



REVISTA ARGENTINA DE REHABILITACIÓN

REVISTA CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | VOLUMEN 14

14

VOL. 14 N°1 | DICIEMBRE 2025



La Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación SAMFYR

es miembro de la International Society of Physical and Rehabilitation Medicine ISPRM, de la Asociación Latinoamericana de Rehabilitación AMLAR, de la Asociación Médica Argentina AMA y de la Sociedad Científica Latinoamérica de Rehabilitación SOCILAR.



REVISTA ARGENTINA DE REHABILITACIÓN

REVISTA CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | VOLUMEN 14 N°1 | DICIEMBRE 2025

Revista Científica de la Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación
Año 18 Volumen 14 N°1 - Diciembre 2025

Presidente SAMFYR	Dra. M. Alejandra Galarza
Jefe Editor de la Revista	Dra. Roxana Secundini
Co-Editor Jefe de la Revista	Dra. Mercedes Ruiz Brünner
Comité Editor	Dra. Laura Cacheiro Dr. Santiago Rivera

SAMFYR Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación

Secretaría: Echeverría 955 (1428), Buenos Aires, Argentina

Tel./Fax: + 54 11 4782-6088

e-mail: samfyr@samfyr.org.ar - web site: www.samfyr.org.ar

14

La Revista Argentina de Rehabilitación (ISSN 1850-387X) es la publicación científica oficial de la Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación (socia de la Sociedad Internacional de Medicina Física y Rehabilitación -ISPRM- y Asociación Latinoamericana de Rehabilitación -AMLAR-). La Revista Argentina de Rehabilitación es editada por la SAMFYR. Su edición es cuatrimestral y abarca temas relacionados a la Medicina Física y Rehabilitación tanto en sus aspectos neurológicos como ortopédicos en las poblaciones de adultos y niños. Se distribuye entre profesionales médicos especialistas y entre las profesiones vinculadas con la rehabilitación. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en ningún medio

electrónico o mecánico, incluyendo fotocopiado, grabaciones u otros sistemas de información sin autorización por escrito del Editor.

Se distribuye en formato digital, en forma gratuita, a todos los socios de la SAMFYR.

Para suscripciones dirigirse a: Secretaría de la Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación.

Echeverría 955 2° piso (1428) Buenos Aires, Argentina. Tel/Fax: 54 11 4782-6088 e-mail: samfyr@samfyr.org.ar web site www.samfyr.org.ar

Las publicidades incluidas en esta publicación son gerenciadas por la SAMFYR, pero la publicación de productos comerciales no implica la recomendación de los mismos por parte de la Sociedad.



Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación

Secretaría: Echeverría 955 (1428), Buenos Aires, Argentina

Tel./Fax: + 54 11 4782-6088

e-mail: samfyr@samfyr.org.ar

web site: www.samfyr.org.ar

HORARIO: coordinar entrevista al  +54 9 11 4418-2751

Fax y contestador automático las 24 hs.

Invitación

Todo Profesional del área de la Rehabilitación que se halle interesado en formar parte de nuestra Sociedad (SAMFYR), puede hacerlo en calidad de socio adherente.

Además se recuerda a los socios adherentes que posean título de especialista en Rehabilitación la posibilidad de pasar a ser socios titulares, para lo cual deberán presentar un trabajo científico original.

Documentación que deben presentar los aspirantes a Socios Titulares

- Tener dos años de antigüedad como adherentes
- Título de Médico
- Título de Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
- Ficha personal completa
- Currículum Vitae actualizado

Documentación que deben presentar los aspirantes a Socios Adherentes

- Título profesional de profesiones vinculadas al área de rehabilitación
- Certificado del lugar de trabajo que acredite su actividad en rehabilitación
- Aval del Colegio Profesional o área de incumbencia supervisora
- Nota de presentación de dos socios titulares
- Si es del Interior la documentación debe ser certificada por un miembro titular de la Sociedad, dado que sólo se envían fotocopias.



REVISTA ARGENTINA DE REHABILITACIÓN

REVISTA CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | VOLUMEN 14 N°1 | DICIEMBRE 2025

Índice

EDITORIAL

- 1 Editorial**
Mercedes Molinuevo

ESTUDIOS DE REVISIÓN

- 3 Confiabilidad de las herramientas clínicas para la evaluación de la espasticidad en adultos post accidente cerebrovascular: revisión sistemática**
Julia Abudarham, Marco Ostolaza, Ailen Enrique, Daiana Azcona, Lucia Alanis, Ezequiel Lockhart, Leonardo Tomassi, Santiago Gómez Argüello

- 5 Rehabilitación de la enfermedad de Parkinson**
Andrés Di Pietrantonio, Eugenia Perez Barrera, Andrea Gazzotti

ESTUDIO DE INTERVENCIÓN E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA

- 7 Rehabilitación asistida por robot para la función de la extremidad superior en pacientes con accidente cerebrovascular subagudo**
Chiara Buzzelli, Paula Cañas, Stefania Ferreyra, Valentina Charitoniuk, Candelaria Iturriaga, Viviana Parada, Dolores Luparia, Cristobal Tanga, Marcos Crespo, Micaela Anahí Hernández, Vanina Lado

- 9 Intervencionismo ecoguiado en dolor crónico refractario: estudio preliminar**
R. Quiñones Molina, M. Artesi

ESTUDIOS OBSERVACIONALES REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA

- 11 Seguimiento de adultos con mielomeningocele: un estudio observacional en consultorio**
M. Sánchez Lauría

- 13 Alteraciones del control postural en pacientes críticos crónicos. Estudio analítico, observacional y prospectivo**
Rocio Gallegos, Martín del Castillo, Héran Pavón, Julieta Russo, María de la Paz Sampayo, Mariana Belén Espíndola

- 16 Programa de rehabilitación en trastornos de conciencia: evaluación de procesos asistenciales y resultados clínicos**
María Elisa Rivas, M. Soledad Broggi, Florencia I. Alza, Diana Muzio, Melania Ron

- 18 Uso del dispositivo FESIA WALK en la rehabilitación de la marcha**
Gabriela Alejandra García, Barbara Maria Bondar, Juan Ignacio Valeff.

- 20 Factores que afectan el tiempo de entrega de tecnología asistiva en rehabilitación neurológica pediátrica: estudio de cohorte retrospectiva**
A. Areta, M. Molina, R. Festino, A. Mora, D. Muzio, M. F. Andreu

ESTUDIOS OBSERVACIONALES GESTIÓN DE REHABILITACIÓN

- 22 Prolongación de la internación en rehabilitación de pacientes con daño cerebral adquirido: causas e impacto económico**
Andrés Di Pietrantonio, Daniel Fernández, Isi Romero, Andrés Macías Mera, Eliana Rojas, Andrea Gazzot

ESTUDIOS OBSERVACIONALES REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

- 24 Atención integral en rehabilitación: articulación entre trabajo social y fisiatría en clave de derechos**
Andrés Ernesto Di Pietrantonio, María Eugenia Maidana

- 26 Duelo y rehabilitación psicofísica: rol del servicio de Psicología en la reconstrucción subjetiva**
Mariela Tamburrini, Luciana Mascitelli, Emilce Schenk

- 28 Rehabilitación accesible, un desafío**
Alejandra Guanica, Dolores Gelosi, Mercedes Viramonte, Marcela Córdoba, Romina Ovando, Federico Aimó, Mariano Tejerina, Matías Morales, Esteban Gonzalez, María del Valle Bertoni

REPORTE DE CASO

- 30 Artroplastía total de codo en fractura complicada: a propósito de un caso**
Andrea Verónica Gómez, Julián Britez, Juan Pablo Carradori
- 32 Adecuación del posicionamiento en silla de ruedas con recursos de bajo costo pacientes hospitalizados**
Walter Visňuk, Gustavo Heider

CAPÍTULO DE MÉDICOS EN FORMACIÓN

ESTUDIOS OBSERVACIONALES

- 34 Prevalencia de fracturas por fragilidad y factores asociados en pacientes con lesión medular traumática crónica**
Fernández Daniel, Romero Isi, Rojas Eliana, Macías Andrés, Vallejo Diego, Maher María
- 36 Lesiones por presión en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos**
Maruja López Matos, Agustina Vicente, Denise Tomic, Maitén Landívar
- 38 Prevalencia de apraxia en extremidades superiores en pacientes internados con accidente cerebrovascular**
Arias Espinoza Jhan Marcos, De La Cruz Espinosa Verónica Rocío, Parodi Navarro Eliana, Posada Luna Edilberto José
- 40 Atención integral del accidente cerebrovascular: interconsulta temprana y rehabilitación personalizada**
Spinello, Natalia, Sánchez Calot, Maite

REPORTE DE CASO

- 42 Síndrome de Lance-Adams posterior a traumatismo encefalocraneano: reporte de un caso**
Juan Pablo Weicer, Gabriel Gonzalo Loayza, Santiago Uez

Editorial

Dra. Mercedes Molinuevo¹

¹- Presidente del 27° Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación. SAMFYR 2025

Estimados colegas

En este número de la Revista Argentina de Rehabilitación, nos complace exponer el resumen de los trabajos presentados en el XXVII Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación, llevado a cabo en octubre del año 2025 en la ciudad de Buenos Aires.

El Congreso tuvo como eje “Perspectivas actuales y futuras en Rehabilitación”, entendiendo que la rehabilitación atraviesa una transformación que obliga a asumir el desafío de integrar tecnología de avanzada en su práctica, manteniendo la humanización y la mirada centrada en el paciente que caracteriza nuestra especialidad.

Estos trabajos han sido evaluados, corregidos y seleccionados por el Comité Científico del Congreso, constituido por la Dra. Roxana Secundini, Dra. Rosana Cenizze, Dra. Carolina Ayllon y Dra. Carolina Schiappacasse, a quienes agradezco profundamente por el tiempo y el compromiso para cumplir con esta tarea.

A cada uno de los trabajos enviados se le hizo una devolución desde el Comité, para brindar una instancia de aprendizaje a los autores.

La Sociedad de Medicina Física y Rehabilitación ha buscado siempre promover la actividad científica como eje de su quehacer, siendo el congreso nacional y la revista las dos acciones de mayor difusión entre los profesionales del campo de la rehabilitación.

Por este motivo, en cada uno de los grandes temas elegidos para este congreso, fueron invitados colegas y también diversos profesionales de otras especialidades y áreas, con el propósito de enriquecer el intercambio interdisciplinario y aportar la perspectiva de la rehabilitación en ámbitos más amplios de la salud y de las organizaciones relacionadas con la rehabilitación.

Nuestra especialidad crecerá en la medida que se difunda y se amplíe a otros ámbitos, en los que podamos lograr por un lado la intervención precoz tan anhelada y por otro lado la intervención más plena en las etapas de reinserción e integración.

En este congreso se puso foco en la presentación de trabajos científicos como actividad relevante dentro del mismo. Por ese motivo se eligieron dos Maestros de la Fisiatría para que los premios llevaran su nombre.

El premio al Mejor trabajo Científico llevará el nombre de “Dra. Irma Graciela Giglio”, reconociendo su actividad como maestra e investigadora, y como alguien que deja un legado invaluable a generaciones posteriores al fomentar la investigación y la formación continua.

El premio al mejor trabajo de Innovación en Rehabilitación, llevará el nombre de “Dr. Fernando Sotelano” reconociendo en él su espíritu innovador, y la introducción a la especialidad de prácticas novedosas para su época.

Quiero agradecer al Comité Editorial, especialmente a la Dra. Roxana Secundini, por su aporte generoso y su compromiso en la búsqueda de la excelencia del conocimiento y de la actividad científica; y a la Lic. Mercedes Brunner por su invaluable aporte en la metodología necesaria para lograr rigurosidad científica en la presentación y selección de trabajos.

Quiero agradecer también a los colegas y colaboradores que hicieron posible la edición de esta revista y a los autores que enviaron sus trabajos, los que seguramente enriquecerán nuestra actividad.

El desarrollo de nuestra especialidad requiere entusiasmo, creatividad y también rigor científico, por lo que invito a colegas y especialmente a médicos jóvenes a seguir investigando y buscando herramientas de mejora y crecimiento.

Confiabilidad de las herramientas clínicas para la evaluación de la espasticidad en adultos post-accidente cerebrovascular: revisión sistemática

Autores: Abudarham, Julia¹; Ostolaza, Marco¹; Enrique, Ailen¹; Azcona, Daiana¹; Alanis, Lucia¹; Lockhart, Ezequiel¹; Tomassi, Leonardo¹; Gómez Argüello, Santiago¹

1- Universidad Nacional de La Matanza.
Departamento de Ciencias de la Salud.
San Justo, Argentina

Trabajo presentado en Evento Científico:
27º Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación
SAMFYR 2025

Correspondencia:
alanisluciam@gmail.com

Introducción

La espasticidad constituye una secuela frecuente del accidente cerebrovascular (ACV), con una prevalencia estimada del 42,6 %. Esto impacta negativamente en la calidad de vida de los sujetos afectando su autonomía y participación, puede generar dolor, disminución de la movilidad articular y debilidad. Por este motivo, resulta relevante conocer la evidencia disponible sobre la confiabilidad de las herramientas clínicas utilizadas para evaluar la espasticidad en personas con accidente cerebrovascular.

Objetivo

Revisar la confiabilidad de las herramientas clínicas para la evaluación de la espasticidad en pacientes adultos post-ACV.

Materiales y métodos

La búsqueda bibliográfica incluyó tres bases de datos (PubMed, Scielo y BVS) hasta diciembre de 2023. La estrategia de búsqueda utilizó términos clave ("Stroke", "Spastic", "Measurement tool") con operadores booleanos AND/OR. Los criterios de inclusión fueron: estudios cuya población eran mayores de 18 años con diagnóstico de accidente cerebrovascular (ACV). Estudios observacionales, experimentales o piloto que evaluaran la confiabilidad de herramientas clínicas utilizadas para la valoración de la espasticidad. Los criterios de exclusión fueron: artículos cuyo texto completo no pudo obtenerse; estudios que presentaran una muestra con menos del 80 % de sujetos con ACV; que utilizaran dispositivos electrónicos de medición, con excepción del goniómetro; y que no evaluaran propiedades psicométricas. La selección de los estudios, la extracción de los datos y la evaluación del riesgo de sesgo mediante la herramienta COSMIN fueron realizadas por dos revisores independientes.

Resultados

Se revisaron 29 artículos que examinaron la confiabilidad de 11 herramientas clínicas para la evaluación de la espasticidad en adultos post-ACV. El 32,4% de los artículos describieron la Escala de Ashworth Modificada (MAS), siendo la escala más estudiada. La MAS mostró una considerable variabilidad en sus estimaciones de confiabilidad, con resultados interevaluador que oscilaron entre muy bajos y muy altos e intraevaluador entre bajos y muy altos. Una variabilidad similar se encontró en el resto de las herramientas. El segmento más evaluado fue el codo en un 36,51%. El movimiento más estudiado fue la flexión de codo, con resultados de confiabilidad variable. El 80% de los estudios presentaron un riesgo de sesgo adecuado a muy bueno. Los dominios más débiles fueron la inestabilidad temporal entre las mediciones

repetidas y los defectos metodológicos o estadísticos. Debido a que se analizaba únicamente la confiabilidad, no se realizó meta-análisis.

Conclusión

Esta revisión encontró una gran variabilidad en los valores de confiabilidad interevaluador en las herramientas estudiadas. Los motivos pueden estar relacionados con la formación, experiencia y entrenamiento de los evaluadores o con la falta de descripción precisa para cada grupo muscular. Esto cuestiona la precisión para el monitoreo y toma de decisiones clínicas en sujetos post-ACV con espasticidad. Es por este motivo que se expone la necesidad de generar un consenso o directrices clínicas para la implementación confiable de estas herramientas. En la práctica clínica, la evaluación de la espasticidad no debería sustentarse en una única escala, sino integrarse con otras medidas clínicas y funcionales, mediante procedimientos de evaluación estandarizados. Los datos obtenidos son de utilidad para la selección de una herramienta clínica confiable considerando aquellos grupos musculares que se desean evaluar.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular; Espasticidad muscular; Herramientas de evaluación clínica; Confiabilidad.

Contribución de los autores

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, han trabajado en la concepción del diseño, recolección de la información y análisis de la información para la elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando la publicación del resumen.

Conflictos de interés

No se declaran conflictos de interés.

Fuentes de apoyo

La presente investigación fue financiada por la Universidad Nacional de La Matanza.

Originalidad

Este resumen es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de derechos

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar este resumen en la Revista de Rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

- Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ, Graham GD, et al. Management of adult stroke rehabilitation care: a clinical practice guideline. *Stroke*. 2005;36(9):e100-43.
- Harb A, Kishner S. Modified Ashworth Scale. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
- Meseguer-Henarejos AB, Sánchez-Meca J, López-Pina JA, Carles-Hernández R. Inter- and intra-rater reliability of the Modified Ashworth Scale: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017;54(4):576-90.
- Kong KH, Lee J, Chua KS. Occurrence and temporal evolution of upper limb spasticity in stroke patients admitted to a rehabilitation unit. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012;93(1):143-8.
- Mokkink LB, Boers M, van der Vleuten CPM, Bouter LM, Alonso J, Patrick DL, et al. COSMIN Risk of Bias tool to assess the quality of studies on reliability or measurement error of outcome measurement instruments: a Delphi study. *BMC Med Res Methodol*. 2020;20:1-13.
- Brennan P, Silman A. Statistical methods for assessing observer variability in clinical measures. *BMJ*. 1992;304(6840):1491.
- Koo TK, Li MY. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *J Chiropr Med*. 2016;15(2):155-63.
- Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006;29(5):489-97.
- Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74. doi:10.2307/2529310.

Rehabilitación de la enfermedad de Parkinson

Autores: Andrés Di Pietrantonio¹, Eugenia Perez Barrera¹, Andrea Gazzotti¹

¹- Instituto de Rehabilitación Psicosfísica del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Trabajo presentado en Evento Científico:
27º Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación SAMFYR 2025

Correspondencia:
andresdp@hotmail.com

Introducción

La enfermedad de Parkinson presenta distintos fenotipos motores. Incluye el temblor-dominante, el rígido-acinético y el fenotipo con inestabilidad postural y dificultad de la marcha, que se asocian a trayectorias clínicas, evolución funcional y respuestas terapéuticas diferentes. El reconocimiento de esta heterogeneidad ha motivado un creciente interés en analizar cómo el fenotipo motor puede influir en la planificación del abordaje rehabilitador desde una perspectiva fisiátrica.

Objetivo

Describir los principales fenotipos motores en la enfermedad de Parkinson y revisar la evidencia disponible sobre su impacto en la evolución funcional y la respuesta a las intervenciones de rehabilitación.

Materiales y métodos

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica publicada entre enero de 2005 y diciembre de 2024 en las bases de datos PubMed, Scopus y SciELO. Se incluyeron revisiones sistemáticas, estudios observacionales y guías clínicas en idioma inglés y español que analizaran la relación entre fenotipo motor, evolución funcional y rehabilitación en la enfermedad de Parkinson. La búsqueda se efectuó utilizando combinaciones de los términos: Parkinson disease, motor phenotype, postural instability, gait disorder y rehabilitation. Se excluyeron estudios experimentales en modelos animales y publicaciones sin evaluación funcional.

Resultados

La literatura revisada muestra que los distintos fenotipos motores se asocian con diferentes patrones de compromiso funcional y pueden influir en la respuesta a las intervenciones de rehabilitación. El fenotipo rígido-acinético se vincula con una progresión más rápida hacia la discapacidad funcional; el temblor-dominante suele presentar un mejor pronóstico motor en etapas iniciales. Mientras que el fenotipo dificultad de la marcha se asocia a mayor riesgo de caídas, compromiso axial precoz y peor evolución funcional. Diversos estudios sugieren que estas diferencias fenotípicas influyen en la respuesta a las intervenciones rehabilitadoras, lo que respalda la necesidad de estrategias terapéuticas adaptadas al perfil clínico-funcional del paciente.

Conclusión

La evidencia disponible sugiere que los fenotipos motores en la enfermedad de Parkinson constituyen un elemento clínicamente relevante para interpretar la evolu-

ción funcional y orientar el abordaje rehabilitador. Si bien los datos provienen de estudios heterogéneos y de una revisión narrativa, el análisis por subtipos clínicos aparece como una vía posible para optimizar la planificación terapéutica y la rehabilitación centrada en fenotipos clínico-funcionales

Palabras clave: Enfermedad de Parkinson, fenotipo motor, rehabilitación, inestabilidad postural, marcha.

Contribución de los autores

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, hemos trabajado en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, haciéndonos públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.

Conflictos de interés

No se declaran conflictos de interés.

Fuentes de apoyo

La presente investigación no contó con fuentes de financiación.

Originalidad

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de derechos

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, cedemos los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

- Eisinger RS, Hess CW, Martinez-Ramirez D, Almeida L, Foote KD, Okun MS, Gunduz A. Motor subtype changes in early Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2017 Oct;43:67-72. doi: 10.1016/j.parkreldis.2017.07.018. Epub 2017 Jul 21. PMID: 28754232; PMCID: PMC5842811.
- Konno T, Deutschländer A, Heckman MG, Ossi M, Vargas ER, Strongosky AJ, van Gerpen JA, Uitti RJ, Ross OA, Wszolek ZK. Comparison of clinical features among Parkinson's disease subtypes: A large retrospective study in a single center. *J Neurol Sci*. 2018 Mar 15;386:39-45. doi: 10.1016/j.jns.2018.01.013. Epub 2018 Jan 11. PMID: 29406964.
- Chen K, Wang S, Wen Q, Jin Z, Wang Y, Meng D, Yu X, Wang M,

Lin M, Li Y, Li C, Fang B. Rehabilitation Response in Tremor- and Non-Tremor-Dominant Parkinson Disease: A Task-fMRI Study. *Brain Behav*. 2024 Oct;14(10):e70102. doi: 10.1002/brb3.70102. PMID: 39415635; PMCID: PMC11483598.

- Boonstra JT, McGurran H, Temel Y, Jahanshahi A. Nigral neuropathology of Parkinson's motor subtypes coincide with circuitopathies: a scoping review. *Brain Struct Funct*. 2022 Sep;227(7):2231-2242. doi: 10.1007/s00429-022-02531-9. Epub 2022 Jul 19. PMID: 35854141; PMCID: PMC9418085.

Rehabilitación asistida por robot para la función de la extremidad superior en pacientes con accidente cerebrovascular subagudo

Autores: Chiara Buzzelli¹, Paula Cañas¹, Stefanía Ferreyra¹, Valentina Charitoniuk¹, Candelaria Iturriaga¹, Viviana Paraduja¹, Dolores Luparia¹, Cristobal Tanga³, Marcos Crespo⁴, Micaela Anahí Hernández², Vanina Lado¹

1- Departamento de Terapia Ocupacional, Fleni Escobar, Buenos Aires, Argentina.

2- Departamento de Neurología, Fleni Escobar, Buenos Aires, Argentina.

3- Departamento de Kinesiología, Fleni Escobar, Buenos Aires, Argentina.

4- Departamento de Ingeniería en Rehabilitación, Fleni Escobar, Buenos Aires, Argentina.

Trabajo presentado en Evento Científico:
27º Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación SAMFYR 2025

Correspondencia:
kvannialexandre@gmail.com

Introducción

Los accidentes cerebrovasculares (ACV) son una de las principales causas de discapacidad en adultos, y a menudo causan alteraciones motoras que afectan la vida diaria. Las terapias robóticas, como el dispositivo Gloreha Sinfonia (GS), son prometedoras para la recuperación de la función del miembro superior, pero su uso está poco explorado en Argentina.

Objetivos

Evaluar el efecto de la terapia con el dispositivo GS sobre la función motora, el desempeño en las actividades de la vida diaria y la percepción subjetiva del paciente, en comparación con su desempeño durante el período de tratamiento conservador de terapia ocupacional.

Materiales y métodos

Estudio longitudinal prospectivo con diseño reverso "N de 1" (A-B-A). Se incluyeron 7 pacientes. Realizaron 15 sesiones por fase: fase A con Terapia ocupacional con tratamiento convencional y fase B con terapia GS. Se incluyeron pacientes con ACV subagudo y alteración del movimiento del brazo. Las evaluaciones fueron realizadas por profesionales de Terapia Ocupacional y Kinesiología según su área de competencia. Terapia Ocupacional evaluó:

Medida de Independencia Funcional (FIM), para valorar el grado de independencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Upper Limb Motor Assessment Scale (UL-MAS), para evaluar el desempeño motor del miembro superior.

Escala Modificada de Ashworth, para valorar el tono muscular y el grado de espasticidad.

Inventario de Motivación Intrínseca (Intrinsic Motivation Inventory, IMI), para evaluar la experiencia subjetiva del paciente respecto de la intervención.

Kinesiología evaluó:

Fugl-Meyer Assessment para Extremidad Superior (UE-FMA), para evaluar la función sensoriomotora del miembro superior.

Resultados

Durante la fase de tratamiento conservador de Terapia Ocupacional (TC-TO), se observaron mejoras significativas en la función motora, reflejadas por incrementos en las puntuaciones de la FIM-Motor ($\Delta = +9,57$; $p = 0,0001$), la Fugl-Meyer Assessment para extremidad superior ($\Delta = +11,14$; $p = 0,01$) y la UL-MAS ($\Delta = +1,57$; $p = 0,02$). Asimismo, se registró un leve aumento de la espasticidad, medido mediante la Escala

Modificada de Ashworth ($\Delta = +0,57$; $p = 0,0139$).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las fases de intervención con GS y TC-TO en ninguna de las variables analizadas. Del mismo modo, las puntuaciones del Inventario de Motivación Intrínseca (IMI) fueron comparables entre ambas fases, lo que sugiere una aceptación similar de ambas modalidades terapéuticas por parte de los pacientes.

Conclusión

Se observaron mejoras en la función motora durante el período de estudio. Sin embargo, la ausencia de diferencias significativas entre la terapia con GS y el tratamiento conservador impide atribuir dichos cambios a una intervención específica. Se requieren estudios con mayor número de participantes para establecer la eficacia diferencial de los dispositivos robóticos. No obstante, los resultados sugieren que estas tecnologías representan una herramienta factible y potencialmente complementaria a las intervenciones convencionales de Terapia Ocupacional.

Palabras clave: terapia ocupacional, función motora, miembros superiores, ACV, dispositivos robóticos, realidad virtual.

Contribución de los autores

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, han trabajado en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.

Conflictos de interés

No se declaran conflictos de interés.

Fuentes de apoyo

La presente investigación no contó con fuentes de financiación.

Originalidad

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de derechos

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

- Lum P, Reinkensmeyer D, Mahoney R, Rymer WZ, Burgar C. Robotic devices for movement therapy after stroke: current status and challenges to clinical acceptance. *Top Stroke Rehabil.* 2002;8(4):40-53. doi:10.1310/9KFM-KF81-P9A4-5WWO
- Klamroth-Marganska V. Stroke Rehabilitation: Therapy Robots and Assistive Devices. *Adv Exp Med Biol.* 2018;1065:579-587. doi:10.1007/978-3-319-77932-4_35
- Langhorne P, Coupar F, Pollock A. Motor recovery after stroke: a systematic review. *Lancet Neurol.* 2009;8(8):741-754. doi:10.1016/S1474-4422(09)70150-4
- Jorge H. Villafañe, Giovanni Taveggia, Silvia Galeri, Luciano Bisolotti, Chiara Mullè, Grace Imperio, Kristin Valdes, Alberto Borboni, and Stefano Negrini. Efficacy of Short-Term Robot-Assisted Rehabilitation in Patients With Hand Paralysis After Stroke: A Randomized Clinical Trial *HAND* 2018, Vol. 13(1) 95 -102 DOI: 10.1177/1558944717692096 hand.sagepub.com
- S. K. Shah S. J. Harasymiw P. L. Stahl. Stroke Rehabilitation: Outcome Based On Brunnstrom Recovery Stages. 2015
- Massimiliano Gobbo, Paolo Gaffurini, Laura Vacchi, Sara Lazarini, Jorge Villafane, Claudio Orizio, Stefano Negrini, and Luciano Bisolotti. Hand Passive Mobilization Performed with Robotic Assistance: Acute Effects on Upper Limb Perfusion and Spasticity in Stroke Survivors. *Hindawi BioMed Research International* Volume 2017, Article ID 2796815, 6 pages <https://doi.org/10.1155/2017/2796815>.

Intervencionismo ecoguiado en dolor crónico refractario: estudio preliminar

Autores: Quiñones Molina R.¹; Artesi M.¹

1- Centro de Rehabilitación Rebiogral,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
Argentina

Trabajo presentado en Evento
Científico:
27º Congreso Argentino de
Medicina Física y Rehabilitación
SAMFYR 2025

Correspondencia:
rebiogralveronica@hotmail.com

Introducción

El dolor crónico constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial, afectando a más del 20% de la población. Su impacto se extiende más allá del síntoma doloroso, generando interferencias en actividades (90%), depresión (40%); y trastornos del sueño (60%). A pesar de la disponibilidad de múltiples estrategias terapéuticas, un número considerable de pacientes continúa presentando dolor persistente y limitaciones funcionales luego de recibir tratamientos conservadores. Los procedimientos intervencionistas ecoguiados surgen como una alternativa terapéutica mínimamente invasiva, permitiendo una mayor precisión en la localización anatómica de las estructuras diana y un adecuado perfil de seguridad.

Objetivo

Conocer el efecto de procedimientos intervencionistas ecoguiados, en el control del dolor y la mejoría de la calidad de vida, en pacientes con dolor crónico no adecuadamente controlado con los tratamientos convencionales.

Materiales y métodos

Se seleccionaron 209 pacientes que recibieron tratamiento en el Centro de Rehabilitación Rebiogral (CABA) entre agosto de 2023 y marzo de 2025. De ellos, 144 cumplieron los criterios de inclusión y conformaron la muestra analizada, integrada por 98 mujeres y 46 hombres. Todos los participantes presentaban aptitud física, cognitiva y cardiovascular para la realización del tratamiento. La edad promedio fue de 77 años (rango: 23-94 años). Los participantes presentaban antecedentes de dolor crónico con una evolución de 2,8 años (rango: 6 meses-40 años). La intensidad del dolor fue de 7,5 puntos promedio (rango: 5-10) evaluada mediante la Escala Visual Analógica (VAS). Mientras que la calidad de vida, medida mediante el cuestionario SF-36 (versión en español), alcanzó una puntuación de 45 puntos (rango: 37-57), considerando los dominios de función física, vitalidad y rol emocional. Las regiones frecuentemente afectadas fueron raquis-pelvis, miembros inferiores y superiores, tórax y abdomen, presentando diferentes etiologías (miofasciales, articulares, neurales, mixtas o complejas). Todos habían realizado tratamientos conservadores, solos o combinados (farmacológicos, fisio-kinesioterapias, manuales, alternativos y psicológicos), sin mejoría o con beneficios limitados. Se realizaron 290 procedimientos (1-5 por paciente), según la característica del dolor y las recomendaciones internacionales. Se utilizó guía ecográfica (Minisono-Alpine/ Korea) y un dispositivo Laser 3D Estereotáxico. Los procedimientos fueron solo un tipo o combinados, como punciones (secas, húmedas), terapias regenerativas,

bloqueos, viscosuplementación, radiofrecuencia (continua, pulsada), inyecciones perineurales subcutáneas (PSI) y microelectrolisis percutánea (MEP). Los datos se procesaron utilizando el Test de Wilcoxon para muestras pareadas (Wilcoxon X, Y Paired Test), para comparar los valores de cada paciente, antes de los tratamientos; y después (7, 30, 60 y 90 días); algunos hasta 120 y 180 días.

Resultados

A los 7 días de la intervención, el 87% de los pacientes presentó una reducción del dolor igual o superior al 75% respecto del valor basal, medida mediante la Escala Visual Analógica (EVA) ($p < 0,01$). Esta proporción se mantuvo en el 81,7% a los 30 días, 72% a los 60 días y 65% a los 90 días de seguimiento. La ganancia en calidad de vida general fue de 70% ($P < 0,01$). El grupo tratado con radiofrecuencia pulsada mostró tendencia a mejores resultados en la respuesta al dolor y calidad de vida. Seguido por el grupo que recibió tratamientos combinados (bloqueos peri-radiculares o neurales, con proloterapia o plasma rico en plaquetas; y punciones secas con proloterapia). Se observó también buena evolución en los tratados con viscosuplementación (ácido hialurónico de alto peso molecular combinado con betametazona). Por el contrario, se observó una menor respuesta analgésica y una menor mejoría de la calidad de vida en los pacientes sometidos a procedimientos únicos (no repetidos) y en aquellos que no continuaron con tratamientos conservadores complementarios. Como parte de un abordaje multimodal del dolor, 144 pacientes continuaron con tratamientos farmacológicos, 85 con fisio-kinesioterapias, 20 con ondas de choque y laser alta intensidad, 11 con sueroterapia; y 7 con aceite de cannabis.

Conclusiones

Los procedimientos intervencionistas ecoguiados se asociaron con una reducción clínicamente significativa del dolor y una mejoría de la calidad de vida en pacientes con dolor crónico persistente. No obstante, los resultados deben interpretarse con cautela debido a las limitaciones del estudio. Entre ellas, su diseño abierto y preliminar, la ausencia de grupo control, la heterogeneidad de los diagnósticos y de las técnicas intervencionistas aplicadas, como también potencial sesgo de información. A pesar de estas limitaciones, los hallazgos sugieren que los procedimientos intervencionistas ecoguiados podrían constituir una alternativa terapéutica útil dentro de un abordaje multimodal del dolor crónico. Se requieren estudios prospectivos, controlados y con muestras más amplias y homogéneas para determinar con mayor precisión su efectividad y su impacto a largo plazo sobre el control del dolor y la calidad de vida.

Palabras clave: Dolor Crónico, Intervencionismo Ecoguiado, Bloqueos, Terapias Regenerativas.

Contribución de los autores

Autor 1: concepción, diseño del estudio, recopilación de parte de los datos, redacción y revisión del manuscrito.

Autor 2: recopilación de parte de los datos, análisis e interpretación de los resultados.

Fuentes de apoyo

Agradecemos al Dr. Juan Pablo Quiñones por su apoyo técnico y asesoramiento en el diseño y la confección del poster.

Originalidad y cesión de derechos

Los autores declaran que es trabajo original, que no tienen conflictos de interés y que ceden sus derechos de publicación, a la revista de SAMFYR.

BIBLIOGRAFÍA

- Hand W. R. Thoracolumbar interfascial plane (TLIP) block: a pilot study in volunteers. *Can J Anaesth*. Nov 2015; 62 (11):1196-200.
- Martínez González E., et al. Eficacia de las inyecciones intramusculares de anestésico local, corticoide y toxina botulínica para el tratamiento del dolor crónico miofascial espinal. Estudio retrospectivo de una cohorte. *MPJ*. 2024; 4: 112-121.
- Nebreda C. et al. Estudio comparativo entre la radiofrecuencia térmica o convencional y la radiofrecuencia pulsada en el tratamiento del dolor de origen en la artropatía facetaria lumbar. *Rev Soc Esp Dolor*. Julio-Agosto 2016; 23 (4):170-174.
- Rabago D. et al. Dextrose prolotherapy for knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. *Ann. Fam. Med*. May-June 2013; 11 (3): 229-37.
- Sanapati J. et al. Do regenerative medicine therapies provide long-term relief in chronic low back pain: a systematic review and metaanalysis. *Pain Physician*. Nov 2018; 21(6):515-540.
- Topol G. A. et al. Efficacy of dextrose prolotherapy in elite male kicking-sport athletes with chronic groin pain. *Arch Phys Med Rehabil*. April 2005; 86 (4): 697-702.
- Vicente-Herrero M.T. et al. Dolor en población laboral y su interferencia en actividades de la vida diaria. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. Versión Impresa ISSN. Marzo-Abril 2016; 23 (2):1134-8046.
- Villar M- José, et al. Evaluación de los tratamientos del dolor crónico en artrosis. *JONN*. Agosto 2021; 6 (8). Publicación Online.

Seguimiento de adultos con mielomeningocele: un estudio observacional en consultorio

Autor: Micaela Sánchez Lauría¹

1- Instituto de Rehabilitación Psicosfísica,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
Argentina

Trabajo presentado en Evento
Científico:
27º Congreso Argentino de
Medicina Física y Rehabilitación
SAMFYR 2025

Correspondencia:
mbslauria@gmail.com

Introducción

Las personas con mielomeningocele presentan compromiso multisistémico y frecuentes complicaciones que requieren un abordaje multidisciplinario a lo largo de toda la vida.

Gracias a los avances en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de esta población, la expectativa de vida ha aumentado, permitiendo que la mayoría de las personas alcance la edad adulta.

Aunque el seguimiento es sistemático y especializado en la infancia, en la adultez suele ser inconsistente o inexistente, a pesar de que mantienen mayores necesidades médicas que la población general.

Objetivo

Conocer características sociodemográficas, motivos de consulta y complicaciones médicas de los pacientes adultos con mielomeningocele atendidos en un consultorio especializado de fisiatría.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo. Se analizaron las historias clínicas de 60 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de mielomeningocele atendidos entre abril de 2023 y noviembre de 2024 en el consultorio externo de Mielomeningocele.

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años, diagnóstico de mielomeningocele, historias clínicas completas.

Se recopilaron datos sobre edad, sexo, motivo de la consulta, nivel funcional según la clasificación Caneo, movilidad, según la escala Functional Mobility Scale (FMS), método de vaciado vesical y realización de controles urológicos en el último año. Presencia de válvula de derivación ventrículo-peritoneal (VDVP), antecedentes quirúrgicos y complicaciones neurológicas y úlceras por presión (UPP) a lo largo de la vida. Se consideró al ejercicio como cualquier actividad de esfuerzo físico, planificada para mantener o mejorar la aptitud física, empleo remunerado y pacientes que hayan finalizado o se encuentran realizando una carrera terciaria/universitaria. Las características se describieron en porcentajes.

Resultados

La muestra incluyó 27 mujeres y 33 hombres entre 18 y 59 años. Los motivos de consulta principales fueron prescripción de equipamiento (40%), controles generales

(35%) y dolor (13%) entre otras causas. Las complicaciones más frecuentes fueron úlceras por presión (33%), falta de controles urológicos (33%) y sus problemas asociados y dolor crónico (13%).

En cuanto al nivel funcional: 38% de los pacientes se ubicaban dentro del grupo 0, 15% en el grupo I, 36% en el grupo II, y 10% en el grupo III. Un tercio de los pacientes lograba marcha comunitaria. 50% de los pacientes había tenido cirugías ortopédicas en miembros inferiores, 15% por escoliosis. 81% portaban VDVP, y 38% presentó a lo largo de su vida alguna complicación neuroquirúrgica.

En cuanto a los aspectos sociales recolectados, 16% habían alcanzado estudios terciarios o universitarios, 30% tenían un empleo remunerado y 26% realizaban ejercicio físico.

Conclusión

Los adultos con mielomeningocele atendidos en un consultorio especializado de fisiatría presentan una elevada frecuencia de complicaciones médicas y necesidades de seguimiento continuo. Las úlceras por presión, la falta de controles urológicos regulares y el dolor crónico constituyeron los problemas más frecuentemente identificados. Asimismo, se observaron bajos niveles de participación laboral, educativa y de actividad física.

Estos hallazgos resaltan la necesidad de implementar modelos de atención interdisciplinarios orientados a la vigilancia de complicaciones secundarias, la preservación de la funcionalidad y la promoción de la participación social y laboral durante la vida adulta.

Palabras clave: Mielomeningocele, adultos, estado de salud

Contribución de los autores

La totalidad del trabajo expuesto en este artículo fue realizado por el autor principal.

Conflictos de interés

No se declaran conflictos de interés.

Fuentes de apoyo

La presente investigación no contó con fuentes de financiación.

Originalidad

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa o parcialmente.

Cesión de derechos

Quienes participaron en este artículo ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

- Alriksson-Schmidt A, Josenby AL, Lindquist B, Westbom L. Pain and health status in adults with myelomeningocele living in Sweden. *J Pediatr Rehabil Med*. 2018;11(4):255-264. doi:10.3233/PRM-170517
- Bakketun T, Gilhus NE, Rekand T. Myelomeningocele: need for long-time complex follow-up—an observational study. *Scoliosis Spinal Disord*. 2019;14:3. doi:10.1186/s13013-019-0177-3
- Bartonek Å, Eriksson M. Physical function and activity, pain, and health status in adults with myelomeningocele after orthotic management from childhood: a descriptive study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2023;24(1):545. doi:10.1186/s12891-023-06673-7
- Bendt M, Gabrielsson H, Riedel D, Hagman G, Hultling C, Franzén E, Eriksson M, Seiger Å. Adults with spina bifida: a cross-sectional study of health issues and living conditions. *Brain Behav*. 2020;10(8):e01736. doi:10.1002/brb3.1736
- Mukherjee S, Pasulka J. Care for adults with spina bifida: current state and future directions. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2017;23(2):155-167. doi:10.1310/sci2302-155
- Roach JW, Short BF, Saltzman HM. Adult consequences of spina bifida: a cohort study. *Clin Orthop Relat Res*. 2011;469(5):1246-1252. doi:10.1007/s11999-010-1594-z

Alteraciones del control postural en pacientes críticos crónicos. Estudio analítico, observacional y prospectivo

Autores: Gallegos, Rocio Belén¹; del Castillo, Martín¹; Pavón, Hernán¹; Russo, Julieta¹; Sampayo, María de la Paz¹; Espíndola, Mariana Belén¹.

1- Santa Catalina - Neurorehabilitación Clínica

Trabajo presentado en Evento Científico:
27º Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación SAMFYR 2025

Correspondencia:
gallegosrocio959@gmail.com

Introducción

Los avances en cuidados intensivos incrementaron la sobrevida; sin embargo, un 5–10% de los pacientes evoluciona a un estado crítico crónico. En esta población, las alteraciones del equilibrio y de la integración sensorial impactan significativamente sobre la movilidad, la marcha y la independencia funcional. En rehabilitación neurológica, resulta fundamental disponer de herramientas objetivas que permitan evaluar y caracterizar el control postural, así como analizar su relación con el desempeño funcional de los pacientes. Si bien las escalas funcionales permiten estimar el desempeño global del paciente, su capacidad para identificar alteraciones específicas del control postural es limitada. Por ello, resulta necesario contar con herramientas más específicas, como el Mini-BESTest, que evalúa el control postural dinámico en pacientes críticos. Se desconoce el dominio frecuentemente comprometido, lo cual permitiría orientar con mayor precisión las intervenciones en rehabilitación.

Objetivo

Describir las alteraciones del control postural en pacientes críticos crónicos al alta de rehabilitación mediante el Mini - Best y analizar su correlación con la capacidad funcional de la marcha, edad y tiempo de evolución.

Materiales y métodos

Estudio analítico, observacional, transversal. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con enfermedad crítica crónica que realizaban marcha ≥ 10 metros independientemente. Se excluyeron enfermedades progresivas y dificultades comunicativas. El control postural fue evaluado mediante el Mini-BESTest analizando sus cuatro dominios: ajustes posturales anticipatorios, respuestas posturales reactivas, integración sensorial, equilibrio dinámico durante la marcha. La capacidad funcional de la marcha se evaluó mediante el ítem 7 ("Performance de la marcha") de la Clinical Outcome Variable Scale (COVS). Este instrumento fue diseñado para valorar la funcionalidad global, incluyendo movilidad en cama, transferencias, equilibrio en sedestación, marcha, uso de ayudas técnicas y función de los miembros superiores. El ítem seleccionado puntúa la capacidad de deambulación en una escala de 1 a 7, donde los puntajes más altos indican mayor independencia funcional.

• Ítems 7 del COVS >> PERFORMANCE DE MARCHA 1= Marcha no funcional. 2= Asistencia física continua de una persona. 3= Asistencia física intermitente de una persona. 4= Supervisión. 5= Independiente solo en superficies a nivel, requiere asistencia cuando hay barreras ambientales. 6= Independiente incluso en barreras ambientales. 7= El paciente puede caminar con habilidad y velocidad normal. Los

participantes fueron clasificados en dos grupos según su capacidad funcional de marcha: baja capacidad funcional (puntajes 1-4) y alta capacidad funcional (puntajes 5-7). Se aplicó estadística descriptiva, correlaciones de Spearman, prueba de rangos con signo de Wilcoxon y regresión lineal stepwise ($p < .05$).

Resultados

Participaron 20 pacientes con una edad media de 62,6 años, con predominio del sexo masculino. El tiempo de evolución fue mayor en el grupo de baja capacidad funcional ($p = .055$). El grupo con alta capacidad funcional presentó mejores puntajes en el Mini-BESTest total ($p = .010$) y en los dominios anticipatorio ($p = .015$), reactivo ($p = .034$) y marcha dinámica ($p = .007$). La edad y el tiempo de evolución se correlacionaron negativamente con el desempeño en el Mini-BESTest, mientras que la capacidad funcional se asoció positivamente con todos los dominios. El dominio de respuestas posturales reactivas fue el más comprometido y constituyó el único predictor significativo de la capacidad funcional ($R^2 = .512$, $p < .001$).

Conclusión

Las respuestas posturales reactivas constituyeron el componente del control postural más comprometido en los pacientes crónicos al alta de rehabilitación. Y el principal predictor de la capacidad funcional de la marcha. Estos hallazgos resaltan la importancia de su evaluación específica. Sugieren que las intervenciones dirigidas a optimizar este dominio podrían contribuir a mejorar el desempeño funcional de esta población.

Palabras clave: Equilibrio postural, enfermedades del sistema nervioso, enfermedad crítica.

Consideraciones éticas

A todos los sujetos se les solicitó su autorización para la participación.

Conflictos de intereses

Las autoras del presente trabajo declaran que no existen conflictos de interés de carácter personal, profesional, académico y financiero relacionados con la elaboración y presentación de este estudio.

Aspectos novedosos y relevantes

En la última década, la prevalencia de pacientes crónicos

se ha duplicado y se proyecta que esta tendencia continuará creciendo en los próximos años. Esto representa un desafío significativo para los sistemas de salud. En este contexto, se destaca el valor del Mini-BESTest, no solo como una herramienta de evaluación integral, accesible y de bajo costo. Sino también como una opción viable para el diseño de programas de intervención sin requerir equipamiento de alta tecnología. El Mini-BESTest ha sido validado en población de pacientes crónicos. Pero, aún no se ha determinado cuál de los dominios del control postural es el más afectado en esta población específica. Esta información es de gran relevancia clínica, ya que permite identificar los sistemas subyacentes comprometidos en el equilibrio funcional, facilitando así la planificación de intervenciones terapéuticas.

Contribución de los autores

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, han trabajado en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.

Fuentes de apoyo

La presente investigación no contó con fuentes de financiación.

Originalidad

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de derechos

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

- Girard K, Raffin TA. The chronically critically ill: to save or let die? *Respir Care*. 1985, May;30(5):339-47. PMID: 10315661
- Soto, G. L. EL PACIENTE CRÍTICO CRÓNICO. *Revista médica Clínica Las Condes*, 2019, 30(2), 160-170. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.03.004>
- Egger, M., Finsterhölzl, M., Buetikofer, A., Wippenbeck, F., Müller, F., Jahn, K., & Bergmann, J. Balance function in critical illness survivors and evaluation of psychometric properties of the Mini-BESTest. *Scientific reports*, 2024.14(1), 12089. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-61745-5>

- Mancini M, Horak FB. The relevance of clinical balance assessment tools to differentiate balance deficits. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2010 Jun;46(2):239-48. PMID: 20485226; PMCID: PMC3033730
- Caronni, A., Picardi, M., Scarano, S., Tropea, P., Gilardone, G., Bolognini, N., Redaelli, V., Pintavalle, G., Aristidou, E., Antoniotti, P., & Corbo, M. Differential Item Functioning of the Mini-BESTest Balance Measure: A Rasch Analysis Study. *International journal of environmental research and public health*, 2023.20(6), 5166. <https://doi.org/10.3390/ijerph20065166>
- Maldonado, M. D., Abud, V., & García, M. T. Adaptación transcultural de la escala «sistema de evaluación del equilibrio» (Mini-BESTest) en pacientes con accidente cerebrovascular [Cross-cultural adaptation of the scale balance evaluation systems (Mini-BESTest) assessment in patients with stroke]. *Rehabilitation*, 2024, 58(4), 100868. <https://doi.org/10.1016/j.rh.2024.100868>
- Salter, K., Jutai, J., Foley, N., & Teasell, R. Clinical Outcome Variables Scale: A retrospective validation study in patients after stroke. *Journal of rehabilitation medicine*, 2010, 42(7), 609-613. <https://doi.org/10.2340/16501977-0567>
- Zhu, M., van Stiphout, L., Karabulut, M., Pérez Fornos, A., Guinand, N., Meijer, K., van de Berg, R., & McCrum, C. Assessing balance in people with bilateral vestibulopathy using the Mini-Balance Evaluation Systems Test (Mini-BESTest): feasibility and comparison with healthy control data. *Journal of neurology*, 2023, 270(9), 4423-4433. <https://doi.org/10.1007/s00415-023-11795-y>
- Löfgren, N., Lenholm, E., Conradsson, D., Ståhle, A., & Franzén, E. The Mini-BESTest--a clinically reproducible tool for balance evaluations in mild to moderate Parkinson's disease?. *BMC neurology*, 2014, 14, 235. <https://doi.org/10.1186/s12883-014-0235-7>
- T. Fitzgerald, C. O'Keeffe, J. Inocentes, E. Murphy, M. Bradley, C. Fearon, R. Reilly. Quantitative Analysis of the Biomechanical Contributors during the miniBEST Clinical Scale for Assessing Risk of Falling in Parkinson's Disease [abstract]. *Mov Disord.* 2024; 39 (suppl 1). <https://www.mdsabstracts.org/abstract/quantitative-analysis-of-the-biomechanical-contributors-during-the-minibest-clinical-scale-for-assessing-risk-of-falling-in-parkinsons-disease/>. Accessed August 27, 2025
- Campbell, K. R., Scanlan, K. T., Wilhelm, J. L., Brumbach, B. H., Pettigrew, N. C., Neilson, A., Parrington, L., & King, L. A. Assessment of balance in people with mild traumatic brain injury using a balance systems model approach. *Gait & posture*, 2023, 100, 107-113. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2022.12.005>
- Sibley, K. M., Straus, S. E., Inness, E. L., Salbach, N. M., & Jaglal, S. B. Clinical balance assessment: perceptions of commonly-used standardized measures and current practices among physiotherapists in Ontario, Canada. *Implementation science : IS*, 2013, 8, 33. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-33>

Programa de rehabilitación en trastornos de conciencia: evaluación de procesos asistenciales y resultados clínicos

Autores: Rivas, Maria Elisa¹; Broggi, M. Soledad¹; Alza, Florencia I¹; Muzio, Diana¹; Ron, Melania I¹

1- Centro de Rehabilitación de Adultos (CR), Fleni Escobar

Trabajo presentado en Evento Científico:
27º Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación SAMFYR 2025

Correspondencia:
merivas@fleni.org.ar

Introducción

La rehabilitación temprana favorece la recuperación del estado de conciencia en pacientes con trastornos de la misma. En nuestro programa se han reportado resultados favorables; sin embargo, no se ha evaluado el cumplimiento de las intervenciones recomendadas. Ni los tiempos en los que se cumplieron, aspectos clave para optimizar la atención.

Objetivo

Describir los resultados clínicos y los tiempos de ejecución de los principales procesos asistenciales en un programa interdisciplinario de rehabilitación para pacientes con trastornos de conciencia (DOC).

Materiales y métodos

Estudio observacional retrospectivo en adultos con lesión cerebral en estado de vigilia sin respuesta (EVSUR) o en estado de conciencia mínima (ECM), admitidos al programa de rehabilitación de 100 días entre 2019 y 2025. Fueron excluidos los pacientes con ventilación mecánica. Los datos se obtuvieron de historias clínicas y bases de datos. Se midieron variables clínico-demográficas, el estado de conciencia con la escala de recuperación del coma (CRS-R). Tiempos desde el ingreso al programa, inicio de los cuidados posicionales en cama, silla de ruedas y bipedestación, estimulación multisensorial, el programa de psicoeducación y asesoramiento al cuidador principal. Así como la prescripción de productos de apoyo para la movilidad e higiene.

Resultados

Se incluyeron 71 pacientes (62% hombres), 38% con lesiones cerebrales traumáticas (TEC). La mediana de edad fue 51 años (54-60), el tiempo de evolución 63 días (35-98), y la puntuación inicial en la CRS-R fue 5 (4-8). El 60% de los pacientes se encontraba en estado de vigilia sin respuesta al ingreso al programa.

Estado de conciencia: 24/71 (34%) pacientes emergieron del estado de conciencia mínima durante el seguimiento. El análisis de Kaplan-Meier mostró una media de tiempo hasta la emergencia de 12,8 semanas en el grupo no TEC y de 9,4 semanas en el grupo TEC (log-rank $\chi^2 = 13,35$; $p < 0,001$). De los 30 pacientes no emergentes a las 14 semanas, 4 (3 EMC y 1 EVSR) lo hicieron posteriormente al alta.

Cuidados posicionales y estimulación multisensorial: La mediana (RI) para posicionamiento en la silla de ruedas fue de 1 día (0-1), en cama 2.5 días (1-7), y en bipedestación 7 días (4-11). Las férulas de reposo para el miembro superior se confeccionaron en el 64.8% de los casos, con una mediana de 18 días (8-50). Hubo un 100% de

cumplimiento en la estimulación multisensorial diaria, con al menos tres disciplinas (kinesioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, musicoterapia) cada semana. Psicoeducación y asesoramiento a la familia: la mediana (RI) de entrega de material educativo fue 1.5 días (1-21), para la entrevista psicoeducativa inicial 5 días (2-10), y para clínica familiar 19 días (13-32). El cuestionario de accesibilidad en el hogar se entregó a los 63 días (40-95), sin diferencias significativas entre emergentes y no emergentes ($p = 0.58$). La entrevista inicial con trabajo social ocurrió a los 28 días (13-47). Prescripción de productos de apoyo para movilidad e higiene: la silla de ruedas se prescribió a los 75 días (56-91) en los pacientes no emergentes, 110 días (78-151) en los emergentes ($p = 0.01$), y lo mismo ocurrió con la silla de baño, con una mediana (RI) de 75 días (59-99) frente a 112 días (78-151) ($p = 0.02$).

Conclusión

El programa de rehabilitación para pacientes con trastornos de conciencia se asoció con una recuperación clínicamente relevante del estado de conciencia. Observándose emergencia del estado de conciencia mínima en más de un tercio de los pacientes. Asimismo, se evidenció un alto grado de cumplimiento de las intervenciones asistenciales recomendadas. También una implementación temprana de los cuidados posicionales, la estimulación multisensorial y las estrategias de acompañamiento familiar.

La descripción sistemática de los tiempos de ejecución de estos procesos aporta información relevante para la evaluación de la calidad asistencial y la identificación de oportunidades de mejora. Futuras investigaciones deberán comparar estos indicadores con estándares de calidad y recomendaciones internacionales para optimizar la organización de los programas de rehabilitación dirigidos a personas con trastornos de conciencia.

Palabras clave: Rehabilitación Neurológica, Trastornos de la Conciencia, Lesiones Encefálicas, Guía de Práctica Clínica.

Consentimiento informado

Este estudio no requiere consentimiento informado. Es un estudio retrospectivo.

Conflictos de interés

No se declaran conflictos de interés.

Cesión de derechos

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

- Giacino JT, Whyte J, Nakase-Richardson R, Katz DI, Arciniegas DB, Blum S, Day K, Greenwald BD, Hammond FM, Pape TB, Rosenbaum A, Seel RT, Weintraub A, Yablon S, Zafonte RD, Zasler N. Minimum Competency Recommendations for Programs That Provide Rehabilitation Services for Persons With Disorders of Consciousness: A Position Statement of the American Congress of Rehabilitation Medicine and the National Institute on Disability, Independent Living and Rehabilitation Research Traumatic Brain Injury Model Systems. Arch Phys Med Rehabil. 2020 Jun;101(6):1072-1089. doi: 10.1016/j.apmr.2020.01.013. Epub 2020 Feb 20. PMID: 32087109.
- Rivas ME, Ron M, Salierno FM, Broggi MS, Bonamico L. Resultados de un Programa de Rehabilitación Transdisciplinario para Pacientes con Alteración de la Conciencia (2006-2022, Argentina) [Outcomes of a Transdisciplinary Rehabilitation Program for Patients with Consciousness Disorders (2006-2022, Argentina)]. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba. 2025 Mar 31;82(1):6-21. Spanish. doi: 10.31053/1853.0605.v82.n1.42871. PMID: 40163824; PMCID: PMC12057715.
- Harris KA, Zhou Y, Jou S, Greenwald BD. Disorders of Consciousness Programs: Components, Organization, and Implementation. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2024 Feb;35(1):65-77. doi: 10.1016/j.pmr.2023.06.014. Epub 2023 Jul 11. PMID: 37993194.

Uso del dispositivo FESIA WALK en la rehabilitación de la marcha

Autores: Dra Garcia, Gabriela Alejandra¹; Dra Bondar , Barbara Maria¹; Dr Valeff, Juan Ignacio¹

1- Clínica DINATOS,
La Plata, Buenos Aires, Argentina

Trabajo presentado en Evento Científico:
27º Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación SAMFYR 2025

Correspondencia:
dgtarga@hotmail.com

Introducción

La estimulación eléctrica funcional (FES) es una terapia que se basa en la producción de pequeños trenes de pulsos eléctricos para inducir contracciones musculares al generar potenciales de acción en motoneuronas.

Es utilizada en trastornos de la marcha con déficit en la dorsiflexión producto de lesiones del sistema nervioso como accidentes cerebrovasculares, lesiones medulares, traumatismo encefalocraneano, parálisis cerebral y esclerosis múltiple, entre otros.

El uso del dispositivo de estimulación eléctrica funcional (Fesia Walk) aporta mayor selectividad debido al desarrollo de un electrodo multicampo. Esto cubre tanto el nervio tibial como el peroneo, permitiendo la configuración de la flexión dorsal, plantar, inversión y eversion.

Objetivo

Evaluar los efectos del uso del FESIA WALK sobre la velocidad de marcha en pacientes con déficit en los dorsiflexores y/o plantiflexores del pie.

Materiales y métodos

Tipo de estudio transversal.

Previo consentimiento informado se incluyeron 35 pacientes en tratamiento integral de rehabilitación en la Clínica Dinatos, con diagnóstico de accidente cerebrovascular (ACV, n=16), parálisis cerebral (PC, n=5), lesión medular (LM, n=4) y otras condiciones neurológicas (n=10). Todos presentaban alteraciones del patrón de marcha asociadas a déficit de dorsiflexión y/o flexión plantar del tobillo. Se analizaron mediciones de velocidad de la marcha sin y con el dispositivo FESIA WALK a través del Test de marcha de 10 mts. Criterios de inclusión: Trastorno de la marcha por lesión del sistema nervioso central o periférico con déficit en la dorsiflexión y/o plantiflexión del pie, con evolución mayor a 6 meses, Ashworth menor a 4. Criterios de exclusión: Ausencia de conducción nerviosa en el EMG, implantes electrónicos, epilepsia severa, compromiso cognitivo severo, tumor maligno o lesiones cutáneas en la zona de aplicación del electrodo.

Resultados

De los 35 pacientes analizados, 25 (71,4%) presentaron una mejoría del desempeño de la marcha al utilizar FESIA WALK en comparación con la condición sin dispositivo. Se observó una reducción promedio de 10 segundos en el tiempo requerido para completar la prueba de marcha, acompañada de una activación efectiva de la dorsiflexión del pie afectado. Asimismo, los pacientes refirieron una mayor sensación

de estabilidad del tobillo durante la deambulaci3n. En los 10 pacientes restantes no se observaron cambios clínicamente relevantes en la velocidad de marcha.

Conclusiones

El uso de FESIA WALK mejoró la velocidad de marcha en comparaci3n con la obtenida sin el dispositivo en pacientes con déficit de dorsiflexi3n secundario a lesiones del sistema nervioso central. Adem3s, favoreci3 la activaci3n funcional de la dorsiflexi3n durante la marcha y se asoci3 con una mayor estabilidad del tobillo durante la deambulaci3n. Estos hallazgos sugieren que el dispositivo constituye una herramienta útil para optimizar el patr3n de marcha y la seguridad durante la movilidad.

Palabras clave: estimulaci3n el3ctrica funcional, neurorrehabilitaci3n, rehabilitaci3n de la marcha, Fesia Walk.

Conflictos de inter3s

No se declaran conflictos de inter3s.

Fuentes de apoyo

La presente investigaci3n no cont3 con fuentes de financiaci3n.

Originalidad

Este artícuo es original y no ha sido enviado para su publicaci3n a otro medio de difusi3n científica en forma completa ni parcialmente.

Cesi3n de derechos

Quienes participaron en la elaboraci3n de este artícuo, ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitaci3n.

BIBLIOGRAFÍA

- Imatz-Ojanguren et al. A foot drop compensation device based on surface multi-field functional electrical stimulation. Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering. Volumen 6: 1-13, 2019.
- Everaert, DG, et al. Efecto de un estimulador de pie pélvico y una ortesis de tobillo-pie en la capacidad de marcha tras un ictus: un ensayo controlado aleatorizado multicéntrico. Neurorrehabilitaci3n y reparaci3n neural , 27 (7), 579-591. 2013.
- Sabut SK et al. Estimulaci3n el3ctrica funcional del m3sculo

dorsiflexor: Efectos sobre la fuerza dorsiflexora, la espasticidad plantarflexora y la recuperaci3n motora en pacientes con ictus. NeuroRehabilitation . 2011;29(4):393-400.

- A. Martínez-Tejedor et al. Uso combinado de estimulaci3n el3ctrica funcional y entrenamiento mediante perturbaciones para el tratamiento del equilibrio en una persona con accidente cerebrovascular: un estudio de caso. Fisioterapia, Volumen 45, Num 3, (168-171)2023.

Factores que afectan el tiempo de entrega de tecnología asistiva en rehabilitación neurológica pediátrica: estudio de cohorte retrospectiva

Autores: Areta, A.¹; Molina, M.; Festino, R.¹; Mora, A.¹; Muzio, D.¹; Andreu, M.F.¹

1- Fleni. Escobar, Buenos Aires.
Argentina.

Trabajo presentado en Evento Científico:
27º Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación SAMFYR 2025

Correspondencia:
anareta@fleni.org.ar

Introducción

Se han descripto barreras en la provisión de Tecnología Asistiva (TA), como obstáculos administrativos, cobertura deficiente, y acceso limitado a la rehabilitación pediátrica. Estas barreras causan demoras entre la prescripción y la entrega de los dispositivos, así como inequidades en el acceso y retrasos en los procesos clave de la rehabilitación. Sin embargo, existe escasa evidencia que especifique sistemáticamente los tiempos de provisión de TA en servicios de neurorrehabilitación pediátrica.

Objetivo

Describir el tiempo entre prescripción y entrega de tecnología asistiva (TA) en niños internados en un centro de neurorrehabilitación pediátrica e identificar los factores asociados a una mayor demora en su provisión.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva en un centro de neurorrehabilitación pediátrica durante el año 2024. Se incluyeron pacientes menores de 22 años internados que ingresaron entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024. Con una estancia superior a los 20 días y al menos una prescripción de tecnología asistiva, documentada por médico fisiatra, para favorecer su participación y movilidad. Se excluyeron los pacientes con registros incompletos que impidieran determinar las fechas de indicación o entrega. Se evaluó como variable principal, el tiempo entre prescripción y entrega medido en días. Se analizaron 60 dispositivos prescritos a 33 pacientes. Los tipos de TA prescritas fueron sillas de ruedas de traslado postural, silla de ruedas de autopropulsión, andadores, tricicletas, ortesis de miembro inferior. Para el análisis estadístico se utilizó Stata 18 (StataCorp LLC, College Station, TX, EE.UU.). Se realizaron análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan–Meier y un modelo de regresión de Cox ajustado para explorar los factores asociados al tiempo entre la prescripción y la entrega del dispositivo.

Resultados

La media de edad de los niños internados fue de 10,6 años. Se entregó durante dicha internación el 68% de los dispositivos prescritos. La mediana del tiempo entre la prescripción y la entrega fue de 27 días (RIQ 10-64). La prescripción de sillas de ruedas se asoció con una menor probabilidad de entrega durante la internación y con mayores tiempo de provisión (HR 0,26; IC 95%: 0,09–0,71; $p<0,001$). De manera similar, contar con cobertura médica provincial se asoció con menor entrega de tecnología asistiva y mayores demoras en relación a otros tipos de cobertura (HR 0,44; IC 95%: 0,24–0,79; $p<0,001$).

Conclusión

La mayoría de los dispositivos de tecnología asistiva fueron entregados durante la internación. El tipo de dispositivo y la cobertura médica se asociaron significativamente con tiempo de provisión. Estos hallazgos resaltan la necesidad de optimizar los procesos administrativos y de financiamiento para garantizar una entrega oportuna, especialmente en contextos de mayor vulnerabilidad.

Palabras clave: tecnología asistiva, rehabilitación neurológica, pediatría, accesibilidad a los servicios de salud.

Financiamiento

Sin financiamiento

Consideraciones éticas

El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética Institucional (13/04/2025; #10/25). Todos los familiares y/o representantes legales firmaron al ingreso un consentimiento informado para el uso de sus datos con fines investigativos.

Conflictos de interés

No se declaran conflictos de interés.

Fuentes de apoyo

La presente investigación fue financiada por el Centro Hirsch.

Originalidad

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica, en forma completa ni parcial.

Cesión de derechos

Quienes participaron en la elaboración de este artículo ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

- Mukherjee D, Shulman KS, Fins JJ. Access to assistive technology in pediatric brain injury care: Narrative perspectives of clinicians, vendors, and parents. PM R. 2025 Jul 25. doi: 10.1002/pmrj.13444.
- Sarkisova N, Smith R, VandenBerg C, Pace JL, Goldstein RY. Access to Physical Therapy for Pediatric and Adolescent Patients Following Orthopedic Surgery. Glob Pediatr Health. 2019 May 12;6:2333794X19848676. doi: 10.1177/2333794X19848676
- Fins JJ, Knitter J, Mukherjee D, Conti K, Donleavy-Hiller B, Gerber LM, Hersh JE, Kotorac-Erlbaum R, Milch B, Klein SM. A Descriptive Analysis of Access to Assistive Technology in Children With Acquired Brain Injury: The Right to Assistive Devices. J Head Trauma Rehabil. 2024 Mar-Apr 01;39(2):152-159
- Miller M, Riddle DL. Insurance status and access to pediatric physical therapy services. Children (Basel). 2019;6(6):73. doi:10.3390/children6060073
- Charbonnet M, Sylvester L, Wang H, DeGrace BW. Provision of paediatric wheelchairs in low resource settings: a scoping review. Disabil Rehabil Assist Technol. 2023 Oct;18(7):1120-1138. doi: 10.1080/17483107.2021.1986582.
- Mukherjee D, Shulman KS, Fins JJ. Access to assistive technology in pediatric brain injury care: Narrative perspectives of clinicians, vendors, and parents. PM R. 2025 Jul 25. doi: 10.1002/pmrj.13444.
- Østensjø S, Carlberg EB, Vøllestad NK. The use and impact of assistive devices and other environmental modifications on everyday activities and care in young children with cerebral palsy. Disabil Rehabil. 2005;27(14):849-861. doi:10.1080/09638280400018619

Prolongación de la internación en rehabilitación de pacientes con daño cerebral adquirido: causas e impacto económico

Autores: Di Pietrantonio Andrés¹; Fernández Daniel²; Romero Isi²; Macias Mera Andrés²; Rojas Eliana²; Gazzotti Andrea³

1- Médico Jefe de Internación a cargo
2- Médicos Residentes 1º año Fisiatría
3- Médica Jefa de Hospital de Día
Instituto de Rehabilitación Psicosfísica (IReP). GCBA. Argentina. Servicio de Fisiatría

Trabajo presentado en Evento Científico:
27º Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación SAMFYR 2025

Correspondencia:
andresedp@hotmail.com

Introducción

La rehabilitación es clave en la recuperación de pacientes con daño cerebral adquirido (DCA). Sin embargo, al alta aparecen dificultades que prolongan la internación, afectando al paciente, al sistema de salud y la disponibilidad de camas.

Objetivos

Describir factores biopsicosociales que prolongan la internación luego de la indicación de alta de rehabilitación en una institución monovalente de rehabilitación del sector público y estimar gasto nominal total de días extras de internación.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se incluyeron pacientes internados con DCA entre enero/2021-diciembre/2024. Se completó un formulario Googleforms con: datos clínicos, situación socioeconómica, causas y duración de la prolongación de internación. Se estimó el costo de los días adicionales de internación utilizando como referencia el valor día establecido en el Nomenclador de Prestaciones del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA), versión INC 0.8, actualizado a diciembre de 2024.

Resultados

Entre 2021 y 2024 se internaron 194 pacientes, 92 con DCA. El 54,3% fueron varones, 66,3% ACV y 21,7% TEC. El 69,6% provenían de hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El 61% no tenía obra social, 20% pertenecían al Programa de Atención Médica Integral (PAMI). Un 12,5% era desempleado, 14,1% jubilado y 25% sin apoyo económico. El 76% vivía con su familia. Comorbilidades frecuentes: hipertensión (50%), tabaquismo (33%), diabetes (22%), consumo de alcohol (12%) o drogas (11%), y trastornos psiquiátricos (6,5%). La Medida de Independencia Funcional (FIM) promedio al ingreso fue 53/126.

La mediana de internación general fue 60 días, rango (4-1260). El 44% de los pacientes presentó problemáticas sociales que condicionaron la prolongación de la internación, alcanzando una mediana de estancia de 150 días, en comparación con 90 días en aquellos sin dificultades sociales. Durante este período, los pacientes recibieron intervenciones de mantenimiento terapéutico.

El 92% de las internaciones prolongadas fueron por causas sociales (vivienda, cobertura, red de apoyo); el 8% por causas médicas.

El costo estimado de un día de internación en rehabilitación a diciembre de 2024 fue de \$256.059 por paciente. Considerando una prolongación de 90 días, el costo adicional estimado ascendió a \$23.045.310 por paciente.

Conclusiones

Las dificultades sociofamiliares constituyeron la principal causa que prolonga la estadía hospitalaria. Estas demoras se asociaron a un incremento sustancial de los días de estancia y a elevados costos para el sistema público de salud. Además condiciona limitar la disponibilidad de camas para nuevos ingresos. La muestra se limitó a pacientes internados en un centro público de rehabilitación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, lo que restringe la generalización de los resultados a otros ámbitos asistenciales. Futuros estudios deberían evaluar estos hallazgos en instituciones con diferentes características organizacionales y contextos socioeconómicos.

Palabras clave: rehabilitación daño cerebral adquirido, hospitalización prolongada, costos y problemas biopsicosociales

Contribución de los autores

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, hemos trabajado en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, haciéndonos públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.

Conflictos de interés

No se declaran conflictos de interés.

Fuentes de apoyo

La presente investigación no contó con fuentes de financiación.

Originalidad

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de derechos

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, cedemos los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

- Battaglia M, Brovelli K, Castrogiovanni N, Cunzolo V and cols. ¿Por qué la familia no se los lleva? Políticas públicas, redes sociofamiliares y necesidades de cuidado de las personas con internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. *Margen* N°93, 2019.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6990149>
- Meijer R, Klimmendaal Arnhem G, van Limbeek J, Peusens G and cols. The Stroke unit Discharge Guideline, a prognostic framework for the discharge outcome from the hospital stroke unit. A prospective cohort study. *Clinical Rehabilitation* 2005; 19: 770-778 doi: 10.1191/0269215505cr875oa.
- Nomenclador de Prestaciones de Salud del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Nomenclador MS-GCABA 15 Nov-14 Dic 2024. IF-2024-434090020-GCABA-DGCRFS
<https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/PE-RES-MSGC-MSGC-5271-24-ANX.pdf>

Atención integral en rehabilitación: articulación entre trabajo social y fisiatría en clave de derechos

Autores: Dr. Di Pietrantonio Andrés Ernesto¹; Lic. Maidana María Eugenia¹

1- Instituto de Rehabilitación Psicosfísica (I.R.E.P)

Trabajo presentado en Evento Científico:
27º Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación SAMFYR 2025

Correspondencia:
andresedp@hotmail.com

Introducción

Los pacientes en proceso de rehabilitación presentan múltiples necesidades, tanto clínicas como sociales. El consultorio de fisiatría constituye una oportunidad clave para realizar un trabajo integral desde el inicio del proceso de atención. La incorporación del trabajo social permite identificar determinantes sociales que condicionan el acceso, la adherencia y la continuidad terapéutica, conforme al derecho a la salud.

Objetivo

Describir la experiencia de la articulación entre fisiatría y trabajo social en una institución pública monovalente de rehabilitación. Analizando su contribución a la identificación de necesidades sociales, la accesibilidad a los tratamientos y la continuidad de los cuidados desde un enfoque de derechos.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, cualitativo y exploratorio. Centrado en la práctica de una institución pública monovalente de rehabilitación en el ámbito del consultorio de fisiatría. Se efectuó revisión normativa vinculada al enfoque de derechos. Se incluyó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley Nacional N.º 26.529 de Derechos del Paciente y la Ley Nacional N.º 24.901. Y se sistematizó de un caso clínico-social, desde la primera consulta, se abordaron aspectos sociales relevantes para la atención en salud y la planificación del proceso rehabilitador.

Resultados

El abordaje interdisciplinario temprano permitió identificar de manera oportuna factores sociales que condicionaban el acceso y la continuidad de los tratamientos de rehabilitación. La intervención conjunta entre fisiatría y trabajo social facilitó la articulación con recursos institucionales y comunitarios, favoreciendo la planificación de estrategias de atención acordes a las necesidades y contextos de cada persona. Asimismo, contribuyó a una comprensión integral de las trayectorias de vida de los pacientes y a la incorporación de la perspectiva de derechos en la toma de decisiones asistenciales.

Conclusión

El trabajo articulado entre fisiatría y trabajo social fortalece el modelo de atención integral en rehabilitación y operacionaliza el enfoque de derechos dentro de la práctica asistencial.

La integración de dimensiones clínicas y sociales se constituye como un eje central para la construcción de trayectorias de rehabilitación inclusivas, sostenidas y centradas en la persona.

Esta modalidad se implementa tanto en el ámbito ambulatorio como en la internación, favoreciendo la continuidad y la integralidad de la atención

Palabras clave: Derechos, Fisiatría, Rehabilitación, Salud Pública, Trabajo Social

Contribución de los autores

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, trabajaron en la construcción del trabajo, aportando cada uno de ellos perspectiva y concepciones desde su especialidad. Las cuales fueron parte del diseño.

Algunas de las tareas realizadas fueron recolección de la información, elaboración de objetivo y metodología.

Como así también análisis de los resultados obtenidos.

Ambos autores son públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.

Conflictos de interés

No se declaran conflictos de interés.

Fuentes de apoyo

La presente investigación no contó con fuentes de financiación.

Originalidad

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de derecho

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

- Argentina. Ley Nacional 24.901. Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad. Sancionada el 5 de noviembre de 1997; promulgada el 2 de diciembre de 1997; publicada en Boletín Oficial el 5 de diciembre de 1997 (Argentina). Disponible en InfoLEG: servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/ane-xos/45000-49999/47677/norma.htm.
- Argentina. Ley Nacional 26.529: Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sancionada el 21 de octubre de 2009; promulgada de hecho el 19 de noviembre de 2009. Boletín Oficial, 20 nov 2009. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/ane-xos/155000-159999/155242/norma.htm>
- Campello García L. La Dependencia en el contexto actual. En: Zabalza Beraza, Rodríguez González y Muradás López. Experto en atención a la dependencia. Santiago de Compostela: 2007. p. 17-27.
- Chiara M. y Di Virgilio M. Gestión de la política social. Conceptos y herramientas. Buenos Aires: Ediciones Universidad Nacional de General Sarmiento; 2009.
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Ginebra; OMS; 2001.
- Naciones Unidas. Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. New York: Naciones Unidas; 2006.
- De Robertis C. y Pascal H. La intervención colectiva en Trabajo Social: La acción con grupos y comunidades. 1.ª ed. Buenos Aires: Lumen Hvmantas; 1994.
- Giovacchini C. El trabajo con problemas en el proceso de planificación en salud pública.
- Muyor Rodríguez J. La (con)ciencia del Trabajo Social en la discapacidad: Hacia un modelo de intervención social basado en derechos. Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social. 2011; 49: p. 9-33.
- Palacios A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. 1.ª ed. Madrid: Ediciones Cinca; 2008.
- Pantano L. Personas con discapacidad: Hablemos sin eufemismos. La Fuente. 2007; 33.
- Pantano L. La palabra "discapacidad" como término abarcativo. Observaciones y comentarios sobre su uso. Cuestiones sociales y económicas. 2007; 9: 105-126.
- Romañach Cabrero J. Bioética al otro lado del espejo: la visión de las personas con diversidad funcional y el respeto a los derechos humanos. 1.ª ed. Santiago de Compostela: Diversitas Ediciones; 2009.

Duelo y rehabilitación psicofísica: rol del servicio de Psicología en la reconstrucción subjetiva

Autores: Lic. Mariela Tamburrini¹, Lic. Luciana Mascitelli¹, Lic. Emilce Schenk¹

¹- Centro de Rehabilitación Hirsch,
Servicio de Psicología.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
Argentina.

Trabajo presentado en Evento Científico:
27º Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación SAMFYR 2025

Correspondencia:
meschenk78@gmail.com

Introducción

La pérdida funcional secundaria a patologías neurológicas o traumatológicas constituye un acontecimiento disruptivo. Puede desencadenar procesos de duelo, afectando la identidad corporal, la capacidad funcional y la salud mental del paciente en rehabilitación. Si bien algunos autores equiparan este proceso al duelo por fallecimiento, existe controversia respecto de sus particularidades clínicas y del rol institucional en su acompañamiento. Eso resalta la necesidad de intervenciones psicológicas especializadas en el contexto de rehabilitación.

Objetivos

Describir las estrategias clínicas implementadas por el Servicio de Psicología del Centro Hirsch para acompañar a pacientes con pérdida funcional severa. Analizar cómo dichas intervenciones favorecieron a la simbolización del duelo y la adaptación subjetiva durante la rehabilitación psicofísica.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cuantitativo, cualitativo, descriptivo, se incluyeron 25 pacientes internados entre julio y diciembre de 2024.

Criterios de inclusión: adultos (≥ 18 años), internados por patologías neurológicas, traumatológicas con compromiso funcional severo, en seguimiento psicológico.

Los pacientes completaron entrevistas clínicas semiestructuradas. Los familiares participaron de reuniones interdisciplinaria, además de las sesiones familiares y grupales.

El análisis se efectuó mediante codificación abierta y análisis temático, identificando categorías vinculadas a las fases del duelo, la expresión emocional y los mecanismos de afrontamiento. Los datos se presentan en proporciones con sus porcentajes.

Resultados

En 20 de 25 pacientes (80%) se identificaron manifestaciones emocionales asociadas al proceso de duelo por la pérdida funcional, incluyendo sentimientos de pérdida, culpa, enojo, frustración y ambivalencia. Estos hallazgos fueron consistentes con las descripciones previas del impacto emocional del trauma y la discapacidad adquirida. Asimismo, 23 pacientes (92%) presentaron alteraciones en la imagen corporal, logrando una progresiva integración subjetiva a través del trabajo clínico continuado. En 17 familias (68%) se observaron transformaciones significativas en la comprensión del proceso rehabilitador, con disminución de conductas de sobreprotección y mayor acompañamiento adaptativo. Finalmente, 18 pacientes (72%) evidenciaron un incre-

mento en la adherencia terapéutica, una participación más activa en el proceso de rehabilitación y una mayor capacidad para proyectar actividades futuras. Esto sugiere que la elaboración simbólica del duelo, junto con la intervención sobre los mecanismos de afrontamiento, favorece la recuperación psicosocial y funcional.

Conclusiones

La presencia sistemática del servicio de psicología en el proceso de rehabilitación favorece la elaboración subjetiva de la pérdida funcional, posibilita la simbolización del dolor y acompaña el tránsito emocional y corporal que implica la discapacidad adquirida. Estas intervenciones contribuyen a la reorganización de la imagen corporal, fortalecen la adherencia al tratamiento y promueven la construcción de nuevas formas de ser y estar en el mundo, aspecto central para la recuperación funcional. Entre las limitaciones del estudio se reconoce su naturaleza cualitativa, el tamaño reducido de la muestra, el período acotado de recolección y el hecho de haberse desarrollado en un único centro. Esto impide generalizar los hallazgos. No obstante, los resultados respaldan la necesidad de incorporar sistemáticamente la psicología clínica en los equipos interdisciplinarios de rehabilitación. Esto se debe a su papel en la integración emocional, el afrontamiento y la adaptación subjetiva frente a la pérdida funcional.

Palabras clave: Rehabilitación; Duelo; Psicología clínica; Imagen corporal; Adaptación.

Contribución de autoras

Las autoras participaron en la concepción del diseño, la recolección de la información clínica, el análisis cualitativo, la redacción y revisión crítica del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.

Consentimiento de pacientes

Los pacientes han consentido para la publicación de este material con fines científicos.

Conflictos de interés

No se declaran conflictos de interés.

Fuentes de apoyo

La presente investigación fue financiada por el Centro Hirsch.

Originalidad

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica, en forma completa ni parcial.

Cesión de derechos

Quienes participaron en la elaboración de este artículo ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

- Campos Villalobos G, López Castillo C. Patologías mentales derivadas de los accidentes de tránsito. *Med Legal Costa Rica*. 2008;25(2):27-34. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152008000200003. 27-34
- García Huertas MA, Leonardo de León AM. Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con la depresión. *Rev Acad Soc Conoc CUNZAC*. 2024;4(2):39-51. doi:10.46780/sociedadcunzac.v4i2.140
- Murieta SD, Cisneros MT. Rehabilitación y capacidad funcional en la salud del siglo XXI. *An Sist Sanit Navarr*. 2022 Dec;45(3):1-8. doi:10.23938/ASSN.1028
- Salvador MC. El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Rev Psicoter*. 2009;20(80):5-16.
- Hermenegildo AYI, Ruíz JJS, Herrera JC, Díaz GG. Intervención psicológica para la atención del duelo en niños durante la pandemia por COVID-19. *Educ Salud Bol Cient Inst Cienc Salud Univ Aut Estado Hidalgo*. 2024;13(25):10-14. doi:10.29057/icsa.v13i25.12976

Rehabilitación accesible, un desafío

Autores: Alejandra Guanca¹; Dolores Gelosi¹; Mercedes Viramonte¹; Marcela Córdoba¹; Romina Ovando¹; Federico Aimó¹; Mariano Tejerina¹; Matías Morales¹; Esteban Gonzalez¹; María del Valle Bertoní¹

1- Centro Provincial de Rehabilitación Física de Salta, Ministerio de Salud Pública, Salta, Argentina

Trabajo presentado en Evento Científico:
27º Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación SAMFYR 2025

Correspondencia:
romina_ovando@outlook.com

Introducción

La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) constituye una estrategia promovida por la Organización Mundial de la Salud orientada a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Esto se logra mediante su inclusión social, participación activa y acceso equitativo a servicios de salud y rehabilitación dentro de su propio entorno sociocultural. En regiones con barreras geográficas, sociales y económicas significativas, los modelos tradicionales centrados en instituciones especializadas resultan insuficientes para garantizar el derecho a la rehabilitación.

Santa Victoria Este, ubicada en la provincia de Salta, Argentina, presenta características territoriales y socioculturales que dificultan el acceso a servicios especializados. Estas incluyen dispersión poblacional, grandes distancias hacia centros urbanos, vulnerabilidad socioeconómica y diversidad lingüística vinculada a comunidades originarias. En este contexto surge la necesidad de desarrollar estrategias innovadoras que permitan acercar la rehabilitación al territorio y reducir inequidades en salud.

Objetivo

Describir la implementación de un proyecto de Rehabilitación Basada en la Comunidad destinado a mejorar la accesibilidad a la rehabilitación, fortalecer capacidades locales y promover la inclusión social de personas con discapacidad en Santa Victoria Este.

Materiales y métodos

Se desarrolló una experiencia interdisciplinaria y transectorial articulada entre el Centro Provincial de Rehabilitación Física, el Ministerio de Salud Pública de Salta, la Secretaría de Discapacidad, el Hospital local y actores comunitarios. El proyecto se llevó adelante entre febrero y octubre de 2025 mediante la realización de viajes periódicos al territorio, acompañados por reuniones de planificación y coordinación interinstitucional.

La metodología incluyó evaluaciones interdisciplinarias en terreno y consultorio, con participación de profesionales de fisioterapia, kinesiología, terapia ocupacional y el área de órtesis y prótesis. Asimismo, se realizaron adecuaciones y entregas de ayudas técnicas, toma de moldes para dispositivos ortopédicos y capacitaciones dirigidas a agentes sanitarios y facilitadores interculturales bilingües.

Resultados

Durante el período analizado se realizaron nueve viajes territoriales y se evaluaron 62 personas con discapacidad, con edades comprendidas entre 0 meses y 76 años. Se

entregaron 36 ayudas técnicas y se confeccionaron 10 moldes para órtesis y prótesis. Además, se desarrollaron cuatro instancias de capacitación que alcanzaron a 30 participantes pertenecientes al sistema sanitario local y a la comunidad. El perfil clínico relevado evidenció predominio de parálisis cerebral (34%), epilepsia (16%), retraso global del desarrollo (13%), amputaciones y secuelas motoras (11%). Esto permitió identificar una demanda previamente invisibilizada para el sistema sanitario centralizado. La intervención territorial facilitó la detección precoz de necesidades de rehabilitación y la implementación de respuestas adaptadas al contexto local.

Conclusión

Se concluye que el contexto social y cultural es un determinante central en el abordaje de la discapacidad. La implementación de modelos de rehabilitación territorializados, interdisciplinarios y comunitarios permite ampliar el acceso, reducir inequidades y construir trayectorias de atención más inclusivas y sostenidas. La experiencia desarrollada en Santa Victoria Este confirma que la rehabilitación accesible es posible cuando las instituciones sanitarias y la comunidad trabajan de manera conjunta. Este trabajo fortalece las redes locales y promueve el ejercicio efectivo del derecho a la salud y a la inclusión social de las personas con discapacidad.

Palabras clave: Rehabilitación Basada en la Comunidad; Discapacidad; Acceso a los Servicios de Salud; Equidad en Salud; Inclusión Social.

Contribución de los autores

Quienes participaron en la elaboración de este artículo han trabajado en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final. Se contó con el consentimiento correspondiente de los participantes y sus referentes para la difusión de los datos con fines científicos.

Conflictos de interés

No se declaran conflictos de interés.

Fuentes de apoyo

La presente investigación no contó con fuentes de financiación.

Originalidad

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcial.

Cesión de derechos

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación.

Artroplastía total de codo en fractura complicada: a propósito de un caso

Autores: Gómez, Andrea Verónica¹; Britez, Julián²; Carradori, Juan Pablo³

1- Terapeuta ocupacional del Instituto Médico de Rehabilitación (La Plata, Bs. As.), Instituto Rehabilitar (La Plata, Bs. As.) y CIRe (Berisso, Bs. As.).
 2- Profesor de educación física con orientación en rehabilitación del Instituto Médico de Rehabilitación (La Plata, Bs. As.) y CIRe (Berisso, Bs. As.).
 3- Médico fisiatra del Instituto Médico de Rehabilitación (La Plata, Bs. As.), Hospital Zonal Especializado en Rehabilitación El Dique (Ensenada, Bs. As.), Hospital Italiano City Bell (La Plata, Bs. As.) y director médico de CePlaR (La Plata, Bs. As.)

Trabajo presentado en Evento Científico:
 27º Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación SAMFYR 2025

Correspondencia:
 juanpablo.carradori@gmail.com

Introducción

La artroplastía total de codo (ATC) constituye una alternativa terapéutica en situaciones de compromiso articular severo secundario a patologías degenerativas, traumáticas o infecciosas. Su indicación en fracturas complejas del húmero distal representa un desafío clínico y rehabilitador, especialmente cuando la evolución se complica con infección, pérdida ósea y pseudoartrosis. Estas condiciones comprometen la funcionalidad del miembro superior y la independencia en las actividades de la vida diaria.

Objetivo

Describir el proceso terapéutico y los desafíos del abordaje rehabilitador en una paciente sometida a ATC tras una evolución tórpida de fractura compleja de codo.

Presentación del caso

Se presenta el caso de una paciente femenina de 76 años que sufrió fractura de codo derecho dominante en marzo de 2021. Fue tratada inicialmente mediante osteosíntesis de húmero y cúbito. La evolución se complicó con osteomielitis, requiriendo retiro del material de fijación y derivó en una pseudoartrosis con pérdida del húmero distal. Durante el período previo a la artroplastía, la paciente utilizó férula estabilizadora en semiflexión y cabestrillo con el objetivo de proteger estructuras neurovasculares y partes blandas. Simultáneamente realizó tratamiento de rehabilitación orientado a mantener función manual, prevenir desacondicionamiento y trabajar adaptaciones funcionales.

En mayo de 2023 se colocó una artroplastía total de codo tipo Coonrad-Morrey. Posteriormente se autorizó movilidad y carga progresiva iniciándose un segundo ciclo intensivo de rehabilitación interdisciplinaria con fisioterapia y terapia ocupacional, priorizando ejercicios activos, control del dolor y reeducación funcional.

Al inicio del período postquirúrgico la paciente presentaba dolor mecánico intenso, debilidad global, hipotrofia muscular, acortamiento humeral de aproximadamente 5 cm y limitaciones funcionales significativas. A lo largo del proceso rehabilitador logró recuperar rangos articulares funcionales, mejorar la fuerza muscular hasta valores cercanos a 4/5 mMRC y alcanzar independencia parcial en actividades básicas de la vida diaria. Persistieron dificultades en tareas que requerían fuerza de empuje, manipulación de cargas y actividades bimanuales finas. Esto exigió estrategias compensatorias y mayor utilización del miembro superior contralateral.

Desde la perspectiva funcional, la ATC permitió otorgar estabilidad articular y recu-

perar movilidad útil del miembro afectado, favoreciendo la reintegración a la vida cotidiana. Sin embargo, el prolongado proceso terapéutico y la imposibilidad de retornar completamente al nivel funcional previo generaron impacto emocional, temor a recaídas y necesidad de sostén terapéutico continuo.

Este caso resalta la importancia del manejo rehabilitador precoz aun en contextos de inestabilidad articular severa. Este manejo priorizó la protección de tejidos blandos y la preservación funcional global mientras se definió la resolución quirúrgica. Asimismo, evidencia que la artroplastía total de codo constituye una herramienta eficaz para restaurar estabilidad y función en situaciones complejas, aunque requiere programas prolongados de rehabilitación y adaptación funcional.

Conclusión

El abordaje interdisciplinario sostenido resulta fundamental para optimizar resultados funcionales. Esto permitió acompañar el proceso de adaptación del paciente y abordar tanto las secuelas motoras como las repercusiones psicosociales asociadas a lesiones complejas del miembro superior.

Palabras clave: Prótesis de codo; Artroplastia de Reemplazo de Codo; Fracturas Humerales Distales.

Consentimiento

La paciente ha consentido para la publicación.

Conflictos de interés

No se declaran conflictos de interés.

Fuentes de apoyo

La presente investigación no contó con fuentes de financiación.

Originalidad

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de derechos

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

- Navarro NM, Sánchez-Sotelo J. Elbow replacement. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2012;56(5):413-20.
- Loisel F, Amar Y, Rochet S, Obert L. Distal humerus fracture in older patients: ORIF vs. total elbow arthroplasty. Orthop Traumatol Surg Res. 2024;110(1):103759.
- Kwak JM, Koh KH, Jeon IH. Total elbow arthroplasty: clinical outcomes, complications, and revision surgery. Clin Orthop Surg. 2019;11(4):369.
- Darnault A. Rehabilitación en caso de prótesis total de codo. Encycl Méd Chir (Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation). 2002;26-213-B-20:6p.
- Gallucci G, Calvo J, Costanzo E, Caeiro J, Alfie P. Artroplastia total de codo después de un proceso infeccioso. Cirugía en dos tiempos. Rev Asoc Argent Ortop Traumatol. 2021;86(2):185-91.
- Prkić A, van Bergen CJ, The B, Eygendaal D. Total elbow arthroplasty is moving forward: Review on past, present and future. World J Orthop. 2016 Jan 18;7(1):44-9.

Adecuación del posicionamiento en silla de ruedas con recursos de bajo costo pacientes hospitalizados

Autores: Visñuk Walter¹; Heider Gustavo¹

1- Establecimiento hospitalarios de complejidad creciente Molas-Favaloro; Cimfyr

Trabajo presentado en Evento Científico:
27º Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación SAMFYR 2025

Correspondencia:
wdvisnuk@gmail.com

Introducción

El complejo hospitalario Molas-Favaloro es el hospital de mayor complejidad de la provincia de La Pampa, Argentina. En el Servicio de Rehabilitación, el equipo multidisciplinario brinda tratamiento a pacientes internados y ambulatorios, desde su internación en sala de cuidados intensivos, internación general y ambulatorio. El posicionamiento en sedestación se realiza usando sillas de ruedas donadas, con adaptaciones de materiales de bajo costo. Esto se sostiene hasta que el paciente cuente con su silla adecuada y definitiva (tiempo estimado de 9-12 meses). Una de las complicaciones más frecuentes asociadas a la inmovilidad y a un posicionamiento inadecuado es la aparición de úlceras por presión (UPP). Su prevalencia en el ámbito hospitalario supera el 22%.

Objetivo

Describir la adecuación del posicionamiento en silla de ruedas con recursos de bajo costo para evitar úlceras por presión en pacientes hospitalizado en un centro de salud de Argentina.

Presentación de un caso

Para lograr un correcto posicionamiento en sentado se utilizaron materiales accesibles y de bajo costo como goma espuma, gel y vendas semielásticas. Las adaptaciones fueron realizadas por el médico fisiatra, kinesiólogos y terapeutas ocupacionales.

A un mes del ingreso, se logró un adecuado posicionamiento en sedestación mediante adaptaciones realizadas por el equipo de rehabilitación utilizando materiales accesibles y de bajo costo. Estas modificaciones permitieron mejorar la alineación postural, optimizar la distribución de presiones y favorecer la permanencia en silla de ruedas durante las actividades terapéuticas. Esto se logró mientras se aguardaba la provisión del equipamiento definitivo, cuyo tiempo estimado de entrega es de 9 a 12 meses.

Conclusión

La utilización de adaptaciones de bajo costo para el posicionamiento en sedestación permitió mantener una adecuada alineación postural y prevenir la aparición de úlceras por presión. Esto se logró durante el período de espera de la provisión del equipamiento definitivo. Esta experiencia destaca el valor de implementar estrategias accesibles y de bajo costo en hospitales con recursos limitados. Estas contribuyeron a la prevención de complicaciones secundarias y favorecieron la continuidad del proceso de rehabilitación.

Palabras clave: Posicionamiento en sedestación; Úlceras por presión; Sillas de ruedas; Tecnología asistiva; Rehabilitación.

Contribución de los autores

Walter Visñuk y Gustavo Heider participaron en la elaboración de este artículo, trabajaron en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.

Conflictos de interés

No se declaran conflictos de interés.

Fuentes de apoyo

La presente investigación no contó con fuentes de financiación.

Originalidad

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de derechos

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

- Primer estudio nacional de prevalencias de úlceras por presión en Argentina. Etchenike, Sandra 2020.
- Megan Foti & Danielle McCabe (2018): Seating and wheeled mobility: a clinical resource guide (2018), Occupational Therapy In Health Care, DOI: 10.1080/07380577.2018.1511939
- Organización Mundial de la Salud (2008). Pautas para el suministro de sillas de ruedas manuales en entornos de menores recursos. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241547482>
- Organización Mundial de la Salud (2024). Úlceras por presión en todo el mundo: un desafío de salud global.

Prevalencia de fracturas por fragilidad y factores asociados en pacientes con lesión medular traumática crónica

Autores: Fernández Daniel¹, Romero Isi¹, Rojas Eliana¹, Macías Andrés¹, Vallejo Diego², Maher María²

1- Médico Residente de Medicina Física y Rehabilitación - (IREP)
2- Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación - (IREP)

Trabajo presentado en Evento Científico:
27º Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación SAMFYR 2025

Correspondencia:
isikromero@gmail.com

Introducción

El deterioro de la salud ósea es una de las complicaciones más relevantes en pacientes con lesión medular (LM). La falta de carga mecánica y los cambios metabólicos posteriores aumentan el riesgo de fracturas por fragilidad. En Argentina, la información sobre la prevalencia real de esta problemática es limitada, por lo que se destaca la importancia de reconocer las características de esta condición.

Objetivo

Establecer la prevalencia de fracturas por fragilidad y los factores asociados en pacientes con lesión medular traumática.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se incluyeron los registros del Sistema de Gestión Hospitalaria correspondientes a pacientes con LM ambulatorios atendidos en el IREP entre mayo de 2024 y mayo de 2025.

La información fue recopilada mediante un formulario en Google Forms, que incluyó las secciones de datos personales, antecedentes sobre la LM, fracturas y factores asociados.

Resultados

La muestra incluyó 110 pacientes (77,3% hombres), con edad media de 42,7 años y rango de evolución de la lesión de 1-55 años. Predominaron las lesiones torácicas bajas (40%) y completas (67,3%).

La prevalencia de fracturas fue 9,1% (10/110 pacientes). El tiempo promedio hasta la fractura fue de 21,1 años. La causa más frecuente fue la caída o trauma de baja energía 5/10 pacientes y el fémur fue el sitio más comprometido (60%). El tratamiento conservador y el tratamiento quirúrgico se indicaron con igual frecuencia. Entre las secuelas, destacaron dolor (40%) y limitación funcional (20%). Solo 3 de todos los pacientes con fractura tenían densitometría previa.

Conclusiones

Las fracturas por fragilidad constituyen una complicación relevante en pacientes con lesión medular traumática de larga evolución. La baja proporción de pacientes evaluados mediante densitometría ósea sugiere una posible subdetección del deterioro de la salud ósea en esta población. Estos hallazgos resaltan la importancia de implementar estrategias de vigilancia, prevención y diagnóstico precoz para reducir el impacto funcional de las fracturas y sus secuelas.

Palabras clave: Lesión medular; Fracturas por fragilidad; Osteoporosis; Densitometría ósea; Rehabilitación.

Conflicto de interés

No existe conflicto de intereses.

Contribución de los Autores

Romero Isi: recolección de datos, análisis de la información, revisión bibliográfica, redacción del manuscrito y presentación oral del trabajo.

Fernández Daniel: recolección de datos, análisis de la información, revisión bibliográfica y redacción del manuscrito.

Rojas Eliana: recolección de datos, análisis de la información, revisión bibliográfica y redacción del manuscrito.

Macías Andrés: colaboración en la recolección de datos

Diego Vallejo: asesoramiento metodológico, revisión final y aprobación del manuscrito.

Maher María: asesoramiento metodológico, revisión final y aprobación del manuscrito.

Originalidad

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de derechos

Quienes participaron en la elaboración de este artículo ceden los derechos de autor a SAMFYR para su publicación en la Revista de Rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

- Redolfi MB, Moviglia JL, Gonzalez Carey R. ¿Qué factores se asocian a las lesiones medulares traumáticas? Argent J Respir Phys Ther. 2020;2(1).
- Peralta FG, Garcete LA, Boedo MED. Características clínico-demográficas e impacto funcional de las úlceras por presión en sujetos con lesión medular en un centro de referencia. Estudio transversal y retrospectivo. Neurol Arg. 2017;9(4).
- Gifre L, Vidal J, Ruiz-Gaspà S, Portell E, Monegal A, Muxi A, et al. Efecto de la lesión medular motora completa reciente en el recambio óseo y en la evolución de la masa ósea: resultados preliminares. Rev Osteoporos Metab Miner. 2014;6(4):101-106.
- Zehnder Y, Lüthi M, Michel D, Knecht H, Perrelet R, Zemp M, et al. Long-term changes in bone metabolism, bone mineral density, quantitative ultrasound parameters, and fracture incidence after spinal cord injury: a cross-sectional observational study in 100 paraplegic men. Spinal Cord. 2004;42(5):275-284.

- Mahitthiharn K, Kovindha A, Kaewchur T, Morse LR, Pattanakuhar S. Prevalence and influencing factors of spinal cord injury-related osteoporosis and fragility fractures in Thai people with chronic spinal cord injury: A cross-sectional, observational study. J Spinal Cord Med. 2022;46(5):1-9.
- Leone GE, Shields DC, Haque A, Banik NL. Rehabilitation: Neurogenic Bone Loss after Spinal Cord Injury. Biomedicines. 2023;11(9):2581.
- Abdelrahman S. Osteoporosis after spinal cord injury: aetiology, effects and therapeutic approaches. J Musculoskelet Neuronal Interact. 2015;15(3):261-276.
- Prelorentzos GE, et al. Fragility Fractures of the Femur in Spinal Cord Injury Patients. Cureus. 2023;15(3):e36496.
- Troy KL, Morse LR. Measurement of Bone: Diagnosis of SCI-Induced Osteoporosis and Fracture Risk Prediction. Top Spinal Cord Inj Rehabil. 2015;21(4):267-274.
- Mun S, et al. Bisphosphonate Use in Acute Spinal Cord Injury: A Focused Systematic Review on Zoledronic Acid. Asian Spine J. 2024;18(1):120-130.
- Craven BC, et al. Bone Health Following Spinal Cord Injury. SCI-RE Professional [Internet]. 2020.

Lesiones por presión en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

Autores: Maruja López Matos¹, Agustina Vicente¹, Denise Tomic¹, Maitén Landívar¹

1- Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica", La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Trabajo presentado en Evento Científico:
27º Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación SAMFYR 2025

Correspondencia:
marujalopezmaatoss@gmail.com

Introducción

En las últimas décadas, los avances en la medicina crítica pediátrica han permitido disminuir la mortalidad en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). Sin embargo, este progreso se ha acompañado de un incremento de la morbilidad asociada a la internación prolongada. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran las lesiones por presión (LPP), consideradas un evento adverso relacionado con la calidad asistencial. Además se asocian a mayor tiempo de hospitalización, riesgo de infección y aumento de costos sanitarios.

Los pacientes críticos pediátricos presentan múltiples factores predisponentes para el desarrollo de LPP, incluyendo sedación prolongada, inmovilización, asistencia respiratoria mecánica y utilización de dispositivos médicos. A diferencia de la población adulta, las características anatómicas propias de la infancia determinan patrones específicos de distribución de las lesiones, predominando la región occipital en edades tempranas. A pesar de su relevancia clínica, existe escasa información local sobre la epidemiología de estas lesiones en población pediátrica crítica.

Objetivo

Caracterizar a los niños, niñas y adolescentes que desarrollaron lesiones por presión durante su internación en la UCIP del Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica".

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes internados entre agosto de 2024 y junio de 2025 que desarrollaron LPP durante la hospitalización. Se excluyeron pacientes con registros incompletos o lesiones previas al ingreso. Las variables analizadas incluyeron edad, sexo, causa de internación, tiempo hasta la aparición de la lesión, localización anatómica, estadio y participación del médico fisiatra.

Resultados

Se incluyeron 59 pacientes con una media de edad de 4,9 años, predominando el sexo femenino (52,5%). La insuficiencia respiratoria constituyó la principal causa de internación (62,7%). El tiempo medio hasta la aparición de las lesiones fue de 35,3 días. Solo el 33,9% de los pacientes recibió intervención fisiátrica durante la internación.

La localización más frecuente fue la región occipital, seguida por pabellón auricular, talones y sacro. En relación con la gravedad, predominaron las lesiones en estadios I

y II, mientras que no se registraron lesiones en estadio IV. Las lesiones occipitales presentaron mayor proporción de categorías no estadificables, posiblemente relacionadas con presión sostenida y uso prolongado de dispositivos médicos.

Conclusión

Lesiones por presión representan un evento adverso frecuente en la UCIP y constituyen un indicador sensible de calidad asistencial. La implementación de programas sistemáticos de vigilancia, prevención y movilización temprana, junto con la integración precoz del médico fisiatra, podría contribuir a reducir su incidencia y mejorar los resultados funcionales en población pediátrica crítica.

Palabras clave: Lesiones por presión; Cuidados intensivos pediátricos; Rehabilitación; Movilización temprana; Calidad de la atención de salud.

Contribución de los autores

Quienes participaron en la elaboración de este artículo han trabajado en la concepción del diseño, la recolección de la información y la elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final. Los pacientes han consentido para la publicación.

Conflictos de interés

No se declaran conflictos de interés. Fuentes de apoyo
La presente investigación no contó con fuentes de financiación.

Originalidad

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de derechos

Quienes participaron en la elaboración de este artículo ceden los derechos de autor a SAMFYR para su publicación en la Revista de Rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

- Wieczorek B, Burke C, Al-Harbi A, Kudchadkar SR. Early Mobilization in the Pediatric Intensive Care Unit: A Systematic Review. *J Pediatr Intensive Care* 2015; 4: 212-217.
- Baldwin K. Incidence and prevalence of pressure ulcers in children. *Adv Skin Wound Care*. May-June 2002; 15 (3): 121-126.
- Freundlich K. Pressure injuries in medically complex children: a review. *Children* 2017;4(4):25.
- Jackson D, Sarki AM, Betteridge R, Brooke J. Medical device-related pressure ulcers: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2019; Volumen (92): 109-120.
- Zhang H, Ma Y, Wang Q, Zhang X, Han L. Incidence and prevalence of pressure injuries in children patients: A systematic review and meta-analysis. *J Tissue Viability*. 2022; 31(1):142-151.
- Curley MAQ, Quigley SM, Lin M. Pressure ulcers in pediatric intensive care: incidence and associated factors. *Pediatr Crit Care Med*. 2003 Jul;4(3):284-90.
- Aprea V, Jorro Barón F, Meregalli C, Sabatini MC. Impacto de una intervención de mejora de calidad de atención para prevenir las úlceras por presión en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. 2018; 116(4): e529-e54.

Prevalencia de apraxia en extremidades superiores en pacientes internados con accidente cerebrovascular

Autores: Arias Espinoza Jhan Marcos¹, De La Cruz Espinosa Verónica Rocío¹, Parodi Navarro Eliana¹, Posada Luna Edilberto José¹

1- Médico, Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. Buenos Aires, Argentina

Trabajo presentado en Evento Científico:
27º Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación SAMFYR 2025

Correspondencia:
edilberto.pl27@gmail.com

Introducción

La apraxia se define como la incapacidad para ejecutar movimientos intencionados y aprendidos en ausencia de déficits motores o sensoriales primarios. En la literatura se ha reportado una prevalencia variable. Se ha estimado en los pacientes con accidente cerebrovascular (ACV) en el período subagudo, un 70% en la lesiones del hemisferio derecho y un 30% en las de hemisferio izquierdo. Sin embargo, existe escasa información documentada sobre este déficit en Argentina y Latinoamérica, lo cual justifica el presente estudio para dimensionar la problemática en nuestro contexto regional y clínico.

Objetivo

Conocer la prevalencia de las apraxias de extremidades superiores en pacientes con accidente cerebrovascular internados en la sala de adultos del Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal entre enero y julio de 2025. Se incluyeron pacientes hospitalizados por ACV agudo evaluados por el servicio de fisioterapia. Se excluyeron aquellos con uso de fármacos que alteraran la conciencia, deterioro cognitivo previo, inestabilidad hemodinámica o trastornos de comprensión del lenguaje. La muestra final fue de 46 pacientes, evaluados mediante el test TULIA (Test for Upper Limb Apraxia) por cuatro médicos residentes de primer año del servicio de Medicina Física y Rehabilitación. El tiempo de aplicación osciló desde las 24 horas posteriores al ingreso hasta los tres meses.

Resultados

La mediana de edad fue de 61.3 años (rango 32-89), con un 71.7% de pacientes de sexo masculino. El ACV isquémico fue el más frecuente (80.4%). La prevalencia de apraxia fue del 23.9% (11 pacientes). En cuanto a la distribución por tipo de apraxia, el 72.7% presentó un componente mixto (ideomotora e ideatoria) y el 27.3% fue ideomotor puro. El 81.8% de los casos de apraxia se asociaron a compromiso del hemisferio izquierdo. El grupo etario más afectado fue el de adultos medios (36.3%), seguido por adultos mayores (27.2%).

Conclusión

La prevalencia de apraxia fue del 23.9% en esta cohorte de pacientes post-ACV internados, lo que resalta la importancia de su detección temprana. La implementación

sistemática de pruebas estandarizadas como TULIA es fundamental para diseñar estrategias de rehabilitación individualizadas, optimizando la recuperación funcional y la calidad de vida de los pacientes.

Contribución de los autores

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, han trabajado en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.

Consentimiento

Los pacientes han consentido para la publicación. Conflictos de interés: No se declaran conflictos de interés.

Fuentes de apoyo

La presente investigación no contó con fuentes de financiación.

Originalidad

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de derechos

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación

BIBLIOGRAFÍA

- Liepmann H. Das Krankheitsbild der Apraxie ("motorischen Asymbolie") auf Grund eines Falles von einseitiger Apraxie. Monatsschr Psychiatr Neurol. 1900;8(1):15-44.
- Goldenberg G. Apraxia: The cognitive side of motor control. Oxford: Oxford University Press; 2013.
- Buxbaum LJ, Haaland KY, Heilman KM. Ideomotor apraxia: a call to action. Neurocase. 2001;7(6):445-458.
- Vanbellingen T, Kersten B, Van Hemelrijk B, Van de Winckel A, Bertschi M, Müri RM, et al. A new bedside test of gestures in stroke: the Test of Upper Limb Apraxia (TULIA). Stroke. 2010;41(4):775-779.
- Dovern A, Fink GR, Weiss PH. Diagnosis and treatment of upper limb apraxia. J Neurol. 2012;259(7):1269-1283.

Atención integral del accidente cerebrovascular: interconsulta temprana y rehabilitación personalizada

Autores: Spinello, Natalia²; Sánchez Calot, Maite¹

1- Médica Residente de 3er año, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, HIGA San Martín, La Plata, Argentina.

2- Médica Fisiatra, Coordinadora docente de residencia, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, HIGA San Martín, La Plata, Argentina.

Trabajo presentado en Evento Científico: 27º Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación SAMFYR 2025

Correspondencia: ngspinello@gmail.com

Introducción

El accidente cerebrovascular (ACV) constituye una de las principales causas de discapacidad adquirida en adultos. La atención en Unidades de ACV (UACV) ha demostrado mejorar los resultados clínicos mediante un abordaje interdisciplinario protocolizado. En este contexto, la rehabilitación temprana permite identificar déficits funcionales, prevenir complicaciones secundarias y planificar estrategias terapéuticas individualizadas desde las fases iniciales de la enfermedad. En octubre de 2023 se creó la Unidad de ACV del Hospital Interzonal General de Agudos San Martín de La Plata, incorporando la evaluación fisiátrica temprana como parte del circuito asistencial.

Objetivo

Describir la experiencia del primer año de funcionamiento de la Unidad de ACV del HIGA San Martín de La Plata, y conocer las características de los pacientes atendidos, tiempos de respuesta asistencial, intervención fisiátrica temprana y los resultados funcionales observados.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes ingresados a la Unidad de ACV entre octubre de 2023 y octubre de 2024. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de ACV isquémico, ataque isquémico transitorio (AIT) o cuadros simuladores admitidos a la unidad. Se registraron variables demográficas, clínicas y asistenciales. La severidad neurológica se evaluó mediante la National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), la independencia funcional mediante el Índice de Barthel y el grado de discapacidad mediante la escala de Rankin modificada. Como indicadores de calidad asistencial se analizaron los tiempos a consulta neurológica, realización de neuroimagen, interconsulta fisiátrica y planificación de continuidad de cuidados.

Resultados

Durante el período analizado ingresaron 212 pacientes con eventos cerebrovasculares, de los cuales 128 (60,3%) fueron admitidos en la UACV. La mediana de edad fue de 63 años (RIC 51–71) y el 57% fueron hombres. El 40,6% no contaba con cobertura social. El diagnóstico más frecuente fue ACV isquémico (70,3%), seguido de AIT (18%) y cuadros simuladores (6,2%).

El Servicio de Medicina Física y Rehabilitación recibió 68 interconsultas, con un tiempo medio de respuesta de 2 días (RIC 1–3). Entre los pacientes sometidos a terapias de reperusión (n=25), la mediana de NIHSS disminuyó de 11 puntos al ingreso

a 6 puntos al alta. En los pacientes evaluados por Fisiatría, el Índice de Barthel aumentó de 57 a 65 puntos entre el ingreso y el egreso hospitalario. La mediana de Rankin modificada al alta fue de 2,5.

La mediana de tiempo desde el ingreso hasta la consulta neurológica fue de 23 minutos y hasta la realización de neuroimagen de 37,5 minutos. La estadía mediana en la UACV fue de 2 días. Todos los pacientes evaluados contaron con planificación de continuidad de cuidados y derivación protegida al alta.

Conclusión

La implementación de la Unidad de ACV en el HIGA San Martín de La Plata permitió consolidar un modelo de atención integral basado en la protocolización, el trabajo interdisciplinario y la intervención fisiátrica temprana. La participación activa de la Fisiatría permitió pasar de un enfoque centrado exclusivamente en la supervivencia a uno orientado a la recuperación funcional y la calidad de vida. En el ámbito del sistema público de salud, la presencia del fisiatra dentro de la UACV optimiza la utilización de recursos, facilita la articulación entre niveles de atención y favorece la continuidad de cuidados. Este enfoque interdisciplinario, sustentado en la protocolización y en la rehabilitación precoz, resulta replicable y constituye una estrategia efectiva para reducir la carga de discapacidad asociada al ACV.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular, Unidades de accidente cerebrovascular, Rehabilitación precoz, Atención interdisciplinaria, Continuidad de la atención al paciente

Contribución de los autores

Quienes participaron en la elaboración de este artículo han trabajado en la concepción del diseño, recolección de la información, análisis de los datos y elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.

Conflictos de interés

No se declaran conflictos de interés.

Fuentes de apoyo

La presente investigación no contó con fuentes de financiación.

Originalidad

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de derechos

Quienes participaron en la elaboración de este artículo ceden los derechos de autor a SAMFYR para su publicación en la Revista Argentina de Rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

- Wang H, et al. Impact of Early Rehabilitation on Outcomes in Patients With Acute Ischemic Stroke. *Front Neurol.* 2022; 13:916846.
- Li X, He Y, Wang D, Rezaei MJ. Stroke rehabilitation: from diagnosis to therapy. *Front Cell Neurosci.* 2024; 18:1423517.
- McWilliams DJ, et al. The Physiatrist in Intensive Care: Role, Tasks, and Criticalities. *Clin Pract.* 2025 ;9(1):11.
- Stroke Unit Trialists' Collaboration. Systematic review and meta-analysis of acute stroke unit care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(4):CD000197.
- Guedes C, et al. Impact of early rehabilitation on post-stroke quality of life: A prospective study. *An Med (Mex).* 2025;70(4):255-259.

Síndrome de Lance-Adams posterior a traumatismo encéfalo craneano: reporte de un caso

Autores: Juan Pablo Weicer¹, Gabriel Gonzalo Loayza², Santiago Uez³

1- Médico Residente de Medicina Física y Rehabilitación - (H.R.M.R)
2- Médico Residente de Medicina Física y Rehabilitación - (H.R.M.R)
3- Jefe de Residentes de Medicina Física y Rehabilitación - Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca (H.R.M.R)

Trabajo presentado en Evento Científico:
27º Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación SAMFYR 2025

Correspondencia:
juanpweicer@gmail.com

Introducción

El síndrome de Lance-Adams (SLA) es un trastorno neurológico poco frecuente caracterizado por mioclonías posthipóxicas crónicas, generalmente asociado a la sobrevida luego de un paro cardiorrespiratorio. Se presenta en menos del 1% de los casos y se acompaña de ataxia cerebelosa y disartria. Hasta el momento, no se reportaron en la literatura médica casos de SLA asociados a traumatismo encéfalo craneano (TEC).

Objetivo

Describir un caso de SLA posterior a un paro cardiorrespiratorio secundario a TEC, destacando el abordaje y los resultados del tratamiento de rehabilitación.

Caso clínico

Paciente masculino de 24 años que sufrió un traumatismo encéfalo craneano grave (ERLA VI), complicado por un paro cardiorrespiratorio 3 horas posterior al evento traumático. Tras la recuperación inicial, desarrolló mioclonías de acción 5 días después del paro. Al examen neurológico presentó hemiparesia braquiocrural derecha, síndrome cerebeloso con ataxia de predominio axial, alteración de la coordinación motora fina y gruesa, inestabilidad del tronco en sedestación y bipedestación, y mioclonías de acción. Se realizaron tomografía computada y resonancia magnética de encéfalo, electroencefalograma y estudios de laboratorio.

El tratamiento incluyó manejo farmacológico con levetiracetam (3 g/día), ácido valproico (3 g/día) y clonazepam (1,5 mg/día) para el control de las mioclonías, asociado a un programa de rehabilitación interdisciplinaria intensiva. El mismo contó con la participación de fisioterapia y neurología, y un abordaje terapéutico que incluyó kinesioterapia (10 sesiones semanales de 1 hora), terapia ocupacional (3 sesiones semanales de 1 hora), psicopedagogía (1 sesión semanal de 30 minutos) y salud mental (1 sesión semanal de 30 minutos). El programa se desarrolló durante un período total de 32 semanas, con objetivos orientados al control de las mioclonías, la mejora del equilibrio, la marcha y la autonomía funcional.

La evolución funcional fue objetivada mediante las escalas Barthel, FIM, SARA, Berg Balance Scale, MOCA, INECO y Timed Up and Go Test, evidenciando progresos entre el ingreso, los 2 meses y los 6 meses de tratamiento, momento en el cual se otorgó el alta.

Conclusión

Este caso muestra que un abordaje de rehabilitación interdisciplinario, individualizado e intensivo, asociado a un tratamiento farmacológico adecuado, puede lograr una

reducción significativa de las mioclonías y una mejoría funcional relevante en términos de equilibrio, marcha y autonomía en actividades de la vida diaria en pacientes con síndrome de Lance-Adams incluso cuando se presenta en el contexto infrecuente de traumatismo encefalocraneano.

Contribución de los autores

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, han trabajado en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.

Consentimiento

Los pacientes han consentido para la publicación. Conflictos de interés: No se declaran conflictos de interés.

Fuentes de apoyo

La presente investigación no contó con fuentes de financiación.

Originalidad

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de derechos

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación

BIBLIOGRAFÍA

- Zheng J. et Al, Lance-Adams Syndrome: Case series and literature review, case report. 2023. Clinical Neurophysiology Practice. 2. Lesión Hipóxica. Science Direct. Anestesia y Medicina Intensiva , 2020.
- Status epileptico. Revista de Ciencias Neurológicas , 202
- Malhotra y Mohinder. Síndrome de Lance-Adams: dificultades en torno al diagnóstico, pronóstico y tratamiento tras un paro cardíaco. 2012.
- Elmer et. al. Fenotipos electroencefalográficos clínicamente distintos de mioclonías tempranas después de un paro cardíaco. Ann Neurol. 2016
- Ching, P.L. Purdon, S. Vijayan, N.J. Kopell, E.N. Brown, A neurophysiological/metabolic model for burst suppression, Proc. Natl. Acad. Sci. U S A. 2012
- Hofmeijer et al. Supresión de ráfagas con ráfagas idénticas: un patrón EEG distinto con malos resultados en el coma post anóxico. Clínica Neurofisiológica. 2014.
- Matsumoto, D.D. Truong, K.D. Nguyen, A.T. Dang, T.T. Hoang, P.Q. Vo, P. Sandroni, Involvement of GABA(A) receptors in myoclonus, Mov. Disord. 15. (2000) 47-52
- E. Ferlazzo, S. Gasparini, V. Cianci, A. Cherubini, U. Aguglia, Serial MRI findings in
- brain anoxia leading to Lance-Adams syndrome: a case report, Neurol. Sci. 34 (11)
- J.P. Welsh, D.G. Placantonakis, S.I. Warsetsky, R.G. Marquez, L. Bernstein, S.A. Aicher, The serotonin hypothesis of myoclonus from the perspective of neuronal rhythmicity, Adv. Neurol. 89 (2002) 307-329.
- Frucht, M. Trost, Y. Ma, D. Eidelberg, The metabolic topography of posthypoxic myoclonus, Neurology 62 (10) (2004 May 25) 1879-1881
- A. Polesin, M. Stern, Post-anoxic myoclonus: a case presentation and review of management in the rehabilitation setting, Brain Inj. 20. 2006. 13. H. Shafeeq Ahmed et al, Post-hypoxic myoclonus; what we know and gaps in knowledge. Sage Journals. 2023.
- Karina A. González Otárola et al. Síndrome de Lance-Adams secundario a paro cardiorrespiratorio. Fleni. Neurol Arg. 2013.
- Ksenija Božić et al, Improvement of post-hypoxic action myoclonus with levetiracetam add-on therapy: A case report. 2014
- Ferlazzo et al. Serial MRI findings in brain anoxia leading to Lance-Adams syndrome: a case report. 2013
- Síndrome de Lance Adams. MSc. Dania Ruiz García, MSc. Irma Olivera Leal, Dr. C. Nelson Gómez Viera. Revista Cubana de Medicina. La Habana. 2013.
- Antonio Javier García Medina. Encefalopatía mioclónica post anóxica o síndrome de Lance- Adams. Rev Ciencias Médicas vol.20 no.1 Pinar del Río ene.-feb. 2016.
- Ha Lim Lee , Ju Kang Lee. Lance Adams Syndrome. Ann Rehabil Med 2011.
- Helena Xeros , Amra Sakusic , Alejandro Rabinstein , Eelco Wijdicks y Sherri Braksick, Tratamiento y evolución a largo plazo del síndrome de Lance-Adams. Neurology. 2024.
- Manual de Neurofisiología. Cardinali.
- Libro Neurología Clínica. Dr Rey y Orlando Garcea. 2019.
- Contreras P, Elso M, Cartier. Síndrome de Lance Adams presentación de dos casos. Revista Chilena de Neuropsiquiatría. 2008.
- Chien H, et al. Rehabilitation in patients with cerebellar ataxias. Review. Brazil. 2021.
- Gemma Kelly, Shanley. Rehabilitación de la marcha atáxica tras lesiones cerebelosas: aplicación de la teoría a la práctica. Revista internacional de fisioterapia. 2015.
- Rodrigues et al, Rehabilitation of Lance-Adams Syndrome: A Case Report. Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. 2020.
- Jon Marsden and Chris Harris. Cerebellar ataxia: pathophysiology and rehabilitation. Sage. 2011.

- Freund B, Sutter R, Kaplan PW. Síndrome de Lance-Adams en la era de la gestión de la temperatura preestablecida: informe de un caso y revisión sistemática. *Clinical EEG and Neuroscience* . 2017;48(2):130-138.
- Gupta HV, Caviness JN. Post-hypoxic Myoclonus: Current Concepts, Neurophysiology, and Treatment. *Tremor Other Hyperkinet Mov (N Y)*. 2016 Sep 17;6:409.
- Ruiz García, Dania, Olivera Leal, Irma, & Gómez Viera, Nelson. (2013). Síndrome de Lance Adams. *Revista Cubana de Medicina*, 52(1), 72-77.
- Caviness JN. Treatment of myoclonus. *Neurotherapeutics*. 2014 Jan;11(1):188-200. doi: 10.1007/s13311-013-0216-3. PMID: 24037428; PMCID: PMC3899494.
- Matsugi A, Bando K, Kondo Y, Kikuchi Y, Miyata K, Hiramatsu Y, Yamanaka Y, Tanaka H, Okuda Y, Haruyama K, Yamasaki Y. Effects of physiotherapy on degenerative cerebellar ataxia: a systematic review and meta-analysis. *Front Neurol*. 2025 Jan 10;15:1491142. doi: 10.3389/fneur.2024.1491142. PMID: 39866519; PMCID: PMC11757114.
- Han SH, Jang HJ, Lee JW, Cheong JW, Kim YD, Nam HS, Kim DY. The effect of virtual reality-based treadmill gait training on functional mobility and balance in chronic stroke patients: a randomized controlled trial. *Front Neurol*. 2025 Jul 21;16:1603233. doi: 10.3389/fneur.2025.1603233. PMID: 40761640; PMCID: PMC12320381.
- Reumers SFI, Maas RPPWM, Schutter DJLG, Teerenstra S, Kessels RPC, de Leeuw FE, van de Warrenburg BPC. Cerebellar Transcranial Direct Current Stimulation in the Cerebellar Cognitive Affective Syndrome.



Fundación
Para La Rehabilitación
Del Discapacitado

Personería Jurídica N°491



Desde 1992 al servicio de la Rehabilitación Psicofísica / IREP

La Fundación REVIVIR es una realidad solidaria para la rehabilitación e integración social de las personas con discapacidad.

Nuestra labor silenciosa se cumple gracias al generoso aporte de personas y sponsors.

Siendo más podemos ayudar más. Únase a nosotros, lo esperamos!!

www.fundacionrevivir.org.ar

LINEAMIENTOS PARA AUTORES

Artículo original

Refiere a trabajos de investigación originales que no hayan sido publicados en forma de artículo con anterioridad, ni estén siendo evaluados por otra revista.

Cantidad de palabras: hasta 3500 palabras. Contando desde introducción hasta conclusión, sin incluir tablas, figuras y citas bibliográficas.

Secciones del texto:

•**Título del artículo:** Máximo 50 palabras. No puede ser un título ya utilizado en un evento científico previo.

•**Autores:** Colocar nombre y apellido, ordenados según su participación. Último autor suele ser el director del trabajo científico.

•**Afiliaciones:** lugar de trabajo de cada autor

•**Resumen:** máximo 250 palabras. Debe incluir: Introducción, objetivo, métodos, resultados y conclusión.

•**Palabras clave:** Elegir entre 3 a 5 palabras. Seleccionar según los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs): <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

•**Introducción:** se plantean antecedentes sobre el tema mediante citas bibliográficas actualizadas, explicando la importancia y fundamentación del problema. Se describe el objetivo e hipótesis del artículo.

•**Métodos:** Debe incluir: tipo de estudio. Lugar y fechas en las que se recolectaron los datos. Población incluida en el estudio (definir criterios de inclusión y exclusión). Tipo de muestra y cálculo de tamaño muestral (en lo posible). Variables estudiadas. Técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de datos. Análisis estadístico. Si se utilizó un software estadístico, especificar nombre y la versión utilizada. Consideraciones éticas (Declarar que la investigación fue aprobada o eximida de la necesidad de revisión por comités de ética. En caso de haber sido evaluado por comité incluir el nombre del comité que evaluó).

•**Resultados:** Indicar las características principales de la población de estudio. Presentar los datos guardando relación con los objetivos planteados. Evitar repetir en el texto los datos que aparecen en las tablas. Las tablas y figuras deben poder entenderse por sí solas, incluir al pie aclaraciones de abreviaturas utilizadas. No pueden utilizarse gráficos de torta, se sugiere convertir los datos a tablas.

•**Discusión:** Se comparan los resultados obtenidos con antecedentes publicados anteriormente. Se presentan semejanzas y diferencias encontradas con evidencia científica. Describir limitaciones y fortalezas del estudio.

•**Conclusión:** responde el objetivo planteado. Resume el aporte de la investigación a la práctica profesional.

•**Citas bibliográficas:** mínimo 10, máximo 30. Las referencias deben seguir las normas resumidas por NML's International Committee of Medical Journal Editors (ICJME): www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Compuesto por: Autores. Título de artículo. Revista. Año Mes; Numero de revista (volumen): páginas. Doi

•**Sección de apartados obligatorios:** Agradecimientos, Contribución de los autores, Conflicto de interés, Fuentes de apoyo, Originalidad y Cesión de derechos (se describen en profundidad al final de las normas para autores).

Artículo original corto

Es similar al artículo original, pero se presenta de forma más abreviada, variando únicamente en la cantidad de palabras y citas bibliográficas.

Cantidad de palabras: hasta 1500 palabras. Contando desde introducción hasta conclusión, sin incluir tablas, figuras y citas bibliográficas.

Secciones del texto:

•**Título del artículo:** Máximo 50 palabras. No puede ser un título ya utilizado en un evento científico previo.

•**Autores:** Colocar nombre y apellido, ordenados según su participación. Último autor suele ser el director del trabajo científico.

•**Afiliaciones:** lugar de trabajo de cada autor

•**Resumen:** máximo 250 palabras. Debe incluir: Introducción, objetivo, métodos, resultados y conclusión.

•**Palabras clave:** Elegir entre 3 a 5 palabras. Seleccionar según los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs): <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

•**Introducción:** se plantean antecedentes sobre el tema mediante citas bibliográficas actualizadas, explicando la importancia y fundamentación del problema. Se describe el objetivo e hipótesis del artículo.

•**Métodos:** Debe incluir: tipo de estudio. Lugar y fechas en las que se recolectaron los datos. Población incluida en el estudio (definir criterios de inclusión y exclusión). Tipo de muestra y cálculo de tamaño muestral (en lo posible). Variables estudiadas. Técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de datos. Análisis estadístico. Si se utilizó un software estadístico, especificar nombre y la versión utilizada. Consideraciones éticas (Declarar que la investigación fue aprobada o eximida de la necesidad de revisión por comités de ética. En caso de haber sido evaluado por comité incluir el nombre del comité que evaluó).

•**Resultados:** Indicar las características principales de la población de estudio. Presentar los datos guardando relación con los objetivos planteados. Evitar repetir en el texto los datos que aparecen en las tablas. Incluir en el lugar del texto que correspondan las tablas y figuras, cada uno con su título. Las tablas y figuras deben poder entenderse por sí solas, incluir al pie aclaraciones de abreviaturas utilizadas. No pueden utilizarse gráficos de torta, se sugiere convertir los datos a tablas.

•**Discusión:** Se comparan los resultados obtenidos con antecedentes publicados anteriormente. Se presentan semejanzas y diferencias encontradas con evidencia científica. Describir limitaciones y fortalezas del estudio.

•**Conclusión:** responde el objetivo planteado. Resume el aporte de la investigación a la práctica profesional.

•**Citas bibliográficas:** mínimo 10, máximo 15. Las referencias deben seguir las normas resumidas por NML's International Committee of Medical Journal Editors (ICJME): www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Compuesto por: Autores. Título de artículo. Revista. Año Mes; Numero de revista (volumen): páginas. Doi

•**Sección de apartados obligatorios:** Agradecimientos, Contribución de los autores, Conflicto de interés, Fuentes de apoyo, Originalidad y Cesión de derechos (se describen en profundidad al final de las normas para autores).

Protocolo de investigación

Presenta el protocolo de una investigación que está por comenzar a realizarse o se encuentra en ejecución.

Cantidad de palabras: hasta 3500 palabras. Contando desde introducción hasta conclusión, sin incluir tablas, figuras y citas bibliográficas.

Secciones del texto:

•**Título del artículo:** Máximo 50 palabras. No puede ser un título ya utilizado en un evento científico previo.

•**Autores:** Colocar nombre y apellido, ordenados según su participación. Último autor suele ser el director del trabajo científico.

•**Afiliaciones:** lugar de trabajo de cada autor

•**Resumen:** máximo 250 palabras. Debe incluir: Introducción, objetivo, métodos y resultados esperados o conclusiones.

•**Palabras clave:** Elegir entre 3 a 5 palabras. Seleccionar según los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs): <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

•**Introducción:** se plantean antecedentes sobre el tema mediante citas bibliográficas actualizadas, explicando la importancia y fundamentación del problema. Se describe el objetivo e hipótesis del artículo.

•**Métodos:** Debe incluir: tipo de estudio. Lugar/es en que se recolectarán los datos. Fecha de inicio de la investigación y estadío en el que se encuentra. Población incluida en el estudio (definir criterios de inclusión y exclusión). Tipo de muestra y cálculo de tamaño muestral (en lo posible). Variables a estudiar. Técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de datos. Análisis estadístico. Consideraciones éticas (Declarar que la investigación fue aprobada o eximida de la necesidad de revisión por comités de ética. En caso de haber sido evaluado por comité incluir el nombre del comité que evaluó).

•**Discusión:** Describir limitaciones y fortalezas del estudio.

•**Conclusión:** conclusión de los resultados que se esperan tener y las implicancias del estudio a la práctica clínica.

•**Citas bibliográficas:** mínimo 10, máximo 25. Las referencias deben seguir las normas resumidas por NML's International Committee of Medical Journal Editors (ICJME): www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Compuesto por: Autores. Título de artículo. Revista. Año Mes; Numero de revista (volumen): páginas. Doi

•**Sección de apartados obligatorios:** Agradecimientos, Contribución de los autores, Conflicto de interés, Fuentes de apoyo, Originalidad y Cesión de derechos (se describen en profundidad al final de las normas para autores).

Caso clínico

Los artículos de casos clínicos deben presentar casos en los que sean novedosos, concisos y didácticos que sirvan para el mejoramiento profesional y de la práctica clínica.

Puede incluir: presentación inusual de una enfermedad, nuevas variaciones en el proceso de un tratamiento o enfermedad, asociación inesperada entre síntomas y enfermedades, interacciones o efectos secundarios novedosos o inusuales a un tratamiento o medicación, entre otros.

Cantidad de palabras: entre 1000 y 1500 palabras. Contando desde introducción hasta conclusión, sin incluir tablas, figuras y citas bibliográficas.

Secciones del texto:

•**Título del artículo:** Máximo 50 palabras. No puede ser un título ya utilizado en un evento científico previo.

•**Autores:** Colocar nombre y apellido, ordenados según su participación. Último autor suele ser el director del trabajo científico.

•**Afiliaciones:** lugar de trabajo de cada autor

•**Resumen:** máximo 250 palabras. Debe incluir: Introducción, objetivo, resultados y conclusión.

•**Palabras clave:** Elegir entre 3 a 5 palabras. Seleccionar según los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs): <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

•**Introducción:** se plantean antecedentes sobre el tema mediante citas bibliográficas actualizadas, explicando la importancia y fundamentación del problema. Se describe el objetivo del artículo. (Dos a tres párrafos son suficientes).

•**Reporte de caso:** se describe el caso clínico. Incluir detalles del paciente y los aspectos novedosos del mismo. Se puede incluir intervención que se realizó y resultados, síntomas que aparecieron, etc. Incluir estudios que se hayan realizados y resulten relevantes al caso. Se pueden incluir tablas con datos del paciente o figuras correspondientes a estudios relevantes.

•**Discusión:** Se comparan los resultados obtenidos con antecedentes publicados anteriormente. Se presentan semejanzas y diferencias encontradas con evidencia científica. En lo posible, describir limitaciones y fortalezas del estudio. (Dos a tres párrafos son suficientes).

•**Conclusión:** responde el objetivo planteado. Resume el aporte del caso clínico a la práctica profesional.

•**Citas bibliográficas:** mínimo 10, máximo 20. Las referencias deben seguir las normas resumidas por NML's International Committee of Medical Journal Editors (ICJME):

www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Compuesto por: Autores. Título de artículo. Revista. Año Mes; Numero de revista (volumen): páginas. Doi

•**Sección de apartados obligatorios:** Agradecimientos, Contribución de los autores, Conflicto de interés, Fuentes de apoyo, Originalidad y Cesión de derechos (se describen en profundidad al final de las normas para autores).

Revisión literaria

Son análisis exhaustivo de la literatura científica sobre un tema en particular.

Cantidad de palabras: hasta 3500 palabras. Contando desde introducción hasta conclusión, sin incluir tablas, figuras y citas bibliográficas.

Secciones del texto:

•**Título del artículo:** Máximo 50 palabras. No puede ser un título ya utilizado en un evento científico previo.

•**Autores:** Colocar nombre y apellido, ordenados según su participación. Último autor suele ser el director del trabajo científico.

•**Afiliaciones:** lugar de trabajo de cada autor

•**Resumen:** máximo 250 palabras. Debe incluir: Introducción, objetivo, métodos, resultados y conclusión.

•**Palabras clave:** Elegir entre 3 a 5 palabras. Seleccionar

según los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs): <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

•**Introducción:** se plantean antecedentes sobre el tema mediante citas bibliográficas actualizadas, explicando la importancia de la revisión literaria sobre el tema elegido. Determinar el objetivo.

•**Métodos:** Debe incluir: el tipo de revisión (en este caso literaria). los métodos de búsqueda de información (definiendo dónde se buscó la información y que palabras se usaron para la búsqueda). Rango de fechas de los artículos que se incluyeron. Cantidad de artículos encontrados, cantidad de artículos excluidos y motivo, cantidad de artículos incluidos. Puede o no incluir un análisis de calidad de los artículos.

•**Resultados:** Describe la información encontrada haciendo referencia a las citas bibliográficas consultadas. Se presentan los resultados con un formato narrativo organizados con un análisis cronológico, por temática o por conceptos, según los autores prefieran. Se pueden incluir tablas las cuales deben llevar su correspondiente título. No pueden incluirse figuras pertenecientes a libros u otros artículos, solo aquellas figuras que hayan sido diseñadas por los autores y no se hayan publicado en otro lado.

•**Discusión (opcional):** Se comparan los resultados obtenidos con antecedentes publicados anteriormente. Se presentan semejanzas y diferencias encontradas con evidencia científica.

•**Limitaciones y futuras perspectivas:** Describir limitaciones de los estudios y futuras perspectivas sobre el tema.

•**Conclusión:** responde el objetivo planteado. Resume el aporte del caso clínico a la práctica profesional.

•**Citas bibliográficas:** mínimo 10, máximo 50. Las referencias deben seguir las normas resumidas por NML's International Committee of Medical Journal Editors (ICJME):

www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Compuesto por: Autores. Título de artículo. Revista. Año Mes; Numero de revista (volumen): páginas. Doi

•**Sección de apartados obligatorios:** Agradecimientos, Contribución de los autores, Conflicto de interés, Fuentes de apoyo, Originalidad y Cesión de derechos (se describen en profundidad al final de las normas para autores).

Artículos especiales: Comunicación Breve o Relato de Experiencias

Incluye artículos de temas especiales de relevancia para la rehabilitación, quedando a criterio del comité editorial su inclusión. Los temas abordados refieren a comunicar hallazgos preliminares o novedosos que aporten una metodología o técnica innovadora que aporte al área

de las ciencias de la salud y rehabilitación. Incluyen la descripción de procedimientos a la luz de la bibliografía científica más actualizada.

Cantidad de palabras: hasta 2000 palabras. Contando desde introducción hasta conclusión, sin incluir tablas, figuras y citas bibliográficas.

Secciones del texto:

- **Título del artículo:** Máximo 50 palabras. No puede ser un título ya utilizado en un evento científico previo.
 - **Autores:** Colocar nombre y apellido, ordenados según su participación. Último autor suele ser el director del trabajo científico.
 - **Afiliaciones:** lugar de trabajo de cada autor
 - **Resumen:** máximo 250 palabras. Debe incluir: Introducción, objetivo, resultados y conclusión.
 - **Palabras clave:** Elegir entre 3 a 5 palabras. Seleccionar según los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs): <http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>
 - **Introducción:** se plantean antecedentes sobre el tema mediante citas bibliográficas actualizadas, explicando la importancia y fundamentación del problema. Se describe el objetivo del artículo. (Dos a tres párrafos son suficientes).
 - **Desarrollo:** el desarrollo estará integrado por subtítulos que los autores crean convenientes. En este apartado se describe la temática o explica la metodología a la luz de la evidencia científica más actualizada. Se pueden incluir tablas con datos o figuras relevantes siempre que sean de autoría propia.
 - **Conclusión:** responde el objetivo planteado. Describir limitaciones y fortalezas del tema desarrollado. Resume el aporte del caso clínico a la práctica profesional.
 - **Citas bibliográficas:** máximo 20. Las referencias deben seguir las normas resumidas por NML's International Committee of Medical Journal Editors (ICJME): www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html
- Compuesto por:** Autores. Título de artículo. Revista. Año Mes; Numero de revista (volumen): páginas. Doi
- **Sección de apartados obligatorios:** Agradecimientos, Contribución de los autores, Conflicto de interés, Fuentes de apoyo, Originalidad y Cesión de derechos (se describen en profundidad al final de las normas para autores).

Sección de apartados obligatorios para todos los tipos de artículos:

Agradecimientos: Son opcionales. En caso de que los hubiera.

Contribución de los autores: se puede detallar el aporte de cada autor o establecer algo general como por

ejemplo “Quienes participaron en la elaboración de este artículo, han trabajado en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final”.

Conflicto de interés: se menciona si existe algún conflicto de interés con laboratorios u otras entidades para las que se trabaje. En caso de no existir colocar “ninguno”.

Fuentes de apoyo: mencionar la fuente de apoyo. Si no se contó colocar “La presente investigación no contó con fuentes de financiación”.

Originalidad: mencionar “Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente”.

Cesión de derechos: mencionar “Quienes participaron en la elaboración de este artículo, ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación”.



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA
Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación

Oficinas Echeverría 955 CP1428, CABA, Argentina | +54.11.4782.6088

Dirección Legal AMA | Av. Santa Fé 1171, CP1059, CABA, Argentina | ✉ samfyr@samfyr.org.ar | **WWW.SAMFYR.ORG.AR**