

**V Jornada d'Actualització en temes d'Angiologia i Cirurgia
Vascular**

AIS Barcelona Eixample Esquerra.

Com fem front a la malaltia vascular cerebral ?

**La Neurorehabilitació en la MVC:
quan comença i fins quan**

Esther Duarte

Servei de Medicina Física i Rehabilitació

Parc de Salut Mar

Importància:

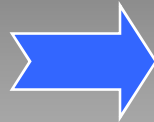
- **Nº pacients afectats**
- **sequèles**
- **complexitat programa RHB**
- **intervenció de tot l'equip RHB**
- **tract fase aguda**

-RHB de l'Ictus: principis generals
(qui, com i quan)

-Àmbits d'atenció (on)

-Reinserció en la comunitat
(planificació de l'alta, suport social)

**PROGRAMA
REHABILITADOR
ICTUS**



Procés **limitat** en el temps i orientat per **objectius**, que té com objectiu fonamental tractar la discapacitat per a aconseguir la **màxima capacitat funcional** en cada cas, facilitar la independència i la **reintegració** a l'entorn familiar, social i laboral

Equip multidisciplinari

- Metge rehabilitador
- Fisioterapeuta
- Terapeuta Ocupacional
- Neuropsicòleg
- Treballador social
- Logopeda

Kalra, 2007

BPC L'equip de rehabilitació necessari per atendre pacients amb seqüeles d'ictus està format per un facultatiu expert en rehabilitació que coordina un grup multidisciplinari de professionals

(fisioterapeutes, infermers, terapeutes ocupacionals, neuropsicòlegs, treballadors socials i logopedes) que treballen conjuntament per tal d'aconseguir els objectius prèviament marcats.

A La rehabilitació de l'ictus ha d'incloure fisioteràpia i teràpia ocupacional (ESO)

B L'equip multidisciplinari de rehabilitació ha d'incloure professionals experts amb adequats nivells de coordinació i comunicació entre ells (SIGN)

C Tots els pacients que presentin alteracions del llenguatge haurien de ser tractats per un logopeda utilitzant mètodes vàlids i fiables.

BPC Tot pacient que ho requereixi ha de tenir accés a una avaluació neuropsicològica feta per un professional expert en neuropsicologia.

Terapia Ocupacional

favorecer la conservación o la adquisición de la máxima autonomía o independencia en su entorno

-AVD básicas

(alimentación, higiene, vestido, baño,..)

-AVD instrumentales

(tareas domésticas, teléfono, ordenador, timbres,..)

-Ayudas técnicas y adaptaciones personales y del entorno

A

-Todos los pacientes con dificultades en las AVD han de ser tratados por un equipo multidisciplinario que incluya un profesional experto en TO

Occupational Therapy for patients with problems in personal ADL after stroke: systematic review of RCT's

Legg et al. BMJ 2007;335

**9 ensayos clínicos randomizados
n=1258**

-OT focused on improving personal ADL after stroke can improve performance and reduce the risk of deterioration in these abilities

-Focused occupational therapy should be available to everyone who has had a stroke

INICIO PRECOZ

- Tan pronto como se haya establecido el diagnóstico y asegurado el control del estado vital
- Menos complicaciones inmediatas (*Langhorne 2000*)
- Buena tolerancia, no efectos adversos (*Bernhardt 2004, Diserens 2006*)
- Menor discapacidad y mayor calidad de vida a largo plazo (*Musicco 2003*)

B Los pacientes que han sufrido un ictus deben ser movilizados tan **pronto** como sea posible (RCP).

C: Las necesidades de RHB de todos los pacientes deben evaluarse **en las primeras 24-48 horas** tras el ictus (NZGG).

CONTINUIDAD

- Coordinación a lo largo de los diferentes ámbitos de atención
- Evitar fragmentar el programa RHB
- Evitar ámbitos no adecuados
- No reiniciar tratamientos innecesarios

C Los servicios de RHB hospitalarios y los comunitarios deben estar altamente coordinados en cada territorio para **asegurar la continuidad del programa rehabilitador**, independientemente de la ubicación del paciente (NZGG).

INTENSIDAD

- Mayor intensidad: mejor resultado funcional (**Kwakkel 2004**)
- Menos discapacidad al alta y menor estancia hospitalaria (**Sonoda 2004**)
- Mejor independencia en AVD y capacidad de marcha a los 6m (**V Peppen 2004**)

A La intensidad del tratamiento rehabilitador debe ser **la máxima** que el paciente pueda tolerar y esté dispuesto a seguir.(RCP)

DURACION

- Durante el 1º año (si objetivo funcional) mejora discapacidad (Legg 2004)
- Programas rutinarios RHB > 1 año evolución no eficaces (Aziz, 2007)
- En fase crónica: si deterioro funcional deben tener acceso servs RHB

D: El tratamiento RHB ha de finalizar cuando no se identifiquen nuevos **objetivos funcionales** o cuando el paciente no quiera continuar (NZGG).

A: A partir de los primeros 6 m del ictus, en los pacientes con limitación de la actividad, debe evaluarse la indicación de un **periodo de RHB planificado por objetivos** (RCP)

D: En la fase crónica, los pacientes deben tener **acceso a los servicios de RHB** para revisar las necesidades a largo plazo (SIGN).

EVALUACIÓN PERIÓDICA

- Medida del déficit, limitación de la discapacidad, limitación actividad
- Destino al alta
- Calidad de vida

D: Hay que utilizar **escalas de limitación de la actividad** válidas, fiables y de amplio consenso como el Índice de Barthel (GPCC).

BPC: Además de las escalas globales de función, se recomienda utilizar medidas de resultado que incluyan **Actividades de Vida Diaria instrumentadas y de movilidad avanzada (marcha, equilibrio,...)**

Valoración clínica extremidad superior

-Exploración neurológica completa

-Médidas de deficiencia

globales: **NIHSS**

específicas -función motora: **FMA, MRC, Motricity Index**

-fuerza: **dinamometría**

-tono muscular: **Ashworth**

-Escala de valoración funcional

globales: **Barthel, FIM**

específicas ES : **9-hole-peg Test**
Box and block Test
CAHAI

-Escala de calidad de vida RS, RNL

It is common knowledge that the FIM (and the Barthel index) does not measure dexterity of the upper paretic limb properly (Sanford 1993, Kwakkel 2004)

Chedoke Arm and Hand Activity Inventory: Score Form

CAHAI-13 Version

1. total assist (weak U/L < 25%)
2. maximal assist (weak U/L = 25-49%)
3. moderate assist (weak U/L = 50-74%)
4. minimal assist (weak U/L > 75%)
5. supervision
6. modified independence (device)
7. complete independence (timely, safely)

1. Open jar of coffee
2. Call 911
3. Draw a line with a ruler
4. Pour a glass of water
5. Wring out washcloth
6. Do up five buttons
7. Dry back with towel
8. Put toothpaste on toothbrush
9. Cut medium resistance putty
10. Zip up the zipper
11. Clean a pair of eyeglasses
12. Place container on table
13. Carry bag up the stairs

PARICIPACION ACTIVA DE PACIENTES Y CUIDADORES

- Información, educación y soporte al alta hospitalaria
- Soporte al cuidador: menor institucionalización (**Grant 1997**)
- Entrenamiento específico cuidadores: menor coste y carga del cuidador, mejor calidad de vida de pacientes y cuidadores al año del ictus (**Kalra 2004**)

B Los pacientes y sus cuidadores deben tener una **implicación activa y precoz** en el proceso de RHB

A se recomienda establecer programas sistemáticos de **educación y formación** a pacientes y familiares (NZGG)

ÁMBITOS DE ATENCIÓN

Hospitalarios

- Unidades de Ictus
- Unidades de Atención aguda
- Servicios de RHB hospitalarios
- Centros monográficos de Neurorehabilitación
- Centros de Media Estancia / Convalecencia
- Centros de Larga Estancia

Comunitarios

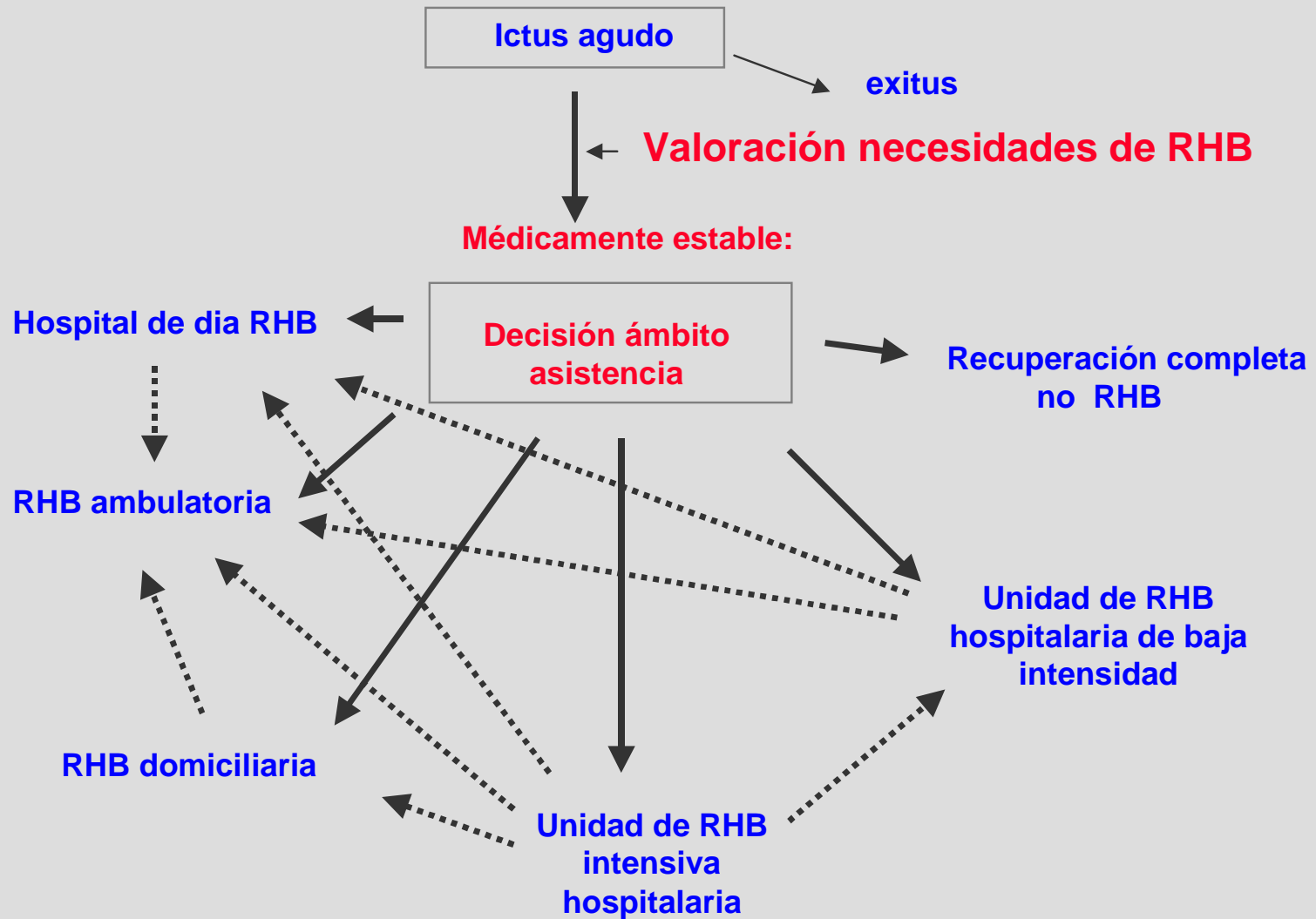
- Centro ambulatorio
- Hospital de Día
- RHB Domiciliaria

BPC el médico especialista en RHB ha de evaluar en la fase aguda las **necesidades de RHB y el ámbito de atención más adecuado** para todos los pacientes que han presentado un ictus



- Tipo de paciente
- Intensidad y tipo de terapias
- necesidad de atención médica / enfermería
- soporte familiar y social

Rehabilitació de l'ictus: model assistencial



UNIDADES ICTUS /ATENCIÓN AGUDA

- Mayor supervivencia, menor dependencia (**Cochrane 2007**): combinación atención fase aguda + RHB (**Langhorne 2009**)

A los pacientes con ictus agudo que ingresan en una unidad de ictus deben recibir **RHB multidisciplinar** coordinada (ESO).

A hay que evaluar las **necesidades** de RHB en **todos** los pacientes lo antes posible tras su ingreso (RCP).

UNIDADES RHB INTENSIVA

- Corta estancia (3-4 sem) y alta intensidad (>3hxd)
- Equipo multidisciplinario RHB
- Tecnología adecuada
- Alta hospitalaria precoz (correcta selección pacientes y coordinación servicios comunitarios, socio-sanitarios y sociales (Putman 2007))

BPC

- Primer episodio de Ictus Agudo
- Nivel funcional previo de Independencia en las actividades de vida diaria (AVD)
- Necesidad de hospitalización
- Discapacidad moderada o grave en ≥ 2 áreas funcionales (movilidad, AVD, deglución, comunicación,..)
- Condiciones médicas y cognitivas que les permitan participar en terapias de alta intensidad

UNIDADES RHB BAJA INTENSIDAD

- Baja intensidad terapias (1hxd)
- Programa terapéutico coordinado por médico RHB
- Adecuación recursos

BPC

- Ictus Agudo
- Necesidad de hospitalización
- Discapacidad moderada o grave en ≥ 2 áreas funcionales (movilidad, AVD, deglución, comunicación),..)
- Condiciones médicas y cognitivas que no les permitan participar en terapias de alta intensidad

RHB AMBULATORIA / HOSPITAL DE DÍA

- Posibilidad de desplazamiento al centro RHB
- Programa terapéutico coordinado por médico RHB
- Adecuación recursos

BPC

- Discapacidad leve o moderada en fase no estabilizada (durante el primer año tras el ictus)
- A partir del primer año tras el ictus, por **deterioro funcional puntual**, se pueden deber derivar a los servicios de RHb ambulatorios y plantear tratamientos de corta duración (RCP)
- Adecuado soporte-socio-familiar
- Condiciones médicas y cognitivas que les permitan desplazarse al centro de rehabilitación

RHB DOMICILIARIA

- Imposibilidad de desplazamiento (condiciones médicas / sociales)
- Programa terapéutico coordinado por médico RHB
- Adecuación recursos

BPC

- Discapacidad moderada o severa en fase no estabilizada (durante el primer año tras el ictus)
- A partir del primer año tras el ictus, por deterioro funcional puntual, se pueden requerir tratamientos de corta duración
- Adecuado soporte-socio-familiar
- Condiciones médicas y cognitivas que no les permitan desplazarse al centro de rehabilitación

REINSERCIÓ EN LA COMUNIDAD

- Programas de Alta Hospitalaria Precoz: eficaces en ictus leves y moderados (menor dependencia e institucionalización) *Cochrane 2005*
- Planificación del alta (BBAA, necesidades atención médica, RHB, sociales). Valoración TO previa al alta (*Petterson 1999*)

A El alta hospitalaria precoz, cuando el paciente es capaz de realizar las transferencias cama-silla, se puede plantear si hay una **atención comunitaria coordinada** a cargo de un equipo multidisciplinario de rehabilitación. (RCP, NZGG)

A Antes del alta hospitalaria, todos los pacientes deben ser evaluados para determinar los **equipamientos o adaptaciones** que pueden aumentar la seguridad y la independencia funcional. (RCP)

A Cualquier tratamiento de continuidad que el paciente requiera al alta debe ser ofrecido **sin demora** por un servicio especializado en la comunidad (domiciliario, ambulatorio, hospital de día). (RCP)

REINSERCIÓ EN LA COMUNIDAD

- Soporte Social: modera impacto de la discapacidad en la calidad de vida del paciente con ictus (*Clarke 2002*)
- Mejor soporte social: mejor funcionalidad en ictus moderados / graves (*Tsouana-Hadjis 2000*)
- Limitación participación en la vida laboral, ocupacional y lúdica
- Conducción vehículos, acceso transporte adaptado
- Asociaciones de pacientes, GAM

A Deben evaluarse regularmente las **necesidades de soporte social**, tanto de pacientes como de cuidadores (RCP)

BPC El **Trabajador Social** es el profesional del equipo de RHB que realiza el seguimiento de las necesidades sociales durante el proceso de RHB, orientando y coordinando los recursos comunitarios disponibles

- **inicio precoz**
- **Intensidad adecuada**
- **ámbito adecuado**
- **coordinación proceso**
- **equipo multidisciplinario RHB**
 - experto*
 - organización*
- **participación activa pacientes / cuidadores**
- **tecnología**