

CONVOCATORIA SERMEF 2010

BUENAS PRÁCTICAS EN REHABILITACIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA

Servicio de Rehabilitación Hospital Universitario Mútua Terrassa

Dra Roser Garreta

1. RESUMEN DE LA MEMORIA

El Hospital Universitario Mútua de Terrassa esta ubicado en Catalunya, concretamente en la ciudad de Terrassa, y tiene un área de influencia de 410.018 habitantes, es un hospital de segundo nivel /tercer nivel para algunas patologías, sus orígenes se remontan al año 1900 y en 1947 se firmo un convenio de colaboración con la “seguridad social”, en la actualidad es una Entidad que realiza actividad asistencial publica con una gestión privada.

En los años 60 se creo el Servicio de Rehabilitación y en 1992 se gesto el nuevo proyecto implementándose básicamente en tres conceptos:

- “Continuum asistencial”
- “Producto único”
- Gestión directa por parte del jefe de servicio de los recursos humanos y técnicos así como participación activa en el desarrollo del nuevo proyecto.

El espectro de los servicios de rehabilitación es extenso y su campo de influencia abarca todas las áreas relacionadas con el continuum asistencial. El concepto de la rehabilitación lo entendimos, no como una acción puntual en los hospitales de agudos cuya continuidad posterior no estaba siempre asegurada ni coordinada, sino como un elemento activo y continuado desde el inicio hasta el final del proceso patológico, por lo tanto, esta idea de transversabilidad nos permitiría dar asistencia a los pacientes en los diferentes niveles asistenciales: hospitalario, atención primaria, sociosanitario y domiciliaria como así es en la actualidad.

Por “producto único” entendemos: prestar una atención integral al paciente, ofreciendo un mismo producto sanitario desde el inicio del proceso hasta su resolución, esto se consigue mediante la uniformidad en la práctica clínica en los distintos niveles asistenciales.

A lo largo de estos años se ha implementado una estructura física, de recursos humanos y técnicos que nos permite estar presentes a nivel hospitalario, de atención primaria, sociosanitario y domiciliaria, con el objetivo de asegurar la continuidad asistencial, optimizando todos los recursos y garantizando una mayor calidad asistencial.

Nuestro proyecto se ha ido desarrollando a lo largo de estos años pero sin perder la filosofía inicial, creemos firmemente que es básico dotar los servicios hospitalarios de forma que puedan atender las patologías más complejas, destacando el campo de la neurorehabilitación, rehabilitación cardíaca y amputados, así como, ser pioneros en el área de la valoración del daño corporal y el peritaje. La docencia es un elemento clave e imprescindible que estimula la calidad de la práctica clínica y la investigación.

A nivel de atención primaria, en nuestro modelo, existe una estrecha relación con los médicos de familia a través de la historia clínica compartida informatizada, apostando por programas de tratamiento rehabilitador grupales multidisciplinares de carácter educativo, en que el médico rehabilitador es el que prescribe el programa, con lo que se garantiza la calidad de los mismos.

2 . AUTORES DE LA MEMORIA

Dra Roser Garreta Figuera

Médico Rehabilitador

Jefe Servicio de Rehabilitación Mútua de Terrassa y Egarsat

Dra Àngels Abril Carreres

Medico Rehabilitador

Coordinadora asistencial y tutora residentes Mútua Terrassa

Dra Carmen Calahorrano Soriano

Médico Rehabilitador

Coordinadora asistencial Mútua Terrassa

3. RESPONSABLE DEL PROYECTO

Dra Roser Garreta Figuera

4. MEMORIA

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

El Hospital Universitario Mútua de Terrassa, es un hospital general de segundo-tercer nivel, de titularidad privada que pertenece a la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública / Red Hospitalaria de Utilización Pública), concertado con el Sistema Catalán de Salud (CatSalut) para la prestación de asistencia sanitaria a los usuarios de la Seguridad Social de la zona de Terrassa y zona de influencia. La población de referencia es de 410.018 habitantes (210.000 de la ciudad de Terrassa). Está adscrito a la Universidad de Barcelona.

El hospital tiene una capacidad de 481 camas, con un total de 34 especialidades médicas, quirúrgicas y servicios centrales. El número de altas de hospitalización y cirugía mayor ambulatoria en 2.008 fue de 27.314 y el número de urgencias hospitalaria fue de 123.715. El número de facultativos total es de 414, de los que 80 son MIR.

Es hospital de referencia para especialidades como neurocirugía y cirugía torácica para una población de más de 1.000.000 de habitantes, así como para determinados procesos de cirugía oncológica. También es hospital de referencia para hemodinámica cardíaca y HIFU (High Intensity Focused Ultrasounds).

El hospital está acreditado para la formación MIR y en 2008 tuvo 133 profesionales en formación. Durante el año 2.009 ha obtenido el Premio TOP 20 a la excelencia en la categoría de hospitales con especialidades de referencia y el Premio TOP 20 a la especialidad del área del sistema nervioso.

En cuanto a su ubicación, está situado en una zona céntrica de la ciudad de Terrassa, accesible con transporte público y conectado con las ciudades de alrededor tanto con autobuses como con ferrocarril.

4. 2 DESCRIPCIÓN BÁSICA DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

El servicio de Rehabilitación en Mutua de Terrassa tiene una larga tradición. A nivel hospitalario tenía un área de fisioterapia de 60 m² y contaba con 2 fisioterapeutas y una auxiliar y, a nivel ambulatorio, con 4 fisioterapeutas y 2 auxiliares. Un médico rehabilitador trabajaba a tiempo parcial tanto a nivel hospitalario como ambulatorio en la ciudad de Terrassa. En los años ochenta no había otros ambulatorios.

Es en el año 1.992, con la Dra Roser Garreta como jefe de servicio, cuando se inicia un nuevo proyecto que se basó en los siguientes conceptos:

- “continuum asistencial”
- “producto único”
- gestión directa por parte del jefe de servicio de los recursos humanos y técnicos, así como participación activa en el desarrollo del nuevo proyecto.

El concepto de la rehabilitación lo entendemos, no como una acción puntual en los hospitales de agudos cuya continuidad posterior no estaba siempre asegurada ni coordinada, sino como un elemento activo y continuado desde el inicio hasta el final del proceso patológico, por lo tanto, esta idea de transversabilidad nos permite dar asistencia a los pacientes en los diferentes niveles asistenciales: hospitalario, atención primaria, sociosanitario y domiciliaria.

La atención al paciente debe ser integral, ofreciendo un mismo producto sanitario desde el inicio del proceso hasta su resolución, esto se consigue, mediante la uniformidad en la práctica clínica en los distintos niveles asistenciales.

A lo largo de estos años hemos implementado una estructura física, de recursos humanos y técnicos que nos permite estar presentes a nivel hospitalario, de atención primaria, sociosanitario y domiciliaria. Constituimos un equipo multidisciplinario que trabaja interdisciplinariamente y que se coordina con el resto

de recursos asistenciales, que facilita un flujo ágil y adecuado de pacientes garantizando una continuidad asistencial eficaz y eficiente.

Nuestro proyecto se ha ido desarrollando a lo largo de estos años pero sin perder la filosofía inicial, creemos firmemente que es básico dotar los servicios hospitalarios de forma que puedan atender las patologías más complejas, destacando el campo de la neurorehabilitación, rehabilitación cardiaca y amputados, así como ser pioneros en el área de la valoración del daño corporal y el peritaje. La docencia es un elemento clave e imprescindible que estimula la calidad de la práctica clínica y la investigación. Todo ello se ha ido desarrollando mediante un incremento progresivo de los recursos humanos, físicos y técnicos. En el año 1999 iniciamos la actividad sociosanitaria y en el 2007 la domiciliaria. Nuestro Servicio fue acreditado para la formación de un especialista por año (MIR) en el 2003, ampliándose a dos especialistas por año en el 2008.

A finales del año 1992 se inicia la ampliación de la atención primaria, que hasta entonces estaba situada en el CAP (centro de Atención Primaria) Rambla de Terrassa, con la inauguración del servicio de rehabilitación en el CAP de Sant Cugat en 1.992 y Rubí en 1.997. En el año 2.003 se traslada el servicio de Rehabilitación del Cap Sant Cugat al CAP de Valldoreix.

En nuestro modelo, existe una estrecha relación con los médicos de familia a través de la historia clínica compartida informatizada, apostando por programas de tratamiento rehabilitador grupales multidisciplinares de carácter educacional, en que el médico rehabilitador es el que prescribe el programa, con lo que se garantiza la calidad de los mismos.

Organización: Se trata de un servicio jerarquizado, en que los fisioterapeutas, auxiliares de fisioterapia, terapeutas ocupacionales, logopedas y administrativos tienen una dependencia funcional del jefe de servicio y en que todos los documentos

del hospital y primaria se han unificado. Los médicos del servicio combinan su trabajo en el hospital con el de asistencia en los centros de primaria y/o sociosanitario. En primaria existe una historia clínica informatizada desde hace más de 10 años y en la actualidad se está trabajando para unificarla con la del hospital. Con todo ello podemos establecer un flujo rápido para que los pacientes que han realizado tratamiento rehabilitador en el hospital puedan continuarlo sin interrupciones en primaria o en el nivel asistencial que precise.

Cuando se da de alta hospitalaria al paciente ingresado, si es tributario de continuar tratamiento ambulatorio, la hoja de tratamiento prescrito en el hospital llega al servicio de rehabilitación del centro de primaria correspondiente. Hemos establecido un circuito funcional, mediante correo interno para garantizar la privacidad de los datos de los pacientes. El tratamiento se programa de manera urgente y se cita para control con el médico rehabilitador en 1-2 semanas. De esta manera obviamos el tiempo de espera de la visita, facilitando que el paciente sea programado para continuar el tratamiento rehabilitador sin interrupciones y además reducimos un número importante de visitas, lo que nos ayuda a mejorar las listas de espera.

Además de la actividad asistencial realizamos actividad docente y de investigación.

Todo ello se recoge en una memoria anual que recoge con detalle toda nuestra actividad cuantitativa y cualitativa y queda a disposición del personal del Hospital a través del sistema informático interno. Detallamos publicaciones y comunicaciones en anexo. Destacamos, en cuanto a la actividad de investigación en primaria, que estamos desarrollando un ensayo clínico sobre el tratamiento de las secuelas del latigazo cervical crónico con infiltraciones intramusculares de toxina botulínica.

También se está llevando a cabo un estudio sobre el tratamiento de las fracturas de Colles con la terapia del espejo.

Recursos humanos Servicio de Rehabilitación:

Facultativos: 1 jefe de servicio, 2 coordinadores asistenciales, 11 médicos adjuntos de los cuales 3 son responsables del servicio de rehabilitación de cada centro de primaria y 4 médicos residentes MIR). Total 18.

Fisioterapeutas: 1 supervisora de fisioterapia, 4 coordinadores de fisioterapia, 51 fisioterapeutas (19 en Hospital, 10 CAP Rambla, 6 CAP Rubí, 4 CAP Valldoreix, 12 domiciliaria). Total: 55

Terapeutas ocupacionales: 3

Logopedas: 4

Auxiliares de fisioterapia: 9

Administrativos: 12

Celadores: 1

ATENCIÓN PRIMARIA

El servicio de Rehabilitación de Mutua de Terrassa a nivel de primaria está ubicado en el CAP Rambla de Terrassa, CAP Valldoreix y CAP Rubí. Los 3 centros están situados en zonas céntricas de Terrassa, Rubí y Valldoreix, son fácilmente accesibles con transporte público (autobuses y ferrocarril) y están abiertos al público de manera ininterrumpida de 8 de la mañana a 21 h excepto el Cap Valldoreix que cierra a las 20h.

El servicio de Rehabilitación de los 3 centros de atención primaria dispone de una zona general: recepción, vestidores de hombres y mujeres, lavabos adaptados y

almacén. Además disponen de sala para reuniones de trabajo, sesiones docentes, sesiones educativas para pacientes que participan en diferentes programas de rehabilitación, sala de descanso y biblioteca.

Control de gestión y calidad: Desde el servicio se gestiona la lista de espera tanto de visita médica como del gimnasio, de manera que se garantiza un tiempo de espera máximo de visita urgente de 7 días y de entrada al gimnasio antes de 14 días. Toda esta información se facilita mensualmente al Cat Salut.

Como control de calidad interno todas las derivaciones recibidas son valoradas semanalmente por el médico rehabilitador de cara a priorizar la visita según diagnóstico e información clínica recibida independientemente de la prioridad que haga el médico consultor. En cuanto a las reclamaciones existe un circuito que garantiza una respuesta de las mismas en un tiempo menor a 15 días. Las reclamaciones se registran y se facilita la información al sistema catalán de salud en el día. Tenemos también un protocolo de derivación y un protocolo de transporte basado en el Plan de rehabilitación de Catalunya y la guía de transporte desarrollado por el Cat Salut.

Para garantizar la calidad de la asistencia y unificar la práctica clínica se han confeccionado e implantado diversos protocolos tanto de patología osteoarticular (artroplastias, plastia de LCA, hombro doloroso, raquis, etc), como de otras patologías: MPOC, linfedema, Incontinencia Urinaria y Espasticidad. Para la valoración de la discapacidad usamos diferentes escalas de Valoración: Escala de Oswestry para lumbalgia, Escala de Northwick Park para afecciones cervicales, Escala de Constant para patología de hombro, Escala de Oxford Modificada y ICIQ-SF y King's Health Questionnaire en incontinencia urinaria, Quick-DASH para linfedema, Índice de BODE para MPOC y Six minutes walking test y Cuestionario Internacional de Actividad Física para pacientes de alto riesgo cardiovascular.

También realizamos sesiones conjuntas con todos los médicos del servicio que se distribuyen en clínicas, bibliográficas y de gestión. Tanto las clínicas como las bibliográficas son semanales y la de gestión mensual. Destacamos entre las clínicas una sesión mensual con pacientes complejos. En primaria los médicos rehabilitadores realizan sesiones mensuales con los fisioterapeutas y anualmente se realiza una sesión clínica formativa con todo el personal del servicio.

Actividades de coordinación con Atención Primaria: se han puesto en marcha en colaboración con los médicos de primaria los grupos de tratamiento integral de raquis, la escuela de hombro y el programa de cardiaca de prevención primaria. Son tratamientos grupales, multidisciplinarios que incluyen además del tratamiento rehabilitador diversas charlas educativas impartidas por diferentes profesionales. También se ha puesto en marcha un circuito rápido para la prescripción de ayudas técnicas y ortésis en relación con los trabajadores sociales.

La Historia Clínica Informatizada, utilizada en primaria desde hace 10 años, permite compartir la información clínica con médicos de familia y otros especialistas, solicitar pruebas y derivaciones y realizar recetas e informes. Desde hace un año, esta información se ha volcado en un sistema nuevo y global que incluye, además de la información hospitalaria (informes, cursos clínicas, pruebas de imagen digitalizadas), las citas y pruebas pendientes, fechas y motivos de baja laboral y listas de espera quirúrgica.

Además la hoja de tratamiento rehabilitador es una herramienta de comunicación entre el médico rehabilitador y el terapeuta ya que incluye además del tratamiento prescrito, las valoraciones de estos. También se codifican los diagnósticos con el CIE-9 y se recoge el número de sesiones realizadas, el número de técnicas aplicadas y el absentismo. Como proyecto de mejora para el futuro destacamos la

informatización de la hoja de tratamiento, lo que facilitará en gran medida la recogida de estos datos.

Servicio RHB MT CAP Rambla

Área poblacional: Terrassa, Sant Quirze, Matadepera, Viladecavalls, Vacarisses, Ullastrell: total 243.297 habitantes.

Procesos realizados en 2.009: 6.682

Recursos técnicos

Dispone de unos 600 m² útiles. Además de las zonas generales dispone de:

- 2 consultorios médicos
- zona de tratamiento: gimnasio general con zona de terapia ocupacional, zona de tratamiento individual y zona de tratamientos de grupo, gimnasio infantil, boxes de electroterapia, box para fisioterapia respiratoria, box para tratamiento de incontinencia urinaria, zona de hidroterapia y box para visitas y tratamiento de logopedia.
- Recursos humanos: 1,7 médico rehabilitador (64h/semana), 1 coordinadora de fisioterapia, 10 fisioterapeutas, 4 auxiliares de fisioterapia, 3 logopedas y 2 auxiliares administrativas.

Servicio RHB MT Cap Rubí

Área de influencia: Rubí, Castellbisbal, Les Fonts: 79.826 habitantes.

Procesos realizados en 2009: 2046

Disponemos de unos 280 m2, destinados a la asistencia médica y tratamiento rehabilitador individualizado, más 80 m2 para tratamiento en grupo y 15 m2 de despacho médico que se comparte con otros servicios. Además de las zonas generales dispone de:

- 2 consultorios médicos
- zona de tratamiento: gimnasio general con zona de terapia ocupacional, zona de tratamiento individual, boxes de electroterapia, boxes para tratamiento específico: fisioterapia respiratoria, presoterapia, tratamiento de incontinencia urinaria, zona de hidroterapia i sala para tratamientos de grupo.
- Recursos humanos: 1 médico rehabilitador/semana,1 coordinadora de fisioterapia, 8 fisioterapeutas, 1 auxiliar de fisioterapia y 2 auxiliares administrativas.

Desde allí se tramita la rehabilitación domiciliaria y la logopedia, ya que en esta área depende de otra empresa.

Servicio RHB MT Cap Valldoreix

Población: Sant Cugat, Valldoreix, La Floresta, Mirasol, Les planes: total 86.893 habitantes.

Procesos realizados en 2.009: 1.925

Dispone de unos 320m2 útiles. Además de las zonas generales dispone de:

- 1 consultorio médico
- zona de tratamiento: gimnasio general con zona de terapia ocupacional, zona de tratamiento individual y zona de tratamiento de grupo, boxes de electroterapia,

boxes para tratamientos especializados: fisioterapia respiratoria, presoterapia, tratamiento de incontinencia urinaria, zona de hidroterapia y sala para tratamientos de grupo.

- Recursos humanos: 0.6 médico rehabilitador (24h/semana), 1 coordinadora de fisioterapia, 4 fisioterapeutas, 1 auxiliar de fisioterapia y 2 auxiliares administrativas.

Desde allí se tramita la rehabilitación domiciliaria y la logopedia, ya que en esta área depende de otra empresa.

Cartera de servicios de Atención Primaria

Rehabilitación Neurológica	Accidentes Vasculares Cerebrales Enfermedades Degenerativas SNC Enfermedades Inflammatorias SNC Traumatismos Craneoencefálicos Lesión Nervio periférico
Rehabilitación Neuroquirúrgica	Tumores SNC intervenidos Hernias discales intervenidas
Rehabilitación Traumatológica	Fracturas Artroplastias cadera Artroplastias rodilla
Rehabilitación en Cirugía torácica	Toracotomias exploratorias Cirugía de resección

Rehabilitación Cardiorrespiratoria	Insuficiencia cardíaca Cardiopatía isquémica Neumonías Sobreinfecciones respiratorias en MPOC
Rehabilitación en patología vascular	Amputados Cirugía de revascularización
Rehabilitación en linfadenectomias/ mastectomias	
Rehabilitación infantil	
Rehabilitación del suelo pélvico (ambulatorio)	
Otros	Síndrome de inmovilidad Cirugía Abdominal

1. ACTIVITAT ASSISTENCIAL (2009)

	Total Visitas	Total sesiones FT
Hospital	3.473	11.839
Sociosanitario	1.625	12.633
C. Externa Hospital	11.526	59.699

CAP Rambla	9.414 Ratio 1ªV/VC : 1/ 3	78.620
CAP Valldoreix	3.040 Ratio 1ªV/VC : 2	29.187
CAP Rubi	5.912 Ratio 1ªV/VC : 2,6	47.888
Total primaria	18.366 Ratio VC/1ª : 2,6 Procesos* 10.653	155.695

- * El proceso incluye la visita con el médico rehabilitador, las sesiones de terapia si procede y el alta médica con informe.

Anexo: Actividad no asistencial (ponencias, publicaciones, comunicaciones, pósters, trabajos...)

Ponencias

1. Garreta R. Moderadora. II Jornada de Actualización en toxina botulínica y Rehabilitación. 2009, 16 de abril; Madrid, España.
2. Garreta R. Actualización del tratamiento del paciente espástico (Encuentro con el experto). 47 Congreso SERMEF (Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación). 2009,14 mayo; Valladolid, España.
3. Garreta R. Actualización sobre toxina botulínica a nivel clínico y Casos Clínicos. Foro de Toxina Botulínica y Espasticidad. Encuentro con el Experto. 2009, 2 junio; Zaragoza, España.
4. Garreta R. Coordinadora del taller: Toxina botulínica. Laboratorio de evaluación de la locomoción. Presentación de evaluación cinemática de la marcha. X Congreso Transpirenaico de Medicina Física y Rehabilitación. 2009, 20 y 21 noviembre; Bilbao. España.
5. Garreta R. Directora del taller practico de infiltración de toxina botulínica tipo A en espasticidad y PCI. 2009,6 noviembre; Córdoba, España.
6. Garcia F: "Programa de Rehabilitación Cardiaca". Servicio de Medicina Interna. Hospital de Mollet. 2009, 15 diciembre; Mollet, España.
7. Garcia F: "Los programas de Rehabilitación cardiaca". Introducción del Master de Nutrición Cardiovascular. Hospital Mutua de Terrassa Set08-marzo 09. Terrassa. España.
8. Garreta F. El paper de la biomecànica en Rehabilitació: una experiència personal. XIX Jornada Societat Catalana de Rehabilitació i Medicina Física. 2009, 20 de abril; Terrassa, España.

9. Chaler J. Valoració instrumentada de la marxa. XIX Jornada de la Societat Catalana de Rehabilitació i Medicina Física. 2009, 20 de abril; Terrassa, España.
10. Müller B: Anàlisis del moviment en extremitat superior. XIX Jornada Societat Catalana de Rehabilitació i Medicina Física. 2009, 20 de abril; Terrassa, España.
11. Ridau N: Valoració isocinètica i isoinercial de la columna vertebral. XIX Jornada Societat Catalana de Rehabilitació i Medicina Física. 2009, 20 de abril; Terrassa, España.
12. Müller B: Biomecànica aplicada: la força en l'aparell locomotor. I. Jornada de Fisioteràpia en Traumatologia. Hospital del Mar. 2009, 5 junio; Barcelona, España.
13. Zeballos B. Nova experiència en la gestió de la patologia crònica d'espatlla. Acadèmia de Ciències Mèdiques. 2009, 24 noviembre; Barcelona, España.
14. Chaler J. Anàlisi de la marxa a la Jornada d' actualització en la rehabilitació del pacient amb paràlisi cerebral infantil. Hospital de Figueres Fundació Salut Empordà. 2009, 26 de febrero; Figueres, España.
15. Chaler J. Exploración en un laboratoris de anàlisis de la marcha en 3D. Traumatismo cráneoencefálico grave en el niño y adolescente. IV Curso de formación continuada en rehabilitación pediátrica. Hospital Universitari de Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, 12 Noviembre 2009.
16. Dra Ibarz C, Sra San Feliu N, Sra Arenas X, i Sra Martinez M. Incontinencia Urinaria. Sesión anual conjunta Médicos y Fisioterapeutas de todo el servicio de Mutua de Terrassa y Egarsat.. CAP Rubí. 2009, 4 junio, Rubí, España.

Comunicaciones:

1. Torra Parra, M., García Ortún, F., Coll Fernandez, R., Quintana Riera, S., Pérez, N., Escudero, F., Garreta Figuera, R. Respuesta a un programa de entrenamiento en varones con cardiopatía isquémica sometidos a intervención coronaria percutánea versus bypass. 47 Congreso SERMEF (Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. 2009, 13 mayo; Valladolid, España.
2. Coll-Fernandez R, Garcia F, Torra M, Quintana S, Garcia A, Valdivieso S, Garreta R. Respuesta a un programa de entrenamiento en varones diabéticos versus no diabéticos con cardiopatía isquémica. 47 Congreso SERMEF (Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. 2009, 13 mayo; Valladolid, España.
3. Sanchez D, Ridau N, CollR, Müller B, Chaler J, Garreta R. Aportación de la prueba de velocidad en el análisis de movimiento cervical tras latigazo. 47 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física SERMEF. 2009, 12-15 mayo; Valladolid, España.
4. Sanchez D, Ridau N, Chaler J, Müller B, Garreta F. "El análisis de movimiento cervical tras latigazo mediante valoración biomecànica". VIII Jornadas sobre valoración del Daño Corporal. Criterios de Valoración. Situación actual. Fundación Maphre. 2009, 27 y 28 de octubre; Madrid España.
5. Ridau N, Sanchez D, Müller B, Garreta R. Aportación de la dinamometria isocinética de columna lumbar en una mütua laboral "Fundación Maphre". 2009, 27 i 28 de octubre; Madrid, España. (2º premio nacional Fundacion Mapfre).
6. Ridau N, Rosell N, Sanchez D, Garreta R. Fractura-luxació dorsal sin lesión medular desapercibida. A propósito de un caso. 47 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física SERMEF. 2009, 12-15 mayo; Valladolid, España.

7. Calahorrano S, Garreta F, Abril A, Quintana S. Programa Integral de raquis lumbar. 47 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. SERMEF. 2009,12-15 mayo; Valladolid, España.
8. Calahorrano S, Garreta F, Abril A, Quintana S. Programa Integral de raquis Cervical. 47 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. SERMEF. 2009,12-15 mayo; Valladolid, España.
9. Calahorrano S, Garreta F, Abril A, Quintana S. Nueva Experiencia en la gestión de Patología Crónica del Hombro. 47 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. SERMEF. 2009,12-15 mayo; Valladolid, España.
10. Gonzalez-Viejo MA, Peret P, López-Alonso I, Issa D, Tovar M,Torra M. Participació(Falte el nom dels ponents. en la presentació com a comunicació científica Comorbilidad de la asociación entre lesión medular y traumatismo craneoencefálico. XXVI Jornadas Nacionales de la Sociedad de Paraplegia y XV Simposio Nacional de enfermería especializada en Lesión Medular. 2009, 7-9 octubre; Palmas de Gran Canaria, España.

Póster:

1. Torrequebrada A, AbrilA, Kharseeva O, Boldó M, Calahorrano C, Garreta R, Sanahuja J. Mutismo acinético secundario a hemorragia Talàmica izquierda e hidrocefalia. Tratamiento farmacológico. 47 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. SERMEF. 2009,12-15 mayo; Valladolid, España.

2. Coll R, Carnicer J, Ibarz C, Torra M, Garreta R. Diagnóstico diferencial de la Paraparesia adquirida: A propósito de un caso. 47 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. SERMEF. 2009,12-15 mayo; Valladolid, España.
3. Torrequabrada A, Pérez N, Boldó M, Ibarz C, Garreta R, Sanahuja J. Late Recovery of Consciousness in a non-traumatic vegetative state. A Spect Study. International Symposium on neurorrehabilitation from basics to future.2009, 15-16 octubre; Valencia, España.
4. Boldó M, Torrequabrada A, Ribera A, Garreta R, Olive B. Akinetic mutism secondary to bilateral anterior cerebral artery infarction and the effect of carbidopa/levodopa and pramipexol treatment. International Symposium on neurorrehabilitation from basics to future.2009, 15-16 octubre; Valencia, España.
5. Zeballos B, Garcia F, Pérez N, Quintana S, Moreno L, Coll R, Garreta R. Respuesta a un programa de entrenamiento en pacientes con insuficiencia cardiaca. 47 Congreso SERMEF (Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. 2009, 13 mayo; Valladolid, España. Ha estado premiado como un de los tres mejores carteles científicos.
6. Torra M, Garcia F, Coll-Fernandez R, Quintana S, Zeballos B, Pérez N. Response of a training program in males with ischemic cardiomiopathy undergoing a percutaneous transluminal coronary angioplasty versus a coronary bypass grafting. 5th World Congress of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine. 2009, 13-17 junio; Estambul, Turquía.
7. Exercise training program: Effects on male diabetic versus non diabetic with coronary heart disease. Coll R, Garcia F, Torra M, Quintana S, Garcia Anna, Valdivieso S, Garreta R. 5th World Congress of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine. 2009, 13-17 junio; Estambul, Turquía.

8. Unyó C, García M, Coll R, Montesinos LI, Müller B, Quintana S, Garreta R. "Detection of submaximal grip-effort using the jamar dynamometer". 5th World Congress of the International Society of Physical Medicine and Rehabilitation. 2009, 13-17 junio; Istanbul, Turquía.
9. Pujol E, Müller B, Coll- Fernández R, Maiques A, Quintana S, Chaler J, Garreta R "Gait pattern recognition by foot pressure measurement in patients with intra-articular calcaneus fractures". International Society of Physical and Rehabilitation Medicine 2009, 13-17 junio; Istanbul, Turquía.
10. M.Torra, J.Chaler, J.Dolz, B.Müller, R.Garreta. Edema óseo doloroso severo en condilo femoral externo como complicación del uso de una ortesis plantar con cuña lateral externa: a propósito de un caso. XI congrès Transpyrénéen de Médecine Physique et de Réadaptation. 2009, 20-21 noviembre; Bilbao, España.
11. Santana F, Escudero E, Martínez C, De la Torre J, Ridau N, Soler F. Ulnar tunnel syndrome at the wrist secondary to an edema. XVVth Congress of the Federation of European Societies for Surgery of the Hand.(FESSH). 2009,3-6 junio; Poznan, Polonia.

Talleres:

1. Calahorrano C, Coll-Fernandez R. Isocinètic bàsic. Genoll. XIX Jornada Societat Catalana de Rehabilitació i Medicina Física. 2009, 20 de abril; Terrassa, España.
2. Unyó C, Carnicer J. Isocinètic intermig. Espatlla i canell. XIX Jornada Societat Catalana de Rehabilitació i Medicina Física. 2009, 20 de abril; Terrassa, España.

3. Ridau N, Ribera A. Isocinètic avançat. Columna. XIX Jornada Societat Catalana de Rehabilitació i Medicina Física. 2009, 20 de abril; Terrassa, Espanya.
4. Garcia-Guerrero M, Boldó M. Plataforma d'Equilibri. XIX Jornada Societat Catalana de Rehabilitació i Medicina Física. 2009, 20 de abril; Terrassa, Espanya.
5. Sanchez D, Torra M. Anàlisis moviment cervical. XIX Jornada Societat Catalana de Rehabilitació i Medicina Física. 2009, 20 de abril; Terrassa, Espanya.
6. Miranda M, Garcia-Ortuny F. Dinamometria Extremitat Superior. XIX Jornada Societat Catalana de Rehabilitació i Medicina Física. 2009, 20 de abril; Terrassa, Espanya.
7. Garreta F, Chaler J, Müller B. Anàlisis del moviment. XIX Jornada Societat Catalana de Rehabilitació i Medicina Física. 2009, 20 de abril; Terrassa, Espanya.
8. Pujol E, Maiques A. Pressió Plantar. XIX Jornada Societat Catalana de Rehabilitació i Medicina Física. 2009, 20 de abril; Terrassa, Espanya.

Publicaciones

1. Chaler J, Torra M, Dolz JL, Müller B, Garreta R. Painful lateral knee condyle bone marrow edema after treatment with lateral wedges isole: Case Report. Aceptado y pendiente de publicación al American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation.
2. Sastre S, Sanchez MD, Lozano L, Orient F, Fontg F, Nuñez M. Total knee arthroplasty: better short-term results after subvastus approach: a randomized, controlled study. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2009 Oct; 17(10):1184-8. Epub 2009 Apr 18.
3. Garreta R. Participació com a expert en el grup d'experts de malalties del sistema nervios. Pla de rehabilitació de Catalunya:els processos assistencials en

rehabilitacio. <http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/pla-rehabilitacio-catalunya.pdf>.

4. Saenz A, Avellanet M, Hijos E, Chaler J, Garreta R, Pujol E, Sandoval B, Buen C, Farreny A. Knee isokinetic test-retest: a multicentre knee isokinetic test-retest study of a fatigue protocol. *Europ J Phys Rehabil Med*. 2009 Nov 24 (Epub ahead of print).
5. Fabio Marcon Afieri, Marcelo Riberto, Carla Paschoal Corsi Ribeiro, Maria Àngels Abril Carreres, Linamara Rizzo Battistella, Roser Garreta Figuera . Controle postural no envelhecimento: um estudo comparativo entre Brasil e Espanha. Postural control in aging: a comparative study among Brazil and Spain. *Acta Fisiatr* 2009;16 (4):203-205.
6. Chaler J, Müller B, Pujol E, Permanyer E, Maiques A, Garreta R. Usefulness of 3D Gait Analysis in suspected feigned knee extensor weakness. Case report. Trabajo en proceso de publicación.

Docència:

1. Garreta R. Coordinadora y ponente del Curso Teórico-Práctico: Abordaje integral de la espasticidad. 2009, 2 de abril; Terrassa, España.
2. Chaler J, Torrequebrada A. Ponentes dels Curso Teórico-Práctico: Abordaje integral de la espasticidad. 2009, 2 de abril; Terrassa, España
3. Chaler J. Dinamometria isocinètica. Clase teórico-practica de 8h del “Máster Universitario en Valoración del Daño Corporal, Daño Cerebral y Discapacidades”. Universidad Europea de Madrid. 2009, 30 de enero; Madrid, España.
4. Garreta R. II Jornada de Actualización en Toxina Botulínica y Rehabilitación. 2009, 16 abril; Valladolid, España.

Otros

1. Garreta R, Abril A, Calahorrano C, Chaler J, Müller B, Coll R. Comité Organitzador XIX Jornada Societat Catalana de Rehabilitació i Medicina Física. El paper de la biomecànica en Rehabilitació. 2009, 20 de abril; Terrassa, España.
2. Garreta R, Guirao LI, Pagés E, Ticó N, Abril A, Chaler J, Pujol E. Comité Científico. XIX Jornada Societat Catalana de Rehabilitació i Medicina Física. El paper de la biomecànica en Rehabilitació. 2009, 20 de abril; Terrassa, España.
3. Garreta R, Aguilar M, Garcia-Bach M, Rendé J. Organización de la Jornada de presentación: The WalkAide System. Aplicació de l'estimulació elèctrica funcional en el peu equí neurològic. 2009,4 de marzo; Terrassa, España.
4. Abril A. Moderadora. Jornada de presentación The WalkAide System. Aplicació de l'estimulació elèctrica funcional en el peu equí neurològic. 2009, 4 de marzo; Terrassa, España.
5. Calahorrano C. Moderadora del taller de casos clínicos. Jornada de presentación: The WalkAide System. Aplicació de l'estimulació elèctrica funcional en el peu equí neurològic. 2009, 4 de marzo; Terrassa, España.
6. Torrequebrada A, Boldó M, Garcia –Bach M, Aguilar M. Presentación de casos clínicos. Jornada de presentación: The WalkAide System. Aplicació de l'estimulació elèctrica funcional en el peu equí neurològic. 2009,4 de marzo; Terrassa, España.

Charlas divulgativas

1. Garcia F. L'exercici físic al llarg dels anys. Conferencia dirigida a la població en el marco de la Semana de la salud cardiovascular en Terrassa. 2009, 3 noviembre; Terrassa, España.

2. Padilla F, Fernández C, Alvarez E, Garcia F. Com tractem l'angina de pit i l'infart de miocardi? Conferencia dirigida a la població dentro de los "Cicles de conferències multidisciplinars divulgatives per a tothom. Els Dijous de Mútua".2009, 29 de octubre; Terrassa, España.
3. Krupinski J, Carrasco M, Torrequebrada A. Prevenció, Actuació i cures davant l'ictus. Conferencia dirigida a la població dentro de los "Cicles de conferències multidisciplinars i divulgatives per a tothom: Els dijous de Mútua." 2009, 30 de abril; Terrassa, España.
4. Alvarez E, Comerma J, Garcia F, Ballbé R, Duran I, Soler F. Participación en el programa de canal Terrassa "Prismes" sobre la Semana de Salud Cardiovascular.2009, 5 noviembre; Terrassa, España.

Charlas dirigidas a pacientes

1. Carnicer J, Garcia F, Ribera A, Zeballos B. Charlas PIR lumbar en los centros de Atención Primaria.
2. Calahorrano C. Charlas a los pacientes de la escuela de hombreen los centros de atención primaria.
3. Torrequebrada A. Sesiones informativas a pacientes y familiares de pacientes con ictus: fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia. Den el marco del Programa anual de educación sanitaria a pacientes y familiares con ictus. Organizado por el Servicio de Neurología, Rehabilitación y enfermería del Hospital Mutua de Terrassa.

Trabajos

1. Calahorrano-Soriano C, Abril-Carreres A, Quintana S, Permanyer-Casals E. Garreta Figuera R. Programa rehabilitador integral de raquis cervical. Descripción, resultados y análisis de costes.

2. Tractament del dolor cervical crònic secundari a síndrome de fuetada cervical amb toxina botulínica tipus A: estudi pilot.” Ensayo clínico. Investigador principal: Roser Garreta. Investigadores colaboradores: Carmen Calahorrano, Àngels Abril, Mercè Torra.

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

1. Educación de pacientes y promoción de la salud

Situación de partida:

Modelo de tratamiento rehabilitador en que los pacientes son visitados por el médico rehabilitador quien prescribe o no un tratamiento de fisioterapia y controla la evolución tras las sesiones pautadas, hasta el alta médica en que elabora un informe. Los pacientes son tratados de manera individual por el fisioterapeuta con un ratio de 4 pacientes por hora. En una sesión de tratamiento se combinan las diferentes técnicas que precisen los pacientes y se dan consejos individuales de higiene y prevención. Dada la alta incidencia de patología osteoarticular banal, con gran frecuencia de recurrencias que nos generan lista de espera tanto para visita como para tratamiento y nos impide poder tratar adecuadamente a otro tipo de patologías más graves decidimos poner en marcha diferentes programas de tratamiento rehabilitador grupales con finalidades educativas además de terapéuticas. (cardíaca).

Propuesta innovadora

Programa Integral de raquis (PIR) LUMBAR:

El programa integral de raquis para lumbalgia mecánica crónica, es un programa grupal, multidisciplinario y acotado en el tiempo, de vocación educativa, que incluye 12 sesiones de electro, termo y cinesiterapia y 5 charlas educativas: higiene postural

impartida por el fisioterapeuta, conocimiento y autocuidado por parte del médico rehabilitador, cognitiva conductual por parte del psicólogo, dieta y factores de riesgo por enfermería y asesoramiento laboral por el trabajador social. Son grupos de 10 pacientes que realizan sesiones de 1,5 horas de duración. El paciente es valorado por el médico rehabilitador quien indica si es candidato o no al programa. Ello asegura la calidad asistencial. Como medidas de valoración se pasa el EVA para dolor y el Cuestionario de Oswestry para funcionalidad pre y postratamiento. Al finalizar el programa, si no ha habido incidencias el médico de cabecera valora al paciente con lo que disminuimos considerablemente el número de visitas con el médico rehabilitador. Este programa se ha implantado en junio del 2008. Durante el 2009 hemos tratado a 960 pacientes en 2009. Hemos analizado los resultados de septiembre 2008 a enero 2009 y se ha objetivado una mejoría estadísticamente significativa de ambas escalas. Con este programa disminuimos tanto el número de visitas médicas, ya que la visita final la realiza el médico de cabecera, como las horas de fisioterapia requeridas.

PIR CERVICAL:

El programa integral de raquis para cervicalgia mecánica crónica, es un programa grupal, multidisciplinario y acotado en el tiempo, de vocación educativa, que incluye 12 sesiones de fisioterapia (10 de electro, termo y cinesiterapia, 1 de normas de higiene de columna y 1 de relajación) y 2 charlas educativas: una de anatomía, fisiología, prevención y tratamiento del dolor cervical impartida por el médico rehabilitador y 1 cognitiva conductual por parte del psicólogo. Son grupos de 10 pacientes que realizan sesiones de 1 hora de duración. El paciente es valorado por el médico rehabilitador quien indica si es candidato o no al programa. Ello asegura la calidad asistencial. Como medidas de valoración se pasa el EVA para dolor y el

Cuestionario de Northwick-Park para funcionalidad pre y postratamiento. Al finalizar el programa, si no ha habido incidencias el médico de cabecera valora al paciente con lo que disminuimos considerablemente el número de visitas con el médico rehabilitador. Este programa se ha implantado en junio del 2008. Durante el 2009 hemos tratado a 840 pacientes en 2009. Hemos analizado los resultados de septiembre 2008 a enero 2009 y se ha objetivado una mejoría estadísticamente significativa de ambas escalas. Con este programa disminuimos tanto el número de visitas médicas, ya que la visita final la realiza el médico de cabecera, como las horas de fisioterapia requeridas. Se ha analizado los resultados y los costes del programa y se han mandado los resultados para publicación.

ESCUELA DE HOMBRO

La escuela de hombro es un programa para pacientes con patología crónica dolorosa del hombro, grupal y acotado en el tiempo. Como los anteriores es de vocación educativa y se compone de 15 sesiones de electro, termo y cinesiterapia progresiva, 2 sesiones de valoración con la escala de Constant y 1 charla educativa de anatomía, fisiología e higiene postural impartida por el médico rehabilitador. Son grupos de 8 pacientes que realizan sesiones de 1 hora de duración. El paciente es valorado tanto al inicio como al final del programa por el médico rehabilitador. Este programa se implantó en abril 2008 y en el año 2009 lo han realizado 480 pacientes. Se ha analizado la mejora del Constant de julio 2008 a diciembre 2008 y se ha demostrado una mejoría significativa tanto en la puntuación global como en cada uno de los ítems que lo componen. Con este programa disminuimos el número de horas requeridas por el fisioterapeuta.

Resultados

Entre los 3 grupos de osteoarticular (PIR cervical y lumbar y escuela de hombro) en 2009 hemos realizado 2280 procesos, que representan el 22% de la actividad de primaria. Hemos disminuido un mínimo de 1800 visitas, lo que supone un 10% del total de visitas realizadas. Las horas de fisioterapeuta obviamente se han reducido, ya que previamente se realizaban tratamiento individual (4 pacientes por hora), por lo que el coste total se ha disminuido considerablemente. Se ha calculado el coste económico para el PIR cervical y el trabajo esta en trámites para publicación.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

Programa de prevención primaria para pacientes con factores de riesgo cardiovascular, multidisciplinar y acotado en el tiempo (2 meses). El médico de cabecera propone a los pacientes candidatos al programa en la reunión mensual con el médico rehabilitador y fisioterapeuta. El médico rehabilitador tras una visita confirma el ingreso o no en el programa y realiza una ergometría submáxima. Además se realiza el six- minutes- walking- test y se pasa el cuestionario internacional de actividad física. Tanto la ergometría como el test y cuestionario se pasan: al finalizar el programa, a los 6 meses y al año y medio. El tratamiento se realiza en grupos de 6 pacientes que realizan 2 o 3 sesiones a la semana de 1 hora de duración, y consiste en un entrenamiento aeróbico basado en el resultado de la ergometría inicial y en ejercicio de fuerza. El tratamiento se realiza en el CAP Rambla de Terrassa y tenemos el proyecto de ampliarlo a los demás CAPs. Se están recogiendo los datos para poder valorar los resultados del programa.

2. Modelo de gestión y filosofía del servicio

(Aunque esta propuesta esté en segundo lugar porque sintetiza la filosofía y razón de ser de nuestro servicio, para nosotros es la que presentamos como primera opción a premio).

Situación de partida:

Modelo de servicio con un médico rehabilitador a tiempo parcial que combinaba su actividad asistencial en el hospital con primaria. No se realizaba actividad en el área sociosanitaria ni domiciliaria. No se utilizaba historia clínica, ni ningún otro tipo de documentación habitual en nuestra práctica diaria, no existía evidentemente, ningún tipo de registro de actividad ni cuantitativo ni cualitativo y la mayoría de los pacientes no podían ser valorados por el médico rehabilitador siendo el fisioterapeuta el que decidía y controlaba el proceso.

En el hospital se disponía de un pequeño gimnasio de 60 m² y a nivel de asistencia primaria existía un único centro en la ciudad de Terrassa el “CAP Rambla” como se ha descrito más arriba.

Propuesta innovadora:

Proponemos a premio un nuevo proyecto de gestión que se basa en el “continuum asistencial”, el “producto único” y la gestión directa por parte del jefe de servicio de los recursos humanos y técnicos, así como participación activa en el desarrollo del nuevo proyecto.

El concepto de la rehabilitación lo entendemos, no como una acción puntual en los hospitales de agudos cuya continuidad posterior no estaba siempre asegurada ni coordinada, sino como un elemento activo y continuado desde el inicio hasta el final del proceso patológico, por lo tanto, esta idea de transversabilidad nos permite dar

asistencia a los pacientes en los diferentes niveles asistenciales: hospitalario, atención primaria, sociosanitario y domiciliaria.

La atención al paciente debe ser integral, ofreciendo un mismo producto sanitario desde el inicio del proceso hasta su resolución, esto se consigue, mediante la uniformidad en la práctica clínica en los distintos niveles asistenciales.

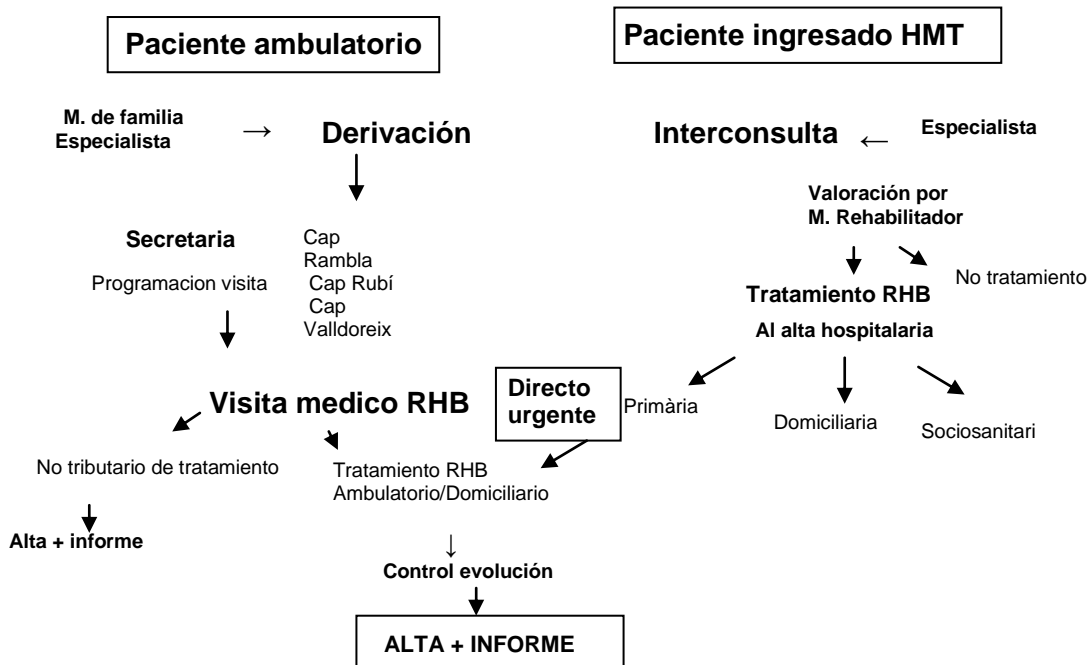
A lo largo de estos años hemos implementado una estructura física, de recursos humanos y técnicos que nos permite estar presentes a nivel hospitalario, de atención primaria, sociosanitario y domiciliaria. Constituimos un equipo multidisciplinario que trabaja interdisciplinariamente y que se coordina con el resto de recursos asistenciales, que facilita un flujo ágil y adecuado de pacientes garantizando una continuidad asistencial eficaz y eficiente.

Nuestro modelo se ha ido desarrollando en el modelo de transversalidad, es decir, los CAPs deben estar integrados en una red de rehabilitación multinivel, que incluye la rehabilitación del paciente agudo en el hospital con unidades superespecializadas en patologías complejas, la rehabilitación del paciente subagudo y crónico en centros sociosanitarios con unidades de convalecencia y larga estancia, sin olvidar el área domiciliaria.

Una herramienta útil es unificar todos los documentos del hospital y primaria. El hecho de que los médicos del servicio combinen su trabajo en el hospital con el de primaria y/o sociosanitario y el hecho de trabajar con protocolos o programas de tratamiento específico para diversas patologías también facilita que se trabaje de una manera uniforme en los diferentes niveles asistenciales. El registro de manera uniforme de la actividad tanto de visitas como tratamientos nos permite realizar una memoria anual de la actividad para presentar en dirección médica.

Otra herramienta útil es la historia clínica informatizada y compartida con los médicos de familia. En la actualidad se está trabajando para unificarla con la del hospital. Mientras tanto, hemos establecido un circuito funcional, mediante correo interno para garantizar la privacidad de los datos de los pacientes. Cuando la hoja de tratamiento llega al servicio de rehabilitación del centro de primaria correspondiente se le programa el tratamiento de manera urgente y se cita para control con el médico rehabilitador en 1-2 semanas. De esta manera obviamos el tiempo de espera de la visita, facilitando que el paciente sea programado para continuar el tratamiento rehabilitador sin interrupciones y además reducimos un número importante de visitas, lo que nos ayuda a mejorar las listas de espera. Es el propio servicio de rehabilitación quien gestiona la lista de espera.

CIRCUITO FUNCIONAL



Resultados apreciados:

Desde el año 1.992, el servicio ha ido creciendo y en la actualidad somos 14 médicos de staff y 4 médicos residentes. De 6 fisioterapeutas hemos pasado a 57. De 3 auxiliares de fisioterapia hemos pasado a 9. Tenemos 3 terapeutas ocupacionales ,4 logopedas, 12 auxiliares administrativos y 1 celador.

En la actualidad estamos acreditados para la formación vía MIR de 2 residentes por año que se han ofertado en el 2009. Trabajamos en los diferentes niveles asistenciales (hospitalario, primaria, sociosanitario y domiciliario) y hemos desarrollado diferentes Unidades específicas: Unidad de Neurorrehabilitación con la subunidad de tratamiento de la espasticidad, Unidad de Rehabilitación Cardíaca, Unidad de amputados, Unidad de suelo pélvico, Unidad de linfedema, Unidad de Rehabilitación Pediátrica, Unidad de Rehabilitación Deportiva y Unidad de isocinéticos.

A nivel hospitalario disponemos de 1.000 m² y, aunque no tenemos camas propias, ingresamos pacientes de neurorrehabilitación que precisan de tratamiento rehabilitador intensivo. Hay que añadir el aumento de recursos a nivel de primaria con la apertura del centro de primaria de Rubí y Valldoreix. El trabajo colectivo y la demostración de la optimización de los recursos disponibles y de los resultados obtenidos (memoria de actividad) ha permitido que desde la dirección hayan apoyado el crecimiento del servicio tanto a nivel técnico como humano.

Para finalizar queremos puntualizar que en Sanidad no estamos solos, vamos hacia un modelo multihospital, donde se compartirán recursos tanto técnicos como humanos. Como especialidad es importante saber que somos y que deberíamos ser, valorar nuestros puntos fuertes y nuestros puntos débiles y tener visión estratégica

para anticiparnos a los cambios: hay que prepararse y adaptar nuestro modelo de especialidad, “No avanzar es retroceder”. Debemos preparar a nuestros futuros rehabilitadores para que sean capaces de actuar en este nuevo escenario, ser un poco visionarios, osados en hacer cosas nuevas y competitivos como especialidad. La clave de la rehabilitación, al igual que otras especialidades, es la introducción en el quehacer diario de las novedades tecnológicas como instrumentos diagnósticos, terapéuticos y de evaluación e impulsar la gestión del conocimiento. La “calidad no es una meta es un camino”.