

CVOTs y metaanálisis con inhibidores de DPP-4 muestran un efecto neutro sobre el riesgo de ACV. Con los SGLT-2 inhibidores, hay dos metaanálisis que señalan un efecto neutral sobre el ACV en general, sin embargo, uno de ellos muestra un efecto protector sobre el ACV hemorrágico. Los GLP-1 agonistas tienen un efecto protector en los metaanálisis, pero solo dulaglutida y semaglutida han demostrado en los CVOTs beneficio en ACV. Con insulina el efecto es neutro, los datos más recientes provienen de los estudios *Outcome Reduction with an Initial Glargine Intervention (ORIGIN)* y del *Trial Comparing Cardiovascular Safety of Insulin Degludec versus Insulin Glargine in Patients with Type 2 Diabetes at High Risk of Cardiovascular Events (DEVOTE)*.

En conclusión, en prevención secundaria debiera priorizarse, por sus beneficios, el uso de pioglitazona, semaglutida o dulaglutida; hay alguna evidencia de un efecto negativo con el uso de sulfonilureas, mientras que los otros antidiabéticos no provocan aumento del riesgo de eventos cerebrovasculares.

BIBLIOGRAFÍA

- Lee M, Ovbiagele B. Blood glucose, antidiabetic drugs and risk of stroke. *Precision and Future Medicine* 2021;5(1):13-20.
- Rathmann W, Kostev K. Association of glucose-lowering drugs with incident stroke and transient ischaemic attacks in primary care patients with type 2 diabetes: disease analyzer database. *Acta Diabetol* 2022 Nov;59(11):1443-1451.

Rehabilitación post-ACV

Dr. Hugo Sánchez

Lic. en Kinesiología, Universidad de Buenos Aires (UBA), Coordinador del Servicio de Kinesiología, Departamento de Rehabilitación, Fundación para la Lucha contra las Enfermedades Neurológicas de la Infancia (FLENI), sede Belgrano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Se calcula que al menos dos tercios de los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular (ACV) presentan secuelas que afectarán su independencia, su calidad de vida y requerirán rehabilitación, la cual incluirá: la atención de un equipo multidisciplinario conformado por médicos, kinesiólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, nutricionistas, psicólogos, enfermeros, involucrando además al paciente y sus cuidadores en un programa de rehabilitación progresivo y dinámico.

El objetivo es intentar alcanzar el mayor grado posible de recuperación de su estado físico, cognitivo, emocional, social y funcional.

Dentro del equipo multidisciplinario, la Kinesiología o terapia física interviene en la atención de los déficits motores que se presenten, en sus diversos grados de complejidad.

La terapia física debe iniciarse lo antes posible en la medida en que el paciente se encuentre estable y reciba la indicación médica en la Unidad de ACV.

Para cada déficit existen una serie de test y de escalas que permiten evaluar de manera objetiva la situación del paciente y sus cambios evolutivos. Las escalas de valoración funcional son instrumentos que nos permiten expresar los resultados de un modo objetivo y cuantificable. Deben ser válidos, prácticos, sencillos y estandarizados.

En Kinesiología para los pacientes con ACV utilizamos diferentes evaluaciones como la *Berg Balance Scale*, *Mini Best Test*, goniometría, *Fugl Meyer*, FAC, SOT, test de 6 minutos y test de 10 metros, como ejemplos. Cada una evalúa diferentes déficits (motricidad, movilidad, funcionalidad, equilibrio, fuerza, marcha).

La evolución del paciente con ACV la dividimos en una etapa aguda (intrahospitalaria), en la cual la kinesioterapia se inicia una vez que se logra la estabilidad clínica (hemodinámica y sistémica) del paciente. En dicha etapa se realizan las primeras evaluaciones, y el tratamiento busca prevenir lesiones cutáneas y complicaciones respiratorias, prevenir actitudes viciosas y lesiones de miembro superior y miembro inferior, se realizan movilizaciones pasivas/asistidas, enseñanza de transferencias y automoviliación, estimulación del equilibrio en posición sedente, siempre de acuerdo a la capacidad del paciente. Encontramos también déficits perceptivos sensoriales que determinan trastornos en el esquema corporal y la postura.

Además, en la etapa aguda, y por protocolo, todos los pacientes reciben una evaluación y/o *screening* para detectar disfagia y determinar si es posible iniciar dieta oral y bajo qué características y cuidados. En esta etapa una gran cantidad de pacientes presenta algún signo de disfagia que la mayoría recupera a corto y/o mediano plazo.

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,