



Modelo de atención de rehabilitación médica hospitalaria de lesionados por operaciones de alto impacto

Roxana Loera Cruz¹

¹ Especialista en Medicina de Rehabilitación, alta especialidad en Rehabilitación Neurológica y jefa de sección de Rehabilitación Neurológica, Hospital Central Militar, Ciudad de México.

RESUMEN

Antecedentes: si la misión de nuestro hospital es recuperar la salud de los militares, la estrategia debe planearla un equipo multidisciplinario, en una unidad especializada, mediante un programa de rehabilitación hospitalaria que permita al paciente una adecuada integración biopsicosocial.

Objetivo: sensibilizar acerca de la importancia de mejorar el modelo de atención a militares con discapacidad adquirida durante operaciones de alto impacto.

Conclusión: el mayor número de pacientes con discapacidad exigirá el uso de instrumentos más objetivos para medir los resultados funcionales y, de esta forma, optimizar los tratamientos propuestos. Por esto es menester contar con los recursos humanos y, dentro de la infraestructura, considerar un área de hospitalización para pacientes que requieran rehabilitación, con especial interés en las secuelas de lesión neurológica adquirida.

Palabras clave: rehabilitación médica hospitalaria.

Model medical rehabilitation hospital care of injured by operations high impact

ABSTRACT

Background: Considering that the mission of our hospital is to restore the health of the military, the strategy should be addressed by a multidisciplinary team in a specialized unit, through a program of inpatient rehabilitation that allows the patient, adequate biopsychosocial integration, by what the purpose of this letter is to raise awareness about the importance of improving the care model acquired during military operations with high impact disability.

Conclusion: The highest number of patients with disabilities will require in the future to make use of instruments more targets to measure functional outcomes and thus optimize proposed treatments, it is therefore necessary to have the human and within infrastructure resources, consider a area of hospitalization for patients who require specific income for rehabilitation taking special interest in the aftermath of acquired neurological injury.

Key words: Physical, Rehabilitation Medicine.

Recibido: 12 de noviembre 2015

Aceptado: 18 de marzo 2016

Correspondencia

M. M.C. Roxana Loera Cruz
Área de Medicina de Rehabilitación
Hospital Central Militar
Blvd. Manuel Ávila Camacho s/n
11200 Ciudad de México
roxloeram@gmail.com



ANTECEDENTES

Por desgracia, el cumplimiento de los deberes que impone el servicio de las armas lleva implícito el riesgo de perder la vida. Un gran porcentaje de los que sobreviven quedan con lesiones físicas permanentes que los incapacitan para su reintegración profesional. Ejemplo de ello son las amputaciones de extremidades, lesión medular, o que por la gravedad del daño cerebral secundario al traumatismo craneoencefálico afectan las funciones cognitivas. El propósito de este artículo es sensibilizar acerca de la importancia de mejorar el modelo de atención a militares con discapacidad adquirida durante operaciones de alto impacto para ofrecer un programa integral de rehabilitación hospitalaria.

Concepto de discapacidad y rehabilitación

La terminología utilizada en relación con la discapacidad ha ido evolucionando conforme a las propuestas de la OMS. El modelo que se planteaba en 1980 con la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM) tenía una perspectiva lineal; es decir, una enfermedad o trastorno originaba deficiencias funcionales o estructurales que provocaban una discapacidad y esto generaba, a su vez, la minusvalía, entendida como la desventaja social producto de la enfermedad y la discapacidad. El 22 de mayo del 2001 la OMS dio a conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), que difiere de la clasificación previa en la representación de las interacciones entre las dimensiones del funcionamiento y la discapacidad.¹

El modelo biopsicosocial en que se basa la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud plantea que el sustrato biológico determina la deficiencia, el sustrato personal la actividad personal, y el sustrato social

la participación social. Y todos ellos, en su interrelación, reducen o generan la discapacidad, en función de factores personales y ambientales, constituidos por el ambiente físico, social y de actitud en el que la persona vive y conduce su vida.²

El planteamiento de una nueva cultura de la discapacidad parte de la interacción entre la persona y el ambiente donde vive, y se apoya, fundamentalmente, en la concepción de la propia capacidad del individuo, en sus destrezas personales, en la posibilidad de desarrollar actividades de manera independiente, partiendo de sus intereses y de la capacidad de elegir. Por esto, la meta de cualquier proceso de rehabilitación integral debe ser la inclusión social, y no solo la rehabilitación médico-funcional.³

Según la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), la Medicina física y la Rehabilitación es una especialidad que promueve el funcionamiento físico y cognitivo de las actividades, la participación y la modificación de los factores personales y del entorno. Es responsable de la prevención, diagnóstico, tratamiento y manejo rehabilitador de las personas con padecimientos médicos discapacitantes y comorbilidad a lo largo de todas las edades. La definición europea de la disciplina muestra claramente su dimensión: es una medicina holística con proyección física y psicosocial, orientada a la promoción de la autonomía personal, la adaptación funcional al entorno y la mejora de la calidad de vida.⁴

Rehabilitación: una medicina como respuesta a los cambios epidemiológicos

El incremento de personas con discapacidad tiene relación inversamente proporcional con la morbilidad y mortalidad. Las enfermedades infectocontagiosas que ocasionaban en décadas previas mayor número de muertes han sido relevadas por los padecimientos crónico-dege-

nerativos y enfermedades neoplásicas asociadas, también, al incremento en la esperanza de vida y los cambios en el estilo de vida.

Las enfermedades cardiovasculares representan una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad general en el resto del mundo, y en México.⁵ La atención que demanda esta población es decisiva desde la aplicación de estrategias preventivas, cuando se detectan factores de riesgo, paliativa cuando se establece un diagnóstico y tratamiento oportuno y de rehabilitación que pretende, a través de un enfoque integral, reducir el impacto de las secuelas con el objetivo de lograr la reincorporación del paciente a la sociedad.

No menos importantes son las lesiones originadas por los accidentes de tráfico, porque en nuestro país, hasta el 2012, representaban la primera causa de muerte en niños entre los 5 y 14 años y la segunda causa entre jóvenes de 15 a 29 años de edad.⁶ Sin embargo, definitivamente, en nuestra institución las operaciones de alto impacto son las que cobran mayor número de vidas y en quienes sobreviven ocasionan lesiones permanentes. Ejemplo de esto son las amputaciones o lesiones neuropsicológicas que, por la gravedad de las lesiones, los incapacitan para el desempeño de sus funciones. Por esto la atención médica quirúrgica debe suceder a la rehabilitación una vez resueltas las condiciones que ponen en riesgo la vida para prevenir complicaciones y optimizar el tiempo de recuperación.

Enfoque de la rehabilitación neurológica

La Medicina de Rehabilitación se ha diversificado como estrategia para atender las necesidades específicas de los pacientes. Las enfermedades neurológicas constituyen un amplio grupo de entidades que afectan el sistema nervioso y neuromuscular que pueden producir discapa-

cidad física o cognitiva; en algunos casos son de carácter crónico y progresivo, comprende a grandes rasgos la atención del paciente con lesión medular, enfermedad vascular cerebral, trastornos del movimiento, enfermedades neuromusculares, traumatismo craneoencefálico, entre otros. Para esto hace falta recurrir a técnicas para recuperar el control del movimiento, mejorar la coordinación, fuerza muscular, marcha y, con ello, se pretende mejorar la calidad de vida, favorecer la independencia en las actividades de la vida diaria y la reintegración a la sociedad.

La rehabilitación neurológica será más efectiva cuanto más temprana sea, siempre que las circunstancias del paciente lo permitan, y más costo-efectiva si se mantiene la actividad de rehabilitación durante un tiempo y con la intensidad que los resultados así lo justifiquen. La intervención del equipo multidisciplinario se tiene que basar en la coordinación y la comunicación constantes, en un enfoque y planificación personalizados. El objetivo no solo es la atención del paciente sino también la educación al familiar; por ello se requiere no solo de la infraestructura sino de recursos humanos.

De acuerdo con la OMS, la Medicina de Rehabilitación comprende el conjunto de todas las medidas (sociales, educativas y profesionales) dirigidas a reducir el impacto producido por las condiciones incapacitantes; es decir, la finalidad no solo es la recuperación de una actividad o función perdida o disminuida por un traumatismo o enfermedad. El enfoque es holístico, de ahí que la atención que requieren los pacientes y, más específicamente quienes tienen secuelas neurológicas, es la atención multidisciplinaria (neurocirujano, neurólogo, neuropsicología, psiquiatra, psicólogo, dietólogo, tanatólogo, foniatra, rehabilitación cardiaca, pulmonar, ortopédica, laboral, trabajador social, ortesista, terapeuta físico, ocupacional).



Si bien lo más importante es la labor que realiza el personal especializado de terapeutas al ofrecer un programa personalizado, contar con la tecnología de vanguardia que ofrece la bioingeniería, robótica, rehabilitación virtual, estimulación magnética transcraneal, y el uso de forma conjunta de servicios auxiliares de diagnóstico, por ejemplo resonancia magnética funcional, es lo que permite medir de forma objetiva los resultados funcionales y la eficacia de los tratamientos propuestos.

El modelo de rehabilitación hospitalaria está dirigido a la admisión de pacientes con secuelas neurológicas con una evolución menor a un año (daño cerebral adquirido, lesión medular), hemodinámicamente estables, con adecuado control de comorbilidades, y lo más importante la disposición del paciente y un familiar para poder llevar a cabo un programa de rehabilitación intensivo, todos los días, dos veces al día, con una duración aproximada de 4-6 semanas, de acuerdo con los objetivos funcionales planteados para favorecer la independencia en actividades de la vida diaria y reincorporación a la sociedad.

Una estrategia para hacer frente al problema de salud pública al que nos enfrentaremos por la creciente demanda de pacientes con discapacidad será el desarrollo de protocolos más efectivos a través de líneas de investigación (uso de células madre, plasma rico en plaquetas) apoyados en la tecnología e instrumentos, que permitan medir de forma objetiva los resultados obtenidos con las diferentes modalidades de tratamiento.

CONCLUSIONES

El enfoque de atención hospitalaria para rehabilitación beneficia al paciente porque permite

optimizar los tiempos para alcanzar los objetivos funcionales habilitando o rehabilitándolo. El mayor número de pacientes con discapacidad exigirá, en el futuro, hacer uso de instrumentos más objetivos para medir los resultados funcionales y, de esta forma, optimizar los tratamientos propuestos. Por ello es menester considerar un área de hospitalización para los pacientes que requieran ingreso, tomando especial interés en las secuelas de la lesión neurológica adquirida (lesión medular, secuelas de EVC, traumatismo craneoencefálico, amputación de extremidades) y contar con un área de investigación para satisfacer el objetivo de la rehabilitación neurológica: establecer la máxima funcionalidad dentro del marco de un equipo multidisciplinario.

REFERENCIAS

1. Cáceres C. Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS. *Revista electrónica de audiolología*, 2004; 2(3):74-77.
2. Leyva M. Una nueva mirada a la educación especial en Cuba a partir del concepto de discapacidad según la CIF. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa* 2005; 3(3):193-214.
3. Céspedes G. La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. *Aquichán, Colombia*, 2005; 5 (1):108-113.
4. Santos S. Medicina física y rehabilitación en el espacio europeo de educación superior. *Rehabilitación (Madr)* 2008;42 Supl 1:4-13.
5. Velázquez Monroy y col. Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. 2005. *Arch Cardiol Mex* 2007; 77: 31-39.
6. Secretaría de Salud. Tercer informe sobre la situación de la seguridad vial, México 2013. CONAPRA. Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes. http://www.conapra.salud.gob.mx/Interior/Documentos/Observatorio/3erInforme_Ver_ImpresionWeb.pdf