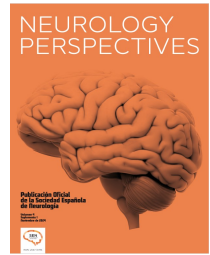




Neurology perspectives



20841 - IMPACTO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN VIRTUAL EN LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE (ESTUDIO REHABVR)

Meca Lallana, V.¹; Aguirre, C.¹; del Río Muñoz, B.¹; Spottorno, P.²; Medrano, N.³; Mauriño, J.³; García Delgado, L.⁴; Vázquez Doce, A.²

¹Unidad de Esclerosis Múltiple. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa. Fundación de Investigación Princesa; ²Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Instituto de Investigación Princesa. Hospital Universitario de La Princesa; ³Medical Department. Roche Farma; ⁴Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Instituto de Investigación Princesa. Hospital Universitario de La Princesa. Fundación de Investigación Princesa.

Resumen

Objetivos: La rehabilitación cognitiva y física en esclerosis múltiple (EM) tiene efectos positivos en fatiga, equilibrio, movilidad y calidad de vida. La rehabilitación con realidad virtual (VRR) se ha propuesto como herramienta para superar inconvenientes de la rehabilitación convencional (CR). Objetivo principal: conocer la satisfacción de un programa de VRR. Objetivos secundarios: medir la progresión de la discapacidad, espasticidad, función cognitiva, fatiga, calidad de vida, adherencia, depresión y ansiedad después del tratamiento.

Material y métodos: Ensayo clínico prospectivo, aleatorizado, ciego para el evaluador, unicéntrico, en pacientes con EM, con programas VRR vs. CR durante 6 meses. Diseño del estudio en dos fases: primera de 4 semanas hospitalaria; segunda 5 de meses domiciliaria. Los pacientes evaluados por un equipo multifuncional (neurólogo, médico rehabilitador, neuropsicólogo y fisioterapeuta).

Resultados: 39 pacientes (33 fueron evaluables). 22 en el grupo VRR y 11 en CR. Las características demográficas en ambos grupos (VRR vs. CR) estuvieron equilibradas: edad ($45,5 \pm 11,3$ vs. $45,0 \pm 10,8$), mujer (59,1 vs. 63,6%) tiempo desde el diagnóstico en meses ($168,3 \pm 120,7$ vs. $163,9 \pm 86,7$), RMS (54,5 vs. 63,6%, $p = 0,9$), EDSS basal ($4,4 \pm 1,3$ vs. $4,0 \pm 1,3$). Después de 6 meses de inicio del programa VRR, los pacientes tuvieron alto nivel de satisfacción (USEQ $24,8 \pm 2,6$). Mejora en discapacidad después del primer mes con VRR vs. CR: EDSS (VRR $-0,1 \pm 0,5$ vs. CR $0,7 \pm 0,8$; $p = 0,008$), 9HPT ($-0,8 \pm 8,1$ vs. $1,3 \pm 2,3$; $p = 0,42$), T25FW ($-5,5 \pm 20,6$ vs. $0,3 \pm 0,5$, $p = 0,05$). Después de 6 meses de tratamiento la discapacidad empeoró en ambos grupos (sin diferencias estadísticas). La fatiga mejoró en VRR tras 1 y 6 meses (MFIS 1 mes $6,5 \pm 9,4$ vs. $-4,0 \pm 11,6$; $p = 0,18$; 6 meses $0,8 \pm 10,9$ vs. CR $-4,7 \pm 12,5$; $p = 0,29$). La mayoría de los pacientes se adherieron a la rehabilitación domiciliaria (VRR 71,40 vs. CR 62,50%; $p > 0,999$).

Conclusión: Los pacientes presentaron alto nivel de satisfacción del programa VRR. Observamos leve mejoría en discapacidad y fatiga en VRR después del primer mes de tratamiento VRR vs. CR (tratamiento hospitalario) pero no mantenido 6 meses (entrenamiento domiciliario). La fatiga mejora

a 1 y 6 meses. Observamos una leve ventaja de VRR vs. CR a corto plazo, sin diferencias a medio plazo.