

Rehabilitación del Paciente con Ictus

Es importante ayudar al paciente y a su familia a identificar las repercusiones que su enfermedad tiene sobre su vida cotidiana, así como aportar los conocimientos y habilidades para afrontarlas.

1. **Comunicación:** En aquellos pacientes a los que como secuela tengan una afasia se recomendará a su familia que:
 - Hablen con el enfermo como si fuera un adulto.
 - Hablar lentamente, utilizando palabras fáciles y frases cortas ayudándose incluso con gestos.
 - No chillar, los gritos no ayudan a comprender.
 - En aquellos pacientes que conserven la capacidad de escribir se les estimulará para que se comuniqué a través de la escritura.
2. **Patrón de sueño:** Para conservar un correcto patrón de sueño se aconseja:
 - Evitar dormir de día y las siestas de duración excesiva.
 - Procurar un entorno tranquilo.
 - Mantenerlo distraído durante el día.
 - Utilizar si es preciso camas bajas y/o protectores laterales.
3. **Actividades de la vida diaria:**
 - Vestirse: Siempre se debe empezar por la extremidad afectada. Para aquellos pacientes con déficits motores importantes se recomienda la utilización de ropa cómoda y de fácil colocación, como chándales, calzado cerrado, velcro en lugar de botones, etc.
 - Higiene e hidratación: Es muy importante una adecuada hidratación de la piel en aquellos pacientes con déficits importantes que afectan a su movilidad para evitar erosiones y úlceras, prestando especial atención a las prominencias óseas.
 - Movilización: La movilización dependerá de las posibilidades de cada paciente. Se recomienda realizar movimientos activos en los miembros sanos. En los pacientes con trastornos importantes de deambulación se recomienda realizar cambios posturales cada 4 horas. Es recomendable la sedestación durante el día así como la utilización de almohadas para proteger las zonas de roce. En caso de que pueda caminar con ayuda se recomienda la realización de paseos cortos y frecuentes mínimo, al menos dos veces al día.
4. **Conducción:** Aquellos pacientes con ictus que tengan una recuperación satisfactoria no deben conducir hasta que haya transcurrido un mes tras el ACV. Los pacientes con déficits

residuales sobre todo alteraciones visuales, debilidad motora o deterioro cognitivo sólo pueden volver a conducir tras realizar un reconocimiento adecuado en los centros psicotécnicos acreditados.

5. **Sexualidad:** Tener un ictus no implica el fin de la vida sexual del individuo. Secuelas del ACV tales como déficits motores o sensoriales, problemas urinarios, alteraciones de la percepción, ansiedad, depresión y cambios en la imagen corporal pueden ocasionar dificultades en la sexualidad. Hay una creencia de que la actividad sexual puede ocasionar otros ictus, pero la evidencia indica que esto no es cierto. Tras un ACV la actividad sexual se puede reiniciar tan pronto como el paciente sienta deseo.

1. deseo.

Tratamiento rehabilitador

La rehabilitación busca minimizar los déficits o discapacidades experimentadas por el paciente que ha sufrido un ictus, así como facilitar su reintegración social. Es un proceso activo que requiere la colaboración y capacidad de aprendizaje del paciente y de su familia. Es necesario hacer comprender que no vamos a conseguir una recuperación "ad integrum". El objetivo fundamental es ayudar al paciente a adaptarse a sus déficits y no a librarse de ellos, ya que en la mayoría de los casos, la lesión neurológica se recupera en todo o en parte espontáneamente en un período de tiempo variable o no se recupera nunca; todo depende de la gravedad del ictus (1).

La recuperación funcional es mayor en el primer mes, se mantiene hasta el tercer mes, es menor entre el tercer y sexto mes y experimenta cambios progresivamente menores entre el sexto y decimosegundo mes. Por regla general, se establece que a partir del 6º mes se produce la estabilización del cuadro. El lenguaje y el equilibrio pueden seguir mejorando hasta transcurridos 2 años (2,3).

La valoración de los déficits de la comunicación la realiza el foniatra, quien se encarga de programar el tratamiento logopédico adecuado a cada caso.

Los programas de rehabilitación consisten fundamentalmente en la aplicación de determinadas técnicas de terapia física, terapia ocupacional y de logopedia, según el tipo y grado de discapacidad, que se pueden utilizar aisladamente o en combinación (técnicas convencionales, técnicas de facilitación neuromuscular, técnicas de

biofeedback, etc.). No hay ninguna evidencia científica de que unas técnicas fisioterápicas sean mejores que otras.

Programa de tratamiento rehabilitador

1. Fase aguda:
 - Cuidados posturales.
 - Movilizaciones pasivas de los miembros afectados e instrucción de movilización autopasiva (realizada por el propio paciente con ayuda del lado sano).
 - Fisioterapia respiratoria, drenajes posturales, clapping, etc.
 - Estimulación propioceptiva y sensorial del hemicuerpo afecto.
 - Iniciar la sedestación lo más precozmente posible (48- 72 horas después del ACVA) con miembro superior en cabestrillo mientras esté flácido.
2. Fase subaguda y crónica:
 - Primero intentar conseguir el equilibrio sentado.
 - Adaptación progresiva a la verticalidad.
 - Ejercicios activos de aquellos grupos musculares con movimientos voluntarios.
 - Empleo de técnicas de estimulación neuromuscular propioceptiva.
 - Inhibición de la espasticidad mediante técnicas de relajación movilizaciones articulares, calor – frío, etc.
 - Reeducación de la marcha: en paralelas con asistencia de fisioterapeuta, con bastón por terrenos irregulares e independientemente según sean las capacidades de cada paciente (4).
 - Terapia ocupacional, para mejorar la coordinación y destreza manual, procurar la independencia en actividades de la vida diaria básicas (vestido, aseo, comida), información sobre adaptaciones domiciliarias, etc.
 - Logoterapia: En pacientes con una afasia global (reducción severa en la recepción y expresión del lenguaje) raramente se observa mejoría significativa. Las afasias de mejor pronóstico son aquellas con una buena comprensión auditiva y un lenguaje fluido. Las técnicas de tratamiento varían desde terapias de entonación melódica, uso de instrumentos aumentativos de la comunicación y estrategias compensatorias (5) . Existen varios estudios que indican que el tratamiento intensivo de la afasia aporta mayores beneficios que el realizado durante más tiempo pero con menor intensidad. La duración ideal del tratamiento varía

considerablemente, en unos centros se mantiene tratamiento logopédico diario durante 6 meses, mientras que en otros se realiza una evaluación periódica del paciente y dependiendo de la evolución recibe más o menos sesiones de tratamiento.



Tratamiento rehabilitador de las complicaciones

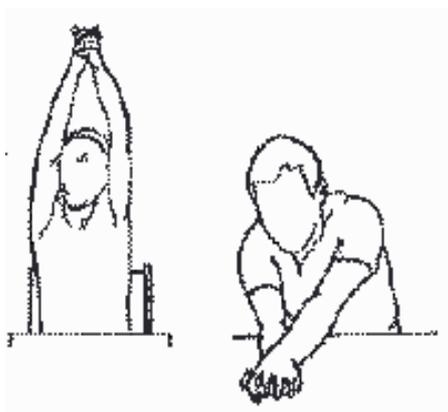
1. Hombro doloroso: Es la complicación más frecuente en el hemipléjico e interfiere en el tratamiento rehabilitador (6).
 - Tratamiento Preventivo:
 - En el paciente encamado dar soporte a la articulación del hombro mediante el uso de almohadas, colocando el brazo en rotación externa, abducción de unos 30º y antebrazo-mano en extensión.
 - Evitar maniobras traumáticas durante la movilización del paciente.
 - Uso de cabestrillo desde que se inicia la sedestación.
 - Movilizaciones pasivas suaves.
 - Ejercicios activos de elevación de hombros si aparecen movimientos voluntarios (7).
 - Tratamiento de la Fase dolorosa:
 - Movilizaciones pasivas, suaves y lentas, masaje sedante y antiedema (drenaje linfático).
 - Hidroterapia, baños de contraste.
 - Electroterapia (TENS).
 - Técnicas de lucha antiespasticidad: relajación, movilizaciones articulares, calor, frío, toxina botulínica.
 - Infiltraciones intraarticulares de corticoides.
2. Espasticidad:
 - Tratamiento Preventivo:
 - Movilizaciones pasivas, tempranas y frecuentes.
 - Uso de aparatos ortopédicos que permitan un adecuado estiramiento de los músculos implicados en la espasticidad.
 - Tratamiento Farmacológico:
 - Inyecciones con toxina botulínica: en espasticidad localizada y en pocos grupos musculares (8).
 - Baclofen.
 - Tizanidina.
 - [Diacapan](#).
 - Tratamiento Ortopédico:

- Férulas antiequino para evitar el arrastre de la punta del pie y facilitar la marcha (AFO, Rancho de los Amigos, Klenzack, etc.) (9).
- Férulas posturales para miembro superior.

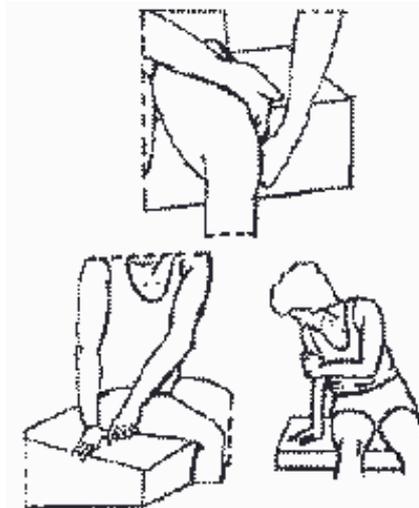
▲ Ejercicios a realizar en domicilio

A todos los pacientes se les enseña una serie de ejercicios que, una vez agotadas las posibilidades rehabilitadoras, deben seguir realizando en su domicilio durante 15 minutos 2 ó 3 veces al día. Son muy sencillos y con esta pauta consiguen mantener en el tiempo la recuperación funcional conseguida (10, 11):

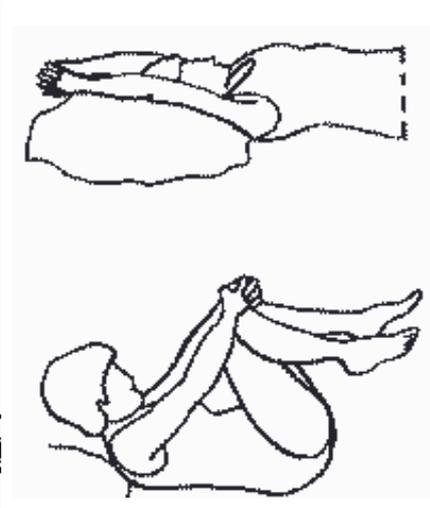
1. Con los dedos entrelazados, codo estirado, subir y bajar los brazos.
2. Con los brazos elevados, moverlos lateralmente (a derecha e izquierda)
3. Flexión y extensión del codo (si es necesario ayudarse con la mano sana)
4. Flexión y extensión de la muñeca y dedos.
5. Ejercicios de extensión de la rodilla para potenciar el cuádriceps.



Ejercicios autoasistidos con las manos entrelazadas llevando el miembro parético en extensión y supinación de antebrazo.



Extensión pasiva de los dedos de la mano y abducción del primer dedo; extensión pasiva de codo.



Ejercicios autoasistidos con manos entrelazadas tanto de miembros superiores como inferiores.

Se le puede colocar una polea en el techo o marco de la puerta para que movilice la articulación del hombro con la ayuda de la mano sana tirando del miembro hemipléjico. No se deben dar pelotas ni similar que les obligue a cerrar la mano con fuerza, ya que favorecerán la "mano en garra" por flexión espástica de los dedos (12).

Si el paciente camina, debe hacerlo diariamente varias veces al día; primero por su domicilio recordándole que tiene que levantar el pie del suelo y separar los pies para un mayor equilibrio. Cuando pueda, debe salir a la calle y dar uno o varios paseos dependiendo de la fatiga. Es importante que el paciente vaya seguro, si es necesario usará un bastón; debe llevar zapato adecuado, sin tacón y con buen apoyo plantar, sujetando el pie pero sin comprimir. En caso de hombro doloroso cuando caminan no es necesario que usen el cabestrillo ya que la coordinación es mayor con el brazo oscilante y libre.

Es importante estimularle a realizar todas las actividades que él pueda hacer, aunque le lleve más tiempo, vestirse, comer, asearse, pequeños trabajos caseros, de la forma en como se les ha enseñado en los servicios de rehabilitación, así como realizar las adaptaciones domiciliarias que precisen. Hay varios estudios que demuestran que el paciente, una vez dado de alta de tratamiento mantiene sus habilidades adquiridas durante al menos el primer año, excepto en las AVD, ya que generalmente, los familiares los sobreprotegen y les ayudan en todas las tareas (13, 14).

En caso de trastornos del lenguaje se le debe hablar normalmente, sobre cosas cotidianas y animarle para que hable y a que lea varias veces al día en voz alta (incluso grabar la lectura con un magnetófono para que luego pueda observar sus progresos).

En los casos en que sea posible es conveniente mantener una vida lo más activa posible, saliendo a pasear, algunos también pueden usar la bicicleta estática y/o realizar natación.

Se les debe insistir en la importancia de realizar ejercicios que se les han enseñado y que caminen al menos 30 minutos al día, así como favorecer la integración en la comunidad y la independencia en la mayoría de las actividades de la vida diaria.



¿Cuándo enviar un paciente con ACV al servicio de rehabilitación?

Los servicios de rehabilitación para individuos que viven en su domicilio después de sufrir un ictus pueden reducir el deterioro de su capacidad de realizar. En nuestro ámbito, generalmente los pacientes que son subsidiarios de tratamiento rehabilitador son atendidos en el hospital desde la fase aguda y se realiza el seguimiento durante al menos los 6 primeros meses, por lo que cuando es dado de alta ya está en fase de secuelas y no suele estar indicado la continuación de este tratamiento excepto que presenten (15,16):

1. Hombro doloroso.
2. Pérdida de capacidad funcional tras el alta.

3. Aquellos pacientes con mal pronóstico inicial pero con mejoría de su estado cognitivo y con posibilidades de colaboración en el tratamiento.

Selección de pacientes para rehabilitación

No existe una indicación generalizada de rehabilitación para todos los enfermos con secuelas por una enfermedad. Hay que hacer una selección adecuada de pacientes en función de la evaluación cuidadosa de los déficits y las discapacidades y en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad (2,3).

1. Pacientes con daño neurológico reversible: presentan una recuperación motora espontánea y completa en el primer mes, no suelen precisar tratamiento rehabilitador específico.
2. Pacientes de banda media con déficits neurológicos establecidos y capaces de seguir de forma activa un programa rehabilitador. Estos pacientes se benefician claramente de los diferentes tratamientos rehabilitadores.
3. Pacientes con muy pobre recuperación funcional independientemente de la aplicación o no de rehabilitación:
 - o Falta de colaboración del paciente, bien sea, por nivel de conciencia reducida o discapacidad cognitiva grave.
 - o Incapacidad para realizar esfuerzos físicos (por ej.: disnea de reposo o pequeños esfuerzos).
 - o Imposibilidad para mantener una sedestación estable durante más de 2 horas.

En estos casos precisan de cuidados paliativos y de mantenimiento como cambios posturales frecuentes y movilizaciones pasivas de las extremidades afectas, no siendo subsidiarios de tratamiento rehabilitador específico.

Aviso a pacientes o familiares:

La información de este sitio está dirigida a profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.

Bibliografía

1. Roth EJ, Harvey R. Rehabilitation of Stroke Syndrom. In: Braddon JL ed.. Physical medicine and Rehabilitation. Philadelphia: Saunders, 1996: 1053-87.
2. Lorish TR, Sandin KJ, Roth EJ, Noll SF. Stroke Rehabilitation. Rehabilitation Evaluation and Management. Arch Phys Med Rehabil 1994; 75: 345-351. [[Medline](#)]
3. Flórez García MT. Intervenciones para mejorar la función motora en el paciente con ictus. Rehabilitación 2000; 34:5-11.
4. Conejero Casares JA. Prescripción de ortesis y de otro material de adaptación en pacientes con hemiparesia. Rehabilitación 2000; 34: 26-31.
5. Echávarri Pérez C. Alteraciones de la comunicación y del lenguaje en la lesión cerebral: afasia. Rehabilitación 2000; 34: 32-38.
6. García Chinchetru MC, Velasco Ayuso S, Amat Román C. Síndromes dolorosos en relación con el accidente cerebrovascular: dolor de hombro y dolor central. Rehabilitación 2000; 34: 45-49.
7. Vázquez Gallego J, León Marcano S, Gassó Beneito C, Lata Caneda C. Patología neurológica. Manual de Rehabilitación en Geriatría. Madrid: Mandala; 1995
8. Mirallas Martínez JA. Avances en la rehabilitación del paciente con enfermedad cerebrovascular. Rehabilitación, 2004: 38: 78-85.
9. Hachinski V. Advances in Stroke 2003. Stroke 2004; 35: 341. [[Medline](#)]
10. Teasell R. Stroke recovery and rehabilitation. Stroke 2003;34: 365-367. [[Medline](#)] [[Texto completo](#)]
11. Thirumala P, Hier DB, Patel P. Motor recovery after stroke: lessons from functional brain imaging. Neurol Res 2002;24: 453-458. [[Medline](#)]
12. Mirallas JA. Sistemas de gestión. Consenso terapéutico en rehabilitación. Rehabilitación 1999;33:145-146.
13. Pettersen R, Dahl T, Wyller TB. Prediction of long-term functional outcome after stroke rehabilitation. Clin Rehabil 2002;16:149-59. [[Medline](#)]
14. Steuljens EMJ, Dekker J, Bouter LM, Van de Nes JCM, Cup EHC, Van den Ende CHM. Occupational Therapy for stroke patients. A systematic Review. Stroke 2003;34: 676-91. [[Medline](#)]
15. Mirallas JA, Seligra A, Redón J. Estudio comparativo de la evolución funcional de 135 pacientes AVC evaluados mediante escalas de Bobath, Brunnstrom, Mathew, principios de autocuidado de Fugl Meller y Jääskö y capacidad de marcha. Rehabilitación 1994;28:17-23.
16. Legg L, Langhorne P; Outpatient Service Trialists

.Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomised trials. Lancet. 2004 ;363(9406):352-6. [[Medline](#)]