tratamiento de fisioterapia. Una vez se inició el tratamiento de fisioterapia la media del número total de sesiones fue de 16 sesiones (DE 13 sesiones; rango entre 4 y 95 sesiones).

Tabla 15. Descriptivos generales 2.

	Media	DE	Mediana	Mínimo	Máximo
Edad	59,91	14,00	59,94	20,10	87,06
Talla (cm)	163	14	163	0	187
Índice de Masa Corporal (Kg/m ²)	27,6	4,3	27,1	17,6	43,6
Tiempo evolución (meses)	6,0	6,1	4,0	0,1	24,0
Número total de sesiones	16	13	15	4	95

DE: desviación estándar; P25 y P75: percentiles 25 y 75

El tiempo en lista de espera (figura 33), hace referencia a los días, o meses, que el paciente estuvo esperando desde que se le derivó del especialista, a la Unidad de Fisioterapia.

En este estudio, el 39.7% de los sujetos de la muestra tuvieron que esperar menos de 15 días para iniciar el tratamiento de fisioterapia; respecto al resto de la muestra, el 20.1% esperó entre 15 y 30 días, el 21.9% esperó entre 1 y 2 meses y el 18.3% esperó más de 2 meses.

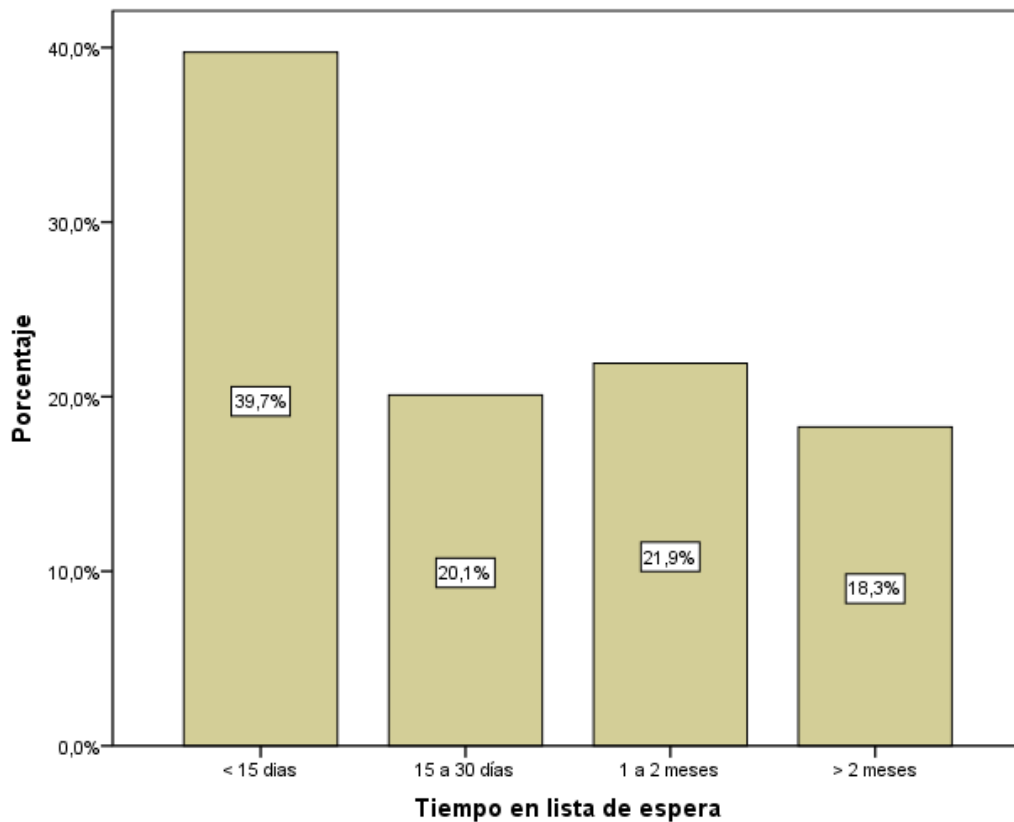


Figura 33. Porcentaje del tiempo en lista de espera.

III.2 Satisfacción

III.2.1 Relación de la satisfacción en función al tiempo de espera

Respecto a la satisfacción de los usuarios en relación al tiempo de espera (figura 34), en este estudio la proporción de pacientes no satisfechos con el tiempo de espera se incrementó significativamente con la duración del mismo.

Los pacientes consideraron admisible un tiempo de espera inferior a 15 días, mientras que a partir de los 15 días la insatisfacción se incrementa al 59.1%, y a partir de los 2 meses en lista de espera la insatisfacción del usuario fue del 97.5%.

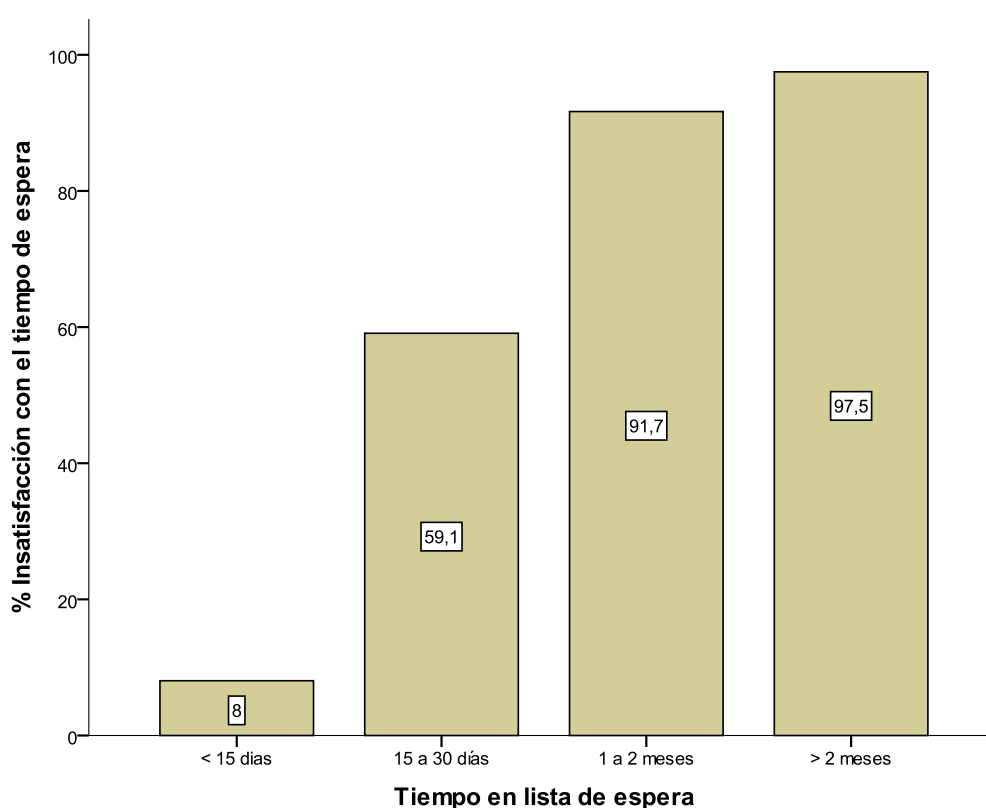


Figura 34. Satisfacción en relación al tiempo de espera. ($p < 0,05$)

III.2.2 Relación de la satisfacción en función de la localización de la patología

La satisfacción percibida por el paciente fue alta, con más del 95% valorándose como “satisfechos” o “muy satisfechos” (tabla 16). Este patrón es similar en todas las localizaciones, excepto para el grupo mano, con 8.6% de “insatisfechos” e “indiferentes”. Le siguen los grupos cadera con 7.1% de “insatisfechos” y el cervical con 4.3% de “indiferentes”.

Tabla 16. Relación de la satisfacción global en función de los grupos.

	Nada satisfecho		Insatisfecho		Indiferente		Satisfecho		Muy satisfecho	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
G. Cadera	0	,0%	1	7,1%	0	,0%	4	28,6%	9	64,3%
G. Cervical	0	,0%	1	4,3%	0	,0%	7	30,4%	15	65,2%
G. Hombro	0	,0%	0	,0%	1	1,4%	23	33,3%	45	65,2%
G. Lumbar	0	,0%	0	,0%	0	,0%	13	30,2%	30	69,8%
G. Mano	0	,0%	1	4,3%	1	4,3%	13	56,5%	8	34,8%
G. Rodilla	0	,0%	0	,0%	1	2,2%	13	28,3%	32	69,6%
Total	0	,0%	3	1,4%	3	1,4%	73	33,5%	139	63,8%

III.2.3 Relación de la satisfacción con las variables sociodemográficas, los cambios en el estado de salud, la funcionalidad y en el dolor.

El sexo y la edad no se relacionaron significativamente con la satisfacción. Igualmente, los cambios funcionales y los cambios en el dolor no se asociaron a cambios significativos de la satisfacción. Solamente la percepción del cambio en el estado de salud por parte del paciente, a partir de ahora la llamaremos “mejoría percibida”, que se midió a través de la escala PGICS, se relacionó significativamente con una mayor satisfacción (tabla 17).

La relación de la satisfacción con la variable sexo no fue significativa, pero cabe indicar que el sexo masculino estuvo más satisfecho que el femenino. De igual forma, la edad no se relacionó estadísticamente con la satisfacción, pero cabe mostrar que la satisfacción de los sujetos de la muestra aumentó con la edad, así, el grupo de más de 70 años, declararon estar “satisfechos” o “muy satisfechos” el 100% de dicho grupo. Del mismo modo, no se distinguieron diferencias estadísticamente significativas con la mejoría funcional y la satisfacción, donde el 100% de los sujetos que no mejoraron manifestaron estar “satisfechos” o “muy satisfechos”.

Igualmente sucedió con la relación mejoría del dolor y la satisfacción donde más del 90% de la muestra mostraron estar “satisfechos” o “muy satisfechos”, siendo el grupo que mejoró en el dolor el más “satisfecho” o “muy satisfecho” (98.8%), seguido muy de cerca por el grupo que no mejoró, que también reveló estar “satisfecho” o “muy satisfecho” (92.6%).

Tabla 17. Relación de la satisfacción global con las variables sociodemográficas, la mejoría percibida, la mejoría funcional y la disminución del dolor.

		Insatisfecho		Indiferente		Satisfecho		Muy satisfecho	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Hombre	1	1,4%	0	,0%	27	38,0	43	60,6
	Mujer	2	1,4%	3	2,0%	46	31,3	96	65,3
Grupos de edad	<= 50 años	2	4,1%	2	4,1%	17	34,7	28	57,1
	51 - 60	0	,0%	1	1,5%	20	29,4	47	69,1
	61 - 70	1	2,0%	0	,0%	17	33,3	33	64,7
	> 70	0	,0%	0	,0%	19	38,0	31	62,0
Mejoría percibida*	He mejorado	0	,0%	0	,0%	5	19,2	21	80,8
	He mejorado	1	1,1%	3	3,4%	28	32,2	55	63,2
	He mejorado	1	1,6%	0	,0%	27	43,5	34	54,8
	Estoy igual	0	,0%	0	,0%	10	28,6	25	71,4
	He	0	,0%	0	,0%	3	60,0	2	40,0
	He	1	33,3	0	,0%	0	,0%	2	66,7
Mejoría funcional	No mejoría	0	,0%	0	,0%	9	33,3	18	66,7
	Mejoría	1	,5%	3	1,6%	62	33,5	11	64,3
Mejoría dolor	No	2	3,7%	2	3,7%	14	25,9	36	66,7
	Sí (mejoría)	1	,6%	1	,6%	59	36,0	10	62,8

*p=0,002

Mejoría percibida: escala PGICS (en todos los grupos); Mejoría funcional: Womac (en grupos cadera y rodilla), DASH (en grupos hombro y mano), Oswestry (en grupo lumbar), NDI (en grupo cervical); Mejoría dolor: Escala EVA (en todos los grupos).

III.3 Calidad percibida

La evaluación de la calidad percibida se obtuvo a través del cuestionario PEPAP-Q que, como se indica en el capítulo material y método, consta de 23 ítems que analizan 7 dominios, agrupados en 2 áreas principales: las actitudes y comportamientos del fisioterapeuta y el ambiente organizacional. El análisis estadístico se realizó recodificando en 2 categorías (problema/no problema) las respuestas del cuestionario (codificación dicotómica), considerando las respuestas “siempre” y “nunca” como la ausencia de un problema en los ítems directos e inversos respectivamente. Con este sistema la puntuación media puede oscilar entre 0-100, donde 0 indica que el paciente no ha percibido problemas en la calidad del servicio y 100 todo lo contrario.

III.3.1 Resultados del cuestionario PEPAP-Q por dominios, áreas y PEPAP-Q total

Los resultados con los valores de codificación dicotómica del cuestionario PEPAP-Q (tabla 18), nos revelan que para los sujetos de nuestra muestra el dominio mejor valorado fue el dominio que analizó “la seguridad del paciente” (D7), con una media de 5.28 puntos, seguido por el dominio D1 que analizó “la información y educación al paciente” (19.28 puntos), y del dominio D2 “apoyo emocional” (27.31 puntos). Por otro lado, los dominios peor valorados corresponden a la “duración de la atención” D4 (96.18 puntos) y “las interrupciones durante el tratamiento” (58.47 puntos).

Respecto a las áreas, nuestra muestra valoró mejor el área 1 “actitudes y comportamiento del fisioterapeuta” (27.82 puntos), y peor al área 2 “ambiente organizacional” (50.03 puntos).

La muestra de este estudio puntuó bien la calidad que percibió de la Unidad de Fisioterapia donde se le trató, con una puntuación total del PEPAP-Q de 39.89 puntos.

Tabla 18. Distribución de los valores del cuestionario PEPAP-Q por dominios, áreas y total.

	Media	DE	Mediana	P 25	P75
D1 - Información y educación	19,28	31,11	,00	,00	25,00
D2 - Apoyo emocional	27,31	32,61	20,00	,00	40,00
D3 - Sensibilidad a los cambios paciente	41,58	41,23	33,30	,00	66,60
D4 - Duración de la atención	96,18	15,15	99,90	99,9	99,90
D5 - Interrupciones durante el tratamiento	58,47	40,87	66,60	33,3	99,90
D6 - Tiempo de espera durante el tratamiento	44,08	45,02	33,30	,00	99,90
D7 - Seguridad del paciente	5,28	16,83	,00	,00	,00
A1 - Actitudes y comportamientos del fisioterapeuta	27,82	30,36	17,77	,00	49,95
A2 - Ambiente organizacional	50,03	21,46	49,95	33,3	66,60
PUNTUACIÓN TOTAL	38,89	19,78	37,46	24,98	51,90

DE: desviación estándar; P25 y P75: Percentiles 25 y 75.

III.3.2 Puntuación de los dominios y áreas del cuestionario PEPAP-Q en relación a los indicadores del cambio clínico en el paciente.

Para este estudio se consideró que los pacientes mejoraron cuando el recorrido articular se normalizó y la fuerza muscular aumentó, cuando el dolor disminuyó y cuando la capacidad funcional de los pacientes se incrementó. De este modo, el cambio clínico de la muestra se calculó midiendo el recorrido articular, la fuerza y el dolor tanto en la F1 y F3, una vez obtenido los datos en las dos fases se compararon y calculó el incremento del recorrido articular, de la fuerza y la disminución del dolor.

Por último, se calculó también el cambio funcional del paciente a través de los cuestionarios funcionales seleccionados para cada localización y patología. Estos cuestionarios se llevaron a cabo en la F1 y F3 del estudio. Los cuestionarios o test que se utilizaron están descritos en el apartado Material y Método y son: WOMAC (en los grupos rodilla y cadera), DASH (en el grupo hombro y mano), OSWESTRY (en el grupo lumbar), NDI (en el grupo cervical). De esta forma se obtuvo la mejoría clínica de cada sujeto de la muestra.

El cambio en la percepción global de la mejoría por parte del paciente, etiquetado en este estudio como “mejoría subjetiva”, se obtuvo preguntando al paciente su percepción de progreso en la salud respecto al inicio de su proceso a través de la escala PGICS.

En la tabla 19 se observa la relación de las puntuaciones medias de los dominios y las áreas del cuestionario PEPAP-Q con la mejoría del recorrido articular, de la fuerza muscular, del dolor y de la mejora funcional.

En función de los resultados obtenidos, podemos afirmar que la mejoría del paciente tras el tratamiento de fisioterapia, no guarda relación estadísticamente significativa con la puntuación del cuestionario de calidad PEPAP-Q.

De una forma más detallada, podemos concretar que la mejoría en el recorrido articular se asoció a cambios favorables en varios de los dominios del cuestionario PEPAP-Q en concreto al D2, D4 y D5 y que la mejoría del dolor sólo se relacionó con el D3.

En la tabla 19 mostramos el resumen de las asociaciones entre la mejoría del recorrido articular, de la fuerza muscular, mejoría del dolor, mejoría funcional y la PGICS, con el cuestionario PEPAP-Q, por dominios y áreas en función de los grupos de nuestra muestra. Los resultados originales de los contrastes se exponen en el anexo 16.

Con respecto a los parámetros de mejoría, la calidad percibida por el usuario no obtuvo relación estadística con la medida “mejoría de la fuerza muscular” en ninguna de las patologías

analizadas. Mientras que la “mejoría en el recorrido articular” y la “mejoría del dolor” guardaron relación estadística con respecto a la calidad percibida sólo en el grupo rodilla, en el grupo hombro y mano.

Así en el grupo rodilla resultó ser significativo en el D3 “sensibilidad a los cambios” para el parámetro “mejoría del dolor” y casi significativo para el D5 “interrupciones durante el tratamiento” para el indicador “mejoría del recorrido articular”.

En el grupo hombro la medida “mejoría del recorrido articular” fue significativa también en el D3 “sensibilidad a los cambios”. Y en el grupo mano, el resultado “mejoría del dolor” resultó significativo en el D7 “seguridad en el paciente”.

Por otro lado, los parámetros “mejoría funcional” y “mejoría subjetiva” del paciente guardaron relación con el grupo rodilla, mano y cervical, resultando ser estadísticamente significativa. El grupo hombro guardó poca relación estadística y sólo con el parámetro “mejoría subjetiva”.

Los grupos cadera y lumbar no se relacionaron con estos dos parámetros.

Los resultados detallados para cada contraste y para cada grupo se muestran detallados en las siguientes tablas 19 y 20.

Tabla 19. Puntuaciones de los dominios y áreas del cuestionario PEPAP-Q en relación a los indicadores de mejoría.

		Mejoría recorrida articular		Mejoría fuerza muscular		Mejoría dolor (EVA)		Mejoría Funcional	
		No	Sí (mejoría)	No	Sí (mejoría)	No	Sí (mejoría)	No mejoría	Mejoría
D1- Información y educación	Media	23,55	17,24	16,22	20,31	24,53	17,55	19,44	18,19
	DE	34,80	29,09	25,83	31,57	31,96	30,73	32,03	30,46
D2 - Apoyo emocional	Media	35,79	23,22*	26,43	26,96	29,50	26,67	27,62	25,44
	DE	36,20	30,04	32,68	32,13	32,66	32,69	31,29	31,80
D3 - Sensibilidad a los cambios del paciente	Media	48,72	38,22	47,08	41,72	57,21	36,89*	55,50	37,99
	DE	44,21	39,51	38,30	41,71	38,92	40,89	41,23	40,56
D4 - Duración de la atención	Media	92,62	97,79*	99,90	96,33	94,78	96,66	95,90	96,26
	DE	22,57	9,89	,00	12,92	13,81	15,59	14,64	15,38
D5 - Interrupciones durante el tratamiento	Media	66,60	54,66*	58,76	54,15	57,80	58,69	60,20	58,09
	DE	37,29	42,03	42,64	41,95	41,38	40,82	38,86	41,67
D6 - Tiempo de espera durante el tratamiento	Media	46,22	43,08	46,62	44,11	47,75	42,84	44,40	43,71
	DE	46,36	44,51	44,38	45,29	44,54	45,25	44,29	45,44
D7 - Seguridad del paciente	Media	4,93	5,44	8,11	6,09	4,55	5,52	3,70	5,43
	DE	17,23	16,69	22,09	17,71	14,51	17,57	19,25	16,46
Área 1 - Actitudes y comportamientos del fisioterapeuta	Media	33,49	25,08	27,38	28,89	34,53	25,63	32,88	25,82
	DE	33,11	28,66	27,55	31,22	31,13	29,87	31,27	29,45
Área 2 - Ambiente organizacional	Media	50,99	49,57	52,65	49,69	50,48	49,88	49,75	49,92
	DE	22,12	21,20	20,63	22,00	20,78	21,75	22,25	21,62

Tabla 20. Resumen de las asociaciones entre la mejoría funcional, en el recorrido articular, la fuerza y el dolor con la satisfacción percibida con el cuestionario PEPAP-Q, por dominios y áreas

Indicador de mejoría

Patología	Recorrido articular (ROM)	Fuerza (FIM)	Dolor (EVA)	Mejoría funcional	Mejoría subjetiva
Cadera	NC	+ D1, D2, D3 A1 - D5, D6, A2	+ D1, D3, A1 - D5, D6, D2, A2	+D1, D2, A1, - D3, D5, D6, A2	+D1, D2, D3, D6, A1 - D5, A2
Rodilla	+D3, D4, D5*, D6, A2 - D1, D2, D7 A1	+D3, D4, D7 - D1, D2, D5, D6, A1, A2	+D1, D2, D3**, D7, A1* - D4*, D5, D6, A2	+D1, D2, D3**, D5, D6, A1** - D4**, D7, A2	+D2, D3, D4, D5**, D7, A1, A2 -D1, D6
Hombro	+ D1, D2, D3**, A1 - D4, D5, D6, A2	+ D3 -D1, D2, D4, D5, D6, D7 A1, A2	+D1, D2, D4, D7, - D3, D5, D6, A1, A2	+D3, D5, D6, A1, A2 - D1, D2, D4, D7,	+D1, D2, D3, D5, D6*, D7 A1, A2
Mano	+D1, D2, D5, A1, A2 - D3, D4, D6, D7	+D2, D4, D6, D7, A2 - D1, D3, D5, A1	+D1, D2, D3, D5, D6, D7**, A1 A2* -D4	+D2, D5**, D6, A1, A2 -D1, D3, D7 / D4 ^{nc}	+D1, D2, D3, D5**, A1, A2 - D4, D6, D7
Cervical	Ninguno mejoró	NC	+ D1, D3, D4, D6, A1, A2 - D2, D5 / = D7	+ D5, D6**, A2* - D1, D2, D3, D4 A1 / D7 ^{nc}	+D1, D3, D5, D6**, A1, A2** - D2, D4 / D7 ^{nc}
Lumbar	+D2, D3, D6, D7, A1, A2 - D4, D5,	NC	+ D1, D2, D3, D4, A1, - D5, D6, D7 A2	+D3, D5, D6, A1, A2 - D1, D2, D4, D7	+ D3, D4, D5, D6, A1, A2 - D1, D2, D7

Mejoría funcional: valorada con WOMAC (cadera y rodilla), DASH (hombro y mano) y IDC (cervical) y Owesstry (lumbar); D1 a D7: dominios del cuestionario PEPAP-Q; A1 y A2: Áreas del cuestionario PEPAP-Q; Mejoría subjetiva valorada con PGICS; + : relación directa entre el indicador de mejoría y el nivel de satisfacción (a más mejoría mayor satisfacción); - : relación inversa entre el indicador de mejoría y el nivel de satisfacción (a más mejoría menor satisfacción); * $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; NC: No calculable.

III.3.3 Correlaciones en los resultados del cuestionario PEPAP-Q según el esquema de codificación.

Hemos calculado los resultados del cuestionario PEPAP-Q de las dos formas posibles, es decir basándonos en una codificación dicotómica (como propone el autor del cuestionario) y en función a una escala cuantitativa, es decir, manteniendo el rango de respuestas, de 1 a 5.

La codificación dicotómica de las áreas y dominios del PEPAP-Q, se ha etiquetado en este estudio como “áreas y dominios original”; y a la codificación cuantitativa, como “áreas y dominios puntos”.

La escala original donde tras una codificación dicotómica, cada dominio fue puntuado de 0 (no problema) a 100 (todos los ítems valorados como problema), y la cuantitativa (puntuación media de los ítems) presentaron una alta correlación entre A1 y A2 original y A1 y A2 puntos, al igual que la correlación entre los resultados del PEPAP-Q original y PEPAP-Q puntos. Con respecto a los dominios, todos presentaron una alta correlación excepto en el D4 “duración de la atención” (Rho:0.402). Los resultados de las correlaciones se pueden ver en las tablas 21 y 22.

Tabla 21. Correlaciones en los resultados de las áreas y puntuación global del cuestionario PEPAP-Q según el esquema de codificación

Áreas y total (original) Áreas y total (puntos)	A1 - Actitudes y comportamientos del fisioterapeuta original	A2 - Ambiente organizacional (original)	Total PEPA-Q (original)
A1 - Actitudes y comportamientos del fisioterapeuta (puntos)	,919**	,135*	,759**
A2 - Ambiente organizacional (puntos)	,047	,821**	,439**
PEPAP-Q total (puntos)	,585**	,652**	,805**

Puntos: PEPAP-Q con puntuaciones promedios de los ítems; Original: porcentaje de respuesta desfavorables según codificación dicotómica

Tabla 22. Correlaciones en los resultados de los dominios del cuestionario PEPAP-Q según el esquema de codificación

Dominio (original)	D1-Información y educación	D2-Apoyo emocional	D3-Sensibilidad a los cambios del paciente	D4-Duración de la atención	D5-Interrupciones durante el tratamiento	D6-Tiempo de espera durante el tratamiento	D7-Seguridad del paciente
Dominios (puntos)							
D1 - Información y educación	,987**	,693**	,578**	-,188**	-,016	-,007	,079
D2 - Apoyo emocional	,697**	,989**	,674**	-,092	,099	,080	,147*
D3 - Sensibilidad a los cambios paciente	,560**	,639**	,975**	-,114	,080	,145*	,083
D4 - Duración de la atención	-,195**	-,234**	-,147	,402**	,142*	,151*	,009
D5 - Interrupciones durante el tratamiento	,012	,151*	,110	,127	,926**	,483**	,222**
D6 - Tiempo de espera durante el tratamiento	,055	,210**	,156*	,078	,420**	,963**	,318**
D7 - Seguridad del paciente	,104	,181*	,147	,031	,193**	,265**	,999**

Puntos: PEPAP-Q con puntuaciones promedios de los ítems; Original: porcentaje de respuesta desfavorables según codificación dicotómica

III.3.4 Resultados del cuestionario PEPAP-Q por dominios, áreas y total calculados en función a la codificación cuantitativa.

En la tabla 23 se muestran los resultados del cuestionario PEPAP-Q tras realizar el cálculo asignándole a cada respuesta una puntuación (codificación cuantitativa). El resultado puede oscilar entre 1 y 5 puntos, donde 1 indica que la calidad percibida por el usuario es buena y 5 todo lo contrario. En dicha tabla, se observa que el dominio mejor valorado por los sujetos de la muestra fue el dominio que analizó “la seguridad del paciente” (D7), seguido por el D1 que analizó “la información y educación al paciente”, y del D2 “apoyo emocional”. Por otro lado, los dominios peor valorados corresponden a la “duración de la atención” D4 y “las interrupciones durante el tratamiento” D5.

Respecto a las áreas, el área mejor valorada fue el A1 “actitudes y comportamientos del fisioterapeuta” (figura 35 y 36).

Ambas codificaciones (dicotómica y cuantitativa) han obtenido resultados muy similares.

Tabla 23. Distribución de los valores del cuestionario PEPAP-Q por dominios, áreas y total

	Media	DE	Mediana	P 25	P75
D1 - Información y educación	1,38	,71	1,00	1,00	1,50
D2 - Apoyo emocional	1,50	,77	1,20	1,00	1,60
D3 - Sensibilidad a los cambios paciente	1,75	,99	1,33	1,00	2,00
D4 - Duración de la atención	3,83	1,05	4,00	3,00	4,67
D5 - Interrupciones durante el tratamiento	2,06	,94	2,00	1,33	2,67
D6 - Tiempo de espera durante el tratamiento	1,79	,92	1,33	1,00	2,67
D7 - Seguridad del paciente	1,06	,21	1,00	1,00	1,00
A1 - Actitudes y comportamientos del profesional	1,53	,75	1,23	1,00	1,68
A2 - Ambiente organizacional	2,18	,57	2,17	1,75	2,50
Puntuación total	1,90	,43	1,86	1,60	2,14

DE: desviación estándar; P25 y P75: Percentiles 25 y 75

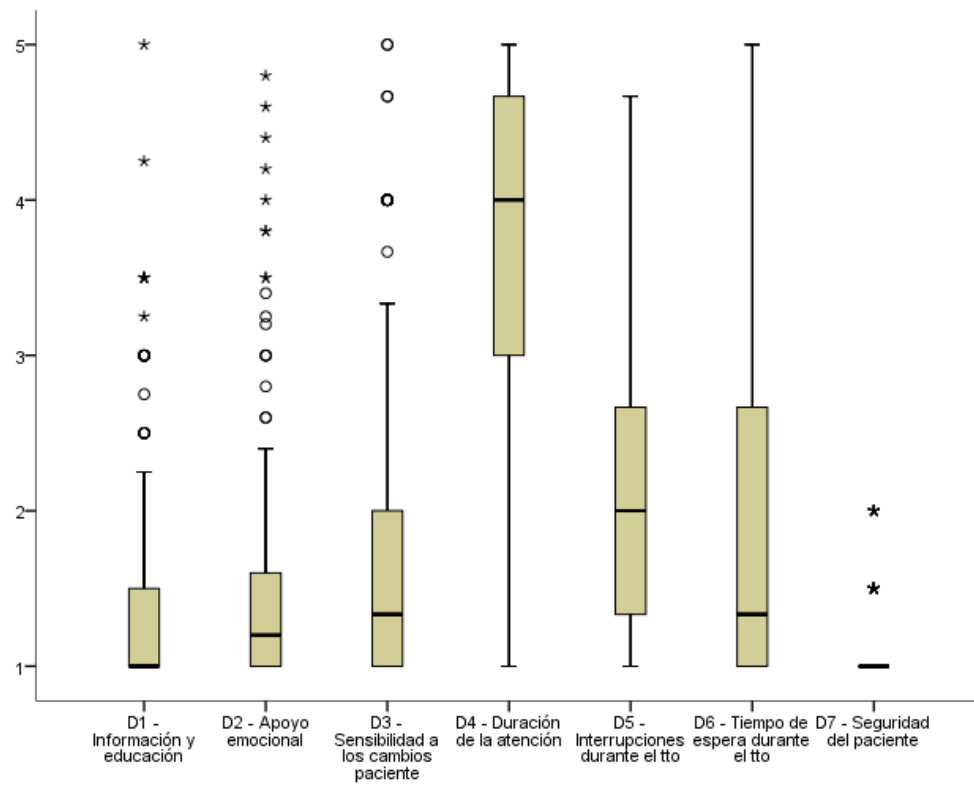


Figura 35. Diagrama de cajas de las puntuaciones de los dominios del cuestionario PEPAP-Q

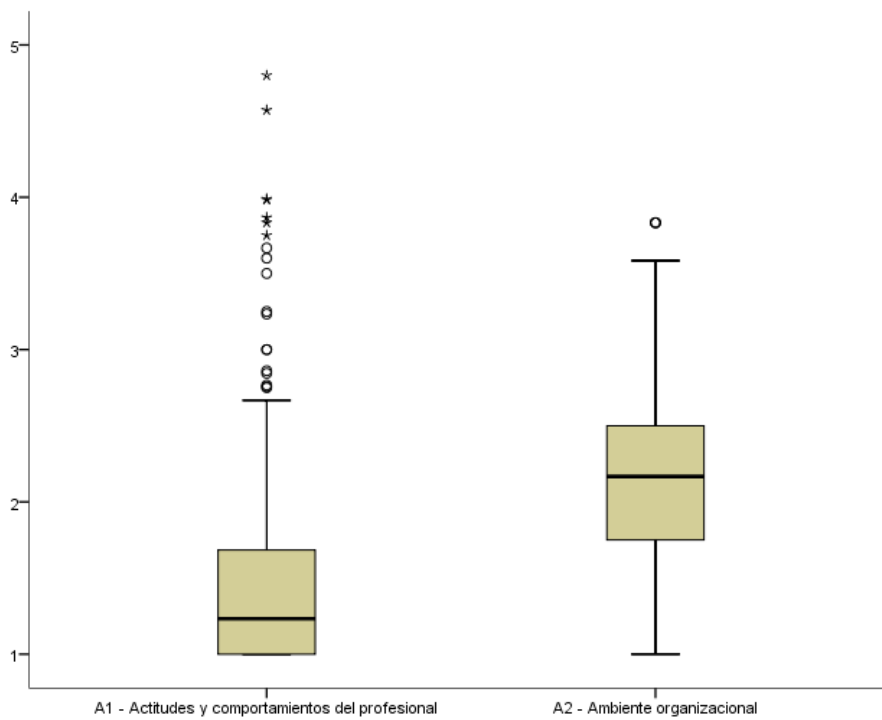


Figura 36. Diagrama de cajas de las puntuaciones de las áreas del cuestionario PEPAP-Q

III.3.5 Distribución de los valores globales y por áreas del cuestionario PEPAP-Q en relación a las variables sociodemográficas.

Los valores del cuestionario PEPAP-Q no se relacionaron de forma significativa con ninguna de las variables sociodemográficas (tabla 24).

Cabe indicar que los grupos de edad más extremos, los pacientes con estudios secundarios y los que se encontraban en una situación laboral de baja y en activo, tendieron a tener peor percepción de la calidad respecto a la atención recibida, aunque las diferencias pudieron explicarse por el azar. Por sexos, las diferencias no fueron significativas ni relevantes tanto en el cómputo global como en el cómputo por áreas.

Tabla 24. Distribución de los valores globales y por áreas del cuestionario PEPAP-Q en relación a las variables sociodemográficas

		A1 - Actitudes y comportamientos del fisioterapeuta		A2 - Ambiente organizacional		PEPAP-total	
		Media	DE	Media	DE	Media	DE
Grupos de edad	<= 50 años	1,63	,74	2,24	,52	1,98	,48
	51 - 60	1,47	,71	2,13	,55	1,85	,38
	61 - 70	1,46	,80	2,21	,51	1,89	,43
	> 70	1,61	,76	2,15	,69	1,91	,44
Sexo	Hombre	1,48	,64	2,22	,60	1,90	,41
	Mujer	1,56	,80	2,16	,55	1,90	,44
Estudios	Primarios	1,45	,69	2,20	,56	1,88	,42
	Secundarios	1,72	,88	2,10	,56	1,94	,45
	Superiores	1,51	,64	2,25	,62	1,93	,45
Situación laboral	Jubilado	1,50	,73	2,10	,61	1,84	,43
	En activo	1,60	,74	2,22	,53	1,96	,42
	De baja	1,60	,92	2,26	,53	1,98	,43
	En paro	1,37	,61	2,27	,56	1,90	,44

Todos los contrastes no significativos ($p > 0,05$)

III.3.6 Mejoría de las variables clínicas en los usuarios, intragrupo y entre los grupos de la muestra

Para cuantificar la mejoría en los diferentes indicadores clínicos como son la ROM, la fuerza, el dolor y la funcionalidad, se calculó el tamaño del efecto a través de la d Cohen.

Este cálculo nos permite comparar diferentes indicadores cuantitativos de diferente naturaleza. Los resultados que a continuación describimos, se muestran en la tabla 25 y fig. 37.

En el grupo lumbar, la d Cohen fue relevante en todas las variables (dolor: d Cohen= -0.63; ROM: d Cohen=0.30; y funcionalidad: d Cohen=-0.57) siendo el grupo que menos mejoró sobre todo en la variable ROM.

Los grupos cervical y cadera fueron después del grupo lumbar, los que menos mejoría obtuvieron sobre todo en la variable ROM.

Por el contrario, los grupos hombro, mano y rodilla son los que mejores resultados clínicos obtuvieron, concretamente el grupo hombro fue el que más mejoró la ROM, el grupo rodilla obtuvo los mejores resultados en las variables dolor y fuerza y el grupo mano fue el que más mejoría funcional logró.

Tabla 25. Tamaño del efecto indicadores y localizaciones

Dolor (EVA)					
	Previo		Posterior		d Cohen
	Media	DE	Media	DE	
Cadera	5,2	2,0	3,7	1,8	-0,80
Cervical	6,2	1,7	4,8	2,8	-0,63
Hombro	6,3	1,9	3,7	2,5	-1,20
Lumbar	5,8	2,3	4,4	2,3	-0,63
Mano	6,0	1,9	3,2	2,3	-1,31
Rodilla	6,2	2,4	3,2	2,0	-1,37
Funcionalidad					
Cadera	36,7	19,4	22,6	12,4	-0,89
Cervical	22,1	8,1	15,6	9,2	-0,75
Hombro	51,4	18,9	29,8	20,1	-1,10
Lumbar	34,1	18,1	25,0	14,1	-0,57
Mano	50,9	18,6	22,2	18,0	-1,56
Rodilla	43,0	21,6	19,8	14,5	-1,29
Recorrido articular (ROM)					
Cadera	34,3	12,1	38,9	10,4	0,41
Cervical	48,3	21,8	57,6	17,9	0,47
Hombro	4,0	2,6	7,0	2,3	1,23
Lumbar	13,8	4,9	15,5	6,2	0,30
Mano	53,8	30,9	78,9	12,1	1,17
Rodilla	-8,9	11,6	-1,7	4,5	0,89
Fuerza					
Cadera	18,1	5,6	14,2	4,2	-0,79
Hombro	3,9	4,8	7,3	5,5	0,67
Mano	7,9	9,4	13,0	10,3	0,51
Rodilla	21,3	10,4	13,7	4,9	-0,99

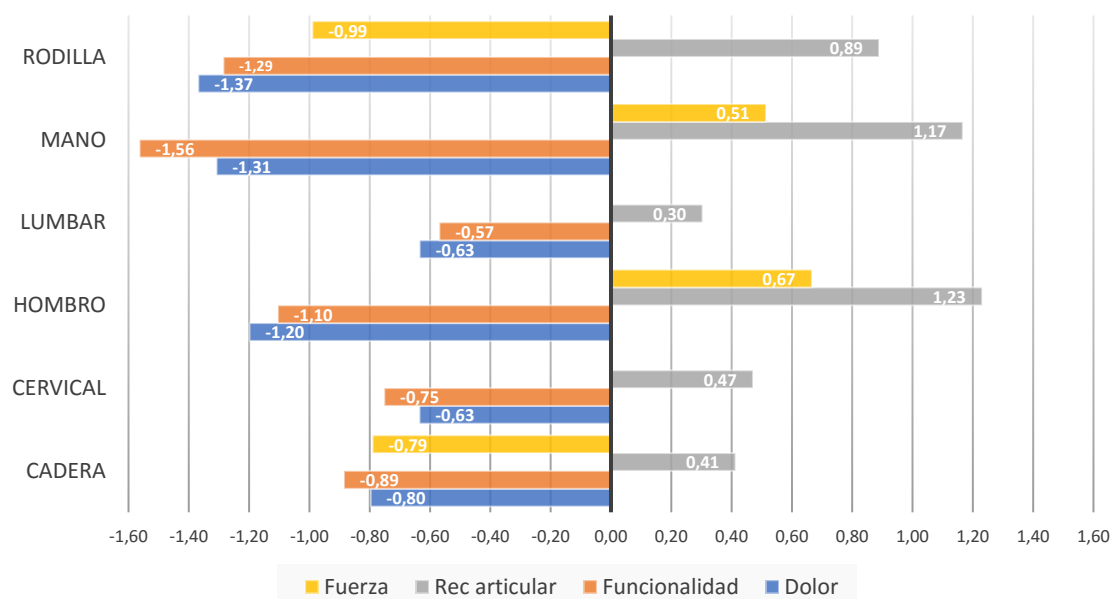


Figura 37. Tamaño del efecto (d de Cohen) por localización e indicador analizado

III.3.7 Distribución de los valores del cuestionario PEPAP-Q en función de las áreas y PEPAP-Q total y las variables de mejoría clínica y funcional de sujeto.

Las mejorías en los diferentes indicadores de resultados, como el recorrido articular, la fuerza muscular, el dolor y funcionalidad, tendieron a asociarse a puntuaciones más bajas del cuestionario (mejor percepción de la calidad recibida); sin embargo, solamente la mejora del dolor se relacionó de forma significativa con el área que valoraba las actitudes y comportamientos del fisioterapeuta (tabla 26).

Tabla 26. Distribución de los valores del cuestionario PEPAP-Q en función de las áreas y del PEPAP-Q total y las variables mejoría objetiva del sujeto

		A1 - Actitudes y comportamientos del profesional		A2 - Ambiente organizacional		Total	
		Media	DE	Media	DE	Media	DE
Mejoría articular	No	1,65	,77	2,13	,65	1,92	,49
	Sí (mejoría)	1,48	,74	2,20	,52	1,90	,40
Mejoría muscular	No	1,53	,64	2,28	,59	1,96	,40
	Sí (mejoría)	1,58	,85	2,18	,57	1,93	,43
Mejoría dolor (EVA)	No	1,73	,85	2,15	,60	1,97	,46
	Sí (mejoría)	1,47*	,70	2,18	,56	1,88	,42
Mejoría funcional	No mejoría	1,64	,67	2,30	,67	2,01	,45
	Mejoría	1,49	,72	2,15	,55	1,87	,40

III.3.8 Distribución de los valores del cuestionario PEPAP-Q en función de las áreas y PEPAP-Q total y las variables de mejoría subjetiva de sujeto.

Según se muestra en la tabla 27 y la figura 39 se observa una coherencia en las puntuaciones del cuestionario PEPAP-Q y la autopercepción de mejora del paciente. En este sentido las puntuaciones fueron mayores (es decir peor percepción de la calidad) en los pacientes que contestaron que habían empeorado, y fueron menores con respecto a los que contestaron que habían mejorado muchísimo, siendo los resultados significativamente estadísticos en el A1 “Actitudes y comportamientos del fisioterapeuta” (tabla 27).

Tabla 27. Distribución de los valores del cuestionario PEPAP-Q en función de las áreas y del PEPAP-Q total y las variables mejoría subjetiva del sujeto

Desde el primer día que acudió hasta hoy: ¿cómo se encuentra de su problema?	A1 - Actitudes y comportamientos del fisioterapeuta*		A2 - Ambiente organizacional		Total	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
He mejorado muchísimo	1,33	,61	2,08	,51	1,76	,38
He mejorado bastante	1,57	,80	2,17	,58	1,92	,45
He mejorado un poco	1,62	,78	2,16	,57	1,93	,40
Estoy igual	1,35	,51	2,21	,57	1,84	,33
He empeorado un poco	1,48	,57	2,63	,61	2,14	,41
He empeorado bastante	2,66	1,52	2,47	,85	2,57	1,08

* $p=0,034$

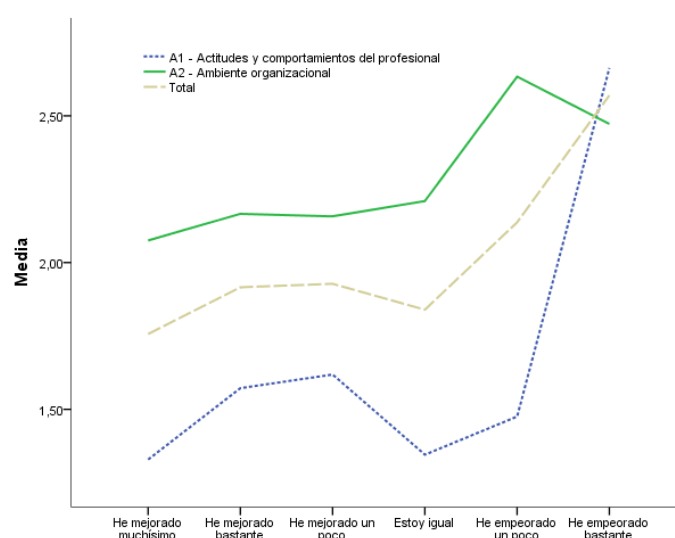


Figura 38. Relación entre la mejoría subjetiva percibida por el paciente (eje de abscisas) y las puntuaciones del cuestionario PEPAP-Q (eje de ordenadas)

III.3.9 Puntuación de los dominios, áreas y PEPAP-Q total según los grupos.

Las puntuaciones de los dominios del cuestionario PEPAP-Q en función a los 6 grupos de la muestra no fueron significativamente diferentes, excepto para el D3 “sensibilidad a los cambios”, que puntuó más favorablemente para los grupos cadera, rodilla y lumbar y peor para los grupos cervical, hombro y mano (tabla 28).

Tabla 28. Puntuaciones de los dominios del cuestionario PEPAP-Q según los grupos

		Grupos					
		Cadera	Cervical	Hombro	Lumbar	Mano	Rodilla
D1 - Información y educación	Media	1,32	1,55	1,48	1,15	1,55	1,27
	DE	,63	,83	,86	,33	,70	,62
D2 - Apoyo emocional	Media	1,41	1,67	1,54	1,31	1,79	1,39
	DE	,53	,79	,87	,52	,99	,72
D3 - Sensibilidad a los cambios paciente	Media	1,36	2,30	1,92	1,44	1,96	1,55
	DE	,50	1,10	1,13	,68	1,13	,82
D4 - Duración de la atención	Media	3,98	3,71	3,98	3,66	3,92	3,75
	DE	,78	1,12	1,03	1,20	,89	1,07
D5 - Interrupciones durante el tratamiento	Media	1,91	2,18	1,92	2,16	2,14	2,10
	DE	1,05	,88	,92	,83	1,07	1,03
D6 - Tiempo de espera durante el tratamiento	Media	1,74	1,91	1,80	1,61	1,82	1,90
	DE	,90	,84	,94	,76	1,09	1,01
D7 - Seguridad del paciente	Media	1,00	1,00	1,07	1,03	1,17	1,08
	DE	,00	,00	,23	,13	,32	,24

En función de los grupos de la muestra, la calidad percibida fue mayor en los grupos lumbar, rodilla y cadera; siendo menor en los grupos mano, cervical y hombro (tabla 29), aunque solamente las diferencias fueron significativas ($p=0,043$) para la valoración de las actitudes y comportamiento del fisioterapeuta (área 1).

Tabla 29. Puntuaciones de las áreas y PEPAP-Q total según los grupos

	A1 - Actitudes y comportamientos del fisioterapeuta*		A2 - Ambiente organizacional		PEPAP-Q total	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Cadera	1,42	,56	2,16	,46	1,83	,29
Cervical	1,76	,81	2,13	,59	1,98	,58
Hombro	1,63	,89	2,19	,56	1,96	,44
Lumbar	1,30	,41	2,10	,55	1,76	,33
Mano	1,77	,84	2,26	,58	2,05	,44
Rodilla	1,41	,67	2,21	,62	1,87	,42

* $p < 0,05$

III.3.10 Correlaciones entre el número de sesiones y las puntuaciones del cuestionario PEPAP-Q según la patología.

La correlación entre el número de sesiones y la calidad percibida fue débil y no significativa para la puntuación global y la valoración del fisioterapeuta. Sin embargo, se observa una correlación positiva y significativa ($Rho\ 0,15$; $p=0,03$) entre la valoración del ambiente organizacional y el número de sesiones (a mayor cantidad de sesiones, el paciente tiende a valorar más desfavorablemente esta área).

Así, en el grupo cadera los pacientes presentaron una peor percepción de la calidad relacionada con el mayor número de sesiones. Sin embargo, en el grupo mano, recibir un mayor número de sesiones se relacionó con una mayor percepción de la calidad en el A1 o “actitudes y comportamientos del profesional” (tabla 30).

Tabla 30. Correlaciones entre el número de sesiones y las puntuaciones del cuestionario PEPAP-Q según patología

PATOLOGÍA	CUESTIONARIO	RHO
Cadera	PEPAP-Q total	0,651*
	A1 - Actitudes y comportamientos del profesional	0,156
	A2 - Ambiente organizacional	0,485
Cervical	PEPAP-Q total	-0,068
	A1 - Actitudes y comportamientos del profesional	0,046
	A2 - Ambiente organizacional	-0,132
Hombro	PEPAP-Q total	-0,025
	A1 - Actitudes y comportamientos del profesional	-0,085
	A2 - Ambiente organizacional	0,050
Lumbar	PEPAP-Q total	0,249
	A1 - Actitudes y comportamientos del profesional	0,056
	A2 - Ambiente organizacional	0,226
Mano	PEPAP-Q total	-0,389
	A1 - Actitudes y comportamientos del profesional	-0,515*
	A2 - Ambiente organizacional	0,073
Rodilla	PEPAP-Q total	0,070
	A1 - Actitudes y comportamientos del profesional	-0,195
	A2 - Ambiente organizacional	0,191

*Rho: correlación de Spearman; * $p < 0,05$*

III.3.11 Relación del cuestionario PEPAP-Q con la adherencia a los ejercicios y consejos pautados para el domicilio.

Los pacientes que afirmaron realizar siempre o casi siempre los ejercicios pautados para el domicilio y seguir los consejos recomendados, fueron los que puntuaron de forma más favorable el cuestionario PEPAP-Q y en concreto el área 1 “actitudes y comportamientos del profesional”. Es decir, la adherencia a los ejercicios y consejos para el domicilio guarda relación estadísticamente significativa con el área 1 y el resultado PEPAP-Q total del cuestionario (tabla 31).

Tabla 31. Puntuaciones de las áreas y PEPAP-Q total según la adherencia a los ejercicios domiciliarios

	A1 - Actitudes y comportamientos del profesional*		A2 - Ambiente organizacional		PEPAP-Q total*	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Siempre/casi siempre	1,42	,60	2,15	,54	1,84	,39
A veces	1,73	,88	2,33	,66	2,08	,42
Nunca/casi nunca	2,00	1,12	2,11	,42	2,05	,53
No me mando ejercicios	1,93	1,31	2,08	,78	2,03	,69

* $p < 0,05$

El porcentaje de la adherencia que tuvieron los sujetos de la muestra a los ejercicios aeróbicos, a los ejercicios específicos indicados para realizar en los domicilios y a los consejos para el manejo del dolor se muestran en la tabla 32.

Tabla 32. Porcentaje de la adherencia de la muestra a los consejos y los ejercicios pautados para hacer en el domicilio

	Ítems	N	%
¿Hace algún tipo de ejercicio aeróbico 2 ó 3 veces por semana en su tiempo libres?	Sí	143	65,6%
	No	75	34,4%
En los momentos que aumenta dolor, utiliza medidas caseras para aliviarlo	Sí	178	82,8%
	No	37	17,2%
¿Consiguió realizar sus ejercicios en casa?	Siempre	106	48,6%
	Casi siempre	50	22,9%
	A veces	41	18,8%
	Casi nunca	9	4,1%
	Nunca	2	,9%
	No me mandó ejercicios	10	4,6%

Los pacientes realizaron los ejercicios recomendados en dos tercios de los casos y aplicaron medidas caseras para controlar el dolor en la mayoría de ocasiones que lo necesitaron.

La adherencia se relacionó significativamente con la calidad percibida, fundamentalmente en los dominios (D1) “información y educación” y (D2) “apoyo emocional”. En general, el comportamiento y actitud del profesional se asoció a una mayor adherencia por parte del paciente (tabla 33).

Tabla 33. Asociación entre calidad percibida y adherencia a los ejercicios en el domicilio

	Siempre/casi siempre		A veces		Nunca/casi nunca		p
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
D1 - Información y educación	1,28	,55	1,48	,81	2,00	1,04	0,001
D2 - Apoyo emocional	1,38	,59	1,69	,99	1,97	1,12	0,004
D3 - Sensibilidad a los cambios paciente	1,64	,90	2,05	1,08	1,83	1,30	0,06
D4 - Duración de la atención	3,86	1,05	3,85	1,04	3,97	,84	0,94
D5 - Interrupciones durante el tratamiento	2,02	,89	2,31	1,15	1,77	,61	0,13
D6 - Tiempo de espera durante el tratamiento	1,73	,92	2,03	,97	1,67	,77	0,18
D7 - Seguridad del paciente	1,04	,15	1,14	,32	1,00	,00	0,008
A1 - Actitudes y comportamientos del profesional	1,42	,60	1,73	,88	2,00	1,12	0,004
A2 - Ambiente organizacional	2,15	,54	2,33	,66	2,11	,42	0,16
PEPAP-Q total	1,84	,39	2,08	,42	2,05	,53	0,002

DISCUSIÓN

IV. DISCUSIÓN

En este capítulo interpretaremos los resultados de nuestro estudio y los pondremos en contexto, comparándolos con lo investigado hasta el momento y examinando qué puntos son controvertidos y juzgados de forma diferente por los diversos autores (138).

Para ello empezaremos con las consideraciones generales, volviendo a exponer los principales resultados del estudio, para continuar con la interpretación de los resultados en relación a la hipótesis planteada y a lo publicado respecto al ámbito del estudio, la muestra, las patologías y los instrumentos seleccionados. Seguiremos con la discusión de los resultados de la calidad percibida y la satisfacción en función a los datos demográficos, mejoría clínica, funcional y subjetiva. Terminaremos con la exposición de las limitaciones y puntos fuertes, así como las aplicaciones prácticas para la clínica y las líneas futuras de investigación.

IV.1 Introducción: consideraciones generales

La calidad percibida es el resultado de las percepciones que tiene un cliente en relación al servicio recibido y en la actualidad, se trata de un indicador significativo de la calidad en el área de la salud (43,55).

La calidad percibida a través de las experiencias que vive el paciente, representa una medida de valoración a largo plazo que evalúa globalmente el servicio, mientras que la satisfacción del usuario es una medida a corto plazo, al hacer referencia a una valoración específica y puntual de una transacción (139).

Este estudio ha medido a través del cuestionario validado PEPAP-Q (125), la calidad percibida por los usuarios con problemas musculoesqueléticos, de las Unidades de Fisioterapia donde se les ha atendido; y ha determinado qué experiencias han sido las que más han influido en la percepción de la calidad de las mencionadas unidades. Este dato lo hemos podido comparar con los trabajos que han utilizado el mismo cuestionario (50,80,86,104,125,140–144), y con otros estudios que han utilizado cuestionarios de satisfacción (41,145,146). Nos hemos comparado principalmente con estudios realizados en España (por tratarse del mismo SNS) pero también aportamos datos de dos estudios extranjeros (147,148).

Además, hemos estudiado y analizado los cambios producidos respecto a la mejoría del paciente, tanto la mejoría clínica (el aumento del recorrido articular, la mejora de la fuerza muscular, la disminución del dolor y el incremento de la calidad funcional), como la mejoría percibida por el propio usuario (mejoría subjetiva) medida través de la escala PGICS y; hemos

relacionado estos resultados con la percepción de la calidad analizada a través del PEPAP-Q. Este resultado se ha podido comparar con los de otros estudios como el de Osuna Pérez (39) y Lorca Moreno (145), que también han medido la percepción de mejoría (mejoría subjetiva) del propio paciente y la han relacionado con un cuestionario de satisfacción. Y con el trabajo de Calvente Rodríguez (41), que mide la calidad de vida a través del SF-12 y la relaciona con cada ítem del cuestionario ad hoc construido para conocer la satisfacción de la muestra. Con respecto a la mejoría clínica de los pacientes, no hemos encontrado ningún estudio que mida la mejoría clínica y funcional y, las relaciones con la calidad percibida o satisfacción siendo nuestro estudio el primero que mide y relaciona ambos valores. Excepto el trabajo de Meseguer-Henarejos de 2007, que analiza los cambios o evoluciones de las diferentes técnicas empleadas en el tratamiento de la cervicalgia con la calidad científico-técnica, donde las medidas obtenidas no se pudieron comparar ante una ausencia de reproductibilidad elevada.

La muestra de nuestro estudio ha valorado que la calidad percibida en las Unidades de Fisioterapia analizadas, es buena arrojando una puntuación total de 1.9 puntos, muy cercana al valor máximo de satisfacción (1 punto). Si calculamos el resultado del PEPAP-Q según el algoritmo de codificación dicotómica, el resultado es 38.89% donde 0 es ausencia de problema y 100 todo lo contrario.

Ambas formas de calcular el PEPAP-Q (dicotómica y respetando la puntuación de cada ítem), arrojan resultados aproximados en función de su escala, salvo en el dominio 4 (D4) “duración de la atención” que presenta un resultado más desfavorable con el primer método de codificación, al asignar a todos los valores intermedios un valor de 0 en ítems directos, y al contrario en los indirectos. Por tanto, la codificación dicotómica resulta más adecuada para detectar los dominios peor valorados y, por tanto, aquellos que deben mejorar. Este sistema de codificación es el recomendado por Jimeno Serrano en su estudio (143) y corrobora lo que afirmaban varios estudios sobre la “deseabilidad social” o la tendencia del entrevistado a congraciarse con el entrevistador, y de contestar favoreciendo al entrevistador (47,76,77).

Siguiendo con lo descrito anteriormente, nuestra muestra destaca que el D4 “duración de la atención” es un apartado a mejorar si se pretende incrementar la calidad, con un resultado del 96.18% en una escala donde 100 representa el peor resultado posible. Respecto a las áreas el A2 “ambiente organizacional” ha obtenido peor valoración que el A1 “actitudes y comportamientos del fisioterapeuta”, con una puntuación del 50.03% y 27.82% respectivamente. Estos resultados son similares a los estudios con los que nos comparamos y que más adelante discutiremos.

Los estudios de calidad y satisfacción que analizan el ámbito sanitario, como enfermería, urgencias, cirugía..., obtienen la gran mayoría puntuaciones altas (27,62,77,81,83). En general los ciudadanos parecen estar satisfechos con la atención recibida del Sistema Sanitario Español, como demuestra el estudio de calidad en Atención Primaria, realizado en junio de 2006, donde los usuarios destacaron la universalidad, accesibilidad y gratuidad del servicio, como características positivas, reconociendo a su vez que: *“si tuviésemos que pagar, la visión crítica cambiaría un poco»* (149). Los cuestionarios que utilizan la mayoría de los estudios de calidad, obtienen resultados muy generales y por lo general buenos, sin llegar a detectar las debilidades y amenazas del servicio que analizan. Sin embargo, el cuestionario PEPAP-Q resulta ser una herramienta adecuada para detectar aquello que es susceptible de mejora, pues a pesar de arrojar una muy buena puntuación total, ha sido capaz de discriminar las debilidades de las Unidades de Fisioterapia.

Volviendo a los resultados de nuestro estudio, el cuestionario PEPAP-Q muestra que, por dominios hay un gradiente de calidad percibida importante, con una valoración más positiva para los aspectos de seguridad (D7), información y educación (D1) y una valoración más negativa para la duración de la atención (D4) y las interrupciones durante el tratamiento (D5).

Si analizamos los resultados clínicos de nuestros pacientes, de forma muy general, podemos decir que la mayoría de ellos tiene una mejoría clínica y funcional, siendo los grupos hombro, mano y rodilla los que obtienen mejores resultados en todos los indicadores, mientras que los grupos lumbar, cervical y cadera progresan menos en todos los indicadores. Analizar los motivos de esas diferencias entre los grupos de nuestra muestra, y valorar si guardan relación con la calidad percibida, lo desarrollaremos conforme avancemos en la discusión.

Respecto a la mejoría percibida por el usuario (mejoría subjetiva), las investigaciones de Osuna Pérez (39) y Lorca Moreno (145), comparan la mejoría subjetiva con la satisfacción, obteniendo resultados positivos al igual que sucede en nuestro trabajo, donde también medimos la mejoría percibida por el usuario (mejoría subjetiva) a través de la escala PIGCS.

Continuando con los resultados y consideraciones generales, podemos detallar que en la relación entre el cuestionario PEPAP-Q y la mejoría clínica o funcional, los grupos hombro, mano y rodilla se relacionan positivamente con la mejoría clínica, siendo estos los que más mejoría clínica obtuvieron, mientras que los grupos rodilla, mano y cervical se relacionaron positivamente con la mejoría funcional. Los grupos cadera y lumbar (son los grupos que menos mejoría clínica obtuvieron), no se asociaron con ningún criterio de mejoría clínica, ni funcional ni mejoría percibida por el usuario con el cuestionario PEPAP-Q.

Por último, indicar también de forma general, que los datos sociodemográficos y antropométricos de nuestro estudio, no guardan relación con la calidad percibida (PEPAP-Q), pero la adhesión a los ejercicios pautados para el domicilio sí guarda relación con el cuestionario PEPAP-Q, concretamente con el dominio 1 “información y educación. La adhesión y la calidad percibida ha sido también estudiada por otros autores Escolar-Reina, *et al.* y Salina Palacios (104,150), con los que podremos comparar nuestros resultados.

IV.2 Interpretación de los resultados en relación a la hipótesis planteada y a lo publicado por otros autores.

En dos revisiones sistemáticas recientes, Hush *et al.* (151) y Mc Murray, *et al.* (152) recopilan diferentes estudios sobre la eficacia de la fisioterapia en la satisfacción y la calidad percibida del paciente. Entre los instrumentos utilizados por los estudios seleccionados, se encuentran escalas simplificadas, como la utilizada por Layzell, M (153) y Butler y Johnson (154) con un solo ítem, hasta cuestionarios estructurados de 38 preguntas presentados por French *et al.* (85) y Hills and Kitchen (48). La mayoría de los cuestionarios son de lengua inglesa, de ellos sólo el cuestionario MedRisk desarrollado por Beatti *et al.* tiene una versión para la lengua española validada (106). Otros trabajos, han valorado la satisfacción con instrumentos validados como el cuestionario MedRisk, utilizado en el estudio de Mederiros *et al.* (49) y en los trabajos de Hush *et al.* en Australia y Corea (147,148).

En nuestro país se han publicado 14 trabajos que valoraron la satisfacción y calidad percibida de los servicios de Fisioterapia en los últimos 10 años (40,41,50,80,86,104,125,140–146), excepto el trabajo de Meseguer Henarejos que es de 2007.

De los 14 estudios localizados, el de Lorca Moreno (146) en 2014, utiliza la escala MedRisk validada en España; al igual que Osuna Pérez (145) en 2012, que construye y valida una escala propia, con tres constructos (calidad de la información terapéutica, confianza con el proveedor y satisfacción, con el cuestionario MedRisk). El de Calvente Rodríguez (41) en 2014 opta por construir un cuestionario “ad hoc”, al igual que hace Meseguer Henarejos (40) en 2007.

El resto de estudios españoles han optado por el cuestionario PEPAP-Q, desde el original de construcción (CAPERFIS, CATENFIS) en el trabajo de Del Baño Aledo (86) en 2011, y en el estudio de Salinas Palacios (104) en 2013 respectivamente, hasta la publicación realizada por Medina-Mirapeix, *et al.* (125) en 2015. Se trata de diferentes publicaciones sobre un mismo estudio realizado en tres hospitales de MAPFRE (a partir de ahora “estudio MAPFRE”).

Una vez especificado los estudios y autores con los que nos comparamos continuaremos examinando las características de la muestra, el ámbito del estudio, las patologías y los instrumentos utilizados, con el resto de las investigaciones.

IV.2.1 Consideraciones relativas al ámbito de estudio y muestra seleccionada, y los estudios con los que nos comparamos

Nuestro estudio se ha realizado en un ámbito de Atención Primaria con pacientes de Primaria y Especializada en un Área de Salud eminentemente rural. El número de pacientes seleccionados un total de 219, ha sido suficiente para representar las principales patologías atendidas en las Unidades de Fisioterapia, al encontrarse entre los 111 pacientes en la tesis doctoral de Messeguer Henarejos de 2007 (40) y los 500 pacientes en la tesis doctoral de Lorca Moreno en 2014 (146).

Otros estudios se han centrado en hospitales de mutualidades urbanos (de la red MAPRE) en Barcelona, Madrid y Sevilla (50,80,86,104,125,140–144); en pacientes del ámbito hospitalario en Sevilla (Calvente Rodríguez 2014) o en pacientes de procedencia mixta, Especializada y Primaria (Osuna Pérez en 2012), o procedentes de centros públicos y privados (Lorca Moreno 2014).

Por tanto, esta tesis se sitúa en un ámbito cercano al resto de estudios al atender tanto a pacientes de Atención Primaria como a los derivados de Atención Especializada y al analizar una muestra que, aunque suficiente es algo inferior a la mayoría de estudios realizados.

En este punto y enlazando con el punto siguiente, podemos argumentar que la muestra es representativa, al analizar la mayoría de las patologías que se atienden en una Unidad de Fisioterapia tanto en la diversidad como en la cantidad, representando una fracción bastante acorde a la realidad asistencial de una Unidad de Fisioterapia.

IV.2.2 Consideraciones generales a las patologías seleccionadas y los estudios con los que nos comparamos

Los procesos que hemos seleccionado para este estudio han sido las patologías musculoesqueléticas, los estudios con los que nos comparamos también han seleccionado patologías en el sistema musculo-esquelético, pero la mayoría de ellos no especifican las patologías concretas que atienden, aunque si indican la localización, agrupándolas en miembro superior, miembro inferior y tronco (41,50,80,86,104,125,140–146). Sólo el estudio de Messeguer Henarejos (40), especifica que analiza la calidad percibida en cervicalgia mecánica subaguda o crónica.

En nuestra investigación se ha seleccionado principalmente pacientes con procesos de etiología degenerativa como cervicalgia mecánica y cervicobraquialgia subaguda o crónica, lumbalgia mecánica y lumbociatalgia subaguda o crónica.

A nivel del miembro superior se incluyó patología degenerativa como el síndrome subacromial, rotura del manguito rotador, síndrome del túnel del carpo y rizartrosis; patología traumática como fractura del tercio proximal del húmero y fractura del tercio distal del radio tratadas tanto conservadora como quirúrgicamente.

A nivel del miembro inferior las patologías que se han estudiaron fueron también degenerativas como artrosis de rodilla o cadera y sus tratamientos quirúrgicos (prótesis de rodilla o prótesis de cadera).

Por tanto, hemos recogido toda la tipología de procesos que representa la demanda de atención en los servicios de Fisioterapia.

IV.2.3 Consideraciones generales a los Instrumentos de valoración empleados y los estudios con los que nos comparamos

Nuestro trabajo es fundamentalmente un análisis de la calidad percibida por los usuarios de fisioterapia, con la intención de investigar, además, si la mejoría clínica y funcional de los pacientes influye en cómo perciben la calidad en la Unidad de Fisioterapia. Para ello hemos tenido que realizar mediciones, valoraciones y demás pruebas funcionales tanto al inicio del tratamiento como al alta, para saber así, si los pacientes de la muestra han mejorado, en qué parámetros y, además, si esta mejoría se relaciona con el cuestionario de calidad percibida seleccionado.

Para la medición de la mejoría clínica, de la mejoría funcional, la mejoría percibida por los propios pacientes (mejoría subjetiva), el dolor y otros aspectos relacionados con el tratamiento fisioterápico, hemos tenido que emplear una amplia gama de instrumentos validados.

Respecto a la medición de la calidad, se ha decidió utilizar el cuestionario PEPAP-Q, después de efectuar una exhaustiva indagación en busca del instrumento más adecuado para medir la calidad percibida en fisioterapia (39,48,85,91,109,130,145–151). El cuestionario PEPAP-Q consta de 23 ítems, y su elaboración nace de la “técnica cualitativa de los grupos focales”, ampliamente usada para conocer las opiniones de los pacientes sobre sus experiencias con los servicios de salud, cuando se pretende identificar dimensiones relacionadas con la calidad percibida (125). Ahora bien, los motivos principales para la elección del cuestionario PEPAP-Q fueron varios, como que se trata de un instrumento validado, aparece en publicaciones recientes, está

diseñado para el SNS, en el ámbito de AP, para patologías musculoesqueléticas y se ha utilizado en la mayoría de los trabajos con los que nos comparamos (41,50,80,86,104,125,140–146).

Respecto a la valoración de la mejoría funcional y de calidad de vida de la muestra, hemos utilizado una serie de cuestionarios e índices de discapacidad, cada uno de ellos específicos para un determinado grupo del estudio, en función de la patología. Dichos cuestionarios son el WOMAC, DASH, CONSTANT-MURLEY, OSWESTRY y NDI. Las escalas y cuestionarios que hemos utilizado presentan una excelente reproductibilidad y una elevada sensibilidad, son sencillos de utilizar e interpretar y además son los más utilizados en los estudios clínicos de otras investigaciones (117–120,155–161).

La fuerza de los miembros inferiores se realizó a través del test Sit To Stan, al ser más sencillo de administrar que realizar una dinamometría de diferentes grupos musculares del miembro inferior; esta prueba se ha utilizado en numerosos estudios con cohortes muy diferentes, como sujetos mayores para una detección temprana del síndrome de fragilidad en el anciano (162); y en otras patologías, como enfermos con accidente cerebrovascular (22), o enfermos renales (163). Igualmente sucede en la medición de la fuerza del hombro, que se realizó a través del Test de Constant- Murley (apartado 4), este instrumento no ha sido validado hasta el momento, aunque sí ha sido aprobado por la SECEC (Sociedad Europea de Cirugía de Hombro y Codo). Paradójicamente, a pesar de no haber sido validado, al ser uno de los más utilizados, se usa como patrón de referencia para validar otros test (120).

Los trabajos españoles que utilizan el cuestionario PEPAP-Q para valorar la calidad percibida en fisioterapia, son diferentes publicaciones sobre un mismo estudio realizado en tres hospitales de MAPFRE (estudio MAPFRE). Otros estudios han valorado la satisfacción por medio del cuestionario validado al español MedRisk o bien un cuestionario de elaboración propia. Sin embargo, no suelen añadir la evaluación de la mejoría clínica, ni funcional o de la calidad de vida.

El estudio de Calvente Rodríguez (41) es el único que presenta como objetivo “indagar el grado de satisfacción de los usuarios y el de conocer los efectos del tratamiento respecto a la calidad de vida” utilizando el cuestionario SF-12 (Calidad de Vida Relacionada con la Salud o Salud Percibida). Pero no relacionó el cuestionario de calidad de vida SF-12 con la satisfacción.

La tesis doctoral de Lorca Moreno (146) en 2014, recomienda añadir a las investigaciones de satisfacción y calidad, estudiar si la mejora funcional guarda relación o no con la calidad percibida o la satisfacción, en su trabajo interpreta como un hallazgo inesperado que *“el resultado del tratamiento fisioterápico no se estudia, ni tampoco la relación de este con la satisfacción”*.

Por otro lado Osuna Pérez (145), en su trabajo de 2012, plantea “*estudiar la influencia de la relación de confianza fisioterapeuta-paciente en los resultados positivos del tratamiento (disminución del dolor, discapacidad, adherencia terapéutica o calidad de vida)*” (145).

IV.3 Discusión de los resultados

En este apartado comparamos la puntuación del PEPAP-Q total de nuestro estudio con las obtenidas por otros estudios que utilizan el mismo cuestionario (41,50,80,86,104,125,140–146), al respecto podemos indicar que:

IV.3.1 Discusión de los resultados globales, por áreas y dominios

Nuestros resultados muestran una alta calidad percibida con una puntuación global del cuestionario PEPAP-Q de 1.9 sobre 5, donde 1 es la puntuación mejor que se puede obtener y 5 la peor. Los estudios con los que nos comparamos y han utilizado el mismo cuestionario obtienen también altas evaluaciones de la calidad del servicio (50,80,125,140–144). Se trata de varias publicaciones sobre un mismo estudio realizado en 3 hospitales de la red FREMAP, excepto el estudio de Medina-Mirapeix *et al.* (80) de 2013.

En dichos trabajos un 87.9 % de los pacientes describieron su calidad percibida como muy buena o excelente. Por áreas, el área 2 o “ambiente organizacional” con un porcentaje promedio de problemas de calidad del 43% fue la peor valorada, frente al 34.7 % en el área 1 o “actitudes y comportamientos del profesional”. De igual manera, en nuestro caso el área mejor valorada corresponde al A1, con un porcentaje de problemas de calidad del 27,8%, frente al 50,03% del A2. En dicho estudio (estudio MAPFRE) se calculó el PEPAP-Q con la codificación dicotómica únicamente.

Antes de continuar con la discusión de los resultados, cabe recordar que en el cálculo de los resultados del PEPAP-Q cuando utilizamos la codificación dicotómica, la puntuación media puede oscilar entre 0-100, donde 0 indica que el paciente no ha percibido problemas en la calidad del servicio y 100 todo lo contrario, tal y como señaló Jimeno Serrano en 2013 (143).

Continuando con los resultados de los diferentes trabajos sobre el mismo estudio de Medina-Mirapeix, *et al.* (estudio FREMAP), los pacientes manifestaron tener mayores problemas de calidad en el D4 o “duración de la atención” con un porcentaje promedio del 73% y en el D3 o “sensibilidad a los cambios” con un porcentaje promedio del 56%. Estos datos aparecen reflejados en el la tesis doctoral de Jimeno Serrano de 2013 (143). En nuestra muestra el D3 obtuvo una mejor valoración con un porcentaje promedio sensiblemente menor (41%), pero no

así en el D4 en el que la gran mayoría de la muestra, obtuvieron un porcentaje promedio de 96,2%, siendo este el dominio peor valorado por nuestra muestra, al igual que en la muestra del estudio FREMAP. Una posible explicación de este resultado sería un exceso de carga asistencial, percibida por el paciente.

En el estudio FREMAP, los dominios mejor valorados fueron el D7 o seguridad del paciente, con un porcentaje de calidad percibida de 13.10%, el D1 o información y educación fue el segundo mejor valorado con un porcentaje de calidad percibida de 29.30%. En contra, los dominios peor valorados en el estudio FREMAP, fueron el D4 o duración de la atención con un porcentaje de calidad percibida del 61.77% y el D6 o tiempo de espera durante el tratamiento, con un porcentaje del 47.62%. Estos datos aparecen en la tesis doctoral de DelBaño Aledo de 2011 (86). Centrándonos en los resultados de nuestra muestra, coincidimos en el orden de elección de los dominios que fueron mejor valorados en el estudio MAPFRE; siendo por tanto el D7 que analizó “la seguridad del paciente” el mejor valorado (5.28%), seguido por el D1 que analizó “la información y educación al paciente” (19.28%). Por otro lado, los dominios peor valorados corresponden a la “duración de la atención” o D4 con un porcentaje del 96.18% y “las interrupciones durante el tratamiento” o D5, con un porcentaje del 58.47 no coincidiendo con este último, pues en el estudio FREMAP, el segundo peor valorado fue el D6 “tiempo de espera durante el tratamiento”.

Como hemos podido constatar, los resultados de nuestro estudio con el estudio FREMAP son muy similares en relación a las áreas y dominios mejor y peor valorados por ambas muestras.

En el primer estudio de la serie de Medina-Mirapeix, *et al.* (80), los 218 encuestados indicaron más problemas en el área de la gestión “*management continuity*” y en el área de relación “*relational continuity*” que en la de información “*information continuity*”. Sin embargo, la estructura del cuestionario no nos permite hacer comparaciones directas en nuestro estudio, al no coincidir en los dominios y las áreas.

Las quejas más comunes en el nombrado primer estudio de la serie de Medina-Mirapeix, *et al.* fueron relacionadas con la “*consistency of care among providers*”, concernientes a los retrasos para iniciar la sesión de fisioterapia al no haber una buena sincronización con las ambulancias, o por coincidir con una visita médica al mismo tiempo. En nuestro trabajo no tenemos información directa de este constructo por lo que no podemos establecer una comparación, aunque prevemos que estaría mejor valorada. La peor valoración la obtuvieron en relación a la flexibilidad en la adaptación de la atención, alrededor del 22,2% de los pacientes indican que sus terapeutas no tuvieron en cuenta el inicio o el aumento del dolor repentino para adaptar

temporalmente su tratamiento; solamente el 6% de los pacientes declaró no haber recibido información a sus preguntas. EL dominio 3 “sensibilidad a los cambios” del PEPAQ sería el más similar a la versión inicial y en nuestro estudio obtuvo una puntuación intermedia. Respecto a “la información a sus preguntas”, en nuestro trabajo corresponde al dominio 1, donde obtenemos una buena puntuación, concretamente 1.38 puntos.

Otros trabajos que han utilizados escalas diferentes al PEPAP-Q obtienen resultados similares, aunque con algún matiz. El estudio de Calvente (41) de 2014, utiliza un cuestionario propio y encuentra que los ítems relacionados con la estructura, las instalaciones y la intimidad son los peor valorados, frente a los relacionados con la atención, el respeto y la información aportados por el fisioterapeuta que fueron los mejor puntuados. A pesar de la falta de comparabilidad con nuestro trabajo, coincidimos con el estudio de Calvente, en aspectos generales como que el área organizacional, fue la peor valorada y la de actitudes y, el comportamiento del fisioterapeuta, la mejor valorada.

Lorca Moreno (146), en su estudio de 2014, administra un cuestionario de satisfacción validado al español (Medrisk) con resultados favorables en la satisfacción global (71,24%), cabe indicar que puntuaciones altas en el cuestionario MedRisk, indican mayor satisfacción por parte del usuario. Por ítems, los peor valorados fueron los relacionados con la información de los ejercicios para realizar en casa y la atención a las preocupaciones. Por el contrario, en nuestro trabajo el dominio de información y educación (D1) y el apoyo emocional (D2), que podrían ser los equivalentes a dicho estudio, fueron el segundo y tercer mejor evaluados (19.28%) (27,31%) respectivamente. Siguiendo con el estudio de Lorca Moreno, en los aspectos estructurales, la comodidad, ubicación y calidad de las instalaciones los resultados muestran una puntuación más baja, sobre todo en los centros públicos.

El estudio de Salinas Palacios (104) de 2013, se centra en valorar la adherencia del paciente a los ejercicios y consejos de fisioterapia, así como sus posibles determinantes. Aunque utiliza el cuestionario PEPAP-Q no aporta datos ni resultados de ninguna de las dimensiones ni áreas. La adherencia valorada en nuestro estudio fue algo inferior y muy similar en cuanto al manejo del dolor. Otro estudio que también valora la adherencia afirma que la adhesión a los ejercicios para el domicilio, dependen fundamentalmente del fisioterapeuta, de la manera de informar y explicar de este, su profesionalidad y motivación (150).

En la tesis de Osuna Pérez (145) de 2012, se utiliza una versión reducida del MedRisk y se crean diferentes cuestionarios para medir la información y la confianza con el profesional. El ítem

“tiempo con el fisioterapeuta”, sobre una escala de cinco puntos, fue el mejor valorado en este estudio (4,09 puntos de promedio) mientras que en el nuestro fue el peor valorado.

Una de las dimensiones a las que los pacientes dan mayor importancia como elemento destacado en la calidad de la atención sanitaria es **la información** (164). Una información clara y comprensible para el paciente, sobre el tratamiento y la evolución del proceso, consigue que sus expectativas se sitúen en conformidad con la realidad, favoreciendo la satisfacción del usuario (165). Otra de las ventajas que aporta la información escrita e ilustrada de los consejos y ejercicios terapéuticos es la adhesión del paciente al tratamiento de fisioterapia pautado: *“cuando un paciente sigue las indicaciones del fisioterapeuta y adopta un papel activo en su autocuidado consigue mejorías notables en su evolución, favoreciendo su satisfacción con la atención recibida”* (166,167).

Los pacientes valoran también como factores influyentes en la calidad sanitaria **la relación** del profesional sanitario-paciente, el apoyo emocional y la sensibilidad a los cambios del paciente. Según Jimeno Serrano, *et al.* (2012), la confianza del paciente hacia el terapeuta no sólo guarda relación con la conducta del mismo sino también con el incremento del estado funcional del paciente (50). En otro estudio Hall, *et al.* en 2001, observaron que las características sociodemográficas, en concreto la edad de los usuarios, parecen guardar relación con la confianza mostrada, siendo el grupo de mayor edad el que más confía en el profesional sanitario (168).

La dimensión peor valorada de nuestro estudio y, que los pacientes han considerado necesaria mejorar para percibir una calidad asistencial en fisioterapia mayor es la **duración de la atención** o lo que es lo mismo el tiempo que el fisioterapeuta dedica en exclusiva al paciente; esto también sucede en los estudios que nos comparamos (estudio MAPFRE). Pensamos que puede deberse al incremento en la ratio fisioterapeuta/paciente, y al envejecimiento de la población que hace aumentar la demanda de nuestros servicios (111,169,170).

IV.3.2 Discusión de los resultados por subgrupos: edad, sexo, nivel de estudio y por patologías

La edad media de los participantes de nuestro trabajo es de 59.91años (DE14 años), 148 pacientes (67,6%) fueron mujeres y 131 (59,8%) tenían estudios primarios. Respecto a la situación laboral 97 (44.3%) eran jubilados y 76 (34.7%) estaban en activo. En los estudios con los que nos comparamos la media de edad es inferior y va de 50.69 (DE 14.94 años) en el estudio de Calvente Rodríguez a 39.4 años (DE 11.9 años) en los estudios realizados en 3 hospitales de la red FREMAP.

Las mujeres son más numerosas en nuestro estudio (67.6%) y en las muestras de los estudios nombrados con un intervalo que va del 68.6% en el estudio de Lorca Moreno al 51.1% en el estudio de Osuna Pérez. Por contra en los estudios que recopilan su muestra de los 3 hospitales FREMAP (estudio MAPFRE), hubo un predominio de hombres con un 71.3%.

Respecto al nivel de estudios de los pacientes, coincidimos en el trabajo de Osuna Pérez, donde la mayoría de la muestra (36%) son pacientes con estudios primarios frente al 53.1% de los pacientes que tienen estudios secundarios y/o universitarios (en el estudio FREMAP).

Podemos decir que las variables demográficas son muy similares en la mayoría de los estudios analizados excepto en el estudio MAPFRE, ello se debe a que este tipo de hospitales atiende a pacientes derivados por las mutualidades de trabajo, es decir se trata de población en edad laboral.

En relación a las patologías, los procesos más numerosos se han localizado en la articulación glenohumeral 31,5%, mientras que en el estudio FREMAP, las fracturas en los miembros inferiores fueron las patologías más numerosas (39.3%), en el estudio de Osuna Pérez las patologías más numerosas se localizaron en la rodilla y el pie (23.7%) seguido de la columna lumbar y hombro (21% y 20.7% respectivamente), finalmente el estudio de Meseguer Henarejos sólo estudia la calidad percibida en cervicales.

Como hemos dicho anteriormente, la mayoría de los sujetos de nuestra muestra mejoró en todos los parámetros analizados, pero el incremento de mejoría clínica entre los diferentes grupos de nuestra tesis es desigual. Los grupos hombro, mano y rodilla, son los que más incremento de mejoría clínica obtuvieron, y el resto de los grupos (cervical, lumbar y cadera) los que menor incremento obtuvieron en los parámetros que miden la mejoría clínica. Recordar que la mejoría clínica se obtuvo a través de los parámetros ROM, fuerza, dolor y test de funcionalidad; medidos al inicio y al alta del tratamiento en todos los sujetos. Analizando las posibles causas de esa diferencia entre los grupos, encontramos en el tratamiento la posible respuesta al haber un hecho común: en los grupos que han conseguido mayor mejoría clínica (hombro, mano y rodilla) se pauta terapia manual en el protocolo de tratamiento fisioterápico, mientras que en el resto de los grupos no se pauta de forma protocolar la terapia manual (anexo 5). Los protocolos de tratamiento que se utilizan en las Unidades de Fisioterapia son modalidades terapéuticas con insuficiente evidencia, pero habituales en la práctica fisioterápica en las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria.

IV.3.3 Discusión de los resultados de calidad percibida y satisfacción en función de los valores demográficos

En nuestro trabajo al igual que en los demás estudios analizados no hay diferencia significativa en la escala de puntajes entre los subgrupos edad, sexo y nivel de estudios con la calidad percibida. Aunque se puede detallar que el grupo de edad entre 51-60 años, los jubilados y los pacientes con estudios primarios expresaron tener menos problemas de calidad percibida que el resto de la muestra. Sin embargo, en otros estudios (171) se demostró que hombres y mujeres tienen diferentes percepciones sobre áreas específicas, como las condiciones ambientales de las instalaciones (temperatura y limpieza), siendo peor valoradas por las mujeres. En este trabajo no hemos analizado este ítem al basarnos en otros artículos que afirmaban en sus conclusiones que el entorno físico no era relevante en la calidad percibida por el usuario en los servicios sanitarios (172,173).

En otros trabajos (Jimeno Serrano, Medina-Mirapeix, *et al.* 2012), además de la mejoría percibida, valoraron que la edad es también un determinante de la satisfacción, con una peor percepción en los pacientes más jóvenes. En nuestra muestra, los menores de 50 años mostraron los niveles de satisfacción más bajos, aunque sin llegar a ser significativos.

Continuando con los resultados de otros estudios, la tesis doctoral de Calvente Rodríguez (41), muestra que a medida que aumenta el nivel de estudio en la muestra, aumenta la satisfacción.

En nuestra muestra el 97.3% de los pacientes declararon estar “satisfecho” o “muy satisfecho” con la atención recibida en su Unidad de Fisioterapia, de ellos un 63.8% expresaron estar “muy satisfechos”. La satisfacción solamente se relacionó de forma significativa con la mejoría subjetiva de la salud en nuestra muestra. Recordar que la satisfacción en nuestro estudio se midió a través de la escala Likert.

En analogía a los hallazgos obtenidos de otros estudios, la tesis doctoral de Calvente Rodríguez (41) analiza la satisfacción a través de 20 ítems. Los resultados desvelan que los pacientes manifiestan estar muy satisfechos con las actitudes y comportamiento del fisioterapeuta, y menos satisfecho con las instalaciones y material que obtuvo los peores resultados.

El estudio de Medina-Mirapeix 2012 muestra que una mayor edad (>45 años) y una mayor percepción de la mejoría (mejoría subjetiva) se asociaron significativamente con una mejor puntuación en el área de actitudes y comportamiento del profesional (área 1). Por otro lado, una mayor calidad percibida sobre el ambiente organizacional (área 2) se asoció además de con

la edad y la percepción de la mejoría, con la localización de la patología, siendo peores las valoraciones en pacientes afectados de miembros inferiores.

IV.3.4 Discusión de los resultados de calidad percibida y satisfacción en función de los valores de mejoría clínica, mejoría funcional y mejoría subjetiva

La relación entre el cuestionario PEPAP-Q y la mejoría del sujeto (tanto la mejoría clínica como la mejoría funcional) los resultados muestran que los grupos hombro, mano y rodilla se relacionan positivamente con la mejoría clínica, mientras que los grupos rodilla, mano y cervical se relacionan positivamente con la mejoría funcional. Especificar al respecto que el grupo rodilla además de relacionarse positivamente (concretamente con la sensibilidad a los cambios (D3) y con las actitudes y comportamientos con el fisioterapeuta (A1), también se relacionó negativamente con la duración de la atención (D4).

La mayoría de los trabajos que analizan la calidad en la Unidades de Fisioterapia, utilizan el cuestionario PEPAP-Q, pero no han valorado el incremento de la mejoría clínica, ni la mejoría funcional o de la calidad de vida, ni su relación con el PEPAP-Q. Lo mismo sucede con los trabajos de Osuna Pérez (145) y Lorca Moreno (146), que utilizaron el cuestionario de satisfacción validado al español MedRisk. El trabajo de Calvente Rodríguez analiza la satisfacción a través de un cuestionario ad hoc y lo relaciona con el cuestionario de salud SF-12.

No obstante, las investigaciones de Osuna Pérez y Lorca Moreno, comparan la mejoría percibida por el propio paciente (es decir la mejoría subjetiva) con la satisfacción. En ambos trabajos los sujetos que manifestaron estar “mucho mejor” de su proceso fueron los más satisfechos, en concreto el 30.3 % de satisfechos en el trabajo de Osuna Pérez, y 90.36% en el de Lorca Moreno.

Los estudios que utilizan el cuestionario PEPAP-Q (estudio MAPFRE) valoran la relación de la mejoría subjetiva con la confianza, así los pacientes que manifiestan estar “mucho mejor” expresan tener una confianza completa en su fisioterapeuta, que los que valoran ese aspecto como “sin cambios” o “peor”. Indicar que, en los trabajos del estudio MAPFRE no aparecen datos sobre la relación entre la mejoría subjetiva y la satisfacción, ni entre la mejoría subjetiva y el cuestionario PEPAP-Q.

En nuestro estudio la relación entre el cuestionario PEPAP-Q y la mejoría subjetiva (medida con el ítem PIGCS) guarda relación, siendo significativa con el A1 del cuestionario donde los pacientes que manifestaron “haber mejorado muchísimo” fueron los que mejor puntuaron el cuestionario con un resultado de 1.76 puntos, donde 1 es la mejor puntuación posible y 5 todo lo contrario. En general, observamos que en nuestro estudio la relación entre la mejoría

percibida por el propio paciente (PIGCS) y la calidad percibida (PEPAP-Q) es positiva, en la mayoría de los grupos. Como también sucede en los estudios de satisfacción de Osuna Pérez (145) y Lorca Moreno (146).

Fuera de nuestras fronteras, concretamente en Australia, la satisfacción del paciente con la atención fisioterapéutica osteomuscular según el trabajo de Hush, *et al.* (147) fue alta, con una puntuación media de 4.55 puntos (intervalo de confianza del 95%: 4.51-4.59) en una escala de 1 a 5, donde 1 indica una alta insatisfacción y 5 indica una alta satisfacción.

Lo mismo sucedió en los países del norte de Europa, Norteamérica, Reino Unido e Irlanda. Aunque con diferencias respecto a los ítems más valorados del MRPS, donde los encuestados australianos juzgaron mejor los aspectos interpersonales de la atención, sobre todo los consejos, la información y la educación sobre el autocuidado que se correlacionaron fuertemente con la satisfacción global. En nuestro estudio obtuvimos resultados muy similares, coincidiendo en la valoración del área 1 “actitudes y comportamientos del profesional” que fue también la mejor valorada y en el análisis del dominio 1 “información y educación” donde nosotros obtuvimos la segunda mejor puntuación.

Otro estudio de Hush, *et al.* (148) realizado en 2013, donde se comparó la satisfacción de los pacientes tratados en fisioterapia por procesos musculoesqueléticos en Australia y Corea, obtuvo que la comunicación, el tiempo de tratamiento y la atención centrada en el paciente eran factores comunes de satisfacción en ambos países. Respecto al ítem “mejoría subjetiva” del paciente y su relación con la satisfacción global, los autores enunciaron que guardan relación significativa, pero con una significación débil.

Beattie, *et al.* en 2002 (173) en el trabajo de validación del cuestionario MedRisk analizan la satisfacción en una muestra de 1.868 pacientes. Los resultados de dicho estudio reflejaron que el tiempo que el fisioterapeuta interactúa con los pacientes (las explicaciones y el comportamiento) son importantes para la satisfacción de los pacientes. Las opiniones de los participantes tratados en nuestro estudio coinciden con este resultado.

Beattie, *et al.* en otro estudio realizado en 2005 (174) estudian la satisfacción global en una muestra de 1502 pacientes utilizando el cuestionario MedRisk, los resultados mostraron que la satisfacción total fue del 36,8% en la subescala interna (paciente-terapeuta), y del 47,9% en la subescala externa (personal de apoyo al paciente). Los autores de este estudio demostraron también que los sujetos tratados por el mismo fisioterapeuta durante todo el proceso declararon una mayor satisfacción global (3 veces más propensos a declarar a una mayor satisfacción). Nosotros no pudimos analizar este parámetro, pero algunos de los pacientes

manifestaron por escrito su insatisfacción cuando fueron tratados por varios fisioterapeutas en menos de un mes (hecho que ocurrió durante el mes de vacaciones de los fisioterapeutas titulares).

IV.4 Limitaciones y puntos fuertes

Entre las limitaciones de este trabajo destacamos que hemos podido incurrir en un sesgo de selección por falta de representatividad de la muestra. No obstante, el tipo de muestreo utilizado, de tipo consecutivo, nos hace pensar en que los pacientes incluidos son un reflejo de la casuística que acude a nuestro servicio.

Por otro lado, ha habido algunos ítems con una menor tasa de respuesta. Sin embargo, han sido pocos y en todo caso, la mayoría de veces era por falta de pertinencia (por ejemplo: la conducción en pacientes que no disponen de carnet de conducir...).

En los casos con patologías múltiples se optó por la inclusión del paciente en uno de los grupos del estudio. A pesar de todo, han sido 6 los casos en los que el paciente ha presentado dos patologías al mismo tiempo.

El sistema de valoración de la calidad percibida que hemos usado puede resultar costoso al servicio de salud, pues supone invertir mucho tiempo de varios profesionales cualificados para la realización de las mediciones de los pacientes.

Entre los puntos fuertes destacaríamos el carácter prospectivo y dinámico de nuestro estudio, con la planificación del seguimiento del sujeto en dos tiempos, monitorizando la calidad del servicio y su relación con la mejoría en el proceso. Además, esta mejoría la hemos valorado de forma objetiva, midiendo el incremento y normalización del recorrido articular, de la fuerza muscular y la disminución del dolor.

Por otro lado, en la exploración y la toma de datos, hemos tenido en cuenta que el sujeto fuera medido tanto en el primer tiempo como en el último por el mismo investigador, con los mismos instrumentos y con el mismo protocolo (evitando sesgos de información).

Por último, con el objetivo de evitar pérdidas que pudieran desviar los resultados, se ha dispuesto de personal de apoyo para la cumplimentación del cuestionario de calidad, sobre todo en los sujetos de la muestra de mayor edad o aquellos que lo han solicitado. Adicionalmente, nos hemos adaptado al horario del paciente para la realización de las evaluaciones.

IV.5 Aplicaciones prácticas para la clínica.

La evaluación de la calidad y satisfacción es un fin en sí misma ya que es considerada el producto final de los procesos que oferta el sector sanitario. Además, puede y debe utilizarse como indicador de evaluación de los cambios y mejoras introducidas en los servicios de fisioterapia.

Entre las aplicaciones de este estudio destacar su utilidad en la monitorización de la calidad del servicio de fisioterapia desde la perspectiva del paciente a través de este tipo de instrumentos pudiendo ser de gran utilidad para los gestores sanitarios.

Los beneficios que aporta al profesional que presta el servicio, en nuestro caso el fisioterapeuta, al darle a conocer qué aspectos de su actuación son importantes para los pacientes y poderlos mejorar, así como los aspectos organizativos.

Por último, el beneficio que se derivan para el paciente al poder valorar la adhesión de los pacientes a los ejercicios y consejos que deben realizar en su domicilio. Pues una mayor adhesión conlleva una mejoría clínica y ello redonda en una mayor calidad del servicio.

IV.6 Líneas futuras de investigación.

Resultaría interesante analizar la información de los clientes que no completaron las sesiones de fisioterapia para valorar los motivos de su abandono y ver si este guarda relación con la calidad que percibió durante las sesiones que asistió.

Así mismo, también sería importante conocer la satisfacción del profesional de fisioterapia en su ámbito laboral valorando si influye o no en la calidad de servicio y los resultados de mejoría del usuario.

Sería recomendable analizar con más detalle el ítem peor valorado “duración de la atención” y así determinar el tiempo medio (en minutos) necesario para incrementar la calidad al servicio.

También sería relevante añadir un ítem al cuestionario “continuidad en los cuidados” pues han sido muchos los pacientes que manifestaron su malestar cuando durante el mismo proceso han sido tratados por varios fisioterapeutas. De esta forma, se podría cuantificar la relación de este dominio con la calidad.

Falta explorar y analizar la influencia en la calidad del servicio el hecho de que los pacientes compartan espacio y recursos durante el tratamiento.

Por último, consideramos aconsejable valorar si influye en la adhesión a los ejercicios y consejos para casa, el modo de cómo se da la información (por escrito y/o verbal).

CONCLUSIONES

V. CONCLUSIONES

1. La calidad percibida por los usuarios de las Unidades de Fisioterapia analizadas es alta.
2. El resultado de la calidad percibida obtenido a través del cuestionario PEPAP-Q es bueno, con una proporción del 38.89%, donde 0 indicaría ausencia de problemas y 100 todo lo contrario.
3. El área 1 “actitudes y comportamientos del fisioterapeuta”, ha sido el área del cuestionario PEPAP-Q mejor valorada con un resultado de 27.82%.
4. El dominio 4 “duración de la atención”, el dominio 5 “las interrupciones durante el tratamiento” y el dominio 6 “tiempo de espera durante el tratamiento” son los que peores resultados han obtenido del cuestionario PEPAP-Q, con un 96.18%, 58.47% y 44.08% respectivamente.
5. La medición del tamaño de efecto, que relaciona los indicadores de mejoría clínica y funcional es positiva en todos los grupos excepto en los grupos lumbar, cervical y cadera. Dicho en otras palabras, los pacientes que menos mejoría clínica y funcional han obtenido son los grupos lumbar, cervical y cadera.
6. La mejoría clínica guarda relación significativa positiva con el dominio 2” el apoyo emocional” y, significación negativa con el dominio 4 “duración de la atención” del cuestionario PEPAP-Q.
7. Las variables sociodemográficas (edad, sexo y nivel de estudios), no guardan una relación significativa con la calidad percibida.
8. Cuando la información sobre los ejercicios y consejos que debe seguir el paciente en su domicilio es adecuada y está bien programada, la adherencia al tratamiento domiciliario es mayor y guarda relación estadísticamente significativa con el dominio 1 “información y educación” del cuestionario PEPAP-Q.

BIBLIOGRAFÍA

VI. BIBLIOGRAFÍA

1. Almeida RS de, Bourliataux-Lajoinie S, Martins M, Almeida RS de, Bourliataux-Lajoinie S, Martins M. Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. *Cad Saúde Pública*. 2015 Jan;31(1):11–25.
2. Barrasa JI, Aibar C. Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001. *Rev Calid Asist*. :580–90.
3. Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria. Ediciones Díaz de Santos; 1993. 630 p.
4. Civera Satorres M. Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido. TDX Tesis Dr En Xarxa [Internet]. 2008 Jul 23 [cited 2016 May 26]; Available from: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/29491>
5. Poley González A, Ortega Blanco JA, Pedregal González M, Martín Azofra M, Hermosilla Camacho C, Mora Moreno F. Prevalencia de enfermedades osteoarticulares y consumo de recursos. Calidad de vida y dependencia en pacientes con artrosis. *SEMERGEN - Med Fam*. 2011 Nov;37(9):462–7.
6. Ministerio de Sanidad, servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2012. Available from: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
7. Ministerio de Sanidad, servicios Sociales e Igualdad, Informes, estudios e investigación 2015. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2012. Edición revisada. Junio de 2015 [Internet]. 2015. Available from: <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/infsns2012.pdf>
8. Teresa BR María, editor. Envejecimiento poblacional y reto de la dependencia: el desafío del envejecimiento en los sistemas sanitarios y sociales de España y Europa [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 23]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=486072>
9. Calidad DG de la A de C del SO de PS y. Mejorar atención pacientes [Internet]. 2006 [cited 2017 Jan 6]. Available from: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/abordajecronicidad.htm>
10. Alonso Galbán P, Soberats S, José F, Navarro D-C, María A, Carrasco García M, et al. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Rev Cuba Salud Pública*. 2007 Mar;33(1):0–0.
11. Gómez-Jarabo G, González P, C J. Aspectos biopsicosociales en la valoración de la dependencia. *Psychosoc Interv*. 2007;16(2):155–73.

12. País EE. Las enfermedades crónicas suponen el 80% del gasto sanitario [Internet]. EL PAÍS. 2015 [cited 2016 Apr 24]. Available from: http://politica.elpais.com/politica/2015/09/14/actualidad/1442260891_497310.html
13. Millaruelo Trillo JM. Importancia de la implicación del paciente en el autocontrol de su enfermedad: paciente experto. Importancia de las nuevas tecnologías como soporte al paciente autónomo. *Aten Primaria*. 2010 Sep;42, Supplement 1:41–7.
14. Parra L, Stella N, Contreras Valencia K, Castro Villamil Á. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Rev Cuba Salud Pública*. 2012 Dec;38(4):562–80.
15. LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SANITARIOS [Internet]. [cited 2016 Dec 22]. Available from: <http://bio.hgy.es/neurocon/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>
16. Millán Núñez-Cortés, Jesús. Estudio: valores del médico y su carácter [Internet]. 2014 [cited 2017 Jun 4]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322014000500003
17. Alcazar Casanova F, Iglesias Alonso F. Historia y definición de la calidad de los servicios sanitarios. En: *Manual de Calidad Asistencial* [Internet]. Madrid: SESCOAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; 2009. Available from: http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131017/manual_calidad_asistencial_de_la_seca.pdf
18. Alcázar Casanova F, Iglesias Alonso F. Historia y definición de la calidad de los servicios sanitarios. Madrid: SESCOAM; 2009. (Manual de calidad asistencial).
19. Rodríguez J, Dackiewicz N, Toera D. La gestión hospitalaria centrada en el paciente. *Arch Argent Pediatr*. 2014;112(1):55–8.
20. Lipkin M Jr, Quill TE, Napodano RJ. The medical interview: a core curriculum for residencies in internal medicine. *Ann Intern Med*. 1984;(100):277–84.
21. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR. The patient-centered clinical method. 1. A model for the doctorpatient interaction in family medicine. *Fam Pract*. 1986;(3):24–30.
22. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev Calid Asist*. 2002;17(1):22–9.
23. Cottle D. *El servicio centrado en el cliente*. Madrid, 1991. Ediciones Diaz Santos. Madrid; 1991.
24. La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) actualiza el Modelo de Excelencia EFQM [Internet]. *Corresponsables.com*. [cited 2017 Jan 6]. Available from: <http://www.corresponsables.com/actualidad/la-fundacion-europea-para-la-gestion-de-la-calidad-efqm-actualiza-el-modelo-de-excelencia>
25. Corbella A, Maturana S. Papel del ciudadano en los servicios de salud. Posibilidades y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial*. 2000;(15):357.
26. Sánchez DCF, Sanchez de LCF. La participación de los usuarios en la sanidad debe ser ya una realidad. 2000 Jan 1 [cited 2017 Jan 6]; Available from:

- <https://www.scienceopen.com/document?vid=e6828ba0-64a6-4202-b41c-be2132fad2ff>
27. Álvarez AE, Olivares C, Cadena J, Olvera SS. Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería. *Enfermería Neurológica*. 2012;11(2):68–72.
 28. López A. La satisfacción de los usuarios: Un determinante de la calidad asistencial. *Metas de Enfermería*. 2005;8(1):53–6.
 29. Gilmore C, de Moraes Novaes H. Manual de gerencia de la calidad [Internet]. OPS; 1996 [cited 2016 Nov 27]. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3155>
 30. González Domínguez JA, Rosado Calatayud PP. Antecedentes históricos de la legislación sanitaria y fisioterápica. En: *Legislación Sanitaria y Deontología para fisioterapeutas*. Valencia: ICOFCV; 2011.
 31. Mira Solves JJ. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos?. Análisis de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Rev Calid Asist*. 1999;14(3):165–78.
 32. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. *La Prensa Médica Mexicana*; 1991. 194 p.
 33. Mira JJ MJ, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Aranz J, Sitges E. La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Rev Calid Asist*. 1998;13:92–7.
 34. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. *Health Administration Press*. Vol. Vol I. The definition of quality and approaches to its assessment, 1980; Vol II. The criteria and standards of quality, 1982; Vol III. The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis 1985. Ann Arbor (EEUU): *Health Administration Press*; 1980.
 35. Vuori H. Quality assurance of health services: concepts and methodology. *Regional Office for Europe*. Geneve: WHO; 1982.
 36. Palmer HC, Vogel RJ. Long-term care: perspectives from research and demonstration. WashingtonDC (United States): *Health Care Financing Administration: Department of Health and Human Services*.; 1983. 744 p.
 37. Nutting PA. Population-based family practice: the next challenge of primary care. *J Fam Pract*. 1987 Jan;24(1):83–8.
 38. Saturno PJ, Imperatori E, Corbella A. Evaluación de la Calidad Asistencial en Atención Primaria. *Experiencias en el marco de la Cooperación Ibérica: Diseño de Proyectos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990.
 39. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm. A new Health System for the 21 st century. Washington: *National Academy Press*; 2001.
 40. Meseguer Henarejos AB. El informe del usuario como instrumento para evaluar calidad percibida y científico-técnica en fisioterapia. [Internet]. [Múrcia]: Universidad de Murcia; 2007. Available from: <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/24556/8-4-3/el-informe->

- del-usuario-como-instrumento-para-evaluar-calidad-percibida-y-cientifico-tecnica-en-fisioterapia.aspx
41. Calvente Rodriguez M. Análisis del grado de satisfacción y calidad de vida de los usuarios de la Unidades de Fisioterapia de los Hospitales Públicos de Sevilla [Tesis Doctoral]. Universidad de Sevilla; 2014. [Sevilla]: Universidad de Sevilla; 2014.
 42. Meyer G, Massagli M. The Forgotten Component of the Quality Triad: Can We Still Learn Something from “Structure”? *Comission Journal of Quality Improvement*. 2001 Sep;27(9):484–93.
 43. Prieto Rodriguez MA, Marcha Cerda JC, López Fernández LA. Calidad percibida por usuarios de centros de salud y aseguradoras privadas. *Aten Primaria*. 1999;24:259–66.
 44. Saturno Hernández P. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Publica*. 1995 Mar;2(69):163–75.
 45. Reyes-Alcázar V. La importancia de reconocer las expectativas y necesidades de los usuarios. *Medwave* [Internet]. 2012 Jan 1 [cited 2017 Jan 6];12(01). Available from: /link.cgi/Medwave/Perspectivas/Editorial/5282
 46. Andía CM, Pineda AM, Martínez C, Sasco S. Satisfacción del usuario de los servicios de hospitalización del Hospital Nacional Sur Este Cusco. *Rev Situa*. 2001;9(17):18–26.
 47. Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Soc Sci Med* 1982. 1998 Nov;47(9):1351–9.
 48. Hills R, Kitchen S. Satisfaction with outpatient physiotherapy: focus groups to explore the views of patients with acute and chronic musculoskeletal conditions. *Physiother Theory Pract*. 2007 Feb;23(1):1–20.
 49. Medeiros FC de, Costa LOP, Oliveira N de FC, Costa L da CM, Medeiros FC de, Costa LOP, et al. Satisfaction of patients receiving physiotherapy care for musculoskeletal conditions: a cross-sectional study. *Fisioter E Pesqui*. 2016 Mar;23(1):105–10.
 50. Jimeno-Serrano FJ, Medina-Mirapeix F, Escolar-Reina P, DelBaño-Aledo ME. Satisfacción y experiencias de los pacientes en centros de rehabilitación asociados con su confianza en la profesionalidad de los fisioterapeutas. *Rehabilitación*. 2012 Jul;46(3):227–35.
 51. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calid Asist*. 2002 Jul 1;17(05):273–83.
 52. Parasuraman, A, Zeithaml, V.A, Berry, L.L. SERVQUAL: A multiple- Item Scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*. 1988 Spring;64(1):12–40.
 53. Grönroos C. Marketing y gestión de servicios: la gestión de los momentos de la verdad y la competencia en los servicios [Internet]. Díaz de Santos; 1994 [cited 2017 May 11]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=149674>

54. Alen González, M.E, Fraiz Brea, J.A. Relación entre la calidad de servicio y la satisfacción del consumidor. Su evaluación en el ámbito del turismo termal. *Investig Eur Dir Econ Empresa*. 2006 Vigo;12(1):251–72.
55. Mira Solves JJ. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. *Rev Calid Asist*. 2000;15(1):36–42.
56. Mira JJ, Vitaller J, Aranaz J, Herrero JF, Buil JA. La satisfacción del paciente. Aspectos teóricos y metodológicos. *Rev Psicol Salud*. 1992;4:89–116.
57. Lee H, Lee Y, Yoo D. The determinants of perceived service quality and its relationship with satisfaction. *Journal of Services Marketing*. *Journal of Services Marketing*. 2000;14(3):217–31.
58. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Medicina Preventiva*. 1998;4:12–8.
59. Wirt J, Mattila A. Exploring the role of alternative perceived performance measures and needs-congruency in the consumer satisfaction process. *Journal of Consumer Psychology*. 2001;11(3):1–192.
60. Spreng RA, Mackoy RD. An empirical examination of a model of perceived service quality and satisfaction. *J Retail*. 1996 Jun 1;72(2):201–14.
61. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calid Asist*. 2002;17(5):273–83.
62. Pérez B, García P. Grado de satisfacción de la población con los servicios de enfermería en un área de salud. *Revista Cubana De Enfermería*. 2005;21(2):1–1.
63. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care ISQua*. 2002 Oct;14(5):353–8.
64. Wilde B, Larsson G, Larsson M, Starrin B. Quality of care. Development of a patient-centred questionnaire based on a grounded theory model. *Scand J Caring Sci*. 1994;8(1):39–48.
65. Wilde Larsson B, Larsson G. Development of a short form of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) questionnaire. *J Clin Nurs*. 2002 Sep;11(5):681–7.
66. Pettersen KI, Veenstra M, Guldvog B, Kolstad A. The Patient Experiences Questionnaire: development, validity and reliability. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 2004 Dec;16(6):453–63.
67. Rao KD, Peters DH, Bandeen-Roche K. Towards patient-centered health services in India—a scale to measure patient perceptions of quality. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 2006 Dec;18(6):414–21.

68. Oltedal S, Garratt A, Bjertnaes Ø, Bjørnsdottir M, Freil M, Sachs M. The NORPEQ patient experiences questionnaire: data quality, internal consistency and validity following a Norwegian inpatient survey. *Scand J Public Health*. 2007;35(5):540–7.
69. Webster TR, Mantopoulos J, Jackson E, Cole-Lewis H, Kidane L, Kebede S, et al. A brief questionnaire for assessing patient healthcare experiences in low-income settings. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 2011 Jun;23(3):258–68.
70. Wong ELY, Coulter A, Cheung AWL, Yam CHK, Yeoh EK, Griffiths S. Validation of inpatient experience questionnaire. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 2013 Sep;25(4):443–51.
71. Hills R, Kitchen S. Toward a theory of patient satisfaction with physiotherapy: Exploring the concept of satisfaction. *Physiother Theory Pract*. 2007 Enero;23(5):243–54.
72. Pantoja Zarza L. El consentimiento informado: ¿sólo un requisito legal? *Rev Esp Reumatol*. 2004 Oct 1;31(08):475–8.
73. Grado de satisfacción de los pacientes en la unidad de fisioterapia del complejo asistencial universitario de Salamanca [Internet]. *Revista Médica Electrónica PortalesMedicos.com*. 2015 [cited 2017 Mar 29]. Available from: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/satisfaccion-fisioterapia/>
74. López A, Ortiz H, de Miguel C. Análisis de las reclamaciones presentadas en un área de atención primaria. *Rev Calid Asist*. 2003 Apr 1;18(03):153–8.
75. Añel-Rodríguez RM, Cambero-Serrano MI, Irurzun-Zuazabal E. Análisis de las reclamaciones de pacientes en Atención Primaria: una oportunidad para mejorar la seguridad clínica. *Rev Calid Asist*. 2015;220–5.
76. Beattie M, Murphy DJ, Atherton I, Lauder W. Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: a systematic review. *Syst Rev* [Internet]. 2015 Jul 23 [cited 2017 Apr 5];4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4511995/>
77. Freitas JS de, Silva AEB de C, Minamisava R, Bezerra ALQ, Sousa MRG de. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(3):461–6.
78. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med* 1982. 1994 Feb;38(4):509–16.
79. Ahmed F, Burt J, Roland M. Measuring patient experience: concepts and methods. *The Patient*. 2014;7(3):235–41.
80. Medina-Mirapeix F, Oliveira-Sousa SL, Sobral-Ferreira M, Montilla-Herrador J, Jimeno-Serrano FJ, Escolar-Reina P. What elements of the informational, management, and relational continuity are associated with patient satisfaction with rehabilitation care and global rating change? *Arch Phys Med Rehabil*. 2013 Nov;94(11):2248–54.
81. Burillo-Putze G, Expósito-Rodríguez M, Cinesi-Gómez C, Piñera-Salmerón P. Satisfacción de los usuarios de las urgencias hospitalarias. *Gac Sanit*. 2013 Mar;27(2):185.

82. Parra Hidalgo P, Bermejo Alegría RM, Más Castillo A, Hidalgo Montesinos MD, Gouis Cabrián R, Calle Uría JE. Respuesta a: Satisfacción de los usuarios de las urgencias hospitalarias. *Gac Sanit.* 2013 Mar;27(2):186.
83. Parra Hidalgo P, Bermejo Alegría RM, Más Castillo A, Hidalgo Montesinos MD, Gomis Cebrián R, Calle Uría JE. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Gac Sanit.* 2012 Mar;26(2):159–65.
84. Domínguez Velázquez J. Calidad frente a cantidad en atención primaria: ¿resolución o supervivencia? *Aten Primaria.* 2002 Oct 31;30(07):455–7.
85. French HP, Keogan F, Gilsenan C, Waldron L, O’Connell P. Measuring patient satisfaction with exercise therapy for knee osteoarthritis: evaluating the utility of the physiotherapy outpatient survey. *Musculoskeletal Care.* 2010 Jun;8(2):61–7.
86. Del Baño-Aledo ME. Conceptualización y medición de las percepciones de la calidad y experiencias asociadas de los pacientes en servicios de fisioterapia ambulatoria / María Elena del Baño Aledo; director, Francesc Medina i Mirapeix. 2011; Available from: <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/33630>
87. Roush SE, Sonstroem RJ. Development of the physical therapy outpatient satisfaction survey (PTOPS). *Phys Ther.* 1999 Feb;79(2):159–70.
88. Beattie P, Turner C, Dowda M, Michener L, Nelson R. The MedRisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction With Physical Therapy Care: a psychometric analysis. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2005 Jan;35(1):24–32.
89. Grosset KA, Grosset DG. Patient-perceived involvement and satisfaction in Parkinson’s disease: effect on therapy decisions and quality of life. *Mov Disord Off J Mov Disord Soc.* 2005 May;20(5):616–9.
90. Cott CA, Teare G, McGilton KS, Lineker S. Reliability and construct validity of the client-centred rehabilitation questionnaire. *Disabil Rehabil.* 2006 Nov 30;28(22):1387–97.
91. Fernandez RS, Salamonson Y, Juergens C, Griffiths R, Davidson P. Validation of the revised cardiac rehabilitation preference form in patients with post-percutaneous coronary intervention. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2007 Dec;27(6):390–4.
92. Hills R, Kitchen S. Satisfaction with outpatient physiotherapy: a survey comparing the views of patients with acute and chronic musculoskeletal conditions. *Physiother Theory Pract.* 2007 Feb;23(1):21–36.
93. Van der Linde H, Hofstad CJ, Geertzen JHB, Postema K, Van Limbeek J. From satisfaction to expectation: the patient’s perspective in lower limb prosthetic care. *Disabil Rehabil.* 2007 Jul 15;29(13):1049–55.
94. van Duijn, A, Coe, J, Bevins, T, Jack, L. The relationship between patients’ perceptions of treatment outcomes and overall patient satisfaction in outpatient orthopedic settings: a pilot study. *Academic Journal.* 2008 Abril;8(1):1.
95. Meseguer Henarejos AB, Medina i Mirapeix F, Escolar Reina P, Montilla Herrador J, Hernández Cascales N, Carmen Hidalgo García M. Calidad percibida en la fisioterapia de

- atención primaria: situación y oportunidades de mejora en la atención a la cervicalgia. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol.* 2008 Dec;11(2):68–80.
96. Dibbelt S, Schaidhammer M, Fleischer C, Greitemann B. Patient-doctor interaction in rehabilitation: the relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. *Patient Educ Couns.* 2009 Sep;76(3):328–35.
97. Grotle M, Garratt A, Løchting I, Kjekken I, Klokke M, Uhlig T, et al. Development of the rehabilitation patient experiences questionnaire: data quality, reliability and validity in patients with rheumatic diseases. *J Rehabil Med.* 2009 Jun;41(7):576–81.
98. Elwood D, Heckman J, Bonder J, Pantel A, Blatz D, Moroz A, et al. Assessing patient expectations and concerns in a physical medicine and rehabilitation unit: a real-time snapshot. *PM R.* 2010 Jun;2(6):521–7.
99. Delanian Halsdorfer N, Blasquez J, Bensoussan L, Gentile S, Collado H, Viton J-M, et al. An assessment of patient satisfaction for a short-stay program in a physical and rehabilitation medicine day hospital. *Ann Phys Rehabil Med.* 2011 Jun;54(4):236–47.
100. Kneebone II, Hull SL, McGurk R, Cropley M. Reliability and Validity of the Neurorehabilitation Experience Questionnaire for Inpatients. *Neurorehabil Neural Repair.* 2012 Feb 9;26(7):834–41.
101. Normann B, Moe S, Salvesen R, Sørgaard KW. Patient satisfaction and perception of change following single physiotherapy consultations in a hospital's outpatient clinic for people with multiple sclerosis. *Physiother Theory Pract.* 2012 Feb;28(2):108–18.
102. Ottonello M, Franchignoni F, Giordano A, Benevolo E. Patient satisfaction with hospital rehabilitation: validation of the SAT-16 questionnaire through Rasch analysis. *Minerva Med.* 2012 Feb;103(1):1–11.
103. Quaschnig K, Körner M, Wirtz M. Analyzing the effects of shared decision-making, empathy and team interaction on patient satisfaction and treatment acceptance in medical rehabilitation using a structural equation modeling approach. *Patient Educ Couns.* 2013 May;91(2):167–75.
104. Salinas Palacios V. Adherencia de los pacientes en fase post-aguda a consejos de fisioterapia: magnitud y factores asociados/ Salinas Palacios, Victor director: Francesc Medina-Mirapeix. Universidad de Murcia. [Internet]. 2013 [cited 2016 May 1]. Available from: <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/37414>
105. Medina-Mirapeix F, Baño-Aledo ME del, Martínez-Payá JJ, Lillo-Navarro MC, Escolar-Reina P. Development and Validity of the Questionnaire of Patients' Experiences in Post-Acute Outpatient Physical Therapy Settings (PEPAP-Q). *Phys Ther.* 2015 May;95(5):767–77.
106. Beattie PF, Nelson RM, Lis A. Spanish-Language Version of the MedRisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction With Physical Therapy Care (MRPS): Preliminary Validation. *Phys Ther.* 2007 Jun 1;87(6):793–800.
107. Ministerio de Sanidad, servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. España 2012. Madrid; 2012.

108. Ministerio de Sanidad, servicios Sociales e Igualdad. Estrategias de promoción de la Salud y prevención en el SNS, en el marco del abordaje de la Cronicidad. In Madrid; 2013. (Informes, Estudios e Investigación 2014).
109. In: Boletín Oficial del Estado BOE Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre [Internet]. Madrid; 2006. Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-16212-consolidado.pdf>
110. Barra López M. Fisioterapia de atención primaria. Estudio analítico de cargas de trabajo. Fisioterapia. :159–69.
111. Barra López M. Unidad de Fisioterapia de atención primaria. Estudio descriptivo de la actividad asistencial. Fisioterapia. :27–38.
112. Abril Belchí E. 15 años después de la Circular 4/91, ¿dónde estamos los fisioterapeutas de Atención Primaria? Fisioterapia. :1–6.
113. Fernández MRP, Mirapeix FM i, Doníz LG, Gómez MH, Fernández RG, Rodríguez MM de P. La unidad de fisioterapia dentro del servicio de atención primaria: Análisis y evaluación a lo largo de dos años. Cad Aten Primaria. 1997;4(3):147–50.
114. Frau Escales P, Moret Vilar J, Igual Camacho C. La fisioterapia en atención primaria: estudio en la ciudad de Valencia. Fisioterapia. :166–72.
115. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [cited 2017 May 12]. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
116. Hulley SB, Cummings RS. Diseño de la investigación clínica. Barcelona: Doyma; 1993.
117. Escobar A, Quintana JM, Bilbao A, Azkárate J, Güenaga JI. Validation of the Spanish version of the WOMAC questionnaire for patients with hip or knee osteoarthritis. Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index. Clin Rheumatol. 2002 Nov;21(6):466–71.
118. Escobar A, Vrotsou K, Bilbao A, Quintana JM ^a, García Pérez L, Herrera-Espiñeira C. Validación de una escala reducida de capacidad funcional del cuestionario WOMAC. Gac Sanit. 2011 Dec;25(6):513–8.
119. Teresa Hervás M, Navarro Collado MJ, Peiró S, Rodrigo Pérez JL, López Matéu P, Martínez Tello I. Versión española del cuestionario DASH. Adaptación transcultural, fiabilidad, validez y sensibilidad a los cambios. Med Clínica. 2006 Sep;127(12):441–7.
120. Barra-López ME. El test de Constant-Murley. Una revisión de sus características. Rehabilitación. 2007 Feb;41(5):228–35.
121. Andrade Ortega JA, Delgado Martínez DA, Almécija Ruiz R. Validación de una versión española del Índice de Discapacidad Cervical. Med Clínica. 2008 Jan;130(3):85–9.
122. Young IA, Cleland JA, Michener LA, Brown C. Reliability, construct validity, and responsiveness of the neck disability index, patient-specific functional scale, and numeric

- pain rating scale in patients with cervical radiculopathy. *Am J Phys Med Rehabil.* 2010 Oct;89(10):831–9.
123. Andrade Ortega JA, Delgado Martínez AD, Almécija Ruiz R. Validation of the Spanish version of the Neck Disability Index. *Spine.* 2010 Feb 15;35(4):E114-118.
124. Hurst H, Bolton J. Assessing the clinical significance of change scores recorded on subjective outcome measures. *J Manipulative Physiol Ther.* 2004 Jan;27(1):26–35.
125. Medina-Mirapeix F, Del Baño-Aledo ME, Martínez-Payá JJ, Lillo-Navarro MC, Escolar-Reina P. Development and validity of the questionnaire of patients' experiences in postacute outpatient physical therapy settings. *Phys Ther.* 2015 May;95(5):767–77.
126. Mathias S, Nayak US, Isaacs B. Balance in elderly patients: the “get-up and go” test. *Arch Phys Med Rehabil.* 1986 Jun;67(6):387–9.
127. Podsiadlo D, Richardson S. The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc.* 1991 Feb;39(2):142–8.
128. Csuka M, McCarty DJ. Simple method for measurement of lower extremity muscle strength. *Am J Med.* 1985 Jan;78(1):77–81.
129. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, Glynn RJ, Berkman LF, Blazer DG, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol.* 1994 Mar;49(2):M85-94.
130. Bohannon RW. Reference values for the five-repetition sit-to-stand test: a descriptive meta-analysis of data from elders. *Percept Mot Skills.* 2006 Aug;103(1):215–22.
131. McDowell, I. *Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires* (3rd. ed.). New York: Oxford Uni. Press; 2006.
132. Norkin CC, White DJ. *Measurement of Joint Motion: A Guide to Goniometry.* F.A. Davis; 2009. 467 p.
133. Bankes MJ, Crossman JE, Emery RJ. A standard method of shoulder strength measurement for the Constant score with a spring balance. *J Shoulder Elbow Surg.* 1998 Apr;7(2):116–21.
134. Curb JD, Ceria-Ulep CD, Rodriguez BL, Grove J, Guralnik J, Willcox BJ, et al. Performance-based measures of physical function for high-function populations. *J Am Geriatr Soc.* 2006 May;54(5):737–42.
135. Macrae, IF, Wright,V. Measurement of back movement. *Ann Rheum Dis.* 1969 Nov;28(6):584–9.
136. Índice de masa corporal: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [cited 2016 Jun 22]. Available from: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007196.htm>
137. Tenías JM, Fraga MD. Medidas de efecto en epidemiología. *Quad Salut Pública Adm Serv Salut Valencia Esc Valencia D'Estudis Salut.* 2014;

138. Tenías Burillo, JM., Arranz Lázaro, M. Redacción y publicación de manuscritos en ciencias de la salud. *Quad Salut Pública Adm Serv Salut Valencia Esc Valencia D'Estudis Salut*. 2016;28.
139. González MEA, Brea JAF. Relación Entre La Calidad De Servicio Y La Satisfacción Del Consumidor. Su Evaluación En El Ámbito Del Turismo Termal [Internet]. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*. 2006 [cited 2017 Apr 5]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=274120878011>
140. Medina-Mirapeix F, Jimeno-Serrano FJ, Del Baño-Aledo ME, Escolar-Reina P, Montilla-Herrador J, Lomas-Vega R, et al. Outpatients' perceptions of their experiences in musculoskeletal rehabilitation care. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2012 Sep;48(3):475–82.
141. Medina-Mirapeix F, Del Baño-Aledo ME, Oliveira-Sousa SL, Escolar-Reina P, Collins SM. How the rehabilitation environment influences patient perception of service quality: a qualitative study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2013 Jun;94(6):1112–7.
142. Medina-Mirapeix F, Jimeno-Serrano FJ, Escolar-Reina P, Del Baño-Aledo ME. Is patient satisfaction and perceived service quality with musculoskeletal rehabilitation determined by patient experiences? *Clin Rehabil*. 2013 Jun;27(6):555–64.
143. Jimeno Serrano FJ. Experiencias de los pacientes de fisioterapia y su relación con las características de éstos y la evaluación de la asistencia. [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 25]. Available from: <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/36166>
144. Baño-Aledo MED, Medina-Mirapeix F, Escolar-Reina P, Montilla-Herrador J, Collins SM. Relevant patient perceptions and experiences for evaluating quality of interaction with physiotherapists during outpatient rehabilitation: a qualitative study. *Physiotherapy*. 2014 Mar 1;100(1):73–9.
145. Osuna-Pérez M-C. Información terapéutica, satisfacción y confianza en fisioterapia: instrumentos de medida y estudio correlacional en centros de fisioterapia de Andalucía Oriental [Internet]. Jaén : Universidad de Jaén; 2012 [cited 2017 Mar 30]. Available from: <http://ruja.ujaen.es/handle/10953/387>
146. Lorca Moreno MC. Grado de satisfacción de los usuarios de fisioterapia en centros públicos y privados de la Comunidad de Madrid [Internet] [info:eu-repo/semantics/doctoralThesis]. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2014 [cited 2016 May 29]. Available from: <http://eprints.ucm.es/24525/>
147. Hush JM, Yung V, Mackey M, Adams R, Wand BM, Nelson R, et al. Patient satisfaction with musculoskeletal physiotherapy care in Australia: an international comparison. *J Man Manip Ther*. 2012 Nov;20(4):201–8.
148. Hush JM, Lee H, Yung V, Adams R, Mackey M, Wand BM, et al. Intercultural comparison of patient satisfaction with physiotherapy care in Australia and Korea: an exploratory factor analysis. *J Man Manip Ther*. 2013 May;21(2):103–12.
149. Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21 [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones. Madrid; 2007. Available from: Catálogo general de publicaciones oficiales <http://www.060.es>

150. Escolar-Reina P, Medina-Mirapeix F, Gascón-Cánovas JJ, Montilla-Herrador J, Jimeno-Serrano FJ, de Oliveira Sousa SL, et al. How do care-provider and home exercise program characteristics affect patient adherence in chronic neck and back pain: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2010 Mar 10;10:60.
151. Hush JM, Cameron K, Mackey M. Patient Satisfaction With Musculoskeletal Physical Therapy Care: A Systematic Review. *Phys Ther.* 2011 Jan 1;91(1):25–36.
152. McMurray J, McNeil H, Lafortune C, Black S, Prorok J, Stolee P. Measuring Patients' Experience of Rehabilitation Services Across the Care Continuum. Part I: A Systematic Review of the Literature. *Arch Phys Med Rehabil.* 2016 Jan;97(1):104–20.
153. Layzell M. Back pain management: a patient satisfaction study of services. *Br J Nurs Mark Allen Publ.* 2001 Jul 28;10(12):800–7.
154. Butler RJ, Johnson WG. Satisfaction with low back pain care. *Spine J Off J North Am Spine Soc.* 2008 Jun;8(3):510–21.
155. Theiler R, Spielberger J, Bischoff HA, Bellamy N, Huber J, Kroesen S. Clinical evaluation of the WOMAC 3.0 OA Index in numeric rating scale format using a computerized touch screen version. *Osteoarthritis Cartilage.* 2002 Jun;10(6):479–81.
156. Bellamy N, Campbell J, Hill J, Band P. A comparative study of telephone versus onsite completion of the WOMAC 3.0 osteoarthritis index. *J Rheumatol.* 2002 Apr;29(4):783–6.
157. Dawson J, Carr A. Outcomes evaluation in orthopaedics. *J Bone Joint Surg Br.* 2001 Apr;83(3):313–5.
158. The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Score - QuickDASH - Orthopaedic Scores [Internet]. [cited 2017 Jan 10]. Available from: http://www.orthopaedicscore.com/scorepages/disabilities_of_arm_shoulder_hand_score_quickdash.html
159. Castellet E, Vidal N, Conesa X. Escalas de valoración en cirugía ortopédica y traumatología. *Fundación Mapfre Trauma* [Internet]. 2010;1(21). Available from: http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v21s1/pag02_04_con.html
160. Constant CR, Murley AH. A clinical method of functional assessment of the shoulder. *Clin Orthop.* 1987 Jan;(214):160–4.
161. Alcántara-Bumbiedro S, Flórez-García MT, Echávarri-Pérez C, García-Pérez F. Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. *Rehabilitación.* 2006;40(3):150–8.
162. Millor N, Lecumberri P, Gómez M, Martínez-Ramírez A, Izquierdo M. An evaluation of the 30-s chair stand test in older adults: frailty detection based on kinematic parameters from a single inertial unit. *J NeuroEngineering Rehabil.* 2013 Aug 1;10:86.
163. Segura-Ortí E, Kouidi E, Lisón JF. Effect of resistance exercise during hemodialysis on physical function and quality of life: randomized controlled trial. *Clin Nephrol.* 2009 May;71(5):527–37.
164. Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Guilab M. Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud. *Gac Sanit.* 2010 May;24(3):247–50.

165. Hills R, Kitchen S. Development of a model of patient satisfaction with physiotherapy. *PhysiotherTheory Pract.* 2007 Jan;23(5):225–71.
166. Salinas Palacios V. Adherencia de los pacientes en fase post-aguda a consejos de fisioterapia: magnitud y factores asociados [Internet]. Digitum: Universidad de Murcia. 2013 [cited 2016 Apr 26]. Available from: <http://www.tdr.cesca.es/handle/10803/128868>
167. Bath B, Janzen B. Patient and referring health care provider satisfaction with a physiotherapy spinal triage assessment service. *J Multidiscip Healthc.* 2012;5:1–15.
168. Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Q.* 2001;79(4):613–639, v.
169. Mesa Ruiz AM, López Liria R, Garrido Fernández P, Rocamora Pérez P, Fernández Sánchez M, Pérez de la Cruz S. Presión asistencial y demora en las salas de fisioterapia de atención primaria en Andalucía. *Fisioterapia.* :103–10.
170. Valle-Roy M, Rubio-Domínguez J. Actividad asistencial y factores diferenciadores de las Unidades de Fisioterapia de un Área Sanitaria. *Fisioterapia.* :15–20.
171. Lam ETC, Zhang JJ, Jensen BE. Service Quality Assessment Scale (SQAS): An Instrument for Evaluating Service Quality of Health-Fitness Clubs. *Meas Phys Educ Exerc Sci.* 2005 Jun;9(2):79–111.
172. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q.* 2005 Dec;83(4):691–729.
173. Beattie PF, Pinto MB, Nelson MK, Nelson R. Patient Satisfaction With Outpatient Physical Therapy: Instrument Validation. *Phys Ther.* 2002 Jun 1;82(6):557–65.
174. Beattie P, Dowda M, Turner C, Michener L, Nelson R. Longitudinal Continuity of Care Is Associated With High Patient Satisfaction With Physical Therapy. *Phys Ther.* 2005 Oct 1;85(10):1046–52.

ANEXOS

VII. ANEXOS

Anexo 1. Revisión bibliográfica: Historial

Recent queries

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#37	Add	Search "Musculoskeletal Manipulations"[Mesh] OR "Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR "Exercise Therapy"[Mesh]	121746	08:46:23
#35	Add	Search "Exercise Movement Techniques"[Mesh]	6010	08:45:44
#33	Add	Search EXERCISE MOVEMENT TECHNIQUES	6551	08:45:32
#32	Add	Search "Musculoskeletal Manipulations"[Mesh]	13761	08:45:14
#30	Add	Search "Exercise Therapy"[Mesh]	35526	08:44:41
#28	Add	Search "Physical Therapy Modalities"[Mesh]	121145	08:44:16
#26	Add	Search "Rehabilitation"[Mesh] OR "rehabilitation" [Subheading] OR "Physical and Rehabilitation Medicine"[Mesh]	300200	08:42:07
#24	Add	Search musculoskeletal degenerative diseases	557	08:41:03
#23	Add	Search MUSCULOSKELETAL DEGENERATIVE DISEASE	388	08:40:56
#22	Add	Search "Arthroplasty, Replacement"[Mesh]	37617	08:40:38
#20	Add	Search Arthroplasty, Replacement, HIP	22566	08:40:16
#19	Add	Search "Arthroplasty, Replacement, Knee"[Mesh]	15497	08:40:01
#17	Add	Search rheumatic disease	211462	08:39:18
#16	Add	Search "Muscular Diseases"[Mesh]	145571	08:39:08
#14	Add	Search "Joint Diseases"[Mesh]	295758	08:38:47
#12	Add	Search "Cartilage Diseases"[Mesh]	11650	08:38:29
#10	Add	Search "Bone Diseases"[Mesh]	435358	08:38:02
#8	Add	Search "Musculoskeletal Diseases"[Mesh]	908575	08:37:35

Recent queries

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#3	Add	Search "Low Back Pain"[Mesh] OR "Back Pain"[Mesh]	31657	08:33:10
#76	Add	Search (#75 AND #73)	68	09:03:50
#75	Add	Search (#60 OR #74 OR #62)	59528	09:03:28
#60	Add	Search patient satisfaction questionnaire	33343	09:02:58
#74	Add	Search satisfaction questionnaire	51326	09:02:35
#62	Add	Search patient satisfaction scale	13227	09:02:13
#73	Add	Search (#64 AND #40) Filters: Guideline; Meta-Analysis; Systematic Reviews; Validation Studies; published in the last 5 years; Humans; Spanish; English	2009	09:01:41
#72	Add	Search (#64 AND #40) Filters: Guideline; Meta-Analysis; Systematic Reviews; Validation Studies; Humans; Spanish; English	4696	09:01:27
#71	Add	Search (#64 AND #40) Filters: Guideline; Meta-Analysis; Systematic Reviews; Humans; Spanish; English	3363	09:01:21
#70	Add	Search (#64 AND #40) Filters: Guideline; Meta-Analysis; Humans; Spanish; English	1095	09:01:18
#69	Add	Search (#64 AND #40) Filters: Guideline; Humans; Spanish; English	66	09:01:15
#68	Add	Search (#64 AND #40) Filters: Humans; Spanish; English	62829	09:01:08
#67	Add	Search (#64 AND #40) Filters: Spanish; English	63608	09:00:59
#66	Add	Search (#64 AND #40) Filters: Spanish	375	09:00:49
#65	Add	Search (#64 AND #40)	69694	09:00:32
#64	Add	Search (#62 OR #61 OR #60 OR #59 OR #57 OR #56 OR #54)	5494103	08:59:20
#63	Add	Search (#62 AND #61 AND #60 AND #59 AND #57 AND #56 AND #54)	72	08:58:38
#61	Add	Search patient satisfaction survey	32329	08:57:50
#59	Add	Search "Patient Satisfaction"[Mesh]	68552	08:57:27

#57 Add Search patient satisfaction	98475 08:57:09
#56 Add Search "Quality Indicators, Health Care"[Mesh]	15234 08:56:51
#54 Add Search "Quality of Health Care"[Mesh]	5479747 08:56:09
#40 Add Search (#39 AND #38)	119421 08:54:38
#52 Add Search Filters: Systematic Reviews; Validation Studies; published in the last 10 years; Humans; English; Spanish; Aged: 65+ years; 80 and over: 80+ years	28667 08:54:18
#51 Add Search Filters: Meta-Analysis; Systematic Reviews; Validation Studies; published in the last 10 years; Humans; English; Spanish; Aged: 65+ years; 80 and over: 80+ years	28701 08:54:15
#50 Add Search (#39 AND #38) Filters: Guideline; Meta-Analysis; Systematic Reviews; Validation Studies; published in the last 10 years; Humans; English; Spanish; Aged: 65+ years; 80 and over: 80+ years	1053 08:53:53
#49 Add Search (#39 AND #38) Filters: Guideline; Meta-Analysis; Systematic Reviews; published in the last 10 years; Humans; English; Spanish; Aged: 65+ years; 80 and over: 80+ years	551 08:53:49
#48 Add Search (#39 AND #38) Filters: Guideline; Meta-Analysis; published in the last 10 years; Humans; English; Spanish; Aged: 65+ years; 80 and over: 80+ years	157 08:53:46
#47 Add Search (#39 AND #38) Filters: Guideline; published in the last 10 years; Humans; English; Spanish; Aged: 65+ years; 80 and over: 80+ years	10 08:53:20
#46 Add Search (#39 AND #38) Filters: published in the last 10 years; Humans; English; Spanish; Aged: 65+ years; 80 and over: 80+ years	18438 08:52:33
#45 Add Search (#39 AND #38) Filters: published in the last 10 years; Humans; English; Spanish; Aged: 65+ years	18438 08:52:27
#44 Add Search (#39 AND #38) Filters: published in the last 10 years; Humans; English; Spanish	48932 08:51:50
#43 Add Search (#39 AND #38) Filters: Humans; English; Spanish	97490 08:51:23
#42 Add Search (#39 AND #38) Filters: Humans; English	96813 08:51:04
#41 Add Search (#39 AND #38) Filters: Humans	115363 08:50:48

#39 Add Search (#26 or #28 or #30 or #32 or #33 or #35 or #37)	370239 08:49:57
#38 Add Search (#3 or #8 or #14 or #16 or #17 or 10 or 12 or #19 or #20 or #22 or #23 or #24)	6271062 08:48:59
#37 Add Search "Musculoskeletal Manipulations"[Mesh] OR "Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR "Exercise Therapy"[Mesh]	121746 08:46:23
#35 Add Search "Exercise Movement Techniques"[Mesh]	6010 08:45:44
#33 Add Search EXERCISE MOVEMENT TECHNIQUES	6551 08:45:32
#32 Add Search "Musculoskeletal Manipulations"[Mesh]	13761 08:45:14
#30 Add Search "Exercise Therapy"[Mesh]	35526 08:44:41
#28 Add Search "Physical Therapy Modalities"[Mesh]	121145 08:44:16
#26 Add Search "Rehabilitation"[Mesh] OR "rehabilitation" [Subheading] OR "Physical and Rehabilitation Medicine"[Mesh]	300200 08:42:07
#24 Add Search musculoskeletal degenerative diseases	557 08:41:03
#23 Add Search MUSCULOSKELETAL DEGENERATIVE DISEASE	388 08:40:56
#22 Add Search "Arthroplasty, Replacement"[Mesh]	37617 08:40:38
#20 Add Search Arthroplasty, Replacement, HIP	22566 08:40:16
#19 Add Search "Arthroplasty, Replacement, Knee"[Mesh]	15497 08:40:01
#17 Add Search rheumatic disease	211462 08:39:18
#16 Add Search "Muscular Diseases"[Mesh]	145571 08:39:08
#14 Add Search "Joint Diseases"[Mesh]	295758 08:38:47
#12 Add Search "Cartilage Diseases"[Mesh]	11650 08:38:29
#10 Add Search "Bone Diseases"[Mesh]	435358 08:38:02
#8 Add Search "Musculoskeletal Diseases"[Mesh]	908575 08:37:35
#3 Add Search "Low Back Pain"[Mesh] OR "Back Pain"[Mesh]	31657 08:33:10

Tabla: cuestionarios para valorar la satisfacción o la calidad percibida por los usuarios en el área de fisioterapia

Cuestionario	Autor y año	País	Ámbito	Especialidad	Nº ítems	Satisfacción/ Calidad percibida	Observaciones
SERVICUAL	Parasuraman et al. en 1988 (1)	Estados Unidos	Empresa		22	Calidad percibida	Curry y Sinclair ponen a prueba su utilidad en 2002, en el contexto del sector sanitario (2)
PTOPS	Roush y Sonstroem en 1999 (3)	Estados Unidos	Atención Primaria	Músculo-esqueléticas		Satisfacción	Monnin y Perneger lo utilizaron en Suiza para pacientes de fisioterapia en el ámbito hospitalario y ambulatorio (4), Casserley et al. hicieron lo mismo en Irlanda pero en pacientes de fisioterapia del ámbito privado (5). Posteriormente Vanti et al. lo utilizaron en la población italiana (6).
MedRisk	Beattie et al. en 2005 (7)	Estados Unidos	Atención Primaria		10	Satisfacción	Existe una versión validada al español en 2007 (8)
MISS-21	Grosset y Grosset en 2005 (9)		Hospitalario	Neurológico	21	Satisfacción	
CCRQ	Cott et al. en 2006 (10)	Canadá	Hospitalario	Ingresado	33		Existe una versión breve validada con 15 ítems (CCRQ-15). Realizada por Köner et al. en 2016 en Alemania (11)
CRPF	Fernández et al. en 2007 (12)	Australia	Atención Primaria	Cardio respiratorio	17	Calidad percibida	
The National Adult Inpatient Survey	Hills y Kitchen en 2007 (13)	Reino Unido		Músculo-esqueléticas	38	Satisfacción	
QUOTE	Var der Linde et al. en 2007 (14)	Países Bajos	Atención Primaria	Amputados	11	Calidad percibida	
PPTO/PSQ	Van Duijn et al. en 2008 (15)	Estados Unidos			20 6	Calidad percibida Satisfacción	
Perceived Quality Questionnaire In Primary Physical Therapy Care	Meseguer et al. en 2008 (16)	España	Atención Primaria	Cervicalgia	24	Calidad percibida	
P.A.INT	Dibbelt et al. en 2009(17)	Alemán				Calidad percibida	
PEQ	Grotle et al. en 2009 (18)	Noruego		Reuma	15	Calidad percibida	
"sin nombre"	Elwood et al. en 2010 (19)	Estados Unidos	Hospitalario	Ingresado	20	Satisfacción	Se aplica en dos momentos: antes y después del ingreso
POPS	French et al. en 2010 (20)	Irlanda		Artrosis de rodilla	38	Satisfacción	
SAPHORA	Delanian et al. en 2011 (21)	Francia	Hospital de día		27	Satisfacción	
NREQ	Kneebone et al. en 2012 (22)	Reino Unido		Neurológico	16	Calidad percibida	
OPEQ	Normann et al. en 2012 (23)	Noruega	Atención Primaria	Esclerosis múltiple	24	Satisfacción	
SAT-16	Ottonrillo et al. en 2013 (24)	Italia	Hospitalario	Ingresado	16	Satisfacción	
ZUF-8	Quaschnig et al. en 2013 (25)	Alemania			8	Satisfacción	Probado en 11 clínicas de rehabilitación, aunque en origen no fue diseñado para este contexto.
CAPERFIS	Del Baño, E en 2011 (26)	España	Hospitalario	Músculo-esqueléticas	21	Calidad percibida	
CATENFIS	Salinas, V en 2013 (27)	España	Hospitalario	Músculo-esqueléticas	18	Calidad percibida	Se trata del mismo cuestionario que el CAPERFIS, con el cambio de 3 preguntas sobre confianza por la inclusión de 4 preguntas sobre adherencia.
PEPAP-Q	Medina Mirapeix et al. en 2015 (28)	España	Hospitalario	Músculo-esqueléticas	23	Calidad percibida	Cuestionario validado

PTOPS: Physical Therapy Outpatient Satisfaction Survey; MISS_21: Medical Interview Satisfaction Scale; CCRQ: Client-Centered Rehabilitation Questionnaire; CRPF: Revised Cardiac Rehabilitation Preference Form; QUOTE: Quality of Care Thought the Patient's Eyes; PQPT: Perceived Quality Questionnaire In Primary Physical Therapy Care POPS: Physiotherapy Outpatient Survey; NREQ: Neurorehabilitation Experience Questionnaire; OPEQ: Outpatient Experiences Questionnaire; CAPERFIS: Calidad Percibida en Fisioterapia; CATENFIS: Cuestionario Atención Fisioterapia; PEPAP-Q: Questionnaire of Patients' Experiences in Postacute Outpatient Physical Therapy.

Anexo 2: Informe favorable del Comité de Ética de la Investigación-Comisión de Investigación del Departamento de Salud de La Ribera.



INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN- COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

Dr. José Marcelo Galbis Caravajal, Presidente del Comité de Ética de la Investigación-Comisión de Investigación del Departamento de Salud de La Ribera de la Comunidad Valenciana, Hospital Universitario de La Ribera de Alzira.

CERTIFICA

Que esta Comisión ha evaluado la propuesta del investigador responsable local Dra. M^a José Llacer Bosch para que se realice el proyecto de investigación titulado: **"Calidad percibida por el usuario con patología en el sistema músculo-esquelético, de la atención recibida en la unidad de fisioterapia"**

Y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del Proyecto de Investigación en relación con los objetivos.

La capacidad de los investigadores.

La adecuación del proyecto a los medios existentes en este Centro.

La adecuada elaboración y presentación de la Memoria.

La conveniencia e interés de los resultados para el Departamento de Salud y el Sistema Nacional de Salud.

Y que esta Comisión acepta que dicho proyecto sea realizado en el Departamento de Salud de La Ribera/ Hospital Universitario de La Ribera por Dra. M^a José Llacer Bosch como investigadora.

Lo que firmo en Alzira, 7 de julio de 2016


Dr. José Marcelo Galbis Caravajal
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN (CEI-CI)

Fdo.: Dr. José Marcelo Galbis Caravajal

Anexo 3: Documento de información al paciente

Nos ponemos en contacto con usted para solicitar su participación en el estudio **CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO CON PATOLOGÍA EN EL SISTEMA MUCULOSQUELÉTICO, DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA** que será dirigido por el Dr. D. JOSÉ MARÍA TENÍAS BURILLO, Dr. D. JOSÉ CASAÑA GRANELL Y Dr. D. FELIPE QUEROL FUENTES y realizada por D^a M^a JOSÉ LLÁCER BOSCH

El objetivo principal de la investigación es valorar LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO

Su participación en esta investigación es voluntaria y se fundamenta en responder a una encuesta escrita, que se le pasará, entre la 10-15 sesiones pudiendo rechazar responder a alguna de las preguntas o a su totalidad en cualquier momento de la entrevista. La encuesta tendrá una duración inferior a 15 minutos. También se le realizará una exploración física y funcional, anamnesis, y se le preguntará sobre:

-Calidad percibida y satisfacción de la unidad de fisioterapia.

También se le realizará una exploración física y funcional al inicio y al final del tratamiento de fisioterapia que tendrá una duración estimada de 20-30 minutos.

El presente estudio se realizará de acuerdo con los principios básicos para toda investigación médica, declaración de Helsinki, respetando los principios legales aplicables sobre protección de datos personales, así como los referentes a los derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria.

Anexo 4: Consentimiento informado

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Proyecto de Investigación: "Calidad percibida por el usuario con patología en el sistema musculoesquelético, de la atención recibida en la unidad de fisioterapia."

Descripción

Este documento tiene como objetivo pedirle su consentimiento para ser incluido en un proyecto de investigación donde se va a pasar un cuestionario de calidad percibida.

Para la realización de este proyecto de investigación es necesario también obtener datos de su historia clínica, así como proporcionarle unas series de escalas y cuestionarios para conocer su estado físico y su calidad de vida.

El propósito de este estudio es analizar la satisfacción y calidad percibida por parte del usuario de su unidad de fisioterapia donde ha realizado el tratamiento y del protocolo fisioterapéutico recibido a través de un cuestionario.

Este proyecto lo realiza D^a. M^a José Llácer Bosch, fisioterapeuta del Centro de Salud de Benifaió y Profesora Asociada (PDI) de Facultad de Fisioterapia de la Universitat de Valencia.

Riesgos- Beneficios

No existe ningún riesgo asociado a este estudio.

Los resultados del estudio nos servirán para estimar la calidad de vida percibida relacionada con la atención fisioterapéutica en los pacientes con patología musculo-esquelética.

Derechos y obligaciones:

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria, y es libre de retirarse del estudio en cualquier momento si así lo cree conveniente, sin tener que especificar los motivos, y sin que su decisión perjudique en un futuro la atención que merece.

Confidencialidad

Se mantendrá una estricta confidencialidad con respecto a su participación al completar este cuestionario.

Acepto participar en el estudio: "Calidad percibida por el usuario con patología crónica degenerativa en el sistema musculoesquelético, de la unidad de fisioterapia, en el Departamento La Ribera"

Comprendo en qué consiste el estudio y se me ha dado la posibilidad de aclarar todas mis dudas.

Nombre del participante

Firma

Fecha

He explicado el contenido de esta Hoja de Consentimiento con el arriba firmante. Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio.

M^a José Llácer Bosch

Nombre del investigador

Firma

Fecha

Anexo 5: Protocolo estándar del tratamiento de las diferentes patologías del estudio

Los protocolos que presentamos a continuación, son modalidades terapéuticas que prescribe el médico rehabilitador junto con el número de sesiones también pautado.

Se trata de un tratamiento con insuficiente evidencia, pero habitual en la práctica clínica de los fisioterapeutas en las unidades de fisioterapia de Atención Primaria.

En miembro superior:

1. Protocolo para el hombro (patología traumática, quirúrgica e inflamatoria): Crioterapia pre y post, ultrasonidos o iontoforesis, TENS, terapia manual, cinesiterapia, mecanoterapia y enseñanza de pauta para domicilio.
2. Protocolo para la mano (patología traumática, quirúrgica e inflamatoria): parafina, terapia manual, cinesiterapia, mecanoterapia, crioterapia y enseñanza de pauta para domicilio.

En miembro inferior:

1. Protocolo para la cadera (artrosis de cadera y prótesis de cadera): cinesiterapia, mecanoterapia, crioterapia y enseñanza de pauta para domicilio.
2. Protocolo para la rodilla (artrosis de rodilla y prótesis de rodilla): cinesiterapia, mecanoterapia, crioterapia y enseñanza de pauta para domicilio. Se añade terapia manual si acude por prótesis de rodilla.

En raquis:

1. Protocolo para lumbalgia (lumbalgia crónica, subaguda, raquialgia): termoterapia, corrientes analgésicas y escuela de espalda (protocolo de estiramientos lumbares y postura de relajación)
2. Protocolo para cervicalgias (cervicalgia crónica, subaguda o raquialgia): termoterapia, ultrasonidos o corrientes analgésicas, tracción continua y escuela de espalda.

Anexo 6. Cuaderno de recogida de datos para la primera valoración en función de la localización de la patología

CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO CON PATOLOGÍA EN EL SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO, DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS EN LAS PATOLOGIAS LOCALIZADAS EN ARTICULACION GLENOHUMERAL

1.1

Investigador: _____ Fisioterapeuta _____

Centro: _____

N.º Paciente: _____

CRITERIOS DE INCLUSIÓN		
	Sí	No
Paciente mayor de 18 años		
Síndrome subacromial por causa degenerativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotura manguito rotador por causa degenerativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIR: reparación manguito rotador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIR: manguito rotador y acromioplastia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractura tercio proximal de húmero: tratamiento conservador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractura tercio proximal de humero: tratamiento quirúrgico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN		
	Sí	No
Menor de 18 años		
Negativa a participar en el estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía previa en el brazo afecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente con deterioro cognitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente psicológicamente dependiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente que no hable o comprenda el idioma español	<input type="checkbox"/>	
Pacientes que no completen el tratamiento de fisioterapia	<input type="checkbox"/>	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sí No

Datos demográficos	
Fecha de nacimiento	/ /
Sexo	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Estudios	Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Superiores <input type="checkbox"/>
Situación laboral:	Jubilado <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> De baja <input type="checkbox"/> En paro <input type="checkbox"/>
Tipo de trabajo:	<input type="checkbox"/> Implica actividad de miembros superiores <input type="checkbox"/> No implica actividad de miembros superiores o trabajo sedentario

Antropometría	
Peso (Kg)	Talla (cm)
IMC	

Episodio actual	
Miembro afectado	Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/>
Miembro dominante	Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/>
Tiempo de evolución:	

Enfermedades:	
Intervenciones quirúrgicas:	
Tratamientos fisioterapia anteriores a este proceso:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Habito sedentario	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Actividad física casi todos los días <input type="checkbox"/> Actividad física 3 veces/sem <input type="checkbox"/> Actividad física 2 veces/sem <input type="checkbox"/> Actividad física 1 veces/sem
Tabaquismo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Cuestionarios de salud PRIMERA VALORACIÓN	
Cuestionario / Dimensión	Resultado
Escala EVA	
Escala DASH	
Constant Murley	

EVA: primera valoración

Escala visual-analógica graduada numéricamente para la valoración de la intensidad del dolor.

No dolor-----Insoponible
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ESCALA DASH: primera valoración

Por favor, puntúe su habilidad o capacidad para realizar las siguientes actividades durante la última semana. Para ello marque con un círculo el número apropiado para cada respuesta

	<i>ninguna dificultad</i>	<i>dificultad leve</i>	<i>dificultad moderada</i>	<i>mucha dificultad</i>	<i>imposible de realizar</i>
1.Abrir un bote de cristal nuevo	1	2	3	4	5
2.Escribir	1	2	3	4	5
3.Preparar la comida	1	2	3	4	5
4.Girar la llave para abrir la puerta o encender el coche	1	2	3	4	5
5.Empujar y abrir una puerta pesada	1	2	3	4	5
6.Colocar un objeto en estanterías situadas por encima de su cabeza	1	2	3	4	5
7.Realizar tareas duras de la casa como fregar el piso, limpiar paredes y cristales, etc.	1	2	3	4	5

	<i>ninguna dificultad</i>	<i>dificultad leve</i>	<i>dificultad moderada</i>	<i>mucha dificultad</i>	<i>imposible de realizar</i>
8.Arreglar el jardín o realizar trabajos en el campo	1	2	3	4	5
9.Hacer las camas	1	2	3	4	5
10.Cargar una bolsa del supermercado o llevar un maletín	1	2	3	4	5
11.Cargar un objeto pesado (más de 5 kilos)	1	2	3	4	5
12.Cambiar una bombilla del techo	1	2	3	4	5
13.Lavarse y secarse el pelo	1	2	3	4	5
14.Lavarse la espalda	1	2	3	4	5
15.Ponerse un jersey o un suéter	1	2	3	4	5
16. Usar un cuchillo para cortar la comida	1	2	3	4	5
17. Actividades de entretenimiento que requieren poco esfuerzo como hacer punto, coser, jugar a las cartas o al dominó	1	2	3	4	5
18.Actividades que requieren algo de esfuerzo para su brazo, hombro o mano, como usar un martillo, jugar al golf, al tenis o a la petanca	1	2	3	4	5
19.Actividades que requieren que su brazo se mueva libremente como nadar	1	2	3	4	5
20.Conducir	1	2	3	4	5
21.Actividad sexual	1	2	3	4	5
22. ¿Durante la última semana, sus problemas de hombro, brazo o mano han interferido con su actividad social habitual con la familia, sus amigos o compañeros de trabajo?	1	2	3	4	5

	<i>ninguna dificultad</i>	<i>dificultad leve</i>	<i>dificultad moderada</i>	<i>mucha dificultad</i>	<i>imposible de realizar</i>
23. ¿Durante la última semana ha tenido usted dificultad para realizar su trabajo y otras actividades diarias debido a problemas en su hombro, brazo o mano?	1	2	3	4	5

Por favor ponga puntuación a la gravedad o severidad de los siguientes síntomas

	<i>Ninguno</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Grave</i>	<i>Muy grave</i>
24. Dolor en el hombro, brazo o mano	1	2	3	4	5
25. Dolor en el hombro, brazo o mano cuando realiza cualquier actividad específica	1	2	3	4	5
26. Sensación de calambres, hormigueos o de electricidad en el hombro, brazo o mano	1	2	3	4	5
27. Debilidad o falta de fuerza en el hombro, brazo y mano	1	2	3	4	5
28. Rigidez o falta de movilidad en el hombro, brazo y mano	1	2	3	4	5
29. ¿Durante la última semana ha tenido dificultad para dormir debido a dolor en el hombro, brazo o mano?	1	2	3	4	5

	<i>Completamente falso</i>	<i>Falso</i>	<i>No lo sé</i>	<i>Cierto</i>	<i>Completamente cierto</i>
30. Me siento con menos capacidad, confianza y útil debido a mi problema con el hombro, brazo o mano	1	2	3	4	5

DOLOR (15 puntos)

Ninguno	15	
Ligero	10	
Medio	5	
Intenso	0	

MOVILIDAD CORRIENTE (20 puntos)

Trabajo pleno rendimiento	4	
Deporte sin limitación	4	
Sueño normal	2	
Amplitud de movimiento indoloro		
Hasta talle	2	
Hasta apófisis xifoides	4	
Hasta cuello	6	
A tocar la cabeza	8	
Por encima de la cabeza	10	

MOVILIDAD ACTIVA (40 puntos)

Abducción		
0° a 30°	0	
30° a 60°	2	
60° a 90°	4	
90° a 120°	6	
120° a 150°	8	
150° a 180°	10	
Flexión		
0° a 30°	0	
30° a 60°	2	
60° a 90°	4	
90° a 120°	6	
120° a 150°	8	
150° a 180°	10	
Rotación externa		
Mano detrás de la cabeza con codo adelantado	2	
Mano detrás de la cabeza con codo retrasado	2	
Mano sobre la cabeza con codo adelantado	2	
Mano sobre la cabeza con codo retrasado	2	
Mano por encima de la cabeza	2	
Rotación interna (Mano homolateral tocando con su cara dorsal)		
Muslo	0	
Gluteo	2	
Región lumbosacra	4	
Talle	6	
Última vértebra torácica.	8	
Séptima vértebra torácica	10	

POTENCIA (25 puntos)

2,27 puntos por Kg. de peso elevado y con un máximo de 11 kg.		
---	--	--

RESULTADO GLOBALES

EXCELENTES	80 puntos o más	
BUENOS	65-79 puntos	
MEDIOS	50-64 puntos	
MALOS	Menos de 50 puntos	

- ❖ El balance articular se realiza con el paciente sentado. La flexión y la abducción se mide con goniómetro

CUESTIONARIO PRIMERA CONSULTA FISIOTERAPIA

Lista de espera

1.1 ¿Cuánto tiempo realmente pasó desde que entregó el volante/cita para ir al fisioterapeuta hasta que este le vio por primera vez?			
<input type="checkbox"/> Pasó menos de 15 días	<input type="checkbox"/> Pasó entre 15 y 30 días		
<input type="checkbox"/> Pasó entre 1 mes y 2 meses	<input type="checkbox"/> Pasó más de 2 meses		
1.2 ¿Le ha parecido mucho tiempo de espera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
1.3 ¿Se le informó sobre cuánto tiempo iban a tardar en empezar?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
1.4 Durante el tiempo en lista de espera: ¿Ha necesitado ir a su médico, o a urgencias o a un fisioterapeuta privado?			
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI AL MEDICO CABECERA	<input type="checkbox"/> SI A URGENCIAS	
	<input type="checkbox"/> SI A UN FISIO PRIVADO	<input type="checkbox"/> SI A OTROS _____	

Información

2.1 En su primera visita al fisioterapeuta ¿Se le ha informado en qué consiste el tratamiento?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.2 ¿Se le ha enseñado ejercicios para hacer en casa y consejos para manejar su dolor?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.3 ¿Seguirá los consejos y realizará los ejercicios en casa?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO CON PATOLOGÍA EN EL SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO, DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS EN LAS PATOLOGIAS LOCALIZADAS EN ARTICULACION RADIO-CARPIANA

1.1

Investigador: _____ Fisioterapeuta _____

Centro: _____

N.º Paciente: _____

CRITERIOS DE INCLUSIÓN		
	Sí	No
Paciente mayor de 18 años		
Síndrome túnel del carpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rizartrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractura tercio distal de radio: tratamiento conservador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractura tercio distal de radio: tratamiento quirúrgico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN		
	Sí	No
Menor de 18 años		
Negativa a participar en el estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente con deterioro cognitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente psicológicamente dependiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente que no hable o comprenda el idioma español	<input type="checkbox"/>	
Pacientes que no completen el tratamiento de fisioterapia	<input type="checkbox"/>	

CONSENTIMIENTO INFORMADO	
	Sí No

Datos demográficos	
Fecha de nacimiento	/ /
Sexo	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Estudios	Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Superiores <input type="checkbox"/>
Situación laboral:	Jubilado <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> De baja <input type="checkbox"/> En paro <input type="checkbox"/>
Tipo de trabajo:	<input type="checkbox"/> Implica actividad de miembros superiores <input type="checkbox"/> No implica actividad de miembros superiores o trabajo sedentario

Antropometría	
Peso (Kg)	Talla (cm)
IMC	

Episodio actual	
Miembro afectado	Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/>
Miembro dominante	Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/>
Tiempo de evolución:	

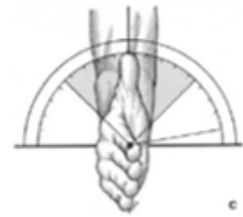
Enfermedades:	
Intervenciones quirúrgicas:	
Tratamientos fisioterapia anteriores a este proceso:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Habito sedentario	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Actividad física casi todos los días <input type="checkbox"/> Actividad física 3 veces/sem <input type="checkbox"/> Actividad física 2 veces/sem <input type="checkbox"/> Actividad física 1 veces/sem
Tabaquismo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>


Cuestionario / Dimensión:	PRIMERA VALORACIÓN	Resultado
Escala EVA: Escala visual-analógica del dolor graduada		
ROM (recorrido articular activo y pasivo)		
Test de fuerza máxima prensión mano (FIM)		
CUESTIONARIO DASH		
CUESTIONARIO PRIMERA CONSULTA FISIOTERAPIA		

EVA: primera valoración

No dolor-----Insoporable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



VALORACIÓN OBJETIVA: primera valoración		MANO DERECHA	MANO IZQUIERDA
Extensión muñeca			
Flexión muñeca			
Supinación			
Pronación			
Inclinación cubital			
Inclinación radial			
Cierre (puño de la mano)			
 Prensión manual	Mano D		
	Mano I		

ESCALA DASH: primera valoración

Por favor, puntúe su habilidad o capacidad para realizar las siguientes actividades durante la última semana. Para ello marque con un círculo el número apropiado para cada respuesta

	<i>ninguna dificultad</i>	<i>dificultad leve</i>	<i>dificultad moderada</i>	<i>mucha dificultad</i>	<i>imposible de realizar</i>
1. Abrir un bote de cristal nuevo	1	2	3	4	5
2. Escribir	1	2	3	4	5
3. Preparar la comida	1	2	3	4	5
4. Girar la llave para abrir la puerta o encender el coche	1	2	3	4	5
5. Empujar y abrir una puerta pesada	1	2	3	4	5
6. Colocar un objeto en estanterías situadas por encima de su cabeza	1	2	3	4	5
7. Realizar tareas duras de la casa como fregar el piso, limpiar paredes y cristales, etc.	1	2	3	4	5
8. Arreglar el jardín o realizar trabajos en el campo	1	2	3	4	5
9. Hacer las camas	1	2	3	4	5
10. Cargar una bolsa del supermercado o llevar un maletín	1	2	3	4	5
11. Cargar un objeto pesado (más de 5 kilos)	1	2	3	4	5
12. Cambiar una bombilla del techo	1	2	3	4	5
13. Lavarse y secarse el pelo	1	2	3	4	5
14. Lavarse la espalda	1	2	3	4	5
15. Ponerse un jersey o un suéter	1	2	3	4	5
16. Usar un cuchillo para cortar la comida	1	2	3	4	5
17. Actividades de entretenimiento que requieren poco esfuerzo como hacer punto, coser, jugar a las cartas o al dominó	1	2	3	4	5

	<i>ninguna dificultad</i>	<i>dificultad leve</i>	<i>dificultad moderada</i>	<i>mucha dificultad</i>	<i>imposible de realizar</i>
18. Actividades que requieren algo de esfuerzo para su brazo, hombro o mano, como usar un martillo, jugar al golf, al tenis o a la petanca	1	2	3	4	5
19. Actividades que requieren que su brazo se mueva libremente como nadar	1	2	3	4	5
20. Conducir	1	2	3	4	5
21. Actividad sexual	1	2	3	4	5
22. ¿Durante la última semana, sus problemas de hombro, brazo o mano han interferido con su actividad social habitual con la familia, sus amigos o compañeros de trabajo?	1	2	3	4	5
23. ¿Durante la última semana ha tenido usted dificultad para realizar su trabajo y otras actividades diarias debido a problemas en su hombro, brazo o mano?	1	2	3	4	5

Por favor ponga puntuación a la gravedad o severidad de los siguientes síntomas

	<i>Ninguno</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Grave</i>	<i>Muy grave</i>
24. Dolor en el hombro, brazo o mano	1	2	3	4	5
25. Dolor en el hombro, brazo o mano cuando realiza cualquier actividad específica	1	2	3	4	5
26. Sensación de calambres, hormigueos o de electricidad en el hombro, brazo o mano	1	2	3	4	5
27. Debilidad o falta de fuerza en el hombro, brazo y mano	1	2	3	4	5

	<i>Ningun o</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Grave</i>	<i>Muy grave</i>
28. Rigidez o falta de movilidad en el hombro, brazo y mano	1	2	3	4	5
29. ¿Durante la última semana ha tenido dificultad para dormir debido a dolor en el hombro, brazo o mano?	1	2	3	4	5

	<i>Completamente falso</i>	<i>Falso</i>	<i>No lo sé</i>	<i>Cierto</i>	<i>Completamente cierto</i>
30. Me siento con menos capacidad, confianza y útil debido a mi problema con el hombro, brazo o mano	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO PRIMERA CONSULTA FISIOTERAPIA

Lista de espera

<p>1.1 ¿Cuánto tiempo realmente pasó desde que entregó el volante/cita para ir al fisioterapeuta hasta que este le vio por primera vez?</p> <p><input type="checkbox"/> Pasó menos de 15 días <input type="checkbox"/> Pasó entre 15 y 30 días</p> <p><input type="checkbox"/> Pasó entre 1 mes y 2 meses <input type="checkbox"/> Pasó más de 2 meses</p>	
<p>1.2 ¿Le ha parecido mucho tiempo de espera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	
<p>1.3 ¿Se le informó sobre cuánto tiempo iban a tardar en empezar?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>1.4 Durante el tiempo en lista de espera: ¿Ha necesitado ir a su médico, o a urgencias o a un fisioterapeuta privado?</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI AL MEDICO CABECERA <input type="checkbox"/> SI A URGENCIAS</p> <p><input type="checkbox"/> SI A UN FISIO PRIVADO <input type="checkbox"/> SI A OTROS _____</p>	

Información

<p>2.1 En su primera visita al fisioterapeuta ¿Se le ha informado en qué consiste el tratamiento?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2.2 ¿Se le ha enseñado ejercicios para hacer en casa y consejos para manejar su dolor?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2.3 ¿Seguirá los consejos y realizará los ejercicios en casa?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>

CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO CON PATOLOGÍA EN EL SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO, DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA

**CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS EN LAS PATOLOGIAS LOCALIZADAS EN
ARTICULACION COXOFEMORAL**

1.1

Investigador: _____ **Fisioterapeuta** _____

Centro: _____

N.º Paciente: _____

CRITERIOS DE INCLUSIÓN		
	Sí	No
Paciente mayor de 18 años		
Artrosis cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIR: PTC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractura / luxación cadera: tto conservador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractura / luxación cadera tto quirúrgico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN		
	Sí	No
Menor de 18 años		
Negativa a participar en el estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente psicológicamente dependiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El paciente no entiende ni habla el idioma español	<input type="checkbox"/>	
Pacientes que no completen el tratamiento de fisioterapia	<input type="checkbox"/>	

Antropometría	
Peso (Kg)	Talla (cm)
IMC	

CONSENTIMIENTO INFORMADO Sí No

Episodio actual	
Miembro afectado	Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/>
Miembro dominante	Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/>
Tiempo de evolución:	

Datos demográficos	
Fecha de nacimiento	/ /
Sexo	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Estudios	Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Superiores <input type="checkbox"/>
Situación laboral:	Jubilado <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> De baja <input type="checkbox"/> En paro <input type="checkbox"/>
Tipo de trabajo: <input type="checkbox"/> Implica actividad de miembros inferiores (estar de pie, escaleras...) <input type="checkbox"/> No implica actividad de miembros inferiores o trabajo sedentario	

Antecedentes personales	
Enfermedades:	
Intervenciones quirúrgicas:	
Tratamientos fisioterapia anteriores a este proceso:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Habito sedentario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Actividad física casi todos los días <input type="checkbox"/> Actividad física 3 veces/sem <input type="checkbox"/> Actividad física 2 veces/sem <input type="checkbox"/> Actividad física 1 veces/sem
Tabaquismo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Cuestionario / Dimensión:	PRIMERA VALORACIÓN	Resultado
Escala EVA: Escala visual-analógica del dolor graduada		
ROM (recorrido articular activo y pasivo)		
TIME UP AND GO Test (TUG)		
TEST DE FUERZA DE MMII		
Cuestionario WOMAC		
CUESTIONARIO PRIMERA CONSULTA FISIOTERAPIA		

EVA: primera valoración

No dolor-----Insoponible

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VALORACIÓN OBJETIVA: primera valoración	ROM CADERA DERECHA activa	ROM CADERA IZQUIERDA activa
EXTENSIÓN ACTIVA CADERA		
FLEXIÓN ACTIVA CADERA		
ABDUCCIÓN CADERA		
ADUCCIÓN CADERA		
ROTACIÓN EXTERNA		
ROTACIÓN INTERNA		

Test de fuerza MMII	
Tiempo que tarda en levantarse y sentarse 5 veces	_____ seg

TUG (time up and go)
_____ seg

CUESTIONARIO WOMAC PARA ARTROSIS

Apartado A

INSTRUCCIONES

Indique cuánto **DOLOR** ha notado en los últimos 2 días. (Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

PREGUNTA: ¿Cuánto dolor tiene?

- Al andar por un terreno llano.

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Muchísimo
----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------
- Al subir o bajar escaleras.

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Muchísimo
----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------
- Por la noche en la cama.

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Muchísimo
----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------
- Al estar sentado o tumbado.

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Muchísimo
----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------
- Al estar de pie.

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Muchísimo
----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------

Apartado B

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas sirven para conocer cuánta **RIGIDEZ** (no dolor) ha notado en sus **caderas y/o rodillas** en los últimos 2 días. **RIGIDEZ** es una sensación de dificultad inicial para mover con facilidad las articulaciones. (Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

- ¿Cuánta **rigidez** nota **después de despertarse** por la mañana?

<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Poca	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucha	<input type="checkbox"/> Muchísima
----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------
- ¿Cuánta **rigidez** nota durante **el resto del día** después de estar sentado, tumbado o descansando?

<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Poca	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucha	<input type="checkbox"/> Muchísima
----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------

Apartado C

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas sirven para conocer su **CAPACIDAD FUNCIONAL**.

Es decir, su capacidad para moverse, desplazarse o cuidar de sí mismo.

Indique cuánta dificultad ha notado en los **últimos 2 días** al realizar cada una de las siguientes actividades, como consecuencia de su **artrosis de caderas y/o rodillas**. (Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

PREGUNTA: ¿Qué grado de dificultad tiene al...?

1. Bajar las escaleras.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

2. Subir las escaleras

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

3. Levantarse después de estar sentado.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

4. Estar de pie.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

5. Agacharse para coger algo del suelo.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

6. Andar por un terreno llano.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

7. Entrar y salir de un coche.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

8. Ir de compras.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

9. Ponerse las medias o los calcetines.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

10. Levantarse de la cama.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

11. Quitarse las medias o los calcetines.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

12. Estar tumbado en la cama.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

13. Entrar y salir de la ducha/bañera.

- Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

14. Estar sentado.

- Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

15. Sentarse y levantarse del retrete.

- Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

16. Hacer tareas domésticas pesadas.

- Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

17. Hacer tareas domésticas ligeras.

- Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

CUESTIONARIO PRIMERA CONSULTA FISIOTERAPIA

Lista de espera

1.1 ¿Cuánto tiempo realmente pasó desde que entregó el volante/cita para ir al fisioterapeuta hasta que este le vio por primera vez?	
<input type="checkbox"/> Pasó menos de 15 días	<input type="checkbox"/> Pasó entre 15 y 30 días
<input type="checkbox"/> Pasó entre 1 mes y 2 meses	<input type="checkbox"/> Pasó más de 2 meses
1.2 ¿Le ha parecido mucho tiempo de espera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
1.3 ¿Se le informó sobre cuánto tiempo iban a tardar en empezar?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.4 Durante el tiempo en lista de espera: ¿Ha necesitado ir a su médico, o a urgencias o a un fisioterapeuta privado?	
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI AL MEDICO CABECERA <input type="checkbox"/> SI A URGENCIAS
	<input type="checkbox"/> SI A UN FISIO PRIVADO <input type="checkbox"/> SI A OTROS _____

Información

2.1 En su primera visita al fisioterapeuta ¿Se le ha informado en qué consiste el tratamiento?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

2.2 ¿Se le ha enseñado ejercicios para hacer en casa y consejos para manejar su dolor?

SI

NO

2.3 ¿Seguirá los consejos y realizará los ejercicios en casa?

SI

NO

**CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO CON PATOLOGÍA EN EL SISTEMA
MUSCULOESQUELÉTICO, DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LA UNIDAD DE
FISIOTERAPIA**

**CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS EN LAS PATOLOGÍAS LOCALIZADAS EN LA
ARTICULACIÓN DE LA RODILLA**

1.1

Investigador: _____ Fisioterapeuta _____

Centro: _____

N.º Paciente: _____

CRITERIOS DE INCLUSIÓN		
	Sí	No
Paciente mayor de 18 años		
Artrosis rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIR: PTR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractura rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión muscular-tendinosa-ligamentosa-menisco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN		
	Sí	No
Menor de 18 años		
Negativa a participar en el estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El paciente no entiende ni habla el idioma español	<input type="checkbox"/>	
Pacientes que no completen el tratamiento de fisioterapia	<input type="checkbox"/>	

Antropometría	
Peso (Kg).	Talla (cm)
IMC	

Episodio actual	
Miembro afectado	Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/>
Miembro dominante	Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/>
Tiempo de evolución:	

Datos demográficos	
Fecha de nacimiento	/ /
Sexo	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Estudios	Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Superiores <input type="checkbox"/>
Situación laboral:	Jubilado <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> De baja <input type="checkbox"/> En paro <input type="checkbox"/>
Tipo de trabajo: <input type="checkbox"/> Implica actividad de miembros inferiores (estar de pie, escaleras...) <input type="checkbox"/> No implica actividad de miembros inferiores o trabajo sedentario	

Antecedentes personales	
Enfermedades:	
Intervenciones quirúrgicas:	
Tratamientos fisioterapia anteriores a este proceso:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Habito sedentario	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Actividad física casi todos los días <input type="checkbox"/> Actividad física 3 veces/sem. <input type="checkbox"/> Actividad física 2 veces/sem. <input type="checkbox"/> Actividad física 1 veces/sem.
Tabaquismo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Cuestionario / Dimensión:	PRIMERA VALORACIÓN	Resultado
Escala EVA: Escala visual-analógica del dolor graduada		
ROM (recorrido articular activo y pasivo)		
TIME UP AND GO Test (TUG)		
TEST DE FUERZA DE MMII		
Cuestionario WOMAC		
CUESTIONARIO PRIMERA CONSULTA FISIOTERAPIA		

EVA: primera valoración

No dolor-----Insoponable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Test de fuerza MMII	
Tiempo que tarda en levantarse y sentarse 5 veces	_____seg

TUG (time up and go)
_____seg.

VALORACIÓN OBJETIVA: primera valoración	ROM RODILLA DERECHA Activa	ROM RODILLA IZQUIERDA Activa
FLEXIÓN RODILLA		
EXTENSIÓN RODILLA		

CUESTIONARIO WOMAC PARA ARTROSIS

Apartado A

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas tratan sobre cuánto **DOLOR** siente usted en las **caderas y/o rodillas** como consecuencia de su **artrosis**. Para cada situación indique cuánto **DOLOR** ha notado en los **últimos 2 días**. (Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

PREGUNTA: ¿Cuánto dolor tiene?

1. Al andar por un terreno llano.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

2. Al subir o bajar escaleras.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

3. Por la noche en la cama.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

4. Al estar sentado o tumbado.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

5. Al estar de pie.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

Apartado B**INSTRUCCIONES**

Las siguientes preguntas sirven para conocer cuánta **RIGIDEZ** (no dolor) ha notado en sus **caderas y/o rodillas** en los **últimos 2 días**. **RIGIDEZ** es una sensación de dificultad inicial para mover con facilidad las articulaciones. (Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

1. ¿Cuánta **rigidez** nota **después de despertarse** por la mañana?

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

2. ¿Cuánta **rigidez** nota durante **el resto del día** después de estar sentado, tumbado o descansando?

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

Apartado C**INSTRUCCIONES**

Las siguientes preguntas sirven para conocer su **CAPACIDAD FUNCIONAL**. Es decir, su capacidad para moverse, desplazarse o cuidar de sí mismo. Indique cuánta dificultad ha notado en los **últimos 2 días** al realizar cada una de las siguientes actividades, como consecuencia de su **artrosis de caderas y/o rodillas**. (Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

PREGUNTA: ¿Qué grado de dificultad tiene al...?

1. Bajar las escaleras.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

2. Subir las escaleras

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

3. Levantarse después de estar sentado.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

4. Estar de pie.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

5. Agacharse para coger algo del suelo.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

6. Andar por un terreno llano.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

7. Entrar y salir de un coche.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

8. Ir de compras.
 Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
9. Ponerse las medias o los calcetines.
 Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
10. Levantarse de la cama.
 Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
11. Quitarse las medias o los calcetines.
 Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
12. Estar tumbado en la cama.
 Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
13. Entrar y salir de la ducha/bañera.
 Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
14. Estar sentado.
 Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
15. Sentarse y levantarse del retrete.
 Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
16. Hacer tareas domésticas pesadas.
 Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
17. Hacer tareas domésticas ligeras.
 Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

CUESTIONARIO PRIMERA CONSULTA FISIOTERAPIA

Lista de espera

1.1 ¿Cuánto tiempo realmente pasó desde que entregó el volante/cita para ir al fisioterapeuta hasta que este le vio por primera vez?	
<input type="checkbox"/> Pasó menos de 15 días	<input type="checkbox"/> Pasó entre 15 y 30 días
<input type="checkbox"/> Pasó entre 1 mes y 2 meses	<input type="checkbox"/> Pasó más de 2 meses
1.2 ¿Le ha parecido mucho tiempo de espera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
1.3 ¿Se le informó sobre cuánto tiempo iban a tardar en empezar?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

1.4 Durante el tiempo en lista de espera: ¿Ha necesitado ir a su médico, o a urgencias o a un fisioterapeuta privado?

NO

SI AL MEDICO CABECERA

SI A URGENCIAS

SI A UN FISIO PRIVADO

SI A OTROS _____

Información

2.1 En su primera visita al fisioterapeuta ¿Se le ha informado en qué consiste el tratamiento?

SI

NO

2.2 ¿Se le ha enseñado ejercicios para hacer en casa y consejos para manejar su dolor?

SI

NO

2.3 ¿Seguirá los consejos y realizará los ejercicios en casa?

SI

NO

CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO CON PATOLOGICA EN EL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO, DE LA ATENCIÓN PERCIBIDA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA.

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PARA LAS PATOLOGIAS DEL RAQUIS CERVICAL

1.1

Investigador: _____

Centro: _____

N.º de paciente: _____

CRITERIOS DE INCLUSIÓN		
Paciente mayor de 18 años	Sí	No
Cervicalgia mecánica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cervicobraquialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIR: hernia discal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN		
Menor de 18 años	Sí	No
Negativa a participar en el estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente que no hable o comprenda el idioma español	<input type="checkbox"/>	
Pacientes que no completen el tratamiento de fisioterapia	<input type="checkbox"/>	

Antropometría		
Peso (Kg).	Talla (cm)	IMC

CONSENTIMIENTO INFORMADO
SI

EPISODIO ACTUAL		
Tiempo de evolución:		

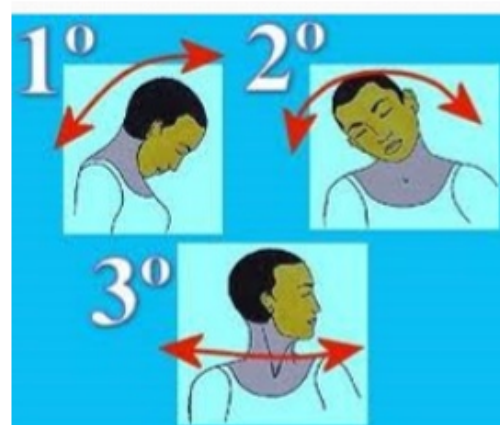
Datos demográficos	
Fecha de nacimiento	/ /
Sexo	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Estudios	Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Superiores <input type="checkbox"/>
Situación laboral:	Jubilado <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> De baja <input type="checkbox"/> En paro <input type="checkbox"/>
Tipo de trabajo:	<input type="checkbox"/> Implica estar todo el día de pie y/o subiendo escaleras <input type="checkbox"/> No implica actividad de miembros inferiores o trabajo sedentario

Enfermedades:	
Intervenciones quirúrgicas:	
Tratamientos fisioterapia anteriores a este proceso:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Habito sedentario	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Actividad física casi todos los días <input type="checkbox"/> Actividad física 3 veces/sem <input type="checkbox"/> Actividad física 2 veces/sem <input type="checkbox"/> Actividad física 1 veces/sem
Tabaquismo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Cuestionarios de salud: PRIMERA FISIOTERAPIA

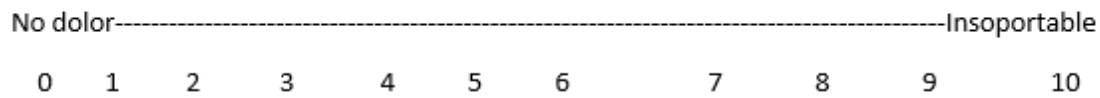
Cuestionario / Dimensión	Resultado
Escala EVA	
Exploración física cervical	
IDC: Índice Discapacidad Cervical	

Cuestionario / Dimensión	Resultado	
	Grados	Dolorosa
Flexión		
Extensión		
Lateralización		
Rotación		



EVA

Escala visual-analógica graduada numéricamente para la valoración de la intensidad del dolor.



Índice de Discapacidad Cervical: IDC

Pregunta 1: Intensidad del dolor de cuello

- No tengo dolor en este momento
- El dolor es muy leve en este momento
- El dolor es moderado en este momento
- El dolor es fuerte en este momento
- El dolor es muy fuerte en este momento
- En este momento el dolor es el peor que uno se puede imaginar

Pregunta 2: Cuidados personales

(lavarse, vestirse, etc.)

- Puedo cuidarme con normalidad sin que me aumente el dolor
- Puedo cuidarme con normalidad, pero esto me aumenta el dolor
- Cuidarme me duele de forma que tengo que hacerlo despacio y con cuidado
- Aunque necesito alguna ayuda, me las arreglo para casi todos mis cuidados
- Todos los días necesito ayuda para la mayor parte de mis cuidados
- No puedo vestirme, me lavo con dificultad y me quedo en la cama

Pregunta 3: Levantar pesos

- Puedo levantar objetos pesados sin aumento del dolor
- Puedo levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero lo puedo hacer si están colocados en un sitio fácil como, por ejemplo, en una mesa
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo levantar objetos medianos o ligeros si están colocados en un sitio fácil
- Sólo puedo levantar objetos muy ligeros
- No puedo levantar ni llevar ningún tipo de peso

Pregunta 6: Concentrarse en algo

- Me concentro totalmente en algo cuando quiero sin dificultad
- Me concentro totalmente en algo cuando quiero con alguna dificultad
- Tengo alguna dificultad para concentrarme cuando quiero
- Tengo bastante dificultad para concentrarme cuando quiero
- Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero
- No puedo concentrarme nunca

Pregunta 4: Lectura

- Puedo leer todo lo que quiera sin que me duela el cuello
- Puedo leer todo lo que quiera con un dolor leve en el cuello
- Puedo leer todo lo que quiera con un dolor moderado en el cuello
- No puedo leer todo lo que quiero debido a un dolor moderado en el cuello
- Apenas puedo leer por el gran dolor que me produce en el cuello
- No puedo leer nada en absoluto

Pregunta 5: Dolor de cabeza

- No tengo ningún dolor de cabeza
- A veces tengo un pequeño dolor de cabeza
- A veces tengo un dolor moderado de cabeza
- Con frecuencia tengo un dolor moderado de Cabeza
- Con frecuencia tengo un dolor fuerte de cabeza
- Tengo dolor de cabeza casi continuo

Pregunta 9: Sueño

- No tengo ningún problema para dormir
- El dolor de cuello me hace perder menos de 1 hora de sueño cada noche
- El dolor de cuello me hace perder de 1 a 2 horas de sueño cada noche
- El dolor de cuello me hace perder de 2 a 3 horas de sueño cada noche
- El dolor de cuello me hace perder de 3 a 5 horas de sueño cada noche
- El dolor de cuello me hace perder de 5 a 7 horas de sueño cada noche

Pregunta 7: Trabajo y actividades habituales

- Puedo trabajar todo lo que quiero
- Puedo hacer mi trabajo habitual, pero no más
- Puedo hacer casi todo mi trabajo habitual, pero no más
- No puedo hacer mi trabajo habitual
- A duras penas puedo hacer algún tipo de trabajo
- No puedo trabajar en nada

Pregunta 8: Conducción de vehículos

- Puedo conducir sin dolor de cuello
- Puedo conducir todo lo que quiero, pero con un ligero dolor de cuello
- Puedo conducir todo lo que quiero, pero con un moderado dolor de cuello
- No puedo conducir todo lo que quiero debido al dolor de cuello
- Apenas puedo conducir debido al intenso dolor de cuello
- No puedo conducir nada por el dolor de cuello

Pregunta 10: Actividades de ocio

- Puedo hacer todas mis actividades de ocio sin dolor de cuello
- Puedo hacer todas mis actividades de ocio con algún dolor de cuello
- No puedo hacer algunas de mis actividades de ocio por el dolor de cuello
- Sólo puedo hacer unas pocas actividades de ocio por el dolor del cuello
- Apenas puedo hacer las cosas que me gustan debido al dolor del cuello.
- No puedo realizar ninguna actividad de ocio.

CUESTIONARIO PRIMERA CONSULTA FISIOTERAPIA**Lista de espera**

1.1 ¿Cuánto tiempo realmente pasó desde que entregó el volante/cita para ir al fisioterapeuta hasta que este le vio por primera vez?

Pasó menos de 15 días

Pasó entre 15 y 30 días

Pasó entre 1 mes y 2 meses

Pasó más de 2 meses

1.2 ¿Le ha parecido mucho tiempo de espera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
1.3 ¿Se le informó sobre cuánto tiempo iban a tardar en empezar?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
1.4 Durante el tiempo en lista de espera: ¿Ha necesitado ir a su médico, o a urgencias o a un fisioterapeuta privado?	
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI AL MEDICO CABECERA <input type="checkbox"/> SI A URGENCIAS	
<input type="checkbox"/> SI A UN FISIO PRIVADO <input type="checkbox"/> SI A OTROS _____	

Información

2.1 En su primera visita al fisioterapeuta ¿Se le ha informado en qué consiste el tratamiento?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.2 ¿Se le ha enseñado ejercicios para hacer en casa y consejos para manejar su dolor?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.3 ¿Seguirá los consejos y realizará los ejercicios en casa?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO CON PATOLOGÍA EN EL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO, DE LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA.

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PARA LAS PATOLOGÍAS DEL RAQUIS LUMBAR 1.1

Investigador: _____

Centro: _____

N.º de paciente: _____

CRITERIOS DE INCLUSIÓN		
	Sí	No
Paciente mayor de 18 años		
Lumbalgia mecánica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lumbociatalgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIR: hernia discal, espondilólisis		

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN		
	Sí	No
Menor de 18 años		
Negativa a participar en el estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente que no hable o comprenda el idioma español		<input type="checkbox"/>
Pacientes que no completen el tratamiento de fisioterapia		<input type="checkbox"/>







Si el paciente cumple algún criterio de exclusión No es elegible

CONSENTIMIENTO INFORMADO	SI
--------------------------	----

Datos demográficos	
Fecha de nacimiento	/ /
Sexo	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Estudios	Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Superiores <input type="checkbox"/>
Situación laboral:	Jubilado <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> De baja <input type="checkbox"/> En paro <input type="checkbox"/>
Tipo de trabajo:	<input type="checkbox"/> Implica estar todo el día de pie y/o cargando, arrastrando pesos <input type="checkbox"/> No implica actividad que sobrecargue zona lumbar o trabajo sedentario

Antropometría		Episodio actual: tiempo de evolución
Peso (Kg).	Talla (cm)	
IMC		

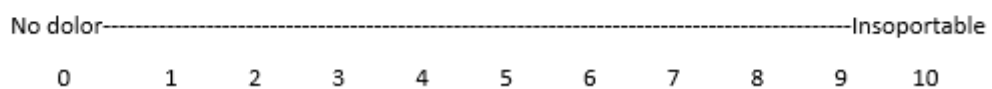
Antecedentes personales	
Enfermedades:	
Pruebas realizadas:	
Intervenciones quirúrgicas:	
Tratamientos fisioterapia anteriores:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Habito sedentario	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Actividad física casi todos los días <input type="checkbox"/> Actividad física 3 veces/sem <input type="checkbox"/> Actividad física 2 veces/sem <input type="checkbox"/> Actividad física 1 veces/sem
Tabaquismo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Cuestionario PRIMERA VALORACIÓN: Exploración Física básica No dolorosa/ Dolorosa			
Dedo suelo	_____cm		
Flexión Maniobra de Schöber	_____cm		
Extensión	-----cm		
Prueba del arco de Forestier (lateral)			
Prueba del arco de Forestier (rotación)			

Cuestionario / Dimensión	Resultado
Escala EVA	
Escala OSWESTRY	
CUESTIONARIO primera consulta fisioterapia	

EVA

Escala visual-analógica graduada numéricamente para la valoración de la intensidad del dolor.



Índice de Discapacidad de Oswestry

En las siguientes actividades, marque con una cruz la frase que en cada pregunta se parezca más a su situación:

1. Intensidad del dolor

- (0) Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes
- (1) El dolor es fuerte, pero me arreglo sin tomar calmantes
- (2) Los calmantes me alivian completamente el dolor
- (3) Los calmantes me alivian un poco el dolor
- (4) Los calmantes apenas me alivian el dolor
- (5) Los calmantes no me alivian el dolor y no los tomo

2. Estar de pie

- (0) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor
- (1) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera, pero me aumenta el dolor
- (2) El dolor me impide estar de pie más de una hora
- (3) El dolor me impide estar de pie más de media hora
- (4) El dolor me impide estar de pie más de 10 minutos
- (5) El dolor me impide estar de pie

3. Cuidados personales

- (0) Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor
- (1) Me las puedo arreglar solo, pero esto me aumenta el dolor
- (2) Lavarme, vestirme, etc. me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado
- (3) Necesito alguna ayuda, pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo solo
- (4) Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas
- (5) No puedo vestirme, me cuesta lavarme y suelo quedarme en la cama

4. Dormir

- (0) El dolor no me impide dormir bien
- (1) Sólo puedo dormir si tomo pastillas
- (2) Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas
- (3) Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas
- (4) Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas
- (5) El dolor me impide totalmente dormir

5. Levantar peso

- (0) Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor
- (1) Puedo levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor
- (2) El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (ej. en una mesa)
- (3) El dolor me impide levantar objetos pesados, pero sí puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo
- (4) Sólo puedo levantar objetos muy ligeros
- (5) No puedo levantar ni elevar ningún objeto

6. Actividad sexual

- (0) Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor
- (1) Mi actividad sexual es normal, pero me aumenta el dolor
- (2) Mi actividad sexual es casi normal, pero me aumenta mucho el dolor
- (3) Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor
- (4) Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor
- (5) El dolor me impide todo tipo de actividad sexual

7. Andar

- (0) El dolor no me impide andar
- (1) El dolor me impide andar más de un kilómetro
- (2) El dolor me impide andar más de 500 metros
- (3) El dolor me impide andar más de 250 metros
- (4) Sólo puedo andar con bastón o muletas
- (5) Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño

8. Vida social

- (0) Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor
- (1) Mi vida social es normal, pero me aumenta el dolor
- (2) El dolor no tiene ni tiene un efecto importante en mi vida social, pero sí impide mis actividades más enérgicas como bailar, etc.
- (3) El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo
- (4) El dolor ha limitado mi vida social al hogar
- (5) No tengo vida social a causa del dolor

9. Estar sentado

- (0) Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera
- (1) Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera
- (2) El dolor me impide estar sentado más de una hora
- (3) El dolor me impide estar sentado más de media hora
- (4) El dolor me impide estar sentado más de 10 minutos
- (5) El dolor me impide estar sentado

10. Viajar

- (0) Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor
- (1) Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor
- (2) El dolor es fuerte, pero aguanto viajes de más de 2 horas
- (3) El dolor me limita a viajes de menos de una hora
- (4) El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora
- (5) El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital

O: 0 puntos; 1: 1 punto; 2: 2 puntos; 3: 3 puntos; 4: 4 puntos; 5: 5 puntos.

Sumar el resultado de cada respuesta y multiplicar el resultado x 2 y obtendremos el resultado en % de incapacidad.

CUESTIONARIO PRIMERA CONSULTA FISIOTERAPIA

Lista de espera

1.1 ¿Cuánto tiempo realmente pasó desde que entregó el volante/cita para ir al fisioterapeuta hasta que este le vio por primera vez?	
<input type="checkbox"/> Pasó menos de 15 días	<input type="checkbox"/> Pasó entre 15 y 30 días
<input type="checkbox"/> Pasó entre 1 mes y 2 meses	<input type="checkbox"/> Pasó más de 2 meses
1.2 ¿Le ha parecido mucho tiempo de espera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
1.3 ¿Se le informó sobre cuánto tiempo iban a tardar en empezar?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

1.4 Durante el tiempo en lista de espera: ¿Ha necesitado ir a su médico, o a urgencias o a un fisioterapeuta privado?

NO

SI AL MEDICO CABECERA

SI A URGENCIAS

SI A UN FISIO PRIVADO

SI A OTROS _____

Información

2.1 En su primera visita al fisioterapeuta ¿Se le ha informado en qué consiste el tratamiento?

SI

NO

2.2 ¿Se le ha enseñado ejercicios para hacer en casa y consejos para manejar su dolor?

SI

NO

2.3 ¿Seguirá los consejos y realizará los ejercicios en casa?

SI

NO

ANEXO 7. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS *PEPAP-Q*

Investigador: _____

Centro: _____

N.º de paciente: _____

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD PERCIBIDA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA

Este cuestionario tiene el objetivo de conocer la experiencia de los pacientes en la atención que reciben en nuestra Unidad de Fisioterapia.

SU información puede AYUDAR A MEJORAR la calidad de la atención

Señale así sus respuestas (hágalo con cuidado para no equivocarse).

Información y educación

Cuando habla con el fisioterapeuta...	Casi				
	Siempre	siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1. ¿Le proporciona información clara de su evolución?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Le explica para qué sirven las terapias que utiliza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Le avisa sobre qué precauciones y cuidados debe tener durante su tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Contesta a sus preguntas de forma completa y satisfactoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apoyo emocional

Cuando el fisioterapeuta está tratándole ...	Casi				
	Siempre	siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
5. ¿Le ha dado ánimos para hacer frente a sus preocupaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ¿Ha mostrado un interés personal en su recuperación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Es consciente de sus necesidades y preocupaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Supervisa o controla cómo realiza usted los ejercicios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Su fisioterapeuta le estimula para que pregunte las dudas que le surgen realizando los ejercicios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sensibilidad a los cambios del paciente

¿Percibe que su tratamiento se adapta a lo que usted necesita...?:	Casi				
	Siempre	siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
10. Para que sufra menos cuando siente más dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Según su estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Según va progresando en su recuperación funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Duración de la atención

¿Está su fisioterapeuta sobrecargado de trabajo y demasiado atareado para...?:	Casi				
	Siempre	siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
13. Estar con los pacientes el tiempo que necesitan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Controlar que los pacientes hacen correctamente sus ejercicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Evitar situaciones de riesgo (por ejemplo, caídas) para los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interrupciones durante el tratamiento

Cuando su terapeuta le está atendiendo interrumpe su tratamiento por algunos de estos motivos:	Casi				
	Siempre	siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
16. Su terapeuta tiene que atender a otros pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Su terapeuta tiene que atender a otros profesionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Su terapeuta tiene que atender llamadas telefónicas u otras tareas administrativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tiempo de espera durante el tratamiento

En la secuencia habitual de su tratamiento: ¿tiene que esperar más tiempo del deseable porque está ocupado...?:	Casi				
	Siempre	siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
19. Las cabinas o aparatos de tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Las camillas o colchonetas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Otros equipamientos o materiales necesarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seguridad del paciente

Estando en la sala de fisioterapia:	Casi				
	Siempre	siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
22. ¿Le ha tenido que ayudar otro paciente en algún momento para evitar riesgos (por ejemplo, de caídas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Ha vivido usted alguna situación de riesgo (por ejemplo, caídas) por no tener supervisión del personal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Recomendaciones ¹

24. ¿Su fisioterapeuta le ha proporcionado en alguna ocasión alguna de las siguientes recomendaciones?
<input type="checkbox"/> Hacer en casa los ejercicios específicos para su problema
<input type="checkbox"/> Incorporar a su rutina diaria actividades como pasear, nadar , o moverse dentro del agua, montar en bicicleta 2 o 3 veces por semana
<input type="checkbox"/> Utilizar medidas caseras (bolsas de frío) para aliviar el dolor

¹ Estas preguntas son del cuestionario CATENFIS

Anexo 8. Cuaderno de recogida de datos para la segunda valoración en función de la localización de la patología

CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO CON PATOLOGÍA EN EL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO, DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS EN LAS PATOLOGIAS LOCALIZADAS EN ARTICULACIÓN GLENOHUMERAL

1.2

Investigador: _____ Fisioterapeuta _____

Centro: _____

N.º Paciente: _____

Cuestionario / Dimensión:	VALORACIÓN AL ALTA	Resultado
Escala EVA: Escala visual-analógica del dolor graduada		
ROM (recorrido articular activo y pasivo)		
TEST DE CONSTANT MURLEY		
CUESTIONARIO DASH		
CUESTIONARIO PRIMERA CONSULTA FISIOTERAPIA		

Percepción del paciente respecto a la 1ª EVA:

MEJOR	IGUAL	PEOR
-------	-------	------

EVA: valoración al alta

Escala visual-analógica graduada numéricamente para la valoración de la intensidad del dolor.

No dolor-----Insoponable
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ESCALA DASH: valoración al alta

Por favor, puntúe su habilidad o capacidad para realizar las siguientes actividades durante la última semana. Para ello marque con un círculo el número apropiado para cada respuesta

	<i>ninguna dificultad</i>	<i>dificultad leve</i>	<i>dificultad moderada</i>	<i>mucha dificultad</i>	<i>imposible de realizar</i>
1. Abrir un bote de cristal nuevo	1	2	3	4	5
2. Escribir	1	2	3	4	5
3. Preparar la comida	1	2	3	4	5
4. Girar la llave para abrir la puerta o encender el coche	1	2	3	4	5
5. Empujar y abrir una puerta pesada	1	2	3	4	5
6. Colocar un objeto en estanterías situadas por encima de su cabeza	1	2	3	4	5
7. Realizar tareas duras de la casa como fregar el piso, limpiar paredes y cristales, etc.	1	2	3	4	5
8. Arreglar el jardín o realizar trabajos en el campo	1	2	3	4	5
9. Hacer las camas	1	2	3	4	5

	<i>ninguna dificultad</i>	<i>dificultad leve</i>	<i>dificultad moderada</i>	<i>mucha dificultad</i>	<i>imposible de realizar</i>
10. Cargar una bolsa del supermercado o llevar un maletín	1	2	3	4	5
11. Cargar un objeto pesado (más de 5 kilos)	1	2	3	4	5
12. Cambiar una bombilla del techo	1	2	3	4	5
13. Lavarse y secarse el pelo	1	2	3	4	5
14. Lavarse la espalda	1	2	3	4	5
15. Ponerse un jersey o un suéter	1	2	3	4	5
16. Usar un cuchillo para cortar la comida	1	2	3	4	5

17. Actividades de entretenimiento que requieren poco esfuerzo como hacer punto, coser, jugar a las cartas o al dominó	1	2	3	4	5
18. Actividades que requieren algo de esfuerzo para su brazo, hombro o mano, como usar un martillo, jugar al golf, al tenis o a la petanca	1	2	3	4	5
19. Actividades que requieren que su brazo se mueva libremente como nadar	1	2	3	4	5
20. Conducir	1	2	3	4	5
21. Actividad sexual	1	2	3	4	5
	<i>ninguna dificultad</i>	<i>dificultad leve</i>	<i>dificultad moderada</i>	<i>mucha dificultad</i>	<i>imposible de realizar</i>
22. ¿Durante la última semana, sus problemas de hombro, brazo o mano han interferido con su actividad social habitual con la familia, sus amigos o compañeros de trabajo?	1	2	3	4	5
23. ¿Durante la última semana ha tenido usted dificultad para realizar su trabajo y otras actividades diarias debido a problemas en su hombro, brazo o mano?	1	2	3	4	5

	<i>Ninguno</i>	<i>Leve</i>	<i>Modera do</i>	<i>Grave</i>	<i>Muy grave</i>
24.Dolor en el hombro, brazo o mano	1	2	3	4	5
25.Dolor en el hombro, brazo o mano cuando realiza cualquier actividad específica	1	2	3	4	5
26.Sensación de calambres, hormigueos o de electricidad en el hombro, brazo o mano	1	2	3	4	5
27.Debilidad o falta de fuerza en el hombro, brazo y mano	1	2	3	4	5
28.Rigidez o falta de movilidad en el hombro, brazo y mano	1	2	3	4	5
29. ¿Durante la última semana ha tenido dificultad para dormir debido a dolor en el hombro, brazo o mano?	1	2	3	4	5

	Completa mente falso	<i>Falso</i>	<i>No lo sé</i>	<i>Cierto</i>	Completamente cierto
30.Me siento con menos capacidad, confianza y útil debido a mi problema con el hombro, brazo o mano	1	2	3	4	5

DOLOR (15 puntos)

Ninguno	15	
Ligero	10	
Medio	5	
Intenso	0	

MOVILIDAD CORRIENTE (20 puntos)

Trabajo pleno rendimiento	4	
Deporte sin limitación	4	
Sueño normal	2	
Amplitud de movimiento indoloro		
Hasta talle	2	
Hasta apófisis xifoides	4	
Hasta cuello	6	
A tocar la cabeza	8	
Por encima de la cabeza	10	

MOVILIDAD ACTIVA (40 puntos)

Abducción		
0° a 30°	0	
30° a 60°	2	
60° a 90°	4	
90° a 120°	6	
120° a 150°	8	
150° a 180°	10	
Flexión		
0° a 30°	0	
30° a 60°	2	
60° a 90°	4	
90° a 120°	6	
120° a 150°	8	
150° a 180°	10	
Rotación externa		
Mano detrás de la cabeza con codo adelantado	2	
Mano detrás de la cabeza con codo retrasado	2	
Mano sobre la cabeza con codo adelantado	2	
Mano sobre la cabeza con codo retrasado	2	
Mano por encima de la cabeza	2	
Rotación interna (Mano homolateral tocando con su cara dorsal)		
Muslo	0	
Gluteo	2	
Región lumbosacra	4	
Talle	6	
Última vértebra torácica. Séptima vértebra torácica	8 10	

POTENCIA (25 puntos)

2,27 puntos por Kg. de peso elevado y con un máximo de 11 kg.		
---	--	--

RESULTADO GLOBALES

EXCELENTES	80 puntos o más	
BUENOS	65-79 puntos	
MEDIOS	50-64 puntos	
MALOS	Menos de 50 puntos	

- ❖ El balance articular se realiza con el paciente sentado. La flexión y la abducción se mide con goniómetro

CUESTIONARIO AL ALTA DE FISIOTERAPIA



Nada satisfecho Insatisfecho Indiferente Satisfecho Muy satisfecho
1 2 3 4 5

1.1 La organización y funcionamiento	1	2	3	4	5
1.2 Horario del servicio	1	2	3	4	5
1.3 Frecuencia o número de sesiones por semana	1	2	3	4	5
1.4 Duración de la sesión	1	2	3	4	5
1.5 Tiempo que le ha dedicado su fisioterapeuta en exclusiva a usted	1	2	3	4	5

1.6 En su caso cree que había demasiados pacientes tratándose al mismo tiempo

SI	NO	NO SE
----	----	-------

2. Por favor indique **su satisfacción global con la atención recibida en Fisioterapia**. Conteste utilizando la siguiente escala de caras:



Nada satisfecho Insatisfecho Indiferente Satisfecho Muy satisfecho

Satisfacción global: **1 2 3 4 5**

3. Desde el primer día que acudió a fisioterapia hasta hoy ¿cómo se encuentra de su problema actualmente? Marque con una cruz²

² PATIENT GLOBAL IMPRESSION OF CHANGE SCALE

He mejorado muchísimo	He mejorado bastante	He mejorado un poco	Estoy igual	He empeorado un poco	He empeorado bastante	He empeorado muchísimo

4. Adhesión³

Marque con una cruz

	SI	NO
4.1 ¿Hace algún tipo de ejercicio como pasear, nadar o montar en bicicleta 2 ó 3 veces por semana en su tiempo libres?		
4.2 En los momentos que aumenta dolor, utiliza medidas caseras como bolsa de frio para aliviarlo		

4.3 Muchos pacientes tiene dificultades para hacer sus ejercicios recomendados por su fisioterapeuta en casa. ¿Consiguió usted realizar sus ejercicios en su casa?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca No me mando ejercicios

5. Reclamaciones⁴

5.1 ¿Ha puesto alguna queja o incidencia durante el transcurso del proceso?

SI NO

5.2 En caso afirmativo marque con una x el contenido de dichas quejas:

Instalaciones y equipamiento	
Tiempo transcurrido en la lista de espera	
Organización y funcionamiento	
Trato recibido por parte del fisioterapeuta	

³ Estas preguntas son del cuestionario CATENFIS

⁴ Estas preguntas son añadidas

Otras: ¿Cuáles? _____	
-----------------------	--

6. Duración del tratamiento

¿Respecto al tiempo que ha estado en Fisioterapia, marque con una x lo que ha ocurrido en su caso?

Creo que he estado el tiempo necesario

Creo que me han dado el ALTA muy pronto

Pienso que he estado en Fisioterapia demasiado tiempo

TIPO DE TRATAMIENTO (programa enseñanza, tratamiento con sesiones)	DE o con n.º	NUMERO TOTAL DE SESIONES	FRECUENCIA DE LAS SESIONES (diarias, alternos, semanal)	TRATAMIENTO (T: Termoterapia, E: Electroterapia, T.M: Terapia manual E: enseñanza, C: crioterapia)
			días 1	

CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO CON PATOLOGÍA EN EL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO, DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS EN LAS PATOLOGIAS LOCALIZADAS EN ARTICULACIÓN RADIO-CARPIANA

1.2

Investigador: _____ **Fisioterapeuta** _____

Centro: _____

N.º Paciente: _____

Cuestionario / Dimensión:	VALORACIÓN AL ALTA	Resultado
Escala EVA: Escala visual-analógica del dolor graduada		
ROM (recorrido articular activo y pasivo)		
CUESTIONARIO DASH		
ARM CURL TEST: fuerza de MMSS		
Test de fuerza máxima prensión mano		
CUESTIONARIO PRIMERA CONSULTA FISIOTERAPIA		


Percepción del paciente respecto a la 1ª EVA:

MEJOR	IGUAL	PEOR
--------------	--------------	-------------

EVA: valoración al alta

No dolor-----Insoponible
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VALORACIÓN OBJETIVA: primera valoración	MANO DERECHA	MANO IZQUIERDA
Extensión muñeca		
Flexión muñeca		
Supinación		
Pronación		
Inclinación cubital		
Inclinación radial		
Cierre (puño de la mano)		

	Mano D
	Mano I
Prensión manual	

ESCALA DASH: valoración al alta

Por favor, puntúe su habilidad o capacidad para realizar las siguientes actividades durante la última semana. Para ello marque con un círculo el número apropiado para cada respuesta

	<i>ninguna dificultad</i>	<i>dificultad leve</i>	<i>dificultad moderada</i>	<i>mucha dificultad</i>	<i>imposible de realizar</i>
1. Abrir un bote de cristal nuevo	1	2	3	4	5
2. Escribir	1	2	3	4	5
3. Preparar la comida	1	2	3	4	5
4. Girar la llave para abrir la puerta o encender el coche	1	2	3	4	5
5. Empujar y abrir una puerta pesada	1	2	3	4	5
6. Colocar un objeto en estanterías situadas por encima de su cabeza	1	2	3	4	5
7. Realizar tareas duras de la casa como fregar el piso, limpiar paredes y cristales, etc.	1	2	3	4	5
8. Arreglar el jardín o realizar trabajos en el campo	1	2	3	4	5
9. Hacer las camas	1	2	3	4	5
10. Cargar una bolsa del supermercado o llevar un maletín	1	2	3	4	5
11. Cargar un objeto pesado (más de 5 kilos)	1	2	3	4	5
12. Cambiar una bombilla del techo	1	2	3	4	5
13. Lavarse y secarse el pelo	1	2	3	4	5

	<i>ninguna dificultad</i>	<i>dificultad leve</i>	<i>dificultad moderada</i>	<i>mucha dificultad</i>	<i>imposible de realizar</i>
14. Lavarse la espalda	1	2	3	4	5
15. Ponerse un jersey o un suéter	1	2	3	4	5
16. Usar un cuchillo para cortar la comida	1	2	3	4	5
17. Actividades de entretenimiento que requieren poco esfuerzo como hacer punto, coser, jugar a las cartas o al dominó	1	2	3	4	5
18. Actividades que requieren algo de esfuerzo para su brazo, hombro o mano, como usar un martillo, jugar al golf, al tenis o a la petanca	1	2	3	4	5
19. Actividades que requieren que su brazo se mueva libremente como nadar	1	2	3	4	5
20. Conducir	1	2	3	4	5
21. Actividad sexual	1	2	3	4	5
22. ¿Durante la última semana, sus problemas de hombro, brazo o mano han interferido con su actividad social habitual con la familia, sus amigos o compañeros de trabajo?	1	2	3	4	5
23. ¿Durante la última semana ha tenido usted dificultad para realizar su trabajo y otras actividades diarias debido a problemas en su hombro, brazo o mano?	1	2	3	4	5

Por favor ponga puntuación a la gravedad o severidad de los siguientes síntomas

	<i>Ninguno</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Grave</i>	<i>Muy grave</i>
24. Dolor en el hombro, brazo o mano	1	2	3	4	5
25. Dolor en el hombro, brazo o mano cuando realiza cualquier actividad específica	1	2	3	4	5
26. Sensación de calambres, hormigueos o de electricidad en el hombro, brazo o mano	1	2	3	4	5

27. Debilidad o falta de fuerza en el hombro, brazo y mano	1	2	3	4	5
28. Rigidez o falta de movilidad en el hombro, brazo y mano	1	2	3	4	5
29. ¿Durante la última semana ha tenido dificultad para dormir debido a dolor en el hombro, brazo o mano?	1	2	3	4	5
	Completamente falso	Falso	No lo sé	Cierto	Completamente cierto
30. Me siento con menos capacidad, confianza y útil debido a mi problema con el hombro, brazo o mano	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO ALTA DE FISIOTERAPIA



Nada satisfecho Insatisfecho Indiferente Satisfecho Muy satisfecho
 1 2 3 4 5

1.1 La organización y funcionamiento	1	2	3	4	5
1.2 Horario del servicio	1	2	3	4	5
1.3 Frecuencia o número de sesiones por semana	1	2	3	4	5
1.4 Duración de la sesión	1	2	3	4	5
1.5 Tiempo que le ha dedicado su fisioterapeuta en exclusiva a usted	1	2	3	4	5

1.7 En su caso cree que había demasiados pacientes tratándose al mismo tiempo

SI	NO	NO SE
----	----	-------

2. Por favor indique **su satisfacción global con la atención recibida en Fisioterapia**. Conteste utilizando la siguiente escala de caras:



Nada satisfecho Insatisfecho Indiferente Satisfecho Muy satisfecho

Satisfacción global 1 2 3 4 5

3. Desde el primer día que acudió a fisioterapia hasta hoy ¿cómo se encuentra de su problema actualmente? Marque con una cruz⁵

He mejorado muchísimo	He mejorado bastante	He mejorado un poco	Estoy igual	He empeorado un poco	He empeorado bastante	He empeorado muchísimo

4. **Adhesión**⁶

Marque con una cruz

	SI	NO
4.1 ¿Hace algún tipo de ejercicio como pasear, nadar o montar en bicicleta 2 ó 3 veces por semana en su tiempo libres?		
4.2 En los momentos que aumenta dolor, utiliza medidas caseras como bolsa de frio para aliviarlo		

4.3 Muchos pacientes tiene dificultades para hacer sus ejercicios recomendados por su fisioterapeuta en casa. ¿Consiguió usted realizar sus ejercicios en su casa?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca No me mando ejercicios

⁵ PATIENT GLOBAL IMPRESSION OF CHANGE SCALE

⁶ Estas preguntas son del cuestionario CATENFIS

5. Reclamaciones⁷

5.1 ¿Ha puesto alguna queja o incidencia durante el transcurso del proceso?

SI NO

5.2 En caso afirmativo marque con una x el contenido de dichas quejas:

Instalaciones y equipamiento	
Tiempo transcurrido en la lista de espera	
Organización y funcionamiento	
Trato recibido por parte del fisioterapeuta	
Otras: ¿Cuáles? _____	

6. Duración del tratamiento

¿Respecto al tiempo que ha estado en Fisioterapia, marque con una x lo que ha ocurrido en su caso?

Creo que he estado el tiempo necesario

Creo que me han dado el ALTA muy pronto

Pienso que he estado en Fisioterapia demasiado tiempo

TIPO DE TRATAMIENTO (programa enseñanza, tratamiento con sesiones)	DE o con nº	NUMERO TOTAL DE SESIONES	FRECUENCIA DE LAS SESIONES (diarias, alternos, semanal)	TRATAMIENTO (T: Termoterapia, E: Electroterapia, T.M: Terapia manual E: enseñanza, C: crioterapia)
			días 1	

⁷ Estas preguntas son añadidas

CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO CON PATOLOGÍA EN EL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO, DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS EN LAS PATOLOGIAS LOCALIZADAS EN ARTICULACIÓN COXOFEMORAL

1.2

Investigador: _____ Fisioterapeuta _____

Centro: _____

N.º Paciente: _____

Cuestionario / Dimensión:	PRIMERA VALORACIÓN	Resultado
Escala EVA: Escala visual-analógica del dolor graduada		
ROM (recorrido articular activo y pasivo)		
TIME UP AND GO Test (TUG)		
TEST DE FUERZA DE MMII		
Cuestionario WOMAC		
CUESTIONARIO PRIMERA CONSULTA FISIOTERAPIA		

Percepción del paciente respecto a la 1ª EVA:

MEJOR
 IGUAL
 PEOR

EVA: primera valoración

No dolor-----Insoporable
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Test de fuerza MMII	
Tiempo que tarda en levantarse y sentarse 5 veces	____ seg

TUG (time up and go)
____ min

VALORACIÓN OBJETIVA: primera valoración	ROM CADERA DERECHA activa	ROM CADERA IZQUIERDA activa
EXTENSIÓN ACTIVA CADERA		
FLEXIÓN ACTIVA CADERA		
ABDUCCIÓN CADERA		
ADUCCIÓN CADERA		
ROTACIÓN EXTERNA		
ROTACIÓN INTERNA		

CUESTIONARIO WOMAC PARA ARTROSIS

Apartado A

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas tratan sobre cuánto **DOLOR** siente usted en las **caderas y/o rodillas** como consecuencia de su **artrosis**. Para cada situación indique cuánto **DOLOR** ha notado en los **últimos 2 días**. (Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

PREGUNTA: ¿Cuánto dolor tiene?

1. Al andar por un terreno llano.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

2. Al subir o bajar escaleras.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

3. Por la noche en la cama.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

4. Al estar sentado o tumbado.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

5. Al estar de pie.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

Apartado B

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas sirven para conocer cuánta **RIGIDEZ** (no dolor) ha notado en sus **caderas y/o rodillas** en los **últimos 2 días**. **RIGIDEZ** es una sensación de dificultad inicial para mover con facilidad las articulaciones. (Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

1. ¿Cuánta **rigidez** nota **después de despertarse** por la mañana?

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

2. ¿Cuánta **rigidez** nota durante **el resto del día** después de estar sentado, tumbado o descansando?

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

Apartado C

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas sirven para conocer su **CAPACIDAD FUNCIONAL**. Es decir, su capacidad para moverse, desplazarse o cuidar de sí mismo. Indique cuánta dificultad ha notado en los **últimos 2 días** al realizar cada una de las siguientes actividades, como consecuencia de su **artrosis de caderas y/o rodillas**. (Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

PREGUNTA: ¿Qué grado de dificultad tiene al...?

1. Bajar las escaleras.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

2. Subir las escaleras

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

3. Levantarse después de estar sentado.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

4. Estar de pie.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

5. Agacharse para coger algo del suelo.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

6. Andar por un terreno llano.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

7. Entrar y salir de un coche.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

8. Ir de compras.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

9. Ponerse las medias o los calcetines.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

10. Levantarse de la cama.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

11. Quitarse las medias o los calcetines.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

12. Estar tumbado en la cama.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

13. Entrar y salir de la ducha/bañera.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

14. Estar sentado.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

15. Sentarse y levantarse del retrete.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

16. Hacer tareas domésticas pesadas.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

17. Hacer tareas domésticas ligeras.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

CUESTIONARIO AL ALTA DE FISIOTERAPIA

7. Por favor indique el **grado de satisfacción** con los siguientes aspectos referentes a **la estructura organizativa del servicio de Fisioterapia**. Conteste utilizando la siguiente escala de caras⁸:



Nada satisfecho Insatisfecho Indiferente Satisfecho Muy satisfecho

1 2 3 4 5

1.1 La organización y funcionamiento	1	2	3	4	5
1.2 Horario del servicio	1	2	3	4	5
1.3 Frecuencia o número de sesiones por semana	1	2	3	4	5
1.4 Duración de la sesión	1	2	3	4	5
1.5 Tiempo que le ha dedicado su fisioterapeuta en exclusiva a usted	1	2	3	4	5

- 1.6 En su caso cree que había demasiados pacientes tratándose al mismo tiempo

SI	NO	NO SE
----	----	-------

8. Por favor indique **su satisfacción global con la atención recibida en Fisioterapia**. Conteste utilizando la siguiente escala de caras:



Nada satisfecho Insatisfecho Indiferente Satisfecho Muy satisfecho

Satisfacción global: 1 2 3 4 5

9. Desde el primer día que acudió a fisioterapia hasta hoy ¿cómo se encuentra de su problema actualmente? Marque con una cruz⁹

⁸ Estas preguntas son añadidas

⁹ PATIENT GLOBAL IMPRESSION OF CHANGE SCALE

He mejorado muchísimo	He mejorado bastante	He mejorado un poco	Estoy igual	He empeorado un poco	He empeorado bastante	He empeorado muchísimo

10. Adhesión ¹⁰

Marque con una cruz

	SI	NO
4.1 ¿Hace algún tipo de ejercicio como pasear, nadar o montar en bicicleta 2 ó 3 veces por semana en su tiempo libres?		
4.2 En los momentos que aumenta dolor, utiliza medidas caseras como bolsa de frio para aliviarlo		

4.3 Muchos pacientes tiene dificultades para hacer sus ejercicios recomendados por su fisioterapeuta en casa. ¿Consiguió usted realizar sus ejercicios en su casa?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca No me mando ejercicios

11. Reclamaciones ¹¹

5.1 ¿Ha puesto alguna queja o incidencia durante el transcurso del proceso?

SI NO

5.2 En caso afirmativo marque con una x el contenido de dichas quejas:

Instalaciones y equipamiento	
Tiempo transcurrido en la lista de espera	
Organización y funcionamiento	
Trato recibido por parte del fisioterapeuta	
Otras: ¿Cuáles? _____	

12. Duración del tratamiento

¹⁰ Estas preguntas son del cuestionario CATENFIS

¹¹ Estas preguntas son añadidas

¿Respecto al tiempo que ha estado en Fisioterapia, marque con una x lo que ha ocurrido en su caso?

Creo que he estado el tiempo necesario

Creo que me han dado el ALTA muy pronto

Pienso que he estado en Fisioterapia demasiado tiempo

TIPO DE TRATAMIENTO (programa o enseñanza, tratamiento con n.º sesiones)	NUMERO TOTAL DE SESIONES	FRECUENCIA DE LAS SESIONES (diarias, días alternos, 1 semanal)	TRATAMIENTO (T: Termoterapia, E: Electroterapia, T.M: Terapia manual E: enseñanza, C: crioterapia)

CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO CON PATOLOGÍA EN EL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO, DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS EN LAS PATOLOGÍAS LOCALIZADAS EN LA ARTICULACIÓN DE LA RODILLA

1.2

Investigador: _____ Fisioterapeuta _____

Centro: _____

N.º Paciente: _____

Cuestionarios de salud VALORACIÓN AL ALTA DE FISIOTERAPIA

Cuestionario / Dimensión	Resultado
Escala EVA	
ROM	
Cuestionario WOMAC	
CUESTIONARIO	

Percepción del paciente respecto a la 1ª EVA:

MEJOR **IGUAL** **PEOR**

EVA: segunda valoración

Escala visual-analógica graduada numéricamente para la valoración de la intensidad del dolor.

No dolor-----Insoportable
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VALORACIÓN OBJETIVA: primera valoración	ROM RODILLA DERECHA Activa	ROM RODILLA IZQUIERDA Activa
FLEXIÓN RODILLA		
EXTENSIÓN RODILLA		

TUG: time up and go
_____seg

Test de fuerza MMII	
Tiempo que tarda en levantarse y sentarse 5 veces	_____seg

CUESTIONARIO WOMAC PARA ARTROSIS

Apartado A

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas tratan sobre cuánto **DOLOR** siente usted en las **caderas y/o rodillas** como consecuencia de su **artrosis**. Para cada situación indique cuánto **DOLOR** ha notado en los **últimos 2 días**. (Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

PREGUNTA: ¿Cuánto dolor tiene?

1. Al andar por un terreno llano.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

2. Al subir o bajar escaleras.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

3. Por la noche en la cama.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

4. Al estar sentado o tumbado.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

5. Al estar de pie.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

Apartado B

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas sirven para conocer cuánta **RIGIDEZ** (no dolor) ha notado en sus **caderas y/o rodillas** en los **últimos 2 días**. **RIGIDEZ** es una sensación de dificultad inicial para mover con facilidad las articulaciones. (Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

1. ¿Cuánta **rigidez** nota **después de despertarse** por la mañana?

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

2. ¿Cuánta **rigidez** nota durante el **resto del día** después de estar sentado, tumbado o descansando?

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

Apartado C

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas sirven para conocer su **CAPACIDAD FUNCIONAL**. Es decir, su capacidad para moverse, desplazarse o cuidar de sí mismo. Indique cuánta dificultad ha notado en los **últimos 2 días** al realizar cada una de las siguientes actividades, como consecuencia de su **artrosis de caderas y/o rodillas**. (Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

PREGUNTA: ¿Qué grado de dificultad tiene al...?

1. Bajar las escaleras.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

2. Subir las escaleras
Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
3. Levantarse después de estar sentado.
Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
4. Estar de pie.
Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
5. Agacharse para coger algo del suelo.
Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
6. Andar por un terreno llano.
Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
7. Entrar y salir de un coche.
Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
8. Ir de compras.
Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
9. Ponerse las medias o los calcetines.
Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
10. Levantarse de la cama.
Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
11. Quitarse las medias o los calcetines.
Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
12. Estar tumbado en la cama.
Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
13. Entrar y salir de la ducha/bañera.
Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
14. Estar sentado.
Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
15. Sentarse y levantarse del retrete.
Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
16. Hacer tareas domésticas pesadas.
Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima
17. Hacer tareas domésticas ligeras.
Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

CUESTIONARIO AL ALTA DE FISIOTERAPIA

1. Por favor indique el **grado de satisfacción** con los siguientes aspectos referentes a la **estructura organizativa del servicio de Fisioterapia**. Conteste utilizando la siguiente escala de caras¹²:



Nada satisfecho Insatisfecho Indiferente Satisfecho Muy satisfecho
 1 2 3 4 5

1.1 La organización y funcionamiento	1	2	3	4	5
1.2 Horario del servicio	1	2	3	4	5
1.3 Frecuencia o número de sesiones por semana	1	2	3	4	5
1.4 Duración de la sesión	1	2	3	4	5
1.5 Tiempo que le ha dedicado su fisioterapeuta en exclusiva a usted	1	2	3	4	5

SI	NO	NO SE
----	----	-------

- 1.6 En su caso cree que había demasiados pacientes tratándose al mismo tiempo

2. Por favor indique su **satisfacción global con la atención recibida en Fisioterapia**. Conteste utilizando la siguiente escala de caras:



Nada satisfecho Insatisfecho Indiferente Satisfecho Muy satisfecho

Satisfacción global: 1 2 3 4 5

3. Desde el primer día que acudió a fisioterapia hasta hoy ¿cómo se encuentra de su problema actualmente? Marque con una cruz¹³

¹² Estas preguntas son añadidas

He mejorado muchísimo	He mejorado bastante	He mejorado un poco	Estoy igual	He empeorado un poco	He empeorado bastante	He empeorado muchísimo

4. Adhesión¹⁴

Marque con una cruz

	SI	NO
4.1 ¿Hace algún tipo de ejercicio como pasear, nadar o montar en bicicleta 2 ó 3 veces por semana en su tiempo libres?		
4.2 En los momentos que aumenta dolor, utiliza medidas caseras como bolsa de frio para aliviarlo		

4.3 Muchos pacientes tiene dificultades para hacer sus ejercicios recomendados por su fisioterapeuta en casa. ¿Consiguió usted realizar sus ejercicios en su casa?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca No me mando ejercicios

5. Reclamaciones¹⁵

5.1 ¿Ha puesto alguna queja o incidencia durante el transcurso del proceso?

SI NO

5.2 En caso afirmativo marque con una x el contenido de dichas quejas:

Instalaciones y equipamiento	
Tiempo transcurrido en la lista de espera	
Organización y funcionamiento	
Trato recibido por parte del fisioterapeuta	
Otras: ¿Cuáles? _____	

¹³ PATIENT GLOBAL IMPRESSION OF CHANGE SCALE

¹⁴ Estas preguntas son del cuestionario CATENFIS

¹⁵ Estas preguntas son añadidas

6. Duración del tratamiento

¿Respecto al tiempo que ha estado en Fisioterapia, marque con una x lo que ha ocurrido en su caso?

Creo que he estado el tiempo necesario

Creo que me han dado el ALTA muy pronto

Pienso que he estado en Fisioterapia demasiado tiempo

TIPO DE TRATAMIENTO (programa o enseñanza, tratamiento con n.º sesiones)	NUMERO TOTAL DE SESIONES	FRECUENCIA DE LAS SESIONES (diarias, días alternos, 1 semanal)	TRATAMIENTO (T: Termoterapia, E: Electroterapia, T.M: Terapia manual E: enseñanza, C: crioterapia)

CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO CON PATOLOGICA EN EL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO, DE LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA.

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PARA LAS PATOLOGIAS DEL RAQUIS CERVICAL

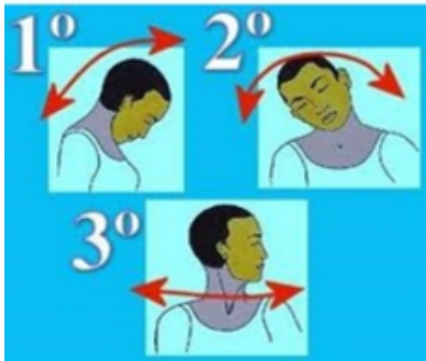
1.2

Investigador: _____

Centro: _____

N.º de paciente: _____

VISITA AL ALTA DE FISIOTERAPIA



Cuestionario / Dimensión	Resultado	
	Grados	Dolorosa
Flexión		
Extensión		
Lateralización		
Rotación		

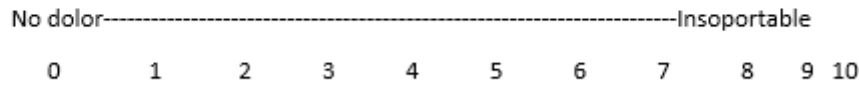
Cuestionario / Dimensión	Resultado
Escala EVA	
IDC: Índice Discapacidad Cervical	
Cuestionario exploración cervical	

Percepción del paciente respecto a la 1ª EVA:

MEJOR	IGUAL	PEOR
-------	-------	------

EVA

Escala visual-analógica graduada numéricamente para la valoración de la intensidad del dolor.



Índice de Discapacidad Cervical: IDC

Este cuestionario se ha diseñado para dar información a su médico sobre cómo le afecta a su vida diaria el dolor de cuello. Por favor, rellene todas las preguntas posibles y marque en cada una SÓLO LA RESPUESTA QUE MÁS SE APROXIME A SU CASO. Aunque en alguna pregunta se pueda aplicar a su caso más de una respuesta, marque sólo la que represente mejor su problema.

Pregunta 1: Intensidad del dolor de cuello

- No tengo dolor en este momento
- El dolor es muy leve en este momento
- El dolor es moderado en este momento
- El dolor es fuerte en este momento
- El dolor es muy fuerte en este momento
- En este momento el dolor es el peor que uno se puede imaginar

Pregunta 2: Cuidados personales

(lavarse, vestirse, etc.)

- Puedo cuidarme con normalidad sin que me aumente el dolor
- Puedo cuidarme con normalidad, pero esto me aumenta el dolor
- Cuidarme me duele de forma que tengo que hacerlo despacio y con cuidado
- Aunque necesito alguna ayuda, me las arreglo para casi todos mis cuidados
- Todos los días necesito ayuda para la mayor parte de mis cuidados
- No puedo vestirme, me lavo con dificultad y me quedo en la cama

Pregunta 3: Levantar pesos

- Puedo levantar objetos pesados sin aumento del dolor
- Puedo levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero lo puedo hacer si están colocados en un sitio fácil como, por ejemplo, en una mesa
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo levantar objetos medianos o ligeros si están colocados en un sitio fácil
- Sólo puedo levantar objetos muy ligeros
- No puedo levantar ni llevar ningún tipo de peso

Pregunta 4: Lectura

- Puedo leer todo lo que quiera sin que me duela el cuello
- Puedo leer todo lo que quiera con un dolor leve en el cuello
- Puedo leer todo lo que quiera con un dolor moderado en el cuello
- No puedo leer todo lo que quiero debido a un dolor moderado en el cuello
- Apenas puedo leer por el gran dolor que me produce en el cuello
- No puedo leer nada en absoluto

Pregunta 5: Dolor de cabeza

- No tengo ningún dolor de cabeza
- A veces tengo un pequeño dolor de cabeza
- A veces tengo un dolor moderado de cabeza
- Con frecuencia tengo un dolor moderado de Cabeza
- Con frecuencia tengo un dolor fuerte de cabeza
- Tengo dolor de cabeza casi continuo

Pregunta 6: Concentrarse en algo

- Me concentro totalmente en algo cuando quiero sin dificultad
- Me concentro totalmente en algo cuando quiero con alguna dificultad
- Tengo alguna dificultad para concentrarme cuando quiero
- Tengo bastante dificultad para concentrarme cuando quiero
- Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero
- No puedo concentrarme nunca

Pregunta 7: Trabajo y actividades habituales

- Puedo trabajar todo lo que quiero
- Puedo hacer mi trabajo habitual, pero no más
- Puedo hacer casi todo mi trabajo habitual, pero no más
- No puedo hacer mi trabajo habitual
- A duras penas puedo hacer algún tipo de trabajo
- No puedo trabajar en nada

Pregunta 8: Conducción de vehículos

- Puedo conducir sin dolor de cuello
- Puedo conducir todo lo que quiero, pero con un ligero dolor de cuello
- Puedo conducir todo lo que quiero, pero con un moderado dolor de cuello
- No puedo conducir todo lo que quiero debido al dolor de cuello
- Apenas puedo conducir debido al intenso dolor de cuello
- No puedo conducir nada por el dolor de cuello

Pregunta 9: Sueño

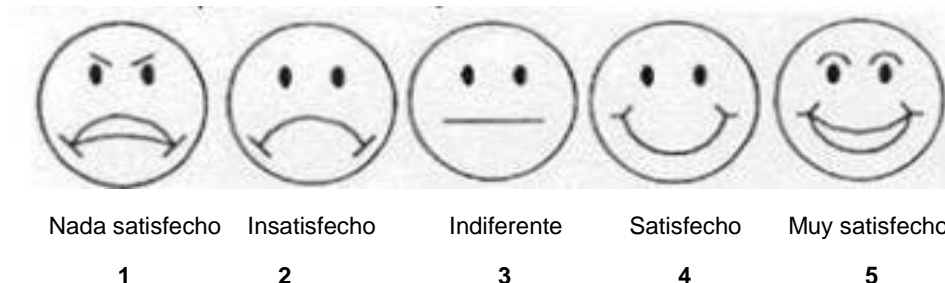
- No tengo ningún problema para dormir
- El dolor de cuello me hace perder menos de 1 hora de sueño cada noche
- El dolor de cuello me hace perder de 1 a 2 horas de sueño cada noche
- El dolor de cuello me hace perder de 2 a 3 horas de sueño cada noche
- El dolor de cuello me hace perder de 3 a 5 horas de sueño cada noche
- El dolor de cuello me hace perder de 5 a 7 horas de sueño cada noche

Pregunta 10: Actividades de ocio

- Puedo hacer todas mis actividades de ocio sin dolor de cuello
- Puedo hacer todas mis actividades de ocio con algún dolor de cuello
- No puedo hacer algunas de mis actividades de ocio por el dolor de cuello
- Sólo puedo hacer unas pocas actividades de ocio por el dolor del cuello
- Apenas puedo hacer las cosas que me gustan debido al dolor del cuello.
- No puedo realizar ninguna actividad de ocio

CUESTIONARIO AL ALTA DE FISIOTERAPIA

1. Indique su grado de satisfacción con los siguientes aspectos referentes a la estructura organizativa de la unidad de fisioterapia: Conteste utilizando la siguiente escala de caras:



1.1 La organización y funcionamiento	1	2	3	4	5
1.2 Horario del servicio	1	2	3	4	5
1.3 Frecuencia o número de sesiones por semana	1	2	3	4	5
1.4 Duración de la sesión	1	2	3	4	5
1.5 Tiempo que le ha dedicado su fisioterapeuta en exclusiva a usted	1	2	3	4	5

- 1.6 En su caso cree que había demasiados pacientes tratándose al mismo tiempo

SI	NO	NO SE
----	----	-------

2. Por favor indique **su satisfacción global con la atención recibida en Fisioterapia**. Conteste utilizando la siguiente escala de caras:



Sat. global: 1 2 3 4 5

3. Desde el primer día que acudió a fisioterapia hasta hoy ¿cómo se encuentra de su problema actualmente? Marque con una cruz¹⁶

¹⁶ PATIENT GLOBAL IMPRESSION OF CHANGE SCALE

He mejorado muchísimo	He mejorado bastante	He mejorado un poco	Estoy igual	He empeorado un poco	He empeorado bastante	He empeorado muchísimo

4. Adhesión ¹⁷

Marque con una cruz

	SI	NO
4.1 ¿Hace algún tipo de ejercicio como pasear, nadar o montar en bicicleta 2 ó 3 veces por semana en su tiempo libres?		
4.2 En los momentos que aumenta dolor, utiliza medidas caseras como bolsa de frio para aliviarlo		

4.3 Muchos pacientes tiene dificultades para hacer sus ejercicios recomendados por su fisioterapeuta en casa. ¿Consiguió usted realizar sus ejercicios en su casa?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca No me mando ejercicios

5. Reclamaciones ¹⁸

5.1 ¿Ha puesto alguna queja o incidencia durante el transcurso del proceso?

SI NO

5.2 En caso afirmativo marque con una x el contenido de dichas quejas:

Instalaciones y equipamiento	
Tiempo transcurrido en la lista de espera	
Organización y funcionamiento	
Trato recibido por parte del fisioterapeuta	
Otras: ¿Cuáles? _____	

¹⁷ Estas preguntas son del cuestionario CATENFIS

¹⁸ Estas preguntas son añadidas

6. Duración del tratamiento

¿Respecto al tiempo que ha estado en Fisioterapia, marque con una x lo que ha ocurrido en su caso?

- Creo que he estado el tiempo necesario
- Creo que me han dado el ALTA muy pronto
- Pienso que he estado en Fisioterapia demasiado tiempo

TIPO DE TRATAMIENTO (programa o enseñanza, tratamiento con n.º sesiones)	NUMERO TOTAL DE SESIONES	FRECUENCIA DE LAS SESIONES (diarias, días alternos, 1 semanal)	TRATAMIENTO (T: Termoterapia, E: Electroterapia, T.M: Terapia manual E: enseñanza, C: crioterapia)

**CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO CON PATOLOGICA EN
EL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO, DE LA UNIDAD DE
FISIOTERAPIA.**





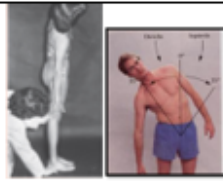

**CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PARA LAS PATOLOGIAS DEL
RAQUIS LUMBAR**

1.2

Investigador: _____

Centro: _____

N.º de paciente: _____

Cuestionario PRIMERA VALORACIÓN: Exploración Física básica			
No dolorosa/ Dolorosa			
Dedo suelo	_____cm		
Flexión Maniobra de Schöber	_____cm		
Extensión	-----cm		
Prueba del arco de Forestier (lateral)	L. DCHO.: _____cm L. IZQ.: _____cm		
Prueba del arco de Forestier (rotación)	L. DCHO.: _____º L. IZQ.: _____º		

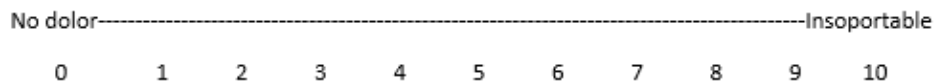
Cuestionario / Dimensión	Resultado
Escala EVA	
Escala OSWESTRY	
CUESTIONARIO primera consulta fisioterapia	

Percepción del paciente respecto a la 1ª EVA:

MEJOR	IGUAL	PEOR
-------	-------	------

2ª EVA

Escala visual-analógica graduada numéricamente para la valoración de la intensidad del dolor.



Índice de Discapacidad de Oswestry

En las siguientes actividades, marque con una cruz la frase que en cada pregunta se parezca más a su situación:

1. Intensidad del dolor

- (0) Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes
- (1) El dolor es fuerte, pero me arreglo sin tomar calmantes
- (2) Los calmantes me alivian completamente el dolor
- (3) Los calmantes me alivian un poco el dolor
- (4) Los calmantes apenas me alivian el dolor
- (5) Los calmantes no me alivian el dolor y no los tomo

2. Estar de pie

- (0) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor
- (1) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera, pero me aumenta el dolor
- (2) El dolor me impide estar de pie más de una hora
- (3) El dolor me impide estar de pie más de media hora

- (4) El dolor me impide estar de pie más de 10 minutos
- (5) El dolor me impide estar de pie

3.Cuidados personales

- (0) Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor
- (1) Me las puedo arreglar solo, pero esto me aumenta el dolor
- (2) Lavarme, vestirme, etc, me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado
- (3) Necesito alguna ayuda, pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo solo
- (4) Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas
- (5) No puedo vestirme, me cuesta lavarme y suelo quedarme en la cama

4.Dormir

- (0) El dolor no me impide dormir bien
- (1) Sólo puedo dormir si tomo pastillas
- (2) Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas
- (3) Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas
- (4) Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas
- (5) El dolor me impide totalmente dormir

5.Levantar peso

- (0) Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor
- (1) Puedo levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor
- (2) El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (ej. en una mesa)
- (3) El dolor me impide levantar objetos pesados, pero sí puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo
- (4) Sólo puedo levantar objetos muy ligeros
- (5) No puedo levantar ni elevar ningún objeto

6.Actividad sexual

- (0) Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor
- (1) Mi actividad sexual es normal, pero me aumenta el dolor
- (2) Mi actividad sexual es casi normal, pero me aumenta mucho el dolor

- (3) Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor
- (4) Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor
- (5) El dolor me impide todo tipo de actividad sexual

7.Andar

- (0) El dolor no me impide andar
- (1) El dolor me impide andar más de un kilómetro
- (2) El dolor me impide andar más de 500 metros
- (3) El dolor me impide andar más de 250 metros
- (4) Sólo puedo andar con bastón o muletas
- (5) Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño

8.Vida social

- (0) Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor
- (1) Mi vida social es normal, pero me aumenta el dolor
- (2) El dolor no tiene no tiene un efecto importante en mi vida social, pero si impide mis actividades más enérgicas como bailar, etc.
- (3) El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo
- (4) El dolor ha limitado mi vida social al hogar
- (5) No tengo vida social a causa del dolor

9.Estar sentado

- (0) Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera
- (1) Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera
- (2) El dolor me impide estar sentado más de una hora
- (3) El dolor me impide estar sentado más de media hora
- (4) El dolor me impide estar sentado más de 10 minutos
- (5) El dolor me impide estar sentado

10.Viajar

- (0) Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor
- (1) Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor
- (2) El dolor es fuerte, pero aguanto viajes de más de 2 horas

- (3) El dolor me limita a viajes de menos de una hora
- (4) El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora
- (5) El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital

0: 0 puntos; **1:** 1 punto; **2:** 2 puntos; **3:** 3 puntos; **4:** 4 puntos; **5:** 5 puntos.

Sumar el resultado de cada respuesta y multiplicar el resultado x 2 y obtendremos el resultado en % de incapacidad.

CUESTIONARIO AL ALTA DE FISIOTERAPIA

2. Indique su grado de satisfacción con los siguientes aspectos referentes a la estructura organizativa de la unidad de fisioterapia: Conteste utilizando la siguiente escala de caras:



Nada satisfecho Insatisfecho Indiferente Satisfecho Muy satisfecho
1 **2** **3** **4** **5**

1.1 La organización y funcionamiento	1	2	3	4	5
1.2 Horario del servicio	1	2	3	4	5
1.3 Frecuencia o número de sesiones por semana	1	2	3	4	5
1.4 Duración de la sesión	1	2	3	4	5
1.5 Tiempo que le ha dedicado su fisioterapeuta en exclusiva a usted	1	2	3	4	5

1.6 En su caso cree que había demasiados pacientes tratándose al mismo tiempo

SI	NO	NO SE
----	----	-------

2. Por favor indique **su satisfacción global con la atención recibida en Fisioterapia**. Conteste utilizando la siguiente escala de caras:



	Nada satisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
Satisfacción global:	1	2	3	4	5

3. Desde el primer día que acudió a fisioterapia hasta hoy ¿cómo se encuentra de su problema actualmente? Marque con una cruz¹⁹

He mejorado muchísimo	He mejorado bastante	He mejorado un poco	Estoy igual	He empeorado un poco	He empeorado bastante	He empeorado muchísimo

4. **Adhesión**²⁰
 Marque con una cruz

	SI	NO
4.1 ¿Hace algún tipo de ejercicio como pasear, nadar o montar en bicicleta 2 ó 3 veces por semana en su tiempo libres?		
4.2 En los momentos que aumenta dolor, utiliza medidas caseras como bolsa de frio para aliviarlo		

4.3 Muchos pacientes tiene dificultades para hacer sus ejercicios recomendados por su fisioterapeuta en casa. ¿Consiguió usted realizar sus ejercicios en su casa?					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	No me mando ejercicios

¹⁹ PATIENT GLOBAL IMPRESSION OF CHANGE SCALE

²⁰ Estas preguntas son del cuestionario CATENFIS

5. Reclamaciones²¹

5.1 ¿Ha puesto alguna queja o incidencia durante el transcurso del proceso?

SI NO

5.2 En caso afirmativo marque con una x el contenido de dichas quejas:

Instalaciones y equipamiento	
Tiempo transcurrido en la lista de espera	
Organización y funcionamiento	
Trato recibido por parte del fisioterapeuta	
Otras: ¿Cuáles? _____	

6. Duración del tratamiento

¿Respecto al tiempo que ha estado en Fisioterapia, marque con una x lo que ha ocurrido en su caso?

Creo que he estado el tiempo necesario

Creo que me han dado el ALTA muy pronto

Pienso que he estado en Fisioterapia demasiado tiempo

TIPO DE TRATAMIENTO	NUMERO TOTAL DE SESIONES	FRECUENCIA DE LAS SESIONES	TRATAMIENTO
P: Programa o enseñanza, Tto. tratamiento con n.º sesiones		(diarias, días alternos, 1 semanal)	(T: Termoterapia, E: Electroterapia, T.M: Terapia manual E: enseñanza, C: criot)

²¹ Estas preguntas son añadidas

ANEXO 9. CUESTIONARIO WOMAC PARA ARTROSIS

Apartado A**INSTRUCCIONES**

Indique cuánto **DOLOR** ha notado en los **últimos 2 días**. (Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

PREGUNTA: ¿Cuánto dolor tiene?

1. Al andar por un terreno llano.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

2. Al subir o bajar escaleras.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

3. Por la noche en la cama.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

4. Al estar sentado o tumbado.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

5. Al estar de pie.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

Apartado B**INSTRUCCIONES**

Las siguientes preguntas sirven para conocer cuánta **RIGIDEZ** (no dolor) ha notado en sus **caderas y/o rodillas** en los **últimos 2 días**. **RIGIDEZ** es una sensación de dificultad inicial para mover con facilidad las articulaciones. (Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

1. ¿Cuánta **rigidez** nota **después de despertarse** por la mañana?

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

2. ¿Cuánta **rigidez** nota durante **el resto del día** después de estar sentado, tumbado o descansando?

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

Apartado C**INSTRUCCIONES**

Las siguientes preguntas sirven para conocer su **CAPACIDAD FUNCIONAL**. Es decir, su capacidad para moverse, desplazarse o cuidar de sí mismo. Indique cuánta dificultad ha notado en los **últimos 2 días** al realizar cada una de las siguientes actividades, como consecuencia de su **artrosis de caderas y/o rodillas**. (Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

PREGUNTA: ¿Qué grado de dificultad tiene al...?

1. Bajar las escaleras.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

2. Subir las escaleras

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

3. Levantarse después de estar sentado.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

4. Estar de pie.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

5. Agacharse para coger algo del suelo.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

6. Andar por un terreno llano.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

7. Entrar y salir de un coche.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

8. Ir de compras.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

9. Ponerse las medias o los calcetines.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

10. Levantarse de la cama.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

11. Quitarse las medias o los calcetines.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

12. Estar tumbado en la cama.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

13. Entrar y salir de la ducha/bañera.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

14. Estar sentado.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

15. Sentarse y levantarse del retrete.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

16. Hacer tareas domésticas pesadas.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

17. Hacer tareas domésticas ligeras.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

ANEXO 10. ESCALA DASH.

Por favor, puntúe su habilidad o capacidad para realizar las siguientes actividades durante la última semana. Para ello marque con un círculo el número apropiado para cada respuesta

	<i>ninguna dificultad</i>	<i>dificultad leve</i>	<i>dificultad moderada</i>	<i>mucha dificultad</i>	<i>imposible de realizar</i>
1. Abrir un bote de cristal nuevo	1	2	3	4	5
2. Escribir	1	2	3	4	5
3. Preparar la comida	1	2	3	4	5
4. Girar la llave para abrir la puerta o encender el coche	1	2	3	4	5
5. Empujar y abrir una puerta pesada	1	2	3	4	5
6. Colocar un objeto en estanterías situadas por encima de su cabeza	1	2	3	4	5
7. Realizar tareas duras de la casa como fregar el piso, limpiar paredes y cristales, etc.	1	2	3	4	5
8. Arreglar el jardín o realizar trabajos en el campo	1	2	3	4	5
9. Hacer las camas	1	2	3	4	5
10. Cargar una bolsa del supermercado o llevar un maletín	1	2	3	4	5
11. Cargar un objeto pesado (más de 5 kilos)	1	2	3	4	5
12. Cambiar una bombilla del techo	1	2	3	4	5
13. Lavarse y secarse el pelo	1	2	3	4	5
14. Lavarse la espalda	1	2	3	4	5
15. Ponerse un jersey o un suéter	1	2	3	4	5
16. Usar un cuchillo para cortar la comida	1	2	3	4	5

	<i>ninguna dificultad</i>	<i>dificultad leve</i>	<i>dificultad moderada</i>	<i>muchas dificultades</i>	<i>imposible de realizar</i>
17. Actividades de entretenimiento que requieren poco esfuerzo como hacer punto, coser, jugar a las cartas o al dominó	1	2	3	4	5
18. Actividades que requieren algo de esfuerzo para su brazo, hombro o mano, como usar un martillo, jugar al golf, al tenis o a la petanca	1	2	3	4	5
19. Actividades que requieren que su brazo se mueva libremente como nadar	1	2	3	4	5
20. Conducir	1	2	3	4	5
21. Actividad sexual	1	2	3	4	5
22. ¿Durante la última semana, sus problemas de hombro, brazo o mano han interferido con su actividad social habitual con la familia, sus amigos o compañeros de trabajo?	1	2	3	4	5
23. ¿Durante la última semana ha tenido usted dificultad para realizar su trabajo y otras actividades diarias debido a problemas en su hombro, brazo o mano?	1	2	3	4	5

Por favor ponga puntuación a la gravedad o severidad de los siguientes síntomas

	<i>Ninguno</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Grave</i>	<i>Muy grave</i>
24. Dolor en el hombro, brazo o mano	1	2	3	4	5
25. Dolor en el hombro, brazo o mano cuando realiza cualquier actividad específica	1	2	3	4	5
26. Sensación de calambres, hormigueos o de electricidad en el hombro, brazo o mano	1	2	3	4	5
27. Debilidad o falta de fuerza en el hombro, brazo y mano	1	2	3	4	5
28. Rigidez o falta de movilidad en el hombro, brazo y mano	1	2	3	4	5
29. ¿Durante la última semana ha tenido dificultad para dormir debido a dolor en el hombro, brazo o mano?	1	2	3	4	5

	<i>Completamente falso</i>	<i>Falso</i>	<i>No lo sé</i>	<i>Cierto</i>	<i>Completamente cierto</i>
30. Me siento con menos capacidad, confianza y útil debido a mi problema con el hombro, brazo o mano	1	2	3	4	5

ANEXO 11. TEST DE CONSTANT-MURLEY

DOLOR (15 puntos)

Ninguno	15	
Ligero	10	
Medio	5	
Intenso	0	

MOVILIDAD CORRIENTE (20 puntos)

Trabajo pleno rendimiento	4	
Deporte sin limitación	4	
Sueño normal	2	
Amplitud de movimiento indoloro		
Hasta talle	2	
Hasta apófisis xifoides	4	
Hasta cuello	6	
A tocar la cabeza	8	
Por encima de la cabeza	10	

MOVILIDAD ACTIVA (40 puntos)

Abducción		
0° a 30°	0	
30° a 60°	2	
60° a 90°	4	
90° a 120°	6	
120° a 150°	8	
150° a 180°	10	
Flexión		
0° a 30°	0	
30° a 60°	2	
60° a 90°	4	
90° a 120°	6	
120° a 150°	8	
150° a 180°	10	
Rotación externa		
Mano detrás de la cabeza con codo adelantado	2	
Mano detrás de la cabeza con codo retrasado	2	
Mano sobre la cabeza con codo adelantado	2	
Mano sobre la cabeza con codo retrasado	2	
Mano por encima de la cabeza	2	
Rotación interna (Mano homolateral tocando con su cara dorsal)		
Muslo	0	
Gluteo	2	
Región lumbosacra	4	
Talle	6	
Última vértebra torácica.	8	
Séptima vértebra torácica	10	

POTENCIA (25 puntos)

2,27 puntos por Kg. de peso elevado y con un máximo de 11 kg.		
---	--	--

RESULTADO GLOBALES

EXCELENTES	80 puntos o más	
BUENOS	65-79 puntos	
MEDIOS	50-64 puntos	
MALOS	Menos de 50 puntos	

❖ El balance articular se realiza con el paciente sentado. La flexión y la abducción se mide con goniómetro

ANEXO 12. Índice de Discapacidad de Oswestry

En las siguientes actividades, marque con una cruz la frase que en cada pregunta se parezca más a su situación:

1. Intensidad del dolor

- (0) Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes
- (1) El dolor es fuerte, pero me arreglo sin tomar calmantes
- (2) Los calmantes me alivian completamente el dolor
- (3) Los calmantes me alivian un poco el dolor
- (4) Los calmantes apenas me alivian el dolor
- (5) Los calmantes no me alivian el dolor y no los tomo

2. Estar de pie

- (0) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor
- (1) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera, pero me aumenta el dolor
- (2) El dolor me impide estar de pie más de una hora
- (3) El dolor me impide estar de pie más de media hora
- (4) El dolor me impide estar de pie más de 10 minutos
- (5) El dolor me impide estar de pie

3. Cuidados personales

- (0) Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor
- (1) Me las puedo arreglar solo, pero esto me aumenta el dolor
- (2) Lavarme, vestirme, etc. me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado
- (3) Necesito alguna ayuda, pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo solo
- (4) Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas
- (5) No puedo vestirme, me cuesta lavarme y suelo quedarme en la cama

4. Dormir

- (0) El dolor no me impide dormir bien
- (1) Sólo puedo dormir si tomo pastillas
- (2) Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas
- (3) Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas

- (4) Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas
- (5) El dolor me impide totalmente dormir

5. Levantar peso

- (0) Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor
- (1) Puedo levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor
- (2) El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (ej. en una mesa)
- (3) El dolor me impide levantar objetos pesados, pero sí puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo
- (4) Sólo puedo levantar objetos muy ligeros
- (5) No puedo levantar ni elevar ningún objeto

6. Actividad sexual

- (0) Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor
- (1) Mi actividad sexual es normal, pero me aumenta el dolor
- (2) Mi actividad sexual es casi normal, pero me aumenta mucho el dolor
- (3) Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor
- (4) Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor
- (5) El dolor me impide todo tipo de actividad sexual

7. Andar

- (0) El dolor no me impide andar
- (1) El dolor me impide andar más de un kilómetro
- (2) El dolor me impide andar más de 500 metros
- (3) El dolor me impide andar más de 250 metros
- (4) Sólo puedo andar con bastón o muletas
- (5) Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño

8. Vida social

- (0) Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor
- (1) Mi vida social es normal, pero me aumenta el dolor
- (2) El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social, pero si impide mis actividades más enérgicas como bailar, etc.
- (3) El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo

- (4) El dolor ha limitado mi vida social al hogar
- (5) No tengo vida social a causa del dolor

9. Estar sentado

- (0) Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera
- (1) Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera
- (2) El dolor me impide estar sentado más de una hora
- (3) El dolor me impide estar sentado más de media hora
- (4) El dolor me impide estar sentado más de 10 minutos
- (5) El dolor me impide estar sentado

10. Viajar

- (0) Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor
- (1) Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor
- (2) El dolor es fuerte, pero aguanto viajes de más de 2 horas
- (3) El dolor me limita a viajes de menos de una hora
- (4) El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora
- (5) El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital

0: 0 puntos; **1:** 1 punto; **2:** 2 puntos; **3:** 3 puntos; **4:** 4 puntos; **5:** 5 puntos.

Sumar el resultado de cada respuesta y multiplicar el resultado x 2 y obtendremos el resultado en % de incapacidad.

ANEXO 13. Índice de discapacidad del raquis cervical NDI

Pregunta 1: Intensidad del dolor de cuello

- No tengo dolor en este momento
- El dolor es muy leve en este momento
- El dolor es moderado en este momento
- El dolor es fuerte en este momento
- El dolor es muy fuerte en este momento
- En este momento el dolor es el peor que uno se puede imaginar

Pregunta 2: Cuidados personales

(lavarse, vestirse, etc.)

- Puedo cuidarme con normalidad sin que me aumente el dolor
- Puedo cuidarme con normalidad, pero esto me aumenta el dolor
- Cuidarme me duele de forma que tengo que hacerlo despacio y con cuidado
- Aunque necesito alguna ayuda, me las arreglo para casi todos mis cuidados
- Todos los días necesito ayuda para la mayor parte de mis cuidados

- No puedo vestirme, me lavo con dificultad y me quedo en la cama

Pregunta 3: Levantar pesos

- Puedo levantar objetos pesados sin aumento del dolor
- Puedo levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero lo puedo hacer si están colocados en un sitio fácil como, por ejemplo, en una mesa
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo levantar objetos medianos o ligeros si están colocados en un sitio fácil
- Sólo puedo levantar objetos muy ligeros
- No puedo levantar ni llevar ningún tipo de peso

Pregunta 4: Lectura

- Puedo leer todo lo que quiera sin que me duela el cuello
- Puedo leer todo lo que quiera con un dolor leve en el cuello
- Puedo leer todo lo que quiera con un dolor moderado en el cuello
- No puedo leer todo lo que quiero debido a un dolor moderado en el cuello
- Apenas puedo leer por el gran dolor que me produce en el cuello
- No puedo leer nada en absoluto

Pregunta 5: Dolor de cabeza

- No tengo ningún dolor de cabeza
- A veces tengo un pequeño dolor de cabeza
- A veces tengo un dolor moderado de cabeza

-
- Con frecuencia tengo un dolor moderado de cabeza
 - Con frecuencia tengo un dolor fuerte de cabeza
 - Tengo dolor de cabeza casi continuo

Pregunta 6: Concentrarse en algo

- Me concentro totalmente en algo cuando quiero sin dificultad
- Me concentro totalmente en algo cuando quiero con alguna dificultad
- Tengo alguna dificultad para concentrarme cuando quiero
- Tengo bastante dificultad para concentrarme cuando quiero
- Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero
- No puedo concentrarme nunca

Pregunta 7: Trabajo y actividades habituales

- Puedo trabajar todo lo que quiero
- Puedo hacer mi trabajo habitual, pero no más
- Puedo hacer casi todo mi trabajo habitual, pero no más
- No puedo hacer mi trabajo habitual
- A duras penas puedo hacer algún tipo de trabajo
- No puedo trabajar en nada

Pregunta 8: Conducción de vehículos

- Puedo conducir sin dolor de cuello
- Puedo conducir todo lo que quiero, pero con un ligero dolor de cuello
- Puedo conducir todo lo que quiero, pero con un moderado dolor de cuello
- No puedo conducir todo lo que quiero debido al dolor de cuello
- Apenas puedo conducir debido al intenso dolor de cuello
- No puedo conducir nada por el dolor de cuello

Pregunta 9: Sueño

- No tengo ningún problema para dormir
- El dolor de cuello me hace perder menos de 1 hora de sueño cada noche
- El dolor de cuello me hace perder de 1 a 2 horas de sueño cada noche
- El dolor de cuello me hace perder de 2 a 3 horas de sueño cada noche
- El dolor de cuello me hace perder de 3 a 5 horas de sueño cada noche
- El dolor de cuello me hace perder de 5 a 7 horas de sueño cada noche

Pregunta 10: Actividades de ocio

- Puedo hacer todas mis actividades de ocio sin dolor de cuello
- Puedo hacer todas mis actividades de ocio con algún dolor de cuello
- No puedo hacer algunas de mis actividades de ocio por el dolor de cuello
- Sólo puedo hacer algunas pocas actividades de ocio por el dolor de cuello
- Apenas puedo hacer las cosas que me gustan debido al dolor del cuello
- No puedo realizar ninguna actividad de ocio

ANEXO 14. Escala de Satisfacción de Likert

Por favor indique **su satisfacción global con la atención recibida en Fisioterapia**. Conteste utilizando la siguiente escala de caras que va del 1 al 5, sabiendo que 1 es nada satisfecho y 5 muy satisfecho.



	Nada satisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
Satisfacción Global	1	2	3	4	5

ANEXO 15. PATIENT GLOBAL IMPRESSION OF CHANGE SCALE

Desde el primer día que acudió a fisioterapia hasta hoy ¿cómo se encuentra de su problema actualmente? Marque con una cruz

He mejorado muchísimo	He mejorado bastante	He mejorado un poco	Estoy igual	He empeorado un poco	He empeorado bastante	He empeorado muchísimo

ANEXO 16. RESULTADOS ESTADÍSTICOS

Patologías	Dominios y Áreas del PEPAP-Q		Mejoría recorrido articular		Mejoría fuerza muscular		Mejoría dolor (EVA)		Mejoría funcional	
			No	Sí (mejoría)	No	Sí (mejoría)	No	Sí (mejoría)	No	Mejoría
CADE RA	Información y educación	Me	.	7,69	20,00	,00	18,75	2,78	50,00	4,17
		DE	.	15,76	20,92	,00	23,94	8,33	.	9,73
	Apoyo emocional	Me	.	18,00	26,67	14,29	,00	20,00	.	18,00
		DE	.	28,98	30,55	29,92	.	30,00	.	28,98
	Sensibilización a los cambios del paciente	Me	.	36,33	49,95	28,54	49,95	33,30	.	36,33
		DE	.	45,79	57,68	40,46	70,64	44,05	.	45,79
	Duración de la atención	Me	99,90	99,90	99,90	99,90	99,90	99,90	99,90	99,90
		DE	.	,00	,00	,00	,00	,00	.	,00
	Interrupciones durante el tratamiento	Me	33,30	57,52	44,40	59,20	41,63	62,44	,00	60,55
		DE	.	44,90	50,87	43,35	41,90	45,16	.	41,64
	Tiempo de espera durante el tratamiento	Me	,00	48,67	26,64	55,50	19,98	59,20	33,30	46,11
		DE	.	46,33	27,86	52,65	29,78	49,33	.	48,14
	Seguridad del paciente	Me	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
		DE	.	,00	,00	,00	,00	,00	.	,00
	Área - Actitudes y comportami	Me	.	21,59	36,15	12,49	28,11	18,69	50,00	19,22
		DE	.	26,75	30,30	21,23	32,32	25,26	.	26,4

	entos del profesional				45		86			8
	Área - Ambiente organizacional	Me día	33,30	51,23	43,29	53,65	41,07	54,88	33,30	51,23
		DE	.	17,43	9,93	20,01	10,82	18,91	.	17,43
CERVI CAL	Información y educación	Me día	31,82	,00	.	.	38,89	25,00	37,50	28,12
		DE	40,22	.	.	.	43,50	37,98	47,87	40,70
	Apoyo emocional	Me día	45,71	,00	.	.	35,00	51,43	35,00	40,00
		DE	40,33	.	.	.	38,17	44,51	47,26	42,76
	Sensibilida d a los cambios del paciente	Me día	64,22	33,30	.	.	66,60	58,28	58,27	58,27
		DE	42,25	.	.	.	38,45	46,24	49,95	42,68
	Duración de la atención	Me día	96,39	99,90	.	.	99,90	94,35	99,90	95,14
		DE	15,28	.	.	.	,00	19,23	,00	17,80
	Interrupcion es durante el tratamiento	Me día	63,27	,00	.	.	59,20	61,05	49,95	59,46
		DE	37,27	.	.	.	40,02	39,74	42,99	41,67
	Tiempo de espera durante el tratamiento	Me día	55,50	99,90	.	.	70,30	48,67	74,93	51,06
		DE	48,64	.	.	.	45,43	50,16	49,95	48,53
	Seguridad del paciente	Me día	,00	,00	.	.	,00	,00	,00	,00
		DE	,00	.	.	.	,00	,00	,00	,00
	Área - Actitudes y comportamientos del profesional	Me día	38,47	11,10	.	.	40,60	35,15	43,59	32,00
		DE	37,85	.	.	.	39,74	37,22	46,63	36,57
Área - Ambiente organizacional	Me día	50,83	49,95	.	.	55,50	47,77	50,64	48,91	
	DE	20,91	.	.	.	15,57	23,07	28,33	19,67	

HOMBRO	Información y educación	Me día	39,29	20,42	11,67	25,48	19,23	23,15	27,78	21,55	
		DE	37,80	33,66	28,14	35,52	34,09	34,63	38,41	33,91	
	Apoyo emocional	Me día	50,00	24,35	22,00	27,50	13,33	28,18	40,00	24,89	
		DE	47,61	30,38	33,27	32,25	16,33	33,50	34,64	31,95	
	Sensibilización a los cambios del paciente	Me día	83,25	38,85	44,40	43,66	58,28	41,26	71,36	39,68	
		DE	27,86	41,41	40,78	43,08	38,79	42,81	29,96	42,60	
	Duración de la atención	Me día	90,39	96,57	99,90	94,87	92,76	96,76	92,50	96,46	
		DE	25,17	13,29	,00	16,52	19,28	13,49	22,20	13,51	
	Interrupciones durante el tratamiento	Me día	49,95	51,56	68,98	46,87	53,79	50,86	79,09	47,73	
		DE	45,90	41,63	40,18	41,18	41,99	41,95	30,51	41,75	
	Tiempo de espera durante el tratamiento	Me día	52,33	44,22	61,84	40,70	54,71	42,55	59,20	42,89	
		DE	50,34	42,44	43,04	42,25	40,48	43,59	43,35	42,86	
	Seguridad del paciente	Me día	14,29	5,65	6,67	6,48	,00	8,18	11,11	5,83	
		DE	37,80	18,34	25,82	19,54	,00	23,10	33,33	18,62	
	Área - Actitudes y comportamientos del profesional	Me día	56,52	27,71	19,99	33,81	30,99	30,65	43,03	28,80	
		DE	34,51	31,24	27,86	33,39	34,62	32,38	34,99	32,06	
	Área - Ambiente organizacional	Me día	52,33	48,68	57,17	46,79	50,54	48,67	60,13	47,38	
		DE	29,52	21,71	20,84	22,45	18,89	23,33	24,20	21,83	
	LUMBAR	Información y educación	Me día	12,50	14,29	.	.	14,58	12,50	,00	17,19
			DE	25,91	32,10	.	.	19,82	30,62	,00	30,74
Apoyo		Me	26,	15,38	.	.	23,	22,76	16,0	25,3	

	emocional	Me	67				64		0	3
		DE	30,88	27,27	.	.	23,35	32,39	24,59	31,48
	Sensibilidad a los cambios del paciente	Me	28,96	24,22	.	.	37,00	23,98	37,46	24,33
		DE	40,54	36,75	.	.	38,85	39,07	45,16	37,15
	Duración de la atención	Me	87,91	99,90	.	.	96,87	90,03	99,90	89,57
		DE	30,22	,00	.	.	10,04	28,93	,00	28,29
	Interrupciones durante el tratamiento	Me	68,90	68,98	.	.	63,82	70,90	66,60	69,63
		DE	36,62	38,00	.	.	41,30	35,18	35,10	37,57
	Tiempo de espera durante el tratamiento	Me	39,70	23,05	.	.	29,97	35,60	26,64	36,74
		DE	44,20	36,94	.	.	42,85	42,62	40,93	43,00
	Seguridad del paciente	Me	5,17	,00	.	.	,00	4,84	,00	4,55
		DE	15,50	,00	.	.	,00	15,03	,00	14,60
	Área - Actitudes y comportamientos del profesional	Me	22,54	15,87	.	.	25,64	18,33	16,32	21,59
		DE	25,00	25,45	.	.	19,41	26,92	20,08	26,52
	Área - Ambiente organizacional	Me	48,95	46,98	.	.	47,87	48,47	46,62	48,82
		DE	23,19	19,21	.	.	18,49	23,19	17,20	23,18
MANO	Información y educación	Me	33,33	28,33	30,00	30,36	35,71	27,94	.	25,00
		DE	39,53	29,68	28,38	36,92	34,93	32,93	.	30,35
	Apoyo emocional	Me	46,67	36,92	42,22	40,00	57,14	33,33	.	34,44
		DE	41,23	34,49	38,01	37,42	45,36	30,86	.	34,17
	Sensibilidad a los	Me	51,80	58,92	53,28	58,28	61,84	53,28	.	52,58

	cambios del paciente	DE	44,40	27,71	32,17	37,90	35,60	35,15	.	33,88
	Duración de la atención	Me día	96,20	99,90	99,90	97,34	95,14	99,90	.	99,90
		DE	11,10	,00	,00	9,24	12,59	,00	.	,00
	Interrupciones durante el tratamiento	Me día	70,30	51,06	49,95	64,22	76,11	50,93	.	59,94
		DE	38,85	45,15	45,09	42,25	41,74	42,64	.	45,33
	Tiempo de espera durante el tratamiento	Me día	37,00	42,81	43,29	38,42	61,84	31,22	.	40,31
		DE	45,43	44,16	47,22	42,66	44,79	41,18	.	46,54
	Seguridad del paciente	Me día	11,11	13,33	15,00	10,71	28,57	5,88	.	12,50
		DE	22,05	22,89	24,15	21,29	26,73	16,61	.	22,21
	Área - Actitudes y comportamientos del profesional	Me día	43,93	39,67	40,98	41,47	51,57	37,03	.	37,05
		DE	35,65	29,18	29,05	33,51	35,19	29,28	.	28,62
	Área - Ambiente organizacional	Me día	53,65	51,06	52,04	52,03	65,42	46,52	.	52,66
		DE	19,69	23,94	24,53	21,02	23,76	19,37	.	23,56
RODIL LA	Información y educación	Me día	,00	13,10	3,57	13,82	25,00	9,46	25,00	11,31
		DE	,00	22,92	9,45	23,75	29,88	19,85	25,00	22,23
	Apoyo emocional	Me día	20,00	21,71	10,00	23,75	22,86	21,29	40,00	20,56
		DE	20,00	29,25	16,73	29,81	24,30	29,64	,00	28,88
	Sensibilidad a los cambios del paciente	Me día	49,95	34,37	38,85	34,53	72,15	27,13	66,60	33,30
		DE	70,64	38,91	38,93	40,76	38,93	35,81	47,09	39,40
	Duración de la atención	Me día	99,90	97,46	99,90	97,20	85,63	99,90	88,80	98,28
		DE	,00	8,78	,00	9,21	17,	,00	19,2	7,26

							80		3	
Interrupciones durante el tratamiento	Me día	99,90	56,29	57,09	59,59	45,79	62,10	22,20	61,84	
	DE	,00	42,56	45,96	42,52	46,88	41,65	38,45	41,97	
Tiempo de espera durante el tratamiento	Me día	66,60	44,67	33,30	48,20	37,46	48,10	22,20	47,92	
	DE	57,68	49,17	51,59	49,39	51,70	49,36	38,45	49,98	
Seguridad del paciente	Me día	,00	5,95	7,14	5,26	6,25	5,41	,00	5,95	
	DE	,00	16,39	18,90	15,55	17,68	15,74	,00	16,39	
Área - Actitudes y comportamientos del profesional	Me día	17,77	20,62	17,53	20,96	35,12	17,25	37,58	19,20	
	DE	25,22	25,06	15,45	26,28	26,55	23,58	22,28	24,75	
Área - Ambiente organizacional	Me día	66,60	50,71	50,55	52,00	41,45	54,00	33,30	53,09	
	DE	14,42	22,17	21,01	22,43	29,64	19,78	22,03	21,64	