Funciones del médico rehabilitador y sus beneficios para Atención Primaria

S. Omist Ondiviela^a, J. González Cortijo^b, M.A. Castellano del Castillo^a, J.L. Giménez Moreno^a, S. Cano Marrón^c y V. Gálvez Castiella^a

^aMédicos Rehabilitadores. Centro Infanta Elena. Fundación ASPACE de Navarra y MAZ Navarra; Centro Deportivo Survey. Pamplona; Centro Médico Deportivo Punto Vital: Zaragoza y Huesca, MAZ Zaragoza.

^bMIR. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

^cMédico de Familia. Hospital Arnau de Vilanova. Lérida.

Se ha realizado un estudio sobre el significado y los objetivos de la rehabilitación. Se ha definido todo el campo de actuación del médico rehabilitador, pues según varios trabajos se ha demostrado que existe un gran desconocimiento de esta especialidad en sanitarios y población general.

Tras revisar la literatura que versa sobre la patología susceptible de tratamiento rehabilitador en Atención Primaria, queremos resaltar la importancia del médico rehabilitador en este ámbito de cara a filtrar adecuadamente a los pacientes para una terapia u otra y con ello mejorar la calidad asistencial, disminuyendo las listas de espera, tanto en los centros de salud, en el gimnasio, como en los hospitales.

Palabras clave: rehabilitación, Atención Primaria, electroterapia, calidad de vida.

A study has been made on the significance and objectives of rehabilitation. All of the field of action of the rehabilitation physician has been defined, since, according to several studies, it has been demonstrated that there is a great lack of knowledge of this speciality in the health care workers and in the general population.

After reviewing the literature that speaks about the disease susceptible to rehabilitation treatment in Primary Health Care, we want to stress the importance of the rehabilitation physician in this area to adequately filter the patients for one therapy or another and thus improve the health care quality, decreasing the waiting lists, both in the health care centers, gymnasium and hospitals.

Key words: rehabilitation, Primary Health Care, electrotherapy, quality of life.

INTRODUCCIÓN

Pretendemos dar a conocer la figura del médico rehabilitador y la especialidad de Rehabilitación (Rhb) en Atención Primaria (AP) con el fin de resaltar el beneficio asistencial, de calidad y gestión económica que supone su presencia a ese nivel.

Revisando la literatura se pone de manifiesto el desconocimiento de las funciones del médico rehabilitador por parte de sanitarios y pacientes, y cómo la figura más conocida cuando se habla de rehabilitación es el fisioterapeuta¹. La Rhb en AP en concreto está formada por un equipo básico constituido por el médico rehabilitador, dos fisioterapeutas (ftp), un auxiliar de clínica y un celador²,

pero cuando hay patología más compleja (neurólogos centrales y periféricos, trastornos del lenguaje en niños, etc.) el equipo sería: médico rehabilitador, ftp, terapeutas ocupacionales, logopeda, auxiliares de fisioterapia o de clínica y técnico ortoprotésico. De todos estos profesionales, el más desconocido es el terapeuta ocupacional, porque el logopeda es nombrado en los medios escolares y los técnicos ortoprotésicos en las farmacias y ortopedias de reciente aparición.

En un estudio realizado por Fernández Vega et al¹, el 63,3% del personal sanitario encuestado dijo conocer menos que el resto de especialidades, la de rehabilitación y casi la mitad de la población pensaba que, en primera consulta, habían sido atendidos por un profesional que no era el médico rehabilitador. Fernández Vega et al consideran necesario realizar campañas informativas sobre nuestra especialidad a todos los niveles. Nosotros comenzaremos con AP, porque vemos muy necesaria la existencia de una buena coordinación entre este equipo y el de Rhb, para

Correspondencia: S. Omist Ondiviela.
C/ Emilia Pardo Bazán, 18 8.º F
50018 Zaragoza.

Recibido el 2-12-2002; aceptado para su publicación el 13-02-2003.

que se establezcan protocolos de derivación, consensuados y flexibles entre ambos, y protocolos para la atención de discapacitados, que eviten el elevado porcentaje de rehospitalizaciones, las cuales pueden ser tratadas con cuidados básicos adecuados³.

El médico rehabilitador en AP orienta y pauta el tratamiento de terapia física para el paciente, disminuyendo la lista de espera en el gimnasio y en los hospitales.

A continuación vamos a hablar de los objetivos y del campo de actuación de la Rhb de forma generalizada, para posteriormente pasar a la patología que habitualmente se ve en AP, a partir de unos estudios realizados, pero primero trataremos de dejar claro el concepto de Rehabilitación como especialidad médica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Rhb como el conjunto de medidas médicas, educativas, sociales, etc., destinadas a restituir el mayor grado de independencia posible a pacientes discapacitados⁴. Para ello es necesario conocer, valorar y cuantificar los déficits del paciente. Surge así el avance más importante en nuestro campo, la ICIDH, escala que valora el aspecto físico del paciente, el personal y el social. Con ella se realiza un análisis más sistemático de la deficiencia del paciente, del tratamiento rehabilitador a pautar, y se enfatiza más la relación enfermedad-discapacidad⁵.

Con el avance de la medicina, cada vez son más las personas que sobreviven, pero en muchos casos, quedan con déficits funcionales. Nos enfrentamos entonces a enfermos que viven a costa de sufrir una discapacidad que les hace dependientes de cuidados de otras personas o instituciones, o bien les supone un grado de dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria. Surge entonces la necesidad de mejorar sus niveles de independencia, y no sólo en el ámbito físico, sino también emocional, familiar, social y laboral⁵.

Para todo esto es necesario tomar una serie de medidas en los distintos ámbitos del paciente, y siguiendo un orden determinado, desde el comienzo de la afección hasta la reinserción del paciente en la sociedad. Para ello está el equipo de Rhb, constituido por el médico rehabilitador (que es quien diagnostica y pauta los distintos tratamientos), los ffp, terapeutas ocupacionales, logopedas, neuropsicólogos y técnico ortoprotésico. Todos ellos deben estar perfectamente coordinados. Cada uno tiene su propio campo de trabajo, y todos una finalidad común: lograr la máxima independencia del paciente.

El médico rehabilitador es el responsable de esa coordinación y de la dirección del equipo. Esto hace que aquella persona con una deficiencia (neurológica, traumatológica, reumatológica, etc.) encuentre en el rehabilitador reunidas todas las competencias para los problemas que le conciernen.

En ausencia de este especialista, todo este proceso no se podría llevar a cabo de forma eficaz sin caer en maniobras repetitivas y contradictorias. Sólo el desconocimiento de los principios de la Rhb justificaría la utilización de mode-

los inadecuados, costosos y, lo más importante, poco eficaces para la persona afecta de una deficiencia. Podemos resumir las funciones del médico rehabilitador en 5 puntos:

1. El médico rehabilitador es el encargado de los actos médicos, diagnósticos y terapéuticos propios de su especialidad.
2. Es el encargado de calificar el tipo de incapacidad y la intensidad de la misma.
3. Establecer, coordinar y controlar el programa terapéutico rehabilitador, modificándolo en función del momento evolutivo.
4. Desestimar un programa de rehabilitación en aquellos pacientes de los que no se tenga la esperanza de recuperación o de integración.
5. Conocer el punto máximo al que puede llegar la Rhb, bien por haberse estabilizado la situación del paciente o bien por haber alcanzado los objetivos previstos⁴.

PATOLOGÍA SUSCEPTIBLE DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO EN REHABILITACIÓN

Podemos agrupar, a modo de resumen, la patología que se valora y trata en las consultas de Rehabilitación en los siguientes grandes grupos⁴, de cara a plantear una visión general para el facultativo de AP de la gama de patología que puede remitir al médico rehabilitador:

1. Prevención y tratamiento de las consecuencias fisiopatológicas de la inmovilidad: hemodinámicas, cardiovascular; respiratorias; nutricionales, metabólicas, nefrológicas, urológicas; cutáneas; musculares, óseas, articulares, y neuropsicológicas.
2. Rehabilitación en patología del aparato locomotor (tablas 1 y 2): no traumática y traumatológica.
3. Rehabilitación y deporte.
4. Rehabilitación de patología del sistema nervioso central (SNC) y periférico (tablas 3 y 4).
5. Rehabilitación en patología respiratoria: está demostrado que las enfermedades pulmonares obstructi-

Tabla 1. Patología no traumática

- Reumatismos inflamatorios: poliartritis, artritis reumatoide, espondiloartritis anquilopoyética, pseudopoliartritis rizomérica, conectivopatías
- Reumatismos metabólicos
- Osteomalacia, osteoporosis
- Enfermedad ósea de Paget
- Tumores óseos malignos, primitivos y secundarios
- Reumatismos extraarticulares
- Miositis y polimiositis. Miastenia
- Artrosis degenerativas
- Patología malformativa del raquis, espondilolisis, espondilolistesis, estenosis del canal lumbar
- Hernias discales
- Endoprótesis articulares
- Características particulares de la mano y el pie
- Nociones elementales de cirugía articular: artroscopias, artrotomías, artrolysis, artrodesis

Tabla 2. Patología traumatológica

- Cirugía de piel, aponeurosis, fascias, nervios, músculos, tendones, ligamentos, cartílagos, huesos, cicatrices
- Esguinces
- Luxaciones
- Fracturas
- Particularidades específicas de mano y pie

Tabla 3. Sistema nervioso periférico

- Poliomielitis
- Alteraciones traumáticas, compresivas o tumorales de raíces, plexos, troncos. Estudio de cada localización
- Politradiculopatías, polineuropatías diversas
- Neuropatías metabólicas
- Neuropatías hansenianas

Tabla 4. Patología del sistema nervioso central

- Encéfalo, tronco, protuberancia y bulbo
- Patología vascular, tumoral, traumática. Accidentes cerebrovasculares establecidos. Síndromes hemipléjicos
- Enfermedad de Parkinson
- Patología cerebelosa
- Traumatismos craneales
- Esclerosis en placas
- Esclerosis lateral amiotrófica
- Siringomielia
- Tetras y paraplejias: traumáticas, tumorales y otras
- Afecciones degenerativas espinocerebelosas: Friedrich, Strumpell-Lorain, etc.
- Disfunciones neuropsicológicas

Tabla 5. Rehabilitación en patología pediátrica

- Desarrollo del niño: somático, psicomotriz, sensorial, motriz, cognitivo
- Desarrollo del aparato locomotor
- Neuropediatría; PCI (parálisis cerebral infantil), mielomeningocele, etc.
- Consecuencias neuroortopédicas de los desordenes neurológicos
- Malformaciones congénitas de miembros; pies
- Distrofias óseas
- Dismetrias
- Escoliosis idiopática, congénita, secundaria
- Traumatología infantil, niño quemado, niño amputado

vas crónicas (EPOC) que siguen un programa de Rhb respiratoria, a la larga fallecen más tarde, se desaturan menos, conservan el índice de Tiffeneau, la saturación de oxígeno, la presión de CO₂, la presión arterial pulmonar; frente a un grupo control que empeora⁶.

6. Rehabilitación en patología cardiovascular, valvulopatías, cardiopatía isquémica, miocardiopatía, prevención y tratamiento de trombosis venosas profundas (TVP). Patología venosa crónica, arteriopatía de miembros inferiores, amputados arteriales y patología linfática.

7. Rhb en patología pediátrica (tabla 5).

8. Rhb en patología perineoesfinteriana: neurológica o no.

PATOLOGÍA DE REHABILITACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

El mínimo equipo de Rhb en Atención Primaria está constituido por un médico, dos fisioterapeutas, un auxiliar de clínica y un celador. La patología que se atiende es aquella mencionada anteriormente, y que no requiere de tratamiento específico ni de hospitalización. Como se deduce de varios estudios realizados en distintas comunidades autónomas, la patología más frecuente atendida por el médico rehabilitador en Atención Primaria es: patología osteoarticular, deformidades vertebrales, algias vertebrales (cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias, etc.), patología ortopédica infantil y patología neurológica: central y periférica (en este grupo es más frecuente la rehabilitación de lesiones del cubital, mediano y radial que de plexos)². Todo ello queda reflejado en la tabla 6, en la cual se remarca con negrita la patología más frecuente contemplada en cada estudio. En el caso del trabajo realizado por Labad et al⁷, hemos puesto el lugar que ocupan las lesiones osteoarticulares y las deformidades vertebrales, porque así queda reflejado en él.

Otro aspecto a estudiar es el uso y aplicación de las distintas terapias físicas de Rhb en AP. Entre otras, destacan por la frecuencia de su utilización: electroterapia (tratamiento de la enfermedad por las propiedades de la electricidad), cinesiterapia (tratamiento de la enfermedad por el movimiento) individual o de grupo, tracciones, manipulaciones, infiltraciones, fármacos y ortesis (aparatos ortopédicos que suplen o complementan una función abo- lida o dañada en un discapacitado), siendo las ortesis más utilizadas: lumbostatos, plantillas, férulas y corsés^{2,7-9}. En algunos estudios^{2,7} fue la cinesiterapia individual y de grupo lo más utilizado, en otros⁹ fue la electroterapia. Se excluyó como parte de terapia utilizada en Rhb en AP la terapia ocupacional, la electroestimulación, la hidroterapia, los amputados, los cardíacos y los neumópatas, por requerir de técnicas más sofisticadas y de lugares más adecuados, excepto Santos et al⁸, que incluyeron la Rhb cardíaca y pulmonar en AP.

De todos los volantes que se derivaron a Rhb en AP, se estudió la procedencia, la calidad de la información y los que venían con diagnóstico.

En la literatura revisada, la mayoría de los volantes venían con diagnóstico (tabla 7). Pero en el estudio de Martínez Florez et al⁹, de ese 72,1% de casos en los que la

Tabla 6 Patología más frecuente en Rehabilitación en Atención Primaria

	Patología osteoarticular	Deformidades vertebrales	Algias ^a	Ortopedia infantil	SNC-P
Hidalgo ²	65,3%	21,2%	-	8,6%	2,4%
Santos ⁸	20,25%	40,5%	12,3%	-	16,7%
Labad ⁷	4 ^o	3 ^o	55,3%	15,5%	-
Martínez ⁹	18,6%	24,9%	49,9%	1,3%	2,65%

^aAlgias: cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias. SNC-P: sistema nervioso central-periférico.

Tabla 7. Pacientes con diagnóstico

	Sí	No
Hidalgo ²	42,7%	57,3%
Labad ⁸	66%	34%
Martínez ⁹	72,1%	27,9%

derivación especificaba diagnóstico, el 6,1% no coincidió con el diagnóstico posterior del médico rehabilitador. De aquí se deduce que sólo el conocimiento de las funciones del médico rehabilitador en AP, y de la patología que se puede beneficiar de valoración y tratamiento por su parte, contribuye a la óptima derivación de los pacientes a los servicios de Rhb.

Llama la atención el elevado porcentaje de pacientes que no tenían diagnóstico preciso. La mayoría de los volantes procedían de Traumatología y Medicina Familiar^{2,7-9}, y paradójicamente, en algún estudio⁷, de Fisioterapia. De los volantes derivados a Rhb, se estudió quién requirió tratamiento de terapia física (tabla 8). En los 4 estudios se observa un porcentaje considerado que no la requirieron; lo cual supone un gasto innecesario de los recursos directos (personal, terapias, medicamentos) e indirectos (transporte sanitario, bajas laborales). En el trabajo realizado por Labad⁷, aparte de ese porcentaje de pacientes que sí y que no requirieron tratamiento, hubo otro 40% de pacientes que necesitaron terapia exclusivamente médica y control periódico por el médico rehabilitador. Todos estos resultados quizás se deben al desconocimiento de la especialidad en AP, y demuestran la conveniencia de establecer protocolos conjuntos de diagnóstico y actitud terapéutica, en los que se especifique el momento en que es necesaria la asistencia del médico rehabilitador³.

También hubo pacientes que tuvieron que ser derivados al hospital, por imposibilidad de realizar el tratamiento en el centro de salud². Este problema se solventaría si los centros de salud estuvieran dotados de dispositivos para electroterapia (diadinámicas, ultrasonidos, infrarrojos, etc.) con lo que se evitaría la sobrecarga a los hospitales.

La necesidad de presencia del médico rehabilitador en AP se ve potenciada por la evidencia de ese porcentaje de pacientes que llegan a Rhb sin diagnóstico preciso, y por aquel porcentaje que no requiere tratamiento rehabilitador. El médico rehabilitador haría una valoración diagnóstica exhaustiva y una orientación terapéutica adecuada en su campo, sirviendo como filtro para discriminar qué pacientes necesitan tratamiento y de qué tipo².

Tabla 8. Pacientes que requirieron tratamiento rehabilitador

	Sí	No
Hidalgo ²	77%	23%
Labad ⁸	42,6%	21,7%
Santos ⁷	51,6%	48,8%
Martínez ⁹	77,5%	22,5%

Para finalizar nos gustaría puntualizar 7 aspectos básicos que consideramos de especial importancia:

1. Existe una ignorancia importante de lo que es la Rehabilitación tanto por el personal sanitario como por la población en general¹.

2. El médico rehabilitador, dada su formación, es la persona más adecuada para garantizar un uso racional de las técnicas de terapia física, disponibles en las unidades básicas de Rhb de los centros de salud, reservándolas para los pacientes que más se pueden beneficiar de ella y en los que ha fallado el tratamiento farmacológico. Se evita así utilizar la terapia física como técnica de complacencia, y se minimizan los riesgos derivados de una utilización inadecuada del aparataje de electroterapia¹⁰.

3. El médico rehabilitador realiza una orientación terapéutica adecuada de los pacientes. En el estudio de Sainz de Murieta³ se observó como la presencia del médico rehabilitador en AP favoreció la utilización de corrientes interferenciales en detrimento de las de alta frecuencia y ultrasonidos. Las interferenciales son corrientes de media frecuencia que carecen de efecto galvanoiónico, por lo cual los materiales de osteosíntesis no son una contraindicación para su uso¹¹. Esto amplió más el campo de tratamiento. Es necesario conocer indicaciones y contraindicaciones de las distintas corrientes. La utilización de corrientes de alta frecuencia (presentes en muchos centros de salud) presenta sus contraindicaciones absolutas y relativas, requiere una técnica de aplicación determinada y unas indicaciones que es necesario conocer¹².

4. La ausencia del médico rehabilitador en AP³ demostró una mayor sobrecarga asistencial y aumento de las listas de espera, con respecto a aquellos centros en los que estaba presente. Existe patología que no precisa de medios diagnósticos y terapéuticos complejos^{2,3} y que puede ser tratada a nivel extrahospitalario. Toda ella, si no se filtra bien³, provocará una sobrecarga en los gimnasios de los centros y su consiguiente lista de espera, para ello se necesita una utilización eficiente de los recursos de Rhb, lo cual no puede realizarse sin la presencia del médico rehabilitador. Con su ausencia, existe una elevada derivación a fisioterapia, con lo cual el criterio de iniciar una terapia que tiene unos riesgos potenciales no parte del profesional más capacitado para ello. Esto trae como consecuencia que se le aplique terapia física a pacientes muy demandantes, que podrían beneficiarse de otro tipo de terapia; por ejemplo, infiltraciones, consejos sobre determinados ejercicios o higiene postural, terapias menos costosas pero con iguales o quizás mejores resultados, y así poder ofrecer esta terapia a pacientes menos demandantes y que necesiten este tratamiento para mejorar su calidad de vida.

5. Se ha demostrado que en los centros donde hay médico rehabilitador, la calidad de la información de los volantes de derivación es mayor. Esto fue debido a la realización de sesiones conjuntas entre el equipo de AP y el de Rhb, sobre el manejo del paciente con terapia física.

6. Es necesario consolidar la figura del médico rehabilitador como elemento especializado de apoyo en

AP, con presencia periódica en los centros de salud.

7. Urge la realización de unos protocolos³ consensuados entre los médicos de AP y los rehabilitadores, que incluyan tanto los criterios de derivación a nivel especializado, de las patologías incapacitantes más prevalentes (hombro doloroso, algias de raquis, fibromialgia, etc.) como el manejo tras la fase de hospitalización de patologías como la fractura de cadera o el accidente cerebrovascular, o el manejo de pacientes intervenidos de sustituciones protésicas (que cada vez es mayor) o la patología crónica e incapacitante consecuencia del envejecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández V, Arroyo Riaño O, Gómez López D, del Pozo Martín C, Moreno Palacios A, Montes Álvaro I. Difusión y conocimiento de la especialidad de rehabilitación. *Rev Soc Esp Rehab* 1990;24(6):347-53.
2. Hidalgo A, Madrazo Osuna F, González Quevedo R, Montes Moral J, Booch Valero P, Cost Noguera J, et al. Unidad periférica de rehabilitación (UPR) en asistencia primaria. Análisis de resultados. Vol. X. *Med Rehab* 1997;3: 102-8.
3. Sainz de Murieta E, García de Galdeano E, Martínez Zubiri A, Laparte Escorza MP, Martínez Gorontiaga S, Escobar Marturet JM. Rehabilitación extrahospitalaria en la Comunidad Foral de Navarra: 1972-1997. *Anales del Sistema Sanitario Navarro*, Septiembre-Diciembre 1998;21(3):341-51.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Cultura: Guía de formación de especialistas: Rehabilitación.
5. Peña Arrebola A. Investigación actual en rehabilitación médica de las discapacidades. Disponible en: <http://campus.usual.es/inicio/investigación/jornadas/jornada1/confer/con6.html>
6. Giménez, Servera, Vergara. Editorial panamericana: Prevención y Rehabilitación en patología respiratoria crónica. Editorial Panamericana 2001; cap.19: 203-21.
7. Labad J, Arambura J, Rueda Gormedino O, Romero Golvano P, Pérez de Heredia JL. Atención primaria y rehabilitación en las áreas 2 y 5 de Zaragoza. *Rev Soc Esp Rehab* 1994;28(4):232-6.
8. Santos Andrés FJ, Cerdá Plubins M, Aguilar Naranjo JJ. Análisis de la consulta externa del servicio de rehabilitación de un hospital general. *Rev Soc Esp Rehab* 1990;24(1):10-4.
9. Martínez Flórez, Feroso de La Fuente, Hernández García, García Calvo, Magallon Villalva, Bayón Suárez. Estudio estadístico de los pacientes nuevos remitidos a los Servicios de Rehabilitación Extrahospitalarios de la sectorial novena del Insalud de Madrid. *Rev Soc Esp Rehab* 1992;26(2):109-13.
10. Rioja Toro J. Electroterapia y electrodiagnóstico. 2.ª ed. 1996. Universidad de Valladolid.
11. Rioja Toro J. Electroterapia y electrodiagnóstico. 2.ª ed. 1996. Universidad de Valladolid. Corrientes alternas de media frecuencia. Cap. 16, 265-71.
12. Rioja Toro J. Electroterapia y electrodiagnóstico. 2.ª ed. 1996. Universidad de Valladolid. Corrientes de alta frecuencia. Cap. 17, 273-96.