REPORTE DE CASOS

Reporte de caso clínico: Atención kinésica en paciente con discapacidad física post operada de colgajo miocutáneo

Clinical case report: Kinesic attention in patient with physical disability post operated of myocutaneous flap

Osorio Risso, Laura; Peña Ruiz, Daiana; Morales Clemotte, Lelis

Carrera de Kinesiología y Fisioterapia. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo – Paraguay.

RESUMEN

Introducción: En la actualidad existe un creciente interés por el aumento en la prevalencia de las enfermedades reumatológicas, que generan discapacidad y grandes costos a los sistemas de salud. La cobertura cutánea forma parte de un tratamiento ante la exposición de tejidos nobles.

Descripción del caso: Paciente de sexo femenino de 57 años de edad, con 22 días de internación en la Unidad de Cirugía Plástica del Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, post operada de colgajo cutáneo en la región anterior de la rodilla izquierda, de lenta evolución y con diagnóstico de base artritis reumatoidea, post operada de prótesis de cadera. La primera evaluación kinésica demuestra un grado de independencia del 25%, correspondiendo a grado II de la escala de FIM, y un valor de 65/100 de la escala de Barthel correspondiendo a dependencia moderada. En la última sesión se alcanzó en la Escala de Barthel: dependencia leve de 93 puntos y en la Escala de FIM: grado IV Asistencia Mínima. El objetivo de la presentación del caso es demostrar la evolución funcional de la paciente luego de recibir un total de 10 sesiones de fisioterapia. **Discusión:** La artritis reumatoide es una enfermedad crónica que se caracteriza por limitación funcional y discapacidad, las fisioterapia en paciente internados con afecciones crónicas incapacitantes debe iniciar desde la admisión hospitalaria para la mejor evolución clínica y quirúrgica, mediante el trabajo interdisciplinario y tratamiento continuo de fisioterapia, la paciente logro su máximo grado de independencia

Palabras Clave: Discapacidad; artritis reumatoide; Fisioterapia.

Autor correspondiente: Univer. Laura Osorio Risso. Estudiante del 5to. año de la Carrera de Kinesiología y Fisioterapia. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo – Paraguay. E-mail: lauosoriorisso@gmail.com
Fecha de recepción el 18 de Diciembre del 2017; aceptado el 03 de Diciembre del 2018.

ABSTRACT

Introduction: There is currently a growing interest in the increase of rheumatological diseases prevalence, which generate disability and high costs to health systems. The skin coverage is part of a treatment against the exposure of noble tissues. **Case Description:** 57-year-old female patient, with 22 days of hospitalization in the Plastic Surgery Unit of the Hospital de Clínicas, Faculty of Medical Sciences, post-operative cutaneous flap in the anterior region of the left knee, Slow evolution and with diagnosis of rheumatoid arthritis base, post operated hip prosthesis. The first kinesthetic evaluation shows a degree of independence of 25%, corresponding to grade II of the FIM scale, and a value of 65/100 of the Barthel scale corresponding to moderate dependence. In the last session the Barthel Scale was reached: slight dependence of 93 points and in the FIM Scale: grade IV Minimum Attendance. The objective of the presentation of the case is to demonstrate the functional evolution of the patient after receiving a total of 10 sessions of physiotherapy. **Discussion:** Rheumatoid arthritis is a chronic disease characterized by functional limitation and disability. Physiotherapy in hospitalized patients with chronic disabling conditions must start from hospital admission for the best clinical and surgical evolution, through interdisciplinary work and continuous physiotherapy treatment, the patient achieved its maximum degree of independence

Keywords: Disability; Rheumatoid Arthritis; Physiotherapy.

INTRODUCCION

El concepto de funcionamiento se puede considerar como un término global, que hace referencia a todas las funciones corporales, actividades y participación; de manera similar la discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones de la actividad o restricciones en la participación (1). Las enfermedades reumáticas se encuentran entre las enfermedades crónicas no transmisibles y más de la mitad de los casos de invalidez prolongada (2).

Las enfermedades musculoesqueléticas constituyen la principal causa de morbilidad entre los adultos de países desarrollados, así como de incapacidad laboral entre los 18-64 años. La valoración de la función física es una labor de rutina en los centros y unidades de rehabilitación. Los índices para medir la discapacidad física son cada vez más utilizados en la investigación y en la práctica clínica, especialmente en los ancianos, cuya prevalencia de discapacidad es mayor que la de la población general. La evaluación de función física forma parte importante de los instrumentos usados para la valoración genérica de la calidad de vida relacionada con la salud y plantear un tratamiento de rehabilitación física (3,4,5)

Las coberturas cutáneas como tratamiento en lesiones de tejidos expuestos, requiere de cuidados en la zona receptora así como

la dadora, uno de los cuidados para el éxito quirúrgico es evitar el apoyo y la movilidad del área comprometida del colgajo, en ese periodo de tiempo se requiere de un tratamiento kinésico que acompañe la meta del equipo de salud y evitar las complicaciones que puede tener un paciente con patologías de base que limita aún más su funcionalidad (6,7)

La Organización Mundial de la Salud ha utilizado el término "discapacidad" desde 1980, hasta que en 1999 habla de "limitación de la actividad". Es necesario educar y proporcionar recursos para aplicar rutinariamente instrumentos de valoración e integrar tecnología de medición en rehabilitación para facilitar el proceso de cuantificación de resultados. No existe una escala perfecta que guste a todos, en el caso clínico presentado se valora la discapacidad utilizando las escalas de Barthel y la Medida de Independencia Funcional (FIM, por sus siglas en inglés) (8).

Se presenta el caso clínico de una paciente de sexo femenino de 57 años de edad, con 22 días de internación en la Unidad de Cirugía Plástica del Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, post operada de colgajo cutáneo en la región anterior de la rodilla derecha, de lenta evolución, con diagnóstico de base artritis reumatoidea y post operada de prótesis de cadera.

El objetivo de la presentación del caso es demostrar la evolución funcional de la paciente luego de recibir un total de 10 sesiones de fisioterapia, e ilustrar su grado de independencia luego de la rehabilitación física.

Las terapéuticas kinésicas implementadas ante el déficit funcional global de la paciente por la artritis reumatoidea, coxalgia, gonalgia, encamamiento prolongado y el colgajo en la región de la rodilla derecha fueron: movilizaciones activas asistidas de la región alejada al colgajo, elongaciones musculares, sedestación progresiva, corrección de la postura, masoterapia alrededor del colgajo y cuidados dermatofunciones (7,9,10).

DESCRIPCION DE CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino de 57 años de edad, con 22 días de internación en la Unidad de Cirugía Plástica del Hospital de Clínicas, presenta prótesis total de rodilla hace 5 meses desde nuestra visita, posterior diagnóstico de infección de la herida quirúrgica, por lo que realiza antibioticoterapia, al constatarse el progreso de la infección y pérdida de sustancia e ingresa al servicio de cirugía plástica del Hospital de Clínicas, se le practica dos colgajos musculares, en la región del muslo y pierna

izquierda, separados por un lapso de 15 días entre cirugías. Entre sus antecedentes patológicos personales se encuentra, artritis reumatoide hace 30 años, artrosis de cadera y rodilla bilateral. Antecedentes quirúrgicos: prótesis total de cadera izquierda y de ambas rodillas y post operatorio de colgajo muscular. La paciente recibió un total de atenciones de fisioterapia de 10 sesiones, hasta su alta hospitalaria.

- **Diagnóstico médico:** Artritis reumatoide, artrosis cadera y rodilla.

- **Cirugía realizada:** Colgajo muscular en Tríceps Sural (gemelo externo), Tibial Posterior y Cuádriceps (vasto interno) - colgajo cutáneo en zona lateral de la pierna y articulación de la rodilla vasto externo del Cuádriceps de la pierna izquierda. (28- 07-17)

- **Plan médico quirúrgico:** Finalizar antibioticoterapia profiláctica, Evaluar evolución del colgajo y cierre de la herida.

- **Diagnóstico kinésico:** Discapacidad funcional completa grado II/VII (escala de FIM). Independencia Funcional moderada 65/100 (índice de Barthel)

Evaluación por aparatos y sistemas de la primera sesión (20- 07- 2017)

- **Sistema osteomioarticular:** a la inspección se observa deformidades en las muñecas y dedos del miembro superior (ver figura 1), presenta una postura antiálgica con desviación lateral del tronco hacia el lado derecho y flexión constante de rodilla del mismo lado. Presenta un vendaje en la pierna izquierda con una herida quirúrgica seca y con presencia de escaso

tejido de granulación (ver figura 2) La movilidad activa y pasiva de los miembros inferiores se encuentra limitada por dolor. Dolor según la escala analógica visual 8/10 en la cadera derecha, 5/10 en las demás articulaciones. Fuerza muscular: 3/5 a nivel proximal de los miembros superiores, 2/5 en muñeca y dedos. Grado 3/5 en miembros inferiores.

Figura 1.

Figura 2.

• **Evaluación de actividades funcionales:** realiza sedestación sin apoyo lateralizando la columna hacia la derecha, no realiza bipedestación ni marcha, refiere que antes de la internación utilizaba andador. Dificultad para la prensión y motricidad fina.

• **Evaluación dermatofuncional:** trofismo muscular disminuido, presencia de cicatriz quirúrgica en el miembro inferior izquierdo, secundario a colgajos, con escaso tejido de granulación, rojiza y móvil. La textura de la piel es flexible y brillante de característica fina. Presenta heridas quirúrgicas, que se extiende desde la zona inguinal de la cadera, hasta por encima del tobillo de la pierna izquierda; seca, sin ser perceptibles la presencia de calor ni rubor, no se evidencian signos de inflamación o infección. Apósitos limpios y secos, que cubren todo el largo de la herida (Ver figura 3).

Figura 3.

• **Área quirúrgica:** Zona dadora: Tríceps Sural (gemelo externo), Tibial Posterior y Cuádriceps (vasto interno). Zona receptora: Zona lateral de la pierna y Articulación de la Rodilla vasto externo del Cuádriceps. La movilidad articular y de partes blandas se encuentra disminuida por cicatrices retracts.

• **Valoración mediante escalas funcionales y de discapacidad:**

Escala de independencia funcional, Barthel: dependencia moderada 65 puntos de 100

puntos Escala de independencia funcional, FIM (Medida de Independencia Funcional): dependencia modificada, nivel de funcionalidad: Grado II Asistencia máxima

OBJETIVOS KINÉSICOS: Teniendo en cuenta la evaluación kinésica (Ver Tabla 1), fueron: disminuir el dolor articular, facilitar el movimiento articular y de las partes blandas, mejorar la fuerza muscular, mejorar la circulación de la zona del colgajo, proteger el trofismo cutáneo, evitar las consecuencias del encamado como las úlceras por presión, trombosis venosa profunda, avance de las deformidades articulares y posturas viciosas, promover a su máxima independencia funcional.

LOS TRATAMIENTOS APLICADOS FUERON:

- Masoterapia en la zona dorso lumbar, contracciones isométricas de cuádriceps, glúteos, Ejercicios activos de muñeca y codo. Masoterapia en la zona cicatrizal
- Sedestación, descarga de peso. Movilización activa asistida, elongaciones activas. Reeducción muscular: muñeca, mano, cadera y rodilla
- Entrenamiento de la marcha con auxiliares, descarga de peso. Entrenamiento de la prensión palmar. Recomendaciones para el hogar.

Figura 4.

Tabla 1. Los resultados del tratamiento kinésico, luego de 10 sesiones

Primera sesión (20-07-2017)	Última Sesión (9-08-2017)
SISTEMA OSTEOMIOARTICULAR <ul style="list-style-type: none"> Inspección: paciente normotrófico, que a la observación evidencia postura antálgica, con desviación lateral de tronco hacia el lado derecho y flexión constante de la rodilla del mismo lado. Movilidad Activa y Pasiva: limitada por dolor y por patología articular de base. Fuerza muscular: 3/5 a nivel proximal de los miembros superiores, 2/5 en muñeca y dedos. Grado 3/5 en miembros inferiores. Dolor según la escala analógica visual 8/10 en la cadera derecha, 5/10 en las demás articulaciones 	SISTEMA OSTEOMIOARTICULAR <ul style="list-style-type: none"> Inspección: la paciente mejora la postura antálgica. Movilidad Activa y Pasiva: no completa rango, por patología articular reumatológica de base. Bipedestación: con asistencia, y marcha realizada con auxiliares, marcha de cuatro puntos. Fuerza Muscular: Miembros superiores 3/5. Miembros inferiores 4/5 (Escala de Daniels) Dolor Articular: grado 5/10, según escala de EVA
EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES FUNCIONALES <ul style="list-style-type: none"> Sedestación: buen control de tronco, lateralización antálgica de la columna lumbar hacia la derecha y presencia de hiper cifosis postural dorsal. Bipedestación: no explorada por presencia de herida quirúrgica. 	EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES FUNCIONALES <ul style="list-style-type: none"> Sedestación: buen control de tronco, sin lateralización de tronco, no obstante persiste la presencia de hiper cifosis postural dorsal. Bipedestación: con asistencia kinésica. Marcha realizada con ayudas técnicas, marcha de cuatro puntos. (Ver figura 4)
EVALUACIÓN DERMATOFUNCIONAL <ul style="list-style-type: none"> Trofismo Muscular: disminuido. Presencia de cicatriz quirúrgica en el miembro inferior izquierdo, secundario a colgajos, con escaso tejido de granulación, rojiza y móvil. Heridas quirúrgicas, que se extienden desde la zona inguinal de la cadera, hasta por encima del tobillo de la pierna izquierda; seca, sin ser perceptibles la presencia de calor ni rubor, no se evidencian signos de inflamación o infección. Apósitos limpios y secos, que cubren todo el largo de la herida. 	EVALUACIÓN DERMATOFUNCIONAL <ul style="list-style-type: none"> Trofismo Muscular: disminuido. Presencia de cicatriz quirúrgica en el miembro inferior izquierdo, secundario a colgajos, no dolorosa, tejido cicatrizal en fase II, seca, móvil y con buena coloración.
ESCALAS FUNCIONALES Y DE DISCAPACIDAD <p>Escala de independencia funcional, Barthel: dependencia moderada 65 de 100 puntos</p> <p>Escala de independencia funcional, FIM: dependencia modificada. Nivel de funcionalidad: Grado II. Asistencia máxima</p>	ESCALAS FUNCIONALES Y DE DISCAPACIDAD <p>Escala de independencia funcional, Barthel: dependencia leve 93 de 100 puntos</p> <p>Escala de independencia funcional, FIM: dependencia modificada. Nivel de funcionalidad: Grado IV. Asistencia Mínima (Ver figura 4)</p>

DISCUSION

La artritis reumatoide es una enfermedad de etiología desconocida y de naturaleza autoinmunitaria que se caracteriza patológicamente por un proceso inflamatorio que afecta sobre todo el tejido sinovial de las articulaciones, la incapacidad funcional y los dolores sitúa a los pacientes en un grado de discapacidad importante, así también la depresión se asocia a las peores características clínicas de los pacientes. La kinesiología ofrece una gama de tratamientos para sobrellevar y mejorar el grado de discapacidad en estos pacientes. El caso clínico presentado la discapacidad se encuentra exacerbada por la estancia hospitalaria y las cirugías a la cual fue sometida (11,13).

Quienes hemos tenido la responsabilidad de atender pacientes con pérdidas funcionales en la consulta clínica, sabemos que un alto porcentaje de ellos no sufrirían deficiencias o discapacidades si hubieran sido tratados al comienzo de su enfermedad o trauma por un médico o fisioterapeuta. En los que respecta a enfermedades crónicas las limitaciones funciones, la restricción en la participación social del paciente o la persona pueden ser controladas o disminuidas mediante la educación, rehabilitación y ejercicios físicos continuos (14). El rol kinésico fundamental fue devolver la paciente su máxima independencia funcional, notándose en los resultados valorados mediante las escalas de dependencia física.

Las medidas terapéuticas en fisioterapia deben ser implementadas desde la admisión del paciente, más aun en aquellos con limitaciones funciones propias de enfermedades crónicas como la artritis reumatoidea y la artrosis, pues las mismas aumentan la estadía hospitalaria por la inmovilidad. Los servicios sanitarios públicos tiene un déficit de profesional kinesiólogo para cumplir con este requisito, en el caso clínico hemos observado las consecuencias en el retraso de la atención kinésica. Un punto importante para propiciar políticas sanitarias preventivas y terapéuticas es tener un equipo de fisioterapeutas por cada servicio de atención especialidad, cubriendo de manera constante.

En contexto de la intervención tardía a la que pudo acceder la paciente, posterior a 10 sesiones, la

terapéutica arrojó múltiples resultados positivos en los campos que abordamos, destacando las algias que refería, la funcionalidad que adquirió en el desarrollo de sus actividades de la vida diaria; por tanto, comprobamos y destacamos el rol fundamental del Kinesiólogo dentro del equipo multidisciplinario, destacando en este trabajo la importancia de su inclusión temprana, no sólo la para disminuir los días de internación del paciente y de ésta forma lograr reducir los costos de hospitalización, sino para para conseguir objetivos trascendentales en la rehabilitación integral del paciente y evidenciamos esto al lograr reinsertar nuevamente al paciente que fue tratado en su contexto social y de ésta forma mejorar su calidad de vida (15,16).

El retraso en la cicatrización o cierre de la herida quirúrgica puede darse por alteración nutricional, sarcopenia, vasculitis, collagenopatías, inmovilidad prolongada o falta de cuidados tróficos características presente en nuestra paciente, sería interesante además de las terapias manuales, aplicar agentes físicos de fisioterapia como el láser para promover la cicatrización (17,18).

La discapacidad que genera la artritis reumatoidea afecta al entorno familiar, el paciente experimenta un fuerte impacto emocional como el miedo, depresión, desesperanza (19); aspectos observados en nuestra paciente en los inicios de la fisioterapia superando en el transcurso de las sesiones, disminuyendo su dolor y superando su invalidez en su estadía hospitalaria.

Las enfermedades reumáticas principalmente las articulaciones sinoviales, así como órganos como la piel, retrasando el proceso de la cicatrización. El papel de la fisioterapia se orienta en reducir el dolor, prevenir la limitación articular y la atrofia muscular, devolviendo la funcionalidad del paciente (20). Principios de tratamiento aplicado en el caso clínico, dentro del contexto pre y post operatorio de colgado en la región del miembro inferior, sin la utilización de agentes físico, solo con técnicas de kinesioterapia.

Coincidimos en la aplicación de técnicas de reeducación y fortalecimiento muscular de aquellos músculos que se encuentran en las grandes articulaciones como los glúteos y cuádriceps (20).

Para el dolor no se aplicó magnetoterapia, si elongaciones miofasciales, masoterapia, ejercicios de relajación y posicionamientos en cama, evidenciando mejoras en las actividades funcionales.

Consideramos medir la discapacidad de nuestra paciente por el cuadro clínico presentado, su patología de base y sus antecedentes quirúrgicos traumatológico y de cirugía plástica reconstructiva, mediante las escalas de Medida de Independencia Funcional (FIM), siendo ésta el estándar de la literatura mundial, considerando su validez y confiabilidad (21). Además aplicamos el índice de Barthel que mide el grado de autonomía o independencia de la paciente, ambos instrumentos no permitieron medir y graduar la discapacidad de la persona y conocer los aspectos a mejorar en la rehabilitación física.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (Versión Abreviada) – Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud 2002
2. Prada Hernández DM, Molinero Rodríguez C, Gómez Morejón JA, Reyes Pineda Y, Siñani Butron C. Caracterización de la invalidez laboral por enfermedades Reumáticas en el municipio 10 de Octubre, estudio de seis años. *Rev Cubana de Reumatología* [Internet]. 2006 [citado 2018 Nov 8];8(9-10):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/86>
3. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 1997 Mar [citado 2018 Nov 08] ; 71(2): 127-137. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&Ing=es.
4. Prada Hernández D, Hernández C, Gómez Morejón A., Gil Armenteros R, Reyes Y, Solís U et al . Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. *Rev Cuba Reumatol* [Internet]. 2015 Abr [citado 2018 Nov 08] ; 17(1): 48-60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000100008&Ing=es.
5. Benítez M, Vázquez J. Valoración del grado de autonomía de los ancianos. *Atención primaria*.1992;10(7):888-891.
6. Llanos Olmedo, S., et al. Colgajo miocutáneo de glúteo mayor en isla con cierre V en Y para la cobertura de úlceras isquiáticas. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*. 2006;32(1): 41-48.
7. Tong Rolón A, Funk D, Morales, Lelis. Dermato-functional approach of fasciocutaneous flap in post surgical patient. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*. 2017;50(3):63-74.
8. Collado, MC Real, and JA Mirallas Martínez. ¿ Índice de Barthel o Medida de Independencia Funcional?. *Rehabilitación: Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física* 2003;37(3):152-157.
9. Xhardez, Yves. *Vademécum de kinesioterapia y de reeducación funcional*. El, 2000.
10. Krusen, Frank Hammond, Frederic J. Kottke, and Justus F. Lehmann. *Krusen, medicina física y rehabilitación*. Médica Panamericana, 1997.
11. Vinaccia, Stefano, et al. Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.2004;4(1):91-103.
12. Cadena, Jose, et al. The impact of disease activity on the quality of life, mental health status, and family dysfunction in colombian patients with rheumatoid arthritis. *JCR: Journal Of Clinical Rheumatology*. 2003;9(3):142-150.
13. Pineda-Tamayo, Ricardo, et al. "Costos médicos directos de la artritis reumatoide temprana." *Rev Colomb Reumatol*.2004;11(2):89-96.
14. Amate A. Vasquez A. DISCAPACIDAD LO QUE TODOS DEBEMOS SABER. Organización Mundial de la Salud. 2006
15. Schonhaut L. Educación multiprofesional como estrategia para la atención primaria de salud: aprendiendo juntos para trabajar en equipo. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud*. 2007;4(1):29-31.
16. Daniels y Worthingham. *Técnicas de balance muscular*. Editorial Elsevier. España. 9ª Edición 2014
17. Waitzberg L, Ravacci, G, Raslan, M. Desnutrición hospitalaria. *Nutrición Hospitalaria*. 2011; 26(2): 254-264.
18. Garrigo Andreu¹ M, Valiente C. Efectos biológicos de la radiación láser de baja potencia en la reparación hística. *Revista Cubana de Estomatología*.1996;33(2):60-63.
19. Vinaccia S, et al. Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.2005 (5):1
20. Hernández Martín Annia Daisy, Puerto Noda Ibars, Falcón Hernández Arelys, Morejón Barroso Omar, González Andreu Diana. Rehabilitación integral del paciente reumático. *Rev Cuba Reumatol* [Internet]. 2014 Abr [citado 2018 Nov 26] ; 16(1): 15-22. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962014000100003&Ing=es.

21. Paolinelli G Carlo, González H Pilar, Doniez S María Eugenia, Donoso D Tatiana, Salinas R Viviana. Instrumento de evaluación funcional de la discapacidad en rehabilitación.: Estudio de confiabilidad y experiencia clínica con el uso del Functional Independence Measure. Rev. méd. Chile [Internet]. 2001 Ene [citado 2018 Nov 26] ; 129(1): 23-31. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001000100004>.