

RODILLA RÍGIDA POSTICTUS: ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO TRAS EVALUACIÓN DE MARCHA EN LABORATORIO



Luque-Moreno, Carlos; López-Moreno, Jorge; López-Hervás, Antonia
 H. U. Virgen del Rocío. Sevilla.
 Departamento de Fisioterapia. Universidad de Sevilla.



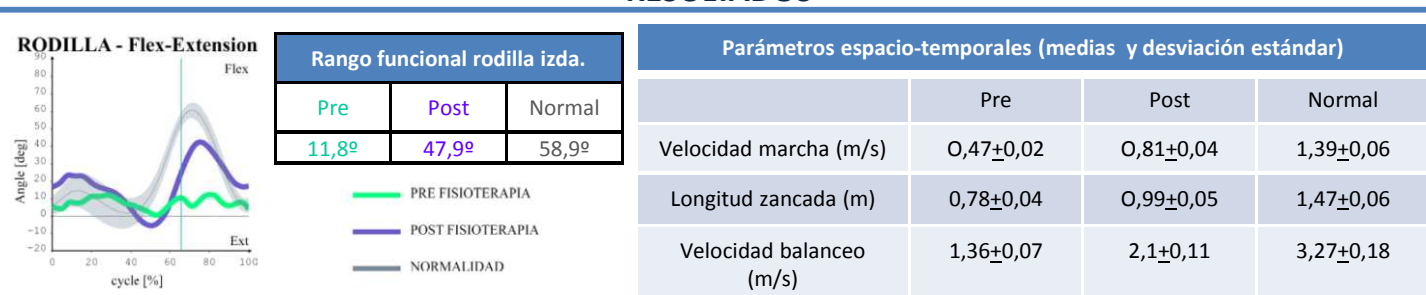
INTRODUCCIÓN

- ✓ La rodilla rígida es un patrón de marcha común tras ictus caracterizado por una insuficiente flexión de rodilla durante la fase de oscilación. Su principal causa es la espasticidad e inapropiada actividad prevalentemente del recto femoral, con fenómenos de co-contracción asociados. Una causa adicional sería un patrón cinemático-cinético alterado en el despegue de los dedos del pie.
- ✓ Evaluamos un paciente varón de 64 años, diagnosticado de ictus isquémico pontino paramedial dcho. (perfil lacunar motor puro). Inició tratamiento fisioterapéutico 1 mes tras el AVC, realizando 20 sesiones anteriores al estudio pre, y entre éste y el post completó 30 sesiones más siguiendo un plan de tto. según los resultados obtenidos en el pre.

MÉTODO

- ✓ Realizamos registro en Laboratorio de Análisis del Movimiento H.U. Virgen del Rocío (Sevilla) con sistema de captura de movimiento BTS (Italia) que consta de 6 cámaras infrarrojas optoelectrónicas y 2 cámaras de video, integrados en una estación de control. Usamos el protocolo Davis de marcha.
- ✓ Se pidió al paciente que caminara de forma espontánea procesando 6 ciclos de marcha en 2 condiciones: pre y post tratamiento de Fisioterapia. La evaluación pre nos sirvió para enfocar el plan de tratamiento a realizar.
- ✓ Este tto. fisioterapéutico tuvo como objetivo conseguir una marcha más funcional y mejorar el control motor, modulando el tono del cuádriceps y del tríceps sural, mediante un programa de reaprendizaje motor basado en Carr & Sheperd y Bobath [automatismo de marcha, orientación a tareas (marcha anterógrada-retrógrada), trabajo excéntrico, reclutamiento de musculatura agonista/antagonista débil (cuádriceps, isquiotibiales ,tibial anterior), inhibición de compensaciones anómalas y normalización de la inhibición recíproca], combinado con terapia manual (miofascial, TNM, estiramiento muscular analítico, etc.) y vendaje neuromuscular (relajante de tríceps sural, estimulante de tibial anterior y postural de flexión dorsal de tobillo).

RESULTADOS



- ✓ **Cinemática.** La comparación pre-post del rango funcional de la rodilla izda. pléjica (valor máximo – valor mínimo de flexo-extensión) con respecto a la normalidad, muestra una ganancia del 76,65%. En la gráfica, la mejora cinemática de la rodilla es evidente, aproximándose a la normalidad.
- ✓ **Parámetros espacio-temporales.** Observamos una mejora de los parámetros espacio-temporales basados en la comparación pre-post con respecto a la normalidad, con un aumento del 40,22% de la velocidad de marcha, del 30,43% de la longitud de zancada y del 38,44% de la velocidad de balanceo.

CONCLUSIONES

- ✓ El aumento de la velocidad de marcha en ictus se traduce en una mejora funcional. En nuestro caso dicho aumento es considerable, obteniendo un movimiento más fluido de la rodilla en el balanceo (aumento del rango articular funcional, junto con un aumento de la velocidad de balanceo y aumento de la longitud de zancada).
- ✓ La facilitación del despegue y el balanceo favorece la estabilidad, haciendo la marcha más segura.
- ✓ El abordaje fisioterapéutico es crucial por su carácter no invasivo y los resultados positivos obtenidos.
- ✓ La evaluación mediante análisis del movimiento es muy enriquecedora para establecer el enfoque fisioterapéutico.
- ✓ En investigaciones futuras nos planteamos un aumento del tamaño muestral.