

## SEGUIMIENTO Y REHABILITACIÓN

# Importancia de la rehabilitación interdisciplinaria post-UCI

DRA. BIBIANA VÁZQUEZ - LIC. MAGDALENA VERONESI

La Rehabilitación en América comenzó en la década del 40 como consecuencia de las Guerras Mundiales (en particular en la segunda) y de la epidemia de polio. Era realizada en Hospitales polivalentes y de agudos por grupos de médicos, en su mayoría ortopedistas que “trataban secuelas”.

En 1943 en Argentina se crea la “Asociación para la Lucha contra la Parálisis Infantil” (ALPI) y 5 años más tarde, la “Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación”, teniendo como pilares la fisioterapia, electroterapia, ejercicio, deportes y recreación. En la década del 60 se suman los profesionales de Terapia Ocupacional (TO), Fonoaudiología (lenguaje) y Asistentes Sociales.

Actualmente los mayores de 60 años representan el 14,3% (aprox. 5.700.000) de los habitantes de Argentina, según datos del INDEC<sup>(1)</sup>. La atención de los pacientes críticos ha mejorado, pero esta mayor supervivencia se ha asociado con un significativo deterioro funcional y disminución de la calidad relacionada con la salud de la vida en el corto y largo plazo (CVRS).<sup>(2)</sup>

**El síndrome post-UCI:** se caracteriza por desnutrición y alteración psico-bio-social que provoca deterioro en la calidad de vida de aquellos pacientes que superan un cuadro agudo. Es raramente evaluado y tenido en cuenta a la salida de UCI.

La bibliografía<sup>(3-7)</sup> describe tres determinantes:

- Salud mental (componentes de ansiedad, depresión)
- Cognitivos (memoria, función ejecutiva, atención, velocidad de procesamiento mental)
- Físico (componentes respiratorio, cardíaco y neuromuscular)

## ¿Qué es rehabilitación en general?

Es el proceso de evaluación, tratamiento y conductas desarrolladas en individuos, familia y cuidadores, con el objetivo de alcanzar su máximo potencial. Busca el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial para mejorar la calidad de vida y la integración social.<sup>(4-5)</sup>

Actualmente las vías de rehabilitación están fragmentadas, la búsqueda de expertos como portadores de un saber específico han demostrado que no son herramientas infalibles porque el conocimiento es la construcción de muchos (Miriam A Chiesura, Fonoaudióloga 2005).

El proceso de rehabilitación es una intervención sanitaria compleja que involucra a varios profesionales de la salud (médicos, fisiatras, kinesiólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeuta ocupacional) trabajando en forma interrelacionada para beneficio del paciente. Varios

autores postulan esta forma de trabajo como la más adecuada. El equipo de salud es definido por la OMS, en 1973, como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible.

Otros autores definen como “Grupo pequeño de personas que colaboran entre sí, están en contacto y comprometidos con una acción coordinada, respondiendo a una tarea” (Davis y Newstron).<sup>(1)</sup>

“Sistema de trabajo que permite que varias personas de diferentes profesiones y habilidades coordinen sus actividades y contribuyan con sus conocimientos al logro de un propósito común” (Polliack).<sup>(1)</sup>

Los problemas complejos se caracterizan por multiplicidad de variables que actúan en forma simultánea. Tratar de resolverlos por la intervención de uno de sus componentes, puede modificarlo, pero no lo resuelve. Solo se llega a un resultado exitoso cuando existe posibilidad de intervenir de forma conjunta, abarcativa y simultánea. **BENEFICIOS** del trabajo en equipo: es una fuente de aprendizaje que permite el contacto con experiencia de diferentes profesionales a través del diálogo y la discusión de casos. Los principios básicos son la creación de canales adecuados de comunicación, el acuerdo de un objetivo común y la contribución de conocimientos de cada miembro del grupo asumiendo sus responsabilidades.

**DIFICULTADES** del trabajo en equipo: disputa por el poder, miedo a perder espacios y status profesional, existencia de “feudos” profesionales difíciles de desterrar. Todo ello, más el desconocimiento individual trae como consecuencia falta de interés, pérdida de incentivo y rigidez en el trabajo grupal. No todos los profesionales conocen el rol, la función o competencia de sus compañeros de equipo.

## Rehabilitación más allá de UCI

Actualmente, la rehabilitación no está coordinada, los pacientes se manejan en forma fragmentada al salir de terapia intensiva. El 70% de los pacientes son dados de alta a su casa sin el planteo de una rehabilitación y desconociendo los problemas específicos que deberán tratar a partir de ese momento. Pocos estudios han evaluado intervenciones para mejorar los resultados después de UCI. Muchos pacientes son dados de alta sin comprender realmente sus limitaciones, la gravedad de las mis-

mas y las expectativas de recuperación. Son dados de alta sin el equipamiento necesario y con acceso limitado a los centros de rehabilitación.

El deterioro de la función física es común durante los 3 a 6 meses del alta de una UCI. No hay un método óptimo para maximizar la velocidad de recuperación luego de Unidad de Cuidados Intensivos pero el conocimiento de los problemas, la adecuada orientación y el trabajo del equipo en forma entrelazada, podrían beneficiar la inserción social y la calidad de vida.

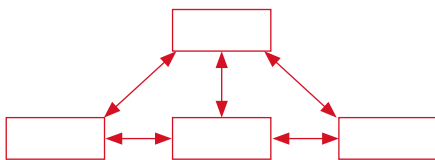
Se requieren estudios más grandes para optimizar intervenciones en la recuperación de sobrevivientes de enfermedades graves con secuelas. Varios informes detallan que en el seguimiento de pacientes post-UCI los valores alcanzados en el Test de marcha de 6 minutos a los 12 meses fueron del 60-70% del valor de referencia.

**¿Qué formas de trabajo?**

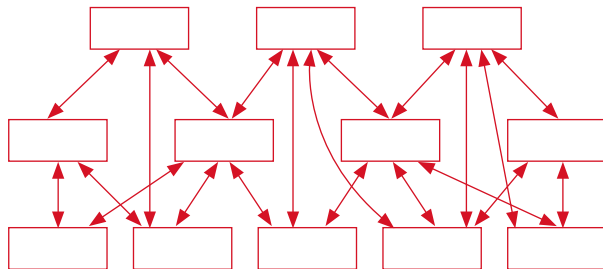
**Multidisciplinaria:** Especialistas de varias especialidades trabajando en un mismo caso, con enfoques variados. Profesionales que participan a través de su especialidad sin cooperación entre ellos (Patricia Hidalgo, Psicóloga).



**Interdisciplinaria:** Individuos trabajando juntos en un caso, tratando de unificar criterios. Coordinación por concepto de nivel superior. Surge en 1939. Louis Wirtz (1897-1952) Sociólogo.



**Transdisciplinaria:** Principio de unidad del conocimiento más allá de las disciplinas (Nicolescu. 2002). Científicamente es usado como formas de investigación y trabajo integradoras (Mittelstrass-2003). Fue desarrollado y descrito por expertos del "Centro Internacional para la Investigación Transdisciplinaria" (1er Congreso en Portugal 1994).



**¿Cuál es el futuro?**

La rehabilitación actualmente es ampliamente aceptada pero falta insertar el concepto de trabajo inter- y transdisciplinario. Los pacientes con enfermedades crónicas presentan limitaciones de causa multifactorial para el ejercicio y para las actividades de la vida diaria (AVD), esta incapacidad al ejercicio aumenta la sintomatología y tiene repercusión en su calidad de vida.<sup>(6)</sup>

Hoy en rehabilitación se conocen las ventajas de varios recursos no farmacológicos (kinésicos, terapias para la alimentación con "nutricionista-fonoaudióloga-kinesiólogo y familia", psicológicos, TO, música, arte, sociabilización, recreativos: juegos, TV, talleres, películas, grupos temáticos, informática).

El ideal es la rehabilitación a partir de un equipo transdisciplinario, una unidad de trabajo, más allá de las distintas disciplinas, con objetivos adecuados individualmente a cada paciente, según necesidades y posibilidades.

**Conclusión**

Algunos pacientes recuperados de enfermedad crítica en UCI son externados con riesgo de rehabilitación subóptima, secuelas físicas, psíquicas y cognitivas, relacionadas particularmente con la enfermedad y con el entorno familiar y social.

**EL TRABAJO EN EQUIPO NO ES UNA META EN SÍ MISMO, SINO ES EL MEDIO PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS PROPUESTOS.**

**Referencias**

1. Censo 2010 Argentina. (consultado 12 de diciembre 2012) [http://www.censo2010.indec.gov.ar/index\\_cuadros.asp](http://www.censo2010.indec.gov.ar/index_cuadros.asp)
2. Herridge MS, Tansey CM, Matte A, et al. Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med 2011; 364:1293-1304.
3. Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. Crit Care Med 2012; 40:502-509.
4. Giustini A. Network-modalities (and needs) in rehabilitation: Perspectives for a continuous development. Rehabilitación 2013;47(1):44-48.
5. Ramsay, P; Huby, G; Rattray, J; Salisbury, L; Walsh, T; Kean, S. A longitudinal qualitative exploration of healthcare and informal support needs among survivors of critical illness: the RELINQUISH protocol. BMJ Open 2012;2:e001507.
6. Wals, TS; Salisbury, LG; Boyd, J; et al. A randomised controlled trial evaluating a rehabilitation complex intervention for patients following intensive care discharge: the RECOVER study. BMJ Open 2012;2:e001475.
7. Denehy L; Elliott D. Strategies for post ICU rehabilitation. Curr Opin Crit Care 2012, 18:503-508.