



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Manejo de rehabilitación del ICTUS

(Actualización 2022)

Elaborado por

Equipo multidisciplinario especializado en rehabilitación

Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia

No. 51



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

**Guía de práctica clínica
basada en evidencia
(GPC-BE) No. 51
“Manejo de rehabilitación del ICTUS”
(Actualización 2022)**

**Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica clínica
basadas en evidencia**

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia
(GPC-BE)
GPC-BE No. 51 “Manejo de rehabilitación del ICTUS”
Edición 2022; págs. 74
IGSS, Guatemala.

Elaboración revisada por:

Subgerencia de Prestaciones en Salud-IGSS
Oficio No. 6973 del 16 de mayo de 2022

Revisión, diseño y diagramación:

Comisión de guías de práctica clínica
basadas en evidencia;
Subgerencia de Prestaciones en Salud.

ISBN: 978-9929-795-22-8

Derechos reservados-IGSS-2022

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

**M.Sc. Licenciado Edson Javier
Rivera Méndez**
Gerente

Doctor Arturo Ernesto García Aquino
Subgerente de Prestaciones en Salud

Grupo de desarrollo de la Guía, 2013:

Dr. Juan Carlos Lorenti Marroquín †
Director Médico Hospitalario

Dra. Karina Maribel Rodríguez Vásquez
Jefa de Consulta Externa
Coordinadora de la Comisión GPC Hospital
de Rehabilitación

Dra. Aracely García Jáuregui
Jefa de Servicio de Afecciones Craneoencefálicas
Coordinadora del equipo de Guía del ICTUS

**Psicóloga y Terapista del lenguaje Briseida
Flores Figueroa**
Jefa de Terapia del Habla

**Psicóloga y Terapista Ocupacional
Belinda Herrera**
Jefa de Terapia Ocupacional

Psicóloga Olivia Nicolescu de Valentín
Jefa de Psicología

Fisioterapista Francisca Lemus
Jefa a.i. de Fisioterapia

Licda. Trabajadora Social Mildred Argueta
Encargada de Trabajo Social

Licda. Leticia Gómez de Huinac
Superintendente de Enfermería

Grupo de desarrollo de actualización de la Guía, 2022

Dra. Karina Maribel Rodríguez Vásquez

Director Médico Hospitalario

Dra. Ana Beatriz Quevedo Galindo

Coordinadora de la Comisión GPC Hospital de
Rehabilitación

Dra. Wendy Susana Cheté Ortiz

Jefa de Servicio Médico Afecciones
Craneoencefálicas

Dra. Darina Desireé Sánchez Ríos

Médico Residente III

Dra. Karla Mishelle Mis Garrido

Médico Residente III

Dra. Melanie Sara Gabriela Morales Barahona

Médico Residente II

Psicóloga y Terapista del Lenguaje Briseida

De Jesús Flores Figueroa

Jefe en Funciones de Terapia del Lenguaje Adultos

Licenciada Mónica Jacqueline Díaz Ibarra

Supervisora de Fisioterapia

Licenciada Sadi Claribeth Elizabeth Flores

Juárez

Trabajadora Social

Psicóloga Brenda Nineth Guzmán de Torres

Psicóloga B

Terapista Ocupacional María del Carmen

Beatriz Guzmán

Terapista ocupacional

Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia

Dr. Edgar Campos Reyes

Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Erika Breshette López Castañeda

Subgerencia de Prestaciones en Salud

Declaración de conflicto de interés

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta guía tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.

Prólogo

¿En qué consiste la medicina basada en evidencia?

Podría resumirse, como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible **–la evidencia–**, para aplicarla a la práctica clínica.

El nivel de evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación. (Tabla 1)

Tabla 1. Niveles de evidencia*

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

* **Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford.**

****All or none (Todos o ninguno):** Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

Fuente: Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluz de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el **nivel de evidencia**; y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales. (Tabla 2)

Tabla 2. Significado de los grados de recomendación

Grado de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendable favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de desarrollo acuerda.

Fuente: Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluz de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

Las guías de práctica clínica basadas en evidencia, son los documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes, etc.).

1a

En ellas, el lector encontrará al margen izquierdo de los contenidos, el **nivel de evidencia 1a** (en números y letras minúsculas, con base en la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) de los resultados de los estudios los cuales sustentan

A

el **grado de recomendación de buena práctica clínica**, que se anota en el lado derecho del texto **A** (siempre en letras mayúsculas con base en la misma tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

Las guías, desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, de diagnósticos y terapéuticas farmacológicas y otras.

Las guías de práctica clínica no pretenden describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las guías de práctica clínica basada en evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por sus siglas en inglés Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la propiedad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido como **“los elementos esenciales de las buenas guías”**, incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

En el IGSS, el programa de elaboración de guías de práctica clínica es creado con el propósito de ser una herramienta de ayuda en el momento de tomar decisiones clínicas. En una guía de práctica clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. **De ahí, la importancia del propio juicio clínico.**

Sin embargo, este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria, como a los del nivel especializado, un referente en su práctica clínica con el cual poder compararse.

Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de los profesionales –especialistas y médicos residentes– que a diario realizan una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la **Comisión de guías de práctica clínica** que pertenece a los proyectos educativos de la **Subgerencia de Prestaciones en Salud**, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra muchas horas de investigación y de trabajo, con el fin de plasmar con sencillez y claridad los diversos conceptos, evidencias y

recomendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares editados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, aplicable, práctica y de fácil revisión.

El IGSS tiene el alto privilegio de poner al alcance de sus profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo, esta Guía con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta noble institución.

*Comisión de guías de práctica clínica, IGSS,
Guatemala, 2022*

Abreviaturas

AFO	Ankle Foot Orthesis
EVA	Escala Análoga Visual del Dolor
FDA	Food and Drug Administration
HBA1C	Hemoglobina Glicosilada
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IVS	Invalidez, Vejez y Supervivencia
Mgs.	Miligramos
OMS	Organización Mundial de la Salud
RM	Resonancia Magnética
TC	Tomografía
TOCH	Terapia de ondas de choque extracorpóreas

Índice

1. Introducción	1
2. Objetivos	3
3. Metodología	5
4. Contenido	9
5. Glosario	43
6. Referencias bibliográficas	45

Guía de práctica clínica basada en evidencia sobre “Manejo de rehabilitación del ICTUS”

1. Introducción

El ICTUS es una enfermedad cerebral que se origina por un trastorno brusco de la circulación sanguínea. Esta alteración del flujo sanguíneo cerebral produce que una región determinada del cerebro deje de funcionar rápidamente.

El presente trabajo fue asesorado y elaborado por el equipo multidisciplinario conformado por: médicos fisiatras, fisioterapeutas, terapia del lenguaje, terapia ocupacional, psicología, psiquiatría y enfermería; quienes se dedican a la rehabilitación en el servicio de Lesiones Craneoencefálicas del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

La información recolectada se fundamenta en las labores cotidianas, en el estudio de guías de práctica clínica existentes, así como en reportes científicos de publicaciones recientes, y en la investigación de publicaciones de Internet, en las páginas de la Red Cochrane, CDC de Atlanta, entre otras. Los conocimientos relacionados evolucionan rápidamente obligando a una actualización constante con el fin de poder brindar la atención de mejor calidad posible.

2. Objetivos

General

Brindar las bases para el tratamiento de rehabilitación en el ICTUS, con el propósito que sea utilizado por el personal que presta atención a los pacientes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Específicos

1. Identificar las características epidemiológicas de la población afiliada y derechohabiente con secuelas de ICTUS.
2. Recomendar los diferentes métodos de intervención de tratamiento multidisciplinario.
3. Estandarizar el tratamiento, el equipo de autoayuda y el tiempo de atención en los pacientes con secuelas de ICTUS.
4. Promover el tratamiento temprano y oportuno en los pacientes post ICTUS.

3. Metodología

Definición de preguntas

1. ¿Qué se entiende por manejo de rehabilitación del ICTUS?
2. ¿Cuál es el manejo de rehabilitación del ICTUS?
3. ¿Cuál es el mejor momento de inicio y finalización del tratamiento del paciente con ICTUS?
4. ¿Cuáles son los criterios que deben tener los pacientes para ingreso a tratamiento?
5. ¿Qué criterios se deben tomar para la prescripción de órtesis y equipo de autoayuda en el paciente?

Criterios de inclusión de los estudios

- Idiomas: español e inglés
- Fechas de las publicaciones: 2014 al 2021
- Estudios con base científica confiable

Criterios de exclusión de los estudios

- Artículos y publicaciones publicados antes del 2014
- Artículos y publicaciones que impliquen algún costo

Estrategia de búsqueda

- Consulta de material electrónico.
- www.pubmed.com,
- www.bjm.com,
- www.cochrane.org,
- www.clinicalevidence.com
- www.psico-90@psicousac.edu.gt

Palabras clave. ICTUS, Rehabilitación, pronóstico, tratamiento, factores de riesgo, enfermedad cerebrovascular, secuelas.

Población diana

Pacientes adultos afiliados, derechohabientes, beneficiarios, pensionados y jubilados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), post ICTUS que son trasladados al Hospital de Rehabilitación o Unidades Médicas que cuenten con áreas de rehabilitación.

Usuarios de la guía

Profesionales médicos especialistas, médicos residentes y generales, personal de enfermería y técnico profesional.

Implicaciones para la práctica

En el manejo oportuno e integral del tratamiento de los pacientes post ICTUS

Fecha de la elaboración, revisión y año de publicación de esta guía

Elaboración durante mayo 2021 a febrero 2022

Revisión marzo 2022

Publicación año 2022

4. Contenido

Definición

1

El ICTUS es una enfermedad cerebral que se origina por un trastorno brusco de la circulación sanguínea. Esta alteración del flujo sanguíneo cerebral produce que una región determinada del cerebro deje de funcionar rápidamente.⁽¹⁾

C

1

Algunos ICTUS isquémicos pueden producirse por una lesión directa sobre una arteria y otros por una alteración en el corazón que favorece la liberación de trombos hacia la circulación cerebral. De este modo, según su causa, se clasifican los ictus isquémicos en aterotrombóticos, lacunares, cardioembólicos o de causa inhabitual; en los casos en que la causa no está completamente aclarada hablamos de ictus de origen indeterminado.⁽¹⁾

C

Epidemiología del problema

2

Según datos de la OMS, de los más de 57 millones de muertes que se producen al año en el mundo el ictus se disputa el tercer puesto (13%), después de las enfermedades de las arterias coronarias (17%) y el cáncer (17%). Esto significa que casi seis millones de personas al año fallecen por ictus, y de ellas dos tercios son de los países menos desarrollados⁽¹⁾ En países desarrollados como Estados Unidos de América, es la tercera causa de muerte, con una incidencia de 1,950 pacientes por millón de habitantes en un año. La supervivencia a un episodio

C

de ICTUS ocasiona incapacidad permanente con un costo estimado de \$ 188,000 por paciente al año. Los índices de morbilidad oscilan entre el 3 y 5%. Las causas más frecuentes de ICTUS son isquemia cerebral en un 75% y hemorragia cerebro-vascular en un 14%.

Aunque en gente joven (menores de 65 años) la importancia de la enfermedad vascular es menor, podemos decir que sigue siendo la segunda causa de muerte (680.000 muertes al año). El ictus supone unas 150.000 muertes al año en europeos menores de 65 años (6% de las muertes de hombres y 7% de las muertes de mujeres por debajo de esa edad). Las tasas de discapacidad, por edades, son ligeramente superiores en los varones hasta los 44 años, y a partir de los 45 se invierte la situación, creciendo esta diferencia a medida que aumenta la edad. ⁽¹⁾

Diagnóstico

En la actualidad no se dispone de un algoritmo establecido como patrón de referencia único para el diagnóstico de ICTUS, pero en la práctica clínica, se acepta que una evaluación basada en la combinación de características clínicas, imágenes, pruebas de laboratorio y seguimiento clínico proporciona el diagnóstico más completo. ⁽²⁾

Diagnóstico clínico

1

Historia clínica

Dependiendo de la localización del daño, el evento cerebro vascular puede cursar con diferentes signos y síntomas, como: alteración del estado de la conciencia, desorientación, alteraciones sensoriales, trastornos de la comunicación y el lenguaje, problemas visuales, vértigo, ataxia, hemiparesia o hemiplejía, espasticidad y tremor. ⁽³⁾

C

1

Examen físico

Pueden ser evidentes los hallazgos de:

Alteración de la conciencia, confusión, parálisis, paresia motora y/o sensitiva, espasticidad, falta de coordinación, reflejos osteotendinosos alterados, trastornos en los pares craneales, dispraxia, anosognosia, déficit campimétricos, disfunción cognitiva, perseveración, juicio y planificación alterados, impulsividad, ataxia, trastornos de la comunicación y lenguaje, labilidad emocional, entre otros. ⁽⁴⁾

C

1

Exámenes de laboratorio y estudios especiales.

Hemograma

Glicemia

Creatinina, Nitrógeno de Urea

Pruebas de coagulación

C

Resonancia Magnética Nuclear
Tomografía Axial Computarizada
Estudios de acuerdo a otras enfermedades
concomitantes⁽⁵⁾
Ultrasonido carotideo
Centellograma cerebral
Electrocardiograma
Ecocardiograma
Rayos X de tórax
Otros que se consideren convenientes. ⁽⁵⁾

Recomendación del grupo de desarrollo

Se recomienda que cuando se realice el traslado de un paciente con cuadro compatible de ICTUS, para tratamiento rehabilitativo al Hospital de Rehabilitación (IGSS) y unidades que cuentan con áreas de rehabilitación, debe llevar los resultados de los estudios de neuroimagen necesarios para documentar el tipo de daño. Estos estudios deben ser realizados en la unidad que traslada al paciente.

En la actualidad no se dispone de un algoritmo establecido como patrón de referencia único para el diagnóstico de ICTUS, pero en la práctica clínica, se acepta que una evaluación basada en la combinación de características clínicas, imágenes, pruebas de laboratorio y seguimiento clínico proporciona el diagnóstico más completo. ⁽²⁾

La Sociedad Americana de Neurorradiología, el Colegio Americano de Radiólogos y Sociedad de Cirugía Intervencionista elaboraron un consenso en el año 2013 en el que expusieron un protocolo de imagen para los pacientes con síntomas de ictus agudo, basándose en el escenario clínico y las opciones terapéuticas disponibles. ⁽⁶⁾

A continuación, se describen las recomendaciones expuestas:

- Pruebas de imagen para los pacientes con síntomas de ICTUS agudo: la primera etapa en la evaluación de estos pacientes consiste en la diferenciación entre ICTUS isquémico y hemorrágico. Se recomienda una tomografía (TC) sin contraste en los pacientes con ICTUS agudo para determinar la elección de los candidatos a tratamiento trombolítico. ⁽⁶⁾

2

- Pruebas de imagen para la evaluación de hemorragia intracraneal: la TC sin contraste es aceptada en los protocolos y es considerada patrón de referencia para su diagnóstico. A pesar de eso su sensibilidad y especificidad es desconocida. ⁽⁶⁾

b

- Pruebas de imagen para la detección de tejido viable: la imagen de Resonancia Magnética (RM) de perfusión es empleada en algunas instituciones para evaluar el desajuste perfusión/difusión, sin embargo, la superficie del desajuste

es muy variable, dependiente de los parámetros de perfusión y de los umbrales seleccionados. ⁽⁶⁾

- La TC perfusión es otro método utilizado para evaluar el núcleo isquémico y la penumbra. No existe consenso en el parámetro de perfusión óptimo que resulte más predictivo para evaluar la viabilidad del tejido y se necesita la estandarización de los métodos utilizados para definir el núcleo isquémico y la penumbra en esta técnica de imagen. ⁽⁶⁾
- Factores de riesgo modificables y no modificables durante tratamiento Rehabilitativo preventivo para nuevos eventos: (ver tabla 1)

Tabla 1.
Factores de riesgos modificables y no modificables
durante tratamiento Rehabilitativo preventivo
para nuevos eventos.

Factores de riesgo modificable	Objetivos de tratamiento
Hipertensión Arterial (más importante)	<p>Pacientes con Hipertensión Arterial: - < a 140/90 mmHg ó 10 mmHg de reducción en la PA sistólica y 5 mmHg en la diastólica. ⁽⁷⁾</p> <p>Pacientes con Diabetes Mellitus: <130/80 mmHg ó 10 mmHg de reducción en PA sistólica y 5 mmHg en diastólica. ⁽⁷⁾</p> <p>Pacientes sin Hipertensión Arterial: -<120/80 mmHg ó reducción de 10 mmHg en sistólica y 5 mmHg en diastólica. ⁽⁷⁾</p>
Dislipidemia	Niveles de colesterol LDL menor a 70 mg/dl o 50% de reducción en la línea basal. ⁽⁸⁾
Diabetes Mellitus	HBA1C <7% ²
Fumadores	Eliminar el hábito de fumar. Presentan 3 veces mayor de posibilidad de un Ictus. ⁽⁸⁾
Consumo de alcohol	Eliminar consumo de alcohol
Actividad física	30 minutos de ejercicio moderado por lo menos 3 días a la semana.
Dieta	Baja en grasas y sodio.

Fuente: Imaging recommendations for acute stroke and transient ischemic attack patients: A joint statement by American Society of Neuroradiology, the American College of Radiology and the Society of NeuroInterventional Surgery ⁽⁶⁾

- Factores de riesgo modificables pero menos documentados: uso de anticonceptivos orales, endocarditis no bacteriana, consumo de drogas, estrés, migraña, estado de hipercoagulabilidad e inflamación, ateromatosis aórtica, entre otros. ⁽⁷⁾

Tabla 2.
Factores de riesgo no modificables
pero menos documentados

Factores de riesgo no modificables	Objetivos de tratamiento
Edad	Incidencia de Ictus aumenta más del doble en cada década a partir de los 55 años. ⁽⁷⁾
Sexo	Masculino; 30% mayor que sexo femenino. ⁽⁷⁾
Factores hereditarios	Maternos o paternos. ⁽⁷⁾
Raza/etnia	Afroamericana. ⁽⁷⁾

Fuente: Factores de riesgo del Ictus (7)

Recomendación del grupo de desarrollo

Se recomienda que cuando se realice el traslado de un paciente con cuadro compatible de ICTUS, para tratamiento rehabilitativo al Hospital de Rehabilitación, debe llevar los resultados de los estudios de neuroimagen necesarios para documentar el tipo de daño. Estos estudios deben ser realizados en la unidad que traslada al paciente.

Tratamiento

Tratamiento Rehabilitativo

1

La rehabilitación del accidente cerebrovascular requiere un esfuerzo sostenido y coordinado de un gran equipo multidisciplinario, que incluye al paciente y sus objetivos, familiares y amigos, otros cuidadores (asistentes de cuidado personal), médicos especialistas en Medicina física y rehabilitación, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas de la comunicación, lenguaje y habla, psicólogos, trabajadores sociales y otros. La comunicación y la coordinación entre estos miembros del equipo son fundamentales para maximizar la eficacia. ⁽⁹⁾

C

Los candidatos de rehabilitación deben tener acceso a un equipo multidisciplinario y coordinado de rehabilitación que aborde el conjunto de áreas afectas. El equipo ideal está integrado por médicos especialistas en Medicina física y rehabilitación, médicos especialistas, fisioterapias, terapeutas ocupacionales, terapeutas del lenguaje, psicólogos o neuropsicólogos, personal de enfermería y trabajadores sociales. ⁽¹⁾

1

La rehabilitación precoz comprende desde la fase aguda hasta que el ICTUS está establecido. Debe ser proporcionada a todos los pacientes. El objetivo será la prevención de complicaciones, como retracciones articulares, contracturas de las extremidades paréticas, trombosis venosas o úlceras por presión.

C

Al paciente con ICTUS para inicio de tratamiento en las unidades de rehabilitación se le diseña un programa personalizado, con base a la lesión neurológica, por lo que debe cumplir algunos criterios de ingreso como:

- Tener un nivel de conciencia que le permita seguir algunas órdenes de dos pasos o más.

Se debe responder a la siguiente interrogante:

- ¿Puede el paciente recordar y aplicar lo aprendido 24 horas antes?
- Haber transcurrido por lo menos 48 horas sin avance de daño neurológico.
- No debe tener problemas de lesiones en piel, como; úlceras por presión, infección o que no presenta cierre adecuado de áreas quirúrgicas.
- Paciente debe estar con una ingesta alimentaria adecuada por vía oral.

Si estos criterios se cumplen, entonces se puede considerar que es el momento adecuado para trasladar al paciente con el propósito de recibir programa de rehabilitación.

Se dice que la mejoría funcional con tratamiento rehabilitativo se espera en un período corto de tratamiento (\pm 40 días), posteriormente la mejoría y el progreso son lentos. ⁽⁴⁾

Órtesis

1

De Paula y su equipo (2019). Uno de los recursos utilizados en rehabilitación para optimizar la marcha es la prescripción de Ankle Foot Orthesis (AFO) y los AFO más prescritos son AFO Fijo y AFO Articulado; sin embargo, no se sabe cuál de estas opciones es más eficaz para estas personas. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de diferentes tipos de órtesis de tobillo-pie, movilidad funcional y equilibrio dinámico en pacientes con ictus. (Estudio en fase de protocolo).⁽¹⁰⁾

c

Con base en el Acuerdo 466 (IGSS) Artículos 24, 76, 77, 79 y 80 para la prescripción del equipo ortopédico y protésico:

1

Uso de órtesis aplicables en casos de ICTUS:

Las órtesis se emplean para:

- Ayudar
- Resistir
- Alinear
- Simular la función de una parte del cuerpo de uso externo y sin intervención quirúrgica.

c

Los materiales utilizados son polipropileno, duraluminio, cuero, poliuretano, resinas, epoxi o yeso. Cuando se prescribe una órtesis, resulta esencial determinar la necesidad del paciente para lograr la estabilidad medio lateral en el tobillo, el

levantamiento de los dedos, la estabilidad de la rodilla y el empuje simulado hacia arriba. ^(5, 11)

Las órtesis que se prescriben en ICTUS son:

- Férulas de buena posición de uso diurno y/o nocturno.
- Férula de buena posición con rollo antiespástico.
- Cabestrillo con arnés en ocho.
- AFO articulado o no articulado.
- Zapato ortopédico con AFO de duraluminio articulado o no articulado.

Uso de sillas de ruedas

1

Las sillas de ruedas mejoran el desplazamiento de las personas con discapacidad. En pacientes con hemiplejía, se necesita una silla liviana y plegable que pueda impulsarse con un brazo (debe contar con un doble comando de acuerdo a lo necesario) y cumplir con las condiciones físicas y cognitivas para el uso de la misma, sino se prescribe silla de ruedas para el desplazamiento con asistencia del cuidador, la altura del asiento debe ser lo suficientemente baja como para proporcionar una buena tracción sobre el piso. Las ruedas deben tener rayos para reducir el peso, las ruedas traseras deben ser neumáticas con cubierta lisa. Los frenos deben estar altos, el respaldo debe tener una altura estándar y los apoyabrazos que sean desmontables, los estribos deben ser abatibles, telescópicos y desmontables.

C

Las características de la silla prescrita dependerán de la evaluación del equipo multidisciplinario.

Recomendación del grupo de desarrollo de la Guía



Para la prescripción de silla de ruedas se recomienda lo siguiente:

- Diagnosticar y valorar las capacidades y el pronóstico del paciente, usando instrumentos estandarizados a nivel internacional.
- Evaluar el entorno en que se desenvolverá el paciente.
- Evaluar al paciente en razonamiento, visión, fuerza, seguridad de sí mismo, coordinación, estabilidad, equilibrio del tronco, postura, proporción corporal, diagnóstico médico y funcional.

Uso de equipo de autoayuda para la marcha

- Bastón de un punto o cuatro puntos
- Andador

Recomendaciones del grupo revisor de expertos de esta Guía

El grupo revisor recomienda que cuando se realice la próxima actualización de esta Guía, se pueda incluir:



- Documentar la experiencia en cuanto al progreso de la evolución clínica durante el tiempo de

tratamiento y por extremidades, dentro del Hospital de Rehabilitación, por medio de un estudio clínico.

- Desarrollar con mayor detalle la rehabilitación que se debe indicar por cada extremidad y área afectada.
- Determinar cuál de los diferentes instrumentos de medición de capacidad y de discapacidad debe ser estandarizado para uso en la Institución.

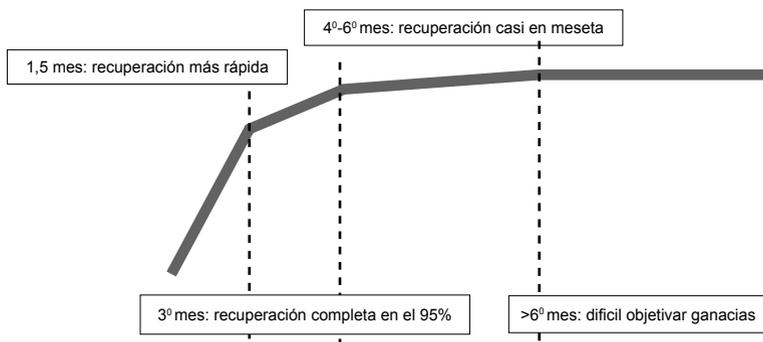
1

En una persona con ictus, la valoración precoz de su pronóstico de función a medio y largo plazo resulta esencial y diseñar objetivos realistas de rehabilitación y para planificar la derivación tras el alta hospitalaria.⁽¹²⁾

C

El estudio comunitario Copenhague Stroke Study muestra que el 95% de la recuperación se habrá logrado hacia el tercer mes, siendo más rápida (el 85%) en el primer mes y medio; entre los meses cuarto y sexto, la pendiente de recuperación es ligera, casi en meseta, y a partir del sexto mes apenas se objetiva mejoría, por lo que es en este momento cuando en términos generales puede plantearse la estabilización del cuadro.⁽¹²⁾ (fig. 1)

Figura 1
Patrón de recuperación típico en los pacientes
que han sufrido un ICTUS



Complicaciones prevenibles con las técnicas de Rehabilitación:

- Descondicionamiento intelectual
- Depresión
- Deterioro Físico
- Contracturas
- Úlceras por presión
- Infecciones urinarias
- Disfunción intestinal
- Trombosis venenosa profunda
- Subluxación de hombro en hemicuerpo afecto

Aspectos tratables durante el tratamiento con Rehabilitación:

1

- Parálisis y debilidad,
- Espasticidad,
- Falta de coordinación,
- Dispraxia,
- Déficit sensitivo,
- Disfunción cognitiva,
- Déficit en las actividades de la vida diaria,
- Trastornos de la comunicación, lenguaje y habla
- Aspectos profesionales.⁽⁴⁾

C

Tratamiento farmacológico

Tratamiento de la espasticidad

Espasticidad:

1

Es una de las manifestaciones más frecuentes del síndrome piramidal, definido por Lance “un trastorno motriz caracterizado por un aumento del reflejo tónico de estiramiento (tono muscular), con reflejos osteotendinosos exagerados, debido a una hiperexcitabilidad del reflejo miotático”⁽¹³⁾

C

Medicamentos:

- Tizanidina
- Toxina Botulínica
- Baclofén

Tizanidina: (código. 888):

La Tizanidina es efectiva en la espasticidad tanto espinal como cerebral. La dosis recomendada es de 4 mg. cada 24 horas, la dosis deberá ser readecuada según la evolución del paciente.

Toxina Botulínica: (código. 913)

Existen aún varios aspectos por conocer en relación al tratamiento con este medicamento.

La respuesta varía considerablemente entre unos pacientes y otros, incluso al utilizarla con la misma indicación clínica.

Posiblemente buena parte de ella depende de la técnica de la infiltración, dosis por cada fascículo muscular, la técnica para identificar los músculos afectados así como de la periodicidad de las infiltraciones y la variabilidad de las dosis. (No solo en función de la espasticidad pasiva, sino también en función de la alteración del movimiento activo). (14)

Hasta el momento de la publicación de la presente Guía, la Toxina Botulínica fue aceptada por la FDA para tratamiento de espasticidad (desde marzo 2010) la dosis recomendada queda a criterio y experiencia del médico rehabilitador.

1

Lannin y su equipo (2020), administraron toxina botulínica “A” (vial de 100 unidades, que tiene aprobación para la espasticidad de las extremidades superiores después de un accidente cerebrovascular)

b

a los participantes a través del Programa de Beneficios Farmacéuticos, la dosis máxima utilizada fue de 600 unidades (volumen máximo por sitio = 0,5-1,0 ml). Se registraron los músculos inyectados y las unidades por músculo. Adicional a la aplicación recibieron 3 meses de entrenamiento de movimiento basado en evidencia, mejorando la fuerza muscular de prensión de la mano, hubo pequeñas mejoras en la espasticidad, contractura, dolor y carga de cuidado (como limpiar la palma, cortar las uñas, vestirse y limpiar debajo de la axila).⁽¹⁵⁾

Baclofén (*)

El principal efecto terapéutico logrado es la disminución de los flexores dolorosos.

(*)Al momento de la publicación de esta Guía, este medicamento no se encontraba en el listado de medicamentos del IGSS.

Otros tratamientos rehabilitativos para tratar la espasticidad:

Vendaje neuromuscular:

1

Huang y su equipo (2019). Aplicaron vendaje sobre la región dorsal de la mano afectada junto con programa de tratamiento rehabilitativo, mostrando resultados satisfactorios en la quinta semana del tratamiento reduciendo la espasticidad y mejorando el rendimiento motor de la mano en pacientes con accidente cerebrovascular subagudo.⁽¹⁶⁾

b

Terapia de ondas de choque extracorpóreas:

1

Taheri y su equipo (2017). Concluyen que el TOCH en combinación con medicamentos antiespásticos orales y ejercicios de estiramiento podría ser útil para mejorar la espasticidad en pacientes con accidente cerebrovascular. ⁽¹⁷⁾

b

Tratamiento de dolor

1

El dolor es una sensación desagradable que generalmente constituye una señal de alarma con respecto a la integridad del organismo. Para el Diccionario de la Lengua Española es “una sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior”.

c

Tratamiento con AINES

- Acetaminofén (código 931) Oral, 500 mg. cada 6 horas.
- Ibuprofeno (código 944) Oral, 400 mg. cada 8 horas.
- Diclofenaco (códigos 926, 967) Oral, 50 mg. cada 8 horas; IM, 75 mg. cada 24 horas.
- Proglumetacina (código 901) Oral, 150 mg. cada 12 horas.
- Aceclofenaco (código 924) Oral, 100 mg. cada 12 horas.

Otros tratamientos para el manejo de dolor de hombro hemipléjico:

Vendaje neuromuscular:

1

Huang y su equipo (2016). El vendaje neuromuscular puede limitar el desarrollo de dolor de hombro hemipléjico y mejorar la flexión del hombro en pacientes con ictus subagudo con hombros flácidos durante la rehabilitación hospitalaria. Los resultados fueron satisfactorios para disminuir el dolor, sin embargo los pacientes con accidente cerebrovascular subagudo con hemiplejía, es posible que no proporcione mejoras en la función de las extremidades superiores, la actividad diaria y la calidad de vida. ⁽¹⁸⁾

C

Dolor neuropático:

El dolor neuropático es un grupo heterogéneo de condiciones dolorosas causadas por lesión o enfermedad del sistema nervioso central o periférico.

El tratamiento puede variar de acuerdo al paciente, criterio y experiencia del médico, en base a la Escala Análoga Visual del Dolor (EVA) de la OMS.

Tratamiento no farmacológico

1

Para lograr el éxito de un programa de rehabilitación el médico rehabilitador deberá plantearse objetivos concretos mediante la identificación de los problemas físicos que incapaciten al paciente e influyan en su familia, estos objetivos deben ser el logro de un desempeño funcional óptimo en el hogar y en la comunidad durante toda la vida, por

C

medio de un equipo interdisciplinario que idealmente será coordinado por un médico especialista en rehabilitación, se incluirán además, profesionales en fisioterapia, terapeutas ocupacionales, terapeutas del lenguaje, psicólogos, trabajadores sociales, personal de enfermería, orientadores profesionales, técnicos en prótesis y órtesis y otras especialidades afines a la rehabilitación. ⁽⁴⁾

Programa terapéutico en la rehabilitación precoz:

Se iniciará desde el primer contacto con el paciente, e incluirá cambios posturales durante el día y cada tres o cuatro horas durante la noche, uso de almohadas para evitar posturas incorrectas en las extremidades.

Si el paciente no tiene hemorragia subaracnoidea se puede iniciar movilización tanto activa como pasiva y luego sentarlo en un sillón siempre que la situación clínica lo permita; si se sospecha la presencia de hemorragia se evitará efectuar maniobras hasta pasadas tres semanas para evitar resangrados. ⁽¹⁹⁾

Rehabilitación del paciente con ICTUS establecido o rehabilitación tardía:

Se inicia tras la fase aguda cuando se demuestra que está establecido el ICTUS. El programa se realiza por medio del equipo interdisciplinario diseñado de acuerdo a las necesidades del paciente y según su condición clínica así como de los objetivos planteados. ⁽⁴⁾

1

C

Programa rehabilitativo de fisioterapia

1

Técnicas neurofisiológicas para incrementar flexibilidad, fuerza muscular, resistencia así como técnicas para facilitar la locomoción y lograr mayor grado de independencia en actividades de la vida diaria. Neuro-facilitación y reeducación con ejercicios activos y pasivos de las cuatro extremidades.

c

Reeducación en la marcha

1

La mayoría de los pacientes volverán a caminar con un adecuado entrenamiento y hasta el 85% de los que presentan debilidad permanente pueden ser autónomos con o sin ayuda de auxiliares de la marcha, según el caso (bastón de uno, tres o cuatro puntos; muletas tipo bastón, axilares y andadores).

a

La reeducación en la marcha comienza desde la fase de encamamiento. Se inicia con actividades de cambio de peso, bipedestación y equilibrio, posteriormente se usarán barras paralelas, andadores, muletas o bastón. En ocasiones se precisan órtesis para facilitar la marcha y prevenir contracturas. (AFO articulado y no articulado)

Ejercicios de miembro superior

Se debe evitar la subluxación del hombro con la colocación de una almohada, férula o cabestrillo, iniciar ejercicios de elevación, movilización y masaje para el miembro afecto y no afecto, cuando la función retorna se comenzará con ejercicios de prensión, flexoextensión de muñeca y dedos. ^(19, 20)

Recomendación del grupo de desarrollo de la Guía

El tratamiento fisioterapéutico en ICTUS se basa en técnicas neurofisiológicas específicas, cuya finalidad será conseguir la máxima independencia funcional mediante entrenamiento físico de las habilidades diarias y ejercicios de fortalecimiento y flexibilidad. Es preciso que cada tratamiento sea planificado en forma individual para cada caso de acuerdo a la evaluación y evolución del paciente.

Programa rehabilitativo de terapia ocupacional

1

Valoración y tratamiento de actividades de la vida diaria, actividades motoras, sensibilidad táctil, propioceptiva, así como valoración y tratamiento del déficit cognitivo, valoración y uso de férulas. ⁽²¹⁾

C

Se efectúa de acuerdo a la evaluación funcional de los miembros superiores, dirigidas a mejorar las tareas domésticas, actividades de la vida diaria y retorno laboral. Dentro de las actividades de la vida diaria deben usarse todas las capacidades funcionales brindando recomendaciones a la familia para modificar las áreas físicas necesarias en el domicilio para potenciar la autonomía del usuario.

Se procurará minimizar en lo posible las barreras arquitectónicas. Dentro de los ejercicios que se prescriben están actividades que incrementen fuerza muscular y amplitudes articulares, por medio de actividades recreativas y educacionales, de acuerdo

al caso se indicará cambio de dominancia así como estimulación sensorial y cognitiva. ⁽²¹⁾

Asimismo se hará una evaluación ortésica con uso de férulas, adaptaciones y uso de cabestrillo. En terapia ocupacional debe evaluarse las capacidades funcionales para el retorno laboral e indicar actividades que faciliten dicho proceso.

La terapia ocupacional ofrece un tratamiento global que abarca las áreas funcionales, motriz sensorial, perceptiva y cognitiva. Según la valoración realizada se brindará plan educacional al usuario, cuidador y a la familia para mejorar la independencia en el hogar. ⁽²¹⁾

1

El objetivo que se plantea el área de Terapia Ocupacional es la rehabilitación o mantenimiento de las capacidades del individuo desde el punto de vista de la globalidad, con el fin de conseguir la máxima independencia posible, promover la salud y mejorar la calidad de vida del usuario. ⁽²¹⁾

c

La intervención del Terapeuta Ocupacional incluye la evaluación mediante la observación clínica estructurada, así como a través de la administración de pruebas estandarizadas o no.

Recomendación del grupo de desarrollo de la Guía

Se sugiere considerar que cada individuo es único y por lo tanto la evaluación y tratamiento que se lleva a cabo sobre ellos será diferente dependiendo de sus capacidades así como de sus limitaciones. No existen prescripciones como tampoco técnicas únicas, el trabajo permitirá aplicar todos los conocimientos de forma coherente y eficaz para poder atender las necesidades específicas de cada usuario.

Con el propósito de elaborar un plan de tratamiento rehabilitativo, se deben efectuar las siguientes valoraciones:

- Valoración en actividades básicas de la vida diaria.
- Valoración motora.
- Valoración de la sensibilidad táctil y propioceptiva.
- Valoración de déficit perceptivo/cognitivo.
- Valoración del uso de férula, cabestrillo o adaptaciones.

Programa Rehabilitativo de Terapia del Lenguaje Adultos

1

Se basa en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la comunicación, lenguaje, habla, voz, audición y deglución en pacientes con ICTUS.

C

El objetivo del programa es promover en el paciente la máxima funcionalidad, tanto comunicativa como alimentaria.

La afasia es un trastorno del lenguaje que se caracteriza por la pérdida parcial o total de las habilidades lingüísticas previamente adquiridas (expresivas, receptivas o las dos), así como sus componentes: semántico, fonológico, morfológico y sintáctico, como consecuencia de una lesión en las áreas cerebrales que controlan su emisión y comprensión. ⁽²²⁾

Las dificultades van a abarcar el lenguaje oral, escrito y gestual, tanto en su aspecto expresivo como comprensivo.

1

La evaluación de la afasia debe desarrollarse de tal manera que englobe toda la capacidad comunicativa; de ahí que una evaluación completa incluya varias pruebas del lenguaje, tanto oral como escrito (por ejemplo, repetición, habla espontánea, lectoescritura, fluidez verbal), y de comunicación no verbal. El test de Boston (Boston Diagnostic Aphasia Exanimación, Goodglass, Kaplan y Barresi, 2000) es una de las pruebas más conocidas e implementadas en la evaluación de la afasia. ⁽²²⁾

c

El programa de intervención (virtual o presencial) se basa en un trabajo funcional para el paciente, potenciando las capacidades que se conservan y recuperar o sustituir las pérdidas.

En el tratamiento se utilizan las siguientes estrategias:

- Estrategias de facilitación, dirigidas a ayudar al paciente a recuperar información o habilidades, y estrategias de reaprendizaje o restablecimiento, dirigidas a enseñar nuevamente habilidades perdidas.
- Estrategias de reorganización o sustitución, cuando el paciente debe aprender información o utilizarla de manera no convencional.
- Estrategias de adaptación o compensación, cuando no es posible recuperar la habilidad perdida y es necesario utilizar otra en su lugar.

Anomia: dificultad para encontrar o recuperar palabras, puede ser un síntoma de la afasia o un cuadro independiente. Se define también como la incapacidad en la selección de una palabra, o en la recuperación de los nombres de los conceptos. ⁽²³⁾

El tratamiento se enfoca en técnicas de denominación

1

Disartria: es una alteración en la programación o ejecución motora del habla de origen neurológico del sistema nervioso central o periférico que produce alteraciones en la fuerza, el tono, la velocidad y la precisión de los movimientos realizados por la musculatura de los mecanismos que participan en la producción del habla, provocando alteraciones en la articulación de los fonemas. ⁽²⁴⁾

C

La apraxia del habla: es un trastorno motor de origen neurológico y adquirido, caracterizado por una dificultad para planear, programar y secuenciar movimientos voluntarios del habla.

La sección de expresión oral del test de Boston (Goodglass y otros, 2001), en la que el paciente debe repetir palabras y frases, denominar imágenes, nombrar palabras, o leer, también puede aplicarse para la detección de la apraxia. (22)

Fatiga vocal: Es la disminución del volumen de la voz.

La disfagia: es la dificultad para pasar el alimento o la bebida de la boca a la faringe y al esófago. Se caracteriza por déficit en el reflejo nauseoso. Puede afectar a la fase oral, a la faríngea o a la esofágica del proceso de deglución. (23, 25)

1

Trastorno de la comunicación social: También llamado trastorno de la comunicación pragmática, se basa en la existencia de dificultades a la hora de usar el lenguaje de una manera adecuada al contexto. No hay problemas en comprensión ni en emisión, pero sí de emplear el lenguaje correcto en el momento preciso.

c

Trastorno comunicativo cognitivo: Dificultades de la comunicación relacionadas con déficit lingüísticos, así como funciones cognitivas no lingüísticas principalmente atención, memoria y funciones ejecutivas. Las causas más comunes del trastorno cognitivo comunicativo son evento

cerebrovascular y trauma craneoencefálico, y es una etiqueta diagnóstica muy recurrente en el quehacer fonoaudiológico.⁽²⁶⁾

Recomendación del grupo de desarrollo de la Guía

La función de Terapia del Lenguaje es evaluar, diagnosticar y brindar tratamiento de las afecciones del lenguaje. El objetivo principal es establecer un medio de comunicación.

√

Programa rehabilitativo en trastornos psicológicos

Todo paciente con evento cerebrovascular debe ser abordado por un profesional experto o con conocimientos en Neuropsicología, el cual debe de realizar su trabajo clínico en coordinación con los miembros del equipo interdisciplinario del Hospital de Rehabilitación.⁽²⁷⁾

La rehabilitación cognitiva es la utilización de apoyos con el fin de que la persona con déficits cognitivos pueda retomar de manera segura, productiva e independiente sus actividades cotidianas y de manera adaptativa. La aplicación de la misma debe ser individualizada. Se requiere un trabajo conjunto con la familia y el paciente.⁽²⁷⁾

Se debe tomar en cuenta la parte afectiva y emocional que frecuentemente se ve afectada por la lesión cerebral. Dentro de los más frecuentes aparecen

síntomas de depresión y de ansiedad así como sentimientos de miedo, frustración, desorientación, alteraciones de memoria, atención, perceptivas y ejecutivas.⁽²⁷⁾

Algunos de los objetivos de la Rehabilitación Cognitiva son el trabajo conjunto, asegurar la autonomía personal y ayudar a la socialización, favorecer la estimulación de las funciones y acompañar al paciente y a la familia en el logro del *insight* en relación a las limitantes.⁽²⁷⁾

5

Dentro de las técnicas que se utilizan están: Terapia de Reminiscencia, Terapia de orientación a la realidad, Gimnasia cerebral, Estrategias compensatorias, Intervenciones directas, Modificaciones ambientales, cognitivas y conductuales, Musicoterapia, Biblioterapia, Técnicas de relajamiento, Logoterapia.

✓

Programa rehabilitativo de enfermería

1

El entrenamiento del autocuidado por el personal de enfermería debe comenzar tempranamente ante el cuadro establecido de ICTUS, el paciente debe aprender el uso de las extremidades menos afectadas para girar en la cama y autoalimentarse y puede comenzar a llevar a cabo algunos aspectos de higiene personal como bañarse y finalmente adquirir la posición de sedestación sobre el borde de la cama sin ayuda, debe aprender a trasladarse a un inodoro y a regular esfínteres también de forma independiente, debe aprender a ser responsable en su arreglo personal.

c

Las úlceras por presión constituyen un problema de salud que afecta a todos los sistemas sanitarios desarrollados. Existe un amplio grado de consenso en considerar que la prevención constituye el método más eficiente de abordar el problema.

La valoración del riesgo es un aspecto clave en la prevención. El objetivo de la valoración del riesgo es la identificación de los individuos que necesitan medidas de prevención y de la identificación de los factores específicos que los ponen en situación de riesgo. Para ello se utilizan escalas de valoración de riesgo.

El programa de enfermería va encaminado a adquirir dos habilidades básicas: autocuidado y regulación de esfínteres.⁽¹¹⁾ Asimismo considerará las medidas de prevención e identificación de los factores que ponen en riesgo al paciente en cuanto a la formación de úlceras por presión.

Recomendación del grupo de desarrollo de esta Guía

Además de lo indicado anteriormente se recomienda apoyo y orientación al paciente y la familia al ingreso, estancia hospitalaria y egreso del servicio hospitalario, la movilización de los pacientes con falla de movilidad, identificación de riesgos para evitar úlceras por presión; dentro del autocuidado también reeducar en acciones básicas como asistirlo en su alimentación, capacitar a la familia para cuidado

√

en casa, proporcionar apoyo emocional y asistir al paciente para que logre el control de sus esfínteres.

Programa rehabilitativo en el campo del Trabajo Social

Esta labor estará orientada a la investigación y orientación socioeconómica en lo relacionado al estatus social, familiar y laboral de los usuarios durante el proceso rehabilitativo. ⁽¹⁹⁾

Evalúa los derechos y obligaciones de los pacientes según su estado al momento del tratamiento como: afiliados, beneficiarios, jubilados y pensionados; brindándoles la información sobre los mismos al paciente y a la familia.

Orienta sobre trámites de jubilación por discapacidad, el conteo de semanas, prestaciones en dinero y en servicios. Asimismo evalúa el derecho a equipo en juntas y visitas interdisciplinarias. Con base en el Acuerdo 466 de Junta Directiva, Reglamento sobre protección relativa a enfermedad y maternidad, Acuerdo 468 de Junta Directiva, Reglamento sobre prestaciones en dinero.

La sección de Trabajo Social es la encargada de informar sobre los trámites de IVS en el IGSS y los criterios que debe llenar el mismo y los requisitos que se deben cumplir basándose en el Acuerdo 1124 de Junta Directiva (IGSS), “Reglamento sobre protección relativa a invalidez, vejez y sobrevivencia”.

Recomendación del grupo de desarrollo de la Guía

5

Se recomienda, dar seguimiento para que se cumplan los procesos administrativos en lo relacionado a prestaciones de acuerdo a los normativos vigentes.

√

Programa rehabilitativo de reorientación laboral

En pacientes jóvenes, según un estudio de la Universidad de Minnesota se encontró que el 54% de los más jóvenes había retornado a sus labores habituales, que variaban desde un empleo de tiempo completo o de tiempo parcial. Se debe considerar la restitución de la rehabilitación profesional para todos aquellos pacientes con ICTUS establecido que están debajo de la edad de jubilación.

Los integrantes del equipo de reorientación profesional deben estar conformados por el Médico Rehabilitador, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, y Trabajadora Social. Ellos evalúan la capacidad física, mental y vocacional del paciente, así como las readaptaciones logradas por la rehabilitación y planifican la inserción, reinserción o reubicación laboral.

5. Glosario

Anosognosia: Característica común pero variable en la enfermedad de Alzheimer (EA). Incapacidad de introspección del paciente respecto a los déficits cognitivos y a las alteraciones del comportamiento.

Apraxia: Incapacidad de ejecutar las tareas motoras intencionadas y aprendidas con antelación como consecuencia de una lesión cerebral, pese a la capacidad física y a la voluntad para hacerlo.

Ataxia: Desorden, irregularidad, perturbación de las funciones del sistema nervioso.

Deglución: Paso de los alimentos u otras sustancias desde la boca hacia el estómago.

Disartria: Dificultad para la articulación de las palabras causadas por la falta de coordinación de la faringe, laringe, lengua, ocurre cierta afectación de estructuras nerviosas pero los centros corticales del lenguaje están intactos.

Dislipidemia: Concentración elevada de lípidos (colesterol, triglicéridos o ambos)

Dispraxia: Falta de organización del movimiento, pérdida parcial de la capacidad de desarrollar propositivos de una manera coordinada.

Hemiparesia: Parálisis incompleta que afecta un lado del cuerpo.

ICTUS: Ataque súbito y violento, se aplica a accidente cerebrovascular que es el resultado de la interrupción repentina del riego sanguíneo en el cerebro.

Infiltraciones: Técnica que consiste en colocar una inyección de una sustancia, normalmente analgésica, en el interior de un tejido o articulación. Se utiliza para mitigar o eliminar el dolor en distintas zonas del aparato músculo-esquelético.

Insight: Fenómeno cognitivo en el que se llega a la solución o comprensión de un conflicto en asociación con una vivencia afectiva de sorpresa y certeza ante el descubrimiento.

Migraña: Es un tipo de cefalea de gran intensidad, aguda y recurrente, se manifiesta con dolor de tipo pulsátil que afecta a un solo lado de la cabeza y que puede estar acompañado de náuseas, vómitos o sensibilidad a la luz.

Vértigo: Trastorno del sentido del equilibrio caracterizado por una sensación rotatoria del cuerpo o de los objetos que lo rodean.

6. Referencias bibliográficas

1. Castillo Sánchez, J., & Jiménez Martín, I. (2015). Reeducción Funcional tras un ICTUS. España: Elsevier.
2. Sabalette T, Carlos Gil A, Navarro C, Gómez I, Rodríguez R. Assesment of neuroimaging techniques in acute stroke. Executive summary. Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad. Andalucía, España; 2015; pág.29-3.
3. Laurence M.Tierney Tr.Md. Maimed Papadakos, M.M., Stephen J Mc Phi, M.D., Diagnóstico Clínico y Tratamiento; México Santafé Bogotá 1995.
4. Krusen, Kottke, Lehmann. Medicina Física y Rehabilitación, Rehabilitación de Pacientes con Ictus Establecido, Editorial Panamericana 1993.
5. Hackett Mc. Anderson Cs, House Ago. Intervenciones para el Tratamiento de la Depresión Posterior al Accidente Cerebrovascular. Biblioteca Cochrane plus Issue 3, 2007 Oxford.
6. Wintermark M, Sanelli PC, Albers GW, Bello J, Derdeyn C, et al. Imagining recommendations for acute stroke and transient ischemic attack patients: A join statement by American Society of Neuroradiology, the American College of Radiology and the Society of NeuroInterventional

Surgery. AJNR Am J Neuroradiol; 2013; 34(11): 59-57.

7. Martínez-Vila E, Irimia P. Factores de riesgo del Ictus. Anales sis Navarra, España; 2000. Vol 23, suplemento 3. Pág. 3-7.
8. Collins R, McMahon S. Blood pressure, antihypertensive drug treatment and risks of stroke and of coronary heart disease. Br Med Bull 1994; 50: 272-298.
9. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. Aha Journals [en línea]. 2016 [citado el 20 Jul 2021] Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000098>
10. De Paula GV, da Silva TR, de Souza JT, Luvizutto GJ, Bazan SGZ, Modolo GP, Winckler FC, de Oliveira Antunes LC, Martin LC, da Costa RDM, Bazan R. Effect of ankle-foot orthosis on functional mobility and dynamic balance of patients after stroke: Study protocol for a randomized controlled clinical trial. Medicine (Baltimore). 2019 Sep;98(39):e17317. doi: 10.1097/MD.00000000000017317. PMID: 31574862; PMCID: PMC6775434.
11. Pollock A, Baer G Pomero y U, Langorne P. Enfoques de Tratamiento Fisioterapéutico para la Recuperación del Control Postural y la Función del Miembro Inferior, después de un accidente

cerebrovascular. *Bibliotheca Cochrane plus Issue, 2*, 2007 Oxford.

12. Castillo J, Jiménez I. *Reeducación funcional tras un ictus*. Barcelona: Elsevier España; 2015. Capítulo 9. Rehabilitación del ictus cerebral: evaluación, pronóstico y tratamiento; p. 86-104
13. Lance JW. Symposium synopsis. En: Feldman RG, Young RR, Koella WP, eds. *Spasticity: disordered motor control*. Miami: Symposia Specialist. pp. 485-500, 1980
14. Cano de la Cuerda, Colado Vásquez. *Neurorrehabilitación, Métodos específicos de Valoración y tratamiento*. Editorial Panamericana edición 2012.
15. Lannin NA, Ada L, English C, Ratcliffe J, Faux SG, Palit M, Gonzalez S, Olver J, Cameron I, Crotty M; InTENSE Trial Group. Effect of Additional Rehabilitation After Botulinum Toxin-A on Upper Limb Activity in Chronic Stroke: The Intense Trial. *Stroke*. 2020 Feb;51(2):556-562. doi: 10.1161/STROKEAHA.119.027602. Epub 2019 Dec 9. Erratum in: *Stroke*. 2020 Feb; 51(2):e45. PMID: 31813359; PMCID: PMC7004444.
16. Huang YC, Chen PC, Tso HH, Yang YC, Ho TL, Leong CP. Effects of kinesio taping on hemiplegic hand in patients with upper limb post-stroke spasticity: a randomized controlled pilot study. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2019 Oct;55(5):551-

557. doi: 10.23736/S1973-9087.19.05684-3.
Epub 2019 Jun 13. PMID: 31199103.

17. Taheri P, Vahdatpour B, Mellat M, Ashtari F, Akbari M. Effect of Extracorporeal Shock Wave Therapy on Lower Limb Spasticity in Stroke Patients. *Arch Iran Med.* 2017 Jun;20(6):338-343. PMID: 28646841.
18. Huang YC, Leong CP, Wang L, Wang LY, Yang YC, Chuang CY, Hsin YJ. Effect of kinesiology taping on hemiplegic shoulder pain and functional outcomes in subacute stroke patients: a randomized controlled study. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2016 Dec;52(6):774-781. Epub 2016 Aug 30. PMID: 27575012.
19. Ruskin.Md. Current Therapy in Phisiatry Fiscal Medicine and rehabilitation. Peg, 5-81. W.B Saunders Company Philadelphia, London, Toronto, México, Rio de Janeiro, Sydney, Tokyo 1993.
20. Majid, Mj, Lincoln NB, Weidman N. Rehabilitación Cognoscitiva para déficit de memoria después de un accidente cerebrovascular. Biblioteca Cochrane Plus, 3 2007 Oxford.
21. Herrera Huiza, I. L. (2020). Roles ocupacionales en los cuidadores de personas con accidente cerebrovascular del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Lima-2018.

22. Moya-Galé, G. (Ed.) (2020). Evaluación y diagnóstico en logopedia. Vol. I: población adulta. Barcelona, Editorial UOC. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/uscg/126404?page=106>, 111, 117 – 118, 144.
23. Cerebro y Lenguaje. Diéguez-Vide, Peña-Casanova. Ed. Panamericana. Madrid. 2012. Pág.286.
24. Angiono, V. A. Coscueta, M.P. y Fernández Reuter, C. (2019). Manual de los trastornos de la comunicación, el lenguaje y el habla: una mirada interdisciplinaria en niños y adultos. Córdoba, Editorial Brujas. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/uscg/117555?page=152>.
25. Tápias Oller, A. y Tápias Ollrer, A. (2015). La logopedia. Barcelona, Spain: Editorial UOC. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/uscg/58449?page=89>.
26. Imbiado Lillo, M. (2019). Trastorno Cognitivo-comunicativo. Areté issn-I: 1657-2513, 19 (2), 43-48.
27. Alegri R, Arango J, Cuetos F. Rehabilitación Neuropsicológica. Editorial Manual Moderno, México; 2006. Pag. 2-3,5.



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

7a. avenida 22-72 zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica
PBX: 2412-1224
www.igssgt.org



ISBN: 978-9929-795-22-8



9 789929 795228