

Luego encontramos la segunda etapa subaguda y crónica poshospitalaria que se realizará con el paciente internado en el centro de rehabilitación, o bajo el modo hospital de día, terapia ambulatoria o atención domiciliaria según el caso y diferentes factores, que llevan al médico fisiatra a determinar el lugar y modo de las diversas terapias.

En esta etapa es necesario utilizar las escalas de evaluación de manera inicial y en forma periódica para cuantificar la evolución de la recuperación y determinar sobre qué aspectos específicos debe enfocarse el tratamiento.

Como líneas generales se trabaja sobre la rehabilitación motora de los miembros superiores a través de diversas técnicas manuales y de fisioterapia (FES) buscando la estimulación del movimiento voluntario y la prevención de lesiones en hombros y contracturas en la flexión de las articulaciones por espasticidad.

Rehabilitación motora de miembros inferiores y de la marcha, rehabilitación del equilibrio, profilaxis de caídas, estimulación somato sensorial y elección del equipamiento necesario, ya sea férulas para miembros superiores e inferiores, ayuda para la marcha o silla de ruedas.

Se cuenta para dichos objetivos con numerosas técnicas kinésicas y equipamiento tecnológico que aplicadas en modo intensivo-repetitivo, logran mejorar la funcionalidad e independencia de los pacientes.

Las escalas de evaluación funcional y test nos darán información objetiva de los grados de recuperación en las diversas funciones sensorio-motrices. También es importante tener en cuenta que parte de la recuperación observada se atribuye a los efectos de la neuroplasticidad.

Entre los factores que influyen en el éxito o el mejor pronóstico de la terapia kinésica y en la reducción de las secuelas motoras se consideran: edad, sexo, sitio de la lesión, deterioro motor inicial, potenciales evocados motores, potenciales evocados somato sensoriales, siendo el deterioro motor inicial el más influyente y que marca el pronóstico del paciente.

Si bien los objetivos de cada especialidad apuntan a fines concretos -como la movilidad de los miembros afectados, el equilibrio, la marcha independiente como en el caso de la Kinesiólogía-, el objetivo general de todas las áreas apunta al retorno en lo posible a la independencia funcional, a las actividades de la vida diaria, y a la reinserción laboral y social.

BIBLIOGRAFÍA

- Polloch A, Baer G. Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. Cochrane Database Syst Rev 2014;(4):CD001920.
- Veerbeek JM, van Wegen E. What is the evidence for physical therapy poststroke? A systematic review and meta-analysis. PLoS One 2014;9(2):e87987.

11:00 a 11:25 h

SALA PACÍFICO

MINICONFERENCIA: ¿CÓMO EVITAMOS UN NUEVO EVENTO ISQUÉMICO?

Coordinador: Dr. Arturo López Rivera

Disertante: Dra. Virginia Pujor Lereis

Médica Neuróloga, Subjefa del Centro Integral de Neurología Vascular, FLENI, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

El accidente cerebrovascular (ACV) representa la cuarta causa de muerte en Argentina y una de las principales causas de discapacidad. La recurrencia del ACV continúa siendo elevada, llegando al 15-20% a los 10 años del primer evento. Teniendo en cuenta que el 90% del riesgo de ACV depende de factores modificables, las estrategias de prevención secundarias toman un rol primordial en la atención de los pacientes. El enfoque interdisciplinario para abordar el manejo de los factores de riesgo vascular (FRV) es completamente necesario, teniendo en cuenta que apuntar a múltiples FRV tiene efectos aditivos.

Los principales objetivos de la prevención secundaria incluyen: el control de la hipertensión arterial (con un objetivo <130/80 mm Hg), la dislipidemia con las diferentes estrategias farmacológicas actuales (estatinas alta potencia/intensidad, ezetimibe e incluso inhibidores PCSK9), el manejo individualizado de la diabetes mellitus (DM) que debe incluir las nuevas estrategias con efecto demostrado sobre MACE como los arGLP-1, esquemas anti-trombóticos enfocados a la etiología específica (simple o doble antiagregación,

anticoagulación con AVK o DOACs), y un programa de cambios en estilo de vida que incluya cesación tabáquica, dieta y actividad física.

Por otro lado, aunque el control de los FRV es importante para la prevención secundaria de todos los tipos de ACV isquémico, existen estrategias específicas para varios subtipos etiológicos específicos (enfermedad aterosclerótica intra/extracraneal, FA, FOP, entre otras). Como parte de la prevención secundaria, debemos recordar que el tratamiento debe mantenerse de manera crónica y adaptarse a cada etapa de la vida del paciente. Resulta importante establecer un control regular de los objetivos terapéuticos evaluando la adherencia al tratamiento y, si corresponde, considerar un cambio en la terapia. Por último, resulta interesante que, pese a estas estrategias con demostrada efectividad, en las últimas dos décadas no se ha logrado disminuir de manera significativa la recurrencia, introduciendo el concepto de riesgo residual. El futuro de la prevención secundaria de los eventos vasculares está enfocado en terapéuticas que actúen sobre el riesgo residual y sus causas subyacentes, como aterosclerosis subclínica junto con la inflamación sistémica y la disfunción endotelial.

BIBLIOGRAFÍA

- Flach C, et al. Risk and secondary prevention of stroke recurrence: a population-base cohort study. *Stroke* 2020;51(8): 2435–2444. Doi: 10.1161/STROKEAHA.120.028992Stroke.
- Kleindorfer D, et al. 2021 Guideline for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2021;52: e364–e467 doi: 10.1161/STR.0000000000000375Stroke.
- Dawson J, et al. European Stroke Organisation (ESO) guideline on pharmacological interventions for long-term secondary prevention after ischaemic stroke or transient ischaemic attack. *Eur Stroke J* 2022;7(3):I-II. doi: 10.1177/23969873221100032.
- Dhindsa DS, et al. The evolving understanding and approach to residual cardiovascular risk management. *Front Cardiovasc Med* 2020;7:88. doi: 10.3389/fcvm.2020.00088.

11:30 a 11:55

SALA PACÍFICO

MINICONFERENCIA: CESACIÓN TABÁQUICA

Coordinador: Dr. Claudio Dituro

Disertante: Dr. Silvio Payaslian

Médico especialista en Medicina Interna y en Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Universidad de Buenos Aires (UBA), Director Médico de Clínica Zabala, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

El tabaquismo es la principal causa de muerte evitable en el mundo. Existen 1000 millones de fumadores en el mundo. El tabaco provoca 8 millones de fallecimientos por año (44.000 en Argentina). Una de cada cinco personas muere a causa del tabaco. La mitad de los fumadores muere a causa del tabaco. La expectativa de vida promedio de los fumadores está disminuida 13 años. Las principales causas de muerte relacionadas con el tabaquismo son: enfermedad cardiovascular aterosclerótica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer. Argentina presenta una prevalencia de tabaquismo del 22% en adultos, con un descenso observado en las últimas dos décadas de más de 7 puntos.

Con el abandono del tabaco se logra una reducción del riesgo de muerte en general, muerte cardiovascular, infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia cardíaca, una reducción del riesgo de cáncer y una atenuación de la pendiente de declinación de la función pulmonar, entre otros beneficios, los cuales se observan a cualquier edad y con cualquier consumo realizado. Cuanto más precoz sea el abandono, mayor será el beneficio. La reducción del riesgo de eventos cardíacos se observa poco tiempo después del abandono y se acentúa hasta llegar aproximadamente a los 15 años del abandono, momento en el cual el riesgo del exfumador se iguala con el riesgo del nunca fumador.

Una estrategia de aproximación efectiva y validada es la de las 5 A: *ask* (averigüe), *advice* (aconseje), *assess* (evalúe), *assist* (asista) y *arrange* (acuerde). Tanto la consejería conductual como la farmacoterapia demostraron ser más efectivas que el placebo o la no terapia en lograr el abandono del tabaco al año, y juntas son superiores a cualquiera de las dos por separado. Las drogas de primera línea que mostraron