

INSTITUTO DE CLINICA QUIRURGICA "LA INMACULADA"
J A E N

SECCION DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y REHABILITACION

Concepto de rehabilitación.-Su importancia en las distintas ramas de la medicina.

La rehabilitación en el hospital.

Ant. Palma

*Médico ex-interno de la Casa Salud Valdecilla.
Médico Rehabilitador por la D. G. S., la Facultad
de Medicina de Madrid y el Patronato Nacional
de Inválidos.
Traumatólogo de la Seguridad Social por Oposición.*

*Curar es cuestión de tiempo,
pero en ocasiones también es
cuestión de oportunidad.*

HIPOCRATES.

El hombre, desde el principio de su existencia, se ha esforzado en reincorporarse a sus actividades después de sufrir un proceso que ha disminuido su capacidad funcional. Durante siglos, el individuo tuvo que realizar este esfuerzo por sí mismo, sin apenas ayuda de sus semejantes. En ocasiones, muchas de las enfermedades o lesiones productoras de incapacidades se aceptaban como castigo divino y los que las sufrían eran considerados seres inferiores.

El cambio de actitud hacia estos individuos es relativamente reciente, deben considerarse como seres

humanos con plenitud de derechos.

La rehabilitación trata de conseguir para ellos la mayor capacidad física, mental, emocional, social, vocacional y económica de que sean capaces.

A menudo, se confunden los términos de "rehabilitación" y "fisioterapia", esto es lo primero que conviene aclarar: La rehabilitación es el fin que perseguimos; la fisioterapia es uno de los medios de que disponemos para alcanzar ese fin.

El auge de la rehabilitación, que va tomando, hoy, en nuestra patria, se debe a los siguientes factores:

1.º Aumento paradójico del número de inválidos, debido a los adelantos de la medicina.

Hoy, se salvan miles de personas con enfermedades que hace cincuenta años hubieran ocasionado la muerte. Pero muchas de ellas no salen incólumes, al sobrevivir tienen que enfrentarse con una incapacidad residual, muchas veces graves.

Hace años los fracturados de la columna vertebral se convertían en parapléjicos y morían a los pocos meses por úlceras de decubito o por sepsis urinarias; hoy, debido al más alto nivel médico, muchos de estos enfermos no se mueren; quedan con vida, pero parapléjicos.

2.º Elevación del nivel sanitario total. Antes, la tuberculosis, la lepra, el paludismo, las enfermedades venéreas absorbían por completo todos los esfuerzos de la Sanidad. Eran problemas tremendos y la Sanidad tuvo que esperar. Hoy, cuando se ha erradicado el paludismo, y se dan los últimos pasos victoriosos contra la tuberculosis, es cuando existe la posibilidad de que la sanidad dedique sus esfuerzos a la rehabilitación.

3.º Nuevo enfoque del problema por nuevos conceptos económico-sociales. El punto de arranque del problema por nuevos conceptos es la declaración de los derechos del hombre en la conferencia del Atlántico: "A toda persona que esté

enferma hay que darle asistencia médica y si está inútil hay que darle medios para recuperarse, Rehabilitación.

Al aumentar el umbral de la vida media ha aumentado el número y el porcentaje de enfermos crónicos con secuelas de invalidez física. Hace dos mil años la longevidad era sólo de 25 años; en 1900 era de 49 años y en nuestros días es de 70. Eso trae consigo un aumento enorme de viejos y enfermos de larga cronicidad y sin embargo es el mejor homenaje de la sociedad a la medicina.

La Rehabilitación ha sido considerada por algunos autores como la tercera fase de la medicina.

Hay una primera época de "Medicina curativa", cuya meta es proteger y salvar la vida humana, refiriéndose a los pacientes, considerados individualmente.

Con los descubrimientos de Jenner y Pasteur, se inicia una segunda fase de la medicina, "la preventiva", que actúa no sólo sobre el individuo sino sobre la comunidad, y que habiendo dirigido al principio su acción sobre las enfermedades infecciosas, que prácticamente hizo desaparecer, ha ido poco a poco extendiéndola a todas las actividades humanas lográndose gracias a ella una notable mejoría de la especie, de las condiciones de vida y un extraordinario aumento de la longevidad.

Las lógicas consecuencias de ese extraordinario avance de las medicinas preventiva y curativa, ha sido el aumento del número de ancianos y de los pacientes a los que se salvan la vida, pero dejándoles con un acusado déficit anatómico-funcional. En la actualidad hay todavía muchos enfermos a los que la Medicina o la Cirugía no curan o lo hacen de un modo incompleto.

El médico, no puede ni debe dejar al paciente abandonado a sus propios medios, cuando el combate con el agente agresor terminó, en el momento en que desaparece la fiebre, se quitan los puntos o se retira la escayola; y no debe abandonársele, porque el paciente, por sí solo, no es capaz de superar el déficit y los trastornos funcionales que le quedaron como consecuencia de lesiones residuales y en muchos casos irreversibles.

Es esta fase de la medicina, que hasta hace poco tiempo estuvo prácticamente abandonada, la que ha venido a llenar la Rehabilitación, cuya misión principal, es la de enfrentarse con aquellos síndromes que hasta ahora se consideraron incurables.

El rehabilitador no ignora que se encuentra ante un proceso residual e irreversible cuando trata a un parapléjico o a un hemipléjico, lo sabe bien y no pretende curar la enfermedad, lo que pretende es recuperar al enfermo.

Uno de los recientes descubrimientos de la fisiología y la cirugía, ha sido el que sin muchos órganos que parecían vitales, como por ejemplo el estómago, no sólo se puede vivir sin él, sino incluso llevar una vida relativamente activa; lo mismo sucede después de la extirpación de un pulmón y la mitad del otro, o de la totalidad de un riñón y dos terceras partes del restante; y no digamos nada de la capacidad de adaptación en las lesiones que afectan al aparato locomotor o al sistema nervioso, como rigideces, amputaciones, parálisis, etcétera.

Esto significa dos cosas, primero, que no es imprescindible para vivir el total de nuestra capacidad anatómica ni funcional, y segundo, que el organismo dispone de una maravillosa capacidad para adaptarse a la disminución de las capacidades citadas.

Modernamente tanto en medicina como en otras ciencias es muy difícil hablar del trabajo individual, pero en Rehabilitación concretamente, el trabajo individual es un imposible. La composición de este equipo es muy numerosa y a la par heterogénea, debe de estar dirigido y ordenado por un médico rehabilitador y con él cirujanos ortopédicos, neurólogos, psicólogos, pediatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logoterapeutas o fisiatras, técnicos protésicos, asis-

tentes sociales, consejeros laborales, profesores, etc.

Que la Rehabilitación, en su concepto y sobre todo en su realización, debe ser un proceso médico laboral nos lo demuestra el informe del Comité de Estudios sobre Reentrenamiento y Colocación de las personas inválidas, presentado por el Ministerio de Trabajo al Parlamento de Inglaterra en noviembre de 1956, y así lo afirma diciendo: "El proceso de Rehabilitación es un proceso único, en el cual lo de más relieve al principio, es el aspecto médico y al final el aspecto laboral".

Algunos programas notables de rehabilitación emprendidos en diversas regiones del mundo han demostrado que muchos enfermos crónicos hospitalizados durante largo tiempo pueden rehabilitarse para que cuiden de sí mismos incluso para que tengan empleo completo o limitado; a pesar de ello, pocos hospitales han creado servicios amplios de rehabilitación. Los administradores hospitalarios afirman que la falta de camas se deben a los enfermos crónicos, pero pocas instituciones brindan la tercera fase de la asistencia médica, que permitiría salir del hospital a muchos de estos pacientes.

Descuidar la creación del servicio de rehabilitación en hospitales generales equivale a asegurar la desmejoría ininterrumpida de mu-

chos pacientes que sufren incapacidad benigna, que llegaran a ser inválidos graves y completamente dependientes. Descuidar la incapacidad es más costoso que los programas enérgicos tempranos de rehabilitación que restablecen, en la mayor medida posible, la autosuficiencia en los aspectos físico, económico, social y emocional.

En todo proceso rehabilitativo existen tres fases:

Fase de reeducación funcional (que es ante todo una fase médica)

Valoración y orientación profesional.

Rehabilitación profesional.

En la primera fase de reeducación funcional podemos considerar los siguientes apartados:

A) *Fisioterapia*.—Hay que entender por fisioterapia, exclusivamente el tratamiento por medios físicos, y nunca debe confundirse con la "Medicina física", que utiliza los medios físicos para el diagnóstico, tratamiento y estudios especiales. La gimnasia médica, el agua templada, los rayos infrarrojos y la onda corta son fisioterapia; los rayos X y los isotopos radioactivos son Medicina física.

Podemos definir "Fisioterapia" como el empleo terapéutico de todos aquellos medios que con sus leyes, principios y descubrimientos actuales o futuros, nos pueda brindar la ciencia Física.

Dentro de la "Fisioterapia" hay que distinguir:

1.º *Cinesiterapia*. — Vaya por delante la afirmación de que el nombre correcto es "Cinesiterapia" y no "Quinesiterapia" ni, mucho menos, "Kinesiterapia" que, además, es barbarismo. La cinesiterapia es una de las ramas de la fisioterapia que tiene por objeto "la terapéutica por medio del movimiento", y si consideramos que el movimiento es la función útil por excelencia del aparato locomotor se comprenderá fácilmente su importancia en la rehabilitación.

Según la intensidad con que interviene el paciente en la ejecución del movimiento se clasifica la cinesiterapia en: pasiva, activa, activa asistida, activa resistida, y forzada.

2.º *Hidroterapia*.—Es la aplicación externa del agua con fines terapéuticos. El agua es un medio ductil para la aplicación del calor; las ventajas que obtenemos con la aplicación de esta medida terapéutica son: la aplicación del "calor por inmersión" que tiene ciertas ventajas sobre el radiante, y, una ayuda para los "movimientos" del paciente dentro del agua (principio de Arquímedes) ya que ella sirve de apoyo suave sin obstaculizar el movimiento y pudiendo efectuarse éste con menos esfuerzo que fuera del líquido. Los baños de torbellino, las piscinas terapéuticas, el tanque de Hubbard, los baños de contraste,

las compresas calientes húmedas... etcétera, son algunas formas de hidroterapia.

3.º *Termoterapia*.—Es la terapéutica por el calor. Al aplicar calor a los tejidos se producen variaciones circulatorias encaminadas a eliminar el exceso de calor local. Tiene lugar una vasodilatación de los capilares y una activación de la circulación arterial y venosa. El efecto del calor parece contrarrestar el tono constrictor de los capilares, tal vez por la liberación de la histamina, de efectos vasodilatadores. La hiperemia local produce una eliminación acelerada de las sustancias de desecho y aumenta la velocidad de las reacciones químicas tisulares. Rayos infrarrojos, cámara de Bier, ultrasonido, onda corta, baños de parafina, baños de arena caliente, etc., son formas de termoterapia.

4.º *Electroterapia*.—La corriente eléctrica tiene su lugar preciso entre los agentes físicos utilizados con fines terapéuticos. El uso apropiado y eficaz de la corriente eléctrica se funda en leyes físicas y en las reacciones biológicas. Las variaciones en las reacciones fisiológicas de los tejidos corporales a las corrientes con diferentes frecuencias y voltajes, permiten clasificar de manera sencilla en corrientes con efecto de calentamiento y corrientes con efecto estimulantes.

b) La terapia ocupacional es una técnica más moderna que la fisioterapia, en la que unen el factor físico y el psicológico para activar los músculos y articulaciones por medio del trabajo. En fisioterapia surge más fácilmente la fatiga; en terapia ocupacional se evita "el surmenage" producido por ejercicios a los que el paciente no encuentra aparente utilidad. Siempre es más agradable trabajar en un telar, que hacer movimientos amplios con los brazos, rigidamente ordenados en una tabla de ejercicios, y el fin conseguido es el mismo.

c) Las enseñanzas de las actividades de la vida diaria es interesante, pues aunque nos parezca fácil el hacerlas, cuando estamos sanos, "cuando no somos capaces de hacerlas, nos hacen creernos miserables".

d) Terapia de la palabra (logoterapia).

e) Prótesis y aparatos ortopédicos.

f) El deporte y la terapia recreacional son muy interesantes; la rehabilitación sólo es completa cuando un enfermo puede llegar a hacer deporte. En Inglaterra, en Stock Mandeville, se celebran, ya en 1953, verdaderas olimpiadas de inválidos.

Pasada la primera fase médica de la rehabilitación, el enfermo puede quedar bien o con secuelas.

B) *Fase de valoración y orientación profesional.* — En ella hay que hacer:

a) Examen psicotécnico.

b) Estudio de la capacidad funcional por medio de balances musculares y articulares, para conocer las posibilidades físicas del paciente.

c) Estudio de la capacidad laboral.

C) *Fase de Rehabilitación profesional.*—Existen cuatro tipos de pacientes:

a) Tienen conservada su capacidad laboral, pero les falta capacidad física. Necesitan reentrenamiento laboral en centros especiales mediante profesiogramas.

b) Han perdido la capacidad física y laboral (por ejemplo: un albañil amputado). No basta con el reentrenamiento, necesitan aprendizaje de un nuevo oficio; en esta tarea colaboran de una manera muy eficaz los componentes extra-médicos del equipo de rehabilitación.

c) Han perdido en grado intenso la capacidad física y laboral; no pueden volver a un centro normal de trabajo. Soluciones:

Pensionista. Triste solución.

Hacer trabajos en "talleres protegidos" para inválidos, como es Abilities Inc. en Albertson, Nueva York, que emplea más de trescientos inválidos graves; sus registros

de producción, seguridad, faltas al trabajo, son mucho mejores que los de cualquier firma que emplea únicamente los llamados físicamente capaces.

d) Grandes inválidos (como son los cuadripléjicos), útiles solamente si tienen una potencia intelectual grande. Hay que tenerlos en centros muy especiales para que puedan desempeñar algún trabajo, como hacen los cuadripléjicos de Stock Mandeville, que soplan (única función posible), sobre una máquina electrónica.

LA REHABILITACION EN EL HOSPITAL

Todo hospital debe tener perfectamente organizado el Servicio de Rehabilitación, que estará perfectamente dotado con personal idóneo y especializado. La importancia de ello radica en que desde el Hospital habrá una gran proyección social y desde luego un gran alivio económico al incorporar rehabilitados a la sociedad un grupo de pacientes que sin reeducar habrían engrosado el número de los impedidos.

Una sociedad consciente a la hora de planificar una nueva estructuración hospitalaria debe pensar serenamente en lo que significa esta incorporación en su programación.

La rehabilitación médica ha sido bautizada como la tercera fase de la medicina, constituyendo la primera la medicina preventiva y la segunda la medicina curativa. En la convalecencia el paciente es abandonado a sí mismo para que con el tiempo y los recursos naturales el paciente vuelva a la normalidad y complementemente así la terapéutica médica.

La rehabilitación es un proceso dinámico, con gran participación activa del paciente hasta su restablecimiento total.

El servicio de rehabilitación hospitalario deberá tener dos fases:

- la recuperación física o rehabilitación médica;
- la recuperación económica y profesional o rehabilitación vocacional.

En estas dos fases, la rehabilitación dependerá del concurso y acción colectiva de los miembros y cuerpo del Hospital.

El médico, el cirujano, el traumatólogo, el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional, las enfermeras, el psiquiatra, el psicólogo, el consejero vocacional, el personal de la oficina de empleos, las asistentas sociales, y en fin todo miembro del Hospital y toda persona que relacionada con la recuperación física o vocacional pueda contribuir a una activa rehabilitación.

Todo paciente que va a ser rehabilitado será trasladado desde la

sala de enfermo o departamento clínico donde estuvo ingresado, al Departamento de Rehabilitación tan pronto como su proceso lo permita. En éste, un personal especialmente adiestrado para ello, le recibirán y lo tomarán bajo su cuidado y bajo la dirección del médico especialista rehabilitador estudiarán las posibilidades de reeducación y sobre todo sus aptitudes, a fin de desarrollar después su rehabilitación vocacional.

En esta fase primera habrá que atender fundamentalmente:

- el proceso emocional y la depresión que pueda sufrir el paciente en su comienzo;
- la necesidad de imprimir en el paciente un vivo deseo y seguridad de la posibilidad de recuperación;
- la resolución de todo el problema familiar y económico que en casi todas las ocasiones presentarán estos pacientes, y en la que la asistente social contribuirá enormemente;
- constancia e intensidad en el programa a desarrollar dentro del servicio hospitalario.

De todo esto se deduce que para cumplir muchas de estas necesidades un servicio hospitalario de rehabilitación deberá disponer de algunas dependencias, pero sin olvidar que estas dependencias deberán estar situadas en la planta baja del

edificio del hospital, quizá mejor semisótanos, a fin de que queden a nivel o ligeramente por debajo de la calle, para facilitar enormemente la entrada de los pacientes y más si éstos van en sus carritos o cochecitos, e incluso un lugar de aparcamiento próximo por si ellos mismos conducen sus automóviles.

Es fundamental que el departamento de medicina física esté al lado de Rehabilitación ya que se necesitará continuamente de sus servicios.

Se deberá disponer de:

- instrumentos y aparatos para la terapéutica física;
- sección de macanoterapia;
- hidroterapia;
- gimnasio y recreación;
- terapia ocupacional;
- reeducación funcional;
- terapia del lenguaje;
- asesoramiento vocacional.

En fin otras muchas funciones y secciones que estarían proporcionadas a la categoría, tamaño y función del Hospital, ya que no sería lo mismo el departamento de Rehabilitación de un Hospital Central o Regional, que el de una Provincia o Municipio.

Todo este conjunto del servicio de Rehabilitación del Hospital, debe funcionar armónicamente y cumpliendo cada sección y componente el cometido siguiendo el orden que

previamente estableció el Jefe del Departamento, con el fin de obtener óptimos resultados, con un mínimo esfuerzo y con la colaboración de todos.

Un departamento de Rehabilitación de esta forma concebido podrá o estará en condiciones de obtener éxitos en pacientes con incapacidad leve o moderada, recurriendo en los casos más graves o cuando el paciente tenga que realizar trabajos más especializados a un centro de Hospital Regional o Centralizado, que cuente con más medios y sobre todo con más experiencia.

En la mayoría de las ocasiones un buen departamento de rehabilitación deberá ser lo profundamente

psicológico para saber descubrir aptitudes y capacidades latentes en los futuros rehabilitados y máxime en aquellos casos en que por la naturaleza del accidente o trauma o enfermedad sufrida le obligue a cambiar de profesión.

Como colofón a esta nota divulgadora de la rehabilitación y de su necesidad en todo centro hospitalario preconizamos para el día que funcione el del nuevo Hospital, sea bautizado con el nombre de Centro de Rehabilitación de CRISTOBAL MENDEZ, por ser este médico jienense quien en 1553 editó el primer libro que en el mundo se escribió sobre rehabilitación, tal y como hemos denominado al nuestro privado.

