

guía informativa del tratamiento rehabilitador
para pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular
Aguda (ECVA)

Servicio de Rehabilitación Hospital Donostia

¿Qué es la ECVA?

ECVA son las siglas de Enfermedad Cerebro Vascular Aguda

La Enfermedad Cerebro Vascular Aguda es una afectación de cualquier zona del CEREBRO, producida al disminuir repentinamente el riego sanguíneo en ella, debido a una obstrucción (trombosis, embolia) o desgarro (hemorragia) de la arteria que irriga dicha zona del cerebro.

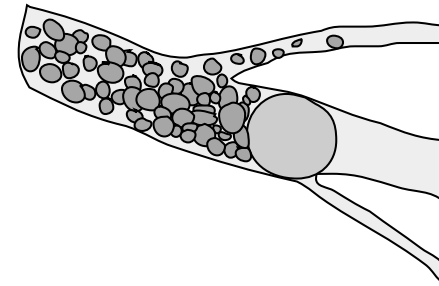
¿Por qué se obstruye o se desgarra una arteria?

Una arteria hace funciones de tubería por la que circula la sangre, que es impulsada desde el corazón hasta los tejidos. Con los años, y según el contenido en grasas, etc. de la sangre y la amplitud de las arterias de cada persona, irán depositándose materiales en el interior de las arterias, y hay puntos donde el paso se estrecha. El estrechamiento facilita el depósito en ese mismo lugar y, repentinamente, se produce una obstrucción completa de la arteria (trombosis).

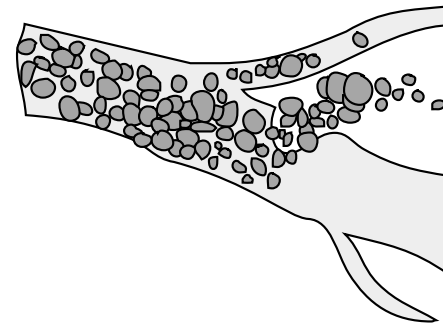
A veces coágulos formados en otras partes del cuerpo, generalmente en el corazón, salen de él y pueden taponar las arterias (embolia).

Puede ocurrir también que una presión arterial alta provoque, en puntos predispuestos, un desgarro de la pared de la arteria lo que produce una hemorragia.

Embolia



Hemorragia



Existen una serie de factores que favorecen la formación de estas lesiones en las arterias y por eso las llamamos **“factores de riesgo”** para la aparición de la ECVA.

Los factores de riesgo más importantes en esta parte de Europa son:



TABAQUISMO



HIPERCOLESTEROLEMIA



SEDENTARISMO



DIABETES



ESTRES



PATOLOGÍA CARDIACA



HIPERTENSIÓN ARTERIAL

¿Cómo se manifiesta la ECVA en una persona?

El cerebro organiza todas las funciones y actividades que puede hacer nuestro cuerpo. Cada zona se ocupa de una o varias de estas funciones. Si una zona del cerebro, se queda bruscamente sin sangre (por trombosis o embolia) o se inunda con un derrame sanguíneo (hemorragia), deja de funcionar bruscamente y esto provoca que, en cuestión de segundos o minutos, esa persona no pueda realizar la acción o función que controlaba esa parte del cerebro.

Las manifestaciones más frecuentes de la ECVA son las siguientes:

✧ Alteraciones del nivel de conciencia:

Puede ir desde el coma (no se despierta a la llamada o el dolor) hasta la simple tendencia al sueño.

✧ Hemiplejia:

Parálisis del lado derecho o izquierdo del cuerpo.

✧ Afasia:

Alteración del lenguaje. Dificultad para hablar y/o entender, leer y escribir.

✧ Hipoestesia:

Disminuye la capacidad para sentir los estímulos en el lado afectado: tacto, temperatura y dolor.

Puede también disminuir la capacidad para localizar un miembro o sentir el movimiento de dicho miembro.

✧ Hemianopsia:

Pérdida de la visión en el lado derecho o izquierdo del campo visual.

✧ Trastornos de la deglución:

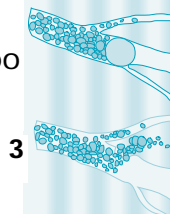
Dificultad para tragar.

✧ Anosognosia:

Incapacidad para darse cuenta de la afectación que presenta (ej: no es consciente de que no puede mover un brazo, o que no siente la pierna).

✧ Asomatognosia:

Incapacidad para reconocer como suyo el hemicuerpo afecto.



* **Trastornos del equilibrio:**

Dificultad para mantenerse derecho, estando el paciente sentado, de pie o andando.

* **Depresión:**

Tristeza, bajo ánimo para todo, baja opinión de uno mismo, ganas de llorar continuamente, pesimismo, pensamientos sobre la muerte, etc.

* **Labilidad emocional:**

Reacciones de risa o llanto sin motivo, y cambios rápidos de uno a otro extremo (alegría, tristeza).

* **Alteraciones cognitivas:**

Pérdida de la capacidad para comprender, memorizar, razonar, orientarse y resolver problemas.

* **Trastornos vesico-esfinterianos:**

Dificultad para orinar, escapes de orina, etc...

* **Trastornos del tránsito intestinal:**

Estreñimiento.

Es frecuente que algunas de estas capacidades sean recuperadas por el paciente en el plazo de 2-4 semanas (anosognosia, asomatognosia, etc.), pero otras, como la hemiplejía, no siempre se recuperan totalmente, incluso pasados 3-6 meses, que es el plazo habitual en el que hay recuperación. Un porcentaje de los pacientes más graves quedarán con secuelas de distinta consideración.

¿En qué consiste el tratamiento de una persona que ha sufrido una ECVA?

Es muy importante que la persona que presenta bruscamente alguno de estos síntomas, reciba atención médica urgente. Estudios recientes han encontrado medicamentos nuevos para tratar la ECVA, pero sólo son eficaces si se practican en las primeras horas.

Inicialmente la actitud médica irá dirigida al diagnóstico certero de la ECVA que incluye, si es posible: localización, causa, factores de riesgo y posible alcance o pronóstico de la lesión. Posteriormente y en consecuencia de lo anterior se pondrá el tratamiento idóneo para intentar:

1. Salvar la vida.
2. Evitar que empeoren los síntomas del enfermo.
3. Evitar complicaciones derivadas de una falta de movilización, alteraciones de la deglución, de una disminución del nivel de conciencia o de una falta del control urinario y/o fecal.
4. Evitar, si es posible, un nuevo episodio como el que motiva el ingreso.

El Servicio de Rehabilitación interviene desde los primeros días. El médico rehabilitador realiza una valoración funcional de los efectos de la ECVA en ese paciente, y establece un tratamiento. Estudios recientes han demostrado que el tratamiento rehabilitador es muy eficaz para mejorar la evolución de la enfermedad. Para conseguir ésta eficacia, es imprescindible empezar desde los primeros días y contar con la ayuda de personal especializado y la total colaboración del paciente y sus cuidadores (familia).

El tratamiento rehabilitador de la ECVA comprende:

- * Los cuidados continuos para evitar complicaciones graves derivadas de la inmovilización que sufre el paciente (neumonías, embolias pulmonares, úlceras en la piel, deformaciones articulares, etc.). Consisten en colocar adecuadamente las partes paralizadas, cambiarle de postura, etc.
- * Las terapias a aplicar para que el paciente vuelva a realizar lo antes posible las funciones perdidas. Incluso teniendo parte del cuerpo paralizado, o insensible, o no pudiendo hablar, se le enseña a manejarse sólo con el lado sano, a comunicarse por gestos y dibujos, etc., Además se trabaja intensamente con las partes lesionadas para estimular al cerebro, en un intento de que una nueva zona sustituya a la dañada.

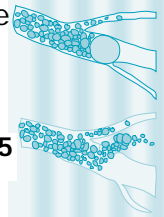
El Servicio de Rehabilitación cuenta con un equipo de personal especializado para aplicar cada tipo de terapia: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda, psicólogo, y el personal auxiliar de rehabilitación.

El Servicio de Rehabilitación continúa atendiendo al paciente con una consulta médica periódica y sesiones diarias de distintas terapias, durante el tiempo estimado oportuno en cada caso (semanas, meses) para conseguir la máxima recuperación o compensación funcional.

Al final de esta fase, se encarga también de orientar y aconsejar al paciente y familiares sobre la mejor reintegración posible a su vida previa o, en los casos más severos, sobre la adaptación a su nueva situación y de los recursos a su alcance para conseguir la mayor calidad de vida posible, en su nuevo estado.

El médico rehabilitador decide, en cada caso, la utilidad -o no- de todas aquellas ayudas técnicas y aparatos que ayuden al paciente en la fase de recuperación y en la de secuelas: cabestrillo para el brazo, muletas, ayudas ortopédicas para el pie, silla de ruedas, andador, etc., y cumplimenta el documento necesario para adquirirlo en la ortopedia.

El proceso de rehabilitación de una persona tras una ECVA, exige gran esfuerzo y colaboración por parte del paciente y de sus cuidadores.



¿Cómo podemos ayudar nosotros (familiares, cuidadores) a la persona que sufre una ECVA?

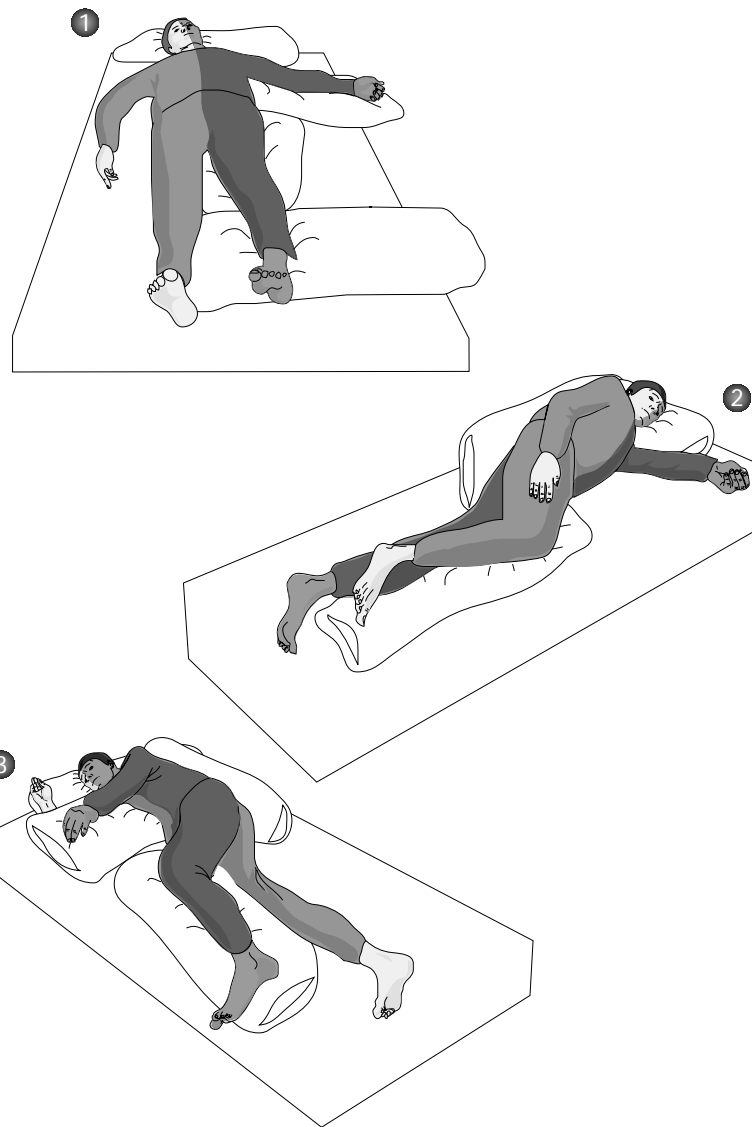
La colaboración del propio paciente y **el apoyo que encuentre en sus familiares** y amigos, en todo el proceso de rehabilitación, es de la máxima importancia para el resultado final ya que **influye de forma importante en la recuperación lograda**.

El tratamiento rehabilitador de un paciente con ECVA requiere cuidados continuos que conviene que el cuidador conozca para que ayude a realizarlos.

Hay una serie de cuidados sencillos de aprender y practicar, que son muy útiles porque evitan la aparición de complicaciones graves en el paciente, y porque facilitan y aceleran su recuperación funcional:

- **Cuidados posturales:** consiste en colocar el brazo y la pierna del paciente en la postura que indican las imágenes 1, 2 y 3 para que no aparezca hinchazón de las mismas (edema), deformaciones de las articulaciones y heridas en la piel (úlceras) en las zonas de apoyo sobre el colchón (donde hay hueso justo bajo la piel: talón, los laterales de los tobillos, la

base de columna, etc.). Vigilaremos su postura en la cama y en la silla, y si no es la correcta, lo recolocaremos. Nunca tiraremos del brazo paralizado.



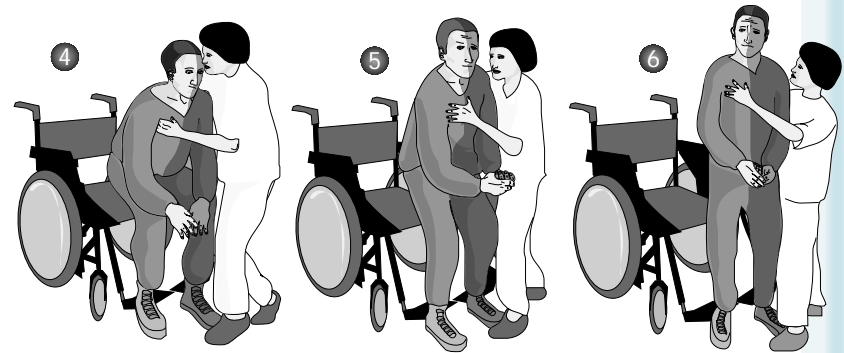
Nota: La parte paralizada se presenta en color más oscuro.

- **Cambios posturales:** consiste en cambiar la posición del paciente en la cama cada 3 horas. Las posibles posiciones son: mirando para arriba, del lado paralizado y del lado no paralizado (ver imágenes 1, 2 y 3). Así, ayudamos a reducir el tiempo de apoyo sobre las zonas peligrosas del lado paralizado (prevención de úlceras) y a movilizar las mucosidades respiratorias (prevención de infecciones). Es muy útil que el paciente haga intentos de voltearse él sólo cada vez que vayamos a darle la media vuelta.
- **Movilizaciones pasivas:** consiste en mover nosotros la pierna y el brazo paralizados del paciente, repitiendo el movimiento y la velocidad, tal y como enseñen el fisioterapeuta y el médico rehabilitador. Disminuyen el riesgo de tromboflebitis en las extremidades y de las temibles embolias pulmonares. También evitan rigideces y dolores en articulaciones y músculos.

Se debe tener especial cuidado al mover el brazo, protegiendo el hombro paralizado.

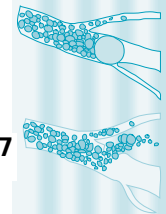
Es útil que el paciente haga intentos varias veces al día, de mover él solo la pierna o el brazo, aunque no lo consiga, justo antes de nuestros movimientos.

- **Transferencias:** es el paso de tumbado a sentado, de sentado a posición de pie, de posición de pie a sentado, etc. Hay una forma adecuada de hacerlas que protege al paciente y al que le ayuda. El paso correcto de sentado a “de pie” es el que vemos en las imágenes 4, 5 y 6.

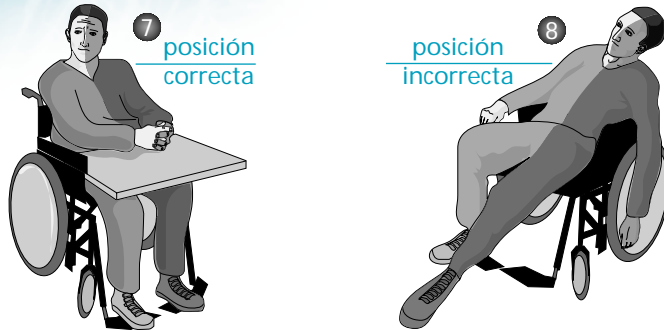


Nota: La parte paralizada se presenta en color más oscuro.

Empezaremos las transferencias cuando el médico o fisioterapeuta nos lo autorice y las haremos siempre siguiendo la forma correcta, ya que existe un importante riesgo de caída. **NUNCA tiraremos del brazo paralizado (hemipléjico) del paciente para ayudarlo a moverse, ni permitiremos que otra persona lo haga (RIESGO de lesión del hombro).**



- La posición de sentado es beneficiosa para que el paciente pueda trabajar el equilibrio de su cuerpo, siempre y cuando esté en la postura correcta. Lo mismo ocurre con la posición “de pie”. Ver imágenes 7 y 8.



Nota: La parte paralizada se presenta en color más oscuro.

- Aseo e higiene del paciente (lavarse la cara, los dientes, etc.): Colaboraremos tanto realizando estas tareas, como pidiéndole y facilitando que las haga él mismo con su mano sana. Esto hace que el paciente se sienta mejor, al ser capaz de realizar alguno de sus cuidados por sí mismo.
- Estimulación del lado paralizado: intentaremos colocar los objetos que atraen su mirada (incluidos nosotros) por el lado paralizado, hablarle por el lado paralizado, acariciarle o masajear suavemente el lado paralizado, etc. Sin embargo, colocaremos su pañuelo o el timbre (las cosas necesarias) cerca de la mano sana. **Siempre le daremos el bocado de comida por el lado sano.**

- Recuperación de la fuerza: si el paciente está recuperándose, le recordaremos que haga los ejercicios que le han enseñado. No debe usar una pelota con la mano afectada para apretarla continuamente (aumenta la dificultad para abrir la mano).

No debe ponerse a caminar hasta que no le autoricen, puede haber problema de equilibrio y riesgo de caída.

- Prevención de caídas: existen una serie de medidas que previenen que el paciente se caiga.
 - Poner a su alcance los objetos necesarios.
 - Llevarle al WC regularmente.
 - Mantener alguna luz encendida durante toda la noche.
 - Que no haya barreras – obstáculos en la habitación (pocos muebles).
 - Informarle de que no se levante solo y pida ayuda, y explicarle cómo debe pedir dicha ayuda (timbre, etc.).
 - La cama y las sillas que se utilicen deben tener la altura adecuada.
- Ánimo. estimularemos al paciente a realizar cualquier tarea que pueda realizar por sí mismo utili-

zando las extremidades sanas y, si puede, también que lo intente con la mano enferma. Si existe un trastorno de la percepción, intentar realizar las actividades con un espejo para mejorar el control de las acciones. Le pediremos opinión y que participe en las decisiones que le afecten, relacionadas o no, con su enfermedad. Le ayudaremos a aceptar su situación de un modo realista pero positivo.

- [Alteraciones del lenguaje \(Afasia\)](#): existe un apartado con las instrucciones específicas a seguir (Pág. 9).
- [Alteraciones de la deglución. Dificultad para tragar \(disfagia\)](#): existe un apartado con las instrucciones específicas a seguir (Pág. 11).

Todas estas atenciones sirven de gran apoyo psicológico para el paciente y pueden evitar que caiga en una auténtica depresión, lo cual además de causar un sufrimiento añadido, supone que la recuperación se retrasará por falta de colaboración del paciente, y esto va a deprimir más aún a esa persona.

Normas útiles para comunicarse con una persona con alteraciones del lenguaje (afasia)

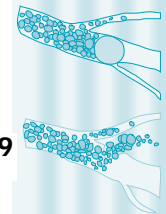
Los pacientes con afasia pueden pensar con claridad. Por ello, a pesar de que no puedan hablar, debemos acercarnos a ellos mostrándonos de la forma más natural posible; tratando al afásico, dentro de sus limitaciones, como a una persona adulta.

No actuaremos delante de él como si no oyera, procurando evitar conversaciones que a él le puedan influir negativamente.

Evitaremos situaciones adversas: hay veces que un número excesivo de visitas o verse sometido a atención constante, pueden aturdir a la persona afásica. No le forzaremos a participar en un grupo si no lo desea.

El lugar donde se converse debe ser silencioso y sin distracciones. Buscaremos temas que le puedan interesar.

Hablaremos directamente a la persona, procurando colocarnos en su campo visual.

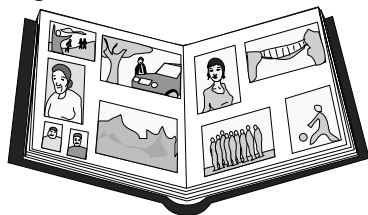


La comunicación verbal debe ser con palabras sencillas, dichas despacio para que se entiendan mejor. Se debe hablar en el tono más normal posible, sin gritar y sin utilizar voces especiales.

No debemos ponernos nerviosos cuando vemos las dificultades de comunicación del paciente. Esperaremos un tiempo para que piense y organice la respuesta.

Evitaremos interrumpirle cuando hable y no hablaremos en lugar del enfermo, intentando interpretar lo que nos quiere decir.

Cuando existan dificultades para la comunicación verbal, se intentarán métodos alternativos, recordando que el afásico suele tener más problemas leyendo o escribiendo que comprendiendo expresiones habladas o gestos.



Para hablar temas sobre otros miembros de la familia o conocidos, es muy útil un “álbum” de fotos fami-

liares. Evitaremos presentar imágenes de mala calidad o de tipo infantil. La familia puede recoger un grupo de fotografías de personas o lugares bien conocidos

por el paciente, incluyendo con letra grande y clara, el nombre junto a su imagen. Si se enfada, por la frustración, tendremos paciencia y además le animaremos.

Si no le entendemos, le diremos la verdad de forma amable, animándole a que lo vuelva a intentar.

No le pediremos que hable correctamente, nos conformaremos con que se haga entender por nosotros.

Potenciaremos la orientación espacial y temporal: le situaremos todos los días en el espacio y el tiempo. Incluso podemos hacer juegos como: ¿Qué día fue ayer? ¿Dónde estamos hoy? También la persona afásica debe reconocer su propio cuerpo, la casa y las nociones de localización espacial (arriba, abajo, etc.).

Potenciaremos la atención y la memoria. El paciente afásico, al no poder comunicarse, pierde continuamente la atención. Se puede mejorar la atención y la memoria mediante juegos de mesa (dominó, cartas) que obligan a concentrarse en tareas no verbales.

También es recomendable animar al paciente a que pronuncie fórmulas verbales automáticas como saludos (buenos días, adios, hola), series de números, canciones y poemas que el paciente conozca bien.

CASOS PARTICULARES:

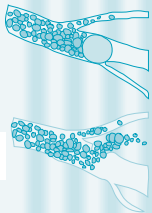
Jerga: el paciente habla mucho pero lo que dice es incomprensible. Hay que decirle que no hable y nos limitaremos a tareas no verbales, con órdenes sencillas que el paciente realizará en silencio y que se comprenden por la repetición y el contexto. Realizar ejercicios de asociación entre la expresión verbal y el objeto.

Anomia: cuando el paciente no recuerda el nombre de las cosas: primero hay que darle tiempo suficiente para recordar. Si no puede, se le recomienda que lo describa y que diga para qué sirve. Si intuimos lo que quiere decir, se le puede facilitar la primera letra o sílaba de la palabra, o decir una frase que de una pista al paciente (por ejemplo: si el paciente quisiera decir cuchara, nosotros le podríamos decir: “los cubiertos son cuchillo, tenedor y...”).

Consejos para la alimentación de personas con dificultad para tragar (disfagia)

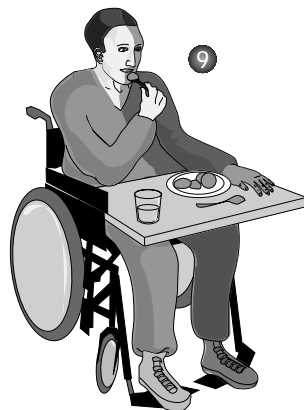
Comportamientos observados en el paciente con ECVA que nos harán sospechar un problema de deglución:

1. Tos después de la ingesta de sólidos o líquidos.
2. Voz gangosa después de tragar.
3. Incremento del tiempo empleado para la comida:
Aumento del tiempo necesario para la preparación oral del bocado (bolo). Incapacidad para vaciar la cavidad oral, parcial o totalmente, después de cada bocado.
4. Acúmulo de saliva en la boca.
5. Voz susurrada y con tinte “mojado”.
6. Dificultad para reconocer si el alimento está frío o caliente.
7. Salida de comida o líquido por los orificios nasales (narinas) o por el orificio de la traqueostomía (traqueostoma).



RECOMENDACIONES GENERALES:

1. No intentar dar de comer a personas que están adormiladas o que tengan alterado su estado mental.
2. La persona con disfagia estará sentada, preferiblemente en una silla, con las caderas a 90° de flexión, con la cabeza y los hombros ligeramente hacia delante y el tronco en la línea media (Ver imagen 9).
3. Permanecerá una hora en posición recta tras la comida.
4. Habrá silencio en la habitación, y mientras le alimentemos, le vigilemos con la mirada y haremos comentarios dirigidos a ayudarle a tragar, saborear etc.
5. Colocaremos la comida en el lado no paralizado de la boca, vigilando que después de tragar (tras la deglución) no queden restos de comida en el lado enfermo, retirándolos con el dedo si fuera preciso.
6. Si notamos que el paciente se cansa, trataremos de reducir el volumen de las comidas y que éstas sean más frecuentes. Le ofreceremos líquidos con espesante entre las comidas.
7. Limpiaremos la boca del paciente para mantenerla limpia e hidratada, después de cada comida.



CARACTERÍSTICAS DE LA DIETA:

1. Consistencia: purés y líquidos con espesante. Evitaremos mezclar consistencias en un solo bocado (líquido y sólido, puré-líquido, etc.).
2. Sabor: son preferibles las comidas con más sabor.
3. Temperatura: son preferibles las comidas algo más frías o más calientes que la temperatura ambiente.
4. Volumen: iniciar la deglución con bocados (bolos) de pequeño tamaño (contenido de cuchara pequeña o menos) y progresar a mayor volumen a medida que lo vaya tolerando.
5. Tiempo: el paciente con disfagia precisa de dos a cuatro veces más tiempo para comer y puede necesitar más de una deglución (tragar más de una vez) en cada bocado. Hay que esperar unos 30 segundos antes de cada toma.

Si tiene alguna duda sobre los temas aquí tratados, **no dude en consultarlo con su médico rehabilitador.**