

MEMORIA DE BUENAS PRÁCTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: REHABILITACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MIGUEL SERVET DE VALENCIA

1. RESUMEN DE LA MEMORIA

Dado que los recursos sanitarios son limitados y que observamos un progresivo aumento, no siempre justificado, de la demanda asistencial en Medicina Física y Rehabilitación (MFR) desde AP, especialmente en procesos tan prevalentes como los de aparato locomotor, debemos seleccionar bien el objetivo diana de atención preferente de la MFR para garantizar la sostenibilidad del sistema y adecuar la oferta a la demanda.

Con esta finalidad planteamos una propuesta de mejora de nuestra atención cuya estrategia principal, aparte de otras actuaciones internas, se dirige externamente a la mejor coordinación y formación en MFR de los médicos de AP en los procesos de aparato locomotor. Con ello pretendemos conseguir su participación e implicación en la correcta selección de la demanda, en asumir una gestión clínica compartida y en la protocolización de estos procesos (derivación, diagnóstico y tratamiento). De esta manera se logrará una mayor eficiencia y satisfacción de todos los profesionales sanitarios y de los usuarios de la MFR.

2. AUTORES DE LA MEMORIA

Isabel Forner Cordero, Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Adjunto del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Enrique Viosca Herrero, Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Jefe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Salvador Pérez Picazo, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Coordinador del Centro de Salud Miguel Servet, Valencia.

Carlos Rodrigo Benito, Director de Atención Primaria del Departamento de Salud 7-La Fe.

3. RESPONSABLE DEL PROYECTO:

Enrique Viosca Herrero

4. MEMORIA:

4.1. DESCRIPCIÓN BÁSICA DEL CENTRO SANITARIO AL QUE ESTÁ ADSCRITO EL SERVICIO

4.1.1. Tipo de hospital, entorno y titularidad

El Hospital Universitario La Fe es un hospital terciario, de titularidad y gestión pública, que está integrado en el Departamento de Salud 7, que además del hospital y del Centro de Especialidades Ricardo Trénor, engloba 13 zonas básicas de atención primaria (AP) (figura 1).

El centro de salud (CS) Miguel Servet pertenece al área de Benicalap (distrito 16).

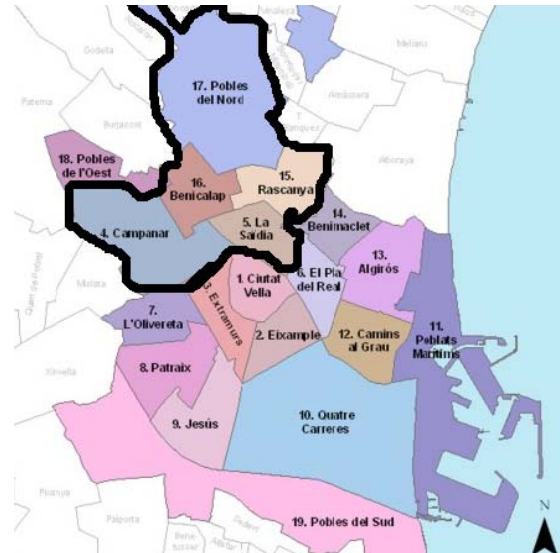


Figura 1 Área del Departamento de Salud 07-La Fe

Distrito de Benicalap (distrito 16)

La población en el año 2007 en este distrito era de 42.843 habitantes, lo que supone una diferencia de 0.6% respecto al 1981 y no hay diferencia respecto al 2006, lo que se traduce en una población constante. Separando por género, 21.305 eran hombres y 21.538 mujeres, por lo que es una población muy homogénea.

La figura 2 muestra la pirámide de la población de esta área de manera que se pueda observar la relación entre edad, sexo y población total.

Tal y como se observa, representa una distribución típica ensanchada en el medio, además la base

es más grande que la parte superior, lo que refleja un buen número de nacimientos. Con respecto al género es muy similar en ambos casos.

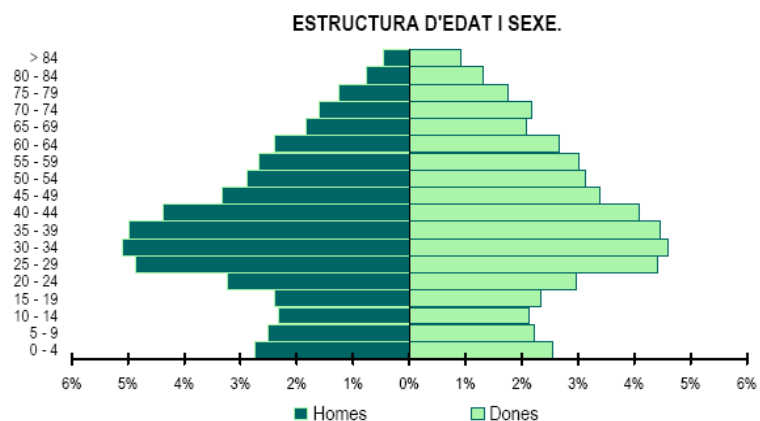


Figura 2. Pirámide del Distrito de Benicalap

El distrito de Benicalap posee una superficie de 222.1 hectáreas, lo que supone una densidad de población de 192.9.

Respecto a la procedencia geográfica de la población, los resultados son similares al resto de distritos del departamento de salud 7, un 14 % son extranjeros.

Situación socio-económica de la zona

En cuanto a la distribución por profesión (indicadores socio-económicos), es un barrio altamente obrero, en donde hay más trabajadores del género masculino que del femenino, y mayoritariamente se dedican a la construcción, industria y minería. Siendo los técnicos y profesionales científicos e intelectuales un sector bastante escaso.

Como barrio periférico de una gran ciudad, en su día fue el destino de mucha inmigración Andaluza y de Castilla La Mancha. En La Ciudad Fallera hay un enclave de familias de etnia gitana. La política de inmigración del momento está favoreciendo que se asienten entre otros, inmigrantes africanos, sudamericanos y de otros países del Este de Europa, que conviven con autóctonos de la huerta de Benicalap.

La renta media de la zona es media-baja, los índices de paro, drogadicción, alcoholismo son evidentes. El elevado índice de pensionistas hace que soliciten mayor atención sanitaria con un mayor número de recursos.

4.1.2. Indicadores asistenciales

El hospital dispone de 1359 camas y una plantilla de 6.089 personas, de las cuales 824 corresponden a personal facultativo. El hospital acoge también a 362 residentes en formación. El número de ingresos programados en 2006 fue de 16.454, los ingresos urgentes 33.210 y los ingresos por Traslado (entre servicios) 11.661. Se atienden anualmente 246.439 urgencias, lo que supone 675 urgencias al día.

4. 2. DESCRIPCIÓN BÁSICA DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

4.2.1. Breve trayectoria histórica del servicio

El CS Miguel Servet inició su oferta de servicios en MFR en noviembre de 2004, realizando los tratamientos de fisioterapia pautados por los especialistas en MFR que estaban ubicados en el Centro de Especialidades Ricardo Trénor. Fue en 2007 cuando se propuso que un especialista del Centro de Especialidades se desplazara al CS con el fin de atender a los pacientes de la zona básica de Salud nº 11, evitando el desplazamiento de los pacientes al centro de especialidades. Actualmente hay una consulta semanal del Médico Especialista de 7 horas y la dedicación exclusiva del Fisioterapeuta 5 días a la semana durante 7 horas/día.

4.2.2. Procesos que habitualmente se tratan en centros extrahospitalarios:

En general, en los centros extrahospitalarios: CS y centro de especialidades, se tratan los problemas de aparato locomotor más frecuentes: lumbalgia y cervicalgia mecánicas, hombro doloroso y otras tendinitis, artrosis y rehabilitación traumatológica, que no requieran técnicas especiales de electro ni fisioterapia.

4.2.3. Recursos humanos del área extrahospitalaria

Actualmente un médico especialista en MFR se desplaza semanalmente al CS de Miguel Servet (7h/semana). Un fisioterapeuta trabaja en horario de mañanas atendiendo en el gimnasio de dicho centro (37,5h/semana), a los pacientes a los que el médico rehabilitador prescribe tratamiento y casi toda su asistencia se realiza en consulta programada.

4.2.4. Recursos materiales disponibles.

El centro cuenta con un gimnasio de 110 m² de los que 66 m² se dedican a la sala de tratamientos, equipada con los mecanismos necesarios para el tratamiento integral de las patologías más habituales, destacando un aparato de radar, 2 de infrarrojos, ultrasonidos, una consulta para la visita médica con un ordenador con acceso al sistema informático Abucasis, dos vestuarios con aseo para hombres y mujeres, y una sala de espera.

4.2.5. Cartera de Servicios, Protocolos para la Asistencia y para la derivación

Tabla 1. Cartera de servicios

Diagnóstico y tratamiento de

- Enfermedades del sistema músculo-esquelético y articular:
 - algias vertebrales
 - Hombro doloroso
 - Principales tendinosis y tendinitis
 - Artrosis
- Lesiones postraumáticas
- Síndrome de dolor crónico

Detección de:

- Enfermedades Neurológicas Vasculares y traumáticas:
- Deformidades columna vertebral en etapas de crecimiento:
- Enfermedades reumatológicas que precisen estudios específicos por AE
- Lesiones medulares

Las patologías que por su complejidad no se tratan en AP son remitidas a las unidades correspondientes del Servicio de Rehabilitación del Hospital La Fe para su estudio y tratamiento especializado (Tabla 1).

4.2.6. Datos asistenciales del área extrahospitalaria

Se atendieron 1383 pacientes de abril 2009 a marzo de 2010 (Tabla 2). El Índice sucesivas/primeras fue de 0,57 y el tiempo dedicado por el especialista de MFR fue de 15 minutos por primera visita y 10 minutos por sucesiva. El fisioterapeuta atendió a 50 pacientes por día, realizando el tratamiento prescrito a 93 pacientes durante el mes de noviembre de 2009 (Tabla 3). Con esta propuesta pretendemos reducir el número de pacientes tratados en fisioterapia y aumentar así la calidad del tratamiento, a costa de filtrar mejor los casos.

Población: Con una población en el censo de año 2004 de 41.040 habitantes, en 2009 disponen de tarjeta sanitaria SIP 45278 usuarios en potencia (Tabla 4):

Tabla 2. Datos asistenciales de MFR del CS Miguel Servet			
	Primeras visitas	Sucesivas	Total
Abril 2009	75	62	137
Mayo 2009	74	38	112
Junio 2009	82	36	118
Julio 2009	88	59	147
Septiembre 2009	64	57	121
Octubre 2009	70	63	133
Noviembre 2009	74	41	115
Diciembre 2009	129	41	170
Enero 2010	70	39	109
Febrero 2010	71	34	105
Marzo 2010	84	32	116
TOTAL	881	502	1383

Tabla 3. Sesiones de fisioterapia en el mes de Noviembre de 2009																
n	Electroterapia				Cinesiterapia								Termoterapia			
	RADAR	US	IR	IONT	MECA	TON	MMA	ISM	POT	PE	WILL	TENS	PARA-FINA	HIE	TR	Cyriax
93	683	0	430	49	225	259	393	86	230	44	108	584	49	28	196	3

n: pacientes, US: ultrasonidos; IR: Infrarrojos; IONT: iontoforesis; MECA: mecanoterapia; TON: tonificación muscular; MMA: movilizaciones asistidas; ISM: isométricos; POT: potenciación muscular; PE: pendulares; WILL: tabla de Williams; HIE: frío local; TR: tracciones cervicales..

Tabla 4. Usuarios del área de salud			
	Activos	Pensionistas	Usuarios
CS MIGUEL SERVET	19.008	5.907	26.171
CS AZUCENA	13.172	4.700	19.107

4.2.7. Criterios de calidad actuales en las unidades que atienden procesos de AP

Accesibilidad: La captación de los usuarios de esta área se realiza tras consulta previa con la unidad de Aparato Locomotor del Centro de Especialidades y de los médicos de familia de los 2 centros de salud que integran la zona básica que con la interconsulta (preferente o demorable), solicitan la valoración del Médico especialista en MFR con el fin de iniciar tratamiento físico-rehabilitador si precisa. Es el médico rehabilitador quien, después del estudio del paciente, prescribe el tratamiento a

aplicar. La citación se realiza en la agenda de SIA que, supervisada por el Fisioterapeuta, está realizada por una auxiliar de enfermería que avisa, vía telefónica, al usuario según los pacientes van terminando las sesiones de rehabilitación pautadas por el especialista.

Listas de Espera: Antes de desplazarse el especialista al CS ya existía lista de espera para fisioterapia, aunque la consulta del médico especialista en MFR iba mejor al ser atendida por varios especialistas en el Centro de Especialidades. Actualmente la demanda ha aumentado, no por peticiones de los especialistas en Aparato Locomotor sino más bien por consultas de los médicos de familia de los centros, por lo que se han programado sesiones para protocolizar la derivación.

Valoración satisfacción de los usuarios: El acercamiento de la consulta del especialista en MFR al CS ha mejorado la satisfacción del usuario que ve muy bien esta proximidad.

Satisfacción de los profesionales: La proximidad al especialista ha hecho que los médicos de Familia conozcan personalmente al profesional, ven los problemas de saturación que generan las derivaciones con lo que se sienten respaldados de tener la consulta en el mismo centro, al tiempo que surgen consultas no demorables que se solucionan en el día.

Implantación de Guías de Práctica Clínica: La excesiva demanda que tiene la consulta obliga a realizar sesiones médicas con el fin de protocolizar la derivación y con la implantación de las Guías de Práctica Clínica, saber qué no hay que derivar.

Actividades de coordinación con AP: Se hizo en octubre de 2009 una presentación de la Dra. Isabel Forner como responsable de la consulta de Rehabilitación, en una sesión clínica con todos los médicos de la Zona Básica, tras una reunión previa del Coordinador médico, la Dra. Forner y el Jefe del Servicio Dr. Viosca en la que se elaboró un planning con el fin de mejorar la Práctica Clínica y controlar la demora.

Historia Clínica Informatizada: La implantación del programa Abucasis II se realizó a finales de 2006 completando la informatización de toda la zona básica. La historia informatizada favorece el contacto entre profesionales, al tiempo que mejora el seguimiento y petición de exploraciones por parte de los profesionales y, sobre todo tras autorizar la petición de pruebas de alta resolución a los médicos de AP, que siguiendo las guías y protocolos, facilitan la consulta del especialista al acudir el paciente con las exploraciones ya realizadas.

4.3. INICIATIVAS INNOVADORAS O DE MEJORA DEL SERVICIO QUE SE PROPONEN A PREMIO

4.3.1. Área a la que se refieren:

La iniciativa que proponemos desde el Servicio de Rehabilitación del Hospital La Fe se encuadra en el área de organización y gestión, mejora clínica o asistencial, de uso racional de recursos y de docencia.

4.3.2. Descripción de la iniciativa en proyecto o propuestas de futuro:

4.3.2.1. Problema o situación de partida

La demanda de asistencia rehabilitadora ha sufrido un enorme y continuo incremento. Las causas son diversas: el envejecimiento de la población, el mayor conocimiento de la especialidad, la mayor demanda de asistencia por ciudadanos que desean mayor calidad de vida y no se resignan ante situaciones dolorosas o discapacitantes y la gran prevalencia de patologías del aparato locomotor (aproximadamente el 30% de la población general y entre el 10-20% de todas las consultas efectuadas en AP). En ocasiones esta demanda es coincidente con los fines de nuestra especialidad (sería lo que podemos denominar una demanda real y adecuada), pero en otras ocasiones se pide asistencia por procesos en los que no tenemos soluciones especialmente eficaces que ofrecer (sería una demanda expresada, pero inadecuada). La atención prestada a este tipo de morbilidad no forma parte de la misión de la MFR, sino que cualquier médico está en condiciones de poderla prestar. Si aceptamos atender toda esa demanda solicitada de patologías del aparato locomotor, deberíamos reconocer que no disponemos de suficientes recursos. Esta situación, la de intentar satisfacer esa enorme demanda, haría que el sistema no fuera sostenible, lo que amenazaría la supervivencia del mismo. Por otro lado habría que preguntarse si es esta la misión de la MFR, o por el contrario debemos enfocarnos y priorizar la atención a las personas con discapacidad.

En concreto, la situación de partida fue la elevada lista de espera del CS Miguel Servet, que llegaba al año desde la remisión de la propuesta hasta la cita como primera visita por el médico especialista en MFR. Eso generaba numerosas quejas de los pacientes y mucha insatisfacción de los usuarios, que pedían que destináramos más recursos humanos a ese centro. Por otro lado, los médicos de AP tampoco estaban contentos con la lista de espera, ya que además la patología de aparato locomotor ocasiona muchas bajas laborales y nuestro retraso originaba también más días de incapacidad. Los médicos de nuestro servicio que se desplazaban allí lo veían como un medio hostil, con muchas dificultades para mejorar la situación.

Ante esta situación parece que nos enfrentamos a un dilema. La demanda es tan grande que si la atendemos toda necesariamente haríamos una mala praxis, sería una especie de “engaño” hacia los ciudadanos (por la imposibilidad de dedicar todos los recursos necesarios). Pero, si no se atiende, tampoco actuamos bien. ¿Qué

podemos hacer? La respuesta teórica correcta para la atención de la demanda de asistencia en cualquier especialidad sería que “debe llegar lo que tenga que llegar, cuando tenga que llegar y donde tenga que llegar”. Intentaremos dar respuesta a esta pregunta de forma escalonada.

Lo primero sería analizar si esa demanda de asistencia es pertinente y adecuada o no lo es. Para responder a esta pregunta debemos efectuar una revisión de la bibliografía existente para dar una respuesta profesional con datos basados en pruebas, es decir con la Medicina Basada en la Evidencia (MBE). Está demostrado que en numerosas ocasiones la atención prestada no modifica la historia natural de la enfermedad, que muchas de las quejas que los pacientes manifiestan, y que son atendidas, tan solo dan satisfacción a la aspiración de que se haga algo por ellos, que se obtenga un efecto placebo o, en ocasiones satisfacen problemas de falta de relación con el entorno, búsqueda de una obligación cotidiana para ocupar su tiempo, etc.

Pues bien, ante la gran demanda de asistencia de MFR, y teniendo en cuenta que los recursos son limitados, para garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, debemos resolver el dilema de cómo respondemos a este incremento de la demanda. Partimos de una premisa: una parte de la demanda es pertinente y oportuna y tenemos recursos para atenderla. Otra parte de la demanda, por diversos motivos, está hipertrofiada, no es pertinente, ni oportuna y carecemos de recursos para atenderla. Ante esta situación la única solución racional es priorizar la atención y seleccionar bien el objetivo diana de atención preferente de la MFR, de manera que podamos responder a esa demanda prioritaria porque es parte de la misión de la MFR y, posponer a un segundo plano aquella parte de la demanda que es superflua o prescindible.

4.3.2.2. Intervención de mejora prevista

Esta propuesta de mejora tiene una estrategia general que consiste en lo siguiente: En el caso de que la demanda no sea oportuna, podemos actuar de la siguiente manera:

1. Reeducar o reorientar la demanda, actuando sobre los clientes internos (médicos de AP y de atención especializada (AE), para lograr que sea adecuada (que llegue sólo lo que tiene que llegar). La estrategia en este caso sería la siguiente:
 - o Mejorar la coordinación entre la AP y AE, estableciendo una comunicación directa entre ambos para resolver las dudas que puedan surgir y capacitar al médico de AP en la toma de decisiones correctas. Esto garantiza además la continuidad asistencial.
 - o Mejorar la formación de los médicos de AP sobre los procesos del aparato locomotor. Con ello lograremos aplicar filtros a la demanda para que evitemos la inundación debida a procesos banales e innecesarios (por

ejemplo las lumbalgias agudas no modifican en nada la historia natural y hay evidencias de que no se benefician de la atención por MFR).

- Responsabilizar al paciente en el cuidado de su salud, para que aplique los autocuidados aprendidos (ejercicios, normas de higiene postural, estilo de vida saludable, control del peso, deporte, etc.) en lugar de reincidir en la petición periódica de nuevas asistencias.
2. Hacer una gestión clínica compartida y responsable del proceso y del paciente con el médico de AP. Debemos conseguir que sea el médico de AP el que participe en la gestión y aproveche los recursos de MFR que disponen en su centro de AP.
 3. Respecto al establecimiento de protocolos de diagnóstico, derivación y tratamiento en algunas patologías sencillas, y consensuados con todos los profesionales implicados, permitiría que en esos pocos casos (un determinado cupo de pacientes) el médico de AP pudiera remitir al paciente directamente al gimnasio, asumiendo él la responsabilidad del proceso, estableciendo unos criterios de inclusión, técnicas a aplicar y duración de las mismas y la orden de tratamiento, siempre tutelado por el médico especialista en MFR.

Las ventajas que se derivarían de estas acciones serían: aumentar la satisfacción del médico de AP que vería incrementada su capacidad de resolución, disminuir los tiempos de espera para tratamiento, unificar el proceso de atención, disminuir la sobrecarga al servicio de MFR, garantizar la continuidad asistencial y eliminar barreras entre niveles. Por otro lado, con esta actuación se aprovechan los tres componentes que intervienen en la calidad (formación de los profesionales, participación en la mejora continua, planificación en lugar de improvisación).

La intervención propuesta tiene varios objetivos que se exponen en la Tabla 5.

Descripción de la iniciativa

- Impartir sesiones clínicas de formación a los médicos de AP sobre los problemas más frecuentes: qué es la Rehabilitación, hombro doloroso, lumbalgia, cervicalgia..., en las que se facilite un protocolo diagnóstico, un tratamiento inicial y se aclaren los criterios de remisión y la forma de efectuarla a MFR (ordinaria o preferente).
- Organizar rotatorios de los médicos de AP con el médico rehabilitador durante la consulta, para que vean el enfoque diagnóstico y nuestras posibilidades terapéuticas.
- Crear la figura del médico de enlace (o referente) en MFR. Se trata de una iniciativa para mejorar la coordinación entre la AP y el servicio de MFR. Consiste en elegir a uno de los médicos de AP del centro, que tenga más interés por la MFR,

para efectuar una estancia formativa más prolongada en el servicio de MFR. Dicho médico actuaría como referente ante sus compañeros del CS en los temas de la MFR y tendría una conexión permanente con el servicio de MFR.

- Crear una dirección de correo electrónico en la que puedan libremente plantear sus dudas y sean contestadas con rapidez por nosotros, así como por teléfono.

- Facilitar protocolos terapéuticos que puedan ser iniciados por ellos ante los problemas más frecuentes y de menor complejidad.

Tabla 5. Objetivos de la intervención

- Aumentar la participación del médico de AP en el diagnóstico y tratamiento inicial de la patología de aparato locomotor, así como en el seguimiento de las patologías crónicas, apoyando nuestras recomendaciones a los pacientes.
- Mejorar la formación de los médicos de AP en la patología de aparato locomotor, sobre todo de aquellas que más propuestas generan.
- Facilitar un enfoque práctico a los médicos de AP para que inicien el tratamiento adecuado de la patología de aparato locomotor, lo que incrementa su capacidad de resolución y su satisfacción profesional
- Mejorar la comunicación rápida y fluida entre AP y MFR.
- Efectuar una gestión clínica conjunta del proceso entre el médico de AP y el especialista en MFR.
- Unificar el proceso de atención entre AP y AE, garantizar la continuidad asistencial y eliminar barreras entre niveles
- Reducir la lista de espera y la sobrecarga asistencial al servicio de MFR
- Reducir el tiempo de espera y el número de tratamientos en el gimnasio para favorecer el trabajo personalizado del fisioterapeuta
- Mejorar la satisfacción de los usuarios del centro
- Adecuar y optimizar los recursos de la MFR disponibles en AP a la población diana susceptible de obtener un beneficio real

Otros aspectos en apoyo de la candidatura (apoyo de órganos directivos, ...)

Esta propuesta ha sido explicada a los médicos de AP del CS, a la dirección de AP del Departamento de Salud y a la dirección del hospital, obteniendo una buena acogida por todos los implicados. Conviene destacar que son los médicos de AP los que más han valorado la iniciativa, sobre todo por la posibilidad de la formación práctica, ya que reconocen abiertamente su déficit de formación en este campo.