

# Auditoría médica

# Centros de Rehabilitación



## **Curso: Curso Anual de Auditoría Médica Hospital Alemán 2011**



### **Autores:**

- **Dr. Hernán Marcelo Pavón**
- **Dra. Graciela Sánchez Balcarcel**
- **Dr. Walter Darío Toledo**

## **Indice**

1. Prólogo
2. Introducción
3. Descripción del modelo actual de centros de rehabilitación
4. Análisis de los centros de rehabilitación
5. Conclusiones

## **1. Prologo**

Luego de la internación en centros de atención de patologías agudas, los pacientes que requieren rehabilitación pueden recibirla en tres modalidades diferentes:

1. Centros de internación de rehabilitación
2. Hospital de día (rehabilitación ambulatoria)
3. Rehabilitación domiciliaria (incluida en módulos de cuidados domiciliarios)

El objetivo de esta monografía es analizar estos analizar la rehabilitación en centros de internación de rehabilitación, dando una mirada desde la óptica del prestador y del financiador, se tomo de la población en un centro como modelo, realizando una descripción analítica del tanto del tratamiento como de las características de la población y el origen de la misma.

Se describirá la actualidad de la internación de los centros y los puntos en donde se podría optimizar la utilización de los recursos disponibles al momento, logrando de esta manera disminuir costos a corto, mediano y largo plazo.

## **2 Introducción**

Según la OMS **rehabilitación** es un *...".esfuerzo coordinado destinado a implementar medidas médicas sociales, educacionales y vocacionales con el objeto de que la persona pueda lograr el máximo nivel funcional tanto a nivel físico como social y psíquico en el contexto en que vive esa persona"*.

Las secuelas experimentadas luego de algunas patologías suelen producir cambios en la vida del paciente que la padece y también en su entorno familiar. Estos cambios tal vez no son percibidos claramente al inicio de la enfermedad, pero a medida que pasa el tiempo (en los casos de enfermedades crónicas) o que el impacto inicial se aplacó (en las enfermedades agudas), la transformación que sufre la dinámica de todas las relaciones que giran en torno al paciente, se van haciendo más evidentes.

Parte de estas transformaciones se deben a la alteración de los roles familiares, generando en ocasiones, sobrecarga del cuidador principal (en ocasiones este rol lo cumple la pareja o hijo); también se puede ver alterado el aspecto económico por pérdida laboral del sostén económico; las relaciones sociales también se pueden ver alteradas por dificultades para compartir actividades que antes el paciente podía desarrollar. Hay muchas variables que entran en este punto y que se combinan de diferente manera de acuerdo a la estructura familiar social y personal de cada individuo y a las herramientas psíquicas que tienen para afrontarlas.

Muchas veces, esta omisión de los problemas derivados de la enfermedad, puede deberse a distintas variables: que se trate de una enfermedad grave que haya puesto en peligro la vida de la persona, en donde la preocupación pasa por la supervivencia del paciente (traumatismo craneoencefálico, ataque cerebrovascular (ACV), tumor, etc.) ; que se trate de una enfermedad crónica de inicio solapado (Enfermedad de Parkinson,

demencias de distinto tipo, enfermedades neuromusculares, esclerosis lateral amiotrófica, etc.); que haya tenido sintomatología que revirtió sin “secuelas” aparentes (esclerosis múltiple, ACV de pequeño vaso); que se trate de una enfermedad crónica de curso lento (miopatías, enfermedades neuromusculares), que se trate de enfermedades no evolutivas (encefalopatía crónica no evolutiva) o simplemente que tanto el asistido como su familia no se permitan ver la repercusión que la enfermedad tiene en ellos.

Se hace referencia a este punto desde el inicio porque es la mayor dificultad a la que deben enfrentarse tanto el prestador como el financiador: el vacío social en relación al destino de paciente que queda secueado luego de un evento agudo.

### **3- Descripción del modelo actual de centros de rehabilitación**

En la estructura prestacional de salud actual, la rehabilitación en su modalidad de internación es ejercida y prestada por clínicas de rehabilitación que poseen estructura comercial tipo PyME , las cuales son independientes de los Financiadores.

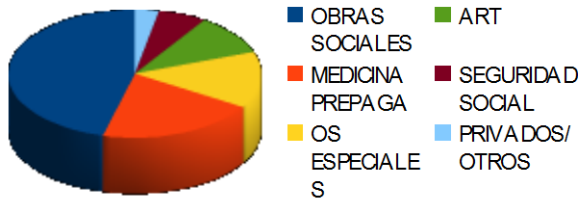
La actividad se fundamenta en brindar una prestación destinada a :

- Rehabilitación integral multidisciplinaria
- Limitar las secuelas
- Lograr la mayor independencia funcional posible
- Reinserción sociofamiliar y laboral de acuerdo a su nuevo status funcional

### **Análisis de la población actual en una clínica de rehabilitación**

#### **1- En relación al financiador:**

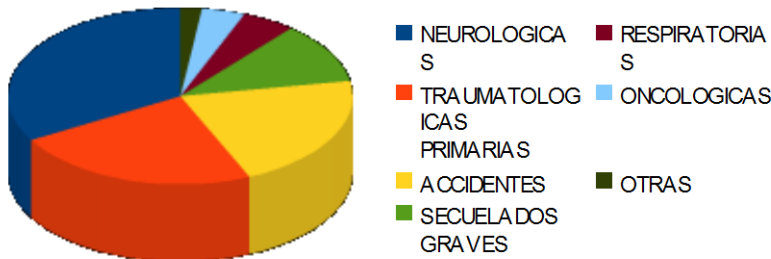
Obras Sociales	47%
Medicina prepaga	20%
Obras Sociales Especiales	14%
ART	10%
Previsión Social	6%
Privados y otros	3%



**2- En relación a la motivo de internación :**

Neurológicas	33%
Traumatológicas Primarias	23%
Accidentales (1)	21%
Secuelados Graves Otras entidades	11%
Respiratorias	5%
Oncológicas	4%
Otras	2%

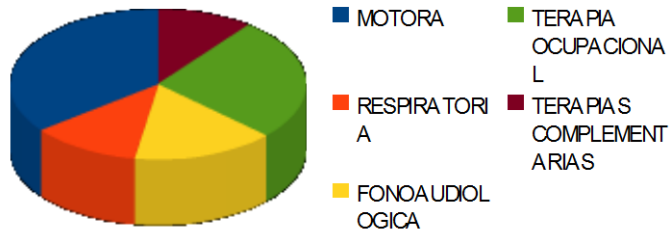
- (1) sus lesiones podrían incluirse en las neurológicas o traumatológicas pero por su frecuencia se considera aquí como entidad separada.
- (2)



**3- En relación a terapéutica:**

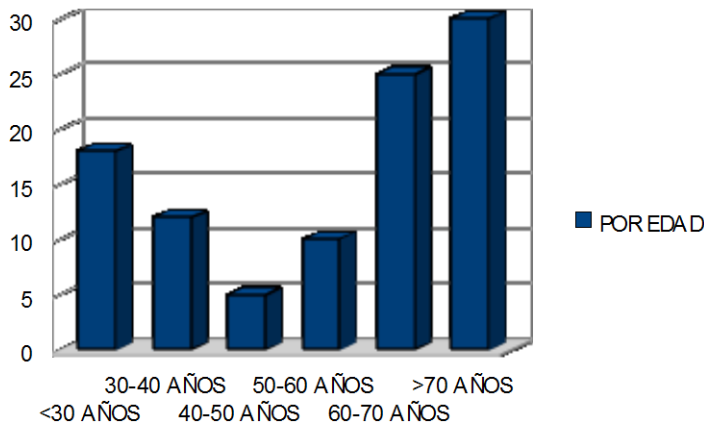
Asistencia Kinésica Motora	95%
Respiratoria	32%
Fonoaudiológica	42%
Terapia Ocupacional	71%
Terapias Complementarias (1)	28%

(1) Musicoterapia , Pintura , Hidroterapia



**4- Grupo Poblacional por edad :**

< 30 años	18%
30-40 años	12%
40-50 años	5%
50-60 años	10%
60-70 años	25%
>70 años	30%



**5- Tiempo Promedio de Internación :**

6 meses , 20 días

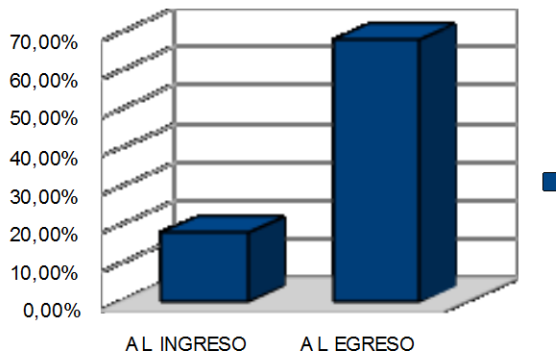
Pero si se discrimina por prestador:

Obras Sociales : 7 meses 15 días  
Medicina Prepaga : 5 meses 12 días (#)  
Obras Sociales especiales : 9 meses 10 días

(#) en algunos centros hay pacientes que superan los dos años de internación.

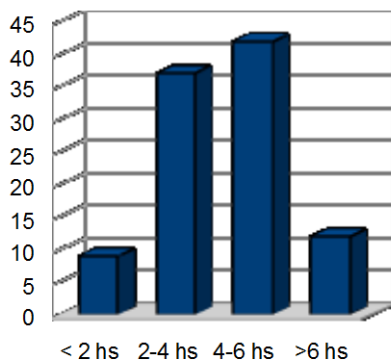
**Porcentaje de pacientes con Certificado de Discapacidad :**

Al ingreso 18%  
Al egreso 68%



**Numero de Horas de atención /día por paciente**

< 2 hs : 9 %  
2-4 hs : 37 %  
4-6 hs : 42 %  
> 6 hs : 12 %



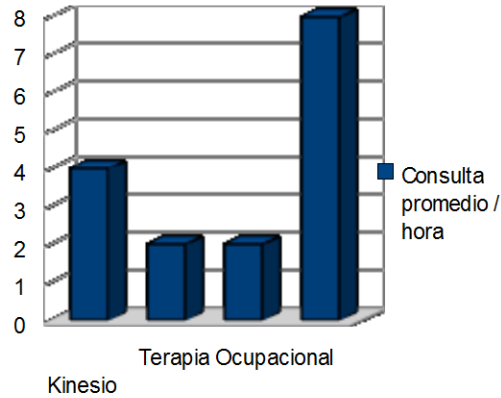
**Consultas /Hora promedio por Actividad**

Kinesiología Motora (1) : 4 pacientes



Fonoaudiología :2 pacientes  
Terapia Ocupacional : 2 pacientes  
Terapias Complementarias : 8 pacientes

(1) se atiende en simultaneo mas de un paciente



La estructura de trabajo en este tipo de clínica se basa en el trabajo interdisciplinario, donde se incluye personal médico de diferentes especialidades:

- Clínicos
- Neurólogos
- Traumatólogos
- Cardiólogos
- Neumonólogos
- Fisiatras
- Urólogos

En tanto el personal no médico, incluye a

- Kinesiólogos
- Terapistas ocupacionales
- Fonoaudiólogas
- Psicólogos
- Enfermeros
- Personal asistencial

La modalidad de trabajo habitual incluye 2 turnos diarios (mañana y tarde) de asistencia a gimnasio o de rehabilitación en la habitación del paciente si es que sus condiciones clínicas impiden o contraindican su traslado. De acuerdo a la patología se establecerá además la frecuencia de asistencia a las distintas áreas de trabajo.

Por otro lado, muchas clínicas de rehabilitación han incorporado también la atención de pacientes terminales, brindando cuidados paliativos,

Es importante, al ingreso de los pacientes a las clínicas de rehabilitación realizar una evaluación completa e interdisciplinaria de los mismos y establecer objetivos razonables para la rehabilitación. Esto además, debe ser comunicado fehacientemente a la familia y reiterando periódicamente los objetivos de tratamiento, en este punto es importante destacar que el objetivo de tratamiento, difícilmente sea que el paciente recupere una forma de vida similar a la previa a la situación que motivó su internación.

Si bien esto puede ser difícil de comunicar, en general los pacientes que ingresan en este tipo de clínicas presentan importantes lesiones, a veces evolutivas o crónicas y daños neurológicos y en otros parénquimas que no siempre son recuperables.

El planteo de los objetivos de tratamiento es personalizado, teniendo en cuenta lograr la mayor independencia funcional y la descomplejización de la atención.

La rehabilitación y particularmente la neurorrehabilitación, tuvo en los últimos años un desarrollo importante lo que hace que se abran nuevas posibilidades terapéuticas basadas en medicina basada en la evidencia dando paso a la necesidad de medir resultado, es por este motivo que las evaluaciones con escalas de funcionalidad, ya probadas y validadas para cada patología, se manifiestan como una necesidad, dando una herramienta de medición para objetivar el status de ingreso y la progresión en la rehabilitación. Esto es necesario para la medición de resultados pudiendo de esta manera tener una idea de evolución y pronóstico pudiendo de esta manera transmitir resultados a los entornos del paciente preparándolos para el “después de la internación”.

Este tipo de pacientes suele tener interurrencias que muchas veces demoran la recuperación o los hacen retroceder en su status funcional, por lo menos transitoriamente y esto debe ser explicado.

Un grupo especial de pacientes son aquellos con diagnóstico de estado vegetativo, en donde las expectativas y ansiedades del grupo familiar deben ser adecuadamente canalizadas a través de un trabajo en donde la labor de psicólogos es fundamental.

En general en la actualidad el contrato entre los centros de rehabilitación y quienes costean la prestación se realiza sobre la base de módulos de atención.

Un ejemplo de este tipo de módulos incluye:

- Guardia médica permanente de 24 hs
- Atención de enfermería especializada de 24 hs
- Asistencia psicológica del paciente y su familia
- Evaluación y control clínico, neurológico, traumatológico, fisiátrico, cardiológico, urológico
- Asistencia dietoterápica a cargo de nutricionista

- Atención kinésica
- Terapia ocupacional específica
- Fonoaudiología reeducadora
- Suministro de medicamentos (en general incluidos en una lista especificada)
- Suministro de material descartable (también de acuerdo a lista específica)
- Radiología corriente sin sustancia de contraste
- Análisis clínicos de rutina
- Internaciones en habitación con 1 ó 2 camas, con baño privado
- Provisión de colchón de aire según necesidad

Sobre esta base, luego se hacen adecuaciones para diferentes situaciones clínicas del paciente, como aislamiento de contacto, asistencia respiratoria mecánica, rehabilitación exclusivamente, traqueostomizados, alimentación enteral.

#### **4- Análisis de los centros de rehabilitación**

##### **Puntos a analizar para la optimización de los recursos actualmente disponibles**

###### **a) Selección de población:**

La correcta selección de los pacientes que deben ser internados en este tipo de institución es la clave principal para optimizar los recursos y hacer que el sistema sea justo y adecuado para atender la demanda. Lamentablemente, esta selección no siempre es realizada por profesionales en contacto con la rehabilitación, fundamentalmente fisiatras o neurólogos especializados y en muchas ocasiones se basa en demandas familiares o como forma de “desagotar” la sobreocupación de camas en instituciones de agudos.

De esto se desprende que la población de los pacientes que se reciben en los centros no siempre tiene criterio para estar allí.

###### **b) Condiciones de ingreso a los centros**

Del punto anterior se desprende el desarrollo de este punto. La función de “desagote” de la sobreocupación de camas en instituciones de agudos se finaliza rápidamente ya que los centros de rehabilitación colman rápidamente su

capacidad y también inician su colapso con la consecuencia de aumento de permanencia en los centros de agudos.

Esto genera mayor nivel de infecciones intrahospitalarias, colonizaciones positivas de cultivos de vigilancia, aumento de la producción de escaras (ya que en los centros de agudos no se tiene especial cuidado preventivo) o empeoramiento de las existentes, prolongación de la complejización (sonda vesicales, sondas de alimentación, traqueostomías, ARM, Bipap) con las consecuencias proveniente de las mismas (úlceras de decúbito sondas nasogástricas, granulomas en pacientes con traqueostomía)

Como consecuencia de lo descrito anteriormente, los pacientes y los familiares llegan en peores condiciones que las que tendrían si hubieran sido derivados en el momento oportuno, generando mayor costo debido al aumento del hándicap (1) al momento del ingreso.

#### **c) Documentación enviada a los centros**

Como requisito básico para la admisión de los pacientes en los centros de rehabilitación se solicita epicrisis de los centros de agudos derivantes, que incluya medicación e hisopados de vigilancia, esto determina la complejidad del modulo a solicitar y la necesidad o no de aislamiento (habitación individual).

Como bien se dijo en el párrafo anterior, es la documentación básica solicitada, no quiere decir que sea la única necesaria para iniciar el tratamiento, frecuentemente no se reciben las imágenes (resonancias, tomografías) , ni protocolos quirúrgicos o resúmenes de cirugías que indique prótesis colocada, tipo de fractura (radiografías), estudios adicionales (video deglución, fibrobronoscopías) lo que demora el inicio del tratamiento y en ocasiones genera duplicación del gasto al repetir los estudios en los centros de rehabilitación, generando demanda en otras áreas (ambulancias de traslados, imágenes)

#### **d) Cuidados paliativos**

Debido a lo mencionado en puntos anteriores, el pedido de cama para centros de rehabilitación es realizada por el médico de los centros de agudos, no teniendo en muchos casos criterio para dicha internación. Muchas veces el pedido de camas obedece más a una necesidad de desocupar camas más que al criterio médico de rehabilitación. Este es el caso de los pacientes que se encuentran en una etapa de su enfermedad en donde requieran cuidados paliativos y acompañamiento no teniendo claramente objetivo alguno a rehabilitar. Sumado a lo divo anteriormente, cabe aclarar que la calidad de vida tanto del paciente como de la familia sería mejor permitiendo el retorno a su domicilio con los requerimientos y contención adecuados. Esto claramente se resolvería realizando una evaluación/auditoría previa a la realización de los pedidos de cama en los centros de rehabilitación.

**e) Cuidados domiciliarios**

Este punto y el siguiente guardan similitud con el previo. Debido a la falta de una buena respuesta en el área de cuidados domiciliarios (incluyendo la rehabilitación en estos cuidados) se direcciona la derivación a centros de rehabilitación que se propone por un corto período que nunca resulta ser tal. Una vez que la familia resuelve toda la problemática que generó en su organización interna y su rutina, con la internación de su familiar en un centro de rehabilitación, no resulta fácil intentar la instauración de una nueva realidad en su domicilio. Se mejoraría este aspecto con el abordaje orientador y continente desde el día 0 de la internación para lograr armar un dispositivo óptimo a la hora de derivar a cuidados domiciliarios.

**f) Hospital de día**

Este es un punto interesante a tratar debido a que se tiene la idea errónea que la recuperación de todo paciente que tenga una secuela posterior a la internación en un centro de agudos debe tener un periodo de internación en un centro de rehabilitación. La derivación directa a un centro de rehabilitación ambulatoria, en los casos que sea factible realizarla, facilitaría y acortaría los plazos de reinserción social y generalización a la vida cotidiana de los objetivos trabajados en la rehabilitación ya que el paciente no estaría inmerso todo el día en el “laboratorio” preparado para él sin que se presenten las dificultades propias de las barreras arquitectónicas ni la adaptación a la nueva condición.

**5- Conclusiones:**

Durante el desarrollo de esta monografía se analizaron las variables de los pacientes internados en un centro de rehabilitación que se tomo como modelo. El trabajo fue de investigación en campo, recolectando datos objetivos de un centro, teniendo una visión más amplia que abarca 4 (cuatro) de los principales centros de rehabilitación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 2 (dos) centros del Gran Buenos Aires, uno de ellos en el 1º cordón del conurbano bonaerense y otro en el segundo cordón.

De las variables graficadas más arriba (ver gráficos de distribución) se pueden analizar algunos puntos. El grupo etario mayor se sitúa por arriba de los 60 años, siendo la patología predominante la que afecta al sistema nervioso. La rehabilitación es predominantemente motora (incluyendo kinesiología y terapia ocupacional) teniendo gran cantidad de horas por día destinada a estos pacientes (el mayor grupo se sitúa entre 4 a 6 hs) lo que significa que hay gran cantidad de

recurso humano detrás de la recuperación de cada paciente, si a esto le agregamos que parte de ese recurso humano se está empleando en tratar pacientes crónicos o terminales, rápidamente se evidencia la necesidad de la adecuada selección de pacientes para la modalidad de externación conveniente a cada uno.

De esta descripción y posterior análisis se desprende que actualmente los recursos destinados a la recuperación de los pacientes en centros de rehabilitación se encuentran mal distribuidos ocasionando sobrecarga tanto en costos directos como en recursos humanos y logística que además favorecen el colapso actual que se vive en todo el sistema de salud.

Se concluye que generar la auditoría específica, con personal idóneo, en los puntos clave expuestos; antes de generar el pedido de camas para rehabilitación, teniendo protocolizado la derivación (informes, documentación relacionada a la patología, estudios de imágenes, etc); durante la internación de los pacientes internados en los centros de rehabilitación anticipando posibles conflictos en torno a la situación socio/familiar; y por último el control periódico de la evaluación y desempeño del paciente luego de su egreso, optimizaría los recursos que actualmente se utilizan incluyendo las costas legales que se plantean como instancia final, en algunos casos.