

ARTÍCULO ORIGINAL

Rehabilitación como intervención terapéutica: análisis bibliométrico de informes de casos clínicos, Revista Médica Hondureña 1995-2019

Rehabilitation as a therapeutic intervention: bibliometric analysis of case reports, Revista Médica Hondureña 1995-2019

Enma Molina-Amaya,¹ Javier Molina,² Gabriela María Galdámez-Torres,³ Sonia Flores,⁴ Saira Rápalo.⁴

¹Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación, Máster en Métodos Cuantitativos de Investigación en Epidemiología; Departamento de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH).

²Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación; Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Instituto Hondureño de Seguridad Social; Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC).

³Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación; Máster en Gerontología. Fundación Crisag; Hospital La Policlínica.

⁴Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación; Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Instituto Hondureño de Seguridad Social; Honduras Medical Center; Tegucigalpa.

RESUMEN. Antecedentes: La Revista Médica Hondureña (RMH) se ha caracterizado durante más de 90 años por ser el principal medio de difusión médico-científico en Honduras. **Objetivo:** Identificar si el manejo rehabilitador es considerado como opción terapéutica de acuerdo a la discapacidad de los casos clínicos publicados en la RMH en el periodo 1995-2019 y revisar algunas condiciones que generan discapacidad cuando no son atendidas oportunamente. **Métodos:** Revisión bibliométrica de los artículos de la sección Casos Clínicos, desde el Volumen 63 Número 1 Año 1995 al Volumen 87 Número 2 Año 2019, 98 números en total. En cada artículo se revisó si se había incluido la rehabilitación dentro del manejo terapéutico, y/o si había sido mencionado como parte integral del manejo de los pacientes. **Resultados:** De 206 artículos revisados, 11 (5.3%) describieron la rehabilitación como parte del manejo recibido; en 8 publicaciones el autor describió en la revisión de literatura que el manejo ideal en tales casos incluye la rehabilitación. De acuerdo a parámetros ya establecidos en Medicina Física y Rehabilitación, los casos informados en 106 (51.4%) artículos se habrían beneficiado de recibir manejo de rehabilitación. **Discusión:** A través de esta revisión bibliométrica de veinticinco años, se ha podido documentar que en Honduras aún no se reconoce el beneficio de la rehabilitación en las distintas patologías, tanto en el manejo hospitalario como ambulatorio. La Medicina Física y Rehabilitación contribuye a disminuir y/o evitar complicaciones en los pacientes, por lo que exhortamos a médicos generales y de otras especialidades a tomar conciencia de ello.

Palabras clave: Derivación y Consulta, Medicina Física y Rehabilitación, Práctica Integral de Atención, Prevención de Enfermedades.

INTRODUCCIÓN

La Revista Médica Hondureña (RMH) ha sido desde su fundación un pilar para el desarrollo de la medicina en Honduras. A lo largo de estos 90 años ha sido el espacio de mayor difusión de literatura médica local, permitiendo a los médicos hondureños publicar trabajos originales, revisiones, imágenes en la práctica clínica, casos clínicos y artículos de opinión, entre otros.¹ Los casos clínicos publicados suelen ser casos poco frecuentes en la atención clínica, descritos desde la perspectiva del autor quien además hace una breve revisión de la literatura.

La definición de Medicina Física y Rehabilitación enunciada por la Sección de Medicina Física y Rehabilitación de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS-PRM Section) recoge que esta es: "una especialidad médica independiente, relativa al funcionamiento físico y cognitivo, a la actividad (incluyendo comportamiento), a la participación (incluyendo calidad de vida) y a la modificación de factores personales y ambientales. Siendo por tanto responsable de la prevención, diagnóstico, tratamiento, así como también del manejo de la rehabilitación para las personas con discapacidad de todo rango de edad".² La rehabilitación es un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en la interacción con su entorno. Las condiciones de salud se refieren a enfermedades (agudas o crónicas), trastornos, lesiones o traumatismo. Una condición de salud también puede incluir otras circunstancias como el embarazo, el envejecimiento, el estrés, una anomalía congénita o predisposición genética. La rehabilitación es uno de los servicios esenciales definidos en Cobertura Universal.³

En Honduras, actualmente la mayoría de los hospitales de referencia nacional cuentan con servicio de medicina física y rehabilitación; en contraste, los hospitales regionales y de área no cuentan con el mismo, aunque sí existen centros de rehabilitación a cargo de organizaciones no gubernamentales en la mayoría de los departamentos del país.⁴ Con el propósito de contribuir a centrar la atención en la importancia del cuidado

Recibido: 13-04-2020 Aceptado para publicación 30-06-2020

Dirección para correspondencia: Dra. Enma Molina-Amaya,

Correo electrónico: ec_molam@yahoo.com

Declaración de relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés: ninguna.

DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v88i1.11598>

integral del paciente, incluyendo los aspectos relacionados con el funcionamiento y la discapacidad, se realizó un estudio con el objetivo de identificar las intervenciones de rehabilitación como un componente del manejo terapéutico en los casos clínicos publicados en la RMH en el periodo 1995-2019 y se revisaron algunas condiciones agudas que pueden generar discapacidad cuando no se brinda un oportuno manejo rehabilitador.

MÉTODOS

Se revisaron todos los artículos de la sección Casos Clínicos de los números regulares de la RMH, desde el Volumen 63 Número 1 Año 1995 al Volumen 87 Número 2 Año 2019, un total de 98 números. No se incluyó en la revisión los diferentes suplementos anuales. La unidad de análisis fue cada artículo, aunque se tratara de una serie de casos.

Durante la revisión se buscó: 1) información relacionada al manejo brindado con la finalidad de prevenir o recuperar las alteraciones en el funcionamiento, 2) en el apartado de discusión, se buscó información acerca del manejo de rehabilitación que otros autores proponen, también orientado a la prevención de discapacidad. La información fue registrada en una base de datos elaborada en Excel 2016.

Se analizaron todos los casos y las principales causas de discapacidad identificadas. La variable primaria de resultado fueron los casos que de acuerdo a su condición o patología de base podrían beneficiarse del manejo desde el punto de vista fisiátrico. Esto se determinó a partir de los datos clínicos descritos: funciones o estructuras afectadas (ej. Alteración de la marcha, debilidad de alguna extremidad, movilidad de las articulaciones, daño al sistema nervioso –incluido el cerebro en desarrollo–, etc.), estancia intrahospitalaria igual o mayor a 15 días, estancia en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) igual o mayor a 3 días. La variable secundaria fueron los casos en los que el autor en su revisión de literatura ha mencionado que la rehabilitación es parte del manejo ideal (sea que lo describa como parte del manejo brindado o no). Los resultados se presentan como frecuencias y porcentajes de las diferentes variables estudiadas.

RESULTADOS

En el periodo de 25 años se identificaron y se analizaron 206 artículos de casos clínicos. En 11 (5.3%) de estos se descri-

bió la rehabilitación como parte del manejo recibido. De acuerdo a parámetros ya establecidos en rehabilitación, los casos en 106 (51.4%) artículos se habrían beneficiado de recibir manejo de Medicina Física y Rehabilitación. En 8 de las publicaciones el autor describió en su revisión de literatura que el manejo ideal en tales casos incluye la rehabilitación y de éstos tres la recibieron.

El Cuadro 1 detalla los artículos por quinquenio, la necesidad de rehabilitación y el informe que se hizo acerca de este aspecto. En el cuadro 2 se indica la especialidad o campo de trabajo del primer autor, las especialidades que más casos informaron fueron: Cirugía=27, Gineco-obstetricia=25, Pediatría=23 y Medicina General=23. Además, se identificaron 28 reportes de casos que tuvieron estancia intrahospitalaria igual o mayor a 15 días y en 12 reportes los pacientes permanecieron ingresados en UCI por 3 días o más. Médicos generales, pediatras y cirujanos informaron más casos con larga estancia en una sala de hospitalización general o de cuidados intensivos.

DISCUSIÓN

Esta revisión bibliométrica ha tenido como objetivo identificar si el manejo rehabilitador es considerado como opción terapéutica, de acuerdo a la discapacidad de los casos clínicos publicados en la RMH y revisar algunas condiciones que generan discapacidad cuando no son atendidas oportunamente debido al impacto que pueden tener en su evolución. Consideramos que la rehabilitación en el paciente crítico, paciente con encamamiento prolongado, problemas cardiopulmonares, alteraciones en el neurodesarrollo y con daño neurológico puede beneficiar la mejoría del cuadro clínico. En este estudio encontramos que solo 11 de 206 artículos describieron la rehabilitación como parte del manejo brindado al paciente, y en 8 se le menciona en el apartado de discusión y revisión de la literatura acerca del caso. Esto puede deberse predominantemente a tres situaciones: al reportar un caso, los datos que se presentan son los más relevantes para el autor, por ejemplo, la técnica quirúrgica para el cirujano o la respuesta a los antibióticos para el infectólogo, con lo que la descripción de la intervención de rehabilitación puede pasar desapercibida. Otra razón podría ser que el sistema público y la seguridad social cuenta con servicios de rehabilitación tanto a nivel hospitalario como de consulta externa solo en las ciudades de Tegucigalpa y San

Cuadro 1. Artículos de casos clínicos publicados por quinquenio en la Revista Médica Hondureña Volumen 63 (1) 1995 - Volumen 87 (2) 2019 de acuerdo al manejo de rehabilitación recibido o posible.

Quinquenio	Número de casos clínicos publicados	Número de casos en que se describe que el paciente recibió rehabilitación	Número de casos en que se discute que la rehabilitación forma parte del tratamiento	Número de casos que podrían haberse beneficiado de manejo por parte de Rehabilitación
1995-1999	36	0	0	15
2000-2004	49	3	2	24
2005-2009	40	4	1	15
2010-2014	37	1	1	22
2015-2019	44	3	4	30
Total	206	11	8	106

Cuadro 2. Artículos de casos clínicos publicados en la Revista Médica Hondureña Volumen 63 (1) 1995 - Volumen 87 (2) 2019, según especialidad o área de trabajo del primer autor.

Área médica que publica	Casos publicados	Estancia intrahospitalaria \geq 15 días	Estancia en Unidad de Cuidados Intensivos \geq 3 días	Pacientes que se podrían haber beneficiado de manejo por parte de Rehabilitación
Cirugía	27	6	4	12
Gineco-obstetricia	25	2	0	11
Pediatría	23	7	3	17
Medicina General	23	6	2	8
Medicina Interna	18	2	0	12
Dermatología	18	0	0	7
Neurología	14	1	1	10
Neurocirugía	9	1	1	4
Otorrinolaringología	8	0	0	3
Patología	7	1	1	3
Ortopedia	5	0	0	4
Cardiología	4	0	0	2
Radiología	4	0	0	0
Reumatología	4	0	0	4
Parasitología	4	1	0	1
Infectología	3	1	0	1
Endocrinología	3	0	0	1
Neumología	3	0	0	3
Genética	2	0	0	2
Oftalmología	1	0	0	1
Psiquiatría	1	0	0	0
TOTAL	206	28	12	106

Pedro Sula, las dos ciudades más importantes del país, por lo cual los pacientes de estos sistemas que no sean de estas ciudades no pueden beneficiarse del manejo por un especialista en la materia. Una tercera razón es que, si se compara con las demás especialidades, la Medicina Física y Rehabilitación es una de las más recientes en el país, por lo que algunos colegas aún desconocen los beneficios que significa para los pacientes.

En esta revisión, se identificó que en 12 artículos se reportaron pacientes que tuvieron estancia en UCI por más de 3 días, y 28 que tuvieron estancia intrahospitalaria mayor de 15 días. Solo en 3/12 artículos que reportan permanencia igual o mayor a tres días en UCI y en 4/28 reportes de estancia hospitalaria igual o mayor a 15 días se documentó como parte del tratamiento el manejo rehabilitador. Los avances médicos y tecnológicos han incrementado la sobrevida posterior a la enfermedad crítica en la última década. Sin embargo, este aumento de la sobrevida de los pacientes, tiene efectos sobre los distintos sistemas corporales, siendo los más frecuentemente afectados los sistemas musculoesquelético, cardiovascular, respiratorio, tegumentario y cognitivo. Está documentado en los pacientes sobrevivientes a Cuidados Intensivos, posterior a ser dados de alta, síntomas como debilidad, alteraciones y déficits físicos, así como alteraciones neurocognitivas y/o psiquiátricas.⁵

Así mismo el encamamiento prolongado per se produce efectos deletéreos sobre el organismo: estudios de imagen por resonancia magnética demuestran pérdida de masa muscular al séptimo día, resultando en menor resistencia y mayor fatigabilidad, esto se puede observar ya en la primera semana de inmovilización, pues se pierde hasta 40% de la fuerza muscular. Esta fuerza muscular es difícil de recuperar al egresar del hospital. En el sistema óseo se incrementa la resorción, pero la formación ósea permanece igual, provocando reducción de masa ósea, desmineralización y aumento del riesgo de fracturas. Se estima una pérdida de densidad ósea de 1% después de una semana de inmovilización; sin embargo, si hay distrés respiratorio, se acelera aún más la resorción y la desmineralización. En el sistema cardiopulmonar, hay reducción del volumen sistólico hasta 30% en el primer mes de encamamiento, con aumento de la frecuencia cardíaca en reposo e intolerancia al ortostatismo, que puede iniciar tan pronto como a las 72 horas de reposo. En el pulmón, se producen atelectasias y neumonía. En otros sistemas, hay aumento de riesgo de tromboembolismo, aumento de riesgo de úlceras por presión, resistencia a la insulina, alteraciones en el sistema gastrointestinal, desarrollo de alteraciones cognitivas, delirio, patrón de sueño alterado, entre otros.⁶

Las discapacidades pueden durar años posterior al alta de UCI, provocando pobre calidad de vida, déficits para autocuidado, incremento de readmisiones hospitalarias y muerte. Algunos estudios reportan hasta un 40-50% de mortalidad a los 12 meses posteriores a estancia en UCI.⁷ Mediante la intervención temprana de medicina de rehabilitación, se pueden obtener muchos beneficios para los pacientes críticos, algunos de estos beneficios son: minimizar las complicaciones del reposo prolongado en cama, se promueve la mejora funcional de los pacientes, se promueve y facilita un destete de ventilación mecánica más rápido, mejoría de la fuerza global. Se logra reducir la duración de la estancia hospitalaria, así como el gasto total hospitalario.⁸

En lo referente a los casos clínicos cardiopulmonares: 10 publicaciones con alteración del funcionamiento y/o estructura pulmonar, 10 con alteración del funcionamiento y/o estructura del corazón y 5 con alteración cardíaca y pulmonar (diferentes causas y especialidades); en ningún artículo se mencionó la necesidad del manejo integral por parte de medicina de rehabilitación, la cual es fundamental para prevenir mayor deterioro en la funcionalidad. En este contexto es importante hacer mención que el 31% de las deficiencias que causan discapacidad en nuestro país corresponden al sistema cardiovascular;⁹ por lo tanto es necesario considerar la intervención de rehabilitación cardiopulmonar como uno de los pilares en pacientes con diferentes enfermedades que puedan afectar el sistema cardiorespiratorio. La literatura describe que todo programa de rehabilitación pulmonar tiene como objetivo reducir los síntomas, mejorar la actividad, la función y recuperar el mayor nivel de independencia posible en el paciente con una enfermedad respiratoria crónica. El objetivo principal es mantener con el tiempo un nivel de actividades físicas diarias necesarias para la salud física y psíquica del paciente, con el propósito de disminuir las consecuencias sistémicas de la enfermedad y los gastos de salud. La rehabilitación cardiopulmonar está indicada en numerosas patologías como son: Enfermedad Pulmonar Obstruccion Crónica, asma, enfermedades intersticiales, pre y postoperatorio de cirugía abdominal, torácica y bronquiolititis, en oncología torácica, en periodo peri operatorio, etc. Los beneficios demostrados son: mejoría de la disnea, de la tolerabilidad al ejercicio y de la calidad de vida, reducción del número y/o la duración de las exacerbaciones. Los estudios médico-económicos revelan una relación coste-eficacia positiva a favor de la rehabilitación.¹⁰

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la rehabilitación cardíaca "es el conjunto de actividades *necesarias* para asegurar a los cardiopatas una condición física, mental y social *óptima* que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad".¹¹ Existe evidencia de ensayos a corto y largo plazo que una disminución de la mortalidad con los programas de rehabilitación cardíaca, incluso en enfermos con insuficiencia cardíaca.¹² Hoy día, se considera la rehabilitación cardíaca una parte esencial del tratamiento y cuidados que se les debe prescribir de manera individualizada a todos los pacientes con enfermedades cardiovasculares. Dentro de sus objetivos está el incremento de la capacidad funcional de estos pacientes, aliviar o disminuir

síntomas relacionados con la actividad física y facilitar que retornen a una vida productiva y satisfactoria en la sociedad. Así mismo, la rehabilitación cardíaca es beneficiosa no solo para la calidad de vida, sino que disminuye la morbilidad y la mortalidad de los pacientes cardiopatas.¹³

Lamentablemente, los programas de rehabilitación pulmonar y cardíaca son infrautilizados a nivel mundial, en Estados Unidos menos del 30% de los pacientes que requieren rehabilitación cardíaca tienen estos servicios y en España esta cifra está entre 2-3%.¹⁴ Es de destacar el hecho que en nuestro país existen programas de rehabilitación cardíaca a los cuales pueden ser enviados pacientes que lo ameriten.¹⁵

En esta revisión se identificaron 28 artículos de pacientes en edad pediátrica –publicados por diferentes áreas médicas–, 13 de ellos reportaron larga estancia hospitalaria y diez más se podrían haber beneficiado de tratamiento rehabilitador, ya sea para estimulación temprana, terapia física, terapia de lenguaje o terapia respiratoria. El desarrollo de los niños puede verse afectado por diferentes razones y en diferentes momentos. Entre factores de riesgo biológico involucrados en esta restricción figuran la malnutrición en la infancia y enfermedades infecciosas crónicas o a repetición.¹⁶ Así mismo, el riesgo neurológico puede ser secundario a condiciones durante el embarazo y el parto, así como la edad gestacional y peso al nacer. La situación es particularmente difícil para los países de medianos y bajos ingresos, donde se estima que 43% de los infantes están en riesgo de un desarrollo sub-óptimo, lo cual provoca menos productividad en la edad adulta.^{17,18} Datos preliminares de un estudio de prevalencia de discapacidad infantil en Honduras concuerdan con ello: 8.34% de niños con discapacidad, siendo los problemas de aprendizaje la mayor discapacidad.¹⁹ En particular riesgo neurológico se encuentran los recién nacidos pre término y aquellos expuestos al estrés de una sala de cuidados intensivos neonatales, sepsis o lesiones cerebrales.^{18,20} Por lo anterior es fundamental una buena evaluación y estimulación del neuro-desarrollo en todos los niños en riesgo. Debido a que estas condiciones pueden alterar el funcionamiento motor, sensorial, cognitivo, la comunicación y la conducta posterior, las intervenciones dirigidas a estimular el desarrollo por parte de los diferentes miembros del equipo de rehabilitación son fundamentales en estos casos, pues en los primeros dos años de vida la plasticidad cerebral permite que los estímulos puedan disminuir las consecuencias de la injuria.²¹⁻²³ Estas intervenciones pueden ser muy variadas, pero en general procuran mejorar la capacidad de autorregulación del recién nacido, así como estimulación del control sensorio-motor y del movimiento de las extremidades, estimulación del desarrollo visual y de la deglución.²² Así mismo, los niños de cualquier edad con problemas respiratorios crónicos pueden beneficiarse de recibir terapia respiratoria, la cual tiene no solo un componente pasivo para manejo de secreciones, sino también un importante énfasis en educación y ejercicio.²⁴

En nuestro país, un estudio encontró que el 39% de las causas de discapacidad en adultos jóvenes correspondieron a las afecciones del sistema nervioso.⁹ En esta revisión se describió manejo rehabilitador en 4 artículos de pacientes con daño neu-

rológico: síndrome Guillain-Barré (2), síndrome de Rett e infarto talámico. Si bien estas son causas poco frecuentes de daño neurológico, existen otras entidades que generan una gran carga de discapacidad. Por ejemplo, el evento cerebrovascular es una de las principales causas de años de vida ajustados por discapacidad alrededor del mundo.²⁵ Las personas sobrevivientes de un evento cerebrovascular, pueden lograr independencia total entre un 30% a las 3 semanas y un 50% a los 6 meses; 20% de los pacientes mueren en los primeros 30 días.²⁶ La disfagia post accidente cerebrovascular se ha reportado entre el 27-64% de pacientes, en algunos informes resolvió en 2 semanas en el 50%, 15% después de un mes, lo cual podría provocar desnutrición, infección, estadía prolongada en el hospital, deteriorar el proceso de rehabilitación y muerte.²⁷ Durante la rehabilitación, el tratamiento de las afectaciones motoras cobra relevancia debido a la discapacidad del paciente en actividades básicas como moverse de cama, mantenerse sentado o caminar.²⁸ Es de destacar el hecho que entre más alto sea el estado funcional a los 3 ó 6 meses del accidente cerebrovascular (isquémico) está asociado con una mejor supervivencia.²⁹

En conclusión, en este grupo de 206 artículos de casos clínicos en un período de veinticinco años en la RMH, los grandes beneficios de la rehabilitación en las distintas patologías, tanto del paciente hospitalizado como en los pacientes ambulatorios

habitualmente no son tomados en cuenta. La mayoría de las condiciones que producen cambios en la función y la estructura de órganos como el sistema nervioso, cardio-respiratorio y músculo-esquelético pueden conducir a limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, el objetivo de la rehabilitación es brindar las herramientas necesarias para alcanzar el mejor funcionamiento posible de las personas en lo referente a: autocuidado, manejo del hogar, funcionalidad en el trabajo, educación, juego e integración comunitaria. Exhortamos a los colegas de las diferentes especialidades médicas a derivar y consultar de manera oportuna la amplia gama de servicios con que cuenta la Medicina de Rehabilitación.

CONTRIBUCIONES

Todos los autores contribuyeron con la idea original y redacción del manuscrito. JM y EMA lideraron la redacción del artículo. Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Jackeline Alger, Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, por su orientación para la elaboración de este trabajo.

REFERENCIAS

1. Revista Médica Hondureña [Internet]. [citado 2020 Jun 24]. Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/acerca-de-la-revista/revista-medica-hondurena/>
2. Sección de Medicina Física y Rehabilitación/ Unión de Médicos Especialistas/Board Europeo de Medicina Física y Rehabilitación. Libro Blanco de Medicina Física Y Rehabilitación en Europa [Internet]. Gutenberg C, Ward AB, Chamberlain MA, editors. Vol. 45. Publicación Europea De Medicina Física Y Rehabilitación; 2009 [citado 2020 Jun 26]. 9–16 p. Disponible en: www.euro-prm.org
3. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación [Internet]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13919:rehabilitation&Itemid=41651&lang=es
4. Mejía MA, Rivera PM, Urbina M, Alger J, Flores S, Maradiaga E, et al. Historia de la Medicina Medicina de Rehabilitación: Reseña Histórica y Marco Regulatorio en Honduras. Rev Med Hondur [Internet]. 2014 [citado 2020 Mar 25];82(4):168–74. Disponible en: http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Articulo1_Vol82-4-2014.RehabilitacionHistoria.pdf
5. Parry SM, Puthuchery ZA. The impact of extended bed rest on the musculoskeletal system in the critical care environment. Extrem Physiol Med. 2015;4(1):1–8.
6. Mendez-Tellez PA, Nusr R, Needham DM, Feldman D. Early Physical Rehabilitation in the ICU: A Review for the Neurohospitalist. The Neurohospitalist. 2012;2(3):96–105.
7. Iwashyna TJ, Cooke CR, Wunsch H, Kahn JM. The Population Burden of Long-Term Survivorship after Severe Sepsis Among Older Americans. J Am Geriatr Soc. 2012;60(6):1070–7.
8. Perme C, Chandrashekar R. Early mobility and walking program for patients in intensive care units: Creating a standard of care. Am J Crit Care. 2009;18(3):212–21.
9. Flores S, Dilworth Jiménez, Wilmer Castellanos D, Alger J, Zúñiga L, Gonzales M, et al. Prevalencia de discapacidad y sus características. Rev Med Honduras. 2015;83(1 & 2):7–17.
10. Miranda G, Gómez A, Pleguezuelos E, Capellas L. Rehabilitación respiratoria en España. Encuesta SORECAR. Rehabilitación. 2011;45(3):247–55.
11. Burdiat Rampa G. Programa práctico de rehabilitación cardiovascular. Rev urug cardiol. 2006;240–51.
12. Oldridge NB, Guyatt GH, Fischer ME, Rimm AA. Cardiac Rehabilitation After Myocardial Infarction: Combined Experience of Randomized Clinical Trials. JAMA J Am Med Assoc. 1988 Aug;260(7):945–50.
13. Oses Puche JJ, Toribio Cocho J. Rehabilitación Cardíaca. Vol. 8, Rehabilitación. 1974. 39–42 p.
14. Cano de la Cuerda R, Alguacil Diego IM, Alonso Martín JJ, Molero Sánchez A, Miangolarra Page JC. Cardiac rehabilitation programs and health-related quality of life. State of the art. Rev Esp Cardiol. 2012;65(1):72–9.
15. El IHSS cuenta con rehabilitación cardíaca - Diario La Prensa [Internet]. [citado 2020 Jun 26]. Disponible en: <https://www.laprensa.hn/guiamedica/816975-418/el-ihss-cuenta-con-rehabilitacion-cardiaca>
16. Bhutta ZA, Guerrant RL, Nelson CA. Neurodevelopment, nutrition, and inflammation: The evolving global child health landscape. Vol. 139, Pediatrics. American Academy of Pediatrics; 2017. p. S12–22.
17. Vaivada T, Gaffey M-F, Bhutta Z-A. Promoting Early Child Development With Interventions in Health and Nutrition: A Systematic Review. Pediatrics [Internet]. 2017;140(2):2020. Disponible en: www.aappublications.org/news
18. Gasparrini E, Rosati F, Gaetti MT. Long-term follow-up of newborns at neurological risk. Ital J Pediatr. 2019 Mar 18;45(1).
19. Galdámez GM, Castellanos N, Rodríguez IS, Sierra JE, Alger J, Gonzales RM, et al. High Prevalence of Disability in Children Aged 2-17 Years Old in Honduras, Central America, 2017: Abstracts of scientific papers and posters presented at the ISPRM world congress and annual meeting of the association of academic physiatrists Orlando, Florida march 4–9, 2020. J Int Soc Phys Rehabil Med [serial online] 2020 [citado 2020 Junio 30];3, Suppl S1:1-488. Disponible en: <http://www.jisprm.org/text.asp?2020/3/5/1/283766>
20. Smith GC, Gutovich J, Smyser C, Pineda R, Newnham C, Tjoeng TH, et al. Neonatal intensive care unit stress is associated with brain development in

- preterm infants. Vol. 70, *Annals of Neurology*. 2011. p. 541–9.
21. Cuello-Garcia CA, Mai SHC, Simpson R, Al-Harbi S, Choong K. Early Mobilization in Critically Ill Children: A Systematic Review. *J Pediatr* [Internet]. 2018;203:25-33.e6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.07.037>
 22. Ross K, Heiny E, Conner S, Spener P, Pineda R. Occupational Therapy, Physical Therapy and Speech-Language Pathology in the Neonatal Intensive Care Unit: Patterns of Therapy Usage in a Level IV NICU HHS Public Access. *Res Dev Disabil*. 2017;64:108–17.
 23. Ismail FY, Fatemi A, Johnston M V. Cerebral plasticity: Windows of opportunity in the developing brain. *Eur J Paediatr Neurol* [Internet]. 2017;21(1):23–48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpn.2016.07.007>
 24. Jung A, Heinrichs I, Geidel C, Lauener R. Inpatient paediatric rehabilitation in chronic respiratory disorders. *Paediatr Respir Rev* [Internet]. 2012;13(2):123–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.prrv.2011.08.001>
 25. Feigin VL, Nichols E, Alam T, Bannick MS, Beghi E, Blake N, et al. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2019;18(5):459–80.
 26. Mercier L, Audet T, Hébert R, Rochette A, Dubois M-F. Management of patients with stroke: rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. *Stroke*. 2010;(1):1–108.
 27. Geeganage C, Beavan J, Ellender S, Bath PM. Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(10).
 28. The Management of Stroke Rehabilitation Work Group D of VA, Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Stroke Rehabilitation [Internet]. 2019 Jul [citado 2020 Jun 28]. Disponible en: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/stroke/VADoDStrokeRehabCPGFinal8292019.pdf>
 29. Slot KB, Berge E, Dorman P, Lewis S, Dennis M, Sandercock P. Impact of functional status at six months on long term survival in patients with ischaemic stroke: Prospective cohort studies. *Bmj*. 2008;336(7640):376–9.

ABSTRACT. Background: For over 90 years, *Revista Médica Hondureña* (RMH) has been the most important medium of medical-scientific publications in the country. **Objective:** To identify the rehabilitation interventions documented as part of the therapeutic management in Case Reports published from 1995-2019, as well as to review some conditions that cause disability if not addressed promptly. **Methods:** A bibliometric review of the articles published in the Clinical Case section, since Volume 63 (1)-1995, to Volume 87 (2)-2019 was realized, totally 98 numbers. In each clinical case reported it was assessed if rehabilitation was included as part of the therapeutic intervention, and/or if it had been mentioned as a holistic part of the handling of these patients. **Results:** 206 clinical cases articles were analyzed, 11 (5.3%) of them described rehabilitation as part of the intervention implemented, and in 8 publications the author described that rehabilitation is mentioned in the literature as part of the ideal intervention. According to Physical Medicine and Rehabilitation (PM&R) standard parameters, the cases in 106 (51.4%) out of the 206 articles could have benefited from these interventions. **Discussion** Through this twenty-five year bibliometric review, it has been documented that the great benefits of rehabilitation in the different pathologies are still not recognized in Honduras, both for hospitalized patients and outpatients. PM&R contributes to reduce and/or avoid complications in many patients, reason why we exhort colleagues in different medical areas to become aware of it.

Keywords: Disease Prevention, Integral Healthcare Practice, Physical and Rehabilitation Medicine, Referral and Consultation.