

Rehabilitación posterior al ataque cerebral

Introducción

En los Estados Unidos, más de 700000 personas sufren de ataque cerebral cada año, y aproximadamente dos tercios de estos sobreviven y requieren de rehabilitación. Las metas de la rehabilitación son ayudar a los sobrevivientes a volverse tan independientes como sea posible y a lograr la mejor calidad de vida posible. Aunque la rehabilitación no “cura” los efectos del ataque cerebral ya que no revierte el daño cerebral, la rehabilitación puede sustancialmente ayudar a las personas a alcanzar el mejor resultado posible a largo plazo.

Un ataque cerebral isquémico o “accidente cerebrovascular” se produce cuando las células cerebrales mueren debido al flujo sanguíneo inadecuado. Cuando se interrumpe el flujo sanguíneo, las células cerebrales se privan de suministros vitales de oxígeno y nutrientes. Alrededor del 80 por ciento de los ataques cerebrales están causados por el bloqueo de una arteria en el cuello o el cerebro. Un ataque cerebral hemorrágico (o “derrame”) está causado por la explosión de un vaso sanguíneo en el cerebro que causa hemorragia dentro o alrededor del cerebro.

¿Qué es la rehabilitación posterior al ataque cerebral?

La rehabilitación ayuda a los sobrevivientes del ataque cerebral a volver a aprender aptitudes que se han perdido cuando se daña parte del cerebro. Por ejemplo, estas aptitudes pueden incluir la coordinación de los movimientos de las piernas con el fin de caminar o llevar a cabo los pasos involucrados en cualquier actividad compleja. La rehabilitación también le enseña a los sobrevivientes nuevas maneras de realizar tareas para sortear o compensar cualquier discapacidad residual. Las personas podrían necesitar aprender a bañarse y vestirse usando una sola mano, o cómo comunicarse eficazmente cuando su capacidad para usar el lenguaje se ha comprometido. Existe un fuerte consenso entre los expertos en rehabilitación que el elemento más importante en cualquier programa de rehabilitación es la práctica repetitiva, bien enfocada y cuidadosamente dirigida—el mismo tipo de práctica usada por todas las personas cuando aprenden una nueva aptitud, como tocar el piano o lanzar una pelota de beisbol.

La terapia de rehabilitación comienza en el hospital después de haber estabilizado el estado general de la persona, a menudo entre las 24 a 48 horas posteriores al ataque cerebral. Los primeros pasos implican promover el movimiento independiente debido a que muchas personas están paralizadas o seriamente debilitadas.

Se induce a los pacientes a cambiar frecuentemente de posición mientras yacen en la cama y a participar en ejercicios pasivos o activos de rango de movimiento para fortalecer sus miembros afectados por el ataque cerebral. (Los ejercicios “pasivos” de rango de movimiento son aquellos

Rehabilitación posterior al ataque cerebral

LMCV – 10 - 2014

en los que el terapeuta ayuda activamente al paciente a mover un miembro repetidamente, mientras que los ejercicios “activos” son realizados por el paciente sin ayuda física del terapeuta.)

Dependiendo de muchos factores—inclusive el alcance de la lesión inicial—los pacientes pueden progresar de sentarse y ser movilizados entre la cama y una silla a pararse, soportar su propio peso y caminar con o sin ayuda. Las enfermeras y terapeutas de rehabilitación ayudan a los pacientes que son capaces de realizar tareas progresivamente más complejas y exigentes, como bañarse, vestirse e ir al baño, y los alientan a comenzar a usar sus miembros afectados por el ataque cerebral mientras participan de esas tareas. Comenzar a recuperar la capacidad de llevar a cabo estas actividades básicas de la vida diaria representa la primera etapa del regreso del sobreviviente de un ataque cerebral a la independencia.

Para algunos sobrevivientes del ataque cerebral, la rehabilitación será un proceso continuo para mantener y refinar aptitudes y podría implicar el trabajo con especialistas durante meses o años posteriores al ataque cerebral.

¿Qué discapacidades resultan de un ataque cerebral?

Los tipos y grados de discapacidad que siguen a un ataque cerebral dependen de cual área del cerebro está dañada y cuánto se ha dañado. Es difícil comparar una discapacidad individual a otra, ya que cada ataque cerebral puede dañar partes y cantidades levemente diferentes del cerebro. Generalmente, el ataque cerebral puede causar cinco tipos de discapacidades: parálisis o problemas para controlar los movimientos; trastornos sensoriales que incluyen dolor; problemas para usar o entender el lenguaje; problemas con el pensamiento y la memoria; y trastornos emocionales.

- **Parálisis o problemas para controlar el movimiento (control motor)**

La parálisis es una de las discapacidades más comunes resultantes del ataque cerebral. Generalmente la parálisis se produce en el lado del cuerpo opuesto al lado del cerebro dañado por el ataque cerebral, pudiendo afectar la cara, un brazo, una pierna o todo el lado del cuerpo. Esta parálisis de un lado se llama hemiplejía si implica la incapacidad completa de moverse o hemiparesia si es menos que una debilidad total. Los pacientes con ataque cerebral que tienen hemiparesia o hemiplejía podrían tener dificultad con las actividades diarias como caminar y agarrar objetos. Algunos pacientes con ataque cerebral tienen problema para tragar, llamado disfagia, debido al daño en la parte del cerebro que controla los músculos de la deglución. El daño en la parte baja del cerebro, el cerebelo, puede afectar la capacidad del cuerpo para coordinar el movimiento, una discapacidad llamada ataxia, que lleva a tener problemas con la postura del cuerpo, caminar y el equilibrio.

- **Trastornos sensoriales que incluyen dolor**

Los pacientes con ataque cerebral podrían perder la capacidad de sentir el tacto, dolor, temperatura, o la posición. Los déficits sensoriales también pueden dificultar la capacidad de

Rehabilitación posterior al ataque cerebral

LMCV – 10 - 2014

reconocer objetos que los pacientes sostienen y pueden ser tan graves como para causar la pérdida de reconocimiento del miembro propio. Algunos pacientes con ataque cerebral sienten dolor, entumecimiento o sensaciones extrañas de hormigueo o picazón en los miembros paralizados o debilitados, un síntoma conocido como parestesia.

La pérdida de continencia urinaria es bastante común inmediatamente después de un ataque cerebral y se produce a menudo por una combinación de déficits sensoriales y motores. Los sobrevivientes del ataque cerebral podrían perder la capacidad de sentir la necesidad de orinar o la capacidad de controlar los músculos de la vejiga. Algunos podrían no tener suficiente movilidad como para llegar al baño a tiempo. También puede producirse la falta de control intestinal o estreñimiento. No es común la incontinencia permanente posterior a un ataque cerebral, pero aún la pérdida temporaria de control vesical o intestinal puede ser emocionalmente difícil para los sobrevivientes del ataque cerebral.

Frecuentemente los sobrevivientes del ataque cerebral tienen una variedad de síndromes de dolor crónico que se produce debido al daño inducido por el ataque cerebral sobre el sistema nervioso (dolor neuropático). En algunos pacientes con ataque cerebral, las vías sensoriales en el cerebro están dañadas, causando la transmisión de señales falsas que producen la sensación de dolor en una extremidad o lado del cuerpo que tiene el déficit sensorial. Los pacientes que tienen un brazo seriamente debilitado o paralizado a menudo experimentan dolor moderado a severo que se irradia hacia afuera desde el hombro. Con frecuencia, el dolor se produce por la falta de movimiento en una articulación que ha sido inmovilizada durante un período de tiempo prolongado (como tener el brazo o el hombro con yeso durante semanas) y los tendones y ligamentos alrededor de la articulación se fijan en una posición. Comúnmente esto se llama articulación “congelada”; es fundamental el movimiento “pasivo” (el terapeuta o el cuidador mueve o flexiona suavemente la articulación en lugar de la persona) en la articulación de un miembro paralizado para prevenir la “congelación” dolorosa y permitir el movimiento fácil si y cuando regresara la fortaleza motora voluntaria.

- **Problemas para usar o entender el lenguaje (afasia)**

Al menos un cuarto de todos los sobrevivientes de ataque cerebral tiene deterioro del lenguaje, que implica la capacidad para hablar, escribir, y entender el lenguaje hablado y escrito. Una lesión inducida por el ataque cerebral a cualquiera de los centros cerebrales de control del lenguaje puede deteriorar severamente la comunicación verbal. Los centros dominantes del lenguaje están en el lado izquierdo del cerebro en las personas diestras y en muchos zurdos. El daño a un centro del lenguaje ubicado en el lado dominante del cerebro, conocido como el área de Broca, causa afasia expresiva. Las personas con este tipo de afasia tienen dificultada para transmitir sus pensamientos por medio de palabras o escritos. Pierden la capacidad de decir las palabras que están pensando y de unir palabras en oraciones coherentes gramaticalmente correctas. En contraste, el daño a un centro del lenguaje ubicado en una porción posterior del cerebro, llamada el área de Wernicke, causa afasia receptiva. Las personas con esta condición tienen dificultad para entender el lenguaje hablado o escrito y tienen a menudo habla incoherente. Aunque pueden

Rehabilitación posterior al ataque cerebral

LMCV – 10 - 2014

formar oraciones gramaticalmente correctas, a menudo sus palabras no tienen significado. La forma más grave de afasia, la afasia global, está causada por daño extenso en diversas áreas del cerebro que involucran el funcionamiento del lenguaje. Las personas con afasia global pierden casi toda su capacidad lingüística; no pueden entender el lenguaje o usarlo para transmitir pensamientos.

- **Problemas con el pensamiento y la memoria**

El ataque cerebral puede causar daño a partes del cerebro responsables de la memoria, el aprendizaje y el estado de alerta. Los sobrevivientes del ataque cerebral podrían tener capacidad de concentración dramáticamente acortada o podrían tener déficits de la memoria a corto plazo. Las personas también podrían perder su capacidad de hacer planes, entender significados, aprender nuevas tareas, o participar de otras actividades mentales complejas. Dos déficits bastante comunes resultantes del ataque cerebral son la anosognosia, una incapacidad de reconocer la realidad de los impedimentos físicos resultantes del ataque cerebral, y descuido, la pérdida de la capacidad de responder a objetos o estímulos sensoriales ubicados en el lado afectado por el ataque cerebral. Los sobrevivientes del ataque cerebral que desarrollan apraxia (pérdida de la capacidad de llevar a cabo un movimiento resuelto aprendido) no pueden planear los pasos implicados en una tarea compleja y actuar sobre la misma en la secuencia apropiada. Los sobrevivientes del ataque cerebral con apraxia también tienen problemas para seguir un conjunto de instrucciones. La apraxia parece estar causada por una interrupción de las conexiones sutiles que existen entre el pensamiento y la acción.

- **Trastornos emocionales**

Muchas personas que sobreviven un ataque cerebral sienten miedo, ansiedad, frustración, ira, tristeza y una sensación de pena por sus pérdidas físicas y mentales. Estos sentimientos son una respuesta natural al trauma psicológico del ataque cerebral. La depresión clínica, que es un sentido de desesperanza que interrumpe la capacidad de la persona de funcionar, parece ser el trastorno emocional más comúnmente experimentado por los sobrevivientes del ataque cerebral. Los signos de depresión clínica incluyen trastornos del sueño, un cambio radical en los patrones de alimentación que puede llevar a pérdida o aumento súbito de peso, letargo, aislamiento social, irritabilidad, fatiga, odio a sí mismo, y pensamientos suicidas. La depresión posterior al ataque cerebral puede tratarse con antidepresivos y asesoramiento psicológico.

¿Qué profesionales médicos se especializan en la rehabilitación posterior al ataque cerebral?

La rehabilitación posterior al ataque cerebral involucra a médicos; enfermeras de rehabilitación; terapeutas físicos, ocupacionales, recreacionales, del habla y el lenguaje, y vocacionales; y profesionales de la salud mental.

Rehabilitación posterior al ataque cerebral

LMCV – 10 - 2014

¿Cuándo puede un paciente con ataque cerebral comenzar la rehabilitación?

La rehabilitación debe comenzar en cuanto un paciente con ataque cerebral esté estable, a veces en las 24 a 48 horas posteriores al ataque cerebral. Esta primera etapa de rehabilitación puede producirse dentro de un hospital de agudos; sin embargo, depende mucho de las circunstancias únicas del paciente individual.

¿Dónde puede un paciente con ataque cerebral obtener rehabilitación?

En el momento del alta del hospital, el paciente con ataque cerebral y la familia coordinan con los trabajadores sociales del hospital para ubicar un arreglo adecuado de vivienda. Muchos sobrevivientes del ataque cerebral regresan a la casa, pero otros se trasladan a algún tipo de instalación médica. Lo más importante es lograr tener un sitio donde el paciente pueda realizar todas las técnicas para mejorar lo más que se pueda el déficit que pueda llegar a tener.

Programas de rehabilitación en el hogar

La rehabilitación en el hogar permite gran flexibilidad para que los pacientes puedan adaptar su programa de rehabilitación y sigan programas individuales. Los sobrevivientes del ataque cerebral pueden participar en un nivel intensivo de terapia varias horas por semana o seguir un régimen menos exigente. Generalmente estos arreglos se adaptan mejor a las personas que requieren tratamiento solamente de un tipo de terapeuta de rehabilitación. La mayor desventaja de los programas de rehabilitación en el hogar es la falta de equipo especializado. Sin embargo, someterse a tratamiento en el hogar brinda a las personas la ventaja de practicar aptitudes y desarrollar estrategias de compensación en el contexto de su ambiente doméstico. En un ensayo de rehabilitación del ataque cerebral reciente, la rehabilitación de la fortaleza y el equilibrio intensivo en el hogar fueron equivalentes al entrenamiento en la cinta caminadora en un centro de rehabilitación para mejorar la marcha.