

REHABILITACIÓN AL PACIENTE CON ICTUS EN ETAPA TARDIA, ESTUDIO PRELIMINAR

REHABILITATE STROKE PATIENTS IN LATE STAGE, PRELIMINARY STUDY

Autor: Lic. Kenia Bárbara Díaz Pérez

Asesor: Dra. Celia María Díaz Ontivero

Tutor: DraC. Zayda Teresa Ilisástigui Ortueta

Instituciones: Centro de Investigaciones y Referencias en Aterosclerosis (CIRAH). Dirección Municipal de Salud Municipio 10 de Octubre. Departamento de Gestión de la Información en Rehabilitación.

Teléfono: 6494065 Correo electrónico: kenidi@infomed.sld.cu País: Cuba

Resumen:

Se estudia a pacientes post-ictus, mayores de 45 años, con más de dos años de evolución, en cinco áreas de salud del municipio 10 de Octubre en el período comprendido entre enero y junio del 2012. En una muestra de 140 sujetos de ambos sexos por método irrestricto al azar, se identifican los niveles de hábitos tóxicos, índice de masa corporal, sedentarismo y estado de ánimo. Se detectan altos niveles de hábitos tóxicos en los hombres donde más de la mitad de los sujetos de estudio resultaron ser fumadores y consumidores habituales de alcohol. Las mujeres resultaron ser más obesas y sedentarias que los hombres. Aunque más de la mitad de los hombres se encontraban muy deprimidos, más de tres cuartas partes de las mujeres están dispuestas a cooperar.

Summary:

We studied post-stroke patients older than 45 years old, with more than two years of evolution of the disease, in five areas of health of the municipality "10 de Octubre" in the period between January and June 2012. In a sample of 140 subjects of both sexes by an unrestricted random method, is identify the toxic habits, index of corporal mass, physical inactivity and state of spirit. High toxic habits in the group of men, more than half turned out to be smokers and habitual consumer of alcohol. In the group of women are most obese and sedentary than the group of men. Although more than half of the men they were very depressed but more the three fourth parts the women are willing to cooperate.

INTRODUCCIÓN:

Ictus es un trastorno brusco de la circulación cerebral que altera la función de una región del cerebro, se emplea como sinónimo de enfermedad cerebrovascular (ECV). El pronóstico, después de un ictus, de una incapacidad residual aparece en el 40-50% de los casos⁵⁵. La prevalencia mundial del ictus es de 550 casos por 100.000 habitantes, 400 con una importante discapacidad por cada 250.000 habitantes¹. Aquellos que sobreviven estos eventos pueden quedar paralíticos, sufrir problemas emocionales o padecer trastornos del habla, la memoria o el juicio³⁹.

Aún cuando la rehabilitación no "cura" la apoplejía, ya que no revierte el daño cerebral, puede ayudar sustancialmente a las personas a lograr los mejores resultados posibles a largo plazo⁴⁴. Después de aproximadamente 2 años de haber sufrido Ictus se pudiera decir que las posibilidades rehabilitadoras quedan agotadas. A los pacientes se les enseña una serie de ejercicios para realizar en su domicilio

durante 15 minutos 2 ó 3 veces al día⁵.

Las personas con buena salud emocional están conscientes de sus pensamientos, sentimientos y comportamientos. Han aprendido maneras saludables para afrontar el estrés y los problemas que son parte de una vida normal. Se sienten bien acerca de sí mismos y tienen relaciones interpersonales saludables. Un abordaje de aspectos que contribuyan al desarrollo de aquellas aristas del sujeto que enriquezcan su espiritualidad y vida emocional, tales como habilidades comunicativas y de convivencia, mejoramiento de la imagen de sí mismo, autoestima y motivaciones, entre otros aspectos, intervienen en el equilibrio del proceso salud enfermedad⁴⁷.

OBJETIVO GENERAL:

1. Describir las características biosociales generales en la muestra elegida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

2. Identificar los hábitos tóxicos: tabaquismo y alcoholismo
3. Detectar obesidad y sedentarismo
4. Conocer el estado de animo

MATERIALES Y MÉTODOS:

Es un estudio descriptivo transversal donde se define como universo la población adulta de más de 45 años, con más de dos años de haber sufrido ictus, en el Municipio 10 de octubre. La muestra está constituida por pacientes de ambos sexos que acuden a las salas de rehabilitación. La información se recolecta en formularios, encuestas y test: Formulario de DATOS BASICOS avalada por el Departamento de Gestión de la Información en Rehabilitación (Anexo 1), Encuesta FANTASTICO de Sanología creada por en 1990 por el Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano de la Universidad de la Habana (Anexo 2), Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, versión de 15 ítems (Anexo 3).

A cada individuo, luego de firmar el consentimiento informado, se le recogen los datos a través de un formulario. (Anexo1). Se tallan y se pesan para conocer el índice de masa corporal (IMC).

Se realizan encuestas para identificar los hábitos tóxicos, índice de masa corporal, frecuencia con que realizan ejercicios, etc. (Anexo 2). Se examina el estado de ánimo (Anexo 3). Los datos se recogen entre los meses de enero y junio del año 2012.

Los encuestadores: fisiatras, fisioterapeutas y psicólogos que colaboran en la recogida de datos en 5 áreas de salud (Pol. Raúl Gómez García, Pol. 14 de junio, Pol. Luis de la Puente Uceda, Pol. Pasteur y Pol. 30 de Noviembre) fueron previamente calibrados para realizar el estudio.

La consulta a expertos y la búsqueda bibliográfica son otras de las vías, en su clasificación de métodos teóricos, que hemos utilizado para la realizar este proyecto.

VARIABLES	ESCALA	DESCRIPCIÓN	INDICADOR
Sexo (cualitativa)	Masculino Femenino	Según sexo biológico	% de cada sexo
Tabaquismo (cualitativa)	Fuman Dejaron de fumar No fuman	Si, al menos uno al día No ha fumado en 1 mes Nunca ha fumado	% de cada uno
Alcoholismo (cualitativa)	No consumen nunca Consumen eventualmente Habitados a consumir	Ni un solo trago Entre 6 y 15 tragos mensuales Más de 15 tragos mensuales	% de cada uno
Obesidad (cualitativa)	Grado 0: normopeso Grado I: sobrepeso Grado II: obesidad Grado III: obesidad mórbida	IMC=20-24,9 kg/m ² IMC=25-29,9 kg/m ² IMC=30-39,9 kg/m ² IMC≥40 kg/m ²	% de cada uno
Sedentarismo (cualitativa)	Realizan ejercicio Se ejercitan poco Sedentario	Diariamente, al menos caminar 1 o 2 v/sem al menos caminar Muy poco o ningún ejercicio	% de cada uno
Estado de animo (cualitativa)	Dispuesto a cooperar Muy deprimidos	Positivo 3 o más (1,5,7,11,13) Negativo 1, 7 y 11	% de cada uno

RESULTADOS:

Tabla 1. Distribución por sexo del tabaquismo, según los datos recogidos en las encuestas.

Tabaquismo	Sexo					
	Femenino – 83		Masculino – 57		Total – 140	
	No.	%	No.	%	No.	%
Fuman	23	28	35	62	58	41
Dejaron de fumar	46	55	19	33	65	47
No fuman	14	17	3	5	17	12

Tabla 2. Alcoholismo distribuido por sexo.

Alcoholismo	Sexo					
	Femenino – 83		Masculino – 57		Total – 140	
	No.	%	No.	%	No.	%
No consumen nunca	61	74	9	16	70	50
Consumen eventualmente	15	18	17	30	32	23
Habitados a consumir	7	8	31	54	38	27

Tabla 3. Grado de obesidad según IMC por sexo.

Obesidad	Sexo					
	Femenino – 83		Masculino – 57		Total – 140	
	No.	%	No.	%	No.	%
Normopeso	27	33	9	15	20	14
Sobrepeso	15	18	14	25	29	21
Obesidad	34	41	21	37	55	39
Obesidad Mórbida	7	8	13	23	36	26

Tabla 4. Sedentarismo por sexos.

Sedentarismo	Sexo					
	Femenino – 83		Masculino – 57		Total – 140	
	No.	%	No.	%	No.	%
Realizan ejercicios	11	13	6	11	17	12
Se ejercitan poco	27	33	26	46	53	38
Sedentarios	45	54	25	44	70	50

Tabla 5. Estado de ánimo distribuido por sexos.

Estado de animo	Sexo					
	Femenino – 83		Masculino – 57		Total – 140	
	No.	%	No.	%	No.	%
Dispuesto a cooperar	71	86	27	47	98	70
Muy deprimidos	12	14	30	53	42	30

CONCLUSIONES:

Se detectan altos niveles de hábito tóxicos sobre todo en los hombres, donde más de la mitad son fumadores y consumen habitualmente alcohol. Encontramos altos porcentos de sobrepeso, más en mujeres que en hombres. La mayoría obesos y sedentarios, más las mujeres que los hombres.

A pesar de que la mitad de los hombres estaban deprimidos, más de tres cuartas partes de las mujeres están dispuestas a cooperar.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:

1. Barnes, M. y Ward, A. (2005): Oxford Handbook of Rehabilitation Medicine. Italia:
2. Baron JC, Cohen Ig, Cramer SC, Dobkin BH, Johansen-Berg H, loubinoux I, et al. First International Woskshop on Neuroimaging and Stroke Recovery. Neuroimaging in stroke recovery: a position paper from the First International Workshop on Neuroimaging and Stroke recovery. *Cerebrovasc. Dis* 2004;18:260-7
3. Batchelor FA, Hill KD, Mackintosh SF, Said CM, Whitehead CH. The FLASSH study: protocol for a randomised controlled trial evaluating falls prevention after stroke and two sub-studies. *BMC Neurol.* 2009; 9:14.
4. Blake DT, Strata F, Kempter R, Merzenich MM. Experience-dependent plasticity in S1 caused by noncoincident inputs. *J Neurophysiol.* 2005; 94:2239-50.
5. Carr, J. y Shepherd, R. (2004): Rehabilitación de pacientes en el Ictus. Madrid: Elsevier.
6. Christensen D, Johnsen SP, Watt T, Harder I, Kirkevold M, Andersen G. Dimensions of post-stroke fatigue: a two-year follow-up study. *Cerebrovasc Dis.* 2008; 26:134-41.
7. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. SERGAS. Lugo- España) Legg L, Langhorne P; Outpatient Service Trialists .Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomised trials. *Lancet.* 2004; 363(9406):352-6. [Medline]
8. Díaz-Guzman J, Bermejo-Pareja F, Benito-León J, Vega S, Gabriel R, Medrano MJ. Prevalence of stroke and transient ischemic attack in three elderly populations of central Spain. *Neuroepidemiology.* 2008; 30:247-53.
9. Díaz-Guzmán, J.; Egido-Herrero, J.A.; Fuentes, B.; Fernández-Pérez, R.; Gabriel- Sánchez, R.; Barberà, G. y Abilleira, S. (2009): Incidencia de ictus en España: estudio Iberictus. Datos del estudio piloto. *Rev Neurol.* 48(2):61-65.
10. Díez-Tejedor, E. (2006): Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología. Nº3: Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Barcelona: Prous Science.
11. Dromerick AW, Lum PS, Hildler J. Activity-based therapies. *NeuroRX.* 2006;3:428-38
12. Egido, A. y Díez-Tejedor, E. (2003): Después del ictus. Guía práctica para el paciente y sus cuidadores. Barcelona: Asociación Española del Ictus. 33. Gil, A.; Egido, J.A.; Larracochea, J. y Vila, N. (2000): El Ictus. ¿Qué es, como se previene y trata? Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología.
13. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/estrategias_ictus_SNS.pdf .
14. Fernández-Concepción O , Marrero-Fleita M, Mesa-Barrero Y, Santiesteban-Velázquez N, Rojas Fuentes J, et al. Depresión post-ictus: frecuencia y factores determinantes., *Rev Cubana Neurol Neurocir.* 2012; 2(1):9–16. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu>.
15. Fernández-Concepción O, Ramírez-Pérez E, Álvarez MA, Buergo-Zuáznabar MA. Validación de la escala de calidad de vida para el ictus (ECVI–38). *Rev Neurol.* 2008; 46:147–52.
16. Fernández-Concepción O, Rojas-Fuentes J, Pando A, Marrero-Fleita M, Mesa-Barrero Y, Santiesteban-Velázquez N, et al. Deterioro cognitivo después de un infarto cerebral: frecuencia y factores determinantes. *Rev Neurol.* 2008; 46: 326–30.
17. F.J. Carod-Artal, *REV NEUROL* 2006; 42 (3): 169-175 170 bajo el título de "Depresión postictus. Epidemiología, criterios diagnósticos y factores de riesgo
18. Flórez García MT. Intervenciones para mejorar la función motora en el paciente con ictus. *Rehabilitación* 2000; 34:5-11.
19. Foley N, Teasell R, Bhogal S. Mobility and the Lower Extremity. Evidence- Based Review of Stroke Rehabilitation, 2008. Disponible en: www.ebrsr.com.
20. Foley N, Teasell R, Jutai J, Bhogal S, kruger E. Upper Extremity Interventions. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation, 2008. Disponible en: www.ebrsr.com.

21. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007146.pub2.
22. Gordon, N.; Gulanick, M.; Costa, F.; Fletcher, G.; Franklin, B.; Roth, E. Y Shephard, T. (2004): Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors: An American Heart Association Scientific Statement From The Council on Clinical Cardiology, Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention; the Council on Cardiovascular Nursing; the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the Stroke Council. *Stroke*. 35:1230-1240.
23. Grupo de trabajo Asociación Madrileña de Neurología y Servicio Madrileño de Salud. Atención a los pacientes con ictus en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad, 2009. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142553237007&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&pid=1109265444699&sm=1109265844004.
24. Grupo de trabajo de la Guía de prevención del ictus. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de práctica clínica sobre la prevención primaria y secundaria del ictus. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2008.
25. Grupo de trabajo sobre actualización de GPC. Actualización de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I+CS; 2008.
26. Hackett Maree L, Anderson Craig S, House Allan, Halteh Christina. Intervenciones para prevenir la depresión después del accidente cerebrovascular (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
27. Hackett ML, Anderson CS, House A, Halteh C. Interventions for preventing depression after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD003689. DOI: 10.1002/14651858.CD003689.pub3.
28. Hackett ML, Anderson CS, House A, Xia J. Interventions for treating depression after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD003437. DOI: 10.1002/14651858.CD003437.pub3.
29. Herdman TH, Heath C, Meyer G, Scroggins L, Vasallo B. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier. 2008.
30. Intercollegiate Stroke Working Party. National clinical guideline for stroke, 3rd edition. London: Royal College of Physicians. 2008.
31. Kim, CM.; Eng, JJ.; MacIntyre, DL. y Dawson, AS. (2001): Effects of isokinetic strength training on walking in persons with stroke: a double-blind controlled pilot study. *Journal Stroke Cerebrovascular Disease*. 10(6):265-273.
32. Know Stroke. Know the Signs. Act in Time. NINDS. January 2008. NIH Publication No. 08-4872. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Disponible en: <http://www.ninds.nih.gov/disorders/stroke/stroke.htm>.
33. Lesniak M, Bak T, Czepiel W, Seniow J, Czlonkowska A. Frequency and prognostic value of cognitive disorders in stroke patients. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2008; 26:356-63.
34. Lundstrom E, Terent A, Borg J. Prevalence of disabling spasticity 1 year after first-ever stroke. *Eur J Neurol*. 2008; 15:533-9.
35. MedlinePlus. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/stroke.html. Ataque cerebral. Última modificación:julio 2010.

36. Patten, C.; Lexell, J.; Brown, H. (2004): Weakness and strength training in persons with poststroke hemiplegia: Rationale, method, and efficacy. *Journal of Rehabilitation Research & Development*. 41:3A:293-312.
37. Pérez Barrero SA. Psicoterapia para aprender a vivir. [Internet]. Barcelona:Clínica Mars; 2008 Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/psicoterapia/index.shtml>.
38. Reimers, C.; Knapp, G. y Reimers, A. (2009): Exercise as Stroke Prophylaxis. *Deutsches Ärzteblatt International*. 106(44):715-721.
39. Rius, E. (2007): Ictus. Guía de Práctica Clínica. (2ªed.). Barcelona: Agencia de Evaluación de Tecnología.
40. Sackley C, Brittle N, Patel S, Ellins J, Scott M, Wright C, et al. The prevalence of joint contractures, pressure sores, painful shoulder, other pain, falls, and depression in the year after a severely disabling stroke. *Stroke*. 2008; 39:3329-34.
41. Salter K, Bhogal S, Teasell R, Foley N, Speechley M. Post Stroke Depression. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation, 2008. Disponible en: www.ebrsr.com.
42. Salter K, Teasell R, Bhogal S, Foley N. Community Reintegration. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation, 2008.. Disponible en: www.ebrsr.com.
43. Salter K, Teasell R, Bitensky J, Foley N, Bhogal S. Cognitive Disorders and Apraxia. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation, 2008. Disponible en: www.ebrsr.com.
44. Sánchez Ayala MI. Psicología del envejecimiento. En: Guillén Yera F, Pérez del Molino J, Petidier R. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona:Editorial Elsevier-Masson; 2007.p.1-12.
45. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. A guideline developer's handbook (SIGN Guideline 50). Edinburgh. 2008.. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>.
46. Simpson DM, Gracies JM, Yablon SA, Barbano R, Brashear A. Botulinum neurotoxin versus tizanidine in upper limb spasticity: a placebo-controlled study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009; 80:380-5.
47. Smith, G.; Silver, K.; Goldberg, A. y Macklo, R. (2000): "Task-Oriented" Exercise Improves Hamstring Strength and Spastic Reflexes in Chronic Stroke Patients. *Stroke*. 30:2112-2118.
48. Smith J, Forster A, Young J. Cochrane review: information provision for stroke patients and their caregivers. *Clin Rehabil*. 2009; 23:195-206.
49. Stokes, M. (2006): Fisioterapia en la Rehabilitación Neurológica. (2ªed.). Madrid: Elsevier Mosby.
50. *Stroke*. 2011; 42:1787-1794; originally published online May 12, 2011.
51. Teasell R, Bayona N, Bitensky J. Background Concepts in Stroke Rehabilitation. Evidence- Based Review of Stroke Rehabilitation, 2008. Disponible en: www.ebrsr.com.
52. Teasell R, Foley N, Martino R, Bhogal S, Speechley M. Dysphagia and Aspiration post Stroke. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation, 2008.. Disponible en: www.ebrsr.com.
53. Teasell R, Foley N, Salter K, Bhogal S. Botulinum Toxin in the Treatment of Upper and lower Limb Spasticity Post Stroke. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation, 2008. Disponible en: www.ebrsr.com.
54. Teasell R, Foley N, Salter K, Bhogal S. Medical complications poststroke. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation, 2008. Disponible en: www.ebrsr.com.
55. Turner-Stokes L, Disler PB, Nair A, Wade DT. Rehabilitaci3n multidisciplinaria para la lesi3n cerebral adquirida en adultos en edad laboral (Revisi3n Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 N3mero 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
56. Vranken JH, Dijkgraaf MGW, Kruis MR, van der Vegt MH, Hollmann MW, Heesen M. Pregabalin in patients with central neuropathic pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of a flexible-dose regimen. *Pain*. 2008; 136:150-7.
57. Vroomen PC, Buddingh MK, Luijckx GJ, De Keyser J. The incidence of stroke mimics among stroke department admissions in relation to age group. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2008; 17:418-22.

58. Wessel, B.; Zahner, L.; Santos, M.; Randhawa, B.; McDowd, J.; Boyd, L.; Macko, R. y Quaney, B. (2006): The Efficacy of Cardiovascular Training Post-Stroke: What are the benefits for chronic stroke survivors? *Journal of Neurologic Physical Therapy*. 30:4.
59. Wissel J, Ward AB, Erztgaard P, Bensmail D, Hecht MJ, Lejeune TM, et al. European consensus table on the use of botulinum toxin type A in adult spasticity. *J Rehabil Med*. 2009; 41:13-25.