IREP
Instituto de Rehabilitación Psicofísica

Nº1
volumen
15
Marzo 2016

Dr. José Benito Cibeira

Boletín del Departamento de Docencia e Investigación del Instituto de Rehabilitación Psicofísica (IREP)

DALE CAMPEÓN..!

Alentamos al discapacitado en su rehabilitación.

CONSEJO PUBLICITARIO ARGENTINO

REVIVIR

Fundación
Para La Rehabilitación
Del Discapacitado

Echeverría 955
C1428DQG Buenos Aires - Argentina
Tel./Fax: (54-11) 4788-8832
e-mail: fundacionrevivir@fibertel.com.ar

www.fundacionrevivir.org.ar

Personería Jurídica Nº 491
Reg. Nac. de entidades de bien público Nº 6702

INSTITUTO DE
REHABILITACIÓN
PSICOFÍSICA

Director
Dra. Silvina Ajolfi

Subdirector
Dra. Mónica Scherman

Boletín
Director
Dr. Alberto Rodríguez Vélez

Comité Editorial
Dra. Susana Sequeiros
Srta. Evelyn Cachi
Dra. Leticia Matsudo
Lic. Laura Cacheiro

Comité Científico
Dra. Mónica Agotegaray
Dra. Roxana Secundini
Dr. Gustavo Citera
Dr. Diana Muzio
Lic. Klgo. Néstor Giménez
Flga. Liliana Santamarina
Lic. TO Rosario Adan

Diseño
Saint-d
contacto@saint-d.com.ar

Foto de Tapa
Dr. José Benito Cibeira
Maestro de la Fisiatría
1923-2015

Auspicia
Fundación Revivir

Boletín del Departamento de Docencia e Investigación del Instituto de Rehabilitación Psicofísica

Órgano de difusión del Dpto. de Docencia e Investigación

CONTENIDO

2 **Introducción**
Dr. Rodríguez Vélez

3 **Al maestro con cariño**
Dra. Mónica Agotegaray

4 **Terapia física en la enfermedad de Wilson. Reporte de un caso.**
Maiarú, Mariano; Garcete, Alejandra; Drault Boedo, María Emilia; Mendelevich, Alejandro; Módica, Mariela; Peralta, Federico.

7 **Evolución y factores predictores del reemplazo total de cadera en pacientes con espondilitis anquilosante**
Lizarraga Ana, Zamora Natalia, Betancur Graciela, Cayetti Alejandro, Schneeberger Emilce E., Orozco María Celeste, Sommerfleck Fernando, Gagliardi Susana, Citera Gustavo.

11 **Efectividad de la Nintendo Wii Fit® en la rehabilitación del equilibrio en sujetos con amputación unilateral de miembro inferior. Ensayo clínico aleatorizado.**
Mendelevich, Alejandro; Módica, Mariela; Kramer, Marcia; Gallo, Sabrina; Ostolaza, Marco.

16 **Rehabilitación en Hidatidosis Medular Secundaria. A propósito de un caso.**
Facello, Javier; Di Nardo, Angelina; Díaz Peña, Jenny; Stewart-Usher, Carolina

21 **Análisis de la percepción en pacientes amputados de miembros inferiores del proceso de rehabilitación en un ambiente compartido, en el período julio a noviembre 2014. "...el club de los amputados..."**
Carradori, Jùan Pablo; Fati, Sebastián Ariel; Fulgueiras Baci, Eugenia; Vostroverja, Emilce

29 **El impacto de la rehabilitación en la discapacidad**
Dra. Andrea M. Gazzotti

Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Instituto de Rehabilitación Psicofísica (IREP). Echeverría 955 (1428), Capital Federal, Argentina. Tel.: (54-11) 4781-6071 / 74, Fax: (54-11) 4783-0398 - E-mail: docencia_irep@buenosaires.gov.ar

Introducción

Dr. Alberto Rodríguez Vélez

Un año más el Departamento de Docencia e Investigación emite su Boletín auspiciado por la Fundación Revivir, cuya característica ha sido como siempre, la de promover la investigación entre los profesionales del IReP.

Nuevas incorporaciones refrescan el departamento de docencia e investigación y por ende su boletín. Contamos con la presencia de la Lic. en Matemáticas Laura Cacheiro, experta en estadísticas aplicadas a la salud, aporte invalorable para garantizar la evidencia de las investigaciones realizadas. La Dra. Leticia Matsudo, Médica Fisiatra, ex jefa de residentes, de reciente incorporación a la planta, aportará conocimientos, ideas y nuevas energías. Evelyn Cachi, administrativa, próxima Dra. en Contaduría Pública, garantizando el orden administrativo. Como siempre, el Dr. Alberto Rodríguez Vélez, dirigiendo el Departamento y el Boletín, con el apoyo incondicional de la Dirección del Instituto, a cargo de las Dras. Silvina Ajolfi y Mónica Scherman. El sustento invalorable de la Dra. Susana Sequeiros al comité editorial, y de las Dras. Mónica Agotegaray y Roxana Secundini al comité científico, además de todos los Jefes de departamentos y servicios de esta institución que autorizan y estimulan a sus profesionales a investigar y en consecuencia a publicar en este boletín Institucional.

Especial mención para nuestro auspiciante, la Fundación Revivir, conformada por Elisa P. de Ruiz (Presidenta), Myrtha Vitale (Vicepresidenta), Blanca F. de Holgado (Secretaria), Sylvia S. de Eskenazi (Tesorera) y Celina G. de Népito, Susana Descalzi, Adriana de Pérez Gallardo, Carmen Bianco, Clara Matheou (Vocales), Silvina Ajolfi (Vocal Suplente), Marta Cavallari, Norma Marenzi (motor administrativo de la Fundación) y Martín Valdatta (Colaborador Voluntario), responsables de que este trabajo tenga llegada a la población, ya sea por medio gráfico o como desde el año 2014, en las páginas web de la Fundación www.fundacionrevivir.org.ar y de la Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación www.samfyr.org

Obviamente queremos agradecer a los responsables de la estructura científica del boletín, profesionales de planta y en formación, que plasman sus investigaciones en el mismo.

Para este número hemos decidido publicar:
Nota de Despedida de nuestro querido maestro el Dr. José Benito Cibeira elaborada por la Dra. Mónica Agotegaray.
El reporte de un caso en la terapia física de la enfermedad de Wilson a cargo del servicio de kinesiología del IReP
La evolución y los factores predictores del reemplazo total de cadera en pacientes con espondilitis anquilosante, a cargo de la servicio de reumatología – IReP.
Un estudio sobre la efectividad de la Nintendo Wii Fit® en la rehabilitación del equilibrio en sujetos con amputación unilateral de miembro inferior por el servicio de Kinesiología – IReP.
Una visión de la Dra. Andrea Gazzotti, médica del servicio de fisiatría, sobre el impacto de la rehabilitación en la discapacidad.
El reporte de un caso sobre la rehabilitación de la hidatidosis medular secundaria, a cargo del servicio de fisiatría – IReP.
Hemos incluido también como invitados extrainstitucionales al trabajo que accediera al 1° premio de la CAMEFF 2015 “Análisis de la percepción de pacientes amputados de miembros inferiores en relación a su proceso de rehabilitación en un ambiente compartido, en el período julio a noviembre 2014” a cargo de residentes del servicio de fisiatría del HIGA San Martín - La Plata, ex rotantes de nuestra institución.

Esperamos que sea del agrado de ustedes y los motive a seguir investigando, bajo el apoyo permanente del Departamento de Docencia e Investigación, en cuanto a metodología, análisis estadístico y redacción.

Saluda a ustedes.
Dr. Alberto Rodríguez Vélez

Al maestro con cariño

Dra. Mónica Agotegaray

Despedir con palabras al tan querido Dr. Pepe Cibeira es una tarea difícil. Qué decir de un Maestro?, ¿cómo poner en palabras la admiración, el cariño y la gratitud de haber pertenecido a la legión del Instituto de Rehabilitación Psicofísica (IReP), que como yo, pudimos nutrirnos de tantas enseñanzas y tantos ejemplos para la vida?

Muchos hemos tenido ese enorme privilegio.

El Dr. Cibeira se especializa, en Medicina Física y Rehabilitación (MFyR), en los Estados Unidos durante la segunda mitad de los años 50, cuando la especialidad se consolidaba en forma definitiva en todo el mundo, luego de la II Guerra Mundial. En 1959 regresa para dirigir el entonces Centro de Rehabilitación de Buenos Aires, nuestro actual IReP, que dependía de la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado, creado en 1956 para la atención de los enfermos con Poliomielitis. Con la capacitación ya adquirida organiza la Institución, desde sus inicios, y desarrolla la Medicina Física y Rehabilitación (conocida también con el nombre de Fisiatría) y la Neurofisiología Clínica desde el Instituto para todo el país. Inicia la primera residencia formativa en el año1961, manteniéndose en forma ininterrumpida hasta el presente. Crea la Carrera de Médico Especialista en MF y R en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Durante 30 años, hasta 1989, continúa como Director del actual Instituto de Rehabilitación Psicofísica. Profesor universitario, autor de múltiples libros sobre la especialidad de Rehabilitación y sobre los enigmas actuales del hombre, maestro de muchas generaciones de médicos que se encuentran diseminados por el país, Latinoamérica y España. (adaptado de las palabras del Dr. Ricardo Viotti en ocasión de la entrega del Diploma como Maestro de la Fisiatría)

Son palabras del Dr. Cibeira: “me lleva a escribir este libro la íntima convicción de que no hay que olvidar a los maestros” y citando más adelante al poeta de Olavarría Cavilla Sinclair, decía “no hay ley denguna (por ley alguna) ni en la tierra ni en el cielo que ordene degollar a los aguelos pa´ que puedan vivir mejor los nietos”. (Bioética y Rehabilitación - 1997)

Incontables razones me llevan a considerarlo mi maestro y a recordarlo con inmenso cariño. La enfermedad o el trauma que deja al paciente inmovilizado pero con la razón indemne fue el primer impacto que me llevó a inclinarme por la especialidad de Rehabilitación. Absorbí desde mis primeros años de la medicina cada palabra, cada gesto del Dr. Cibeira con la certeza de que su actuar me marcaría un camino. Camino que aun recorro con el recuerdo y tratando de poner en práctica sus enseñanzas en esta herencia que me dejara en el tratamiento de los lesionados medulares.

Fue su pensamiento “La discapacidad crónica hace sufrir al enfermo que padece cada día su existencia, por consiguiente, el tratamiento en rehabilitación requiere, más allá de la acción médica, entendimiento y afecto... No podemos olvidar que el diagnóstico y el tratamiento por medio de alta tecnología es un adelanto indispensable para la medicina moderna, pero tendrá que completarse siempre con la importancia del fármaco hecho palabra en un profesional que no denote prisa” (Bioética y Rehabilitación - 1997)

Una tarde de verano de no hace muchos años me entrega de una manera solemne y cariñosa al mismo tiempo, el original de su tesis doctoral sobre el tratamiento de los pacientes parapléjicos, en su primera página dedicada a su esposa (ya fallecida) y en la segunda con una dedicatoria dirigida a mi. Considero a ese día y a ese momento como uno de los más importantes de mi vida profesional.

En sus últimos tiempos acarició una ilusión, que el IREP pudiera llevar su nombre, otorgándole por fin un nombre propio a nuestro Instituto… Nada más merecido.

Los que lo conocimos, compartimos su sabiduría y fuimos receptores de su afecto no debiéramos resignarnos a que esto no ocurra. El Instituto lleva su ADN, sus discípulos, las paredes y baldosas lo evocamos.

Todavía recibo algún testimonio de pacientes atendidos en esas décadas recordando ese brillante período en donde los equipos de tratamiento con el Dr. Cibeira a la cabeza interpretaban con idéntica sintonía los tratamientos.

Quiera que los que tienen influencias a nivel gubernamental posean idéntico entusiasmo que quien inspira estas palabras. Resulta mandatario alimentar la memoria, los años pasarán y las tradiciones verbales puede ser que se desvanezcan, quedarán sus palabras vivas en cada libro y el fluir de sus pensamientos sabios.

Recordaremos con nostalgia su andar apurado y el sinfín de anécdotas de vida, pero con mayor fuerza perdurarán en todos nosotros su sonrisa generosa y su consejo de hombre bueno.

Hasta siempre querido Doctor Pepe Cibeira!!!

Terapia física en la enfermedad de Wilson
Reporte de un caso

Maiarú, Mariano; Garcete, Alejandra; Drault Boedo, María Emilia; Mendelevich, Alejandro; Módica, Mariela; Peralta, Federico.

Instituto de Rehabilitación Psicofísica, Buenos Aires, Argentina
Dirección postal: Lic. Klgo. Ftra. Mariano Maiarú, San José 819, piso 2, departamento 5, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
Tel: (011) 15-6453-0007. E-mail: mariano.maiaru@gmail.com.

Resumen
La Enfermedad de Wilson (EW) es consecuencia de un trastorno genético que afecta el metabolismo del cobre. El objetivo de este reporte es describir los efectos de un tratamiento de terapia física sobre los trastornos del equilibrio y la marcha en un paciente con EW. Paciente de 32 años de edad, masculino, diagnosticado hace 16 años. Marcha de manera independiente con marcada inestabilidad. La evaluación estuvo dirigida a los trastornos del equilibrio y la marcha. El tratamiento se basó en ejercicios de equilibrio estático, dinámico y de capacidad funcional. Los resultados de todas las evaluaciones mostraron mejoras post tratamiento. Este reporte es según nuestro conocimiento el primero que describe un abordaje de terapia física sobre los trastornos del movimiento que se presentan en la EW.
Palabras clave: enfermedad de Wilson; rehabilitación; trastornos del movimiento.

La Enfermedad de Wilson (EW) es consecuencia de un trastorno genético autosómico recesivo que afecta el metabolismo del cobre y se caracteriza por alteraciones hepáticas y neurológicas 1. La prevalencia de esta enfermedad se estima entre 1/30000 y 1/100000 individuos y la aparición de los síntomas suele darse entre la segunda y la tercera década de la vida[1, 2].
Las distintas manifestaciones clínicas de la enfermedad se originan como consecuencia del depósito progresivo de cobre en el hígado, la córnea y los ganglios basales[3]. Las manifestaciones neurológicas más características son los trastornos del movimiento con una prevalencia estimada entre el 40% y el 50% de estos pacientes[1, 2, 4].
Si bien existe medicación específica para esta enfermedad y su sintomatología, no hemos encontrado en la literatura científica consultada ninguna descripción con respecto a la rehabilitación física que aborde los trastornos del movimiento de esta patología. Por tal motivo el objetivo de este reporte es describir los efectos de un tratamiento de terapia física en los trastornos del equilibrio y la marcha en un paciente con EW.

Caso clínico
Paciente de 32 años de edad, de sexo masculino con diagnóstico de EW sintomática neurológica. Como antecedentes familiares presenta una hermana diagnosticada pre-sintomática con la misma enfermedad.
En 1996, a los 14 años de edad, el paciente es internado por presentar un cuadro clínico de bradicinesia, rigidez y alteraciones en la marcha para la cual requería asistencia. A través de un estudio de resonancia magnética nuclear de cerebro que evidenció lesiones hiperintensas en ganglios de la base, sumado a la presencia del anillo de Kayser-Fleischer, en el año 1998 se le diagnostica la EW por la cual comienza tratamiento farmacológico.
En 2014, se evidencia distonía generalizada a predominio de miembros inferiores la cual dificultaba la marcha, provocando caídas recurrentes según relato del paciente. En septiembre del mismo año el equipo médico del paciente decidió interconsultar con el Instituto de Rehabilitación Psicofísica (I.Re.P.) para comenzar rehabilitación.
La medicación indicada al momento de iniciar el tratamiento de terapia física fue D-penicilamina (4 comprimidos diarios), Clonazepam (2 comprimidos diarios), suplemento vitamínico (30 mg/día), Topiramato (50 mg/día por la noche) y Lanzoprazol (30 mg/día).
A la evaluación kinésica inicial, el paciente se presentó caminando de manera independiente sin ayuda para la marcha ni asistencia de otra persona. Refirió tener caídas recurrentes, una casi caídas/día en la última semana, por lo cual se evaluó el Timed Up and Go (TUG)[5].
Se midió la velocidad de marcha con el Test de Marcha de 10 metros (TM10m), el equilibrio estático con el modified Clinical Test for the Sensory Interaction on Balance (mCTSIB)[6], el equilibrio dinámico en la marcha con el Functional Gait Assessment (FGA) y la confianza en el equilibrio con la escala Activities-specific Balance and Confidence Scale (ABC Scale). Los resultados de todas las pruebas y escalas evaluadas pre y post intervención se encuentran agrupados en la Tabla I.
El paciente dio su consentimiento informado por escrito para la presentación de este reporte de caso.

Tratamiento kinésico
Los objetivos de tratamiento fueron disminuir el riesgo de

TABLA I - Resultados de las pruebas y escalas evaluadas pre y post intervención.

	Evaluación inicial	Evaluación final	Diferencia	Puntos de corte
TUG	15.6 s	12.1 s	3.5 s	> 11.5 s
TM10m velocidad habitual	0.87 m/s	1.19 m/s	37%	-
TM10m velocidad máxima	1.25 m/s	1.92 m/s	53%	-
Diferencia de velocidad	0.38 m/s	0.73 m/s	92.1%	-
FGA	12/30 puntos	19/30 puntos	7 puntos	<15/30
Casi caídas/día última semana	1	0	1	-
ABC scale	60%	71.2%	11.2%	69%
mCTSIB	Normal	Normal	Sin diferencia	-

TUG: Timed up and go; **TM10m:** Test de Marcha de 10 metros; **FGA:** Functional Gait Assessment; **ABC scale:** Activity Balance Confidence scale; **mCTSIB:** modified Clinical Test for the Sensory Interaction on Balance; **s:** segundos; **m/s:** metros por segundo.

caídas y la dificultad para superar barreras arquitectónicas. El tratamiento se basó en entrenamiento del equilibrio estático, del equilibrio dinámico y de la capacidad funcional.
La frecuencia de tratamiento fue de 2 veces por semana durante 2 meses y 20 días, junto con un plan de ejercicios domiciliarios a realizarse 3 veces por semana.

Ejercicios orientados a la mejora del equilibrio estático
El entrenamiento comenzó con ejercicios en bipedestación, en superficie estable, con pies juntos, semi-tándem y tándem, buscando progresarlos hasta llegar a la posición de monopedestación[7]. En estas posiciones se lo entrenó con ojos cerrados buscando modificar la ponderación sensorial a favor de la información somatosensorial[8]. Estos ejercicios se realizaron en 4 series de 1 minuto de duración con descansos de 3 minutos.

Ejercicios orientados a la mejora del equilibrio dinámico
Este entrenamiento se realizó en una cinta para caminar con supervisión del kinesiólogo. Al inicio el paciente no podía mantener la marcha sin la ayuda de sus miembros superiores, por lo cual el primer objetivo fue conseguir estabilidad para lograr liberarlos. Una vez logrado esto, se realizó marcha con giros horizontales y verticales de cabeza[8]. En las últimas etapas del tratamiento, el paciente realizó marcha en cinta con ojos cerrados. Como variante de dificultad a estos ejercicios se le sumó una tarea cognitiva[9]. La dosificación fue según tolerancia del paciente, permitiendo realizarse ciclos de aproximadamente 3 minutos con descansos de 5 minutos Este tipo de entrenamiento duró aproximadamente 1 hora por sesión.

Ejercicios orientados al entrenamiento de la capacidad funcional
Esta parte del entrenamiento estuvo dirigida a las actividades diarias del paciente en las cuales él encontraba alguna dificultad, por ejemplo subir y bajar escaleras o rampas, levantar objetos del suelo, y marcha sobre superficies inestables[8, 9]. Se dosificó según tolerancia del paciente, con períodos de descanso de entre 3 y 5 minutos, y con un tiempo total de 30 minutos.
La sesión finalizaba con estiramientos de la musculatura de miembros inferiores durante 15 minutos.
El tratamiento no mostró inconvenientes en su desarrollo ni lesiones asociadas. Por otro lado, el paciente refirió estar satisfecho con el mismo.
En la evaluación final, el paciente mostró una franca mejoría autoreportada de la confianza en el equilibrio con la ABC scale y las casi caídas/día en la última semana, y objetivada mediante las pruebas TUG, TM10m, FGA, mCTSIB (Tabla I).
No fue posible realizar un seguimiento luego del alta.

Discusión

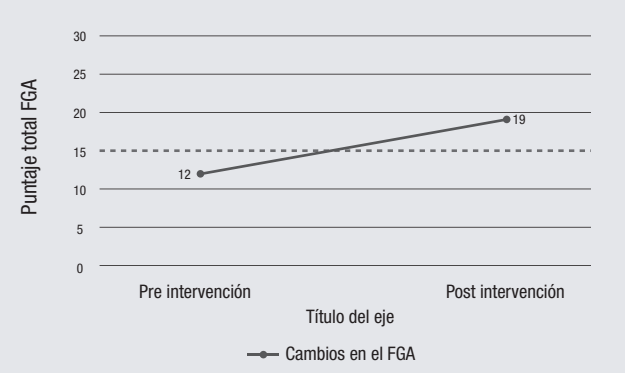
El abordaje kinésico de esta patología sigue basándose en principios empíricos debido a la escasa evidencia disponible, ya que los trabajos consultados no brindan información sobre terapia física.

Luego del tratamiento realizado, la diferencia alcanzada entre la velocidad de marcha habitual y la máxima le da la posibilidad al paciente de variar en gran medida su velocidad, lo cual se propone como un marcador del potencial de adaptación a diferentes entornos y a la demanda de la tarea[10].

Los cambios observados en el FGA, teniendo como punto de corte 15/30 según lo evaluado por Leddy y cols. en 2011 en pacientes con Enfermedad de Parkinson (EP), indican que el paciente dejó de tener riesgo de caídas (Figura 1)[11]. En la ABC scale el paciente superó el cambio mínimo detectable de 11.12% propuesto para la población con EP, y también superó el punto de corte de 69% propuesto por Mak & Pang en 2009, como predictor de caídas a un año de seguimiento en la misma población[12]. La mejora en el TUG fue insuficiente para superar el punto de corte que predice riesgo de caídas en la población con EP (11.50 segundos) según lo reportado por Nocera y cols. en 2013[13].

Como limitación no hemos encontrado herramientas de evaluación que estén validadas en esta población de pacientes. Como la EW es considerada un parkinsonismo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades Neurológicas, se decidió utilizar las pruebas y los puntos de corte validados en esta población[14].

Figura 1 - Functional Gait Assessment



En conclusión, este reporte de caso es según nuestro conocimiento el primero que describe un abordaje de terapia física sobre los trastornos del movimiento que se presentan en la EW, más específicamente los trastornos del equilibrio y la marcha. Consideramos necesario que se siga investigando distintas intervenciones que sirvan para justificar y mejorar el abordaje kinésico en dicha patología.

Conflictos de interés: los autores declaramos no tener conflictos de interés.

Bibliografía

1- Ala A, Walker AP, Ashkan K, Dooley JS, Schilsky ML. Wilson's disease. The Lancet 2007; 369(9559):397-408.

2- Gouider-Khouja N. Wilson´s disease. Parkinsonism and Related Disorders 2009; 1553:126-9.

3- Millán Jiménez ARM, M. Enfermedad de Wilson Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2010 [cited 2014 November 2014]. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/wilson.pdf.

4- Lorincz MT. Neurologic Wilson's disease. Ann NY Acad Sci. 2010; 2010(1184):173-87.

5- Maidan I, Freedman T, Tzemah R, Giladi N, Mirelman A, Hausdorff JM. Introducing a new definition of a near fall: intra-rater and inter-rater reliability. Gait & posture 2014; 39(1):645-7.

6- Mancini MH, F B. The relevance of clinical balance assessment tools to differentiate balance deficits. Eur J Phys Rehabil Med. 2010; 46:239-48.

7- Schoneburg B, Mancini M, Horak F, Nutt JG. Framework for understanding balance dysfunction in Parkinson's disease. Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society 2013; 28(11):1474-82.

8- Herdman SJ. Vestibular Rehabilitation, 3rd ed. Philadelphia: F. A. Davies Company; 2007.

9- Ho-Jung AJ-I, K; Yang-Rae, K; Kyoung-Bo, L;Dai -Joong, K; Kyung-Tae, Y; Jung-Hyun, C. The Effect of Various Dual Task Training Methods with Gait on the Balance and Gait of Patients with Chronic Stroke. Jour Phys Ther Sci. 2014; 26:1287-91.

10- Steffen MTH, T. A.; Mollinger, L. Age- and Gender-Related Test Performance in Community-Dwelling Elderly People: Six-Minute Walk Test, Berg Balance Scale, Timed Up & Go Test, and Gait Speeds. Physical therapy 2002; 82:128-37.

11- Leddy AL, Crowner BE, Earhart GM. Functional gait assessment and balance evaluation system test: reliability, validity, sensitivity, and specificity for identifying individuals with Parkinson disease who fall. Physical therapy 2011; 91(1):102-13.

12- Mak MK, Pang MY. Fear of falling is independently associated with recurrent falls in patients with Parkinson's disease: a 1-year prospective study. Journal of neurology 2009; 256(10):1689-95.

13- Nocera JR, Stegemoller EL, Malaty IA, Okun MS, Marsiske M, Hass CJ, et al. Using the Timed Up & Go test in a clinical setting to predict falling in Parkinson's disease. Archives of physical medicine and rehabilitation 2013; 94(7):1300-5.

14- World Health Organization. Application of the International Classification of Diseases to Neurology. 2 ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1997.

Evolución y factores predictores del reemplazo total de cadera en pacientes con espondilitis anquilosante

Lizarraga Ana, Zamora Natalia, Betancur Graciela, Cayetti Alejandro, Schneeberger Emilce E., Orozco María Celeste, Sommerfleck Fernando, Gagliardi Susana, Citera Gustavo.
Sección Reumatología, Instituto de Rehabilitación Psicofísica, CABA, Argentina

Resumen

Objetivo: *La evolución y los resultados del reemplazo total de cadera (RTC) en pacientes con Espondilitis Anquilosante (EA) son aceptables. El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados a largo plazo y analizar posibles factores predictores de RTC en pacientes con EA.*

Métodos: *Fueron incluidos pacientes ≥ de 18 años de edad con diagnóstico de EA por criterios New York modificados de la Cohorte ESPAXIA en quienes se haya realizado RTC uni o bilateral. Se consignaron datos demográficos y clínicos de la enfermedad y datos sobre el reemplazo articular. Las variables de medición fueron: Dolor, evaluación global del paciente, actividad de la enfermedad (BASDAI), capacidad funcional (BASFI), entesitis (MASES), movilidad axial (BASMI) y daño radiológico (mSASSS) fueron evaluados. Se determinó la función de la cadera por el método de Merle d`Aubigné y Postel y se solicitó radiografía panorámica de pelvis a fin de evaluar osteólisis periprotésica, subluxación, fractura y osificación heterotópica (OH).*

Resultados: *25 (14,53%) de 190 pacientes tenían RTC. Se incluyeron 16 pacientes en el análisis, de ellos 9 (56,25%) tenían RTC bilateral, con un tiempo mediano de evolución del RTC de 12,75 años (RIC 8,45-15). Se analizaron 25 prótesis. 3 prótesis (12%) presentaron complicaciones postoperatorias y 3 (12 %) fueron revisadas. Se observó una reducción significativa del dolor prequirúrgico vs el actual (dolor por EVG m 10 cm RIC 9.75-10 vs m 0 cm RIC 0-1.25, p= 0,001) y la función de la cadera mejoro significativamente después de la cirugía. Se obtuvieron radiografías de 22 caderas. De estas, 11 prótesis (50%) presentaron osteólisis acetabular, 3 (13,63 %) subluxación y 1 fractura periprotésica. 15/17 (88,2%) prótesis presentaron osteólisis femoral. En 15 caderas se observó osificación heterotópica (OH). En el análisis multivariado, la única variable independientemente asociada al RTC fue la menor edad al inicio de los síntomas [coef estand β 0,91 (IC95% 0,85-0,97) p=0,001].*

Conclusión: *El RTC en pacientes con EA se asoció a mejoría clínica en términos de dolor y función. La edad de inicio temprana de la enfermedad fue el único predictor de RTC.*

Introducción

La Espondilitis Anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica que se caracteriza principalmente por inflamación de las articulaciones sacroiliacas y de la columna vertebral[1]. La articulación coxofemoral también puede comprometerse en esta enfermedad con un prevalencia reportada del 19 al 36%[2]. Su compromiso se relaciona con discapacidad funcional[3,4] y repercute también en el status psicosocial, la calidad de vida y la situación laboral de los pacientes con EA[5,6]. La edad de inicio temprana, el mayor compromiso axial y la presencia de entesis se asocia a daño coxofemoral servero[3]. El reemplazo total de cadera (RTC) es una estrategia a considerar cuando el compromiso de esta articulación es importante, sin embargo se ha cuestionado el resultado a largo plazo del mismo por la posibilidad de recurrencia de anquilosis, falla mecánica y/o alteración de la función de los componentes protésicos[7]. Asimismo, se ha informado una frecuencia aumentada de osificación heterotópica luego del reemplazo total de cadera en estos pacientes[8]. A pesar de esto, varios estudios han demostrado que los resultados a corto y largo plazo del RTC en pacientes con EA son buenos, con pocas complicaciones, bajas tasas de revisiones y prolongada supervivencia de las protesis[6,7,9,10].

Por esto el objetivo de este estudio fue evaluar la evolución funcional, clínica y radiológica del reemplazo total de cadera y analizar posibles factores predictores para RTC en pacientes con EA.

Materiales y Métodos

Se estudiaron pacientes ≥ de 18 años de edad con diagnóstico de Espondilitis Anquilosante (EA) según criterios de New York modificados 1984 incluidos en la Cohorte ESPAXIA (Estudio de Espondiloartritis Axial IREP Argentina) en quienes se haya realizado RTC uni o bilateral.

Fueron registradas Variables sociodemográficas, tiempo de

evolución de la enfermedad, manifestaciones articulares y extra articulares, presencia de comorbilidades y tratamiento recibido. Se evaluó presencia de dolor, dolor nocturno, evaluación global del médico y del paciente por Escala Visual Graduada (EVG), recuento de articulaciones tumefactas (44), índice de entesitis (MASES), capacidad funcional (BASFI)[11], actividad de la enfermedad (BASDAI)[12], movilidad axial (BASMI)[13], calidad de vida (AsQoL)[14] y daño radiológico (mSASSS)[15].

Se consignaron datos del reemplazo articular: fecha de realización de la cirugía, lado afectado, tipo de prótesis (cementada, no cementada, híbrida), complicaciones postoperatorias, frecuencia y causa de revisiones protésicas en el caso que existieran. Se evaluó la intensidad del dolor de la/las caderas sometidas a reemplazo articular en el momento de la evaluación y se solicitó al paciente que estime la intensidad del mismo en la/las caderas antes de ser intervenida quirúrgicamente por medio de Escala Visual Graduada. Se consignó la clase funcional (CF) de Steinbroker de los pacientes (I-IV) previa y posterior a la cirugía. Se utilizó el método de Merle d`Aubigné y Postel modificado por Charnley[16] para evaluar la función de la cadera. Consiste en un instrumento que evalúa dolor, movilidad y marcha a través de una escala de Likert de 1 a 6 puntos para cada ítem, donde 1 indica el peor estado del paciente y 6 el mejor. El mínimo puntaje obtenido es 3 y el máximo 18. Además de la clasificación numérica, se categoriza por los prefijos alfabéticos (A, B o C). El prefijo A indica paciente con compromiso de una cadera, el B compromiso de ambas caderas y C cualquier otro factor que contribuya a la incapacidad para lograr una marcha normal.

A todos los pacientes se les realizó radiografía panorámica de pelvis, con incidencia ántero-posterior con foco en el pubis y rótula al cenit, con el fin de evaluar la presencia de osteólisis periprotésica (OP). Se definió a la misma como una línea radiolúcida, de cualquier espesor y de bordes suficientemente claros, en el hueso pelviano, alrededor del acetábulo o en el fémur proximal. El componente femoral se evaluó en 7 zonas utilizando el sistema de Gruen et al[17] y el acetabular en 3 zonas utilizando la clasificación de De Lee y Charnley[18]. También se evaluó presencia de subluxación, fractura periprotésica y osificación heterotópica a través de los criterios de clasificación de Brooker[19] que categorizan a los pacientes en 4 grupos, siendo el grado 1 los que presentan islotes de hueso no unidos a la pelvis o femur y el grado 4 es la presencia de osificación que hace un puente completo entre el fémur proximal y la pelvis. Todas las radiografías fueron leídas por un observador independiente, ciego a las características de los pacientes, con un CCI ≥ 0.95.

Para el análisis estadístico se realizó estadística descriptiva, las variables continuas se expresaron en mediana y rango intercuartilo (RIC) y las categóricas en frecuencia y porcentaje. La comparación de variables continuas se realizó por test de Man Whitney y T test y de las categóricas por test de Chi^2 y test exacto de Fisher. Para comparar la intensidad del dolor previo y posterior a la cirugía se utilizó test de Wilcoxon. Para evaluar los factores predictores de RTC se realizó un modelo de regresión logística múltiple usando como variable dependiente la presencia del reemplazo total de cadera. Una $p < 0.05$ fue considerada significativa.

Resultados

190 pacientes de la cohorte ESPAXIA fueron evaluados, 172 tenían EA y 25 de ellos (14,53 %) tenían RTC. Se incluyeron solamente 16 pacientes en el análisis, porque 2 habían fallecido y 7 perdieron seguimiento. 9 de ellos (56,25%) tenían RTC bilateral. 15 (93,8%) eran de sexo masculino, con edad mediana de 45 años (RIC 35-54), un tiempo mediano de evolución de la enfermedad de 28,5 años (RIC 18-35,25) y una edad mediana al inicio de los síntomas de 24 años (RIC 16-34). El tiempo mediano de evolución de RTC fue de 12,75 años (RIC 8,45-15). 11 (68,8%) eran HLA-B27 positivo. 12 (75%) tenían diagnóstico de EA pura, 2 (12.5%) EA asociada a Psoriasis y 2 EA juvenil. Los datos demográficos y clínicos se presentan en la tabla 1.

TABLA I - Características socio demográficas y clínicas de 16 pacientes con EA y RTC

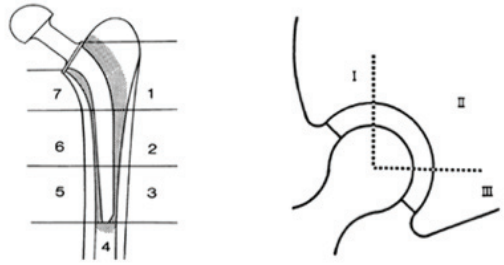
Variables	N=16
Varones n (%)	15 (93.8)
Edad años m (RIC)	45 (35-54)
Edad de inicio de los síntomas años m (RIC)	24 (16-36)
Tiempo de evolución de EA años m (RIC)	28.5 (18-35.25)
Tiempo de evolución RTC años m (RIC)	12.75 (8.45-15)
EsPax juvenil n (%)	2 (12.5)
HLA-B27 n (%)	11/16 (68.8)
BASDAI m (RIC)	3.95 (1.41-6.33)
BASFI m (RIC)	4.5 (2.84-7.75)
ASQoL m (RIC)	4.5 (1-9)
RTC bilateral n (%)	9/16 (56.25)
Método de Merle d`Aubigné and Postel m (RIC)	15.21 (13.5-17)

RTC (reemplazo total de cadera), BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Index), BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index), ASQoL (Ankylosing Spondylitis Quality of Life).

Se analizaron un total de 25 prótesis (14 derechas y 11 izquierdas). 12 (48%) eran cementadas y 13 no cementadas (52%). 3 prótesis (12%) presentaron complicaciones postoperatorias: 1 pérdida de fijación, 1 luxación y 1 fractura periprotésica. 3 (12%) fueron revisadas: 2 por perdida de fijación y 1 por luxación. Se observó una reducción significativa del dolor prequirúrgico vs el actual (dolor por EVG m 10 cm RIC 9.75-10 vs m 0 cm RIC 0-1.25, p= 0,001). También hubo mejoría en la clase funcional, precirugía 6 (24%) eran CF II, 16 (64%) CF III y 3 (12%) CF IV y actualmente 15 (60%) son CF II y 10 (40%) CF III. La clasificación funcional de la cadera por el método de Merle d`Aubigné y Postel presentó una mediana de 15,21 (RIC 13,5-17).

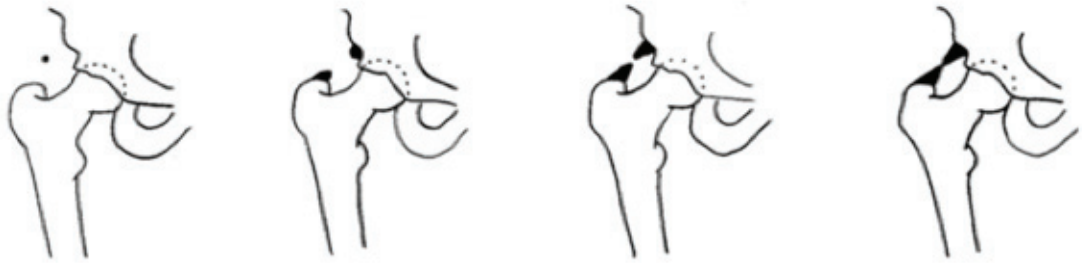
Se obtuvieron radiografías de 22 caderas. De estas, 11 prótesis (50%) presentaron osteólisis acetabular, 3 (13,63%) subluxación y 1 fractura periprotésica. La osteólisis femoral fue evaluada en 17 caderas, debido a que las 5 restantes eran prótesis de superficie que contaban solamente con el componente acetabular. De estas 17 prótesis, 15 (88,2%) presentaron osteólisis femoral (figura 1).

Figura 1 - Ostéolisis periprótesica



Zonas de Gruen: n=15/17 (88,2%) **Zonas de DeLee y Charnley: n=11/22 (50%)**

Figura 2 - Osificación Heterotópica: Clasificación de Brooker n= 15/22



Brooker I=4 Brooker II=4 Brooker III=6 Brooker IV=1

En 15 caderas se observó osificación heterotópica, 4 tenían Brooker I, 4 grado II, 6 grado III y 1 grado IV (figura 2). En el análisis univariado el RTC se asoció con: mayor tiempo de evolución (27,1 ± 10,6 años vs 19,6 ± 13,4 años, p= 0,03), una edad menor al inicio de los síntomas (17,4 ±7,6 años vs 26,2 ±11,9, p= 0,0001), menor MASES (0,6 ±1,2 vs 1,6 ±2,3 p= 0,007) y mayor frecuencia de tratamiento biológico (50% vs 23,6%, p=0,03) (tabla 2).

TABLA 2 - Comparación de variables sociodemográficas y clínicas entre pacientes con y sin RTC

Variable	Sin RTC n=174	Con RTC n=16	p
Tiempo de evolución años X (DE)	19.6 (13.4)	27.1 (10.6)	0.03
Edad al inicio de los síntomas X (DE)	26.2 (11.9)	17.4 (7.6)	0.021
MASES X (DE)	1.6 (2,3)	0.6 (1.2)	0.007
Tratamiento biológico n (%)	41 (23.6)	8 (50)	0.03
BASDAI X (DE)	4.3 (2.6)	3.9 (2.1)	0.07
BASFI X (DE)	3.8 ()2.8	4.6 (2.1)	0.085
ASQoL X (DE)	6.8 (4.9)	4.9 (4.2)	0.31

MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score), BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Index), BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index), ASQoL (Ankylosing Spondylitis Quality of Life)

Al comparar el mSASSS disponible entre 18/16 pacientes con RTC vs 77/174 pacientes sin RTC se encontró significativamente mayor daño estructural en los pacientes con RTC (mSASSS x 42,13 ± 25,71 vs 24,04 ± 24,61 respectivamente, p=0,05) aunque luego de ajustar por tiempo de evolución esa significancia no se mantuvo. En el análisis multivariado, la única variable independientemente asociada al RTC fue menor edad al inicio de los síntomas [coef estand β 0,91 (IC95% 0,85-0,97) p=0,001] (tabla 3).

Discusión

Los resultados de este estudio demuestran que 25 (14,53%) de 172 pacientes con diagnóstico de EA tenían RTC y de los 16 pacientes incluidos en el análisis, 56% tenían reemplazo bilateral. Estos datos muestran una prevalencia de RTC en nuestra cohorte ligeramente superior al del estudio de Vander Cruyssen y col. en el cual se analizaron pacientes con diagnóstico de EA provenientes de varios países (Bélgica, España, Chile, Argentina, Venezuela, Costa Rica, México, Perú, Ecuador y Uruguay). En este estudio, 5 a 8% de los pacientes tenían RTC y aproximadamente la mitad de los pacientes tenían reemplazo bilateral[3], mostrando la alta probabilidad del compromiso de ambas caderas en esta enfermedad.

Hallamos una reducción significativa del dolor prequirúrgico respecto al actual. Esto concuerda con varios estudios que también han demostrado que el dolor disminuye considerablemente luego del RTC[6,7,9,10,20,21]. La función global de la cadera fue evaluada mediante el método de Merle d`Aubigné y Postel modificado por Charnley. Si bien en nuestro estudio, este método no pudo ser aplicado previamente a la cirugía de reemplazo articular, los resultados en nuestros pacientes demostraron una muy buena capacidad funcional posterior al RTC. Joshi y col. evaluaron 180 caderas sometidas a reemplazo articular de las cuales el 96 % no tenían dolor o era mínimo, 65% buena a excelente función y 67 % un rango de movilidad excelente a buena[21]. Sweeney y col. también demostraron que de 340 pacientes con EA, 83 % reportaron ningún o poco dolor, 52 % buena o muy buena movilidad y 58 % alto o muy alto éxito luego del RTC[6] y en otro estudio, de 24 caderas operadas, todas mejoraron la función y la deformidad en flexion[20].

A pesar que esta cirugía en pacientes con EA constituye un desafío debido a la presencia de una columna rígida, al compromiso de otras articulaciones y a la posible afectación de otros sistemas como el pulmonar y cardiovas-

TABLA 3 - Variables asociadas a RTC, regresión logística múltiple

Variable	β	Error Standard	p	OR	95 % CI	
					Inferior	Superior
Antecedentes Familiares	0.292	0.585	0.617	1.339	0.426	4.213
Forma clínica	0.451	0.262	0.086	1.569	0.939	2.623
HLA-B27	-0.549	0.594	0.355	0.577	0.180	1.850
Entesitis	-0.165	0.619	0.790	0.848	0.252	2.853
Edad de inicio de síntomas	-0.091	0.033	0.006	0.913	0.856	0.974

cular, la frecuencia de complicaciones postoperatorias en nuestro estudio fue baja, tan solo un 12%. Otros trabajos informaron complicaciones del 10,5 % (19/181 caderas)[21] y hasta del 20,8% (5/24 caderas)[20]. El número de revisiones protésicas también fue bajo, solamente 3 (12%) semejante al publicado en otros trabajos[6,9,20,21].

El estilo de vida activo y la rigidez espinal en pacientes jóvenes con EA pueden ser factores de riesgo que aumentan el stress en las prótesis causando osteólisis periprotésica en las radiografias, lo que se traduce en aflojamiento y constituye la principal causa de revision[5]. En nuestro trabajo, observamos una alta frecuencia de osteólisis periprótesica, 50% presentaron osteólisis acetabular (11/22 caderas) y 88% (15/17 caderas) osteólisis femoral. Estos valores son superiores a los encontrados en el estudio de Sochart y col. en el cual de 43 caderas evaluadas, 10 (23%) presentaron osteólisis acetabular y 2 (5%) osteólisis femoral, requiriendo en todos los casos revisión prostesica[7]. Esta diferencia podría explicarse por el dispar y más estricto criterio utilizado para definir osteólisis en este trabajo respecto al nuestro. En un estudio previo realizado en nuestro hospital para evaluar la presencia de osteólisis periprotésica posterior al RTC en pacientes con enfermedades reumáticas, encontramos que en 17 caderas de pacientes con EA, 11 (64.7%) tenían osteólisis[22].

Se ha informado una prevalencia aumentada de osificación heterotópica (OH) en pacientes con EA en comparación con la población general[8]. Si bien esto podría causar dolor y repercutir en la movilidad y función de la cadera operada, algunos trabajos han demostraron que a pesar de la presencia de hueso ectópico los resultados luego del RTC son buenos[6,9]. En el estudio realizado por Sochart y col. en pacientes con EA y RTC, se encontró que 6 caderas (14%) presentaban osificación heterotópica aunque de grado I o II[7]. Goodman y col. informaron que en 3 de 17 radiografías detectaron la presencia de OH luego del RTC en pacientes con EA siendo dos de ellas de grado IV[10]. En nuestro estudio se observó una alta frecuencia, en 15 de 22 caderas evaluadas radiográficamente. A pesar de esto, cabe destacar que la función de la cadera fue muy buena en la mayoría de los pacientes.

Las principales variables predictoras para RTC en pacientes con EA son la edad de inicio temprana de la enfermedad, mayor severidad del compromiso axial y presencia de entesitis[3]. En nuestro estudio la edad de inicio temprana fue el único predictor asociado a RTC.

Debido a que este estudio fue de corte transversal, nuestra principal limitación fue la falta de datos previos a la cirugía. Cabe destacar también la alta pérdida de seguimiento, que fue del 36%, por lo cual no podemos contar con los resultados del RTC en estos pacientes. Otra limitación fue que las radiografías fueron analizadas por un solo lector y no contamos con las radiografías de todos los pacientes para evaluar el mSASSS. Finalmente, la mayoría de nuestros pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente en diferentes centros motivo por el cual no pudimos analizar las diferentes técnicas usadas o comparar los distintos tipos de reemplazo (cementada vs no cementada).

Como conclusión se demuestra que el RTC en pacientes con EA se asoció a mejoría clínica en términos de dolor y función. La edad de inicio temprana de la enfermedad fue el único predictor encontrado de RTC.

Bibliografía

1- Maldonado Cocco J, Citera G. Reumatología. Segunda Edición, Ediciones Azzurras. Capítulo 32. Pág 440-459. 2012

2- Vander Cruyssen B, Vastesaeger N, Collantes Estéves E. Hip disease in ankylosing spondylitis. Curr Opin Rheumatol 2013; 25(4):448-54.

3- Vander Cruyssen B, Muñoz Gomariz E, Font P, Mulero J, de Vlam K, Boonen A, et al. Hip involvement in ankylosing spondylitis: epidemiology and risk factors associated with hip replacement surgery. Rheumatology 2010;49(1):73-81.

4- Zhao J, Zheng W, Zhang C, Li J, Liu D, Xu W. Radiographic hip involvement in ankylosing spondylitis: factors associated with severe hip diseases. J Rheumatol 2015;42(1):106-10.

5- Guan M, Wang J, Zhao L, Xiao J, Li Z, Shi Z. Management of hip involvement in ankylosing spondylitis. Clin Rheumatol 2013; 32(8):1115-20.

6- Sweeney S, Gupta R, Taylor G, Calin A. Total hip arthroplasty in ankylosing spondylitis: outcome in 340 patients. J Rheumatol 2001;28(8):1862-6.

7- Sochart DH, Porter ML. Long-term results of total hip replacement in young patients who had ankylosing spondylitis. Eighteen to thirty-year results with survivorship analysis. J Bone Joint Surg Am 1997;79(8):1181-90.

8- Iorio R, Healy WL. Heterotopic ossification after hip and knee arthroplasty: risk factors, prevention, and treatment. J Am Acad Orthop Surg 2002;10(6):409-16.

9- Calin A, Elswood J. The outcome of 138 total hip replacements and 12 revisions in ankylosing spondylitis: high success rate after a mean followup of 7.5 years. J Rheumatol 1989;16(7):955-8.

10- Goodman SM, Zhu R, Figgie MP, Huang W, Mandl LA. Short term total hip replacement outcomes in ankylosing spondylitis. J Clin Rheumatol 2014;20(7):363-368.

11- Calin A, Garrett S, Whitelock H, Kennedy LG, O´Hea J, Mallorie P, et al. A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: the development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. J Rheumatol 1994;21(12):2281-5.

12- Garret S, Jenkinson T, Kennedy LG, Whitelock H, Gaisford P, Calin A. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: The Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. J Rheumatol 1994;21(12):2286-91.

13- Jenkinson TR, Mallorie PA, Whitelock HC, Kennedy LG, Garrett SL, Calin A. Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis (AS). The Bath AS Metrology Index. J Rheumatol 1994;21(9):1694-8.

14- Doward LC, Spoorenberg A, Cook SA, Whalley D, Halliwell P, Kay LJ, et al. Development of the ASQoL: a quality of life instrument specific to ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis 2003;62(1):20-6.

15- Creemers MC, Franssen MJ, van´t Hof MA, Gribnau FW, van den Putte LB, van Riel PL. Assessment of outcome in ankylosing spondylitis: an extended radiographic scoring system. Ann Rheum Dis 2005;64(1):127-9.

16- Ugino FK, Righetti CM, Ledio Alves DP, Guimaraes RP, Honda EK, Ono NK. Evaluation of the reliability of the modified Merle d´Aubigné and Postel Method. Acta Ortop Bras 2012;20(4):213-7.

17- Gruen, T A; McNeice GM y Amstutz HC. “Modes of failure” of cemented stem-type femoral components. A radiographic analysis of loosening. Clin Orthop Relat Res 1979;141:17-27.

18- DeLee JG, Charnley J. Radiological demarcation of cemented sockets in total hip replacement. Clin. Orthop, 1976;121: 20-32.

19- Brooker AF, Bowerman JW, Robinson RA, Riley LH Jr. Ectopic ossification following total hip replacement. Incidence and a method of classification. J Bone Joint Surg Am. 1973;55(8):1629-32.

20- Bangjian H, Pijian T, Ju L. Bilateral synchronous total hip arthroplasty for ankylosed hips. Int Orthop 2012;36(4):697-701.

21- Joshi AB, Markovic L, Hardinge K, Murphy JC. Total hip arthroplasty in ankylosing spondylitis: an analysis of 181 hips. J Arthroplasty 2002;17(4):427-33.

22- Pérez Alamino R, Casellini C, Baños A, Schneeberger EE, Gagliardi SA, Maldonado Cocco JA, Citera G. Prevalence of periprosthetic osteolysis after total hip replacement in patients with rheumatic diseases. Open Access Rheumatology: Research and Reviews 2012;4:1-6.

Efectividad de la Nintendo Wii Fit® en la rehabilitación del equilibrio en sujetos con amputación unilateral de miembro inferior

Ensayo clínico aleatorizado

Mendelevich, Alejandro; Módica, Mariela; Kramer, Marcia; Gallo, Sabrina; Ostolaza, Marco.
Instituto de Rehabilitación Psicofísica, CABA, Argentina

Resumen

Introducción: *la carga de peso equitativa es un prerrequisito para la marcha. La Nintendo Wii Fit® utiliza juegos virtuales con la finalidad de entrenar la postura estática, la estabilidad dinámica y la simetría postural. El objetivo de este estudio fue determinar la efectividad del uso de la Nintendo Wii Fit® en forma coadyuvante al tratamiento convencional para rehabilitar el equilibrio en sujetos con amputación unilateral de miembro inferior. Métodos: el tratamiento convencional consistió de ejercicios de fortalecimiento y elongación, ejercicio aeróbico en bicicleta, entrenamiento de marcha y entrenamiento funcional. El grupo experimental realizó 15 minutos de Wii Fit, mientras el experimental realizó 15 minutos de equilibrio en paralelas, dos veces por semana, durante 7 semanas. Se evaluó el equilibrio con el Amputee Mobility Predictor, la simetría de carga de peso en miembros inferiores con la "prueba física" de la Nintendo Wii Fit®, la confianza en el propio equilibrio con el Activities-Specific Balance Confidence Scale (ABC) y la satisfacción con el tratamiento se evalúo con una Escala Visual Análoga. Resultado: 4 sujetos finalizaron intervención en el grupo experimental y 4 en el control. Debido a la muestra pequeña se analizaron los datos individuales de los pacientes. Los mayores cambios en la carga de peso, el equilibrio y la confianza en el equilibrio se observaron en sujetos del grupo experimental. Todos los sujetos tuvieron más de un 75% de satisfacción con el tratamiento asignado. Conclusión: en el grupo experimental las mejorías en carga de peso, equilibrio y confianza en el equilibrio fueron mayores. Estos cambios clínicos no pueden ser respaldados por un análisis estadístico debido a la muestra, pero se observa la tendencia a favor del grupo experimental.*

Introducción

Una amputación es la remoción de una extremidad del cuerpo por una cirugía o accidente[1]. En los individuos con amputación de miembro inferior se observa una disminución de la propiocepción que aumenta el riesgo de caídas[2]. El 52% de las personas con amputación unilateral sobre y bajo rodilla refirieren al menos una caída al año, este valor es superior al reportado en adultos mayores no amputados (aproximadamente 30%)[3]. La carga de peso equitativa en los miembros inferiores durante la bipedestación se define como una diferencia de carga entre los miembros menor al 7% y es un prerrequisito para mantener una posición estable y para lograr una adecuada fase de apoyo y de balanceo durante la marcha[4].

En el Servicio de Kinesiología del Instituto de Rehabilitación Psicofísica el 83,6% de los pacientes amputados atendidos entre el 2009 y el 2013 presentaba amputación de un miembro inferior[5]. De estos el 62,4% tenía una amputación sobre-rodilla y el 32,3% una amputación bajo-rodilla.

La Nintendo Wii Fit® se conforma de una plataforma llamada "Balance Board" con sensores de presión que utiliza juegos virtuales de la compañía Nintendo con la finalidad de entrenar la postura estática, la estabilidad dinámica y la simetría postural. Ha sido utilizado previamente en numerosas poblaciones[6-9]. Esto se logra mediante actividades que involucran mantener el centro de gravedad dentro de un área delimitada, en la línea media o que requieran desplazamientos del peso dentro del plano antero-posterior y

medio-lateral[10]. Al usar juegos que requieren de una postura en bipedestación, se promueve el equilibrio con transferencias de peso entre las extremidades inferiores. Por otro lado, ha sido sugerido que posee la capacidad de generar feedback audio-visual instantáneo y ha demostrado ventajas en comparación al uso del feedback verbal administrado por el terapeuta, además permitiría aumentar la atención y el volumen de entrenamiento[11].

En el Servicio de Kinesiología del Instituto de Rehabilitación Psicofísica (I.Re.P). los pacientes convencionalmente realizan ejercicios de fortalecimiento, elongación, entrenamiento de actividades de la vida diaria (AVD), ejercicio aeróbico y entrenamiento de la marcha.

Teniendo en cuenta los sujetos que se rehabilitan en nuestro servicio y sus características se decidió investigar los efectos de esta intervención, seleccionando juegos para entrenar el equilibrio en los tres planos de movimiento (sagital, frontal y transversal) y la carga de peso de forma simétrica. Nuestra hipótesis es que el uso de la Nintendo Wii Fit® coadyuvante al tratamiento convencional es efectiva para rehabilitar el equilibrio en sujetos con amputación unilateral de miembro inferior y que la inclusión de la Nintendo Wii Fit® en el tratamiento convencional aumenta el nivel de satisfacción con el mismo. Es por esto que el objetivo primario es determinar la efectividad del uso de la Nintendo Wii Fit® coadyuvante al tratamiento convencional para rehabilitar el equilibrio en sujetos con amputación unilateral de miembro inferior. Como objetivo secundario proponemos evaluar si el uso de la Nintendo Wii Fit® aumenta el nivel de satisfacción del sujeto con el mismo.

Población y métodos

Para cumplir los objetivos desarrollamos un ensayo clínico controlado, aleatorizado. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: ser mayor de 18 años, presentar amputación de miembro inferior unilateral sobre o bajo rodilla; poseer al menos 1 mes de uso de equipamiento (pre-prótesis con pie o prótesis); poder bipedestar 15 minutos con o sin ayuda para la marcha; presentar asimetría en la carga de peso definida como una diferencia mayor a 7% en la "prueba física" de la Nintendo Wii Fit®. Esta prueba consiste en bipedestar sobre la Wii Balance Board con pies separados y el cuerpo erguido, la consola calcula el peso corporal y el centro de gravedad.

Se excluyeron los pacientes con comorbilidad neurológica o neuromuscular según historia clínica; incapacidad de seguir órdenes de tres comandos en idioma español (evaluado con el punto 7 del Mini Mental State)[12]; retracción en flexión de rodilla (mayor a 5°) o cadera (mayor a 10°); dolor al monopedestar con el equipamiento y uso previo de Wii Fit®. Se eliminaron los sujetos que se ausentaron a más de dos sesiones de tratamiento.

Intervención: el tratamiento convencional en nuestro servicio consistió en ejercicios de fortalecimiento y elongación en colchoneta de acuerdo a cada paciente durante 15 minutos; ejercicio aeróbico en bicicleta durante 30 minutos; entrenamiento de marcha durante 15 minutos y entrenamiento funcional (AVD, escaleras, rampas, caídas, etc) durante 15 minutos.

Los sujetos concurrieron a 2 sesiones semanales durante 8 semanas. Cada sesión incluyó 75 minutos de tratamiento convencional y 15 minutos de entrenamiento del equilibrio estático específico para cada grupo.

Grupo experimental: el sujeto se posicionó sobre la Wii Balance Board de la Nintendo Wii Fit® ubicada a 2 metros de la pantalla del televisor. Se permitió utilizar su dispositivo de asistencia a la marcha habitual. El tratamiento experimental consistió en la práctica de 3 juegos incluidos en el disco de Wii Fit Plus y el realizó 4,5 minutos del juego Pesca bajo cero, entre 4 y 5 minutos del juego Plataformas y 4 minutos con el ejercicio de El árbol de yoga.

Grupo control: el sujeto se ubicó en las barras paralelas, se realizaron 4,5 minutos de entrenamiento de alcance anterior

en bipedestación, entre 4 y 5 minutos de bipedestación con apoyo del pie no amputado sobre una pelota de plástico de 20 cm. de diámetro, y 4 minutos de subir y bajar un pie a un escalón de 10 cm de alto.
En ambos grupos se permitió un descanso de 1 minuto sentado entre cada actividad.
Cada sujeto fue asignado al grupo intervención o control según el método de aleatorización restringida utilizando una tabla de números aleatorios XXXIII de Fischer y Yater y las combinaciones para bloques de 4 sujetos. Esta asignación la realizó una persona que no participó del estudio mediante sobres opacos.
Variables de medición: las variables primarias fueron el equilibrio, que se evaluó con el Amputee Mobility Predictor[13] y la simetría de carga de peso en miembros inferiores que se midió con la "prueba física" de la Nintendo Wii Fit®. Como variables secundarias se incluyeron la confianza en el propio equilibrio evaluada con el Activities-Specific Balance Confidence Scale (ABC)[14] y la satisfacción con el tratamiento que se evalúo con una Escala Visual Análoga (Anexo I). Además, se registraron las siguientes variables clínico-demograficas: edad (años); género (femenino – masculino); tiempo de evolución (meses); tiempo de equipamiento (meses); etiología de la lesión (vascular – traumático - otras); nivel de amputación, miembro inferior afectado (derecho – izquierdo); dispositivo de ayuda para la marcha.
El protocolo fue aprobado por el Comité de Bioética y el Comité de Docencia e Investigación del I.Re.P.
Los sujetos se ingresaron consecutivamente en el Servicio de Kinesiología del I.Re.P., Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, desde Octubre del 2012 hasta Diciembre del 2014, y firmaron consentimiento informado.
Los sujetos asistieron 2 veces por semana, durante 9 semanas, de las cuales 16 veces fueron para sesiones de intervención y 2 de evaluación (inicial y final). En la primera sesión cada sujeto fue evaluado por un kinesiólogo distinto al que aplicó la intervención. Se evaluó la simetría de carga de peso en la Nintendo Wii Fit®, luego el ABC y finalmente el AMP. En dicha sesión, los sujetos asignados al grupo experimental y control tuvieron una práctica de familiarización del entrenamiento específico de su grupo. Se repitieron las evaluaciones en la última sesión, en el mismo orden que en la evaluación inicial.

Resultados

Fueron incluidos 11 sujetos (Figura 1), de los cuales 3 fueron eliminados por ausentarse a más de dos sesiones, cuatro pacientes finalizaron el tratamiento en el grupo control y cuatro en el experimental. Debido a que el número de sujetos incluidos fue pequeño no se realizó análisis estadístico de los grupos de acuerdo a lo establecido en el protocolo por no ser apropiado y se expresaron los valores individuales para cada sujeto que finalizó la intervención.

Figura 1 - Inclusión de sujetos

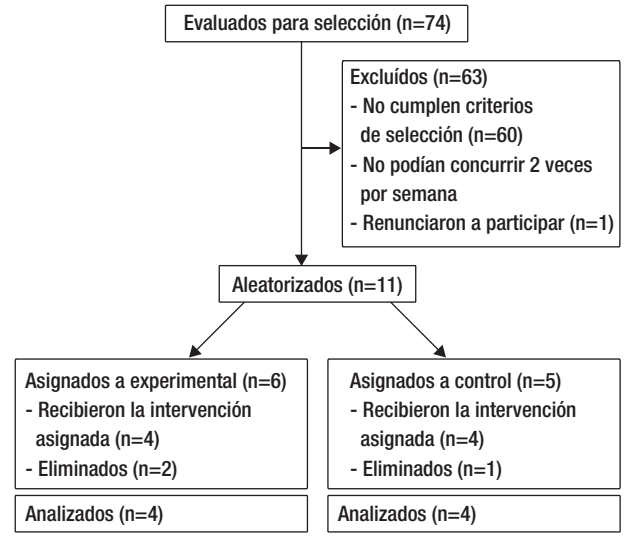


TABLA 1 - Datos clínico-demográficos

Paciente	Edad	Grupo	Género	Nivel de amputación	Lado	Etiología	Equipamiento
1	59	C	Hombre	SR	D	Vascular	Prótesis
3	42	E	Hombre	BR	I	Vascular	Pre-prótesis
4	48	C	Mujer	SR	I	Traumatológica	Prótesis
5	65	E	Mujer	BR	I	Otras	Prótesis
6	57	C	Mujer	SR	I	Traumatológica	Prótesis
9	66	E	Hombre	SR	D	Vascular	Prótesis
10	67	E	Mujer	SR	I	Vascular	Prótesis
11	59	C	Hombre	SR	I	Traumatológica	Prótesis

BR: bajo rodilla; C: control; D: derecha; E: experimental; I: izquierda; SR: sobre rodilla

TABLA 2 - Valores pre y post intervención

Paciente	Grupo	Diferencia en carga de peso inicial	Diferencia en carga de peso final	Cambio en carga pre-post	AMP inicial	AMP final	Diferencia AMP	ABC inicial	ABC final	Diferencia ABC	Satisfacción
1	C	30,2	25,6	4,6	30	29	-1	80,0	73,8	-6,3	98
4	C	13	6,8	6,2	33	37	4	70,6	81,3	10,6	100
6	C	25	22,2	2,8	24	29	5	51,0	74,7	23,7	100
11	C	16,6	16	0,6	33	38	5	71,8	76,8	5,0	92
3	E	11	2,1	8,9	40	42	2	85,6	93,1	7,5	80
5	E	38,8	6,6	32,2	32	38	6	47,0	68,8	21,8	100
9	E	7,3	9,4	-2,1	28	32	4	66,0	72,0	6,0	76
10	E	7,5	0,3	7,2	25	36	11	31,8	68,1	36,3	100

AMP: Amputee Mobility Predictor; ABC: Activities-specific Balance Confidence Scale.

En la Tabla 1 se expresan los datos clínico-demográficos de los sujetos analizados, mientras que en la Tabla 2 se muestran los valores pre y post tratamiento. Los sujetos 3; 7 y 8 fueron eliminados por ausentarse a más de 3 sesiones. Post-intervención se observó que, respecto a la diferencia en la carga entre miembros, el sujeto 5 (grupo experimental) fue el que presentó mayor cambio pasando de 38,8% a 6,6% post-intervención, mientras que el sujeto 9 aumentó la diferencia, en 2,1 puntos porcentuales. Respecto a la variable equilibrio el sujeto 10 (grupo experimental) presentó el mayor cambio al aumentar 11 puntos post intervención, mientras que el sujeto 1 disminuyó 1 punto luego de su intervención. El sujeto 10 también fue el que presentó mayor aumento de la confianza en el equilibrio al mejorar 36,3 puntos del ABC luego del tratamiento. Todos los sujetos presentaron más de un 75% de satisfacción con el tratamiento, 2 del grupo control y 2 del experimental refirieron un 100% de satisfacción con la intervención aplicada.

Discusión

El presente estudio no contó con el tamaño muestral necesario para la realización de análisis estadístico apropiado, esto plantea la necesidad de reveer los criterios de elegibilidad, ya que 60 de los 74 sujetos potenciales, fueron excluidos por no cumplir con los mismos, lo cual denota a futuro dificultades en la aplicación de un plan terapéutico basado en los resultados de este estudio. No obstante, es frecuente observar en la investigación de la población de sujetos con amputaciones de miembros inferiores la realización de estudios experimentales con muestra pequeña. El estudio de Imam y colaboradores del 2013 se realizó sobre una muestra de 6 pacientes, para lo cual los autores usaron un formato de estudio AB[15].

Limitaciones

No se alcanzó tamaño muestral suficiente para realizar un análisis estadístico. El AMP y el ABC han sido desarrollados en idioma inglés, hemos traducido sus procedimientos al español, pero su validez, consistencia y confiabilidad aún no han sido evaluadas y adaptados a nuestra cultura. Por último, no se realizó seguimiento de los sujetos.

Conclusión

Ambos grupos mostraron sujetos con 100% de satisfacción con el tratamiento, pero en el grupo experimental las mejorías en carga de peso, equilibrio y confianza en el equilibrio fueron mayores. Estos cambios clínicos no pueden ser respaldados por un análisis estadístico debido a la muestra pequeña, pero muestran una tendencia a favor del grupo experimental. Se requiere repetir el estudio con una muestra mayor para poder establecer los efectos del tratamiento con la Wii Fit en el equilibrio, la confianza en el equilibrio, la carga de peso y la confianza en el equilibrio.

Anexo I

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO (para el grupo experimental)

1. Del 0 al 10, ¿Cuánto le gustó el tratamiento?

0 ——————————————————————————— 10

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO (para el grupo control)

1. Del 0 al 10, ¿Cuánto le gustó el tratamiento?

0 ——————————————————————————— 10

Bibliografía

1- Dos Reis G, Casa Júnior AJ, Campos RdS. Perfil epidemiologico de amputados de membros superiores e inferiores atendidosem um cerntro de referencia. Revista Eletronica Saúde e Ciencia [Internet]. 2012; 02(2).

2- Quai TM, Nitz JC. Somatosensation, circulation and stance balance in elderly dysvascular transtibial amputees. Clinical Rehabilitation. 2005;19:9.

3- Miller WC, Speechley M, Deathe B. The prevalence and risk factors of falling and fear of falling among lower extremity amputees. Archives of physical medicine and rehabilitation. 2001;82(8):1031-7.

4- Gupta A, Sharma R. Comparison of static weight-bearing and static sway in below knee amputees Trained by Conventional Verses Visual Biofeedback Techniques Using Dynamic Posturography. IJPMR. 2006.

5- Mendelevich A, Kramer M, Maiaru M, Modica M, Ostolaza M, Peralta F. Amputations. A five-year epidemiological study in Buenos Aires City. Medicina. 2015;75(6):384-6.

6- Roopchand-Martin S, McLean R, Gordon C, Nelson G. Balance Training with Wii Fit Plus for Community-Dwelling Persons 60 Years and Older. Games for health journal. 2015;4(3):247-52.

7- Miller CA, Hayes DM, Dye K, Johnson C, Meyers J. Using the Nintendo Wii Fit and body weight support to improve aerobic capacity, balance, gait ability, and fear of falling: two case reports. Journal of geriatric physical therapy (2001). 2012;35(2):95-104.

8- Heick JD, Flewelling S, Blau R, Geller J, Lynskey JV. Wi fit and balance. Does the Wii Fit Improve Balance in Community-Dwelling Older Adults? Topics in Geriatric Rehabilitation. 2012;28(3):6.

9- Pigford T, Andrews WA. Feasibility and Benefit of Using the Nintendo Wii Fit for Balance Rehabilitation in an Elderly Patient Experiencing Recurrent Falls. Journal of Student Physical Therapy Research. 2010;2(1):9.

10- S. ND. Balance Retraining After Stroke Using Force Platform Biofeedback. Journal of the American Physical Therapy association. 1997;77:6.

11- Deutsch JE, Borbely M, Filler J, Huhn K, Guarrera-Bowlby P. Use of a low-cost, commercially available gaming console (Wii) for rehabilitation of an adolescent with cerebral palsy. Phys Ther. 2008;88(10):1196-207.

12- Allegri RF, Ollari JA, Mangone CA, Arizaga RL, De Pascale A, Pellegrini M, et al. El Mini Mental State Examination en la Argentina, instrucciones para su administración. 1999.

13- Gailey RS, Roach KE, Applegate EB, Cho B, Cunniffe B, Licht S, et al. The Amputee Mobility Predictor: An instrument to assess determinants of the lower-limb amputee's ability to ambulate. Archives of physical medicine and rehabilitation. 2002;83(5):613-27.

14- Miller WC, Deathe AB, Speechley M. Psychometric properties of the Activities-specific Balance Confidence scale among individuals with a lower-limb amputation. Archives of physical medicine and rehabilitation. 2003;84(5):656-61.

15- Imam B, Miller WC, McLaren L, Chapman P, Finlayson H. Feasibility of the Nintendo WiiFit™ for improving walking in individuals with a lower limb amputation. Open Medicine. 2016:11

Rehabilitación en Hidatidosis Medular Secundaria

A propósito de un caso

Facello, Javier; Di Nardo, Angelina; Díaz Peña, Jenny; Stewart-Usher, Carolina

Instituto de Rehabilitación Psicofísica.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Abstract: *La Hidatidosis es una enfermedad parasitaria causada por la larva del Echinococcus granulosus que tiene al hombre como huésped incidental; los síntomas que aparecen durante la enfermedad son debido al efecto de masa que genera dicha larva al enquistarse en diferentes regiones anatómicas: Hígado 75%, Pulmones 15%, Músculos, huesos y otras vísceras 10% siendo el raquis menos del 1% de los casos; dichos quistes presentan un alto poder de diseminación en caso de ruptura (Hidatidosis Secundaria). Presentamos el caso de una paciente de 28 años de edad, con diagnóstico de lesión medular incompleta nivel C8 a causa de Hidatidosis Secundaria desde 2005, siendo la lesión original un quiste para-vertebral. Durante la evolución de la enfermedad la paciente ha presentado numerosas recaídas sintomáticas a consecuencia de múltiples quistes secundarios de variada localización. El desafío en este caso consiste en la elaboración de un plan terapéutico que contemple la alta probabilidad de recidiva.*

Introducción

La hidatidosis o equinococosis quística es una zoonosis causada por el estadio larvario del céstode Echinococcus granulosus, responsable de importante morbilidad y mortalidad en todo el mundo.

El parásito requiere de diferentes hospedadores para completar el ciclo de vida: los hospedadores definitivos son el perro doméstico y otros cánidos silvestres, donde desarrolla la forma adulta; y los hospedadores intermediarios (HI), son principalmente ovinos pero también, caprinos, cerdos, bovinos, guanacos, etc. en los cuales desarrolla la forma o fase larvaria.

El parásito adulto es una tenia blanca de 3 a 7 mm de longitud. Vive fijado a la mucosa del intestino delgado del hospedador definitivo mediante una corona de ganchos. Los huevos contienen en su interior un embrión hexacanto envuelto en varias membranas, y rodeado externamente por una gruesa pared queratinizada y de alta resistencia (embrióforo). Son infectantes para los HI y para el ser humano (hospedador accidental) en el momento en que son eliminados con la materia fecal del perro.[1]

El hombre adquiere la infección a través de la ingestión de agua o de alimentos contaminados con los huevos del parásito, o por el contacto con perros parasitados; en el intestino delgado se produce la disolución de la cubierta de los huevos del parásito, y se liberan embriones que atraviesan la mucosa intestinal y pasan a la circulación portal para llegar a los diferentes órganos, principalmente el hígado (75%), aunque pueden llegar al pulmón (15%) y menos frecuentemente a otros órganos como cerebro, riñones, bazo, hueso, etc. (10% en conjunto).[1]

Una forma infrecuente de presentación es la hidatidosis ósea, representando entre 0,5% y 2% de todos los casos de quistes hidatídicos. La distribución de estas lesiones son en columna vertebral 40%-50%, huesos largos 25%-30%, pelvis 15%-20% y más raramente en cráneo, esternón, escápula y falanges.[2]

De acuerdo a hipótesis vigentes, el embrión hexacanto llega al hueso por vía hematógena, inicia su transformación vesicular en el tejido óseo esponjoso contenido en su crecimiento por las trabéculas óseas adquiriendo de esta manera un aspecto multivesicular, sin formación de adventicia. Su crecimiento produce atrofia y destrucción del tejido óseo por los siguientes mecanismos:

1) efecto mecánico de compresión
2) aumento de la acción osteoclástica
3) Isquemia por compresión de vasos nutricios y consiguiente necrosis. Una vez que la cortical ósea es erosionada y destruida los quistes invaden tejidos blandos pudiendo llegar a constituir el llamado absceso hidatídico.[3]

El diagnóstico requiere de una sospecha clínica fuerte; dado que los síntomas, si es que éstos se presentan, dependen del efecto de masa o la erosión ósea creados por el crecimiento del quiste, estos no se diferencian de los síntomas desatados por otras entidades como tumores y abscesos. A partir de ello se selecciona el método complementario de diagnóstico más apropiado para identificar la lesión. Mediante Tomografía (TAC) o ecografía. Se debe sospechar Hidatidosis en toda persona sintomática o no, con presencia de masa quística (única o múltiple) localizada en el abdomen, tórax o en otra localización y asociado con los antecedentes epidemiológicos ya descriptos.[1]

En casos de ruptura traumática o accidental de un quiste, se produce el derrame del líquido cargado de protoescó-

lices con alto poder de implantación, configurando en dicho caso una diseminación secundaria de la Hidatidosis, en la que aparecen numerosos quistes en la cavidad o región donde se produjo el derrame. Dichos quistes presentan en su evolución características idénticas al primario, con igual capacidad para comprimir y desplazar estructuras, además de potencialidad de diseminación ante la ruptura.

El diagnóstico de certeza de hidatidosis solo puede hacerse por la visualización macroscópica del quiste en el acto quirúrgico o de estructuras quísticas observadas microscópicamente.

Dentro de la patología raquídea encontramos diferentes sitios de localización del quiste que pueden variar la forma de presentación sintomática. La clasificación de Dew/ Braithwaite & Lees clasifica estas localizaciones en 5 grupos de la siguiente forma[4-5]: (Imagen 1)

1) Lesiones Intramedulares: quiste/s dispuesto/s entre las fibras nerviosas que conforman el cordón medular.

2) Lesiones Extramedulares e Intradurales: El quiste se dispone por fuera del cordón medular, pero por debajo de la duramadre, en ocasiones adherido a esta.

3) Lesiones Extradurales e intrarraquídeas: El quiste se dispone por fuera de la cubierta dural pero en el interior del canal raquídeo, con la consiguiente posibilidad de rápido déficit neurológico debido al efecto de masa dentro de un estuche rígido. Comparte esta característica con el grupo 1 y 2.

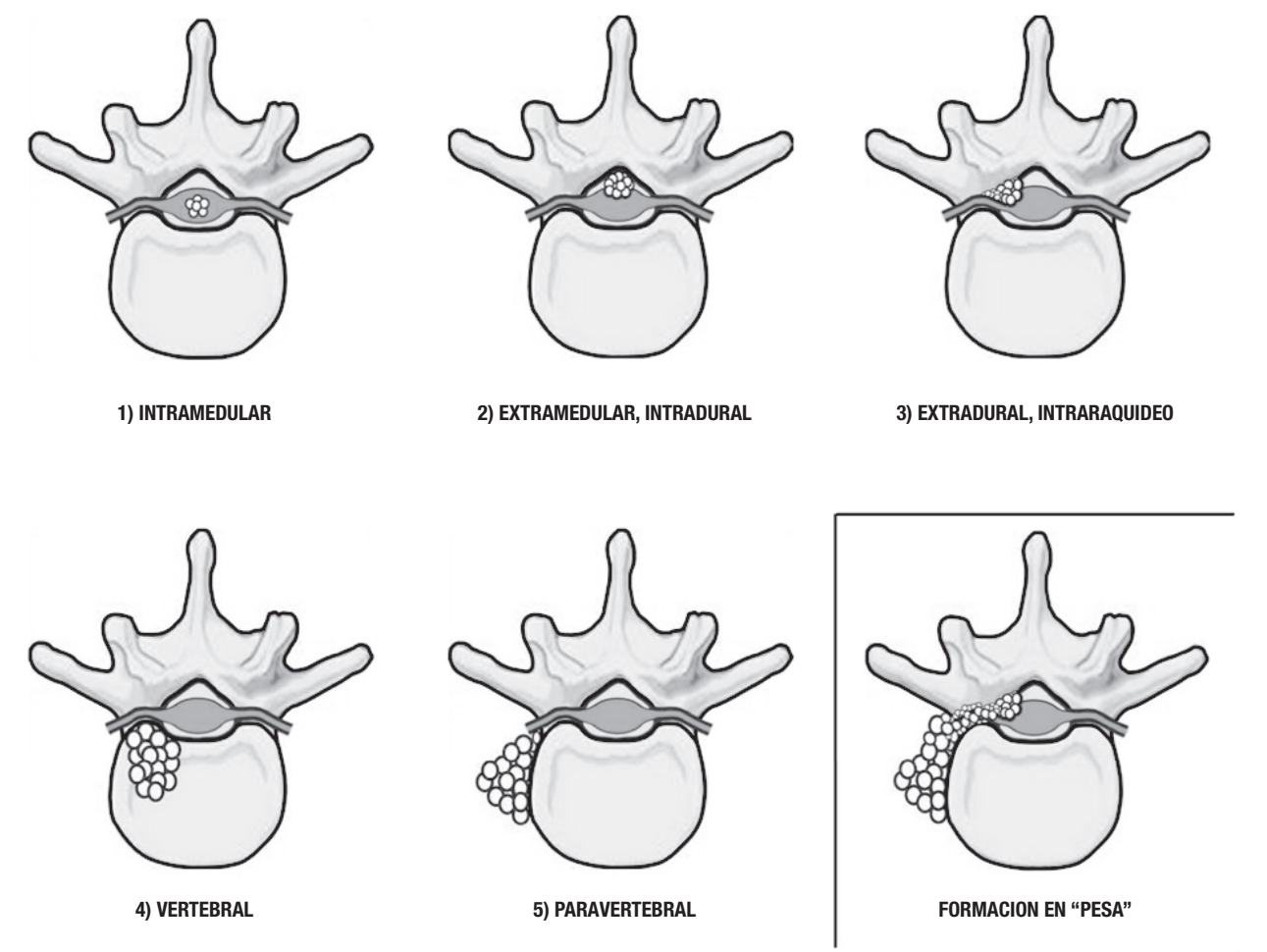
4) Lesiones Vertebrales: La lesión se desarrolla en el seno de la matriz ósea de la vertebra, comprometiendo el trabeculado y, por ende la función mecánica de soporte de la misma. A medida que la lesión crece puede agregar además efecto de masa por disminución del diámetro del canal raquídeo.

5) Lesiones paravertebrales: La lesión tiene sitio en tejidos blandos circundantes como músculos, ligamentos, discos intervertebrales, etc. Los síntomas suelen ser vagos al inicio y dependen de que estructura comprometan en primera instancia y hacia donde crezcan.

Si bien no está protocolizada la descripción del área de déficit motor/sensitivo de acuerdo a la ubicación de la lesión en el caso de la hidatidosis, se puede establecer un paralelismo con otras causas de síndrome de compresión medular (Ej: Oncológica), siendo la fisiopatología principalmente por efecto de masa local, edema y congestión venosa circundante y/o isquemia por afección de las arterias espinales anteriores, lo que causa desmielinización local irreversible.

Dentro de los síntomas a destacar, podemos encontrar: Dolor, habitualmente regional que empeora con Valsalva y movilización; déficit motor (habitualmente más frecuente que el déficit sensitivo, debido al mayor compromiso anterior) el cual progresa rápidamente, pudiendo estar acompañado tanto por flaccidez como por hipertonía; déficit

Imagen 1: Clasificación de Dew/Braithwaite & Lees para Hidatidosis Raquídea + Variable "en Pesa" con extensión de invasión quística a través de un foramen



Obtenido de Neumayr et Al: "Spinal Cystic Echinococcosis – A Systematic Analysis and Review of the Literature: Part 1 & 2".[7]

sensitivo (más frecuentemente la sensibilidad vibratoria y propioceptiva que la termo-algesia); alteraciones del sistema autonómico como retenciones agudas o bien, pérdidas esfinterianas.[6]

Actualmente las opciones de tratamiento son: farmacológico y quirúrgico.

Tratamiento farmacológico:

En la actualidad el albendazol es el benzo-imidazólico de elección porque ha demostrado ser más efectivo in vitro y presentar mayor absorción gastrointestinal y mejor bio-disponibilidad. Está indicado en pacientes asintomáticos, como profilaxis pre-quirúrgica o en pacientes sintomáticos (no complicados) que tienen contraindicaciones para una cirugía. El albendazol debe ser utilizado diariamente a una dosis de 10-15 mg/kg/día, en dos tomas diarias cada 12 horas luego de una comida con algún contenido graso ya que mejora la absorción del fármaco. El tiempo mínimo de tratamiento es de tres meses aunque puede prolongarse hasta 6 meses, El albendazol resulta bien tolerado en la mayoría de los pacientes. El efecto adverso más frecuente es la intolerancia gastrointestinal. Otros efectos adversos posibles son la elevación de las transaminasas hepáticas y la depresión medular. El pasaje al líquido cefalorraquídeo es de moderado a bueno. Se ha encontrado evidencia de buena respuesta en lesiones encefálicas, pero no en lesiones medulares.

Tratamiento quirúrgico:

Los objetivos del tratamiento quirúrgico son:

- Erradicar el parásito.
- Evitar la recidiva (Teniendo en cuenta que solo en la enfermedad primaria una resección sin complicaciones resulta curativa).
- Presentar la menor mórbi-mortalidad.

El tratamiento quirúrgico está indicado en todo quiste hidatídico pulmonar (sintomático o no) y en quistes hidatídicos hepáticos sintomáticos (complicados o no) de cualquier tamaño, y en quistes asintomáticos de más de 7-10 cm. Se debe evaluar en aquellos pacientes en lo que no pueden ser seguidos adecuadamente. Se debe evaluar en cada caso la técnica quirúrgica más adecuada que pueda ocasionar la extirpación del quiste, junto con la menor posibilidad de complicaciones post operatorias. La misma debe ser realizada en centros con experiencia.[1]

Caso Clínico

Paciente femenina, que en el 2005 debuta con paraparesia de aparición súbita, disminución de la sensibilidad y pérdida de control de esfínteres. Se le efectúa TAC donde se evidencia imagen quística yuxtamedular, con compromiso parcial del cuerpo vertebral de T2. Se le realiza descompresión quirúrgica. Durante el acto quirúrgico se produce la ruptura incidental del quiste, (considerado como no hidatídico) con la posterior siembra secundaria.

Luego de la cirugía la paciente presenta restitución sensitiva y motora.

Se le realizaron múltiples intervenciones por recaídas sintomáticas debido al crecimiento de quistes secundarios (Imagen 2), en todas las variables de presentación raquídea, requiriendo vertebroplastia en el 2007, y realizándose una corporectomía e implantación de reemplazo corporal en T2 en el año 2012 asociado a una artrodesis lateral (Imagen 3). Posteriormente, se realiza en Julio del 2014, re abordaje cérvico-dorsal, excéresis de quiste intradural, extra-medular, retiro de reemplazo corporal D2 y artrodesis vertebral anterior y posterior C4 a D4 (Imagen 4). Posterior a la última

Imagen 2: Esquema de evolución de la paciente durante los 10 años de enfermedad

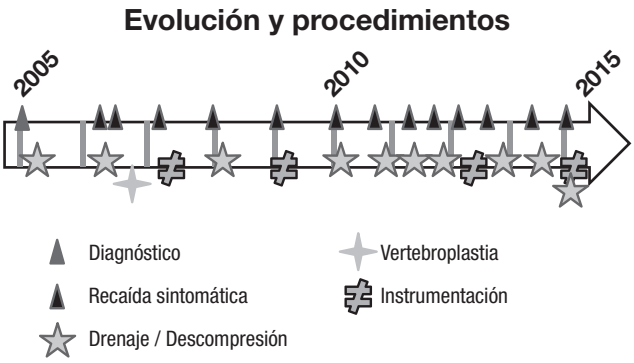


Imagen 3: Rx post reemplazo vertebral T2 y artrodesis lateral (2012)

intervención persiste paraplejía incompleta con pérdida de control de esfínteres. Durante la evolución de le enfermedad la paciente tuvo un hijo (año 2007) por lo que interrumpió transitoriamente el tratamiento con albendazol. Cabe destacar que durante el embarazo la paciente no presentó complicaciones o recidivas sintomáticas de la parasitosis, como así tampoco se evidenció transmisión vertical de la enfermedad.

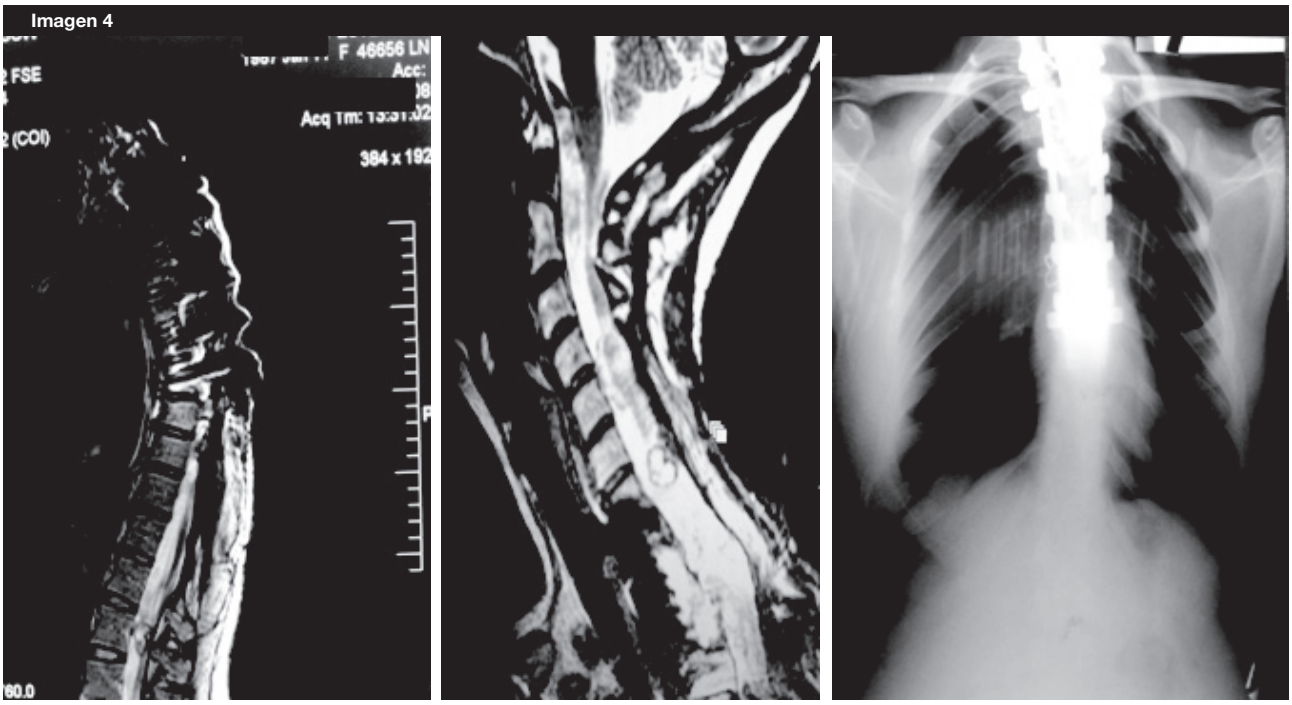
Ingresa al Instituto de Rehabilitación Psicofísica en agosto del 2014, con 27 años de edad, para tratamiento de rehabilitación integral.

Al examen físico presentaba lesión medular incompleta nivel neurológico T1. Cifosis. Movilidad activa y tono detallados en tabla 1 y 2 (escala de Daniels[8] y escala de Ashworth)[9]; Hiperreflexia de miembros superiores e inferiores. Babinski (+) bilateral. Sensibilidad superficial: nivel sensitivo hasta T1, con parches de hipoestesia e hiperestesia en tronco; anestesia en ambos MMII. Sensibilidad profunda: conservada en miembros superiores, y abolida en miembros inferiores.

Examen Funcional

Control cefálico limitado por instrumentación cervical, sin control de tronco en sentado corto y largo, vejiga e intestino neurogénico, uso de sonda vesical permanente con hábito evacuatorio constipado, semidependiente en alimentación, higiene personal y vestimenta del tren superior, dependiente en vestimenta e higiene en tren inferior y en transferencias. En la evaluación de independencia para actividades de vida diaria al ingreso los puntajes usados fueron: Functional independence measure (FIM)[10] 53/126 y Spinal Cord Injury Measure (SCIM)[11]: 15/100.

Imagen 4



A) RM columna Dorsal con sistema de artrodesis C4-T4 y quistes Intradurales (Nivel D6 y D10)

B) RM columna Cervical, múltiples imágenes quísticas intramedulares e Intradurales (C2, C4-C5 y C7).

C) Rx Columna Dorsal Frente con sistema de artrodesis (2014)

Tratamiento de Rehabilitación

El tratamiento fue dirigido a optimizar los valores remanentes, manejo de los emuntorios con objetivo de procurar la mayor independencia funcional posible, considerando la posible evolución hacia el empeoramiento del cuadro medular por recidiva de los quistes.

Plan de tratamiento

Mantenimiento de rangos articulares, fortalecimiento musculatura general, con énfasis en suplencias para control de tronco y MMII, adaptación y entrenamiento de habilidades en silla de ruedas, bipedestación y marcha en paralelas con valvas largas por trayectos cortos. Adaptación progresiva a la micción espontánea combinada con auto cateterismo vesical, regularización y entrenamiento intestinal. Desarrollo de habilidades de aseo, higiene y vestido de tren superior e inferior.

Orientación y asesoramiento en sexualidad y maternidad. Inclusión en actividades acuáticas recreativo/terapéutico para mantener la funcionalidad obtenida e integración social.

Además se brindó consejería para eliminación de barreras arquitectónicas.

Luego de una internación de 4 meses la paciente egresa con buen control de tronco, mejoría en valores musculares (figura 1); hipertonía (Tabla 1). Logra manejo independiente de silla de ruedas para la comunidad, independiente en alimentación, higiene y vestido; logra micción espontánea, realizando auto cateterismos suplementarios cada 6 hs. Manejo intestinal con catárticos vía oral y entrenamiento de reflejo gastro-cólico; sin adherencia a la técnica de estimulación digital del reflejo ano-rectal.

Puntaje (FIM) 107/126 y SCIM: 58/100.

Figura 1: Valores musculares al ingreso y al egreso (Imagen adaptada de: www.gobiernodecanarias.org/medusa/ecoescuela/recursosdigitales/2015/03/06/musculos-delcuerpo-humano

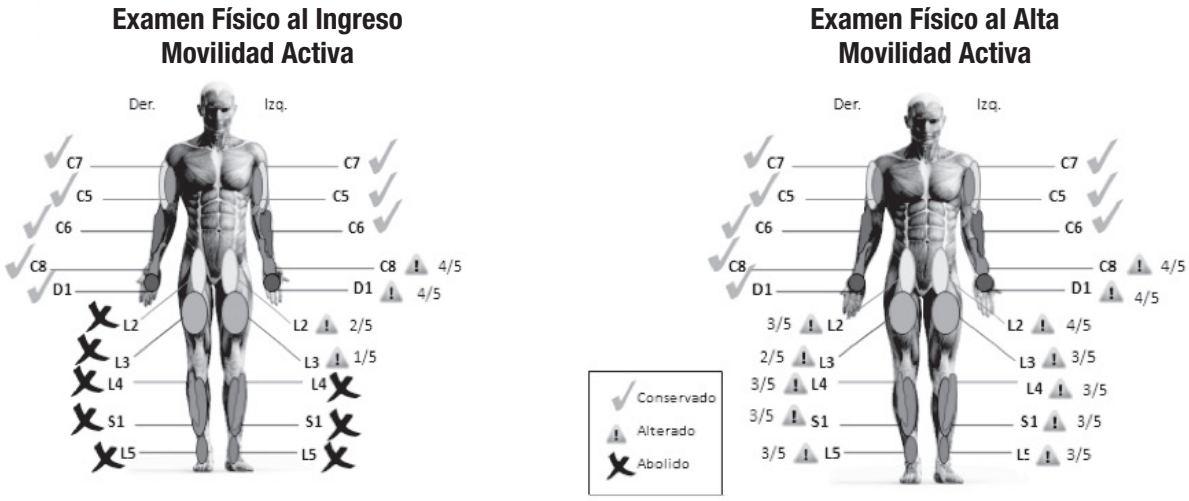


Tabla1: Valores de Tono muscular Según escala de Ashworth.				
	Tono ingreso		Tono egreso	
	Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo
Cadera	0/4	0/4	0/4	0/4
Rodilla	0/4	0/4	2/4	1+/4
Tobillo	0/4	0/4	1+/4	2/4

Discusión

Teniendo en cuenta el diagnóstico etiológico y el estadio de dicha patología se planteó desde el comienzo la viabilidad de un plan de rehabilitación integral.

Escasa evidencia se encuentra disponible respecto a tratamiento de rehabilitación en pacientes con Hidatidosis Raquídea, menos aún respecto a Hidatidosis Secundaria o diseminada con compromiso medular.

Pocos reportes o recopilaciones de casos clínicos disponibles, que solo hacen referencia al tratamiento quirúrgico o infectológico, sin contemplar las secuelas remanentes ni la rehabilitación acorde a las mismas,[12-17] especialmente en un caso complejo como el presentado, en el que las sucesivas recidivas parasitarias y sus subsiguientes procedimientos quirúrgicos de drenaje o estabilización entretejen un cuadro de lesión medular multinivel (Imagen 4 y 5).

La presentación de este caso surge de la complejidad del mismo, dado la reiterada necesidad de intervenciones y la baja frecuencia que presenta la patología de base. Además plantea la necesidad de la elaboración de una estrategia de seguimiento individualizada que contemple evaluaciones periódicas que permitan identificar precozmente cambios neurológicos como son las variaciones del nivel motor/sensitivo, patrón espástico y vesical que nos alerten de la presencia de recidivas por diseminación. Ante esto se deberá reformular el plan de rehabilitación por progresión del deterioro funcional, considerar una evaluación con el equipo de neurocirugía para evaluar requerimiento quirúrgico, con la premisa de brindar al paciente los instrumentos y métodos para mantener su independencia, siendo cautos con la generación de expectativas.

Imagen 5

RM columna lumbar y sacra con numerosos quistes Intradurales (L2 y L3-L4) + discitis L3-L4 por quiste (2014)

Bibilografia

1- “Enfermedades infecciosas | Hidatidosis” GUIA PARA EL EQUIPO DE SALUD. Ministerio de Salud de la Nación. 2012

2- Neumayr A, Tamarozzi F, Goblirsch S, Blum J, Brunetti E: “Spinal Cystic Echinococcosis – A Systematic Analysis and Review of the Literature: Part 1 & 2.”. PLoS Negl Trop (2013) Dis 7(9): e2458. doi:10.1371/journal.pntd.0002458

3- Tapia O. E.; Vidala. T.; Bellolio E. J.; Roaj. C. S. “Hidatidosis ósea: Reporte de 5 casos y
Revisión de la literatura”. RevMed Chile 2010; 138: 1414-1421

4- Dew HR (1928) Hydatid Disease, its Pathology, Diagnosis and Treatment. Sidney: The Australasian Medical Publishing Co. Ltd.

5- Braithwaite PA, Lees RF “Vertebral hydatid disease: radiological assessment”. 1981 Radiology 140: 763–766

6- Vilar-González, S; Pérez-Rozos, A; Torres-Campa, JM; Mateos, V “Compresión medular: aproximación multidisciplinar a una auténtica urgencia neurooncológica” Rev Neurol 2013; 56: 43-52.

7- Neumayr A, Tamarozzi F, Goblirsch S, Blum J, Brunetti E: “Spinal Cystic Echinococcosis – A Systematic Analysis and Review of the Literature: Part 1 & 2.”. PLoS Negl Trop (2013) Dis 7(9): e2458. doi:10.1371/journal.pntd.0002458

8- Hislop, Helen J.; Montgomery, J; Daniels, L; y otros. “Daniels-Worthingham´s Pruebas funcionales musculares: técnicas de exploración manual”. 6a. ed.- Madrid: Marbán, c1999. xiii,

9- Haas, B M; Bërgstrom, E; Jamous, A; Bennie, A. “The inter – rater reliability of the original and the modified Ashworth Scale for the assessment of spasticity in pacients with Spinal Cord Injury” Spinal Cord (1996) 34, 560-564

10- Granger CV, Hamilton BB, Sherwin FS Guide for use of the uniform data set for medical rehabilitacion. Buffalo NY: Uniform Data System for Medical Rehabilitacion, 1986.

11- Catz A ; Itzcovich M, Agranov E, Ring H, Tamir A. SCIM –Spinal Cord Independence Measure version 2. 39th Reunion Cientifica Annual de INSOP- Sidney, Australia, noviembre 2000.

12- Mukund M. Prabhakar, MS; Apurv J. Acharya, MS; Dhaval R. Modi, MS; BhavinJadav, MS CLINICAL NOTES Spinal Hydatid Disease: A Case Series. J Spinal Cord Med, 2005; 28:426–431.

13- Kaen A.; Lagares A.; Perez-Nuñez A.; Rivas J.J.; Ramos A.; Lobato R.D. Intradural extramedullary spinal Hydatidosis: case report. Neurocirugía, 2009; 20: 282-287.

14- Iraj Lotfinia; Sima Sayyahmelli; Ata Mahdkhah; M. M. Shoja “Intradural extramedullary primary hydatid cyst of the spine: a case report and review of literature” Eur Spine J.2013;22 (Suppl 3):S329–S336.

15- Delgado Serrano P. J.; Rubio Martínez L. J.; Dudley Porras A. F.; Abril Martín J. C.; Queiruga Dios J. A. “Paraparesia producida por hidatidosis vertebral primaria”. Patología del Aparato Locomotor.2004; 2 (1): 16-21.

16- Scarlata, F; Giordano, S et Al: “Cystic hydatidosis: a rare case of spine localization” Le Infezioni in Medicina, 2011 n. 1, 39-41

17- Younan, T; Sfeir, S; Kheir, C; Slaba, S: “Un cas de kyste hydatique paravertebral se présentant sous forme d´une spondylodiscite infectieuse” J Radiol 2009; 90, 507-509. Editions françaises de radiologie.

Análisis de la percepción en pacientes amputados de miembros inferiores del proceso de rehabilitación en un ambiente compartido, en el período julio a noviembre 2014

Carradori, Juan Pablo (a); Fati, Sebastián Ariel (a);
Fulgueiras Baci, Eugenia (a); Vostroverja, Emilce (b).

(a) Médicos Residentes del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. (b) Jefa del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.
H.I.G.A. "Gral. San Martín", La Plata, Buenos Aires.
Contacto: juanpablo.carradori@gmail.com, resirehabsanmartinlp@gmail.com

"… el club de los amputados…"

Introducción

En el HIGA "General San Martín" de la ciudad de La Plata, funciona el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Una de las actividades que se lleva a cabo es la rehabilitación con pacientes amputados mayores de miembros inferiores. Contamos con un consultorio de primera vez y un espacio donde realizan su tratamiento con la particularidad de concurrir junto a otros pacientes en la misma condición, aunque el programa de rehabilitación se plantea y desarrolla individualmente.

Se denomina amputación a la ausencia de toda la extremidad o parte de ella, de origen traumático, quirúrgico u ocasionado por una enfermedad. Las amputaciones mayores en miembros inferiores son las que se realizan a nivel o por encima de la articulación del tobillo.[1,2]

El tratamiento de rehabilitación de pacientes amputados debe poseer como principales características ser precoz, interdisciplinario, regular y contar además con objetivos realistas e individualizados, donde la principal meta es conseguir que el paciente alcance un nivel funcional lo más cercano posible al que tenía antes de la amputación, mediante la transformación del muñón en el elemento fundamental de la marcha, el aprendizaje de la deambulación con la prótesis y la mejora de la respuesta física.[3,4]

A partir de los recursos sanitarios disponibles, la rehabilitación en lo que a terapias físicas respecta, suele llevarse a cabo en un ambiente de trabajo compartido donde se reúnen en un mismo espacio pacientes con similares características o patologías. A diferencia de la rehabilitación grupal, en la rehabilitación en un ambiente compartido, cada paciente tiene su rutina de trabajo con objetivos individuales sin realizar un trabajo donde se realice una interacción directa.[5,6]

Si bien no se cuenta con evidencia que demuestre fehacientemente los beneficios de una terapia de rehabilitación en ambiente compartido versus la desarrollada en un ambiente individual, la bibliografía sugiere la importancia de la primera sin conclusiones que avalen tal hipótesis.[5] A la fecha, no se encontraron trabajos similares que abordaran la misma situación que se pretende investigar en el pacien-

HIGA-Frente Día

te amputado. Sólo se halló un proyecto de trabajo de José Luis Hernández Montesinos, en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, donde se propone llevar a cabo un estudio cuasiexperimental que durará dos años (desde marzo de 2014 a marzo de 2016) y buscará determinar la eficacia de la intervención del tratamiento grupal en cuanto a la mejora de los déficits funcionales, alteraciones emocionales y la satisfacción, aunque no describe lo que el autor denomina "tratamiento grupal".[6]

Varios estudios psicológicos sostienen la importancia de la pertenencia a grupos sociales que brinden un apoyo para superar adversidades, dado que el hombre es un ser social.[7] Algunos de sus efectos positivos podrían ser el hecho de compartir experiencias personales profundas, empatía, solidaridad, apoyo social. Sus miembros ofrecen ayuda, reciprocidad y modelos propios para afrontar con éxito problemas comunes.[8] El trabajo realizado en el área de terapia física de manera individual, pero en un ámbito que permite la socialización con otros pacientes en situación de amputación, posibilita que tomen contacto con personas que han sufrido una experiencia similar pero cada uno dentro de su marco personal.

El ser humano como ser social necesita pertenecer a un grupo para mantener una adecuada autoestima. Nuestra sociedad le otorga demasiada importancia a la estética corporal y a la perfección por lo que cuando un miembro de ésta no cumple con esos parámetros puede sufrir una pérdida de la aceptación propia y de los demás y llevar a problemas interpersonales. Quien ha sido amputado pasa por un proceso de adaptación a la pérdida de su extremidad que dependerá de la edad del individuo, sus atributos físicos y psicológicos, sus vivencias y experiencias previas, el cuidado y afecto de las personas que lo rodean (amigos, familia, compañeros de trabajo), más que del tipo de amputación en sí.[9-13]

Del discurso social pueden surgir palabras como lisiado, minusválido u otras que entren en el pensamiento del amputado acompañadas de varias connotaciones como insuficiencia, caridad, vergüenza, castigo, lástima, culpabilidad, etc. Cuando un individuo se mira a sí mismo o siente que los demás lo miran en estos términos, se considera objeto de una disminución del respeto que merece. Estas situaciones no favorecen el concepto que tiene sobre sí mismo sino más bien influyen de manera negativa y el paciente supone que debe defenderse de estos "ataques" contra su integridad.

Al considerar la conducta de los pacientes amputados, algunas publicaciones sugieren el análisis de los siguientes aspectos:

- Las experiencias y problemas concretos que enfrenta.
- Las conductas y reflexiones que generan tales estímulos.
- La identificación del proceso psicodinámico que relaciona los dos puntos anteriores.[9,10,15]

El presente trabajo aborda el aspecto subjetivo del paciente amputado que concurre al Servicio de Rehabilitación del HIGA "Gral. San Martín" de La Plata, en base a una modalidad terapéutica consistente en compartir el ambiente de trabajo con otros pacientes amputados, de distintas edades, en estadios diferentes de su rehabilitación y de etiología variada. Se otorgó especial importancia a la percepción de los pacientes sobre su propio proceso de rehabilitación, procurando además identificar propuestas que pudieran contribuir a mejorar la modalidad de trabajo y la asistencia que se brinda.

Material y Métodos

Se realizó un estudio de abordaje cualitativo[16], tipo exploratorio y diseño no experimental.

La recolección de datos se llevó a cabo por medio de la técnica de Grupo Focal, por una entrevistadora y un colaborador externos al servicio, debidamente autorizados.

Se citaron 8 pacientes, los cuales concurren regularmente

HIGA-Taller

al gimnasio del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HIGA "Gral. San Martín" de La Plata, de ambos sexos, que cumplieran con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

• Paciente amputado de miembro inferior que desarrolle su proceso de rehabilitación en el gimnasio del servicio.
• Mayor de edad.
• Mínimo 3 meses de antigüedad de concurrencia al gimnasio de rehabilitación, y al menos 4 veces al mes.

Criterios de exclusión:

• Negativa del paciente a participar.
• Decisión del paciente de abandonar el grupo focal.
• Intercurrencia clínica al momento de la exploración.
• Alteraciones cognitivas que no permitan al paciente comprender o expresarse para cumplir con las consignas del estudio.

Dos de los pacientes no pudieron asistir al encuentro pactado, por fallo en el servicio de ambulancia que se ocupa del traslado, de manera que la muestra contó con 6 personas, tres mujeres y tres hombres.

El registro del grupo focal se realizó mediante filmación y grabación de audio, con el previo consentimiento firmado (Anexo 2) de los asistentes.

Para el grupo focal se confeccionó un cuestionario de 11 preguntas (Anexo 1), pero con la flexibilidad propia de la técnica que posibilitó a los participantes profundizar en otras cuestiones particulares que fueron surgiendo.

El material audiovisual fue transcripto a formato de texto, respetando el anonimato de cada participante. Una vez transcripto el material fueron convocados dos de los participantes para su lectura, con el fin de corroborar la fidelidad de lo manifestado.

Para el análisis se realizaron varias lecturas del material y se crearon códigos (Anexo 3) que permitieron extractar y agrupar las distintas respuestas de los participantes (análisis de contenido). Los hallazgos son presentados respetando estos códigos.

Tabla de Participantes

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8
Sexo	Masculino	Masculino	Femenino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Edad (años)	69	61	47	37	63	26	57	27
Tipo de Amputación	Programada	Programada	Programada	Espontánea	Programada	Espontánea	Programada	Espontánea
Nivel de Amputación	Suprapatelar bilateral	Suprapatelar izquierda	Hemipelvectomía izquierda	Infrapatelar derecha	Infrapatelar izquierda	Suprapatelar izquierda	Infrapatelar izquierda	Infrapatelar derecha
Causa de Amputación	Diabetes	Vasculopatía periférica	Trauma	Trauma	Diabetes	Trauma	Trauma	Trauma
Etapa del Proceso de Rehabilitación	Marcha con pilones dentro dentro de paralelas	Marcha con pilón asistido por muletas axilares	Acondicionamiento físico. Marcha asistida con muletas en terreno	Marcha con pilón asistida por muletas axilares	Marcha con equipamiento definitivo	Marcha con equipamiento y bastones canadienses	Marcha con equipamiento definitivo y bastón de 3 puntos	Marcha con pilón asistido por 1 muleta axilar
Acepta participar bajo consentimiento	Acepta	Acepta	Acepta	Acepta	Acepta	Acepta	Acepta	Acepta
Observaciones	-	-	-	-	-	-	No asistió al Grupo Focal	No asistió al Grupo Focal

Hallazgos

Código 1: Percepción del tratamiento recibido

Todos los pacientes están conformes con el tratamiento médico integral recibido, expresan que les resulta útil y les ayuda a ser más independientes, además se sienten contenidos por el equipo de rehabilitación.

…"y llegamos acá y vemos como que la vida sigue, continúa y que el apoyo que ellos nos dan nos ayuda a salir, a tener más ganas de seguir viviendo"... (Caso 3)

…"porque me enseñan a tener coraje, como largarse a caminar sólo, como ir al baño sólo, a hacer de comer… yo hago todas esas cosas"… (Caso 1)

…"ni en mi familia me tratan como me tratan acá"… (Caso 1)
…"del poco tiempo que llevo acá adentro yo salí, ahora estoy más independiente "… (Caso 4)

… "La doctora P es maravillosa… El tema es el trato, ¿no? Importante. Un grado de comprensión que se nota en el manejo que tiene sobre nosotros, ¿no? El trato de cariño, el trato de entendimiento, ¿no? Es como que ella nos comprende, ella sabe, sabe lo que hacemos… Cada uno de nosotros somos distintos… considero que tiene la suficiente percepción la doctora para saber cuál es nuestro lado flaco, ¿no? … Y aparte los doctores, ¿no? También, los nuevos: estos chicos jóvenes que están con nosotros. Y los profesores de educación física, también"… (Caso 2)

…"Además de todo eso que te enseñan, también están pendientes de si tenés alguna lastimadura… porque es como que te están siguiendo, y no te dejan escapar nada"… (Caso 3)

…"está la enfermera también que lo primero que hace es tomarte la presión, para ver si estás en condiciones"… (Caso 6)

Código 2: Percepción del trabajo en un ambiente compartido

Todos los pacientes expresan que comparten la vivencia de la amputación y que se comparan entre ellos, ya que se ven reflejados en el otro. Utilizan el ambiente compartido de la rehabilitación para comentar experiencias, sociabilizar, establecer vínculos, y expresan que entre ellos se dan ánimo y contención.

…"acá nos iguala tener una pierna sola"... (Caso 2)

… "porque vos venís acá y te encontrás con personas que tienen el mismo problema que vos y es como que, como que… entre todos compartís experiencias y eso te hace bien"… (Caso 6)

… "en el grupo vas mirando que le pasa a uno a otro y te dan más ganas como que ves que vas a llegar a ese momento y que vas a salir"… (Caso 4)

… "A mí me gusta hacer rehabilitación en grupo, es más completo"… (Caso 4)

… "Y a mis compañeros los he visto que andan y después veo el cambio: al principio cómo caminaban, y ahora que ya han estado un tiempo largo con la prótesis se ve el cambio, que antes les costaba y se notaba que tenía una prótesis y hay algunos que (ahora) no se le notan que tienen la prótesis"… (Caso 3)

… "A fin de año nos reunimos todos y la pasamos bien. Yo les iba a proponer hacer un club, el club de los amputados"… (Caso 2)

Código 3: Expectativas del tratamiento

La mayoría de los pacientes (5 de 6) expresan que la principal expectativa es volver a caminar, adquirir una prótesis y de esa manera lograr una mayor independencia y ser tal como eran antes de la amputación.

… "la meta siempre fue conseguir la prótesis poder usarla, poder caminar, ser libre o sea vivir como una persona cualquiera"… (Caso 6)

… "Yo me veo caminando con un bastón nada más… y el temor, me parece que todos, no queremos que los demás se den cuenta"… (Caso 2)

…"poder caminar por el centro, mirar vidrieras como era antes"… (Caso2)

…"mi obsesión era subir escaleras, porque yo quería empezar a andar en micro, porque yo quería (subir) la escalera de dos pisos, porque en mi casa estaba habituada al segundo piso, y yo me tengo que amoldar a mi casa…..(ahora) ya saben que la tengo re clara con la escalera"… (Caso 3)

…"Cuando vine acá pensé que no iba a volver a caminar nunca más, que no iba a volver a hacer nada en mi casa… y bueno, me equivoqué"... (Caso 3)

Código 4: Autopercepción y actitud ante la amputación

a) Todos los pacientes expresan haber experimentado una etapa de autoaislamiento, ánimo depresivo y sentimientos de vergüenza tras la amputación y luego durante el tratamiento rehabilitador haber superado esa etapa y logrado mayor independencia.

… "No salía a la vereda de mi casa… me daba vergüenza salir con la pierna cortada"… "hasta que me acostumbré no más"… (Caso 5)

…"uno llega a pensar que es preferible estar muerto y no tener una pierna menos al principio….Es más estuve a punto de ir… a la vía , el tren pasa enseguida y se terminó todo el problema"… (Caso 2)

…"ahora estoy más independiente"... (Caso 4)

…"me costó también salir a la calle, que la gente me mira, estuve también encerrada, deprimida, pero ahora estoy bárbara"... (Caso 6)

…"Todos llegamos acá a un punto en que veníamos medios decaídos, medios depresivos, por lo que nos había pasado… Y llegamos acá, y vemos como que la vida sigue, continúa… Y que el apoyo que ellos nos dan… nos ayuda a tener más ganas de seguir viviendo, porque uno se pone a pensar: se te corta todo, con una pierna menos, se te corta todo…." (Caso 3)

…"si la pierna no se llama mi nombre…yo soy una persona, y sigo siendo la misma persona"… (Caso 3)

b) La mayoría de los pacientes (4 de 6) expresan el cambio que significó en sus vidas la amputación, en cuanto a las rutinas diarias, el trabajo y la pérdida de autovalimiento. Los demás no se expresan al respecto.

…"uno aprende a bajar un cambio, la vida no es la misma que antes… manejo los tiempos de otra manera"… (Caso 3)

…"es como que ya no tenés horarios"… (Caso 4)

… "el tema pasa por tratar de no depender de los demás… en hacer cosas, que uno se pueda valer por sus propios medios…en casa yo dejé enganchada a mi hija….está como pendiente mucho de mí y eso es lo que yo no quiero"… (Caso 2)

..."Uno es un bebé"… - en referencia al aprendizaje que debe realizar en cuanto a la marcha - (Caso 2)

c) Dos pacientes se expresan sobre su imagen corporal alterada, los demás no refieren nada al respecto.

…"uno cuando se mira al espejo le da cierta impresión vos antes te mirabas al espejo y estabas completa y ahí no"… (Caso 3)

d) Capacidad de resiliencia. Dos pacientes refieren que ante la nueva situación de salud, debieron desarrollar o adquirir nuevas herramientas y actitudes para poder afrontarla.

…"Lo que trata de hacer uno es surgir día a día. Así hice yo y me mantengo hasta ahora. Yo barro, paso el trapo, me lavo las pilchas, me acuesto, me levanto, me baño, todo solo"… (Caso 1)

…"Uno se hace la fuerza, no sé de dónde la sacás, pero yo me hice la fuerza. Porque uno tiene que continuar. Tiene que seguir progresando y uno saca fuerza de donde no tiene. Y sigue, continúa… Yo sigo luchando, creo que lo llevo incorporado por dentro. Yo soy una guerrera. Creo que la vida continúa así"… (Caso 3)

Código 5: Vivencia ante la mirada social

La mayoría de los pacientes expresa el efecto negativo que les produce la evitación, el rechazo y la sensación de causar lástima que les manifiestan las personas de su entorno social. Una sola persona no se expresa sobre el tema.

…"Para la sociedad, ahora, no somos muy útiles, ¿no? "… (Caso 2)

…"el que iba a mi casa… se ponía a llorar… ¡Se van! Porque yo no me morí, estoy viva! te hace más mal que te digan porque esto porque lo otro… Ya está, te pasó. En vez de sacarte adelante, te pone más triste"… (Caso 4)

…"cuando yo me amputé, mi vecina pasaba corriendo…me dijo: no te puedo ver en silla de ruedas"…y le dije. Te voy a dejar tu tiempo….La señora, hoy en día cuando pasa nos ponemos a charlar, pero los primeros días lo único que hacía era llorar…¡y disparar!"… (Caso 3)

…"cuando yo tuve el pilón no quería que salga ni afuera (su hijo)… Al chico le empezó a llamar la atención, a todos los chicos del barrio, ¡no sabes lo que era¡ en la plaza volteaban porque querían descubrir que eran"… (Caso 4)

…"Mi sobrino tiene 3 años, me jodió con el pie de pirata, porque el primer día que me dieron el pilón le tenía miedo, iba y no entraba a la pieza"… (Caso 4)

…"Una nena decía 'mamá, mamá, le falta una pierna, le falta una pierna' a los gritos… ahora resulta gracioso, pero al principio pensaba: ¿cómo está diciendo eso?"… (Caso 2)

…"Yo tengo amigos que desde que me pasó eso, por ejemplo, no vinieron nunca más a mi casa. Hay 3 o 4 que dicen: 'me da impresión'; dicen: 'no lo puedo soportar' y no aparecieron más. Cosa de locos, ¿no? ¿Cómo puede ser tan cobarde la gente?"… (Caso 2)

Código 6: Infraestructura

La mayoría de las personas (5 de 6) se expresó a cerca de que el baño no está adaptado para personas con discapacidad, que se encuentra en malas condiciones de mantenimiento; una no se expresa.

Tres personas esas cinco hacen referencia a que el gimnasio se encuentra en un espacio pequeño y los aparatos para hacer gimnasia no son modernos.

Dos personas manifiestan que en época de altas temperaturas haría falta más ventilación.

Dos personas expresan que debería haber más sillas.

…"faltaría algún ventilador más o aire acondicionado"… (Caso 2)

…."Salimos al pasillo a caminar un ratito y nos sentamos, porque te cansás y no hay sillas"… (Caso 5)

…"una sola vez casi me mato en el baño…no hay baranda... se te cae la muleta…es medio complicado cuando esta resbaloso"… (Caso 4)

…"maquinarias... modernizar un poquito alguna"… (Caso 2)
…"tener más maquinas"… (Caso 3)

…" la doctora, el doctor, tienen que tener más espacio para poder trabajar cómodos"… (Caso 1)

Discusión

Las personas que han sufrido una amputación mayor de miembro inferior se encuentran estigmatizadas socialmente por su discapacidad sobre todo si aún no tienen su prótesis. La imagen corporal ha sufrido una modificación importante y se requiere un proceso de adaptación no sólo física sino psicológica, que forma parte del proceso de rehabilitación.[14] En el presente trabajo se ha observado, coincidiendo con la bibliografía consultada, que los pacientes luego de sufrir una amputación expresan sentimientos de vergüenza, culpa, ánimo depresivo, aislamiento, rechazo de la imagen corporal, expresado a través de la "impresión" que les provoca su nueva imagen en el espejo y sensación de estar "incompletos". Por esto mismo es importante contar con profesionales de salud mental entrenados en el abordaje de esta condición tan particular y compleja como parte del equipo de rehabilitación[10] y de esta forma al contemplar los aspectos subjetivos,

lograr que el paciente sea capaz de aceptar tanto sus capacidades como sus limitaciones, enfocándose más en las necesidades reales que en falsas expectativas que puedan crear decepción y ansiedad.[14] El servicio donde se llevó a cabo esta investigación no dispone, hasta el momento, de profesionales especializados en salud mental, sino que el paciente se referencia al área de Salud Mental del hospital, sin llegar a establecerse una dinámica de equipo.

En la presente experiencia los pacientes refieren encontrarse satisfechos en cuanto a la modalidad de trabajo experimentada (objetivos y rutina individual en un ambiente de trabajo común), donde comparten experiencias, socializan, se generan relaciones de compañerismo y amistad lo que pareciera contribuir al tratamiento, ya que a través de los avances del otro obtienen herramientas personales y técnicas que incorporan como propias a su terapéutica. Es un ámbito de encuentro donde no se insta a los pacientes a socializar formalmente con actividades, sino que es un ámbito compartido por personas que sufren problemáticas similares. Se manifestaron conformes con los logros alcanzados a raíz del tratamiento recibido, el trato cordial y el ambiente ameno, lo que contribuye, al parecer, a la buena adherencia y a la concurrencia regular a rehabilitación. A los pacientes les resulta útil, relatan la sensación de pertenencia a un grupo, la identificación ante la vivencia y el apoyo emocional que surge entre ellos, coincidiendo con lo descripto por otros autores.[9,13,15]

Todo lo anterior nos conduce a reflexionar sobre la definición de grupo de apoyo que, según Katz y Bender (1976), están conformados por un número de participantes reducidos, que por lo general son voluntarios y compartirían algún tipo de problema que altera algún aspecto de su funcionamiento normal. El objetivo de los mismos es la ayuda mutua para conseguir un fin determinado, en los que se intercambian distintos recursos y tipos de apoyo en reuniones periódicas, que a veces ocurren bajo la supervisión de un profesional, para compartir experiencias, estrategias y habilidades de afrontamiento, proporcionar ayuda mutua, etc.[8]

Si bien durante el desarrollo del plan terapéutico nunca se planteó la constitución de un grupo de apoyo entre los pacientes, esto parece haberse dado de manera natural e informalmente sin la coordinación de ningún profesional interviniente;[13] lo que abre el interrogante sobre las ventajas que tendría estimular otras actividades que puedan fortalecer estos vínculos y formalizar estos grupos.

De todos modos, e identificando los beneficios del ambiente compartido y los grupos, restaría analizar e investigar si existe potencial riesgo de que el paciente amputado socialice únicamente a través de este grupo de pertenencia, lo que podría contribuir al aislamiento fuera del entorno institucional y que entorpecería el proceso de reinserción comunitaria. Todos fenómenos que deben ser contemplados por el equipo.

Durante la realización de este grupo focal, fueron surgiendo ciertos aspectos modificables vinculados todos a la infraestructura y mobiliario de la institución donde concurren los pacientes, como ser la superficie insuficiente en relación al número de concurrentes y a sus necesidades; falta de adaptaciones en los baños públicos que utilizan; escasez de sillas; falta de modernización de los aparatos de ejercicio del área de terapia física. Tal y como puede observarse, resultan relativamente sencillos de solucionar. Debe destacarse, que tales críticas nunca fueron manifestadas al equipo tratante previamente a esta entrevista, y motivaron la gestión pertinente que dio lugar a la incorporación de mobiliario, ayudas técnicas y mejoramiento de los baños.

Resulta esencial no perder de vista el protagonismo del paciente en tratamiento de rehabilitación, conocer sus sentimientos y emociones en relación a su realidad, respetar el proceso de duelo, estimular la expresión de su percepción en todo lo que respecta al tratamiento, al equipo de rehabilitación y los ámbitos donde desarrolla ese proceso.

Conclusión

Contar con una mirada amplia, con apertura profesional y personal y reflexionar críticamente día a día sobre nuestro accionar médico, se constituye como herramienta fundamental para poder crecer y sumar las habilidades y aptitudes necesarias que nos permitan resolver empáticamente las necesidades de nuestros pacientes. Debido a esto es que decidimos abordar la presente investigación.

El desarrollo de un espacio que permita a los pacientes expresarse resulta crucial para conocer sus percepciones y subjetividades, dado que éstas siempre atraviesan relaciones interpersonales. El acto médico y el compartir un espacio, en este caso para su rehabilitación, no escapan a ello. Lo que manifestaron acerca del hecho de compartir el espacio de rehabilitación con otros “iguales”, es que les “hace bien”, les da la posibilidad de sentirse incluidos, comprendidos, de no sentirse solos como seres sufrientes y ver en el otro la posibilidad de progreso en el nivel de independencia, motivándolos así a continuar, resultando en un refuerzo positivo para el tratamiento.

La dinámica de las interacciones humanas, los sentimientos de los individuos, sus emociones, sus pensamientos, sus vivencias, sus incertidumbres, sus expectativas y demás, resultan realmente interesantes a la vez que complejas. Sobre estas cuestiones, lo surgido del presente trabajo se constituye como un elemento enriquecedor y útil para poder conocer más a nuestros pacientes y consecuentemente, poder hacer uso de ello para retroalimentar el proceso de atención en salud, en la búsqueda de mejorar la asistencia y el proceso de rehabilitación integral de cada individuo.

Trabajar en pos de la integración social de los pacientes discapacitados debe ser una de nuestras metas fundamentales como miembros del equipo de salud y aún más desde la rehabilitación. Hecho que cobra importancia durante esta investigación, donde los mismos pacientes son los que lo ponen sobre el tapete, frente a una sociedad que observa desde la mirilla de lo “sano” y no desde el campo de la integración, la igualdad, la equidad ante aquellos que no encuadran bajo la definición de “convencional”.

Creemos interesante desarrollar más investigaciones destinadas a explorar estos fenómenos y también profundizar en el estudio de los beneficios y desventajas de la modalidad de ambiente de trabajo compartido y contrastarla con la rehabilitación individual.

Agradecimientos

Agradecemos a los pacientes en primer lugar, quienes aceptaron aventurarse a exponer sus historias y participar de esta experiencia, y a todos aquellos que colaboraron para poder llevarla a cabo, tanto miembros del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HIGA “General San Martín” como colaboradores externos, particularmente a la Dra. Patricia Areco, la Dra. Adriana Cellone y la Srta. Candela Molina Blanco.

Bibilografia
1- Bender L F. Prótesis de la extremidad superior. En: Krussen. Medicina física y rehabilitación 4°ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1993. p. 1048-1064.
2- Latorre E, Escudero Rodríguez JR, Cotillas Trulla J. Técnicas quirúrgicas de amputación (I). En: Amputación de la extremidad inferior y discapacidad. Prótesis y rehabilitación. Barcelona: Masson; 2005. p. 13-23.
3- Avellanet Villadomat M, González Viejo M A. Terapia física y rehabilitación. En: Amputación de la extremidad inferior y discapacidad. Prótesis y rehabilitación. Barcelona: Masson; 2005. p. 129-141.
4- Alguacil Diego IM, Molina Rueda F, Gómez Conches M. Repercusión del ejercicio físico en el amputado. Archiv de Med del Dep. 2010; XXVII (138): 291-302.
5- Medina Gálvez N, Pedraza Penalva T, Limón Ramírez M. Estudio piloto de dos programas de rehabilitación tras artroplastia de rodilla. Rev Mex de Med Fís y Reh. 2009; 21(2): 42-48.
6- Hernández Montesinos J L. Evaluación de la funcionalidad y grado de satisfacción de pacientes amputados en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín [Proyecto de trabajo para obtener máster en Asistencia e Investigación Sanitaria Especialidad: Investigación Clínica]. Gran Canaria; 2014. [Consultado 04 de Julio de 2014]. Disponible en: http://hdl.handle.net/2183/12423
7- Domenech López Y. Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social. 1998; Nº 6: 179-195.
8- Pérez Robles B A. Musicoterapia: Escuchando el duelo de los pacientes amputados [Tesis para diplomarse en Tanatología]. México: Asociación Mexicana de Tanatología; 2014. [Consultado 11 de Octubre de 2014]. Disponible en: http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/217%20musicoterapia.pdf
9- Berger N, Edelstein J E, Fishman S, Warren P. Aspectos psicológicos de la amputación. En: Protésica de miembro inferior. Madrid; 1962. p. 25-49. [Consultado el 10 de Octubre de 2014]. Disponible en: http://www.oandplibrary.org/reference/protesica/LLP-02.pdf
10- Cajigas Plata E F, Jiménez Franco L J. Guía de manejo del proceso de evaluación e intervención cognitivo conductual en el paciente amputado. En: II Congreso Nacional de Psicología COLPSIC y I Congreso Internacional de Psicología COLPSIC- ASCOFAPSI. Bogotá Medellín y Cartagena; 20-22 de agosto de 2009. [Consultado 19 de Octubre de 2014]. Disponible en: http://es.scribd.com/doc/130898773/PROCESO-DE-EVALUACION-E-INTERVENCION-COGNITIVO-CONDUCTUAL-EN-EL-PACIENTE-AMPUTADO-Manejo-en-rehabilitacion-del-paciente-amputado-en-el-Hospital-Milit
11- Vargas-Mendoza JE, Villavicencio Espinoza JM. Niveles de resiliencia en pacientes recientemente amputados: Consejos para fortalecerla. Centro Regional de Investigación en Psicología. Oaxaca, México. 2011; 5 (1): 13-20. [Consultado 01 de Noviembre de 2014]. Disponible en: http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/57_resiliencia_amputados.pdf
12- Pereda C, de Prada M A, Actis W. Discapacidades e inclusión social. Colección Estudios Sociales N° 33. Barcelona: Edición Obra Social "La Caixa". [Consultado 01 de Noviembre de 2014]. Disponible en: https://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Estudios_sociales/vol33_es.pdf
13- Spataro M. Hospitalización en rehabilitación: el reclamo de la subjetividad. En: IV Encuentro Internacional de trabajo social de la Universidad de Buenos Aires: "Políticas públicas y trabajo social, aportes para la reconstrucción de lo público". Buenos Aires; 12- 13 de mayo 2011. [Consultado 12 de Octubre de 2014]. Disponible en: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/jornadas/contenidos/39.pdf
14- Varga Varga J. Vivencias de pacientes que han sufrido una amputación por pie diabético y su percepción frente a su autovalencia futura [Tesis para licenciarse en Enfermería]. Valdivia: Universidad Austral de Chile, Escuela de Enfermería; 2005. [Consultado 10 de Octubre de 2014]. Disponible en: http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2005/fmv297v/doc/fmv297v.pdf
15- Galloso Orol M J. Consecuencias psicológicas de las amputaciones. 2010. Universidad Rey Juan Carlos. [Consultado 10 de Octubre de 2014]. Disponible en: http://www.discapacidadonline.com/amputacion-consecuencias-psicologicas.htm
16- Sánchez Moreno E. Curso de introducción a la investigación clínica. Capítulo 10: La investigación cualitativa en la investigación en salud. Fundamentos y rigor científico. SEMERGEN. 2008; 34(2):75-9. [Consultado 10 de Octubre de 2014]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13115948&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=40&ty=77&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v34n02a13115948pdf001.pdf

Anexo I

Cuestionario

Las preguntas que se presentan serán disparadoras para quien dirija el Grupo Focal, y podrá ahondarse o extenderse con otras que surjan durante el mismo, en función de los objetivos del análisis.

- ¿Cuál es su nombre? (Presentarse ante el grupo)
- ¿Cómo se siente hoy?
- ¿Cuánto hace que concurre al gimnasio de este servicio?
- Mencione cosas positivas, a su criterio, respecto a la concurrencia al servicio.
- ¿Y cosas negativas?
- ¿Qué cosas modificaría del servicio?
- ¿Cuáles eran sus expectativas al inicio de su rehabilitación? ¿Qué esperaba?
- ¿Y sus expectativas a futuro?
- ¿Cómo se siente al concurrir con otras personas al mismo ambiente?
  - o ¿Qué le genera ver a los demás concurrentes?
  - o ¿Se ha comparado con otros? Y de ser así, ¿Qué sintió al compararse?
  - o ¿Cómo cree que se sentiría si concurriera a un proceso de rehabilitación individual, sin otras personas?
- ¿Cómo se siente tratado por el personal?
- ¿Desea agregar algo más?

Anexo 2

Trabajo de investigación:
"Análisis de la percepción de pacientes amputados de miembros inferiores en relación a su proceso de rehabilitación en un ambiente compartido"

- CONSENTIMIENTO ESCRITO -

La Plata, ……de 2014

Yo……, en calidad de paciente ambulatorio asistente al Gimnasio del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Interzonal de Agudos "Gral. San Martín", he sido informado acerca de la modalidad y los objetivos del presente trabajo de Investigación.

Accedo a participar del mismo en la modalidad de Grupo Focal, el cuál será filmado para luego ser analizado.

Puedo realizar preguntas sobre el trabajo, debo recibir respuestas satisfactorias a mis preguntas, comprendo que la participación es voluntaria y anónima, comprendo que es posible retirarme del trabajo sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en la atención médica recibida.

Presto mi conformidad para participar en el trabajo de Investigación.

Firma: …….

D.N.I.: …….

Anexo 3

Códigos para el Análisis de Contenido

Código 1 - Percepción del tratamiento recibido: Apreciación sobre los profesionales intervinientes y la asistencia integral en el Servicio. Incluye aspectos positivos y negativos.

Código 2 - Percepción del trabajo en un ambiente compartido: Sensaciones, emociones, reflexiones y experiencias que surgen del proceso de RHB en un ámbito donde concurren junto a otros pacientes amputados.

Código 3 - Expectativas del tratamiento: Objetivos y perspectivas del proceso de rehabilitación en el Servicio tanto al inicio como actuales.

Código 4 - Autopercepción y actitud ante la amputación: Vivencias, sentimientos, reflexiones y conducta adoptada al momento de la amputación y con el trascurso del tiempo, el cambio que esto significó en sus vidas, repercusión sobre la imagen corporal y nuevas herramientas y actitudes surgidas ante la pérdida del miembro.

Código 5 - Vivencia ante la mirada social: Repercusión sobre la afectividad, pensamientos y conducta del paciente ante la actitud de otros miembros de la sociedad frente a su condición.

Código 6 - Infraestructura: Valoración sobre el espacio físico y material, mobiliario e instalaciones del servicio.

El impacto de la rehabilitación en la discapacidad

Dra. Andrea M. Gazzotti

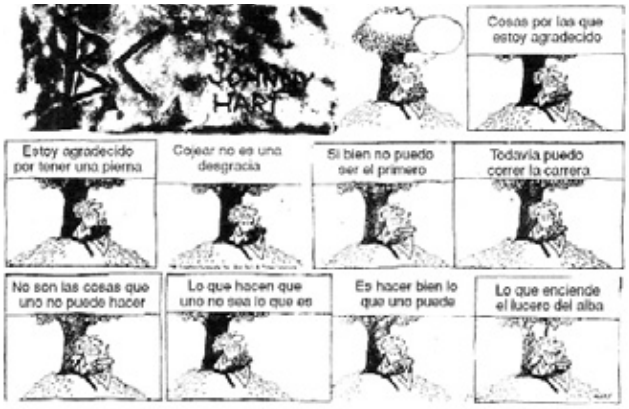
INTRODUCCIÓN

La Carrera de Medicina nos prepara para "la urgencia", las situaciones "de vida o muerte", para "combatir la enfermedad" y llegamos a creer que si este objetivo se logra nuestra misión está cumplida. Toda nuestra formación se debería restringir a esto? Poco o nada se aborda el tema de la rehabilitación y menos de la discapacidad, dejando un vacío en nuestro conocimiento. Será el temor a no saber qué hacer, a mostrarnos que no todo es perfecto y que no podemos resolver todo, a enfrentarnos con sensaciones de impotencia y angustia?

Al estar dentro de una especialidad médica relacionada con la discapacidad, se aprende a revalorizar el cómo vivir, que calidad de vida le ofrecemos a nuestros pacientes.

Hablamos de discapacidad, según la Organización Mundial de la Salud, a "cualquier restricción o carencia de una capacidad para realizar una actividad en la misma forma o grado que en la que se considera normal"…. "indica los aspectos negativos en la interacción entre un individuo ("con una condición de salud") y sus factores contextuales…es decir sus factores ambientales[1]. Ahora bien, la rehabilitación desde una visión filosófica[2], es una forma de ver y sentir al hombre llamado "normal" y al "discapacitado" como dependientes de lo que debemos hacer y pensar, sin dividirlos por rótulos preestablecidos. Toda persona puede ser apta para hacer algo en un momento e imposibilitada en otro, lo "normal" no depende con exclusividad de una persona sino también del ambiente.

En este artículo se desarrollará la evolución sociocultural de la discapacidad y la incorporación de la Rehabilitación como herramienta para brindar una mejor calidad de vida con el objetivo de ampliar el conocimiento que pueda mejorar la integración social y la capacitación profesional.



Con Autorización de Johnny Hart y creators Syndicate[3]

DESARROLLO

1-La discapacidad desde lo social:

"El mejor maestro del hombre es la humanidad".
(Alejandro Pope)

Durante siglos se han homologado erróneamente los conceptos de "bueno" y de "bello" por influencia del adagio latino, debido a Juvenal, "mens sana in corpore sano". De aquí, en parte, el menosprecio ancestral hacia el discapacitado por parte de la sociedad a pesar de manifestarse en contra por aquellas personas de buena voluntad.[4]

A lo largo de la historia de la humanidad, los discapacitados han tenido que vivir sus propias vidas, por lo general sin ayuda, muchas veces enfrentadas a dificultades adicionales. Son peleas de hombres y mujeres obligados a luchar más de lo habitual para lograr conquistas que, si se midieran proporcionalmente, resultarían casi siempre superiores a las alcanzadas por el promedio de todos los nacidos. "Conver-

tido en algunos casos en un caballero especial, que hubo de conformarse con su degradación a pícaro y a mendigo, se vio casi siempre enfrentado a una sociedad, a la que ataca y de la que recibe ataques".[4]

Las distintas sociedades se han encargado en su devenir histórico de distinguir lo normal de lo patológico. Según Foucault (1990)[5] "desde tiempos inmemorables la sociedad se ha encargado de mantener alejados de ella a todos los individuos que salieron de los límites de la "normalidad". Los métodos podrían ser inhumanos, respondían o no a una posición científica, pero también a miedos y ansiedades que generaban estos seres "diferentes". En nuestros tiempos los métodos son tal vez diferentes, más sutiles quizás, pero los miedos siguen existiendo? Es así como tampoco la sociedad en general desconoce y ante ese desconocimiento los margina.

Los conceptos de normal y anormal llevan a diferentes mecanismos de exclusión social. Así es cómo las personas con discapacidad se ubican bajo el rótulo de lo "patológico" o lo "anormal".

Podría decirse que esta discriminación se produce por falta de información. Como dice Francisco Maglio[6]: "la discriminación es una "construcción social", esto es representaciones y prácticas sociales articuladas hegemónicamente entre sectores de poder y sectores subalternos con sentido de orden moral: normatividad social, disciplinamiento y estigmatización. Las diferencias se construyen en desigualdades en esta sociedad excluyente en vez de construirlas en convivencia en una sociedad incluyente."

II- Como problema social

Entonces podríamos decir que la discapacidad se ha convertido en un problema social. Hablar de problema social implica, en términos comunes, aquello que suscita malestar generalizado y que aparece como una fuerza desorganizadora que opera sobre las personas o la sociedad. Los problemas sociales constituyen una "condición que afecta a un número importante de personas, de modo considerado inconveniente" y que, según se cree, "debe corregirse mediante la acción social colectiva".[7]

Cuando decimos una "condición", nos referimos a que son situaciones creadas por el hombre o que él puede modificar, reconociendo socialmente su origen; al afirmar que afecta un número importante de personas no nos estamos refiriendo a una expresión cuantitativa, ni cualitativa, sino lo que se ve amenazado, lo que es importante para la comunidad como la dignidad del ser humano. Al analizar "de modo considerado inconveniente", estamos afirmando que hay una condición no deseada.[7]

Coincido con la doctora Pantano[8] en que los problemas sociales se deben corregir por medio de la acción colectiva, ya que la misma es multidisciplinaria, de esta manera se favorecería la concientización global de la problemática de la discapacidad.

Por lo visto, la discapacidad es antes que nada, un fenómeno social objetivo y aún visible. Está constituido básicamente por una situación de distancia y desconocimiento asociado en algunos casos a menoscabo físico, psíquico o sensorial que afecta a personas concretas.[7] Muchas veces hablar de discapacidad es hacer referencia a posibilidades limitadas del desarrollo humano y esta no se encuentra, solamente, por las carencias físicas, mentales o de otro tipo de quien está impedido, sino por la misma sociedad que no le ofrece alternativas para superarse.

Frecuentemente, ante una persona con deficiencia actuamos de manera distinta: centramos nuestra atención en la disminución y no en las capacidades residuales que, indudablemente, posee. En otras oportunidades directamente las menospreciamos a priori o, de alguna manera las rechazamos, casi siempre en forma velada.

Estas actitudes o conductas prejuiciosas están profundamente arraigadas, muchas veces son reforzadas y difundidas por la educación y los medios de educación social. Tanto la lástima cómo la sobreprotección son, en definitiva, formas encubiertas de rechazo aunque aparezcan a primera vista como bien intencionadas y estén especialmente aceptadas.[7]

Ahora bien, como mencioné más arriba, desde la educación también se ve esta disgregación, pocas son las escuelas que trabajan y permiten la integración con el sistema educativo formal. Es obvio que las diferentes capacidades hacen que los procesos educativos sean distintos, pero creo que muchas veces se vería enriquecido de ambas partes si se buscaran momentos o actividades compartidas. De esta manera, se trabajaría desde la infancia la integración social como parte de la enseñanza del accionar diario evitando llegar a adulto con prejuicios que limitan la inserción de la persona discapacitada al sistema.

No debemos olvidar que todos los hombres, con discapacidad o sin ella, son una persona social, que participa en la cultura y forma parte de una sociedad, sobre la que influye y es influido. Tanto la cultura como la sociedad son interdependientes. La cultura ofrece una base fundamental a la evolución del hombre. No hay sociedad sin cultura, ni una cultura separada de lo humano. La socialización dura toda la vida del hombre.[7]

La integración requiere el acuerdo de dos factores, el individuo por una parte, la sociedad por la otra.[4]

El que el hombre discapacitado llegue a la cultura y la cultura alcance al hombre discapacitado depende de una tarea de múltiples factores que atañe a todos los profesionales.

2-La discapacidad desde el área de salud

La carrera de Medicina nos prepara para diagnosticar e indicar el tratamiento de acuerdo a la etiología en casos agudos y subagudos. Por lo general se busca que el paciente obtenga el alta lo antes posible, como si se tratara de la representación de "capítulos interesantes" de un libro de patología, dónde se busca el diagnóstico y tratamiento etiológico como único estímulo para considerarse buenos médicos.[1] Como mencioné en mi introducción los médicos egresamos formados como "solucionadores" de problemas de salud relacionados a la urgencia, con los conceptos de salud y enfermedad, pero poco aborda el tema de discapacidad.

La discapacidad está emergiendo en el mundo como uno de los problemas de alto impacto en la salud pública. Relacionándose preferentemente con aquellos países que estuvieron o están en guerra. Por lo general en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo el tema discapacidad está insuficientemente integrada en los programas de salud y bienestar social, adjudicándose, a la falta de recursos disponibles. Frecuentemente las campañas de prevención de accidentes tienen cómo enfoque a la muerte como epílogo, pero poco o nada se trata sobre las secuelas, la discapacidad y la minusvalía. Podría deberse también, que no se esté preparado emocionalmente ni científicamente para abordar esta problemática que genera miedo, incertidumbre y angustia.

Por lo tanto, y de acuerdo con la doctora Andrada,[9] "la educación es un arma inestimable para que la sociedad entienda la dimensión del problema y sea un elemento multiplicador de conocimientos e inquietudes. Ella es la que garantiza el uso racional de los recursos disponibles y fundamentalmente la que identifica las necesidades y genera iniciativa." Vivimos en un mundo de discapacitados: los hay afectivos, sociales, físicos u económicos. La idea es ampliar nuestra visión sobre la discapacidad para poder actuar a favor de ella.

Al analizar diversos elementos bibliográficos de consulta sobre discapacitados, me he encontrado con diversos términos que son utilizados como sinónimo, estos son: anormales-atípicos-deficientes-diferenciados-disarmónicos-discapacitados-disminuidos-impedidos-tarados-incapacitados-inválidos-tullidos-limitados-lisiados-mutilado-minusválidos-subnormales- etc. A continuación enunciaré algunas definiciones[4]:

Inválido: En latín, el verbo "valeo" poseía un claro sentido de "tener salud", de donde su uso como saludo, que más adelante se pierde, quedando en español, para la palabra valor y sus similares, un significado de utilidad y de posesión. A estas acepciones se refiere la palabra inválido, el que no vale, impregnada de un claro matiz negativo por la presencia del prefijo "in".

Lisiado: Dícese del que sufre una imperfección orgánica. Etimológicamente tiene este término el mismo origen que la voz "lesionado", es decir, el verbo "laedo", dañar, que da "laesio", daño, lesión.

Tullido: Indica esta palabra, según el diccionario, al "individuo que ha perdido el uso y movimiento de su cuerpo o de uno o más miembros de él". Deriva del verbo latino "tollere" en su acepción de acabar, destruir.

Mutilado: Proviene de mutilar, es decir, "cortar o cercenar una parte del cuerpo". Sería este un término correcto para expresar con él a los amputados, por ejemplo, pero no a la mayor parte de los discapacitados.

Incapacitado: Originada esta denominación en el verbo "capio", coger, poseer, encierra idéntico matiz de negación total que la palabra inválido, negación o ausencia que en muy pocos casos llegará a darse. En rigor significa "el que no puede asir o tomar'. Indica imposibilidad de usar la propia capacidad.

Impedido: "Aquel que no puede usar de sus miembros ni manejarse para andar". Es uno de los muchos términos que derivan de la palabra latina "p es", pie.

Deforme: También es palabra de estirpe latina, que significa literalmente "irregular en la forma".

Tarado: A pesar de su similitud con la voz italiana "tara", estigma o desmerecimiento, la etiología de esta palabra parece ser árabe, inspirada en "tarah", que significa sustracción o descuento. Puede decirse por tanto de aquel que ha sufrido una rebaja o merma.

Como se ve algunos términos tienen un matiz de descrédito peligrosamente cercano al ridículo, con cierto toque de denigrante y aún ofensivo. Para Pantano[8], "las palabras que suelen usarse (lisiado, inválido, disminuido), implican negación de algo, de anulación, discapacitado sugiere solo una diferencia." El discapacitado es un individuo potencialmente apto, puede tener en determinados aspectos capacidad menor, igual e incluso mayor que otros individuos.

Para salir al paso de estas defectuosas matizaciones no queda sino el camino de los neologismos y así se presentan los términos "disminuido", ("físico" o "mental"), "minusválido' y "discapacitado".

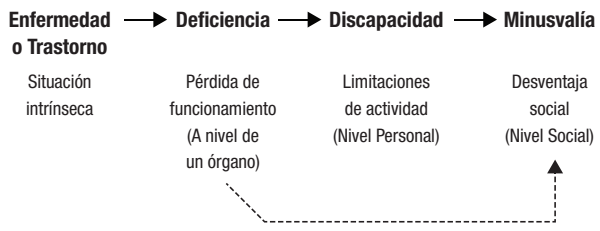
Son varias las razones que han hecho preferir el último de ellos[4]:

1. Encierra un concepto absolutamente general en cuanto al tipo de alteración existente, es decir, se refiere, al contrario que casi todas las demás denominaciones, incluido el neologismo disminuido físico, tanto al aspecto físico como al mental y aún abarca, dentro de cada uno de ellos, cualquier clase de alteración que pueda darse, siempre que esta alteración afecte en algo la capacidad psicofísica del individuo.
2. No implica negación ni disminución alguna sino, como queda dicho, alteración. Alteración de unas cualidades que, por otro lado, pueden estar sobradamente compensadas con la presencia o desarrollo de otras diferentes o que no impiden el desenvolvimiento del discapacitado en un tipo de actividad para la que no sean esenciales esas cualidades alteradas. Llamar minusválido o disminuido a Beethoven por sordo o a Homero ciego se sale de toda ponderación, puesto que en otros aspectos ambos se hallan muy por encima del resto de la humanidad.
3. Indica, sin duda alguna, una posibilidad de acción positiva, en un sentido que muchas veces es ignorado incluso por el propio interesado, pero que los aspectos vocacionales de la Rehabilitación se ocupan de poner al descubierto.
4. No posee el más mínimo matiz ofensivo o de negación ni de tristeza. Al contrario encierra una idea de reorientación profesional, de su posibilidad y de su necesidad. Es, en suma, una palabra abierta hacia una auténtica y regeneradora esperanza.

Entonces, en la década del 70 comenzó a utilizarse el término discapacitados para designar a los que padecían incapacidades de cualquier tipo en nuestro país. Fue difundido de tal manera que las II Jornadas Nacionales que fueran realizadas por el entonces denominado Servicio Nacional de Rehabilitación en la provincia de Jujuy, en 1972, adoptó la denominación de discapacitados para los que padecían problemas motores, sensoriales o de lenguaje, viscerales y mentales.[7]

Etimológicamente hablando, el término discapacitados está compuesto por dos elementos a saber:
"dis" prefijo griego que indica dificultad[10]
"capacitar" verbo que indica hacer capaz, habilitar[10]
En la actualidad la expresión "persona con discapacidad" es la más usada en nuestro país y se está imponiendo internacionalmente y sirve en la medida para crear una concientización con este gran problema social.[7]
Poseer una discapacidad (sensorial, motora, mental) no significa que la misma nos disminuya como seres humanos, tampoco nos hace especiales o acreedores absolutos de la sociedad.
La discapacidad es un problema de todos, nadie está exento de estar afectado directa o indirectamente (ser querido) por la discapacidad. Solo una muerte prematura nos podría salvar de la discapacidad.
La Organización Mundial de la Salud, organismo dependiente de la Organización de las Naciones Unidas, en el contexto de su experiencia en materia de salud, establece una diferencia o distinción entre: Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías –CIDDM-, Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad).[11]
Deficiencia: en el ámbito de la CIDDM el término "deficiencia" hacía referencia a las anormalidades de la estructura corporal, de la apariencia, así como de la función de un órgano o sistema, cualquiera que fuese su causa; en principio, las deficiencias representaban trastornos en el ámbito del órgano. La CIDDM, dentro de la experiencia de la salud definía por tanto a la deficiencia como: "Toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica".
Discapacidad: La discapacidad reflejaba la consecuencia de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; la discapacidad representaba por tanto, trastornos en el ámbito de la persona. La CIDDM dentro de la experiencia de la salud la definía como: "Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano"
Minusvalía: Este término hacía referencia a las desventajas experimentadas por el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades, así pues, la minusvalía reflejaba una interacción y adaptación del individuo a su entorno. La CIDDM dentro de la experiencia de la salud, la definió como: "Una situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales).

Modelo adoptado en la Clasificación Internacional de Discapacidades (CIDDM)[11]



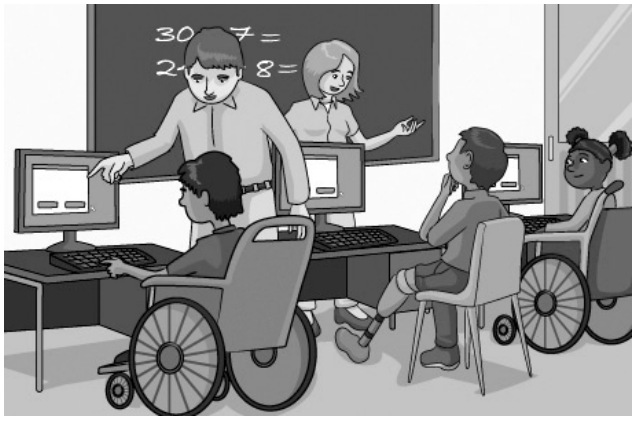
Actualmente se ha modificado dicha clasificación, con nuevas denominaciones en relación a considerar los factores personales y ambientales. O sea las características propias de la persona con discapacidad y el contexto social donde se encuentra.[12]
Como vemos el tiempo hizo evolucionar los conceptos y las formas de considerar la discapacidad. No solo es necesaria una afectación en la persona sino también en qué ambiente se presenta.
Ahora bien, esta evolución va conjuntamente implementada en el sistema de salud, pero, ¿cuál es la realidad? ¿el sistema de salud está capacitado y posee programas para el abordaje de la discapacidad?
Desde la preparación de los profesionales médicos como de los recursos para la implementación de programas específicos para esta temática, se observan carencias significativas. El programa de la carrera no incluye la temática en su currícula, así como también el abordaje en general es escaso en temas de rehabilitación. Quizás aparece dentro de alguna materia (ej. Traumatología), pero en forma breve. Por lo tanto poco podemos esperar de la sociedad…

3-La rehabilitación

Como se vio en párrafos anteriores, la integración social del discapacitado se consiguió a través de toda una larga evolución que fue sirviendo a la humanidad para ganar progresivamente en grandeza espiritual y en cultura. En efecto, ambos aspectos se hallan en relación directa. Ya Platón decía, y más tarde le secundó Baruch Spinoza, que "virtud y cultura son la misma cosa; todo hombre sabio es virtuoso e imposible es llegar a ser virtuoso sin ser sabio". La Rehabilitación se vale de esos conceptos para trabajar con la discapacidad.[4]
Entendemos que la humanidad ha llegado a la rehabilitación porque a su vez ha alcanzado, a lo largo de una evolución de siglos, un estado suficiente de madurez, tanto en el aspecto médico como en la vertiente social. La rehabilitación encierra una idea de nobleza, de verdadera ayuda, que sólo puede encajar en una época de cultura y civilización elevadas. Lo fuerte, no sólo física, sino también mentalmente, es noble por naturaleza.[4]
Hipócrates escribió en su libro "Epidemia" acerca de la medicina: "Nuestro arte lo componen tres factores: la enfermedad, el paciente y el médico". Más tarde se mejoró esta concepción al incluir el "ambiente", y con la rehabilitación, se extendió la acción sanitaria a la calidad de vida y función sanitaria después de la enfermedad.[1]

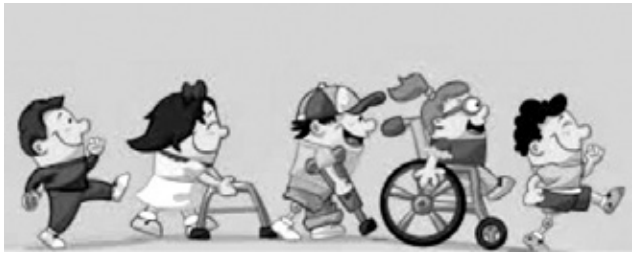
La rehabilitación nace con la aparición de las secuelas invalidantes, dónde la etiología y el tratamiento primario se han instituido y el hombre se encuentra ante su familia y la sociedad desprotegido social y económicamente a causa de su deficiencia. De ser posible la cura y la rehabilitación deberían ser llevadas a cabo en forma simultánea.
Por lo tanto, en la secuencia histórica, primero aparece la curación con la relación médico paciente, después la prevención y promoción, ejecutada por los poderes públicos y dirigida a la comunidad mediante organismos de salud pública. La rehabilitación en cambio amplía la relación médico-paciente incorporando a la familia y el entorno social y laboral.[13] De rehabilitación se pueden dar muchas definiciones. Diremos, brevemente, que es la parte de la medicina social que se ocupa de integrar a los discapacitados de todo tipo, en una situación socio-laboral apropiada y estable.[4]

I- La rehabilitación como proceso general socio-vocacional



Se proyecta como un proceso sin interrupción que no abarca únicamente la salud, sino también la educación, bienestar social, trabajo y justicia. Hay que reconocer que el cambio de ambiente y no sólo la ausencia de la causa, pueden generar la normalidad de la persona al utilizar nuevos recursos y una mejor educación de la comunidad[1].

II- La rehabilitación como proceso activo desde el sujeto:



Al principio, las acciones rehabilitadoras de estirpe médica se orientaban en gran medida hacia el empleo de técnicas manuales relacionadas con el masaje. Las madres llevaban a sus niños (generalmente con secuelas poliomielíticas) a que "les dieran masaje", concepto que se apoyaba en un componente mágico de manipulación, de contacto que basta para curar. Con los años, la gente advierte que el contacto del experto no se limita a concretar fluidos, sino que dirige acciones en busca de movimientos que el propio paciente ha de ayudar a conseguir. Son movimientos parecidos, siempre en una concepción elemental, a los de la gimnasia y así "los masajes" se convierten en "gimnasia". Pero la gimnasia es acción, la ejecuta cada uno y pronto los pacientes hablan de que van "a hacer gimnasia". Aquel sujeto pasivo del masaje se ha convertido en sujeto activo, cumpliendo con ello, sin darse cuenta, una de las premisas básicas en Rehabilitación: "cada paciente debe tomar parte activa en la solución de su problema, circunstancia que no se da en las terapéuticas quirúrgica o farmacológica".[4]
El sujeto se hace activo de su propio proceso de recuperación, comprometiéndose desde la a acción, desde la toma de decisiones, desde su autonomía.

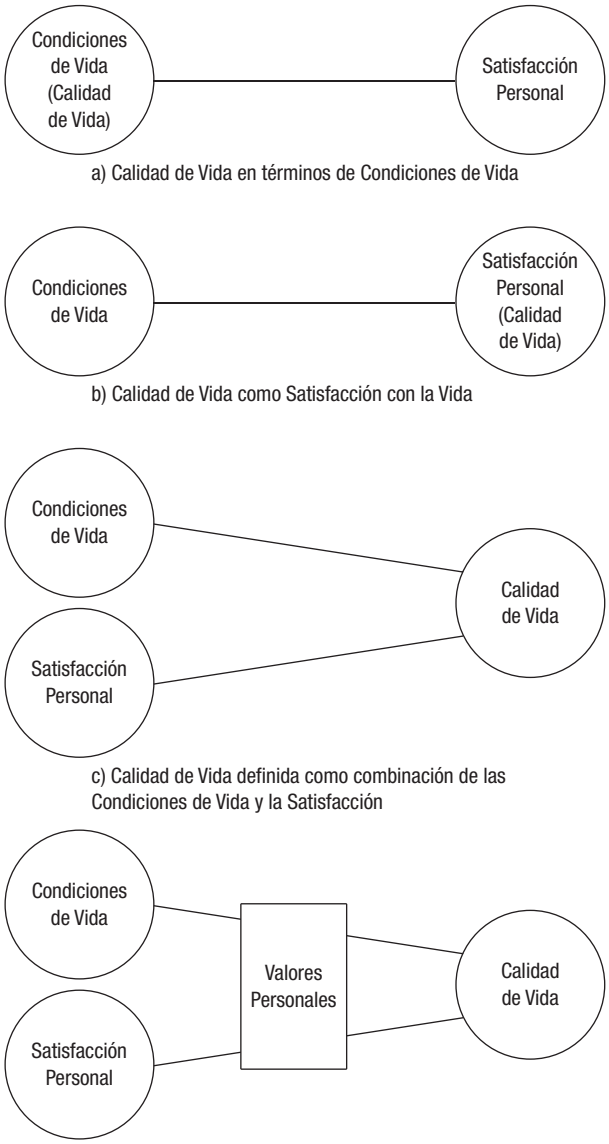
III- La rehabilitación desde lo potencial

Se ejemplifica la rehabilitación no con el concepto de lo que se fue sino de lo que queda en forma manifiesta o potencial, muchas veces desconocida por el propio individuo. Nos focalizamos en el positivo de la película, no el negativo. Se debe estimular en el momento adecuado para ayudar a que las reacciones fisiológicas reencuentren su cauce. Aprendemos cómo la naturaleza se autocompensa y permite que el cuerpo pueda cumplir con el objetivo propuesto. Por consiguiente se debe tener el criterio de no juzgar al hombre por lo que le falta sino por el potencial que tiene para aprender y hacer.
Es un proceso con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con discapacidad alcance nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales. Por lo tanto rehabilitar es educar, reeducar-enseñar al paciente y a la familia las compensaciones y el dominio de situaciones diferentes que nos impone nuestra vida.[1]
Para el Dr. Cibeira[13] la rehabilitación es considerada como la "democracia de la medicina", mientras que la tiranía está representada por la intervención médica urgente en donde el paciente pide la vida, en la rehabilitación se busca la calidad de vida que involucra a un grupo de personas y situaciones.
Por lo tanto cuando hablamos de rehabilitación, hablamos de calidad de vida, de brindar a las personas con discapacidad una mejor calidad de vida, pero ¿qué entendemos por calidad de vida?

4-Calidad de vida

Vivir es tener noción de destino y afán por cumplirlo, certidumbre de una misión sin la cual, por mínima que sea, la vida carece de sentido. Ilusión, que es lo que mantiene no sólo al individuo sino a las razas y a los pueblos.
Vivir no siempre es fácil. Suele haber obstáculos que entorpecen el camino, el tránsito hacia la meta donde la vida termina, donde el hombre se desprende de su ropaje tejido con células y se sumerge en lo desconocido. Este tránsito siempre preocupó a los seres humanos, si bien más en unas épocas que en otras.[4]
El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. El término calidad de vida sugiere, en general, una connotación filosófica de bienestar y satisfacción en diversos aspectos relacionados con un juicio personal y estándares sociales. El concepto de calidad de vida relacionada con salud, denominado también

Figura 1. Conceptualizaciones de Calidad de Vida (Traducida y adaptada de Felce y Perry, 1995)[15]



"salud percibida", tiene un significado más específico, restringido a experiencias y expectativas relacionadas con el estado de salud y la asistencia sociosanitaria. [14]

La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. Aún existe una falta de consenso sobre la definición del constructo y su evaluación. Así, aunque han existido históricamente dos aproximaciones básicas: aquella que lo concibe como una entidad unitaria y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios. Felce y Perry (1995) encontraron diversos modelos conceptuales de Calidad de Vida. A las tres conceptualizaciones que ya había propuesto Borthwick-Duffy en 1992, añadieron una cuarta. Según éstas, la Calidad de Vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona (a), como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales (b), como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calida de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta (c) y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (d).[15] (Ver figura 1)

La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos.

Para Delia Outomuro[16] el término "calidad de vida" debe ser entendido como un constructo relacionado con el concepto de bienestar. Se trata de un concepto descriptivo pero también evaluativo y normativo. Posee como característica al ser subjetivo, multidimensional, complejo, dinámico y situacional. Define a la subjetividad como su rasgo esencial; nadie mejor que uno mismo para saber cuál es la forma de vida que desea vivir. La multidimensionalidad implica que la evaluación de la calidad de vida no involucra un solo aspecto, como pudiera ser el estado de las funciones mentales. Otras perspectivas como la espiritualidad, los afectos, la contención social, la función desempeñada en el grupo de pertenencia, etc., también deben ser consideradas. Precisamente por ser multidimensional, la calidad de vida se caracteriza por su complejidad. El proceso de evaluación en un sentido puede resultar tan positivo o negativo como la evaluación hecha en sentido opuesto. Ahora bien, lo subjetivo, lo multidimensional y lo complejo no sólo se potencian sino que se complican con el carácter dinámico del constructo. Una misma persona puede entender la calidad de vida de una manera durante su juventud y otra de manera diferente en otras etapas de su vida….Esta relativización está en relación con diversas variables; sin duda con los cambios cuali-cuantitativos fisiológicos y psicológicos que limitan nuestras pretensiones, pero sobre-

todo, con el cambio en las preferencias y/o en los criterios de valoración, producto de la experiencia de vida.
Finalmente, también es situacional porque los criterios que uno mismo utiliza para evaluar la calidad de vida varían con la cultura y con la época.[15]
En la medida que la satisfacción con la vida se consideró muy ligada a las posibilidades de tomar decisiones y elegir entre opciones diversas, se abrieron oportunidades a las personas con discapacidad para expresar sus gustos, deseos, metas, aspiraciones y a tener mayor participación en las decisiones que les afectan. Por ello se ha convertido en un concepto guía. La mejora de la calidad de vida es actualmente la meta de los programas de rehabilitación. Estos programas ponen el acento en la planificación centrada en el individuo, la autodeterminación, el modelo de apoyos y las técnicas de mejora de la calidad.[15]

CONCLUSIONES

• A lo largo de la historia los conceptos e impacto social de la discapacidad han ido variando. En el pasado, se lo consideraba desde un ser castigado por mandato divino, hasta un ser despreciado, sin valores y sin derechos. Hoy es una persona. Una persona más. En las sociedades más avanzadas tienen casi las mismas posibilidades y casi idénticas limitaciones que cualquier ser humano. Con análogo destino de incertidumbre y similar contenido de esa mezcla de amarguras y alegrías que es el vivir. Y con una carga tal vez superior de ilusiones, de esperanza, de entusiasmo.
• Sería esperable que en los países de menores recursos también se logren estos objetivos. Como sabemos, lo que falta por hacer para que esas ilusiones y esa esperanza puedan cumplirse y ese entusiasmo manifestarse, sigue siendo mucho, tal vez casi todo, pero por lo menos ahora se tiene la idea, quedando pendiente evaluar los recursos y los planes para la implementación.
• Todo este proceso es muy reciente, pero por fin es advertida la presencia de las personas con discapacidad con sus necesidades, sus valores y sus derechos. Es mandatario instaurar un proceso que no sólo involucre al área médica, sino también, social, legal, política y económica.
• La gestación puede haber sido muy dilatada, su comienzo muy antiguo, pero lo cierto es que es ahora cuando se produce el nacimiento de un proceso denominado Rehabilitación.
• La Rehabilitación ha surgido entonces cómo la manera de integrar a los
discapacitados de todo tipo, en una situación sociolaboral apropiada y estable. En la búsqueda permanente de la mejora de su calidad de vida.
• No siempre hace falta que exista la total integridad somática para realizar con eficiencia una determinada tarea. Se puede superar un déficit leve hasta conseguir convertir en eficiencia la deficiencia. Incluso déficits importantes pueden ser superados por el esfuerzo de la propia voluntad. Y esto depende de la interacción entre la persona con discapacidad, su familia y un equipo, conformado por profesionales de diferentes disciplinas. Los resultados dependerán del esfuerzo, de la confianza, del profesionalismo y de la contención que se emplee en todo este complejo proceso.
• El hombre no solo evoluciona como individuo sino como conjunto, en cuanto a partícula de una entidad global, la humanidad, de la que no somos cada uno sino abstracción individual. Cada hombre, al hacer un mejor uso de las facultades con que fue dotado, se va haciendo más sabio y, por tanto, más comprensivo y virtuoso.
Por lo tanto debemos abrirnos a la búsqueda de la integración social de la persona con discapacidad, ya que de esta manera podemos empezar a crecer como personas integras y enriquecernos con el otro.
• Es mi mayor deseo que por más pequeña que sea, una nueva luz pueda haber sido encendida.

En memoria de un grande de la Rehabilitación Dr. Benito Cibeira

Bibilografia
1- Cibeira B.: "Bioética y rehabilitación". El ateneo. 1997.
2- Pantano, L.: "Atendiendo a la discapacidad. Conocimiento y acción. Incidencia en proyectos y planes". Boletín del Departamento de Docencia e Investigación del Instituto de Rehabilitación Psicofísica (I.R.E.P). Gobierno de la Ciudad de buenos Aires. 2003. Vol. 7. Nº 1. pag. 26-29.
3- Krusen.: "Medicina Física y Rehabilitación". Prefacio de la cuarta edición. Edit. Panamericana. 1997.
4- Ricardo Hernández Gómez. "Antropología de la discapacidad y la dependencia. Un enfoque humanístico de la discapacidad". 2001. pag 1-179.
www.peritajemedicoforense.com/RHERNADEZ.htm 23/2/2016 15:10 hs
www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%203.8.18.antrop.discapac.pdf 23/2/2016 15:12 hs
5- García A. L.: "La categoría exclusión social como mediación en la construcción de la identidad de las personas con discapacidad". Octubre 2005. www.rau.edu.uy/fcs/dts/miguez/identidadpersonasdiscapacitadas.pdf 30/8/06
6- Maglio Francisco: "¿Por qué discriminamos?". Rev. Médicos y Medicina en la Historia. Abril 2006, Nº 17, pág. 12-13.
7- "La discapacidad en la República Argentina. ¿Un problema ético, moral, económico, social, jurídico o político?" http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/cdiscap/integracion.html. 23/2/2016 15:15hs
8- Pantano Liliana: "La Discapacidad como Problema Social: Un enfoque sociológico: Reflexiones y Propuestas."- Colección Temas – EUDEBA – 1ra. Ed.1987
9- Andrada Laura. "La discapacidad como problema social". Boletín del Dpto. de docencia e Investigación del Instituto de Rehabilitación Psicofísica. Noviembre-diciembre 1997, Vol. 1, Nº 4, pag. 10-11.
10- Diccionario Enciclopédico Ilustrado Clarín. Editorial Arte Gráfico Argentino S.A. 1997 con el asesoramiento de la Academia Argentina de Letras.
11- "La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Introducción". Unidad 3. Versión española. 1983. UIPC-IMSERSO
12- International Classification of Functioning, Disability and Healt (ICF). World Health Organization. Developed after systematic field trials and international consultation over the past five years, it was endorsed by the Fifty-fourth World Health Assembly for international use on 22 May 2001 (resolution WHA54.21). http://www.who.int/icf 23/2/2016 15:20 hs
13- Cibeira José B.: "Bioética y rehabilitación". Revista Fundación Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. 2000. Vol. X;(38):28-31.
14- Benito León J., Martínez Martín P.: "Calidad de vida relacionada con salud en esclerosis Múltiple." Revisión. Neurología 2003;18 (4):210-217
15- Gómez-Vela, María; Sabeh, Eliana N.: "Calidad de vida. Evolución del concepto y su investigación práctica." http://www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm 15:22 23/2/2016
16- Outomuro Delia.: "Salud y calidad de atención: implicancias bioéticas". Revista: Médicos y Medicina en la Historia. Abril 2006. Nº 17, pag. 4-11

Al cierre de la presente edición recibimos la triste noticia del súbito fallecimiento del Dr. Esteban Thill, prestigioso médico especialista en medicina física y rehabilitación que desarrollara una amplia tarea asistencial y docente en la provincia de Buenos Aires, especialmente en el partido de Florencio Varela.
Quienes tuvimos la fortuna de compartir junto a él momentos de aprendizajes, actividades asistenciales y de esparcimiento supimos de su hombría de bien, generosidad, afectuosidad y por sobre todo dedicación para el ejercicio de su profesión.

Cómo vamos a extrañar tu presencia querido "Pampeano"

Dr. Alberto Rodriguez Velez

Criterios generales para la aceptación de manuscritos

El Boletín del Dpto. de Docencia e Investigación se reserva todos los derechos legales de producción del contenido. Los manuscritos aprobados para publicación se aceptan con el entendimiento que pudieron haber sido publicados, parcial o totalmente, en otra parte.

A manera de Editorial, se darán a conocer las tendencias actuales y prioridades del Instituto. Como Artículos podrán presentarse informes de investigaciones originales, revisiones críticas, revisiones bibliográficas o comunicaciones de experiencias particulares aplicables en el ámbito de la Institución. Las Entrevistas tendrán como objetivo divulgar los adelantos técnicos, tendencias, investigación y orientaciones o enfoques novedosos relacionados con la salud pública y disciplinas afines de los distintos servicios que se desarrollan en la Institución. Las Instantáneas o Noticias serán notas breves sobre hallazgos de interés general.

Instrucciones para la presentación de manuscritos propuestos para publicación

El Boletín sigue, en general, las pautas trazadas por el documento Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas, elaborado por el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas. Dichas pautas se conocen también como "normas de estilo de Vancouver". En los párrafos que siguen se ofrecen instrucciones prácticas para elaborar el manuscrito, ilustradas con ejemplos representativos. Los autores que no acaten las normas de presentación se exponen al rechazo de sus artículos.

Extensión y presentación mecanográfica

El manuscrito completo no excederá las 5 páginas tamaño carta (216 x 279 mm). Estas deben ser mecanografiadas con cinta negra por una sola cara, a doble o triple espacio, de tal manera que cada página no tenga más de 25 líneas bien espaciadas, con márgenes superior e inferior de unos 4 cm. Cada línea tendrá un máximo de 70 caracteres y los márgenes derecho e izquierdo medirán por lo menos 3 cm. Las páginas se numerarán sucesivamente y el original vendrá acompañado de una fotocopia de buena calidad. Se podrán aceptar manuscritos elaborados por computadora o procesador de textos, siempre y cuando cumplan con los requisitos señalados, en este caso, además del impreso se solicita enviar el disco con la grabación del documento. No se aceptarán manuscritos cuya extensión exceda de 5 páginas ni con otro tipo de presentación (fotocopia, mimeografiado, tamaño oficio, a un solo espacio, sin márgenes).

Los artículos aceptados se someterán a un procesamiento editorial que puede incluir, en caso necesario, la condensación del texto y la supresión o edición de cuadros, ilustraciones y anexos. La versión editada se remitirá al autor para su aprobación.

Títulos y Autores

El título no debe exceder de 15 palabras. Debe describir el contenido de forma específica, clara, breve y concisa. Hay que evitar las palabras ambiguas, jergas y abreviaturas. Un buen título permite a los lectores identificar el tema fácilmente y, además, ayuda a los centros de documentación a catalogar y clasificar el material con exactitud. Inmediatamente debajo del título se anotarán el nombre y el apellido de cada autor, su cargo oficial y el nombre de la institución donde trabaja. En el Boletín no se hace constar los títulos, distinciones académicas, etc., de los autores. Es preciso proporcionar la dirección postal del autor principal o del que vaya a encargarse de responder toda correspondencia relativa al artículo.

Cuerpo del artículo

Los trabajos que exponen investigaciones o estudio por lo general se dividen en los siguientes apartados correspondiente a los llamados "formato IMRYD": introducción, materiales y métodos, resultados y discusión. Los trabajos de actualización y revisión bibliográfica suelen requerir otros títulos y subtítulos acordes con el contenido.

Resumen

Cada trabajo incluirá un resumen, de unas 100 palabras si es descriptivo o de 150 palabras si es estructurado, que indique claramente: a) los propósitos del estudio, b) lugar y fecha de su realización, c) procedimientos básicos (selección de muestras y métodos de observación y análisis), d) resultados principales (datos específicos y, si procede, su significación estadística) y e) las conclusiones principales. Se debe hacer hincapié en los aspectos nuevos relevantes. No se incluirá ninguna información o conclusión que no aparezca en el texto. Conviene redactarlo en tono impersonal y no incluir abreviaturas, remisiones al texto principal o referencia bibliográficas. El resumen permite a los lectores determinar la relevancia del contenido y decidir si les interesa leer el documento en su totalidad.

Cuadros (o tablas)

Los cuadros son conjuntos ordenados y sistemáticos de valores agrupados en renglones y columnas. Se deben usar para presentar información esencial de tipo repetitivo, en términos de variables, características o atributos en una forma fácilmente comprensible para el lector. Pueden mostrar frecuencias, relaciones, contrastes, variaciones y tendencias mediante la presentación ordenada de la información. Deben poder explicarse por si mismos y complementar no duplicar el texto. Los cuadros no deben contener demasiada información estadística porque resultan incomprensibles, hacen perder el interés al lector y pueden llegar a confundirlo.

Cada cuadro se debe presentar en hoja aparte al final del artículo y estar identificado con un número correlativo. Tendrá un título breve y claro de manera que el lector pueda determinar sin dificultad qué es lo que se tabuló; indicará, además, lugar, fecha y fuente de información. El encabezamiento de cada columna debe incluir la unidad de medida y ser de la mayor brevedad posible; debe indicarse claramente la base de las medidas relativas (porcentajes, tasas, índices) cuando éstas se utilizan. Sólo deben dejarse en blanco las casillas correspondientes a datos que no son aplicables; si falta información porque no se hicieron observaciones, deberán insertarse puntos suspensivos. No se usarán líneas verticales y sólo habrá tres horizontales: una después del título, otra a continuación de los encabezamientos de columna y la última al final del cuadro, antes de la nota al pie si las hay.

Abreviaturas y Siglas

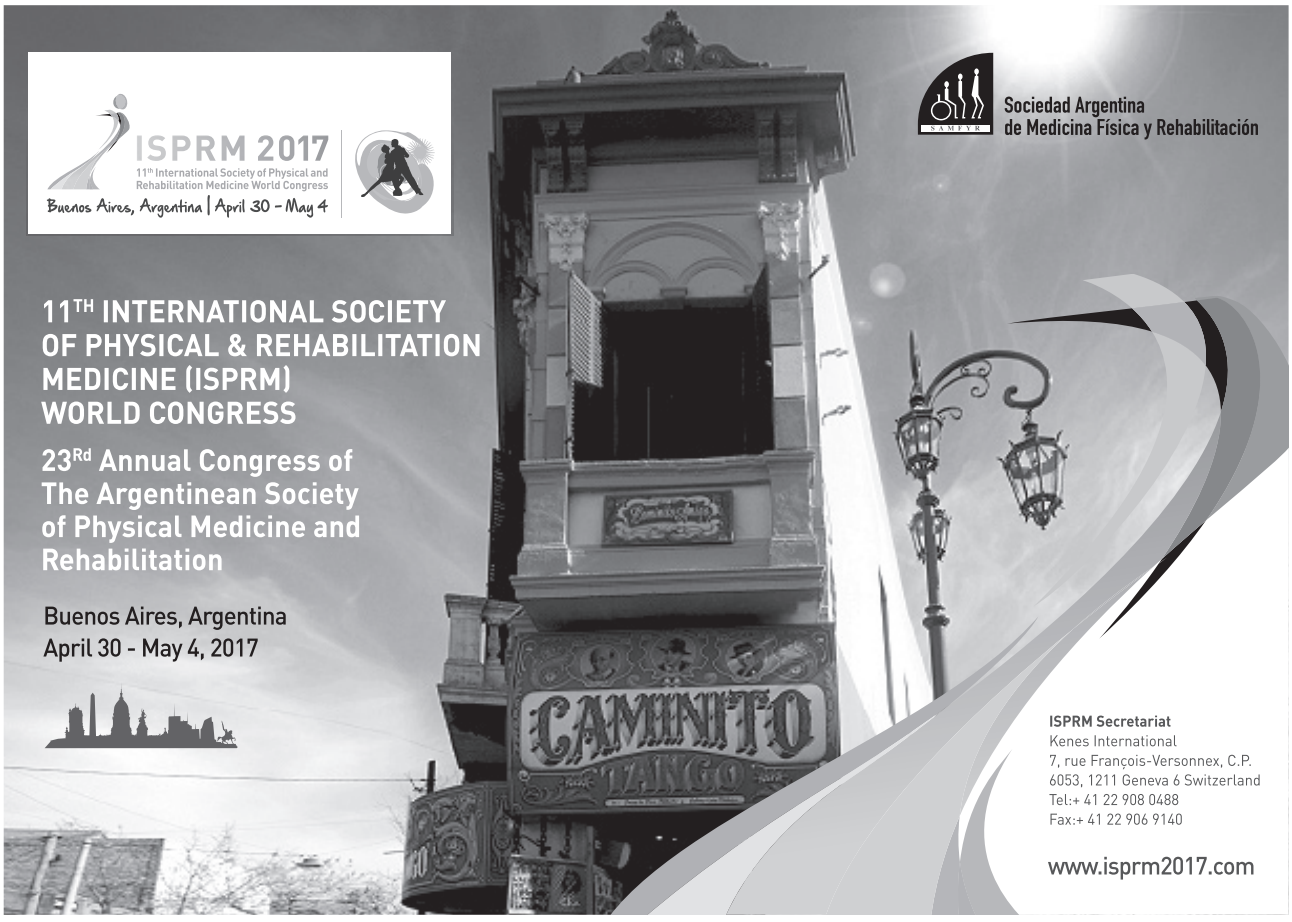
Se utilizarán lo menos posible. Es preciso definir cada una de ellas la primera vez que aparezca en el texto, escribiendo el término completo al que se refiere seguido de la sigla o abreviatura entre paréntesis, por ejemplo, Programa Ampliado de Inmunización (PAI).

Referencias bibliográficas

Numere las referencias consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto. Las referencias se identificarán mediante números arábicos entre paréntesis. Los autores verificarán las referencias cotejándolas contra los documentos originales. Si es un artículo de revista incluya todos los nombres de los autores si son seis o menos, si son más de seis se agrega "et al." (y col.), luego de los nombres de los autores irá el nombre del artículo, el nombre de la revista, año, volumen y páginas. Si es un libro se incluirá nombres de autores, capítulo, autor del libro, nombre del libro, editor y año.

Referato

Los artículos originales presentados a publicación, antes de su aceptación serán revisados por una comisión de por lo menos dos miembros, pertenecientes al comité científico, al comité editorial u otros especialistas en el tema que trata el artículo.



CLINICA DE REHABILITACION
LAS ARAUCARIAS
HOSPITAL DE DIA - INTERNACION

REHABILITACION NEUROLOGICA, RESPIRATORIA Y TRAUMATOLOGICA

Dra. Carolina Schiappacasse
Directora Médica

Martín Fierro 3438 - Parque Leloir - Ituzaingó / Tel.: +54 11 5231-9850

www.clinicalasaraucarias.com

MODERNA DEFINICIÓN DE SALUD: PREVENIR, CURAR Y REHABILITAR ENFERMEDADES*

CIAREC
CLÍNICA DE INTERNACIÓN AGUDA
EN REHABILITACIÓN Y CIRUGÍA

ISO 9001:2008

MONROE 4770 (C1431CEF) BUENOS AIRES, ARGENTINA-TEL.: (54-11) 4548-7400 - E-MAIL: CIAREC@CIAREC.COM.AR - WWW.CIAREC.COM.AR

ORTOPÉDICOS SAN ANDRÉS

FÁBRICA DE SILLAS DE RUEDAS y EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO

INDUSTRIA ARGENTINA

Córdoba 4144/48 - Villa Ballester - Pcia. de Bs. As.

Tel./Fax: 011 4767-6642 / 4768-8955

e-mail: osanandres@ciudad.com.ar

Visite nuestra página **www.osanandres.com.ar**

Rehavita®

Ortopedia & Rehabilitación

REPRESENTACION EXCLUSIVA DE:

permobil THE POWER OF MOBILITY

ROHO

Ti LITE

Convaid

drive for the road ahead

FreeWheel

alber

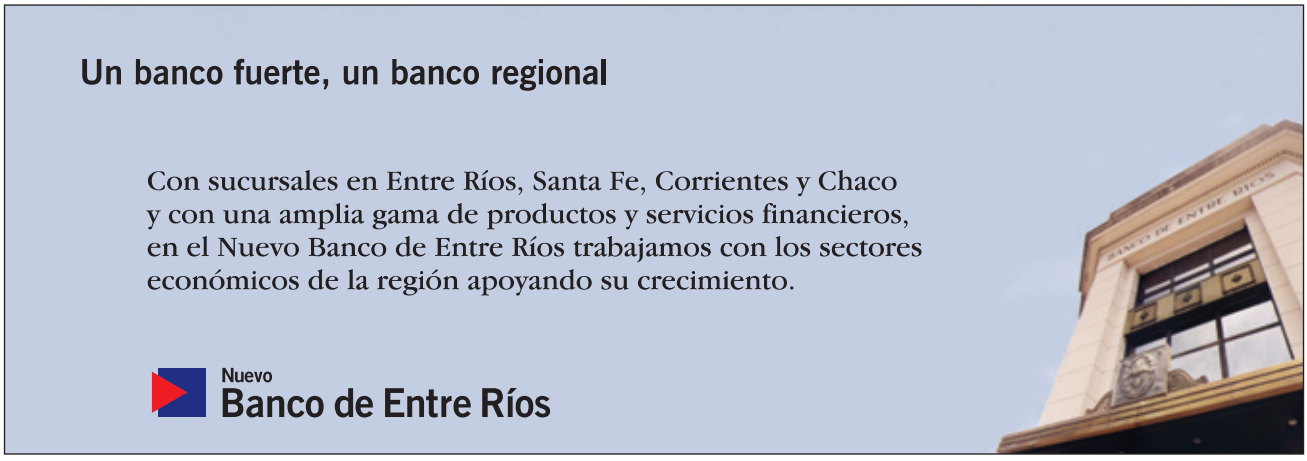
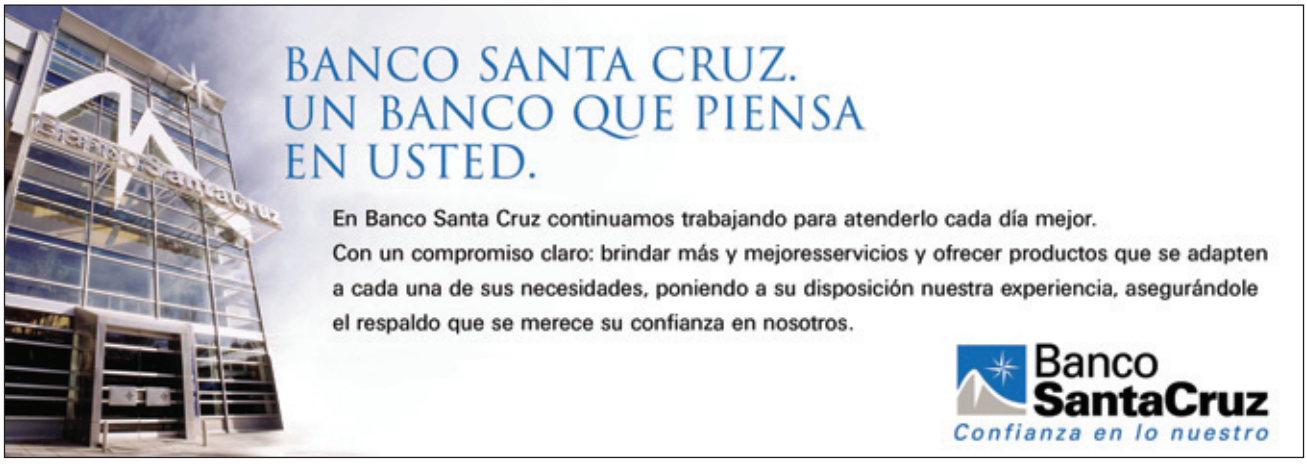
THERATOGS therapy you wear

SPIO®

KINESIO

Thera-Band Systems of Progressive Exercise

Cramer

Ecuador 1381 - C1425EUE - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Tel: 48214343 - 48218573 - Fax: 48236555
ventas@rehavita.com.ar www.rehavita.com.ar

Auspicia este boletín