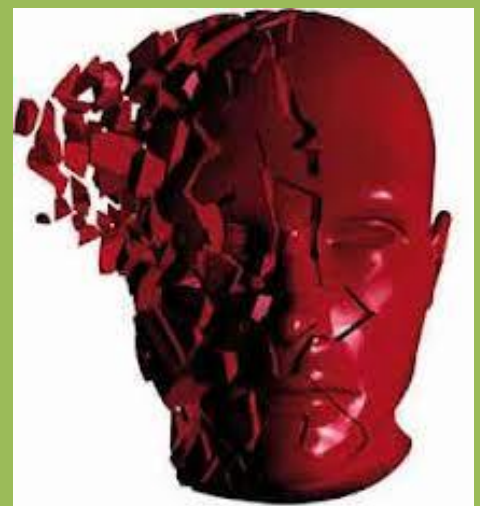




**Curso Anual de Auditoria
Médica 2012 -
Hospital Alemán**

CALIDAD PRESTACIONAL EN PACIENTES CON ACV



OBJETIVOS

El presente trabajo pretende abordar la modalidad prestacional de pacientes jóvenes con accidente cerebrovascular a partir del caso de una paciente de 36 años con antecedentes de ACV isquémico que deja como secuela una hemiparesia derecha y un cuadro de disartria, tratada en un Centro de Rehabilitación de la Provincia de Buenos Aires

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, el accidente cerebrovascular (ACV) es la segunda causa de muerte y la primera de discapacidad en los países desarrollados.

En los países subdesarrollados la tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular es mayor y sus habitantes padecen la enfermedad a edades más tempranas en comparación con los países del primer mundo.

Según datos de la OMS, de los 57 millones de muertes globales en 2008, 36 millones, o sea el 63%, se debieron a enfermedades no transmisibles (enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes). De los cuales el 48 % (17 millones de muertes) se atribuyen a enfermedades cardiovasculares. Según los datos de ese mismo año, casi el 80% de las muertes por enfermedades no transmisibles - 29 millones - se produjeron en países de bajos y de medianos ingresos, con un 29% de las muertes ocurridas antes de los 60 años.

La incidencia es del 1,7-3,6‰ en personas de 55-64 años de edad, del 4,9-9,6‰ en las de 65-74 años y del 13,5-17,9‰ después de los 75 años.

Los pacientes tienen incapacidad permanente en el 75% de los casos y sólo una cuarta parte de ellos es capaz de reanudar una actividad profesional.

El fallecimiento se produce básicamente dentro de los primeros 6 meses (la mortalidad en 1 mes se calcula en el 20-25%).

World Data Table – OMS [1]

Country	Population Millions 2002	Disability DALYS lost per 1000 population 2003 or latest available data	Mortality Number of deaths 2002
Afghanistan	22930	13	11532
Argentina	37981	6	22668
Australia	19544	3	11730
Bolivia	8645	7	3138
Bosnia and Herzegovina	4126	13	6508
Brazil	176257	11	129172
Cambodia	13810	11	5963
Canada	31271	3	15621
Chile	15613	5	8142
China	1294867	12	1652885
Colombia	43526	6	17745
Cuba	11271	5	7684
France	59850	3	37750
Germany	82414	4	79326
Haiti	8218	16	6764
Israel	6304	3	2233
Italy	57482	4	69075
Nicaragua	5335	7	1768
Nigeria	120,911	12	69932
Paraguay	5740	2606	10
Peru	26767	10615	4
South Africa	44759	11	30306
Spain	40977	3	34880
Switzerland	7171	2	4508
USA	291038	4	163768
Uruguay	3391	7	3773

Esta enfermedad tiene gran impacto tanto a nivel de la salud pública como a nivel económico, sintiéndose sus consecuencias de manera más significativa en aquellos países de menores recursos

Los datos de las publicaciones confirman el beneficio de la rehabilitación, sobre todo cuando se implementa de forma precoz: mejor recuperación funcional, mayor autonomía en los actos de la vida diaria, mejoría de las funciones visuales y perceptivas, mayor porcentaje de regreso al domicilio y disminución del tiempo de internación.

El grado de recuperación funcional, así como la probabilidad de retornar a su domicilio de manera permanente, dependen sin duda alguna de la atención por parte de un equipo interdisciplinario coordinado y especializado, ya sea en el ámbito institucional o en el domicilio del paciente.

Los beneficios en términos de mortalidad, morbilidad y dependencia pasan por una mejor prevención y por nuevas técnicas de cuidados, pero también por la reorganización del sistema de atención: creación de unidades neurovasculares, de unidades de rehabilitación neurovascular, de equipos móviles especializados y de canales de asistencia médica específica y coordinada.

DESARROLLO

Aspectos socioeconómicos de la asistencia médica de los accidentes cerebrovasculares

La atención de los pacientes comprende de manera esquemática *dos fases*:

*-En la **primer fase** predomina la **hospitalización**.*

*-En la **segunda fase** predomina la **atención ambulatoria**.*

En cualquier fase, los recursos movilizados son sumamente importantes.

Los costos pueden ser:

A) Directos, que comprenden el tratamiento médico y todos los recursos movilizados para mejorar o estabilizar la enfermedad (los costos hospitalarios en la fase aguda, los cuidados posteriores de rehabilitación, la atención ambulatoria y los cuidados que prodigan los familiares y allegados.)

B) Indirectos, que derivan de las consecuencias sociales de la enfermedad (incluyen los subsidios desembolsados para compensar la discapacidad (adaptación del lugar de residencia, salario, trabajadores sociales a domicilio) y la pérdida de la productividad vinculada al paro temporal o definitivo de la actividad profesional.

Debido a las características de los supervivientes de un ACV (edad y esperanza de vida), los costos indirectos suman, según el país de que se trate, el 50-100% de los costos directos en los países industrializados.

Según el estudio ECIC, el promedio de costos directos en la asistencia médica del ACV se distribuyen así: 42% para hospitalización en fase aguda, 29% para readaptación y rehabilitación y 8% para seguimiento ambulatorio. Principalmente se concentran en los primeros seis meses que siguen al accidente; más adelante, el costo de la atención

ambulatoria supera al de la atención durante los primeros 6 meses.

En el estudio ECIC se detectaron igualmente los factores que determinan la orientación dentro del servicio de readaptación y rehabilitación (SRR).

Se estudiaron 494 pacientes consecutivos en tres canales de asistencia postaguda: retorno al domicilio, rehabilitación y media estancia.

En un primer análisis, el factor que más incidía en el hecho de no regresar al domicilio era tener una **discapacidad grave** (Rankin superior a 3).

Más adelante, en un análisis multivariante se reveló que cuando la discapacidad es baja o nula (Rankin 0,1 o 2), los factores que impiden el retorno inmediato al domicilio son en primer término las variables socioeconómicas (vivir solo, tener menos de 2 hijos, sexo masculino, trabajador de clase alta o media) y médicas (cáncer o infarto cerebral vinculado a la arteriosclerosis).

En cambio, cuando la discapacidad es grave (Rankin 4 o 5), las razones para no ser trasladado a rehabilitación son ante todo de índole médica (MMS [mini mental state] inferior a 24 y edad avanzada).

Tras una selección a partir de la escala de Rankin, los pacientes enviados a rehabilitación o a su domicilio eran comparables desde el punto de vista socio-económico y médico. Los pacientes transferidos a geriatría o a estancia institucional intermedia solían ser los que vivían solos, con 60 años de edad o más, menos de 2 hijos y bajo nivel educativo, o que padecían demencia o cáncer.

Por tanto, si hubiera equipos cuya acción fuera atender en el domicilio a los pacientes que viven solos o cuentan con poca o ninguna ayuda familiar, más pacientes podrían volver a su domicilio y bajaría el costo de la fase de rehabilitación [2].

¿Cuáles son los efectos económicos previsibles de las innovaciones terapéuticas en materia de ACV?

Los primeros resultados obtenidos tras la aplicación de la prevención primaria y secundaria son alentadores.

El costo actual de la atención ambulatoria es significativo y se manifiesta después del 6to mes siguiente al ACV, cuando el paciente vuelve a su domicilio.

En el estudio ECIC, dicho costo es equivalente al de la fase aguda después de los 46 meses posteriores al ACV.

Para reducir el coste post-hospitalario habrá que implementar nuevas estructuras (desarrollar la atención ambulatoria y crear equipos móviles de regreso precoz, hospitales de día para rehabilitación, etc.).

Los costos indirectos deberían disminuir al reducirse las discapacidades debidas a secuelas.

■ Importancia de las estructuras de rehabilitación

- Beneficio global de la rehabilitación

A partir del análisis de las publicaciones, los expertos reunidos en Limoges por iniciativa de P. Dudognon, con ocasión de la Conferencia de Consenso de la SOFMER (1996) [3] concluyeron que la rehabilitación proporcionaba beneficios respecto a la marcha [4-6], la actividad gestual [7, 8], los trastornos del habla, las heminegligencias [9, 10], la autonomía y la reinserción [11,12], así como respecto a los dolores del miembro superior. También se consideró la incidencia de los factores de pronóstico inicial en la eficacia de la rehabilitación [9]. La frecuencia de la depresión post-ACV fue resaltada [10]

El efecto era mayor si la rehabilitación se iniciaba de forma precoz y los ***pacientes eran jóvenes***. En el análisis se estableció con claridad que la rehabilitación mejoraba la

recuperación funcional y la prevalencia del regreso al domicilio, y reducía el tiempo de estancia en el hospital. El efecto era mayor respecto a la autonomía en los actos de la vida diaria y las funciones visuales y perceptivas.

El efecto era menor respecto a las variables motoras y cognitivas o del habla.

Ese meta-análisis también demuestra que:

- la eficacia de la rehabilitación es mayor si los programas se aplican de manera más precoz;
- no fue posible demostrar la superioridad de una técnica sobre otra;

La mayoría de los autores reconoce que la eficacia de la rehabilitación depende de la acción de un equipo técnico especializado en el que numerosos integrantes ponen en práctica programas específicos de atención y rehabilitación bajo la coordinación del equipo médico y paramédico. Conviene insistir en el hecho de que en esos estudios sólo se evalúa la atención global en el ámbito de la rehabilitación. Es imposible separar lo que corresponde a cada una de las disciplinas de la rehabilitación (sobre todo la kinesiterapia) de la acción del resto del equipo, en especial del personal de enfermería especializado [17]

■ Efectos socioeconómicos y calidad de vida: comparación entre regreso precoz al domicilio con rehabilitación, y rehabilitación en un centro específico

Efectos sobre el índice de institucionalización :

Los datos disponibles no permiten afirmar que mejore la calidad de vida del paciente con ACV y de quienes lo asisten profesional e informalmente en un programa de regreso precoz al domicilio y rehabilitación en el mismo en comparación con la rehabilitación en ámbito hospitalario. La satisfacción de los pacientes y de sus allegados respecto a los cuidados ofrecidos se evaluó de manera insuficiente. Sin embargo, los pocos estudios disponibles indicarían una tendencia favorable al regreso precoz al domicilio en lo que se refiere a la

satisfacción de los pacientes, y una falta de diferencia desde el punto de vista de la conformidad de los cuidadores.

Por eso, a pesar de que en las publicaciones se destaca la importancia de la calidad de vida y de las preferencias de los pacientes y de sus familiares, así como el peso de la enfermedad y la carga que ésta representa para el cuidador informal, dichos parámetros se han analizado en pocos trabajos.

Los beneficios clínicos y económicos diferirían según el grado de incapacidad de los pacientes, y la atención en estructura hospitalaria sería más adecuada para los casos de mayor gravedad.

Las publicaciones muestran que una estrategia de regreso precoz con rehabilitación a domicilio es razonablemente considerable para alrededor de 1/4-1/3 de los pacientes que sufrieron un ACV y que quedaron con incapacidades residuales.

Al parecer, a los pacientes que han sufrido un ACV se les debe ofrecer un abanico de posibilidades de atención después de recibir el alta hospitalaria: regreso precoz o no al domicilio y rehabilitación en el mismo, retorno al domicilio y rehabilitación en hospital de día o en hospitalización a domicilio bajo control de equipos móviles especializados, rehabilitación total en hospitalización, etc.

Factores que favorecen el regreso a su domicilio

Dada la imposibilidad de definir criterios válidos a partir de las publicaciones, a continuación se enumeran a modo de ejemplo las condiciones favorables para el retorno al domicilio incluidas en un informe de la Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), de septiembre de 2003:

- el deseo del paciente y de sus familiares;
- la estabilidad del estado general (estado médico);
- la continencia urinaria y fecal;

- la adquisición de las capacidades funcionales de transferencia (el paciente se puede desplazar sin peligro desde la cama al sillón);
- la integridad de las funciones superiores (desorientación temporoespacial, trastornos mayores prácticos o gnósticos);
- la inexistencia de comorbilidades invalidantes (insuficiencia cardiorrespiratoria, demencia, depresión, etc.).

La medicina física y de rehabilitación, se orienta hacia la organización de la compensación de las incapacidades y de las situaciones de discapacidad. Así pues, siempre que sea posible, su objetivo será organizar la vuelta a una forma de vida libre, al domicilio de elección de la persona discapacitada y a su reinserción social.

La organización de un retorno exitoso a la vida libre se basa sin duda alguna en la optimización de un trabajo de equipo interdisciplinario durante la permanencia en el hospital, pero también en la práctica liberal.

■ Interdisciplinariedad y proyectos personalizados

El grado de recuperación funcional, pero también la probabilidad de regreso al domicilio, están indiscutiblemente condicionados por un enfoque global de la atención: interdisciplinario y coordinado.

Esa coordinación interdisciplinaria, orientada por las necesidades de los pacientes y no por las esperas o la disponibilidad de terapeutas, no es fácil de implementar en las instituciones y menos aún a domicilio. Sin embargo, se revela como uno de los factores clave de la reinserción del paciente, en este caso de una persona que sufrió un accidente vascular cerebral.

Uno de los objetivos fundamentales de la medicina física y de rehabilitación es definir junto con el paciente y su entorno los objetivos y los límites de la atención.

Ese aspecto se ha estudiado poco, pero el enfoque sería beneficioso a largo plazo en lo que se refiere a la rehabilitación y a la participación y el comportamiento del paciente [66].

La optimización del trabajo interdisciplinario, ya sea en institución o a domicilio, debe estar obligatoriamente estructurado según procedimientos precisos y homologados.

La posibilidad del alta precoz, normal o tardía de una institución se basa en gran parte en la elaboración de un plan personalizado de regreso al domicilio, e incluso de un proyecto de vida.

La construcción de ese proyecto personalizado se basa sin duda en las posibilidades y las esperanzas del paciente, en la medida en que éstas se pueden expresar, y también en el entorno.

ANEXO: PRESENTACION DEL CASO DE UNA PACIENTE JOVEN CON PATOLOGIA DE ACV ISQUEMICO CON TRATAMIENTO DE UN CENTRO DE REHABILITACION DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Características de la Institución

Abordaremos a través del caso de una paciente joven con patología de ACV isquémico, la modalidad prestacional de un Centro de Rehabilitación ubicado en Hurlingham, Provincia de Buenos Aires.

El centro cuenta con un equipo multidisciplinario con énfasis en la contención y rehabilitación integral.

El centro es un moderno establecimiento asistencial, equipado con los últimos avances tecnológicos en rehabilitación: un gimnasio de 200m² donde se brinda servicios de hidroterapia, gabinetes con equipamiento específico, magnetoterapia laser, onda corta, ultrasonido, infrarrojo, corriente diadinámica e interferencial y estimulación eléctrica funcional. Cuenta con dos pabellones de 60 camas distribuidas en habitaciones de dos y tres camas ortopédicas funcionales con baño privado y adaptaciones.

La internación se hace más placentera por el parque existente en el predio, con bancos, glorietas, piletas de natación y una capilla. Lo cual brinda un hábitat acogedor y gratificante favoreciendo la pronta recuperación psicofísica y espiritual.

Dicho centro ofrece Rehabilitación Integral de discapacidades físicas en las siguientes Modalidades Asistenciales:

Internación Intensiva o Semi-intensiva en Rehabilitación

Es la modalidad de tratamientos para adultos con discapacidades seculares que demanden rehabilitación médica intensiva. Los casos seculares de reciente instalación (reagudizaciones de patologías discapacitantes crónicas) según listado Patologías a continuación mencionadas que hayan superado riesgo de vida con compensación Hemodinámica, sin medicación endovenosa.

Accidentes Cerebro Vascular

Hemiplejias	Enfermedades Desmielinizantes	Esclerosis Múltiple
Amputación de extremidades superiores y/o inferiores	Lesionados Medulares	Miopatías o enfermedades Neuromusculares
Traumatismos Encefalocraneano	Traumatismo Musculo esquelético	Secuelas de Tumores del SNC
Parálisis Aguda	(Síndrome de Guillan Barre)	Enfermedades Reumáticas y/o Cola genopatías
Post Quirúrgicos Traumatológicos		

Internación Semi-intensiva en cuidados crónicos

Nueva modalidad para casos seculares de larga data que hayan superado riesgo de vida con compensación Hemodinámica, sin medicación endovenosa. Internación de mantenimiento del paciente sin criterio de rehabilitación.

Contamos con habitaciones de 2 y 3 camas ortopédicas funcionales, distribuidas en dos pabellones, , baño privado adaptado, TV, wi-fi , ambiente climatizado. Gimnasio cubierto de 200 metros cuadrados.

Hospital de Día Jornada Completa

Modalidad asistencial para la continuación del tratamiento rehabilitador que puede comenzar bajo la modalidad de Internación en esta u otra institución, donde se mantiene al paciente en tratamiento sostenido durante la jornada, facilitando su integración familiar y social con su retorno al hogar a través de equipos interdisciplinarios, con el objeto de estimular, desarrollar

y recuperar al máximo posible las capacidades remanentes de una persona con discapacidad.
Frecuencia diaria de 8 horas estipulada por la evaluación del Fisiatra.

Hospital de Día Media Jornada

Modalidad netamente destinada al mantenimiento de los resultados alcanzados durante las etapas anteriores. Sus Objetivos son los mismos, pero que por su tiempo de evolución, por la complejidad de la discapacidad o por otras razones, no justifique la intensidad del mismo. Frecuencia diaria de 4 horas, turno mañana o turno tarde estipulada por la evaluación del Fisiatra

Neuroortopedia	Poliomielitis	Parálisis Aguda
Enfermedades Desmielinizantes	Lesión del plexo Branquial	Lesión de Nervios Periféricos
Parálisis Cerebral	Traumatismos Encefalocraneano	Miopatías
Secuelas Tumores de SNC	Enfermedades Metabólicas	Secuelas Malformaciones Musculo esqueléticas
Secuelas Traumatismos Musculo esqueléticas	Enfermedades Reumáticas	Cola genopatías

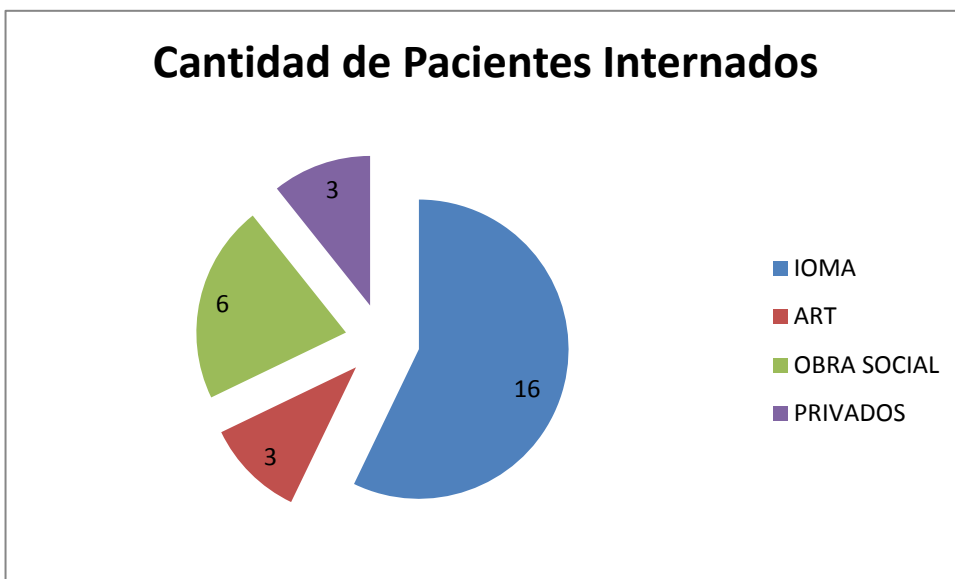
Rehabilitación Ambulatoria Adultos

Constituyen el tratamiento convencional individual que cada miembro del equipo multidisciplinario en rehabilitación de este centro puede efectuar sobre pacientes que las requiera en forma aislada

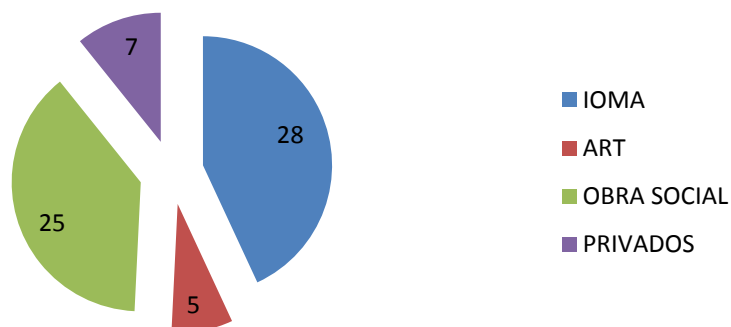
Kinesiología	Fisiokinesioterapia	Terapia Ocupacional
Métodos Alternativos	Fonoaudiología	Psicopedagogía
Psicología	Contención y psicología familiar	Estimulación Eléctrica Funcional
Talleres de Recreación	Talleres de Estimulación	Reeducación Postural Global

En este centro se atienden pacientes de diferentes obras sociales, siendo IOMA y PAMI las que mas pacientes derivan:

	Cantidad de Pacientes Internados	Cantidad de Pacientes en Hospital de Dia
IOMA	16	28
ART	3	5
OBRA SOCIAL	6	25
PRIVADOS	3	7
TOTAL	28	65



Cantidad de Pacientes en Hospital de Dia



PRESENTACION DEL CASO:

María Gabriela, paciente de 36 años de edad con antecedentes de ACV isquémico en fecha 6 de enero de 2012, que deja como secuela una hemiparesia derecha y un cuadro de disartria. Estuvo internada un día en el Fleni, y 4 días en la Clínica Constituyente de Morón. La paciente pertenece a la Obra Social IOMA.

- Antecedentes patológicos:

ACV isquémicos múltiples en territorio de ACM derecho en el año 2003 de etiología indeterminada, con secuela de hemiparesia izquierda. En el año 2004 presentó crisis comiciales interpretadas como sintomáticas por secuela vascular, tratada con anticomiciales y suspendido en el año 2006.

El estado actual de la paciente es lúcido, ubicado en tiempo y espacio, respondiendo correctamente a órdenes simples y seriadas. Presenta leve disartria sin trastornos de deglución, controla ambos esfínteres, aunque refiere que a veces presenta urgencia miccional.

Evaluada en fecha reciente la paciente realiza control de tronco en sed estación, bipedestación y marcha independiente con leve inestabilidad.

- Examen físico:

Miembro superior derecho en actitud de muñeca en flexión que reduce modalidad pasiva, parético aumentado del tono muscular. No completa pinzas ni prensa.

Fuerza muscular de miembro inferior derecho: flexión de cadera, extensión de rodilla y dorsiflexores de 3/5.

Alteración de la sensibilidad superficial AVD semi independiente.

La paciente que pertenece a la obra social IOMA, está siendo atendida en Hospital de día, media jornada (de 9 a 12 hs) con las especialidades de Kinesiología.

El plan terapéutico comprende:

1. Cuidados posturales de tronco y mmss
2. Mantener y mejorar rangos articulares
3. Integración de los hemicuerpos afectados
4. Realizar ejercicios de coordinación metas finas msd
5. Rever indicaciones sobre adaptaciones según requerimiento.

A su vez, la paciente está sometida a terapia psicológica, terapia ocupacional, fonoaudiología, permitiendo adquirir más autonomía.

María Gabriela relata que ella era una persona sana sin antecedentes de ACV u otras patologías relacionadas en su familia.

A los 27 años cursó un embarazo normal, con los controles adecuados y su beba nació sin problemas. A los dos meses del parto, ella presenta su primer evento de ACV a partir del cual

fue estudiada, no pudiendo obtener a través de los estudios realizados claridad sobre su patología.

Hace 3 años tuvo su segunda hija. Durante el embarazo estuvo muy controlada, y se le adelantó el parto, pudiendo nacer la beba sin inconvenientes.

María Gabriela es docente, y luego del primer episodio volvió a sus tareas, pero presentando problemas de concentración. Esto empezó a generar conflicto con las autoridades, siendo despedida de una de las escuelas y conservando sólo el puesto en el que era titular.

A raíz de esto, tramitó su jubilación, permitiéndole de esta manera reconocerle su sueldo, y percibirlo de por vida, y el Certificado Único De Discapacidad.

Según la Ley 22431/81, Sistema de Protección integral de Discapacitado, se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

Este certificado de discapacidad brinda numerosos beneficios y las personas con discapacidad pueden utilizarlo o no según su necesidad y/o deseo. No representa ninguna limitación ni obstáculo para la búsqueda de empleo o inserción en el sistema educativo.

En el Art. 19 de la Ley 10.592, se determina que “...El Instituto de Obra Médica Asistencia de la Provincia de Buenos Aires I.O.M.A., promoverá y prestará asistencia médica integral a las personas discapacitadas afiliadas al mismo, con vistas a su rehabilitación, de conformidad con las disposiciones que rijan el funcionamiento de ese Organismo, y en concordancia con los propósitos y finalidades de la mencionada ley...”

El certificado permite:

. Obtener cobertura integral de tratamiento o rehabilitación conforme lo establecido en la ley 24901, ya sea a través de las obras sociales, el Estado a través de los organismos correspondientes o las empresas de medicina prepaga.

. Exención de imposición de copagos o coaseguros en la Obra Social o Medicina Prepaga.

. Escolarización en establecimientos comunes con apoyo de personal especializados y/o escolaridad especializada.

. Traslados y transporte en ambulancia y/o vehículo ya sea a los centros de tratamientos o a los establecimientos educativos.

. Derechos a exigir la eliminación de barreras arquitectónicas y todo tipo de elementos que impida la accesibilidad a lugares públicos o privados.

. Derechos a reservar un espacio para establecimiento exclusivo en la vía pública frente al domicilio.

. Franquicia para adquirir vehículos nacionales o importados.

. Obtención del pase en transporte público de pasajeros.

. Régímenes especiales de asignaciones familiares.

Actualmente María Gabriela vive con sus padres, siendo la madre quien ocupa el lugar de autoridad sobre ella y sus hijas, además de sobreprotegerlas. Esto genera en ella el deseo de poder en un futuro estar sola con sus hijas cuando sean más grandes. Quiere estudiar, es muy jovial y tiene muchos planes a futuro.

Sus secuelas no la limitan para poder realizar actividades, ya que da charlas sobre la patología que padece, ya que la ha estudiado y sabe reconocer muy bien sus síntomas. En el segundo episodio, fue ella quien aviso a su madre y eso evito que el daño sea mayor.

Hasta el presente no hay diagnostico pese a la cantidad de estudios realizados, además de estar en un protocolo de investigación que se lleva a cabo en el Hospital Británico.

CONCLUSIÓN

La evaluación de la eficacia de la rehabilitación del paciente hemipléjico vascular plantea muchos problemas metodológicos, uno de los cuales consiste en determinar qué efectos corresponden al tratamiento y cuáles a la recuperación espontánea.

Para ello hay que considerar numerosas variables: la motivación del paciente y de los terapeutas, la adaptación psicológica a la discapacidad, la calidad de las relaciones interpersonales, el ambiente familiar y social, e incluso la compensación financiera.

De los datos de las publicaciones se desprende un efecto positivo de la rehabilitación: mayor recuperación funcional, de la autonomía en los actos de la vida diaria, de las funciones visuales y perceptivas y de la prevalencia del regreso al domicilio, y reducción del tiempo de estancia institucional. Los resultados respecto a las variables motoras, cognitivas y del habla son menores.

La rehabilitación sería más eficaz si se implementara de forma precoz, pero se han comunicado efectos positivos aun iniciándose más tardíamente, sobre todo respecto a la velocidad de la marcha.

La intensidad de la rehabilitación ejercería un efecto positivo hasta un límite de dos horas de tratamiento diario.

Las investigaciones coinciden en que la calidad de vida disminuye después de un ACV, y es aquí donde entra en juego el concepto de discapacidad y los beneficios que otorga al paciente la tramitación del certificado único de discapacidad no sólo en lo que respecta a la salud sino también en aspectos que contribuyen a mejorar su calidad de vida.

En todos los trabajos recientes se coincide en afirmar que el grado de recuperación funcional y la probabilidad de regreso al domicilio y permanencia en el mismo están indiscutiblemente

condicionados por una atención global, interdisciplinaria, coordinada y especializada, tanto en medio institucional o en el domicilio.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Organización Mundial de la Salud <http://www.who.int/es/>
- [2] Spieler JF, Lanoë JL, Amarengo P. Socio-economic aspects of post-acute care for patients with brain infarction in France. *Cerebrovasc Dis* 2002;13:132-41.
- [3] Dudognon P. Rééducation de l'hémiplégie vasculaire. Paris: Frison-Roche; 2003.
- [4] Debelleix X. La rééducation de l'hémiplégie vasculaire de l'adulte améliore-t-elle la marche? *Ann Readapt Med Phys* 1997;40:121-30.
- [5] Eyssette M. Dans quels délais se fait la reprise de la marche et faut-il poursuivre la rééducation au-delà du 13^e mois? *Ann Readapt Med Phys* 1997;40:131-7.
- [6] Pelissier J. Quel est l'apport des injections d'alcool ou de toxine botulique, de l'appareillage et de la chirurgie dans la récupération de la marche de l'hémiplégie? *Ann Readapt Med Phys* 1997;40:265-78.
- [7] Beis JM. La prise en charge globale en rééducation améliore-t-elle l'autonomie et la réinsertion de l'hémiplégie? *Ann Readapt Med Phys* 1997;40:245-54.
- [8] Le Guet JL, Le Claire G. Pendant combien de temps doit-on pratiquer la rééducation du membre supérieur chez l'hémiplégique? *Ann Readapt Med Phys* 1998;41:107-13.
- [9] Petit H. Rééducation et facteurs de pronostic de l'hémiplégie vasculaire. Quel est l'impact des facteurs de pronostic initiaux de l'hémiplégie vasculaire sur l'efficacité et les indications de la rééducation? *Ann Readapt Med Phys* 1997;40:113-20.
- [10] Boucand MH. La dépression et les troubles de l'affectivité ont-ils un retentissement sur la rééducation de l'hémiplégique et faut-il les traiter? *Ann Readapt Med Phys* 1997;40:481-501.
- [11] Roques CF. La prise en charge globale en rééducation améliore-t-elle l'autonomie et la réinsertion de l'hémiplégie? *Ann Readapt Med Phys* 1997;40:245-54.
- Rehabilitación y readaptación del paciente con hemiplejía vascular. Revisión de la literatura.
E – 26-455-D-10 Kinesiterapia - Medicina física 11
- Ley 22431/81, Sistema de Protección integral de Discapacitados
- Ley 10.592/87, Régimen jurídico básico e integral para las personas discapacitadas.