

Respuesta en pacientes con enfermedades cerebrovascular incorporados tempranamente al proceso de rehabilitación

Autor. MSc Ivette Martínez Rodríguez.

Centro. CIREN.

CUBA.

Email. ivette@neuro.ciren.cu

Resumen

Se realizó un estudio de pacientes que sufrieron enfermedades cerebrovasculares (ECV) e ingresaron en nuestro centro entre en el período comprendido de septiembre de 2017 a septiembre de 2019. Se determinó que la hipertensión arterial fue el factor de riesgo fundamental, seguido del hábito de fumar y las enfermedades cardíacas. Los pacientes con ECV isquémica, que fueron en su mayoría adultos mayores, presentaron mayor capacidad de independencia respecto a los hemorrágicos, y esto a su vez guardó estrecha relación con la ventana terapéutica y la rehabilitación.

Palabras clave: rehabilitación, enfermedad vascular cerebral, terapia física, medicina física.

Summary.

A study was carried out of patients who suffered from cerebrovascular diseases (CVD) and were admitted to our center between the period from September 2017 to September 2019. It was determined that arterial hypertension was the fundamental risk factor, followed by smoking and heart disease. The patients with ischemic CVD, who were mostly older adults, had a greater capacity for independence with respect to the hemorrhagic patients, and this in turn was closely related to the therapeutic window and rehabilitation.

Keywords: rehabilitation, cerebrovascular disease, physical therapy, physical medicine.

Introducción

La enfermedad cerebrovascular fue la segunda causa de muerte a nivel mundial, cobrando las vidas de más de 4,3 millones de personas. Actualmente la cifra de muertes por ECV supera los 5 millones anuales, lo que equivale a 1 de cada 10 muertes. Las enfermedades cerebrovasculares ocupan el tercer lugar como causa de muerte en el mundo occidental, después de la cardiopatía_isquémica y el cáncer, y la primera causa de invalidez en personas adultas mayores de 65 años.³

Cuando menos, la mitad de todos los pacientes neurológicos, en términos generales, tiene algún tipo de enfermedad de esta índole. De todas las causas de enfermedad cerebrovascular, la isquemia_cerebral (infarto cerebral) es la entidad más incidente y prevalente entre todas las enfermedades cerebrovasculares.

La rehabilitación busca minimizar los déficits o discapacidades experimentadas por pacientes que han sufrido ictus, así como facilitar su reintegración social⁵. Es un proceso activo que requiere la colaboración y capacidad de aprendizaje del paciente y de su familia.

Es necesario hacer comprender que no vamos a conseguir una recuperación integral. El objetivo fundamental es ayudar al paciente a adaptarse a sus déficits y no a liberarse de ellos, ya que en la mayoría de los casos, la lesión neurológica se recupera en todo o casi todo o en parte espontáneamente en un periodo de tiempo variable o no se recupera nunca, todo depende de la gravedad del ictus.⁸

La recuperación funcional es mayor en el primer mes, se mantiene hasta el tercer mes, es menor entre el tercer y sexto mes y experimenta cambios progresivamente menores entre el sexto y el decimosegundo mes. Por regla general, se establece que a partir del sexto mes se produce la estabilización del cuadro.

Objetivos. Determinar la influencia del tratamiento de rehabilitación físico en pacientes con enfermedades cerebrovasculares incorporados de forma temprana a las terapias.

Métodos. Teóricos, análisis-síntesis, hipotético deductivo, empíricos, análisis documental.

Se estudió una muestra de 15 pacientes que se incorporaron a la rehabilitación física en nuestro centro entre los 20 días y los tres meses posterior al evento cerebrovascular. Estos pacientes estuvieron recibiendo tratamiento rehabilitatorio durante dos meses donde se le efectuó una evaluación funcional al inicio y al final del tratamiento con el objetivo de comparar, valorar y cuantificar algún logro en la esfera motora adquirida durante el periodo de tratamiento.

RESULTADOS

En la tabla 1 apreciamos un predominio de los accidentes isquémicos con un 68%, respecto a los hemorrágicos que fueron solo de 32%. Las edades más frecuentes fueron para la ECV isquémica, las más avanzadas, ya que observamos que de 47 a 68 años fue de un 46.3%, en cambio las hemorrágicas aparecen en edades más tempranas con un 30.2 % de 47 a 62 años (tabla 2).

Tabla 1 prevalencia de la ECV

ECV	Pacientes	%
Isquémicos	11	68
Hemorrágicos	4	32
TOTAL	15	100

Tabla 2. Edad de los pacientes con ECV

Edad(años)	Ecv Isquémica	%	Ecv Hemorrágica	%
15-30				
31-46	3	7.4	1	19.8
47-62	4	46.3	2	30.2
63-78	4	46.3	1	19.8
Total	11	100	4	100

Tabla 3 Recuperación motora.

Pacientes	Capacidad motora I	Capacidad motora F
Ecv Isquem.	23%	76.2%
Ecv Hemorr.	38%	62%

DISCUSIÓN

En esta muestra predomina el tipo isquémico, lo cual coincide con la bibliografía que señala que entre 70-80 % de todas las ECV son isquémicas. En cuanto el predominio en edades más avanzadas de la vida algunos autores consideran que la edad es el principal factor de riesgo en la ECV isquémica, pues en la vejez existen determinados procesos degenerativos vasculares, que al afectar la circulación cerebral, pueden comprometer la irrigación de un área determinada y provocar el *ictus*. Se considera que la aterosclerosis es la principal causa de *ictus* en nuestro medio con una tendencia a empeorar el pronóstico de la enfermedad con la edad.

El predominio de la HTA como factor de riesgo es explicable, pues este predispone a la arteriosclerosis, acelera el paso de los lípidos a través de las células endoteliales de la íntima y provoca la degeneración fibrinoide de las

arterias cerebrales, potencializando el desarrollo y la rotura de aneurismas del polígono de Willis, y el efecto nocivo de la misma radica tanto en la sistólica como en la diastólica. El hábito de fumar lo podemos explicar también, pues el cigarrillo es capaz de aumentar el hematocrito, la agregación plaquetaria, el fibrinógeno y otros factores de coagulación, además produce daño directo endotelial, y es importante componente de los procesos ateroscleróticos.

Consideramos que la mayor capacidad de independencia de los pacientes con ECV isquémicas respecto a las hemorrágicas se debe a que estos últimos se someten a un período de reposo que a veces llega hasta 21 días y que impide una adecuada rehabilitación, no siendo así en las isquémicas las cuales desde las primeras 24 a 48 h se comienza la fisioterapia.

Sin duda alguna, la rápida y precisa terapéutica de las ECV es fundamental y está determinada por la reducción de la ventana terapéutica, la cual es directamente proporcional a una mejor rehabilitación basada en la mejoría de la función sanguínea cerebral, reducción del área de penumbra isquémica y por tanto, un mayor grado de independencia.

En la tabla 3 se puede apreciar un aumento del porcentaje en la capacidad motora en los dos casos

Resultados. Se logró una recuperación de más del 50 por ciento de función motora en los pacientes que se incorporaron tempranamente a la rehabilitación.

Conclusiones. La aplicación de la rehabilitación de forma inmediata fue efectiva en nuestros pacientes, demostrado con la mejoría estadísticamente significativa de la recuperación motora de estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000. Rev Cubana Med Gen Integr 1992; 8(3):271-87.
2. Prieto Ramos O, Vega García E. Algunos sistemas de atención al anciano: programa para la atención integral al anciano. En: Temas de Gerontología. La Habana: Editorial Científico Técnica, 1996:102-5.
3. Prieto Ramos O, Vega García E. Envejecimiento y sociedad. En: Temas de Gerontología. La Habana: Editorial Científico Técnica, 1996:15-9.
4. Espinosa Brito A, Quintana Galeade ML. Aspectos demográficos y epidemiológicos en el estudio de los ancianos. En: Temas de Gerontogeriatría. Rev Finlay Cienfuegos. Órgano Científico Médico s/a: 3-26.
5. Rigol Ricardo O, Pérez Carbellas F, Perea Corral J, Fernández Sacasa J, Fernández Mirabal JE. Medicina General Integral. 2 ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1994; T 4:246.
6. Álvarez Sintés R, Presno Labrador C, Gasmely Escalona B, Torre Montejo E de la. Dejar de fumar y disminuir el riesgo de accidentes vasculares encefálicos. Rev Cubana Med Gen Integr 1994; 10(3):301.
7. López González F, Aldrey JM, Pardillo H, Castillo J. Morbilidad por hemorragia intracerebral. Rev Neurol 1998; 27(159): 755-8.
8. Lovesio C. Medicina intensiva. Buenos Aires: Editorial Medi-Libros, 1996:253.
9. Catto AJ, Grant PJ, Kath M. Risk factors for cerebrovascular diseases and the role of coagulation and fibrinolysis. Blood Coagul Fibrinol 1995; 6(6):497-510.
10. Romero Valdés A, Cárdenas Álvarez M, García-Viniegras CV, Zacca Peña E, Rodríguez Pérez I. Aterosclerosis periférica y factor de riesgo en la población geriátrica. Rev Cubana Med 1994 ;33(1):14-21