

Fernández Blanco, Martina*; Camino Martínez, Lucía*; Formigo Couceiro, Jacobo*; López Vila, María Jesús*

*Servicio de Medicina Física y Rehabilitación

Rehabilitación del ACV.

La rehabilitación (RHB) del paciente con ictus es un proceso limitado en el tiempo y orientado por objetivos que tienen como finalidad fundamental tratar y/o compensar los déficits y la discapacidad para conseguir la máxima capacidad funcional posible en cada caso, facilitando la independencia y la reintegración al entorno familiar, social y laboral. El programa rehabilitador del ictus es un proceso complejo que requiere un abordaje multidisciplinario de las deficiencias motoras, sensoriales y/o neuropsicológicas existentes y cuya interacción determina el grado de discapacidad tras el proceso de RHB post-ictus. El proceso de RHB debe implicar activamente al paciente y sus cuidadores en el tratamiento y en la toma de decisiones.

El equipo de RHB necesario para atender pacientes con ictus debe estar formado por un médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación que coordina un grupo multidisciplinar de profesionales expertos (fisioterapeuta, enfermero, terapeuta ocupacional, logopeda, neuropsicólogo, trabajador social y técnico ortoprotésico): todos ellos trabajan conjuntamente para conseguir los objetivos previamente marcados.

¿Quién debe recibir tratamiento rehabilitador?

En general todos los pacientes deberían recibir normas y consejos generales, pero sólo se incluirán en un programa de tratamiento rehabilitador aquellos pacientes que cumplan algunas condiciones previas:

- Nivel funcional previo de independencia.
- Deben tener posibilidades reales de recuperación, de mejoría de su déficit neurológico y funcional.
- No tengan otras enfermedades graves que supongan una expectativa corta para su supervivencia o limiten su capacidad para realizar esfuerzos físicos.
- Tengan un adecuado nivel de atención y colaboración.
- Exista un entorno familiar adecuado, capaz de asumir y ejecutar los consejos y enseñanzas que el equipo rehabilitador les facilitará para que la labor de rehabilitación se prolongue en el domicilio y a lo largo del día.

Exploración física y valoración funcional del ACV.

La valoración del ACV ha de ser amplia, dada la gran variedad de déficit y discapacidad que provocan.

La American Heart Association-Stroke Outcome Classification (AHA-SOC) sistematiza los déficit neurológicos en 6 áreas: motora, sensitiva, comunicación, visual, cognitiva y emocional. Cuando valoramos un ACV debemos describir las alteraciones de cada área y su repercusión funcional.

Se han diseñado escalas específicas para el ACV, pero no se ha validado ninguna que englobe todos los problemas que derivan de la lesión. La AHA-SOC recomienda el uso de una escala global junto con escalas de actividades de vida diaria (AVD) en la fase aguda, y para la fase subaguda recomienda el uso de escalas específicas por áreas de afectación.

Escalas globales: - National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). - Canadian Neurological Scale.

Escalas específicas por área:

Déficit motor:	<p>Escala del Medical Research Council Escala de Fugl-Meyer. Frenchay Arm Test. Test de Control del Tronco. Categorías de Marcha Funcional (FAC). Velocidad de marcha (en cm/seg.). La Escala de Ashworth o su versión modificada.</p>
Déficit de comunicación:	<p>Test de Boston. Token test. Batería Western.</p>
Déficit cognitivo:	<p>Minimental Test. Hodkinson. WAIS.</p>
Déficit emocional:	<p>La escala de depresión geriátrica.</p>

Escalas de actividades de la vida diaria:	
Escalas AVD Básicas:	Índice de Barthel. Mahoney. Katz.
Escalas AVD Instrumentales:	Lawton-Brody. Frenchay Activity Index.
Escalas AVD Mixtas	FIM.
Escalas de calidad de vida: - Escala de Salud SF36 o su versión más breve SF12.	

¿Cuándo iniciar el tratamiento de rehabilitación?

Aunque la evidencia de que el inicio precoz de la RHB mejora el resultado funcional tras el ictus es limitada. El proceso de rehabilitación está indicado iniciarlo en un ictus estable y se ha de iniciar de forma precoz. Se considera ictus estable si la clínica permanece sin cambios más de 24 horas para los de territorio carotídeo y más de 72 horas para los vertebrobasilares. No está indicada iniciar la rehabilitación (entendida en su enfoque de tratamiento de los déficit) en los ictus progresivos o en evolución.

¿Cuánto dura el proceso de rehabilitación?

Este proceso va ligado a la recuperación neurológica, la cual tiene una duración variable dependiendo de la gravedad del ictus.

La mayor parte de la recuperación neurológica se producirá en el primer trimestre. En los tres meses siguientes se debe consolidar la recuperación. Transcurridos los primeros 6 meses el proceso de recuperación prácticamente se detiene.

El proceso específico de rehabilitación deberá concluir cuando se cumplen los objetivos acordados, o cuando se alcanza una estabilización en su condición funcional o, en casos excepcionales porque el paciente lo solicita.

FASES DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN.

Rehabilitación en la fase aguda.

Muchas de las complicaciones inmediatas tras el ictus están relacionadas con la inmovilidad, por lo que se recomienda la movilización precoz tan pronto como la situación clínica del paciente lo permita. En general, se comenzará a movilizar y sentar al enfermo, a partir de las 24-48 horas post-ictus si está médicamente estable; salvo en determinadas situaciones donde se retrasaría el comienzo: en casos de progresión neurológica, hemorragia subaracnoidea, hipotensión ortostática severa o infarto agudo de miocardio asociado.

Los objetivos del tratamiento postural y movilización:

- Evitar la aparición de contracturas musculares y rigideces articulares (debidas a la parálisis, espasticidad o patrones posturales sinérgicos).
- Prevención de úlceras por decúbito y complicaciones vasculares (TVP y TEP).
- Evitar la dependencia y la depresión.
- Favorecer el drenaje pasivo de secreciones bronquiales.
- Estimulación sensorial del paciente.

Medidas posturales:

Es importante que la cama tenga una superficie lisa y que la situación del paciente en la misma nos permita dirigirnos y estimularlo desde el lado parético. Realizar cambios posturales cada 2-3 horas.

Evitar malposiciones de los miembros afectos, tanto en cama como en sedestación, para que no se produzcan patrones motores anormales y aumento de la espasticidad.

Movilizaciones:

Se realizarán movilización pasivas de los miembros afectos para mantener los recorridos articulares y estimular la concienciación del movimiento, y movilización activas de los miembros indemnes.

Es imprescindible la realización diaria de ejercicios de arco articular completo en los recorridos susceptibles de acortamiento articular para evitar las contracturas. Se enseñará al paciente a movilizar sus extremidades paréticas, sobre todo el miembro superior para prevenir la aparición de capsulitis del hombro y se estimulará la movilidad activa con participación en las transferencias, volteos y sedestación.

Fisioterapia respiratoria:

Se emplean técnicas para facilitar la eliminación de secreciones.

Transferencias y AVD:

El terapeuta ocupacional, y en aquellos hospitales que no dispongan de este personal el fisioterapeuta y el personal de enfermería deberán enseñar al paciente y la familia la forma de movilizarse en cama y las transferencias. Igualmente cuando el nivel de conciencia lo permita, se le debe adiestrar en las AVD básicas (aseo, vestirse, comer) utilizando para ello el miembro no parético.

Una vez sean capaces de permanecer sentados y empiecen a tener aumento del tono iniciarán el tratamiento en la sala de fisioterapia del Hospital.

Rehabilitación en la fase subaguda.

Se identifica con la aparición de espasticidad e hiperreflexia, y normalmente va acompañada de recuperación motora en los casos favorables por lo que marcará el inicio de la fase de trabajo activo por parte del paciente para la recuperación de la fuerza y la coordinación. Es la fase de rehabilitación propiamente dicha y la más importante.

Objetivos de la rehabilitación motora:

Restaurar el control motor de la deambulación y de las actividades relacionadas con ella, mejorar la función de la extremidad superior para superar o compensar la discapacidad en las AVD.

Prescripción de órtesis y ayudas técnicas para favorecer la marcha, la alimentación, el vestido, si son necesarias, se realizan en esta fase.

Utilización de toxina botulínica si aparece espasticidad focal discapacitante tanto en el pie como en el miembro superior.

La rehabilitación de los problemas de comunicación y de la deglución se realiza en esta fase. Para los casos de peor pronóstico que no mejoren con la logopedia se pueden plantear métodos de comunicación alternativos.

Tratamiento de las alteraciones emocionales: la depresión es la alteración afectiva más común. Las personas con un ánimo depresivo pueden beneficiarse de medicación antidepressiva con inhibidores de la recaptación de serotonina.

Rehabilitación en la fase crónica.

Los programas rutinarios de RHB en pacientes de más de un año de evolución no han demostrado una eficacia significativa.

Los criterios para remitir a consulta de rehabilitación a un paciente en fase crónica tras el ictus serán:

- Pérdida o empeoramiento de su capacidad funcional con respecto al último registro (por encamamiento, traumatismo, recidiva del ictus...)
- Dolor secundario a espasticidad, hombro doloroso, no controlable con medidas convencionales.
- Valoración de tratamiento con antiespásticos locales.
- Necesidad de dispositivos ortoprotésicos.
- Valoración y consejo de ayudas técnicas, adaptación del domicilio, etc.

BIBLIOGRAFIA.

1. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo.
2. E. Duarte, B. Alonso, MJ Fernández et al. Rehabilitación del ictus: modelo asistencial. Recomendaciones de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física 2009.
3. I. Sánchez Blanco, ME. Martín Fraílde, M. Izquierdo Sánchez. RHB del ictus cerebral. Manual de SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física
4. A. Arias Cuadrado. Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. Galicia clínica.

Incontinencia esfinteriana.

Definiciones.

La International Continence Society (ICS) define la incontinencia urinaria (IU) como toda pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y que constituye un problema higiénico y social para el paciente. Se incluye una demostración objetiva de la pérdida de orina y una valoración subjetiva del impacto de la incontinencia.

Existen varios de tipos de incontinencia:

- Incontinencia de esfuerzo (IUE): pérdida involuntaria de orina desencadenada por la actividad física (supone el 50% de la IU).
- Incontinencia de urgencia (IUU): pérdida involuntaria de orina asociada a un fuerte deseo de orinar. Puede deberse a hiperactividad del detrusor de origen neurógeno o no neurógeno.
- Incontinencia urinaria mixta: pérdida de orina involuntaria que asocia síntomas de la IUE y de la IUU

Epidemiología.

Existe una gran variabilidad en los datos de prevalencia de la incontinencia urinaria, las cifras oscilan entre el 5-69% en mujeres y el 1-39% para los varones. En general, la proporción mujer/varón es de 2/1. La IUU puede darse en mujeres de cualquier edad, pero es más frecuente entre los 25 y los 65 años

Etiología.

En la IUE se deben a fallos en el mecanismo de cierre esfinteriano, en la IUU suele ser multifactorial, destacando inestabilidad del detrusor idiopática, neuropática (hiperreflexia del detrusor), cistitis rídica/cistitis intersticial, tumor vesical, litiasis vesical.

Factores de riesgo.

Mujer	Varón
Embarazo	Edad
Parto vaginal	Sintomatología de tracto urinario inferior
Prolapso de órganos pélvicos	Alteraciones cognitivas
DM	Enfermedades NRL
Componente genético en IUE	Prostatectomía

Anamnesis.

Se ha de preguntar sobre las características de las pérdidas: si se asocian a aumento de la presión abdominal (tos, risa, estornudos), si son sincrónicas al esfuerzo: típica en IUE, o si se relacionan con aumento de la frecuencia miccional y nicturia, además de la urgencia miccional (IUU).

Exploración física.

Es imprescindible objetivar la pérdida de orina y definir la existencia de patología del suelo pélvico asociada.

General:

- Datos antropométricos: talla, peso IMC.
- Auscultación para detectar patología pulmonar obstructiva o restrictiva.
- Valoración del raquis para detectar patología que dificulte la movilidad en el baño y el vaciado de vejiga.
- Exploración abdominal para valorar presencia de cicatrices, masas prominentes, diástasis de rectos.

Neurológica:

- Sensibilidad en el área sacra (S2-S5).
- Función motora: tono y control anal.
- Reflejos anal y bulvocavernoso.

Pélvica:

- Vaginal: detectar atrofia, infecciones, fístulas.
- Prolapsos genitales (cistocele, uterocele, enterocele y rectocele).
- Demostrar pérdida de orina.
 - Continua/ espontánea sin realizar esfuerzo.
 - Asociada al esfuerzo.

Valoración muscular del suelo pélvico:

- Test perineal (valora músculo elevador del ano según la Escala de Oxford modificada mediante tacto vaginal con 2º y 3º dedos apoyados en borde inferior de la vagina).

- Puntuación	- Contracción
- 0	- No contracción palpable
- 1	- Muy débil
- 2	- Débil
- 3	- Contracción evidente que cede con oposición
- 4	- Mantiene contracción contra resistencia moderada
- 5	- Mantiene contracción frente a fuerte oposición

- Test del pañal: cuantifica la cantidad de pérdida de orina. Reproducible clínicamente y validado por la ICS. Existe un test corto de 1 hora de duración y otra variante de 24-48 horas. El test de la hora se realiza ingiriendo 500ml de agua baja en sodio durante 15 minutos, se solicita al paciente que realice actividad en los 45 minutos siguientes y finalmente se cuantifica el peso de la compresa.

PESO	IU
< 2gr	Negativo
2-10 gr.	Moderada
10-50 gr.	Grave
> 50 gr	Muy grave

Pruebas complementarias.

- Cultivo de Orina: siempre es necesaria realizarlo antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento para descartar las infecciones urinarias.
- Calendario miccional: se trata de realizar un registro de la ingesta de líquidos, micciones, pérdidas y escapes de orina, de forma que permite orientar al examinador sobre qué tipo de incontinencia se está tratando.
- Ecografía del tracto urinario: detecta anomalías anatómicas y es muy útil para objetivar la hipermovilidad uretral.
- Urodinámica: estudia el funcionamiento del tracto urinario inferior, tanto durante la fase de llenado como en la fase miccional. Permite diferenciar IUE de IUU e IU mixta.
- Perineometría endocavitaria: de cara al tratamiento rehabilitador.

Clasificación de las disfunciones miccionales.

	IUE	IUU
Síntoma	Pérdida con esfuerzo, tos ejercicio, estornudo	Pérdida acompañada o inmediatamente precedida por urgencia
Signo	Sincrónica al esfuerzo	No relacionada con el esfuerzo
Urodinámica	Pérdida durante el llenado, al aumentar Presión abdominal	Contracciones involuntarias del detrusor (detrusor hiperactivo)

Tratamiento.

- Farmacológico:
 - IUE: aumentar la presión de cierre en esfínter uretral (eficacia discutida).
 - Beta-bloqueantes (apenas se utilizan, exclusivamente en incontinencia).
 - Estrógenos (aumentan grosor de la mucosa uretral).
 - Vejiga hiperactiva: inhibir contracciones del detrusor.
 - Anticolinérgicos: clorhidrato de oxibutinina, cloruro de trospio, tolterodina.
 - Antidepresivos tricíclicos: clorhidrato de imipramina.
- Rehabilitador:
 - Cinesiterapia.
 - Biofeedback EMG, en IUE fundamentalmente, que mantengan contracción de musculatura de suelo pélvico para potenciarla.

- Electroestimulación: se emplea en IUE, IUU y mixta.
- Conos vaginales: en IUE una vez terminado el tratamiento rehabilitador.
- Medidas higiénico-dietéticas: eliminar conductas agravantes, exceso de ingesta hídrica, alimentación adecuada, evitar estreñimiento, obesidad.
- Tratamiento quirúrgico: de elección en incontinencia severa y tras fracaso de tratamientos conservadores

Bibliografía:

1- Ghoniem et al. Evaluation and outcome measures in the treatment of female urinary stress incontinence: International Urogynecological Association (IUGA) guidelines for research and clinical practice. *J Urogynecol* 2008;19; 5-33.

2- Espuña M, Salinas. Tratado de Uroginecología. Incontinencia Urinaria. Ed Medicina STM editores, SL. 2004.

3- Salinas J. Tratado de reeducación en urogineproctología. Ed Santher.1997.

4- Abrams P, Cadozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The standardisation of the terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002; 21: 167-78.