



TRATAMIENTO DEL ICTUS CON TERAPIA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPIA

Gloria Cardenal Félix. Terapeuta Ocupacional. Servicio de Rehabilitación Comarcal de Inca. Mallorca

Recibido: 13-05-09

Ignasi Ro Bauzá. Fisioterapeuta. Servicio de Rehabilitación. Hospital. Hospital Comarcal de Inca. Mallorca

Revisado: 17-06-09

Universitaria de Ciencias de la Salud de Zaragoza.

Aceptado: 13-07-09

● RESUMEN

En el artículo se analiza la recuperación de la capacidad funcional de un grupo de pacientes afectados de enfermedad cerebrovascular.

Se seleccionaron los pacientes con ictus tratados en el servicio de rehabilitación durante un año. Fueron quince pacientes mayores de 65 años, con patología isquémica (14) y hemorrágica (1).

Se valoró al inicio del tratamiento utilizando el índice de Barthel, método validado para el análisis de las actividades básicas de la vida diaria.

Se trató mediante un tratamiento convencional de Terapia Ocupacional y fisioterapia para este tipo de afecciones.

Al momento de finalizar el tratamiento, se valoró otra vez a cada paciente con el índice de Barthel.

Además, se midió el grado de independencia a la marcha al alta.

● ABSTRACT

This article analyzes the functional capacity recovery of a group of patients suffering from stroke disease.

Stroke patients treated at the rehabilitation service for a year were selected for this study. They were 15 patients over 65 years; 14 of them with ischemic pathology and 1 of them with hemorrhagic pathology.

The Barthel Index, a validated method to measure functional abilities, was used at the beginning of the treatment.

Patients were treated by means of occupational and physical therapy prescribed for these diseases.

At the end of the treatment, each patient was measured by the Barthel Index again. Moreover, its degree of mobility was also evaluated at discharge.

● PALABRAS CLAVES

Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Ictus.

● KEY WORDS

Occupational Therapy, Physical Therapy, Stroke.

INTRODUCCIÓN

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística¹ en el año 2006, en España, las enfermedades cerebrovasculares fueron la primera causa de mortalidad en mujeres (19.038 defunciones), y la tercera causa de muerte en hombres (13.849 defunciones).

El ictus ocupa el segundo lugar en cuanto a la carga de enfermedad en Europa, pues se calcula que un 23% de los años de vida sana perdidos y un 50% de los años vividos con discapacidad se deben a enfermedades cerebrales².

Las tres cuartas partes de los accidentes cerebrovasculares (ictus) afectan a pacientes mayores de 65 años, y debido a las previsiones de población en las que España sería en el año 2050 una de las poblaciones más envejecidas del mundo, se prevé un incremento de la incidencia y prevalencia de esta patología en los próximos años³.

De hecho estas predicciones ya se están cumpliendo: según datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, se produce un incremento constante de pacientes ingresados con el diagnóstico principal al alta de enfermedad cerebrovascular, alcanzando en

el año 2003 la cifra de 114.498 casos. Este incremento no se explica tan solo por el crecimiento de la población⁴. Todo ello supone y supondrá un enorme gasto sociosanitario directo, e indirecto por la aplicación reciente de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Desde el punto de vista de la organización de la atención médica, en la gran mayoría de los estudios se ha demostrado que el sistema más eficaz para reducir la morbimortalidad es el ingreso antes posible en una unidad de urgencias neurovasculares y, a partir de los 8-15 días, en una unidad de rehabilitación especializada. En todos los trabajos recientes se coincide en afirmar que el grado de recuperación funcional y la probabilidad del regreso al domicilio y permanencia en el mismo están indiscutiblemente condicionados por una atención global, interdisciplinaria, coordinada y especializada, tanto en medio institucional o en el domicilio⁵.

Los programas de rehabilitación consisten fundamentalmente en la aplicación de determinadas técnicas de Terapia Física, Terapia Ocupacional y de Logopedia, según el tipo y grado de discapacidad, que se pueden utilizar aisladamente o en combinación:



Técnicas convencionales (cuidados posturales, movilizaciones pasivas de los miembros afectados, sedestación precoz y verticalidad progresiva, ejercicios activos de grupos musculares sanos, inhibición de la espasticidad, reeducación de la marcha.). Técnicas de facilitación neuromuscular de Knott y Voss. Técnicas de biofeedback.

Lamentablemente, dada la escasez de pruebas científicas, no hay ninguna evidencia científica de que unas

técnicas fisioterápicas y/o terapéuticas sean mejores que otras⁶.

En este artículo se pretende analizar la mejoría funcional de los pacientes afectados de Ictus, tratados en el servicio de rehabilitación del Hospital Comarcal de Inca, Mallorca. Este Hospital, atiende a una población de referencia de unas 114.000 personas y en él trabajan aproximadamente unos 760 profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional descriptivo longitudinal. Se seleccionaron los pacientes aquejados de ictus, mayores de 65 años, que fueron tratados en el servicio de rehabilitación a partir del mes de marzo de 2007, hasta el mes de marzo del año 2008, realizando un muestreo no probabilístico accidental.

- Se obtuvo una muestra de 15 pacientes, de los cuales:
- 6 fueron mujeres y 9 hombres. Gráfico 1
 - 14 padecieron ictus isquémico y 1 ictus hemorrágico. Gráfico 2
 - 7 presentaron afectación del hemisferio izquierdo y 8 del hemisferio derecho. Gráfico 3

La mayoría de pacientes fueron derivados al Servicio de Rehabilitación del hospital desde las interconsultas del servicio de neurología. Algunos pacientes fueron derivados desde otros centros. Se trata de pacientes agudos, desviados al alta hospitalaria de otros centros sanitarios, que acuden para realizar el tratamiento ambulatorio.

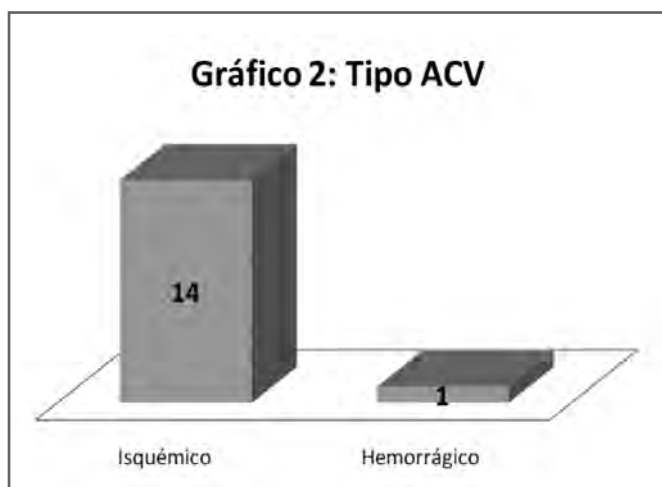
Todos ellos fueron asumidos por el servicio de rehabilitación del Hospital Comarcal de Inca compuesto por: dos doctores de rehabilitación, diez fisioterapeutas, un terapeuta ocupacional y tres auxiliares de rehabilitación.

Los doctores rehabilitadores pautaron el tratamiento rehabilitador, realizaron el seguimiento evolutivo de los pacientes y dieron el alta a los pacientes del servicio, según criterio médico.

El tratamiento rehabilitador se divide en tres fases:

- Fase aguda: desde el ingreso en hospital, hasta el alta hospitalaria.
- Fase subaguda: cuando empiezan tratamiento ambulatorio, inmediatamente después del alta hospitalaria hasta que un periodo comprendido entre 6 y 8 meses en función de la lesión del usuario.
- Fase crónica: desde el final de la fase subaguda hasta el alta médica.

Ahora bien, dependiendo de la evolución físico-funcional, el paso de una fase a otra puede variar. A continuación se describe el tratamiento llevado a cabo en rehabilitación.





Los fisioterapeutas aplicaron un tratamiento físico que consistió en:

Fase aguda

- Cuidados posturales
- Movilizaciones pasivas de los miembros afectados e instrucción de movilización autopasiva.
- Estimulación propioceptiva y sensorial del hemi-cuerpo afecto.
- Inicio de la sedestación lo antes posible.
- Conseguir el equilibrio en sedestación.

Fase subaguda y crónica

- Adaptación progresiva a la bipedestación.
- Ejercicios activos de aquellos grupos musculares con movilidad voluntaria conservado.
- Empleo de técnicas de estimulación neuromuscular propioceptiva.
- Inhibición de la espasticidad mediante técnicas de relajación, movilizaciones articulares, etc.
- Reeducación de la marcha: en paralelas con asistencia de fisioterapeuta, con bastón e independientemente según las posibilidades de cada paciente.

Desde Terapia Ocupacional la implementación del tratamiento se divide en:

Fase aguda

- Enseñanza de la movilidad dentro de la cama.
- Enseñanza correcto posicionamiento del brazo pléjico y en general del cuerpo, sobre todo durante la realización de las actividades básicas de la vida diaria (en especial en alimentación y aseo).
- Re-educación de actividades de la vida diaria básicas que comprenden el vestido/desvestido, prendas de tronco superior, prendas de vestir fáciles, (camisetas de algodón, parte de arriba del pijama).
- En el caso que sea necesario, enseñar el cambio de dominancia.
- Actividades para trabajar control cefálico y control de tronco en sedestación.
- Estimulación motora, sensitiva y propioceptiva del miembro superior afectado, siempre trabajando desde nivel proximal a distal.
- Entrenamiento transferencias mismo plano, silla ruedas-silla, silla ruedas-cama.

Fase subaguda

- Control y equilibrio de tronco en diferentes planos, buscando actividades en el que el usuario disocie cintura pélvica y escapular. Realizando las actividades terapéuticas de pie o, utilizando actividades que implique el desplazamiento de usuario por la sala (distancias cortas).
- Estimulación del MMSS afectado mediante estimulación de Rood y propiciando una respuesta motora a través de actividades graduadas.
- Re-educación de actividades de la vida diaria básicas más complejas, como es, ropa interior, calcetines, afeitado, lavado de dientes.
- Seguimos trabajando la estimulación motora, sensitiva y propioceptiva, con actividades que impliquen coordinación de ambas manos, diferenciar pesos, diferenciar texturas, formas, actividades en las que el sujeto realice pinzas bi/tridigitales
- Realización de diferentes actividades relacionadas con sus actividades cotidianas: agrupación de conceptos, secuencias y gnosias.
- En esta fase y dependiendo del tono muscular a veces es necesario la utilización de una férula de reposo (pautada por el médico rehabilitador) nocturno para inhibir la espasticidad (foto 1). Cuando el tono muscular es demasiado y llega a impedir la colocación de un férula de reposo como la anteriormente descrita, se coloca una férula intermedia (foto 2) de uso 24 horas para favorecer la apertura de la mano y que posteriormente podamos aplicar la férula adecuada.
- Transferencias en el caso que sea necesario, silla ruedas-WC.





Fase crónica: En esta fase final del tratamiento los pacientes son independientes en las ABVD y nos centramos en los déficits residuales: torpeza manual, dificultad en la motricidad fina, discriminación táctil, problemas de propiocepción, sobre todo en la mano. También se trabaja en sala algunas actividades productivas (lavar la vajilla, hacer la cama). En algunos es necesario la utilización de un férula para favorecer la pinza digito-digital y pinza tridigital (foto 3), esta férula la dejan de usar cuando consiguen realizar la pinza bidigital por ellos mismos.

Durante esta fase es importante la enseñanza de transferencia en diferentes planos: del suelo a la silla, del suelo a la cama.

Los pacientes fueron tratados conjuntamente con Terapia Ocupacional y Fisioterapia, una media de 96,3 días. Concretamente el 41% de los pacientes recibieron tratamiento en un periodo comprendido entre 0 y 50 días. El 25% entre un total de 51-100 días. Un 17% durante un periodo de entre 101-150 días. Y el 17% restante durante más de 150 días.

Se les evaluó inicialmente y al finalizar utilizando el índice de Barthel⁷, el mismo índice tanto para los que deambulaban en silla de ruedas o muletas o los que resultaron independientes en la marcha. Se trata de un índice validado^{8,9}.

RESULTADOS

La media de la puntuación del índice de Barthel inicial fue de 57,7 puntos. La media de la puntuación del índice de Barthel final fue de 88,3 puntos.

La diferencia de las dos medias anteriores, y por tanto el cálculo de la mejoría del índice de Barthel, fue de 30,7 puntos. Gráfica⁴.

El 73 % finalizó el tratamiento presentando un IB por encima de los 85 puntos. El IB utilizado fue el mismo tanto para los usuarios que deambulaban con sillas de ruedas como para los otros usuarios que necesitaron otra o ninguna ayuda técnica para los desplazamientos.

El 87,7 % consiguieron una deambulación independiente. Diez pacientes sin necesidad de utilizar una ayuda técnica para los desplazamientos, y dos pacientes utilizando un bastón. Gráfica⁵.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los pacientes tratados tuvieron, al alta, una mejoría importante en Barthel, y consiguieron una mayor funcionalidad en las Actividades Básicas de la Vida Diaria. Ello confirma la idoneidad del tratamiento conjunto de estos pacientes, con ambas disciplinas.

Si bien, la muestra utilizada es escasa, los resultados obtenidos pueden servir como referencia para posteriores estudios donde compararlos con resultados de



Foto 1



Foto 2



Foto 3





grupos similares tratados únicamente con alguna de las dos disciplinas.

El Índice Barthel es una escala que se ha utilizado en otros estudios como medida de valoración del Ictus^{10,11}. Hemos comprobado que el IB es una escala adecuada para el uso en estudios de Terapia Ocupacional-Fisioterapia.

Los resultados muestran que, en el anciano con Ictus, el trabajo conjunto de Terapia Ocupacional y Fisioterapia produce una recuperación funcional del paciente.

A pesar de la necesidad de algún pequeño dispositivo en la ropa (velcro en algunas prendas de ropa, zapatos con velcro en lugar de cordones) o una pequeña modificación del entorno domiciliario (asideros en la bañera, tabla de bañera, ayudas técnicas para la cocina...), que presentaron el 53,33 % de los sujetos del estudio para resultar independiente en actividades diarias concretas, éstos prefirieron depender o necesitar a un familiar a realizar estos cambios.

BIBLIOGRAFÍA

1) INE, Instituto Nacional de Estadista. Defunciones según la causa de muerte 2006. Informe de 30 enero 2008.
 2) Mathers CD, Stein C, Fath DM, Murray CJL, López AD. Global Burden of Disease 2000: Versión 2, methods and results. Discussion paper nº 50. World Health Organisation.



Geneve, 2002. [http:// www3. who.int/whosis/discussion-papers](http://www3.who.int/whosis/discussion-papers).

3) Previsiones de cambio en la población. Organización Mundial de la salud 2002. <http://who.int/home-page/index.es.shtml>

4) Encuesta Nacional de Morbilidad Hospitalaria. INE 2005. <http://www.ine.es/>.

5) Daviet JC, Dudognon PJ, Salle JY, Munoz M, Lissandre JP, Rebeyrotte I, Borie MJ, Rehabilitación en caso de accidente cerebrovascular. Estudio general y tratamiento. Enciclopedia Medico Quirúrgica, Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptación, 26-455-A-10, 2002, 24 p.

6) Flórez García MT. Intervenciones para mejorar la función motora en paciente con ictus. Rehabilitación 2000; 34:5-11.

7) Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index.Md State Med J 1965; 14: 61-5.

8) Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES profile and the Barthel Index. Arch Phys Med Rehabil 1979; 60:145-154

9) Van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, Schouten HJ, Van Gijn J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. Stroke 1988; 19: 604-7.

10) Smout S, Koudstaal PJ, Ribbers GM, Jansseen WGM, Passchier J. Struck by stroke: a pilot study exploring quality of life and coping patterns in younger patients and spouses. International Journal of Rehabilitation. December 2001. Volume 24(4), pp 261-268.

11) Torenbeek M, Caulfield B, Garret M, Van Harten W. International Journal of Rehabilitation. June 2001. Volume 24 (4), pp 95-101.