



Centro de
TRATAMIENTO
de la LESIÓN
CEREBRAL

FORMACIÓN, ACUERDOS Y CONCIERTOS

Son tres las inquietudes máximas del Centro en este sentido:

1 - Formación de terapeutas ajenos al Centro en las distintas disciplinas implicadas en esta patología (fisioterapeutas, logopedas, neuropsicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, educadores, celadores, cuidadores, etc.).

2- Formación interna continua para los terapeutas integrantes de Lescer, basada en el conocimiento transdisciplinar de todos los terapeutas que tratan al paciente, permitiendo de este modo un conocimiento global de su problemática para todos y cada uno de los terapeutas.

3 - Colaboración con distintas Facultades y Centros de Rehabilitación, para posibilitar líneas de investigación técnica y terapéutica, la realización de prácticas en el Centro, y organización de seminarios y conferencias.

Existen Convenios de Prácticas con la Universidad Europea de Madrid (Fisioterapia), Universidad La Salle (Terapia Ocupacional), Universidad Complutense de Madrid (Logopedia) y Universidad Complutense de Madrid, Master de Neuropsicología del ISEP.

4- Cursos de formación de postgrado: Instituto Provincial de Rehabilitación (IPR), Instituto Provincial de Rehabilitación, Hospital de Móstoles, Curso de Verano con la Fundación Complutense.

5- Cursos Monográficos de Formación

- Curso de Fisioterapia neurológica (40 horas)
- Curso de Neuropsicología Clínica (40 horas)
- Curso de Logopedia especializada en neurorehabilitación (40 horas)



Centro de
TRATAMIENTO
de la LESIÓN
CEREBRAL

6- Concierto con la COMUNIDAD DE MADRID SER-MAS

El Centro Lescer tiene firmado un contrato de “Prestación de servicios asistenciales a pacientes con peculiaridades clínicas concretas diagnosticados de Lesión Cerebral” con el Servicio Madrileño de la Salud (SERMAS) desde el año 2003.

El contrato cubre el tratamiento de 25 pacientes, 15 en fase Aguda y 10 en la Fase Postaguda.

Para acceder a estas plazas hay que entregar una solicitud de tratamiento en el Registro del SERMAS, en la Plaza de Carlos Trias Bertrán nº 7 de Madrid, exponiendo el caso del afectado, acompañando informes clínicos que especifiquen el diagnóstico del paciente y la recomendación de recibir tratamiento especializado.

Será el mismo SERMAS el que se pondrá en contacto con el interesado tanto para otorgar la plaza como para denegarla. El Centro Lescer no tiene potestad alguna para admitir o rechazar a un paciente, es el SERMAS el que deriva a los pacientes a tratamiento.

El tiempo máximo de tratamiento en la fase Aguda es de 12 meses, y el de la fase postaguda de 24 meses.

INVESTIGACIÓN

Son dos principalmente las líneas de investigación que se están desarrollando en la actualidad:

1.- UTILIZACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DEL CONCEPTO BOBATH Y LA TECNOLOGÍA ROBÓTICA EN LA NEUROREHABILITACIÓN DEL MIEMBRO SUPERIOR.

El Centro Lescer ha puesto en marcha un proyecto de investigación que demuestre la eficacia de unir el tratamiento rehabilitador basado en el Concepto Bobath al uso de la tecnología robótica (Robot In Motion 2).

El In Motion 2 es un brazo robótico de última generación diseñado para la rehabilitación de miembros superiores en personas que han sufrido un accidente cerebrovascular. La utilización de dicho robot en todo el mundo es



muy limitado debido a su elevado coste, en concreto en Europa sólo se puede encontrar en Londres, Roma y Madrid. Tanto en Europa como en Estados Unidos se están llevando a cabo en la actualidad extensos programas de investigación que demuestren la eficacia que se le otorga en teoría siguiendo otros principios neurofisiológicos e investigaciones sobre la reorganización del SNC y el aprendizaje y control de los movimientos.

La práctica con el brazo robótico permite en una sesión de 45 minutos una repetición de movimientos (una media de 1000 movimientos) en distintas direcciones del espacio que difícilmente puede igualar el terapeuta. Además el brazo robótico se adapta a la ejecución del paciente, es decir, espera a que sea éste el que inicie el movimiento, corrige la dirección del mismo y la finalización. El movimiento de alcance del miembro superior suele estar acoplado al movimiento de prensión de un objeto. El brazo robótico incorpora un módulo para trabajar la prensión en la realización de diferentes tareas en el ordenador unido a los movimientos del brazo.

El entrenamiento se realiza en posturas que impliquen reclutamiento de tono a nivel proximal (tronco) como base del movimiento distal de los miembros superiores (bipedestación, sedestación erguida). Del mismo modo el movimiento distal provoca un aumento de tono recíproco a nivel proximal por lo que el entrenamiento mejorará las capacidades de mantener el equilibrio del paciente.

La rehabilitación de la funcionalidad de los miembros superiores en personas que han sufrido algún tipo de daño cerebral sobrevenido es uno de los retos más importantes que existen hoy en día en neurorehabilitación.

Para ello hemos escogido un grupo de pacientes, afectados por distintas causas de daño cerebral adquirido (TCE, ACV) que presentan problemas de movilidad selectiva y funcionalidad de miembros superiores con el objetivo de realizar una evaluación de sus capacidades previa al entrenamiento y posteriormente una reevaluación cada tres meses y de esta forma poder objetivar la eficacia del uso de ambas estrategias de tratamiento para la recuperación de funciones.

El protocolo de valoración que se va a implementar en todos los pacientes cubrirá todas las áreas que demuestren la eficacia del tratamiento y la mejora de las capacidades del paciente, a través de la utilización de test estandarizados.



2.- CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF) Y ESCALAS DE VALORACIÓN.

La CIF constituye una revisión de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980. La CIF fue aprobada para su uso en mayo de 2001 tras estudios de campo sistemáticos y consultas internacionales a lo largo de varios años.

El Centro Lescer ha comenzado a implantar el uso de la CIF dentro de las líneas de actuación ya que consideramos necesaria una clasificación que esté respaldada a nivel mundial y que sirva como herramienta para valorar la situación inicial de los pacientes, su evolución y establecer criterios de cambio de fases en el proceso rehabilitador del daño cerebral. Dentro de este proyecto se están aplicando escalas estandarizadas existentes en la actualidad y de uso extendido por todo el mundo que se correspondan con los ítems de la CIF para establecer un baremo o calificación más objetivo.

Los objetivos específicos, resumidos, de la CIF son:

- Proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes.
- Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, para mejorar la comunicación entre distintos usuarios, tales como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades.
- Permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo.
- Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria.

Estos objetivos están relacionados entre sí, ya que la necesidad y el uso de la CIF requiere la construcción de un sistema relevante y útil que pueda aplicarse en distintos ámbitos:

- En política sanitaria.
- En evaluación de la calidad asistencial.
- En evaluación de consecuencias en diferentes culturas.



Ya que la CIF integra los modelos médico y social supondría la herramienta idónea para el paso de pacientes de la fase aguda (sanitaria, de cuidados médicos y rehabilitadores) a la fase crónica de atención social, con criterios objetivos establecidos que existen en otros países pero no en España.

ALGUNAS PUBLICACIONES DE MIEMBROS DEL EQUIPO

Quintero, Isabel. El Salvador: Changing from within. Doctors for Global Health (DGH) Newsletter. Fall/Winter 2005-Volume 9, Issue 2.

Reyero, Almudena; Guallart, María. El familiar como parte del equipo de rehabilitación. Guía de familias. Fedace 2005, p.116.

Terradillos Azpiroz, Estibaliz; Guallart Balet, María. Posibilidades y alternativas de un sistema aumentativo y alternativo de comunicación: Plaphoons. Guía de familias. Fedace 2005, p.92

Beatriz López Hernández, Nuria Paúl Lapedriza, Juan Manuel Muñoz Céspedes y Marcos Ríos Lago. Efectividad de la Rehabilitación Neuropsicológica en pacientes con TCE. II Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet. Mayo 2003.

Beatriz López Hernández, Nuria Paúl Lapedriza, Fernando Maestú Unturbe. Rehabilitación de la Memoria. Revista de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. Noviembre 2003.

Beatriz López Hernández, Fernando Maestú Unturbe, M^a Carmen Díaz-Obregón Santos, Manuel Domínguez, H. Bhathal, Tomás Ortiz Alonso. Different cognitive patterns between frontal lobe epilepsy patients and temporal lobe epilepsy patients. Abstracts from the 6th European Congress on Epileptology; Vienna, 30 May - 3 June 2004. Epilepsia, 2004; 45 (suppl 3) pág 183.

Beatriz López Hernández, M^a Carmen Díaz-Obregón Santos, Fernando Maestú Unturbe. Cognitive functioning in epilepsy patients on monotherapy. Abstracts from the 26th International Epilepsy Congress; Paris 28 August - 1 September. Epilepsia, 2005; 46 (suppl 6) pág 153.

María Guallart, Beatriz López Hernández, Susana Medrano Ordejón. Una aproximación a la Neuropsicología. "Revista de la Asociación Española de Terapeutas formados en el Concepto Bobath. Julio 2005