



# Descripción y evaluación de la eficacia de los tratamientos para la recuperación motora en el paciente hemipléjico: un enfoque justificado

J.V.G. Robertson, J.-P. Regnaud

*El objetivo de este artículo es presentar diversas técnicas de rehabilitación que podrían proponerse para mejorar la motricidad y la movilidad de los pacientes después de un accidente cerebrovascular (ACV), examinar las pruebas de su eficacia y distinguir indicaciones para la práctica. En total, se han descrito nueve técnicas: la restricción del miembro superior, la restricción del tronco, las ortesis mecánicas de marcha y/o suspensión, los dispositivos robotizados y mecanizados para el miembro superior, el movimiento imaginado, las estimulaciones eléctricas, la rehabilitación en taller, la terapia del espejo y el trabajo bilateral. Algunas técnicas han sido objeto de varias investigaciones científicas y otras se han estudiado menos. En la mayoría de los tratamientos no es posible confirmar la eficacia o la falta de efectos. En rehabilitación, el carácter complejo de las intervenciones hace que el número y la calidad de los estudios a menudo resulten insuficientes. Sin embargo, se pueden formular algunos principios: los tratamientos de gran intensidad serían más eficaces, por ejemplo la terapia con un sistema mecanizado/robotizado, en taller o de restricción inducida. Respecto a la marcha, los sistemas mecanizados serían más aptos para los pacientes que todavía no han recuperado la marcha. Se destacan algunas técnicas útiles para los pacientes con un déficit considerable del miembro superior, como la terapia del espejo o el movimiento imaginado, que pueden practicarse en casos de recuperación motora limitada. En numerosas técnicas no es posible distinguir indicaciones clínicas, pues los datos relativos a la descripción de los protocolos de entrenamiento, el régimen terapéutico, la duración, la población diana o el momento óptimo del efecto son insuficientes. En fichas clínicas se resumen los regímenes descritos en estudios científicos con el fin de informar mejor al terapeuta y al paciente acerca de las opciones terapéuticas (evidence informed practice).*

© 2012 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Rehabilitación; Hemiplejía; Motricidad; Entrenamiento; Evaluación; Eficacia

## Plan

### ■ Introducción

Descripción de la rehabilitación después de un ACV	2
Descripción de los tratamientos para favorecer la recuperación motora	2
Cómo funcionan estos tratamientos	2
Interés de este artículo	2

### ■ Eficacia de las técnicas de rehabilitación

Lugar de la restricción en el entrenamiento motor	3
Ortesis mecánicas de marcha y/o suspensión	4
Sistemas mecanizados para el miembro superior	5
Estimulación eléctrica	6
Talleres y rehabilitación en grupo	6
Terapia del espejo	7
Trabajo bilateral	8
Movimiento imaginado	8

■ <b>Discusión y conclusión</b>	9
Efectos sobre la práctica	9
Efectos sobre la investigación	9

## ■ Introducción

La hemiplejía es una de las consecuencias de un accidente cerebrovascular (ACV). El ACV es considerado una enfermedad crónica y representa el 60% de las causas de mortalidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por ejemplo en Francia, se calcula que existen unas 500.000 personas afectadas por un ACV, con 150.000 nuevos casos al año. El ACV es responsable de deficiencias considerables e irreversibles. Más del 60% de los pacientes presenta secuelas graves<sup>[1]</sup>.

En estos pacientes es difícil calcular la recuperación motora y funcional. Depende, sobre todo, de la naturaleza y la magnitud del déficit inicial<sup>[2]</sup>. Casi el 65% de los pacientes con déficit inicial muestra signos de recuperación y el 15% se recupera tras un déficit inicial completo<sup>[3]</sup>. La recuperación es máxima en los primeros meses. Después del período intensivo de rehabilitación, persisten con frecuencia algunos déficits. El 50-75% de los pacientes todavía tiene dificultades para usar el miembro superior (MS) a los 3-6 meses del accidente inicial<sup>[4]</sup>. Aunque los progresos a distancia del ACV son posibles, en numerosos pacientes las capacidades disminuyen una vez que regresan al domicilio<sup>[5]</sup> y tras haber finalizado la fase de rehabilitación intensiva.

## Descripción de la rehabilitación después de un ACV

La rehabilitación es uno de los tratamientos que puede ayudar a los pacientes a mejorar las capacidades motoras y funcionales<sup>[6]</sup>. Ahora hay una acumulación de pruebas sobre los efectos de distintas intervenciones en los rendimientos motores de los pacientes hemipléjicos<sup>[7]</sup>, tanto en fase aguda como en fase crónica<sup>[8]</sup>. La rehabilitación es una intervención compleja, pues son numerosos los componentes que pueden actuar o interactuar sobre los efectos de las técnicas<sup>[9]</sup>. La eficacia también es difícil de evaluar, razón por la cual es importante tratar de distinguir los componentes de la intervención que pueden tener algún efecto, de aquellos que no tienen ninguno.

## Descripción de los tratamientos para favorecer la recuperación motora

A partir de la década de 1980 empezaron a distinguirse las técnicas que se practicaban usualmente (Bobath, Kabat e incluso Perfetti), sobre todo gracias a los escritos y estudios de Carr y Shepherd<sup>[10]</sup>, que se encontraron entre los primeros en trasladar a los programas de rehabilitación los principios del aprendizaje motor. Al mismo tiempo, varios tratamientos fundados en los resultados de experiencias en fisiología, efectuados en primer lugar en el animal, fueron indicados y adaptados para la rehabilitación de los pacientes hemipléjicos, como la marcha en suspensión sobre cinta sin fin<sup>[11]</sup> o incluso la restricción inducida del MS<sup>[12]</sup>.

## Cómo funcionan estos tratamientos

Se han formulado varias hipótesis para explicar los efectos o los beneficios de estos tratamientos sobre las capacidades motoras y funcionales. Dos de ellas se invocan con frecuencia: la de la fisiología y la del entrenamiento motor. No son contradictorias, aun cuando los

principios teóricos para explicar sus acciones son distintos. En el principio fisiológico, el objetivo principal de la técnica es activar una o más estructuras anatómicas específicas para permitir la realización del movimiento y de la función. Típicamente, se trata de estimular y activar un generador espinal de locomoción con ayuda de la cinta sin fin para mejorar las capacidades de marcha<sup>[13]</sup> o incluso de estimular las estructuras corticales con la imagen mental para mejorar la producción del movimiento. Hasta hace poco, los parámetros del entrenamiento (número de sesiones, intensidad, duración, peso corporal, etc.) no eran la parte central del protocolo. La hipótesis del entrenamiento supone, de forma sucinta, que la práctica de ejercicios es lo esencial de las mejoras. Usa los principios del aprendizaje y de la adaptación motora para estimular la adquisición y el control del movimiento<sup>[14]</sup>. La falta de resultados convincentes de los programas de rehabilitación basados tan sólo en la hipótesis neurofisiológica<sup>[15]</sup> ha impulsado a los autores a indicar una rehabilitación que combine los dos principios: reorganización y adaptación de la actividad del sistema nervioso central y principios del aprendizaje motor<sup>[16]</sup>. El trabajo orientado a la tarea<sup>[17]</sup> y la intensidad<sup>[18,19]</sup> parecen ser parámetros esenciales para la eficacia de los tratamientos de rehabilitación (Guías: Canadian Best Practice for Stroke Care, 2008; Royal College of Physicians, 2008, National Stroke Foundation, 2010 Australian) en la persona hemipléjica. La falta de repetición de los programas<sup>[20]</sup> o una duración insuficiente de práctica<sup>[21]</sup> podrían explicar la falta de efectos entre las distintas técnicas.

## Interés de este artículo

Desde hace varios años se está desarrollando un proceso, uno de cuyos objetivos es mejorar la eficacia de los tratamientos para ayudar a los clínicos a elegir el mejor tratamiento disponible, adaptado a las necesidades específicas del paciente, aplicándolo con el régimen correcto y en el instante propicio<sup>[22]</sup>: es la práctica basada en la evidencia (PBE). Para ayudar al clínico en este proceso, la información científica se clasifica según niveles de fiabilidad o de pruebas que tienen en cuenta la calidad metodológica de los estudios<sup>[23]</sup>. En la cima de esta jerarquía, los ensayos aleatorizados y controlados, las revisiones sistemáticas y las recomendaciones se consideran las informaciones con el mayor grado de fiabilidad<sup>[24]</sup>. Las investigaciones para este artículo se han limitado a estos tres tipos de informaciones.

Para los ensayos aleatorizados y controlados, se ha buscado con ayuda de palabras clave en las bases de datos electrónicas especializadas de acceso libre de Pubmed y PEDro, que recopilan las intervenciones relacionadas con la fisioterapia<sup>[25]</sup>.

Se privilegió la lectura de los metaanálisis Cochrane (<http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>) debido a su calidad, superior a la de los otros metaanálisis<sup>[26]</sup>, y de que se actualizan con regularidad.

Se consultaron las recomendaciones de los sitios de la Haute Autorité de Santé (HAS), del National Health Service (NHS) británico, del National Health and Medical Research Council (NHMRC) australiano y del National Guideline Clearinghouse estadounidense desde 2008 hasta hoy.

Por último, se han utilizado los recursos de un sitio de internet especializado en la evaluación de los tratamientos de rehabilitación para los pacientes hemipléjicos (StrokEngine).

El objetivo de este artículo es sintetizar las informaciones relativas a las intervenciones recomendadas en las publicaciones para mejorar la recuperación motora de la persona hemipléjica y extrapolar estos datos a la práctica clínica, sobre todo mediante la confección de fichas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2617367>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2617367>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)