

Rehabilitación después de una apoplejía

Tabla de Contenido

- [¿Qué es la rehabilitación después de una apoplejía?](#)
- [¿Qué discapacidades puede ocasionar una apoplejía?](#)
- [¿Qué profesionales médicos se especializan en la rehabilitación después de una apoplejía?](#)
- [¿Dónde puede obtener rehabilitación el paciente que ha sufrido un ataque cerebrovascular?](#)
- [¿Qué investigaciones se están realizando?](#)
- [¿Adónde puedo ir para obtener más información?](#)

En los Estados Unidos más de 700.000 personas sufren un ataque cerebrovascular¹ cada año, y aproximadamente los dos tercios de estas personas sobreviven y requieren rehabilitación. Los objetivos de la rehabilitación son ayudar a los sobrevivientes a ser lo más independiente posible y a lograr la mejor calidad de vida posible. Aún cuando la rehabilitación no "cura" la apoplejía ya que no revierte el daño cerebral, la rehabilitación puede ayudar sustancialmente a las personas a lograr los mejores resultados posibles a largo plazo.

¿Qué es la rehabilitación después de una apoplejía?

La rehabilitación ayuda a que los sobrevivientes de un accidente cerebrovascular aprendan de nuevo las habilidades que pierden cuando se daña parte del cerebro. Por ejemplo, estas habilidades pueden incluir la coordinación de los movimientos de las piernas para poder caminar o ejecutar los pasos involucrados en cualquier actividad compleja. La rehabilitación también le enseña a los sobrevivientes nuevas maneras de realizar tareas para circunvalar o compensar cualquier discapacidad residual. Puede ser que los pacientes necesiten aprender a bañarse y vestirse usando una sola mano, o a comunicarse con eficacia cuando su habilidad para usar el lenguaje ha sido afectada. Hay un fuerte consenso entre los expertos en rehabilitación de que el elemento más importante en cualquier programa de rehabilitación es la práctica repetitiva cuidadosamente dirigida y bien enfocada, la misma clase de práctica repetitiva que toda persona realiza cuando aprende una nueva destreza como tocar el piano o lanzar una pelota de béisbol.

La terapia de rehabilitación comienza en la sección de cuidados intensivos del hospital después de que se haya estabilizado la condición médica del paciente, a menudo entre 24 a 48 horas después del ataque cerebrovascular. Los primeros pasos comprenden promover el movimiento independiente ya que muchos pacientes están paralizados o seriamente debilitados. A los pacientes se les instruye para que cambien de posición frecuentemente mientras que estén acostados en la cama y que participen pasiva o activamente en ejercicios de alcance para aumentar su movilidad y fortalecer sus extremidades lesionadas por la apoplejía. (Los ejercicios pasivos de alcance para aumentar la movilidad son aquellos en los que el terapeuta ayuda físicamente al paciente a mover una extremidad repetidamente, mientras que los ejercicios "activos" son realizados por el paciente sin la ayuda física del terapeuta.) Los pacientes van progresando de sentarse solos, y cambiarse de la cama a una silla, a pararse, sosteniendo su propio peso y a caminar, con o sin asistencia.

Las enfermeras y los terapeutas de rehabilitación ayudan a los pacientes a realizar tareas progresivamente más complejas y exigentes, como bañarse, vestirse, y utilizar el inodoro, y les animan a que comiencen a utilizar sus extremidades deterioradas por la apoplejía para realizar estas tareas. La primera etapa en el retorno a una independencia funcional del sobreviviente de un ataque cerebrovascular constituye en comenzar a readquirir la capacidad de realizar estas actividades básicas de la vida diaria.

¿Qué discapacidades puede ocasionar una apoplejía?

Los tipos y grados de discapacidad que resultan de una apoplejía dependen del área del cerebro que ha sido dañada. Generalmente, una apoplejía puede causar cinco tipos de discapacidades: parálisis o dificultad para

controlar el movimiento, perturbaciones sensoriales incluyendo dolor, problemas para usar o comprender el idioma, problemas con el pensamiento y la memoria, y perturbaciones emocionales.

Parálisis o problemas para controlar el movimiento (control motriz)

La parálisis es una de las discapacidades más comunes que resulta de una apoplejía. Generalmente la parálisis es solamente en el lado del cuerpo opuesto al lado del cerebro dañado por la apoplejía, y puede afectar la cara, un brazo, una pierna, o un lado entero del cuerpo. Esta parálisis de un solo lado se llama *hemiplejía* (la debilidad de un solo lado se llama *hemiparesia*). Los pacientes de una apoplejía con hemiparesia o hemiplejía pueden tener dificultad para realizar las actividades diarias como caminar o agarrar objetos. Algunos pacientes que sufrieron una apoplejía tienen problemas para tragar, lo que se llama *disfagia*, debido al daño a la parte del cerebro que controla los músculos para tragar. Un daño a la parte inferior del cerebro llamado cerebelo puede afectar la habilidad del cuerpo para coordinar el movimiento, es decir, una discapacidad llamada *ataxia*, que conduce a problemas con la postura corporal, el caminar y el equilibrio.

Perturbaciones sensoriales incluyendo el dolor

Los pacientes que han sufrido un ataque cerebrovascular pueden perder su habilidad de sentir cuando los tocan, o de sentir el dolor, la temperatura, o la posición. La falta de sensibilidad también puede entorpecer la habilidad de los pacientes de reconocer los objetos que sostienen y puede ser tan severa que hace que el paciente no reconozca su propia extremidad. Algunos pacientes sienten dolor, entumecimiento o sensaciones raras de hormigueo o picazón en las extremidades paralizadas o debilitadas, lo que se conoce como *parestesia*.

Los sobrevivientes de una apoplejía a menudo tienen una variedad de síndromes de dolor crónico que resultan del daño inducido por el ataque cerebrovascular al sistema nervioso (dolor neuropático). Los pacientes que tienen un brazo seriamente debilitado o paralizado a menudo sienten un dolor de moderado a severo que se extiende del hombro hacia fuera. Más a menudo, el dolor resulta de la inmovilidad de una articulación o coyuntura debida a la falta de movimiento y a que los tendones y ligamentos alrededor de la articulación se fijan en una sola posición. Comúnmente, esto se llama una articulación "congelada"; el movimiento "pasivo" de la articulación de la extremidad paralizada es esencial para evitar la dolorosa "congelación" y para permitir que el paciente se mueva con facilidad siempre y cuando regrese la fuerza motriz voluntaria. En algunos pacientes que han tenido un ataque cerebrovascular, las vías de sensación del cerebro se dañan causando la transmisión de señales falsas que resultan en sensaciones de dolor en la extremidad o en el lado del cuerpo que tiene el déficit sensorial. El más común de estos síndromes de dolor se llama el "síndrome de dolor talámico", que puede ser difícil de tratar aún con medicamentos.

La pérdida de contingencia urinaria es bastante común inmediatamente después de una apoplejía y a menudo resulta de una combinación del déficit sensorial y el motriz. Los sobrevivientes de una apoplejía pueden perder su habilidad para sentir la necesidad de orinar o para controlar los músculos de la vejiga. A otros les puede faltar la movilidad para alcanzar el inodoro a tiempo. También puede haber una pérdida del control intestinal o contingencia fecal o el estreñimiento. La incontinencia permanente después de una apoplejía no es común. Sin embargo, aún la pérdida temporal del control de la vejiga o del control intestinal puede ser emocionalmente difícil para los sobrevivientes de un ataque cerebrovascular.

Problemas en el uso y entendimiento del idioma (afasia)

Por lo menos un cuarto de todos los sobrevivientes de un ataque cerebrovascular sufren de algún deterioro en el lenguaje que involucra la habilidad para hablar, escribir y comprender el idioma hablado y escrito. Un daño inducido por un ataque cerebrovascular a cualquiera de los centros de control del lenguaje del cerebro puede deteriorar severamente la comunicación verbal. Un daño al centro del lenguaje localizado en el lado dominante del cerebro, conocido como el área de Broca, causa la *afasia expresiva*. Las personas con este tipo de afasia tienen dificultad para expresar su pensamiento a través de las palabras o por escrito. Pierden la habilidad para decir las palabras que están pensando y para unir palabras en oraciones coherentes y

gramaticalmente correctas. En comparación, el daño a un centro del lenguaje localizado en la parte trasera del cerebro, llamada el área de Wernicke, resulta en una *afasia receptiva*. Las personas con este problema tienen dificultad para comprender el idioma hablado o escrito y a menudo tienen un habla incoherente. Aunque pueden formar oraciones gramaticalmente correctas, a menudo su habla no tiene sentido. La forma más severa de afasia, la *afasia global*, está causada por un daño extensivo a varias áreas involucradas en la función del lenguaje. Las personas con afasia global pierden casi todas sus habilidades lingüísticas; no pueden entender el idioma ni usarlo para expresar pensamientos. Una forma menos severa de afasia, llamada *afasia anómica o amnésica*, ocurre cuando solo hay un daño cerebral mínimo; sus efectos a menudo son muy leves. Las personas con afasia anómica simplemente pueden olvidarse selectivamente de grupos interrelacionados de palabras, como los nombres de personas o clases específicas de objetos.

Problemas con el pensamiento y la memoria

La apoplejía puede dañar partes del cerebro responsables por la memoria, el aprendizaje, y el discernimiento. Los sobrevivientes de una apoplejía pueden tener la concentración dramáticamente reducida o pueden experimentar déficit en la memoria a corto plazo. También pueden perder su habilidad para hacer planes, comprender el significado de las cosas, aprender tareas nuevas, o involucrarse en otras actividades mentales complejas. Dos déficit bastante comunes que resultan de una apoplejía son la *anosognosia*, una inhabilidad para aceptar la realidad de los deterioros físicos que resultan de la apoplejía, y la *negligencia unilateral*, es decir, la pérdida de la habilidad para responder a objetos o estimulación sensorial en un lado del cuerpo, generalmente el lado dañado por la apoplejía. Los sobrevivientes de un ataque cerebrovascular que desarrollan *apraxia* pierden su habilidad para planificar los pasos involucrados en una tarea compleja y para llevar a cabo los pasos en la secuencia apropiada. Los sobrevivientes de la apoplejía con *apraxia* también pueden tener problemas para seguir una serie de instrucciones. Parece que la *apraxia* es causada por una interrupción en las conexiones sutiles que existen entre el pensamiento y la acción.

Perturbaciones emocionales

Muchas personas que sobreviven una apoplejía sienten miedo, ansiedad, frustración, rabia, tristeza y una sensación de pesar por sus carencias físicas y mentales. Estos sentimientos son una respuesta natural al trauma psicológico de una apoplejía. Algunas perturbaciones emocionales y cambios de personalidad son el resultado de los efectos físicos del daño cerebral. La depresión clínica, que es una sensación de desolación que interrumpe la habilidad de la persona para funcionar, parece ser el trastorno emocional que los sobrevivientes de una apoplejía sienten más a menudo. Las señales de una depresión clínica incluyen perturbaciones en el sueño, un cambio radical en los patrones de alimentación que pueden conducir a una pérdida o aumento repentino de peso, letargo, reclusión social, irritabilidad, fatiga, auto-desprecio, y pensamientos suicidas. La depresión después de la apoplejía se puede tratar con medicamentos antidepresivos y terapia psicológica.

¿Qué profesionales médicos se especializan en la rehabilitación después de una apoplejía?

La rehabilitación después de una apoplejía abarca médicos; enfermeras de rehabilitación; terapeutas físicos, ocupacionales, de recreación, del habla y del lenguaje, y vocacionales; y profesionales de la salud mental.

Médicos

Los médicos tienen la responsabilidad primaria del manejo y coordinación del cuidado a largo plazo de los sobrevivientes de una apoplejía, incluyendo la recomendación de los programas de rehabilitación que mejor convengan las necesidades de cada paciente. Los médicos también son responsables del cuidado general de la salud del sobreviviente de un ataque cerebrovascular y de aconsejarle cómo prevenir un segundo ataque apopléjico, por ejemplo, controlando la presión arterial alta o la diabetes y eliminando factores de riesgo como el tabaquismo, el peso excesivo, una dieta alta en colesterol, y un consumo elevado de alcohol.

Los neurólogos generalmente dirigen los equipos de cuidado intensivo de ataques cerebrovasculares y el cuidado de los pacientes mientras están hospitalizados. A veces se mantienen a cargo de la rehabilitación a

largo plazo. Sin embargo, los médicos especializados en otros campos a menudo asumen la responsabilidad después de que la etapa aguda ha pasado, incluyendo los *fisiatras*, que se especializan en la medicina física y la rehabilitación.

Enfermeras de rehabilitación

Las enfermeras especializadas en la rehabilitación ayudan a los sobrevivientes a volver a aprender cómo realizar las actividades básicas de la vida diaria. También educan a los sobrevivientes sobre el cuidado regular de la salud, por ejemplo, cómo seguir un horario de medicación, cómo cuidar su piel, cómo moverse de la cama a una silla de ruedas, y cómo atender las necesidades especiales de las personas con diabetes. Las enfermeras de rehabilitación también trabajan con los sobrevivientes para reducir los factores de riesgo que pueden causar una segunda apoplejía, y proporcionan entrenamiento para los cuidadores.

Las enfermeras están íntimamente involucradas en ayudar a los sobrevivientes de un ataque cerebrovascular a manejar su cuidado personal, tales como bañarse y controlar la incontinencia. La mayoría de los sobrevivientes de una apoplejía recobran su habilidad para mantener su continencia, a menudo con la ayuda de estrategias que aprenden durante su rehabilitación. Estas estrategias incluyen el fortalecimiento de los músculos pélvicos a través de ejercicios especiales y el mantenimiento de un itinerario estricto para ir al baño. Si el problema con la incontinencia continúa, las enfermeras pueden enseñar a los cuidadores de los pacientes cómo insertar y manejar catéteres y a tomar medidas higiénicas especiales para evitar que se desarrollen otros problemas de salud relacionados con la incontinencia

Terapeutas físicos

Los terapeutas físicos se especializan en tratar discapacidades relacionadas con problemas motores y sensoriales. Están entrenados en todos los aspectos de la anatomía y fisiología asociados a la función normal, con énfasis en el movimiento. Pueden evaluar la fortaleza, resistencia, alcance de movimiento, anomalías en el andar, y déficit sensorial, para diseñar programas individualizados de rehabilitación dirigidos para que los pacientes puedan recuperar el control sobre las funciones motoras.

Los terapeutas físicos ayudan a los sobrevivientes a recuperar el uso de las extremidades lesionadas por la apoplejía, les enseñan estrategias de compensación para reducir el efecto de los déficit restantes, y establecen programas de ejercicio para ayudar a las personas a retener las habilidades que acaban de recuperar. Las personas con discapacidades tienden a evitar el uso de sus extremidades deterioradas, un comportamiento llamado *no uso aprendido*. No obstante, el uso repetitivo de las extremidades deterioradas fomenta la *plasticidad del cerebro*² y ayuda a reducir las discapacidades.

Las estrategias utilizadas por los terapeutas físicos para fomentar el uso de las extremidades deterioradas incluyen estimulación sensorial selectiva como golpear suavemente o acariciar, ejercicios activos y pasivos de alcance de movimiento, y la restricción temporal de las extremidades saludables mientras que se practican las tareas motrices. Algunos terapeutas físicos pueden usar una tecnología nueva, la neuroestimulación eléctrica transcutánea, (TENS, por sus siglas en inglés) que fomenta la reorganización cerebral y la recuperación de la función. La TENS involucra el uso de una sonda pequeña que genera una corriente eléctrica para estimular la actividad nerviosa en las extremidades deterioradas por el ataque cerebrovascular.

En general, la terapia física enfatiza la práctica de movimientos aislados, alternando repetitivamente entre un tipo de movimiento y otro, y practicando movimientos complejos que requieren gran cantidad de coordinación y de equilibrio, como subir y bajar las gradas o moverse con seguridad entre obstáculos. Las personas demasiado débiles para soportar su propio peso pueden practicar los movimientos repetitivos durante la hidroterapia (en la que el agua proporciona estimulación sensorial al mismo tiempo que apoya el peso del paciente) o mientras que están apoyadas por un arnés. Una tendencia reciente en la terapia física destaca la eficacia de realizar actividades con una meta, como juegos para promover la coordinación. Los terapeutas físicos a menudo emplean la estimulación sensorial selectiva para promover el uso de las extremidades

deterioradas y ayudar a los sobrevivientes con negligencia unilateral a recuperar la sensibilidad a los estímulos en el lado negligente del cuerpo.

Terapeutas ocupacionales y de recreación

Al igual que los terapeutas físicos, los terapeutas ocupacionales se preocupan de mejorar las habilidades motoras. Ayudan a los sobrevivientes a que reaprendan las habilidades motoras necesarias para realizar actividades auto-dirigidas - *ocupaciones o tareas* - como la limpieza del hogar, la jardinería, y artes y manualidades. Los terapeutas pueden enseñarles a algunos sobrevivientes cómo adaptarse a manejar y proporcionarles entrenamiento en la carretera. A menudo les enseñan a las personas cómo dividir una actividad compleja en sus componentes, practicar cada componente, y después realizar la secuencia entera de acciones. Esta estrategia puede mejorar la coordinación y puede ayudar a las personas con apraxia a reaprender cómo realizar acciones planificadas.

Los terapeutas ocupacionales también enseñan a las personas cómo desarrollar estrategias compensatorias y cómo cambiar aquellos elementos de su medio ambiente que limitan las actividades con un propósito. Por ejemplo, las personas que tienen uso de una sola mano pueden sustituir los botones en su ropa con cerraduras de Velcro. Los terapeutas ocupacionales también ayudan a los sobrevivientes de un ataque cerebrovascular a usar aparatos de asistencia, como bastones, andadores, o sillas de ruedas. Finalmente, muchos terapeutas ocupacionales enseñan a las personas cómo hacer cambios en sus casas para aumentar la seguridad, remover barreras, y facilitar el funcionamiento físico, por ejemplo, instalando barras para agarrarse en los baños.

Los terapeutas de recreación ayudan a las personas con una variedad de discapacidades a desarrollar y usar su tiempo libre para mejorar su salud, independencia, y la calidad de vida.

Patólogos del habla y del lenguaje

Los patólogos del habla y del lenguaje ayudan a los sobrevivientes con afasia a reaprender a usar el lenguaje o a desarrollar medios alternativos de comunicación. También les ayudan a mejorar su habilidad para tragar.

Se han desarrollado muchas técnicas terapéuticas especializadas para ayudar a las personas con afasia. Algunas formas de terapia a corto plazo pueden mejorar la comprensión rápidamente. Ejercicios intensos como repetición de las palabras del terapeuta, práctica en seguir instrucciones y ejercicios de lectura o escritura constituyen la base de la rehabilitación del lenguaje. El entrenamiento y la práctica de la conversación, así como el desarrollo de recordatorios o indicaciones para ayudar a que las personas se acuerden de palabras específicas, son algunas veces beneficiosos. Los patólogos del habla y del lenguaje también pueden ayudar a los sobrevivientes de una apoplejía a desarrollar estrategias para circunvalar las discapacidades del lenguaje. Estas estrategias pueden incluir el uso de tablas de símbolos o del lenguaje de señas. Los avances recientes en la tecnología informática han impulsado el desarrollo de nuevos tipos de equipos para mejorar la comunicación.

Los patólogos del habla y del lenguaje usan técnicas no-invasivas de imaginería para estudiar los patrones del tragar del sobreviviente de una apoplejía e identificar la fuente exacta de su impedimento. La dificultad para tragar puede ser causada por diferentes razones, incluyendo el reflejo de deglución o de tragar retrasado, la inhabilidad de manipular la comida con la lengua o la inhabilidad de detectar la comida que se queda acumulada en las mejillas después de tragar. Cuando se ha determinado la causa, los patólogos del habla y del lenguaje trabajan con el paciente para ingeniar estrategias para sobreponerse o para minimizar el déficit. A veces, sólo cambiando la posición del cuerpo y corrigiendo la postura al comer se puede lograr una mejoría. Se puede modificar la textura de los alimentos para hacer que sean más fáciles de tragar, por ejemplo, se pueden espesar los líquidos ligeros que a menudo hacen que una persona se atore. Cambiar los hábitos de comer, por ejemplo, comiendo porciones más pequeñas y masticando lentamente, también pueden ayudar a aliviar la disfagia.

Terapeutas vocacionales

Aproximadamente un cuarto de todas las apoplejías ocurren entre las personas de 45 a 65 años de edad. Para la mayoría de las personas en esta edad, el regresar al trabajo es una de las principales preocupaciones. Los terapeutas vocacionales realizan muchas de las mismas funciones que los consejeros vocacionales regulares. Pueden ayudar a las personas con discapacidades residuales a identificar sus fortalezas vocacionales y desarrollar *curriculum vitae* que destaquen esas fortalezas. También pueden ayudar a identificar a posibles empleadores, a buscar trabajos específicos, y proporcionar referencias a agencias de rehabilitación vocacional para personas que han sufrido un ataque cerebrovascular.

Lo más importante es que los terapeutas vocacionales educan a las personas con discapacidades sobre sus derechos y las protecciones que tienen de acuerdo con la Ley para Americanos con Discapacidades de 1990. Esta Ley requiere que los empleadores realicen "acomodaciones razonables" para los empleados discapacitados. Los terapeutas vocacionales a menudo actúan como mediadores entre los empleadores y los empleados para negociar la provisión de acomodaciones razonables en el trabajo.

¿Dónde puede obtener rehabilitación el paciente que ha sufrido un ataque cerebrovascular?

La rehabilitación debe comenzar apenas el paciente del ataque cerebrovascular se estabilice, a menudo de 24 a 48 horas después de la apoplejía. Esta primera etapa de la rehabilitación generalmente ocurre en el hospital de cuidados intensivos. Al momento de ser dado de alta del hospital, el paciente y su familia, en coordinación con los trabajadores sociales del hospital, deben localizar un lugar apropiado para que viva el paciente. Muchos sobrevivientes de una apoplejía regresan a su hogar, mientras que otros se mudan a algún tipo de establecimiento médico.

Unidades de rehabilitación para pacientes hospitalizados (inpatient)

Las unidades para pacientes hospitalizados pueden ser independientes o pueden ser parte de grandes complejos hospitalarios. Generalmente, los pacientes permanecen en la instalación de 2 a 3 semanas, y se involucran en un programa intensivo y coordinado de rehabilitación. Tales programas a menudo comprenden por lo menos 3 horas diarias de terapia activa, 5 ó 6 días a la semana. Las instalaciones para pacientes hospitalizados ofrecen una serie completa de servicios médicos, incluyendo la supervisión de un médico las 24 horas al día, y acceso a un rango completo de terapeutas especializados en la rehabilitación después de un ataque cerebrovascular.

Unidades para pacientes no hospitalizados (outpatient)

A menudo las instalaciones para pacientes no hospitalizados son parte de un complejo hospitalario más grande y proporcionan acceso a médicos y a un amplio rango de terapeutas especializados en la rehabilitación después de un ataque cerebrovascular. Los pacientes típicamente pasan varias horas, a menudo 3 días por semana, en la instalación participando en sesiones de terapia coordinada y regresan a sus hogares en la noche. Las instalaciones integrales para pacientes no hospitalizados frecuentemente ofrecen programas de tratamientos tan intensivos como aquellos de los pacientes hospitalizados, pero también pueden ofrecer regímenes menos exigentes, dependiendo de la capacidad física del paciente.

Instalaciones con enfermeras

Los servicios de rehabilitación disponibles en las instalaciones con enfermeras son más variables que aquellos en las unidades para pacientes hospitalizados o para pacientes no hospitalizados. Las instalaciones de enfermería altamente capacitadas generalmente ponen mayor énfasis en la rehabilitación, mientras que los hogares tradicionales enfatizan el cuidado residencial. Además, se ofrecen menos horas de terapia en comparación a las que se ofrecen en las unidades de rehabilitación para pacientes hospitalizados y para pacientes no hospitalizados.

Programas de rehabilitación en casa

La rehabilitación en casa permite mayor flexibilidad de manera que los pacientes puedan diseñar su propio programa de rehabilitación y seguir un itinerario individual. Los sobrevivientes de un ataque cerebrovascular pueden participar en un nivel de terapia intensivo varias horas a la semana o seguir un régimen menos exigente. Estos arreglos suelen ser los más convenientes para las personas que no tienen transportación o que requieren tratamiento de un solo tipo de terapeuta de rehabilitación. Los pacientes que dependen del programa de Medicare para su rehabilitación deben cumplir con los requisitos de Medicare de ser "confinado en casa" o "*homebound*" para calificar para recibir estos servicios; por ahora, la falta de transportación no constituye una razón válida para recibir la terapia en casa. La mayor desventaja de los programas de rehabilitación en casa es la falta de equipo especializado. Sin embargo, realizar el tratamiento en casa le otorga a las personas la ventaja de practicar las destrezas y desarrollar estrategias de compensación dentro de su propio ambiente.

¿Qué investigaciones se están realizando?

El Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (NINDS, por sus siglas en inglés), un componente de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH, por sus siglas en inglés) del gobierno federal, es el responsable máximo de patrocinar las investigaciones sobre los trastornos del cerebro y del sistema nervioso, incluyendo la fase aguda de la apoplejía y la restauración de las funciones después de la apoplejía. El NINDS también apoya la investigación sobre modos para mejorar la reparación y regeneración del sistema nervioso central. Los científicos financiados por el NINDS están estudiando cómo el cerebro responde a la experiencia o se adapta a la lesión a través de la reorganización de sus funciones (plasticidad) usando tecnologías no-invasivas de imagenaría para hacer un mapeo de los patrones de actividad biológica en el cerebro. Otros científicos financiados por el NINDS están observando la reorganización del cerebro después de un ataque cerebrovascular y determinando si las técnicas específicas de rehabilitación, como la terapia de movimiento inducido por la fuerza y la estimulación magnética transcraneal, pueden estimular la plasticidad cerebral, así mejorando la función motora y disminuyendo la discapacidad. Otros científicos están experimentando con la implantación de células troncales neurales, para ver si estas células pueden reemplazar las células que murieron como resultado de la apoplejía.

¹ Un "accidente cerebrovascular" o apoplejía ocurre cuando las células del cerebro se mueren debido a un flujo sanguíneo inadecuado. Cuando el flujo sanguíneo se interrumpe, las células cerebrales son privadas de suministros vitales de oxígeno y nutrientes. Alrededor del 80 por ciento de los accidentes cerebrovasculares son causados por el bloqueo de una arteria en el cuello o en el cerebro, y los restantes son causados por un vaso sanguíneo que se rompe en el cerebro, lo que causa sangrado en o alrededor del cerebro. En muchos países latinoamericanos, las personas comúnmente se refieren al accidente cerebrovascular como derrame cerebral o embolia.

² A veces, las funciones que se deterioran cuando una región específica del cerebro ha sido dañada por una apoplejía pueden ser realizadas por otras partes del cerebro. Esta habilidad para adaptar y cambiar se conoce como plasticidad.

¿Dónde puedo encontrar más información?

Para obtener información adicional sobre los programas investigación del NINDS, contacte a la Unidad de Recursos Neurológicos y Red de Información del Instituto (BRAIN por su sigla en inglés) en:

BRAIN
P.O. Box 5801
Bethesda, MD 20824
(800) 352-9424
<http://www.ninds.nih.gov>

Organizaciones:

American Stroke Association: A Division of American Heart Association
7272 Greenville Avenue
Dallas, TX 75231-4596
strokeinfo@heart.org
<http://www.strokeassociation.org>
Tel: 1-888-4STROKE (478-7653)
Fax: 214-706-5231

National Stroke Association
9707 East Easter Lane
Suite B
Centennial, CO 80112-3747
info@stroke.org
<http://www.stroke.org>
Tel: 303-649-9299 800-STROKES
(787-6537)
Fax: 303-649-1328

Easter Seals
233 South Wacker Drive
Suite 2400
Chicago, IL 60606
info@easterseals.com
<http://www.easterseals.com>
Tel: 312-726-6200 800-221-6827
Fax: 312-726-1494

National Aphasia Association
350 Seventh Avenue
Suite 902
New York, NY 10001
naa@aphasia.org
<http://www.aphasia.org>
Tel: 212-267-2814 800-922-4NAA
(4622)
Fax: 212-267-2812

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA)
2200 Research Boulevard
Rockville, MD 20850
actioncenter@asha.org
<http://www.asha.org>
Tel: 800-638-8255
Fax: 301-571-0457

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
P.O. Box 8547
Silver Spring, MD 20907-8547
ahrqpubs@ahrq.gov
<http://www.ahrq.gov>
Tel: 703-437-2078 800-358-9295

National Rehabilitation Information Center (NARIC)
8201 Corporate Drive
Suite 600
Landover, MD 20785

naricinfo@heitechservices.com

<http://www.naric.com>

Tel: 301-459-5900/301-459-5984 (TTY) 800-346-2742

Fax: 301-562-2401

[Regresar al tope de la página](#)

Glosario

[Regresar al tope de la página](#)

Apéndice

[Regresar al tope de la página](#)

"Rehabilitación después de una apoplejía", NINDS. Marzo 2003

Publicación de NIH 03-4846

Preparado por: Office of Communications and Public Liaison
National Institute of Neurological Disorders and Stroke
National Institutes of Health
Bethesda, MD 20892

El material del NINDS sobre la salud se ofrece solamente para propósitos informativos y no significa un endoso ni la posición oficial del Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares o de ninguna otra agencia federal. Cualquier recomendación sobre el tratamiento o cuidado de un paciente en particular debe obtenerse a través de una consulta con un médico que lo haya examinado o que esté familiarizado con el historial médico de dicho paciente.

Toda la información preparada por el NINDS es de dominio público y se puede reproducir libremente. Se agradece que se le dé el crédito correspondiente al NINDS o a los NIH.