

Procesos más frecuentes y perfil clínico de los pacientes atendidos en un Servicio de Rehabilitación

J. A. MIRALLAS MARTÍNEZ, J. TOMÁS CLARAMONTE, F. TORRALBA COLLADOS, M. ALBALATE RUBIO, M. JORDÁ LLONA, M.^a J. CATALÁN ESPARDUCER

Hospital General de Castellón.

Resumen.—*Introducción:* Múltiples trabajos evidencian que la Rehabilitación mejora la calidad de vida del paciente. Nuestro objetivo es conocer el perfil clínico de los pacientes atendidos en nuestro Servicio de Rehabilitación y Medicina Física.

Pacientes y Métodos: Es un estudio prospectivo, en el que se recogen los procesos de pacientes atendidos entre el 1-1-1993 y el 1-1-1999, y se analizan los datos más significativos.

Resultados: Se ha dado de alta a un total de 8.380 pacientes, de los que 3.150 (37,6%) eran hombres y 5.230 (62,4%) eran mujeres. Su edad media era de $51,8 \pm 21,6$ años. El grupo de procesos más frecuente fue el de algias de raquis en 1.430 (17,06%). El intervalo primera visita / prescripción de tratamiento fisioterápico fue de $3,1 \pm 26$ días. El intervalo prescripción / inicio de tratamiento fue de $20,5 \pm 38,9$ días. La duración del tratamiento fue de $42,5 \pm 372$ días. El intervalo fin de tratamiento / alta médica fue de $18,5 \pm 402$ días. La duración del proceso fue de $95,39 \pm 308$ días. Predominó la procedencia de los pacientes del propio Hospital en 4.383 (52,3%) y del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología en 4.886 (58,3%). El número medio de consultas por proceso fue de $2,26 \pm 0,52$. La situación clínica de curación o mejoría al alta fue la más frecuente en 6.711 (80,08%). Predominaba el transporte particular en 5.511 (65,76%). La técnica de tratamiento más utilizada fue la cinesiterapia en 6.323 (75,45%), con una media de 18,63 sesiones. La prueba más solicitada fue la RX en 2.586 (30,85%). La ortesis más prescrita fue el andador en 475 (5,66%). El coste medio por proceso fue de 49.252,03 pesetas.

Discusión: La discapacidad funcional es común en los pacientes atendidos y son múltiples los protocolos que tratan de valorarla, analizar sus tratamientos potenciales y calcular su coste.

Conclusiones: El paciente dado de alta en este Servicio es predominantemente mujer, de 51,8 años de edad, procede del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del pro-

prio hospital, es tratada mediante técnicas de cinesiterapia, mecanoterapia y termoterapia. El grupo de procesos más frecuente es el de algias de raquis y el proceso más frecuente la fractura de cadera. La duración media del proceso es de 95,39 días. Las ayudas más utilizadas son las de la deambulación y predomina el transporte particular. La mejora clínica se produce en el 80,08% de los casos. El coste medio por proceso rehabilitador es de 49.252,03 ptas.

Palabras clave: Rehabilitación. Procesos más frecuentes. Gestión. Coste.

MOST FREQUENT CONDITIONS AND CLINICAL PROFILE OF THE PATIENTS SEEN IN A REHABILITATION SERVICE

Summary.—*Introduction:* Many studies have shown that Rehabilitation improves the patient's quality of life. Our objective is to know the clinical profile of the patients seen in our Rehabilitation and Physical Medicine Service.

Patients and Methods: This is a prospective study that gathers the conditions of the patients seen between 1-1-1993 and 1-1-1999 and the most significant data are analyzed.

Results: A total of 8,380 patients have been discharged, 3,150 (37.6%) of which were men and 5,230 (62.4%) women. Their mean age was 51.8 ± 21.6 years. The group of most frequent conditions was that of spine pain in 1,430 (17.06%). The first visit/prescription of physiotherapy treatment interval was 3.1 ± 26 days. The prescription/treatment onset interval was 20.5 ± 38.9 days. The treatment duration was 42.5 ± 372 days. The end of treatment/medical discharge interval was 18.5 ± 402 days. The duration of the condition was 95.39 ± 308 days. The origin of the patients from the hospital itself predominated in 4,383 (52.3%) and from the Orthopedic Surgery and Traumatology Service in 4,886 (58.3%). The mean number of consultations per condition was 2.26 ± 0.52 . The clinical status of cure or improvement on discharge was the most frequent in 6,711 (80.08%). One's own transportation predominated in 5,511 (65.75%). The treatment technique used most was kinesitherapy in 6,323 (75.45%), with a mean of 18.63 sessions. The test requested

most was the X-ray in 2,586 (30.85%). The orthosis prescribed most was the walker in 475 (5.66%). The mean cost per condition was 49,252.03 pesetas.

Discussion: Functional disability is common in the patients seen and there are many protocols that try to evaluate it, analyzing their potential treatments and calculating their cost.

Conclusions: The patients discharged in this Service are predominantly women, are 51.8 years of age, are from the Orthopedic Surgery and Traumatology Service of the hospital itself, and are treated by kinesitherapy techniques, mechanotherapy and thermotherapy. The most frequent condition group is spine pain and the most frequent condition hip fracture. The mean duration of the condition is 95.39 days. The aids used most are those for walking and self-transportation predominates. Clinical improvement is produced in 80.08% of the cases. The mean cost per rehabilitation condition is 49,252.03 pesetas.

Key words: *Rehabilitation. Most frequent condition. Management. Cost.*

INTRODUCCIÓN

El paciente atendido en Rehabilitación, presenta con frecuencia discapacidad y es tratado con asiduidad en los hospitales¹. Hay que tener en cuenta que en la Asistencia Especializada es donde se concentra el 60% del gasto, lo cual exige la racionalización de la práctica clínica y de su coste, constituyendo la Gestión Sanitaria². El concepto de Gestión Sanitaria busca lograr un equilibrio entre la gestión empresarial y la obligación de prestar un derecho universal³. Por otro lado, los rasgos de cada paciente, la complejidad de su enfermedad y la estructura hospitalaria dan origen a gran cantidad de productos intermedios primarios y finales⁴.

Las características de los pacientes que se tratan y los cuidados que se aportan, hacen necesario un conjunto mínimo básico de datos, como por ejemplo el que aporta la Uniform Data System for Medical Rehabilitation, que además de los diagnósticos, codifica las deficiencias y discapacidades, valoradas mediante el uso de la escala Functional Independence Measure⁵. Por otro lado, se han realizado y publicado varias adaptaciones de la CIE-9-MC para su utilización en nuestra especialidad, como la de la Comunidad Valenciana⁶.

El establecimiento de estándares de calidad e indicadores sensibles de la actividad asistencial sirven para garantizar unos mínimos básicos a partir de los cuales se puede empezar a hablar de calidad. Una buena gestión debe tener por base una información sólida mediante un sistema globalizado que permita varios subsistemas de recogida, análisis, tratamiento y presentación de

datos^{7,8}. Parte de esta información viene representada por el catálogo de técnicas de nuestra especialidad, obtenido mediante el consenso de un equipo asesor multiprofesional, sin el cual es imposible desarrollar esta herramienta de trabajo⁹.

Si una política de calidad bien implementada, la rehabilitación tiende a perder eficacia, efectividad y eficiencia¹⁰. En este sentido la gestión clínica debe permitir analizar de manera objetiva la desviación que existe en el manejo de los procesos respecto al estándar¹¹. Esto nos permitirá a su vez poder calcular el rendimiento del personal y la proyección de la demanda asistencial de un Servicio hospitalario de Rehabilitación y Medicina Física¹².

La calidad en suma, se define, planifica y mide, tiene un coste y se gestiona conjuntamente con la productividad¹³.

El objetivo de este trabajo es conocer el perfil clínico y los datos más significativos, incluyendo el coste, de los procesos más frecuentemente atendidos en un Servicio de Rehabilitación y Medicina Física, como paso previo imprescindible para realizar posteriores estudios objetivos de la desviación con respecto al estándar y calcular nuestra eficacia.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo, en el que se han recogido la totalidad de los procesos de pacientes atendidos y dados de alta en un Servicio de Rehabilitación y Medicina Física hospitalario, en el período de tiempo comprendido entre el 1-1-1993 y el 1-1-1999, según el modelo de recogida de datos del Estudio del Censo de Procesos Rehabilitadores (ECPR)¹⁴; se han analizado los siguientes datos: sexo, edad, diagnóstico principal, intervalo primera visita médica / prescripción de tratamiento fisioterápico, intervalo prescripción / inicio de tratamiento fisioterápico, duración del tratamiento fisioterápico, intervalo fin de tratamiento fisioterápico / alta médica, duración total del proceso, prescripción de tratamiento farmacológico, procedencia de los pacientes, número de consultas médicas por proceso, situación clínica al alta, transporte utilizado, causa externa, técnicas de tratamiento utilizadas, número de sesiones aplicadas, pruebas complementarias solicitadas, ortesis prescritas y coste por proceso. Además se analizan los datos más significativos de los 15 procesos más frecuentes dados de alta.

RESULTADOS

Se han recogido un total de 8.380 procesos de pacientes atendidos y dados de alta en nuestro Servicio

TABLA 1. Resumen de los datos más significativos (N=8.380).

<i>Centro de procedencia de los pacientes</i>		<i>Pruebas complementarias más solicitadas</i>	
Propio hospital	4.383 (52,3%)	Radiografía de raquis	1.394 (16,63%)
Centro de especialidades	2.361 (28,17%)	Radiografía articular	1.192 (14,22%)
Atención primaria	476 (5,6%)	Ecografía	932 (11,12%)
Otro hospital	470 (5,6%)	Bioquímica de sangre	708 (8,44%)
Otros	690 (8,23%)	Hematimetría	529 (6,31%)
<i>Especialidad de procedencia:</i>		Sedimento y anormales	408 (4,86%)
Cirugía Ortopédica y Traumatología	4.886 (58,3%)	Electromiografía	242 (2,88%)
Otras	952 (11,36%)	Densitometría	194 (2,31%)
Medicina familiar	476 (5,68%)	Otras radiografías	160 (1,9%)
Neurología	459 (5,47%)	Cultivo	150 (1,78%)
Reumatología	442 (5,27%)	Tomografía axial computarizada	109 (1,3%)
Rehabilitación	363 (4,33%)	Microinmuno	86 (1,02%)
Medicina interna	229 (2,73%)	Gammagrafía	59 (0,7%)
Neurocirugía	168 (2%)	Arteriografía	4 (0,04%)
Cirugía	161 (1,92%)	Sinovial	2 (0,02%)
Pediatría	116 (1,38%)	<i>Situación clínica al alta:</i>	
Neonatología	35 (0,41%)	Curación o mejoría	6.711 (80,08%)
Otorrinolaringología	23 (0,27%)	Traslado a otra especialidad	970 (11,57%)
Hematología	18 (0,21%)	No mejoría	397 (4,73%)
Nefrología	18 (0,21%)	Incomparecencia	215 (2,56%)
Urología	16 (0,19%)	Exitus	87 (1,03%)
UCI	10 (0,11%)	<i>Trasplante utilizado:</i>	
Dermatología	4 (0,4%)	Particular	5.511 (65,76%)
Urgencias	4 (0,04%)	No se recoge	2.600 (31,02%)
		Ambulancia	269 (3,21%)

en el período de tiempo que ha durado el estudio. De dichos pacientes 5.230 (62,4%) eran hombres y 3.150 (37,6%) eran mujeres. La edad media era de $51,8 \pm 21,6$ (rango de 1 día a 97 años), con una mediana de 50 años. El 4% era menor de 10 años y el 26% mayor de 60 años. En la pirámide de población inicialmente era ligeramente mayor el porcentaje de hombres. A partir de los 31 años predominaban las mujeres, siendo casi el doble en mayores de 70 años. En la tabla 1, se resumen los datos más significativos de los 8.380 pacientes.

Los 15 diagnósticos principales más frecuentes suponían el 56,58% y los tres más frecuentes el 22,04% del total. Los datos más significativos pueden consultarse en las tablas 2 y 3.

Se prescribió tratamiento farmacológico a 1.296 (15,5%) pacientes.

El número total de consultas médicas efectuadas en el Servicio de Rehabilitación y Medicina Física del Hospital a estos 8.380 pacientes fue de 18.961. En las Unidades Básicas de Rehabilitación se atendieron a 324 pacientes, totalizando 608 consultas.

Se recogió causa externa en 771 casos con la siguiente distribución: accidente casual en 270 (3,22%),

accidente de tráfico en 236 (2,81%), accidente no especificado en 181 (2,15%), accidente deportivo en 34 (0,4%), fractura de causa no especificada en 23 (0,27%), accidente laboral en 14 (0,16%), agresión en ocho (0,09%) y quemadura en cinco (0,06%).

Las técnicas de tratamiento utilizadas y el número de pacientes a los que se aplicaron pueden observarse en la tabla 4.

Se han prescrito 2.472 ortoprótesis a 2.162 pacientes, siendo única a 1.813 (21,63%), dos a 288 (3,43%) y tres a 61 (0,72%) pacientes. Las más prescritas fueron las ayudas a la deambulación a 848 (10,11%), desglosadas en andador a 475 (5,66%) y bastón inglés a 373 (4,45%); con menor frecuencia se prescribieron ortesis de tronco a 385 (4,59%), ortesis de miembro superior a 342 (4,08%), ortesis de miembro inferior a 170 (2,02%), silla de ruedas a 29 (0,34%) y prótesis de miembro inferior a 10 (0,11%) pacientes.

El coste por proceso, a partir de los gastos generados por actos médicos y fisioterápicos en nuestro Servicio en el año 2000⁷, fue de 49.252,03 pesetas (tabla 5).

TABLA 2.

<i>Datos más significativos de los 15 procesos más frecuentes (1) N=4.742 (56,58%)</i>					
	<i>Número</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Edad</i>	<i>Rango</i>
Total	8.330 (100%)	3.150 (37,6%)	5.230 (62,4%)	51,8 ± 21,6	01 D-97 A
Fractura cadera	706 (8,42%)	201 (28,5%)	505 (71,5%)	77,0 ± 26,3	06 A-99 A
Hemiplejía	578 (6,89%)	334 (57,8%)	244 (42,2%)	67,9 ± 22,6	16 A-94 A
Sindr. Cervical	564 (6,73%)	122 (21,7%)	442 (78,3%)	46,7 ± 15,1	17 A-85 A
Lumbalgia	524 (6,25%)	176 (33,6%)	348 (66,4%)	44,7 ± 18,1	17 A-84 A
Gonartrosis	493 (5,88%)	104 (21,2%)	389 (78,8%)	64,7 ± 16,2	32 A-94 A
Entesop. hombro	385 (4,59%)	123 (32,1%)	262 (67,9%)	55,9 ± 20,2	03 A-96 A
Fractura húmero	228 (2,72%)	63 (28%)	155 (72%)	55,9 ± 21,3	02 A-96 A
Coxartrosis	200 (2,38%)	79 (39,8%)	121 (60,2%)	63,3 ± 15,4	32 A-84 A
Escoliosis	184 (2,19%)	58 (31,6%)	126 (68,4%)	22,8 ± 9	07 M-83 A
Cervicobraquialg	182 (2,17%)	49 (27,1%)	133 (72,9%)	47,2 ± 16,1	04 A-85 A
Espondil. cervical	180 (2,14%)	37 (20,9%)	143 (79,1%)	63,7 ± 16,5	17 A-79 A
Dorsalgia	160 (1,9%)	39 (24,8%)	121 (76,2%)	47,0 ± 15,2	18 A-78 A
Frac. tibia peroné	128 (1,51%)	77 (60,2%)	59 (39,8%)	40,5 ± 21,9	07 A-89 A
Fibromialgia	119 (1,4%)	10 (8,4%)	109 (91,6%)	48,3 ± 12,2	20 A-73 A
Osteoartrosis	111 (1,32%)	12 (11,3%)	99 (88,7%)	64,0 ± 16,0	14 A-82 A

D: días. A: años. M: meses. Sindr: síndrome. Entesop: entesopatía. Cervicobraquialg: cervicobraquialgia. Frac: fractura.

<i>Datos más significativos de los 15 procesos más frecuentes (2) N = 4.742 (56,58%)</i>					
	<i>1.ª/Presc</i>	<i>Presc/Inicio</i>	<i>Ini/Fin</i>	<i>Fi/Alta</i>	<i>Proceso</i>
Total	3,1±26	20,5±38,9	42,5±372	18,5±402	95,3±308
Fractura cadera	1	3	25,1	4,5	63,7
Hemiplejía	5	8,8	37	15	54
Sindr. Cervical	3,5	28,8	37,2	12	68,3
Lumbalgia	0,1	28,1	29,3	14,6	59,4
Gonartrosis	1,9	21,8	49,7	11,1	84,1
Entesop. hombro	3,5	21,9	49,7	21,2	100,4
Fractura húmero	1	8,6	73	70	153
Coxartrosis	1,7	19,9	35,4	39	95,3
Escoliosis	9,1	28,8	110	327,3	327,3
Cervicobraquialg	3,1	35,7	40,2	30,2	108,3
Espondil. cervical	3,6	30,2	40	21,1	92
Dorsalgia	1,1	35	36	13	108
Frac. tibia peroné	0,9	08,1	55,2	8,4	74,5
Fibromialgia	6,5	31,8	40,7	0	92,4
Osteoartrosis	3,2	20,4	43,1	18,9	102

1.ª/Presc: intervalo primera visita médica / prescripción de tratamiento fisioterápico (en días).

PRESC / INICIO: intervalo prescripción / inicio de tratamiento fisioterápico.

INI / FIN: intervalo inicio / fin de tratamiento fisioterápico.

FI / ALTA: intervalo fin de tratamiento fisioterápico / alta médica.

DISCUSION

La comparación de este estudio con los datos extraídos de la síntesis del sistema de información de rehabilitación de 1994 de la Comunidad Valenciana¹⁴, nos permite evidenciar diversas variaciones (tabla 6).

En lo que se refiere a las ortesis más prescritas, casi son coincidentes en ambos estudios. Así; las ayudas a

la deambulación en nuestro estudio son las más prescritas y en la síntesis de 1994 son las segundas. Mientras que las ortesis de tronco en nuestro estudio son las segundas y en la síntesis de 1994 son las más prescritas.

Entre los 15 procesos más frecuentes predominan los pacientes atendidos y dados de alta con diagnóstico principal incluido en los grupos de algias de raquis en 1.430 (17,06%), fracturas en 1.062 (12,67%), y os-

TABLA 3.

Datos más significativos de los 15 procesos más frecuentes (3) N=4.742 (56,58%)

	<i>Centro Proc</i>	<i>Espec Proc > %</i>	<i>Coste</i>	<i>N.º CH</i>
Total	H 4.383 (52,3%)	COT 4.886 (58,3%)	49.252,03	2,26
Fractura cadera	H 706 (100%)	COT 706 (100%)	32.008,92	1,7
Hemiplejía	H 439 (76,3%)	NR 330 (57,2%)	78.866,75	2,7
Sindr. Cervical	H 269 (47,8%)	COT 248 (44,6%)	101.852,64	2,2
Lumbalgia	H 291 (55,7%)	COT 277 (53,3%)	127.955,22	2,3
Gonartrosis	H 302 (61,4%)	COT 384 (77,9%)	93.607,11	2,2
Entesop. hombro	H 113 (29,4%)	COT 223 (58,3%)	79.325,94	2,6
Fractura húmero	H 202 (88,9%)	COT 202 (88,9%)	64.008,93	2,5
Coxartrosis	H 176 (88,3%)	COT 176 (88,3%)	85.307,82	2,0
Escoliosis	CE 71 (38,9)	COT 89 (48,6%)	59.581,85	3,2
Cervicobraquialg	CE 83 (45,8%)	COT 146 (81,3%)	88.572,74	2,5
Espondil. cervical	CE 83 (46,2%)	COT 139 (77,6%)	142.435,7	2,2
Dorsalgia	H 103 (64,8%)	COT 88 (55,2%)	88.400,49	2,2
Frac. tibia peroné	H 102 (79,7%)	COT 100 (78,1%)	114.152,04	2,2
Fibromialgia	H 60 (50,4%)	COT 52 (43,7%)	92.380,23	2,5
Osteoartrosis	CE 46 (40,7%)	COT 61 (55,5%)	114.269,22	2,2

CENTRO PROC: centro de procedencia más frecuente de los pacientes por proceso.

ESPEC PROC>: especialidad de procedencia más frecuente por proceso.

COSTE: coste por proceso en ptas (primera visita: 11.052, sucesiva visita: 5.526, sesión de tratamiento: 566). Fuente SE 2000.

N.º CH: número medio de visitas médicas en la consulta por proceso.

H: hospital. CE: centro de especialidades.

COT: cirugía ortopédica y traumatología. NR: neurología.

Datos más significativos de los 15 procesos más frecuentes (4) N=4.742 (56,58%)

	<i>SC Alta>%</i>	<i>Cinesiterap</i>	<i>P complement</i>	<i>Ortesis>%</i>
Total	Mejoría 6.711 (80,8%)	6.323 (75,4%) 2,6	Rx raquis 1.394	Andador 475
Fractura cadera	525 (74,5%)	706 (100%) -14,5	Rx 61	AD 273
Hemiplejía	411 (71,2%)	478 (82,8%) -21	Sedimento 259	AD 108
Sindr. Cervical	483 (85,8%)	446 (79,2%) -15,5	Rx 123	OC 29
Lumbalgia	436 (83,3%)	372 (71,1%) -13	Rx 192	Tronco 132
Gonartrosis	406 (82,4%)	420 (85,2%) -20,7	Rx 124	AD 111
Entesop. hombro	342 (88,9%)	210 (54,6%) -15,7	Rx 61	MS 21
Fractura húmero	185 (81,5%)	209 (91,7%) -42,7	Rx 35	MS 11
Coxartrosis	175 (87,8%)	191 (95,7%) -19	Rx 13	AD 70
Escoliosis	159 (86,5%)	97 (52,8%) -16,7	Rx 276	Milwaukee 7
Cervicobraquialg	159 (87,5%)	138 (76,2%) -15,3	Rx 36	Tronco 14
Espondil. cervical	157 (87,3%)	143 (79,8%) -24	Rx 65	OC 23
Dorsalgia	136 (85,5%)	104 (65,5%) -22	Rx 58	Tronco 17
Frac. tibia peroné	98 (76,6%)	120 (100%) -26	Rx 27	AD 21
Fibromialgia	83 (69,7%)	83 (64,8%) -16	Rx 42	OT 4
Osteoartrosis	81 (73,5%)	75 (67,9%) -29	Rx 40	Varias 26

SC alta>: Situación clínica al alta más frecuente (curación o mejoría).

CINESITERAP: cinesiterapia, (técnica de tratamiento más utilizada), pacientes en los que se utilizó la técnica / proceso.

P COMPLEMEN: pruebas complementarias más solicitadas por el médico rehabilitador / proceso.

ORTESIS>: ortesis más prescritas por el médico rehabilitador / proceso.

AD: ayudas a la deambulación (andador y/o bastón). OC: ortesis cervical. MS: miembro superior.

teoartrosis en 984 (11,74%) pacientes. En la síntesis de 1994 predominan las algias de raquis (25,23%), fracturas (22,95%) y osteoartrosis (15,16%).

En ambos estudios (tabla 6), predominan las mujeres, procedentes de Cirugía Ortopédica y Traumatología, del propio Centro Hospitalario, que son dadas

TABLA 4. Sesiones por proceso.

<i>Técnica</i>	<i>Pacientes</i>	<i>Media</i>	<i>Moda</i>	<i>Máximo</i>
Cinesiterapia	6.323 (75,45%)	18,63 ± 21,32	10	289
Mecanoterapia	4.132 (49,3%)	11,46 ± 18,6	10	251
Termoterapia	2.401 (28,65%)	7,11 ± 14,58	20	251
Fisioterapia respiratoria	2.400 (28,63%)	3,24 ± 9,27	10	251
Electroterapia	1.796 (21,43%)	5,72 ± 14,13	20	251
Sonoterapia	1.388 (15,98%)	3,24 ± 9,27	10	251
Masoterapia	1.012 (12,07%)	2,60 ± 9,98	10	251
Estimulación precoz	55 (0,65%)	0,15 ± 2,53	10	94

TABLA 5. Coste por proceso.

<i>u.r.v</i>	<i>nº</i>	<i>Actos</i>	<i>Coste*</i>	<i>Total</i>
1	1	1. ^a visita	7.802	7.802
0,5	1,26	2. ^a visita	3.901	6.962,76
1	18,63	Cinesiterapia adultos	836	15.574,68
1,5	0,15	Estimulación precoz	1.253	187,95
0,75	11,46	Mecanoterapia	627	6.851
0,75	2,6	Masoterapia	627	1.630,2
0,25	7,11	Termoterapia	209	1.485,99
0,5	3,24	Sonoterapia	418	1.354,32
0,75	5,72	Electroterapia	627	3.586,44
3	0,15	Fisioterapia en grupo	2.507	376,05
1,5	4,38	Fisioterapia respiratoria	1.253	5.488,14
<i>Total</i>				49.252,03

(urv: unidades relativas de valor). (*) Fuente SE Coste de año 2000 (15).

de alta en situación clínica de curación o mejoría y utilizan transporte particular. En nuestro estudio la duración media del tratamiento (42,51 días) y del proceso (95,3 días), es claramente inferior a la de la síntesis de 1994 (73 y 150 días, respectivamente).

La obtención del coste económico de cada uno de los actos médicos y de las técnicas de tratamiento de la cartera de servicios que se utilizan en un Servicio de Rehabilitación y Medicina Física, es posible en el momento actual¹⁰. No obstante las cifras no son comparables, al tratarse de Servicios de Rehabilitación con diferentes recursos (humanos y materiales), pertenecientes a Centros Hospitalarios de diferente categoría o grupo, y con diferentes costes. Además el coste está fundamentado en las cifras económicas de diferentes años, siendo este estudio el más actual al basarse en los datos del Servicio de Gestión de nuestro Centro extraídos del año 2000, a diferencia de otros^{10,11}.

Es fundamental que el sistema de recogida de información sea adecuado, e incluya un sistema de imputación de coste por centro de actividad¹⁵, desarrollado por el Servicio de Gestión Económica del Centro Hospitalario. Dependiendo de como se desvíen nuestros valores de

los medios o estándares del grupo de hospitales con el que nos comparamos, sabemos si nuestra cartera de servicios sigue o se desvía de la norma general de actuación y si nuestros resultados son adecuados o eficaces.

La utilización de sistemas de medición de nuestra actividad diaria en el Servicio de Rehabilitación y Medicina Física, favorece la competencia sana entre Centros y nos orienta hacia la mejora continua de nuestra calidad asistencial¹⁶.

Queda así el campo abierto al diseño de protocolos, estudios y al análisis de la efectividad entre Centros, que deben incluir la evaluación funcional como parámetro para medir nuestro trabajo y mejorar la capacidad predictiva de nuestro sistema de recogida de actividad asistencial¹⁷.

No se debe olvidar que la mayoría de resultados observados se basan en la perspectiva clínica obtenida subjetivamente a partir de la experiencia clínica asistencial de cada médico rehabilitador¹⁸.

Un aspecto básico es la necesidad de utilizar criterios comunes y homogéneos en la recogida de datos, tanto a nivel de cada centro como de cada médico, lo cual hace aconsejable que exista un equilibrio entre la

TABLA 5. Coste por proceso.

	HGC	CV 1994
Mujeres (%)	62,47%	60,7
Edad media (años)	51,8	47,46
Procedencia de los pacientes del propio hospital (%)	52,3	58
Procedencia de los pacientes de COT (%)	58,3	78,01
N.º medio de consultas / proceso	2,26	2,78
Duración media del tratamiento fisioterápico (días)	42,5	73
Duración media del proceso (días)	95,39	150
Tratamiento farmacológico (%)	15,5	15,7
Situación clínica al alta (%)		
Curación o mejoría	80,08	69,5
Cambio de especialidad	11,57	6,2
No mejoría	5,1	8,5
Incomparecencia	2,56	3,8
Éxito	1,03	0,7
Transporte utilizado (%)		
No consta	31,02	43,4
Particular	65,76	46,1
Taxi	0	0,8
Ambulancia	3,22	9,7
N.º medio de sesiones		
Cinesiterapia	18,63	19
Mecanoterapia	11,46	10
Masoterapia	2,6	2
Termoterapia	7,11	8
Sonoterapia	3,24	4
Electroterapia	5,72	4
Fisioterapia respiratoria	3,24	0,42
Enseñanza	9,35	0,02
Estimulación precoz	0,15	0,08
Pruebas complementarias		
Rx articular	14,22	12,4
Bioquímica de sangre	8,44	3
Rx de raquis	16,63	13,2
Sedimento y elementos anormales en orina	4,86	1,4
Ortesis prescritas	21,63	11,76
1. Ayudas a la deambulación	10,11	25,7
2. Ortesis de tronco	4,59	28,2
3. Especial control	7,8	10,6

(HGC: Servicio de Rehabilitación analizado). (CV 1994: Síntesis de la Comunidad Valenciana 1994).

precisión de la información y el esfuerzo necesario para obtenerla¹⁹.

En la evaluación del proceso rehabilitador es fundamental, pues, incluir la mejora funcional del paciente²⁰, así como definir progresivamente los criterios de calidad consensuados por sociedades científicas²¹. Todo ello será posible si se realiza la gestión mediante un sistema de calidad total²².

En Rehabilitación y Medicina Física, es necesario reajustar prioridades en materia de servicios sanitarios y sociales, garantizar los cuidados específicos requeridos en cada momento, proporcionar la atención social necesaria en cada caso y orientar la asistencia a las necesidades de los pacientes. Por todo ello, debe existir un intercambio de información científica y social.

CONCLUSIONES

En este estudio, predomina el perfil clínico de paciente mujer de 51,8 años de edad, con algias de raquis, que procede del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del propio Hospital, que es tratada predominantemente mediante técnicas de cinesiterapia, mecanoterapia y termoterapia, con una duración media del proceso de 95,39 días. Mejora clínicamente en el 80,08% de los casos y tiene un coste medio por proceso rehabilitador de 49.252,03 ptas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Di Carlo A, Lamasa M, Pracucci G, Basile AM, Trefoloni G, Vanni P, et al. Stroke in the very old. Clinical presentation and determinants of 3 Month Functional Outcome: a European Perspective. *Stroke* 1999;30: 2313-9.
2. Ibáñez T. Editorial. *Rehabilitación (Madr)* 2000;34:3.
3. Ibáñez T, García J. Aproximación a los sistemas de información. Aplicación en rehabilitación y medicina física. *Rehabilitación (Madr)* 2000;34:5-10.
4. Andrés MA, Arce JM, Polo M. La medida del producto hospitalario. El case-mix. En: Termes JL, Díaz JL, Parra B, eds. *El coste por proceso hospitalario*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1994. p. 13-41.
5. Granger C. Atención de la salud. Evaluación funcional del paciente crónico. En: Kottke FJ, Lehman JF, eds. *Krussen. Medicina física y rehabilitación*. 4ª ed. Madrid: Panamericana; 1993. p. 281-94.
6. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum. *Sistemas de Información Económica para la Gestión Sanitaria*. Programa SE. Tomo I. Instituciones de Asistencia Especializada. Valencia: Generalitat Valenciana, 1995.
7. Grupo de consenso de rehabilitación y medicina física 1998. *Catálogo de procedimientos de rehabilitación y medicina física: actos médicos, fisioterapia, foniatría, logoterapia y terapia ocupacional*. Versión 1999. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.
8. Hernández AM, Mora E. *Rehabilitación GAT. Sistemas de información en rehabilitación y medicina física*. *Rehabilitación (Madr)* 2000;34:11-33.
9. Hernández AM, Mora E. Grupo de consenso de rehabilitación y medicina física: actos médicos, fisioterapia, foniatría, logoterapia y terapia ocupacional. *Rehabilitación (Madr)* 2000;34:34-46.

10. Mora E, Gaja JM. Aproximación al coste por proceso en rehabilitación y medicina física. *Rehabilitación (Madr)* 2000;34:47-66.
11. Mora E, Gaja M. Análisis comparativo de la gestión clínica de diferentes procesos asistenciales entre un servicio de rehabilitación de tipo medio y la norma o estándar. *Rehabilitación (Madr)* 2000;34:67-76.
12. Mirallas JA. Cálculo del rendimiento personal y de la demanda asistencial en rehabilitación. *Rehabilitación (Madr)* 2000;34:86-90.
13. Cervelli L. The missing link: structured dialogue between the payer and provider communities on the costs and benefits of medical rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 1997;78(8 Supl 4):S36-8.
14. Sistema de información de rehabilitación. Síntesis 1994. Serie: programas especiales, nº 10. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum, 1995.
15. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Sistema de Información Económica (SIE) de Atención Especializada Ejercicio 2000.
16. Mora E, Gaja JM. Posicionamiento global de un servicio de rehabilitación y medicina física, con respecto a otros centros asistenciales en relación a los diferentes procesos atendidos. *Rehabilitación (Madr)* 2000;34:77-85.
17. García J Echevarría C, Ibáñez T. ¿Cómo se objetiva la discapacidad? De estimar, a cuantificar la funcionalidad. *Rehabilitación (Madr)* 2000;34:96-101.
18. Bonfill X. Medicina Basada en la Evidencia: Evaluación, Tecnología y Práctica Clínica. Barcelona: Jirpyo, 1997.
19. Abenoza M, Grupo de Trabajo. Escalas de valoración funcional, instrumentos para medir nuestro producto sanitario. *Rehabilitación (Madr)* 2000;34:102-11.
20. García-Alsina J Política de calidad en los servicios de Rehabilitación. *Rehabilitación (Madr)* 1997;31:13-6.
21. Wilkerson DL. Accreditation and the Use of Outcomes-Oriented Information Systems. *Arch Phys Med Rehabil* 1997;78(8 Supl 4):31-5.
22. Cerdá M, Santos JF, Aguilar JJ Gestión de la calidad en rehabilitación. *Rehabilitación (Madr)* 2000;34:112-8.

Correspondencia:

José Antonio Mirallas Martínez
Jefe de Servicio de Rehabilitación y Medicina Física
Hospital General de Castellón
Avda. Benicasim, s/n
12004 - Castellón de la Plana (Castellón)
E-mail: mirallas_jan@gva.es