



# Rehabilitación en ACV

Dra. Rina Carvallo  
Médico Fisiatra  
Hospital San Camilo  
Marzo 2017

# Introducción



- 3ª causa de mortalidad mundial
  - Cardiovascular
  - Cáncer
- 1º causa de mortalidad en Chile
- 1º productor de discapacidad
  - Carga de enfermedad por años de vida saludable perdidos por discapacidad.

# Impacto Sanitario





*ACV : más invalidante que mortal...*

## ACV como enfermedad discapacitante



<b>DÉFICITS NEUROLÓGICOS</b>	<b>% AL ICTUS AGUDO</b>	<b>% A LOS 6 MESES</b>
Hemiparesia	73-92	37-50
Déficits sensoriales	25-55	25
Hemianopsia	10-30	10
Cognitivos	20-47	15-30
Del lenguaje	20-46	10-20
Depresión mayor	30-40	15-30
<b>DISCAPACIDAD. LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD</b>		
Dependencia en AVD básicas	65-85	25-50
Incontinencia intestinal	30-35	5-10
Incontinencia vesical	30-50	10-20
Asistencia en higiene	56	13
Asistencia en comida	68	33
Asistencia en vestido	79	31
Ayuda en transferencias cama-silla	70	19
Ayuda en transferencias al WC	68	20
Dependencia de marcha	70-80	15-35
Ayuda en baño o ducha	86	49
<b>MINUSVALIA. LIMITACION EN LA PARTICIPACIÓN</b>		
Ingreso en institución		10-30
Vuelta al trabajo si <65 años		10-30

# Rehabilitación



- Proceso integral e interdisciplinario.

---

Evitar aumento del déficit neurológico.

---

Disminuir complicaciones prevenibles.

---

Disminuir tiempos de hospitalización.

---

Apoyar e integrar al paciente y su familia en el proceso.

---

Disminuir grado de discapacidad

---

Reintegración social.

---

# Rehabilitación



- Proceso complejo
- ***Orientado por objetivos***
- ***Limitado en el tiempo***
- Específico e individualizado

Trata de conseguir una situación funcional, familiar y social lo más próxima a la que el paciente tenía previo al ACV.

# Recuperación y Pronóstico



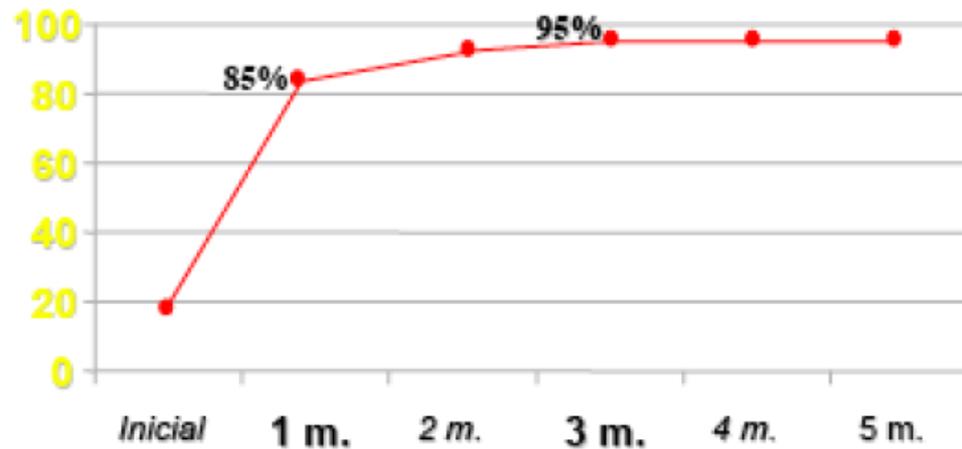
Functional and Neurological Outcome of Stroke and the Relation to Stroke Severity and Type, Stroke Unit Treatment, Body Temperature, Age, and Other Risk Factors: The Copenhagen Stroke Study

- Recuperación de ACV sigue un patrón predecible
- Perfiles de recuperación diferenciados por severidad

Basic Patient Characteristics in the Copenhagen Stroke Study (Sociodemographic characteristics, risk factors, stroke type, length of stay, and primary outcomes)

Patient number	1197
Age in years (SD)	74.3 (11.0)
Male gender	46%
Nursing home resident before stroke	3%
Single/widowed	56%
In work before stroke	8%
Atrial fibrillation	18%
Ischemic heart disease	23%
Hypertension	33%
Diabetes	21%
Claudication	13%
Former stroke	23%
Other disabling disease	23%
Onset-admission, median interval	12 hours
Hemorrhage on CT scan	9%
Mean length of hospital stay (SD)	37 (41) days
Discharge to nursing home	15%
Discharge to home	64%
Died during hospital stay	21%

# Curva de recuperación



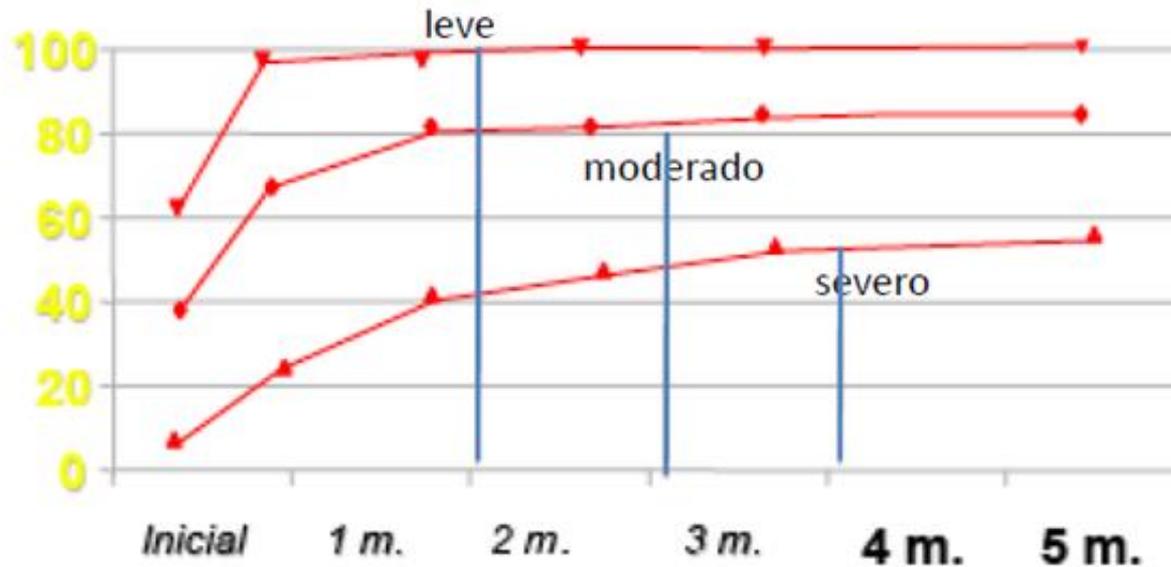
*Copenhagen Stroke Study: Jørgensen et al. Arch Phys Med Rehabil 1995, Stroke 1999*

*Functional and Neurological Outcome of Stroke: The Copenhagen Stroke Study*

**La recuperación de los déficit neurológicos precede a la recuperación funcional en unas dos semanas.**

*Duncan P et al. Stroke recovery. Top Stroke Rehabil. 1997; 4: 51-8*

# Velocidad de recuperación según gravedad ictus



*Copenhagen Stroke Study: Jørgensen et al. Arch Phys Med Rehabil 1995, Stroke 1999*

# Recuperación post ACV



# Factores pronósticos



Edad

ACV previo

Etiología

- ACV hemorrágico

Tamaño y ubicación lesión

Extrínsecos

- UTAC, rapidez atención, acceso a RH, red apoyo

# Factores clínicos



# Pronóstico funcional



*Determinación del pronóstico funcional :  
importancia*

paciente y su entorno familiar

objetivos terapéuticos realistas en la  
rehabilitación

planificar la derivación al alta

# Rehabilitación



- Precoz e intensiva
  - Disminución morbimortalidad y mejora desenlace funcional.
- Debiera iniciarse dentro de las primeras 24 horas de hospitalización.

# Fases Rh



## Aguda

- Prevención
- Posicionamiento
- Cuidados piel
- Movilización precoz
- Evaluación deglución
- Estimulación polisensorial o cognitiva

## Subaguda

- Reeducación control postural, equilibrio y marcha
- Mejorar funcionalidad ES
- Manejo trastorno comunicacional
- Manejo disfagia
- Intervención áreas cognitivas/perceptivas
- Tratamiento alteraciones emocionales

## Crónica

- Reinserción familiar, social y laboral
- Mantener logros funcionales obtenidos
- Evitar recurrencia ACV

***Recuperación funcional global ocurre en los primeros 6 meses.***



# EQUIPO DE REHABILITACIÓN

# Fonoaudiología



- Evaluación y manejo trastorno deglución
- Estimular movilidad facial
- Manejo de disartria
- Taping facial
- Manejo de afasia
- Comunicación alternativa – aumentativa
- Estimulación cognitiva



# Terapia ocupacional



- Posicionamiento y manejo de edema
- Confección de órtesis y adaptaciones
- Estimulación motora de EESS
- Entrenamiento en AVD
- Estimulación cognitiva y polisensorial
- Manejo delirium
- Rh laboral



# Kinesiología



- Posicionamiento
- Mantención rangos
- Activación musculat parética y fortalecer
- Mejorar control axia
- Entrenamiento en equilibrio y propioce
- Reeduación de mar (con o sin ayuda téc
- Entrenamiento cuida



# Acciones de RH



## Asistente social

- Activación red de apoyo.
- Credencial de discapacidad.
- Postulación a SENADIS para órtesis, prótesis y ayudas técnicas.
- Facilitación de traslados para terapia ambulatoria.

## Psicología

- Apoyo y contención emocional.
- Manejo del duelo y aceptación condición actual.
- Estimulación cognitiva.
- Sobrecarga del cuidador.

# Fisiatra



- Coordinar
- Consensuar objetivos de Rh
- Manejo del Dolor
- Manejo de la Espasticidad
- Manejo vejiga e intestino neurogénico
- Reunión de familia





**¿CÓMO FUNCIONAMOS EN EL SSA?**

# Dispositivos de Rh



## Terciario

- CRI

## Secundario

- Unidades kinesiología

## APS

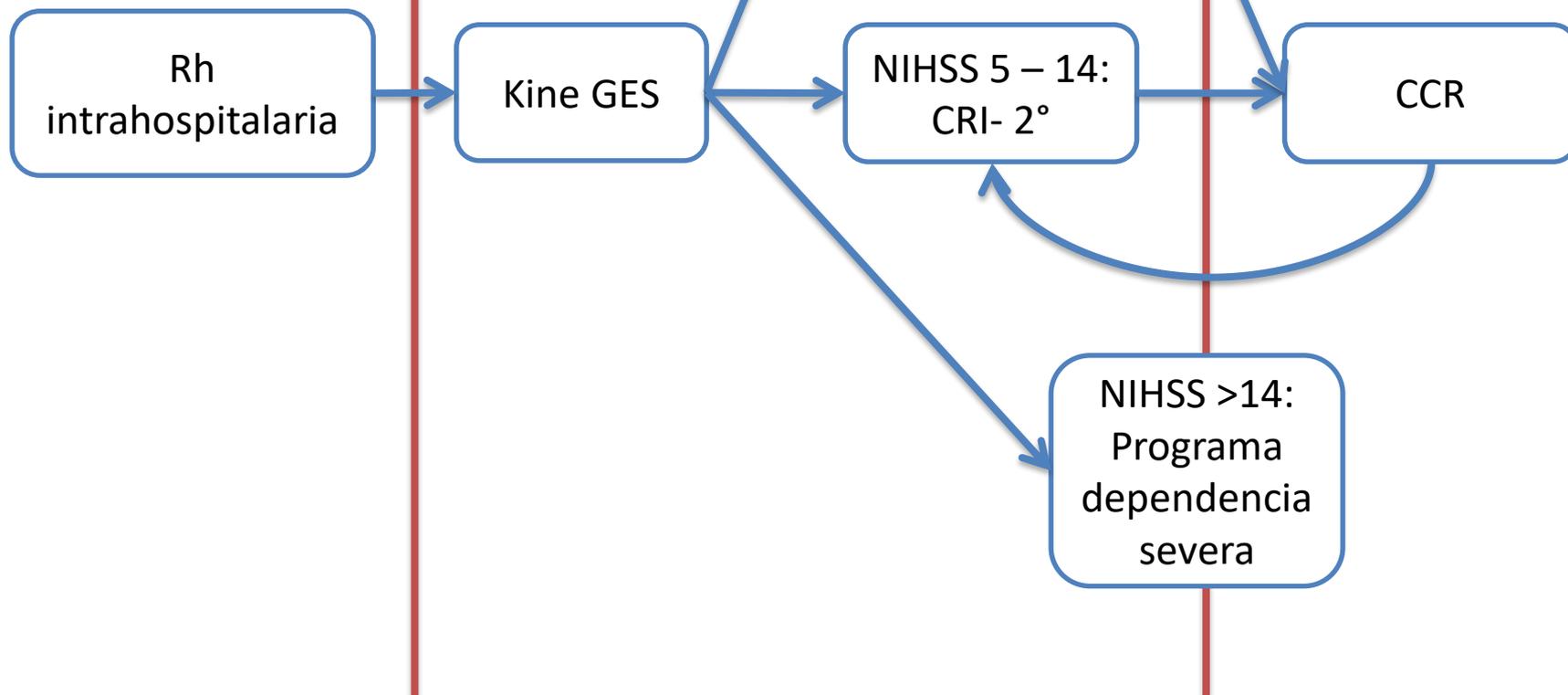
- CCR (6)
- Sala RIO



Fase aguda

Fase subaguda

Fase crónica



Rh intrahospitalaria

Kine GES

NIHSS <5:  
APS

NIHSS 5 – 14:  
CRI- 2°

CCR

NIHSS >14:  
Programa  
dependencia  
severa

# NIHSS



<b>1a. Nivel de conciencia</b>	Alerta Somnolencia Obnubilación Coma
<b>1b. Nivel de conciencia Preguntas verbales</b> ¿En qué mes vivimos? ¿Qué edad tiene?	Ambas respuestas son correctas Una respuesta correcta Ninguna respuesta correcta
<b>1c. Nivel de conciencia. Órdenes motoras</b> 1. Cierre los ojos, después ábralos. 2. Cierre la mano, después ábrala.	Ambas respuestas son correctas Una respuesta correcta Ninguna respuesta correcta
<b>2. Mirada conjugada</b> (voluntariamente o reflejos óculocefálicos, no permitidos óculo-vestibulares) Si lesión de un nervio periférico: 1 punto.	Normal Paresia parcial de la mirada Paresia total o desviación forzada
<b>3. Campos visuales</b> (confrontación) Si ceguera bilateral de cualquier causa: 3 puntos. Si extinción visual: 1 punto	Normal Hemianopsia parcial Hemianopsia completa Ceguera bilateral
<b>4. Paresia facial</b>	Normal. Paresia leve (asimetría al sonreír.) Parálisis total de músc. facial inferior Parálisis total de músc. facial superior e inferior.

<b>5. Paresia de extremidades superiores (ES)</b> Se explora 1° la ES no parética Debe levantar el brazo extendido a 45° (decúbito) ó a 90° (sentado). No se evalúa la fuerza distal Se puntúa cada lado por separado. El 9 no se contabiliza en el cómputo global.	Mantiene la posición 10". Claudica en menos de 10" sin llegar a tocar la cama. Claudica y toca la cama en menos de 10". Hay movimiento pero no vence gravedad. Parálisis completa.. Extremidad amputada o inmovilizada
<b>6. Paresia de extremidades inferiores (EI)</b> Se explora 1° la EI no patética. Debe levantar la pierna extendida y mantener a 30°. Se puntúa cada lado por separado. El 9 no se contabiliza en el cómputo global.	Mantiene la posición 5". Claudica en menos de 5" sin llegar a tocar la cama. Claudica y toca la cama en menos de 5". Hay movimiento pero no vence gravedad. Parálisis completa. Extremidad amputada o inmovilizada.
<b>7. Ataxia de las extremidades.</b> Dedo-nariz y talón-rodilla. Si déficit motor que impida medir disimetría: 0 pt.	Normal. Ataxia en una extremidad. Ataxia en dos extremidades.
<b>8. Sensibilidad.</b> Si obnubilado evaluar la retirada al estímulo doloroso. Si déficit bilateral o coma: 2 puntos.	Normal Leve o moderada hipoestesia. Anestesia.

# NIHSS



<b>9. Lenguaje.</b> Si coma: 3 puntos. Si intubación o anartria: explorar por escritura.	Normal. Afasia leve o moderada. Afasia grave, no posible entenderse. Afasia global o en coma
<b>10. Disartria.</b> Si afasia: 3 puntos	Normal. Leve, se le puede entender. Grave, ininteligible o anartria. Intubado. No puntúa.
<b>11. Extinción-Negligencia-Inatención.</b> Si coma: 2 puntos.	Normal. Inatención/extinción en una modalidad Inatención/extinción en más de una modalidad.

# Nuestro objetivo...



**GRACIAS.**