

República de Cuba
Filial de Ciencias Médicas, Morón.
Policlínico Universitario Sur de Morón.

Protocolo de Base Comunitaria para la Rehabilitación,
Reinserción Social y
Laboral de pacientes con Enfermedades
Cerebrovasculares.

Autor: Dr. Gustavo Patricio Valdivieso Caraguay.

2015

República de Cuba
Filial de Ciencias Médicas, Morón.
Policlínico Universitario Sur de Morón.

Protocolo de Base Comunitaria para la Rehabilitación,
Reinserción Social y
Laboral de pacientes con Enfermedades
Cerebrovasculares.

Tesis en opción a Especialista de Primer Grado en
Medicina General Integral

Autor: Dr. Gustavo Patricio Valdivieso Caraguay
Residente del Segundo Año en Medicina General Integral.
Policlínico Universitario Sur. Municipio Morón.

Tutor: MSc. Dr. Alberto Rivero León.
Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral.
Máster en Ciencias Pedagógicas de la Educación Superior.
Investigador Agregado.
Profesor Asistente.

2015.

A G R A D E C I M I E N T O

Lleguen mis más sinceros agradecimientos a todos los que desde el anonimato y muchas veces sin percatarse siquiera, me alentaron y me ayudaron en la cristalización de mis aspiraciones y que contribuyeron a la vez con la realización de este proyecto, lugar especial para mis padres, mi hermano, a Diana y al MSc. Dr. Alberto Rivero León, Profesor y amigo personal.

DEDICATORIA.

A mis padres. Por apoyarme en este intento.

A mi Hermano. Por ser ejemplo de superación.

A Diana. Por su amor infatigable y reconfortante.

Al profe Alberto. Por sus sabios consejos.

A mi País. Por haber confiado en mí.

A Fidel y a la Revolución Cubana. Por la oportunidad que me han brindado.

RESUMEN

La falta de implementación de la tercera fase del Protocolo de Base Comunitaria para la Rehabilitación, Reinserción Social y Laboral de pacientes portadores de Enfermedades Cerebrovasculares en los Consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia pertenecientes al Consejo Popular El Vaquerito del Policlínico Universitario Sur de Morón constituye el problema que conllevó a la realización de un estudio retrospectivo, observacional descriptivo. El universo de estudio fue de 63 pacientes los que fueron sometidos a dos encuestas al inicio y término de la rehabilitación. Se trazaron objetivos específicos: distribuir los pacientes en rehabilitación según variable demográfica, establecer la causa de rehabilitación, tipos de secuelas rehabilitadas, tiempo de tratamiento en rehabilitación, técnicas de rehabilitación más empleada y resultado de la rehabilitación obtenida. El sexo masculino es el más afectado, el grupo de edad de 70 y más años prevalece. Son los pacientes de la piel negra los que con mayor frecuencia inciden, la Hemorragia Cerebral es la causa más frecuente. La Hipotonía Muscular es la secuela más usual y remanente de estos procesos agudos e inmensamente letales, el tiempo en que la mayoría de pacientes lograron una rehabilitación favorable fue en 9 meses. La Estimulación del lado sano, Movilizaciones pasivas y activas, Estimulación de contracciones activas y pasivas y el Masaje, son las técnicas convencionalmente más utilizadas, y fueron rehabilitados totalmente 47 pacientes, esto pone en evidencia que la implementación de la tercera fase del Protocolo de Rehabilitación genera excelentes resultados y permite la reincorporación de los pacientes a la sociedad.

ÍNDICE

Introducción...	1 – 6
Marco Teórico...	7 - 32
Material y Método...	33 - 36
Resultados y Discusión...	37 – 45
Conclusiones...	46
Recomendaciones...	47
Bibliografía...	48 - 52
Anexos	

INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Cerebrovasculares comprenden algunos de los trastornos más frecuentes y devastadores: accidentes isquémicos o hemorrágicos y anomalías vasculares cerebrales como aneurismas intracraneales y malformaciones arteriovenosas (AVM). En Estados Unidos este tipo de trastornos provoca alrededor de 200 000 fallecimientos al año y es una causa importante de incapacidad. Su frecuencia aumenta con la edad y se ha deducido que el número de accidentes cerebrovasculares aumentará en la medida que se incremente la población de ancianos; para el año 2030 la cifra de fallecimientos por accidentes cerebrovasculares se duplicará. (1)

Casi todas las enfermedades de esta categoría se caracterizan por una deficiencia neurológica focal de comienzo repentino, como si el paciente fuera derribado por un rayo. El accidente cerebrovascular (apoplejía en la nomenclatura antigua) se define por la deficiencia neurológica repentina atribuible a una causa vascular focal. Por tal razón, la definición es clínica y para reforzar el diagnóstico se utilizan los resultados de varios estudios que incluyen a los de imagenología encefálica. Las manifestaciones clínicas del accidente cerebrovascular son muy variables, dada la anatomía tan compleja del encéfalo y sus vasos. (1,2)

La isquemia cerebral es causada por la reducción del flujo sanguíneo durante unos cuantos segundos. Los síntomas aparecen en segundos por la privación neuronal de glucosa y, por consiguiente, la deficiencia energética es muy rápida. Cuando la irrigación se restablece en poco tiempo el tejido encefálico se recupera por completo y los síntomas son sólo transitorios: esta situación se denomina accidente isquémico transitorio (TIA). Los signos y síntomas del TIA en la esfera neurológica duran de 5 a 15 min y por definición no deben exceder las 24 h. Cuando la irrigación se interrumpe durante un tiempo más prolongado el resultado es un infarto o muerte del tejido encefálico. (2)

Un accidente cerebrovascular se diagnostica cuando los signos y síntomas neurológicos se prolongan durante más de 24 h. La hipoperfusión cerebral generalizada por hipotensión diseminada (como sucede en el caso de arritmias, infarto del miocardio o choque hemorrágico) generalmente origina síncope. Si la deficiencia del riego cerebral persiste, aparecen infartos en las zonas limítrofes, en las fronteras de la distribución de las grandes arterias cerebrales. (3)

En los casos más graves la hipoxia-isquemia global origina una lesión amplia del encéfalo; la constelación de secuelas en la esfera cognitiva recibe el nombre de encefalopatía hipóxica-isquémica. Por otra parte, la isquemia o infarto focal suele ser producido por trombosis de los propios vasos cerebrales o por émbolos que provienen de una arteria proximal o del corazón. La hemorragia cerebral origina síntomas neurológicos al ejercer un efecto de masa compresiva sobre las estructuras nerviosas o por los efectos tóxicos de la sangre misma.

Epidemiológicamente su distribución es mundial y afecta a todos los continentes por igual, es frecuente en poblaciones con factores de riesgo comunes que inciden por la cultura local e idiosincrasia de esos nativos y su relación con otras condicionantes que exacerban estos factores de riesgo estando condicionada por la incidencia de hábitos tóxicos, ingestión de comidas chatarras, alcohol, hábito de fumar y la creciente incidencia acumulada de hipertensos que ya sobrepasa los 6900 millones de personas en todo el orbe. Su predilección y alta frecuencia por el sexo masculino está determinada por condiciones bien establecidas como los antecedentes patológicos personales y familiares de Hipertensión Arterial, así como los antecedentes también de algún tipo de ictus familiar. (4)

Tal situación es similar a la que presenta Cuba, país que por demás, muestra una tasa de incidencia acumulada que supera entre el 30 y 35 % de toda la población mayor de 18 años. Tendrían que sumarse a todo esto, la preexistencia de algún tipo de malformación vascular en no pocos pacientes que condicione la aparición de

alguna de las variantes de esta enfermedad, entre ellos los más frecuentes son las aneurismas congénitas. (5)

El municipio de Morón, al igual que en el Área de Salud Sur de este municipio convergen en similar situación epidemiológica, pues la incidencia acumulada de estos eventos cerebrovasculares se acerca al rango de proximidad de lo establecido por el programa nacional de prevención y control de las Enfermedades Cerebrovasculares. La tasa de discapacidad por esta razón es una de las más altas del país e incide en ello también la no aplicación de un programa de rehabilitación de base comunitaria que favorezca a estos pacientes, permitiéndoles su reinserción social y laboral, descargando a la familia cubana de lo que representa un paciente discapacitado por esta enfermedad.

En los Consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia (CMF) pertenecientes al Consejo Popular El Vaquerito del Área Sur de Morón, cuenta con tres CMF, en relación con su geografía podemos definir en que el relieve es llano sin predomios de elevaciones, ni accidentes geográficos de este tipo, el clima es tropical, muy carente de lluvias y con escasos periodos de invierno. La comunidad cuenta con centros comerciales de elaboración, centro de video, industrias, pistas de recreación, parques, escuela primaria Abel Santa María Cuadrado, donde cursan los grados desde preescolar hasta 6to grado. La mayoría de las viviendas no cuentan con acueducto ni alcantarillado, las condiciones estructurales de las mismas no son favorables existiendo hacinamiento en la mayoría de estos. La presencia de microvertederos es frecuente. Las calles no son asfaltadas y no existen buena iluminación. Se localiza predominantemente en el área rural. Se presenta similar situación en relación con la incidencia acumulada de esta patología, acumulando un total de 84 pacientes portadores de Enfermedades Cerebrovasculares, lo cual constituye una prioridad dentro del accionar de la atención médico-preventivo. Tal situación forma parte de las manifestaciones **de la problemática**, entre las que se encuentran:

1. No se implementa la tercera fase del Protocolo de Rehabilitación establecido para los pacientes portadores de Enfermedades Cerebrovasculares en los CMF y hogares por parte del Equipo Básico de Salud (EBS).
2. Insuficiente pesquisa activa de la enfermedad, lo cual falsea las estadísticas y propicia que exista morbilidad oculta.
3. Pobre actividad preventiva por parte del equipo básico de salud.
4. Alta incidencia de los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de la noxa.
5. Elevados índices de consumo de sustancias tóxicas que contribuyen a la ocurrencia de esta noxa.
6. Modos y Estilos de vidas de muy mala calidad.

Por lo que planteamos el siguiente **problema científico**: ¿Qué resultados se obtendrían al implementar la tercera fase del Protocolo de Rehabilitación establecido para los pacientes portadores de Enfermedades Cerebrovasculares en los Consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia pertenecientes al Consejo Popular El Vaquerito del Policlínico Universitario Sur de Morón en el año 2015?.

Una vez que se encuentra definido el problema científico fue necesario definir el **objeto** de la investigación quedando identificado los pacientes portadores de Enfermedades Cerebrovasculares.

El **Campo** de la presente investigación quedó definido como la Rehabilitación de los pacientes portadores de Enfermedades Cerebrovasculares.

Entre los **objetivos** perseguidos por la investigación quedaron establecidos los siguientes:

Objetivo General:

Implementar la tercera fase del Protocolo de Base Comunitaria para la Rehabilitación, Reinserción Social y Laboral de los pacientes portadores de Enfermedades Cerebrovasculares en los Consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia pertenecientes al Consejo Popular El Vaquerito del Policlínico Universitario Sur de Morón en el año 2015.

Objetivos Específicos:

1. Distribuir los pacientes sometidos a rehabilitación según variable demográfica.
2. Establecer la causa más frecuente de rehabilitación.
3. Precisar los tipos de secuelas que se sometieron a rehabilitación.
4. Definir el tiempo de tratamiento de la rehabilitación.
5. Identificar las técnicas de rehabilitación más empleadas.
6. Mencionar el resultado de la rehabilitación obtenida.

Para solucionar tal problemática y dar cumplimiento a los objetivos propuestos fue necesario establecer las **tareas de la investigación** que facilitaron la solución.

Estas fueron:

1. Descripción nosológica y científica de la morbilidad por Enfermedades Cerebrovasculares.
2. Descripción del comportamiento de la Enfermedad Cerebrovascular.
3. Precisar qué métodos se emplearon para determinar la morbilidad por Enfermedad Cerebrovascular.
4. Establecer los Resultados y resaltar la Discusión que permita comparar estos resultados con relación a otras investigaciones relacionadas con las Enfermedades Cerebrovasculares
5. Determinar las conclusiones obtenidas y plasmar las Recomendaciones pertinentes.

Hipótesis. La implementación y puesta en práctica de la tercera fase del Protocolo de Base Comunitaria para la Rehabilitación, Reinserción Social y Laboral de los pacientes portadores de Enfermedades Cerebrovasculares en los Consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia pertenecientes al Consejo Popular El Vaquerito del Policlínico Universitario Sur de Morón, permite optimizar el uso de implementos, tecnología y recursos presentes en los servicios que se brindan en el Área de Salud, así como de sus profesionales en función de poder brindar este servicio a los tantos pacientes que pudieran estar afectados por esta entidad que limita verdaderamente sus vida, además de mejorar la calidad en su atención y que permita brindar un servicio de excelencia.

La **novedad y actualidad** de la investigación estriba en el desempeño del actuar médico que facilita el proceso de rehabilitación de los pacientes portadores de Enfermedades Cerebrovasculares en los Consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia pertenecientes al Consejo Popular El Vaquerito del Policlínico Universitario Sur de Morón, aportando los elementos necesarios que faciliten estudios similares con el propósito de controlar la enfermedad y prevenir sus complicaciones.

El aporte científico, económico y social estriba en lo **económico** en que es posible controlar la enfermedad sin el uso de medicamentos, lo que representa ahorros significativos para el país, la familia y el propio paciente; y en lo **social** representa la posibilidad de que los pacientes una vez rehabilitados y tratados puedan incorporarse a su vida social sin temor a sufrir las temidas complicaciones de la enfermedad. El aporte **científico** resalta en la posibilidad de conocer la real magnitud de la enfermedad, sus dimensiones y su espectro.

MARCO TEÓRICO.

A lo largo de la historia de la humanidad, se podido percibir que las personas portadoras de deficiencia; sean motoras, sensoriales, mentales o de naturaleza congénita han recibido tratamiento diferenciado, de acuerdo con la cultura en que han vivido.

Los hombres primitivos abandonaban a esas personas, pues tenían la cultura de que solamente las personas perfectas deberían sobrevivir.

En la antigüedad, periodo comprendido aproximadamente entre 4000 a.c a 395 d.C., ya se manifestaba preocupación por las personas que presentaban diferencias incómodas. Había una preocupación por eliminar esas diferencias, por medio de recursos, técnicas, instrumentos y/o procedimientos.

En esta época no existían estudios o aplicaciones encaminados a evitar la ocurrencia de morbilidad.

La historia médica antigua hace mención al uso empírico de agentes físicos para mantener y mejorar la salud. En la antigua Grecia, los escritos de Hipócrates (460 AC) daban gran importancia terapéutica a la dieta, los ejercicios corporales, masajes y baños de mar. (7)

.

En los primeros años después de Cristo, en Roma, el escritor médico latino más importante fue Aulio Cornelio Celso, cuyo libro de receta médica se cree fue escrito el año 25 o 30 después de Cristo y fue encontrado por el Papa Nicolás V (1397-1455). Su primera edición fue publicada en 1478 en Florencia y se estudió mucho durante el Renacimiento. En este libro, la hidroterapia es tratada tan extensamente que se piensa que Celso fue el primero en establecer las indicaciones de la hidroterapia.

La hidroterapia fue utilizada durante la Edad Media y Renacimiento, pero en el siglo XVIII recobró gran importancia, especialmente en Inglaterra y Alemania donde Juan Hahn (1674-1742) construyó un sistema completo de curación a base de agua fría.

Es a partir de los experimentos hechos en Bolonia por el médico y anatomista Luis Galvani (1737 - 1798) y seguidos por los de Volta (1745-1827) se inicia una nueva disciplina: la electroterapia. Volta demostró que un músculo puede ser llevado a contracciones continuas tetánicas por una estimulación eléctrica continuada. El médico Cristan Kratzenstein (1723-1795), profesor en Copenhague, utilizó la electricidad para la curación de la parálisis. (8)

La gimnasia fue recomendada como medio terapéutico desde los tiempos más antiguos. La obra publicada por Jerónimo Mercuriale en 1569, De arte y gimnástica, constituye el primer texto completo sobre el tema.

La helioterapia recomendada por los antiguos en muchas enfermedades cutáneas y en la artritis, tuvo un gran desarrollo a fines del siglo XIX y se utilizó ampliamente en el tratamiento de las enfermedades respiratorias.

De ese modo, la fisioterapia utilizada por los médicos antiguos como una herramienta terapéutica, aparece como precursora de la Medicina Física, la que incorporando el enfoque médico y el modelo biopsicosocial de la evaluación de los enfermos y sumada al manejo de rehabilitación integral, llegó a ser una especialidad médica reconocida a partir de la primera mitad del siglo XX.

En 460 a.C. Hipócrates, padre de la medicina, describió muchas deformidades y escribió en uno de sus libros... "se debe tener en mente que el ejercicio fortalece y la inactividad enflaquece"... Pudiéndose considerar así la base de la medicina física y de Rehabilitación. En esta misma época ya existían registros de utilización de miembros artificiales. (9)

Galeno, un médico romano que vivió aproximadamente entre 130 a 200 d.C., describió por primera vez en la Historia, la relación entre los huesos y los músculos del cuerpo, esa contribución está directamente relacionada con la rehabilitación física.

Durante la Edad Media, periodo comprendido entre los siglos IV y XV, predominó la concepción, en todos los sectores de la sociedad de que la orden era establecida por el poder divino. En esta época la sociedad se organizaba jerárquicamente en clero, nobleza y camadas populares.

La fé era una obligación de todos, se creía que todos los eventos naturales eran obra divina o del demonio. De esta forma ocurre una interrupción de los estudios de la medicina y sobre todo de la rehabilitación. Eso aconteció por dos motivos, el primero se dio por el hecho de que el cuerpo humano era considerado algo inferior, con una valorización del culto al alma y al espíritu, y el segundo está relacionado con el clero y nobleza los mismos que estaban interesados en la actividad física, de modo que apenas hay aumento de la potencia física, ya que el ejercicio no era más aplicado con miras a la cura.

En esta época los niños defectuosos dejan de ser abandonados, pues se creía que los factores religiosos interferían en las actitudes de las personas. Sin embargo, muchas personas fueron juzgadas y condenadas por la inquisición, por ser "diferentes", eran tenidos como hechiceros y brujos. (10)

Entre las culturas prehispánicas de América, el arte de curar con métodos predominantemente empíricos, alcanzó niveles muy notables. En México se conocían y habían clasificado decenas de enfermedades y en su curación se aplicaban técnicas complejas: bisturí de obsidiana, sutura con cabello humano y trepanación de cráneos. En la América indígena se abandonaban a los miembros inválidos de la tribu cuando la supervivencia hacía que debieran cambiar de lugar. Debido al desconocimiento de la rueda, debían trasladar lo estrictamente necesario y los inválidos no entraban dentro de esa categoría. Esto pasaba en las tribus

Chiriguas de Sudamérica y Caribes de las Antillas. Los esquimales, en cambio, abandonaban a sus individuos inválidos y ancianos en las frías estepas, sin ningún tipo de auxilio para supervivencia. La leyenda explica que eran comidos por los osos, luego, los esquimales se nutrían de los osos y de esa manera el espíritu del muerto volvía con ellos. (11)

El periodo comprendido entre los siglos XV y XVI, llamado Renacimiento, hace que los rígidos patrones establecidos en la Edad Media entren en decadencia. Surgen las universidades y con eso la población busca la comprensión del Mundo y del conocimiento.

En esta época el Humanismo y las artes se desarrollan permitiendo el retorno de los estudios relativos a los cuidados con el cuerpo.

Mercurialis presenta los principios definidos como gimnástica médica que creía que los ejercicios eran importantes para conservar el estado de salud; es importante la regularidad en los ejercicios; los ejercicios pueden agravar, favorecer, ayudar y mejorar la calidad de vida de las personas sedentarias.

La preocupación con la actividad física en este periodo no estaba solo ligada a los cuidados con el cuerpo, sino también con la conservación de las condiciones normales de los organismos considerados sanos.

Don Francisco Y Ondeano Amorós, en 1849, divide la gimnástica en cuatro puntos, donde el tercero era La Cinesioterapia, que tenía como principio la conservación de la salud fuerte, tratamiento de las enfermedades, reeducación de los convalecientes y corrección de las deformidades. (11,12)

Estos nuevos conceptos permiten abarcar lo que hoy se denomina "promoción de la salud" además de la práctica curativa.

Ya con la revolución industrial, periodo históricamente comprendido entre los siglos XVIII y XIX se inicia en Inglaterra un cambio en la sociedad, determinado por la

producción en gran escala, mediante la utilización de máquinas, intensificando así el trabajo operario. De esta forma, surge el problema generado por la creciente utilización de maquinarias en las industrias, donde el número de accidentados de trabajo crece proporcionalmente. (12)

Las grandes y explotadoras jornadas de trabajo, condiciones sanitarias inapropiadas y condiciones de alimentación insatisfactoria, provocan la aparición y la proliferación de nuevas enfermedades. Eso hace que la medicina desarrolle estudios relacionados con este tipo de enfermedades.

La medicina sufre una evolución dirigida a la atención del individuo enfermo, medicina curativa y recuperativa, con la idea de la atención hospitalaria. De esta forma, la medicina de la era del surgimiento y desarrollo de la industria, pauta para el tratamiento de las enfermedades, deja de lado el camino que el Renacimiento traía, como la conservación de las condiciones satisfactorias de salud y prevención de enfermedades.

Por ello, algunos estudiosos continuaron desarrollando el conocimiento en el área de la salud, como es el caso del médico británico, John Hunter, que en el siglo XVIII describió lo que se convirtió en la base de la reeducación de la musculatura, la relación entre la fuerza del paciente y amplitud del movimiento. Es en Alemania, en 1832, surge la primera escuela destinada a los deficientes físicos.

En los siglos XIX y XX, comienzan a surgir las especializaciones, de forma organizada y más definida, en el sentido de compartir un área de estudio y campos de actuación profesional. (12,13)

No interesaba la percepción global de los problemas incluyendo su red de determinantes, y sí las técnicas directas de concierto o de rehabilitación para que el individuo vuelva a una sociedad integrada y productiva.

En esta época los hospitales eran orientados también en el sentido de la especialización y concepto restringido de la cura, que atiende a la lesión o el

problema que llevó al paciente a buscar al médico. Aun adecuadamente equipado y con especialidades habilitadas, un órgano continuaba deficiente en el sentido de restituir el hombre a la salud, en su concepto más amplio. El hospital no restituía al paciente de modo a restablecer el bienestar de su familia y de su grupo social.

A pesar de todo, la lógica de la especialización profesional también produjo avances tecnológicos en muchos campos, aumentando la posibilidad de conocimiento y comprensión de la naturaleza de los fenómenos de las especializaciones estudiadas.

Fue la necesidad de trabajo integral del paciente, lo que procuró la creación de la cuarta función de la medicina, después de la promoción, prevención y del tratamiento médico propiamente dicho, la rehabilitación. (13)

Se sabe que la Historia de la Rehabilitación está íntimamente ligada al crecimiento de una conciencia y responsabilidad social y que el interés mundial por esa especialidad ocurrió principalmente por cuatro acontecimientos históricos: las dos grandes Guerras Mundiales, el proceso acelerado de urbanización e industrialización, el favorecimiento de la propagación de epidemias y el aumento de accidentes de trabajo.

En 1938, en un deseo por establecer normas y requisitos para la práctica de medicina de rehabilitación, se creó la Academia Americana de Medicina Física y Rehabilitación. Esa misma academia, en 1948, crea la Cámara Americana de Medicina Física y Rehabilitación.

Las dos grandes Guerras Mundiales hacen que el Mundo se depare por primera vez con el problema de un gran número de accidentados e incapacitados físicos. Personas que la mayoría de las veces eran jóvenes y con un futuro por vivir. De esta forma, se resalta la necesidad de restituir a esas personas en relación a las capacidades individuales y sociales.

Durante La II Guerra Mundial, la medicina comienza entonces a pensar en la necesidad de establecer un concepto para restaurar al enfermo en su potencial

máximo, para así regresar a la sociedad, mejorando con eso sus condiciones en todas las esferas biopsico, socio y espiritual. (14)

Franklyn Delano Roosevelt, parapléjico por poliomielitis, fue elegido presidente de los EUA, mostrando al Mundo la importancia de la rehabilitación para personas con deficiencia.

En Holanda mucho antes de los registros de guerras, ya existía la Asociación de Fisioterapia y Sociedad de Fisioterapeutas Médicos. Pero el primer Centro de Rehabilitación, fue el Centro de Rehabilitación Militar, creado en la última fase de la Segunda Guerra Mundial, en 1944, con la intención de atender a los heridos de la Guerra. Pocos años más tarde, fue inaugurado el primer Centro Civil de Rehabilitación también en este país, de acuerdo con los modelos americanos de la época. La medicina de rehabilitación en este país está registrada como especialidad médica desde 1955.

En Gran Bretaña, en la década de los 50, surge un servicio pionero, organizado por el gobierno, que se destina a la recuperación de deficientes, trabajadores de industrias, compuesto por 15 centros de Rehabilitación Industrial situados de Norte a Sur del país. En un año cerca de 10 mil personas pasaron por esos centros, pudiendo la mayor parte de ellos retornar al mercado de trabajo.

Es notable como el desarrollo de la rehabilitación fue similar en muchos países de Latinoamérica.

1- En la década de 1920 los agentes físicos (calor, frío, electricidad) precedieron a cualquier otra forma de tratamiento como alivio del dolor, de las parálisis y de las secuelas musculoesqueléticas. Los mismos eran aplicados por enfermeras con las indicaciones del médico que, en general, eran bastante empíricas. Ya en 1905 en el Hospital General de México se fundó un Departamento que incluía los servicios de hidroterapia, mecanoterapia y electroterapia.

2- En la década de 1930 aparecen las primeras escuelas de kinesiología, fundadas por médicos, que recién en esa época, adquieren nivel universitario. Hasta ese momento no existían médicos con especialidad en rehabilitación. El problema era encarado por médicos generalistas y traumatólogos, con vocación por la kinesiología. (15)

3- En los años 40 y 50 epidemias de poliomielitis azotaron a varios países latinoamericanos obligando a la comunidad médica a tomar conciencia de la necesidad de tratar las secuelas con métodos más eficaces, o bien compensarlas para que el paciente sea lo más independiente posible. Recién en ese momento aparece el término Rehabilitación.

4- Sin embargo, los agentes físicos o en su acepción más racional, la medicina física, hasta ahora no han podido separarse de la rehabilitación, en la mayoría de los países, ya que los títulos académicos otorgados son de Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. En Latinoamérica, la aplicación racional de los agentes físicos no se enseña en ninguna especialidad médica que no sea la de rehabilitación.

5- La Terapia Ocupacional se incorporó tardíamente a los servicios de rehabilitación (década del 60) ya que al principio los tratamientos eran impartidos por técnicos en labores, luego llamados laborterapistas, con formación incompleta. Recién en esa década aparecieron las primeras Escuelas de Terapia Ocupacional formando profesionales con grados académicos. (15,16)

El Dr. José Bado, traumatólogo de Montevideo, Uruguay, en 1940 marca normas terapéuticas precisas para el tratamiento del lesionado medular en su relato al II Congreso Interamericano y Chileno de Cirugía. En 1957 el Dr. Tohen Zamudio, de México publica el libro Medicina Física y Rehabilitación, quizás el primero en Latinoamérica. En la década de los 60 el Instituto Mexicano de Rehabilitación, Organismo No Gubernamental, inició el primer curso formal de especialistas en Medicina Física y Rehabilitación con tres años de duración y las escuelas de terapia física y ocupacional. Este Instituto fue de los primeros en su época en contar con

taller de prótesis y ortesis. También en la década del 60 Brasil fue de los primeros en introducir el Método Bobath para el tratamiento del parálítico cerebral.

En la década del 70 el Dr. Álvaro Ferrari Forcade, de Uruguay, propone el primer instrumento latinoamericano de valoración funcional de la discapacidad. El mismo registra la situación clínica funcional del paciente en forma de gráfico. Le llamó perfil de discapacidad y consideraba las áreas somática, psicológica y social permitiendo además prever el pronóstico funcional final. Fue el primer instrumento de medición de la discapacidad en latinoamérica y quizás en el mundo. El Dr. Juan Quintal Velazco, de México, fue un precursor de la rehabilitación cardiovascular. Argentina, Colombia y Chile fueron iniciadores de la rehabilitación profesional en los años 70. José Filkenstein, en Chile, Ricardo Restrepo en Colombia y Antonio Lacal en Argentina ya tenían organizados programas que posteriormente sirvieron de modelo. Todo se concretó posteriormente con la creación del GLARP (Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional. (16)

En la década del 80 fueron introducidos los primeros programas de estimulación eléctrica funcional por los Doctores. Julio Zamarreño en Cuba, Sergio Lianza en Brasil y Fernando Sotelano en Argentina. También en la misma época el Dr. Florencio Saez, de Puerto Rico, propicia la estandarización de los métodos de electrodiagnóstico, organizando cursos informativos en muchos países latinoamericanos. Creó también el primer directorio latinoamericano de fisiatras. La toxina botulínica para el tratamiento de la espasticidad fue introducida en Chile y Brasil por especialistas en rehabilitación en los años 80.

La década de 1970 a 1980 fue considerada la década de la rehabilitación, según decreto de la Asamblea de las Naciones Unidas. Fue también en la década de 80 cuando se percibió que la tecnología podría servir al hombre no solamente en la fase curativa y preventiva, sino también en la tercera fase de la medicina de rehabilitación. (17)

En las décadas de los 80 y 90 se utilizó en muchos países la Clasificación Internacional de las Desventajas (CIDID), desarrollada en 1976, después dio origen a la CIF-Clasificación Internacional de Deficiencias, traducida al portugués en 2003, se trata de un lenguaje universal, que es la funcionalidad.

La rehabilitación en países como Brasil estuvo precedida de varios factores importantes. Está registrado que al final de siglo XIX, el emperador don Pedro II, preocupado con el problema de los ciegos, envió a Francia un médico, para que estudiara y trajese a nuestro país el conocimiento acerca de esta deficiencia. Como consecuencia surge el Instituto Benjamin Constant en Rio de Janeiro, para que proporcione atención a esos pacientes, el mismo que desarrolla sus actividades hasta el día de hoy.

Durante el siglo XIX, con los avances de la medicina europea, manifestados también por la electroterapia e hidroterapia, despierta en el Brasil una tentativa de acompañar esas innovaciones. Así, en un periodo no muy preciso, entre 1879 y 1883, surge en Rio de Janeiro el primer gabinete de Electroterapia de América del Sur. Registros históricos muestran también, que en 1971 fue creada la Casa de las Duchas, donde se utilizaba agua dulce o del mar para tratamiento de las enfermedades. (17, 22)

En 1932, en Rio de Janeiro, fue creada la cátedra de Fisioterapia Médica, en la Facultad de Ciencias Médicas, la primera escuela de medicina en Brasil para enseñar Fisioterapia a sus estudiantes.

Al terminar la Segunda Guerra Mundial, surge en los Estados Unidos y en Europa un movimiento para la organización de centros de rehabilitación, con la intención de rehabilitar soldados que sufrieron algún tipo de lesión física durante las batallas. A partir de ahí muchos médicos fueron a Estados Unidos y Europa, para adquirir conocimiento en esa nueva área, aún poco difundida en nuestro país. Es en este periodo que el desarrollo de los centros de rehabilitación se acentúa en Brasil y en el Mundo.

No obstante, el surgimiento de instituciones de atención a las personas con deficiencia en Brasil, data de periodos históricos diferentes y adoptan modelos también diferentes de acuerdo con las circunstancias y agentes de su constitución, así como con el tipo de deficiencia que se destina para rehabilitar.

Durante la gran epidemia de poliomielitis, se formaron los primeros centros de rehabilitación médica, para el tratamiento de secuelas de esta molestia.

Antes de eso existían algunas instituciones, que trataban pacientes con alguna molestia crónica, con el objetivo de desarrollar la rehabilitación, o una de sus fases; es el caso del Hospital San Luis Gonzaga, que inició sus actividades en 1945, con un servicio de laborterapia, destinado a dar algunas ocupaciones a los pacientes tuberculosos. (18)

En 1943, el Gobierno Nacional se manifiesta por primera vez sobre la causa de personas portadoras de enfermedades del aparato locomotor y en junio de este mismo año fue creado y aprobado la portaria 359 por el Ministerio de Educación y Salud de la época, denominándose Comisión de Atención a los Mutilados. En mayo de 1944 la Portaria 260 del mismo Ministerio incorpora esa comisión a la División de Organización Hospitalaria, con el objetivo de poner en práctica un plan definitivo del servicio de atención a los mutilados.

Por el decreto ley 5895 de 1943 quedó el Departamento Administrativo del Servicio Público (DASP) autorizado a aprovechar individuos con sus capacidades limitadas.

Fue en 1947 cuando el primer Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, en Rio de Janeiro, inicia sus actividades para ejecución de programas de rehabilitación médica.

En 1946, Maria Hecilda Campos Salgados, después de cuidar a tres niños portadores de deficiencia en un refugio, funda la Casa Escuela San Francisco, con el objetivo de atender a niños portadores de deficiencias. En 1991 para optimizar el área disponible, fue firmado un convenio con la Escuela Paulista de Medicina - Universidad Federal de São Paulo.

La literatura muestra que la primera clínica en recibir el nombre de Centro de Rehabilitación en Brasil, fue el Centro Piloto de Rehabilitación del SESI-Servicio Social de Industria, creado en agosto de 1950, en la ciudad de São Paulo, pero en esa ocasión existían registros de la Asociación de Atención a los Niños Deficientes - AACD, de carácter filantrópico, destinado a tratar niños portadores de secuelas de poliomielitis, parálisis cerebral o defectos congénitos. (18,25)

También en 1950 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) dio inicio a la realización de una de sus metas más importantes, la implantación de un Instituto de Rehabilitación en un país de América Latina.

Se optó por la ciudad de São Paulo para la instalación de este Instituto, porque en la época era una ciudad con gran demanda de personas que necesitaban de rehabilitación, pues poseía 29.000 fábricas y 840.000 operarios, además de contar con el Hospital de las Clínicas, un hospital escuela, con foco en la investigación, enseñanza y capacitación de sus profesionales.

En el año 1953, en la ciudad de São Paulo, se llevó a cabo el 1^{er} Congreso Brasileño de Medicina Legal y Criminología, donde fue presentado un trabajo sobre la importancia económica y social de la rehabilitación y se debatió la posición de esta nueva especialidad en las instituciones de São Paulo. (18,19)

La mayor epidemia de poliomielitis de Rio de Janeiro, registrada en el año 1953, hizo que en 1954, un grupo de la sociedad carioca se empeñara en crear el primer centro de rehabilitación destinado a la atención de menores y adultos portadores de deficiencia física, con el objetivo de implantar y desarrollar la rehabilitación en su práctica, de una forma integrada, dentro de un moderno concepto definido por la Organización Mundial de la Salud como: aplicación de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales; iniciando así sus actividades la Associação Beneficente de Reabilitação.

Dos años después esa misma institución crea la Escuela de Rehabilitación de Rio de Janeiro, con el propósito de formar profesionales de nivel superior capacitados para atender esa demanda de pacientes.

Fue también en 1954 cuando se fundó la Sociedad Brasileña de Fisioterapia que en 1959 pasa a ser designada Sociedad Brasileña de Medicina Física y Rehabilitación. (18, 29)

En Bahia, Salvador, en 1958, fue creado un Centro de Rehabilitación, de origen particular. Simultáneamente surgieron en Minas Gerais y Pernambuco otros núcleos de rehabilitación.

En 1956 se creó el Instituto Nacional de Rehabilitación-INAR, ya pensado desde 1950, recibiendo colaboración de la ONU y de la Organización Mundial de La Salud-OMS. Se destinaba esencialmente a ser un centro piloto de capacitación, formación de especialistas y también con finalidad de atención. En 1958 el INAR cambió su denominación por Instituto de Rehabilitación (IR).

En la década de los 60, de todas las Naciones de América del Sur, solo Brasil poseía un Centro de Rehabilitación integral, poseyendo los elementos humanos principales que constituye un equipo de rehabilitación integral y con posibilidad de atender todos los tipos de incapacitados físicos, independiente del sexo y edad. (18,20)

En noviembre de 1959, el Instituto de Rehabilitación organizó el primer Seminario sobre rehabilitación en Brasil. También en 1959, en Rio de Janeiro, surge el Instituto de Reeducción Motora, primer centro dedicado a la prevención de la parálisis cerebral y al tratamiento de niños de alto riesgo.

En mayo de 1960, fue creado el Servicio de Rehabilitación del Departamento de profilaxis de la Lepra de la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo. El servicio público de rehabilitación, llamado Sarah Kubitscheck, perteneciente a la Fundación de las Pioneras Sociales, fue creado en 1961, en Brasília, DF. Hoy este centro Nacional tiene servicios instalados en diversos estados del Brasil.

En el año 1970 es inaugurada la División de Rehabilitación Profesional de Vergueiro, DRPV, perteneciente al Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, que en 1993 pasa a denominarse División de Medicina de Rehabilitación y, más recientemente, en enero de 2009, Instituto de Medicina Física y Rehabilitación-IMREA, incluyendo la Red Lucy Montouro. (18,19)

Entretanto la mayor parte de las Instituciones destinadas a rehabilitar, son creadas por iniciativas particulares. La Fisiatría como especialidad médica, solo fue reconocida por la Asociación Médica Brasileña en 1972, donde el título de especialista pasó a ser fornecido por la Sociedad Brasileña de Medicina Física y Rehabilitación. Todos estos hechos históricos determinan el escenario actual de la rehabilitación en el Brasil, donde figuran diferentes instituciones con diferentes modelos de atención.

La especialidad de Medicina Física y Rehabilitación, como la conocemos actualmente, tiene su origen en Estados Unidos, a comienzos del siglo XX, con la figura del médico Dr. Frank Krusen, graduado en la Jefferson Medical Collage en Filadelfia en 1921. En relación a un cuadro de tuberculosis que contrajo a temprana edad y su tratamiento en un sanatorio, pudo darse cuenta de que los períodos de recaída de la enfermedad en los diferentes pacientes del sanatorio, se relacionaban con el desacondicionamiento físico. Por otro lado, reconoció que para recuperar su autoconfianza y autoestima era indispensable además del reacondicionamiento físico y vocacional, la reintegración social. Atribuyó la mejoría de su cuadro de tuberculosis fundamentalmente a la helioterapia y decidió que la Medicina Física debía desarrollarse con bases científicas, y ser aceptada como una especialidad médica, en que el tema de la rehabilitación vocacional fuera un elemento esencial. (19)

Posterior a su recuperación, fue nombrado Decano asociado de la Temple Medical School, donde su propósito inicial fue elevar la categoría académica de la escuela para ser reconocida por la Academia Americana de Medicina, labor que le tomó los 2

primeros años. Una vez logrado su propósito, se dedicó a tomar cursos relacionados con la terapia física e iniciar sus actividades de investigación en la materia.

Los primeros reconocimientos se basaron en los resultados favorables que tuvieron los deportistas del equipo de fútbol de Temple, que bajo sus indicaciones de uso efectivo de las terapias físicas, regresaban más rápidamente a sus actividades deportivas que otros jugadores cuando presentaban lesiones.

En 1929 fundó en la Escuela de Medicina de Temple, el primer Departamento Académico de Medicina Física en Estados Unidos y desarrolló un currículo en Medicina Física que fue publicado en el Journal of the Association of American Medical College, en 1930.

En 1934 junto a otros colegas estableció el Registro de Médicos Técnicos en Terapia Física. Estos pioneros muchas veces fueron llamados charlatanes por algunos de sus colegas. Era un grupo de médicos especialistas con habilidades en todas las áreas de manejo de la discapacidad, quienes utilizaban agentes físicos para las terapias, pero además trataban los aspectos psicológicos, sociales y laborales de las personas con discapacidad. (19,28)

En 1935, Krusen fue invitado a establecer el Departamento de Terapia Física en la Clínica Mayo y en 1936, se estableció en la Escuela de Postgrado de Medicina de la Clínica Mayo de la Universidad de Minessotta, la primera residencia de 3 años en Medicina Física, la que más tarde pasó a llamarse Medicina Física y Rehabilitación. (20)

De las actividades de investigación del Departamento de Medicina Física de la Clínica Mayo entre 1938 y 1943, resultaron numerosas publicaciones en relación a ejercicios terapéuticos, onda corta, tratamiento de fibrositis, contracturas, dolor lumbar, estrés cardíaco secundario a fiebre y usos de la radiación ultravioleta.

En el área de la rehabilitación las publicaciones se enfocaron en militares con discapacidad y personas con condiciones músculo-esqueléticas postquirúrgicas.

En 1941 se editó por primera vez el Libro de Medicina Física del Dr. Krusen . En 1943 se estableció el Comité Baruch en Medicina Física, el cual fue el motor para el avance en los primeros años de esta especialidad médica en los Estados Unidos. Bernard Baruch, un filántropo de la salud, propuso a Krusen la creación del comité. La misión de éste fue hacer un estudio del uso de los procedimientos físicos en los cuidados de los enfermos, para informar de los avances en la educación y entrenamiento en los programas de formación (de Medicina Física) en los Estados Unidos.

También se definió la Medicina Física como el uso de las propiedades físicas y otras propiedades efectivas de la luz, calor, frío, agua, electricidad, masaje, manipulación, ejercicio y dispositivos mecánicos para la terapia física y ocupacional en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. (20,26)

La rehabilitación fue definida como la restauración de las personas con discapacidades por enfermedad, lesión o malformación tan cercana como sea posible, al estado físico y mental normal. El Comité recomendó que la enseñanza de la Medicina Física se promoviera en todas las escuelas de Medicina.

Otro hecho de gran importancia, fue la creación de la Junta Americana de Medicina Física, organización que certificaba, a través de exámenes, el conocimiento y competencias de los médicos formados en Medicina Física. En 1947 alrededor de 80 médicos rindieron el primer examen para certificarse como especialistas.

Entre los años 1948 a 1953, los fisiatras persistieron en su esfuerzo para definir la naturaleza y extensión de sus prácticas. En junio de 1949 se aprobó una sección permanente de Medicina Física en la Asociación Americana de Medicina. Krusen fue el primer presidente y su representante en la Cámara de Delegados. Krusen jugó un papel primordial en la fusión de la rehabilitación médica con la medicina física. Su

concepto de rehabilitación se enfocó principalmente a mejorar las capacidades físicas y laborales. (21, 23)

Cuando los Estados Unidos fueron llamados a la II Guerra Mundial en 1941, la rehabilitación de los discapacitados severos llegó a ser un tema de la mayor relevancia. El Dr. Krusen organizó una capacitación de emergencia de 3 meses para médicos militares en la Clínica Mayo, porque no había suficientes fisiatras formados para cubrir la demanda. Un médico internista llamado Howard Rusk, que pertenecía a la Armada, organizó un departamento completo de rehabilitación médica de la Fuerza Aérea. Este departamento puso énfasis en el concepto de equipos de rehabilitación integrados que se enfocaron en maximizar la función psicológica y social de los discapacitados, además de maximizar las capacidades físicas y laborales.

En 1950, el Consejo de Medicina Física de la Academia Americana de Medicina aprobó el cambio de nombre de la formación de Medicina Física a Medicina Física y rehabilitación. El consejo recomendó también la modificación del nombre de la junta agregando rehabilitación y se llamó Junta Americana de Medicina Física y Rehabilitación. El Dr. Krusen enfatizó fuertemente la importancia de construir una sólida base de investigación para la especialidad. El grupo de la Clínica Mayo fue el pionero en investigación en diatermia en onda corta, diatermia en microonda, estimulación eléctrica, y ultrasonido, lo cual les llevó a desarrollar y mejorar los equipos y expandir el ámbito de aplicación en la práctica clínica. (22)

En 1950 hubo en Londres una reunión auspiciada por la Asociación Británica de Medicina Física, en la que se avanzó en la idea de formar una Federación Internacional. Participaron 12 países: Argentina, Australia, Bélgica, Dinamarca, Alemania, Gran Bretaña, Holanda, Noruega, Sudáfrica, Suiza, Suecia y los Estados Unidos. La Federación tendría 3 funciones principales: reunir a las sociedades nacionales y regionales en un nivel internacional, recolectar e intercambiar información a nivel internacional y, lo más importante, organizar un Congreso

Internacional a intervalos regulares. Krusen fue elegido como primer Presidente de la Federación Internacional.

Hubo algunos grupos que se opusieron al desarrollo de la especialidad por percepción de invasión de territorios: sostenían que la rehabilitación debería ser pensada por todas las ramas de la Medicina, donde los diferentes especialistas refirieran sus pacientes directamente a los terapeutas físicos y ocupacionales. Si esto hubiera sido así, las intervenciones médicas, físicas, psicosociales y laborales coordinadas por el fisiatra habrían sido imposibles. Estas controversias se solucionaron por medio de 4 encuentros de arbitraje. Finalmente en 1955 se llegó a consenso. La especialidad mantuvo el nombre de Medicina Física y rehabilitación, al igual que la Junta Americana de Medicina Física y rehabilitación.

En el año 1956 el Dr. Krusen se enfocó en enfatizar los beneficios de la rehabilitación sobre los individuos y sobre la sociedad, lo cual fue un apoyo en la modificación y aprobación de las leyes y enfatizó la reintegración de los discapacitados a la sociedad.

Hasta un pasado reciente los hospitales eran orientados en el sentido de la especialización y dentro del concepto restringido de la cura. El hospital no restablecía al paciente, de modo a establecer su bienestar, el de su familia y de su grupo social. Con el paso de los años la necesidad del trabajo integral volcado para el paciente se hizo fundamental, y así se creó la cuarta función de la medicina, después de la promoción, prevención y tratamiento médico propiamente dicho, nace la Rehabilitación.

Rehabilitación es un proceso educativo y de atención multiprofesional, que prima la búsqueda compartida del desarrollo de las capacidades remanentes, prevención del agravamiento de la incapacidad y de la aparición de complicaciones. Es compartida porque involucra al paciente, al cuidador familiar y al profesional especialista en rehabilitación. (22)

Se sabe que el interés mundial por la Rehabilitación tuvo lugar principalmente por cuatro acontecimientos históricos: las dos grandes guerras mundiales, proceso acelerado de urbanización e industrialización lo que favoreció la propagación de epidemias y aumento de accidentes de trabajo.

Así, nace a la necesidad de restituir esas personas, en relación a las capacidades individuales y sociales.

En Brasil las instituciones de atención a las personas con deficiencias, datan de periodos históricos diferentes y adoptan modelos también diferentes de acuerdo con las circunstancias y agentes de su constitución, así como con el tipo de deficiencia que se quiere rehabilitar.

En Medicina se considera el papel educativo y rehabilitador del enfermero desde el inicio de la Enfermería Moderna, cuando Florence Nightingale, en 1859, en la guerra de Crimea, prueba la eficiencia de las enfermeras capacitadas para la recuperación de los soldados heridos en la guerra.

Es a partir de ahí que la Medicina comienza a tener su papel mejor definido en este contexto, mostrando su importancia junto a esos servicios y procesos de rehabilitación. (23)

Es criterio del autor que la rehabilitación es el elemento esencial en la recuperación de cualquier enfermedad, juega el papel preponderante en la no ocurrencia de complicaciones posibles a prevenir por este tipo de tratamiento, facilita la participación de la familia e involucra a la propia comunidad en la etapa final de la reincorporación de cualquier individuo que deja ya de ser paciente.

En Cuba existe un Protocolo de Rehabilitación para pacientes con Enfermedades Cerebrovasculares, que esta provista de una amplia gama de terapias. En general, hay tres fases de tratamiento: (1) la prevención de la Enfermedad Cerebrovascular; (2) terapia provista inmediatamente después de sufrir una Enfermedad

Cerebrovascular; y (3) la rehabilitación del paciente en la sala de fisioterapia y en el área de salud.

1. Las terapias para prevenir una Enfermedad Cerebrovascular se basan en el tratamiento de los factores de riesgo subyacentes del paciente, tales como la hipertensión, la fibrilación atrial y la diabetes, o prevenir la formación generalizada de coágulos de la sangre que pueden ocasionar accidentes cerebrovasculares isquémicos en cada paciente, independientemente de si se encuentran presentes o no factores de riesgo.
2. Las terapias para una Enfermedad Cerebrovascular Aguda tratan de detenerlo mientras éste está ocurriendo, disolviendo con rapidez el coágulo de sangre que ocasiona el accidente cerebrovascular, o deteniendo la hemorragia ocasionada por un accidente cerebrovascular hemorrágico.
3. El objeto de la rehabilitación del paciente después de ocurrir una Enfermedad Cerebrovascular consiste en ayudar al paciente a superar las incapacidades que resultan del daño producido por el accidente cerebrovascular la cual tiene una duración indefinida haciéndose mayor énfasis durante el primer año. (23, 28)

La rehabilitación puede llevarse a cabo tanto en las salas de Fisioterapia como en la Comunidad misma, con la participación y supervisión del Médico de Familia y otros integrantes del equipo de atención a nivel primario, muy generalizado actualmente en Cuba, los que mantienen en interrelación estrecha con la sala de fisioterapia y otros especialistas consultantes, según las normas y directivas generales incluidas en el Programa Nacional de Rehabilitación de Pacientes con Enfermedades Cerebrovasculares en la Comunidad, auspiciado por el Ministerio de Salud Pública.

Objetivos generales del tratamiento rehabilitador.

- 1) Apoyo psicológico.
- 2) Prevenir las complicaciones.

3) Lograr independencia en las actividades de la vida diaria.

4) Aumentar potencia muscular y destreza del lado paralizado y conservar el lado sano

5) Lograr una marcha lo más funcional y estética posible.

Tipos de terapia a emplearse:

- Terapia física, con la finalidad de volver a aprender a caminar, sentarse, acostarse, y cambiar de un tipo de movimiento a otro.
- Terapia ocupacional, para que el paciente vuelva a aprender a comer, beber, tragar, vestirse, bañarse, cocinar, leer, escribir, cuidado personal.
- Terapia de dicción o del habla, con la finalidad de volver a aprender el lenguaje y las destrezas de comunicación.
- Terapia psicológica/psiquiátrica, para lograr aliviar algunos problemas mentales y emocionales relacionados. (24)

Pilares del tratamiento rehabilitador:

1. Tratamiento postural.
2. Estimulación del lado sano.
3. Movilizaciones pasivas
4. Concientización del movimiento pasivo
5. Estimulación de contracciones activas
6. Progresión de la contracción activa
7. Desarrollo del equilibrio sentado
8. Desarrollo del equilibrio en bipedestación
9. Patrones estáticos de marcha
10. Marcha con desplazamiento.
11. Terapia ocupacional

1. Tratamiento postural:

- Suprimir peso sobre el lado paralizado especialmente hombro y pie.
- Ropa de cama a temperatura adecuada evitando los pliegues de las sábanas.
- Cambiar los decúbitos pasivos cada 3 ó 4 horas.
- Fisioterapia respiratoria.

2. Estimulación del lado sano. Para evitar que exista un invalidismo secundario por desuso del mismo.

- Desde el primer día utilización de las extremidades sanas en auto reconocimiento del hemicuerpo paralizado, para prevenir y tratar las alteraciones del esquema corporal.
- Movimientos resistidos progresivos.
- Movilizaciones del cuello, faciales, articulares y activas respiratorias.

3. Movilizaciones pasivas: Se harán movilizaciones pasivas de la extremidad paralizada 2 a 3 veces al día en todo sentido anatómico y límites articulares especialmente hombro y extremidades inferiores.

4. Concienciación del movimiento pasivo: Bajo comandos verbales: Debe lograr un control del lado afectado y del lado sano donde el enfermo reconozca la posición de las distintas estructuras de su cuerpo. No debe pasar a realizar movimientos más complejos sino ha vencido o aprendido los anteriores más sencillos.

5. Estímulos de las contracciones activas: Se realizan de 4 a 6 repeticiones al día y muy breves para evitar las fatigas, estas estimulaciones serán progresivas y selectivas.

Para miembros superior abducción del hombro y flexión del codo

Para miembros inferiores extensión plantar del pie, flexión de cadera y extensión de rodilla, todo lo anterior debe ser ayudado por la resistencia.

- Inducción contralateral: Resiste movimiento igual y simétrico del otro lado.

- Estimulación directa del músculo por alargamiento, amansamiento, golpeteo, picelación superficial de la piel.
- Movilización sincinéticas (utilizando reflejos patológicos) si Babinsky dorsiflexión del pie, retirada del miembro inferior, flexión de dedos, prehensor cutáneo de la mano, reflejo de enderezamiento y reflejo asimétrico del cuello.

6. Progresión a la contracción activa

Objetivos, La actividad contráctil y el automatismo.

Al incrementar la actividad contráctil, los músculos agonistas y antagonistas deben progresar paralelamente.

El automatismo lo logra el paciente con atención: Es ejecutar el movimiento con exactitud y coordinación así como su repetición y aumento de ejecuciones, comer, escribir.

7. Desarrollo del equilibrio sentado:

Simultáneamente a las actividades anteriores y muy precozmente el paciente empezará a ser sentado fuera de la cama. La asistencia a esta actividad seguirá suprimiendo hasta obtener el equilibrio sentado al empuje.

8. Desarrollo del equilibrio en bipedestación:

El paciente comienza a sentarse y levantarse con asistencia al inicio pero sin utilizar las manos y de la forma más simétrica y normal posible. En posición de pie con la máxima resistencia del fisioterapeuta iniciará las prácticas frente al espejo de normalización postural. Hasta tanto la postura estática no sea lo más normal posible, no se intentará dar un solo paso. Adquirido un buen sentido postural se incrementará el equilibrio quitando la asistencia e iniciando las respuestas equilibradoras al empuje (siempre con suspensión de brazo afecto).

9. Patrones estáticos de marchas:

Se iniciaran luego de haber logrado una buena actitud postural y normalizado el equilibrio. El paciente desplazará los pies, los cuales vuelven al punto de partida

sin desplazamiento del cuerpo hacia adelante, atrás, adentro o a fuera con ambos pies para evitar que el paciente se acostumbre a dar pasos asimétricos, logrado lo anterior con facilidad y seguridad se iniciarán los mismos sobre una superficie más alta (escalón) de alturas progresivas, siempre se acompañarán de braceo simétrico del brazo sano así como rotaciones, flexiones y extensiones y lateralización del tronco inicialmente con asistencia y después solo. Se trabaja con patrones estáticos.

- Sin desplazamiento de peso
- Con desplazamiento del peso
- Flexibilidad de cadera rodilla dosiflexión del pie, paso al frente, atrás, al lado
- Sincinesia brazos piernas

10. Marcha con desplazamiento (Patrones dinámicos de marcha)

Conseguida la fase anterior se iniciaran prácticas de marchas entre paralelas y fuera de paralelas pero sin apoyo en ellas, con asistencia inicial y velando postura normal equilibrio estable, simétrico con coordinación de los pasos, sin utilizar las manos indemnes y la afecta suspendida si fuera necesario. El apoyo en las paralelas o bastón queda solo para casos de absoluta necesidad (edad, estado mental). Las marchas serán progresivas hacia delante, atrás, de lado, rotaciones, vueltas, luego actividad de rotación en rampas y escaleras. La marcha debe ser con braceo: Mas adelante.

- Fuera de las paralelas
- Con obstáculos (24, 27)

Rehabilitación del paciente adulto mayor:

Este paciente suele presentar más invalidez por sus inferiores capacidades físicas y mentales a partir de los procedimientos que se realizan en el hemipléjico, aquí se deben seguir las siguientes orientaciones básicas:

1. Evitar encamamiento prolongado. El paciente debe permanecer en la posición de sentado no menos de 5 horas diarias si las condiciones lo permiten.

2. Se efectuara una máxima actividad y estimulación psicológica para evitar el aislamiento del paciente. Estimulación psíquica del paciente evitar que esté solo, inactivo, además se debe lograr un ambiente placentero con una máxima apariencia de normalidad alrededor de él.

3. Desde que las condiciones generales lo permitan se iniciaran las actividades de la vida diaria para lograr la máxima independencia personal.

4. Si existiera una imposibilidad o reducción de la recuperación motora normal se realizarán las actividades siguientes:

a) Lograr lo más precozmente una independencia de la marcha sin intentar patrones normales o estéticos, adiestrar en actividades de independencia en la cama.

- Desarrollo del equilibrio sentado.
- Paso de la cama a la silla y viceversa.
- Desarrollo del equilibrio de pie.
- Sentarse y levantarse de la silla.
- Patrones estáticos de marcha.
- Desarrollo de una marcha con apoyo.

b) Desarrollar actividades que eviten dolores, espasticidad, retracciones y degeneraciones articulares del Miembro Superior. Estas pueden ser:

- Movilizaciones pasivas y autopasivas.
- Calor en áreas paralizadas.
- Suspensión del Miembro Superior durante la marcha.

- Movilizaciones activas asistidas.

- Masaje evacuativo o elevación periódica del miembro para evitar trastornos circulatorios.

5. Si trastornos del lenguaje, no intentar un lenguaje perfecto sino hasta el límite que permite una comunicación comprensiva y elemental.

6. Terapia ocupacional para el miembro sano.

- Laborterapia.
- Rasgado.

7. Uso de apoyo externo (trípode).

8. Dispositivos ortopédicos (aparatos largos y rodilleras) (25)

MATERIAL Y MÉTODO.

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional descriptivo con el objetivo de precisar la real utilidad del Protocolo de Base Comunitaria para lograr la Rehabilitación, Reinserción Social y Laboral de los pacientes portadores de Enfermedades Cerebrovasculares en los Consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia pertenecientes al Consejo Popular El Vaquerito del Policlínico Universitario Sur de Morón, en el período comprendido entre el 3 de marzo del 2014 hasta el 1ro de marzo del 2015.

La **población** quedó integrada por todos los pacientes mayores de 18 años que padecen de Enfermedad Cerebrovascular totalizando 84 pacientes pertenecientes al Consejo Popular El Vaquerito del Policlínico Universitario Sur de Morón.

Al universo de 84 se le aplicaron los criterios de inclusión que son:

- Pacientes que deseen participar en la investigación
- Pacientes que puedan ser sometidos a rehabilitación.

Y quedo entonces el universo de estudio conformado por 63 pacientes con Enfermedad Cerebrovascular.

Se utilizaron métodos y técnicas de diversos niveles, así tenemos que:

Nivel Teórico.

➤ **Histórico – lógico:** Se emplean con el propósito de conocer la evolución histórica que ha tenido la Enfermedad Cerebrovascular en Cuba, para lograr una percepción más objetiva del fenómeno estudiado y comprender su movimiento y proyección.

➤ **Analítico y sintético:** Se utiliza con el propósito de comprender los nexos y las relaciones que se dan en el contenido, permite jerarquizarlo según su relación con el fenómeno objeto de estudio. Además se emplea fundamentalmente en la elaboración del diagnóstico sobre el estado actual del problema, así como en la interpretación de fuentes bibliográficas para determinar las posiciones teóricas que sustentan la solución del problema científico y para arribar a conclusiones.

➤ **Enfoque de sistema:** Permite establecer relaciones de jerarquía entre sus componentes y la relación con el contexto, todo lo que facilita la precisión en cuanto a la coherencia e integridad de las acciones a seguir para lograr el estudio de la morbilidad por Enfermedad Cerebrovascular.

➤ **Inductivo-deductivo.** Se utiliza para seguir un orden lógico en los fundamentos teóricos del tema y arribar a conclusiones parciales y generales.

➤ **Dialéctico-materialista.** Es utilizado a lo largo de toda la investigación para conocer la evolución del tema de la investigación hasta la actualidad.

Nivel Em pírico .

Técnicas:

➤ **Encuesta:** Se utiliza con el propósito de indagar acerca de las opiniones y los criterios de los pacientes implicados en la investigación, en relación con la Enfermedad Cerebrovascular y los resultados de la rehabilitación. (anexo 1 y 2)

Nivel Estadístico .

➤ De la Estadística Descriptiva se utilizaron las medidas de frecuencia absoluta (#) y relativas a través del análisis porcentual. Se emplea para expresar los diferentes resultados en tablas utilizando como medida de resumen de la información el por cientos.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico	Número y porcentaje según sexo.
Edad	Cuantitativa continua	15-24 25-59 60-69 70 y más	Edad en años según Carné de Identidad	Número y porcentaje según grupo de edad.

Color de la piel	Cualitativa nominal politómica	Blanca Negra Mestiza	Se explica a sí mismo.	Número y porcentaje según color de la piel.
Causa más frecuente de rehabilitación	Cualitativa nominal politómica	Hemorragia Cerebral Intraparenquimatosa Hemorragia Subaracnoidea Ataques Transitorios de Isquemia Trombosis Cerebral Embolia Cerebral	Si tiene presente alguna de las causas	Número y porcentaje según causa
Tipos de secuelas que se sometieron a rehabilitación.	Cualitativa nominal politómica	Hemiplejias Trastornos de la Marcha Paraplejias Parestesias Parálisis Facial Hipotonía Muscular	Si están presentes algunas de las secuelas.	Número y Porcentaje según secuela presente
Tiempo de tratamiento de la rehabilitación.	Cuantitativa continua	3 6 9 12 + 12	Tiempo en meses.	Número y Porcentaje según meses
Técnicas de rehabilitación más empleada.	Cualitativa nominal politómica	Estimulación del lado sano Movilizaciones pasivas y activas Estimulación de contracciones activas Terapia ocupacional Mecanoterapia Ambulación Masaje.	Tipo de técnica empleada	Número y Porcentaje según técnica empleada
Resultado de rehabilitación obtenida	Cualitativa nominal dicotómica	Total Parcial	Según tipo de rehabilitación obtenida	Número y Porcentaje según tipo de rehabilitación obtenida.

Los resultados se presentaron en tablas de distribución de frecuencia para su análisis e interpretación. Se realizó un informe final teniendo en cuenta los requisitos del Vicerrectorado de postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

ÉTICA

Toda la información utilizada en este estudio se conservó bajo los principios de máxima confiabilidad. El uso de la misma ha sido únicamente con fines científicos. Se tuvieron en cuenta los principios de la ética dados por:

- Respeto a la vida humana
- Respetar la dignidad de la persona
- Ser fiel al paciente y a su salud, la que en principio debe estar por encima de cualquier otra conveniencia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1. Distribución de los pacientes sometidos a rehabilitación según sexo.

Sexo	N °	%
Masculino	46	73,01
Femenino	17	26,99
Total	63	100

Fuente: Encuesta.

En la tabla 1 se distribuyen los pacientes sometidos a rehabilitación según el sexo, quedando demostrado que sigue siendo el sexo masculino el más afectado por estas patologías con un total de 46 pacientes para un 73,01 %.

Estudios similares realizados en Brasil coinciden con los resultados obtenidos en la presente investigación donde se encontró que el sexo masculino también se afecta con mayor frecuencia, todo parece indicar que es el hombre en sentido genérico el que por su estilo de vida, sus hábitos y costumbre tiene mayor tendencia a padecer de estas patologías, en dicho estudio se denotó una tasa de incidencia de 49 pacientes por cada 100 000 habitantes.

Estudios similares realizados en Chile demostraron igual comportamiento de esta variable donde demostraron que es también el hombre el que mayor respuesta a la rehabilitación precoz de estas patologías ha mostrado, todo parece indicar que el llamado sexo fuerte premiado por los andrógenos sufre de estas afecciones aparejado a los excelentes resultados que se obtiene cuando a la fase inicial del tratamiento precoz se le coadyuva la fisioterapia rehabilitatoria. (26)

Tabla 2. Distribución de los pacientes sometidos a rehabilitación según Grupos de Edad.

Grupos de Edad	Nº	%
15-29	0	0
30-49	1	1,60
50-69	23	36,50
70 y más	39	61,90
Total	63	100

El grupo de edad de 70 y más años aporta un total de 39 casos, representando el 61,90 % del total de la muestra estudiada, este grupo etario especial es en cada estudio realizado el que mayor números de casos aporta, pues es a partir de la sexta década de la vida que comienza a manifestarse la enfermedad, le sigue en orden de frecuencia de aparición el aporte que realiza el grupo de edad de 50 a 69 años con 23 pacientes para un 36,50 % .

España lidera en el mundo los esfuerzos que se realizan desde años por estudiar estas enfermedades verdaderamente mutilantes, representando cargas sociales y familiares muy importantes. En estudios realizados en Barcelona quedó demostrado que es a partir de los 50 años cuando comienza a incrementarse el riesgo de padecer de estas patologías, asociadas a diversos factores de riesgo que se exacerban a partir de estas edades, al parecer relacionados también a condicionantes genéticos que se expresan de formas exsuveradas en esta etapa de la vida.

Son los Canadienses quienes menos padecen de estas enfermedades a pesar de mantener estilos de vida contradictorios con los factores de riesgo que se tienen de padecer de enfermedades Cerebrovasculares, estudios realizados en Montreal denotaron coincidencia con los resultados obtenidos en la presenta investigación. Sus estadísticas demuestran tasa de incidencia acumuladas muy bajas, en el orden

de los 800 pacientes por cada 100 000 habitantes en los grupos de edad de mayor ocurrencia de estos eventos, su genética parece estar involucrada en estos procesos de los cuales se eximen con altísima frecuencia.

Países como Etiopía reportan altas tasas de incidencia cada año a pesar de mantener estilos de vidas apegados a los requerimientos necesarios para realizar profilaxis de padecer de estas enfermedades, también es exponente el factor genético en esta área del continente africano y del mundo que los involucra estrechamente en la génesis de estas enfermedades. (27)

Tabla 3. Distribución de los pacientes sometidos a rehabilitación según Color de la Piel.

Color de piel	Nº	%
Negra	48	76,20
Mestiza	5	7.93
Blanca	10	15.87
Total	63	100

Son los pacientes de la piel negra los que con mayor frecuencia inciden en el presente estudio, representado por 48 pacientes para un 76,20%. Estos resultados coinciden con similares investigaciones realizadas en Brasil, en la que se evidencia junto a la clásica literatura médica como los pacientes de piel negra son más afectados por esta enfermedad que los pacientes de piel blanca.

Sendas investigaciones llevadas a cabo por el New Jornal of Medicine, revela la incidencia de esta enfermedad en también pacientes de piel negra sin que se precisen las causas o factores que conllevan a la dinámica de esta variable no modificable. Se precisa en cuanta literatura se enuncie y revise que los pacientes de piel negra sufren con mayor severidad esta enfermedad y tienden a padecer de sus complicaciones con mayor crudeza. Su menor incidencia quizá sea por la severidad de la enfermedad, según data investigaciones realizadas en países africanos y desarrollados por los institutos de neurología de Nueva Zelanda. (27)

Algunos autores alegan que la coloración de la piel es una determinante que no tiene en cuenta los aspectos fisiopatológicos más importantes de esta enfermedad, incluso hacen alusión a los elementos genéticos involucrados en la génesis de esta noxa, por lo que será importante discernir sobre los elementos que determinan la frecuencia de esta enfermedad en los pacientes de piel negra. Otros estudios realizados en Chile dan cuenta del papel protector que pudiera ejercer la melanina de estos pacientes. (26,28)

Tabla 4. Distribución de los pacientes sometidos a rehabilitación según las causas más frecuentes.

Causas	N °	%
Hemorragia Cerebral Intraparenquimatosa	31	49,20
Hemorragia Subaracnoidea	17	26,98
Ataques Transitorios de Isquemia	9	14,29
Trombosis Cerebral	4	6,36
Embolia Cerebral	2	3,17
Total	63	100

En la tabla 4 se distribuyen los pacientes sometidos a rehabilitación según la causa más frecuente, destacándose la Hemorragia Cerebral como la causa más incidental con un total de 31 pacientes representando el 49,20 % de toda la muestra estudiada, seguido de la Hemorragia Subaracnoidea con un total de 17 casos para un 26,98 %.

Según estudios realizados en el Instituto de Neurociencias de Ciudad de la Habana es frecuente la Hemorragia Cerebral Intraparenquimatosa como causa de déficit motor que requiere de fisioterapia rehabilitatoria, con una respuesta de rehabilitación que depende de varios factores que sellan el destino del paciente como son la edad, el estado nutricional del paciente, el grado de severidad de las lesiones que se producen con la ocurrencia de este tipo de hemorragia, el grado de extensión de las lesiones y de la capacidad individual de cada paciente que involucra la respuesta a estos cuadros.

Estados Unidos ha desarrollado modelos y protocolos de rehabilitación que involucra no solo al personal médico, también lo hace con la familia y con la propia comunidad, dándole protagonismo a los actores que contribuyen al proceso rehabilitatorio precoz que pudiera comenzar en la primeras 72 horas y que está en dependencia de la severidad de la enfermedad y de la evolución que experimente el propio paciente, a ello se une el imponente desarrollo de la especialidad que permite a distancia mantener control de la evolución del paciente durante la fase inicial de la rehabilitación gracias al desarrollo de las tecnologías de la información

Es Costa Rica el país de Centroamérica que denota menor tasa de incidencia de estas enfermedades, la ocurrencia de estos eventos resultan inusuales y por lo general afecta a pacientes que superan la octava década de la vida, lo que también les atañe altas tasa de mortalidad por estas enfermedades. (29)

Tabla 5. Distribución de los pacientes según los tipos de secuelas que se sometieron a rehabilitación.

Tipo de Secuela	N °	n = 95
		%
Hemiplejias	48	76,19
Trastornos de la Marcha	54	85,71
Paraplejias	12	19,04
Parestesias	61	96,82
Parálisis Facial	1	1,58
Hipotonía Muscular	62	98,41

En la tabla 5 se distribuyen los pacientes según los tipos de secuelas por los que se les sometió a rehabilitación una vez que superaron la fase aguda de la enfermedad y que previa valoración integral se les recomendó iniciar el proceso rehabilitatorio, destacándose la Hipotonía Muscular como la secuela más frecuente y remanente de estos procesos agudos e inmensamente letales, con un gran total de 62 pacientes afectados para un 98,41 %, le siguieron en orden de aparición las parestesias con 61

pacientes y un 96,82 %. Fueron frecuentes también los trastornos de la marcha con un total de 54 pacientes y un porcentaje de 85,71.

Alemania destaca en estudios realizados por centros altamente especializados que también los trastornos sensitivos son los primeros en instaurarse durante la ocurrencia de estos eventos, para luego establecerse definitivamente el resto de las secuelas que perduran y que son las causas de la pronta rehabilitación de este tipo de paciente.

Los países Nórdicos como Finlandia y Noruega destacan algo diferente en sus estudios, pues primeramente se instaura el cuadro y luego comienzan a aparecer las secuelas ya mencionadas, todo les parece indicar el clima frío y templado de los que se agasajan enmascaran de cierta forma los síntomas sensitivos. (30)

Tabla 6. Distribución de los pacientes sometidos a rehabilitación según tiempo de tratamiento de la rehabilitación.

Meses	N °	%
3	5	7.93
6	8	9.51
9	33	52.40
12	8	12.70
+ 12	11	17.46
Total	63	100

En la tabla 6 se describen los pacientes según el tiempo de rehabilitación otorgado e individualizado a cada paciente por la patología presente en el mismo, donde el tiempo en que la mayoría de pacientes lograron una rehabilitación favorable fue en 9 meses representado por un total de 33 pacientes para un 52,40 %, lo que evidencia que la rehabilitación temprana unida a las diferentes formas de terapia utilizadas en este tipo de pacientes facilita la evolución médica de los mismos, garantizando una combinación perfecta entre terapia farmacológica y terapia rehabilitatoria con la

finalidad de lograr mejores resultados terapéuticos que garantizan la plena incorporación de este tipo de pacientes a la sociedad, sin limitaciones concebidas hasta entonces.

En Francia el tiempo de rehabilitación aplicado a cada paciente es proporcionalmente directo a la respuesta terapéutica obtenida en cada caso, pues el intervencionismo cerebrovascular altamente invasivo favorece la evolución temprana de la enfermedad a estadios mejores relacionados con el pronóstico de la misma, los esquemas rehabilitatorio aplicados a los pacientes guardan estrecha relación a la evaluación de cada individuo, el soporte de carga física y el daño demostrado por medios diagnóstico de alta tecnología que en la actualidad han superado las expectativas de vida que en otrora se tenía de las mismas.

En Canadá según publicación del New Journal of Medicine, se estima combinar periodos de rehabilitación con periodos de descarga física con el objetivo de alternar las cargas de soporte que faciliten la evaluación clínica de la enfermedad en busca de otras alternativas que faciliten la conformación de protocolos rehabilitatorio para enfrentar estas patologías. (31)

Tabla 7. Distribución de los pacientes sometidos a rehabilitación según técnicas de rehabilitación más empleada.

Técnicas	N °	$\eta = 63$
		%
Estimulación del lado sano	63	100
Movilizaciones pasivas y activas	63	100
Estimulación de contracciones activas y pasivas	63	100
Terapia ocupacional	52	82,53
Mecanoterapia	47	74,60
Amulación	39	61,90
Masajes	63	100

En la tabla 7 se distribuyen los pacientes según las técnicas de rehabilitación empleadas en esta fase de la enfermedad y coinciden en el 100 % Estimulación del lado sano, Movilizaciones pasivas y activas, Estimulación de contracciones activas y pasivas, Masajes, son estas las técnicas convencionalmente las más utilizadas en las salas de rehabilitación de la atención primaria de salud de Cuba.

En China estas técnicas son también frecuentemente utilizadas, según estudios publicados en Beijing, donde la rehabilitación total lograda en las salas destinadas a estos fines supera el 78 %, aunque sugieren otras técnicas menos convencionales empleadas solo por los pobladores de este país que posee una cultura milenaria destacándose por el logro del control del flujo de la energía tanto interna como externa. Es esta cultura médica oriental la que logra mejores indicadores de rehabilitación de los pacientes portadores de algún tipo de enfermedad cerebrovascular, y lo distintivo de sus resultados resulta el empleo de poca terapia farmacológica, lo que hace aventajar al resto de los que intentan lograr mejores beneficios con otros protocolos de tratamiento.

Los peores indicadores de salud relacionados con la rehabilitación de las Enfermedades Cerebrovasculares los muestran los países del Cono Africano, relacionado fundamentalmente con la carencia de personal especializado capaz de hacer prestación de actividad asistencial y enfrentar la fase rehabilitatoria de estas enfermedades por lo que persisten las temidas secuelas y complicaciones de estas noxas.

Con el flujo constante de la población actual algunos países se han beneficiado con esta efusión de los descendientes Chinos como es el caso de los Estados Unidos de América, donde han logrado imbricar las técnicas de rehabilitación con equipos de alta tecnologías, logrando combinaciones perfectas para este tipo de tratamiento, alcanzando índices de recuperación que oscilan en el orden de los 89 pacientes por cada 100 sucesos de enfermedades cerebrovasculares. (32)

Tabla 8. Distribución de los pacientes sometidos a rehabilitación según el resultado de rehabilitación obtenida.

Rehabilitación	N °	%
Total	47	74,60
Parcial	16	25,40
Total	63	100

En la tabla 8 se distribuyen los pacientes según el resultado de rehabilitación obtenida en los pacientes sujetos al protocolo de rehabilitación, destacándose que fueron rehabilitados totalmente un total de 47 pacientes, lo que representa el 74,60 % de la muestra estudiada.

Estos resultados coinciden con investigaciones realizadas en Bélgica, donde se obtiene similares resultados rehabilitatorio una vez que son tratados los pacientes portadores de alguna de las variantes de la Enfermedad Cerebrovascular, contribuye a ello la combinación de los tratamientos farmacológicos con la puesta en práctica de estilos de vida saludables y una adecuada rehabilitación.

Tailandia exhibe los mejores resultados en relación a la rehabilitación en sentido general de este tipo de patología, pues su cultura milenaria muy vinculada a la cultura China se encuentra dotada de un sinnúmero de terapias, técnicas y procedimientos con resultados espectaculares en este campo de la medicina oriental, el empleo de técnicas no practicadas ni dominadas en ningún otro lugar excepto en aquellos países donde se encuentre la presencia de descendientes de esta cultura, permite atrapar al paciente en un control importante de su energía tanto interna como externa, logrando la coordinación armoniosa de más de un sistema dentro de su propio organismo facilitando de esta manera la recuperación de funciones perdidas.

CONCLUSIONES

Implementar la tercera fase del Protocolo de Base Comunitaria para la Rehabilitación, Reinserción Social y Laboral de los pacientes portadores de Enfermedades Cerebrovasculares en los Consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia pertenecientes al Consejo Popular El Vaquerito del Policlínico Universitario Sur de Morón en el año 2015 y se observó que sigue siendo el sexo masculino el más afectado por estas patologías, el grupo de edad de 70 y más años prevalece. Son los pacientes de la piel negra los que con mayor frecuencia inciden, la Hemorragia Cerebral es la causa más frecuente. La Hipotonía Muscular es la secuela más usual y remanente de estos procesos agudos e inmensamente letales, el tiempo en que la mayoría de pacientes lograron una rehabilitación favorable fue en 9 meses. La Estimulación del lado sano, Movilizaciones pasivas y activas, Estimulación de contracciones activas y pasivas, Masajes, son estas las técnicas convencionalmente las más utilizadas en la rehabilitación de la atención primaria de salud, y fueron rehabilitados totalmente un total de 47 pacientes, que pone en evidencia que la implementación de este protocolo de rehabilitación trae buenos resultados y permite la incorporación de los pacientes a la sociedad.

RECOMENDACIONES

1. Proponer a la Vicedirección de asistencia médica y al departamento docente cumplir dentro del accionar médico-preventivo de la Atención Primaria la tercera fase del Protocolo de Base Comunitaria para Rehabilitación de pacientes con Enfermedades Cerebrovasculares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stam J: Thrombosis of the cerebral veins and sinuses. N Engl J Med 352:1791, 2009 [PMID: 15858188].
2. Ad Hoc Committee on Guidelines for the Management of Transient Ischemic Attacks of the Stroke Council of the American Heart Association: Guidelines for the management of transient ischemic attacks. Stroke 25:1320, 2010.
3. Adams HJ et al: Guidelines for thrombolytic therapy for acute stroke: A supplement to the guidelines for the management of patients with acute ischemic stroke. A statement for healthcare professionals from a special writing group of the Stroke Council, American Heart Association. Stroke 27:1711, 2011 [PMID:8784157].
4. Adams HP et al: Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke: A scientific statement from the Stroke Council of the American Stroke Association. Stroke 34:1056, 2012 [PMID: 12677087].
5. Albers GW: AHA Scientific Statement. Supplement to the guidelines for the management of transient ischemic attacks. Stroke 30:2502, 1999 [PMID: 10548693] — — — : et al: Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke. Chest 119:300S, 2001a — — — et al: Antithrombotic therapy in atrial fibrillation. Chest 119:194S, 2011 b.
6. Batista Montaner R, Feal Cañizares P. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Epidemiología en la atención primaria de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2010:287-323.
7. Alberts MJ et al: Recommendations for the establishment of primary stroke centers. Brain Attack Coalition. JAMA 283:3102, 2010 [PMID: 10865305]

8. Amarenco P et al: Atherosclerotic disease of the aortic arch and the risk of ischemic stroke. N Engl J Med 331:1474, 2011 [PMID: 7969297].
9. Barnett HJ: Benefit of carotid endarterectomy in patients with symptomatic moderate or severe stenosis. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. N Engl J Med 339:1415, 2012 [PMID: 9811916].
10. Barnett HJM et al: Drugs and surgery in the prevention of ischemic stroke. N Engl J Med 332:238, 2011 [PMID: 7808491].
11. Bederson JB et al: Recommendations for the management of patients with unruptured intracranial aneurysms: A statement for healthcare professionals from the Stroke Council, American Heart Association. Stroke 31:2742, 2010 [PMID:11062304].
12. Berge E et al: Low-molecular-weight heparin versus aspirin in patients with acute ischaemic stroke and atrial fibrillation: A double-blind randomised study. HAEST Study Group. Heparin in Acute Embolic Stroke Trial. Lancet. 355:1205, 2010 [PMID: 10770301].
13. Broderick JP et al: Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: A statement for healthcare professionals from a special writing group of the Stroke Council, American Heart Association. Stroke 30:905, 2009 [PMID: 10187901].
14. Coull BM et al: Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: Report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association. Stroke 33:1934, 2010 [PMID: 12105379].

15. Dahlof B et al: Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): A randomized trial against atenolol. *Lancet* 359:995, 2012 [PM ID: 11937178].
16. Diener HC et al: European Stroke Prevention Study. 2. Dipyridamole and acetylsalicylic acid in the secondary prevention of stroke. *J Neurol Sci* 143:1, 2011 [PM ID: 8981292].
17. EAFT (European Atrial Fibrillation Trial) Study Group: European Atrial Fibrillation Trial: Secondary prevention of vascular events in patients with nonrheumatic atrial fibrillation and recent transient ischemic attack or minor ischemic stroke. *Lancet* 342:1255, 2011.
18. Einhäupl KM et al: Heparin treatment in sinus venous thrombosis. *Lancet* 338:597, 2010.
19. European Carotid Surgery Trialists' Collaborative Group: MRC European Carotid Surgery Trial: Interim results for symptomatic patients with severe (70–99%) or with mild (0–29%) carotid stenosis. *Lancet* 337:1235, 2011.
20. Albert Cabrera MJ, Alonso Díaz NL, Ortega Soto M, Penas Pinto JL, Hechavarría S, Cuadot Álvarez A, et al. Enfermedad cerebrovascular de origen isquémico (I). Actualización fisiopatológica. 2011.
21. Miranda Quintana JA. Enfermedades cerebrovasculares. Santiago de Cuba: Editorial Oriente, 2010:31-55.
22. Carvalho LF. Centro de reabilitação: casa do paraplégico. São Paulo: Reitoria da Universidade de São Paulo; 2010.

23. ORDOÑEZ, C. (2010), El Círculo de Abuelos, una respuesta a necesidades biosociales de los ancianos. Revista Cubana de M.G.I. LA Habana.
24. COLECTIVO DE AUTORES, (2011), Orientaciones Metodológicas para el Adulto Mayor. INDER, Ciudad de la Habana, Cuba.
25. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia I. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011; 28: 32-40.
26. Stone SP, Ali B, Auberleek I, Thompsell A, Young A. The Barthel Index in clinical practice: use on a rehabilitation ward for elderly people. J Roy Coll Phys Lond 2011; 28: 419-423.
27. CEBALLOS, J. (2010) El Adulto Mayor y la Actividad Física. Monografía. UNAH. La Habana.
28. Executive Committee for the Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study: Medicina Física. Ed Panamericana. 2011. Madrid
29. Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física. Ed Panamericana. 2012. Madrid
30. Criterios de decisión en Medicina Física y Rehabilitación. Trabajo del grupo Rhône Alpes y FEDMERR (Validado en el Congreso Burdeos 2010)
31. Carod-Artal. Escalas específicas para la evaluación de la calidad de vida en el ictus. Rev Neurol 2012; 39 (11): 1052-1062

32. Xhardez. Vademécum de kinesiología y de reeducación funcional. 4ª Ed. El Ateneo. Buenos Aires. 2012.

33. Dobkin BH. Strategies for stroke rehabilitation. Lancet Neurol. 2010; 3: 528-3

A n e x o 1.

ENCUESTA

A continuación le realizaremos varias preguntas que le pedimos responda con la mayor sinceridad posible, de ello depende el éxito de esta investigación.

1- Sexo.

a) ___ M a s c u l i n o

b) ___ F e m e n i n o

2- Edad:

a) _____ 18 - 29 años.

b) _____ 30 - 49 años.

c) _____ 50 - 69 años.

d) _____ 70 años y más.

3- Color de la Piel.

a) _____ B l a n c a

b) _____ N e g r a

c) _____ M e s t i z a

4- Que patología Cerebrovascular padeció.

a) ___ A t a q u e s t r a n s i t o r i o s I s q u é m i c o s

b) ___ T r o m b o s i s C e r e b r a l

c) ___ E m b o l i a C e r e b r a l

d) ___ H e m o r r a g i a C e r e b r o v a s c u l a r I n t r a p a r e n q u i m a t o s a .

e) ___ H e m o r r a g i a S u b a r a c n o i d e a

5- Tipos de secuela que padece

a) ___ H e m i p l e j i a

b) ___ T r a s t o r n o s d e l a M a r c h a

c) ___ P a r a p l e j i a s

d) ___ P a r e s t e s i a s

e) ___ P a r á l i s i s F a c i a l

f) ___ H i p o t o n í a M u s c u l a r .

A n e x o 2 .

ENCUESTA

Estas preguntas se realizaron a los pacientes sometidos a rehabilitación una vez concluida la misma.

1) Tiempo de tratamiento de la rehabilitación.

- a. ___ 3 meses
- b. ___ 6 meses
- c. ___ 9 meses
- d. ___ 12 meses
- e. ___ más de 12 meses

2) Técnicas de rehabilitación empleadas.

- a. _____ Estimulación del lado sano
- b. _____ Movilizaciones pasivas y activas
- c. _____ Estimulación de contracciones activas y pasivas
- d. _____ Terapia ocupacional
- e. _____ Mecanoterapia
- f. _____ Ambulación
- g. _____ Masajes

3) Resultado de la rehabilitación.

- a. _____ Total
- b. _____ Parcial