

Medidas practicas, orientaciones y enfoque actual de la rehabilitacion del ictus cerebral

Autor: Dra. Raquel E. Caruncho Contreras, Dra. Maritza Leyva Serrano, Dra. Sonia Turró Sotolongo

Resumen

Los Ictus o accidente cerebro vasculares traen aparejado un déficit motor, trastornos cognitivos, de comunicación y emocionales interfiriendo en la capacidad funcional del individuo. Por la importancia de estos eventos en nuestro país hicimos una revisión bibliográfica sobre una serie de medidas posturales, de movilización y de orientaciones de las actividades de la vida diaria de estos enfermos en el hogar.

Por otra parte se recomiendan medidas generales de prevención de las caídas y plasmamos un enfoque actual de la rehabilitación del déficit motor y la discapacidad física con estadios de la recuperación motora, así como recomendaciones para la actividad física en pacientes supervivientes de ictus con el objetivo de mejorar la capacidad funcional del paciente para una intervención y reinserción comunitaria precoz de forma orientada, integral y particularizada a su problemática biopsicosocial y así alcanzar una recuperación funcional con una reducción de los costos y cargas sociales.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la Enfermedad Cerebrovascular (ECV) se define como el desarrollo rápido de signos clínicos de disturbios de la función cerebral con síntomas que persisten 24 horas o más, o que llevan a la muerte con ninguna otra causa evidente que el origen vascular. (2).

Su prevención requiere el control y el tratamiento de los factores de riesgos modificables (las infecciones, sedentarismo, drogas ilícitas, tabaquismo-alcoholismo) y factores prevenibles como es la hipertensión arterial, la enfermedad cardiaca, la diabetes mellitus y la dislipidemias (3, pág. 479).

El ictus es una urgencia médica. En la isquemia cerebral existe un período de “ventana terapéutica” en las primeras 3-6 horas desde el inicio de los síntomas durante el cual, si se logra la reperusión del tejido isquémico podría evitarse el daño irreversible del tejido encefálico. Se tiende por ello a reducir el retraso en la identificación clínica del ictus, en el traslado, en la evaluación y en el tratamiento de estos pacientes (3, pág. 479).

Epidemiología (3) (4) (5).

En una población de 100,000 habitantes aproximadamente 200 personas al año tendrán un primer ictus, esta tasa de incidencia se dobla si consideramos una población mayor de 45 años. La prevalencia de ictus en Europa se estima entre el 5 y 7% de las personas con edad superior a los 65 años y en los países occidentales el ictus cerebral es el principal responsable de discapacidad física grave en los adultos. Aproximadamente un 20-25% de los supervivientes a los 6 meses del ictus continúan siendo incapaces de caminar sin asistencia física y más de un 60% no puede incorporar la mano afecta a la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), según la Organización Mundial de la Salud (OMS) supone la tercera causa de muerte y la primera de invalidez en la población adulta mundial, es primera causa de discapacidad severa en el adulto y requiere

intervención precoz en el marco de su ventana terapéutica. Principal diagnóstico al egreso en pacientes trasladados de hospitales hacia centro de rehabilitación, y se estima una mortalidad de la enfermedad de aproximadamente el 30% durante el primer año y del 12% anual en años subsiguientes.

La mortalidad aumenta con la edad, causando un elevado costo humano: un tercio de los sobrevivientes requiere asistencia para las actividades de la vida diaria (AVD) o su cuidado personal, el ictus origina trastorno de la marcha y contribuye al riesgo de caídas. En los Estados Unidos más de 700, 000 personas sufren un ataque cerebrovascular cada año y aproximadamente los 2/3 de estos pacientes sobreviven y requieren rehabilitación.

En Cuba constituye la tercera causa de muerte y se observa en las últimas tres décadas un ascenso de las mismas en tasas brutas, detectándose una tendencia al desplazamiento de la muerte por estas causas hacia edades más tempranas. Segunda causa de riesgo de discapacidad en el Servicio de Geriátrica en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente (H.D.C.Q.) Comandante Manuel Fajardo en el año 2001- 2004.

Características clínicas por la afectación de diferentes hemisferios. (3, Pág. 484)

I - hemisferio dominante (izquierdo en diestros y en algún zurdo)

Motora: Hemiplejía o Hemiparesia derecha.

Cognitivos: Dispraxias, Habilidades constructivas visuoespaciales, Afectación de la memoria verbal.

Comunicación: Disfasia: expresión, comprensión, lectura y escritura.

Emocionales: Reacciones con depresión y ansiedad.

II - hemisferio no dominante (derecho)

Motora: Hemiplejía o Hemiparesia izquierda

Perceptivas y cognitivas: Falta de reconocimiento de síntomas o de la enfermedad (anosognosia),

Falta de atención a estímulos desde un lado del cuerpo o del espacio, Percepción espacial actuada,

Afectación de la memoria visual.

Medidas prácticas, orientaciones y enfoque actual de la rehabilitación del ictus cerebral.2

Comunicación: Discapacidad en la comprensión y expresión de gestos y entonación con contenidos emocional y afectivos.

Emocionales: Impulsivos: Reacciones de euforia o indiferencia pero también ansiedad

Se establece que la afectación del ictus trae aparejado un déficit motor, trastornos cognitivos, de comunicación y emocionales interfiriendo en la capacidad funcional del individuo.

En el estudio realizado por la Lic. Marcia Cobas en su libro Por la Vida editado en agosto del 2003 refleja que existen en Cuba 118.343 discapacitados de 60 años y más, de 55.720 discapacitados en

edades de 40 a 59 años, encontrando además una cifra de 92.506 de discapacitados físico-motores (6).

En el año 2005 la población anciana de Cuba era de un 15.8%, en Ciudad Habana de un 18% y en el municipio Plaza de la Revolución de un 25.02%. Este aumento en el municipio Plaza trae aparejado un incremento de los pacientes con discapacidad, donde las secuelas de los cuadros cerebrovasculares toman gran relevancia.

Nos hemos visto motivados, por lo anteriormente expuesto, revisar una serie de medidas posturales, de movilización, de orientaciones sobre las actividades de la vida diaria del enfermo en el hogar. Por otra parte medidas generales de prevención de las caídas, plasmándose un enfoque actual de la rehabilitación del déficit motor y la discapacidad física con estadios de la recuperación motora, así como recomendaciones para la actividad física en pacientes supervivientes de ictus con el objetivo de mejorar la capacidad funcional del paciente para una intervención y reinserción comunitaria precoz de forma orientada, integral y particularizada a su problemática biopsicosocial y alcanzar una recuperación funcional con una reducción de los costos y carga social.

En nuestro país en la lucha de la Batalla de Ideas con la remodelación de diferentes centros hospitalarios se encuentran las Unidades de Ictus (UI). La eficacia de estas Unidades sobre la evolución a medio y largo plazo del enfermo con ictus se sustenta en meta análisis de ensayos clínicos aleatorizados (nivel de evidencia científica) que revelan que las Unidades de Ictus (UI) reducen la mortalidad, la dependencia funcional y la institucionalización de los pacientes (3, Pág. 486) (7) (8).

La característica común más importante de las Unidades de Ictus (UI) es la provisión de una rehabilitación multidisciplinaria y coordinada por personal con interés específico en el conocimiento y manejo de los problemas de las personas con ictus (3, Pág. 486) (7) (8).

La movilización precoz y la rehabilitación inmediata aparecen como las principales variables asociadas a los buenos resultados de las Unidades de Ictus (UI), probablemente porque la rehabilitación precoz reduce las complicaciones derivadas del encamamiento, como neumonía, infección de orina, trombosis venosa profunda (TVP) embolia pulmonar, contracturas y úlceras por presión (3, Pág. 487) (7) (8).

El objetivo principal de los cuidados en el enfermo que ha sufrido un ictus es ayudarlo a alcanzar el máximo grado posible de independencia y lograr la mejor calidad de vida, en este período es muy importante el manejo de:

- Medidas posturales y movilización.
- Ejercicios de recuperación.
- Rehabilitación en las actividades de la vida diaria.
- Rehabilitación de la comunicación.

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. El uso repetitivo de las extremidades deterioradas fomenta la plasticidad del cerebro y ayudan a reducir las discapacidades. (4).

Medidas posturales y movilización: (9) (10) (11).

En las etapas muy tempranas el paciente pasará la mayoría del tiempo en la cama, tan pronto como fuese posible debería sentarse fuera de la cama, de hecho se dan muchas circunstancias en las que es necesario que permanezca en la cama por algunos días asumiendo gran importancia el tratamiento postural. Pues cuanto más tiempo se perpetúe tumbado en la cama favorecerá la aparición de la espasticidad y mayor será el miedo que sienta al moverse en posiciones erguidas cuando comience a sentarse y levantarse una y otra vez.

Tratamiento postural se realizará cada 2 horas.

Objetivos:

- Evitar posturas incorrectas que pudieran adoptar los miembros afectados y que contribuyen a la aparición de contracturas y subluxaciones.
- Evitar el apoyo prolongado sobre una misma zona para así evitar las úlceras por presión.

Posturas:

-Tendido sobre el lado sano: la cabeza descansa correctamente sobre una almohada, de modo que el paciente se sienta cómodo y mantenga la flexión lateral de la columna cervical, el tronco estará en ángulo recto sobre la superficie de la cama. El miembro superior hemipléjico se coloca sobre una almohada enfrente de éste elevado aproximadamente 90 grados con la escápula correctamente protruida donde la almohada se colocará correctamente contra el tórax superior del paciente y debajo de toda la longitud del miembro superior, hasta alcanzar la axila.

Si el hombro rotase internamente y el antebrazo pronase, entonces el codo debería flexionarse ligeramente para así evitar el persistente patrón de extensión. El otro miembro superior descansará donde resulte más confortable para el paciente.

La extremidad inferior hemipléjica se colocará más adelantada sobre una almohada con algunos grados de flexión de cadera y rodilla, colocada cuidadosamente para asegurar que el pie no cuelgue en supinación por el borde de la almohada. El otro miembro inferior descansará plano sobre la cama con la cadera algo extendida y ligera flexión de rodilla, de modo que la almohada evite que la extremidad caiga hacia delante como tiene tendencia a hacerlo en las fases iniciales.

Esta postura tiene el inconveniente que con el lado afecto en supralateral el paciente se sentirá más desvalido y el miembro superior flácido necesitará sujetarse correctamente para poder mantenerse en el sitio sin que el hombro comience a dolerle.

Tendido sobre el lado afecto: La cabeza descansa cómodamente quedando ligeramente más elevada que el tórax, ó sea en ligera flexión lateral a la altura de la columna cervical superior para que así no empuje hacia atrás en extensión. El tronco se colocara ligeramente rotado hacia atrás y se apoya la zona dorsal sobre una almohada encajada para que no se mueva detrás del paciente. El miembro superior hemipléjico está desplazado hacia delante de modo que forma un ángulo no superior a 90 grados con el cuerpo.

El antebrazo yace en supinación y la muñeca descansa en dorsiflexión pasiva. El otro miembro superior del paciente descansa sobre el cuerpo o sobre la almohada que tiene detrás; si el miembro

superior sano del paciente descansa delante de él, desplazará todo el tronco hacia delante derivando en una inmediata retracción de la escápula hemipléjica.

Medidas practicas, orientaciones y enfoque actual de la rehabilitacion del ictus cerebral.3

Los miembros inferiores descansan en una posición de paso, con el miembro inferior sano flexionado a la altura de la cadera y rodilla y apoyado sobre una almohada. La cadera y rodilla no deberían flexionarse totalmente, sino que deberían alcanzar un ángulo confortable que en cualquier caso no supere los 80 grados. La almohada grande situada debajo de la extremidad también ayuda a mantener la posición del miembro inferior hemipléjico, colocado con extensión de cadera y ligera flexión de rodilla.

Importancia de estar tendido sobre el lado afecto:

- El lado que sienten con más normalidad está más alto.
- La hipertoncicidad disminuirá elongando la totalidad del lado implicado.
- La conciencia del lado afecto aumentará firmemente debido a la presión que ejerce el cuerpo del paciente sobre la superficie de la cama. La mano más hábil del paciente quedará libre para realizar tareas tales como taparse con el cubrecamas o sujetar el auricular del teléfono.

Tendido en decúbito supino:

La cabeza queda bien apoyada en la almohada con la columna cervical superior en flexión, prestando especial atención a que la columna torácica no se flexione. Se colocará una almohada debajo del glúteo y muslo hemipléjicos para así desplazar la pelvis hemipléjica hacia delante y entonces impedir que la extremidad rote internamente, sino se corrige la postura de la pelvis el miembro inferior continuará entonces presionando contra cualquier forma de fijación y podría entonces aparecer fácilmente las úlceras por presión o la afectación de los nervios de esa área.

Se colocará una almohada debajo de la escápula hemipléjica para mantener la protracción del hombro y así el miembro descanse en una posición correcta con extensión de codo, muñeca en dorsiflexión y los dedos extendidos. Las extremidades inferiores descansarán extendidas, evitándose las almohadas debajo de las rodillas o de las pantorrillas, ya que la formas tiende a llevar la rodillas hacia una flexión excesivas y esto podría conllevar a una hiperextensión de rodilla o una presión no deseada de las vulnerables venas del miembro inferior.

La posición supina debería utilizarse lo menos posible, ya que en esta posición se da la mayor actividad refleja anormal debido a la influencia de los reflejos tónicos cervicales y laberíntico, la posición supina implica el riesgo de aparición de úlceras por presión en el sacro e incluso más comúnmente en la cara lateral del talón y en el maléolo lateral.

Aspectos generales a tener en cuenta cuando se coloque al paciente.

La cama deberá mantenerse horizontal y la parte distal de la misma no deberá estar elevada. La

posición de semisentado o semitumbado deberá evitarse siempre ya que refuerza la indeseada flexión de tronco con extensión de miembros inferiores, además la creciente presión sobre el sacro y el cóccix podría derivar fácilmente en úlceras por decúbito sobre las protuberancias óseas. En las posiciones de decúbito lateral el paciente tendrá tendencia a deslizarse hacia los pies de la cama si la cabecera está elevada.

No deberá colocarse nada en la mano para contrarrestar la espasticidad flexora; el efecto será justo el contrario, ya que la influencia del reflejo de garra hace que la mano se cierre ante un objeto ubicado en la palma de la misma. Muchos pacientes tendrán dificultades para alinear el cuerpo en relación a otros objetos vecinos; colocar al paciente en la cama de manera que esté tumbado paralelo a los lados de la cama será de gran ayuda, así como evitar que este diagonalmente atravesado, algo que pasa con frecuencia cuando se deja solo.

Las almohadas que usarán para los distintos tratamientos posturales han de ser grandes y rellenas de un material suave que se pueda hundir, lo que moldeará el apoyo y mantendrá la parte implicada del cuerpo en la posición deseada, generalmente se requiere entre 3 o 4 almohadas.

No deberá colocarse nada sobre las cabezas metatarsianas para así evitar la deformación en flexión plantar, ya que una presión firme sobre el antepié aumentará la indeseada actividad refleja en el patrón extensor.

Se evitará que la ropa de cama sea pesada y ajustada, así como los pliegues en las mismas.

Adopción de otras posturas posibles:

- Giro hacia el lado sano:

Con la cadera y la rodilla flexionada juntar las manos del paciente y asir cadera y hombro hemipléjico.

- Giro hacia el lado hemipléjico:

Se fijan hombros y rodillas hemipléjicos para que el paciente movilice activamente el brazo y la pierna sana.

- Sentado en la cama:

Elevar la cabecera de la cama al máximo posible, colocar una almohada en la espalda manteniendo el tronco recto, la cabeza ha de estar libre de apoyo, las caderas en flexión de 90 grados, el brazo pléjico hacia delante sobre una mesa de cama descansando en almohada.

- Rodar al paciente sobre el lado hemipléjico:

El cuidador rueda al paciente sobre el lado hemipléjico llevando su mano sana hacia el borde de la cama. El paciente tumbado sobre el lado hemipléjico se impulsa sobre el borde de la cama con el brazo sano, mientras el cuidador sostiene la cadera sana y guía el hombro sano hacia arriba.

- Deslizamiento sobre las nalgas:

Manteniendo las manos juntas con los brazos hacia delante se trata de que el paciente transfiera el peso de un lado del cuerpo al otro usando movimientos de cadera y hombros para desplazarse hacia el borde de la cama.

- Transferencia de la cama al sillón:

Colocar la silla hacia el lado hemipléjico, el paciente debe apoyar la planta de los pies en el suelo, los brazos deben estar hacia delante y elevar las nalgas, girar el cuerpo hacia la silla guiando el terapeuta el movimiento desde los hombros.

- Transferencia del sillón a la cama:

El cuidador se coloca de pie frente al paciente sentado, el brazo hemipléjico del paciente se sujeta entre el brazo y el tronco del terapeuta, los brazos del paciente rodean el tronco del terapeuta, la rodilla hemipléjica del paciente queda atrapada entre las rodillas del cuidador. El pie del paciente es atrapado entre los pies del cuidador transfiriendo desde aquí hacia delante el peso del paciente. Se guían los hombros del paciente hacia delante y hacia abajo con lo que se elevan sus nalgas, después las manos del cuidador se colocan en las caderas del paciente para facilitar la transferencia del peso.

- Favorecer la inclinación del paciente hacia delante desde la posición de sedestación:

Puede colocarse un taburete sobre el que se apoye con las manos mientras tiene los pies en el suelo. Al mismo tiempo el pie hemipléjico se sitúa en posición vertical respecto a la rodilla del mismo lado, sosteniendo el cuidador si fuera necesario dicha rodilla, colocando la otra mano en la cadera sana para evitar la claudicación hacia ese lado.

Medidas practicas, orientaciones y enfoque actual de la rehabilitacion del ictus cerebral.4

- **Paciente en sedestación:**

Colocar una almohada en la espalda y los brazos hacia delante con atención especial a la posición de la mano del lado hemipléjico apoyada sobre una almohada con cambios entre flexión y extensión de codo y ambos pies bien apoyados en el suelo.

Paseo:

El cuidador se sitúa delante del paciente sosteniendo el brazo y hombro hemipléjico y estabilizando

la pelvis mediante apoyo en la cadera del lado sano. El cuidador camina del lado hemipléjico del paciente y estabiliza y sostiene el hombro y el brazo del mismo lado.

Ejercicios de recuperación para el paciente con ictus (autopasivos):

Lo antes posible entre el primer y cuarto día después de haber sufrido un ictus (según el estado del paciente) deben iniciarse los siguientes ejercicios de recuperación, cada uno de ellos se realizará en 6 repeticiones con una frecuencia de 4 veces al día.

- Maniobra anticapsulitis del hombro:

Con las manos entrelazadas el pulgar del lado paralizado sobre el del lado sano y los codos en extensión se llevan los brazos hacia arriba y hacia abajo. De esta manera se describen arcos totales con la articulación del hombro.

- Maniobra del puente:

Tumbado en decúbito supino con las rodillas flexionadas, el paciente levanta las caderas de la cama, manteniendo las rodillas y los brazos extendidos con las palmas hacia abajo. Si el enfermo no pudiera hacerlo solo el cuidador debe ayudarlo sosteniendo la pierna hemipléjica y contribuyendo a la inclinación de la pelvis del mismo lado.

Beneficios de esta maniobra:

- Da buena estabilidad del tronco al fortalecer las inserciones musculares de los miembros inferiores.
- Buen método de cargar peso en la pierna hemipléjica.
- Fundamental en la preparación para las posturas de sedestación, bipedestación y marcha para lo que una buena movilidad y equilibrio de la pelvis tienen un papel fundamental.

Importancia de esta maniobra:

- Ayuda en la rehabilitación del tronco, si el paciente no logra realizar la maniobra tampoco conseguirá más tarde establecer un buen equilibrio de la pelvis y un buen patrón de marcha.
- La rehabilitación de los músculos del tronco juega un importante papel en la función respiratoria y previene la aparición de las neumonías que complican el ictus.

- Balanceo de rodilla:

Con las rodillas flexionadas y los pies y las manos apoyados en la cama el enfermo balancea las rodillas a ambos lados sin separarlas al mismo tiempo que hace movimientos de rotación del tronco.

Importancia:

Este movimiento ayuda a tener conciencia de las dos mitades del cuerpo.
Con la rotación del tronco se inician los movimientos activos de los miembros hemipléjicos.

- Maniobra de extensión isométrica de la rodilla mediante dorsiflexión del pie.
- Maniobras bucolinguofaciales:

Abrir y cerrar la boca.

Torcer la boca de un lado a otro.

Estirar y fruncir los labios.

Sacar la lengua de forma repetida.

Finalidad: Recuperar la función de los músculos faciales y linguales que favorecen posteriormente el lenguaje, si el paciente sufre afasia y problema en la masticación y deglución.

- Ejercicios básicos de rehabilitación respiratoria:

Inspirar por la nariz abombando el abdomen y espirar lentamente por la boca contrayendo el abdomen.

- Ejercicio de balanceo en sedestación:

Con los pies bien apoyados en el suelo y las manos extendidas y apoyadas sobre la cama el tronco se balancea de un lado a otro. Beneficio: Ayudan al paciente a mantenerse sentado.

- Ejercicios de flexión, extensión y rotación del tronco.

Paciente en sedestación manos entrelazadas con codos extendidos realiza movimientos de flexión, extensión y rotación del tronco.

Orientaciones sobre las actividades de la vida diaria (AVD):

La reeducación de las actividades de la vida diaria (AVD) debe comenzar precozmente y sus principios básicos son:

- El paciente debe resolver sus propios problemas en la medida de lo posible.
- Se han de encargar al paciente tareas útiles para él y con sentido.
- Las manos del terapeuta mantienen asidas las manos del paciente y la guía.

El vestirse:

El paciente debe elegir por si mismo la ropa que ha de ponerse antes de proceder a vestirse,

comprobando el terapeuta que existe una buena transferencia de peso al lado hemipléjico. La función principal del terapeuta es ayudar a guardar el equilibrio y no la de colocar la ropa. Se usará ropa cómoda y de fácil colocación evitando los botones, se usarán broches o cintas adhesivas, calzado cerrado y el vestir y desvestir se hará desde la posición sentada.

En una primera fase aprende a vestirse en decúbito supino con las caderas y rodillas flexionadas. Es una posición descansada y que requiere poco esfuerzo sobre todo en pacientes con poco equilibrio del tronco. Se viste primero la pierna afectada colocando el tobillo en la rodilla del otro miembro inferior, a continuación se sube la prenda desde la rodilla hacia arriba, después se coloca la pierna afectada en flexión sobre la cama mientras se viste la pierna sana, se hace la maniobra del puente y se fija la prenda a la cintura, finalmente por rodamiento hacia el lado afectado y cargando el peso hacia ese lado el paciente se coloca en posición sentada en el borde de la cama.

Desde la posición de sentado el vestido de la parte inferior del cuerpo varia, el paciente se sienta y cruzará las piernas a continuación con la mano sana debe colocar la pierna del miembro hemipléjico sobre la pierna sana y colocar la prenda de vestir con la mano sana. Después con dicha mano debe recolocar la pierna hemipléjica en el suelo apoyando el talón justamente por debajo de la rodilla. Posteriormente se coloca la prenda de la pierna sana, antes de adoptar la bipedestación el paciente debe procurar un buen equilibrio apoyándose sobre el lado hemipléjico, por ejemplo en el borde de una mesa para que los pantalones no se caigan.

Medidas practicas, orientaciones y enfoque actual de la rehabilitacion del ictus cerebral.5

Vestido de la parte superior:

El paciente se sienta con los muslos separados y el tronco ligeramente inclinado hacia delante, con el brazo hemipléjico en extensión dirigido hacia el suelo introduce la manga del mismo con el brazo sano hasta el hombro.

Colocación de los calcetines y el calzado:

Se coloca el calcetín abierto con los dedos pulgares, medio e índice sobre el pie hemipléjico y la mano sana introduce el resto de la prenda. Para colocar el zapato hay que deslizarlo sobre los dedos de los pies, apoyarlo después en el suelo y haciendo presión en la rodilla hemipléjica introducir el talón.

El desvestido:

El paciente debe mantener el equilibrio sentado, el brazo hemipléjico se abandona colgando entre las rodillas de manera que con este patrón postural inhiba la espasticidad se tira de la prenda de vestir sobre la cabeza con la mano sana, se saca el brazo sano de su manga y tirando de esta atrapada entre las dos rodillas se desviste por último el brazo hemipléjico con la mano sana.

Aseo:

Se debe tener adecuada hidratación de la piel y cuidado para evitar erosiones y úlceras prestando atención a las prominencias óseas. Insistir que la cama debe ser dura, colchón en buen estado y

sábanas limpias y secas, el baño y secado se harán en sedestación. El enfermo ha de probar siempre el agua con el brazo sano, manteniendo el equilibrio sentado. Introduce el brazo hemipléjico en el lavabo y lo asea con el brazo sano. El cuidador mientras tanto debe asegurar el equilibrio del paciente en sedestación.

Lavado de las piernas:

El paciente lleva la pierna sana a la línea media, sostiene la rodilla hemipléjica con ambas manos y cruza la pierna hemipléjica sobre la sana pudiendo ser ayudado por el terapeuta en caso necesario, otro modo consiste en mantener los dos talones apoyados firmemente en el suelo y proceder al aseo con ambas manos.

Cepillado de dientes, peinado y afeitado:

Debe procurarse que el paciente realice estas actividades con las 2 manos si es posible guiando ocasionalmente el cuidador la mano hemipléjica haciendo pausas cortas y corrigiendo la posición si es preciso.

Comida:

Se recomienda los manteles no deslizantes siempre que sea posible, es preferible usar utensilios normales no adaptados, sencillos y tener bien planificada la mesa antes de comer. El paciente debe sentarse en posición correcta con el brazo hemipléjico extendido hacia delante sobre la mesa, el cuidador debe guiar los movimientos para comer.

Se debe realizar después de la comidas una buena higiene bucodental para evitar la aparición de infecciones, úlceras que pudiera empeorar si existiera la presencia de una disfagia.

Problemas de Comunicación (Afasia o Disfagia):

Se recomendará hablar con el enfermo como si este fuera un menor de forma lenta utilizando palabras fáciles y frases cortas ayudándose incluso con gestos. No chillar, los gritos no ayudan a comprender, si conserva la capacidad de escritura se estimulará a que se comunique a través de ella. Usar un vocabulario lo más familiar posible. Cuando no pueda expresar algo mejor que no señale, si sabemos lo que quiere decir, ayudarle iniciando las palabras. Comprobar que nos oye y ve suficientemente poniéndonos en ángulo con él a la altura de sus ojos y sin gritarle.

Orientaciones para el domicilio:

Si trastornos del sueño se evitará dormir de día y siestas de duración excesiva manteniendo un entorno tranquilo y distrayendo al paciente durante el día.

Movilidad: 15 minutos dos o tres veces al día con el objetivo de mantener la recuperación funcional conseguida. Si toma importante motora se harán movimientos pasivos dos veces al día con movimientos activos del miembro sano y auto asistidos. Si camina con apoyo o por si solo con dificultad se recomienda paseos cortos y frecuentes 2 veces al día. Si tuvo buena recuperación motora se recomienda ejercicios de bicicleta, natación y caminata de 30 minutos como mínimo para así favorecer su integración social.

Manejar (conducir): hasta después de 1 mes si la recuperación es satisfactoria.

Sexualidad: se reinicia tan pronto el paciente sienta deseos.

Hacer prevención de las caídas a través de medidas generales y la adaptación del entorno y la vivienda.

Prevención de las caídas. Medidas generales: (12) (13)

- 1- Escaleras que dispongan de pasamanos, si es posible a ambos lados y que sus peldaños sean antideslizantes. Las escaleras deberán estar claramente diferenciadas y visibles para evitar tropezones.
- 2- Interruptores situados siempre al lado de las puertas de cada habitación.
- 3- Buena iluminación general en toda la casa pero prestando atención en las escaleras y los pasillos.
- 4- Evitar tener cables, objetos y animales por el suelo en zonas de paso.
- 5- Procurar que los muebles sean estables y estén colocados siempre en el mismo sitio para evitar desorientaciones que facilitarían la caída.
- 6- Instalar varios teléfonos en distintas habitaciones de la casa para facilitar su acceso.
- 7- Utilizar ropa cómoda que no dificulte los movimientos y que no pueda engancharse o pisarse.
- 8- Las alfombras si se utilizan estarán fijas al suelo para que no se deslicen ni se arruguen.
- 9- Evitar pisar sobre zonas húmedas o mojadas hasta que no se hayan secado del todo, por ejemplo: después de fregar los suelos.
- 10- Reparar lo más rápidamente posible desperfectos o baldosas levantadas que pueden favorecer las caídas.
- 11- No andar con prisas, caminar con paso seguro y evitar tomar atajos que puedan ser peligrosos.
- 12- Prestar atención a lo que se hace o por donde se camina para no tropezarse inesperadamente.
- 13- Evitar superficies resbaladizas o recién pulidas. Como prevención debe utilizarse siempre calzado con suelas antideslizantes (tacón de goma) y eliminar el tacón alto (más de 4 cm) y las chancletas.

Medidas prácticas, orientaciones y enfoque actual de la rehabilitación del ictus cerebral.6

- 14- Limpiar inmediatamente cualquier derrame que se produzca.
- 15- Caminar por lugares bien iluminados, utilizar el bastón o el andador si lo precisa y si le hace sentirse más seguro, así ayudara a mejorar el balance muscular y reducir las posibilidades de caídas.
- 16- Considerar protectores de caderas.
- 17- Vigilar que durante la sedestación se esté cómodo usando los sillones geriátricos o sillas rígidas con el respaldo alto, buen apoyo a nivel lumbar y los pies encima de un alza.

Adaptación del entorno.

Adaptar el entorno que les rodea a sus circunstancias particulares y a sus posibilidades: un ambiente adecuado favorece al adulto mayor y a su cuidador donde este último no tendrá que prestarle tanta atención y dispondrá de más tiempo para ocuparse de sí mismo y así la relación adulto mayor – cuidador será más armoniosa y agradable. El entorno conocido permite que el adulto mayor se

sienta más seguro, así él controla todo mejor; si esto falla el paciente se sentirá desorientado y confuso.

Se debe mantener el orden y la rutina de sus actividades básicas cotidianas. Mantener informado al adulto mayor en caso de que haya cambios en la medicación y en el domicilio. Se harán adaptaciones de la vivienda para aumentar su seguridad y así mejoraremos la calidad de vida de ellos.

Adaptación de la vivienda.

Baño:

- 1- Suelo del baño no resbaladizo.
- 2- Alfombrilla antideslizante en la bañera o ducha.
- 3- Barras, asideras en la bañera o ducha y en el inodoro para facilitar los movimientos de sentarse y levantarse. Estas barras serán fácilmente visibles y en colores contrastados.
- 4- Uso de banqueta para que el adulto mayor pueda bañarse sentado y banqueta para colocar el cubo para bañarse si no hay ducha.
- 5- Buena iluminación.
- 6-Temperatura agradable.
- 7- Poner en la puerta de entrada del baño una imagen identificativa para que el adulto mayor lo localice con facilidad sobre todo si el paciente tiene trastornos cognitivos.

Cocina:

- 1- Suelo antideslizante.
- 2- Mesa y sillas que sean estables.
- 3- Procurar que los útiles de cocina sean cómodos y de materiales difícilmente rompibles.
- 4- Guardar los cacharros en armarios de fácil acceso sin tener que subirse a ninguna banqueta para alcanzar a ellos.

El déficit motor y la discapacidad física son las grandes áreas de actuación de la rehabilitación neurológica. El concepto actual de “neuroplasticidad” implica que la recuperación del movimiento y de la función constituye el principal objetivo del tratamiento. La plasticidad supone que las conexiones neuronales y la representación de las áreas corticales, lejos de una rigidez jerárquica, son remodeladas por la experiencia y la actividad, por tanto, la práctica activa de tareas motoras relevantes en la vida de la persona promueve la recuperación motora y funcional de las tareas entrenadas (equilibrio sentado, transferencias, alcanzar objetos, prensión y marcha) (14, 557).

En la actualidad se sugiere que la rehabilitación basada en la evidencia ha de apartarse de la adhesión a métodos basados en las creencias y pasar a juzgar las bases científicas de las técnicas individuales de tratamiento, claramente definidas, descritas y orientadas específicamente para cada problema. Exponemos a continuación los distintos estadios de recuperación motora en estos pacientes.

Estadios de recuperación motora en la hemiparesia

ESTADIO 1: Flacidez.

El paciente no puede iniciar ningún movimiento voluntario con la extremidad afecta.

ESTADIO 2: Se inician las sinergias básicas de la extremidad o alguno de sus componentes como reacciones asociadas a mínimos movimientos voluntarios.

Mano: sin movilidad activa o sólo con indicios de flexión en los dedos.

ESTADIO 3: Movimientos voluntarios en el contexto de sinergias básicas de flexión o extensión.

Mano: prensión global en masa, sin posibilidad de soltar.

ESTADIO 4: Se logran algunas combinaciones de movimientos voluntarios que rompen el patrón sinérgico.

Mano: prensión lateral, comienza con movimientos voluntarios en masa de extensión y capacidad de soltar.

ESTADIO 5: Se pueden realizar combinaciones de movimientos más complejos y ciertos movimientos articulares individuales con una relativa independencia de las sinergias básicas.

Mano: prensión palmar, cilíndrica y esférica, extensión voluntaria de los dedos.

ESTADIO 6: Son posibles los movimientos articulares analíticos y con buena coordinación.

Mano: todos los tipos de prensión, movimientos individuales de los dedos.

(*) Gowland CA Staging motor impairment after stroke. Stroke 1990; 21 (Suppl 2):19-21 (14, Pág. 561)

Fortalecimiento muscular y ejercicio aeróbico

Muchos pacientes con ictus cerebral muestran un deterioro de su estado físico, que puede ser previo al ictus, por efecto del envejecimiento o por comorbilidad. Tras un ictus con hemiparesia se reduce la masa muscular disponible para la contracción durante la actividad física. El déficit de fuerza obviamente es mayor en el lado parético, pero se observa también de forma bilateral. La restricción de la movilidad reduce aún más la fuerza y la forma física y contribuye a la disminución de la densidad mineral ósea. (14, Pág. 561-562). (15, 16, 17, 18).

Además la marcha hemiparética desde el punto de vista energético es muy ineficiente. Se ha comprobado que la velocidad más lenta de la marcha que se observa en la hemiparesia (59 cm/s) precisa aproximadamente el mismo coste energético (consumo de oxígeno de 10 ml/Kg/min) que la marcha al doble de velocidad de las personas sanas (14,562). Basándose en estos hechos, parece razonable pensar que el fortalecimiento muscular y el entrenamiento aeróbico cardiorrespiratorio puede ser de utilidad también en los discapacitados por daño en el sistema nervioso central (SNC). (14,562) (17).

Medidas prácticas, orientaciones y enfoque actual de la rehabilitación del ictus cerebral.7

Hasta hace poco el uso de ejercicios resistidos de potenciación muscular no se contemplaba en la rehabilitación neurológica por la creencia mantenida por los enfoques neurofisiológicos, de que el esfuerzo en presencia de espasticidad podía desencadenar contracciones, reacciones asociadas y empeorar la función muscular. Sin embargo, las pruebas científicas muestran que en la hemiparesia por daño cerebral se puede mejorar la fuerza mediante ejercicios resistidos en ausencia de efectos secundarios negativos y sin exacerbación de la hipertensión.

Los datos de una revisión Cochrane indican que el estado físico de algunos pacientes con ictus puede mejorar con entrenamiento de fuerza, aeróbico o combinado. Los beneficios observados en la forma física, la movilidad y la función resultan compatibles con el concepto de entrenamiento basándose en tareas.

Esto indica que el entrenamiento puede ser más beneficioso si la forma de ejercicio se asemeja a los resultados funcionales deseados. (14,563) (18).

Recomendaciones para la actividad física y el ejercicio en supervivientes de un ictus (14,562) (17)

Evaluación Preejercicios:

Antes de iniciar un programa de ejercicios es recomendable una evaluación completa (historia médica y exploración física, usualmente incluyendo ergometría). Ante ergometría, seleccionar o adaptar el modo de ejercicios a las necesidades del paciente (cinta rodante, bicicleta, cicloergómetro para las extremidades superiores, etc.).

Recomendaciones para el programa de ejercicios:

- El uso de cinta rodante es el ejercicio aeróbico más ventajoso, con inclusión de ejercicios de fuerza y flexibilidad.
- La combinación de comorbilidad, déficits neurológicos y barreras emocionales requiere un acercamiento individual para un programa seguro de ejercicios.
- En los pacientes incapaces de realizar una prueba de esfuerzo se ha de prescribir un ejercicio ligero o moderado antes que vigoroso, con mayor frecuencia de entrenamiento, duración o ambas para compensar la reducción de la intensidad.
- Subgrupos de supervivientes de un ictus (depresión, fatiga, apoyo familiar escaso y déficit de comunicación, cognitivos o motores graves) requieren mayor evaluación y especialización de su programa de rehabilitación.
- Para mejorar la tolerancia al ejercicio, el apoyo familiar y social ha de ser valorado y en su caso resuelto.
- La actividad física y el entrenamiento con ejercicios deben ser vistos como un componente importante de un programa de reducción de riesgo cardiovascular.

Conclusiones:

En nuestro trabajo concluimos que la afectación del ictus trae aparejado un déficit motor, trastornos cognitivos, de comunicación y emocionales interfiriendo en la capacidad funcional del individuo donde las medidas posturales, la movilización precoz y la rehabilitación inmediata aparecen como principales variables en este proceso donde la recuperación del movimiento y de la función constituye el principal objetivo del tratamiento haciéndose la rehabilitación de una forma multidisciplinaria y coordinada.

La práctica activa de tareas motoras en la vida de la persona portadora de un ictus promueve la recuperación motora y funcional de las tareas entrenadas (equilibrio sentado, transferencias, prensión y marcha) y el fortalecimiento muscular y el entrenamiento aeróbico cardiorrespiratorio, pueden ser de utilidad en los discapacitados por ictus, donde el proceso de rehabilitación tendrá como objetivo prioritario lograr una intervención y reinserción comunitaria precoz de forma orientada, integral y particularizada a su problemática biopsicosocial y así alcanzar una

recuperación de los costos y carga social.

Fuente: portalesmedicos.com