

## Intervención de las unidades de gestión clínica de medicina física y rehabilitación en la enfermedad cerebrovascular



### Intervention by physical medicine and rehabilitation management units in cases of cerebrovascular disease

*Sr. Editor:*

Hemos leído con gran interés el original de Pardo et al.<sup>1</sup> sobre la implementación de las guías de práctica clínica (GPC) en ictus isquémico agudo, resultados que son de gran utilidad al describir la prevalencia de los factores de riesgo vascular de estos pacientes en atención especializada, la adherencia a las GPC sobre prevención y los tratamientos prescritos ajustados a la etiología del ictus. Deseamos aportar algunos datos que vienen a corroborarlos y otros que amplían esta información, ya que desde 2008 en la provincia de Almería estamos desarrollando un estudio sobre la efectividad de la fisioterapia<sup>2</sup> en personas con enfermedad cerebrovascular aguda (ECV) en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Medicina Física y Rehabilitación del Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Estos datos pueden ser útiles para identificar el pronóstico de los pacientes, así como ofrecer las características de los programas y tratamientos que se están realizando dirigidos a mejorar su recuperación funcional.

Entre los objetivos de nuestro estudio, se describen las características sociodemográficas, clínicas y funcionales del paciente hasta el alta de la unidad, en una muestra reclutada entre 2008 y 2012. Los 173 pacientes diagnosticados con ECV, fueron incluidos en tratamiento fisioterápico en alguno de los servicios que componen la UGC (servicio de rehabilitación del hospital o equipo móvil de rehabilitación y fisioterapia [EMRF]).

La edad media de los pacientes fue de  $70 \pm 12$  años (el 57,8% varones); los factores de riesgo más prevalentes fueron hipertensión arterial (60%), diabetes (26,5%), ictus previo (25%), exfumador (23,2%), fibrilación auricular (18,3%), dislipidemia (14,9%), tabaquismo (12,2%) y alcohol (10,4%). El origen de la ECV fue diagnosticado como isquémico en un 80,1% de los casos y hemorrágico en el 19,9%. Respecto a las técnicas aplicadas en el tratamiento: un 78,8% fue cinesiterapia (técnicas de facilitación hemicuerpo afectado, normalización tono, reeducación postural y marcha<sup>2</sup>); en un 35,2% se acompañó con electroterapia; un 70,8% de educación al cuidador (transferencias, movilizaciones, cuidados posturales), y a un 19,2% de los pacientes se le prescribieron ortesis. La funcionalidad fue medida con el índice de Barthel inicial ( $\bar{x} = 33, 11$ ) y final ( $\bar{x} = 58, 02$ ), realizada la prueba de la t de Student ( $t = -15,234$ ;  $p < 0,001$ ) nos indicó que existían diferencias estadísticamente

significativas tras el tratamiento realizado, indicando mejoría. En la escala modificada de Rankin, se halló que un 40,8% de la muestra se encontraba inicialmente con una incapacidad severa (limitado a cama, incontinencia, requiriendo cuidados de enfermería y atención constante), disminuyendo a un 22,5% tras la valoración final. El número medio de sesiones de fisioterapia fue de  $23 \pm 17$  (la moda 16); tratados en días alternos (el 50% asistieron martes y jueves; y el resto, 3 veces a la semana). El resultado final del proceso de recuperación fue en el 59,6% de los casos alta por mejoría; un 10% tras realizar rehabilitación domiciliaria continuó el tratamiento en el hospital (según protocolo del EMRF)<sup>2</sup>; un 12,2% empeoró requiriendo en ocasiones ingreso (5,8%); un 9,4% recibió el alta por estabilización del proceso de recuperación, y hubo otras causas como defunción, ingresos en residencias (3,5%) o altas voluntarias (4,7%). Estos tratamientos son, por tanto, eficaces para minimizar las secuelas para las actividades de la vida diaria de la afección cerebrovascular; pensamos que la funcionalidad puede ser un indicador o una variable que condicione el pronóstico de los pacientes. Es interesante incorporar en las guías de actuación clínica desarrolladas en nuestro país sobre enfermedad cerebrovascular<sup>3</sup> el nivel de evidencia existente respecto a la efectividad de las unidades que llevan a cabo el tratamiento rehabilitador en esta afección de coste elevado<sup>4</sup> y gran repercusión social, donde gran parte de la magnitud del problema se debe a las consecuencias en los pacientes por los años vividos con discapacidad<sup>4</sup>.

### Financiación

Proyecto de Investigación PI 0449/2008 concedido por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, a través de la Secretaría General de Calidad y Modernización, en el seno de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud en Andalucía (Resolución de 26 de diciembre del 2008).

### Agradecimientos

Al equipo investigador, pacientes y familias, así como a todas aquellas personas que de un modo u otro han contribuido en la realización de este estudio.

### Bibliografía

1. Pardo AJ, Bermuda S, Manzano V, Gómez FJ, de la Higuera J. Implementación de las guías de práctica clínica sobre ictus isquémico agudo en atención especializada. *Neurología*. 2013;28:137–44.
2. López-Liria R, Ferre-Salmerón R, Arrebola-López C, Granados-Valverde R, Gobernado-Cabero MA, Padilla-Góngora D. Rehabilitación domiciliaria en la recuperación funcional de los pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Neurol*. 2013;56:601–7.
3. Rodríguez-Yáñez M, Castellanos M, Feijo MM, López JC, Martí-Fábregas J, Nombela F, et al. Guías de actuación clínica en la hemorragia intracerebral. *Neurología*. 2013;28:236–49.
4. Mar J, Álvarez-Sabín J, Oliva J, Becerra V, Casado MA, Yébenes M, et al. Los costes del ictus en España según su etiología. El protocolo del estudio CONOCES. *Neurología*. 2013;332–9.

R. López-Liria<sup>a,\*</sup>, E. Fernández Miranda<sup>b</sup>,  
M.L. Marina Zufía<sup>b</sup>, S. Ortega Vinuesa<sup>b</sup> y  
D. Padilla-Góngora<sup>a</sup>, en representación del grupo de  
investigadores

<sup>a</sup> *Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y  
Fisioterapia, Universidad de Almería, Almería, España*

<sup>b</sup> *Unidad de Gestión Clínica de Medicina Física y  
Rehabilitación, Complejo Hospitalario Torrecárdenas,  
Servicio Andaluz de Salud, Almería, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rl1040@ual.es](mailto:rl1040@ual.es) (R. López-Liria).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2013.07.008>