

Universidad Abierta Interamericana

Facultad de medicina y ciencias de la salud



Lic. En kinesiología y fisiatría

Beneficios de la atención temprana kinésica en etapa aguda en pacientes post ACV

Tutor: Cappelletti, Andrés; Caminos, Analía

Autora: Viana, Adelaine Valentina

Fecha: Febrero de 2020

Resumen

El propósito de este trabajo es analizar bibliografía publicada en los últimos 6 años para verificar los beneficios de la atención temprana kinésica en pacientes en etapa aguda post ACV.

El objetivo general está basado en analizar en qué medida la atención temprana kinésica permite prevenir complicaciones en pacientes en etapa aguda post ACV. Para ello, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de artículos en múltiples bases de datos, tanto en idioma español como en inglés, entre ellas Pubmed, Scielo, Dialnet, Elsevier, ScienceDirect, Redalyc y Pedro. Posteriormente se seleccionaron los artículos que presentaban los criterios de inclusión correspondientes. Estos criterios fueron artículos científicos publicados desde el año 2014 hasta el año 2019 que debían cumplir con el requisito de ser de carácter empírico.

Lo que se encontró en los artículos mencionados es la importancia que tiene la atención temprana kinésica en estos tipos de pacientes, ya que con esta atención presentan un mejor pronóstico a corto y largo plazo a diferencia de pacientes que no se les brinda este tipo de atención precoz.

Es necesario seguir investigando para brindar una mayor información sobre la importancia de la atención temprana kinésica en este tipo de pacientes y para el diseño de atenciones específicas en ACV para un mejor abordaje de este tipo de pacientes que se encuentran en etapa aguda.

Palabras claves

Accidente cerebrovascular, atención temprana, prevención, complicaciones

Índice

Resumen	2
Introducción	4
Planteo del problema	5
Antecedentes	5
Justificación	6
Objetivos	6
Objetivo general	6
Objetivos específicos.....	6
Marco teórico	7
Concepto de accidente cerebrovascular.....	7
Clasificación	7
Accidente cerebrovascular isquémico:	7
Accidente cerebrovascular hemorrágico:.....	7
Epidemiología	8
Prevalencia e incidencia	9
Factores de riesgo	9
Factores de riesgo no modificables.....	10
Factores de riesgo modificables.....	11
Diagnóstico.....	11
Pronóstico	12
Secuelas	15
Evolución.....	22
Abordaje metodológico	23
Resultados.....	24
Conclusiones	37
Bibliografía	39

Introducción

Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales.

Los principales tipos de ENT son las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes. Éstas matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo.

Cada año mueren por ENT 15 millones de personas de entre 30 y 69 años de edad; más del 85% de estas muertes "prematuras" ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones). Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT. (Murray, 2015)

En Suramérica el porcentaje de pacientes reportado con hemorragias intracraneales es de dos a tres veces mayor que el observado en personas que viven en países desarrollados. Varios factores pueden explicar estas diferencias, incluyendo una mayor prevalencia de hipertensión arterial no controlada, los hábitos alimentarios, el abuso generalizado de medicamentos que predisponen a la hemorragia y el abuso de alcohol. Entre los pacientes con ataques cerebrovasculares isquémicos, los registros de tiempos sugieren que las lesiones intracraneales y la enfermedad aterosclerótica penetrante de pequeños vasos son más comunes en América del Sur que en los países desarrollados.

Existe considerable evidencia de la reducción de la mortalidad y mejores desenlaces funcionales de pacientes con ACV debidos al manejo intrahospitalario temprano. Sin embargo, esto no ha sido documentado en todos los países ni para todos los escenarios.

En un análisis retrospectivo de pacientes con ACV que recibieron cuidado integral, la mayor contribución en los resultados de mejoría fue la movilización temprana (manejo en cama dentro de las veinticuatro horas de inicio del ACV), en particular, sobre el control de la presión sanguínea. Los beneficios de la movilización temprana en cama o fuera de cama,

se derivan de estudios observacionales, demostrando reducción de complicaciones pulmonares, trombosis venosa, infecciones y dolor. (Hernandez & Benjumea, 2013)

Planteo del problema

¿Cuáles son los beneficios de la atención temprana kinésica en etapa aguda en pacientes post ACV?

Antecedentes

El accidente cerebrovascular (ACV), stroke o ictus es un problema de salud a nivel mundial, constituyendo la tercera causa de muerte y la primera de discapacidad en la población adulta, afectando al año a 150 millones de personas, de las cuales 5 millones fallecen de forma prematura y otros quedan con secuelas.

La enfermedad cerebrovascular es la causa más importante dentro de la categoría de enfermedades neurológicas, acumulando el 85,1 % de las muertes; el 87% ocurrieron en países en vías de desarrollo. La mayor expectativa de vida de la población, sumado al incremento de los factores de riesgo vascular como hipertensión arterial, tabaquismo, obesidad, diabetes y sedentarismo en países de medianos y bajos ingresos, permite prever una epidemia de enfermedad vascular en dichas poblaciones.

En relación a los diferentes tipos de ACV que desarrollaremos en este trabajo de investigación, respecto de su epidemiología mundial podemos decir que se reporta una prevalencia de 473,4/100.000 habitantes, en donde el 79,6% fueron eventos isquémicos y el 20,4% hemorrágicos. En registros hospitalarios de América Latina incluyendo la Argentina, la frecuencia de eventos hemorrágicos fue mayor alcanzando del 26 al 40 % del total, esto se explica por una alta incidencia de hipertensión arterial en la población. (Sociedad Argentina de Cardiología, 2018)

Entre los pacientes que sobreviven, un 10% precisará cuidados continuos, un 40% necesitará algún tipo de ayuda, otro 40% presentará secuelas permanentes, y tan sólo un 10% podrá generar una reinserción adaptada en la nueva circunstancia. (Alarco & Alvarez Andrade, 2011)

En Argentina, el 13% de la población tiene algún tipo de discapacidad. Según el Censo 2014, 5.114.190 personas se encuentran en esa condición y su prevalencia es mayor entre las mujeres (14%) que entre los varones (12%). (Venturiello & Ferrante, 2018)

Justificación

El accidente cerebrovascular es una de las causas más comunes de mortalidad y discapacidad con un alto impacto en la salud de la población mundial.

En pacientes con accidente cerebrovascular agudo, la evaluación adecuada y el apoyo de atención durante la hospitalización son obligatorios. La investigación del mecanismo etiológico, la terapia de prevención secundaria y la rehabilitación temprana mejoran significativamente el resultado. De lo contrario, la aparición de complicaciones clínicas y neurológicas durante la estancia hospitalaria pueden influir negativamente en el resultado del paciente, retrasando el alta hospitalaria y aumentando los costos y las tasas de mortalidad intrahospitalaria.

La importancia del presente trabajo permite registrar y reafirmar que la atención temprana kinésica en etapa aguda en pacientes post ACV beneficia tanto clínica como neurológicamente al paciente, evitando o disminuyendo las posibilidades de complicaciones que se pueden presentar durante la estancia intrahospitalaria. Además esta revisión permite contar con la búsqueda, registro y análisis de estudios que demuestran la importancia de la atención temprana kinésica en este tipo de pacientes.

Objetivos

Objetivo general

Analizar la evidencia existente sobre los beneficios de la atención temprana kinésica en etapa aguda en pacientes post ACV.

Objetivos específicos

Comparar las distintas atenciones brindadas a pacientes post ACV, diferenciadas como atención temprana y atención tardía en los diferentes estudios empíricos buscados.

Demostrar la importancia de la atención temprana kinésica en etapa aguda en pacientes post ACV con los resultados obtenidos.

Marco teórico

Concepto de accidente cerebrovascular

Las enfermedades cerebrovasculares son consecuencia de una alteración de la circulación cerebral que ocasiona un déficit transitorio o definitivo del funcionamiento de una o varias partes del cerebro, causando daños temporales o permanentes en la función sensitiva y/o motora. También podemos definirlas como todas aquellas alteraciones que afectan a una parte del cerebro de forma transitoria o permanente por un mecanismo isquémico o hemorrágico. (Rodero Fernandez & Gonzalez Rato, 2003)

Clasificación

Los criterios de clasificación de un ACV se dividen según su causa, dentro de éstas podemos hablar de dos grandes tipos de ACV donde el de tipo isquémico representa un 80% de los casos y el hemorrágico el porcentaje restante. Dentro de estos dos grandes grupos vamos a encontrar subgrupos de la enfermedad. (Jimenez Leon, 2018)

Accidente cerebrovascular isquémico: Casi el 80% de los accidentes cerebrovasculares son isquémicos. Los accidentes cerebrovasculares isquémicos ocurren cuando se produce un estrechamiento o una obstrucción de las arterias que se dirigen al cerebro, lo cual causa una reducción grave del flujo sanguíneo (isquemia). Algunos de los accidentes cerebrovasculares más frecuentes son:

- **Accidente cerebrovascular trombótico.** Se produce cuando se forma un coágulo sanguíneo (trombo) en una de las arterias que suministran sangre al cerebro. Un coágulo sanguíneo puede formarse por depósitos grasos (placa de ateroma) que se acumulan en las arterias y causan una reducción del flujo sanguíneo (aterosclerosis) u otras afecciones de las arterias.
- **Accidente cerebrovascular embólico.** Se produce cuando un coágulo sanguíneo u otras partículas se forman lejos del cerebro, con frecuencia en el corazón, y se trasladan a través del torrente sanguíneo para alojarse en arterias del cerebro más estrechas. Este tipo de coágulo sanguíneo se denomina «émbolo».

Accidente cerebrovascular hemorrágico: El accidente cerebrovascular hemorrágico ocurre cuando se produce una pérdida de sangre o una rotura en un vaso sanguíneo en el cerebro. Las hemorragias cerebrales pueden producirse por muchas afecciones que repercuten en los vasos sanguíneos como por ejemplo la presión arterial alta o no controlada, sobre

tratamiento con anticoagulantes, o partes débiles en las paredes de los vasos sanguíneos (aneurismas).

Los tipos de accidente cerebrovascular hemorrágico son:

- Hemorragia intracerebral. Durante una hemorragia intracerebral, se rompe un vaso sanguíneo del cerebro y se derrama sangre en el tejido cerebral que lo rodea, lo cual daña las neuronas cerebrales. Las neuronas cerebrales más alejadas de ese derrame no reciben sangre y también se dañan.
- Hemorragia subaracnoidea. Durante una hemorragia subaracnoidea, se rompe una arteria ubicada sobre la superficie del cerebro o cerca de esta, y se derrama sangre en el espacio entre la superficie del cerebro y el cráneo. La hemorragia subaracnoidea se produce generalmente a causa de una rotura de un pequeño aneurisma con forma de saco o baya. Después de la hemorragia, los vasos sanguíneos del cerebro pueden dilatarse y estrecharse de forma imprevisible (vasoespasmos), lo cual hace que las células cerebrales se vean dañadas por limitar aún más el flujo sanguíneo.

Accidente isquémico transitorio: un accidente isquémico transitorio, a veces conocido como «mini accidente cerebrovascular», es un período temporal de síntomas similares a aquellos que están presentes en un accidente cerebrovascular. Una disminución temporal del suministro de sangre a una parte del cerebro causa accidentes isquémicos transitorios, que pueden durar tan solo unos cinco minutos. Al igual que un accidente cerebrovascular isquémico, el accidente isquémico transitorio ocurre cuando un coágulo o partículas bloquean el flujo sanguíneo hacia una parte del sistema nervioso, pero no se produce daño permanente en los tejidos ni se manifiestan síntomas duraderos.(Clinics, 2017)

Epidemiología

El accidente cerebrovascular (ACV) o stroke es un problema de salud a nivel mundial, constituyendo la tercera causa de muerte y la primera de discapacidad en la población adulta. Según el informe de Global Burden of Disease de la Organización Mundial de la Salud de 2006 las enfermedades neurológicas determinaron el 11,7% de las muertes ocurridas en el 2005 y se estima que para el 2030 representarán el 12,2%. La enfermedad cerebrovascular fue la más importante en esta categoría acumulando el 85,1 % de las muertes; el 87% ocurrieron en países en vías de desarrollo. La mayor expectativa de vida de

la población y sumado al incremento de los factores de riesgo vascular como hipertensión arterial, tabaquismo, obesidad, diabetes y sedentarismo en países de medianos y bajos ingresos hace prever una epidemia de enfermedad vascular en esas poblaciones.

La tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular, aunque disminuyó en los últimos 10 años, sigue constituyendo la tercera causa de muerte en la Argentina. Esto se debe a la transición demográfica que ocurre en nuestro país con una población progresivamente envejecida en las grandes ciudades según datos del censo poblacional del 2010.

Prevalencia e incidencia

Habitualmente se considera al ACV como una patología de las personas adultas. Si bien es cierto que la incidencia del mismo está fuertemente correlacionada con la edad, el 8-12 % ocurren en pacientes menores de 45 años. La incidencia de ACV en este grupo etario va en aumento, aunque las razones no están del todo claras. El conocer dichas razones y tratar de prevenirlas es de fundamental importancia dado que los pacientes con ACV en el joven tienen un riesgo de muerte temprana aumentado en comparación con la población general de igual edad y generan una carga muy elevada de años de vida asociados a discapacidad. (Higgle & Urban, 2018)

En cuanto a la prevalencia el ACV muestra una tasa similar para ambos sexos en los mismos rangos de edades excepto entre los 25 y 34 años en donde es mayor en las mujeres. (Beltrán, 2016)

Factores de riesgo

Se conocen actualmente al menos 10 factores de riesgo cardiovascular que contribuyen al 88 % de los ACV. Existen factores asociados con un mayor riesgo de mortalidad después de un ictus, tales como la edad, la gravedad inicial del ictus, el sexo, la raza, la situación funcional previa, la hipertermia, la hiperglucemia, las cifras altas o bajas de presión arterial, la fibrilación auricular, la insuficiencia cardíaca, la coronariopatía y la estenosis u oclusión arterial hallada en el estudio arterial precoz tras el ictus. Algunas de estas enfermedades tienen un origen multifactorial y se destacan, por su importancia, los denominados factores de riesgo. (Real Delor & Jara Castillo, 2016)

Podemos dividir a los factores de riesgo en modificables y no modificables.

Factores de riesgo no modificables

La prevención primaria del ictus está orientada a la actuación sobre los factores de riesgo vascular modificables. A pesar de ello, los factores de riesgo no modificables identifican a aquellos sujetos que tienen un riesgo más elevado de padecer un ictus y que pueden beneficiarse de un control más riguroso de los factores modificables. Entre ellos se encuentran ACV previo, hipertrofia ventricular izquierda, enfermedad de células falciformes, migraña, entre otras. Además, entre los factores más importantes podemos destacar:

***Edad:** La edad es el principal factor de riesgo no modificable para el ictus. La incidencia de ictus se duplica aproximadamente cada 10 años a partir de los 55 años. A partir de los 75 años, las tasas específicas de mortalidad vascular por grupo de edad (década) se sitúan en la primera causa de muerte.

***Sexo:** Las muertes por enfermedad vascular en España son más numerosas en mujeres que en hombres, aunque la tasa ajustada por edad y tipo de enfermedad vascular es superior en los hombres. Esta tendencia es similar en otros entornos. Puede parecer potencialmente paradójico, pero tiene un origen bien conocido: en primer lugar, un mayor riesgo vascular de los hombres para una misma edad y, en segundo lugar, la enfermedad vascular es mucho más frecuente en edades avanzadas de la vida, cuando el número de mujeres es superior al de los hombres y, por tanto, las muertes atribuibles por ictus son más numerosas en las mujeres.

***Raza o etnia:** En diversos estudios observacionales desarrollados en Estados Unidos se ha visto que las personas de origen afroamericano e hispano-americano presentan una mayor incidencia y mortalidad por ictus. En concreto, un estudio mostró que la incidencia de ictus en población negra fue un 38% superior que en población blanca. Una de las explicaciones que se han sugerido a este fenómeno es la mayor prevalencia de factores de riesgo como la hipertensión o la diabetes entre la población negra, aunque es improbable que estos factores puedan explicar el exceso de carga en ciertas razas. En nuestro entorno, un estudio de casos y controles no mostró diferencias significativas para los principales factores de riesgo entre población española y noreuropea que habían sufrido un ictus, excepto para la hipertensión, que fue más frecuente en población española. El factor de la raza parece influir igualmente en la respuesta al tratamiento. Así, la respuesta a los antiagregantes plaquetarios podría ser

distinta entre diferentes razas o etnias. De modo parecido, una revisión bibliográfica mostró resultados diferentes para la prevención de eventos vasculares con los tratamientos antihipertensivos en población blanca, negra o asiática.

*Antecedentes familiares: La presencia de antecedentes familiares de ictus se ha asociado con un riesgo más elevado de ictus. Eso podría deberse a la transmisión hereditaria de los factores de riesgo clásicos, la transmisión hereditaria de una mayor susceptibilidad a esos factores, el hecho de compartir determinados factores ambientales o estilos de vida y a la interacción entre todos ellos.

Factores de riesgo modificables

Existen diversos factores de riesgo de padecer un primer ictus para los que hay evidencia de que un tratamiento adecuado puede reducir este riesgo. Estos factores son, por tanto, modificables a través de una intervención terapéutica. La HTA es el factor más importante. Entre los factores asociados modificables se encuentran el tabaquismo, la diabetes, la dislipemia, la obesidad y la inactividad física. También encontramos el alcoholismo, consumo de drogas, anticonceptivos orales, factores dietéticos, entre otros.(Hervas, 2005)

Diagnóstico

Ante un paciente con un cuadro clínico sugestivo de un ictus, el proceso diagnóstico debe ir orientado en dos aspectos. En primer lugar, y durante la fase hiperaguda, confirmar el diagnóstico de ictus, determinar el tipo de ictus (isquémico o hemorrágico), establecer la topografía y extensión de la lesión encefálica y conocer la situación del sistema vascular. En segundo lugar, realizar un estudio encaminado a conocer las causas que originaron el ictus con vistas a iniciar la prevención secundaria lo antes posible.

El diagnóstico de ictus es puramente clínico y se trata de un síndrome caracterizado por un déficit neurológico focal de inicio brusco que pueda ser atribuido a un trastorno en la circulación del encéfalo. Dentro de esta definición se debe recalcar la importancia de que el trastorno neurológico sea deficitario (no se contemplan fenómenos “positivos” como clonías, alodinia, etc.) y que su instauración sea brusca (segundos-minutos) y no desarrollada a lo largo de horas. Una vez confirmado que el paciente tiene un ictus debemos incidir en tres aspectos: hora de inicio de la sintomatología; antecedentes personales, haciendo hincapié en los factores de riesgo vascular y en el consumo de fármacos, y la exploración general y neurológica. Los objetivos de la exploración neurológica son, por un

lado, establecer clínicamente el territorio vascular afectado (es muy útil utilizar la Clasificación de la OxfordshireCommunityStroke) y por el otro el grado de afectación neurológica, para lo que se recomienda utilizar una puntuación de una escala neurológica.

Una vez confirmado que se trata de un ictus que afecta a un territorio vascular concreto y que produce un déficit neurológico determinado, el siguiente paso es conocer si es de naturaleza isquémica o hemorrágica. Para ello es imprescindible una técnica de neuroimagen. Hoy en día existe suficiente evidencia como para poder recomendar en fase aguda tanto la tomografía computarizada (TC) como la resonancia magnética (RM).

También se utiliza como método diagnóstico la angiografía por RM (angio-RM) permite el estudio no invasivo de las arterias y venas intracraneales y cervicales. Mediante esta técnica se obtienen imágenes en las que se minimiza la señal proveniente del tejido estacionario y se resalta la que se origina en el tejido en movimiento (sangre circulante). La sensibilidad y especificidad de la angiografía por RM en la detección de oclusiones arteriales intracraneales es del 100% y del 95%, respectivamente, siendo menor para la detección de estenosis intracraneales.

Para completar la evaluación diagnóstica del paciente con ictus, es fundamental conocer el estado de los parámetros bioquímicos sanguíneos, por lo que a todos los pacientes se les realizará un estudio de sangre periférica. Durante la fase aguda del ictus sólo se precisará conocer algunos aspectos básicos que pueden condicionar el tratamiento, pudiéndose diferir otras pruebas más específicas al posterior estudio etiológico.(Restrepo, 2006)

Pronóstico

La estimación precoz en una persona con ictus de su pronóstico de función a medio y largo plazo resulta esencial para comunicarse con el paciente y sus familiares, para diseñar unos objetivos realistas de rehabilitación y para planificar la derivación del enfermo al alta hospitalaria o de rehabilitación. Hoy no existe un indicador que permita establecer la evolución de una manera certera, sino que sólo podemos formular una estimación más o menos correcta.

La observación global de los factores pronósticos individuales, frente a la valoración de uno solo, nos dará mayor seguridad a nuestra estimación pronóstica. Antes de abordar estos indicadores, el primer aspecto a considerar es la evolución natural de la lesión.

Para el ACV isquémico, en la parte central de un infarto la isquemia es profunda e irreversible, constituyendo un daño estructural a los pocos minutos. En cambio, en la periferia de la isquemia se preserva la integridad estructural durante más tiempo, por lo que el daño en esta zona sí es reversible; es la llamada zona de penumbra. En el ACV hemorrágico el hematoma se acompaña de edema y puede provocar isquemia por compresión del parénquima así como bloqueo de la circulación del LCR que desencadena una hidrocefalia en los peores casos; en el 30% existe un crecimiento de la hemorragia que puede relacionarse o no con deterioro clínico. Clínicamente no existe distinción entre ACV isquémico y hemorrágico, salvo cuando estos últimos son masivos, con una alta tasa de mortalidad. Curiosamente, los supervivientes a un ACV hemorrágico tienen un pronóstico funcional más favorable que los supervivientes a uno isquémico, probablemente porque el tejido dañado es menor, pero no siempre se cumple este concepto. El peor pronóstico en uno hemorrágico recae en aquellos localizados en el tálamo o los putaminales que destruyen la cápsula interna. La evolución típica del ACV sigue una curva ascendente de pendiente progresivamente menor. En un paciente con recuperación favorable de su déficit encontraremos habitualmente que la mejoría transcurre al inicio. Esta mejoría precoz se debe, en parte a la recuperación del tejido penumbra de la periferia del área isquémica (relacionado a grandes rasgos con la resolución del edema perilesional, la inflamación, los procesos oxidativos y el flujo de Na y Ca) y en parte a la resolución de la diasquisis (fallo transináptico de áreas lejanas relacionadas). En contraposición, la mejoría a largo plazo se achaca a la plasticidad neuronal. Si distinguimos entre la recuperación deseada (el 100%, sin duda) y la recuperación factible (hasta dónde puede llegar a recuperar realmente), es imposible prever qué diferencia habrá entre una y otra. Como ya se ha mencionado raramente la recuperación será igual al 100% y, aunque es imposible prever “cuánta” recuperación puede alcanzar nuestro paciente, el estudio comunitario Copenhagen StrokeStudy muestra que el 95% de la recuperación se habrá logrado hacia el tercer mes, siendo en el primer mes y medio la recuperación más rápida (el 85%); entre el cuarto y sexto mes la pendiente de recuperación es leve, casi en meseta, y a partir del sexto mes apenas se objetiva una mejoría palpable, por lo que es éste el momento en que se suele dar por estabilizado el cuadro.

En un paciente en que no se objetive una mejoría en el primer mes el periodo de recuperación quedará reducido y no esperaremos una evolución favorable. Los factores que nos pueden dar pistas sobre la evolución que seguirá nuestro paciente son pocos:

» Retraso en la mejoría: el primer indicador pronóstico desfavorable es el tiempo, entendido como tal siempre que venga ligado a la ausencia de evolución, es decir, el indicador sería la “no mejoría precoz”, ya que tampoco la presencia de mejoría nos garantizará que la recuperación vaya a ser suficiente. Así, la ausencia de mejoría en los primeros días y, más firmemente al tercer mes, nos sugerirá un mal pronóstico. Además, cuanto más tardía sea la mejoría, mayor riesgo habrá de desarrollar patrones no deseados en la recuperación.

» Intensidad de las deficiencias: otro factor pronóstico es la gravedad del cuadro. A mayor intensidad de los síntomas, peor será la evolución esperable. Se puede medir conforme a la intensidad de cada déficit por separado o en función de la discapacidad global con ayuda de las diferentes escalas.

» Edad: junto con la gravedad, es uno de los factores principales, especialmente relevante en los hemorrágicos, para los que también es un factor influyente en la mortalidad.

» Grado de dependencia previo al ACV: no es un dato pronóstico en sí mismo, pero sí es fundamental a la hora de establecer el plan terapéutico para marcar los objetivos del mismo. El fin último sería la recuperación de un estado lo más cercano al previo.

» Entorno del paciente y apoyo social: el entorno familiar, la pareja o el ambiente habitual del paciente resulta fundamental dado que definitiva o temporalmente el paciente se hará dependiente de ayudas por 3ª persona. Entre el paciente y la familia -e incluso con el equipo terapéutico- se establece un vínculo y el apoyo resulta necesario para garantizar no sólo la adherencia a un tratamiento sino también su aprovechamiento.

» Depresión postictal: el estado de ánimo del paciente influye de forma similar al punto anterior.

» Función motora: en general, los déficits graves a las 3 semanas tienden a mantenerse a los 6 meses. La evolución de la fuerza del miembro inferior suele ser mejor que la del superior. El reinicio de movimiento proximal en el miembro superior las 4 primeras semanas NO se asocia con la recuperación de la funcionalidad. En cambio, la recuperación distal precoz (en el 1º mes), especialmente si existe prensión manual voluntaria, prevé una posible función

rudimentaria al 5º-6º mes. Tanto la flaccidez, como la espasticidad intensas y mantenidas son un factor de mal pronóstico.

» Lenguaje: el lenguaje puede seguir mejorando hasta transcurrido año y medio o dos años, por lo que es una de las funciones que puede precisar un seguimiento más prolongado. El factor pronóstico más fiable es su gravedad inicial. Otros son la localización y el tamaño de la lesión, el tipo de afasia o la situación previa a la lesión.

» Equilibrio: esta función puede seguir mejorando hasta transcurridos dos años, si bien, como en todos los casos, los cambios son cada vez menores. La falta de control de tronco en sedestación constituye un factor de mal pronóstico.

» Deambulación: una de las funciones más estudiadas y de mayor trascendencia para el paciente y sus familiares. Considerando las Categorías de Marcha Funcional, un estudio de un grupo de rehabilitadores españoles intenta estimar la probabilidad de recuperación de marcha normal o casi normal en torno al 6º mes según la existencia de déficit motor, sensitivo y visual y la edad del paciente.

» Independencia: algunos autores consideran un mal pronóstico funcional los valores iniciales de Barthel < 20%.

» Deterioro cognitivo: tiene valor predictivo para el pronóstico, además guarda relación con el resultado de la Medida de Independencia Funcional (FIM).

» Defectos del campo visual: por su efecto adverso en el programa de rehabilitación, pueden considerarse un obstáculo para la misma. (Arias Cuadrado, 2009)

Secuelas

El ictus representa la tercera causa de muerte y la primera de discapacidad en el mundo. La discapacidad es consecuencia de secuelas motoras, sensoriales, visuales, trastornos del lenguaje y mentales, que se expresan en mayor o menor cuantía en dependencia de la causa (hemorrágica o isquémica), la severidad del daño cerebral y la topografía lesional. Las secuelas motoras constituyen la principal causa de discapacidad y la hemiplejía es la representación más común de este tipo de secuelas. (Lombillo Laferte, Martinez Segon, Serra Valdes, & Rodriguez Mutuberria, 2014)

El signo clásico de los accidentes vasculares encefálicos lo constituyen las hemiplejías, otras alteraciones son la confusión mental, déficit sensitivo de distintos tipos, ataxia y alteraciones neuropsicológicas y del lenguaje.

El lenguaje constituye una forma especial de transmisión de información entre humanos, es el resultado de una actividad nerviosa compleja que permite la comunicación interpersonal de estados psíquicos a través de la materialización de signos multimodales que simbolizan estos estados de acuerdo con la convención propia de una comunidad lingüística.

Las alteraciones del lenguaje más comunes seculares a ACV en el adulto mayor, son la afasia y disartria.

- Afasia

Trastorno del lenguaje que se caracteriza por la pérdida total o parcial de la capacidad de comprender o utilizar el lenguaje ya formado, que tiene como causa una lesión orgánica en el sistema nervioso central, en las áreas nucleares o extra nucleares de los analizadores auditivo verbal y motor verbal. Los ACV son la primera causa de afasia. Aproximadamente el 30% de las personas que sobreviven a un ACV presentan afasia.

- Disartria

Alteración neurológica que afecta los aspectos motores del habla, como articulación y pronunciación, además, fono-respiratorios, en la entonación, el ritmo y la fluidez verbal. Los pacientes geriátricos son propensos a presentar ACV y las alteraciones del lenguaje están entre las secuelas más invalidantes. (Gonzalez Murgado & Armenteros Herrera, 2006)

- Alteraciones motoras

Entre las alteraciones motoras tras un ictus se engloban secuelas tales como falta de coordinación, pérdida selectiva de movimientos, pérdida de control motor y/o debilidad. Se presentan en forma de hemiparesia y hemiplejia, el inicio de la función motora voluntaria en las primeras dos semanas de la lesión se asocia a un buen pronóstico funcional, por el contrario, luego de seis meses sin función motora voluntaria de la mano, es un mal pronóstico.

Hemiparesia: se caracteriza por una debilidad muscular del lado opuesto al lugar donde se produjo la lesión e incremento de los reflejos tendinosos. El daño se da en los hemisferios cerebrales como en la hemiplejia. (Purves, y otros, 2016)

Hemiplejia: se caracteriza por la pérdida de los movimientos voluntarios en una mitad del cuerpo, junto con alteraciones del tono postural, que puede desarrollarse en alto tono, denominado espasticidad, o en bajo tono denominado flacidez. (Cash, 1986)

- Alteración de la sensibilidad

Se ve alterada ya sea en disminución o en aumento. Podemos destacar dos tipos de sensibilidades:

Profunda: capta información de los músculos, articulaciones y tendones a través de los órganos tendinosos de Golgi, y los husos neuromusculares, permitiéndonos distinguir la dirección del movimiento o la posición en la que tenemos colocada una parte del cuerpo.

Superficial: capta información de los receptores situados debajo de la epidermis (discos de Merkel y corpúsculos de Meissner). Nos permite distinguir el contacto sobre la piel, temperatura, la presión y el dolor. (Escribano, Fernandez Garcia, Riviero Temprano, & Quimtia Casares, 2018)

- Alteraciones visuales

Sand y colaboradores, así como en otros estudios sobre condiciones secundarias postictus, coinciden en que aproximadamente 30% de todos los pacientes con accidente cerebrovascular sufren de discapacidad visual posterior. La hemianopsia es el síntoma más común, pero también la diplopía, disminución de la agudeza visual, ptosis, anisocoria, y nistagmo son frecuentes. La recuperación parcial o completa de los trastornos visuales puede ocurrir, pero muchos pacientes sufren una discapacidad permanente. Esta discapacidad es a menudo menos evidente que el deterioro de las funciones motoras y del habla, pero se correlaciona negativamente con el resultado de la rehabilitación y puede conducir a una reducción significativa en el funcionamiento de la vida diaria. Las deficiencias visuales después del accidente cerebrovascular reducen la calidad de vida y provoca aislamiento social. (Mesa Barrera, Hernandez Rodriguez, & Parada Barroso, 2017)

- Espasticidad

La espasticidad se da cuando se produce la lesión en las vías motoras descendentes desde el cerebro a la médula espinal, produciéndose el síndrome de la motoneurona superior (MNS), que incluye a parte de esta condición, debilidad, aumento de reflejos, clonus y respuestas plantares extensoras. (Roger & Barasi, 2002)

Ésta se define como un incremento del tono muscular dependiente de la velocidad, asociado a un reflejo miotático exagerado y que forma parte del síndrome de motoneurona superior. En circunstancias normales existe un balance muscular entre los diferentes grupos musculares (agonistas-antagonistas). Tras un ictus, puede ocurrir una alteración de este balance muscular, predominando los grupos musculares afectados por espasticidad, produciéndose la postura típica que refleja los patrones de los músculos espásticos. El tono flexor domina en las extremidades superiores, resultando en la retracción y depresión de la escápula, así como en la rotación interna y aducción del hombro.

La espasticidad es uno de los problemas más frecuentes tras un ictus (19-38% de los pacientes). Puede interferir con la rehabilitación y las actividades de la vida diaria y ocasionar otras complicaciones, como dolor y contracturas. Hasta un 17% de los pacientes que han sufrido un ictus presentan espasticidad al año del episodio, y un 4% presenta una espasticidad discapacitante.

- Hombro doloroso

El hombro doloroso hemipléjico (HDH) como consecuencia de un ictus, es una secuela clínica frecuente; la incidencia varía según estudios. Ocasionalmente ocurre de manera precoz en las dos primeras semanas tras el ictus, sin embargo, la forma típica de presentación es una vez transcurridos 2-3 meses. Hasta un 72% de los pacientes experimentan al menos un episodio de hombro doloroso durante el primer año, lo que puede retrasar la rehabilitación y la recuperación funcional. Se relaciona con la espasticidad y con la subluxación del hombro del miembro pléjico.

El HDH reduce la participación en actividades funcionales y en el proceso de rehabilitación, se asocia con una menor puntuación en la escala Barthel tras el alta hospitalaria, predice una escasa recuperación funcional del miembro, una mayor duración del ingreso y el porcentaje de pacientes que son dados de alta a su domicilio es menor. (Murie Fernandez, Carmona Iragui, Gnanakumar, Mayer, & Teasell, 2012)

- Dolor central postictus

Los pacientes con ictus son más propensos a desarrollar una forma de dolor central superficial, quemante o lacerante que empeora al tacto, con el agua o los movimientos. En la mayoría de los casos se asocia con disestesias y alodinia y ocurre aproximadamente en un 2-8% de los pacientes. Frecuentemente los síntomas se manifiestan a partir del primer mes tras el ictus.

- Disfagia

Entre el 27% y 69% de los pacientes con ictus agudo presentan disfagia. Casi la mitad o fallecen o se recuperan en los 14 días posteriores, quedando el resto con algún grado de alteración en la deglución. Las complicaciones asociadas a la disfagia incluyen neumonía por aspiración, malnutrición o deshidratación por una reducción en la ingesta de alimentos y fluidos. En otro ámbito, también puede afectar a la vida social del paciente.

- Depresión

Es frecuente que los pacientes que han sufrido un ictus puedan presentar alguna alteración del humor, especialmente depresión. Además, pueden presentar ansiedad o labilidad emocional, en solitario o acompañando a la depresión.

Los pacientes que han sufrido un ictus deberían considerarse como población de alto riesgo a padecer depresión. Es una secuela bastante común que puede llegar a afectar hasta a un 33% de los pacientes. La gravedad del ictus, la discapacidad física y el deterioro cognitivo son algunos de los factores de riesgo asociados a la depresión postictus. Es más frecuente en mujeres, en aquellos que ya han presentado depresión u otro trastorno psiquiátrico y en personas con aislamiento social.

Los primeros meses tras la vuelta a casa son los más críticos y en la mayoría de los casos se trata de depresiones leves. Aun así, la depresión puede influir en las actividades sociales y ser nefasta para la recuperación y rehabilitación del paciente.

- Ansiedad

La ansiedad es casi tan común como la depresión, a menudo relacionada con el miedo a las caídas o a una recurrencia del ictus.

- Labilidad emocional

Es frecuente que los pacientes que han sufrido un ictus atraviesen por periodos de labilidad emocional (fenómenos de llanto o risa desproporcionados o ante mínimos estímulos). Estos síntomas tienden a desaparecer sin necesidad de medicación o intervenciones terapéuticas, aunque el tratamiento farmacológico puede considerarse si es persistente o interfiere con la rehabilitación o relaciones sociales del paciente.

- Afección en la postura

KarelBobath dijo: “la postura es un movimiento parado, el movimiento es una postura más el factor tiempo”. La postura entonces, es un movimiento en su mínima amplitud. Requiere por lo tanto, una adaptación constante del tono postural. Se encuentra bajo influencia de la fuerza de gravedad. Cuando el tono postural se ve afectado, el acceso al movimiento memorizado resultará difícil o incluso imposible, y se verá afectada la postura a la hora de la verticalidad del cuerpo. (Paeth, 2012)

Por otra parte, se debe tener en cuenta dentro de esta afección, el síndrome del empujador, en donde los pacientes realizan un fuerte empuje con el cuerpo hacia el lado hemipléjico y se resisten a la corrección pasiva de su postura. En estudios, se observó que lo que ocurre es que existe una lesión en la parte posterolateral del tálamo o en las conexiones de ésta con áreas corticales. Esta zona está implicada en la percepción propioceptiva de la vertical y su alteración va a hacer que los pacientes creen y sientan que están perfectamente rectos respecto al suelo cuando en realidad presentan una inclinación hacia el lado afectado. (Moreta, 2015)

- Afectación cognitiva

Actualmente se tiende a considerar el término deterioro cognitivo vascular como una categoría que incluye todos los síndromes y enfermedades caracterizados por un deterioro cognitivo de etiología cerebrovascular. Bajo este término se engloban los siguientes:

- Déficit cognitivo vascular, sin demencia
- Demencia vascular
- Enfermedad de Alzheimer junto con enfermedad cerebrovascular (Alzheimer previo empeorado por un ictus)

El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) define la demencia como una pérdida de la capacidad intelectual que provoca un deterioro significativo de la actividad laboral y/o social, y representa una merma importante del nivel previo de actividad, siempre acompañado de deterioro de la memoria y al menos uno de los siguientes trastornos: afasia, apraxia, agnosia o alteración de la actividad constructiva (planificación, organización, secuenciación y abstracción). Por otra parte, aunque no existen criterios de consenso para definir los déficits cognitivos vasculares sin demencia de manera sencilla, se pueden considerar bajo esta categoría todos los déficits cognitivos de origen vascular que no cumplen los criterios de demencia. Debido a la disparidad en los criterios definitorios entre estudios es difícil saber cuál es la incidencia y prevalencia del deterioro cognitivo en aquellos pacientes que han sufrido un ictus. De manera global se considera que hasta dos tercios de los pacientes pueden presentar deterioro cognitivo, y un tercio desarrollar demencia.

Dada la elevada prevalencia del deterioro cognitivo, es recomendable realizar una valoración de las funciones cognitivas de los pacientes que han sufrido un ictus, de manera rutinaria, utilizando herramientas de medida simples, como el MMSE, test de concentración, memoria u orientación.

El MMSE ha sido ampliamente utilizado y se ha recomendado como test inicial en el diagnóstico de demencia en aquellos individuos en los que se sospecha deterioro cognitivo.

(Rodriguez Garcia, 2011)

- Sexualidad

Es muy común que los pacientes que han padecido un ictus presenten dificultades en su vida sexual. La prevalencia de la insatisfacción sexual es muy alta tanto en los pacientes como en sus parejas.

Las dificultades sexuales son de índole psicológica por el temor de sufrir otro ictus. Existe una disminución del deseo sexual y un cambio en la disposición y las actitudes hacia la conducta sexual, pérdida del autoestima y la autovaloración como ser sexual y como ser capaz de dar y recibir placer. De igual modo, los cambios que se presentan (físicos, sensoriales o mentales), disminuyen el autoestima, generan ansiedad y depresión. Por esta causa puede observarse disfunción eréctil, eyaculación precoz, disminución de la

lubricación vaginal y alteraciones del orgasmo. (Hernandez, Almanza Diaz, Semino García, Toca Smith, & Berbes Villalón, 2016)

- Heminegligencia: extinción e inatención

La heminegligencia es la dificultad que presenta el individuo para orientarse, actuar o responder a estímulos o acciones que ocurren en el lado contralateral a una lesión hemisférica, que no se debe a trastornos elementales sensoriales o motores, y constituye un factor de peor pronóstico, lo cual repercute en la independencia de actividades cotidianas, la duración de la hospitalización o el destino después del alta. Por otra parte, su impacto sociodemográfico y epidemiológico es considerable, ya que anualmente alrededor de 5,3 millones de personas desarrollan este trastorno (25-30 % de los accidentes cerebrovasculares); mientras, la anosognosia es la falta de conciencia o subestimación de un déficit específico en el funcionamiento sensorial, perceptivo, motor, afectivo o cognitivo debido a una lesión cerebral. La heminegligencia, frecuentemente asociada a la anosognosia, constituye un síndrome cognitivo conductual caracterizado por déficit de atención. (Hernandez Zayas, Zurita Mera, Lobaina Suarez, & Vigil Zulueta, 2017)

Éste déficit suele ser causado por la afectación de la corteza parietal en la que se encuentra representado el esquema corporal, esto hace que no se oriente hacia el lado afectado ni responda los estímulos generados en ese lado. El resultado final será la desviación de la línea media hacia el lado sano. (Nara, 2003)

Evolución

La evolución funcional del paciente tras un ictus se establece clásicamente en tres periodos que en algunos casos podremos observar que no se respetan, o que se “saltan” periodos, instaurándose así cualquiera de éstos como primer estadio. La evolución clásica y en la mayoría de los casos se da con la siguiente descripción y en los tiempos definidos de cada etapa.

Periodo agudo

Comprende el curso inicial desde la instauración del ACV y su signo más determinante es la hipotonía. Suele ser el tiempo que el paciente permanece encamado. Presenta marcada flacidez y su duración es variable.

En la fase aguda existe una ventana terapéutica durante la cual las intervenciones terapéuticas pueden modificar el curso evolutivo del infarto cerebral y lograr una reactivación neuronal. Esta mejoría viene justificada por dos fenómenos: la existencia de un área de penumbra en la periferia de la zona isquémica, cuyo daño es reversible aunque durante un periodo corto y variable de unas 3-6 horas si se logra la reperusión del tejido, y por la resolución de la diasquisis (fallo transináptico a distancia en neuronas conectadas con el área dañada).

Periodo subagudo

Se identifica con la aparición de espasticidad e hiperreflexia, y normalmente va acompañado 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 fuerza y coordinación. Es la fase de rehabilitación propiamente dicha y más importante, al tratarse del momento en que el paciente puede intervenir de forma activa con propósito de recuperación del déficit y/o funcional. La duración habitual es de unos 3 meses, pero cada caso es diferente.

En la fase subaguda puede existir una mejoría a medio y largo plazo. Existe una reorganización cerebral que puede ser modulada por técnicas de rehabilitación a través del fenómeno de plasticidad neuronal.

Periodo de estado

En esta etapa se ha alcanzado la estabilidad del cuadro. La recuperación a partir de este momento será relativa, de manera que el esfuerzo terapéutico ya no irá encaminado a la recuperación del déficit perdido sino a la adaptación a la situación funcional que resta y del entorno del paciente. (Arias Cuadrado, 2009)

Abordaje metodológico

La búsqueda realizada para la selección de los textos se generó en diferentes bases de datos como PubMed, Scielo, Dialnet, Elsevier, ScienceDirect, Pedro y Redalyc, en busca de ensayos clínicos empíricos aleatorizados con métodos, análisis y resultados. Los mismos fueron buscados con palabras claves que incluyeron “ACV”, “unidades de ACV”, “rehabilitación”, “fisioterapia”, “plasticidad neuronal”, “movilización precoz”, “movilización temprana”, “atención precoz fisioterápica”, “rehabilitación temprana”.

Criterios de inclusión

- artículos en inglés y español en las bases de datos mencionadas anteriormente
- estudios de los últimos seis años
- que sean ensayos clínicos aleatorios o no,
- que contengan resultados y evaluación de grupos
- artículos con participantes de un estudio participativo

Criterios de exclusión:

- Estudios de años anteriores al 2014
- Ensayos sin resultados positivos
- Artículos sin resultados
- Artículos sin evaluaciones

Para la elección de cada artículo se utilizó como primer criterio que éste sea de carácter empírico, que conste de un resumen, introducción, materiales y métodos de desarrollo del estudio, conclusiones y resultados que pudieran ser positivos o negativos para la hipótesis del artículo, también se tomó en consideración que el concepto principal sea la atención/movilización precoz/temprana post accidente cerebro vascular y que dicha atención/movilización precoz/temprana sea evaluada como beneficiosa.

Para la elección de todos los textos, se incluyeron los artículos empíricos que contienen análisis sobre la movilización precoz y atención temprana post ACV comparado con respecto a la atención estándar y qué tipo de repercusión tienen las mismas sobre los pacientes.

Resultados

Con respecto a la información leída acerca de la atención precoz, podemos destacar diferentes estudios que relatan que la rehabilitación debe iniciarse de forma temprana y coordinada, y mantenerse con una constancia de por lo menos, los primeros seis meses post ACV.

Recibiendo la atención precoz dentro de las primeras 24 horas posteriores al accidente cerebrovascular y asistiendo luego del alta hospitalaria a rehabilitación, estudios demuestran la mejoría en las AVD, la prevención de complicaciones a corto y largo plazo,

permitiendo facilitar la autonomía personal y la reinserción adaptada en la nueva circunstancia.

Es importante también destacar que cada paciente responde de manera diferente ante el tratamiento, ya que éste último es realizado de manera individualizada en base a cada caso.

La rehabilitación del accidente cerebrovascular requiere de un equipo interdisciplinario coordinado y sostenido en el tiempo, que conste de profesionales de salud tales como médico clínico, neurólogo, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, kinesiólogo entre otros y además la familia o cuidadores que desempeñan un papel importante para cuando el paciente no se encuentra con atención de salud.

La rehabilitación se debe comenzar lo más precoz posible, dentro de las primeras 48 horas luego del accidente cerebrovascular, primeramente, con una evaluación inicial para poder generar un seguimiento con posteriores evaluaciones a intervalos repetidos.

La evidencia de los estudios empíricos leídos destaca la importancia de la atención precoz, la movilización precoz y la iniciación temprana de rehabilitación, ya que ésta influye favorablemente en la recuperación de la movilidad voluntaria, la mejora en las AVD en el paciente, la independencia para poder desempeñarse y mejora la clínica de la hemiplejía en un porcentaje alto de los casos.

Se puede constatar que cuando los pacientes inician la rehabilitación de manera temprana, es decir, dentro de las primeras 48 horas posterior al ACV, o a más tardar dentro de la primera semana, presentan posteriormente menos puntaje de discapacidad en el índice, y un mejor desempeño en la AVD en el índice de Barthel, lo cual genera en el paciente una mejor calidad de vida.

Por el contrario, cuando el inicio de la rehabilitación se retrasa por complicaciones o por otras razones, usualmente los pacientes pueden presentar complicaciones para el desarrollo de las AVD, pueden presentar patrones característicos de la enfermedad y otros déficits que permanezcan de manera crónica.

En el estudio de Govantes Bacallao y Bravo Acosta, llamado “estado funcional en pacientes con ictus isquémico. Hospital Julio Díaz González” se describe que de las personas que presentan dependencia, el 13% está causada por un ACV, y un tercio de ellas presenta un grado de dependencia moderada, un 50% de personas presentan dependencia grave y un

16% dependencia absoluta. Desde la perspectiva de la rehabilitación, el ACV es un gran generador de discapacidad tanto física como cognitiva lo que constituye que un porcentaje del 15 al 30% de personas que sufren ACV, presenten un deterioro funcional severo a largo plazo. También una gran parte de los sobrevivientes van a presentar, como se conoce, ciertas limitaciones que dificultan el desarrollo normal de las AVD. Estas limitaciones son mejor conocidas como secuelas; dentro de las más frecuentes se encuentran las limitaciones motoras, déficits sensoriales y cognitivos, alteraciones de la visión, lenguaje, entre otros. Para la evaluación de las diferentes limitaciones, dentro de este artículo se describen las diferentes escalas de valoración funcional como NIHSS, SNSS, CNS, MRS, entre otras, que se utilizan para expresar resultados de manera objetiva y cuantificable para verificar la evolución del cuadro del ACV.

En el artículo también se habla de la recuperación de estos pacientes, se la describe como lenta y no siempre con un resultado positivo, pero gracias a las nuevas perspectivas de terapias, la mortalidad por ACV ha disminuido, lo que favorece a los números de sobrevivientes con probabilidad de mejora en un alto porcentaje.

Como parte del estudio empírico, prospectivo, explicativo y cuasi experimental, se evaluó el estado funcional en pacientes con ictus isquémico del hospital mencionado en el principio, antes y después de recibir tratamiento neurorehabilitador, con una muestra constituida por 75 pacientes con ictus isquémico en el periodo comprendido de enero a octubre de 2013. Este tratamiento se realizó en base al protocolo de tratamiento de las lesiones cerebrales vigente en dicho hospital, que incluye un periodo de rehabilitación de entre 8 y 12 semanas. Todos los pacientes ingresados fueron derivados al servicio de lesiones cerebrales del centro nacional de rehabilitación de dicho hospital con su diagnóstico inclusivo (ACV) y que indicaron su deseo de participar en el estudio. Se excluyeron los pacientes que presentaron descompensación o que no terminaron el tratamiento rehabilitador por causa alguna o que presentaron algún tipo de trastorno que le impidió proseguir/actuar en la investigación.

Para la inclusión de los pacientes se realizó un interrogatorio, examen físico y revisión de la historia clínica de cada paciente para la recolección de datos. Se confeccionó una ficha clínica con aspectos específicos como epidemiológicos, clínicos, sociodemográficos entre otros, además de la utilización de instrumentos como escalas de evaluación funcional para

la recolección de datos evaluatorios. Para dichas evaluaciones, se utilizó en el artículo la escala de Rankin para determinar el grado de discapacidad neurológica tras el ictus al inicio y al final del tratamiento y para la evaluación de la dependencia para las AVD, se utilizó el Índice de Barthel también al inicio y al final del tratamiento.

Los resultados obtenidos volcaron que los pacientes mayores de 50 años representaron el 90% de la muestra predominando el sexo femenino en un 56%; el color de la piel más frecuente fue blanca, seguida de la mestiza con un 50% aproximadamente, y el 52% de los pacientes era dependiente económicamente antes del ACV; dentro de los factores de riesgo predominó, como ya fue mencionado anteriormente, el sexo femenino, la hipertensión arterial, la dislipidemia, el sedentarismo, la obesidad con un porcentaje del 22% y el tabaquismo con el 69%.

Con respecto a las secuelas predominaron la parálisis, los trastornos de sensibilidad, la alteración del lenguaje y psicológicas, la espasticidad con un porcentaje del 13% seguida de la subluxación de hombro. En el sexo femenino además predominó el dolor y los trastornos psicológicos.

Se detectaron que el 56% de los pacientes comenzaron la rehabilitación antes de los seis meses luego del ACV, y un 34% lo comenzó antes de los tres meses. En cuanto al estado funcional al inicio del tratamiento el 12% era independiente, el 25% dependiente leve, el 34% moderado y casi un 28% dependiente total. Al final del tratamiento no hubo pacientes con discapacidad total y solo el 10,7% era dependiente moderado y un 89% se encontraba entre dependencia leve e independencia.

El resultado final de este estudio es que la mejora luego de recibir el tratamiento neurorehabilitador de manera precoz impacta en un menor grado de discapacidad, presentando una mejoría cuanto más precoz sea la rehabilitación.

Poletto et al, en el ensayo piloto de “movilización precoz en el accidente cerebrovascular isquémico: un ensayo piloto aleatorio de seguridad y factibilidad en un hospital público en Brasil” relata que en los primeros 30 días post ACV, aproximadamente el 50% de las muertes se deben al ACV propiamente dicho, mientras que el otro 50% se debe a complicaciones causadas por inmovilidad.

Según estos autores, el tratamiento para un ACV en una unidad de ACV formada por un equipo interdisciplinario, es muy eficaz para reducir la discapacidad y es el único factor que, de manera demostrable, afecta la mortalidad. La rehabilitación es un componente importante, especialmente la movilización temprana con actividad fuera de la cama, lo que potencialmente reduce las complicaciones. Ésta rehabilitación se recomienda una vez que el paciente se encuentre estable.

En este estudio, para evaluar el beneficio de la movilización temprana después de un ACV, se comparó dos grupos de pacientes, de los cuales se los dividió en un grupo movilización temprana (dentro de las 48 hs desde el inicio de síntomas) denominados grupo de intervención (IG) y en otro grupo fisioterapia de rutina, denominados grupo de control (CG) con mortalidad, morbilidad y estado funcional como los resultados principales. Se estudiaron un total de 37 pacientes de los cuales 18 pertenecieron a IG y 19 a CG. Se incluyeron pacientes adultos con ACV isquémico confirmado por estudio complementario dentro de las 48 hs del inicio de los síntomas que ingresaron en UVA (unidad vascular aguda) del Hospital de clínicas de Porto Alegre, además, se incluyeron dentro del estudio solo los pacientes con estabilidad clínica y hemodinámica. Se excluyeron los diagnósticos de ACV hemorrágico, antecedentes de enfermedad neurológica, enfermedad coronaria, cardíaca o insuficiencia respiratoria.

Para llevar a cabo la intervención y posteriormente obtener los resultados, como se describió anteriormente, fueron asignados al azar dichos pacientes, formando parte de cada grupo, de los cuales el grupo de intervención (IG) recibieron movilización temprana que comenzó a las 48 horas del inicio del síntoma y se centró en sentarse fuera de la cama, en una silla o ponerse en bipedestación y realizar un entrenamiento funcional y reaprender el motor en base a los conceptos de Bobath. Se utilizaron ejercicios para que los pacientes lo realicen bilateralmente con repeticiones, haciendo hincapié también en los déficits del lado afectado. Este grupo recibió atención rehabilitadora 5 veces a la semana, una vez al día, con una duración de la sesión de 30 minutos, sumando, además, los 30 minutos de sentado por fuera de la cama. Dichas atenciones se llevaron a cabo hasta el alta hospitalaria o hasta el día 14 del tratamiento, lo que ocurriese primero.

Con respecto al grupo de control, éstos recibieron atención estándar y la terapia varió de acuerdo con las necesidades de los pacientes y la disponibilidad de los fisioterapeutas, e

incluyó ejercicios motores globales y terapia respiratoria, con una duración de 15 minutos por sesión.

Los resultados arrojaron que el objetivo de este estudio se logró al demostrar que la movilización temprana es factible y segura, confirmando la ausencia de complicaciones que presentó el CG. La movilización temprana es una intervención simple que se implementó con éxito y sin complicaciones, es por eso que los pacientes del grupo de intervención se movilizaron mucho antes que los que recibieron atención estándar.

En el ensayo de Hernandez, Benjumea y Tusó sobre “indicadores del desempeño clínico fisioterapéutico en el manejo hospitalario temprano del accidente cerebrovascular”, realizaron intervenciones tempranas en los pacientes que sufrieron ACV, manifestando que la evidencia señala que al identificar los indicadores de desempeño clínico fisioterapéutico en el manejo hospitalario temprano de personas sobrevivientes de ACV se previenen las complicaciones y hace notoria la importancia de la atención temprana en el proceso agudo ya que la evidencia resalta un mejor pronóstico para los pacientes que nos intervenidos dentro de las primeras 24 horas posteriores al ACV.

En el ensayo se realizó una comparación con la incidencia del ACV uno en Chile y otro en Colombia, analizando su incidencia y el tratamiento por parte del servicio de fisioterapia en hospitales de dichos países. En Colombia se registraron en el año 423 pacientes, el promedio de su estadía en el hospital fue de seis días, y de quienes fueron atendidos por el servicio de fisioterapia recibieron entre seis y ocho sesiones de terapia con una duración de entre 25 a 30 minutos.

En Chile se registraron 309 ingresos, siendo promedio de estadía hospitalaria 10 días aproximadamente, de estos pacientes, los que fueron atendidos por el servicio de fisioterapia recibieron tres sesiones por día con una duración de 40 minutos por sesión.

La intervención en los pacientes de dichos países constó de examinación, que incluyó las limitaciones en la actividad, restricciones en la participación y capacidades/discapacidades, identificar necesidades del paciente, anamnesis, pruebas específicas, etc., evaluación, diagnóstico, pronóstico, plan de atención o intervención se ajusta a la condición del paciente y debe ser seguro, eficaz y debe estar centrado en la funcionalidad, y revaloración al final de la intervención para determinar los resultados y evaluar la eficacia de las intervenciones.

Se describe entonces, en este ensayo la evidencia de la reducción de la mortalidad y mejores desenlaces funcionales en los pacientes con ACV que fueron atendidos por abordaje temprano y un cuidado integral, siendo la mayor contribución en los resultados la mejoría por la movilización temprana. Los beneficios de dicha actividad, en cama o fuera de la misma, han demostrado la reducción de complicaciones pulmonares, trombosis venosa, infecciones y dolor.

Desde este estudio de revisión, puede afirmarse que la rehabilitación temprana del ACV debe iniciarse durante la hospitalización, tan pronto como el diagnóstico se establezca y los pacientes estén controlados. Las prioridades en la intervención son prevenir las complicaciones y facilitar la movilización temprana. Es indudable la importancia de la atención temprana en el proceso agudo dado que la evidencia resalta un mejor pronóstico para pacientes intervenidos por el área de fisioterapia dentro de las primeras veinticuatro horas posteriores al ACV.

En el artículo de evaluación de Lopez, Ramos, Katz et al, sobre “los resultados funcionales y complicaciones en pacientes asistidos en UDA-ACV rehabilitación en instituto de neurología – hospital de clínicas” se realizó un estudio prospectivo, descriptivo de abordaje protocolizado con un grupo que al que se le realizó la intervención comparado con otro grupo de control histórico. Este estudio se desarrolló en el Hospital de clínicas de Uruguay que constaba con la unidad de ACV docente asistencial (UACV) funcionando desde 2014.

Se asistieron a 79 pacientes a través de la UACV, y se comparó con el grupo control histórico (GH); éste último compuesto por usuarios con ACV asistidos previamente en salas del mismo hospital, sin integración en el UACV.

El primer contacto del equipo de rehabilitación para el grupo UACV se realizó entre uno y dos días después del ACV, cuando el 94% de los ACV fueron isquémicos, el 67% presentó paresia y el 32% presentó afasia. El 21% de los pacientes desarrolló complicaciones intrahospitalarias y fallecieron un 5% de los pacientes.

Se analizó la funcionalidad previa al ACV y el 88% de los pacientes eran autoválidos, el 12% semidependientes y ninguno dependiente. El análisis posterior al ACV muestra un 36% de pacientes independientes, un 15% semidependientes y el 48% dependientes.

La funcionalidad al alta de la unidad de ACV demostró un 54% de pacientes independientes, un 23% semidependientes y un 21% dependientes; en cuanto a ayudas técnicas el 18% requirió sillas de ruedas, otro 18% andador o bastón.

Del total de los pacientes asistidos en la unidad del ACV, al 20% fue posible darle el alta del servicio de rehabilitación al alta hospitalaria.

Las conclusiones del artículo entonces, describen que el abordaje mediante la modalidad de abordaje precoz permitió disminuir de forma significativa las complicaciones intrahospitalarias, la mortalidad y los días de internación, además mejoró la funcionalidad al momento del alta y presentaron menor discapacidad.

En el ensayo de Garrote y Cervantes en “eficacia y seguridad de movilización al inicio del ictus: un ensayo controlado”, se realizó un ensayo clínico en donde se evaluó a 56 unidades de ictus de 5 países diferentes, se incluyeron pacientes mayores de 18 años con ictus isquémico o hemorrágico, inicial o recurrente. Los pacientes fueron distribuidos de forma aleatoria para recibir cuidados habituales o movilización muy temprana (antes de las 24 hs) añadida a los cuidados habituales. La variable principal del estudio fue una evolución favorable definida por la escala de Rankin a los 3 meses del ictus.

Los resultados fueron los siguientes: de 2104 pacientes que recibieron movilización muy temprana con cuidados habituales que se los re-evaluó a los 3 meses a la cantidad de 2083 (es decir, se redujo el número de pacientes del principio), 965 de los pacientes fueron atendidos con atención temprana más cuidados habituales, y 623 fueron atendidos con cuidados habituales. El 92% de los pacientes que fueron movilizados dentro de las primeras 24 hs tuvieron una evolución favorable que con respecto al 59% de los que recibieron cuidados habituales.

Entonces, en conclusión, según los datos, la movilización muy temprana fue asociada con una disminución del riesgo de complicaciones, muerte y complicaciones intrahospitalarias, de manera que es recomendada y los análisis son exitosos a la hora de arrojar resultados.

En 2017, Karic, Roe, Nordenmark et al, sobre “efecto de la movilización temprana y la rehabilitación sobre las complicaciones en la hemorragia subaracnoidea aneurismática” relatan que la rehabilitación temprana no aumenta las complicaciones neuroquirúrgicas y que esta es segura y factible.

Dentro del estudio prospectivo e intervencionista que realizaron, se evaluaron pacientes que ingresaron a la sala de neurología del departamento de neurocirugía en el Hospital Universitario de Oslo, en Noruega, en dos años distintos y constituyeron dos grandes grupos, uno de control y otro de movilización temprana. Ésta última se basó en un enfoque interdisciplinario sumando a ella la movilización temprana más la atención estándar.

Los pacientes admitidos durante 2011 recibieron tratamiento estándar y constituyeron el grupo control; los pacientes admitidos en 2012 representaron el grupo de intervención y se los sometió a movilización temprana y rehabilitación, además del tratamiento estándar.

La rehabilitación temprana se basó en un enfoque interdisciplinario y se inició a la llegada del paciente a la unidad de neurología con un examen exhaustivo de cada paciente.

De los grupos descritos anteriormente, se llegó a un total de 77 pacientes en el grupo de control y 94 pacientes en el grupo de rehabilitación temprana. Éstos últimos se movilizaron significativamente antes que los del grupo control y al momento del alta, ya caminaban al borde de la cama y cada paso de movilización redujo el riesgo de vasoespismo en un 30% por cada paso de movilización alcanzado durante los primeros 4 días post ACV.

Las conclusiones del estudio fueron entonces que la movilización y rehabilitación temprana después de una hemorragia subaracnoidea aneurismática es segura y factible, ya que la rehabilitación cuanto más temprana sea conduce a un grado de movilización más temprano del paciente y no aumenta las complicaciones neuroquirúrgicas; también se observó una disminución de complicaciones, por lo tanto, es segura y factible la movilización temprana tan pronto como el paciente se encuentre estable.

En la revisión de “la atención rehabilitadora temprana en el ictus” de Beltran Sanchez y Martinez Lopez, del año 2017 se destaca la importancia de la rehabilitación temprana como prevención a patologías secundarias.

Esta revisión se basó en una búsqueda bibliográfica de ensayos clínicos aleatorizados en cinco bases de datos donde se obtuvieron 50 artículos de los cuales se rescataron 13 artículos solamente. En relación a la intervención utilizada en los distintos estudios se encontraron 2 grupos, uno de 6 estudios y otro de 3 estudios, cada uno comparaba el uso de la atención temprana con respecto a la terapia estándar después de las 24 horas.

En cuanto a las conclusiones se destaca que en los grupos de intervención que inició la movilización temprana hubo menos muertes que en el grupo de terapia estándar, además el efecto del inicio de la movilización muy temprana redujo la estancia hospitalaria, también tuvieron tendencia a presentar menor ansiedad y se observó una independencia dentro de las 2 semanas con respecto al grupo que recibió atención estándar.

Las observaciones que realizaron en las diferentes investigaciones que estudiaron los niveles de ansiedad y depresión, se encontraron resultados positivos para los grupos que iniciaron atención temprana.

Con respecto a los efectos del inicio de la movilización temprana, ésta, en los grupos donde se la aplicó presentaron una menor estancia hospitalaria y una mejor evolución.

En el año 2014, Hubbard, Agudeza, Carey, et al., en el artículo “un ensayo controlado aleatorio sobre el efecto del entrenamiento temprano en extremidades superiores sobre la recuperación del accidente cerebrovascular y la activación cerebral” realizaron un estudio sobre el impacto de las diferentes intensidades del entrenamiento de la extremidad superior para tareas específicas en la actividad cerebral y la recuperación de dicho miembro afectado por el ACV. Se realizó entonces un estudio comparativo para verificar el impacto del entrenamiento temprano versus el cuidado estándar. La evidencia indica que la atención temprana, más intensiva y/o más desafiante puede mejorar los resultados funcionales e influyen en la activación cerebral que puede ser un marcador de neuroplasticidad.

En este estudio, se investigó el impacto de las diferentes intensidades del entrenamiento de la extremidad superior para tareas específicas en la actividad cerebral y la recuperación de la extremidad superior en pacientes adultos con ACV isquémico con el miembro superior afectado. Se reclutaron 23 pacientes con ictus, ingresados en 2 unidades de terapia intensiva que se encontraban dentro de la primera semana de haber sido diagnosticados con un primer ACV, lo que resultó en un deterioro motor del miembro. De estos 23 se los dividió en grupo de atención estándar y grupo de capacitación intensiva, que permanecieron en el estudio durante los 3 meses de duración. Los participantes se asignaron al azar a los dos grupos, recibiendo 30 horas de atención precoz. La intervención en ambos grupos se basó en principios de reaprendizaje motor.

Todos los grupos recibieron atención estándar que consistió en media hora de fisioterapia durante 11 días, siendo este el rango de hospitalización que presentó la mayoría.

El grupo de atención precoz recibió atención de 30 horas de fisioterapia específica, durante 5 días a la semana durante 3 semanas, recibiendo atención estándar más terapia específica.

La conclusión demostró una mejora significativa en cuanto a tiempo, es decir en el primer mes, el grupo de capacitación intensiva mostró una mejora en cuanto a los resultados motores con respecto al grupo estándar, presentando una activación cerebral en aumento con respecto al grupo de atención estándar.

En la revisión sistémica y metaanálisis sobre la “eficacia y seguridad de la movilización muy temprana en pacientes con accidente cerebrovascular agudo” del año 2017, de los autores Xu, Yu, Ou et al., se relata en dicho estudio, la comparación sobre la eficacia que presenta la movilización muy temprana en pacientes post ACV, realizando un estudio comparativo de nueve artículos, que constaron de estudios realizados en diferentes países de varios continentes, buscando dichos artículos en bases de datos como Medline, Embase y Central, utilizando términos y criterios de búsqueda. Este estudio revisó 52 artículos, reclutando solo 9 estudios que contaron con los criterios de inclusión, y fueron realizados en Europa, Asia, Sudamérica, Oceanía y en 5 países de varios continentes donde el criterio de inclusión fueron pacientes que hayan padecido ACV para poder someterlos según corresponda a dos tipos de atenciones dependiendo el grupo. Uno de los grupos iba a estar conformado por pacientes para que recibiesen movilización muy temprana y el otro grupo movilización tardía que podía realizarse a partir de las 48 horas o hasta 7 días después del evento.

Los resultados primarios arrojaron como resultado la eficacia y el desarrollo favorable de la recuperación de los pacientes que fueron atendidos en carácter de movilización muy temprana con una recuperación esperada a los 3 meses de evolución. Con respecto a la estancia hospitalaria también arrojó resultados favorables, reduciéndose en un 80% y también bajando la tasa de mortalidad en dichos pacientes.

En el estudio de Nilsson, Skough Vreede, Haglund et al., sobre “avance temprano después del accidente cerebrovascular con un nuevo exoesqueleto: la extremidad híbrida de asistencia: un estudio de seguridad y viabilidad” del año 2014, describe la importancia del entrenamiento intensivo específico temprano para la marcha alterada después de un accidente cerebrovascular, siendo el objetivo del estudio la investigación de la seguridad y viabilidad del entrenamiento intensivo de la marcha para pacientes hospitalizados con

abordaje temprano. La evidencia acumulada indica que el entrenamiento específico de inicio temprano, intensivo y repetitivo específico puede acelerar la funcionalidad después del ACV y mejorar los resultados en cuanto a lo motor incluida la función de la marcha. En este estudio, se utilizaron cintas para apoyar el entrenamiento de la marcha sin o con soporte corporal y asistencia a través de HAL (asistencia híbrida del exoesqueleto).

Dicho ensayo se realizó en el departamento de Medicina de rehabilitación, en el Hospital de la Universidad de Danderyd. Se designaron 8 pacientes, hombres, de rango etario entre 39 a 64 años, con criterio de inclusión de ACV desde 24 horas después de haberlo padecido hasta pacientes con 35 días de evolución.

El entrenamiento con HAL se realizó durante las sesiones diarias de lunes a viernes en conjunto con la caminata en un tiempo total de 60 minutos en lo posible incluyendo pausas. El abordaje temprano varió entre 17 a 31 sesiones y el tiempo de sesión fue de 25 minutos para la caminata con entrenamiento con HAL.

Se realizaron evaluaciones al inicio y al final para evaluar extremidades inferiores, Índice de barthel, la escala NIHSS, entre otras para documentar los avances y apuntar la mejoría al fin de la terapia.

Las medidas de la función motora, la marcha y el rendimiento de la actividad mejoraron desde el inicio hasta el final del periodo de rehabilitación en todos los pacientes. Las mejoras en cuanto a la marcha aumentaron, es decir fueron positivas.

A modo de conclusión se pudo verificar que el abordaje intensivo de la marcha demuestra mejoras en el proceso de recuperación de la marcha, aun así en pacientes hemiparéticos con función de la marcha gravemente deteriorada, y que este sistema de rehabilitación temprana para la marcha es seguro también realizándolo con rehabilitación temprana general.

En el año 2015, Bernhardt, et al., en la revisión sobre “eficacia y seguridad de la movilización inmediata dentro de las 24 horas del inicio del accidente cerebrovascular: un ensayo controlado aleatorizado” el objetivo fue comparar la eficacia de la frecuencia, dosis altas, movilizaciones inmediatas más la atención habitual luego del accidente cerebrovascular.

En este artículo se describe la movilización temprana a la actividad que comprende por fuera de la cama, ya sea sentar al paciente, colocarlo de pie o caminar, ya que la

inmovilidad se asocia a complicaciones como trastornos en el músculo esquelético, cardiovasculares, respiratorias, entre otras, por lo tanto, el inicio rápido sumado a rehabilitación por fuera de la cama podrían mejorar la evolución del ACV, disminuyendo dichas complicaciones y favoreciendo a una mejor evolución.

En el diseño del estudio, se recolectaron tres ensayos controlados, aleatorizados y controlados, que constaban de estudios de 56 unidades de ictus de cinco países: Australia, Nueva Zelanda, Malasia, Singapur y Reino Unido. Los pacientes elegidos tenían más de 18 años con confirmación de diagnóstico de ACV recurrente o por primera vez; éstos fueron asignados al azar para recibir atención habitual o movilización inmediata más atención habitual.

Los componentes de la atención habitual incluyó rehabilitación estándar individualizada, y la intervención de movilización inmediata incluyó comenzar dentro de las 24 horas después del ACV, realizar rehabilitación por fuera de la cama más la atención habitual. Además, el 50% de los pacientes fueron capaces de caminar sin ayuda externa a los 7 días luego del ACV. El periodo de intervención duró 14 días o hasta el día del alta hospitalaria, lo que resultara primero.

Los resultados fueron favorables a los 3 meses después del ACV con casi el 50% de los pacientes que tuvieron un resultado favorable en cuanto a recuperación de la funcionalidad.

En el artículo de Morreale, Marchione, Pili, et al., sobre “tratamiento precoz o tardío de rehabilitación en pacientes hemipléjicos con accidente cerebrovascular isquémico: enfoque propioceptivo o cognitivo” el objetivo de este estudio fue comparar los métodos de FNP y CTE evaluando dos grupos de atención de rehabilitación: temprano y abordaje estándar con el fin de evaluar el papel de diferente tiempo y técnicas de recuperación funcional después del ACV.

Se realizó un estudio de intervención temprana versus atención estándar a través de FNP y CTE. Se incluyeron 120 pacientes con ACV isquémico agudo de la Unidad Operativa de neurología, que se dividieron en 3 grupos: atención temprana (dentro de las 24 horas) con rehabilitación por medio de FNP; atención temprana (dentro de las 24 horas) por medio de CTE y por último, otro grupo con rehabilitación estándar (recibiendo atención 4 días después de la admisión).

Los programas de rehabilitación temprana consistieron en levantarse a un lado de la cama a diario y salir de la cama y realizar una rehabilitación de 45 minutos a través de FNP o CTE según corresponda. Cada una de estas atenciones se desarrollaron durante dos horas por día los 5 días de la semana.

Los pacientes con la atención estándar recibieron alineación postural, levantarse de la cama y posicionarse por fuera de la cama por una duración de una hora durante los primeros 4 días de intervención.

Los resultados de este estudio mostraron que la recuperación funcional fue considerablemente mejor en los pacientes que se sometieron a programas de rehabilitación temprana a largo plazo; por otra parte, se puede confirmar que la intervención temprana parece no estar relacionada con el aumento de muertes y/o morbilidad a través de este estudio, y además reduce el riesgo de eventos adversos debido a inmovilidad, particularmente el síndrome de dolor de hombro gracias a la movilización precoz del tratamiento.

Otros resultados que también se destacan en este artículo son que la recuperación funcional se relaciona con un mejor resultado y que este programa de rehabilitación más temprana y más intenso en la fase aguda del ictus se relaciona con una buena recuperación de la marcha y con un estado de independencia funcional a los 3 meses.

Conclusiones

Luego de haber realizado una exhaustiva búsqueda, lectura y análisis de textos de carácter empírico relacionados a la atención/movilización precoz/temprana kinésica en etapa aguda en pacientes post ACV; según la información obtenida y de acuerdo con ella, se puede concluir que la movilización y atención temprana kinésica en etapa aguda en pacientes post ACV genera menos complicaciones, una mayor funcionalidad, menor dependencia y una mejora en el desempeño de las AVD.

Se encontró una asociación en cuanto al inicio precoz y el tratamiento rehabilitador de intervención con el grado de discapacidad y calidad de vida, es decir que cuanto más rápido sea el inicio de la rehabilitación y el tratamiento sea abocado a evitar complicaciones, éste aumenta la calidad de vida y disminuye el grado de discapacidad física.

Los resultados de los estudios investigados reflejan la efectividad de la atención temprana kinésica en pacientes post ACV, la cual es esencial para la prevención de complicaciones a corto y a largo plazo; mejora el pronóstico en los pacientes, permite una mejor funcionalidad de la persona y, por ende, un mejor desempeño de las AVD y una menor dependencia de terceros, que en último término, permite disminuir las secuelas luego de un ACV y genera una mejor calidad de vida de la persona afectada.

También podemos decir de estos artículos que los pacientes que comenzaron la rehabilitación de manera precoz, presentaron una incidencia positiva con respecto a los grupos que comenzaron la rehabilitación de manera tardía, presentando éstos últimos resultados desfavorables y un mayor grado de dependencia funcional, mayores secuelas y un menor desempeño en cuanto al desarrollo para las AVD.

Agregamos también en el grupo de intervención precoz, la posibilidad de alta más tempranamente y con resultados favorecedores con respecto al grupo de intervención tardía, que, por lo general, a la hora del alta, estos pacientes se encontraban con muy pocas intervenciones previas, es decir que no se observaron cambios favorables en la mayoría de los pacientes ya que las sesiones de rehabilitación comenzaron más tardíamente.

Con respecto a la cantidad de intervenciones por día, y las horas por días que se deben destinar en cada sesión, aun no se encontraron parámetros que coincidan entre un artículo y otro, ya que se habla de entre dos a tres intervenciones por día, conformadas en algunos casos por rehabilitación destinada a inclusión en la línea media, movilizaciones y cambios de decúbito así como también pasajes de cama a la silla y viceversa, y otras intervenciones en el mismo día, destinadas a la sedestación, bipedestación y marcha exclusivamente.

Con respecto al horario de la sesión, se recalca que en las primeras intervenciones la rehabilitación debe ser tranquila, con espacios entre ejercitaciones y no sobrepasar la hora de trabajo, ya que éstos pacientes, se fatigan muy rápido. Lo ideal se cree que es comenzar con un trabajo progresivo en cuanto a horario, hasta lograr una estabilidad en el paciente, que le permita al kinesiólogo lograr alrededor de una hora y media de trabajo por sesión.

Bibliografía

- Alarco, J., & Alvarez Andrade, E. (2011). Factores de riesgo para enfermedad cerebrovascular en adultos jóvenes: una revisión mundial. *Revista medica Panacea*, 1(1), 1-7.
- Arias Cuadrado, A. (2009). Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. *Dialnet*, 25-40.
- Beltrán, A. (2016). Obtenido de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/58507402/Articulo_ACV_isquemico.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DArticulo_ACV_isquemico.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20200102%2Fus-east-
- Cash, J. (1986). *Neurología para fisioterapeutas*. Buenos Aires: Panamericana.
- Clinics, M. (03 de 10 de 2017). *Mayo Clinics*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/stroke/symptoms-causes/syc-20350113>
- Escribano, S., Fernandez Garcia, A., Riviero Temprano, S., & Quimtia Casares, J. (2018). *Manual de fisioterapia para el paciente hemiplejico*. Navarra: Escuela universitaria de fisioterapia. Universidad de Navarra.
- Gonzalez Murgado, M., & Armenteros Herrera, N. (2006). Alteraciones del lenguaje postaccidente vascular encefálico en el adulto mayor. *Medigraphic*, 545-549.
- Hernandez Zayas, M., Zurita Mera, L., Lobaina Suarez, E., & Vigil Zulueta, I. (2017). Rehabilitación cognitiva de pacientes con alteraciones perceptivas sobrevivientes a ictus isquémico. *Redalyc*, 60-79.
- Hernandez, B., & Benjumea, L. (2013). Indicadores del desempeño clínico fisioterapéutico en el manejo hospitalario temprano del accidente cerebrovascular. *Revista Cienc Salud*, 11, 7-34.
- Hernandez, H., Almanza Diaz, Y., Semino García, L., Toca Smith, S., & Berbes Villalón, L. (2016). Rehabilitación del ictus: segunda parte. *Revista cubana de medicina física y rehabilitación*, 125-137.

- Hervas, A. (2005). Factores de riesgo de ictus. Estudio caso-control en una población de la Comunidad Foral de Navarra. *Scielo*, 10.
- Higgie, J., & Urban, L. (2018). Análisis de una Cohorte de Pacientes con acv del joven. *Revista uruguaya de medicina interna*, 3-12.
- Jimenez Leon, M. (17 de 10 de 2018). *Efectividad del tratamiento intensivo y no intensivo de rehabilitacion en pacientes hemiplejicos posterior a evento cerebrovascular*. Guayaquil, Ecuador.
- Lombillo Laferte, L., Martinez Segon, S., Serra Valdes, Y., & Rodriguez Mutuberria, L. (2014). Complicaciones en pacientes hemipléjicos por ictus. *Revista Cubana de medicina*, 134-143.
- Mesa Barrera, Y., Hernandez Rodriguez, T., & Parada Barroso, Y. (2017). Factores determinantes de la calidad de vida en pacientes sobrevivientes a un ictus. *Revista Habanera de ciencias medicas*, 735-750.
- Moreta, P. (2015). Tratamiento de fisioterapia en el síndrome del empujador . *Reduca* , 175-211.
- Murie Fernandez, M., Carmona Iragui, M., Gnanakumar, V., Mayer, M., & Teasell, R. (2012). Hombro doloroso hemiplejico en pacientes con ictus: causas y manejo. *El sevier Neurologia*, 234-244.
- Murray, C. (2015). Evaluación comparativa global, regional y nacional de riesgos de 79 riesgos conductuales, ambientales y ocupacionales y metabólicos o grupos de riesgos, 1990–2015: un análisis sistemático para el Estudio de la Carga Global de Enfermedades 2015. *The Lancet*, 1659-1724.
- Nara, I. (2003). *Manual de fisioterapia: fisioterapia en ACV enfocado a los ejercicios fisioterapicos para pacientes hemiplejicos*. Madrid: Obsersaf.
- Paeth, B. (2012). *Experiencias con el concepto Bobath; fundamentos, tratamientos y casos*. 2° edicion. Buenos Aires: Panamericana.
- Purves, D., Augustine, G., Fitzpatrick, D., Hall, W., Lamantia, A., Mcnamara, J., & Williams, S. (2016). *Neurociencia*. Buenos Aires: Panamericana.

- Ramirez, G., Garrido Tapia, E., Manso Lopez, A., Graña Mir, J., & Martinez Vega, A. (2019). Mortalidad por accidentes cerebrovasculares en el hospital clinico quirurgico Lucia Iñiguez Landin. *Infomed*, 15.
- Real Delor, R., & Jara Castillo, G. (2016). Pronóstico vital y secuelas neurológicas en los pacientes con accidente cerebrovascular del Hospital Nacional, Paraguay. *Revista Cubana de medicina* , 9.
- Restrepo, L. (2006). Diagnóstico del ACV con neuroimágenes. *Revista colombiana de Neurologia*, 11.
- Rodero Fernandez, L., & Gonzalez Rato, J. (2003). Accidentes cerebrovasculares. Concepto. Clasificación. Valoración sindrómica. Epidemiología. Impacto socioeconómico. *Science Direct*, 8(91), 4903-4910.
- Rodriguez Garcia, P. (2011). Examen clinico del paciente con ictus. *Revista cubana de neurologia y neurocirugia*, 74-89.
- Roger, A., & Barasi, S. &. (2002). *Neurociencia en esquemas 3 edicion*. Akadia.
- Sociedad Argentina de Cardiologia. (2018). *Sociedad Argentina de Cardiologia*. Obtenido de <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/04/registro-arenas-2018-protocolo.pdf>
- Venturiello, M., & Ferrante, C. (12 de 2018). Discapacidad y salud desde dos investigaciones cualitativas: los itinerarios de la rehabilitación en Argentina y Chile. *Scielo*, 45(83), 91-121.