

**MEMORIA DE BUENAS  
PRÁCTICAS CLINICAS EN  
REHABILITACION Y  
ATENCION PRIMARIA**

## **1.- RESUMEN DE LA MEMORIA**

### INTRODUCCIÓN

Siguiendo las normas del “PREMIO A LAS MEJORES PRÁCTICAS EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN PRIMARIA”, convocado por la SERMEF (Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física) para este 2010, se presenta la memoria del “*Centre d’atenció primaria*” del Pas de la Casa (Andorra). Dicha memoria estaba destinada a formar parte de la “Dirección Por Objetivos” que se define anualmente.

### JUSTIFICACIÓN

La actual junta directiva de la SERMEF, preocupada por las diferencias existentes en la implantación de la especialidad en Atención Primaria, ha convocado, a través de un Grupo de Trabajo, a los diferentes Servicios Extrahospitalarios a exponer su modelo asistencial. Para ello, y buscando la máxima eficiencia en la recogida de datos, se ha convocado un PREMIO DE MEJORES PRÁCTICAS a nivel nacional.

Por otro lado, dentro de la elaboración del Plan Estratégico 2009-2011 del “*Servei Andorrà d’Assistència Sanitària*” (SAAS), se ha definido como objetivo evaluar y redefinir el modelo asistencial del Servicio de Rehabilitación del Pas de la Casa. Para ello, hay que elaborar una memoria que presente la situación actual a cuatro niveles: asistencial, económica, estructural y de mejora.

Siendo conscientes de la similitud de los proyectos y de la oportunidad única de aunar esfuerzos en una misma dirección, el Servicio de Rehabilitación del Hospital *Nostra Senyora de Meritxell*, perteneciente al SAAS, y con dos miembros pertenecientes a la SERMEF, se suma a elaboración del guión para la convocatoria del premio antes mencionado.

## **2.- AUTOR DE LA MEMORIA**

Dra. Ana Sáenz Guerrero

Médico especialista Rehabilitación y Medicina Física

Médico especialista adjunto del *Servei de Rehabilitació* del Hospital *Nostra Senyora de Meritxell* (Andorra)

## **3.- RESPONSABLES DE PROYECTO**

Dra. Ana Sáenz Guerrero (adjunto)

Dra. Mercé Avellanet Viladomat (Jefe de Servicio)

## 4.- MEMORIA

### 4.1 MODELO SANITARIO ANDORRANO

El modelo sanitario andorrano está basado en el sistema francés. Es un modelo de asistencia mixta, en la que conviven profesionales sanitarios asalariados a cargo del *Sistema Andorra d'Assitencia Sanitaria* (SAAS) y profesionales liberales, a quienes la *Caixa Andorrana de Seguretat Social* (CASS) paga por sus actos. Además, por lo establecido en la Ley de Sanidad, es el usuario el que tiene derecho a elegir al profesional sanitario. La afiliación de los trabajadores es obligatoria. Además, el paciente realiza el prepago del acto sanitario y la CASS le devuelve el 75 % en la mayoría de los casos. Esto deviene en tres características propias en lo que se refiere a la Rehabilitación:

- Los fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas...etc., de nacionalidad andorrana, pueden ejercer la profesión liberal. Esto supone que pueden regentar sus propios despachos, sin la necesidad de la presencia de médico rehabilitador. Cualquier facultativo del país puede solicitar la realización de sesiones terapéuticas.
- Los Centros de Atención Primaria pertenecen a una Dirección de Enfermería específica dentro del SAAS. Esto se debe a la ausencia de facultativos, especialmente médicos de familia, en dichos centros. Sólo hay una excepción dentro del sistema, que es el Pas de la Casa, y después se explicará por qué.
- El Servicio de Rehabilitación del Hospital *Nostra Senyora de Meritxell* es de naturaleza asalariada y se incluye dentro de la cartera de servicios centrales. Es el único que cuenta con la presencia de médicos rehabilitadores en el país.

### 4.2 DESCRIPCION DEL CENTRO SANITARIO

- Tipo de hospital: 2º nivel asistencial
- Entorno:
  - Población Andorra: 84.484 habitantes en 2008, con una densidad de población de 180.5 hab/km<sup>2</sup>
  - 468 km<sup>2</sup>

- Orografía de alta montaña, con 65 picos de más de 2.500 m de altitud
- Titularidad: el hospital pertenece al SAAS. En él, trabajan profesionales sanitarios asalariados y liberales. Las relaciones laborales están establecidas a través de la reglamentación pertinente y la Ley laboral.
- Indicadores asistenciales:
  - N° camas de hospitalización: 188
    - Estándares 160
    - Especiales 28
  - Facultativos 190 facultativos, incluidos asalariados, liberales y contratados para guardias.
  - N° ingresos/ año 7.863/año 2008
  - N° urgencias/año 36.642/ año 2008

#### 4.3 DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO HOSPITALARIO Y EXTRAHOSPITALARIO

- Breve apunte histórico:

El Servicio de Rehabilitación proviene de la transformación del departamento de fisioterapia en 1998, con la principal novedad de la inclusión de un médico rehabilitador, del cual dependerá orgánica y funcionalmente el personal. Es a partir de estas fechas, cuando se inicia el desarrollo de un servicio tal y como se definen ahora, sobretudo por la multidisciplinaridad. Esto supuso la inclusión de, además de fisioterapeutas, terapeuta ocupacional y posteriormente logopeda. En el año 2000, se contrató un segundo médico especialista.

En el año 2002, fruto de la inquietud y el interés de la población, se plantea la posibilidad de abrir un Centro de Atención Primaria en la población de Pas de la Casa. La idea inicial es dar cobertura de forma diferente a la existente en aquel momento. Es decir, se propone la contratación de un médico de familia y de un fisioterapeuta. Las razones que mueven este proyecto son simples: el Pas de la Casa es una población geográficamente muy lejana a los núcleos poblados del país, que es donde se encuentran los servicios de atención a los pacientes; orográficamente, hay un puerto de montaña (Port d'Envalira), de 2.901 metros de altitud, que evidentemente en invierno se cierra con frecuencia, pudiendo quedar la población aislada; además, existe un importante número de

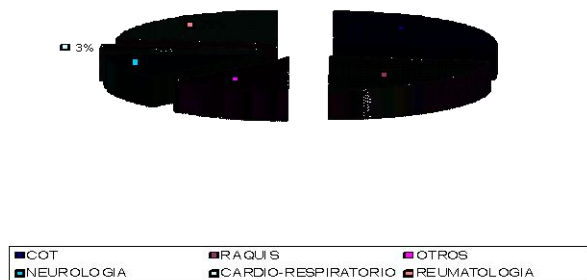
contratos temporales durante la temporada de esquí y, por tanto, un número importante de usuarios temporales por patologías osteomusculares.

Desde el Servicio de Rehabilitación del hospital, en aquel momento, a través de la jefatura, se mostró una gran preocupación ante la ausencia de la figura del médico rehabilitador y gracias a la presión y negociación, se consiguió su inclusión y, por tanto, la definición de servicio de rehabilitación de atención primaria. En el 2003, se abre el CAP, iniciándose la andadura del servicio extrahospitalario.

#### ■ PROCESOS EN EL SERVICIO EXTRAHOSPITALARIO

No hay un registro específico de patologías atendidas en el Servicio de Rehabilitación del Pas de la Casa, ya que hasta ahora se incluían de forma global en la actividad del Servicio Hospitalario, que se expone a continuación (año 2009):

**GRÁFICA PACIENTES AMBULATORIOS POR DIAGNOSTICOS**



#### ■ RECURSOS HUMANOS EXTRAHOSPITALARIOS

- 1 médico rehabilitador del servicio hospitalario, que subía un día a la semana. Cinco horas de consulta y dos horas más de traslado.
- 1 fisioterapeuta 30 horas semanales y otras 10 en el servicio del hospital.

- Ambos profesionales dependen del jefe de servicio y están coordinados e integrados en la estructura hospitalaria (formación continuada, sesiones clínicas...)
- La secretaria del CAP depende de la Dirección de Atención Primaria

▪ RECURSOS MATERIALES Y ESTRUCTURALES DISPONIBLES

Se aporta plano de la planta donde se localiza el servicio y se señala el espacio que ocupa. Está situado en la tercera planta del CAP. Se accede directamente de la calle por una rampa de < 6%. Ocupa un total 15x9 metros cuadrados, divididos en tres salas: un gimnasio; otra sala individual y otra de despacho. En ocasiones, cuando hay afluencia, se ocupan otras salas, si están disponibles.

A continuación, se describe el material del cual se dispone:

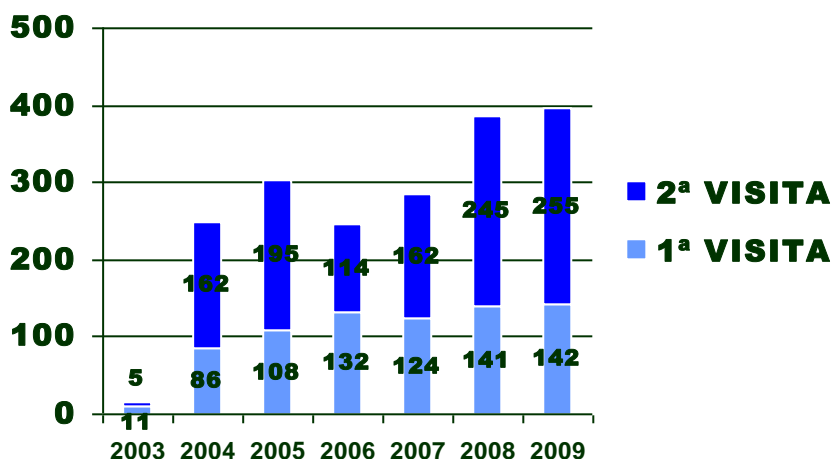
- ✓ 1 nebulizador portátil
- ✓ 6 camillas
- ✓ 1 maquina hielo
- ✓ 1 linfapress de extremidad superior y inferior
- ✓ 2 microondas
- ✓ 1 ultrasonido
- ✓ 1 electroterapia múltiple
- ✓ 1 TENS
- ✓ 1 electroestimulador
- ✓ 1 artromotor de rodilla
- ✓ 1 parafina
- ✓ 1 hotpack
- ✓ 1 biombo
- ✓ 1 espejo
- ✓ 1 juego de pesas
- ✓ 1 cicloergómetro
- ✓ 1 step
- ✓ 2 colchonetas
- ✓ 4 pelotas Bobath
- ✓ 3 platos de propiocepción
- ✓ 2 juegos de muletas
- ✓ 1 espaldera

- ✓ Bandas elásticas (Therabands)
  - ✓ Pelota resensibilización
  - ✓ Masillas terapia ocupacional
  - ✓ Manopla
  - ✓ Conos
  - ✓ Podoscopio, negatoscopio, metro, peso...
- 
- CARTERA DE SERVICIOS, PROTOCOLOS PARA LA ASISTENCIA Y PARA LA DERIVACIÓN
    - a. Cartera:
      - i. Rehabilitación neurológica (central y periférica)
      - ii. Rehabilitación cardiorrespiratoria
      - iii. Rehabilitación músculoesquelética: postcirugía, reumatológica, raquis, algias, osteoarticular
      - iv. Amputados
      - v. Rehabilitación ortogeriátrica
      - vi. Rehabilitación vascular
      - vii. Rehabilitación equilibrio , vestibular y ORL
      - viii. Rehabilitación suelo pélvico
    - b. Protocolos para la asistencia y la derivación: No hay definido ningún protocolo de asistencia ni derivación fuera del servicio. El funcionamiento se basa en el contacto entre profesionales por vía telefónica y/o personal. Si es cierto que los pacientes que acuden al CAP para hacer rehabilitación, si los envía otro facultativo, vienen con una receta de sesiones como documento de contacto. Pero es la buena voluntad la que permite que exista una buena coordinación tanto con médicos de familia como con especialistas.  
Sí que existe un protocolo de derivación "intraservicio". En determinadas ocasiones, si hay una urgencia manifiesta, se puede comenzar el tratamiento rehabilitador y, posteriormente, se realiza la visita médica. Esto da flexibilidad al servicio y mejora el grado de satisfacción del usuario.

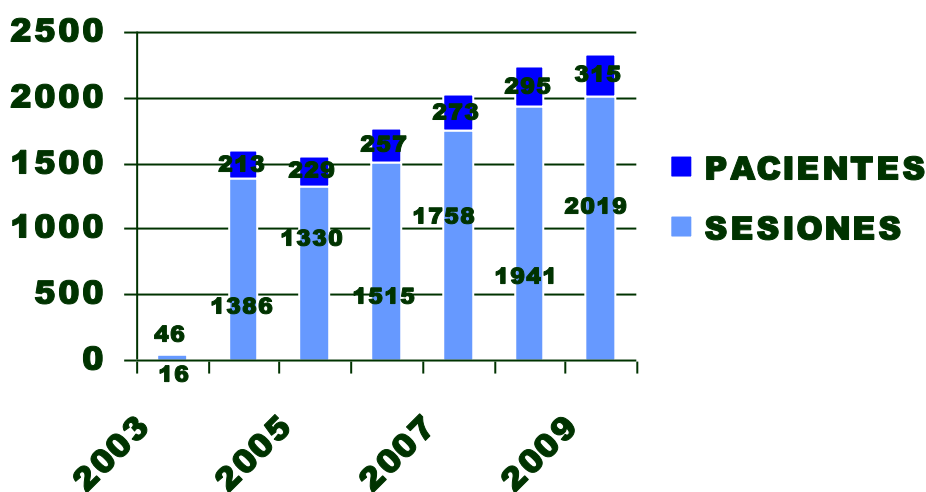
▪ **DATOS ASISTENCIALES DEL AREA EXTRAHOSPITALARIA**

Los datos que se exponen a continuación corresponden a la memoria del servicio de 2009.

1. Volumen de visitas médicas



2. Número de sesiones de fisioterapia



3. Descripción geográfica:

El Pas de la Casa tiene una población fija de 2.363 habitantes (datos de 2008). No hay datos respecto al volumen de población flotante en épocas de temporada de esquí. La superficie que ocupa la población es de 17 km<sup>2</sup>. La localidad se sitúa a 2.050 metros de altitud.

## ▪ DATOS ECONOMICOS

Los datos también están referidos al año 2009, ya que la facturación ha sufrido pequeñas modificaciones y la obtención de datos mas retroactivos es complicado y poco útil para comparar.

1. Facturación de actividad medica. La CASS paga la visita de especialista a 28,55 euros.
2. Cada acto de fisioterapia tiene una serie de puntos, que conocemos como AMM. El valor individual de cada punto es de 2.27 euros.

A continuación, se presenta una tabla con la facturación mensual tanto de actos de fisioterapia como médicos,

	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	total
consulta	924,00	999,25	1285,75	1398,95	713,75	685,2	970,7	542,45	799,4	913,6	856,5	770,85	10860,40
terapia	2285,75	2951	3617,6	3402,73	2689,95	2408,47	2229,14	4460,55	4122,36	2413,06	3406,13	2852,26	36839
													47699,40

## ▪ CRITERIOS DE CALIDAD

1. Accesibilidad: El CAP es un edificio a las afueras de la población, al final de una rampa de más del 6% de inclinación. Para acceder a él, hay que llegar o bien caminando o en coche. No se llega ni propulsando una silla de ruedas ni caminando con carga parcial y muletas. Hay que tener en cuenta también que en invierno, las calles están nevadas y las aceras pueden ser impracticables. La entrada en el servicio es a través de una puerta automática a la que se accede por una rampa, como se ha comentado antes. El acceso al CAP es individual y privado, ya que no hay transporte sanitario dentro de la localidad. Hay un microbús interno de proximidad, pero no está adaptado.
2. Lista de Espera: tanto la política de Atención primaria como la del servicio es que no hayan listas de espera. Por tanto, se atiende en el día de consulta todo lo que llega. Debido a esto, el tiempo por consulta y paciente puede bajar hasta los 10 minutos. Esto ejerce una gran presión asistencial.
3. Valoración de satisfacción de los usuarios. Durante el 2009, se pasó una encuesta de satisfacción a los usuarios tanto del servicio hospitalario como extrahospitalario: uno de los problemas que más preocupaban era la falta de espacio y/o instalaciones apropiadas.

4. Satisfacción de los profesionales. Sí hay referencias de la opinión personal. En un estudio comparativo del Servicio de Rehabilitación del SAAS y la Unidad de Lesionados Medulares del Hospital Vall d'Hebrón, el grado de satisfacción profesional fue alto.
5. Guías de práctica clínica: hay dos vertientes: los protocolos de fisioterapia y los protocolos de tratamiento rehabilitador. Todos están consensuados dentro del servicio y alguno con otros servicios. Algunos, incluso, han servido para la Dirección por Objetivos. A continuación, se enumeran los procesos protocolizados: magnetoterapia, *impingement* femoral, epicondilitis, parálisis facial, desfiladero torácico, desviaciones de columna, parkinson, tabla lumbar, ejercicios para patología del hombro, plastia LCA, tortícolis congénita, tendinitis aquilea, linfedema, reeducación al esfuerzo en cardiopatas, incontinencia urinaria, consentimientos informados, fibrólisis, fisioterapia respiratoria.
6. Actividades de Coordinación con Atención Primaria: la coordinación que existe es la establecida entre el médico de cabecera del CAP y los profesionales del servicio. No hay protocolos por escrito.
7. Historia clínica informatizada. Es un proyecto pendiente de realizarse en el SAAS. Lo único que está informatizado es la introducción de los diagnósticos CIE-9, así como un archivo con todos los informes del servicio. Lo que sí está informatizado es todo lo relacionado con la gestión y facturación.
8. Escalas de valoración: test Day para amputados, escala Harris, HSS para prótesis de rodilla, escala de Asworth, escala de ASIA, Barthel, escala DASH, escala de Constant, escala de Oswestry, EUROQoL, escala de Kurtzke, Toronto facial grading system, FIM, NIHSS, Rankin, Womac.
9. Proyectos de mejora para el futuro: la principal herramienta para establecer un plan de mejora ha sido el establecimiento, dentro de la Dirección por objetivos, de la elaboración de una memoria que presente la situación actual a cuatro niveles: asistencial, económica, estructural y de mejora.
10. Publicaciones, comunicaciones y jornadas: no hay establecido un hecho diferencial por ser extrahospitalario. La carrera profesional está definida en el SAAS y es de aplicación desde el 1 de enero de 2010.

#### 4.4 INICIATIVA DE MEJORA

Dentro de las diferentes áreas a mejorar, se describen a continuación las preferentes:

1. Flexibilidad horaria para solucionar la presión asistencial: desde enero de 2010, el médico rehabilitador pasa consulta dos días a la semana, por las mañanas, durante dos horas y media (más dos horas de transporte). Esto ha permitido gestionar mejor la agenda y las urgencias, así como el tiempo de atención en consulta, además de aumentar la presencia en el CAP. Se podría plantear una jornada de fisioterapeuta de 40 horas.
2. Distribución estructural deficiente: el espacio no permite salas diáfanas. Además, al tener una actividad anual *in crescendo*, se ocupan espacios destinados a otros profesionales, ocasionando molestias por la "invasión". La única solución posible pasa por definir un plan de inversión en obras y aprovechar otros espacios, en concreto, otra planta del CAP.
3. Dificultades de transporte: los pacientes que no caminen o que no tengan vehículo propio no pueden acceder al servicio. A veces, ha significado la prolongación de una estancia hospitalaria. Podría ser solventado en parte si se pudiera implementar un circuito de rehabilitación domiciliaria para estos casos. El servicio no dispone de vehículo de empresa.
4. Mejoría en la gestión: desde 2007, se ha establecido una mejora, que es la detección de las ausencias de los pacientes y los motivos de éstas. Está pendiente de incorporarse la herramienta informática para definir, dentro de todo el servicio, la actividad que sólo se corresponde al Pas de la Casa.
5. Incorporación de otro profesional sanitario: Con el conocimiento exacto de la patología que se atiende, se podría incorporar la figura de un terapeuta ocupacional y/o auxiliar de clínica, a tiempo parcial, para mejorar la calidad de los tratamientos y ampliar la cartera de servicios.
6. Definir circuitos de derivación: con objeto de dar soporte al médico de cabecera y al Servicio de Urgencias, proponemos una serie de patologías susceptibles de ser remitidas a Rehabilitación Extrahospitalaria:
  - a. Patología de aparato locomotor del adulto
    - i. No traumática: raquialgias, artralgias degenerativas, patología de partes blandas, secuelas articulares, deformidades de raquis,

- alteraciones de la estática del pie, distrofias musculares, síndrome del dolor regional complejo
  - ii. Traumática, después de ser atendido el episodio agudo: esguinces, luxaciones, secuelas de fracturas
  - iii. Posquirúrgico: prótesis, fracturas, roturas tendinosas, columna
  - b. Patología neurológica del adulto:
    - i. Sistema nervioso central: ictus, TCE, lesión medular, esclerosis múltiple, ELA, poliomielitis, parkinson...
    - ii. Sistema nervioso periférico: lesiones por atrapamiento, traumáticas, parálisis facial, polineuritis, diversas polineuropatías...
  - c. Patología pediátrica: respiratoria, tortícolis congénita, ortopedia, deformidades del raquis. Si es una alteración del desarrollo, se remite a la Unidad de Desarrollo Infantil.
  - d. Patología cardiaca: coronariopatías en fase extrahospitalaria
  - e. Patología respiratoria: exacerbaciones de EPOC
  - f. Patología vascular: linfedema
  - g. Patología geriátrica: síndrome de inmovilidad
7. Redefinir la relación con Dirección de Enfermería de Atención primaria para implementar cauces de comunicación y coordinación. Dada la diferencia de dependencia orgánica y funcional, deberían establecerse algoritmos de actuación para que la relación de los dos servicios no sea un escollo para el funcionamiento y para los pacientes. Estos algoritmos deben definirse dentro y fuera del SAAS para poder extrapolarlos a otros CAP.