

RELACIÓN de la REHABILITACIÓN

con la

ATENCIÓN PRIMARIA

BUENAS PRÁCTICAS

en

REHABILITACIÓN y ATENCIÓN PRIMARIA

***Servicio de Rehabilitación
REGIÓN SANITARIA de LLEIDA***

LLeida a 29 de Marzo de 2010

RESUMEN DE LA MEMORIA

El Servicio de la Región Sanitaria de Lérida inició su andadura en el 2006. Sin una base sólida sobre la que asentarse ha ido progresando paulatinamente hasta la situación actual. El cambio ha sido más que significativo pero aún quedan por delante muchos e interesantes retos que deberemos afrontar de forma inminente.

La Rehabilitación Hospitalaria, Ambulatoria, Domiciliaria y la Logopedia dependen del citado Servicio. Toda la Región Sanitaria de Lérida y parte de la provincia limítrofe de Huesca son la población a la que debemos dar soporte (aproximadamente 400.000 habitantes).

Un Servicio joven y dinámico intenta aglutinar la asistencia especializada y la primaria. El objetivo es mejorar la actual cartera de servicios y, sobre todo, mantener una buena relación entre calidad y presión asistencial.

AUTOR DE LA MEMORIA

LUIS MAMBRONA GIRÓN
Médico Rehabilitador
Director Clínico

RESPONSABLES DEL PROYECTO

* M^a Elena Hijós Bitrián (Médica Rehabilitadora Directora Clínica desde 2006 al 2008)

* Luis Mambrona Girón (Médico Rehabilitador Director Clínico desde 2008 al 2010)

DESCRIPCIÓN BÁSICA DEL CENTRO SANITARIO AL QUE ESTÁ ADSCRITO EL SERVICIO

- **Tipo de Hospital:** El Servicio de Rehabilitación de la Región Sanitaria de LLeida está integrado en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV) y el Hospital Santa María (HSM). Ambos se encuentran ubicados en Lleida capital.

El **HUAV** es un hospital de 2º nivel aunque cumple la mayoría de los criterios para ser de 3º (faltan unas camas de ingresados y Servicio de Cirugía Plástica y Torácica). Es centro de referencia para la Región Sanitaria de LLeida y la del Pirineo. Dispone de unas 450 camas aproximadamente.

El **HSM** es un hospital estructurado en torno a la Psiquiatría y la Geriátrica aunque dispone de camas y quirófanos para otras especialidades (Cirugía, Urología, Traumatología, Medicina Interna, Cardiología y una Unidad Socio Sanitaria). Complementa con una amplia red de soporte de Consultas Externas de la mayoría de las especialidades.

Dispone de 194 camas que se ampliarán el próximo año hasta las 250 aproximadamente.

- **Entorno:** La Región Sanitaria de LLeida da soporte a 350.000 habitantes. A ellos hemos de incluir unos 35.000 más que pertenecen a Aragón (Huesca) pero son tratados en nuestro ámbito por proximidad geográfica y falta de infraestructuras en las comarcas del Bajo Cinca y la Litera.
- **Titularidad:** El **HUAV** pertenece al ICS (público) y el **HSM** está adscrito a la XHUP (público con gestión privada)
- **Indicadores Asistenciales:**

HUAV:

- Dispone de unas 450 camas aproximadamente.
- Realizó 27.388 ingresos durante el 2009 (23.713 altas de pacientes hospitalizados y 3.675 de CMA)
- Se atendieron un total de 90.942 urgencias durante el 2009

HSM :

- Dispone de unas 194 camas que se ampliarán el próximo año hasta las 250.
- Realizó 8.830 ingresos durante el 2009
- Se atendieron un total de 3.954 urgencias durante el 2009
- Plantilla de facultativos de aproximadamente 165 profesionales.

DESCRIPCIÓN BÁSICA DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

- **Historia:** La RHB de la Región Sanitaria de LLeida estuvo limitada durante muchos años. El tiempo, dejadez y falta de recursos hizo que en el 2005 únicamente existiera un médico Rehabilitador, 6 Fisioterapeutas y un Terapeuta Ocupacional en el HUAV . Estos profesionales, prácticamente, sólo asumían la Rehabilitación Hospitalaria.
En el HSM había un gimnasio con 6 Fisioterapeutas que daban soporte a la actividad que producía el propio hospital.
El resto de pacientes se remitían a Centros Privados y la domiciliaria estaba coordinada por Fisiogestión.
En el 2006 sale a concurso el proyecto del nuevo Servicio de RHB de la Región Sanitaria de LLeida y es adjudicado a Gestión de Servicios Sanitarios (GSS) vinculada al HSM.
- **Cartera de Servicios:** La actividad realizada se diferencia en 4 grupos; Fisioterapia Ambulatoria, Fisioterapia Domiciliaria, Logopedia y Grandes Discapacitados.
La facturación es por número de procesos. Se entiende por proceso; Primera visita por Médico Rehabilitador, tratamiento en cualquiera de las modalidades anteriores (por Terapia Ocupacional, Fisioterapeuta, Logopeda...) y todas las visitas sucesivas que sean necesarias hasta el alta.
Los pacientes que únicamente reciben tratamiento/control por el facultativo no se consideran procesos. Se facturan como Consulta Externa
- **Cartera de Servicio por Patologías:**
 - Traumatología y Ortopedia
 - Reumatología
 - Neurología – Unidad de ICTUS – Parálisis Facial Periférica
 - Toxina botulínica (AVC, PCI, Parálisis Facial Periférica)
 - Linfoterapia de extremidades superiores e inferiores
 - Unidad Suelo Pélvico (incontinencia urinaria femenina y masculina)
 - Rehabilitación Respiratoria
 - Rehabilitación infantil
 - Prótesis y ortesis
- **Estructura:** El Servicio da soporte a todos los niveles de la región; Hospitalaria (HUAV y HSM) y Extrahospitalaria.
La actividad se realiza en los siguientes centros:
 - HSM y HAV (Lleida): Soporte Médico, Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Logopedia
 - Balaguer:): Soporte Médico, Fisioterapia y Logopedia
 - Mollerussa: Soporte Médico, Fisioterapia y Logopedia
 - Cervera : Soporte Médico, Fisioterapia y Logopedia
 - Borges Blanques: Soporte Médico, Fisioterapia y Logopedia
 - Tárrega : Soporte Médico, Fisioterapia y Logopedia
 - Guissona : Soporte Fisioterapia (centro asociado)

- **RRHH:**

- HSM: 33 horas/semana de Médico
542 horas/semana de Fisioterapia
37.5 horas /semana de Terapia Ocupacional
- HAV (Lleida):
51.5 horas/semana de Médico
225 horas/semana de Fisioterapia
62.5 horas /semana de Terapia Ocupacional
- Balaguer:
14 horas/semana de Médico
75 horas/semana de Fisioterapia
- Mollerussa:
14 horas/semana de Médico
75 horas/semana de Fisioterapia
- Cervera :
3.5 horas/semana de Médico
37.5 horas/semana de Fisioterapia
- Borges Blanques:
3.5 horas/semana de Médico
37.5 horas/semana de Fisioterapia
- Tárrega :
14 horas/semana de Médico
75 horas/semana de Fisioterapia
- Guissona : Soporte Fisioterapia (centro asociado)
- AREMI (Asociación REhabilitación del MInusválido): Soporte Médico y Fisioterapia (centro asociado)

TOTAL PLANTILLA:

- 6 Médicos Rehabilitadores (en Mayo se incorpora un 7º Médico)
 - 34.5 Fisioterapeutas (ambulatorio y hospital)
 - 3 Terapeutas Ocupacionales
 - 4 Logopedas
- + Aproximadamente 40 Fisioterapeutas de Domiciliaria (jornada parcial o completa)

- **Datos Asistenciales (2009):**

- * Visitas Médicas: 10.208 Primeras Visitas
8.694 Segundas Visitas

Total: 18.902 (excluye la actividad de 1 Facultativo)

- * Sesiones FST : 126.034 (excluye la actividad de 4 fisioterapeutas)

- * Sesiones T.O. : 9.888 (excluye la actividad de 1 T.O)

POBLACIÓN: Aproximadamente 400.000 habitantes

- **Recursos Materiales:**

Los diferentes centros disponen del equipamiento indispensable (TENS, electroterapia, US, microonda/onda corta, paralelas, ...)

En los centros de referencia de LLeida se dispone de; parafina, magnetoterapia portátil y fija, sistema de linfoterapia de extremidad superior e inferior, sistema informático de biofeedback para tratamiento de la incontinencia urinaria.

- **Criterios de Calidad:**

ACCESIBILIDAD

Tal y como se ha explicado anteriormente el Servicio dispone de una amplia red de centros que dan cobertura a la Región Sanitaria de LLeida (7 centros). Este aspecto mitiga, en cierto modo, una de los principales problemas de la zona, la dispersión de la población. Así, se consigue acercar la asistencia médica y terapéutica al paciente. Para aquellas patologías y personas con problemas de movilidad o imposibilidad para acceder al centro se ofrece FST Domiciliaria en toda la Región Sanitaria.

Esta red de centros también permite estar más cerca de los médicos de Atención Primaria. Desgraciadamente, no todas Unidades de Rehabilitación en poblaciones periféricas se han podido ubicar en el Centro de Atención Primaria. De todas formas, los centros de Balaguer, Tárrega, Mollerussa y en un futuro próximo el de Borges Blanques sí lo están.

LISTAS DE ESPERA

Los días de espera media para recibir una primera visita ordinaria en Lleida con el médico Rehabilitador fue de **25.29 días** (datos 2009). En este punto hay que resaltar que, desde Mayo, el Servicio cuenta con un facultativo menos. Hasta su marcha, la media fue de 16.4 días y posteriormente de 31.64. Debe matizarse que los pacientes son catalogados en tres diferentes prioridades; Urgente (debe ser visitado en menos de 3 días), Preferente (menos de 14 días) y Ordinario.

Los días de espera media para realizar tratamiento tras control con el médico Rehabilitador fue de **29.53 días** (datos 2009). Al igual que para las visitas, las terapias se clasifican en; Urgentes, Preferentes y Ordinarias con los mismos condicionantes de temporalidad.

VALORACIÓN SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

Anualmente se realizan encuestas de satisfacción a los usuarios en los diferentes centros. En ellas se valoran del 0 al 10 los siguientes profesionales/items; Administrativas/contacto telefónico, Médico Rehabilitador, Fisioterapeuta, Puntualidad, limpieza/orden, mobiliario/vestidor, material, valoración global. Además se insta al paciente a reflejar las observaciones que crea oportunas. Los calificaciones obtenidas en el 2009 fueron las siguientes:

* Administrativas/contacto telefónico: **9.13**

* Médico Rehabilitador: **9.04**

* Fisioterapeuta: **9.59**

- * Puntualidad: **9.72**
- * Limpieza/orden: **9.05**
- * Mobiliario/vestidor: **8.42**
- * Material: **9.07**
- * Valoración global: **9.42**

TOTAL Encuestas: 1255

En cuanto a las observaciones se realizaron 178 del total de encuestas que incluyeron 190 referencias. Las notas hacían referencia a los siguientes aspectos (por orden de frecuencia):

- * Agradecimiento/satisfacción: 58
- * Quejas infraestructura: 49
- * Mal estado/falta material: 35
- * Falta personal: 18
- * Referencias al tratamiento realizado: 13
- * Espera para realizar tratamiento: 9
- * Quejas respecto al trato recibido: 4
- * Otros: 4

VALORACIÓN SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES

Del 1 de Noviembre al 4 de Diciembre del 2009 se realizó un estudio descriptivo transversal para conocer la prevalencia de SÍNDROME DEL BURNOUT entre los Fisioterapeutas de Rehabilitación Ambulatoria que quisieron participar (n= 33).

Se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) en su versión en castellano. Consta de 22 items que valoran 3 dimensiones; Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal. Una elevada puntuación en las dos primeras y una baja en la tercera sugieren presencia del Síndrome del Burnout.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Media de Cansancio Emocional: **14.3 (BAJO Cansancio Emocional)**
(valores > 27 equivalen a alto cansancio, entre 27 - 19 medio y < 19 bajo)
- Media de Despersonalización: **5.4 (BAJA Despersonalización)**
(valores > 10 equivalen a alta despersonalización, entre 10 - 6 media y < 6 baja)
- Media de Realización Personal: **42.1 (ALTA Realización Personal)**
(valores > 40 equivalen a alta realización, entre 40 - 33 media y < 33 baja)

Estos resultados muestran un **BAJO** nivel de **BURNOUT**. Existe un 10% de la muestra que presenta un nivel entre alto y moderado. La opción más valorada para evitar un posible desgaste laboral es la sobrecarga asistencial y, en último lugar, los ítems de relación personal.

IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Anualmente se realizan grupos de trabajo integrados por un médico y varios fisioterapeutas. Cada uno de ellos se encarga de elaborar un protocolo de una patología tratada en el Servicio. Dicho protocolo se basa en la MBE, guías clínicas, ...

De este modo, se disponen de protocolos de los cuadros más frecuentes; síndrome subacromial, síndrome femoro-patelar, AVC, patología quirúrgica de hombro (descompresión subacromial, sutura rotadores y PTH), PTR, cervicalgia, lumbalgia, propioceptivos, fibromialgia, incontinencia urinaria, ...

Dichos protocolos deberían revisarse periódicamente y son remunerados económicamente mediante la valoración por objetivos. Dado que el servicio funciona desde hace poco tiempo aún no se ha iniciado el periodo de revisiones.

ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA

Durante este año 2010 se han realizado dos actividades acreditadas en nuestra Región Sanitaria dirigidas a la Atención Primaria:

* I Jornadas de Actualización en patología de Aparato Locomotor
(5-6 Febrero)

Actividad coordinada de los Servicios de Traumatología, Reumatología y Rehabilitación que trató diferentes cuadros clínicos (artrosis, cirugía protésica articular, lumbalgia, omalgia, osteoporosis, cirugía de antepie y artritis.

* I Jornada sobre Fibromialgia (5 Marzo)

Actividad realizada y organizada por el Servicio de Reumatología y Rehabilitación. Ambos integrantes de la Unidad de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica.

Ambas Jornadas contaron con más de 200 inscritos y estaban dirigidas a médicos/enfermeras de atención primaria y residentes.

* Curso de Trastornos Músculo-Esqueléticos, ergonomía postural y contención mecánica (Enero-Marzo 2010)

Actividad organizada anualmente por el HSM e impartida por el Servicio de Rehabilitación para los trabajadores de la empresa (médicos, enfermeras, auxiliares...)

A lo largo del año se realizan reuniones con diferentes centros de atención primaria para tratar diferentes temas (funcionamiento del Servicio, ejercicio físico en embarazadas, linfedema/cáncer de mama, patología respiratoria).

HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

El Servicio empezó utilizando como herramienta clínica el sistema Genomi. Dicho programa incorporaba; curso clínico (médico y terapeutas), informes, diagnósticos, ... Dicho elemento resultó inefectivo y el equipo informático desestimó la opción de mejorarlo. Por este motivo se abandonó parcialmente.

Actualmente, tanto el HAV como el HSM, están inmersos en el proceso de implantación del SAP. Esta herramienta permitirá disponer de una historia clínica informatizada compartida en la red ICS (Instituto Catalán de la Salud) y Primaria, visualización de pruebas radiológicas e informes. La implantación se hará efectiva y definitiva el 28 de Mayo del 2010 (según calendario previsto).

USO DE ESCALAS DE VALORACIÓN

En el paciente hospitalizado se realiza valoración inicial y al alta: Barthel, Escala de Bohr y TMC para enfermos respiratorios.

En el paciente ambulatorio; Oswestry (dolor lumbar), Facial Gradiat Sistem (parálisis facial periférica), King Health Questionnaire (incontinencia urinaria), Barthel y EVA. El resto de pacientes se valoran mediante Balance Articular, Balance Muscular y tipo de Marcha.

PROYECTOS DE MEJORA PARA EL FUTURO

- 1) Historia Clínica Informatizada (SAP) (Mayo 2010)
- 2) Nuevo centro de Rehabilitación Ambulatoria en Lérida. (Proyectado para 2012)
Aproximadamente de unos 1.500 m2
Incluirá piscina para tratamiento de hidroterapia y pasillo acuático de marcha.
En el mismo centro se ubicará una unidad satélite del Institut Guttmann.
- 3) Implantación de programa de Rehabilitación Cardíaca y Respiratoria (2010)
- 4) Formación MIR (Proyecto medio plazo sin especificar)

PUBLICACIONES. COMUNICACIONES EN CONGRESOS Y JORNADAS (2010)

- 1) I Jornadas de Actualización en patología de Aparato Locomotor (5-6 Febrero)
 - Ponencia: Guía Clínica y Terapéutica en Lumbalgia: Dr Mambrona (Médico Rehabilitador)
- 2) I Jornada sobre Fibromialgia (5 Marzo)
 - Taller de tratamiento Rehabilitador:
 - + Moderadora: Dra Hijós (Médico Rehabilitador)
 - + Ponencia: Carmen Campoy (Jefa Fisioterapeutas)
 - + Ponencia: Laura Ortega (Terapeuta Ocupacional)

- Póster: “Densidad mineral ósea en mujeres diagnosticadas de fibromialgia en periodo premenopáusico”
 - + Carmen Campoy (Jefa Fisioterapeutas)
 - + Laura Ortega (Terapeuta Ocupacional)

- Póster: “Valoración talleres UHE”
 - + Carmen Campoy (Jefa Fisioterapeutas)
 - + Laura Ortega (Terapeuta Ocupacional)

- Póster: “Actividad UHE”
 - + Carmen Campoy (Jefa Fisioterapeutas)

- Póster: “Estudio prospectivo de la respuesta al tratamiento multidisciplinario en un grupo de pacientes con fibromialgia (ERTM)”
 - + Carmen Campoy (Jefa Fisioterapeutas)
 - + Elena Hijós (Médico Rehabilitador)

3) III Jornada del Amputado Vascolar (11 y 12 de Marzo). Mataró.

- Póster: “Resultados del liner tipo Alfa en pacientes amputados de extremidad inferior”
 - + Dr Castellano (Médico Rehabilitador)

4) XV Jornada de la Sociedad Española de Rehabilitación Infantil (26 y 27 Marzo). Madrid.

- Comunicación oral: " Atrofia muscular infantil tipo III. Aplicación de la escala de Hammersmith expandida"
 - + Dra Vigo (Médico Rehabilitador)

5) Rehabilitación propioceptiva de la inestabilidad de tobillo. Revista FEMEDE. Volumen 26. Número 132. Castellano, M. Sebastián, E. Hijós, E. Mambroña, L. Vigo, M.

- Publicación

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

ÁREAS DE INTERÉS:

- * Organización y gestión del Servicio
- * Satisfacción del usuario
- * Organización laboral

ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO

La Rehabilitación en Lleida partía de una base poco sólida limitada a la capital. A nivel público se disponía de un Médico Rehabilitador, 12 Fisioterapeutas y un Terapeuta Ocupacional. Casi la totalidad de la actividad de fisioterapia se realizaba en centros privados.

Desde el 2005 se inicia este proyecto que actualmente implica casi al centenar de trabajadores (médicos, fisioterapeutas ambulatorios y domiciliarios, terapeutas ocupacionales y administrativas/auxiliares). Actualmente sigue creciendo y evolucionando.

La situación previa ha marcado el funcionamiento y crecimiento del Servicio. La figura del Médico Rehabilitador era desconocida en todos los ámbitos; paciente, fisioterapeutas/terapeutas ocupacionales, resto de facultativos y Dirección Médica/Gerencia. Esto hizo que inicialmente el recibimiento fuera frío y se estuviera a la expectativa. El tiempo y la actividad diaria han hecho que hayamos implantado nuestra filosofía de trabajo y seamos reconocidos dentro y fuera del hospital. Por este motivo, además de la actividad asistencial habitual colaboramos de forma presencial en el CDIAP del Segriá y la Fundación Martí i Pol.

Es indudable que aún queda un largo recorrido por delante pero una parte importante de la empresa ya ha sido solucionada con éxito.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO y EQUIPO

El binomio calidad / presión asistencial ha marcado desde el inicio el funcionamiento de la unidad.

A nivel de facultativos, el elevado número de pacientes ha modificado la forma de trabajar de los diferentes profesionales. Cada uno de los integrantes provenía de centros hospitalarios diferentes pero hemos podido encontrar el sistema que mejor se adapta a nuestro entorno. Todo paciente que realiza tratamiento es valorado inicialmente por el médico Rehabilitador. La interacción con el Terapeuta es fundamental para conseguir un equilibrio entre control del paciente y lista de espera.

En lo que a los Terapeutas se refiere, el número de pacientes/hora debe permitir una correcta terapia sin aumentar excesivamente la lista de espera.

Las encuestas realizadas durante el 2009 (1.255) reflejan una valoración óptima por parte del usuario. Todos los miembros del Servicio reciben puntuaciones por encima del 9 (escala de 0 a 10); Administrativas (9.13), Médicos Rehabilitadores (9.04) y Terapeutas (9.59). Los resultados se mantienen e incluso mejoran los del 2008 a pesar del recorte de personal.

A nivel de los Terapeutas, la presión asistencial no ha hecho mella en cuanto a cansancio emocional, grado de despersonalización y realización personal se refiere. Todo ello queda reflejado en el grado BAJO de Burnout del equipo.

ORGANIZACIÓN LABORAL

Es evidente que la organización laboral ha estado marcada por las necesidades de la Región Sanitaria, las infraestructuras disponibles y los recursos humanos puestos a disposición del Servicio.

El hecho de que el mismo equipo de facultativos controle la patología hospitalaria y extrahospitalaria en sus diferentes niveles permite que:

- Todos los pacientes puedan beneficiarse de la valoración por parte de un especialista en Rehabilitación independientemente de su lugar de residencia y/o patología.
- Exista un criterio homogéneo y consensuado a la hora de prolongar o poner fin a un tratamiento.
- Pueda ser atractivo un proyecto en una ciudad sin médicos en formación en la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación. El hecho de disgregar la hospitalaria de la primaria puede crear diferencias o dar lugar a posiciones más o menos agradecidas/favorables.
- Sea, en muchas ocasiones, el mismo facultativo el que controle al paciente en las diferentes fases del tratamiento de la patología (hospitalaria y extrahospitalaria).
- Exista una mejor gestión de los recursos (humanos, económicos y materiales)