

# Lesión cerebral traumática y rehabilitación ambulatoria aguda

Enero de 2021

[www.msktc.org/tbi/factsheets](http://www.msktc.org/tbi/factsheets)

Hoja informativa de LCT

Esta hoja informativa describe la rehabilitación aguda de pacientes hospitalizados después de sufrir una lesión cerebral traumática (LCT o TBI por sus siglas en inglés). Se explica qué problemas se encaran, quién está involucrado y cómo elegir el formato de cuidados. También se habla de lo que sucede después de que un paciente se va a casa.

El Programa del Sistema de Modelos de Lesiones Cerebrales Traumáticas (MLCT o TBIMS por sus siglas en inglés) está patrocinado por el Instituto Nacional de Investigación de Discapacidad, Vida Independiente y Rehabilitación, Administración para la Vida Comunitaria, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (Véase <http://www.msktc.org/tbi/model-system-centers> para obtener más información.)

## ¿Qué es la rehabilitación ambulatoria aguda?

La rehabilitación ambulatoria aguda (REHAB) es una forma intensiva de rehabilitación médica en la que los pacientes reciben tres o más horas al día de terapias básicas (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla), supervisadas por un médico especializado en rehabilitación con cuidados de enfermería las 24 horas del día. Este equipo de médicos, enfermeras y terapeutas trabajan juntos para restaurar la función después de una lesión cerebral traumática. Las investigaciones han demostrado que participar en la rehabilitación ambulatoria después de la lesión, aumenta la probabilidad de alta en el hogar y disminuye el riesgo de mortalidad entre los pacientes, la mayoría de los cuales sufrieron una LCT.



## ¿Cómo elijo un centro de rehabilitación ambulatoria aguda?

Estas son algunas preguntas a hacer al elegir un centro de rehabilitación aguda:

- ¿Este programa está cubierto por el seguro del paciente?
- ¿Qué tipo de experiencia tiene el personal?
- ¿Qué tipo de acreditación tiene la instalación? (Este es un proceso, de los centros de REHAB que se someten, para confirmar que cumplen con altos estándares de atención.)
- ¿Puede el centro satisfacer las necesidades médicas del paciente?

En la sección “Referencias” de esta hoja informativa se presentan dos recursos para ayudarle a encontrar una unidad de rehabilitación aguda.

## ¿Cuáles son algunos desafíos comunes que enfrenta la rehabilitación ambulatoria aguda?

- **Retos para pensar.** Estos incluyen problemas con la memoria, el lenguaje, la concentración, el juicio y la solución de problemas.
- **Cambios físicos.** Incluyen la pérdida de fuerza y problemas con el equilibrio, coordinación, movimiento y la deglución.
- **Cambios sensoriales.** Incluyen cambios en el sentido del olfato, la vista, la audición y el tacto.
- **Cambios emocionales.** Incluyen cambios en el estado de ánimo o sentimientos impulsivos o de irritabilidad.

## ¿Quién es elegible para recibir REHAB?

Un paciente puede recibir REHAB, si:

- La condición médica del paciente es lo suficientemente estable como para permitirle participar en la terapia.
- Algunas aseguradoras, incluyendo *Medicare*, tienen una definición específica de “participación en la terapia” para aprobar la REHAB.
- El paciente puede progresar con la terapia.
- El paciente tiene seguro u otras formas de cubrir el costo del tratamiento.



## ¿Cómo funciona la rehabilitación ambulatoria aguda?

Las terapias están diseñadas para satisfacer las necesidades específicas del paciente. El paciente recibirá al menos 3 horas de terapias diferentes durante el día con descansos intermedios, y las tendrá de 5 a 7 días a la semana.

El paciente estará bajo el cuidado de un médico que lo verá por lo menos tres veces por semana.

La mayoría de las personas con LCT que se encuentran en una unidad ambulatoria aguda participan en:

- Terapia física,
- Terapia ocupacional y
- Terapia del habla.

Cada tipo de terapia se puede administrar en un formato individual o grupal.



## ¿Quién forma parte del equipo de REHAB?

La rehabilitación generalmente involucra a un equipo de proveedores de atención médica altamente capacitados. Los miembros del equipo provienen de diferentes áreas en el cuidado de la salud. Los miembros del equipo, trabajan juntos todos los días y comparten información sobre su tratamiento y progreso. Al menos una vez por semana, los miembros del equipo se reúnen para hablar sobre el progreso del paciente y el plan de alta. El plan, inclusive, describe la atención que recibirá el paciente después de salir de REHAB.

El equipo que atenderá al paciente puede incluir a los siguientes miembros:

**Doctores.** Este puede ser un fisiatra (un médico cuyo enfoque es la medicina de rehabilitación), un neurólogo (un médico cuyo enfoque es el sistema nervioso), u otro médico familiarizado con la rehabilitación de la LCT. Este último está a cargo del tratamiento general del paciente y dirige el programa de REHAB del paciente. El doctor deberá:

- Evaluar las habilidades físicas del paciente.
- Evaluar el estado mental y el comportamiento del paciente.
- Prescribir medicamentos para ayudar a mejorar el estado de ánimo del paciente, el sueño, el dolor y/o la dieta.
- Prescribir sesiones personalizadas de terapia a la medida, física, ocupacional y/o del habla.
- Ordenar pruebas o tratamientos para ayudar a mantener o mejorar la salud del paciente.

**Enfermeras de REHAB.** Estas enfermeras trabajan en estrecha colaboración con el doctor del paciente para manejar problemas médicos y prevenir también complicaciones médicas. La enfermera participará en:



- Evaluar el cuidado personal del propio paciente, la función intestinal y vesicular, la función sexual, la dieta y la habilidad para moverse.
- Ayudar con los tratamientos de otros miembros del equipo.
- Educar al paciente y a su familia sobre su LCT y cualquier medicamento que esté tomando.

**Psicólogos o neuro-psicólogos.** Estos doctores evaluarán y tratarán cualquier problema que el paciente presente, como la habilidad para pensar, la memoria, el estado de ánimo y el comportamiento. Puede aconsejar a los familiares del paciente o educarlos sobre cómo ayudar al paciente. El objetivo es asegurar que la familia del paciente entienda el plan de tratamiento y los posibles resultados.

**Fisioterapeutas (FT).** Los FTs ayudarán al paciente a mejorar su función física y capacidad de movimiento. El papel del FT es enseñarle al paciente cómo ser lo más independiente y estar seguro posible en su entorno. El FT le dará al paciente ejercicios y le ayudará a reentrenar sus músculos y nervios. El objetivo es restaurar la función normal. El FT también ayudará al paciente a fortalecer sus músculos y mejorar la resistencia, el andar y el equilibrio.

**Terapeuta ocupacional (TO).** Los TOs trabajarán en las actividades del día a día del paciente para ayudarle a ser más independiente. Estas actividades incluyen comer, bañarse, arreglarse y vestirse. También incluyen moverse hacia y desde su cama, su silla de ruedas, el inodoro, la bañera y la ducha. El TO trabajará con el paciente en la fuerza, el equilibrio y el control del tronco. Dependiendo del lugar, el TO puede:

- Evaluar las habilidades para pensar del paciente. Estas habilidades incluyen orientación, memoria, atención, concentración, cálculo, resolución de problemas, razonamiento y juicio.
- Evaluar la visión del paciente para abordar cualquier problema.
- Ayudar al paciente a manejar tareas más complejas. Estos incluyen el preparar y cocinar los alimentos, la administración del dinero y la participación en actividades de la comunidad.
- Recomendar y pedir cualquier equipo que el paciente pueda necesitar antes de volver a casa.

**Patólogo del habla y el lenguaje (PHL).** Los PHLs trabajarán con los problemas con el habla, la deglución y la comunicación. El PHL deberá:



- Ayudar al paciente a entender lo que otros dicen y a hablar claramente.
- Enseñar al paciente ejercicios y técnicas para mejorar su capacidad de hablar y expresarse ellos mismos. Esto puede incluir ejercicios para fortalecer los músculos utilizados en el habla o la deglución. El paciente también puede aprender ejercicios del habla para ayudarle a hablar más claramente.
- Evaluar las habilidades del lenguaje del paciente. Estas habilidades incluyen orientación, memoria, atención, concentración, cálculo, resolución de problemas, razonamiento y juicio.
- Evaluar la capacidad del paciente para tragar si tiene problemas para hacerlo (disfagia).
- Si es necesario, recomendar alimentos y bebidas que el paciente pueda comer o beber de forma segura.

**Terapeutas recreativos.** Los terapeutas ayudarán al paciente a encontrar actividades para ayudar a mejorar su salud y bienestar y que el paciente vuelva a la comunidad. Volver a la recreación o encontrar nuevas actividades es una parte importante de la recuperación. Esto puede incluir dar paseos o participar en actividades sociales y grupales en el hospital.

**Trabajadores sociales.** Los trabajadores sociales proporcionarán al paciente y a su familia información sobre los recursos comunitarios. También ayudará con el plan de alta del paciente y su regreso a la comunidad. El o ella deberá:

- Ayudar a averiguar para qué beneficios es elegible el paciente. Esto puede incluir *Medicaid* o Seguro Social.
- Ayudar al paciente y a su familia a encontrar recursos comunitarios.
- Proporcionar al paciente asesoramiento continuo y de apoyo para ayudarlo a acostumbrarse a su nueva situación.

**Nutriólogo o dietista.** El dietista evaluará el estado nutricional del paciente. También hará recomendaciones sobre una buena nutrición y la dieta del paciente. Los pacientes a menudo comen menos y bajan de peso después de una hospitalización. Centrarse en la dieta del paciente y cuántas calorías el paciente ingiere al día ayudará con la recuperación. El dietista también hablará con el paciente y su familia sobre la elección de un menú, la consistencia correcta de los alimentos y los cambios en la dieta que se ajusten a sus necesidades.

## ¿Qué papel desempeña la familia durante la rehabilitación ambulatoria aguda?

La familia puede:

- Conocer a los miembros del equipo que cuidan al paciente.
- Preguntar cuándo y cómo pueden participar en las sesiones de terapia.
- Preguntar acerca de las mejoras que pueden esperar ver durante la rehabilitación.
- Hacer preguntas sobre las diferentes terapias utilizadas.
- Preguntar y hablar sobre el proceso de alta al principio de la estancia del paciente; el tiempo en rehabilitación hospitalaria puede ser corto.
- Ir a sesiones de capacitación familiar a medida que el alta del paciente se acerca.
- Averiguar qué ayuda y supervisión adicional puede requerir el paciente al darlo de alta de la rehabilitación.



## ¿Qué sucede después de la REHAB?

Dejar la rehabilitación hospitalaria es un cambio que puede causar ansiedad. Muchas preguntas pueden surgir en el momento del alta. Estas pueden incluir:

- ¿Cómo podrá el paciente seguir mejorando después de salir del hospital?
- ¿Quién cuidará al paciente cuando se vaya a casa?
- ¿Qué pasa si el paciente necesita más ayuda de la que su familia puede darle?

Para ayudarle a superar este cambio, el trabajador social del paciente se asegurará de que tenga lo que necesita para continuar recuperándose después de salir del hospital. A medida que se acerque la fecha del alta del paciente, dependiendo de su entorno específico, un trabajador social, gerente de atención médica y/o planificador de alta se reunirán con él y su familia para formar un plan de alta. El equipo también apoyará en:

- Dar apoyo emocional al paciente.
- Ayudarle a obtener la atención que el paciente necesita. Esto incluye averiguar dónde obtendrá el paciente los servicios que necesita y quién se los proporcionará. También ayudarán al paciente a sacar el máximo provecho de sus beneficios de seguro.
- Ayudar al paciente a encontrar recursos que le ayuden a funcionar bien en su comunidad. Esto puede incluir ayuda con las finanzas, el cuidado en el hogar y el transporte, así como con los servicios de terapia comunitaria. También puede incluir ayuda con servicios gubernamentales como el Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés), Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés), *Medicaid*, *Medicare* y otros beneficios por discapacidad.

## Planes para la dada de alta

Cada plan de alta es diferente y refleja la situación personal y social única de un paciente. La recuperación de una LCT puede tardar meses o incluso años. La mayoría de las personas necesitarán terapia continua después de irse a casa. El plan específico para el alta del paciente puede caer en una las siguientes cuatro categorías:



**Alta con regreso a casa y recomendación de servicios REHAB en casa.** Este plan es para personas que están lo suficientemente bien como para estar en casa, pero que no están lo suficientemente bien como para viajar para ir a su terapia. En este caso, el trabajador social remitirá al paciente a una agencia de enfermería. El personal de la agencia acudirá a la casa del paciente, evaluará sus necesidades y le dará la atención necesaria. Dicha atención puede incluir terapia física y ocupacional. El paciente también puede necesitar un asistente de salud en el hogar. Casi siempre es necesario que la familia proporcione parte de la ayuda que el paciente necesitará en casa.

**Alta con regreso a casa y con recomendación de servicios ambulatorios.** Este plan es para personas que están lo suficientemente bien como para estar en casa y pueden viajar a una clínica ambulatoria para su terapia. En este caso, la familia del paciente proporcionará toda la ayuda y supervisión que necesita en casa. El paciente irá a una clínica ambulatoria que sea conveniente para él durante toda la terapia.

**Alta con un programa residencial de REHAB para LCT.** Este plan es para personas que están lo suficientemente bien como para vivir en la comunidad, pero necesitan un ambiente supervisado y estructurado. Esta opción es mejor para aquellas que no necesitan atención hospitalaria de una enfermera o un médico, pero necesitan más terapia para volver a la comunidad. La disponibilidad de estos programas depende del seguro del paciente y de dónde viva.

**Alta a un centro de cuidados de enfermería.** Este plan es para personas que no están listas para ir a casa y que necesitan más terapia en un ambiente estructurado con cuidado de enfermería. En este caso, el establecimiento proporciona cuidados de enfermería y rehabilitación en alas de rehabilitación especializadas. Estas alas a veces se llaman centros de rehabilitación subaguda o centros de enfermería especializada o SNFs (por sus siglas en inglés). El tiempo que las personas se quedan depende de sus necesidades médicas, de cuánto progreso hagan y otras limitaciones del seguro. Si el equipo del paciente recomienda un centro de enfermería que proporciona rehabilitación subaguda, el trabajador social le ayudará a encontrar uno que satisfaga sus necesidades.

## Referencias

Brain Injury Association of America. (n.d.). *Guiding principles when selecting a brain injury rehabilitation program*, (principios para elegir un programa de rehabilitación para lesión cerebral). Fairfax, VA: Autor. obtenido de <https://www.biausa.org/public-affairs/media/guiding-principles-when-selecting-a-brain-injury-rehabilitation-program>

Brain Injury of Alliance of New Jersey. (n.d.). *How to choose a service provider series* (serie sobre cómo elegir a un proveedor de servicios). Obtenida de <https://bianj.org/choose-a-provider/>

Nehra D, Nixon ZA, Lengenfelder C, Bulger EM, Cuschieri J, Maier RV, Arbabi S. *Acute Rehabilitation after Trauma: Does it Really Matter?* (rehabilitación aguda después de un trauma: ¿En realidad es importante?). J Am Coll Surg. 2016 Dec;223(6):755-763

## Autoría

*La lesión cerebral traumática y la rehabilitación ambulatoria aguda* ha sido elaborada por Brian D. Greenwald, MD, en colaboración con el *Model Systems Knowledge Translation Center*.

## Actualización de la hoja informativa

*La lesión cerebral traumática y la rehabilitación ambulatoria aguda* ha sido revisada y actualizada por Brian D. Greenwald, MD, y Thomas Watanabe, MD, en colaboración con el *Model Systems Knowledge Translation Center*.

**Fuente:** El contenido de esta hoja informativa está basado en la investigación y/o el consenso profesional. Este contenido ha sido revisado y aprobado por expertos de Traumatic Brain Injury Model Systems (TBIMS), financiados por el Instituto Nacional de Investigación de Discapacidad, Vida Independiente y Rehabilitación (NIDILRR), así como expertos de los Centros de Rehabilitación de Politraumas (PRC), con fondos del Departamento de Asuntos de los Veteranos de Estados Unidos.

**Descargo de responsabilidad:** Esta información no pretende reemplazar el consejo de un profesional médico. Usted debe consultar a su proveedor de atención médica con respecto a sus preocupaciones médicas específicas o tratamiento. Esta publicación fue producida por TBI Model Systems en colaboración con el University of Washington Model Systems Knowledge Translation Center con fondos del Instituto Nacional de Investigación de Discapacidad y Rehabilitación en el Departamento de Educación de los Estados Unidos, subvención No. H133A060070. Fue actualizado bajo el American Institutes for Research Model Systems Knowledge Translation Center, con fondos del Instituto Nacional de Discapacidad, Vida Independiente e Investigación de Rehabilitación (NIDILRR; 90DP0082). NIDILRR es un Centro dentro de la Administración para la Vida Comunitaria (ACL, por sus preocupes, por sus datos). Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). El contenido de esta hoja informativa no representa necesariamente la política de NIDILRR, ACL o HHS, por lo que no se debe asumir el endorso del gobierno federal.

**Copyright © 2021** Model Systems Knowledge Translation Center (MSKTC). Puede ser reproducido y distribuido libremente con la atribución apropiada. Se debe obtener un permiso previo para su inclusión en materiales que cobran tarifas.

