

Actualización en rehabilitación

Tania Gutiérrez P.

Clinica Alemana.

El impacto de la combinación de envejecimiento de la población y el aumento en la prevalencia de enfermedades no transmisibles, está generando una mayor proporción de la población que convive con una o más limitaciones en el funcionamiento y eventualmente con algún grado de discapacidad. Desde esta perspectiva, la OMS plantea a la rehabilitación como parte de la cobertura sanitaria universal y debería ser incorporada como elemento esencial, en conjunto con la prevención, promoción, tratamiento y cuidados paliativos⁽¹⁾. En este contexto sanitario, la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación tiene un rol fundamental en la preservación de la funcionalidad a través del diagnóstico e intervención precoz y oportuna en las personas, y en la prevención y manejo de las complicaciones secundarias a cualquier condición de morbilidad que pueda impactar en su funcionamiento.

El desafío del siglo 21 es lograr cambiar el foco desde las prestaciones aisladas en aquellos con condiciones crónicas de salud hacia intervencio-

nes enfocadas en resultados clínicos significativos para los pacientes⁽²⁾. El fisiatra deberá velar por preservar la visión integral de la continuidad del cuidado, basando sus intervenciones en evaluaciones estandarizadas y sistemáticas para la toma de decisiones⁽³⁾.

La continuidad de cuidados puede ser definida como la manera en que un paciente experimenta su tránsito por un evento clínico de forma conectada y coherente. La importancia de la continuidad se apoya en el impacto que tiene sobre los resultados del cuidado como la prevención o reducción de discapacidades físicas, mentales o sociales, la satisfacción de los pacientes y proveedores, los costos sanitarios y la percepción de calidad de los servicios. La especialidad de Medicina Física y Rehabilitación incorpora este concepto, vinculando la continuidad del cuidado a la preservación del funcionamiento de las personas e interviene en conjunto con el equipo interdisciplinario de manera diferenciada, pero coordinada en los diferentes tiempos de transición de los pacientes:

a. Rehabilitación precoz en Cuidados Intensivos (UCI)

La debilidad adquirida en UCI y la disfunción neuromuscular asociada se detectan en un 25 a 50% de los pacientes que requieren más de 5 días de ventilación mecánica invasiva, lo que se asocia a dificultad en el destete, estancia prolongada en la UCI y a un incremento de la morbilidad. Más relevante aún son los datos publicados de discapacidad funcional que presentan los pacientes posterior a su estancia en UCI, secundarios a causas respiratorias⁽⁴⁾. Desde este escenario la rehabilitación debe ser capaz de reconocer los factores pronósticos precozmente para preservar y potenciar la funcionalidad a largo plazo, intervenir los factores previos al ingreso a la UCI que pueden determinar una evolución ominosa funcional, por ejemplo, la pesquisa oportuna de sarcopenia y por último, lograr la planificación completa de su tránsito por el sistema de Salud desde la UCI hasta el retorno a la comunidad⁽⁵⁾. Desde la perspectiva de costo efectividad de las intervenciones, es en esta etapa donde se logrará el mayor impacto de intervenciones menos complejas (movilización temprana, evaluación precoz de riesgo de aspiración, prevención de delirio, etc.), que podrían evitar generar una población creciente con algún grado de discapacidad prevenible⁽⁶⁾.

b. Rehabilitación postcuidados agudos

A pesar del éxito de las intervenciones precoces en la UCIs, existirán un grupo de pacientes que requerirán intervenciones especializadas en rehabilitación, posterior a su salida de las unidades de cuidados intensivos. En este sentido, la consolidación de áreas de hospitalización centradas en la funcionalidad han sido paulatinamente incorporadas en los hospitales generales y con creciente éxito, tanto a nivel clínico como de su costo efectividad. Un ejemplo concreto es el éxito de las unidades de

tratamiento cerebrovasculares, las que se definen como un área clínica geográficamente limitada con un equipo multiprofesional coordinado que provee todos los cuidados médicos y de rehabilitación que el paciente requiera.

c. Servicios de rehabilitación ambulatorios

El Plan de Acción para la Discapacidad 2014-2021 de la OMS enfatiza la necesidad de orientación para desarrollar y fortalecer los servicios de rehabilitación. Una de las prioridades es eliminar barreras y mejorar su acceso, fortaleciendo y extendiendo la rehabilitación, habilitación, tecnología asistencial, asistencia y servicios de apoyo. Hay fuerte evidencia acerca de los beneficios sanitarios en los servicios de rehabilitación ambulatorios en poblaciones de riesgo, como adultos mayores o pacientes con accidentes cerebrovasculares, así mismo la diversidad de escenarios para el diseño de estos servicios (rehabilitación basada en la comunidad, hospitalizaciones diurnas, equipos en domicilio, entre otros) nos desafía a elegir la mejor opción para lograr los objetivos terapéuticos planteados⁽⁷⁾.

En el siglo pasado y en los albores del siguiente hemos sido testigos de un avance del conocimiento sin precedentes donde siguen apareciendo nuevas alternativas terapéuticas. Aunque algunos de estos tratamientos aún se encuentran en investigación o inicialmente disponibles para uso, es indiscutible el dinámico panorama en innovación. La robótica, terapias de realidad virtual, estimuladores cerebrales profundos o prótesis osteointegradas presentan un desafío para el equipo de rehabilitación, manejando cuidadosamente la expectativas de nuestros pacientes, pero al mismo tiempo estimulando el acceso a estas nuevas alternativas cuando corresponda.

Como especialistas en rehabilitación estamos viendo un escenario único donde la rehabilitación

empieza a estar presente en los diseños de todo modelo de gestión en salud, teniendo un rol protagónico desde Atención Primaria hasta las Unidades de Cuidados Intensivos, interviniendo desde la promoción y prevención en salud, hasta el tratamiento de las distintas condiciones. La responsa-

bilidad sanitaria que hoy nos desafía aparece como una oportunidad para generar equipos centrados en las personas con un abordaje transdisciplinario centrado en las potencialidades de nuestros pacientes, así como en el trabajo cooperativo y sinérgico de los equipos de salud.

REFERENCIAS

1. Rehabilitation 2030: A call for action. February 6-7 Febrero 2017. Executive Boardroom, WHO Headquarters Meeting Report. Consultado en <http://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/>
2. Massimiliano Panella, Sara Marchisio, Antonella Barbieri and Francesco Di Stanislao. BMC Health Services Research 2008;8:223.
3. Tania Gutiérrez, Viviane Hidalgo. BMC Med Inform Decis Mak 2018;18:21.
4. Margaret S. Herridge, Catherine M. Tansey, Andrea Matté, George Tomlinson, Natalia Diaz-Granados, Andrew Cooper *et al.* Functional Disability 5 Years after Acute Respiratory Distress Syndrome. N Engl J Med 2011;364:1293–304.
5. Geetha Kayambu, Robert J Boots, Jennifer D Paratz. Early rehabilitation in sepsis: a prospective randomised controlled trial investigating functional and physiological outcomes The i-PERFORM Trial (protocol article). BMC Anesthesiology 2011;11:21.
6. Daniela Susanne Dettling-Ihnenfeldt, Luuk Wieske, Janneke Horn, Frans Nollet, Marike van der Schaaf. Functional recovery in patients with and without intensive care unit-acquired weakness. Am J Phys Med Rehabil 2017;96:236–42.
7. Furlan AD, Irvin E, Munhall C, Giraldo-Prieto M, Fullerton L, Mc Master R *et al.* Rehabilitation service models for people with physical and/or mental disability living in low- and middle-income countries: A systematic review. J Rehabil Med 2018 Apr 3.



CORRESPONDENCIA

Dra. Tania Gutiérrez Panchana
Clínica Alemana
E-mail: tgutierrez@alemana.cl