

Carta al Editor

Programa interdisciplinario de Medicina Física y Rehabilitación en las unidades de cuidados intensivos de un hospital de referencia en Lima, Perú

Physical Medicine and Rehabilitation interdisciplinary program in the intensive care units of a referral hospital in Lima, Peru

Roger De la Cerna-Luna^{1,a}, Alan Calderón-Berrio^{1,a}, Romina Tang-Candiotti^{1,b}, Mabel Ramírez-Chipana^{1,a}, Alvaro Taype-Rondan^{2,c}

DOI

<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.14Sup1.1180>

Señor editor:

Los pacientes con COVID-19 que ingresan a una unidad de cuidados intensivos (UCI) tienen mayor riesgo de presentar complicaciones como el síndrome post cuidados intensivos, caracterizado por secuelas en el funcionamiento físico, cognitivo y mental⁽¹⁾. Las intervenciones de Medicina Física y Rehabilitación en pacientes con COVID-19 que se encuentran en la UCI pueden ayudar a reducir estas complicaciones, optimizar la recuperación y reducir la discapacidad que puedan experimentar⁽²⁾. Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en abril del 2020 recomendó la inclusión de un equipo de rehabilitación en las UCI durante la actual pandemia de COVID-19⁽³⁾.

Ante esta problemática, en octubre del 2020 se desarrolló y comenzó a implementar un programa interdisciplinario de Medicina Física y Rehabilitación en las UCI del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM), complejo asistencial de referencia del Seguro Social de Salud (EsSalud) en Lima, Perú. Este nació de un consenso entre médicos del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del HNERM con experiencia en la atención de pacientes críticos.

El programa tuvo la finalidad de facilitar la valoración y el abordaje de los pacientes en la UCI con un enfoque integral, cubriendo sus necesidades de forma temprana, continua e individualizada.

Para lograrlo, se plantearon nueve objetivos concretos que dirigen todo el proceso y son evaluados periódicamente para garantizar el éxito del programa:

1. Presentar y fundamentar una propuesta que structure y ordene la intervención de Medicina Física y Rehabilitación en la UCI.
2. Promover una cultura de trabajo interdisciplinario que beneficie a los pacientes y al personal asistencial en la UCI, así como a las instituciones involucradas.
3. Garantizar una participación constante del equipo de rehabilitación en la UCI.
4. Consolidar el rol fundamental del Médico Fisiatra en la UCI.
5. Identificar las recomendaciones actuales y basadas en la evidencia para la evaluación, el diseño de un plan terapéutico y la ejecución de procedimientos fisiátricos en la UCI.
6. Estandarizar la evaluación y reevaluación fisiátrica en la UCI.
7. Definir los criterios de seguridad para el inicio y la suspensión de la movilización del paciente en la UCI.
8. Promover estrategias formativas que retroalimenten al equipo de rehabilitación en la UCI.
9. Reconocer precozmente los elementos psicosociales que impactan en la atención y el cuidado de los pacientes y sus familias, durante y después de su estancia en la UCI.

FILIACIÓN

1. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú.
2. Universidad San Ignacio de Loyola, Unidad de Investigación para la Generación y Síntesis de Evidencias en Salud, Lima, Perú.
 - a. Médico Fisiatra.
 - b. Médico Residente de Medicina Física y Rehabilitación.
 - c. Médico Epidemiólogo.

ORCID

1. Roger De la Cerna: [0000-0002-1466-1008](https://orcid.org/0000-0002-1466-1008)
2. Romina Tang: [0000-0003-2302-5916](https://orcid.org/0000-0003-2302-5916)
3. Alan Calderon: [0000-0001-9710-2190](https://orcid.org/0000-0001-9710-2190)
4. Mabel Ramirez: [0000-0002-3560-1098](https://orcid.org/0000-0002-3560-1098)
5. Alvaro Taype: [0000-0001-8758-0463](https://orcid.org/0000-0001-8758-0463)

CORRESPONDENCIA

Roger Christian De la Cerna Luna
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú.
Teléfono: +51 952082711

EMAIL

rdelacerna89@gmail.com

CONFLICTOS DE INTERÉS

los autores declaran no tener conflictos de interés con respecto al presente artículo.

FINANCIAMIENTO

El presente artículo ha sido autofinanciado por los autores.

REVISIÓN DE PARES

Recibido: 03/08/2021
Aceptado: 27/08/2021

COMO CITAR

De la Cerna-Luna, R., Calderón-Berrio, A., Tang-Candiotti, R., Ramírez-Chipana, M., & Taype-Rondan, A. Programa interdisciplinario de Medicina Física y Rehabilitación en las unidades de cuidados intensivos de un hospital de referencia en Lima, Perú. Revista Del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asejo, 2021, 14(Sup1), 84 - 85. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.14Sup1.1180>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.
Versión Impresa: ISSN: 2225-5109
Versión Electrónica: ISSN: 2227-4731
Cross Ref. DOI: 10.35434/rcmhnaaa
OJS: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs>

Tabla 1. Fases del Programa interdisciplinario de Medicina Física y Rehabilitación en la UCI

1	Fase de Prehabilitación: la prehabilitación es un proceso de mejora de la capacidad funcional del individuo para permitirle resistir el factor estresante de la inactividad, que ocurre por ejemplo durante una estadía en la UCI, Proponemos su implementación a nivel ambulatorio y hospitalario por sus múltiples beneficios, para pacientes con un probable o planificado ingreso a la UCI, considerando criterios de inclusión, el desarrollo de metas individuales y la prescripción de ejercicio terapéutico, Debe iniciar como mínimo dos semanas antes del ingreso del paciente a la UCI.
2	Fase de Estabilización Hemodinámica y Respiratoria: las intervenciones de rehabilitación deben priorizarse una vez el paciente haya superado la fase crítica, Hasta la fecha, el momento de inicio de la movilización temprana del paciente crítico no se ha estandarizado, Proponemos que comience dentro de las 48 a 72 horas de iniciada la ventilación mecánica o posteriores a la admisión en la UCI, en los pacientes que cumplan con los criterios de seguridad, previa evaluación interdisciplinaria inicial durante este período.
3	Fase de Movilización Temprana: la movilización temprana podría prevenir la incidencia de debilidad adquirida en la UCI (DAUCI), acortar la estancia hospitalaria y mejorar la movilidad funcional en el paciente crítico. Iniciará una vez el paciente haya superado la fase de estabilización hemodinámica y respiratoria. Proponemos una atención precoz, continua y coordinada del equipo interdisciplinario de rehabilitación, sustentada en los problemas actuales que presente el paciente, identificados mediante una reevaluación diaria, y planteando objetivos particulares pero afines a los de Medicina Intensiva.
4	Fase de Inicio del Destete de la Ventilación Mecánica: en la mayoría de los pacientes en la UCI, la ventilación mecánica se puede interrumpir tan pronto como se haya resuelto la causa de la insuficiencia respiratoria aguda, Sin embargo, 20 a 30% de pacientes presentan dificultades durante el retiro de la ventilación mecánica (destete), Proponemos la adopción de un protocolo individualizado a cada UCI para facilitar el destete y la decanulación del paciente crítico, ya que constituyen metas fundamentales en su recuperación.
5	Fase de Seguimiento Post UCI: iniciará posterior al alta del paciente de la UCI, Proponemos un seguimiento hospitalario y luego ambulatorio, a través de medidas de resultado (generales y específicas) para valorar principalmente la funcionalidad y la calidad de vida a corto y mediano plazo, y así poder planificar intervenciones de rehabilitación en coordinación con los equipos asignados para asegurar la continuidad del tratamiento.

En base a estos objetivos, hemos delimitado cinco fases que permitan organizar todo el proceso interdisciplinario y facilitar la integración del equipo de rehabilitación, las cuales se resumen en la Tabla 1^(2,4-6).

El programa en extenso (disponible en <https://researchgate.net/publication/344597781>) se encuentra en proceso de implementación en el HNERM, donde a pesar de las limitaciones ha permitido ordenar el manejo de las intervenciones de rehabilitación en las UCI. Incluye fichas estandarizadas para la evaluación y reevaluación fisiátrica del paciente crítico, considerando datos, parámetros y medidas de resultado cuya valoración en este contexto encontramos imprescindibles.

Creemos que esta propuesta será de utilidad para mejorar la atención de los pacientes en la UCI, buscando disminuir el número de complicaciones y efectos adversos. En ese tenor, podría ser adoptada por otros hospitales a nivel nacional y regional, además de alimentar la necesaria discusión sobre cómo manejar a estos pacientes en entornos con bajos recursos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Biehl M, Sese D. Post-intensive care syndrome and COVID-19 - Implications post pandemic. Cleve Clin J Med. 2020. doi: 10.3949/ccjm.87a.ccc055.
2. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. Crit Care Med. 2012;40(2):502-9. doi:10.1097/CCM.0b013e318232da75.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de COVID-19 [Internet]. Washington: OPS/OMS; 2020 [citado 26 ago 2021]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52104/OPSNMHH COVID-19200010_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y.
4. Topp R, Ditmyer M, King K, Doherty K, Hornyak J 3rd. The effect of bed rest and potential of prehabilitation on patients in the intensive care unit. AACN Clin Issues. 2002;13(2):263-76. doi: 10.1097/00044067-200205000-00011.
5. Ding N, Zhang Z, Zhang C, Yao L, Yang L, Jiang B, Wu Y, Jiang L, Tian J. What is the optimum time for initiation of early mobilization in mechanically ventilated patients? A network meta-analysis. PLoS One. 2019;14(10):e0223151. doi: 10.1371/journal.pone.0223151.
6. Heunks LM, van der Hoeven JG. Clinical review: the ABC of weaning failure--a structured approach. Crit Care. 2010;14(6):245. doi:10.1186/cc9296.