

Rehabilitación de la ECVA en Gipuzkoa

Guía para pacientes y familiares



Osakidetza
Donostia Ospitalea
Hospital Donostia

MATIA
FUNDAZIOA



Grupo de trabajo

- Marta Álvarez de Arcaya. Hospital Matia.
- José M^a Begiristain. Servicio Plan de Salud de Gipuzkoa
- Ana Gamio. Servicio Rehabilitación. Hospital Donostia.
- Juan Luis González Oliveras. Servicio Rehabilitación Hospital Matia.
- Isabel Larrañaga. Servicio Plan de Salud de Gipuzkoa
- Natividad Lizarraga. Servicio Rehabilitación. Hospital Donostia.
- Andoni Orube. Subdirector Hospital Donostia
- Elena Sukia. Servicio Calidad. Hospital Donostia
- Elena Ugarteburu Izaguirre. Servicio Rehabilitación. Hospital Zumárraga

PLAN DE ACTUACIÓN EN LA REHABILITACIÓN DE LA ECVA EN GIPUZKOA

PLAN DE ACTUACIÓN EN LA REHABILITACIÓN DE LA ECVA EN GIPUZKOA

El Grupo de Trabajo constituido por diversos facultativos de la Dirección Territorial de Sanidad, del Hospital Donostia y del Hospital Birmingham- Matia, ha realizado un recorrido reflexivo acerca de la problemática de la “Rehabilitación de la ECVA en Gipuzkoa” de donde surgen básicamente tres documentos:

1.- Plan de Actuación

Los contenidos de este apartado están dirigidos, fundamentalmente, a los profesionales involucrados en la rehabilitación de la ECVA. Presenta una introducción a la problemática, un balance de la situación actual de la rehabilitación post ECVA en Gipuzkoa, un Plan Global de actuación desde diferentes niveles asistenciales, e Indicadores de calidad para el desarrollo de esta intervención. Se establecen grandes grupos de pacientes según su situación funcional y se perfila un plan de trabajo adicional en Planta más la intervención de otros posibles agentes.

La filosofía del Plan es crear una vía homogénea, coherente, consensuada y continuada de intervención en el Hospital de Agudos y en el Hospital de Media Estancia, vislumbrándose la necesidad de futuros desarrollos del Plan para los niveles asistenciales extra-hospitalarios.

2.- Guía para pacientes y familiares

En el que se describen las causas de la ECVA, sus manifestaciones y consejos de cuidados básicos a desarrollar tanto en el ámbito hospitalario como en su domicilio por el paciente y sus familiares/cuidadores. Su finalidad es proporcionar de forma escrita consejos concretos y específicos ante cada problema, adaptados a las necesidades de los pacientes, según el momento evolutivo y su circunstancia particular. Para ello se edita un cuaderno con fichas explicativas y consejos referidos a problemas y secuelas específicas de la ECVA y dirigidos a los pacientes y sus familiares/cuidadores, con el objeto de que se realicen actividades de rehabilitación de forma continuada y favorezca la superación de las secuelas.

PLAN DE ACTUACIÓN EN LA REHABILITACIÓN DE LA ECVA EN GIPUZKOA

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cerebro vascular aguda (ECVA) ha sido recogida como una de las áreas prioritarias de las Políticas de Salud en Euskadi. El Plan de Salud 2002-2010 (PS) describe objetivos específicos a alcanzar en el periodo y entre las estrategias de intervención incluidas en dicho Plan se recogen varias que, directa o indirectamente, están relacionadas con intervenciones tendentes a minimizar la discapacidad derivada de la ECVA¹:

- “potenciar la rehabilitación de los pacientes que han sufrido ECVA, puesto que ha demostrado ser efectiva para mejorar su calidad de vida.”
- “promover que todos los niveles asistenciales utilicen las mismas escalas validadas para medir la discapacidad secundaria al ECVA.”
- “desarrollar un sistema de información sanitaria sobre ECVA que permita un mejor conocimiento del problema, desde el punto de vista epidemiológico y asistencial.”

El Departamento de Sanidad en el documento “Proyecto de Mejora de la Rehabilitación de las Enfermedades Crónicas en la Sanidad Pública Vasca 2007-2009” ha señalado los aspectos que deben mejorar en el funcionamiento y en las prestaciones de rehabilitación². En esta misma línea, el documento “Diseño e Implantación de la Vía Clínica del Tratamiento Rehabilitador en la ECVA”, vigente en el Hospital Donostia, define la secuencia de actuaciones apropiadas a seguir ante un paciente con ECVA³ a la vez que señala las razones que impiden la asignación del recurso terapéutico requerido al 100% de los episodios de ECVA:

1. Variabilidad en los criterios de solicitud y aplicación del tratamiento rehabilitador.
2. Problemas en los circuitos de solicitud/respuesta de interconsultas a rehabilitación.
3. Problemas de adecuación de recursos fisioterapeutas-demanda de tratamiento.

Teniendo como referencia los 3 documentos mencionados, el grupo constituido en Gipuzkoa por médicos rehabilitadores del Hospital Donostia y Zumárraga, médicos geriatras del Hospital Ricardo Bermingham y técnicos del Plan de Salud, ha consensuado las líneas generales a desarrollar en la rehabilitación post-ECVA en Gipuzkoa, con el **propósito de contribuir a reducir la variabilidad en la aplicación de la terapia rehabilitadora y garantizar la equidad en el acceso de todos los pacientes al tratamiento adecuado**.

Para alcanzar dicho propósito, el grupo ha establecido las actuaciones a seguir por los servicios públicos de Osakidetza y por los servicios concertados, partiendo de los principios rectores que garantizan la eficacia de las terapias rehabilitadoras:

- Inicio precoz de la rehabilitación tras ECVA.
- Que se produzca un incremento paulatino en los servicios de rehabilitación actuales (camas Media Estancia y Rehabilitación extrahospitalaria) con el objeto de que en cinco años todo paciente (y sus familias) residente en Gipuzkoa que tras una ECVA precise rehabilitación reciba la atención adecuada a sus necesidades.
- Que la rehabilitación trascienda más allá de las salas de rehabilitación y continúe en planta, implicando a todos los profesionales que tienen relación con el paciente y su familia (cuidador).
- La participación, tanto del paciente como de su familia, en el tratamiento rehabilitador. Dicha participación debe estar basada en el derecho a ser informados sobre la enfermedad, sobre la más correcta actuación y sobre los beneficios de colaborar en el tratamiento.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA REHABILITACIÓN POST - ECVA EN GIPUZKOA

Para la descripción de los casos de ECVA se han tomado en consideración a todos los pacientes ingresados que al recibir el alta figure como diagnóstico principal cualquiera de los siguientes códigos CIE 9-MC: 430, 431, 432.x, 433.01, 433.11, 433.21, 433.31, 433.81, 433.91, 434.01, 434.11, 434.91.

1. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Políticas de Salud para Euskadi. Plan de Salud 2002-2010.

2. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Proyecto de mejora de la Rehabilitación de las Enfermedades Crónicas en la Sanidad Pública Vasca. 2007-2009.

3. Ugarteberu E, Lizarraga N, Carrera E. Diseño e Implantación de la Vía Clínica del Tratamiento Rehabilitador en la ECVA.

Tabla 1. Altas por ECVA según hospital, sexo y servicio al alta. Gipuzkoa 2008

2008	ALTAS	Hombre		Mujer		Edad media	Estancia media	Exitus	
		n	%	n	%			n	%
H. ALTO DEBA	31	17	54,8	14	45,2	77,8	6,0	4	12,9
- Medicina Interna	31	17	54,8	14	45,2	77,8	6,0	4	12,9
H. BIDASOA	124	67	54,0	57	46,0	76,9	9,2	12	9,7
- Neurología	109	61	56,0	48	44,0	76,3	8,7	10	9,2
- Medicina Interna	15	6	40,0	9	60,0	81,5	12,7	2	13,3
H. DONOSTIA	952	533	56,0	419	44,0	72,6	10,6	157	16,5
- Neurología	685	389	56,8	296	43,2	74,7	9,8	69	10,1
- Neurocirugía	153	90	58,8	63	41,2	65,7	16,2	25	16,3
- UCI	55	28	50,9	27	49,1	62,4	4,5	47	85,5
- Medicina Interna	40	14	35,0	26	65,0	81,1	10,6	10	25,0
- Otros	19	12	63,2	7	36,8	63,5	12,3	6	31,6
H. MENDARO	51	32	62,7	19	37,3	76,3	9,3	10	19,6
- Medicina Interna	51	32	62,7	19	37,3	76,3	9,3	10	19,6
H. ZUMÁRRAGA	154	74	48,1	80	51,9	78,2	8,0	9	5,8
- Medicina Interna	154	74	48,1	80	51,9	78,2	8,0	9	5,8

En 2008 fueron dados de alta 1.312 pacientes por ECVA en los Hospitales de Agudos de Osakidetza de Gipuzkoa, de los cuales el 55% eran hombres. Del total de ingresados fallecieron el 14,6%. El mayor número de altas pertenecían al Hospital Donostia (72,6%), seguidos por el H. de Zumarraga y el H. de Bidasoa (11,7% y 9,5% respectivamente). En una evaluación reciente realizada sobre 684 pacientes ingresados en el Hospital Donostia por ECVA en el periodo comprendido entre los días 1 de octubre de 2007 y 30 de junio de 2008, se observa que causaron defunción durante su ingreso un total de 106 pacientes (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los pacientes según tipo de alta y solicitud de interconsulta al servicio de rehabilitación

Solicitud de interconsulta a rehabilitación				
		Sí	No	Total
Vivo	Nº %	279 48,3	299 51,7	578 100
Fallecido	Nº %	12 11,3	94 88,7	106 100
Total	Nº %	291 42,5	393 57,5	684 100

De los 578 pacientes vivos, al 48,3% se le solicitó interconsulta, sin que se observen diferencias significativas en dichas solicitudes en función de sexo, ni tendencias definidas según edad.

Tabla 3. Solicitud de interconsulta según edad y sexo de los pacientes con ECVA*. H. Donostia**Solicitud de interconsulta**

Edad	Hombres N= 344	Mujeres N=234	Total N=578
< 45	Nº 6 % 27,3	7 58,3	13 38,2
45-64	Nº 56 % 57,7	14 43,8	70 54,3
65-74	Nº 34 % 39,1	22 61,1	56 45,5
75-84	Nº 49 % 48,0	42 46,7	91 47,4
≥ 85	Nº 20 % 55,6	29 45,3	49 49,0
Total	Nº 165 % 48,0	114 48,7	279 48,3

*Excluidas las defunciones

La gran mayoría de los pacientes con ECVA ingresan en los servicios de Neurología y Neurocirugía y no se observan diferencias en la proporción de pacientes a los que se les solicita interconsulta en estos dos servicios, que alcanza en torno al 50% de los ingresados.

Tabla 4. Distribución de los pacientes según servicio al alta y solicitud de interconsulta al servicio de rehabilitación**Solicitud de interconsulta**

Neurología	N	225
	%	49,7
Neurocirugía	N	46
	%	48,9
Medicina Interna	N	4
	%	36,4
Resto	N	4
	%	20,0
Total	N	279
	%	48,3

*Excluidas las defunciones

El 95,7% de las 279 solicitudes de interconsulta fueron respondidas por el servicio de rehabilitación y el tiempo de demora promedio entre la solicitud y su realización fue de 3,4 días. En un 25% de los pacientes a los que se solicitó interconsulta esta demora se prolongó en más de 4 días. No consta la realización de la interconsulta por parte del servicio de rehabilitación a un 4,3% de las solicitudes (12 pacientes) (Tabla 5).

Tabla 5. Tiempo transcurrido entre la solicitud y la realización de la interconsulta

Solicitud de interconsulta	279
Interconsulta no realizada	12
Media	3,41
DE	4,29
25	1,04
50	2,02
75	4,14

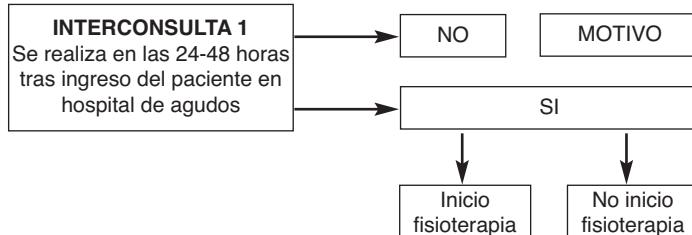
*Excluidas las defunciones

PLAN DE ACTUACIÓN EN LA REHABILITACIÓN POST-ECVA

Hospital de Agudos

La intervención desde los servicios de rehabilitación debe ser lo más precoz posible, lo que implica la solicitud de la primera interconsulta en las primeras 24-48 horas tras el ingreso por ECVA.

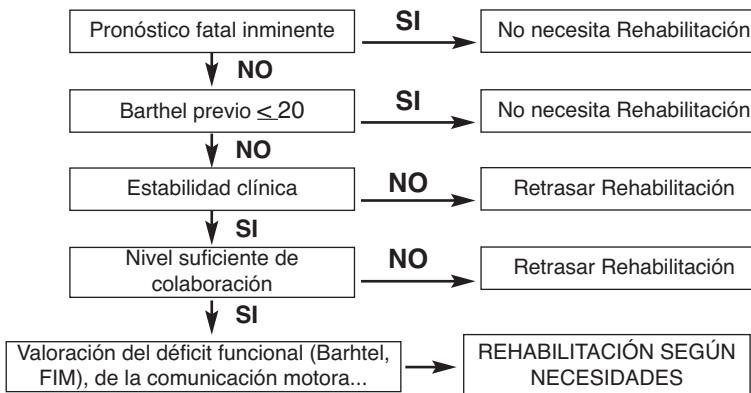
REHABILITACIÓN ICTUS I



Tal como establece la “Vía Clínica del Tratamiento Rehabilitador en la ECVA”, los objetivos de la rehabilitación en la fase aguda son los cuidados posturales correctos, mantenimiento del balance articular con movilizaciones pasivas, el trabajo activo de las extremidades no afectadas y de la movilidad preservada en las extremidades afectadas, fisioterapia respiratoria e iniciar precozmente la sedestación.

El inicio de las terapias rehabilitadoras se establecerá atendiendo el grado de estabilidad médica del paciente, su nivel de conciencia y su situación clínica, tal como se refleja en el siguiente esquema. Cuando el inicio de la rehabilitación se demora por inestabilidad clínica del paciente, el ingreso en Media Estancia con un proyecto de convalecencia puede ser una alternativa a considerar.

REHABILITACIÓN ICTUS II



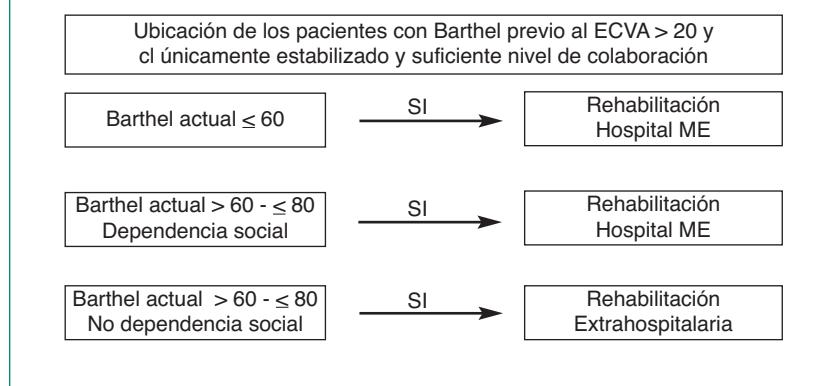
Uno de los objetivos del plan de rehabilitación es la mejora funcional del paciente, lo que requiere una valoración inicial del déficit a este nivel. La **valoración del estatus funcional** debe diferenciar el déficit causado por la ECVA (motivo de ingreso), del déficit acumulado por problemas de salud anteriores y de difícil recuperación.

Para la valoración del estatus funcional previo a la ECVA, así como de las ganancias en la evolución del paciente, se utilizarán instrumentos validados (Barthel, FIM) y se registrará la puntuación obtenida.

El nivel asistencial en el que deben de ser aplicadas las terapias rehabilitadoras dependerá de la capacidad funcional y del estado clínico del paciente.

La dependencia social será valorada mediante el cuestionario utilizado actualmente en la derivación de pacientes a Media Estancia. Se considerará dependiente social al paciente que en algunos de los ítems nº 1, 2, 4 del apartado de valoración social de dicho cuestionario (medidores de: situación familiar, convivencia y vivienda) obtengan 2 o más puntos.

REHABILITACIÓN ICTUS III



Hospital de Media Estancia: Unidad de Rehabilitación

El **Anexo I** de este documento enumera las actividades a realizar en las salas de **terapia y planta** por profesionales del Servicio de Rehabilitación de manera programada. Así mismo se indican la duración y periodicidad de las actividades, que en cualquier caso serán revisadas y modificadas por los servicios de rehabilitación en función de la evolución del paciente.

Las actividades de rehabilitación realizadas en el gimnasio deben tener su continuidad en planta, las cuales recaerán fundamentalmente en el personal de enfermería y auxiliar, bajo la coordinación del médico rehabilitador y con orientación a la recuperación de actividades de la vida diaria (AVD). Estas actividades deben caracterizarse por su continuidad a lo largo del ingreso del paciente (no se trata de actividades puntuales) y por su carácter multidisciplinar (médicos, enfermeras, auxiliares, asistentes sociales, servicio de admisión).

La actividad rehabilitadora en planta debe estar orientada al paciente y a su familia:

A. Dirigida al paciente para:

- capacitarle en la ejecución de las AVD, tanto básicas (ABVD)(alimentación, vestido, incontinencia, higiene, baño, etc.) como instrumentales (AIVD)(tareas domésticas, uso del ascensor, etc.).
- informarle y aconsejarle sobre el uso de ayudas técnicas para compensar el déficit (silla de ruedas, apoya-brazo, accesorios, etc.)
- mejorar la movilidad (reeducación de la marcha iniciada en el gimnasio).

Para valorar las ganancias es recomendable aplicar instrumentos tipo Barthel de forma periódica. El equipo debe valorar la evolución del paciente, las ganancias obtenidas y establecer los objetivos a alcanzar en las fases sucesivas. Con este fin el personal de enfermería debe registrar en hojas la actividad diseñada y la evolución del paciente.

B. Dirigida a la familia / cuidador

El impacto de la ECVA en el funcionamiento familiar es conocido. Los miembros de la familia deben de ser debidamente informados, formados y prever el apoyo emocional que a medio/largo plazo pueden necesitar los cuidadores de estos pacientes. Este proceso debe ser continuo (desde el inicio del ingreso hasta el alta). La información y la educación al paciente y a los familiares deben incluir temas relacionados con los cuidados del paciente.

- Educación sanitaria (programas de formación/educación) dirigida a las personas afectadas y a sus cuidadores y orientada a la promoción de la autonomía, asegurando la máxima independencia y que ésta se mantenga cuando el paciente vuelva a su domicilio.
- El cuidador y el paciente tienen que recibir la formación adecuada para hacer un buen uso del equipamiento.
- En el momento del alta, todos los pacientes tienen que ser evaluados para determinar qué equipamientos o adaptaciones pueden aumentar su seguridad e independencia funcional.
- Desde el momento del ingreso, el servicio de rehabilitación junto con el servicio de admisión, el paciente y la familia deben adaptar el alta del paciente al dispositivo asistencial adecuado a sus necesidades (domicilio, residencia, socio-sanitario)
- Adecuar las expectativas del paciente y su familia a la realidad del paciente (pronóstico) ante el alta. Los pacientes y sus familiares deben recibir información sobre las organizaciones locales de apoyo.

INDICADORES DE CALIDAD

El desarrollo de esta intervención conlleva el establecimiento de los indicadores de calidad relacionados con el conjunto del proceso y los estándares a aplicar en el año 2009. En una primera fase a efectos de la evaluación de estos indicadores, nos referimos a las ECVA, clasificados como Ictus cerebral (Osakliniker) (Códigos CIE 9-MC: - Diagnóstico principal = Cualquiera de los siguientes códigos: 430, 431, 432.x, 433.01, 433.11, 433.21, 433.31, 433.81, 433.91, 434.01, 434.11, 434.91). Cuando se trata de los Hospitales de Media Estancia además de estos códigos se incluirá el V57.9

Los estándares anuales se irán adaptando en función de los logros obtenidos.

El periodo de análisis anual será el establecido en el C-P correspondiente y la información se obtendrá de las siguientes bases de datos:

- Base de datos CMBD
- Clinic: Informes interconsulta
- Programa derivación de pacientes

Indicadores de calidad de los pacientes con ECVA				
	Nº	%	Estándar	Objetivo
ECVA dados de alta				
Mortalidad Hospitalaria			90%	> 55 %
Pacientes a los que se les ha solicitado interconsulta			90%	> 55 %
Tiempo de demora de la solicitud (Ingr)			< 24 horas	< 48 horas
Pacientes a los que se les ha realizado interconsulta (del total de solicitudes).			> 95% de	> 90 % del
Pacientes dados de alta, a los que se ha iniciado la fisioterapia antes del alta hospitalaria			> 75%	20 %
Pacientes Barthel previo ≤ 20			A incorporar en 2010	Medición
Barthel actual > 20 - ≤ 60			A incorporar en 2010	Medición
Barthel actual > 60 - ≤ 80			A incorporar en 2010	Medición
Barthel actual > 60 - < 80 y dependencia social			A incorporar en 2010	Medición
Estancia media			35 días	40 días
Eficiencia en ganancia funcional			> 0,80	> 0,75
% de altas a domicilio			> 60 %	

DESARROLLO FUTURO DEL PLAN

Durante el año 2010 se diseñará una aplicación informática que, partiendo de la información generada durante el ingreso hospitalario de los pacientes con ECVA, permita obtener los siguientes indicadores:

- % de interconsultas realizadas por rehabilitación que se han valorado como candidatos a esta terapia.
- % de interconsultas aptos para rehabilitación dados de alta con rehabilitación ambulatoria.
- % de interconsultas aptos para rehabilitación dados de alta a media estancia. (Valorar en ambos grupos: edad, Barthel previo y Barthel al alta a media estancia).
- % de diagnósticos ECVA trasladados a media estancia con proyectos Rehabilitación, Convalecencia, Paliativos no UCP.

Se iniciará una experiencia piloto de rehabilitación domiciliaria.

Así mismo, en los próximos dos años, se implementarán las actuaciones establecidas y descritas en este Plan en todos los Hospitales Comarcales de Gipuzkoa.

ANEXO I

GRUPOS DE PACIENTES DE REHABILITACIÓN EN MEDIA ESTANCIA (ME)

Para establecer las actividades a desarrollar en Unidades de Rehabilitación de Media Estancia, se han definido 4 grupos de pacientes según el grado de afectación.

<u>GRUPO II</u>	No tolera 1 hora y media SEDESTACIÓN
<u>GRUPO III A</u>	Tolera 1 hora y media SEDESTACIÓN y no tolera BIPEDESTACION; ± Trastorno Lenguaje
<u>GRUPO III B</u>	Tolera 1 hora y media SEDESTACIÓN y BIPEDESTACION ASISTIDA; ± Trastorno Lenguaje
<u>GRUPO III C</u>	Tolera 1 hora y media SEDESTACIÓN y BIPEDESTACION + Inicio marcha ± Trastorno Lenguaje

Quedan excluidos los GRUPOS I y IV. El primero por presentar inestabilidad clínica que indicaba la idoneidad de su atención en Unidad de Convalecencia y el segundo por tener secuelas leves e independencia funcional suficiente para pasar directamente de Unidad de Agudos a Rehabilitación Ambulatoria.

TÉCNICAS A UTILIZAR

Definición de recursos genéricos a utilizar, como:

- A. Cinesiterapia
- C. Técnica específica
- E. Reeducación de la marcha
- G. Logopedia
- B. Control postural y sedestación
- D. Control postural y bipedestación
- F. Reeducación para AVD
- H. Terapia ocupacional (Específica)

A continuación se describe la intensidad terapéutica hospitalaria en Rehabilitación de la ECVA. Así mismo, se valora la intensidad terapéutica para cada grupo.

GRUPO II: No tolera 1 hora y media SEDESTACIÓN

Intensidad terapéutica:

- A: Cinesiterapia
- B: Control postural y Sedestación
- Puede ser C: Técnica Específica
- F: Reeducación para AVD

GRUPO III A: Tolera 1 hora y media SEDESTACIÓN y no tolera BIPEDESTACION, ± Trastorno Lenguaje

Intensidad terapéutica:

- A: Cinesiterapia
- Puede ser C: Técnica Específica
- D: Control postural y Bipedestación
- F: Reeducación para AVD
- ± G: Logopedia

GRUPO III B: Tolera 1 hora y media SEDESTACIÓN y BIPEDESTACION ASISTIDA; ± Trastorno Lenguaje

Intensidad terapéutica:

- A: Cinesiterapia
- Puede ser C: Técnica Específica
- D: Control postural y Bipedestación (++)
- E: Reeducación marcha (+)
- F: Reeducación para AVD
- ± G: Logopedia

GRUPO III C: Tolera 1 hora y media SEDESTACIÓN y BIPEDESTACION; + Inicio marcha ± Trastorno Lenguaje; sin apoyo social y/o barreras arquitectónicas.

Intensidad terapéutica:

- A: Cinesiterapia
- Puede ser C: Técnica Específica
- D: Control postural y Bipedestación (+)
- E: Reeducación marcha (++)
- F: Reeducación para AVD
- ± G: Logopedia

PLAN DE INTERVENCIÓN EN LOS DIVERSOS GRUPOS

Describimos para los diferentes grupos un plan de actuación básico, con:

- intervenciones generales a desarrollar en el seno de las propias Unidades de Rehabilitación
- intervención sobre el déficit motor a desarrollar por Fisioterapia
- intervenciones orientadas a rehabilitación en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria
- tratamiento de complicaciones habituales asociadas a la rehabilitación de la ECVA.

Entiendo que los mejores resultados se obtienen integrando todo lo anterior e impregnando todas las actividades rehabilitadoras a lo largo del día durante su estancia hospitalaria. Necesitándose por tanto los adecuados mecanismos de transmisión de información en cuanto a objetivos parciales, trabajo sobre los mismos y resultados que se van obteniendo.

La transmisión de información atañe a los diferentes elementos del equipo interdisciplinar que trabaja en el Proceso Rehabilitador, con soporte escrito y oral (Reuniones Multidisciplinares).

GRUPO II: No tolera 1 hora y media SEDESTACIÓN

Plan de intervención:

1. Actuaciones generales:

- Asegurar un buen estado de hidratación y nutrición:
 - valoración nutricional, adecuación de dietas e ingesta
 - suplementación nutricional si procede y valoración periódica
- Tratamiento de la disfagia si la hubiera:
 - valoración de disfagia y riesgo de aspiraciones
 - tratamiento compensatorio (postural y de volumen-viscosidad)*
 - reeducación de las praxias orofaringeas*
- Tratamiento de la incontinencia (compensatorio y/o reeducativo) *:
 - valoración de la incontinencia y posibilidades de recuperación
 - plan de intervención para la planta
- Prevención de otras complicaciones:
 - UPP: valoración de UPP de ingreso y tratamiento
 - valoración de riesgo (índice de Norton + hipoestesia) y estrategias compensadoras (cambios posturales, superficies antipresión...) y/o reeducadoras*
 - caídas: valoración del riesgo de caídas y plan de prevención contención si precisa*.
 - delirium: valoración de riesgo de delirium y plan de intervención*.
- Desencamamiento progresivo según tolerancia: plan de levantes individualizado, según tolerancia y horario de fisioterapia*
- Mantenimiento postural y articular correcto en sedestación y en la cama*. A desarrollar por personal de enfermería debidamente formado.
- Estrategias para facilitar la orientación, la comunicación y la autopercepción*. A desarrollar por personal de enfermería debidamente formado.
- Tratamiento de las alteraciones emocionales: apoyo emocional*, tratamiento farmacológico si precisa y psicólogo si procede.
- Información-educación básica adaptada a pacientes y cuidadores sobre los contenidos anteriores.

2. Rehabilitación motora:

2.1. Fisioterapia en gimnasio o planta según su situación y posibilidades organizativas 15-30'/día según tolerancia del paciente.

- Técnicas facilitadoras-estimuladoras sobre el lado hemipléjico (Bobath, Kabat, Perfetti...)
- Fisioterapia pasiva sobre plejias completas (prevención de flexos y hombro doloroso)
- Fisioterapia activa-asistida sobre paresias
- Inicio de trabajo de control cefálico y de tronco en sedestación.

2.2. Rehabilitación en ABVD y AIVD a través del equipo interdisciplinar*

- Inicio de técnicas compensadoras sobre el lado no-afecto
- Inicio de rehabilitación orientada a tareas

2.3. Información a familia sobre evolución y pronóstico esperable tras reunión de equipo semanal.

2.4. Ejercicios autopasivos de extremidad superior y control de tronco en sedestación, por enfermería entrenada.

Educar a la familia para que ejerza de recordatorio.

3. Tratamiento de complicaciones asociadas a la ECVA

- Espasticidad
- Dolor neuropático
- Dolor postural o articular

* **En todos los puntos señalados es recomendable llevar a cabo educación familiar.**

GRUPO II. Intervención en Planta y Gimnasio si procede				
OBJETIVO	INTERVENCIÓN	AGENTE	INTENSIDAD	INTERVENCIÓN FAMILIAR
Prescripción + coordinación programa rehabilitación individual	Evaluar alteraciones Prescribir pautas resto de agentes	Médico rehabilitador	Continuada	
Nutrición/hidratación	Valoración nutricional Asegurar dieta/ingesta líquidos	Personal de planta (Coordinación enfermería)	4-5 sol.+5 liq.	
Disfagias (si hubiera)	Compensar disfagia: postural y volumen-viscosidad Reeducación: - disfagia - praxias orofaringeas	● Enfermera entrenada ● Logoterapeuta	15' 4-5, +5 liq. (dieta adaptada)	(*) Educación a familia/ cuidadores
Prevención UPP (Aplicar en todo paciente con Norton <14. Si Norton > 14 valorar hiperestesia).	Cambios posturales Hidratación piel Protección talones Incorporación a silla Superficies especiales	Personal de planta (Coordinación enfermería)	4-5 x día 1 x día 2 x día 2 x día	Educación a familia/ cuidadores (si posible)
Prevención infecciones. Vías respiratorias.	Cambios posturales Incorporación a silla Fisioterapia respiratoria (si procede).	Personal planta (Coordinación enfermería) Fisioterapeuta	4-5 2 15'	(*) Educación a familia/ cuidadores
Prevención de caídas	Contención cama / silla Medidas adaptadas según paciente	Personal de planta Equipo interdisciplinar	Continuada	Educación a familia/ cuidadores
Tratam. alteraciones evacuación	Compensar/eeducar	Personal de planta (Coordinación enfermería) Equipo interdisciplinar	Asegurar medidas compensatorias al menos 5 veces/día	Educación a familia/ cuidadores (si posible)

(*) Estos tiempos de terapia son mínimos. En todo paciente que tolere está indicado tratamiento durante > 3 horas diarias en conjunto.

Incorporación progresiva	Desencamamiento progresivo: Plan de levante individualizado Tolerancia sedestación	Personal planta (Coordinación enfermería)	Según tolerancia y horarios de fisioterapia 2 veces	Educación a familia/ cuidadores
Prevención rígideces articulares/musculares	Postura correcta cama/silla	Personal planta Control por Fisioterapeuta	Continuado	Educación a familia/ cuidadores
Facilitar comunicación	Estrategias indicadas	Equipo interdisciplinar Logoterapeuta	Continuado Sesión 30' (*)	Educación a familia/ cuidadores
Favorecer orientación/ autopercepción	Estrategias indicadas	Personal planta Terapeuta ocupacional	Continuado	Educación a familia/ cuidadores
Prevención y tratamiento alteraciones emocionales, conductuales, delirium	Estrategias pautadas Psicoterapia	Médico Personal planta Psicólogo	Continuado Al menos 1vez/semana	Educación a familia/ cuidadores
Reeducación funcional motora y sensitiva	Rehabilitación motora Enseñanza: - autopasivos extremidad superior - control de tronco en sedestación	Pauta médico rehabilitador Fisioterapeuta Enfermería entrenada	30' específica ampliable(*) (60) en gimnasio o planta según proceda	Información semanal a familia sobre evolución y pronóstico Educación a cuidadores para recordar y corregir
Reeducación de AVD y AIVD	Estrategias pautadas: - técnicas compensadoras del lado no afecto - rehabilitación orientada a tareas	Aseo: 1 Vestido: 1-2 Volteos: 5-6 Comida: 4-5 Equipo multidisciplinar Coordinación enfermería Terapia ocupacional	Educación a familia/ cuidadores (si procede)	

En el GRUPO III A, III B, y III C se realizará lo pautado para el GRUPO II.

GRUPO III A: Tolera 1 hora y media SEDESTACIÓN y no tolera BIPEDESTACIÓN ± Trastorno Lenguaje.

Plan de intervención

1.- Actuaciones generales:

- Asegurar un buen estado de hidratación y nutrición.
- Tratamiento de la disfagia si la hubiera (compensatorio y/o reeducativo).
- Tratamiento de la incontinencia (compensatorio y/o reeducativo).
- Prevención de otras complicaciones (UPP, caídas, delirium).
- Desencamamiento progresivo según tolerancia.
- Mantenimiento postural y articular correcto en sedestación y en la cama.
- Estrategias para facilitar la orientación, la comunicación y la autopercepción.
- Tratamiento de las alteraciones emocionales.
- Información-educación básica adaptada a pacientes y cuidadores sobre lo anterior.

2.- Rehabilitación motora: las actividades motoras en planta según las indicaciones de fisioterapia: bipedestación en la barra, marcha asistida, escaleras con supervisión*.

2.1- Fisioterapia en gimnasio 60-90'/día según tolerancia del paciente.

- Técnicas facilitadoras-estimuladoras sobre el lado hemipléjico (Bobath, Kabat, Perfetti...).
- Fisioterapia pasiva sobre plejias completas (prevención de flexos y hombro doloroso).
- Fisioterapia activa-asistida sobre paresias.
- Control de tronco en sedestación.

2.2.- Rehabilitación en ABVD y AIVD a través del equipo interdisciplinar.

- Técnicas compensadoras sobre el lado no afecto.
- Rehabilitación orientada a tareas.

3.- Tratamiento de complicaciones asociadas a la ECVA.

- Espasticidad.
- Dolor neuropático.
- Dolor postural o articular.

4.- Rehabilitación del lenguaje (logopedia) si precisa.

GRUPO III B: Tolera 1 hora y media SEDESTACIÓN y BIPEDESTACIÓN ASISTIDA ± Trastorno Lenguaje.

Plan de intervención

1.- Actuaciones generales:

- Asegurar un buen estado de hidratación y nutrición.
- Tratamiento de la disfagia si la hubiera (compensatorio y/o reeducativo).
- Tratamiento de la incontinencia (compensatorio y/o reeducativo).
- Prevención de otras complicaciones (UPP, caídas, delirium).
- Desencamamiento progresivo según tolerancia.
- Mantenimiento postural y articular correcto en sedestación y en la cama.
- Estrategias para facilitar la orientación, la comunicación y la autopercepción.
- Tratamiento de las alteraciones emocionales.
- Información-educación básica adaptada a pacientes y cuidadores sobre los contenidos anteriores.

2.- Rehabilitación motora:

2.1- Fisioterapia en gimnasio 60-90'/día según tolerancia del paciente.

- Técnicas facilitadoras-estimuladoras sobre el lado hemipléjico (Bobath, Kabat, Perfetti...).
- Fisioterapia pasiva sobre plejias completas (prevención de flexos y hombro doloroso).
- Fisioterapia activa-asistida sobre paresias.
- Control de tronco en sedestación.
- Control postural adecuado en bipedestación.

2.2.- Rehabilitación en ABVD y AIVD a través del equipo interdisciplinar.

- Técnicas compensadoras sobre el lado no afecto.
- Rehabilitación orientada a tareas.

3.- Tratamiento de complicaciones asociadas a la ECVA.

- Espasticidad.
- Dolor neuropático.
- Dolor postural o articular.

4.- Rehabilitación del lenguaje (logopedia) si precisa.

GRUPO III C: Tolera 1 hora y media SEDESTACIÓN y BIPEDESTACION + Inicio marcha ± Trastorno Lenguaje (Sin apoyo social y/o con barreras arquitectónicas).**Plan de intervención****1.- Actuaciones generales:**

- Asegurar un buen estado de hidratación y nutrición.
- Tratamiento de la disfagia si la hubiera (compensatorio y/o reeducativo).
- Tratamiento de la incontinencia (compensatorio y/o reeducativo).
- Prevención de otras complicaciones (UPP, caídas, delirium).
- Desencamamiento progresivo según tolerancia.
- Mantenimiento postural y articular correcto en sedestación y en cama.
- Estrategias para facilitar la orientación, la comunicación y la autopercepción.
- Tratamiento de las alteraciones emocionales.
- Información-educación básica adaptada a pacientes y cuidadores sobre los contenidos anteriores.

2.- Rehabilitación motora:**2.1- Fisioterapia en gimnasio 60-90'/día según tolerancia del paciente.**

- Técnicas facilitadoras sobre el lado hemipléjico (Bobath, Kabat, Perfetti...).
- Fisioterapia pasiva sobre plejías completas (prevención de flexos y hombro doloroso).
- Fisioterapia activa-asistida sobre paresias.
- Mejorar control postural en bipedestación.
- Inicio de marcha en paralelas.
- Paso a marcha con bastón inglés según evolución.
- Reeducación de la marcha.
- Considerar ortesis antiequino.
- Entrenamiento para escaleras, obstáculos, aceras.
- Enseñar a levantarse del suelo.
- Enseñar ejercicios mantenimiento para hacer al alta.

2.2.- Rehabilitación en ABVD y AIVD a través del equipo interdisciplinar.

- Técnicas compensadoras sobre el lado no afecto.
- Rehabilitación orientada a tareas, con proyección al retorno domiciliario.

3.- Tratamiento de complicaciones asociadas a la ECVA.

- Espasticidad.
- Dolor neuropático.
- Dolor postural o articular.

4.- Rehabilitación del lenguaje (logopedia) si precisa.

GRUPO III (A, B, C). Actuaciones en Planta (+ Fisioterapia en Gimnasio)				
OBJETIVO	INTERVENCIÓN	AGENTE	INTENSIDAD	INTERVENCIÓN FAMILIAR
Además de las intervenciones indicadas para el grupo II se realizarán las siguientes:				
Reeducación de la función motora y sensitiva (desplazamiento)	Bipedestación (IIIA) Marcha asistida (IIB) Marcha (IIIC) Transferencias (todos)	Fisioterapeuta	45' específica ampliable 60' (*) en Gimnasio	Educación a familia / cuidadores sobre estos aspectos y sobre ayudas técnicas para la marcha, ortesis, ayudas en domicilio
Reeducación función de todas AVD	Por objetivos concretos y según indicaciones	Terapia Ocupacional Personal de planta sobre indicaciones terapeuta.	45' específica Continuado	(*) Educación a familia/ cuidadores
Ayudas ortopédicas	Prescripción Provisión	Médico rehabilitador Técnico ortopédico		Educación a familia/ cuidadores sobre ayudas técnicas para la marcha, ortesis, ayudas en domicilio
Valoración cognitiva	Batería específica	Psicólogo experto o médico entrenado	1-2 sesiones	
Terapia alter. cognitiva	(Si procede)	Terapia Ocupacional, psicólogo experto	Sesión diaria	
Entorno adecuado al alta	Buscar apoyo social / residencia al alta	Asistente social	Continuado	Educación a familia/ cuidadores sobre recursos disponibles
Tratamiento complicaciones	Según precise	Médico		

(*) Estos tiempos de terapia son mínimos. En todo paciente que tolere está indicado tratamiento durante > 3 horas diarias en conjunto

GUÍA PARA PACIENTES Y FAMILIARES REHABILITACIÓN DE LA ECVA EN GIPUZKOA

PRESENTACIÓN

El objetivo de este material es que sirva como guía en la ayuda y asistencia que prestan los cuidadores y familiares, en el proceso de rehabilitación, a las personas que han sufrido una Enfermedad Cerebro Vascular Aguda (ECVA).

Los familiares y cuidadores, además de su labor de acompañamiento al paciente, pueden ayudar a realizar actividades y ejercicios como los que aquí se explican, tanto durante el ingreso en el hospital, como en su domicilio tras el alta hospitalario. De esta manera contribuyen a dar continuidad a los cuidados iniciados en el hospital.

La manera en que los cuidadores y familiares se implican con estas actividades es con los hechos, viendo como el personal de la planta trabaja estos aspectos y recibiendo sus instrucciones y consejos, al margen y complementariamente a lo que los pacientes hacen en el gimnasio de rehabilitación. De esta forma, el proceso rehabilitador se extiende a lo largo de toda la jornada, aumentando y acelerando la posibilidad de recuperación del paciente.

No todos los pacientes presentan todos los problemas que aquí se exponen, de manera que los cuidados y ejercicios deben ser los adecuados a las circunstancias de cada persona. Por ello se darán las hojas e instrucciones que correspondan a cada paciente en función de su afectación y problemas.

Qué es la E.C.V.A.

E.C.V.A. 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.

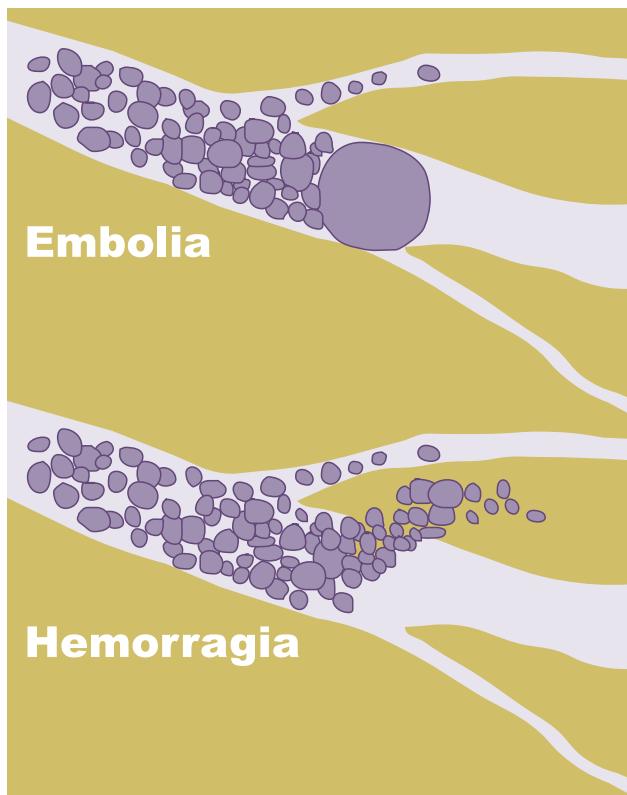
Por qué se obstruye o se desgarra una arteria

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.

Existen una serie de factores que favorecen la formación de estas lesiones en las arterias y por eso los llamamos "factores de riesgo" para la aparición de la E.C.V.A. Los factores de riesgo más importantes en esta parte de Europa son:



TABAQUISMO



HIPERCOLESTEROLEMIA



SEDENTARISMO



DIABETES



ESTRÉS



PATOLOGÍA CARDIACA



HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Como se manifiesta la E.C.V.A. 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.

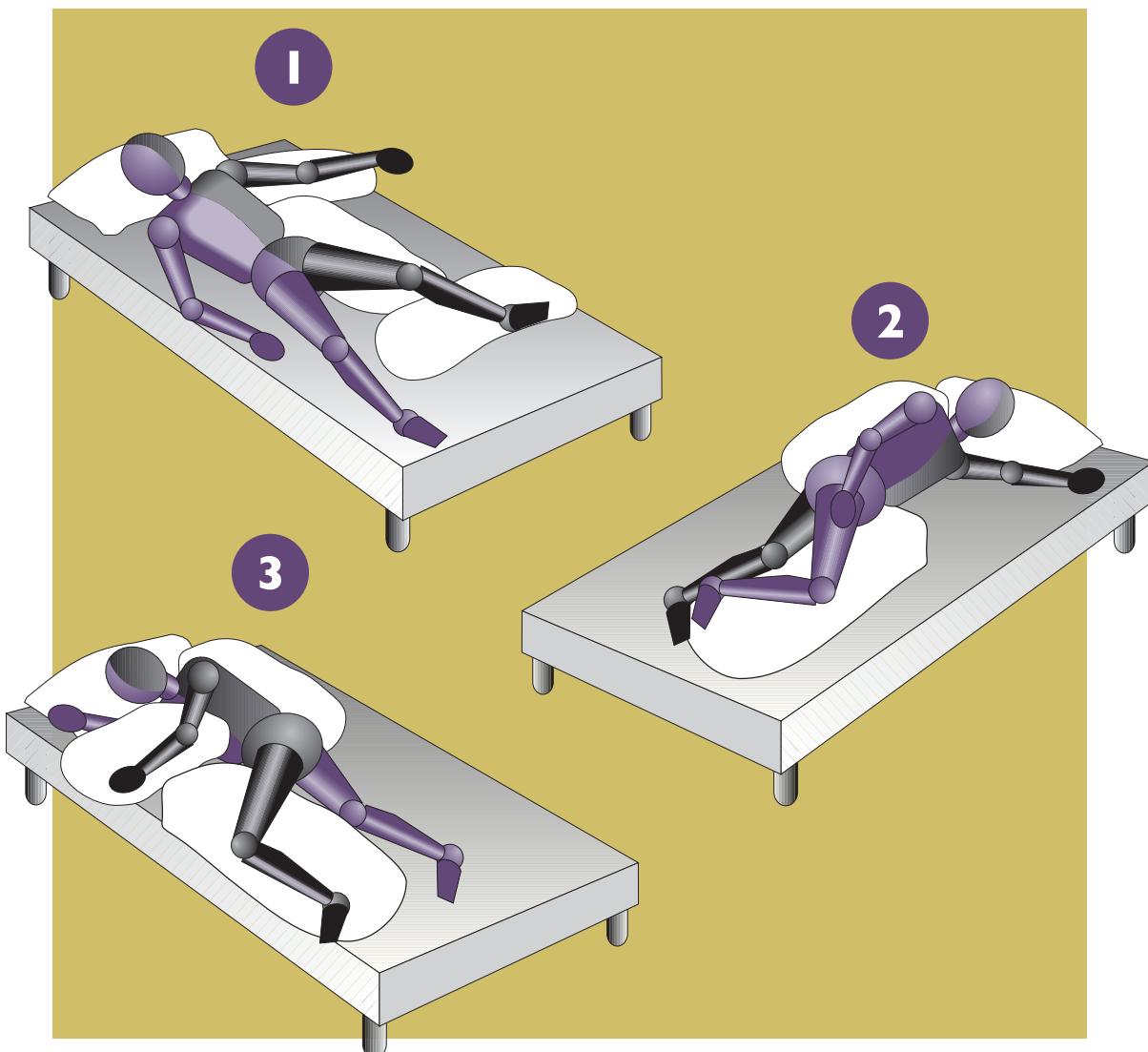
Es frecuente que algunas de estas capacidades sean recuperadas por el paciente en el plazo de 2-4 semanas (anosognosia, asomatognosia, etc.), pero otras, como la hemiplegia, no siempre se recuperan totalmente, incluso pasados 3-6 meses, que es el plazo habitual en el que hay recuperación. Un porcentaje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

CUIDADOS Y CAMBIOS POSTURALES

Los cuidados posturales son importantes porque evitan la aparición de complicaciones en el paciente y porque aceleran su recuperación.

Cuando el paciente está encamado hay que colocar el brazo y la pierna correctamente, tal como indican las imágenes 1, 2, y 3, para que no aparezca hinchazón de las mismas, deformaciones de las articulaciones y heridas en la piel en la zona de apoyo sobre el colchón: talón, los laterales de los tobillos, la base de la columna, etc.

Cada 3 horas es conveniente cambiar la posición del paciente en la cama. 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 solo cada vez que vayamos a darle la media vuelta.



CONTROL DEL TRONCO EN SEDESTACIÓN

Control del tronco en sedestación (en posición sentado)

Cuando se comienza a levantar al paciente hemipléjico a una silla, es habitual que se incline lateralmente hacia el lado paralítico.

A veces, especialmente cuando a la parálisis se asocia un déficit de sensibilidad en el medio-cuerpo, esto se hace muy notorio y parece que incluso "empuja" hacia ese lado.

Al principio, lo fundamental es conservar un buena postura corporal, lo mas erguida posible, aunque sea a expensas de la ayuda de algún cojín en el costado. Procurando que el brazo no esté "colgando" sino convenientemente apoyado. Y los pies también colocados en buena postura.

En la medida en que su estado general mejore, intentaremos que vaya controlando su cintura de forma más activa por su parte. En definitiva, controlando la postura del "tronco" en la silla.

Algún ejercicio simple puede ayudarle a conseguirlo:

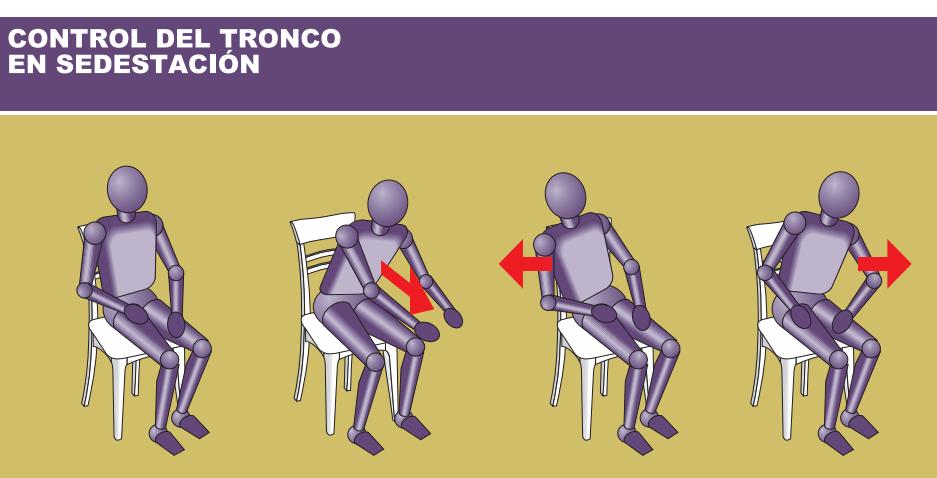
Una persona sentada frente al paciente (para evitar una caída hacia delante) puede solicitarle que incline su cuerpo hacia delante y hacia atrás alternativamente, manteniéndose unos segundos en cada posición, especialmente hacia delante.

Es muy importante, sobre todo al principio, prevenir la caída hacia delante, situándose el acompañante frente al paciente.

Del mismo modo, solicitaremos que se incline hacia la derecha e izquierda alternativamente, manteniéndose unos segundos en cada posición. Especialmente hacia el "lado bueno".

Se deberá inclinar el cuerpo, no solo la cabeza.

En la medida que lo vaya haciendo más correctamente, se le solicitará al paciente que haga las inclinaciones laterales con la espalda despegada del respaldo.



Bipedestación y control postural (como mantenerse de pie)

Tras una enfermedad como la ECVA el paciente tiene dificultades para ponerse de pie, y con frecuencia presenta inestabilidad, desequilibrio y mal control postural.

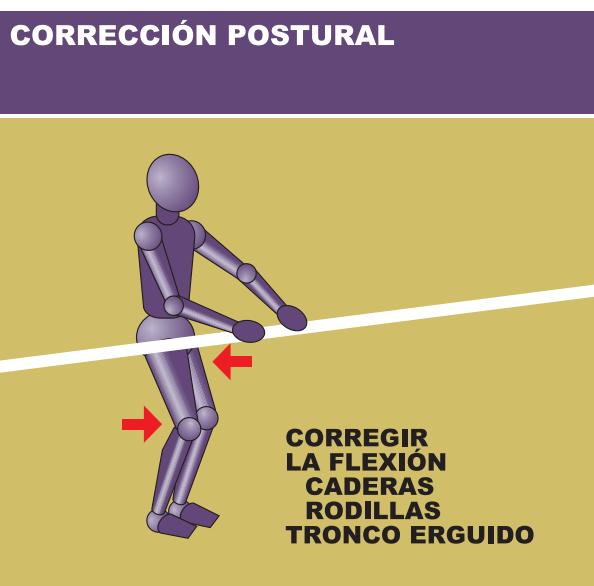
Antes de comenzar a caminar es importante que el paciente mantenga el equilibrio en posición de pie. Incluso cuando no consigue caminar, mantenerse de pie puede ser muy útil porque facilita las transferencias (acostarse-levantarse-sentarse).

Estos ejercicios se podrán practicar en la barra del pasillo o el piecero de la cama.

Es posible que inicialmente el paciente presente una posición flexionada de las caderas y de las rodillas. En estos casos le ayudaremos para que adopte una postura erguida. También puede cargar el peso del cuerpo en los talones, inclinando su cuerpo hacia atrás, y es importante corregir este desequilibrio antes de comenzar a andar. El paciente debe corregir la postura, inclinándose, sin curvarse, hacia delante, incluso tocando con la frente la pared. Las puntas de los pies deben estar suficientemente separadas de la pared para facilitar esta postura.

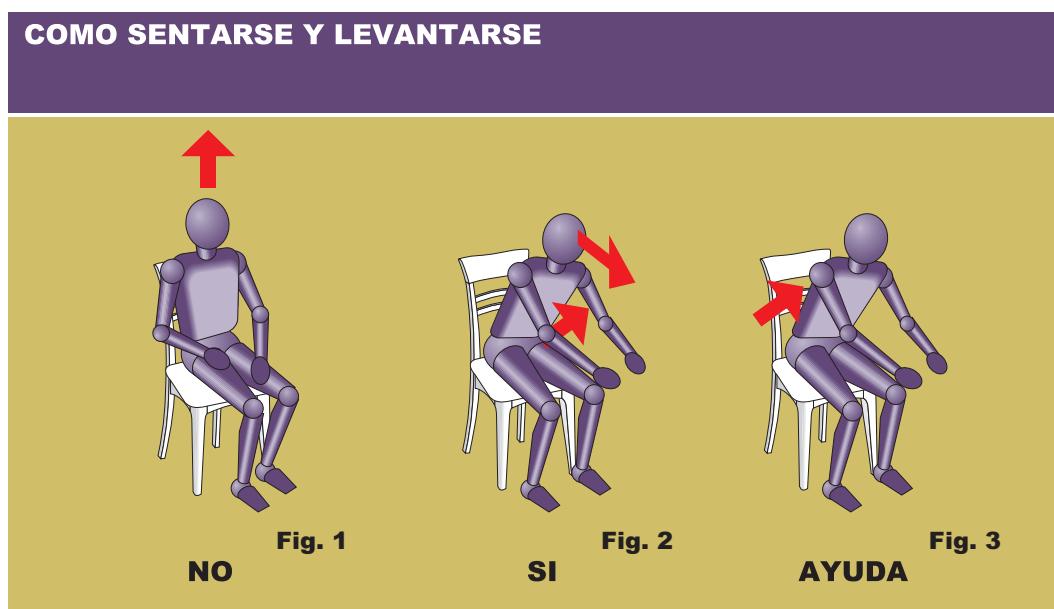
Si hay inclinación lateral, también debe corregirse. Para ello las manos deben sujetarse a la barra a ambos lados del cuerpo, evitando apoyar los codos. Los pies no deben estar pegados, sino ligeramente separados, para conseguir un buen apoyo.

El paciente no debe de agacharse o levantarse, sino permanecer de pie, tomando conciencia de la postura correcta. Se realizará el ejercicio durante 1-3 minutos y se descansará durante 2 minutos. Se realizará el ejercicio durante 10-15 minutos varias veces al día.

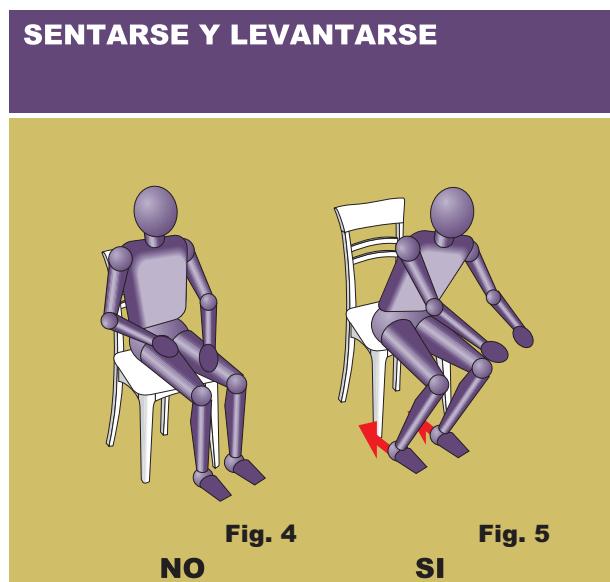


CÓMO SENTARSE Y LEVANTARSE DE LA SILLA

El riesgo de sufrir una caída aumenta cuando el paciente comienza a sentarse y levantarse de la silla y a realizar giros tras una ECVA. Por ello es importante aprender a hacer estos movimientos adecuadamente. Cuando el paciente se levanta de una silla no debe elevarse verticalmente como un ascensor (figura 1), sino que necesitará un empuje hacia delante. Debe flexionar el tronco y empujar hacia delante con la cabeza al tiempo que hace fuerza hacia arriba con las piernas (figura 2). Debe flexionar el tronco y empujar hacia delante con la cabeza al tiempo que hace fuerza hacia arriba con las piernas (figura 2).



Cuando ayudemos al paciente a levantarse, no lo haremos "tirando de sus brazos" (nunca tirando del brazo paralizado), porque provoca reacción refleja de contracción de la musculatura de la espalda con tendencia al desequilibrio hacia atrás; además, podemos lesionar sus hombros.



Para ayudarle a levantarse le empujaremos suavemente en su espalda, a la vez hacia arriba y hacia delante (figura 3).

Después prestaremos atención al apoyo de sus pies en el suelo: no deben estar muy adelantados (figura 4). Para que pueda levantarse más fácilmente conviene retrasar un poco la posición de los pies (figura 5).

CÓMO SENTARSE Y LEVANTARSE DE LA SILLA

Es costoso levantarse de la silla si está sentado muy "hasta el fondo" del asiento (figura 6). En esos casos, conviene desplazar las nalgas hacia la parte anterior del asiento antes de intentar levantarse (figura 7).

Las sillas no deben ser muy bajas, porque dificultan el levantamiento, mientras que los reposabrazos pueden ayudar, si se apoyan los dos brazos (figura 8).

Para sentarse se debe seguir el camino inverso, primero apoyar las dos manos en el reposabrazos y luego sentarse despacio, controlando el peso y sin dejarse caer hacia atrás bruscamente.

La silla debe estar apoyada contra la pared y si es de ruedas siempre con el freno puesto y los pedales levantados para evitar tropezones.

SENTARSE Y LEVANTARSE

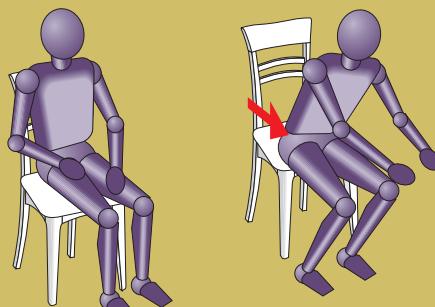


Fig. 6

Fig. 7

AYUDARSE CON LOS BRAZOS

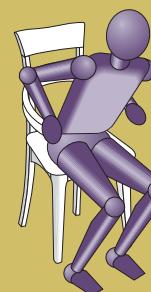


Fig. 8

COMO SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

En el proceso de Rehabilitación Funcional enseñamos a los pacientes a subir y bajar escaleras en la medida de sus posibilidades.

En general, les enseñamos inicialmente a subir los escalones "de uno en uno". Es decir, que el primer pie sube un escalón y el segundo pie sube después al mismo escalón.

Como en general una pierna (la buena) tiene más potencia que la otra (la mala) -que ha sufrido una fractura, una intervención o una parálisis- deben aprender a subir y bajar de una determinada manera:

PARA SUBIR:

PRIMERO, LA PIERNA BUENA y después la mala. (Al subir, el esfuerzo lo hace la pierna que va delante).

PARA BAJAR:

PRIMERO, LA PIERNA MALA y después la buena. (Al bajar, el esfuerzo lo hace la pierna que queda detrás).

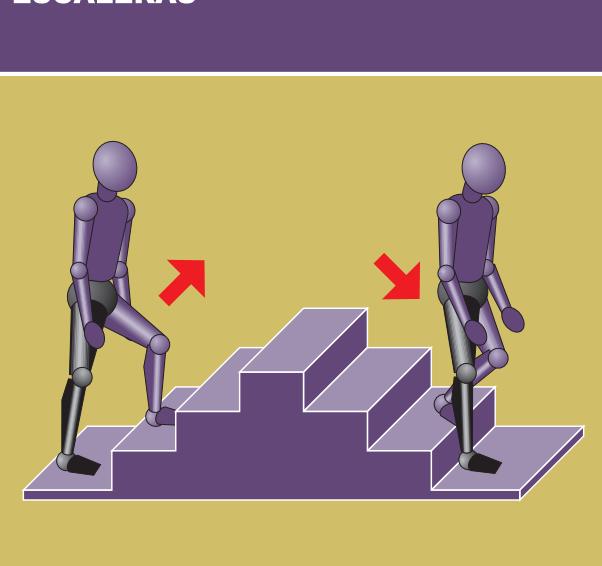
En una palabra,

SUBIR CON "LA BUENA" Y BAJAR CON "LA MALA"

Cuando hay lesiones en ambas piernas, se entiende que "la buena" es la que está mejor y tiene más fuerza.

Dificultades adicionales con las escaleras

ESCALERAS



En general, es preciso afianzar primero subir las escaleras antes de comenzar a bajarlas. Bajar genera más inseguridad y miedo, y además requiere más estabilidad.

La mano debe deslizarse por la barandilla, sin perder el contacto con la misma. Siempre debe ir adelantada respecto al cuerpo (especialmente al bajar), para que al dar el paso no se quede atrás, ya que supondría desequilibrar el cuerpo hacia atrás con riesgo de caída. Se puede utilizar la **barandilla** derecha o izquierda. Aquella con la que esté más seguro. En fases avanzadas conviene aprender en ambas situaciones, preferentemente la que tenga en su domicilio.

Si usa una muleta, en general lo hará con ella del "lado bueno" y la secuencia lógica será:

- | | | | |
|---------------|-----------------|----------------|-----------------|
| SUBIR: | 1. pierna buena | 2. muleta | 3. pierna mala |
| BAJAR: | 1. muleta | 2. pierna mala | 3. pierna buena |

Además de ayudarse también con la barandilla.

No olvide **pisar** en el centro del escalón para obtener un buen apoyo, evitando dejar medio pie fuera y el otro medio dentro.

EJERCICIOS AUTOPASIVOS PARA EL BRAZO HEMIPLÉJICO

Es adecuado movilizar el brazo hemipléjico todos los días. Previene la espasticidad y el hombro doloroso, que son complicaciones habituales añadidas.

Cuando no hay movilidad activa del brazo, o es mínima, se recomiendan las movilizaciones pasivas del mismo.

En concreto, los autopasivos son movimientos del brazo paralítico, realizados "por el propio paciente" con ayuda de su brazo bueno. Aprendamos a realizarlos y convertirlos en una rutina diaria: Agarramos la "mano mala" con nuestra "otra mano". Entrecruzando firmemente los dedos (como rezando) tal como se muestra en la **figura 1**. En el caso de que esto resultase imposible, se puede recurrir a una forma alternativa: agarrando firmemente la "mano mala" por la muñeca, con la palma hacia arriba, como en la **figura 2**. Cogiendo en parte la mano para que vaya bien sujetada.

En cualquier caso, con el brazo paralítico bien sujetado por su mano, vamos a elevarlo de frente, hasta donde lleguemos, procurando que sea por encima de la cabeza.

Después lo hacemos descender lentamente (**Figuras 3 y 4**)

AUTOPASIVOS PARA EL BRAZO HEMIPLÉJICO

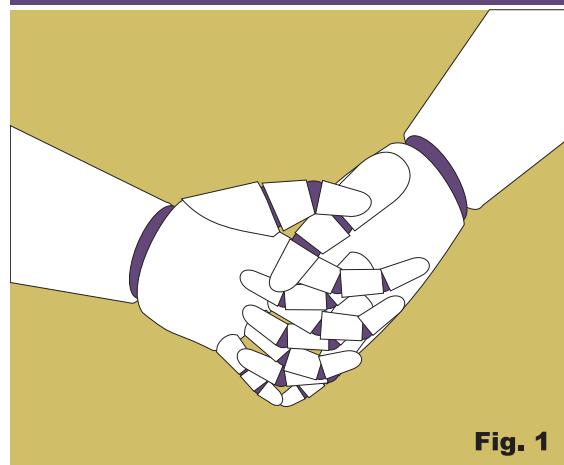


Fig. 1

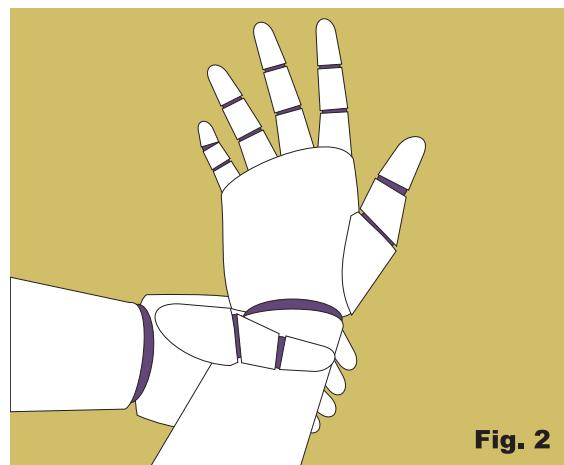


Fig. 2

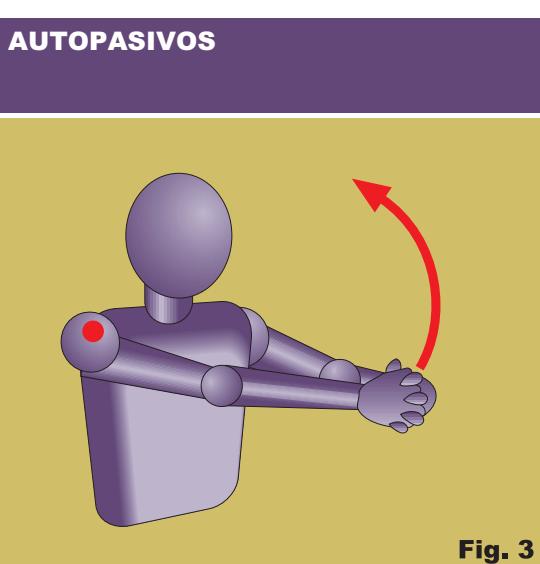


Fig. 3

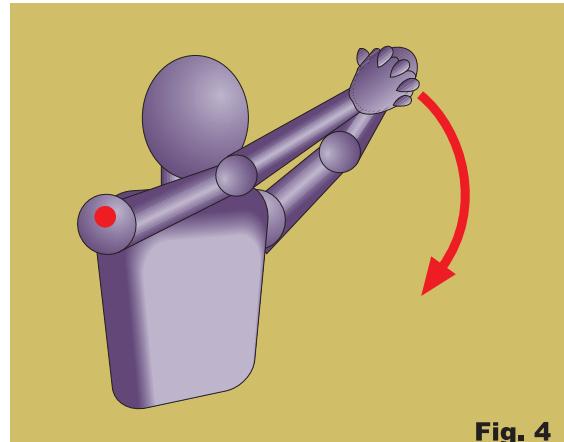


Fig. 4

EJERCICIOS AUTOPASIVOS PARA EL BRAZO HEMIPLÉJICO

Tratamos aquí de dar movilidad al hombro, no al codo. Por tanto, los codos deben estar estirados en todo momento.

- Hay que intentar hacer el recorrido del movimiento por la línea media, eje del cuerpo.
- A ser posible, el recorrido del movimiento debe realizarse en su máxima amplitud, arriba y abajo.
- La movilización debe ser siempre lenta. "Muy lenta".
- Evitar los movimientos muy rápidos y los tirones y sacudidas del hombro, porque pueden resultar más perjudiciales que beneficiosas.
- Esta movilidad tampoco debe producir dolor.
- La atención del paciente y su mirada deben centrarse en el movimiento (de la mano) y no en otra cosa. Tomando conciencia de su cuerpo y de sus limitaciones.
- Puede realizar el ejercicio (series de 10-20 movilizaciones) dos o tres veces al día mientras está levantado.
- El ejercicio también puede hacerse acostado en la cama, boca-arriba (decúbito supino) realizando el agarre de la mano y el movimiento de forma similar. De hecho, es correcto realizarlo unas cuantas veces en la cama por la mañana antes de levantarse y por la noche antes de dormirse.

Se insiste en que las claves son: movimiento amplio, lento, centrado y manteniendo la atención y el control visual. Nunca rápido ni dando tirones.

Movilizaciones por deslizamiento

Estos ejercicios también dan movilidad al hombro, pero sobre todo persiguen la coordinación de los movimientos de brazos con los movimientos de flexión, extensión y rotaciones del tronco.

Con ambas manos agarradas, entrecruzando los dedos, haremos deslizar éstas sobre la mesa, de derecha a izquierda... y de izquierda a derecha.

Si es posible, se efectuará con la espalda despegada del asiento. De forma que el movimiento de los brazos se acompañe simultáneamente de un ligero movimiento de rotación derecha-izquierda del cuerpo.

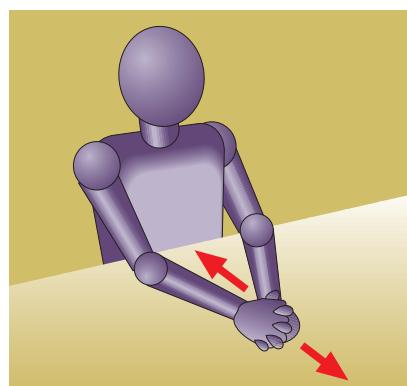
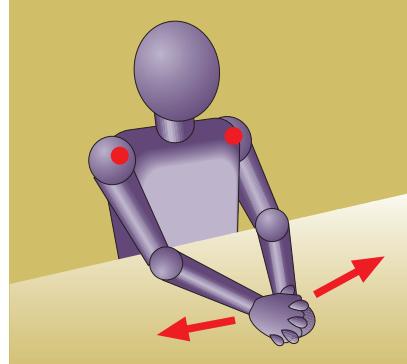
Del mismo modo, podemos hacer movimientos de adelante hacia atrás (como remando), balanceando ligeramente el cuerpo junto con la trayectoria de las manos.

Ambos ejercicios se pueden hacer también poniendo la "mano mala" estirada con la palma contra la mesa y la otra mano, también estirada, haciendo presión sobre ella.

En cualquier caso, debe ser un movimiento "por deslizamiento" sobre la mesa... "Dar cera-pulir cera".

Si las manos no resbalan bien sobre la mesa, se puede poner bajo ellas una servilleta doblada en cuatro (toallita, babero, gamuza...) para facilitar el deslizamiento.

HEMIPLEJÍA: MOVILIZACIONES POR DESLIZAMIENTO SOBRE LA MESA



MOVILIZACIONES DEL CODO

En este caso, se trata de movilizar el codo del brazo hemipléjico (en el dibujo sería el izquierdo).

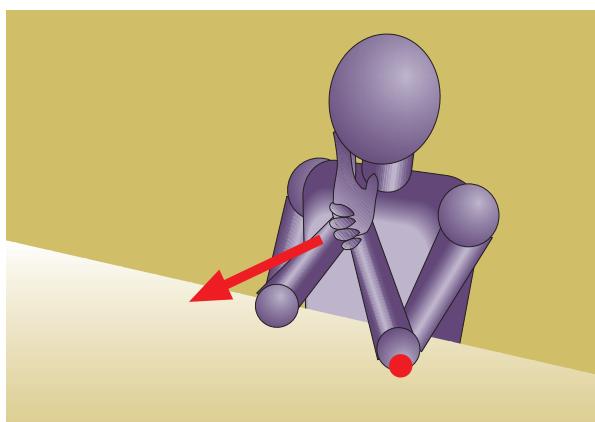
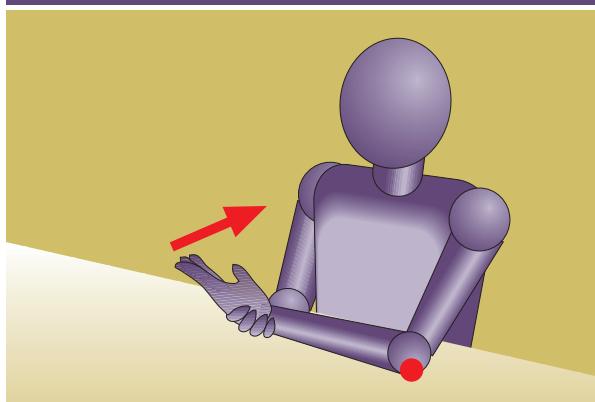
Trabajamos con ambos codos apoyados en una mesa, aunque también se puede hacer sin ella.

Sujetamos la muñeca firmemente por debajo -como en el dibujo- y movemos el antebrazo...

- abajo (codo estirado)
- y arriba (codo doblado).

Una vez más, tenemos que recordar que los movimientos han de ser siempre lentos, sin sacudidas ni tirones. Hay que hacer el recorrido en toda su amplitud: desde la posición de extensión completa del codo, hasta su flexión, con la mano tocándonos en el pecho.

HEMIPLEJÍA: MOVILIZACIONES DEL CODO



MOVILIZACIONES Y ESTIRAMIENTOS DE MANO Y DEDOS

Estas movilizaciones deben hacerse varias veces al día.

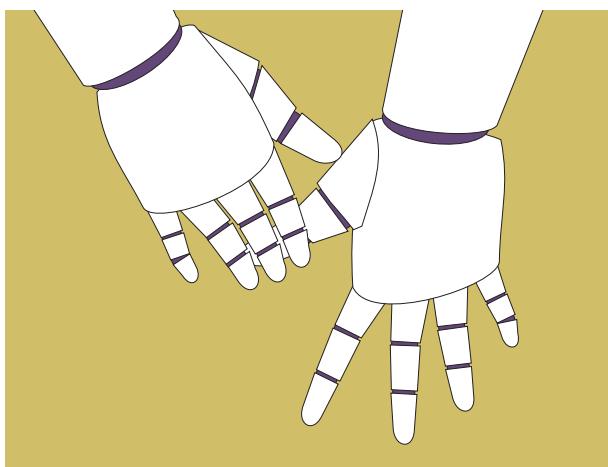
Con la mano hemipléjica apoyada sobre la mesa o sobre la pierna y con su palma hacia arriba, tomamos los dedos, sujetándolos con la otra mano, y los estiramos abriendo bien la palma.

A continuación, flexionamos los dedos, como en el segundo dibujo, cerrando por tanto la palma de la mano.

Repetimos 10-20 veces, abriendo y cerrando la mano.

Dedicaremos 2 ó 3 segundos a mantener los dedos estirados en cada movimiento.

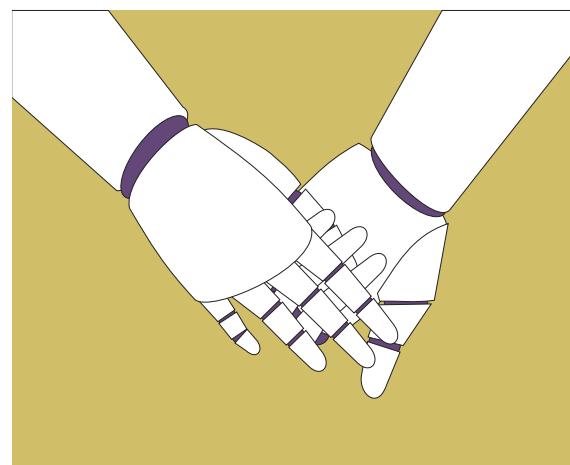
Dicho de otro modo, dedicaremos algo más de atención a la apertura de la mano y a realizar este estiramiento, que a cerrarla.



Finalmente, en la posición de sentados, podemos estirar bien los dedos como se muestra en el dibujo:

Colocando la mano mala sobre el muslo contrario, con la palma hacia arriba. Podemos de esta manera estirar los dedos presionándolos hacia abajo con la ayuda de la otra mano.

MOVILIZACIONES Y ESTIRAMIENTO DE MANO Y DEDOS



Otra manera de estirar los dedos es apoyando la palma sobre la mesa –como en el dibujo– y separando simultáneamente el pulgar hacia atrás.



Un caso particular dentro de las secuelas que pueden presentarse tras un Accidente Cerebro-Vascular Agudo es la **HEMIANOPSIA**.

Cuando el paciente tiene hemianopsia, no puede ver el campo visual de un lado (con ninguno de los dos ojos). En concreto del mismo lado en que tiene su hemiplejia o parálisis. No es un problema de los ojos, sino de afectación de la zona del cerebro que “procesa” la información visual o de las vías de paso a esa zona.

El paciente no controla lo que hay ni lo que ocurre más que en la mitad de lo que tiene frente a sí.



De hecho, con frecuencia estará habitualmente mirando decididamente sólo hacia el lado en que puede ver.



Cuando camina, tendrá pavor de girar hacia el lado en que no ve.



En los primeros días no es infrecuente que cause miedo, confusión y delirio.

En fases posteriores, siempre puede haber cierto “acostumbramiento” a la situación. Y una readaptación en la medida en que si el sujeto se va haciendo consciente de la situación, “aprende” que girando los ojos o la cabeza hacia ese lado “oscuro”, abarca más campo visual.

En los primeros días supone una gran dificultad para un paciente confuso que todos le hablen del lado en que no les ve. Hacerlo así solo produce angustia al paciente y riesgo de alteraciones psíquicas. Por tanto, al principio le hablaremos del lado que ve (lado no-paralítico).

Poco a poco, en la medida en que el paciente está más “centrado” en lo que le pasa, cambiaremos nuestra estrategia en el día a día:

Una vez que nos haya visto (por el lado que ve), iremos desplazando nuestra posición respecto a él, situándonos en la zona central y luego progresivamente más hacia su lado afecto. De esa manera le “vamos obligando instintivamente” a que nos siga con su mirada, o lo que es lo mismo, a que vaya abarcando más campo visual.

Estrategias de reeducación

Situar la comida en la mesa (platos, vaso, pan, cubiertos...) hacia el lado que ve. En la medida en que tiene controladas las cosas, éstas, se desplazarán progresivamente hacia el “lado oscuro” y se le pedirá que las localice.

Del mismo modo, si el paciente está en condiciones, se puede ensayar con naipes, dominó etc. Siempre con la misma idea de que inicialmente participe por el lado que ve y luego se vaya forzando poco a poco hacia el que no ve.

Varias fotos familiares sobre la mesa u otros objetos diversos y variados nos sirven para el mismo tipo de trabajo.

En fases más avanzadas, si la colaboración es muy buena, se puede ensayar la lectura (que inicialmente es muy difícil, ya que el paciente tiende a leer la primera mitad de cada línea si la hemianopsia es derecha, o comenzaría las líneas por la mitad del renglón si la hemianopsia es izquierda).

Cómo actuar en caso de heminegligencia (izquierda/derecha)

APARECE acompañando a muchos casos de hemiplejia (casi siempre del lado izquierdo). Suele desaparecer tras unas semanas.

CONSISTE en que una persona sólo percibe la mitad derecha de cada objeto, persona, habitación, paisaje, etc. (no es consciente de la mitad izquierda, aunque ve bien. No es fallo del ojo, es del cerebro). De la esfera del reloj, solo capta las horas entre las 12 y las 6, sólo lee la mitad derecha del titular del periódico, para él sólo cuenta la mitad derecha de una foto, de su cuidador o del paisaje que ve desde la ventana, etc.

Ignora por completo la mitad izquierda de su cuerpo, la abandona en malas posturas, se golpea el brazo izquierdo contra los muebles cuando va caminando, etc.

Suele permanecer con la cabeza girada hacia el lado sano, negándose a girar hacia el otro lado. Es muy difícil captar su atención si nos colocamos en el lado izquierdo de su cama, etc.

NUESTRA ACTITUD será la siguiente:

- Le abordaremos desde su lado derecho, para las tareas más importantes de la vida diaria: aseo, comida, comunicarle mensajes importantes, tranquilizarle con nuestra presencia, etc.
- Le abordaremos desde el centro de su campo visual al principio, y progresivamente más desde su lado izquierdo, con tareas en las que no importa que fracasemos, porque están destinadas sólo a su recuperación, intentando captar su atención hacia ese lado: "Mira lo que sale en esta revista", "Mira como está lloviendo en la calle", etc.
- A medida que el paciente se recupere de este problema, es interesante ir realizando desde el lado izquierdo las actividades necesarias de cada día: comida, vestido, etc.

Cómo actuar en caso de disfagia (Trastornos de deglución)

Un caso particular dentro de las secuelas que pueden presentarse tras un Accidente Cerebro-Vascular Agudo es la Disfagia o dificultad para tragar.

Esta deglución dificultosa ocurre especialmente con los líquidos, que tienden a introducirse hacia los bronquios en el momento en que tragamos.

1. Recomendaciones para la alimentación en trastornos de la deglución

Diferentes problemas de salud pueden ser causa de dificultades para masticar y tragar la comida y/o beber líquidos.

Cuando la dificultad está en masticar y tragar los alimentos, éstos deben tomarse triturados con una consistencia de puré espeso.

Si la dificultad para tragar es al beber líquidos, en estos casos se utilizarán **espesantes y gelatinas**. Los espesantes y las gelatinas, no son nutrientes y no sustituyen a los alimentos. El espesante se compra en la farmacia con receta del médico de cabecera.

2. Recomendaciones para preparar la dieta

- La dieta debe ser variada y contener frutas, legumbres y alimentos con bajo contenido en grasas y colesterol.
- Es importante que las comidas tengan aspecto atractivo, esto estimula la salivación.
- Son más fáciles de tragar las comidas suaves como los purés, cremas (de patatas, esparagos, zanahorias, etc.), compotas y batidos de frutas, yogures, flanes, requesón, mermeladas.

Son alimentos a evitar los que se pegan al paladar, como son los plátanos, mantequillas, quesitos, etc.

3. Recomendaciones para la ingesta

- Elija un lugar agradable y un momento **tranquilo y sin prisas**. Evite la TV.
- Prepare todos los utensilios y alimentos. Solicite ayuda para aquello que no pueda hacer solo.
- No dar de comer si la persona está adormilada.

- La postura es muy importante, por ello, la persona debe sentarse con la espalda recta y ambas manos sobre la mesa. Si está en la cama, colocar en posición lo más incorporada posible.
- Compruebe si la temperatura de la comida es la adecuada.
- Tome **pequeños bocados o cucharadas** y progrese a mayor volumen, a medida que lo vaya tolerando.
- Administre la comida por el **lado no afectado**.
- **No** tome una nueva cucharada hasta tragar bien la anterior.
- **No** hable mientras coma.
- **Evite** la utilización de **pajitas** para tomar líquidos.
- Llene el **vaso más de la mitad**; evite llevar la cabeza hacia atrás al beber.
- Si le quedan restos de comida en la mejilla, retírelos con la ayuda de un dedo.
- Si la ingesta ha sido escasa, añada una nueva comida entre horas.
- Si se encuentra cansado, haga una parada y pasado un tiempo, retome la ingesta.
- Límpiese los dientes después de cada comida.

Al margen de actuaciones más específicas, hay ALGUNOS EJERCICIOS que siempre son beneficiosos:

- **Para los que tienen debilidad en labios y cara:**

Poner morritos y sonreír, alternativamente. Dar besos. Enseñar los dientes y esconderlos. Soplar. Soplar de un solo lado, alternando. Soplar y sorber alternativamente. Cerrar los labios apretando. Sujetar un botón con los labios y tirar por fuera de un hilo con el que hemos enhebrado el botón. Mantener horizontal un depresor sujeto con los labios.

Pronunciar "exageradamente": /U/ --/I/ ----/U/--/I/ ...

- **Para mejorar la movilidad de la lengua:**

Lamerse los labios superior e inferior. Dirigir la lengua a la punta de nariz y al mentón. Dirigirla por fuera rápidamente a ambos lados. Limpiarse los dientes con la lengua por delante y por detrás. Arrastrar la punta de la lengua por el paladar de adelante a atrás. Exprimir gasas húmedas entre el dorso de la lengua y el paladar.

Pronunciar "exageradamente" /TE/--/CHE/--/KO/ /RRI/--/CHI/

- **Para la movilidad del Maxilar:**

Abrir y cerrar el maxilar y lateralizar a ambos lados. Presión molar alternativa a ambos lados. Mordedores infantiles.

Pronunciar "exageradamente" /A/--/O/ ----- /A/--/O/.....

- **Para tensar el Velo del Paladar y evitar el reflujo nasal:**

Pronunciar fuerte /Ā/ con la lengua fuera. Ejercicios de bostezo.

- **Para el descenso del Velo (cierre posterior de la cavidad bucal):**

Pronunciar /K/ (/KEK/--KIK/). Hinchar las mejillas sin dejar escapar el aire (Enjuagues "de aire").

- **Para aumentar la sensibilidad oral:**

Masaje interno y externo de labios y cara. Estimular con un pincel o cepillo eléctrico.

- **Para el cierre de Cuerdas Vocales (barrera anti-aspiración):**

Con la barbilla levantada, vocalizar tonos agudos. /îîîî/ Pronunciar /Kric/-/Kruc/ /Jic/-/Joc/. Simular levantar pesos (tirar del borde de la silla).

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 pueden hablar, debemos acercarnos a ellos mostrándonos de la forma más natural posible, tratando al afásico, dentro de sus limitaciones, como a una persona adulta.

Con independencia de la causa, **puede lograrse una más fácil comunicación utilizando las siguientes técnicas:**

- Hablar **lentamente y con claridad** en voz de tono normal.
- Utilizar **frases simples y cortas**. No tratarlo como a un niño, al paciente adulto hay que tratarle como adulto.
- Efectuar preguntas directas que puedan ser contestadas con un simple **“sí” o “no”**.
- Dar **una sola instrucción cada vez** y esperar la respuesta antes de continuar.
- **Sustituir el habla por gestos** y demostraciones si el enfermo parece no comprender.
- **Hablar desde el lado sano**.
- Estimularle a que **pronuncie palabras sencillas**, que lea pies de foto en voz alta, deletree, y que una figuras y nombres.
- **Utilizar la escritura y los dibujos cuando el habla no es efectiva**. Ciertos pacientes siguen instrucciones escritas o comprenden dibujos.
- **Darle al enfermo todo el tiempo que necesite para contestar** (esto es importante). Las situaciones de prisa y estrés reducen su capacidad de comunicación.
- **Estimularle para que utilice respuestas no verbales** (mover la cabeza, apuntar, hacer gestos...) si las capacidades de leer y hablar están afectadas.
- No sea demasiado exigente respecto a pequeños errores en la pronunciación de las palabras.

Recordemos que la comunicación es una necesidad humana básica y que su afectación produce frustración, inadaptación y sentimiento de soledad.

Mostrar comprensión de esta situación logra reducir el miedo y la depresión que puedan sentir y les ayuda a normalizar su conducta.

CONSISTE en una EXAGERACIÓN (en el lado paralizado) de la respuesta refleja normal de acortamiento que aparece cuando un músculo es estirado rápidamente.

SI NO ACTUAMOS, ciertos músculos se acortan más y más, duelen al ser estirados mínimamente (vestido, aseo, posturas) y acaban deformando el brazo y pierna afectados irreversiblemente.

Nuestras ARMAS contra la espasticidad son:

- movilizar con LENTITUD (para no desencadenar el reflejo),
- adoptar determinadas POSTURAS (para evitar acortamientos musculares) y
- realizar regularmente EJERCICIOS de estiramiento muscular.

NUESTRA ACTUACIÓN:

- colocaremos (y recolocaremos cuando se mueva) el brazo y la pierna afectados en la postura preferente para cada caso (con almohadas, cojines, etc).
- realizaremos con lentitud todo movimiento del brazo y pierna paralizados: aseo, vestido, cambio de postura, etc.
- repetiremos de modo fiel y lentamente los ejercicios de estiramiento indicados.
- Insistiremos al paciente para que los aprenda y practique fiel y regularmente.