

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Cede Regional Rosario



TEMA

***Abordaje Interdisciplinario en la Rehabilitación de
pacientes con Accidente Cerebrovascular***

Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

AUTOR

Donsanti Natalia

TUTOR

Vila Helvio

2006

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Cede Regional Rosario

TEMA

***Abordaje Interdisciplinario en la Rehabilitación
de pacientes con Accidente Cerebrovascular***

Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

AUTOR

Donsanti Natalia

TUTOR

Vila Helvio

2006

RESUMEN

El presente trabajo surge de la necesidad de conocer si el abordaje interdisciplinario proporciona beneficios en la Rehabilitación de paciente con Accidente Cerebrovascular.

La investigación se realizó a partir del trabajo de campo realizado en un Centro Integral de Rehabilitación ubicado en la localidad de San Jerónimo Sud, durante el período de Enero del año 2006 a Julio del mismo año. Con una continuidad de asistencia de tres veces a la semana, siete horas y media diarias.

En la misma se efectuaron observaciones simples, en el área de Fonoaudiología, Terapia Ocupacional e Hidroterapia y observaciones simples y participantes en el área de Kinesiología.

A su vez, se realizaron entrevistas en profundidad a profesionales del área de rehabilitación, donde se indagó sobre conocimientos de trabajo interdisciplinario y su aplicación en la rehabilitación de pacientes con Accidente Cerebrovascular.

Los resultados obtenidos muestran que el trabajo interdisciplinario es una elección conveniente y favorable, tanto para los profesionales que integran el equipo de rehabilitación y más aún para el paciente afectado con Accidente Cerebrovascular.

Mediante los registros obtenidos se llega a la conclusión, que el trabajo interdisciplinario mejora en gran medida, la calidad de vida en la recuperación del Accidente Cerebrovascular. No obstante se destaca que no es fácil llevarlo a cabo, dado que se necesita de varios factores para su realización, siendo uno de ellos el afán y anhelo personal de trabajar en interdisciplina por parte de los profesionales que integran el equipo de rehabilitación.

ÍNDICE:

1) Resumen	3
2) Introducción	6
3) Problemática	8
4) Fundamentación	9
4 a) Breve historia del Accidente Cerebrovascular.	9
4 b) Definición de Accidente Cerebrovascular.	10
4 c) Causas de Accidente Cerebrovascular.	12
4 d) Exámenes diagnósticos.	15
4 e) Clínica del Accidente Cerebrovascular.	23
4 f) Epidemiología del Accidente Cerebrovascular.	24
4 g) Factores de riesgo del Accidente Cerebrovascular.	25
4 h) Secuelas del Accidente Cerebrovascular.	33

4 i) Dificultades asociadas a la hemiplejía.	35
4 j) Tratamiento médico y kinésico del ACV.	39
4 k) Rastreo histórico de la Interdisciplina.	44
4 l) Conceptos de Interdisciplina.	47
4 ll) Interdisciplina y Salud.	51
5) Objetivos	59
6) Métodos y Procedimientos	60
7) Desarrollo	62
8) Conclusiones	79
9) Citas Bibliográficas	82
10) Referencias Bibliografías	86
11) Bibliografía extraída de Internet	88

INTRODUCCIÓN

Los términos “**accidente cerebrovascular**” (ACV) y “**enfermedad cerebrovascular**” se emplean para definir alteraciones encefálicas secundarias al compromiso de los vasos que irrigan el cerebro (1).

El Accidente Cerebrovascular (ACV) es la causa más frecuente de incapacidad neurológica.

Según la Organización Mundial de la Salud el ACV se define como la *instalación aguda o rápida de signos clínicos que reflejan una disfunción focal (y en ocasiones global) del cerebro, de causa vascular, y que tienen una duración mayor de 24 horas.*

Esta definición de ACV incluye el *infarto cerebral (IC)*, la *hemorragia cerebral (HC)* y la *hemorragia subaracnoidea (HSA)*. Queda excluido el *ataque isquémico transitorio (AIT)*, que se considera una amenaza de ACV (2).

El Accidente Cerebrovascular es una enfermedad aguda con un comienzo brusco y consecuencias para toda la vida. Produce efectos devastadores en la vida del paciente y de su familia.

Su tratamiento rehabilitador ofrece una gran diversidad de métodos y técnicas abordadas desde diferentes puntos de vista por el **equipo interdisciplinario** que se ocupa de su conducción.

La evaluación más ajustada del paciente nace del aporte conjunto de varias disciplinas, que desde su especificidad, concurren con sus apartados conceptuales. Luego de esta evaluación, en un trabajo conjunto los especialistas proponen un plan terapéutico a seguir, según las dificultades que el paciente presenta. En el tratamiento debe incluirse siempre a la familia, por ser esta una pieza primordial en la recuperación del paciente.

Dada la complejidad de los pacientes con lesión cerebral, se hace imprescindible la intervención desde distintas áreas del conocimiento, a fin de obtener la máxima funcionalidad.

A nuestro criterio consideramos que el trabajo interdisciplinario es prioritario para el abordaje de pacientes con Accidente Cerebrovascular.

Es por esta razón, que el objetivo de nuestra investigación se basa en analizar si el abordaje interdisciplinario proporciona beneficios en la rehabilitación de pacientes con Accidente Cerebrovascular.

Para ello, basamos nuestra investigación, en observaciones realizadas en un Centro Integral de Rehabilitación y entrevistas grabadas a los diferentes integrantes del equipo de rehabilitación.

PROBLEMÁTICA

“El Accidente Cerebrovascular constituye uno de los más graves problemas neurológicos en la actualidad. La rehabilitación de estos pacientes supone la existencia de un enfoque holístico, interdisciplinario, que recoge actividades médicas, funcionales y psicosociales” (3).

“En el enfoque interdisciplinario, el saber proveniente de diferentes campos científicos se funde en conceptos generales. La interdisciplina es una concepción holística de la realidad; la considera como un TODO, por lo que más que la suma de las partes” (4).

Con la siguiente investigación nos proponemos analizar si el abordaje interdisciplinario en la rehabilitación de pacientes con Accidente Cerebrovascular, institucionalizados en A.P.R.E.P.A (Asociación de Protección Recíproca entre Productores Agropecuarios), que es un Centro Integral de Rehabilitación ubicado en San Jerónimo Sud, Provincia de Santa Fe, proporciona beneficios para esos pacientes.

FUNDAMENTACION

Breve historia del Accidente Cerebrovascular

Hace más de 2.400 años el padre de la medicina, Hipócrates, reconoció y describió el *accidente cerebrovascular* como el “inicio repentino de parálisis”.

En tiempos antiguos el accidente cerebrovascular se conocía como apoplejía, un término general que los médicos aplicaban a cualquier persona afectada repentinamente por parálisis. Debido a que muchas condiciones pueden conducir a una parálisis repentina, el término apoplejía no indicaba diagnóstico o causa específica. Los médicos sabían muy poco acerca de la causa del accidente cerebrovascular y la única terapia establecida era alimentar y cuidar al paciente hasta que el mismo siguiera su curso.

La primera persona en investigar los signos patológicos de la apoplejía fue Johann Jacob Wepfer. Nacido en Schaffhausen, Suiza, en 1620, Wepfer estudió medicina y fue el primero en identificar los signos “posmortem” de la hemorragia en el cerebro de los pacientes fallecidos de apoplejía. De los estudios de autopsias obtuvo conocimiento sobre las arterias carótidas y vertebrales que suministran sangre al cerebro. Wepfer fue también la primera persona en indicar que la apoplejía, además de ser ocasionada por la hemorragia en el cerebro, podría ser causada por un bloqueo de una de las arterias principales que suministran sangre al cerebro. Así pues, la apoplejía vino a conocerse como enfermedad cerebrovascular (“cerebro” se refiere a una parte del cerebro; “vascular” se refiere a los vasos sanguíneos y a las arterias).

La ciencia médica confirmaría con el tiempo las hipótesis de Wepfer, pero hasta muy recientemente los médicos podían ofrecer poco en materia de terapia. Durante las dos últimas décadas, los investigadores básicos y clínicos, muchos de ellos patrocinados y financiados en parte por el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Vasculares (National Institute of Neurological Disorders and Stroke –

NINDS), han aprendido mucho acerca del accidente cerebrovascular. Han identificado los principales factores de riesgo de esta condición médica y han formulado técnicas quirúrgicas y tratamientos a base de medicamentos para la prevención del accidente cerebrovascular. Pero quizás el acontecimiento nuevo más interesante en el campo de la investigación del accidente cerebrovascular es la aprobación reciente de un tratamiento a base de medicamentos que puede invertir el curso del accidente cerebrovascular, si se administra en las primeras horas después de aparecer los síntomas.

Estudios con animales han demostrado que la lesión cerebral ocurre dentro de unos minutos después de ocurrir un accidente cerebrovascular y puede hacerse irreversible dentro de un período de solo una hora. En los seres humanos, el daño cerebral comienza en el momento en que empieza el accidente cerebrovascular y a menudo continúa por días después de ocurrir el mismo. Los científicos saben ahora que hay una “ventana de oportunidad” muy reducida para tratar la forma más común del accidente cerebrovascular. Debido a éstos y a otros adelantos en el campo de la enfermedad cerebrovascular, los pacientes que sufren estos accidentes cerebrovasculares tienen ahora una probabilidad de sobrevivir y recuperarse. (5)

Definición del Accidente Cerebrovascular

El cerebro es una gran masa de tejido blando compuesto de miles de millones de células nerviosas. Es el principal centro de control del organismo y nos permite ver, oír, oler, hablar y caminar. También es el centro de control de los pensamientos, las emociones, la memoria, el juicio y la conciencia.

Las células nerviosas del cerebro necesitan un suministro constante de oxígeno y azúcar (glucosa), los cuales son transportados por la sangre. Cuando la sangre no puede llegar a ciertas partes del cerebro, se interrumpe el suministro de oxígeno a esas zonas. Esto se denomina isquemia. Sin oxígeno, mueren las células cerebrales. Cuanto más

tiempo esté el cerebro privado de sangre, más grave será el daño cerebral. La zona de tejido muerto ocasionado por la isquemia se denomina infarto. (6)

El término “**enfermedad cerebrovascular**” denota cualquier anormalidad del encéfalo que es consecuencia de cuadros patológicos de vasos como arterias, venas o senos.

El cuadro característico con que se manifiesta inicialmente una enfermedad de vasos cerebrales es el **accidente cerebrovascular o apoplejía**, definido como cualquier déficit neurológico focal repentino o agudo, no convulsivo. (7)

El accidente cerebrovascular (ACV) es el déficit neurológico causado por obstrucción o ruptura de un vaso cerebral. (8)

Debido a esta ruptura o bloqueo, parte del cerebro no consigue el flujo de sangre que necesita. La consecuencia es que las células nerviosas del área del cerebro afectada no reciben oxígeno y nutrientes, por lo que no pueden funcionar y mueren transcurridos unos minutos.

La mayoría de los accidentes cerebrovasculares son causados por el bloqueo de una arteria en el cuello o en el cerebro, y los restantes son causados por un vaso sanguíneo que se rompe en el cerebro, lo que causa sangrado en o alrededor del mismo. (9)

Como las células cerebrales controlan el movimiento, parte del cuerpo puede quedar paralizado tras un accidente cerebrovascular. (10)

En el lenguaje popular se habla de Apoplejía, palabra derivada del latín y a su vez del griego que implica parálisis repentina. (11)

La gravedad de un accidente cerebrovascular depende de:

- ◆ La región del cerebro que haya sido afectada;
- ◆ La extensión del daño en las células cerebrales;

- ◆ La rapidez con la que el organismo logra restablecer el flujo sanguíneo a las partes lesionadas del cerebro;
- ◆ La rapidez con la que las zonas intactas del cerebro logran compensar, suplir o asumir las funciones que antes eran realizadas por la zona lesionada. (12)

Causas del Accidente Cerebrovascular:

- ***Accidentes cerebrales o apoplejía por isquemia:*** en la mayoría de los casos (alrededor del 80%) el accidente, ataque o evento cerebro-vascular que conduce a la apoplejía es de índole isquémica, es decir, falta de irrigación sanguínea debida a obstrucción de una de las arterias cerebrales principales (media, posterior y anterior, en ese orden) o de sus ramas perforantes menores a las partes mas profundas del cerebro, que produce un infarto o muerte del sector del cerebro nutrido por la arteria ocluida.

La isquemia cerebral se debe a trombosis es decir a la formación del trombo o coágulo en un sitio de la arteria afectado por aterosclerosis o depósito de colesterol e inflamación. Al romperse la placa de aterosclerosis hacia la luz de la arteria se aglutinan allí plaquetas y se forma un coágulo que ocluye o estrecha seriamente la arteria e impide la circulación.

En otros casos el coágulo se desprende y va a ocluir un sitio distante o proviene del corazón, por ejemplo. Se habla entonces de embolismo (o embolia en lenguaje corriente) pero el efecto es el mismo del trombo: oclusión, muerte cerebral y daño funcional.

Los infartos cerebrales son usualmente extensos y por ello los síntomas son manifiestos. (13) El paciente generalmente no pierde el conocimiento, pero puede quejarse de dolor de cabeza, y se desarrollan rápidamente síntomas de hemiparesia y/o disfasia. La hemiplejía es flácida inicialmente, pero en el término de unos pocos días deja lugar al tipo espástico típico. La arteria cerebral media irriga la mayor parte de la

convexidad del hemisferio cerebral e importantes estructuras profundas, de modo que se produce una intensa hemiplejía contralateral que afecta el brazo, cara y pierna. A menudo está afectada la radiación óptica, conduciendo a una hemianopsia homónima contralateral, y puede haber una pérdida de sensibilidad de tipo cortical. La afasia puede ser severa en las lesiones del hemisferio izquierdo, y puede existir negación del lado contralateral. En las lesiones del hemisferio derecho, la injuria parietal puede llevar a alteraciones de la visión espacial. Si la parte principal de la arteria cerebral media no es afectada, pero sí lo es una de sus ramas distales, los síntomas serán menos graves.

Los síntomas más prominentes que siguen a una oclusión de una arteria cerebral posterior son visuales, y comprenden usualmente un defecto campimétrico homónimo contralateral. Los infartos bilaterales pueden seguirse de alteraciones más complicadas de la interpretación visual o ceguera completa. La arteria cerebral posterior irriga también gran parte de la cara medial del lóbulo temporal y el tálamo, de modo que pueden afectar la memoria y las modalidades sensitivas contralaterales. La arteria cerebral anterior irriga la cara interna del lóbulo frontal y una banda parasagital de corteza que se extiende hacia atrás, hasta el lóbulo occipital. En consecuencia, la oclusión de esta arteria origina monoplejía contralateral que afecta la pierna, pérdida sensitiva cortical y en ocasiones anormalidades del comportamiento asociadas con daño en el lóbulo frontal. (14)

- ***Infartos cerebrales pequeños o lacunares:*** en un 20% de los casos de infarto cerebral las lesiones son pequeñas (infartos lacunares) que tan solo se manifiestan con el tiempo por el efecto acumulativo de múltiples lesiones. Los infartos lacunares se expresan con frecuencia por deterioro cerebral y muchos casos de demencia que antes se atribuían a aterosclerosis cerebral hoy los catalogamos como enfermedad de

Alzheimer. Sin embargo, las dos variantes son similares y el paciente pierde su capacidad mental aunque las causas difieren.

- ***Accidentes isquémicos transitorios (AIT)***: hay otra forma de isquemia o falta de irrigación cerebral que es muy importante. Se trata de los ataques isquémicos transitorios (episodios de isquemia cerebral de corta duración) durante los cuales hay una deficiencia funcional (por ejemplo, parálisis o debilidad muscular) que no dura más de una o dos horas y cede. Los accidentes isquémicos transitorios indican que hay una lesión arterial cerebral que puede liberar lluvia de pequeños trombos o espasmo (contracción) de ramas arteriales pero en los cuales la disolución del coágulo o desaparición del espasmo mejora los síntomas. Sin embargo, es una señal de alerta y el paciente debe ser investigado. En algunos casos luego de la evaluación si no existe una lesión tratable (por ejemplo, una estrechez de la arteria carótida) se recomienda el uso de anticoagulantes o antitrombóticos tipo aspirina o agentes anti-plaquetarios como prevención.

Los pacientes con episodios isquémicos transitorios tienen un riesgo importante de sufrir un infarto cerebral. De hecho una tercera parte de ellos lo presentan en los 5 años siguientes (15).

- ***Hemorragia cerebral***: alrededor del 5 al 10% de los ACV son causados por hemorragias en las partes profundas del cerebro. El paciente es usualmente hipertenso, condición que lleva a un tipo particular de degeneración conocido como lipohialinosis en las pequeñas arterias penetrantes del cerebro. Las paredes arteriales se debilitan y como resultado, se desarrollan pequeñas hernias o micro aneurismas. Estos pueden romperse y el hematoma resultante puede extenderse por separación de planos en la sustancia blanca hasta formar una lesión masiva. Los hematomas se producen

usualmente en las partes profundas del cerebro y afectan a menudo el tálamo, núcleo lenticular y cápsula externa, y con menos frecuencia el cerebelo y la protuberancia. Pueden romperse en el sistema ventricular y esto es a menudo, rápidamente fatal. El comienzo habitualmente es con cefalea intensa, vómitos y, en alrededor del 50% de los casos, pérdida del conocimiento. La autorregulación vascular normal se pierde en la vecindad del hematoma, y ya que la lesión en sí puede tener un volumen considerable, la presión intracraneal a menudo se eleva abruptamente. Si el paciente sobrevive, pueden presentarse a continuación signos profundos de hemiplejía y hemisensitivos. Un defecto visual campimétrico homónimo puede también ser evidente.

El pronóstico inicial es grave, pero aquellos que comienzan a recobrar a menudo lo hacen sorprendentemente bien mientras el hematoma se reabsorbe, presumiblemente debido a que se destruyen menos neuronas que en los ataques isquémicos graves (16).

Exámenes diagnósticos:

Los médicos tienen varias técnicas diagnósticas y herramientas de imágenes para ayudar a diagnosticar la causa de un accidente cerebrovascular con rapidez y exactitud. El primer paso en el diagnóstico es un breve examen neurológico. Cuando un paciente llega a un hospital presentando síntomas de un posible accidente cerebrovascular, un profesional de la salud, usualmente un médico o una enfermera, preguntará al paciente o a un acompañante qué ocurrió, qué usted observó, y cuándo comenzaron los síntomas. Generalmente, se realizarán pruebas de sangre, un electrocardiograma y exploraciones de tomografía computarizada (CT) (17).

Una prueba que ayuda a los médicos a juzgar la gravedad de un accidente cerebrovascular es la Escala de Accidente Cerebrovascular de NIH Normalizada, (NIH Stroke Scale), formulada por el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y

Accidentes Vasculares (National Institute of Neurological Disorders and Stroke - NINDS). Los profesionales de la salud utilizan dicha escala para medir los déficits neurológicos del paciente pidiéndole que responda a preguntas y realice varias pruebas físicas y mentales. Otras escalas incluyen la Escala de Coma de Glasgow, la Escala de Hunt y Hess, la Escala de Rankin Modificada y el Índice de Barthel.

Imágenes para el diagnóstico del accidente cerebrovascular agudo:

Los profesionales de la salud también utilizan distintas técnicas diagnósticas de imágenes para evaluar a los pacientes que presentan síntomas de accidentes cerebrovasculares. El procedimiento de imágenes más ampliamente utilizado es el de la *exploración de tomografía computarizada (CT)*. Conocida también como exploración CAT o tomografía axial computarizada, ésta crea una serie de imágenes transversales de la cabeza y del cerebro. Debido a que está inmediatamente disponible a toda hora en la mayoría de los hospitales principales y a que produce imágenes con rapidez, la tomografía computarizada es la técnica preferida para hacer el diagnóstico de un accidente cerebrovascular agudo. La tomografía computarizada también tiene beneficios diagnósticos únicos. Descarta rápidamente una hemorragia, puede mostrar ocasionalmente un tumor que pudiera presentar síntomas similares a un accidente cerebrovascular o puede incluso presentar evidencia de un infarto precoz. Los infartos aparecen generalmente en una exploración de tomografía computarizada unas 6 a 8 horas después de la aparición de los síntomas del accidente cerebrovascular.

Si el accidente cerebrovascular es ocasionado por una hemorragia, una tomografía computarizada puede mostrar pruebas de hemorragia en el cerebro casi inmediatamente después de que aparecen los síntomas del accidente cerebrovascular.

La hemorragia es la razón principal para evitar ciertos tratamientos a base de medicamentos, tales como la terapia trombolítica, el único tratamiento comprobado para

los accidentes cerebrovasculares isquémicos agudos. La terapia trombolítica no puede utilizarse hasta que el médico pueda diagnosticar con seguridad que el paciente sufre un accidente cerebrovascular isquémico debido a que este tratamiento pudiera aumentar la hemorragia y pudiera empeorar un accidente cerebrovascular hemorrágico.

Otra técnica diagnóstica de imágenes utilizada en los pacientes que presentan síntomas de accidente cerebrovascular es la *exploración de imágenes de resonancia magnética (MRI en inglés)*. El estudio de imágenes de resonancia magnética utiliza campos magnéticos para detectar cambios sutiles en el contenido de tejido cerebral. Un efecto del accidente cerebrovascular es un aumento en el contenido de agua en las células del tejido cerebral, condición llamada *edema citotóxico*. Las imágenes de resonancia magnética pueden detectar el edema a las pocas horas después de la aparición del accidente cerebrovascular. El beneficio del estudio utilizando imágenes de resonancia magnética en comparación a las imágenes de tomografía computarizada es que las imágenes de resonancia magnética pueden detectar mejor los pequeños infartos inmediatamente después de la aparición del accidente cerebrovascular.

Otros tipos de exploraciones de imágenes de resonancia magnética, utilizadas a menudo para diagnosticar la enfermedad cerebrovascular y pronosticar el riesgo de accidente cerebrovascular, son la *angiografía de resonancia magnética (ARM - en inglés MRA)* y las *imágenes de resonancia magnética funcional (IRMf -- en Inglés fMRI)*. Los neurocirujanos utilizan la angiografía de resonancia magnética para detectar la estenosis o bloqueo de las arterias cerebrales dentro del cráneo, trazando un mapa de la sangre que fluye al cerebro. El estudio de imágenes de resonancia magnética funcional utiliza un imán para recoger señales procedentes de la sangre oxigenada y puede mostrar la actividad cerebral mediante aumentos en el flujo de sangre local. El *ultrasonido Doppler Dúplex* y la *arteriografía* son dos técnicas de imágenes diagnósticas utilizadas para decidir si una persona se beneficiaría de un procedimiento

quirúrgico llamado *endarterectomía carótida*. Esta cirugía se utiliza para eliminar depósitos grasos de las arterias carótidas y puede ayudar a evitar un accidente cerebrovascular.

El ultrasonido Doppler es una prueba no invasiva, que no produce dolor, en la que se envían al cuello ondas sonoras por encima de la gama que permite escuchar al oído humano. Los ecos rebotan de la sangre en movimiento y del tejido en la arteria y pueden convertirse en una imagen. El ultrasonido es rápido, carente de dolor, libre de riesgo y relativamente poco costoso en comparación con la angiografía de resonancia magnética y la arteriografía. Pero el ultrasonido no se considera tan exacto como la arteriografía. La arteriografía es una radiografía de la arteria carótida tomada cuando se inyecta en la arteria un tinte especial. El procedimiento lleva su propio riesgo pequeño de ocasionar un accidente cerebrovascular y es costoso de realizar. Los beneficios de la arteriografía en comparación a las técnicas de resonancia magnética y al ultrasonido son los de que es muy confiable y aún sigue siendo la mejor forma de medir la estenosis de las arterias carótidas (18).

Escalas de valoración neurológica:

Las escalas de valoración son herramientas útiles para intentar cuantificar de forma fiable y precisa, la gravedad del ictus su progresión y su desenlace.

a) Las escalas neurológicas nos permiten detectar empeoramiento o mejorías del déficit en las funciones neurológicas básicas, se deben aplicar de forma sistemática al ingreso y en intervalos establecidos. La más conocida para la valoración de pacientes en estupor o coma es la Escala de Coma de Glasgow, aunque se diseñó inicialmente para el TCE (traumatismo craneoencefálico) y no para el ictus. Entre las escalas neurológicas específicas para el ictus la más difundida en nuestro medio es la Escala Neurológica

Canadiense. Otras Escalas neurológicas para el Ictus son la Escandinava, la de Orgogozo y la NIH Stroke Scale.

b) Las escalas funcionales tratan de medir lo que los pacientes son capaces de realizar en la vida diaria para compararlo con lo que podían o podrán hacer. En estas escalas puntúan funciones básicas de cuidado personal y relación con el entorno, intentan medir por tanto autonomía personal. Debería de consignarse su puntuación al ingreso, valoración previa al ictus, al alta y en el seguimiento. b.1) Existen escalas funcionales que valoran actividades de la vida diaria como el índice de Barthel, de Katz etc. b.2) Las escalas de evolución global valoran las minusvalías, la mas aplicada es la de Rankin; Otras son las de evolución de Glasgow la de handicap de Oxford y la Escala Cerebrovascular de NIH.

Escala Cerebrovascular de NIH

1-Nivel de conciencia:

0: alerta

1: no alerta. Se despierta con estimulación menor (una orden).

2: no alerta. Requiere estimulación repetida para atender o está estuporoso y requiere una estimulación fuerte o dolorosa.

3: responde solamente con reflejos motores o autonómicos o está inconsciente por completo.

2-Nivel de conciencia: Preguntas:

0: responde ambas preguntas correctamente.

1: responde una sola pregunta correctamente.

2: no responde ninguna pregunta correctamente.

3-Nivel de conciencia: Comandos

0: realiza las dos tareas correctamente

1: realiza una sola tarea correctamente

2: no realiza ninguna tarea correctamente

4-Mejor movimiento ocular de la mirada horizontal:

0: normal

1: parálisis de la mirada horizontal parcial, sin desviación forzada o parálisis total de la mirada.

2: desviación forzada o parálisis total de la mirada horizontal que no puede corregirse con las maniobras oculocefálicas.

5-Campos visuales

- 0: normal
- 1: hemianopsia parcial
- 2: hemianopsia completa
- 3: hemianopsia bilateral (incluye ceguera cortical)

6- Parálisis facial

- 0: normal
- 1: parálisis menor (aplanamiento del pliegue nasolabial o asimetría en la sonrisa)
- 2: parálisis parcial (parálisis total o casi total de la parte facial inferior)
- 3: parálisis completa de uno o dos lados (ausencia de movimiento en la parte facial superior e inferior)

7-8 Brazo y pierna motor

- 0: normal. Mantiene el miembro superior a 90° o 45° por seg.
Mantiene el miembro inferior a 30° por 5 seg.
- 1: caída. Miembro superior en 45° a 90° pero cae antes de los 10 seg. SIN tocar la cama.
Miembro inferior en 30° pero cae antes de los 5 seg. SIN tocar la cama.
- 2: poco esfuerzo en contra de la gravedad. El miembro superior no puede llegar a mantener los 45 o 90 y cae en la cama.
Miembro inferior con un poco de esfuerzo en contra de la gravedad pero cae en la cama.
- 3: ningún esfuerzo en contra de la gravedad. El miembro superior e inferior cae sin esfuerzo en la cama.
- 4: ningún movimiento
- 9: amputación. Hay que explicar el motivo.
Cada miembro se evalúa y asigna una puntuación por separado.

9-Ataxia de miembros

- 0: ausente
- 1: presente en un solo miembro
- 2: presente en dos miembros

10-Sensorial

- 0: normal
- 1: pérdida sensorial suave a moderada. El paciente siente menos en el lado afectado pero está consciente de ser tocado.
- 2: pérdida sensorial severa o total: el paciente no se da cuenta que se le toca en cara, brazo o pierna.

11-Mejor lenguaje

- 0: normal
- 1: afasia leve a moderada
- 2: afasia severa
- afasia global o mudo

12-Disartria

- 0: normal
- 1: suave a moderada
- 2: severa. Incomprensible o mudo.
- 9: intubado u otra barrera física

13-Extinción y desatención

- 0: ninguna anormalidad

1: desatención visual, táctil, auditiva, espacial o personal a la estimulación simultánea bilateral en una de las modalidades solamente.
2: desatención severa a más de una modalidad

NIH: National Institute of Health de Estados Unidos

Escala Neurológica Canadiense

ESTADO MENTAL	
Nivel de conciencia	
Alerta	3
Obnubilado	1,5
Orientación	
Orientado	1
Desorientado o no aplicable	0
Lenguaje	
Normal	1
Déficit de expresión	0,5
Déficit de comprensión	0
FUNCIONES MOTORAS (Sin defecto de comprensión)	
Cara	
Ninguna	0,5
Presente	0
Brazo proximal	
Ninguna	1,5
Leve	1
Significativa	0,5
Total o máxima	0
Brazo distal	
Ninguna	1,5
Leve	1
Significativa	0,5
Total o máxima	0
Pierna	
Ninguna	1,5
Leve	1
Significativa	0,5
Total o máxima	0
B.2) RESPUESTA MOTORA (Defecto de comprensión)	
Cara	
Simétrica	0,5
Asimétrica (0)	0
Brazos	
Igual (1,5)	1,5
Desigual (0)	0
Piernas	
Igual (1,5)	1,5
Desigual (0)	0
Nota: Si existe afectación del hemisferio derecho valorar extremidades izquierdas y viceversa	
Puntuación total:	

Escala de Coma de Glasgow

Puntuación verbal	
Paciente orientado que conversa	5
Desorientado que conversa	4
Palabras inteligibles, pero sujeto que no conversa	3
Sonidos ininteligibles, quejidos	2

No habla incluso con aplicación de estímulos dolorosos	1
Puntuaciones de apertura palpebral	
Abertura palpebral espontánea	4
El sujeto abre los ojos sólo con estímulos verbales	3
La víctima abre los ojos sólo con estímulos dolorosos	2
No hay apertura palpebral	1
Puntuaciones motoras	
Cumple órdenes	6
<i>En respuesta a un estímulo doloroso</i>	
Localiza e intenta retirar la zona corporal, del estímulo	5
Retira la zona corporal, del estímulo	4
Postura de flexión	3
Postura de extensión	2
Ningún movimiento de las extremidades	1

El operador calculará la mejor respuesta en cada una de las tres categorías y sumará las puntuaciones para calcular la puntuación de la Glasgow Coma Scale.

Índice de Barthel.

Actividad	Categorías	Puntos
1. Alimentación	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Totalmente dependiente	0
2. Baño	Independiente	5
	Necesita ayuda	0
3. Aseo personal	Independiente	5
	Necesita ayuda	0
4. Vestirse	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Totalmente dependiente	0
5. Control anal	Sin problemas	10
	Algún accidente	5
	Accidentes frecuentes	0
6. Control vesical	Sin problemas	10
	Algún accidente	5
	Accidentes frecuentes	0
7. Manejo en el inodoro	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Totalmente dependiente	0
8. Desplazamiento silla/cama	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Totalmente dependiente	0
9. Desplazamientos	Independiente	15
	Necesita ayuda	10
	Independiente en silla de ruedas	5
	Incapaz de desplazarse	0
10. Subir escaleras	Independiente	10
	Necesita ayuda	5

Incapaz de subirlas	0
Puntuación total:	

Escala de Rankin (Modificada)

0.	Sin síntomas.	
1.	Sin incapacidad importante	Capaz de realizar sus actividades y obligaciones habituales.
2.	Incapacidad leve	Incapaz de realizar algunas de sus actividades previas, pero capaz de velar por sus intereses y asuntos sin ayuda.
3.	Incapacidad moderada	Síntomas que restringen significativamente su estilo de vida o impiden su subsistencia totalmente autónoma (p. ej. necesitando alguna ayuda).
4.	Incapacidad moderadamente severa	Síntomas que impiden claramente su subsistencia independiente aunque sin necesidad de atención continua (p. ej. incapaz para atender sus necesidades personales sin asistencia).
5.	Incapacidad severa	Totalmente dependiente, necesitando asistencia constante día y noche.
6.	Muerte	

(19)

Clínica del Accidente Cerebrovascular:

Los síntomas del Accidente Cerebrovascular dependen de qué parte del cerebro esté lesionada.

Los síntomas de accidente son, con más frecuencia, un desarrollo SÚBITO de lo siguiente: *

- ◆ Debilidad o parálisis de un brazo, una pierna, un lado de la cara o cualquier parte del cuerpo.
- ◆ Entumecimiento, hormigueo o disminución de la sensibilidad.
- ◆ Cambios en la visión.
- ◆ Pérdida de la capacidad del habla, habla inteligible (Disartria) o dificultad para entender el lenguaje (Afasia).
- ◆ Dificultad para deglutir (Disfagia) o babeo.
- ◆ Pérdida de la memoria (Amnesia).
- ◆ Vértigo.

* Para la confección del siguiente listado, la información fue obtenida de <http://www.nlm.nih.gov/medlinplus> y <http://www.tcm.edu/thi/stroktsp.html>

- ◆ Pérdida del equilibrio o la coordinación.
- ◆ Cambios en la personalidad.
- ◆ Cambios en estados de ánimo (depresión o apatía).
- ◆ Somnolencia, letargo o pérdida del conocimiento.
- ◆ Movimientos incontrolables de los ojos o caída de los párpados.
- ◆ Dolor de cabeza (generalmente intenso y repentino) o cambios en el tipo o la frecuencia de los dolores de cabeza, migrañas inclusive.
- ◆ Ataques Isquémicos Transitorios.

Si se presenta uno o más de estos síntomas durante menos de 24 horas, se puede tratar de un ataque isquémico transitorio (AIT), el cual es una pérdida temporal de la función cerebral y un signo de advertencia de un posible accidente cerebrovascular futuro (20).

Epidemiología del Accidente Cerebrovascular:

El accidente cerebrovascular, desde ahora ACV, es la tercera causa más común de muerte en la población adulta.

Se calcula que en el primer mes muere entre el 40 y el 84 % de las hemorragias, y entre el 15 y el 33 % de los infartos cerebrales. Aproximadamente 150 a 200 personas por cada 100.000 sufrirán un ACV por año, y la incidencia se va duplicando cada década a partir de los 55 años.

El 85 % de todos los ACV serán oclusivos y el 20 % serán por ruptura y sangrado. Dentro del 80 % de los oclusivos tomado como el 100 %, el 50 % corresponderá a los atero-embólicos (grandes vasos). El 25 % corresponderá a la lipohialinosis de los pequeños vasos.

El 20 % dependerá de los émbolos provenientes del corazón o de sus válvulas, como así también de venas sistémicas. Un 5 % quedará para oclusiones por otros mecanismos.

El 20 % de los hemorrágicos, aproximadamente el 12 - 14 % lo harán dentro del parenquima cerebral, troncal o cerebeloso, y el 6 – 8 % lo harán en el espacio subaracnoideo.

De lo anterior concluiremos que la mayoría de los ACV son isquémicos (21).

Factores de Riesgo del Accidente Cerebrovascular:

Un factor de riesgo puede definirse como la característica biológica o hábito que permite identificar a un grupo de personas con mayor probabilidad que el resto de la población general para presentar una determinada enfermedad a lo largo de su vida. La importancia de los factores de riesgo radica en que su identificación permitirá establecer estrategias y medidas de control en los sujetos que todavía no han padecido la enfermedad (prevención primaria), o si ya la han presentado prevenir o reducir las recidivas (prevención secundaria).

Los factores de riesgo en ACV pueden ser agrupados en factores de riesgo inherentes a características biológicas de los individuos (edad y sexo), a características fisiológicas (presión arterial, colesterol sérico, fibrinógeno, índice de masa corporal, cardiopatías y glicemia), a factores de riesgo relacionados con el comportamiento del individuo (consumo de cigarrillos o alcohol, uso de anticonceptivos orales en fumadoras mayores de 35 años y hormonas femeninas de reemplazo en la menopausia), y a características sociales o étnicas.

El 75% de los episodios de ACV se presentan en personas con problemas de:

- ◆ Hipertensión Arterial
- ◆ Tabaquismo

- ◆ Obesidad
- ◆ Colesterol elevado
- ◆ Diabetes

Se agregan como desencadenantes la combinación con inactividad física (sedentarismo), el estrés, las alteraciones en las grasas que circulan por la sangre y las dietas alimenticias desbalanceadas.

Entre los factores de riesgo individual más importantes se destacan: (22)

- **Hipertensión arterial (HTA):** es el principal factor de riesgo cerebrovascular.

Una presión sistólica de 120 mm de Hg. por encima de una presión diastólica de 80 mm de Hg. se considera generalmente normal. Una presión sanguínea elevada persistentemente mayor de 140 sobre 90 conduce a un diagnóstico de enfermedad llamada *hipertensión*. El impacto de la hipertensión en el riesgo total de accidente cerebrovascular disminuye a medida que aumenta la edad, por lo que otros factores adicionales desempeñan un papel mayor en el riesgo general de accidente cerebrovascular en los adultos de más edad. En las personas sin hipertensión, el riesgo absoluto de accidente cerebrovascular aumenta con el curso del tiempo hasta alrededor de la edad de 90 años, cuando el riesgo absoluto viene a ser el mismo que el de las personas con hipertensión.

Así como en el accidente cerebrovascular, hay una diferencia entre mujeres y hombres en la prevalencia de la hipertensión. En las personas más jóvenes, la hipertensión es más común entre los hombres que entre las mujeres; al aumentar la edad, más mujeres que hombres tienen hipertensión.

La HTA agrava la aterosclerosis en el cayado aórtico y arterias cérvico-cerebrales, produce lesiones ateromatosas y lipohialinosis en las arteriolas cerebrales penetrantes de pequeño diámetro y facilita las cardiopatías.

El medicamento antihipertensivo puede reducir el riesgo de accidente cerebrovascular de una persona. Entre los agentes hipertensivos comunes figuran los agentes adrenérgicos, los betabloqueadores, los inhibidores de enzimas que convierten angiotensina, los bloqueadores de canales de calcio, los diuréticos y los vasodilatadores (23).

La realización de actividad física interviene satisfactoriamente con la disminución de la presión arterial.

Generalmente no presenta síntomas. Es más, la mayoría de las personas no descubren que sufren de hipertensión hasta después de haber tenido un accidente cerebrovascular o un ataque al corazón.

El control de la hipertensión reduce el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular. La hipertensión puede a menudo controlarse por medio del ejercicio físico, una dieta sana y medicamentos (24).

- **Tabaquismo:** el humo del tabaco representa el factor causal esencial, dando lugar a la formación y paso a la sangre de numerosos productos, alcanzando el sistema neurovegetativo regulador del tono arterial, con una acción temible sobre el endotelio (25).

El consumo de cigarrillos es el factor de riesgo modificable más poderoso que contribuye a la enfermedad cerebrovascular. El consumo de cigarrillos casi duplica el riesgo de una persona de sufrir un accidente cerebrovascular isquémico, independiente de otros factores de riesgo, y aumenta el riesgo de una persona de hemorragia subaracnoide. El consumo de cigarrillos es responsable directamente de un mayor porcentaje del número total de accidentes cerebrovasculares en los adultos jóvenes que en otros adultos.

El consumo de cigarrillos aumenta los niveles plasmáticos de fibrinógeno y otros factores de la coagulación, aumenta la agregabilidad plaquetar y el hematocrito,

disminuye los niveles de HDL-colesterol, aumenta la presión arterial y lesiona el endotelio, contribuyendo a la progresión de la aterosclerosis (26).

➤ ***Niveles de colesterol en la sangre:*** un nivel alto de colesterol contribuye al riesgo de accidente cerebrovascular.

El colesterol, una sustancia similar a la cera producida por el hígado, es un producto vital del cuerpo. Contribuye a la producción de las hormonas y la vitamina D y es un componente integral de las membranas celulares.

El hígado fabrica suficiente colesterol para atender las necesidades del cuerpo y esta producción natural de colesterol sola no es un importante factor contribuyente a la arteriosclerosis, a la enfermedad cardíaca y al accidente cerebrovascular. El peligro del colesterol proviene de la ingestión dietética de alimentos que contienen altos niveles de colesterol, contribuyendo al riesgo de arteriosclerosis y al aumento en el espesor de las arterias.

El colesterol se clasifica como un lípido, lo que significa que es soluble en grasa en vez de ser soluble en agua. Otros lípidos son los ácidos grasos, los glicéridos, el alcohol, las ceras, los esteroides y las vitaminas solubles en grasa, tales como la A, D, y E. Los lípidos y el agua, no se mezclan. La sangre es un líquido con base de agua, por lo que el colesterol no se mezcla con la sangre. A fin de trasladarse a través de la sangre sin acumulación, el colesterol necesita estar cubierto por una capa de proteína. El colesterol y la proteína juntos se denominan *lipoproteínas*.

Hay dos clases de colesterol, llamados comúnmente “*colesterol bueno*” y “*colesterol malo*”. El colesterol bueno es *lipoproteína de alta densidad o LAD* (en inglés HDL); el colesterol malo es *lipoproteína de baja densidad o LBD* (en inglés LDL). Juntas, estas dos formas de colesterol contribuyen el nivel de *colesterol total* en la sangre de una persona. En las pruebas de colesterol total de la sangre, se considera

seguro un nivel inferior a 200 mg/dl, mientras que un nivel de más de 240 se considera peligroso y pone a una persona en riesgo de enfermedad cardíaca y de sufrir un accidente cerebrovascular.

La mayor parte del colesterol en el cuerpo está en forma de lipoproteína de baja densidad o LDL o “colesterol malo”. Las lipoproteínas de baja densidad circulan a través de la corriente sanguínea, recogiendo el exceso de colesterol y depositando el colesterol donde se necesita (por ejemplo, para la producción y mantenimiento de membranas celulares). Pero cuando comienza a circular demasiado colesterol en la sangre, el cuerpo no puede manejar el exceso de lipoproteínas de baja densidad que se acumula a lo largo del interior de las paredes arteriales.

La acumulación de lipoproteínas de baja densidad (LDL), que recubre el interior de las paredes arteriales se endurece y se convierte en placa arterial, conduciendo a estenosis y arteriosclerosis. Esta placa bloque los vasos sanguíneos y contribuye a la formación de coágulos de sangre. El nivel de lipoproteína de baja densidad de una persona debería ser inferior a 130 mg/dl para ser seguro. Los niveles de lipoproteínas de baja densidad entre 130 y 159 colocan a la persona en un riesgo ligeramente más elevado de arteriosclerosis, de enfermedad cardíaca y de sufrir un accidente cerebrovascular. Una puntuación de más de 160 de lipoproteínas de baja densidad coloca a una persona en gran riesgo de sufrir un ataque de corazón o un accidente cerebrovascular.

La otra forma de colesterol, la *lipoproteína de alta densidad (HDL en inglés)*, es beneficiosa y contribuye a la prevención de los accidentes cerebrovasculares. La lipoproteína de alta densidad lleva un pequeño porcentaje de colesterol en la sangre, pero en vez de depositar su colesterol en el interior de las paredes arteriales, vuelve al hígado para descargar su colesterol. El hígado elimina luego el exceso de colesterol transmitiéndolo a los riñones. En la actualidad, cualquier puntuación de lipoproteína de

alta densidad superior a 35 se considera deseable. Estudios recientes han demostrado que altos niveles de lipoproteínas de alta densidad están asociados a un menor riesgo de enfermedad cardíaca y de accidentes cerebrovasculares y que bajos niveles de lipoproteínas de alta densidad (por debajo de 35 mg/dL), incluso en personas con niveles normales de "colesterol malo", conducen a un mayor riesgo de enfermedad cardíaca y de accidentes cerebrovasculares.

Una persona puede reducir su riesgo de arteriosclerosis y de sufrir un accidente cerebrovascular mejorando sus niveles de colesterol. Una dieta saludable y “ejercicio físico” regular son las mejores formas de reducir los niveles totales de colesterol. En algunos casos, los médicos recetan medicamentos para reducir el colesterol y estudios recientes han demostrado que los tipos más nuevos de estos medicamentos, llamados inhibidores de reductasa o medicamentos de estatina, reducen notablemente el riesgo de accidente cerebrovascular en la mayoría de los pacientes con colesterol elevado. Los científicos consideran que las estatinas pueden actuar reduciendo la cantidad de colesterol malo que el cuerpo produce y reduciendo la reacción inmunológica inflamatoria del cuerpo a la placa de colesterol asociada con la arteriosclerosis y con el accidente cerebrovascular (27).

- **Obesidad:** la obesidad duplica el riesgo de sufrir hipertensión arterial, uno de los principales factores de riesgo cerebrovascular. Actualmente muchos médicos miden la obesidad mediante el índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la talla en metros ($IMC = \text{kg}/\text{m}^2$). Una persona se considera obesa si tiene un IMC superior a 30 (28).

La realización de actividad física es una poderosa herramienta con la que contamos, para intervenir sobre este factor de riesgo.

-
-
- ***Inactividad física (sedentarismo):*** según Mellorowicz, considera al sedentarismo como la “carencia de movimientos cuando las exigencias corporales permanecen en forma crónica por debajo del umbral de excitación necesaria para el mantenimiento y/o aumento de la capacidad funcional de las células” (29).

La inactividad física no es sólo uno de los principales factores de riesgo coronario sino que también puede causar hipertensión arterial, niveles bajos de lipoproteínas de alta densidad (HDL o “colesterol bueno”) y diabetes. El hacer ejercicio físico durante 30 o 40 minutos por lo menos 3 o 4 veces por semana disminuye la presión arterial, eleva los niveles de HDL y ayuda a regular la cantidad de insulina que el organismo necesita. La actividad física regular ayuda a reducir el riesgo de enfermedad cardíaca o ACV (30).

- ***Estrés:*** su modo de acción es complejo e interviene, por una parte, sobre las arterias perturbando el sistema neuro vegetativo –sobre el cual la nicotina se comporta como un gas tóxico- y por otra parte favorece una masiva repartición de grasas con un pronóstico desfavorable. En más, está a menudo asociado a otros factores aterogénicos, en particular el tabaco y una alimentación desequilibrada.

- ***Diabetes:*** aunque la diabetes puede ser controlada, las personas que padecen esta enfermedad tienen mayores probabilidades de sufrir un accidente cerebrovascular. Esto se debe principalmente a los problemas circulatorios ocasionados por la diabetes. Y si el nivel de glucosa (azúcar) en sangre es elevado, el daño cerebral causado por el accidente cerebrovascular podría ser más grave y extenso. La incidencia de accidentes cerebrovasculares es mayor en las mujeres diabéticas que en los hombres diabéticos.

El tratamiento básico de esta patología se basa fundamentalmente en tres elementos: medicación, dieta y “actividad física”.

➤ **Enfermedad cardíaca:** Después de la hipertensión, el segundo factor más importante de riesgo de accidente cerebrovascular es la enfermedad cardíaca, en especial una condición conocida como *fibrilación atrial*. La fibrilación atrial es la palpitación irregular del atrio izquierdo, o la cámara superior izquierda del corazón. En las personas con fibrilación atrial, el atrio izquierdo late a un ritmo cuatro veces más acelerado que el resto del corazón. Esto conduce a un flujo irregular de sangre y a la formación ocasional de coágulos de sangre que pueden salir del corazón y trasladarse al cerebro, ocasionando un accidente cerebrovascular.

Otras formas de enfermedad cardíaca que aumentan el riesgo de accidente cerebrovascular son las malformaciones de las válvulas del corazón o el músculo del corazón. Algunas enfermedades valvulares, como la *estenosis de la válvula mitral* o la *calcificación anular mitral*, pueden duplicar el riesgo de accidente cerebrovascular, independientemente de otros factores de riesgo.

Las malformaciones del músculo del corazón también pueden aumentar el riesgo de accidente cerebrovascular. El "*patent foramen ovale*" (PFO) es un conducto o agujero (llamado a veces "derivación") en la pared del corazón que separa a los dos atrios o cámaras superiores del corazón. Los coágulos en la sangre son filtrados usualmente por los pulmones, pero el PFO podría permitir que émbolos o coágulos de sangre no entren a los pulmones y pasen directamente a través de las arterias al cerebro, potencialmente ocasionando un accidente cerebrovascular.

El "*patent foramen ovale*" (PFO) y el aneurisma septal atrial (ASA), ocurren frecuentemente juntos y, por tanto, aumentan el riesgo de accidente cerebrovascular. Otras dos malformaciones del corazón que parecen aumentar el riesgo de estos accidentes cerebrovasculares por razones desconocidas son el ensanchamiento atrial izquierdo y la hipertrofia ventricular izquierda. Las personas con ensanchamiento atrial

izquierdo tienen un atrio izquierdo más grande de lo normal en el corazón; y los que tienen hipertrofia ventricular izquierda tienen un aumento en el espesor de la pared del ventrículo izquierdo.

Otro factor de riesgo de accidente cerebrovascular es la cirugía cardíaca para corregir malformaciones del corazón o invertir los efectos de la enfermedad cardíaca. Los accidentes cerebrovasculares que ocurren durante la cirugía cardíaca son usualmente el resultado de placas que se desplazan quirúrgicamente de la aorta y se trasladan a través de la corriente sanguínea hasta las arterias en el cuello y la cabeza, ocasionando un accidente cerebrovascular. La cirugía cardíaca aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular de una persona en un 1 por ciento. Otros tipos de cirugía pueden aumentar también el riesgo de accidente cerebrovascular.

De acuerdo a lo dicho anteriormente podemos dilucidar que la prevención de dicha patología debe dirigirse hacia el control de los factores de riesgo, actuando sobre los estilos de vida y comportamientos en salud (31).

Secuelas del Accidente Cerebrovascular:

El ACV produce diversos trastornos (motor, tónico, sensitivo, cognitivo, sensorial y psicológico) que requieren evoluciones y tratamientos multidireccionales.

La rehabilitación-readaptación será integral cada vez que sea posible, por lo tanto interdisciplinaria, siendo la familia un miembro privilegiado del equipo de rehabilitación (32).

La **hemiplejía** es la expresión más visible que presenta esta lesión cerebral. “El rasgo característico de la hemiplejía es la pérdida del movimiento voluntario con alteración del tono muscular y la sensibilidad en toda la extensión de uno de los lados del cuerpo” (33).

La evolución de esta patología se caracteriza, en lo que se refiere al tono, por tener una primera etapa **flácida** donde el paciente sufre una disminución del tono en todos sus músculos. Esta etapa no tiene un tiempo estricto de duración; pero generalmente transcurre desde algunos días hasta una o dos semanas.

Luego el tono va aumentando en forma progresiva y gradual, y se instala paulatinamente la segunda etapa denominada **espástica**.

Durante este período se produce un aumento del tono y como consecuencia de este el paciente adopta patrones anormales de postura y movimiento tanto para los miembros superiores como para los miembros inferiores y tronco.

El patrón flexor es el más observado en el miembro superior afectado; el cual tiene las siguientes características:

- ◆ La escápula está retraída y la cintura escapular deprimida
- ◆ El hombro aducido y rotado internamente
- ◆ El codo flexionado con pronación del antebrazo
- ◆ La muñeca flexionada con una ligera desviación cubital
- ◆ Los dedos flexionados y aducidos
- ◆ La cabeza está inclinada lateralmente hacia el lado hemipléjico y rotada hacia el sano

El miembro inferior, en cambio, se presenta generalmente con un patrón extensor; donde se observa:

- ◆ En el lado hemipléjico la pelvis está rotada hacia atrás y desplazada cranealmente
- ◆ La cadera extendida, aducida y rotada internamente
- ◆ La rodilla extendida
- ◆ El pie en flexión plantar e invertido

- ◆ Los dedos flexionados y aducidos. (ocasionalmente el dedo gordo se extiende por la presencia de un marcado signo de Babinski positivo) (34).

Dificultades asociadas con la hemiplejía:

El problema radica no solamente en la pérdida del control voluntario sino también de los patrones normales de movimiento, con tono anormal, sensibilidad anormal y la presencia de reacciones estereotipadas asociadas. (35)

➤ **Parálisis:** una incapacidad común que resulta de un accidente cerebrovascular es la parálisis en un lado del cuerpo, llamada *hemiplejía*. Una incapacidad relacionada que no es tan debilitante como la parálisis es la debilidad de un lado del cuerpo o *hemiparesia*. La parálisis o la debilidad puede afectar sólo la cara, un brazo, o una pierna, o puede afectar a todo un lado del cuerpo y a la cara. Una persona que sufre un accidente cerebrovascular en el hemisferio izquierdo del cerebro presentará parálisis del lado derecho. A la inversa, una persona que sufre un accidente cerebrovascular en el hemisferio derecho del cerebro presentará déficit en el lado izquierdo del cuerpo. Un paciente que sufre un accidente cerebrovascular también podrá presentar problemas con las actividades diarias más simples, tales como caminar, vestirse, comer y utilizar el cuarto de baño. Los déficit motores pueden resultar del daño de la corteza motora en los lóbulos frontales del cerebro o del daño de las partes inferiores del cerebro, tales como el cerebelo, que controla el equilibrio y la coordinación. Algunos pacientes también presentan problemas para comer y tragar, llamados *disfagia* (36).

➤ **Alteraciones del tono:** es importante observar la distribución del tono anormal y los factores que contribuyen a su incremento y decremento.

Inicialmente, después del establecimiento de la hemiplejía, la cualidad anormal del tono postural aparece como hipotonía, pero en un estadio muy temprano se puede hacer evidente el aumento del tono en ciertos grupos, por ejemplo flexores de los dedos

o retractores de la escápula, de modo que se presenta una mezcla de flaccidez y espasticidad. Usualmente, el tono cambia y se incrementa mientras el paciente va poniéndose más activo. El tono básico puede ir modificándose gradualmente durante 18 meses o más. Cuando está presente la hipotonía, el tono es demasiado bajo como para iniciar el movimiento. No hay resistencia al movimiento pasivo y el paciente es incapaz de sostener un miembro en cualquier posición. Al desarrollarse la hipertonía, el movimiento pasivo es resistido y el movimiento activo es difícil o imposible. El incremento del tono es habitualmente más acentuado en ciertos patrones que incluyen los grupos musculares antigravitatorios, por ejemplo los grupos flexores en el brazo y los grupos extensores en la pierna.

La actividad refleja y las alteraciones en la postura pueden afectar también la distribución del tono, por ejemplo puede haber resistencia a la extensión del brazo cuando éste es sostenido al costado y resistencia a la flexión cuando se lo sostiene sobre la cabeza. Si se presenta co-contracción notable, puede sentirse resistencia a todos los movimientos pasivos. El esfuerzo, la tensión, el miedo y el dolor incrementan el tono.

➤ **Reacciones asociadas:** En la persona normal se producen movimientos asociados durante la actividad energética, pero cuando existe hipertonía, estos movimientos aparecen como reacciones asociadas en patrones anormales estereotipados que inhiben la función.

➤ **Alteraciones sensitivas:** es importante tener conocimiento de cualquier reducción en la aferencia sensitiva, a pesar de que la evaluación precisa frecuentemente es difícil. Se observa la propiocepción y esterognosia además de la sensibilidad superficial y profunda y la temperatura. También se registrará información acerca de alteraciones en el esquema corporal y desatención unilateral.

Puede haber alteraciones en el conocimiento de la posición de partes del cuerpo en relación con otras, o de su posición en el espacio. La pérdida de sensibilidad

menoscaba la habilidad del paciente para moverse y equilibrarse normalmente. En muchos casos, la deficiencia puede atribuirse a falta de atención hacia el lado afectado más que a verdadera pérdida de sensibilidad.

➤ ***Pérdida de movimiento selectiva:*** Se registra cuidadosamente el grado y calidad de control voluntario. A pesar de que muchos pacientes con hemiplejía parecen capaces de mover todas las partes del cuerpo, pueden no poder mover una parte aisladamente sin que otros músculos actúen simultáneamente en un patrón masivo estereotipado de movimiento. Estas sinergias son estereotipadas porque los músculos que participan en el patrón motriz y la fuerza de sus respuestas son los mismos para cualquier esfuerzo, independientemente de la demanda. Este patrón primitivo de respuesta es un acto voluntario, iniciado cuando el paciente desea realizar una tarea. Por ejemplo, puede ser capaz de empuñar solamente cuando el codo se flexiona y el hombro aduce, o de pararse con la cadera y la rodilla extendidas y el pie en flexión plantar. En forma similar, la dorsiflexión del pie sólo puede realizarse cuando la cadera y la rodilla son flexionadas.

El movimiento no será efectivo hasta que los componentes motores indeseables en estos patrones reflejos puedan ser inhibidos al mismo tiempo que son estimulados los componentes deseados.

➤ ***Pérdida de reacciones de equilibrio:*** Normalmente, con cada movimiento la postura debe ser ajustada para mantener el equilibrio, pero con la alteración del tono las reacciones requeridas están deterioradas o ausentes. La presencia o ausencia de tales reacciones y también su calidad son evidentes durante todas las actividades funcionales básicas.

➤ ***Comunicación:*** Si el habla está afectada, es importante entender la deficiencia con la finalidad de modificar las instrucciones y adaptar en forma adecuada el abordaje (37). A menudo tienen problemas para comprender o formar frases. Un déficit

de comprensión del lenguaje se llama *afasia*. El problema en hablar o formar palabras se llama *disartria* (38). O puede tratarse de un problema puramente sensitivomotor, en el cual la articulación correcta está dificultada por pérdida del control voluntario. A menudo contribuyen a la dificultad una combinación de factores.

La comunicación no verbal, en la forma de postura de la cabeza y movimientos de ésta, así como la expresión facial, está dificultada a menudo por las alteraciones del tono y la sensibilidad. Todas las dificultades sensitivomotoras que afectan los movimientos de la lengua, labios, mandíbula y expresión facial deben ser evaluadas y luego tratadas por el fisioterapeuta. Pueden presentarse dificultades para la alimentación debido a que cualquier problema motor producido en cualquier lugar del cuerpo puede estar presente dentro de la boca (39).

Los problemas del lenguaje resultan generalmente de daños a los lóbulos temporales y parietales izquierdos del cerebro.

➤ **Déficit cognoscitivos:** un accidente cerebrovascular puede ocasionar problemas de raciocinio, conciencia, atención, aprendizaje, hacer juicio y memoria. Si los problemas cognoscitivos son severos, el paciente puede tener *apraxia*, *agnosia* o “descuido”. En el contexto del accidente cerebrovascular, “descuido” de conciencia significa que un paciente no tiene conocimiento de un lado de su cuerpo o un lado del campo visual y no está consciente del déficit. También puede estar inconsciente de lo que lo rodea o puede estar inconsciente de déficit mentales resultantes del accidente cerebrovascular.

➤ **Déficit emocionales:** un accidente cerebrovascular puede conducir a problemas emocionales. Pueden tener dificultad en controlar sus emociones o pueden expresar emociones inapropiadas en ciertas situaciones. Una incapacidad común que ocurre en muchos pacientes es la depresión. La depresión puede ser más que una tristeza general resultante del incidente del accidente cerebrovascular. Es un problema de

comportamiento clínico que puede dificultar la recuperación y la rehabilitación y puede incluso conducir al suicidio. La depresión posterior al accidente cerebrovascular se trata como cualquier depresión, con medicamentos antidepresores y mediante terapia.

➤ **Dolor:** los pacientes pueden experimentar dolor, entumecimiento incómodo o sensaciones extrañas después de sufrir un accidente cerebrovascular. Esas sensaciones pueden deberse a muchos factores, entre ellos, daño de las regiones sensoriales del cerebro, articulaciones inflexibles o una extremidad incapacitada.

Un tipo común de dolor resultante se llama *dolor central de accidente cerebrovascular o síndrome de dolor central (SDC)*. El síndrome de dolor central resulta de daño a un área del cerebro central llamada tálamo. El dolor es una mezcla de sensaciones, entre las que figuran las de calor y frío, ardor, hormigueo, falta de sensación, punzadas agudas y dolor intenso subyacente. El dolor es a menudo peor en las extremidades –las manos y los pies- y empeora con el movimiento y los cambios de temperatura, en especial las temperaturas frías. Puesto que la mayoría de los medicamentos contra el dolor proporcionan poco alivio de estas sensaciones, existen muy pocos tratamientos o terapias para combatir el síndrome de dolor central (40).

Tratamiento médico y kinésico del Accidente Cerebrovascular:

➤ ***Fase inicial o aguda:***

- ◆ Acudir lo antes posible a un Hospital, ya que el ahorro de tiempo en comenzar el tratamiento mejora el pronóstico.
- ◆ Evaluación **Interdisciplinaria** del paciente.
- ◆ Control de la vía aérea, oxigenación y tensión arterial, para asegurar una óptima oxigenación y perfusión de las células cerebrales.
- ◆ Mantener en posición incorporada a 30-45° (41).
- ◆ Fisioterapia respiratoria y aspiración frecuente de secreciones.

- ◆ Colocación de sonda nasogástrica para evitar broncoaspiración, en caso de vómitos alimentarios, inicialmente conectada a bolsa que posteriormente se sustituirá por una sonda fina para alimentación.
- ◆ En caso de existir hipoxemia: administrar oxígeno
- ◆ Control clínico y ECG (electrocardiograma) al ingreso y a las 24 horas.
- ◆ Monitorización cardíaca permanente.
- ◆ Equilibrio hidroelectrolítico: asegurar un aporte diario de agua de 2000 cc (administrando sueros salinos isotónicos), evitando soluciones hipotónicas (sueros glucosados). Tan pronto como sea posible, la administración de líquidos se hará por vía oral o enteral por sonda nasogástrica. En caso de que las alteraciones en la deglución queden limitadas a los líquidos, el aporte por vía oral puede realizarse mediante preparados de gelatina o espesantes.
- ◆ Las vías venosas deben mantenerse sólo si son imprescindibles para tratamiento intravenoso y se colocarán en el brazo no parético.
- ◆ Cuidados posturales y prevención de úlceras de decúbito: los miembros paréticos deben estar en extensión y moverse pasivamente.

Si existe hipertensión intracraneal se debe elevar la cama a 30-45°.

Para evitar úlceras de decúbito, sedestación precoz, cambios posturales frecuentes, uso de colchones antiescaras, protección de los lugares de roce, uso de tejidos no sintéticos y suaves; nutrición, hidratación e higiene de la piel.
- ◆ Cuidados de las vías urinarias: sonda vesical sólo en casos de que exista retención urinaria o sea necesario control estricto de diuresis y siempre durante el menor tiempo posible.
- ◆ Control de la hipertermia: la fiebre aparece hasta en el 40% de los pacientes con accidente cerebrovascular y su presencia durante la fase aguda está relacionada con la progresión del mismo, de ahí la importancia del tratamiento.

- ◆ Prevención de trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar: tratamiento profiláctico mediante heparinas de bajo peso molecular.
- ◆ Medicamentos que impidan la agregación plaquetaria (ácido acetilsalicílico, ticlopidina, dipyridamol, triflusal). En algunos países se usan trombolíticos por vía intravenosa para revertir rápidamente la obstrucción.
- ◆ Si el problema es un embolismo a distancia (desde el corazón), se puede precisar de una anticoagulación permanente (42).
- ◆ Control de la hipertensión arterial.
- ◆ Control de las complicaciones: convulsiones, edema cerebral, etc.
- ◆ Si el cuadro es hemorrágico puede precisar de su evacuación quirúrgica.

➤ ***Fase de seguimiento:***

- ◆ En los cuadros de isquemia cerebral por aterosclerosis de la arteria carótidea se realiza la endarterectomía de la arteria afectada. Esta intervención se realiza a través de una incisión en el cuello, para acceder hasta la arteria carótida, se abre y se realiza una limpieza de las placas de ateroma que hay en su interior.
- ◆ En los últimos años se han desarrollado técnicas endovasculares para corregir la estenosis carótidea sin necesidad de cirugía abierta. Son la angioplastia transluminal percutánea y la colocación de stents. La angioplastia es la dilatación de una arteria inflando un balón, a través de un catéter especial insertado por punción percutánea, a través de la arteria femoral. El paciente está despierto y puede regresar a su domicilio en pocos días. El stents es una prótesis metálica, en forma de muelle que se coloca en la zona estrechada y al ejercer presión sobre la pared vascular mantiene la apertura de la luz.

- ◆ Los aneurismas, malformaciones arteriovenosas, etc., que provocan una hemorragia intracerebral, pueden precisar una intervención quirúrgica posterior o una técnica envascular para su tratamiento definitivo y evitar las recidivas.

- ◆ Medicamentos antiagregantes o anticoagulantes como los mencionados en la fase aguda. Se están investigando nuevos antitrombóticos cuyo mecanismo de acción suma a su acción antiagregante efectos anticoagulantes y fibrinolíticos.

- ◆ Rehabilitación de las funciones afectadas, tanto motoras como de otro orden (43).

➤ **Fase de rehabilitación:**

El tipo de terapia que un paciente debería recibir depende de la etapa de la enfermedad cerebrovascular. En general, hay 3 etapas de tratamiento: (1) la prevención del accidente cerebrovascular; (2) la terapia provista inmediatamente después de sufrir un accidente cerebrovascular; y (3) *la rehabilitación del paciente después de sufrir un accidente cerebrovascular*.

Las terapias para *prevenir* un primer accidente cerebrovascular o evitar accidentes cerebrovasculares recurrentes, se basan en el tratamiento de los factores de riesgo subyacentes a la persona.

Las terapias para el accidente cerebrovascular agudo, tratan de detenerlo *mientras éste está ocurriendo*, disolviendo con rapidez el coágulo de sangre que ocasiona el ACV, o deteniendo la hemorragia ocasionada por un ACV hemorrágico.

El objetivo de la rehabilitación del paciente después de ocurrir el ACV consiste en ayudar a la persona a superar las incapacidades que resulta del daño producido por el ACV.

La terapia para tratar el ACV incluye medicamentos, cirugía y rehabilitación.

Para la mayoría de los pacientes, la terapia física es la piedra angular del proceso de rehabilitación. El **Kinesiólogo** utiliza el adiestramiento, los ejercicios y la manipulación física del cuerpo del paciente con la intención de restaurar el movimiento, el equilibrio y la coordinación. El objetivo de la terapia física es lograr que el paciente que sufre un ACV vuelva a aprender actividades motoras simples, tales como caminar, sentarse, ponerse de pie, acostarse, y el proceso de cambiar de un tipo de movimiento a otro.

Otro tipo de terapia que incluye volver a aprender actividades de la vida diaria es la **Terapia Ocupacional**. La terapia ocupacional también incluye ejercicios y adiestramiento para ayudar a los pacientes a volver a aprender actividades cotidianas, tales como comer, beber y tragar, vestirse, bañarse, cocinar, leer y escribir y el cuidado personal. El objetivo de la terapia ocupacional es ayudar al paciente volverse independiente o alcanzar el nivel más alto posible de independencia.

Los problemas del habla y del lenguaje surgen cuando se produce daño cerebral en los centros del lenguaje del cerebro.

Debido a la gran capacidad que tiene el cerebro para aprender y cambiar (cualidad conocida como *plasticidad cerebral*), otras áreas del cerebro pueden adaptarse para asumir las funciones perdidas.

La **Fonoaudiología** ayuda a los pacientes que sufren un ACV a volver a aprender el lenguaje y la dicción o aprender otras formas de comunicación. La terapia del habla es apropiada para los pacientes que no tienen déficit cognoscitivos o de pensamiento, pero que tienen problemas en comprender las palabras habladas o escritas o problemas en como formar frases. Un terapeuta del habla ayuda a los pacientes que sufren un ACV a ayudarse a sí mismos trabajando por mejorar las destrezas del lenguaje, encontrar otras formas posibles de comunicación y adquirir otras aptitudes para hacerle frente a la frustración de no ser capaz de comunicarse plenamente. Con el

tiempo y paciencia, el paciente debería poder recuperar algunas de las capacidades del lenguaje y del habla y, a veces, todas ellas.

Muchos de los pacientes requieren ayuda psicológica o psiquiátrica durante el proceso de rehabilitación. Los problemas psicológicos, tales como la depresión, la ansiedad, la frustración y el coraje, son condiciones comunes después de ocurrir un ACV. La terapia del habla, junto con medicación apropiada, puede ayudar a aliviar algunos de los problemas mentales y emocionales que resultan como consecuencia de un ACV. Muchas veces, también es beneficioso que los miembros de la familia del paciente reciban ayuda psicológica.

El objetivo de la rehabilitación es ayudar a los sobrevivientes a reducir su dependencia de las personas encargadas de su cuidado y mejorar su capacidad física. Las claves de una rehabilitación exitosa incluyen la actividad del sobreviviente, la destreza del equipo interdisciplinario de rehabilitación y el apoyo y la cooperación de los familiares y amigos (44).

Rastreo histórico de la Interdisciplina:

Para Follari el tema de la interdisciplina siempre retorna y para él ese volver sobre el tema no son más que “modificaciones discursivas”. El autor realiza una revisión histórica del concepto, con el cual da cuenta que la propuesta de la interdisciplina ya estaba presente en los reclamos de los jóvenes del mayo del 68, pero “... *sin haber encontrado nunca los principios epistemológicos que la sacaran del plano de la propuesta política hacia el de la variabilidad académica y la fecundidad investigativa... se perdió en el olvido hacia los años ochenta, hasta que a fines de los noventa vivimos un revival.*” Con respecto a la primera formulación aclara que surge como forma de tranquilizar a los estudiantes con una direccionalidad ideológica precisa aunque manteniendo la ambigüedad necesaria para parecer una respuesta a las

superaciones de las separaciones entre teoría y práctica, como de las existentes entre intelecto y realidad. Pero este cambio sólo logró *“la ligazón de la universidad con la empresa, en detrimento de la formación científica... se operativizó la formación de acuerdo con la lógica eficientista de los empresarios privados o del estado como gran empresario, subordinando al pensamiento crítico y a las posibilidades de actividad profesional”*

La propuesta interdisciplinaria no siempre se realiza bajo estos preceptos, por eso el autor considera que por la amplitud de la noción se entremezclan diversas posturas como por ejemplo transdisciplina, multidisciplinaria, etc. que poseen proyectos diferentes y por tal razón es necesario aclararlos. Su finalidad es no dejar confusa la idea de que el planteo no es totalmente nuevo por lo tanto posee un precedente histórico.

Follari rastrea al planteo transdisciplinar como producto de la modernidad, pero aclara que es de una modernidad hegemónica, que posee las características de ver a un mundo como un espacio para ser dominado, que debe ser explotado bajo la racionalidad pragmática, dispuesto a ser objeto de cálculo racionalizante, por la pura finalidad de su dominio y de la ganancia que pueda proveer. Estos serían los orígenes de la interdisciplina y no deben ser confundidos por otros.

A su vez aclara dos posiciones que son muy diferentes entre sí y por ellos irreconciliables; dos posiciones que a nuestro entender sería la clave de los planteos interdisciplinarios que deben ser confesados a la hora de decidir trabajar desde allí. Por un lado ubica a los estudios culturales como abocado al estudio de las partes que poseen límites laxos como así también las disciplinas que se ocupan de ellas, dentro de esta postura *“la variabilidad de los fragmentos aparece como opción de análisis, de modo que no se recupera ninguna unidad previa, sino se inaugura una polifonía inédita de diferencias y acentos. Sin embargo, debemos consignar que lo Inter o transdisciplinar funciona aquí como callada repetición del (des)orden de lo real, al pretender captarlo*

sin intermediación del ordenamiento epistémico, como obedeciendo a una especie de callada naturaleza de las cosas mismas. Y así, en un gesto de supuesta superación de la modernidad, se deja de lado las exigencias constructivas de las teorías científicas como si fueran un lastre que puede abandonarse sin problemas, con lo cual lo interdisciplinar corre el riesgo de volverse pre-disciplinar o anti-disciplinar (lo que ya sería muy otra cosa, y constituye un contrasentido en sí mismo.)”

Para los estudios culturales hay una amplia variedad y gama de matices y puntos de vistas en las disciplinas y las teorías existentes dentro de un rango de relativa multiplicidad y dispersión; se supone que producir desde ellas un cierto collage combinatorio puede enriquecer interpretaciones y promover nuevas ópticas.

Los estudios culturales prefieren la diferencia, mientras el marxismo remite a lo social como unidad, a la totalidad.

Por otra parte el marxismo nunca fue interdisciplinar por no aceptar la diferenciación de las partes respecto de lo social; es un todo estructurado y como tal sólo comprensible en la composición del conjunto de sus partes; se podría decir que para el materialismo histórico no hay ciencias sociales autónomas, sino una sola ciencia de lo social.

A su vez el autor propone revisar esta teoría en el sentido de que la abolición de las disciplinas específicas hacia un discurso único podría resultar anacrónico, en tanto llevaría a achatar especificidades ya constituidas en las diferenciadas tradiciones de las disciplinas, es decir la acumulación de conocimientos de cada área disciplinar es actualmente tan amplia que no se podría negar, no se podría volver a la idea de un único espacio explicativo ya que resultaría reduccionista.

Sin embargo rescata la noción de Totalidad por considerarla una categoría organizadora de la mirada de cada disciplina y propone que cada disciplina actúe sabiendo que su especificidad no existe y que sólo responde a un recorte instrumental y

meramente analítico. A su vez, la posterior reunión sintética de lo trabajado desde cada ciencia de manera analítica resultaría necesaria, de modo que las diferentes partes del entramado social encuentren su sentido en la concepción de conjunto que resitúa a dichas partes.

Tan rotundo cambio de acentos supone también dar lugar al trabajo en grupo por sobre el individual; en síntesis, para Follari, sin disciplinas que sirvan de base para la mezcla conceptual posterior, no hay pensamiento interdisciplinario; y propone la interdisciplina como necesaria para la resolución de problemas concretos, la exigencia de realizarla mediante un trabajo grupal, ya que se requiere del aporte de los sujetos provenientes de diferentes ciencias y los problemas de coordinación que exigen esas actividades grupales; la evidencia de que lo interdisciplinar no es fácil ni brinda resultados inmediatos; sumando a todo esto enuncia los problemas de gestión en la investigación y la docencia (45).

Conceptos de Interdisciplina:

Con el propósito de que el equipo multidisciplinario alcance una integración interdisciplinaria, es necesario que los profesionales no trabajen en forma separada, sino que sean parte de una red y construyan entre todos un saber compartido.

Actualmente se nota una fuerte tendencia a imponer la entrada de la interdisciplina como una experiencia útil, necesaria, enriquecedora, imprescindible en la práctica médica en general y en el área de rehabilitación neurología en particular.

El término interdisciplina suele ser utilizado en forma indiscriminada, ignorando la mayoría de los preceptos su verdadero alcance.

La interdisciplina permitirá superar la instancia de la especialización, del empobrecido efecto del trabajo intelectual aislado, como también unir el conocimiento a

la práctica, investigando problemáticas concretas que puedan producir saberes situables dentro de la estructura social y aportar respuestas para su solución.

La UNESCO la define como una “forma de cooperación entre disciplinas distintas, a partir de problemas cuya complejidad es tal, que sólo pueden ser abordados mediante la convergencia y la combinación prudente de distintos puntos de vista” (46).

La interdisciplina trata de un cambio de la interrelación orgánica de los conceptos de diversas disciplinas hasta el punto de constituir una especie de nueva unidad que subsume en un nivel superior las aportaciones de cada una de las disciplinas particulares.

Un grupo interdisciplinario está compuesto por personas que han recibido una formación en diversos dominios del conocimiento, que tienen diferentes conceptos, métodos, datos y términos, y que se organizan en un esfuerzo común alrededor de un problema común y en donde existe una intercomunicación continua entre los participantes de diversas disciplinas.

Esta definición subraya el sentido práctico de lo interdisciplinario, su valor para resolver problemas concretos; este elemento originario a nivel de necesidad tecnológica ha sido ocultado y lo interdisciplinario elevado a principio teórico-epistemológico, es decir, ha sido puesto a un nivel no relacionado a la necesidad de resolver dificultades prácticas sino a una supuesta necesidad de los objetivos de conocimiento.

Podemos señalar sin temor a equivocarnos que existen relaciones entre todas las ciencias, sean estas sociales o naturales. Sería ilógico pretender decir que cada disciplina carece en lo absoluto de relaciones con las demás, dado que tales relaciones se hacen aparentes a simple vista.

La interdisciplina surgió como una forma de resolver ciertos problemas práctico-concretos, como una forma de enfrentarse a los problemas cada vez más complicados de la sociedad.

A nivel de la práctica, frente a los problemas multifacéticos de la sociedad actual, lo interdisciplinario aparece como una necesidad tecnológica evidente y prometedora. Más allá de todas las indefiniciones que, pudieran existir a su respecto, resulta notorio que representa el camino más adecuado para avanzar sobre realidades que desbordan ampliamente las posibilidades de ser resueltas desde el campo de disciplinas autónomas.

Entre los científicos hay una sospecha muy amplia de que el conocimiento debe ser visto en forma integral, visto como un todo; en donde las distintas disciplinas deben ser cooperativas y complementarias. Este señalamiento, tiene el propósito de referir simplemente que la necesidad de establecer relaciones entre las diversas ciencias llamadas naturales con las sociales es imperiosa.

Pensar en interdisciplina sólo es posible si existen disciplinas a poner en contacto, es decir, sólo puede haber interdisciplina en la medida que existen disciplinas previas que entren en contacto, no se trata de una práctica que borra las obsoletas divisiones entre las ciencias para instaurar el ancho mar de un saber totalizante y sin delimitaciones internas, sino de un trabajo a realizar con base a las disciplinas ya establecidas, sólo en tanto que están establecidas y no se obvian sus mutuas deferencias de objeto y método.

Es importante señalar que la interdisciplina no es una mezcla lisa y llana de elementos de disciplinas diversas; mucho menos es la existencia de ciencias auxiliares de otras; esto existe desde hace muchos años sólo que nadie le llamó interdisciplinariedad.

No podemos dejar de reconocer que la independencia de las diferentes disciplinas resultó un logro histórico que desarrolla el avance de la teoría y los métodos del conocimiento, de su afinamiento sistemático y su multiplicación cuantitativa, avance que requirió necesariamente la división de los campos cognoscitivos.

El progreso del conocimiento humano se ve claramente por el camino de la colaboración e interfecundación de disciplinas que se han cultivado separadas. El reto de construir metodologías interdisciplinarias para la resolución de problemas complejos, es el reto de nuestro tiempo.

La complejidad de la vida actual se ve en todas las disciplinas; el crecimiento y la diversificación del conocimiento ha dado lugar a nuevas disciplinas y las fronteras entre cada una de ellas se pierde al grado que se tiene que trabajar en forma interdisciplinaria (47).

Dada la parcialidad que suele imponer el saber especializado, debido al recorte de la realidad, específico de cada campo disciplinar, asistimos día a día a la creciente atomización del saber en general o del hombre en particular, por parte de los profesionales de la salud. Esta cuestión se potencia al articularse con el afianzamiento y desarrollo de la tecnología. Es imprescindible instrumentar la cooperación entre diferentes disciplinas para lograr una mirada ampliada, que permita organizar estrategias más adecuadas para abordar a los pacientes.

Sin embargo, no alcanza con la sola participación de distintos especialistas para que sus acciones resulten eficaces. Es fundamental que constituyan un equipo, esto significa diversidad de funciones organizadas para lograr un objetivo. Objetivo que trasciende la resolución del síntoma. Pero este propósito no es tan sencillo.

Lo habitual es que los equipos se conformen como subgrupos integrados por profesionales de distintas especialidades, reunidos por lo general por razones afectivas y de historias laborales compartidas. El recurso de la interconsulta con que cuentan la

mayoría de los hospitales, resulta por sí solo insuficiente, ya sea porque el mismo es impuesto burocráticamente o porque no se promueve su demanda. Nos habla también de las dificultades del encuentro interdisciplinar (48).

La interdisciplina es un grado superior de construcción del conocimiento que requiere de disciplinas individuales y construye un lenguaje y un punto de vista común entre diversas perspectivas.

Admite que hay varias “nociones” de interdisciplina, advierte que es compleja, que debe estar clara para todos, que practicarla no es fácil, está en etapa de construcción y que sobre todo la docencia interdisciplinaria requiere de la investigación previa, ya que es en el ámbito de la investigación en donde se da el acercamiento.

Obviamente la investigación no asegura el éxito, no se da en automático, se requiere de un largo trabajo de interacción entre docentes. La interdisciplina es un efecto de grupo que debería planificarse en equipo e incluir la sistemática discusión y el intercambio entre sus miembros (49).

Interdisciplina y Salud:

El abordaje de los problemas de la salud desde una concepción integral es una asignatura pendiente. Su implementación requiere una fuerte decisión político – sanitaria que incluya respuestas sociales, sanitarias e institucionales. Supone, a la vez, la materialización de estas respuestas en políticas de Estado que incorporen formas de gestión innovadoras.

La enfermedad altera el proyecto “individual” construido por cada persona, modifica su subjetividad e incide en todas las esferas de su vida cotidiana. Los obstáculos que se presentan en la recuperación parcial o total del paciente a partir de la falta de recursos alternativos (atención domiciliaria, rehabilitación, centros de día,

cuidados formales e informales) no han logrado ser resueltos por las modalidades tradicionales de abordaje médico y social. Hoy avanzan nuevos discursos que giran sobre el abordaje integral con incidencia de lo social y la actuación de equipos interdisciplinarios basados en relaciones de complementariedad e integración (50).

En el debate actual sobre lo interdisciplinario, se superponen con una cierta yuxtaposición dos tipos de prácticas: la de la investigación interdisciplinaria y la de la configuración de equipos interdisciplinarios asistenciales.

Esta yuxtaposición es esperable dado que la diferencia es de énfasis en cuanto al producto. En el caso de la investigación el énfasis es la producción de conocimientos. En el caso de los equipos el énfasis está en la producción de acciones. Nadie, no obstante, podría separar de manera absoluta la investigación de su efecto en las prácticas y nadie podría suponer que el desarrollo de acciones no produzca, o deba producir, simultáneamente, conocimientos. Más aún, sería esperable un futuro en que esta diferencia se diluyera a su mínima expresión.

Niveles en que se puede plantear el análisis y la polémica sobre esta temática:

- un primer nivel epistemológico y de historia del conocimiento: el simple planteo de la interdisciplina es un cuestionamiento a los criterios de causalidad, y atenta contra la posibilidad de fragmentación de los fenómenos a abordar. Implica también el reconocimiento de que los campos disciplinares no son un “reflejo” de distintos objetos reales sino una construcción históricamente determinada de objetos teóricos y métodos. Más aún, en momentos en que las mismas disciplinas difieren en su interior en cuanto a la definición de su objeto, se puede afirmar que una disciplina, por lo general, no es una, es decir no es unívoca y sin fragmentaciones en su mismo seno.

- Un segundo nivel metodológico: pensar en un desarrollo interdisciplinario es programar cuidadosamente la forma y las condiciones en que el mismo se desenvuelve. Ya es sabido que la simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina. La construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción. Para que pueda funcionar como tal, un equipo interdisciplinario requiere la inclusión programada, dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios. El tiempo dedicado a éstos – sean reuniones de discusión de casos, ateneos compartidos, reuniones de elaboración de historia clínica única, etc.- debe ser reconocido como parte del tiempo de trabajo. Sería bueno que los que programan acciones interdisciplinarias desde los niveles decisorios, tuvieran claro que para lograrlas se requiere algo más que un grupo heterogéneo de profesionales trabajando a destajo.

Una diferencia entre los equipos interdisciplinarios de investigación y equipos interdisciplinarios de asistencia, es que estos últimos se constituyen por distintas profesiones (y se da por supuesto que cada una representa una disciplina). Este deslizamiento (de disciplina a profesión) es un claro deslizamiento hacia el campo de prácticas.

El cómo se desarrolla lo interdisciplinario es un debate fundamental, e incluye al nivel de análisis siguiente:

Un nivel referente a lo subjetivo y lo grupal: las disciplinas no existen sino por los sujetos que las aportan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas. Resulta necesario resaltar lo obvio: un equipo interdisciplinario es un grupo.

Debe ser pensado con alguna lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo. Lo primero, y más evidente, es que un saber disciplinario es una forma de poder y, por ende, las cuestiones de poder aparecerán necesariamente.

En lo individual, la participación en un equipo de esta índole implica numerosas renunciaciones, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Reconocer su incompletud.

Pone en juego la relación que cada sujeto establece con la disciplina. En algún texto de hace años afirmaba: “toda relación con una disciplina es personal: podemos someternos a ella, refugiarnos en ella, o hacerla, trabajar, desafiarla... creemos que sólo se puede desarrollar la ciencia (con minúscula) con la actitud irreverente ante la ciencia (con mayúscula)... la irreverencia no es el rechazo a la negación, es simplemente el no reverenciar”.

Quizás convenga aclarar el porqué de la ausencia del término transdisciplina, de bastante circulación en nuestro medio. Sucede que hay diversas vertientes teóricas desde donde se aborda lo interdisciplinario. Algunas incorporan la transdisciplina como una instancia o escalón superador de la interdisciplina, una etapa del desarrollo del conocimiento en la que se borrarían las barreras disciplinarias para lograr la construcción de un saber mega – explicativo. Por mi parte, prefiero mantener una cierta cautela al respecto, sobre todo a los fines de funcionalizar la idea y de coordinar equipos. A mi gusto, lo transdisciplinario es un momento, un producto siempre puntual de lo interdisciplinario.

La coordinación de un equipo interdisciplinario es una función decisiva, debe poder situarse como facilitador y generador de los dispositivos necesarios para la producción del marco común entre disciplinas. Generar los espacios para la contrastación de los discursos.

Puesta a aclarar términos, en el presente texto quisiera incorporar otros. En primer lugar, el de multireferencialidad teórica, que consiste en reconocer, en un abordaje particular, las diversas vertientes teóricas y disciplinarias desde las que puede encararse. Aún cuando se encare un problema desde un campo disciplinar o teórico, es preciso pensar cuales son las facetas que quedan abiertas a otros enfoques, su posible constitución como objeto de otros saberes. También quisiera incorporar el de importación de saberes, que pasan de un campo disciplinar a otro. Inclusive de marcos conceptuales que atraviesan transversalmente distintos saberes disciplinares en un determinado momento del conocimiento.

Tanto se habla de equipos interdisciplinarios cuando se refiere a prácticas centradas en el desarrollo de conocimiento, cuanto en prácticas centradas en el despliegue de acciones programadas. En este último caso la elección de los miembros del equipo se realiza desde los campos de las disciplinas a los de las incumbencias y perfiles profesionales. Los contextos institucionales en que se desenvuelven no son académicos y pregnan fuertemente sus haceres. Para contemplar problemas y requerimientos específicos preferiría diferenciar los equipos que se insertan en Servicios Hospitalarios de aquellos que se desenvuelven en prácticas comunitarias.

En estos últimos es cada vez más frecuente que algunos de sus miembros no sean profesionales o no representen una disciplina científica sino otro tipo de saber (saberes no – disciplinarios). Tal el caso de la dimensión estética y simbólica que puede aportar un miembro que proviene del campo del arte y no de la ciencia, o la acumulación de saberes que aporta un educador popular o un operador con niños en la calle.

La primera tarea de construcción ínter – saberes que desafían estos equipos es, obviamente, la formulación del programa a desarrollar y de sus objetivos. La base de la misma es la definición del problema y de sus actores. El marco referencial común

implica, entonces, acuerdos básicos ideológicos: ¿cuál es el tipo de relación que se intenta construir entre equipo asistencial y “beneficiarios” del mismo? ¿Cómo se define al sujeto de estas acciones? No es lo mismo, por ejemplo proponer un programa vertical que una metodología participativa de programación. Los márgenes de autonomía del equipo en sus definiciones, dependerán del marco institucional y de los planes en los que se inscribe, además de las complicadas tramas burocráticas en las que suelen encontrarse atrapados.

Demasiado cerca de las demandas y necesidades sociales, y demasiado lejos de los ámbitos destinados a la reflexión, la temporalidad de estos equipos suele carecer de dispositivos específicos en los cuales conceptualizar rigurosamente sus prácticas. Son éstos los espacios en donde pueden pasar de la sustentación pragmática o intuitiva a la explicitación de los distintos saberes en interjuego. Es entonces indispensable que constituyan e institucionalicen estos dispositivos. Incorporar recursos del campo de la investigación, los que suelen plasmarse en modelos no tradicionales de evaluación. Al final que la investigación puede definirse latamente como una forma de producción metódica de conocimientos.

Estas prácticas encaran simultáneamente una dimensión política, conceptual y práctica. Aunque parezca muy distante, en su núcleo reaparece el debate sobre sujeto – objeto de conocimiento y la relación entre conocimiento científico y otras formas de saber (51).

Sin demasiado esfuerzo puede constatarse cómo usualmente, desde lugares del poder público, se invisten con ropaje interdisciplinario muchas decisiones que requieren pericia profesional. Aparece la tendencia a incorporar diversas profesiones en distintos planes, programas o proyectos, sin que las decisiones finales imbriquen satisfactoriamente los dictámenes técnicos. La interdisciplina es confundida con el

amontonamiento de profesiones o –en el mejor de los casos- con la coordinación de actividades, sin advertir que lo interdisciplinario exige coherencia epistemológica y teórica.

Antiguamente, todos los saberes formaban parte de un mismo cuerpo hegemonizado por la Teología y la Filosofía. La Edad Moderna trajo el desprendimiento de la ciencia y se produjo una revolución de conocimientos. Los beneficios para la humanidad fueron indiscutibles. A la constitución de diversos saberes independientes, le sucedieron múltiples especializaciones. Así, por ejemplo, la Medicina generó la cardiología, y ésta desarrolló subespecialidades (ejemplo: arritmias).

Pero, como contrapartida, esta multiplicidad de desarrollos trajo el alejamiento del objeto total originario, la exclusividad de la parte con exclusión del todo. Comenzaron a verse los defectos de conocer al detalle lo específico desconociendo lo contiguo y, más aun, ignorando la totalidad. Los esfuerzos se orientaron entonces hacia la superación de estos límites. Desde las especialidades de la unidisciplina se avanzó hacia la multidisciplina pero con la pretensión de encontrar la forma de saltar hacia la interdisciplina. La discusión no quedó allí, postulándose como nueva meta el pasaje hacia lo que se nominó como transdisciplina.

La comprensión del concepto de unidisciplina en cuanto mirada excluyente desde sólo una disciplina pareciera explicarse por sí misma. Luego, la noción de multidisciplina alude a la idea de junta de saberes, donde cada uno dice lo suyo pero el producto final no es más que la exposición de todos ellos, de modo tal que cada uno conserva su individualidad. La interdisciplina, en cambio, avanza planteando la noción de funcionamiento sistémico (Bertalanffy).

Vale insistir: “Es sabido que la simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina” (Stolkiner, 1999). Por el contrario, se requiere de una construcción conceptual común del problema. Para que un equipo profesional pueda

funcionar se requiere, como requisito sine qua non, la inclusión programada, dentro de sus actividades, de los dispositivos necesarios: tiempo de discusión de casos, ateneos compartidos, historiales únicos, etcétera. Todo esto debe ser reconocido como parte del tiempo de trabajo.

Todo equipo de trabajo debe ser pensado desde alguna lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo. Un saber disciplinario es una forma de poder y, por ende, las cuestiones de poder estarán siempre presentes. A nivel individual exige renunciar a creer que la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Esta es un dato determinante, pues la interdisciplina no es posible si no existe una relación democrática entre las disciplinas que participan de la tarea (52).

OBJETIVOS

➤ OBJETIVO GENERAL:

◆ Analizar si el abordaje interdisciplinario proporciona beneficios en la Rehabilitación de pacientes con Accidente Cerebrovascular en el marco de un Centro Integral de Rehabilitación ubicado en San Jerónimo Sud.

➤ OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ◆ Conocer la fisiopatología de la enfermedad.
- ◆ Observar el trabajo de las distintas disciplinas en forma individual.
- ◆ Explorar cual es la forma que utilizan para llevar a cabo el trabajo interdisciplinario.
- ◆ Observar la dinámica de la institución.
- ◆ Describir el lugar físico de la institución.

METODOS Y PROCEDIMIENTOS

La investigación se construyó a partir del trabajo de campo realizado en un Centro Integral de Rehabilitación ubicado en San Jerónimo Sud, provincia de Santa Fe, comenzando los primeros días del mes de enero del año 2006 a julio del mismo año, con una continuidad de asistencia de tres veces a la semana, siete horas y media diarias.

El proceso de investigación comienza con la elección del tema y el lugar; ya en la institución y para aproximarnos a la problemática se utilizaron las técnicas etnográficas de observación simple y observación participante. A su vez se realizaron cinco entrevistas individuales de carácter cualitativo reconstruidas a posteriori.

Los sujetos entrevistados fueron tres Kinesiólogas, una Fonoaudióloga y una Terapeuta Ocupacional, todos ellos pertenecientes al equipo de rehabilitación del Centro Integral de Rehabilitación.

Las entrevistas fueron abiertas, ya que las mismas permiten “escuchar”, con un bajo nivel de intervención/obstrucción del conocimiento que nuestros informantes tenían sobre el tema. Como herramienta de recolección de datos utilizamos un grabador, (luego de haber preguntado si era una “presencia” molesta a nuestros informantes, lo que iba a dificultar la tarea). Con posterioridad a la desgravación, comenzamos la tarea de análisis/interpretación del material de campo, volvimos a la lectura con el fin de contrastar información y teoría, lo que nos permitió construir nuestros “datos”.

De igual modo, es decir conjuntamente, comenzó la búsqueda bibliográfica para la construcción del referente conceptual, ya que es en la dialéctica del trabajo de campo y en el trabajo teórico que se va realizando una continua tarea de problematización que nos orientarán hacia nuevos problemas.

Transcurrido el tiempo y con ello nuestro conocimiento sobre la temática se realizó la formulación del problema y los objetivos.

Esta investigación se elaboro metodológicamente desde un enfoque “cualitativo”.

DESARROLLO

En el trabajo de campo se realizaron entrevistas grabadas a los diversos profesionales que trabajan en la institución.

Dado que los profesionales pasan la mayor parte del día en dicha institución, se creó una dificultad en la realización de las entrevistas. Las que fueron realizadas durante la jornada de trabajo resultaron entrevistas más concretas; en cambio dos de ellas que fueron acordadas fuera de la institución resultaron más enriquecedoras.

Concretamente fueron entrevistados tres Kinesiólogos, una Fonoaudióloga y una Terapeuta Ocupacional. Además se tuvo en cuenta para el desarrollo de este apartado, todo lo registrado a partir de las diversas observaciones realizadas en las sucesivas visitas a la institución.

Para el análisis de las entrevistas se leyó el material empírico reiteradamente y se puso la mirada tanto en las repeticiones como en las ausencias que se producían en los discursos de los sujetos entrevistados. Como también surgen de la “ida y vuelta entre el trabajo empírico y el teórico”. Durante el desarrollo de las entrevistas se habló preferentemente sobre los conocimientos que tenían los diferentes profesionales sobre la **Interdisciplina** y su relación con la rehabilitación de los pacientes con accidente cerebrovascular.

El Centro Integral de Rehabilitación es un centro médico de rehabilitación para adultos y niños con capacidades físicas diferentes, donde se desarrollan actividades de rehabilitación intensivas e integrales. Presenta una estructura general de tratamiento por módulos, aplicados a todas las patologías neurológicas y/o secuelas.

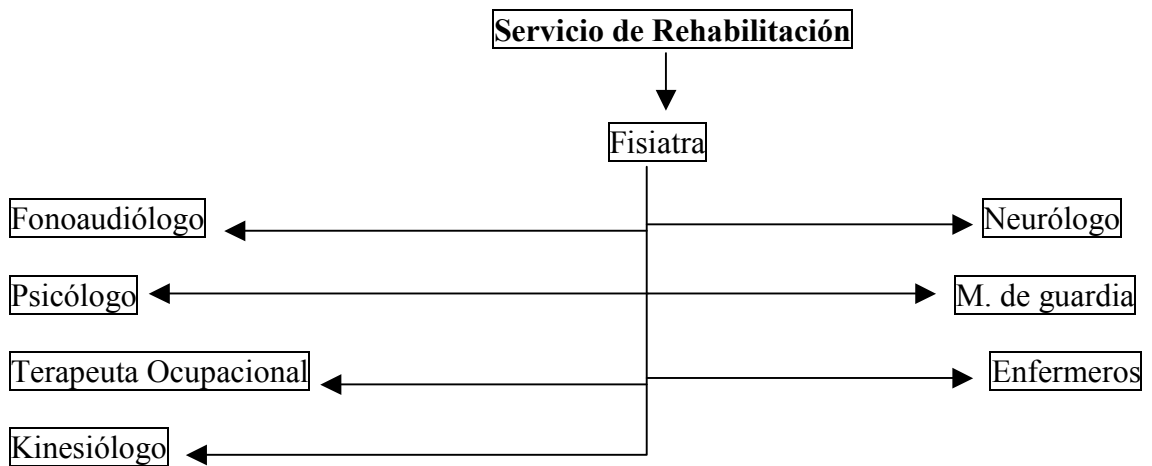
El objetivo primordial del Centro Integral de Rehabilitación es brindar servicios de rehabilitación con técnicas modernas, teniendo como prioridad una rehabilitación

interdisciplinaria en cuanto a los aspectos físicos, intelectuales y emocionales de las personas.

Este centro asiste a pacientes con patologías y/o secuelas de enfermedades neurológicas (lesión medular, traumatismo craneoencefálico, esclerosis múltiple, síndrome de Guillan Barre, etc.), traumatológicas (fractura de cadera, post quirúrgico de hernia de disco, etc.) o cardiovasculares (Accidente Cerebrovascular), que les hayan generado una discapacidad transitoria o permanente.

Todos los pacientes que ingresan al centro tienen una evaluación diagnóstica, exhaustiva e *interdisciplinaria*, que culmina con un informe final que incluye los resultados y las sugerencias terapéuticas.

La institución se encuentra estructurada de tal forma que es el Médico Fisiatra quien coordina las actividades que se realizan en torno al paciente, como lo grafica el siguiente esquema:



El Centro de rehabilitación cuenta con 4 médicos fisiatras, especialistas en rehabilitación física. Representan el eje central de la actividad del equipo interdisciplinario de la institución.

El médico Fisiatra es el responsable del aspecto médico de la rehabilitación. Paralelamente, ejerce la coordinación del equipo interdisciplinario, organizando y regulando las diferentes fases del proceso de evaluación, planificación y tratamiento, monitoreando la evolución del paciente y regulando los cambios en las estrategias de manejo de las diferentes áreas.

Dicho profesional se caracteriza por la multidisciplinariedad de su formación y la interdisciplinariedad de su modo de actuar.

Para su actividad profesional efectiva, el médico Fisiatra interactúa en un equipo interdisciplinario conformado por el resto de disciplinas conexas como la Terapia Ocupacional, la Kinesiología, la Psicología, la Fonoaudiología y eventualmente cualquier otra disciplina que intervenga en las necesidades terapéuticas del ámbito médico o no. También interconsulta con otras especialidades médicas como la neurología, la ortopedia, la urología, la clínica médica, etc.

Realiza e interviene en:

- ◆ Diagnóstico o confirmación diagnóstica de la deficiencia.
- ◆ Diagnóstico de discapacidades y/o minusvalía.
- ◆ Solicitud de interconsultas.
- ◆ Evaluación funcional.
- ◆ Elaboración de un plan de tratamiento.
- ◆ Indicación de elementos ortésicos.
- ◆ Manejo farmacológico de la espasticidad.
- ◆ Derivación a las áreas específicas de tratamiento.
- ◆ Monitoreo del tratamiento.

- ◆ Reuniones de equipo.
- ◆ Charlas con los familiares.

El médico Fisiatra se ocupa ya desde la fase aguda de evaluar los diferentes tipos de déficit y discapacidades; establece un pronóstico funcional, no siempre en concordancia con las expectativas del paciente y de su familia; coordina a los diferentes especialistas terapeutas, que intervienen en todo el proceso rehabilitador y finalmente, define, junto con las opiniones del resto del equipo interdisciplinario, en que momento el proceso de recuperación se ha estabilizado, de tal forma que no justifica la continuación del tratamiento.

El equipo de rehabilitación de la institución está compuesto por un conjunto de profesionales especializados en el campo de la neurorehabilitación. Lo componen:

- ◆ 4 Médicos Fisiatras
- ◆ 5 Kinesiólogos
- ◆ 2 Terapeutas Ocupacionales
- ◆ 2 Psicólogos
- ◆ 1 Fonoaudióloga
- ◆ 2 Profesores de Educación Física
- ◆ 1 médica neuróloga
- ◆ 2 médicos urólogos
- ◆ Personal de Enfermería

Todas estas disciplinas se coordinan con el objetivo común de conseguir el mayor grado de autonomía personal de cada paciente facilitando así su recuperación e integración en el ámbito social.

Está demostrado que la iniciación temprana del tratamiento rehabilitador (incluso desde la Unidad de Cuidados Intensivos), influye en una recuperación mayor de la función neurológica. También existen otros justificativos para la iniciación temprana de la rehabilitación en el curso de la parálisis, por ejemplo, para prevenir complicaciones evitables como la depresión, patrones anormales de movimiento, deformidades, etc.

El paciente ingresa al Centro de Rehabilitación una vez que se encuentra clínicamente estable.

El mismo permanece institucionalizado hasta que el Médico Fisiatra que lo asiste autorice un alta provisoria. Esto significa que se le permitirá retirarse unos días a su domicilio, por ejemplo un fin de semana. Dicho alta se autoriza previo entrenamiento de sus familiares sobre cuidados básicos del paciente; este es uno de los ejemplos de porque integran a la Familia dentro del **equipo interdisciplinario** por ser este un miembro fundamental del proceso de rehabilitación.

El alta definitiva también queda a criterio de autorización del Médico Fisiatra. Cabe destacar que las autorizaciones de las altas forman parte del debate entre todos los integrantes del equipo Interdisciplinario.

La jornada de actividad comienza a las 8 horas, donde los pacientes son ingresados al gimnasio por el personal de enfermería o por sus propios medios aquellos pacientes que tengan independencia para la deambulacion o para propulsar una silla de ruedas.

A las 12 horas, nuevamente el personal de enfermería, traslada a los pacientes al comedor para el almuerzo.

Luego, reingresan al gimnasio a las 15 horas y la jornada llega a su fin a las 18:30 horas. Solamente se realiza un break a las 10 horas, donde se les sirve una colación (yogur, gaseosa, masitas, etc.) y a las 17 horas para realizar la merienda; ambas transcurren en el gimnasio mismo.

A las 18:30 horas finaliza el día de actividad, el equipo de rehabilitación se retira y los pacientes quedan a cargo del personal de enfermería y del médico de guardia.

Durante todo el día el paciente recorre las distintas disciplinas que son pertinentes a su discapacidad.

Tras un trabajo Interdisciplinario, el equipo de rehabilitación se organiza para que el paciente rote por las distintas áreas que le son indicadas de acuerdo a su necesidad todos los días.

Excepto alguno de ellos que tenga alguna contraindicación de asistir, por ejemplo, pacientes con herida no cicatrizada de traqueotomía, escaras, infecciones, quemaduras, no podrán asistir a la pileta, hasta cuando se revierta la causa que contraindique la asistencia.

Para ellos, el Centro de Rehabilitación cuenta con una cuba que se encuentra cercana a la pileta. Consiste en baños en los que el agua se mantiene en agitación constante mediante un inyector de aire o en agitación mecánica por paletas.

En esta modalidad de hidroterapia el paciente, sumergido en una bañera llena de agua caliente, recibe la acción de un chorro de agua a fuerte presión sobre una zona corporal. El chorro de agua puede ser caliente o frío y su presión se regula a voluntad. Dentro de ella se trabaja con movilizaciones pasivas (las realiza el kinesiólogo) y movilizaciones activas (las realiza el propio paciente).

La cuba es utilizada por el kinesiólogo en pacientes quemados, o pacientes que por alguna circunstancia (por ejemplo, infecciones) no puedan compartir la piletta con el resto de los pacientes.

Si quisiéramos armar una definición de **interdisciplina**, en el marco de esta investigación, diríamos que todos los entrevistados acuerdan, que es el trabajo o aporte de varias ciencias o disciplinas complementarias (en nuestro caso, distintas ramas de las ciencias de la salud), que se suman o agrupan con un objetivo en común, (y en este caso en particular) en post de un beneficio que es el bienestar del paciente con ACV.

La Fonoaudióloga aporta que “... *la interdisciplina se da entre los distintos terapeutas, es interactuar efectivamente con cada área. Dar pautas a los demás profesionales Kinesiólogos, Terapeuta Ocupacional o médicos, por ejemplo de cómo comunicarse con el paciente (porque generalmente son afásicos) y también al personal de la cocina para indicarle que alimentos son apropiados para ese paciente en particular. Así como también recibir pautas de ellos, por ejemplo preguntarle al kinesiólogo si puedo sentar al paciente, si le puedo movilizar el cuello...*”.

Una de las kinesiólogas afirma que “... *en el área de salud específicamente, se trata de abordar al paciente en forma integral, desde diferentes puntos de vista, por ejemplo, la parte física, la parte psíquica, y la parte social...*”.

Los discursos de los profesionales arriba citados concuerdan con la producción teórica de Roberto Follari cuando afirma, “*sin disciplinas que sirvan de base para la mezcla conceptual posterior, no hay pensamiento interdisciplinario; y propone la interdisciplina como necesaria para la resolución de problemas concretos, la exigencia de realizarla mediante un trabajo grupal, ya que se requiere del aporte de los sujetos provenientes de diferentes disciplinas*”.

La mayoría de los sujetos acuerdan que en su formación académica han abordado la temática interdisciplinaria; en forma de charlas, jornadas o cursos de carácter optativo.

Sin embargo la Fonoaudióloga nos comunica “... *hasta que uno no la practica, hasta que vos no tenés un paciente y realmente llevas a cabo el trabajo, creo que uno no tiene bien la noción de que es realmente lo interdisciplinario; yo entendía de que me hablaban, pero al vivirlo entendí otras cosas...*”. También una de las kinesiólogas relata “... *yo nunca lo sentí en la práctica en algunos otros trabajos, pero en el que estoy integrando ahora sí...*”.

Otra kinesióloga sostiene que “... *la experiencia refleja que la interdisciplina sólo se puede llevar a cabo en centros de salud donde todos o la mayoría de los profesionales así lo vean...*”.

En general los entrevistados sostienen que los objetivos que se persiguen con el trabajo interdisciplinario son “... *abordar al paciente desde todas las áreas teniendo en cuenta que el paciente es uno sólo, en el cual la información debe ser clara, precisa y que el paciente la reciba toda de una misma manera...*” (Son palabras de la fonoaudióloga) Es decir, tener una mayor conexión con el resto del grupo (profesionales) que lo integran, para facilitar el alcance de los objetivos propuestos. El hecho de favorecer el trabajo con el paciente; de no generar problemas, sino beneficios.

En esta línea, una kinesióloga afirma “... *que el objetivo primordial es tratar al ser humano – enfermo – paciente como un todo...*”.

La Fonoaudióloga aclara que “... *si se cumple el trabajo interdisciplinario entre los profesionales que abordan al paciente, yo creo que es el que más beneficios da; el hecho de actuar en un mismo momento sobre un mismo paciente y con el mismo tipo de abordaje...*”.

En relación a la práctica interdisciplinaria es importante remarcar que se presentan variaciones en cuanto a la jerarquización de determinadas disciplinas; de este modo los entrevistados concuerdan, que para el abordaje específico de pacientes con ACV hay disciplinas que son indispensables y otras que son necesarias en casos puntuales para algunos pacientes y a su vez dependiendo del momento en que se encuentre en el tratamiento.

Dentro de las disciplinas terapéuticas se mencionan como indispensables, a la Kinesiología, la Fonoaudiología, la Psicología, Terapia Ocupacional y la Hidroterapia.

En cuanto a las disciplinas médicas, no pueden faltar, los Médicos Fisiatras, los Neurólogos, los Clínicos y el Hematólogo. Después están las disciplinas médicas que son necesarias en casos puntuales, como el Traumatólogo, el Urólogo, el Oftalmólogo o Estimulador Visual y los que trabajan en Terapias Cognitivas.

A su vez la jerarquización de las diversas disciplinas se convierte en un factor de subjetividad debido a que la relevancia que para cada profesional adquiriera va a estar en relación a la formación particular de cada uno de ellos. Esta situación se refleja en los siguientes discursos.

De este modo, una de las kinesiólogas aclara *“... el Hematólogo es importantísimo, dado que estos pacientes poseen trastornos circulatorios, por coagulación o por agregación...”*.

La Fonoaudióloga argumenta *“... para mí la psicología es fundamental. El paciente de un día para el otro dejo de ser quien era, dejo de ser él como ser independiente y paso a ser un enfermo. Dentro de la familia perdió un rol, perdió o cambiaron roles. Y no es sólo él el afectado, hay todo un grupo familiar y un entorno social que se afecta; yo creo que esta situación no la puede manejar nadie solo...”*

Sin embargo todos los entrevistados están de acuerdo en incluir a la “Familia” como integrante primordial del proceso de rehabilitación.

A lo largo de las entrevistas se fueron exponiendo los beneficios que aporta el trabajo *Interdisciplinario*.

El principal beneficio que se plantea, es el abordaje de un mismo paciente desde distintas disciplinas especializadas cada una, pero conectadas entre sí, donde el mayor favorecido es el paciente.

Otro de los beneficios es poder alcanzar los objetivos terapéuticos planteados, de forma conjunta e integral.

Donde se discuten los problemas para llegar a conseguir soluciones prontas abordando así todos los déficit.

Una de las Kinesiólogas ejemplifica “... *el hecho de que un paciente haya tenido fiebre la noche anterior y el médico me lo comunique a la mañana, va a condicionar mi trabajo del día. Porque voy a evaluar si ese paciente me rinde para una actividad física forzada o para alguna actividad más suave en camilla. Sino lo voy a exigir, a agotar y fundamentalmente lo voy a frustrar. Porque un paciente que se agota rápidamente o rinde menos que el día anterior, generalmente se termina frustrando...*”.

La Fonoaudióloga dice “... *el hecho de no fragmentar a un paciente, de saber que está haciendo el Kinesiólogo y cómo lo está haciendo; el trabajar sobre una misma técnica y en el mismo momento una patología, creo que es un beneficio del abordaje Interdisciplinario...*” “... *creo, por lo menos en lo que tengo como experiencia que realmente en la rehabilitación se logran mejores resultados en Interdisciplina, que en el trabajo aislado; y más aún en la rehabilitación del ACV; después en otra patología a lo mejor no...*”.

Lo que estuvimos relatando hasta ahora era como los profesionales de distintas disciplinas veían a la interdisciplina en el marco de la rehabilitación integral de un paciente con ACV.

Ahora comentaremos como cada disciplina aborda a un paciente con ACV en forma individual.

Los profesionales entrevistados nos cuentan cómo desde su área trabajan con un paciente con ACV.

Una de las Kinesiólogas relata “... *mi abordaje con el paciente es muy cercano, o sea, yo estoy muchas horas con el paciente; cosa que me gusta porque lo llego a conocer bien, llego a interpretar códigos (porque generalmente son afásicos), entonces facilita muchísimo la interpretación a la hora de comunicarme con él. Por ejemplo, de entender cuando un paciente tiene la necesidad de orinar o que le duele algo. Uno, a veces, alcanza a comprenderlo mejor que otras disciplinas, porque está mucho más tiempo con el paciente. Pero esa es la forma de organización de trabajo en la institución donde yo trabajo...*”.

El hecho de tener un abordaje tan cercano con el paciente, facilita la tarea específica del Kinesiólogo. Él va a ser el que lo va a movilizar, el que lo va a parar, el que le va a enseñar a caminar nuevamente y también el que lo va a frustrar en muchos aspectos; porque el paciente ya no va a caminar como antes, se le va a enseñar como pararse o sentarse de otra manera, dependiendo de las condiciones en las que se encuentra.

Entonces entendemos que, si bien es el Kinesiólogo el que le acerca las frustraciones más rápido, es también el que le enseña como superarlas. Es una tarea muy importante la del Kinesiólogo en este proceso de rehabilitación.

Otra de las Kinesiólogas agrega “... *el abordaje del paciente con ACV consiste en una exhaustiva evaluación, y a partir de allí se establece un plan terapéutico a llevar*

a cabo; generalmente el mismo lo establece el Fisiatra, donde podemos o no coincidir, pero se discute. No olvidar que hay enfermos, no enfermedades...”.

La Terapeuta Ocupacional argumenta “... mi objetivo en la rehabilitación de un paciente con ACV, es la recuperación funcional del paciente y el logro de la mayor independencia funcional posible en las actividades de la vida diaria (AVD)...”.

La Fonoaudióloga comenta “... el paciente ingresa al centro de rehabilitación, se lo recibe, se evalúa en forma global por médicos y yo en el consultorio lo evalúo de forma fonoaudiológica. Se evalúa el habla, el lenguaje, la deglución y el nivel cognitivo. Y se trabaja sobre las áreas que requieren rehabilitación. Se habla con el terapeuta que lo tiene a cargo (Kinesiólogo) y se establecen, en principios los horarios que son cómodos y útiles para todos; para mantener al paciente despierto, conectado y atento en las tareas que requieren mas atención cognitiva y a lo mejor dejarlo con el Kinesiólogo si tiene alguna actividad pasiva en un momento que esta mas cansado. Generalmente se trabaja con el paciente en forma diaria. Nos vamos comunicando con los terapeutas diaria y permanentemente cuando hay algún avance, dando pautas al resto de los terapeutas, al personal de enfermería y también a la cocina, en el caso que el paciente tenga trastornos deglutorios, se le indica cómo preparar el alimento para ese paciente; también se le dan algunas pautas a los familiares mientras el paciente esta internado (por ejemplo de cómo comunicarse con ellos), las mismas se incrementan cuando el paciente se va de alta. Se les entrega a los familiares un folleto donde hay una serie de indicaciones básicas para todos los cuadros, después se dan las específicas y a medida que el paciente avanza se van agregando pautas, por ejemplo, las pautas para la alimentación se dan cuando el paciente está en condiciones de hacerlo sin riesgos.

La sesión dura 45 minutos más o menos, salvo que el paciente esté con períodos de atención muy corto (de 5 – 10 minutos), se le respetan, pero eso no quiere decir que

uno lo vea 5 – 10 minutos y al paciente lo devuelva. Sino que se trabajan esos minutos con actividades atencionales altas que requieren la colaboración del paciente y cuando baja ese nivel de atención se trabaja todo lo que es pasivo, como cargar información, movilizar o estimular pasivamente las áreas afectadas...”.

Hasta aquí se ha relevado lo que podríamos llamar los beneficios de la interdisciplina, sin embargo no podemos dejar de manifestar las restricciones de las cuales los profesionales dan cuenta a la hora de concretar el trabajo interdisciplinario.

Una kinesióloga plantea “... *a veces las limitaciones a la hora de trabajar en interdisciplina vienen dadas por los tiempos que maneja el neurólogo en cuanto a la medicación del paciente, que muchas veces es una traba para que el paciente pueda avanzar en las áreas propias de la rehabilitación...*”.

Al respecto Follari afirma, “... los problemas de coordinación que exigen esas actividades grupales; y la evidencia de que lo interdisciplinar no es fácil ni brinda resultados inmediatos”.

La generalidad sostiene como limitación a la institución propiamente dicha, es decir, cómo está organizado el cronograma de cada institución en la que se encuentra trabajando. También las diferencias de criterios, a veces tan difíciles de conciliar.

La Terapeuta Ocupacional afirma como una limitación “... *las diferencias jerárquicas que suelen establecerse entre las distintas disciplinas...*”

Otra limitación importante es la posibilidad de encuentro entre los profesionales de una institución o más difícil aún si se trata en un domicilio o consultorio donde las posibilidades de encuentro y diálogo fluido con el resto de los profesionales son casi nulas. Como también encontramos diferencias entre establecimientos públicos y privados (Interesante diferencia a trabajar en investigaciones posteriores).

Una kinesióloga opina “... en el lugar que yo trabajo ahora, no encuentro dificultades para trabajar en Interdisciplina; sí la encontraría trabajando en un domicilio, se hace casi imposible la Interdisciplina, porque en los momentos que uno necesita comunicarse con el médico es muy probable que no pueda encontrarse con él o más difícil aún es establecer una conversación telefónica, dado que la traducción siempre es otra...”.

“... las distintas y variadas técnicas de trabajo que existen, y que hay gente que se enamora de determinadas técnicas y cree que es la única aplicable, que es el dogma total; y yo creo que eso no es así...” señala la Fonoaudióloga.

La Terapeuta Ocupacional plantea como dificultad “... el acceso a la información relevante del paciente...”.

Por último la Fonoaudióloga propone “... otra limitación es el espacio físico donde se trabaja, yo creo que el espacio físico del centro de rehabilitación está muy bien diseñado para trabajar en interdisciplina y fluidamente con los profesionales actuantes (los terapeutas). Y la personalidad de cada terapeuta o la formación del mismo que esté preparado y con deseos de trabajar en Interdisciplina...”.

En cuanto al espacio físico que menciona la Fonoaudióloga podemos comentar; que el centro de rehabilitación está diseñado de la siguiente manera:

- ◆ Veintidós habitaciones con baño privado, distribuidas en dos alas.
- ◆ Un amplio comedor donde realizan el almuerzo y la cena.
- ◆ Una cocina, donde se elaboran los alimentos.
- ◆ Una sala de estar, donde los pacientes reciben las visitas.
- ◆ Gran cantidad de espacio verde.
- ◆ Dos Office de enfermería, uno correspondiente a cada ala.
- ◆ Un consultorio médico.

El trabajo propio de rehabilitación se realiza en un gimnasio central; este está equipado con:

- ◆ Camillas bajas
- ◆ Bipedestadores
- ◆ Máquinas fijas
- ◆ Bicicletas
- ◆ Paralelas
- ◆ Colchonetas
- ◆ Aparatos de fisioterapia (electroestimuladores, láser, magnetoterapia, etc.).
- ◆ Movilizador de miembros inferiores, etc.

De éste gimnasio central se desprende:

- ◆ Una pileta climatizada y la cuba, con su respectivo vestuario.
- ◆ El espacio de Terapia Ocupacional.
- ◆ El consultorio de Fonoaudiología.
- ◆ El consultorio de Psicología
- ◆ Y dos baños.

Todos estos espacios se encuentran en comunicación directa unos con otros. Por ejemplo, el Kinesiólogo está viendo permanentemente que hace el paciente en la pileta o en Terapia Ocupacional. Así como también tiene la facilidad de comunicarse rápidamente con el resto de los profesionales.

Una intervención que realizamos en la entrevista fue interrogar sobre cuál es la forma que se utiliza en el centro de rehabilitación para llevar a cabo la interdisciplina.

Todos los sujetos acuerdan que una de las herramientas utilizadas en el Centro de Rehabilitación, son las “reuniones de equipo” que se dan en forma semanal.

De este modo, una Kinesióloga afirma “... *las reuniones de equipo que se realizan los miércoles, pasan a ser un encuentro más formal de lo que en realidad se viene dando día a día; porque yo día a día estoy en contacto con el médico, con el neurólogo, hablo con el enfermero...*”.

Las reuniones de equipo tienen lugar los días miércoles de todas las semanas a las 13:30 horas en el gimnasio central de la institución, con una duración de dos horas y media.

En ella intervienen; el Director Administrativo de la Institución, su secretaria, los cuatro Médicos Fisiatras, la Médica Neuróloga, el Médico de Guardia, los dos Médicos Urólogos, la Jefa de Enfermería, los dos Psicólogos, la Fonoaudióloga, las dos Terapeutas Ocupacionales y los cinco Kinesiólogos.

A la hora de dar comienzo a la reunión, la secretaria reparte a los integrantes del equipo una planilla que contiene los nombres de cada uno de los pacientes, seguida de cuadros en blanco para completar.

La reunión se va desarrollando de la siguiente manera. El Director Administrativo o uno de los Médicos Fisiatras va mencionando a los pacientes y cada uno de los integrantes del equipo Interdisciplinario va comentando la evolución de ese paciente, a la vez que cada uno va registrando en su planilla lo que es de su interés para el desarrollo de su tratamiento.

En estas reuniones, los profesionales acuerdan posibles cambios en los tratamientos de los pacientes que consideran “estancados”.

Otro de los puntos que ocasionalmente se tratan se refiere al alta provisoria del paciente (significa por ejemplo, una salida el fin de semana) que solicite la familia o el paciente mismo.

Para concluir, cada terapeuta habla de sus pacientes a cargo, pero se discute y se aceptan opiniones del resto del equipo; de este modo se establece un intercambio fluido de opiniones de las diferentes disciplinas que integran el equipo Interdisciplinario.

La Fonoaudióloga resalta como auspicioso esta modalidad al enunciar “... yo creo que en el Centro de Rehabilitación lo que prevaleció para mantener el trabajo Interdisciplinario, es la fluidez de comunicación entre los terapeutas (Kinesiólogos, Terapeutas Ocupacionales, Fonoaudiólogos, Psicólogos). Creo que eso es lo prioritario, porque se trabaja varias horas, los mismos terapeutas en un ámbito físico fácil de comunicar; donde hay un gimnasio central y en forma satélite el resto de las disciplinas, donde abris la puerta y estas viendo al resto de los profesionales, estas comunicado...”.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos a partir del análisis de las entrevistas realizadas a profesionales que integran el equipo de rehabilitación neurológica y sucesivas observaciones simples y participantes llevadas a cabo en el Centro Integral de Rehabilitación, arribamos a las siguientes conclusiones:

Los profesionales no presentan dificultades en conceptualizar el término **Interdisciplina** y llegan a la conclusión de que es el trabajo o aporte de varias ciencias o disciplinas complementarias, (en nuestro caso, distintas ramas de las ciencias de la salud) que se suman o agrupan con un objetivo en común, (y en este caso en particular) en post de un beneficio que es el bienestar del paciente con Accidente Cerebrovascular. Donde se da una interacción efectiva entre los distintos profesionales de cada área.

En la formación académica, la mayoría de los profesionales han abordado la temática interdisciplinaria en forma de charlas, jornadas o cursos de carácter optativo. Sin embargo afirman que llevarlo a la práctica no es para nada sencillo y supone de un entrenamiento extra; que hasta que no se lo practica y se lleva a cabo el trabajo no se tiene bien la noción de este tipo de abordaje.

En general los entrevistados sostienen que el objetivo que se persigue con el trabajo interdisciplinario en la rehabilitación de pacientes con Accidente Cerebrovascular, es el abordaje integral del paciente, teniendo en cuenta que el paciente es uno sólo y que la información debe ser clara, precisa y que el paciente la reciba toda de una misma manera. Donde tanto el paciente como los profesionales que integran el equipo son beneficiados, ya que existe una mayor conexión con el resto del equipo lo que hace que se facilite el alcance de los objetivos propuestos.

En relación a la práctica interdisciplinaria es importante remarcar que se presentan variaciones en cuanto a la jerarquización de determinadas disciplinas. Se mencionan disciplinas que son indispensables en el abordaje de pacientes con Accidente Cerebrovascular, como por ejemplo la Kinesiología, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Psicología e Hidroterapia (dentro de las disciplinas terapéuticas) y la Fisiatría, Neurología y Hematología (dentro de las disciplinas médicas). Después se encuentran las disciplinas que son necesarias sólo en casos puntuales, como por ejemplo la Traumatología, Urología, Oftalmología o Estimulación visual y terapias Cognitivas.

Es de gran importancia destacar que los profesionales acuerdan en que la “Familia” es un integrante primordial del proceso de rehabilitación.

El principal beneficio que se plantea con el trabajo interdisciplinario, es el abordaje de un mismo paciente desde distintas disciplinas especializadas cada una en el área de rehabilitación neurológica, pero conectadas entre sí, donde el mayor beneficiado es el paciente con Accidente Cerebrovascular.

Otro beneficio es el poder alcanzar los objetivos terapéuticos planteados, de forma conjunta e integral, donde se discuten los problemas para llegar a conseguir soluciones prontas abordando así todos los déficit.

Los profesionales dan cuenta de las limitaciones a la hora de concretar el trabajo interdisciplinario. Se mencionan como limitaciones las diferencias jerárquicas que suelen establecerse entre las distintas disciplinas - donde está claro que las disciplinas terapéuticas dependen en la mayoría de los casos de las disciplinas médicas-, la organización de la institución donde se lleva a cabo el trabajo, las posibilidades de encuentro entre los profesionales, diferencias entre establecimientos públicos y privados

y por último se plantea como una limitación el espacio físico del propio lugar de trabajo. Sin embargo se aclara que este último, en el Centro Integral de Rehabilitación, está muy bien diseñado para llevar a cabo el trabajo interdisciplinario.

La forma que utilizan los profesionales entrevistados del Centro Integral de Rehabilitación a la hora de poner en práctica el trabajo interdisciplinario, es a través de reuniones semanales de equipo, la cotidianidad de diálogo fluido entre los distintos profesionales y las facilidades de encuentro entre ellos, debido al buen diseño de la institución. Donde hay un gimnasio central y de forma satélite las diferentes disciplinas.

Para concluir destacamos que si se cumple el abordaje interdisciplinario es el que más beneficios da, sin embargo queremos reflejar la frase de una Kinesióloga donde dice que “...la experiencia refleja que la **interdisciplina** sólo se puede llevar a cabo en centros de salud donde todos o la mayoría de los profesionales así lo vean...”.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Micheli, F, Fernandez Pardal, M. Fundamentos de Neurología. El Ateneo
- 2- Micheli, F, Nogues, M. Tratado de Neurología Clínica. 2002. Panamericana.
- 3- Gonzales Mas, R. Rehabilitación Médica. Masson
- 4- Volkheimer, M. La Interdisciplina. Disponible en URL:
<http://www.cricyt.edu.ar/enciclopedia/términos/interdisc.htm>
- 5- Accidente Cerebrovascular: esperanza en la investigación. 2006. Disponible en URL:
<http://www.accessible.ninds.nih.gov/disorders/spanish/accidente-cerebrovascular.htm>
- 6- Asociación Americana del Corazón (AHA) y Asociación Nacional de Ataque Cerebral de los Estados Unidos (NSA). Disponible en URL:
<http://www.tmc.edu/thi/stroktsp.html>. 2005
- 7- Maurice, V, Romper, A.H. Manual de Neurología. 7ª edición. 2003. Mc Graw-Hill. Interamericana.
- 8- Barile, M.E. Aspectos Clínicos de la Rehabilitación del Accidente Cerebrovascular. 2005. Disponible en URL:
<http://www.sam.org.ar/publicaciones/ambulatoria/ambulatoria00/12pdf>.
- 9- La Rehabilitación después de una Apoplejía. 2006. Disponible en URL:
<http://www.ninds.nih.gov/disorders/spanish/apoplejia-rehabilitacion.htm>
- 10- Op Cit 6 Disponible en URL: <http://www.tmc.edu/thi/stroktsp.html>.2005
- 11- Apoplejía o Accidente Cerebro – Vascular. 2004. Disponible en URL:
<http://www.saludhoy.com/htm/terc/articulo/apoplejia>
- 12- Op Cit 6 Disponible en URL: <http://www.tmc.edu/thi/stroktsp.html>.2005
- 13- Op Cit 11 Disponible en URL: <http://www.saludhoy.com/htm/terc/articulo/apoplejia>.
2004

- 14- Downie, P. Cash Neurología para Fisioterapeutas. 4ª edición. 1999. Panamericana. Pág. 203
- 15- Op Cit 11 Disponible en URL: <http://www.saludhoy.com/htm/terc/articulo/apoplejia>. 2004
- 16- Op Cit 14.
- 17- Op Cit 5 Disponible en URL:
http://www.accessible.ninds.nih.gov/disorders/spanish/accidente_cerebrovascular.htm. 2006
- 18- Protocolos diagnósticos para el ictus isquémico. 2006. Disponible en URL:
<http://www.svneurologia.org/ictus2.htm>
- 19- Op Cit 4. pág 459
- 20- Disponible en URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlinplus.htm>
- 21- Marelli, E, Bulacio, E. Praeparatio Neurológica. 1997. Argentina. Universidad Nacional de Rosario.
- 22- Accidente Cerebrovascular o Ictus. 2002. Disponible en URL:
<http://www.tabaquismo.freehosting.net/AceVE/ACCEREBROVASC.htm>
- 23- Op Cit 5 Disponible en URL:
http://www.accessible.ninds.nih.gov/disorders/spanish/accidente_cerebrovascular.htm
- 24- Op Cit 6 Disponible en URL:
<http://www.tmc.edu/thi/stroksp.html>
- 25- Op Cit 5 Disponible en URL:
http://www.accessible.ninds.nih.gov/disorders/spanish/accidente_cerebrovascular.html
- 26- Op Cit 24 Disponible en URL:
<http://www.tabaquismo.freehosting.net/AceVE/ACCEREBROVASC.htm>
- 27- Op Cit 5 Disponible en URL:
http://www.accessible.ninds.nih.gov/disorders/spanish/accidente_cerebrovascular.html
- 28- Op Cit 6 Disponible en URL: <http://www.tmc.edu/thi/stroksp.html>
- 29- Airasca, D. Apuntes de la cátedra de Kinefilaxia.
- 30- Op Cit 6 Disponible en URL: <http://www.tmc.edu/thi/stroksp.html>

31- Op Cit 5 Disponible en URL:

http://www.accessible.ninds.nih.gov/disorders/spanish/accidente_cerebrovascular.htm

32- Enciclopedia Médico Quirúrgica. Rehabilitación de las personas afectadas por Accidente Cerebrovascular. Barcelona. Panamericana.

33- Op Cit 14

34- Davies, P.M. Pasos a seguir. Tratamiento integrado de pacientes con hemiplejía. 2ª edición. Madrid – España. 2002. Panamericana. Pág. 68.

35- Op Cit 14

36- Op Cit 5 disponible en URL:

http://www.accessible.ninds.nih.gov/disorders/spanish/accidente_cerebrovascular.htm

37- Op Cit 14 Pág. 216

38- Op Cit 5 Disponible en URL:

http://www.accessible.ninds.nih.gov/disorders/spanish/accidente_cerebrovascular.htm

39- Op Cit 14.

40- Op Cit 5 Disponible en URL:

http://www.accessible.ninds.nih.gov/disorders/spanish/accidente_cerebrovascular.htm

41- http://www.eureka.ya.com/espanto1/dolencias/accidente_cerebrovascular-es-htm. 2006

42- Op Cit 18 Disponible en URL: <http://www.svneurología.org/ictus2.htm>

43- Op Cit 41 Disponible en URL:

http://www.eureka.ya.com/espanto1/dolencias/accidente_cerebrovascular-es-htm

44- Op Cit 5 Disponible en URL:

http://www.accessible.nih.gov/disorders/spanish/accidente_cerebrovascular.htm

45- Follari, R. La interdisciplina revisitada. 2006 Disponible en URL:

http://abc.gov.ar/LaInstitución/RevistaDeEducación3/Archivos/2006-04-02/ArchivosParaImprimir/11_Follari_st.pdf#searh.

46- D. Hainaut, L. La interdisciplinaridad en la enseñanza general. UNESCO, 1986.

47- Follari, R. La Interdisciplina. Disponible en URL:

<http://www.dbiblio.unam.mx>

- 48- Beker, E, Benedetti, C, Goldvarg, N. Prácticas Interdisciplinarias y preventivas desde la perspectiva Clínica – Situacional. 2006. Disponible en URL:
<http://www.elmundocultural.com/claves/interdisciplina2.html>.
- 49- Barrera, Bernal, C, García, Campos, H. Tópicos en educación ambiental. Disponible en URL:
http://www.uv.mx/iie/Colección/N_31/T%C3%B3picos_en_Educaci%C3%B3n_Ambiental.htm.
- 50- Dr. Carrillo, R. Ministro de Salud de la Nación 1946 – 1951 y Médico sanitarista. Disponible en URL: <http://www.isepci.org.ar/geronto.htm>
- 51- Stolkiner, A. La Interdisciplina entre la epistemología y las prácticas. Revista de información especializada Campo Psi. Disponible en URL: www.camposi.com.ar
- 52- Marcón, O. Interdisciplina. 2004. Disponible en URL:
<http://www.elsantafesino.com/opinion/2004/11/17/3067>

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Achilli, E. La investigación antropológica en las sociedades complejas. Una aproximación a interrogantes metodológicos. 1991.
- 2- Airasca, D. Apuntes de la cátedra de Kinefilaxia.
- 3- Basaldella, L. Introducción a la Kinesiología. Módulo III. 2000. Apuntes de la cátedra de Introducción a la Kinesiología y Fisioterapia.
- 4- Bobath, B. Actividad postural refleja anormal causada por lesiones cerebrales. 3ª edición. 2000. Panamericana.
- 5- Bobath, B. Hemiplejía del Adulto. Evaluación y Tratamiento. 3ª edición. 1993. Panamericana.
- 6- Cook, TD y Reichardt, Ch.C. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Madrid – España. 1986. Morata
- 7- Cossio, P. Fustinoni, O. Rospide, P. C. medicina Interna. 6ª edición. 1989. CTM.
- 8- Davies, P. M. Pasos a seguir. Tratamiento integrado de pacientes con hemiplejía. 2ª edición. Madrid – España. 2002. Panamericana.
- 9- Dorland. Diccionario de Medicina. Enciclopédico Ilustrado. 26ª edición. 1986. México. MC GRAW – HILL
- 10- Downie, P. A. CASH Neurología para Fisioterapeutas. 4ª edición. 1999. Panamericana.
- 11- Enciclopedia médico-quirúrgica. Rehabilitación de las personas afectadas por ACV. Barcelona. Panamericana
- 12- Ferreras, V, Rozman, C. Medicina Interna. 12ª edición. 1992. Barcelona – España. Doyma
- 13- Fustinoni, Pégola. Neurología en esquemas. 2ª edición. 2001. Panamericana.

- 14-Howley, E Don Franks'. Health fitnesses. Introductor's Handbook. 1995. Human Kuneties.
- 15-Krusen. Medicina Física y Rehabilitación. 4ª edición. Panamericana.
- 16-Marelli, E, Bulacio, E. Praeparatio Neurologica. 1997. Argentina. Univarsidad Nacional de Rosario.
- 17-Maurice, Victor, Allan, H. Ropper. Manual de Neurología. 7ª edición. 2003. Mc GRAW – HILL Interamericana.
- 18-Micheli, F, Fernandez Pardal, M. Fundamentos de Neurología. El Ateneo.
- 19-Michelli, F, Nogués, M.A. tratado de Neurología Clínica. 2002. Panamericana.
- 20-Neurolingüística y Fisiopatología (Afasiología). 3ª edición. El Ateneo.
- 21-Rafael Gonzales Mas. Rehabilitación Médica. Masson.
- 22-Robbins. Patología Estructural y Funcional. 4ª edición. 1990. Madrid – España. MC GRAW – Hill Interamericana
- 23-Rodriguez Gomes, G, Gil Flores, J, Garcia, E. Metodología de la investigación cualitativa. 2ª edición. 1999. Aljibe
- 24-Sabulsky Jacobo. Investigación científica en Salud – Enfermedad. Córdoba. Cofyfac
- 25-Sampieri Hernandez, R, Fernandez Collado, C. Metodología de la investigación. 3ª edición. 2003. México. MC GRAW – Hill
- 26-Umberto Eco. Como se hace una tesis. Técnicas de procedimientos de estudio, investigación y escritura. Barcelona. 1992. Gedisa
- 27-Willard/Spackman. Terapia Ocupacional. 8ª edición. Panamericana.
- 28-Yves Xhardez. Vademecum de Kinesioterapia y de Reeducción Funcional. 4ª edición. 2002. El Ateneo.

BIBLIOGRAFÍA EXTRAÍDA DE INTERNET

URL: <http://www.cricyt.edu.ar/enciclopedia/términos/interdis.htm>

URL: http://www.accessible.ninds.nih.gov/disorders/spanish/accidente_cerebrovascular.htm

URL: <http://www.tmc.edu/thi/stroksp.html>

URL: <http://www.sam.org.ar/publicaciones/ambulatoria/ambulatoria00/12pdf>

URL: http://www.accessible.ninds.nih.gov/disorders/spanish/apoplejia_rehabilitación.htm

URL: <http://www.saludhoy.com/htm/terc/artículo/apoplejia>

URL: <http://www.svneurologia.org/fo/ictus2.htm>

URL: <http://www.tabaquismo.freehosting.net>

URL: <http://www.monografias.com/trabajos11/acfis/acfis.shtml>

URL: <http://www.enbuenasmanos.com/artículos/muestra.asp?art=454>

URL: <http://www.dbiblio.unam.mx>

URL: <http://www.elmundocultural.com/claves/interdisciplina2.html>

URL: <http://www.isepci.org.ar/geronto.htm>

URL: http://www.abc.gov.ar/LaInstitución/RevistaDeEducación3/Archivos/2006-04-02/ArchivosParaImprimir/11_Follari_st.pdf#search

URL: http://www.uv.mx/iie/Colección/N_31/T%C3%B3picos_en_Educaci%C3%B3n_Ambiental.htm

URL: <http://www.camposi.com.ar>

URL: <http://www.elsantafesino.com/opinion/2004/11/17/3067>