

EL QUEHACER DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Luz Elena García Rendón*
Clara Inés Giraldo Molina**

Resumen

En este trabajo se presenta el quehacer del profesional de enfermería con formación de posgrado en rehabilitación en un hospital de tercer nivel de atención de salud, resaltándose la importancia de incluir este recurso humano en el equipo de trabajo de la unidad de medicina física y rehabilitación, con el fin de lograr, de manera interdisciplinaria, una atención integral al paciente y demás usuarios.

Se revisan conceptos teóricos de rehabilitación con el ánimo de familiarizar al lector con esta terminología. Se hace referencia a la problemática internacional, nacional y local de la rehabilitación, además, a la situación propia del hospital de tercer nivel, para el cual se elaboró la propuesta de crear el cargo de enfermería en rehabilitación.

Se reflexiona sobre la importancia del trabajo en equipo para lograr una rehabilitación integral e interdisciplinaria, en la cual enfermería tiene un papel importante.

* Enfermera Especialista en Rehabilitación. Enfermera Jefe de Unidad. Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín.

** Enfermera Magíster en Salud Pública. Docente Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Evaluadora interna programa UNI, Rionegro.

Se toma como marco de referencia el perfil académico-profesional que orienta el programa de Especialización en Rehabilitación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y se describen las funciones y actividades propias del Profesional de enfermería especialista en rehabilitación en un departamento de medicina física y rehabilitación de un hospital de tercer nivel.

Palabras claves:

Práctica profesional

Rol de la enfermera

Rehabilitación

Recursos humanos en salud

Aproximación a un marco de referencia sobre la rehabilitación

Para hacer referencia a las funciones del personal de salud de una unidad de servicios cuya misión está orientada a la rehabilitación integral de individuos y colectivos que tienen limitaciones físicas, mentales y sensoriales -para orientarlos hacia la autonomía, la independencia, la participación y la integración familiar y social- es importante conocer el significado de conceptos como deficiencia, incapacidad o discapacidad, minusvalía y sobre la misma rehabilitación.

Para lo anterior, se hace un recorrido por las diferentes etapas del proceso salud-enfermedad de los individuos y grupos: en primer término se identifica la causa o agentes etiológicos, luego se continúa con la presencia de la enfermedad o problema en sí y sus manifestaciones clínicas y tercero, si no se interviene adecuadamente o no es posible un tratamiento eficaz, aparecen las secuelas o lesiones secundarias a ésta. Con la presencia de la enfermedad se evidencian las deficiencias, consideradas éstas como la pérdida o anormalidad de la estructura o la función fisiológica, psicológica o anatómica. Como consecuencia de la deficiencia puede presentarse la incapacidad o discapacidad, que ha sido definida como la pérdida o disminución de la capacidad para desarrollar una actividad de forma adecuada o dentro de los límites considerados normales para un ser humano. La

deficiencia, por su parte, puede conducir a la minusvalía o minusvalidez, definida como la desventaja de un individuo que lo limita o le impide desempeñar normalmente una función. La minusvalía o la minusvalidez también son conocidas como invalidez. Es importante hacer notar que no siempre la minusvalía es resultado de una incapacidad, en tanto las deficiencias mismas pueden llevar a ésta sin pasar por la incapacidad.

La rehabilitación, según definición del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud «Comprende todas las medidas destinadas a reducir los efectos de las afecciones que producen incapacidad y minusvalidez y a permitir al incapacitado y al minusválido que logren su integración social»¹

Ahora bien, los problemas de salud que afectan a las personas ocasionando deficiencias, incapacidades y minusvalías son tan antiguos como el hombre mismo; al revisar la literatura se encuentra que a estos problemas se les han asignado diferentes orígenes a través del tiempo y de las distintas sociedades, es así como durante mucho tiempo se creyó en una razón religiosa que justificaba su aparición: «Es un castigo de Dios», «Una prueba Divina», entre otros más. En tanto se consideraba su origen divino, el sistema de salud no se hacía cargo de la atención de estos individuos con limitaciones. Aún a finales del siglo XX muchos estados han dejado la atención de estos pacientes a entidades privadas con fines filantrópicos y recurriendo, en buena medida, a la buena voluntad de la población para financiar programas de rehabilitación.

Reflexión sobre la problemática de salud del área de rehabilitación

La magnitud del problema de la población con trastornos y secuelas que requieren rehabilitación es bastante alarmante, así según un informe de la Organización Mundial de la Salud, en 1975, aproximadamente el 10% de la población mundial presentaba situaciones de incapacidad y minusvalía, con las consiguientes consecuencias para los países -en los aspectos económicos y sociales- y para el individuo que las sufre.²

Por estudios realizados con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, en América se conoce el comportamiento de la incapacidad o

discapacidad en diferentes países. Así, en Sao Paulo -Brasil- se encontró una prevalencia del 1,7%, en tanto que en Estados Unidos es del 14%, grandes diferencias atribuidas al abordaje metodológico del estudio epidemiológico.³

Por otra parte, según informes del Departamento Nacional de Planeación de Colombia, la situación de salud del país en lo relacionado con las deficiencias muestra que en 1981 se estimaba una proporción de prevalencia de la invalidez del 7% -con predominio en los menores de dieciocho años-, de la discapacidad visual del 11,39% y del retardo mental con una proporción del 11,38%.⁴

En Antioquia los problemas de las deficiencias, discapacidades y minusvalías fueron estudiados entre 1992 y 1993 mediante una encuesta de prevalencia realizada por un equipo interdisciplinario del Comité Regional de Rehabilitación. Los resultados de este estudio muestran una situación bastante preocupante, en una muestra de 14905 personas de 2960 hogares se encontró una prevalencia general de deficiencia del 24,1%, siendo el grupo de diez a diecinueve años el más afectado con un 17,7%; según el sexo, las mujeres representan el 54,3% de las personas con deficiencias. Las deficiencias más frecuentes son las visuales, que representan el 30%. Por su parte, la prevalencia general de discapacidad fue de 13,6%, un poco mayor en las mujeres -el 58,1% del total-; la discapacidad más frecuente fue la de comunicación con un 65,3%. En ambos sexos la discapacidad de la conducta representó el 36,3% para los menores de diecinueve años. La discapacidad severa fue del 3,6%.

En cuanto a la minusvalía general se identificó una prevalencia del 4,8%, las más representativas son las minusvalías de movilidad y de orientación. Un dato interesante para analizar es el relacionado con las causas más frecuentes de deficiencia, discapacidad y minusvalía en las personas en las que se validó el diagnóstico inicial, en orden de frecuencia son los siguientes: enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, el 48,4%; enfermedades del sistema osteomuscular, el 11,7%, del sistema cardiovascular, el 11,2%; eventos accidentales y traumáticos el 4,8% y anomalías congénitas y genéticas el 4,1%; otras causas obtuvieron el 19,9 % restante.⁵

En el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, institución de tercer nivel de atención -por la complejidad de los problemas que atiende y por los recursos humanos y materiales de que dispone para dar respuesta a la demanda-, las principales causas de egreso hospitalario durante 1993 fueron: infarto agudo de miocardio, la enfermedad cardíaca hipertensiva, la enfermedad cardiopulmonar crónica, los traumas intracraneales, la hemorragia subaracnoidea espontánea y la enfermedad cerebrovascular; entidades que pueden ser intervenidas con programas de rehabilitación integral, de tal manera que puedan mejorarse las condiciones de vida y la atención y cuidado básico de las personas que las padecen. Los datos anteriores se tomaron de la información estadística del Hospital sobre la consulta externa y reumatológica al Departamento de Rehabilitación durante 1994.

El trabajo en equipo en la rehabilitación

La falta de enseñanza y orientación sobre pautas de cuidado y de asistencia a las personas con deficiencias, incapacidades y minusvalías deterioran no sólo a la persona afectada sino también a su medio familiar, social y laboral, imposibilitándoles enfrentar las barreras físicas, sociales y culturales que se les presentan e impidiéndoles el acceso a los diferentes sistemas de la sociedad.

La rehabilitación se inicia en el primer contacto con el enfermo, teniendo en cuenta que el primer aspecto para recuperar es su independencia, es decir, el mejor nivel de funcionamiento posible en las tareas cotidianas. Es necesario hacer énfasis en las capacidades y deseos de la persona discapacitada para formular objetivos reales.

La rehabilitación es un proceso creativo, que requiere la participación de un grupo interdisciplinario, en el cual cada persona contribuye con sus servicios especializados hacia el logro de una meta común: la rehabilitación del entorno social y familiar de la persona discapacitada, con medidas que ayuden a prevenir las incapacidades. Algunas de estas medidas son: 1) intervenciones sobre el individuo con terapia, asistencia médica y educación para la salud, entre otras; 2) intervenciones en el ambiente que rodea a la persona discapacitada, su familia y comunidad, para lograr un cambio de actitud y 3) intervenciones generales para disminuir los riesgos que se presentan en la sociedad.

La rehabilitación incluye programas dinámicos que hacen posible que la persona discapacitada alcance el nivel máximo de funcionamiento biológico, psicológico, social y económico.⁶

Todos los asuntos anteriores requieren consolidar el trabajo en equipo del personal del Departamento de medicina física y rehabilitación de un hospital de tercer nivel de atención y, en este caso, se hace referencia al Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, en donde la enfermera haría parte del equipo profesional, con el fin de realizar una interacción con cada disciplina científica en varios aspectos principales: el interés médico, orientado hacia los aspectos somáticos; el interés psicológico que pretende involucrarse en la dinámica personal del individuo con limitaciones; el interés y la responsabilidad pedagógica, en el que la educación se convierte en el pilar fundamental durante el proceso de la rehabilitación, su fin último es transformar al individuo y a su entorno en agentes activos del proceso de rehabilitación.

El perfil académico-profesional de la enfermera especialista en rehabilitación

Teniendo presente el perfil epidemiológico de la región y la perspectiva de un especialista en rehabilitación, la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, en cooperación con el Departamento de medicina física y rehabilitación del Hospital San Vicente de Paúl y la Facultad de Medicina de la misma Universidad, emprendió la misión de especializar profesionales de enfermería en el área de rehabilitación, capaces de dar respuesta desde su perspectiva profesional a esta problemática.

A continuación se transcribe el texto del perfil profesional que orienta la formación de enfermeras en este posgrado; esta información se constituye en un referente teorico-práctico para el profesional de enfermería especialista en el campo de la rehabilitación, de tal forma que en cualquier escenario de trabajo realice las adecuaciones necesarias a las características del entorno interno y externo. Este perfil ha sido publicado por su autora, Silvia Orrego, en el presente número de esta revista.

«El perfil ocupacional contempla los roles funcionales que le corresponden al profesional de enfermería como educador, investigador, administrador y proveedor del cuidado a nivel individual, familiar o colectivo; roles que pueden desempeñarse en los servicios de: atención comunitaria, ambulatoria, hospitalización general y especializada, urgencias, cuidados intensivos, cirugía general y especializada, quemados, medicina física y rehabilitación». ⁷

«En los servicios de hospitalización participa con el equipo interdisciplinario en la evaluación integral del paciente que requiere rehabilitación. Realiza acciones preventivas y de atención de enfermería en rehabilitación, desde la etapa temprana de la enfermedad. Asesora a otros profesionales de enfermería y de salud, en las acciones que deben realizarse al paciente hospitalizado con el fin de prevenir la incapacidad e invalidez. Promueve la integración exitosa del paciente a su medio social y familiar a través del apoyo emocional brindado al incapacitado y a su familia. Vincula al grupo familiar al proceso de rehabilitación del paciente. Elabora protocolos de atención de enfermería para pacientes con problemas de rehabilitación durante el periodo de hospitalización. Educa al paciente y a su familia sobre su participación en acciones preventivas y curativas en rehabilitación que se llevan a cabo». ⁸

«Es la encargada de elaborar un plan asistencial a las personas que lo ameriten, orientado a las metas que se pretendan alcanzar con la persona discapacitada, coordina las actividades con los miembros del grupo interdisciplinario, debe prevenir la presencia de complicaciones, restauración y conservación de la salud bio-sico-social». ⁹

También debe llegar a diagnósticos de enfermería para identificar problemas, limitaciones y métodos de adaptación a los trastornos, para definir objetivos de la asistencia de enfermería, señalar actividades para el logro de tales objetivos, definir prioridades e intervenciones opcionales y ejecutar planes asistenciales evaluándolos con base en los objetivos determinados. El profesional de enfermería debe revalorar y reordenar prioridades definiendo nuevos objetivos y revisando el plan asistencial.

Es importante recordar que toda enfermedad grave está acompañada por el peligro de la invalidez. En el perfil de la enfermera especialista, se identifican roles variados:

«En el servicio de rehabilitación: coordina el equipo de trabajo a través de acciones de organización del personal. Participa en la planeación y evaluación de los diferentes programas del servicio. Participa con el grupo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de los usuarios y compromete a la familia en dicho proceso. Coordina el programa de rehabilitación de enlace para enfermería con las demás unidades de la institución. Establece programas de educación para la salud, para los usuarios, y sus familias, que asisten al servicio. Participa en actividades de educación en el servicio y de educación permanente sobre rehabilitación, para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud». ¹⁰

«A nivel investigativo: promueve y participa en investigaciones que permitan ampliar el conocimiento en el campo de la rehabilitación, elabora y sustenta propuestas de investigación, propone alternativas de cambio orientadas a mejorar el quehacer del profesional de enfermería en rehabilitación basada en los resultados de las investigación, evalúa los resultados de las investigaciones y propone protocolos de atención de enfermería como respuesta a éstas, hace partícipe a otros profesionales y a los grupos poblacionales comprometidos de las conclusiones y resultados de las investigaciones, produce artículos como resultado del trabajo investigativo». ¹¹

El perfil profesional descrito se constituye en un elemento básico para diseñar el plan de estudios de la especialidad, el cual incorpora en su modelo pedagógico estrategias de aprendizaje que le permitan desarrollar al alumno actitudes y aptitudes para desempeñarse como especialista en rehabilitación. Así mismo conduce a los egresados a profundizar en este campo para construir propuestas de intervención desde enfermería a problemas de deficiencias, incapacidades o minusvalías.

En esta perspectiva, a continuación se presenta una ampliación del perfil profesional del especialista para una unidad de salud de alta complejidad y con una demanda de atención a problemas específicos que requieren rehabilitación.

Descripción del Departamento de medicina física y rehabilitación del Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín

Antes de describir las funciones y actividades propias del profesional de enfermería especialista en rehabilitación, conviene conocer las características generales de la unidad de salud para la cual se diseña el cargo.

El Departamento de medicina física y rehabilitación de esta institución viene funcionando desde hace dos años, comenzó a operar en 1993. Cuenta con un equipo de salud integrado por dos médicos fisiatras, uno de ellos con funciones de coordinación y tres fisioterapeutas; no dispone de profesional de enfermería, ni de terapeuta de lenguaje, ni ocupacional. Funciona de lunes a viernes, todo el día y los sábados en la mañana.

Este departamento fundamentalmente presta servicios de salud a pacientes y usuarios con problemas osteomusculares y proyecta para un futuro cercano, ofrecer servicios a personas con problemas coronarios.

En ambas situaciones es necesaria la participación de enfermería para lograr una atención integral de salud; es decir, el trabajo de enfermería se debe articular con el de las otras disciplinas disponibles en la institución, para contribuir en la atención del paciente y su familia en las diferentes dimensiones -biológica, psicológica, cultural y social-.

Con base en las características de las situaciones problemáticas que presentan los pacientes y usuarios con enfermedad osteomuscular y cardiovascular, se precisa la intervención del profesional de enfermería, quien además de las acciones de tipo interdisciplinario se responsabilizará de actividades de tipo preventivo, curativo y de rehabilitación. Los pacientes con inmovilidad y reposo requieren orientación para prevenir complicaciones; también, necesitan acompañamiento y orientación por enfermería para su rehabilitación y para asumir su autocuidado.

A modo de ilustración y sin ser exhaustivos, se describen algunas de las acciones que adelantará el profesional de enfermería en el servicio, con los pacientes, sus familias y con el personal de salud: elaborar y ejecutar

programas educativos para los usuarios y sus familias sobre el problema específico de salud y cómo abordarlo; según los protocolos de cuidado de enfermería que se definan, asumir la conducción de programas de orientación y entrenamiento sobre rehabilitación intestinal; conocer los cuidados de la piel; aplicar tratamiento de escaras; traslados y movilización y actividades de la vida cotidiana; coordinar un programa de difusión sobre los servicios que ofrece el Departamento de rehabilitación; participar en el diseño y conducción de programas de acompañamiento y orientación a usuarios y familiares para su incorporación al hogar y al medio social y laboral; estructurar un seguimiento de los pacientes y la evaluación de los resultados de los planes de atención y, en lo que hace referencia al personal, es pertinente diseñar un plan de educación continua sobre el cuidado de enfermería, entre otros.

En esta dirección, al participar enfermería y ampliar el diálogo de saberes entre las diferentes disciplinas, permitira un trabajo interdisciplinario tan requerido en salud, factor que puede ser garantía, en buena medida, de la calidad de la atención en salud.

En consecuencia con la incorporación del profesional de enfermería en su planta de cargos, el Departamento podría ofrecer otros servicios, además de los descritos a sus pacientes y usuarios, como puede apreciarse en la descripción de funciones que se presenta más adelante.

Propuesta de creación del cargo de Enfermera especialista en rehabilitación

Se presenta la descripción del puesto en cuestión a partir de las directrices administrativas para el diseño de cargos.

Hospital Pablo Tobón Uribe Departamento de medicina física y rehabilitación
Cargo: enfermera en rehabilitación

Perfil del cargo

Nivel de formación: enfermera profesional con formación de posgrado en el área de rehabilitación o en otra afín.

Actitudes deseables: disposición para el cuidado de pacientes y colectivos que presentan problemas de discapacidad y minusvalía; disposición para el trabajo en equipo; responsabilidad y seriedad profesional; adecuadas relaciones interpersonales y motivación hacia la investigación y el estudio.

Aptitudes: 1) habilidades y destrezas para el cuidado de pacientes o de grupos con riesgo de problemas discapacitantes de diferente etiología: neurológica, mental, cardiorrespiratoria y osteomuscular, entre otras; y 2) habilidades y destrezas en la elaboración de programas de educación para la salud y de desarrollo del recurso humano en salud.

Dependencia administrativa: esta dependencia debe guardar correspondencia con el tipo de estructura organizacional que funciona en la institución. Para el caso estudiado cuyo funcionamiento organizativo es normativo, la dependencia debe ser dirigida por la Jefe del Departamento de enfermería del Hospital.

Dependencia técnica: Jefe del Departamento de medicina física y rehabilitación del Hospital.

Jornada laboral: según la organización del Departamento de medicina física y rehabilitación la jornada laboral del profesional de enfermería será de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., es decir, 48 horas semanales, con el descanso reglamentario.

Funciones básicas

- Planear, organizar, dirigir y evaluar el cuidado de enfermería de los pacientes y los grupos de riesgo de problemas que requieren rehabilitación.

Funciones específicas

1. Participar, con el equipo interdisciplinario de rehabilitación, en el diseño del plan de acción del departamento de rehabilitación de la institución.
2. Coordinar el programa de enfermería en rehabilitación de las diferentes unidades y servicios de la institución.
3. Planear, coordinar y evaluar el plan de desarrollo del personal de enfermería de la institución en asuntos de rehabilitación.

4. Participar en la planeación, coordinación, ejecución y evaluación del plan de desarrollo del personal de la institución en asuntos de rehabilitación.
5. Participar con el equipo interdisciplinario en la evaluación integral de los pacientes con problemas que requieran rehabilitación, tanto los del Departamento de medicina física y rehabilitación como los de los servicios de hospitalización y ambulatorios.
6. Realizar acciones de promoción de la salud y de prevención de discapacidades con los grupos de riesgo que requieran o soliciten los servicios de la institución.
7. Promover la integración del paciente con limitaciones físicas, mentales o sociales a su medio social y familiar.
8. Desarrollar estrategias para vincular el grupo familiar al proceso de rehabilitación del paciente con discapacidad.
9. Estructurar protocolos de cuidado de enfermería para pacientes con discapacidades que requieran acciones de rehabilitación.
10. Elaborar, ejecutar y evaluar planes y programas de educación en salud para el paciente, la familia y grupos de riesgo de problemas discapacitantes.
11. Elaborar y coordinar el plan de visitas domiciliarias del equipo de rehabilitación para los usuarios del Departamento de medicina física y rehabilitación que lo requieran.
12. Estructurar y ejecutar un programa de seguimiento y monitoreo de los pacientes o usuarios del servicio de medicina física y rehabilitación a través de controles de la enfermera especialista en la consulta externa.
13. Asesorar a profesionales de la salud y a otros profesionales de enfermería de la institución en cuanto a la atención y el cuidado de los pacientes hospitalizados, con el fin de prevenir la incapacidad y la invalidez.
14. Estructurar un programa de evaluación y auditoría de las acciones de rehabilitación en enfermería.
15. Promover y participar en investigaciones sobre rehabilitación que se adelanten en la institución.
16. Elaborar escritos sobre el papel de enfermería en rehabilitación, como producto del trabajo cotidiano y del trabajo investigativo.

Actividades con pacientes y usuarios con problemas discapacitantes de alta demanda institucional

Según las características de los pacientes y usuarios y las situaciones problemáticas que los acompañan, el personal de enfermería está en condiciones de realizar actividades como las siguientes:

1. Participar con el equipo de salud en la preparación del paciente para las pruebas de esfuerzo.
2. Participar con el equipo de salud en la ejecución e interpretación de las pruebas de esfuerzos de los usuarios.
3. Participar con el equipo de salud en la preparación del paciente y en la ejecución de las espirometrías.
4. Iniciar los ejercicios pasivos de los pacientes que han sufrido eventos coronarios, previa autorización médica.
5. Realizar ejercicios pasivos y asistidos en los pacientes con alteraciones neurológicas y osteomusculares.
6. Brindar educación en salud al paciente y a la familia, relacionada con el control de los factores de riesgo de enfermedades discapacitantes, orientándolos sobre las actividades que deben realizar y el uso correcto de los medicamentos.
7. Realizar la valoración neurológica, osteomuscular y cardio-respiratoria de los pacientes que requieran acciones de rehabilitación.
8. Dar educación y orientación a la familia sobre la asistencia del paciente en el hogar.
9. Educar y orientar a los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva sobre los ejercicios que deben realizar y la implementación de técnicas de ahorro de energía en la realización de actividades básicas cotidianas, tendientes a mejorar o mantener su capacidad funcional.
10. Capacitar al personal de enfermería en la asistencia y cuidado del paciente con problemas incapacitantes, como: cambios de posición permitidos, posiciones en la cama y fuera de ella, la prevención de zonas de presión, la prevención de contracturas, atrofias por desuso y posiciones antifuncionales.
11. Orientar al personal de enfermería sobre técnicas adecuadas de mecánica corporal.
12. Asistir y cuidar al paciente en la fase aguda de las amputaciones de miembros superiores o inferiores, orientándolos sobre el cuidado del

muñón, los ejercicios para mantener y mejorar el tono muscular de la extremidad, la manera de enfrentar el miembro fantasma, la recuperación de la sensibilidad y los aspectos afectivos.

13. Definir el protocolo de cuidado de enfermería para pacientes con enfermedad cerebrovascular en asuntos como: la propiocepción, la sensibilidad, las posibles complicaciones, la deambulaci3n y la reinserci3n familiar y social, entre otras.
14. Ejecutar las t3cnicas de terapia respiratoria a los pacientes con estas necesidades: nebulizaciones, aerosolterapia, drenajes posturales, tos asistida, ejercicios respiratorios y uso del incentivador, lo anterior teniendo presente las condiciones espec3ficas de cada paciente.

En las instituciones de salud de segundo y tercer nivel de complejidad que no cuentan en su estructura con un departamento de medicina f3sica y rehabilitaci3n o una estructura similar, los profesionales de enfermer3a especialistas en rehabilitaci3n pueden ubicarse en salas de hospitalizaci3n que congreguen pacientes con problemas de minusval3as, incapacidad o deficiencias. En estos servicios cumplir3n las funciones descritas en el perfil y su funci3n b3sica se orienta a la planeaci3n, coordinaci3n, direcci3n y evaluaci3n del cuidado de enfermer3a de rehabilitaci3n de los pacientes y usuarios.

Tambi3n el profesional especialista en rehabilitaci3n est3 en capacidad de asumir funciones para los diferentes servicios de hospitalizaci3n, consulta externa y programas de vigilancia epidemiol3gica de la instituci3n, sin una ubicaci3n en un servicio en particular; puede actuar como asesor de todos los servicios y asumir la direcci3n del cuidado de enfermer3a de los pacientes con problemas de deficiencias, minusval3a o incapacidad.

Con la posibilidad de contar con un profesional de enfermer3a especialista en rehabilitaci3n, la instituci3n tiene la posibilidad de ofrecer cuidado de enfermer3a de calidad garantizando la atenci3n que los pacientes y usuarios de la instituci3n requieren en t3rminos de rehabilitaci3n.

Referencias bibliográficas

1. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/OPS/OMS. Publicación Científica. Prevención de incapacidades y rehabilitación. Informe del comité de expertos de la OMS en prevención de incapacidades y rehabilitación. Serie de informes técnicos. Ginebra 1981. p. 9.
2. Ibid., p. 11.
3. Ibid., p. 10-15.
4. RESTREPO ARBELÁEZ, Ricardo et al. Prevalencia de deficiencias, discapacidades y minusvalías en el departamento de Antioquia, 1992-1993. Medellín. Talleres editoriales del Politécnico Jaime Isaza Cadavid, febrero 1994.
5. Ibid., p. 56-58, 64, 88, 92, 96, 105, 106 y 125.
6. SUDARTH I. S., Bruner. Enfermería Médico Quirúrgica. México: Ed. Intera-mericana, 1989. p. 218.
7. ORREGO SIERRA, Silvia. Perfil del profesional de enfermería especialista en rehabilitación. En: Revista Investigación y Educación en Enfermería. Vol. 13, No 2 (sept. 1995.) Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
8. Ibid., p. presente número.
9. Ibid, p. presente número.
10. Ibid., p. presente número.
11. Ibid., p. presente número.