



REHABILITACIÓN

www.elsevier.es/rh



ORIGINAL

Relación y grado de contribución del estado neurológico y motor con el grado de autonomía y la calidad de vida del paciente con ictus cerebral agudo

F. Rodríguez-Expósito^a y A. Cuesta-Vargas^{b,c,*}

^a Unidad de Neurorrehabilitación, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

^b Departamento de Fisioterapia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga, Málaga, España

^c School of Clinical Science, Faculty of Health Science, Queensland University Technology, Brisbane, Australia

Recibido el 5 de marzo de 2016; aceptado el 13 de diciembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Ictus agudo;
Tratamiento
fisioterápico;
Resultado funcional;
Calidad de vida

Resumen

Introducción: La creciente demanda de tratamiento fisioterápico del ictus agudo requiere una predicción pronóstica temprana que facilite su gestión. **Objetivos:** 1) evaluar cómo se asocian las variables clínicas y autoinformadas del estado del paciente; 2) identificar el poder predictivo de las variables clínicas sobre el resultado autoinformado de autonomía y calidad de vida.

Material y métodos: Estudio observacional transversal analítico. Se seleccionaron un total de 50 pacientes hospitalizados con ictus agudo, realizándose una medición basal de las variables de resultado clínicas (Escala Neurológica Canadiense [ENC], Test de Control de Tronco [TCT] e índice motor [IM] de miembro inferior [MI] y miembro superior [MS]) y autoinformadas (índice de Barthel [IB], Escala de Impacto del Ictus-16, Escala de Rankin Modificada, Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido y Escala de Calidad de Vida para el Ictus-38 [ECVI-38]).

Resultados: Todas las variables clínicas se correlacionaron de forma estadísticamente significativa entre sí; la mayoría de las variables autoinformadas también correlacionaron entre ellas, y las variables clínicas, con algunas autoinformadas (oscilando entre $r = -0,676$ [$p < 0,01$] y $r = 0,286$ [$p < 0,05$]). Se obtuvieron 2 modelos de predicción mediante análisis multivariante: 1) TCT y ENC explicaban un 61% de la varianza del IB, contribuyendo más el TCT ($\beta = 0,440$) y menos la ENC ($\beta = 0,260$). 2) TCT e IM de MI explicaban un 73% de la varianza de la ECVI-38 en su dimensión «estado de salud general», contribuyendo más el IM-MI ($\beta = -0,479$) y menos el TCT ($\beta = -0,352$).

Conclusiones: TCT, ENC e IM-MI pueden ser útiles para predecir el estado de salud y la autonomía en el ictus agudo.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y SERMEF. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: acuesta.var@gmail.com (A. Cuesta-Vargas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2016.12.002>

0048-7120/© 2017 Elsevier España, S.L.U. y SERMEF. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Acute stroke;
Physical therapy;
Functional outcome;
Quality of life

Correlations and contribution of neurological and motor variables with degree of autonomy and quality of life in acute stroke patients

Abstract

Introduction: Because of the increasing demand for physical therapy for acute stroke patients, early prognostic prediction is needed to facilitate clinical management. Objectives: 1) To assess the relationship between clinical and self-reported variables regarding the patient's clinical status. 2) To identify the predictive power of clinical variables on self-reported outcome in terms of autonomy and quality of life.

Material and methods: Analytic cross-sectional study of 50 patients hospitalised with acute stroke. Baseline measurements consisted of clinical variables (Canadian Neurological Scale [CNS], Trunk Control Test [TCT], Motricity Index [MI] of lower limb [MI-LL] and upper limb [MI-UL]) and self-reported outcome variables (Barthel Index [BI], Stroke Impact Scale 16 [SIS-16], Modified Rankin Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support and Stroke-Specific Quality of Life Scale-38 [ECVI-38, Spanish initials]).

Results: All the clinical variables were significantly correlated with each other, as were most of the self-reported variables. The clinical variables were significantly correlated with some of the self-reported variables (ranging from $r = -.676$ [$P < .01$] to $r = .286$ [$P < .05$]). Multivariate analysis provided two prediction models: 1) TCT and CNS accounted for 61% of the variance in the BI, with a greater contribution being made by TCT ($\beta = .440$) than CNS ($\beta = .260$). 2) TCT and MI-LL accounted for 73% of the variance of ECVI-38 in the General Health Status domain, with MI contributing more ($\beta = -.479$) than TCT ($\beta = -.352$).

Conclusions: CNS, TCT and MI-LL may be useful to predict health status and autonomy in acute stroke patients.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y SERMEF. All rights reserved.

Introducción

Los ictus cerebrales repercuten muy significativamente sobre las familias y la comunidad¹, debiendo desarrollar el tratamiento rehabilitador una función relevante en la prevención de secuelas invalidantes², empezando tan pronto como sea posible³ y favoreciendo una precoz recuperación y una reducción de la discapacidad⁴. Raramente la recuperación del ictus es completa y, aunque es imposible pronosticar exactamente el grado de esta, un paciente que no mejore en el primer mes su período de recuperación quedará reducido y no esperaremos una evolución favorable⁵. Por tanto, el período más importante de mejora será la fase precoz de recuperación. Para los pacientes lo más importante de su enfermedad no es el grado de hemiparesia, sino su capacidad para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria (AVD) y cumplir sus roles sociales⁶, por lo que deberemos orientar el tratamiento rehabilitador hacia la mejora de dichos aspectos. Hay evidencia de que la rehabilitación neurológica disminuye la discapacidad del paciente y mejora su calidad de vida^{7,8}, proporcionando distintas guías de práctica clínica un marco de recomendaciones generales para todos los profesionales relacionados con la rehabilitación del paciente^{3,9,10}. La rehabilitación es un recurso caro y limitado y, dada la heterogeneidad de los ictus, su éxito depende de la selección cuidadosa de los pacientes⁶, referida esta a la necesidad de realizar una adecuada evaluación inicial de las alteraciones específicas de cada caso que oriente sus necesidades terapéuticas, los objetivos a alcanzar y el plan de tratamiento rehabilitador a desarrollar, lo que nos lleve a

la mejor evolución clínica posible y que esta responda a las necesidades del paciente, ayudándonos además a establecer un correcto pronóstico, a evaluar la recuperación del paciente en el tiempo y a ser más eficientes en el cuidado del ictus, que es una demanda creciente en la sociedad actual. La evaluación debe ser amplia dada la gran variedad de discapacidades que el ictus genera y se deben utilizar instrumentos de medida válidos y fiables⁵. El inconveniente es que no existe una sola escala ideal que pueda resolver todas las necesidades, lo que ha generado numerosos instrumentos de valoración y una gran variabilidad en su uso. Se recomienda de forma genérica el uso de una escala de valoración global de déficits neurológicos junto con una escala de valoración de AVD⁵, además de escalas específicas de los distintos déficits (motor, social, calidad de vida...).

La predicción pronóstica en el ictus es difícil, especialmente en las fases tempranas, recomendando Solberg et al. el desarrollo de modelos de pronóstico que ayuden a la predicción futura de resultados, orientando la información a ofrecer a pacientes y familiares y las decisiones clínicas a tomar, ayudando a crear grupos de riesgo clínico y a estratificar a los pacientes por severidad de la enfermedad¹¹.

Los estudios existentes investigan principalmente el valor pronóstico de distintas variables sobre la funcionalidad del paciente en las fases subaguda y crónica^{6,12-14}, y en menor medida sobre su calidad de vida¹⁵ y en la fase aguda. Evalúan habitualmente las características basales de los grupos de tratamiento, no estando claro qué instrumento de valoración proporciona la información con mayor valor pronóstico, lo que conduce al uso de múltiples escalas en

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5711528>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5711528>

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