

# Continuum asistencial en rehabilitación: agudos, subagudos y crónicos

C. AVIÑÓ FARRET<sup>a</sup>, M. MANEIRO CHOUZA<sup>a</sup> Y M.D. PUIGBÓ CASTAÑÉ<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Rehabilitación y Medicina Física. Hospital de Palamós. <sup>b</sup>Centro Sociosanitario de Palamós. Girona.

**Resumen.**—Este artículo pretende ser una exposición del trabajo continuado que realizamos en nuestro Servicio de Rehabilitación, integrado en un equipo multidisciplinar, encaminado a que las secuelas del proceso agudo no resten calidad de vida al paciente geriátrico.

En esta exposición no describimos los tratamientos realizados, sino que profundizamos en detallar nuestra línea de actuación en todo el proceso asistencial.

El continuum asistencial que aplicamos al paciente, desde que ingresa por un proceso agudo en nuestro hospital, lo expomos según la patología que haya motivado el ingreso.

Como ejemplos, hemos elegido por su alta incidencia y repercusión en la calidad de vida: *a) fractura proximal de fémur como proceso agudo quirúrgico, y b) enfermedad cerebrovascular aguda (ACV) como proceso médico.*

**Palabras clave:** *Rehabilitación. Geriatría. Continuum asistencial. Valoración alta.*

## HEALTH CARE CONTINUUM IN REHABILITATION: ACUTE, SUBACUTE AND CHRONIC

**Summary.**—This article aims to give an explanation of the continued work that we perform in our Rehabilitation Service, integrated in a multidisciplinary team, aimed at achieving that the sequels of the acute condition do not decrease quality of life of the geriatric patient.

In this explanation, we do not describe the treatments performed, but go deeply into detailing our action line in all the health care process.

The “health care continuum” that we apply to the patient, from admission due to an acute condition in our hospital, is explained according to the acute picture motivating the admission.

As examples, we have chosen the following due to their high incidence and repercussion in quality of life: *a) proximal femur fracture as acute surgical process, y b) acute cerebrovascular accident (ACVA) as medical condition.*

**Key words:** *Rehabilitation. Geriatrics. Health care continuum. High assessment.*

## INTRODUCCIÓN

Con este título intentaremos describir el trabajo continuado que desempeña el Servicio de Rehabilitación en nuestro hospital y, por ende, en toda la comarca. Para que sea más comprensible nuestra línea de actuación, llevamos a cabo una breve descripción de nuestro medio y de los recursos disponibles.

El Hospital de agudos se inauguró en 1986 y desde entonces el Servicio de Rehabilitación no ha dejado de evolucionar. Ha crecido el área de influencia; se ha descentralizado el servicio en tres de las cinco áreas básicas de salud que actúan en nuestra comarca; se ha puesto en marcha la rehabilitación domiciliaria gestionada desde el mismo Servicio de Rehabilitación y se ha iniciado un marco de colaboración directo entre el médico rehabilitador y la asistencia primaria.

## DESCRIPCIÓN Y PECULIARIDADES DE NUESTRA ÁREA DE INFLUENCIA

El Baix Empordà tiene un número de habitantes de 112.553 (según el padrón de 2003). Durante los meses de verano esta población puede llegar a cuadripliarse.

El hospital comarcal nivel I situado en la localidad costera de Palamós, dispone de 96 plazas en habitaciones dobles y una unidad de corta estancia (UCE) con ocho camas para albergar a pacientes médicamente inestables en observación. Dispone también de un área de hospital de día con 17 plazas para cirugía mayor ambulatoria (CMA), tratamientos de quimioterapia y realización de exploraciones complementarias que requieren un ingreso mínimo.

El centro sociosanitario (CSS) contiguo al hospital de agudos, con 51 plazas de larga estancia y 10 plazas de hospital de día del CSS, no dispone de camas de convalecencia ni de cuidados paliativos.

**TABLA I.** Recursos humanos

Rehabilitación	Fisioterapia	Terapia ocupacional	Logopedia	Celador	Auxiliar	Administrador	Médico
Hospital	6	1	1	1	2		
ABS Torroella	1	—	—	—	—		
ABS Sant Feliu de Guíxols	1	—	—	—	1		
ABS La Bisbal	1	—	—	—	—	1	3
Rehabilitación domiciliaria	3	1	—	—	—		
Total	12	2	1	1	3	1	3

ABS: área básica de salud.

La asistencia primaria está constituida por cinco áreas básicas de salud, en los núcleos de población con más de 12.000 habitantes: Palamós, Palafrugell, La Bisbal, Torroella y San Feliu de Guíxols. El Hospital de Palamós y su Servicio de Rehabilitación son referente de todas ellas.

## DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

### Ubicación y estructura física

El servicio está situado en un edificio de nueva construcción muy próximo al hospital, y comunicado con él por un túnel subterráneo. Distribuido funcionalmente en cinco zonas: fisioterapia, electroterapia, terapia ocupacional, fisioterapia respiratoria y gimnasio para trabajo en grupo y/o rehabilitación infantil.

Dispone de un gimnasio para los pacientes que están ingresados en la zona confluente del hospital de agudos y del CSS.

Existe un área de rehabilitación en los centros de atención primaria en las poblaciones de La Bisbal, Torroella y Sant Feliu de Guíxols con fisioterapeuta, gimnasio y electroterapia. Son funcionalmente dependientes del servicio de rehabilitación del hospital.

El Área Básica Palamós no precisa descentralización, ya que físicamente está adyacente al servicio de rehabilitación del hospital.

Está previsto proveer de recursos de rehabilitación similares en el área de asistencia primaria restantes a corto plazo.

### Recursos humanos

Los recursos humanos se detallan en tabla I<sup>4</sup>.

## REHABILITACIÓN Y SU RELACIÓN CON OTROS SERVICIOS

Nuestro servicio de rehabilitación, como servicio central, dedica gran parte de sus recursos al resto de

servicios hospitalarios que lo requieran, mediante interconsulta de rutina.

### Traumatología

Traumatología es el servicio del hospital que produce más demanda de rehabilitación para sus pacientes. A continuación se exponen los recursos que se le dedican:

– Pase de visita semanal a todos los pacientes ingresados en la planta de traumatología conjuntamente con los médicos traumatólogos, enfermera responsable, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas que atienden a los pacientes ingresados y representante de la unidad funcional interdisciplinar sociosanitaria (UFISS), integrada por médico geriatra, enfermera y trabajadora social.

– Fisioterapia 25 h/semana.

– Terapia ocupacional a los pacientes que lo precisen.

– Valoración rehabilitación prealta hospitalaria de los pacientes ancianos y/o con problemática sociofamiliar junto con el equipo UFISS.

– Valoración del domicilio del paciente prealta hospitalaria por terapeuta ocupacional en los pacientes que lo precisen. La terapeuta ocupacional visita el domicilio del paciente, de acuerdo con la familia mientras el paciente está hospitalizado, y hace una propuesta de las adaptaciones y ayudas técnicas necesarias. Los objetivos son: a) favorecer el retorno al domicilio del paciente que ha sido ingresado por un proceso agudo, y b) prevenir caídas en el domicilio. Se pasa la lista de comprobación de seguridad domiciliaria del National Safety Council. Consta de 65 ítems y puntuá la seguridad en el domicilio del paciente calificándola de excelente, buena o indicadora de peligro, con necesidad de aplicar medidas de seguridad.

### Centro sociosanitario

El CSS genera una demanda de rehabilitación muy importante.

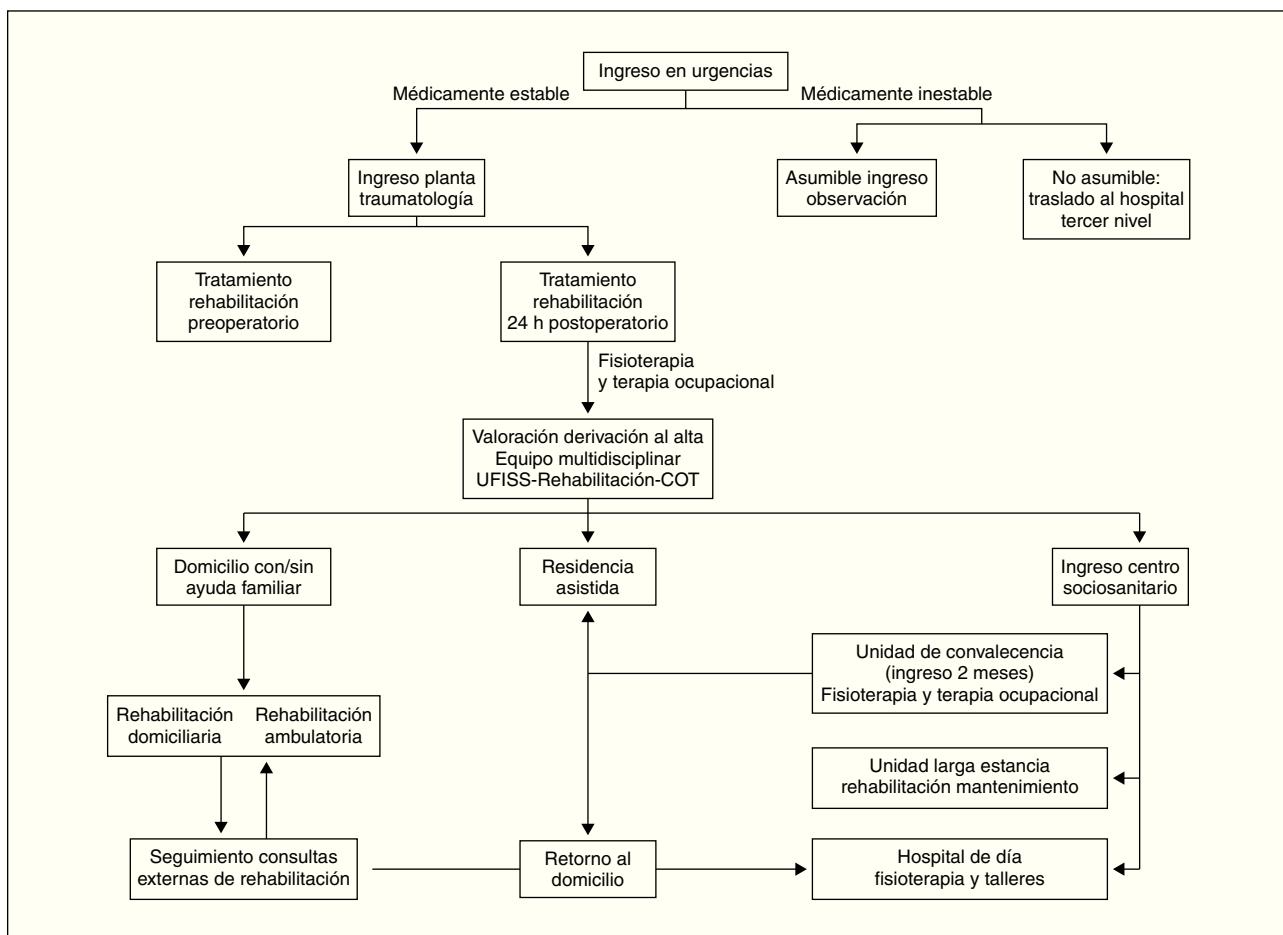


Fig. 1.—Esquema continuo asistencial de rehabilitación en el paciente geriátrico con fractura de fémur.

Se le dedican los siguientes recursos:

- Visita semanal por médico rehabilitador junto con el médico geriatra para el seguimiento de los pacientes que siguen tratamiento rehabilitador y valoración de nuevos ingresos.
- Fisioterapia diaria a los pacientes que lo requieran (en habitación y/o en gimnasio de ingresados).
- Fisioterapia de grupo (1 h/día) a los pacientes que lo toleren.
- Terapia ocupacional encaminada a reeducar las actividades de la vida diaria (AVD) a los pacientes ingresados. Se realiza a primeras horas de la mañana aprovechando así el tiempo de la higiene diaria, el vestido y el desayuno.
- Asesoría por parte del terapeuta ocupacional al personal de enfermería y cuidadores acerca del tratamiento óptimo para cada paciente.
- Talleres dirigidos por el terapeuta ocupacional.
- Valoración del domicilio del paciente prealta hospitalaria por el terapeuta ocupacional a los pacientes que sean tributarios de este recurso.

## PROCEDIMIENTO

### Continuidad asistencial en el paciente con fractura proximal de fémur

La línea de actuación se detalla en el algoritmo de la figura 1:

- El paciente es atendido en servicio de urgencias.
- Si el paciente está médicalemente estable y es asumible por nuestro hospital, ingresa en planta de traumatología.
- Si el estado del paciente es inestable, o requiere atención especial de enfermería, ingresa en UCE (observación) hasta su estabilización y posterior traslado a planta.
- En caso de paciente no asumible para intervención quirúrgica en nuestro hospital, por comorbilidad que haga prever necesidad de cuidados intensivos, debe ser derivado al hospital de referencia (Hospital Josep Trueta de Girona) para tratamiento quirúrgico. Una vez que el paciente está intervenido y estable, es remitido de

nuevo a nuestro hospital e ingresa en la planta de traumatología para proseguir tratamiento rehabilitador.

#### Tratamiento rehabilitador en la planta de traumatología

– **Preoperatorio.** Es realizado diariamente por el fisioterapeuta. Está encaminado a evitar las complicaciones que conlleva la inmovilidad (protección de la piel, mantenimiento del retorno venoso de extremidades inferiores, fisioterapia respiratoria, etc.). Este período preoperatorio puede extenderse hasta 5-7 días en pacientes que siguen tratamiento con antiagregantes plaquetarios por el riesgo de hemorragia durante el acto quirúrgico o en el postoperatorio inmediato.

– **Postoperatorio.** Inicio 24 h después del postoperatorio. Realizado por fisioterapeuta dos veces al día. En cuanto el estado general del paciente lo permite, la terapeuta ocupacional inicia la reeducación de las actividades de automantenimiento.

#### Valoración prealta

Realizada por equipo multidisciplinario con un representante de la UFISS (geriatra y/o enfermera), equipo de rehabilitación (rehabilitador, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional). Se decide realizar un plan de derivación al alta del hospital de agudos.

La primera valoración del alta hospitalaria se realiza tan pronto como se pueda predecir un pronóstico en la evolución del paciente. Para ello se utiliza la valoración de los factores pronósticos validados en geriatría:

– Diferencia entre el nivel funcional previo, al proceso agudo que ha motivado el ingreso, y el nivel funcional actual.

Para ello se determina el índice de Barthel indirecto (sin observación directa y con la ayuda del paciente o familiar) y el nivel funcional actual elaborando un índice de Barthel por exploración directa.

– Tiempo de evolución de la discapacidad.

– Comorbilidad. Índice de comorbilidad abreviado de Charlson (tabla 2).

– Función cognitiva. Miníexamen de Folstein del Estado Mental (*Minimental State Examination, MMSE*).

– Estado emocional. Escala Yesavage de depresión geriátrica<sup>4</sup>.

– Déficit sensoriales. Vista y oído.

– Estado nutricional.

– Edad (factor pronóstico controvertido).

– Recursos económicos y situación familiar.

El equipo multidisciplinario, una vez valorados todos estos factores, está en situación de proponer y dirigir el

**TABLA 2.** Índice de comorbilidad abreviada de Charlson

	Puntos
ACV	1
Diabetes	1
EPOC	1
Insuficiencia cardíaca/cardiópatía isquémica	1
Demencia	1
Enfermedad arterial periférica	1
Insuficiencia renal crónica (diálisis)	2
Cáncer	2

#### Valoración:

0-1 puntos: ausencia de comorbilidad

2 puntos: baja comorbilidad

≥ 3 puntos: alta comorbilidad

ACV: accidente cerebrovascular; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

destino del paciente al alta hospitalaria indicando los recursos más adecuados en cada caso.

A continuación, y siguiendo con el algoritmo de la figura 1, se detallan las opciones disponibles.

**Retorno a domicilio.** Con informe de derivación al médico de cabecera. Si es necesario se solicita:

– Colaboración de atención primaria domiciliaria (ATDOM) realizada por el médico de cabecera y enfermera del área básica de salud.

– Ayuda de trabajadora familiar para dar soporte en las AVD de automantenimiento o instrumentales.

**Tratamiento rehabilitador.** De ambos tipos: domiciliario y ambulatorio.

– **Domiciliario.** Con el objetivo de reeducar la marcha y las escaleras en el mismo domicilio. Se asesora a la familia para realizar el mantenimiento de la recuperación obtenida. Por término medio se realizan de 15 a 20 sesiones de tratamiento.

– **Ambulatorio.** Se realiza cuando el domicilio no ofrece las mínimas condiciones para poder reeducar la marcha o cuando la familia o el paciente rehúsa la modalidad de rehabilitación domiciliaria.

**Residencia asistida.** Se remite informe de derivación y se mantiene contacto telefónico para mantener la continuidad asistencial.

Los criterios para solicitar ingreso en una residencia asistida son que el paciente tenga una minusvalía física y/o psíquica y una enfermedad crónica estable que no precise tratamiento de rehabilitación ni cuidados específicos.

**Centro sociosanitario. Unidad de convalecencia.** Se remite una solicitud unificada para toda la provincia

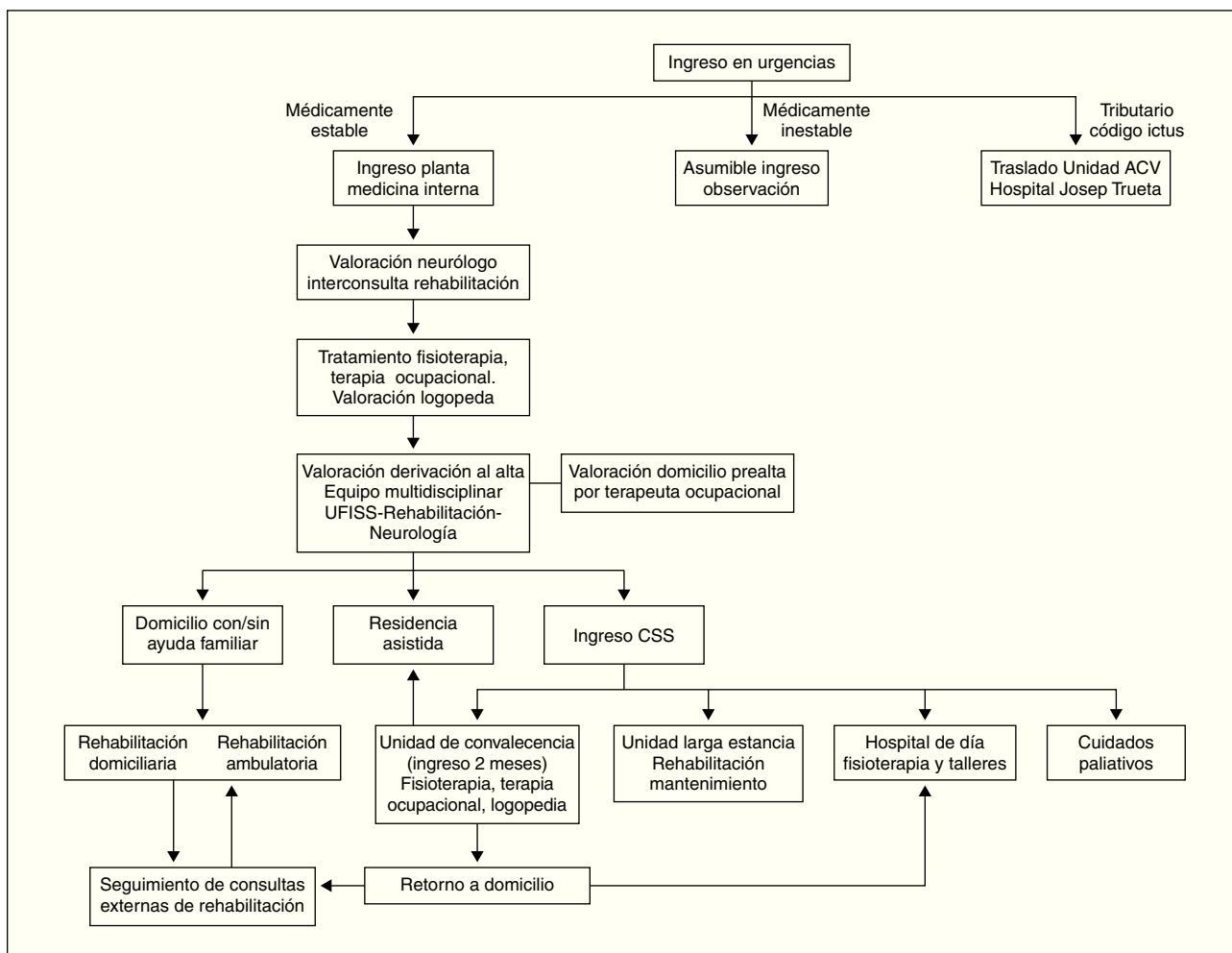


Fig. 2.—Esquema continuum asistencial de rehabilitación en el paciente geriátrico con accidente cerebrovascular (ACV).

de Girona, ya que no se dispone de centros de convalecencia en nuestra comarca. Los criterios para solicitar ingreso en estas unidades son: a) paciente que necesite tratamiento rehabilitador con posibilidades de recuperación funcional en un período no superior a 60 días, y b) paciente con buen soporte familiar para volver al domicilio al alta.

**Unidad de larga estancia.** Previa solicitud a la Comisión Interdisciplinaria Mixta Sociosanitaria (CIMSS) –integrada por médico coordinador de ATDOM, médico de UFISS, trabajadora social y enfermera responsable del CSS– de Palamós. El criterio para solicitar este tipo de ingreso es: paciente con minusvalía física y/o psíquica y enfermedad crónica estable, que realiza tratamiento rehabilitador, curas y profilaxis de complicaciones para conseguir la mayor autonomía posible.

**Hospital de día.** Se remite solicitud a la CIMSS de Palamós y se mantiene contacto con el CSS de Palamós. Permite ofrecer atención durante el día y el paciente prosigue su vida en el domicilio. Es una opción

que facilita el alta hospitalaria. Durante el tiempo que el paciente está en el hospital puede realizar tratamiento de rehabilitación y talleres. Los criterios para solicitar este tipo de servicio son: a) disminuir la carga familiar, y b) mejorar la calidad de vida del paciente ofreciéndole más estímulos (talleres) y posibilidad de proseguir la rehabilitación y las curas pautadas.

#### Continuidad asistencial en el paciente con enfermedad cerebrovascular aguda

Línea de actuación detallada en el algoritmo de la figura 2.

– Paciente que presenta sospecha clínica de accidente cerebrovascular (ACV) agudo. Atendido en urgencias del área básica de salud o en el servicio de urgencias del hospital.

– Si el paciente es tributario de aplicar el código ictus (sospecha de ACV isquémico en paciente menor de

70 años, con posibilidades de llegar al Servicio de Neurología del Hospital Josep Trueta en menos de 3 h desde el inicio del ACV), es remitido con carácter de emergencia a nuestro hospital de referencia para ingreso en una unidad de ictus, de cuidados intermedios y realizar tratamiento trombolítico si procede.

– Si el paciente no cumple los criterios de aplicar el código ictus, ingresa en la planta de medicina interna. Es valorado por un neurólogo y se realiza interconsulta a nuestro servicio de rehabilitación.

#### *Tratamiento rehabilitador en la planta de medicina interna*

Se inicia en cuanto el paciente está estable, es decir, en cuanto el déficit neurológico deja de progresar; entre las 24 y las 48 h. Esta precocidad en el inicio del tratamiento de rehabilitación tiene el mayor grado de recomendación, grado A, en las guías clínicas basadas en la evidencia americana y escocesa, Post-Stroke Rehabilitation Clinical Guidelines (AHCPR) y Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN), respectivamente<sup>3,5</sup>. Se indica tratamiento de fisioterapia para evitar las complicaciones de la inmovilidad, y terapia ocupacional para asesorar el manejo del paciente al personal de enfermería y al familiar o cuidador principal. Si hay trastorno en la deglución y/o en el lenguaje, es valorado por el logopeda.

El resto del algoritmo es prácticamente coincidente con el desarrollado para el paciente geriátrico con fractura proximal de fémur. Como diferencias destacables cabe citar:

– La valoración precoz del alta hospitalaria está realizada por un equipo multidisciplinar formado por el médico especialista, representante de la UFISS, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda y trabajador social. Grado de recomendación A según las guías clínicas AHCPR y SIGN<sup>3,5</sup>.

– Si el paciente retorna al domicilio, se intenta pautar inicialmente una tanda de rehabilitación domiciliaria consistente en terapia ocupacional para dar soporte a la familia en el tratamiento del paciente hemipléjico. Seguidamente inicia la rehabilitación de forma ambulatoria ya que en el servicio de rehabilitación del hospital disponemos de más recursos humanos y materiales para realizar un proceso rehabilitador completo.

#### *Seguimiento en consultas externas de rehabilitación*

Cualquiera que sea el destino del paciente al alta, tenemos la obligación de velar por el mantenimiento del nivel funcional conseguido.

En nuestro medio contamos con la colaboración del médico de cabecera que dirige una interconsulta soli-

citando visita por el médico rehabilitador si el paciente ha perdido nivel funcional o se ha deteriorado por cualquier proceso intercurrente. En la revisión se valora de nuevo al paciente, y si tiene posibilidad de recuperar el nivel funcional perdido, se pauta de nuevo tratamiento rehabilitador domiciliario o ambulatorio, según presunción de la evolución y disponibilidad del servicio.

El paciente con secuelas de ACV estabilizadas se cita en consultas externas una vez al año, grado de recomendación A en las guías clínicas, para revalorar el nivel funcional, evaluar complicaciones de la extremidad superior afectada, prescribir indicación o cambio de la ortesis antiequino si procede y pautar un nuevo tratamiento rehabilitador si es susceptible de volver a mejorar el nivel funcional.

Con el seguimiento del paciente crónico queda rubricado el continuum asistencial de nuestro servicio.

## **DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

Nuestro modelo de actuación está encaminado a conseguir el máximo grado de recuperación y asegurar el mantenimiento del nivel funcional obtenido.

Los objetivos de nuestra intervención durante el proceso asistencial son:

- Promover y facilitar el retorno al domicilio.
- Conseguir la máxima independencia y calidad de vida posibles para el paciente, con el mínimo esfuerzo por parte de sus cuidadores (soporte al cuidador).

A menudo nuestra actuación está condicionada por los criterios de eficacia y eficiencia:

– *El tratamiento efectuado debe ser eficaz.* Para ser eficaces debemos marcar objetivos realistas y éstos deben conseguirse en el tiempo estimado. La eficacia se mide con el seguimiento de escalas de valoración funcional. Se utiliza el índice de Barthel por su rapidez y manejo generalizado en nuestro medio. También se emplea la escala de actividades instrumentales de Lawton y Brody. Esta escala identifica ocho actividades para mantener la independencia en la comunidad (usar el teléfono, comprar, preparar comida, tareas domésticas, lavar la ropa, utilización de transporte, responsabilidad con la medición y capacidad de utilizar el dinero).

– *El tratamiento realizado debe ser eficiente.* Se deben optimizar los recursos disponibles que siempre son limitados. No pueden realizarse tratamientos de complacencia ni otros que requieran amplios recursos sin esperar una mejora del nivel funcional y/o instrumental objetiva. Los recursos destinados al mantenimiento se consideran eficientes si mantienen una proporción aceptable entre costes y resultados.

Todos estos principios deberían cumplirse, pero los recursos disponibles no son siempre suficientes.

Un principio básico de nuestra especialidad es optimizar lo que se posee y aprender a prescindir de lo que se carece. A pesar de este principio, nuestra obligación es trabajar para conseguir y aplicar los recursos imprescindibles.

3. Post-Stroke Rehabilitation. Clinical Guideline Number 16. AHCPR Publication No. 95-0062: May, 1995.
4. Rubinstein LZ. Instrumentos de evaluación. En: Berkow R, Abrams WB, editores. El Manual Merck de Geriatría (ed. esp.) 1998.
5. Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN). 2002 Nov. Management of patients with stroke. Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aspectes Generals de la Rehabilitació en Geriatria. Grup de Treball sobre Rehabilitació Geriàtrica, de la Societat Catalano-Balear de Geriatria i Gerontologia. Barcelona: Glosa Edicions, 1997.
2. El model d'atenció sòcio-sanitaria a Catalunya. Pla de salut. Quadern núm. 5. Servei Català de la Salut. 1.<sup>a</sup> ed. Barcelona, decembre 1994.

*Correspondencia:*

C. Aviñó Farret  
Servicio de Rehabilitación y Medicina Física  
Hospital de Palamós  
Hospital, 17-19. Edificio Fleming  
17230 Palamós. Girona  
Correo electrónico: cavinyo@hosppal.es