

INDICACIONES Y PRONOSTICO DE LA REHABILITACION EN LOS HEMIPLEJICOS DE ORIGEN VASCULAR

JUAN PLAJA

*Del Departamento de Angiología del Instituto Policlínico de Barcelona
(España)*

Ya ningún médico considera terminada su misión al lado de un hemipléjico cuando le ha salvado la vida y ha estabilizado el proceso patológico que causó el accidente vascular. Al tratamiento clásico, puesto al día con las modernas adquisiciones farmacológicas, hay que añadir un último capítulo generalmente bastante confuso en contenido, alcance y nomenclatura. Según las preferencias del autor y sus influencias bibliográficas se llamará: Rehabilitación, Recuperación, Reducción, Cinesiterapia, Fisioterapia, etc. A la impropiedad en el uso de tales palabras y sobre todo al creerlas sinónimas, creemos se debe en gran parte la desorientación, incompreensión y a menudo decepción de médicos y enfermos ante unos resultados que no son los que esperaban de acuerdo con una estadística mal interpretada.

En este trabajo intentamos hacer un esbozo del alcance y resultados de la Rehabilitación aplicada al campo de los hemipléjicos vasculares. Primero una exposición de conceptos al margen de su nomenclatura, luego una revisión de los principales factores cuya valoración permite sentar la indicación y aventurar un pronóstico del resultado a obtener con los diversos medios que forman la Rehabilitación. Por encima de la consulta bibliográfica exponemos el criterio personal elaborado con las ideas y resultados que hemos vivido en Centros de Rehabilitación de Estados Unidos, Alemania, Francia y en el Departamento de Angiología del Instituto Policlínico de Barcelona.

CONCEPTO DE REHABILITACIÓN

En un sentido amplio, médico-social, es el retorno de un individuo incapacitado por un accidente o enfermedad a su mayor rendimiento físico, mental, emocional, social, profesional y económico, y en el caso de ser apto para el trabajo, una oportunidad de trabajar remuneradamente. Así reza la definición adoptada en la primera Conferencia Nacional sobre Enfermedades Cardiovasculares celebrada en Estados Unidos en 1950.

Limitándonos al aspecto médico, RUSK (1) dice que es la tercera fase de la Medicina —después de la Medicina Preventiva y la Medicina y Cirugía Curativa—, el período que va de la cama al trabajo. No es la convalecencia en la que se deja el paciente a su propio curso, sino un concepto di-

námico en el que un equipo especializado le ayuda a volver a su mayor capacidad y rendimiento. Su objetivo es triple:

- 1.º Eliminar la incapacidad física si es posible.
- 2.º Reducir y aliviar en lo posible dicha incapacidad.
- 3.º Enseñar al individuo con incapacidad física residual a «vivir y trabajar en los límites de su incapacidad pero en la cima de sus posibilidades».

Los tres objetivos enumerados se equiparan perfectamente al concepto europeo de las tres fases de la rehabilitación, que como dice ROCHER (2) son:

- 1.ª Mantenimiento motor y funcional.
- 2.ª Recuperación motora y funcional.
- 3.ª Readaptación social y profesional.

Aplicando lo dicho al campo de los hemipléjicos vemos que la Rehabilitación comprende también tres partes:

1. — *Evitar en lo posible las secuelas del accidente vascular.* Estas secuelas cuyo conjunto ha venido dibujando la estampa del hemipléjico en los tratados clásicos son en parte efecto directo de la lesión cerebral, pero en parte complicaciones sobreañadidas. Las medidas terapéuticas serán pues distintas.

— A disminuir o limitar la lesión cerebral se orienta todo el tratamiento de los primeros momentos. La terapéutica del proceso fundamental, la de los fenómenos isquémicos, hemorrágicos y compresivos sobre el tejido cerebral, la que favorezca la reabsorción del edema y la ya más discutida, con la pretensión de revascularizar y mejorar la cicatriz, son ya el primer paso para la rehabilitación.

— Las complicaciones sobreañadidas son de varios tipos. Las más conocidas y divulgadas en lo referente a su profilaxis son las contracturas, rigideces articulares y decúbitos cutáneos; pero hay otras no menos importantes, como las parálisis por estiramiento en los músculos de la cintura escapular y las microlesiones articulares y ligamentosas por efecto de movilizaciones intempestivas o el peso del miembro colgando inerte. A las medidas profilácticas frente a estas complicaciones hay que añadir la terapéutica activa para compensar una cardiopatía, una infección urinaria o un proceso intercurrente intestinal que no sólo empeoran el estado general del paciente sino que aumentan su incapacidad al exacerbar la espasticidad, según observó FULTON (3) y se ve corrientemente en clínica.

2. — *El tratamiento de las secuelas* debe superponerse a la regresión espontánea que generalmente se produce. En el hemipléjico ideal este tratamiento se limita a los trastornos motores, sensoriales y mentales consecuencia de la lesión cerebral; en la práctica hay que añadir algunas de las complicaciones citadas en el apartado anterior debido a retrasos o insuficiencia en su profilaxis.

— La recuperación de la hemiparálisis o hemiparesia puede favorecerse notablemente por medio de ejercicios adecuados. Con fines prácticos, nosotros distinguimos dos tipos de tratamiento. Uno «standard», aplicable rutinariamente a casi todos los hemipléjicos y formado por una serie de ejercicios sencillos que realiza el propio enfermo o con la ayuda de los familiares. El segundo tipo comprende las complicadas técnicas de facilitación propioceptiva, reeducación cruzada, esquemas de movimiento, etc. que por requerir gran colaboración del paciente y personal muy especializado en kinesiólogía y neurofisiopatología se aplican sólo a casos seleccionados.

— Los trastornos sensitivos, en sí muy difíciles de tratar, pueden mejorar funcionalmente a base de suplencias por aprendizaje. Casos típicos son las alteraciones de equilibrio, del sentido vertical y de imagen corporal.

— Las afasias y disartria pueden ser unas veces recuperadas y otras por lo menos solucionadas en parte permitiendo una comunicación suficiente para las actividades de la vida diaria.

— Los trastornos mentales son a menudo intratables y si son graves comprometen gran parte de la rehabilitación, pero aún en estos casos si son comprendidos por el ambiente familiar evitan muchas inadaptaciones y problemas.

3. — Si, como en muchos casos, el hemipléjico queda con cierta incapacidad física hay que *enseñarle a vivir y trabajar de nuevo* sirviéndose sólo de sus capacidades conservadas. Según sean ellas el paciente podrá reintegrarse al mismo trabajo en los casos más favorables, o conseguirá sólo ser independiente en algunas de sus actividades diarias, pero siempre será mucho menos inválido que abandonado a su propia evolución.

Estos tres grandes capítulos de la rehabilitación de un hemipléjico no se dan de forma sucesiva en el tiempo, sino que se entremezclan y complementan desde un comienzo. Un movimiento pasivo llevado a cabo a los pocos días del accidente vascular sirve a la vez para prevenir contracturas articulares y para acelerar la recuperación motora al emitir estímulos cinestésicos. Una sesión de Terapéutica Ocupacional en la que se enseñe a un paciente a vestirse con la extremidad sana, le prepara para independizarse aunque no se recupere la afectada, pero también contribuye a su mejoría por reeducación cruzada, y por fin mejora su estado mental al entregarse a una actividad útil.

Rehabilitación es, pues, el concepto dinámico de vuelta del paciente al máximo posible de su potencial físico, emocional, social y laboral. Cuando se habla de sus resultados hay que mirar este conjunto y no los resultados parciales de cada uno de sus aspectos. Un hemipléjico que, pese a quedar con una parálisis grave que le obliga a andar con bastón y un aparato en el tobillo, es capaz de reintegrarse a su trabajo de oficina y cuidarse por sí mismo, puede ser considerado un gran éxito de la rehabilitación. Sin embargo, desde el punto de vista de recuperación motora es un caso nulo. Como dicen LEE y colaboradores (4) el retorno de la capacidad motora es un factor importante en el grado de función que puede conseguir el paciente pero no es, por sí mismo, una indicación de éxito o fracaso en la rehabilitación.

PRINCIPALES FACTORES QUE INFLUYEN EN LA REHABILITACIÓN

Algunos tienen una importancia tan decisiva que por sí solos pueden contraindicar o hacer inútil una gran parte de los medios citados. En general es la valoración conjunta de todos ellos lo que nos permitirá orientar el tipo de tratamiento a iniciar o proseguir en sucesivas revisiones.

— *Edad*. Tiene bastante importancia aunque no en sí, sino por los inevitables déficits y complicaciones con que suele acompañarse. La edad avanzada no es por sí misma un obstáculo para una buena recuperación en la hemiplejía, dicen ADAMS y McCOMB (5), y casi sería una ventaja ya que el viejo acepta mejor sus limitaciones y no exige tanto del tratamiento (LOWMAN, 6). Ahora bien, la experiencia demuestra que no se obtienen resultados brillantes en los viejos y que los peores resultados deben esperarse en los pacientes de más de 65 años (LEE y colaboradores, 4). En general son inaplicables las técnicas difíciles de reeducación muscular y debe renunciarse a una problemática recuperación motora para insistir más en el programa de aprendizaje de las actividades diarias. Lo importante es conseguir la suficiente independencia para que no constituyan una carga para sus familiares. Y en este aspecto, como dice uno de nuestros maestros PESZCZYNSKI (7), en los pacientes seniles y arterioscleróticos hay que tener una visión más optimista de la que suele tenerse acerca de su capacidad de aprender a independizarse en la vida diaria y la marcha.

— *Sexo*. Este factor no suele ser tenido en cuenta en la mayoría de publicaciones, o bien se le considera sin influencia alguna (LEE y colaboradores, 4). Este hecho lo comprobamos personalmente en América y Alemania, pero en Francia nos pareció notar ya una ligera influencia que hemos visto claramente definida en nuestro país. La explicación de esta anomalía la creemos ver en la reluctancia del varón latino a realizar labores domésticas o incluso trabajos manuales de entretenimiento. En los hombres ingresados o tratados en el Departamento de Angiología encontramos verdaderas dificultades en sugerirles una terapéutica ocupacional que les interese. Y desde luego no podemos imaginarlos, a la vuelta a su hogar, realizando las labores domésticas de forma que la esposa pueda dedicarse a un trabajo renumerado con qué mantenerse ambos, caso no raro entre los pacientes americanos como cita RUSK (8). El hecho es que nuestras hemipléjicas con el estímulo de sus labores de punto y de la casa mejoran más que nuestros hemipléjicos que sin entusiasmo doblan trocitos de papel.

— *Profesión*. Más que en el resultado de la rehabilitación, influye en las aspiraciones y necesidades del paciente. En general los intelectuales y artesanos con gran destreza se adaptan menos a su incapacidad, física y moralmente. A igualdad de recuperación motora un labrador se dará por satisfecho, pero un arquitecto se siente perdido y su readaptación le exige gran esfuerzo.

— *Ambiente familiar*. He aquí un factor que juega un importantísimo papel. Aún en los países en que es norma tratar el hemipléjico en los hospitales se insiste en el papel que juega la familia (9, 10), ya que como dice COOPER (11) el mayor estímulo para la recuperación es el afecto

familiar. Entre nosotros en que normalmente el paciente es tratado en su casa y sólo como excepción y por corto tiempo es ingresado en un nosocomio, la actitud de la familia es fundamental. Pueden ser una valiosa ayuda si comprende el por qué y el cómo de la rehabilitación, colaborando en los ejercicios y evitando la inadaptación del paciente. Si por el contrario predomina en ellos la sensiblería y falsa piedad, su influencia es tan nefasta que pueden arruinar por completo un plan rehabilitador. Creemos que el médico debe solicitar y exigir siempre una real colaboración de la familia, apoyándose en los elementos mejor dispuestos y si es preciso afrontando la situación violenta que pueden originar sus indicaciones de excluir o apartar por una temporada algún miembro cuya actuación sea contraproducente. Como dice GONZÁLEZ MAS (12), la familia debe estimular al enfermo, jamás trabajar por él.

— *Tiempo transcurrido entre el accidente vascular y el comienzo de un tratamiento eficaz de rehabilitación.* Es unánimemente reconocido que cuanto antes se inicie el tratamiento mejores resultados cabe esperar. La casuística de LOWMAN (6) demostró que en los casos tratados desde el comienzo se conseguía la independencia en la ambulación en un 90 % de los casos, mientras en los tratados tardíamente la cifra bajaba a 60 %. Por su parte, ADAMS y McCOMB (5) observaron que todos los pacientes que se eternizaban en las salas sin poder ser dados de alta, eran los admitidos a los seis o más meses de la hemiplejía. En un ponderado análisis acerca de la recuperación motora, VAN BUSKIRK (13) comenta que aunque el reaprendizaje motor es en sí posible en cualquier momento de la enfermedad, es mucho más evidente en los primeros tiempos y por tanto el tratamiento da mejores resultados. En cambio, no da mucho crédito a las estadísticas por sí, ya que los tratamientos iniciales comprenden toda clase de pacientes, favorables y desfavorables, mientras que los que ingresan tardíamente en un hospital son casos desesperados con mala evolución espontánea y por tanto de peor pronóstico con igual tratamiento. Esta aguda observación no invalida, sin embargo, el hecho de que los pacientes tratados tardíamente suelen presentar rigideces y contracturas que menguan sus posibilidades de recuperación.

— *Posibilidades y tiempo en que podrá seguirse el tratamiento.* Un plan de rehabilitación no puede realizarse a medias si se espera obtener del mismo un buen resultado. En muchos casos la indicación debe ser modificada o simplificada a causa de dificultades de personal especializado, económicas, de tiempo. Si un paciente que vive aislado en un ambiente rural no puede permanecer más que una semana en un centro especializado y ha de regresar de nuevo a su casa, sería un error iniciarle en un tratamiento de reeducación muscular propioceptiva que exige meses y personal adecuado; en este caso las circunstancias imponen limitarse exclusivamente al aprendizaje de las actividades de vida diaria y unos ejercicios sencillos que el propio paciente pueda seguir realizando.

— *Actividad del proceso causal.* Con tal denominación MARTORELL y colaboradores (14) se refieren a la falta de estabilización del mismo. El caso típico es el de aneurisma cerebral congénito que origina sucesivos

accidentes y que por tanto antes que la indicación de un plan de rehabilitación sienta la necesidad de un buen diagnóstico y tratamiento quirúrgico causal. Si el proceso es intratable o coexistente algún otro proceso de evolución más rápida que el propio tratamiento rehabilitador, éste es innecesario o contraindicado (BENTON, 15).

— *Hipertensión*. Constituyen contraindicación los casos de hipertensión maligna e imposibles de controlar (8, 15, 16, 17, 19), pero no las simples cifras tensionales altas. ADAMS (5) cita casos en que pese a existir hipertensiones elevadas y difíciles de reducir farmacológicamente se obtuvieron excelentes resultados de rehabilitación, y por eso aconseja ignorar las cifras manométricas siempre que el paciente colabore bien en el tratamiento, encontrando muy discutible bajarlas con drogas que no afectan la arteriosclerosis de fondo. Por lo que se refiere al temor de que el esfuerzo físico del tratamiento aumente la hipertensión de forma peligrosa, LOWMAN (6), en una larga serie de pacientes, pudo comprobar que los ejercicios son bien tolerados y que tienen muy relativa influencia sobre los mecanismos vasculares. Según RUSK incluso se producen descensos tensionales al iniciar el tratamiento rehabilitador, fenómeno que atribuye al efecto relajante de la dedicación a una actividad útil.

— *Cardiopatía*. La insuficiencia congestiva, la coronaria y la acentuada disminución de la reserva cardíaca pueden contraindicar la rehabilitación, en especial la fisioterapia (8, 15, 20), pero en la práctica muchos casos pueden ser tratados con un plan adaptado. Si la cardiopatía es muy grave, es el pronóstico de vida o reducción de actividad lo que contraindica la rehabilitación de la hemiplejía. Sería absurdo intentar volver a hacer andar un paciente que está condenado a permanecer en un sillón por su afección cardíaca. En otros casos, el problema se centra en la posibilidad o prudencia de someter el paciente a un esfuerzo físico. Entonces hay que adaptar o limitar el programa a cada individuo, pero si bien en algunos casos puede estar contraindicada una fisioterapia violenta (hoy ya poco frecuentemente empleada), casi nunca lo estará el aprendizaje de las actividades diarias que también forma parte de los programas especiales de rehabilitación de los cardiopatas. Una estrecha colaboración con el cardiólogo permitirá fijar la indicación en cada paciente.

— *Personalidad, capacidad física y mental antes del accidente*. No hay que pretender que el paciente recobre más capacidades de las que poseía. Un arteriosclerótico con encefalomalacia que suma la hemiplejía a sus dolencias tiene muy mal pronóstico y escasa indicación para algo más que un tratamiento muy simple. Un amputado de una pierna y hemipléjico en la restante presenta más dificultades, pero puede ser rehabilitado de forma aceptable (POSNIAK y colaboradores, 21). El individuo de carácter extrovertido y alegre tiene mejor pronóstico que el introvertido y pesimista (DROLLER, 22).

— *Lado de la hemiplejía*. Es lógico que el resultado de la rehabilitación sea mejor en los paralizados en el lado no dominante, ya que el miembro superior sano no necesita de especial aprendizaje para la mayoría de funciones que ya realizaba de preferencia. En los hemipléjicos dere-

chos se sumarían, además, las dificultades de la frecuente afasia. Por lo que se refiere a pronóstico de recuperación motora, en cambio, son mejores los casos de parálisis en el miembro dominante; ante las dificultades de la adquisición de suficiente habilidad con el otro brazo, se esfuerzan más instintivamente en la recuperación del paralizado. HOBHOUSE (23) provocó esta situación en los casos de afección del miembro no dominante por medio de la inmovilización en un vendaje de yeso del brazo derecho sano; entonces los pacientes forzados a servirse sólo del parético presentaban una mejor y más rápida recuperación.

— *Tipo y extensión de la lesión cerebral.* Si la magnitud de los trastornos motores depende de la situación y extensión de la lesión cerebral, puede decirse que a más lesión peor pronóstico de recuperación motora. El resultado de la rehabilitación en conjunto no varía tanto ya que depende más de la capacidad de adaptación del paciente a la nueva situación de hemiincapacidad que de la función que persista en el lado paralizado. En lo que sí influiría más directamente es en el tiempo necesario para la rehabilitación. Por estudios electroencefalográficos VON BUSZIRK y colaboradores (24) han visto una relación entre la presencia de anomalías en el trazado y la duración de la estancia en el hospital de rehabilitación. La anomalía del E.E.G. se debería a una lesión más superficial y extensa, mientras que las lesiones profundas y pequeñas darían trazados normales.

La distinción entre hemiplejías debidas a hemorragia, embolia o trombosis no influye en nada en la indicación y pronóstico de rehabilitación (4, 16).

— *Flaccidez o espasticidad.* La evolución normal de una hemiplejía es una fase inicial flácida que más tarde deja paso a la espasticidad. La flaccidez prolongada es signo de mal pronóstico (ARING, 25). La espasticidad exagerada dificulta la rehabilitación y exige medidas especiales para disminuirla. Moderada puede considerarse providencial para el hemipléjico (ANDRE-THOMAS, 26) ya que, por ejemplo, la contractura espástica en extensión de la extremidad inferior al exacerbarse por el contacto del pie en el suelo permite un apoyo que no era de esperar por el examen de fuerza muscular en el paciente en cama. La espasticidad forma también la base indispensable para las técnicas de reeducación muscular en las parálisis centrales (LONG, 27). Es curiosa la afirmación de RIGOLETTI y colaboradores (28) de que los pacientes en estadio flácido se lanzan voluntariosos a los ejercicios, mientras que los antiguos espásticos son negativistas y se desaniman al menor fracaso. No creemos se deba a la presencia de flaccidez o espasticidad sino al hecho de que los flácidos son recientes y optimistas, mientras que los espásticos llevan ya tiempo comprobando las amarguras de su incapacidad, la lentitud de su mejoría y el poco resultado de muchos tratamientos en los que habían puesto quizá excesivas esperanzas.

— *Trastornos sensitivos.* Su presencia interfiere o imposibilita muchas de las técnicas empleadas en rehabilitación. La pérdida de las sensaciones cinestésicas, de posición, si no se recuperan anulan prácticamente toda po-

sibilidad de función útil de la extremidad (17, 29). En un nivel más alto son de destacar las alteraciones en la percepción de verticalidad, estudiadas por BRUEL y PESZCZYNSKI (30) y que atribuyen al fallo del sistema propioceptivo del hemipléjico en un ambiente visual inestable. También el concepto de imagen corporal alterado, que según BROWN (31) es la causa de que los pacientes presenten más invalidez de la que era de esperar por la función conservada.

— *Trastornos mentales y de personalidad.* Para la rehabilitación precisamos de la colaboración del paciente. El hemipléjico apático, desinteresado, con falta de memoria tal que no recuerda un día lo aprendido el anterior, el desorientado, etc., hacen malgastar sin fruto el tiempo dedicado a tratamiento. Sin embargo, hay que ser muy cauto en hacer un pronóstico basado en el estado mental de un hemipléjico, especialmente en los primeros tiempos. Muchos al ser movilizados fuera de la cama o a tiempo de la reabsorción del edema cerebral normalizan su desorientación o confusión. Hay que tener en cuenta también la confusión debida o agravada por la digital, barbitúricos, belladona, etc. (31) o los estados de deshidratación (5). La labilidad emocional, el aislamiento, reiteración, rigidez e inadaptación a situaciones nuevas, suelen desaparecer espontáneamente al cabo de un tiempo y mejoran notablemente con un programa graduado de actividades manuales y colectivas. La capacidad de adaptación del paciente es un buen dato para el pronóstico y duración del tratamiento. Como resumen de lo dicho y norma práctica, PESZCZYNSKI (7) dice que si el paciente no logra suficiente concentración para la marcha a las dos semanas de tratamiento, el pronóstico es malo y no es de utilidad alguna prolongar la prueba más allá de los dos meses.

Las lesiones de los lóbulos parietales con graves manifestaciones de desorientación, de ignorancia de la enfermedad, etc., tienen pésimo pronóstico y contraindican todo intento de rehabilitación activa.

— *Algias y trastornos vasomotores.* Los comentamos juntos por la frecuencia con que coexisten. El cuadro más frecuente es el síndrome hombro-mano y trastornos afines con edema y dolor. En estos casos la indicación de rehabilitación por medios físicos y farmacológicos es urgente para evitar rigideces y contracturas secundarias (14, 32). Mención aparte merecen las algias en el miembro sano citadas por MARTORELL (14), que en general responden bien al tratamiento medicamentoso y por tanto no interfieren con la rehabilitación, y los dolores intensos de tipo talámico más difíciles de tratar y que pueden llegar a indicar una leucotomía (33), y que siempre restan colaboración del paciente al programa de recuperación.

— *Contracturas, deformidades y úlceras.* Crean importantes complicaciones y restan eficacia a los intentos de tratamiento. Las úlceras y decúbitos dan notables aumentos de la espasticidad y antes de emprender la rehabilitación, o como primera medida de la misma, debe procederse a su tratamiento, de ordinario quirúrgico. Las rigideces articulares y las contracturas o retracciones musculares graves exigen intervenciones ortopédicas y ensombrecen bastante el resultado final. Si son ligeras pueden resolverse con fisioterapia.

— *Incontinencia urinaria y fecal.* Constituye contraindicación sólo en el caso de que persista muchas semanas. La de los primeros tiempos cede fácilmente, a veces simplemente al levantar el paciente al iniciar la rehabilitación (34). Si la incontinencia fecal cede pero la urinaria persiste cuando el paciente es ya capaz de andar con cierta independencia, hay que pensar que no es fruto directo de la hemiplejía sino de una afección urológica preexistente que el enfermo no es capaz de compensar ahora (7).

— *Afasia y disartria.* Su presencia, en especial si origina dificultades serias de comunicación, entorpece el programa general de rehabilitación y exige la presencia en el equipo de un nuevo especialista, el terapeuta de la palabra.

CONCLUSIONES

De lo expuesto se deduce y comprende que la rehabilitación de un hemipléjico vascular es algo más que una serie de ejercicios para mejorar su parálisis. Rehabilitación es un nuevo concepto en Medicina, la labor conjunta de un numeroso equipo de especialistas o el trabajo de un solo médico en un ambiente de escasos medios, pero siempre el propósito de ayudar al enfermo hasta volver a una vida normal o casi normal.

La rehabilitación comienza con un completo examen del paciente, no sólo de su hemiplejía sino de su totalidad como hombre. Al tratamiento de recuperación del trastorno motor es imprescindible añadirle el tratamiento de todas sus demás deficiencias orgánicas que disminuyen la capacidad residual. Por último, hay que enseñar al enfermo a suplir y compensar el déficit permanente reorganizando su vida a base de las aptitudes conservadas.

Creemos que a los médicos incumbe cambiar la mentalidad de muchos hemipléjicos y sus familiares de forma que lleguen a comprender que la recuperación motora es deseable e importante pero no lo único. Lo fundamental es que el paciente vuelva a hacer lo mismo que hacía, aunque sea de forma distinta. Hay hemipléjicos que carentes de motivación se convierten en inválidos pese a tener un escaso déficit motor. Otros, en cambio, con una parálisis grave y permanente se reincorporan a un ritmo normal de vida y trabajo.

Hay que cambiar también la actitud de algunos médicos que creen que la rehabilitación no está a la altura de su cientificismo. Recetar digital es hacer de médico, pero no lo es menos enseñar a andar a un paciente. Si con rehabilitación un 75 a 90 % de los hemipléjicos pueden volver a andar y cuidarse a sí mismos, y un 40 a 60 % pueden seguir total o parcialmente trabajando, el médico deja de ser médico si abandona su paciente a una evolución espontánea que tiene las máximas probabilidades de terminar en invalidez.

No en vano, el Dr. RUSK nos dijo a los becarios extranjeros recién llegados a su Instituto de Medicina Física y Rehabilitación en Nueva York: «Si al sacar un hemipléjico de la cama, enseñarle a andar, a no mojarse y a vivir lo mejor que pueda, llegais a experimentar la misma satisfacción

que os invade al diagnosticar una leucemia o una histoplasmosis, de las que veréis un caso cada cinco años, vuestra estancia entre nosotros habrá sido bien aprovechada».

RESUMEN

Se expone el concepto y alcance de la rehabilitación en los hemipléjicos de origen vascular. Se revisan con detalle los principales factores que permiten sentar las indicaciones y el pronóstico de los resultados a obtener con las diferentes modalidades de tratamiento rehabilitador.

SUMMARY

The philosophy and responsibility of rehabilitation of the hemiplegics of vascular origin is outlined. The most important factors in which indication and prognosis of rehabilitation are based, are reviewed.

BIBLIOGRAFIA

1. RUSK, H. A. — *Rehabilitation*. Excerpta Medica, sect. IX (Surgery). 10:i-iii, diciembre 1956.
2. ROCHER, CH. y RIGAUD, A. — *Fonctions et Bilan Articulaires*. Masson, Paris, 1956.
3. FULTON, J. F. — *Physiology of the Nervous System*. Oxford University Press, New York, 1943.
4. LEE, GROCH, UNTEREKER, SILSON, DACSO, FELDMAN, MONAHAN y RUSK. — *An Evaluation of Rehabilitation of Patients with Hemiparesis of Hemiplegia due to Cerebral Vascular Disease*. Rehabilitation Monograph XV. Institute of P. M. & R., New York University — Bellevue Medical Center, New York, 1958.
5. ADAMS, G. F. y MCCOMB, S. C. — *Assessment and Prognosis in Hemiplegia*. *Lancet* 265:266; 1953.
6. LOWMAN, E. W. — *Rehabilitation of the Hemiplegic Patients*. *J.A.M.A.* 137:5: 431; 1948.
7. PESZCZYNSKI, M. — Comunicación personal durante el Curso para Post-Graduados en el Highland View Hospital de Cleveland (Ohio).
8. RUSK, H. A. — *Rehabilitation*. *Med. J. of Australia*, pág. 593; 1957.
9. RUDOLF, H. L. — *Rehabilitation of Haemiplegic Patients in General Practice*. *Phys. Ther. Rev.* 32:113; 1952.
10. FERDERBER, M. B. — *Rehabilitation after a Stroke*. *Pennsylvania M. J.* 56:9:798; 1953.
11. COOPER, R. — *How the Family Influences the Patient*. *Am. J. Occupational Therapy*, X:4, part II: 186; 1956.
12. GONZÁLEZ MAS, R. — *Rehabilitación Pluridimensional del Hemipléjico*. Madrid, 1957.
13. VAN BUSKIRK, C. — *Return of Motor Function in Hemiplegia*. *Neurology* 4:919; 1954.
14. MARTORELL, F., PALOU, J. y PLAJA, J. — *Rehabilitación de los Hemipléjicos de Origen Vascular*. *Medicamenta*. XXVIII:310: 101; 1957.
15. BENTON, J. G. y RUSK, H. A. — *Rehabilitation of the Patient with Cerebrovascular and Cardiac Disease*. *American Practitioner* 7:5:755; 1956.

16. STEINMANN, B., IMHOF, P. — *Tratamiento de la Hemiplejía*. Pro-Médica, Barcelona, 1956.
17. GROCHMAL, S. — *Gimnastyka Lecznicza w Polowicznym Porazeniu Kurczowym*. Neurol. Neurochir. I Psychiatria Polska. V:1:39; 1955. (Extenso resumen en inglés).
18. RUSK, H. A. — *Rehabilitation of the Severe Paralytic*. Postgraduate Med. 23:6: 616; 1958.
19. COVALT, D. A. — *Rehabilitation of the Patient with Hemiplegia*. New York State J. M., 53:10:1225; 1953.
20. ROTTJER, E. A. y LASCALEA, M. C. — *Rehabilitación del Hemipléjico*. Rev. Méd. Córdoba, 40:2:54; 1952.
21. POSNIAK, A. O.; LONG, CH.; DASCO, M. M. y RUSK, H. A. — *Rehabilitation of the Hemiplegic Amputee*. J.A.M.A., 155:1463; 1954.
22. DROLLER, H. y THORNELY, G. — *Rehabilitation of the Hemiplegic Out-Patient*. Brit. J. Phys. Med., 19:6:135; 1956.
23. HOBHOUSE, N. — *Prognosis in Hemiplegia in Middle Life*. Lancet, 1:327; 1936.
24. VON BUSZIRK, CH. y ZARLING, V. R. — *E. E. G. Prognosis in Vascular Hemiplegia Rehabilitation*. Arch. of Neurol. and Psych., 65:6:732; 1951.
25. ARING, C. D. — *Flacid Hemiplegia in Man*. Arch. of Neurol. and Psych., 43: 302; 1940.
26. ANDRE-THOMAS y AJURIAGUERRA, J. DE. — *Etude Sémiologique du Tonus Musculaire*. Flammarion, Paris, 1949.
27. LONG, CH. — *Muscle Testing and Re-education in the Upper Motor Neuron Syndrome*. Div. II, Sec. 2b. Training Manual for Physicians in Physical Medicine and Rehabilitation. Institute of P. M.&R., N.Y.U.-Bellevue Med. Center.
28. RIGOLETTI, L.; MARTINI, G. y BOARD, G. — *Il 3-orto-tolossi-1,2-propandiolo (Tolseron) nella terapia dell'emiplegia*. Gazz. Med. Ital. 112:4:117; 1953.
29. REISNER, H. — *Der Schlaganfall und seine Nachbehandlung*. Wien. Med. Wschr. 103:511; 1953.
30. BRUELL, J. H. y PESZCZYNSKI, M. — *Space Perception in Hemiplegic Patients as Related to Rehabilitation*. Proceeding of the Second International Congress of Physical Medicine. Copenhagen, 1956.
31. BROWN, J. R. — *Rehabilitation of the Hemiplegic Patient*. Minesota Med. 35: 136; 1952.
32. PALOU, J. — *Trastornos Simpáticos en los Hemipléjicos de Origen Vascular*. Angiología, 8:1:3; 1956.
33. REISNER, H. — *Die Hemiplegie und Ihre Begutachtung*. Wien. Med. Wschr. 105: 47:977; 1955.
34. MORIN, E. y BOUCHER, B. — *Hémiplégie et Rehabilitation*. Laval Méd. 18:1:38; 1953.