

EL MÉDICO REHABILITADOR EN REUMATOLOGÍA



ÍNDICE

<u>EL REHABILITADOR EN REUMATOLOGÍA</u>	<u>3</u>
<u>Objetivos de la Rehabilitación</u>	<u>5</u>
<u>Actuaciones del médico rehabilitador</u>	<u>5</u>
<u>Bibliografía</u>	<u>8</u>

EL REHABILITADOR EN REUMATOLOGÍA

El objetivo de la Rehabilitación es entrenar a personas con discapacidad/incapacidad de adaptarse a su entorno, interviniendo además en su entorno inmediato y en la sociedad para facilitar su integración social.

La rehabilitación médica es un proceso continuo y coordinado tendente a obtener la restauración máxima de la persona discapacitada en los aspectos funcional, físico, psíquico, educacional, social, profesional y ocupacional, con el objeto de reintegrarla como miembro productivo a la comunidad [1].

El especialista en Medicina Física y Rehabilitación centra su actuación en el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la **discapacidad**, actividades a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posibles. Es un modelo de atención integral, holístico e **interdisciplinar**. Para su desarrollo, es fundamental el trabajo en equipo de distintos profesionales de la salud (médico rehabilitador, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda) con un objetivo común: la reeducación funcional y la readaptación del paciente a su entorno.

Las enfermedades reumáticas son responsables de numerosas lesiones en el aparato locomotor que generan déficits funcionales susceptibles de ser valorados y mejorados. La finalidad de la rehabilitación es tratar las consecuencias de la enfermedad y prevenir el deterioro funcional [2].

Existe evidencia acerca del beneficio de varias intervenciones rehabilitadoras en distintos procesos reumáticos, como por ejemplo:

- En artritis reumatoide han resultado eficaces el ejercicio físico aeróbico, la hidrocinesiterapia, el ultrasonido, y el TENS [2, 3].
- En fibromialgia, el entrenamiento aeróbico, ejercicio de resistencia, y la balneoterapia [4, 5].
- En patología del manguito rotador, la cinesiterapia mejora el dolor de hombro secundario, tanto a corto como a largo plazo.
- El ultrasonido y la onda de choque extracorpórea mejoran la tendinitis calcificante de hombro [6].
- El ejercicio de fortalecimiento de miembros inferiores mejora el equilibrio en el anciano y previene las caídas [7].

Los programas de rehabilitación multidisciplinar intensiva también han mostrado mejorías en el dolor y la función de la lumbalgia crónica, la fibromialgia, dolor crónico generalizado y artritis reumatoide [8].

El modelo vigente de valoración de la discapacidad está representado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la OMS (CIF-2001)

[9], basada en un modelo biopsicosocial de la enfermedad que permite una visión integradora del individuo y explica el hecho multifacético de la discapacidad. Esta visión permite la diferenciación de los distintos componentes de la discapacidad, como las deficiencias, las actividades personales y la participación en la sociedad [10].

Aplicación del modelo CIF en trastornos musculoesqueléticos [3].

CONDICIÓN DE SALUD ENFERMEDAD (AR, OA,..)		
MENOSCABO <ul style="list-style-type: none"> • Funciones Corporales • Rango de movimiento • Dolor • Debilidad muscular • Déficits coordinación • Capacidad física • Trastornos del sueño 	ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Movilidad • Manipulación de objetos • Prensión • Actividades de la vida diaria (lavarse, vestirse, cocinar...) 	PARTICIPACIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Realización vocacional • Relaciones familiares • Hobbies, tiempo libre • Vida social
FACTORES AMBIENTALES <ul style="list-style-type: none"> • Lugar de trabajo • Facilidades en domicilio • Adaptaciones y transporte • Apoyo Familiar y amigos • Servicios de Salud y Seguros 		FACTORES PERSONALES <ul style="list-style-type: none"> • Hábitos de salud • Estrategias de afrontamiento • Multimorbilidad • Sexo y género

Junto con el reumatólogo, el rehabilitador se encarga de prevenir, evaluar y tratar la discapacidad en el ámbito de las enfermedades del aparato locomotor, para reducir al mínimo las consecuencias funcionales, físicas, psíquicas, sociales y económicas de que ésta ocasiona; desde el comienzo de la afección hasta la reinserción del paciente en su entorno y en la sociedad. La intervención del rehabilitador busca alcanzar una óptima cooperación entre todos los profesionales implicados en el cuidado del paciente reumatológico: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermeras, logopedas, trabajadores sociales, técnicos ortopédicos, médicos del equipo y otros profesionales, trabajando de forma transversal con médicos de otras especialidades, en aquellos procesos que les son comunes.

Las actividades rehabilitadoras deben desarrollarse según una relación y un orden determinado, y el médico rehabilitador debe coordinar los aspectos preventivos y el uso de las diversas terapias físicas que pueden ser necesarias para alcanzar un fin común.

Los objetivos de la Rehabilitación en las enfermedades de aparato locomotor son [11]:

- Alivio del dolor por medios físicos.
- Mantenimiento o restauración de la función articular y muscular, la capacidad de marcha, el equilibrio, la coordinación y la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Prevención de deformidades, rigideces articulares, déficits musculares y sensoriales.
- Minimización de la discapacidad, permitiendo el desempeño completo del rol personal, profesional y social de la persona.
- Restauración de la máxima autonomía funcional e independencia posibles.
- Mejora de la calidad de vida.

Actuaciones del médico rehabilitador:

Evaluación de la discapacidad a través de la medida de las restricciones funcionales y de las funciones remanentes de las que parte el paciente para trabajar en la recuperación o la adaptación a los déficits detectados [11, 12].

- Evaluación clínica: evaluación de la fuerza muscular, balance articular, marcha, equilibrio, posición, coordinación etc. En casos concretos se requerirá evaluar un trastorno de la función pulmonar, de la deglución, de las funciones sensoriales, o de cualquier órgano afecto.
- Evaluación de las actividades: a través de cuestionarios y escalas de valoración de la capacidad funcional, calidad de vida, repercusiones de la enfermedad etc.
- Evaluación de la participación: a través de entrevistas con cuestionarios estandarizados. Se evalúan parámetros socio-económicos (días de enfermedad o baja).
- Evaluación de factores ambientales y personales.

Elaboración de un plan de rehabilitación

El médico rehabilitador elabora un plan para cada individuo, dirigido a problemas concretos y con objetivos preestablecidos de acuerdo con la realidad física y psíquica de la persona, así como su entorno sociocultural. Los pacientes y sus familias participan activamente en el desarrollo de este plan junto a los miembros de todo el equipo.

El plan incluye la siguiente información:

- Diagnóstico de la discapacidad

- Problemas presentes y funciones preservadas
- Objetivos individuales
- Objetivos del cuidador y familia
- Objetivos de los profesionales que participan (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda, psicólogo, técnico ortopédico...).

Ejecución del plan de rehabilitación

Ejecutado por todos los profesionales que participan en la atención del paciente con patología del aparato locomotor, según las necesidades de cada individuo. Es fundamental la estrecha comunicación y feedback de todos los profesionales del equipo para la consecución del plan [12].

Se realizan las siguientes intervenciones:

- Médicas:
 - Apoyo (mejora de la adherencia, control de efectos no deseados) en el tratamiento farmacológico dirigido a mejorar estructuras corporales y funciones: analgésicos, antiinflamatorios, regulación del tono, mejoría cognitiva, mejoría de forma física, tratamiento de depresión.
 - Procedimientos prácticos: artrocentesis, infiltraciones de corticoides, ácido hialurónico, toxina botulínica.
 - Valorar y revisar las intervenciones.
 - Establecer un pronóstico y definir objetivos de tratamiento.
- Prescripción y/o aplicación de tratamientos físicos:
 - Técnicas de terapia manual para rigideces reversibles y disfunción de tejidos blandos relacionados. Manipulaciones vertebrales.
 - Cinesiterapia y terapia del ejercicio.
 - Tracciones vertebrales.
 - Confección de yesos funcionales.
 - Reducciones ortopédicas y confección de yesos de columna.
 - Electroterapia (analgesia, electroestimulación).
 - Otras técnicas: magnetoterapia, ultrasonido, fototerapia, hidroterapia, termoterapia, balneoterapia, masoterapia, drenaje linfático manual, onda de choque extracorpórea, Biofeedback.

REHABILITACIÓN

- Prescripción de Terapia ocupacional para mejorar las actividades de la vida diaria y ocupacionales.
- Prescripción y chequeo de Prótesis y Ortesis.
- En determinados casos, rehabilitación cardíaca, pulmonar, vésico-esfinteriana, vestibular, neurológica o terapia del lenguaje y la comunicación.

Valoración de resultados

Elaboración de informe de alta por recuperación ad integrum o con secuelas

Valoración de la discapacidad y del daño corporal.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Organización Mundial de la Salud, Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud [Texto impreso] : CIF 2001, [Madrid]: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
2. Sociedad Española de Reumatología, GUIPCAR [Texto impreso]: guía de práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España [2001] [Madrid] Sociedad Española de Reumatología.
3. Royal College of Physicians of London and National Collaborating Centre for Chronic Conditions, Rheumatoid arthritis: national clinical guideline for management and treatment in adults 2009, London: Royal College of Physicians of London.
4. Busch, A.J., et al., Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007(4): p. CD003786.
5. Gowans, S.E. and A. deHueck, Effectiveness of exercise in management of fibromyalgia. *Curr Opin Rheumatol*, 2004. 16(2): p. 138-42.
6. National, H., C. Medical Research, and G. Australian Acute Musculoskeletal Pain Guidelines, Evidence-based management of acute musculoskeletal pain : a guide for clinicians. 2004, Bowen Hills, Australia: Australian Academic Press.
7. Howe, T.E., et al., Exercise for improving balance in older people. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007(4): p. CD004963.
8. Uhlig, T., A. Finset, and T.K. Kvien, Effectiveness and cost-effectiveness of comprehensive rehabilitation programs. *Curr Opin Rheumatol*, 2003. 15(2): p. 134-40.
9. World Health Organization, International classification of functioning, disability and health : ICF. 2001, Geneva: World Health Organization.
10. Sánchez Blanco, I., Manual SERMEF de rehabilitación y medicina física. 2006, Madrid: Editorial Médica Panamericana.
11. Barnes, M.P., A.B. Ward, and J.L. Miranda Mayordomo, Manual Oxford de medicina de la rehabilitación. Publicaciones médicas de Oxford. 2006, Madrid: Grupo Aula Médica.
12. Section of Physical and Rehabilitation Medicine Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), et al., White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. *Eura Medicophys*, 2006. 42(4): p. 292-332.
13. Stucki, G. and T. Sigl, Assessment of the impact of disease on the individual. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 2003. 17(3): p. 451-73.
14. Asociación de Profesores Universitarios de Medicina Física y Rehabilitación (APUMEFYR), Medicina Física y Rehabilitación: Competencias [monografía en Internet]. 2007, Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia: A Coruña.