CENTRO DE REHABILITACIÓN
LOS PINOS

Programa Interdisciplinario de Rehabilitación con Internación

Contenido

1. Presentación institucional 3

2. Misión, visión y valores 3

3. Alcance del programa 4

4. Organización interdisciplinaria y cartera de servicios 6

5. Objetivos del programa 9

6. Metodología de atención y tratamiento 10

7. Criterios de admisión 11

8. Condiciones que requieren evaluación especial o pueden contraindicar el ingreso 12

9. Criterios de transición y continuidad asistencial 12

10. Criterios de alta 13

11. Planificación del alta y reintegración comunitaria 14

12. Evaluación de resultados y mejora continua 15

13. Derechos, información y participación de las personas atendidas 15

14. Compromiso institucional 16

1. Presentación institucional

El Centro de Rehabilitación Los Pinos desarrolla un Programa Interdisciplinario de Rehabilitación con Internación destinado a personas adultas que presentan limitaciones funcionales como consecuencia de enfermedades neurológicas, traumatismos, procesos agudos, reagudizaciones de enfermedades crónicas y otras condiciones de salud que requieren un abordaje integral e intensivo.

> Nuestro propósito es favorecer la recuperación del máximo nivel posible de autonomía, independencia funcional, participación y calidad de vida, mediante una atención médica y terapéutica especializada, continua, segura y centrada en la persona.

Entendemos la rehabilitación como un proceso dinámico e individualizado, en el que cada paciente participa activamente en la definición de sus objetivos y en las decisiones relacionadas con su tratamiento, de acuerdo con sus capacidades, necesidades, preferencias y expectativas.

El programa se sustenta en el trabajo coordinado de un equipo interdisciplinario que integra conocimientos y competencias de distintas especialidades médicas y terapéuticas, con una mirada integral sobre las dimensiones físicas, cognitivas, emocionales y sociales de la persona.

La atención se organiza a partir de una evaluación integral previa a la admisión, que permite determinar la pertinencia del ingreso, identificar las necesidades asistenciales, establecer objetivos funcionales y definir los recursos necesarios para desarrollar un plan de rehabilitación personalizado.

Durante la internación, el equipo realiza un seguimiento sistemático de la evolución clínica y funcional, revisando los objetivos y adecuando las intervenciones según los resultados obtenidos.

La planificación del alta y la continuidad asistencial forman parte del proceso de rehabilitación desde sus etapas iniciales, procurando favorecer una transición segura hacia el hogar, la comunidad u otros dispositivos de atención, según las necesidades de cada persona.

> Nuestro compromiso es brindar una rehabilitación de calidad, basada en la competencia profesional, la seguridad del paciente, el respeto por su dignidad, la participación familiar y la mejora continua de los procesos asistenciales.

2. Misión, visión y valores

Misión

Brindar atención integral de rehabilitación con internación a personas adultas con limitaciones funcionales, mediante programas individualizados, interdisciplinarios y centrados en la persona, orientados a maximizar su autonomía, promover su participación y favorecer su reintegración familiar y comunitaria.

Visión

Consolidarnos como un centro de referencia en rehabilitación integral, reconocido por la calidad de sus prestaciones, la excelencia profesional, la atención humanizada, la seguridad asistencial y el compromiso permanente con la mejora de los resultados funcionales y la calidad de vida de las personas atendidas.

Valores institucionales

- **Respeto por la dignidad y autonomía:** reconocemos a cada paciente como una persona única, con derechos, preferencias, capacidades y decisiones propias.
- **Atención centrada en la persona:** adaptamos las intervenciones a las necesidades, objetivos y circunstancias individuales.
- **Trabajo interdisciplinario:** promovemos la comunicación, cooperación y responsabilidad compartida entre los profesionales.
- **Calidad y seguridad asistencial:** desarrollamos prácticas orientadas a la prevención de riesgos, la continuidad de cuidados y la evaluación de resultados.
- **Compromiso profesional:** fomentamos la actualización de conocimientos, la responsabilidad ética y la mejora continua.
- **Participación familiar:** reconocemos el valor de la familia y de las redes de apoyo en el proceso de recuperación.
- **Inclusión y participación social:** orientamos la rehabilitación hacia la mayor independencia posible y la participación activa en la comunidad.
- **Humanización del cuidado:** brindamos una atención respetuosa, empática y sensible a las necesidades físicas, emocionales y sociales de cada persona.

3. Alcance del programa

3.1. Población destinataria

El programa está dirigido a personas adultas mayores de 18 años que presentan limitaciones físicas, cognitivas o funcionales derivadas de condiciones de salud que requieren rehabilitación interdisciplinaria intensiva en régimen de internación.

Entre las condiciones clínicas que pueden requerir este abordaje se encuentran:

- Secuelas de accidentes cerebrovasculares.
- Traumatismos craneoencefálicos y raquimedulares.
- Politraumatismos.
- Secuelas de intervenciones quirúrgicas traumatológicas, neurológicas y de otras especialidades.
- Enfermedades neuromusculares y sus secuelas funcionales.
- Reagudizaciones de enfermedades crónicas que ocasionen pérdida de capacidades funcionales.

- Debilidad adquirida durante internaciones prolongadas o cuidados críticos.
- Otras condiciones clínicas que produzcan limitaciones funcionales susceptibles de beneficiarse de rehabilitación intensiva.

La admisión se determina mediante una evaluación médica y funcional individualizada, considerando la estabilidad clínica, las necesidades asistenciales, el potencial de recuperación, la capacidad de participación y la adecuación de los recursos disponibles.

La presencia de un diagnóstico determinado no constituye, por sí sola, un criterio suficiente de admisión o exclusión. La decisión requiere valorar las condiciones particulares de cada paciente y la capacidad del programa para responder de manera segura y efectiva a sus necesidades.

3.2. Entorno de atención

El programa se desarrolla en las instalaciones del Centro de Rehabilitación Los Pinos, ubicado en El Talar, provincia de Buenos Aires, en un entorno adaptado para la atención médica, terapéutica y recreativa de personas con diferentes niveles de dependencia funcional.

Las instalaciones y los recursos disponibles están orientados a favorecer la accesibilidad, la seguridad, la movilidad, la participación en actividades terapéuticas y el desarrollo de habilidades necesarias para la vida cotidiana.

3.3. Disponibilidad asistencial

El Centro brinda atención médica y de enfermería durante las 24 horas del día, los siete días de la semana, incluidos fines de semana y feriados.

La atención continua permite realizar el seguimiento clínico de las personas internadas, responder ante cambios en su estado de salud y garantizar los cuidados necesarios durante su permanencia.

Las intervenciones de rehabilitación se organizan de acuerdo con el plan terapéutico individual, la programación de cada disciplina y las condiciones clínicas del paciente.

3.4. Intensidad y frecuencia del tratamiento

El programa contempla un esquema de rehabilitación intensiva de al menos tres horas diarias de tratamiento, seis días por semana, de lunes a sábados, para los pacientes que cumplen los criterios clínicos y funcionales de admisión.

La distribución de las intervenciones entre las distintas disciplinas se establece de manera individualizada, considerando las necesidades, capacidades, tolerancia y objetivos de cada persona.

El equipo interdisciplinario realiza evaluaciones periódicas y reuniones semanales para analizar la evolución, revisar los resultados, ajustar las intervenciones y planificar la continuidad del tratamiento.

Cuando las condiciones clínicas requieran modificaciones temporales en la intensidad terapéutica, estas deberán ser evaluadas, justificadas y documentadas por el equipo responsable.

3.5. Modalidades de financiación

El programa contempla la atención de pacientes mediante obras sociales, empresas de medicina prepaga y modalidad particular.

Las condiciones de cobertura, autorizaciones y tarifas se gestionan a través del área administrativa, de acuerdo con la complejidad asistencial, las prestaciones requeridas y la duración estimada de la internación.

La información correspondiente debe encontrarse disponible para los pacientes y sus familias, favoreciendo la transparencia y la comprensión de las condiciones de prestación del servicio.

3.6. Vías de derivación y solicitud de admisión

El ingreso puede originarse a partir de:

- Derivaciones de médicos tratantes.
- Solicitudes de obras sociales y empresas de medicina prepaga.
- Derivaciones de instituciones sanitarias.
- Solicitudes directas del paciente o de su familia.

En todos los casos, la admisión está sujeta a una evaluación médica y funcional previa que determine la pertinencia del programa y la disponibilidad de recursos adecuados para responder a las necesidades identificadas.

4. Organización interdisciplinaria y cartera de servicios

El Programa de Rehabilitación con Internación se desarrolla mediante la participación coordinada de profesionales de distintas disciplinas, que comparten información clínica, objetivos terapéuticos y responsabilidades asistenciales.

La composición del equipo interviniente se determina según las necesidades individuales del paciente y los recursos disponibles.

4.1. Atención médica especializada

La atención médica comprende:

- **Medicina Física y Rehabilitación (Fisiatría):** evaluación funcional, definición de objetivos, coordinación médica del programa y seguimiento de la evolución.
- **Clínica Médica:** evaluación y seguimiento del estado general de salud, prevención y tratamiento de intercurrencias clínicas.
- **Médicos de guardia:** atención de las necesidades médicas que se presenten durante la internación.
- **Neurología:** evaluación y seguimiento de las condiciones neurológicas.
- **Traumatología:** abordaje de condiciones musculoesqueléticas y secuelas traumáticas.
- **Psiquiatría:** evaluación y seguimiento de condiciones de salud mental que requieran intervención especializada.
- **Cirugía Plástica:** interconsultas según necesidad clínica y condiciones de disponibilidad.

El programa contempla, además, intervenciones médicas específicas relacionadas con el manejo de la espasticidad y el asesoramiento sobre sexualidad, de acuerdo con las necesidades de cada paciente.

Las interconsultas con otras especialidades se coordinan cuando la situación clínica lo requiere.

4.2. Enfermería de rehabilitación

El servicio de enfermería brinda cuidados continuos durante las 24 horas del día y participa activamente en el proceso de rehabilitación.

Sus intervenciones comprenden la vigilancia clínica, la administración de tratamientos indicados, la prevención de complicaciones, el cuidado de heridas y ostomías, la asistencia en actividades cotidianas y la promoción de la mayor autonomía posible.

El personal de enfermería colabora con el equipo interdisciplinario en la identificación de necesidades, el seguimiento de la evolución y la educación del paciente y su familia.

4.3. Kinesiología y rehabilitación respiratoria

El área de Kinesiología desarrolla intervenciones destinadas a mejorar la movilidad, la fuerza muscular, el control motor, la postura, el equilibrio, la coordinación y la capacidad de desplazamiento.

Los tratamientos se adaptan a las condiciones clínicas y funcionales de cada paciente, procurando favorecer la recuperación de habilidades y prevenir complicaciones asociadas a la inmovilidad.

La rehabilitación respiratoria forma parte de las intervenciones disponibles cuando las necesidades clínicas lo requieren.

4.4. Terapia Ocupacional

Terapia Ocupacional trabaja sobre las capacidades necesarias para realizar actividades significativas de la vida cotidiana y favorecer la independencia funcional.

Sus intervenciones pueden comprender:

- Entrenamiento en actividades de la vida diaria.
- Recuperación y adaptación de habilidades funcionales.
- Evaluación y utilización de tecnología asistiva.
- Recomendaciones para la adaptación del entorno.
- Entrenamiento en el uso de productos de apoyo.
- Readaptación a actividades personales, familiares, sociales y ocupacionales.

4.5. Fonoaudiología

El área de Fonoaudiología aborda las dificultades relacionadas con la comunicación, el lenguaje, el habla y la deglución.

Las intervenciones se orientan a mejorar las capacidades comunicativas, favorecer la participación del paciente y abordar los trastornos deglutorios mediante estrategias terapéuticas individualizadas.

4.6. Psicología

El servicio de Psicología brinda acompañamiento y atención a las necesidades emocionales, conductuales y de adaptación que pueden presentarse durante el proceso de rehabilitación.

Las intervenciones contemplan el impacto psicológico de la enfermedad o discapacidad, el afrontamiento de los cambios funcionales, la motivación, la adherencia al tratamiento y el acompañamiento del entorno familiar.

También se consideran las necesidades relacionadas con el consumo problemático de sustancias, cuando corresponda.

4.7. Nutrición

El área de Nutrición evalúa las necesidades alimentarias y nutricionales de cada paciente, considerando su estado clínico, sus capacidades funcionales y los requerimientos asociados al proceso de rehabilitación.

Participa en la planificación y seguimiento de las intervenciones nutricionales y en la coordinación de los cuidados alimentarios necesarios.

4.8. Trabajo Social

Trabajo Social interviene en la evaluación de las condiciones familiares, sociales y comunitarias que pueden influir en el proceso de rehabilitación y en la continuidad de los cuidados.

Su participación comprende la identificación de redes de apoyo, la orientación a pacientes y familias, la articulación con recursos externos y la colaboración en la planificación del alta.

4.9. Gestión de medicamentos

El programa contempla procedimientos para el almacenamiento, la gestión y la disponibilidad de medicamentos necesarios para la atención de los pacientes internados, mediante los recursos y responsables asignados a esta función.

4.10. Actividades terapéuticas complementarias y apoyo psicosocial

De acuerdo con las necesidades, preferencias y posibilidades de participación de cada paciente, el programa contempla actividades complementarias que contribuyen al bienestar y a la participación social.

Entre ellas se incluyen:

- Canoterapia.
- Actividades recreativas adaptadas.
- Asistencia espiritual.
- Grupos de apoyo entre pares.

Estas intervenciones complementan el abordaje médico y terapéutico y se integran al plan individual cuando resultan pertinentes.

4.11. Servicios contratados y prestaciones mediante derivación

El Centro coordina prestaciones complementarias mediante proveedores externos o derivaciones a otros establecimientos, de acuerdo con las necesidades clínicas y las condiciones de cobertura.

Entre ellas se contemplan:

Servicios contratados:

- Radiología e imágenes diagnósticas.
- Laboratorio de análisis clínicos.
- Ecografías.
- Bioingeniería aplicada a la rehabilitación.
- Nutrición parenteral total, cuando corresponda.

Servicios mediante derivación:

- Consultas con especialistas no disponibles en el establecimiento.
- Estudios diagnósticos de mayor complejidad.
- Audiología.
- Evaluación visual.
- Diálisis.
- Servicios ortopédicos y protésicos.
- Rehabilitación para conductores.
- Evaluación y tratamiento especializado de la función sexual y reproductiva.

La coordinación de estas prestaciones debe contemplar la continuidad asistencial, la comunicación de resultados y el seguimiento de las indicaciones derivadas de cada intervención.

5. Objetivos del programa

5.1. Objetivo general

> Maximizar el potencial de recuperación funcional, física, cognitiva, emocional y social de cada paciente, promoviendo el mayor nivel posible de autonomía, independencia y participación en las actividades de la vida cotidiana y en la comunidad.

5.2. Objetivos específicos

- Recuperar, mejorar o compensar capacidades funcionales afectadas por la enfermedad o lesión.
- Promover la independencia en las actividades de la vida diaria.
- Mejorar la movilidad, la marcha, el equilibrio, la fuerza, la coordinación y el control postural.

- Favorecer las capacidades cognitivas y comunicativas.
- Abordar las alteraciones de la deglución y otras dificultades funcionales específicas.
- Prevenir complicaciones asociadas a la inmovilidad y a las condiciones clínicas.
- Promover la adaptación emocional y la participación activa en el tratamiento.
- Facilitar el acceso a productos de apoyo y tecnología asistiva cuando sean necesarios.
- Fortalecer las capacidades del paciente y su red de apoyo para la continuidad de los cuidados.
- Favorecer una transición segura hacia el domicilio, la comunidad u otros niveles asistenciales.
- Evaluar sistemáticamente los resultados obtenidos y adecuar las intervenciones según la evolución.

6. Metodología de atención y tratamiento

6.1. Evaluación inicial

Al momento del ingreso, el equipo interdisciplinario realiza una evaluación integral destinada a identificar las condiciones clínicas, capacidades conservadas, limitaciones funcionales, necesidades asistenciales y factores personales y sociales que pueden influir en el proceso de rehabilitación.

La evaluación constituye la base para definir los objetivos terapéuticos y organizar las intervenciones.

6.2. Definición compartida de objetivos

Los objetivos del tratamiento se establecen considerando los resultados de la evaluación interdisciplinaria y las prioridades expresadas por el paciente.

Se promueve la participación de la familia o de las personas de apoyo, de acuerdo con la voluntad y las necesidades del paciente.

Los objetivos deben ser individualizados, clínicamente pertinentes, observables y susceptibles de evaluación durante el proceso.

6.3. Plan individualizado de rehabilitación

El equipo desarrolla un plan de tratamiento que contempla:

- Necesidades clínicas y funcionales identificadas.
- Objetivos de rehabilitación a corto y mediano plazo.
- Intervenciones de las distintas disciplinas.
- Frecuencia e intensidad terapéutica.
- Recursos y productos de apoyo necesarios.
- Responsabilidades de los profesionales intervinientes.
- Criterios para evaluar la evolución.
- Necesidades previstas para la transición y el alta.

El plan se documenta en la historia clínica y se comunica a los profesionales responsables de su implementación.

6.4. Seguimiento interdisciplinario

La evolución del paciente se analiza mediante el seguimiento clínico y funcional continuo y las reuniones interdisciplinarias periódicas.

Las reuniones semanales permiten revisar el cumplimiento de objetivos, identificar dificultades, adecuar las intervenciones y coordinar las decisiones relacionadas con la continuidad del tratamiento.

Cuando se producen cambios clínicos o funcionales relevantes, el plan debe ser reevaluado oportunamente.

6.5. Participación del paciente y la familia

La participación activa del paciente constituye un componente fundamental del programa.

Se promueve que cada persona comprenda los objetivos de su rehabilitación, participe en las decisiones relacionadas con su tratamiento y reciba información adecuada a sus necesidades y capacidades.

La familia y las personas de apoyo pueden participar en actividades de orientación, entrenamiento y preparación para la continuidad de los cuidados, respetando la voluntad y los derechos del paciente.

6.6. Registro y comunicación asistencial

Las evaluaciones, intervenciones, objetivos, modificaciones del tratamiento y decisiones clínicas relevantes deben documentarse en la historia clínica.

La comunicación entre los integrantes del equipo favorece la coordinación de las prestaciones, la continuidad asistencial y la seguridad del paciente.

7. Criterios de admisión

La admisión al Programa Interdisciplinario de Rehabilitación con Internación se determina mediante una evaluación médica y funcional previa.

Los criterios considerados incluyen:

1. **Edad:** personas mayores de 18 años.

2. **Condición clínica:** presencia de una enfermedad, lesión o secuela que produzca limitaciones físicas, cognitivas o funcionales susceptibles de intervención rehabilitadora.

3. **Necesidad de rehabilitación interdisciplinaria:** limitaciones significativas en al menos dos áreas funcionales, tales como movilidad, actividades de la vida diaria, comunicación, deglución, control vesical o intestinal, cognición o manejo del dolor.

4. **Potencial de mejoría:** posibilidad razonable de alcanzar objetivos funcionales mediante un programa intensivo e interdisciplinario.

5. **Estabilidad clínica:** condiciones médicas que permitan participar de manera segura en el programa, con los recursos asistenciales disponibles.

6. **Tolerancia terapéutica:** capacidad de participar en un esquema de al menos tres horas diarias de rehabilitación, seis días por semana.

7. **Condiciones cognitivas y conductuales:** capacidad de participación y aprendizaje compatible con los objetivos terapéuticos, considerando las necesidades individuales y los apoyos disponibles.

8. **Necesidades de participación:** dificultades para retomar actividades familiares, domésticas, laborales, educativas o comunitarias como consecuencia de las limitaciones funcionales.

9. **Participación y compromiso:** disposición del paciente para participar en el tratamiento y consideración de los apoyos familiares o sociales necesarios.

La decisión de admisión debe contemplar de manera integral estos criterios y quedar debidamente documentada.

8. Condiciones que requieren evaluación especial o pueden contraindicar el ingreso

La seguridad del paciente y la capacidad del Centro para responder a sus necesidades constituyen criterios prioritarios para determinar la pertinencia de una internación.

Se requiere una evaluación médica específica ante situaciones como:

- Inestabilidad clínica que demande recursos asistenciales de mayor complejidad.
- Necesidad de asistencia respiratoria mecánica que exceda la capacidad de atención del programa.
- Trastornos de conciencia graves que impidan la participación efectiva en el tratamiento intensivo.
- Condiciones psiquiátricas o conductuales agudas que impliquen riesgos no controlables mediante los recursos disponibles.
- Enfermedades neurológicas progresivas con compromiso respiratorio significativo.
- Otras condiciones que, por su complejidad, necesidades asistenciales o características evolutivas, requieran un dispositivo diferente.

La presencia de enfermedades neurológicas crónicas o degenerativas debe evaluarse individualmente, considerando la estabilidad clínica, el potencial de beneficio funcional y los objetivos terapéuticos.

La decisión de no admisión debe fundamentarse en criterios clínicos, funcionales y de seguridad, evitando exclusiones automáticas basadas exclusivamente en el diagnóstico.

Cuando el programa no resulte adecuado, se procurará orientar al paciente y su familia hacia alternativas asistenciales acordes con sus necesidades.

9. Criterios de transición y continuidad asistencial

La transición constituye un proceso planificado que procura asegurar la continuidad de los cuidados y la adecuación del nivel asistencial a las necesidades de cada paciente.

9.1. Continuidad dentro del programa

Los pacientes que hayan alcanzado determinados objetivos, pero mantengan potencial de mejoría funcional, podrán ser reevaluados para definir la continuidad o adecuación del plan de rehabilitación.

Esta decisión tendrá en cuenta la evolución clínica, los objetivos pendientes, las preferencias del paciente y las condiciones de cobertura.

9.2. Transición hacia programas de menor intensidad

Cuando la evolución funcional permita reducir la intensidad del tratamiento o la necesidad de supervisión médica continua, se evaluará la posibilidad de continuar la rehabilitación mediante modalidades de menor complejidad, como hospital de día o seguimiento ambulatorio, según disponibilidad y pertinencia clínica.

9.3. Derivación a otros niveles de atención

Cuando el paciente haya alcanzado su máximo potencial funcional dentro del programa intensivo o requiera un dispositivo asistencial diferente, podrá considerarse la transición hacia programas de mantenimiento, residencias de larga estadía u otros recursos de atención.

La decisión debe contemplar las necesidades clínicas y funcionales, las preferencias de la persona, la participación familiar y las posibilidades de continuidad asistencial.

9.4. Preparación para el egreso

La planificación de la transición incluye la identificación de necesidades de apoyo, entrenamiento del paciente y cuidadores, disponibilidad de equipamiento, adecuaciones del domicilio y coordinación con los servicios que continuarán la atención.

10. Criterios de alta

El alta del programa se determina mediante una evaluación interdisciplinaria que considera los objetivos alcanzados, la evolución clínica, las capacidades funcionales y las necesidades de continuidad asistencial.

10.1. Alta por cumplimiento de objetivos

Se contempla cuando:

- El paciente ha alcanzado los objetivos funcionales establecidos para el programa.
- Ya no requiere el nivel de supervisión médica y de enfermería propio de la internación.
- Puede continuar su recuperación mediante modalidades de menor intensidad, cuando corresponda.
- Cuenta con las capacidades funcionales o los apoyos necesarios para una transición segura.
- El paciente, la familia o los cuidadores han recibido la orientación y preparación pertinentes.

10.2. Alta o derivación por criterio clínico

Puede producirse cuando:

- Se presenta una intercurrencia médica que requiere internación en un establecimiento de mayor complejidad.
- La evolución demuestra una meseta funcional o una respuesta insuficiente al tratamiento intensivo.
- Las condiciones clínicas o funcionales modifican la pertinencia del programa.
- Se identifica la necesidad de un nivel asistencial diferente.

Estas decisiones deben fundamentarse en la evaluación interdisciplinaria y acompañarse de la planificación de la continuidad asistencial correspondiente.

10.3. Modificaciones en la duración de la internación

La duración estimada del tratamiento se establece inicialmente y puede modificarse según la evolución.

Reducción de la estancia:

- Recuperación funcional más rápida de lo previsto.
- Cumplimiento anticipado de los objetivos.
- Modificaciones clínicas que requieran otro dispositivo de atención.
- Imposibilidad de continuar el programa en las condiciones inicialmente previstas.

Extensión de la estancia:

- Evolución funcional más lenta, con potencial de mejoría.
- Intercurrencias clínicas que requieran adaptar temporalmente la intensidad del tratamiento.
- Necesidad de completar objetivos funcionales relevantes.
- Demoras externas vinculadas con equipamiento, productos de apoyo, adaptaciones domiciliarias, autorizaciones o disponibilidad de recursos para la continuidad de los cuidados.

Toda modificación deberá contar con justificación clínica, evaluación interdisciplinaria y documentación correspondiente.

11. Planificación del alta y reintegración comunitaria

La planificación del alta comienza desde las primeras etapas de la internación y se actualiza durante el proceso de rehabilitación.

Su propósito es favorecer una transición segura, organizada y coherente con las capacidades, necesidades y preferencias de cada paciente.

El equipo interdisciplinario identifica las condiciones necesarias para el egreso, incluyendo:

- Nivel de autonomía alcanzado.

- Necesidades de asistencia y supervisión.
- Disponibilidad de familiares o personas de apoyo.
- Requerimientos de equipamiento y tecnología asistiva.
- Necesidad de adaptaciones en el domicilio.
- Continuidad de tratamientos médicos y terapéuticos.
- Acceso a recursos sanitarios y comunitarios.

Se promueve la preparación del paciente y de su entorno mediante orientación, educación y entrenamiento para los cuidados posteriores al alta.

Cuando corresponde, se coordina la comunicación con los profesionales o instituciones que asumirán la continuidad asistencial.

12. Evaluación de resultados y mejora continua

El Centro de Rehabilitación Los Pinos reconoce la evaluación sistemática de los resultados como un componente esencial de la calidad asistencial.

El seguimiento de cada paciente comprende la valoración de su evolución clínica y funcional, el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos y las necesidades de modificación del tratamiento.

La información obtenida permite orientar las decisiones terapéuticas, evaluar la efectividad de las intervenciones y favorecer la mejora de los procesos de atención.

El programa promueve:

- La utilización de evaluaciones funcionales pertinentes a las condiciones de cada paciente.
- El registro de los objetivos y resultados del tratamiento.
- La revisión interdisciplinaria de la evolución.
- La identificación de dificultades que afecten el cumplimiento de las metas.
- La evaluación de las condiciones de seguridad y continuidad asistencial.
- La consideración de la experiencia, necesidades y preferencias de las personas atendidas.
- La revisión periódica de los procedimientos y prácticas del programa.

La mejora continua constituye una responsabilidad compartida por los distintos integrantes del equipo y forma parte del compromiso institucional con una atención segura, efectiva y centrada en la persona.

13. Derechos, información y participación de las personas atendidas

El programa reconoce el derecho de cada paciente a recibir una atención respetuosa de su dignidad, privacidad, autonomía y necesidades individuales.

La información sobre las características del programa, las prestaciones disponibles, los objetivos del tratamiento y las condiciones de atención debe comunicarse de manera clara, comprensible y adecuada a las capacidades de cada persona.

Se promueve la participación del paciente en las decisiones relacionadas con su rehabilitación, así como la intervención de familiares o personas de apoyo cuando corresponda y de acuerdo con su voluntad.

Las prácticas asistenciales deben desarrollarse respetando los derechos de las personas atendidas, la confidencialidad de la información clínica y los procedimientos institucionales vigentes.

14. Compromiso institucional

En el Centro de Rehabilitación Los Pinos entendemos que la rehabilitación no se limita a la recuperación de funciones físicas o cognitivas. Es un proceso integral que busca ampliar las posibilidades de autonomía, fortalecer las capacidades personales y favorecer la participación de cada individuo en su entorno familiar y social.

Nuestro modelo de atención combina la competencia técnica de un equipo interdisciplinario con una mirada humana, respetuosa y comprometida con las necesidades de cada paciente.

La calidad asistencial se expresa tanto en la planificación y ejecución de los tratamientos como en la seguridad, la comunicación, el acompañamiento y la continuidad de los cuidados.

A través de la evaluación permanente de nuestros procesos y resultados, reafirmamos el compromiso de brindar una rehabilitación integral, individualizada y orientada a mejorar la calidad de vida de las personas que confían en nuestra institución.