

Papel del especialista en Medicina Física y Rehabilitación en los procesos de rehabilitación en el deporte

Role of the specialist in Physical Medicine and Rehabilitation in the processes of rehabilitation in sport

¹Héctor Ricardo Quezada-González¹, ²Pavel Loeza-Magaña², ³Pedro Iván Arias-Vázquez³

Estimada editora

El deporte actual se caracteriza por una alta carga competitiva y, en consecuencia, la recuperación tras una lesión debe ser rápida y eficiente, por lo que los modelos convencionales de rehabilitación en el deporte (RD) probablemente resulten insuficientes¹. El objetivo de esta carta editorial es reflexionar sobre el papel del especialista en Medicina Física y Rehabilitación (EMFR) en el proceso de RD.

Los modelos actuales de RD son de carácter multidisciplinario^{1,2}. La fase inicial se ha denominado *retorno a la participación* e incluye contenidos de rehabilitación convencional y entrenamiento modificado^{1,2}; en esta fase suele ser habitual la participación del EMFR y se realiza alternando entre gimnasio terapéutico y campo de entrenamiento. En las fases avanzadas, conocidas como *readaptación al deporte* y *retorno al máximo rendimiento* se incluyen contenidos mixtos de rehabilitación y entrenamiento deportivo, y se realizan en el campo de juego^{1,2}; sin embargo, usualmente el EMFR no participa en estas fases del proceso.

Por otra parte, el abordaje de las lesiones deportivas se realiza utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE - 10)³ y el Sistema de Clasificación de Lesiones Deportivas de Orchard (OSICS 10.1)⁴. No obstante, estas metodologías solo contemplan el aspecto biológico-estructural de la lesión. La participación del EMFR en los procesos de RD⁵, justifica la utilización del modelo biopsicosocial que constituye el fundamento de la **Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)**^{2,6}. A la pérdida de funciones corporales y/o la alteración estructural causada durante la contienda deportiva, de evolución aguda o crónica, la hemos denominado *deterioro* o *impedimento deportivo* e implica relacionar las características biológico-estructurales (tipo y gravedad de la lesión) con el déficit funcional que conllevan^{2,6,7}. Así mismo, la lesión habitualmente genera reducción del rendimiento físico del atleta, condición que hemos denominado *limitación del rendimiento deportivo*, y que requiere analizar los factores relacionados con el tipo de deporte y nivel competitivo, que deben ser relacionados con las alteraciones atléticas para evidenciar la disminución del

Autores:

¹Especialista en Medicina de Rehabilitación y Medicina del Deporte; Maestría en Ciencias del Ejercicio y el Deporte. Clínica SportHabilia, Cd. de México

²Especialista en Medicina de Rehabilitación; Maestría en Ciencias del Deporte. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, Cd. de México

³Especialista en Medicina de Rehabilitación y Medicina del Deporte; Maestría en Actividad Física y Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.

Correspondencia:

Pedro Iván Arias-Vázquez,
pivanav@gmail.com

Recibido:
14.06.20

Aceptado:
16.07.20

Citación:

Quezada-González HR, Loeza-Magaña P, Arias-Vázquez PI. Papel del especialista en Medicina Física y Rehabilitación en los procesos de rehabilitación en el deporte. Rev Col Med Fis Rehab 2020;30(1):89-91.

Conflictos de interés:

Los autores declaran que no existe conflicto de interés relacionado a la publicación de este documento.

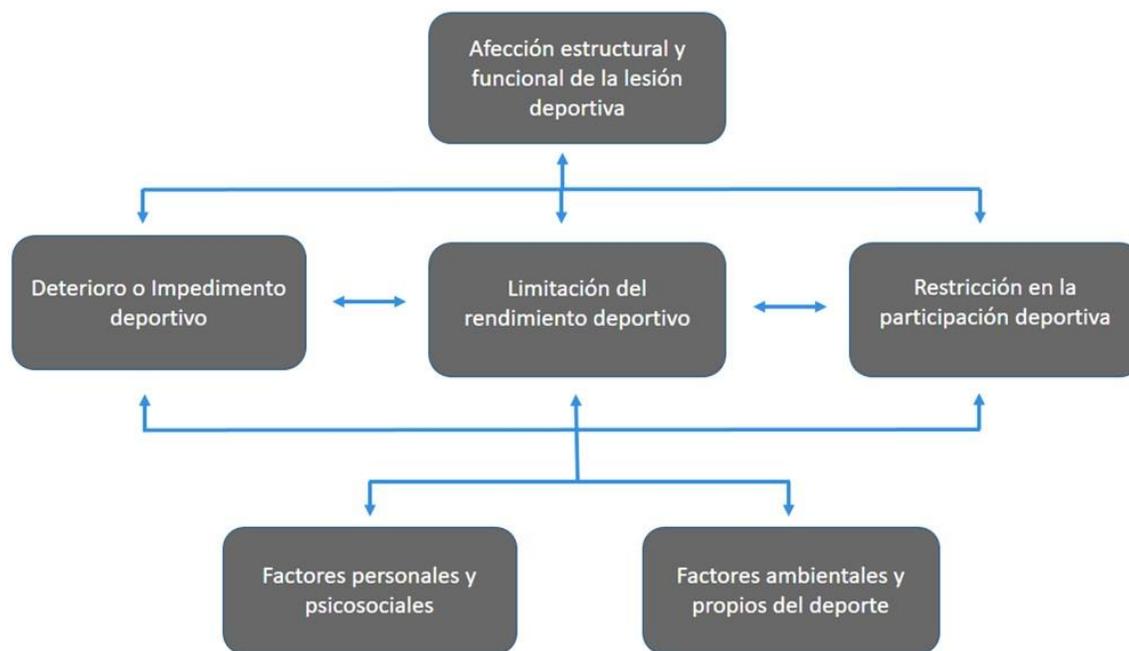


Figura 1. Interacciones de la lesión deportiva según la estructura de la CIF.

ser relacionados con las alteraciones atléticas para evidenciar la disminución del rendimiento^{2,6,7}. Cuando llega a ser necesario que el servicio médico, el entrenador o la autoridad deportiva, restrijan o excluyan al atleta de la participación competitiva, ello se denomina restricción en la participación deportiva, siendo necesario contemplar las características personales, psicosociales y extradepor-tivas del atleta^{2,6,7}. En tales circunstancias, el EMFR posee el perfil idóneo para implementar el modelo bio-psicosocial a la RD (Figura 1).

Fredericson⁵ menciona que el EMFR debe desarrollar competencias que le permitan participar en todas las fases del proceso de RD, a saber: ecografía músculo-esquelética, aplicación de procedimientos intervencionistas regenerativos, desarrollo de programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de lesiones deportivas, y evaluación y control médico del rendi-

miento físico; para ello se considera esencial la realización de programas de *fellowship* en esta área⁵. Desde 2007 la American Board of Physical Medicine and Rehabilitation oferta la certificación en Medicina del Deporte dirigida al EMFR⁵; no obstante, en América Latina no existen programas de subespecialidad equivalentes, por lo que la formación del EMFR en áreas específicas de RD, continúa dándose más bien a través de diplomados, cursos, capacitaciones y la adquisición de experiencia en el campo de trabajo.

En conclusión, se debe promover la participación del EMFR y la implementación del modelo de la CIF en los procesos de RD; sin embargo, es probable que sea necesaria la adquisición de competencias relacionadas con este ámbito que le permitan desempeñarse en cualquier fase del proceso.

REFERENCIAS

1. Buckthorpe M, Frizziero A, Roi GS. Update on functional recovery process for the injured athlete: return to sport continuum redefined. *Br J Sports Med.* 2019;53(5):265-267. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099341>.
2. Ardern CL, Glasgow P, Schneiders A, Witvrouw E, Clarsen B, Cools A, et al. 2016 Consensus statement on return to sport from the First World Congress in Sports Physical Therapy. *Br J Sports Med.* 2016;50(14):853-864. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096278>.
3. Rae K, Britt H, Orchard J, Finch C. Classifying sports medicine diagnoses: a comparison of the International classification of diseases 10-Australian modification (ICD-10-AM) and the Orchard sports injury classification system (OSICS-8). *Br J Sports Med.* 2005;39(12):907-911. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bjism.2004.017517>.
4. Orchard J, Rae K, Brooks J, Hägglund M, Til L, Wales D, et al. Revision, uptake and coding issues related to the open access Orchard Sports Injury Classification System (OSICS) versions 8, 9 and 10.1. *Open Access J Sports Med.* 2010;2010(1):207-214. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/OAJSM.S7715>.
5. Fredericson M. The Evolution of Physical Medicine and Rehabilitation in Sports Medicine. *PM&R - Advanced Sports Medicine Concepts and Controversies.* 2016;8(3 Suppl):S1-S7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2015.09.020>.
6. Timpka T, Jacobsson J, Bickenbach J, Finch CF, Ekberg J, Nordenfelt L. What is a sports injury?. *Sports Med.* 2014; 44(4):423-428. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40279-014-0143-4>.
7. Dijkstra HP, Pollock N, Chakraverty R, Ardern CL. Return to play in elite sport: a shared decision-making process. *Br J Sports Med.* 2017;51:419-420. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096209>.