



INTRODUCCIÓN:

En estudios realizados en Argentina, se ha descrito la capacidad para realizar actividades en pacientes con accidente cerebrovascular (ACV) pero no consideraron si los cambios al alta de rehabilitación resultaron ser clínicamente significativos.^{1, 2}

Objetivo principal:

Analizar la ganancia funcional en las actividades de la vida diaria en relación a la diferencia mínima clínicamente importante (DMCI) en sujetos con secuela de ACV admitidos a rehabilitación.

Objetivo secundario:

Describir las características clínico-demográficas y relacionar la severidad al ingreso con la ganancia funcional al alta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Estudio observacional, retrospectivo y transversal.

Muestra

Incluidos: pacientes adultos con ACV internados en una clínica de neurorehabilitación de la Ciudad de Buenos Aires durante el período desde el 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2021.

Excluidos: pacientes que continúan internados al momento del estudio, que fallecieron o fueron derivados a un centro de mayor complejidad.

Eliminados: falta de datos.

Variables

- Género • Edad
- Tipo de ACV
- Hemisferio afectado
- Tiempo de lesión-admisión
- Severidad del ACV al ingreso
 - Tiempo de estadía
- Performance funcional
- Ganancia de FIM

Análisis estadístico

Variables categóricas: número absoluto y porcentaje.

Variables numéricas:

- Distribución normal: Media y desvío estándar.
- Distribución asimétrica: Mediana y rango intercuartílico.

Verificación de distribución de la muestra: Prueba de Kolmogorov Smirnov.

RESULTADOS

Tabla 1. Características de los participantes

VARIABLES	TOTAL (n= 52)
Género masculino, n(%)	28(53,8)
Edad, media±DE, años	61,1±15,7
Tipo de ACV, n(%)	
Isquémico	32(61,5)
Hemorrágico	18(34,6)
Isquémico con transformación hemorrágica	2(3,8)
Hemisferio afectado, n(%)	
Derecho	24(46,2)
Izquierdo	28(53,8)
Tiempo lesión-admisión, mediana(RIQ)	26(13,5-69,5)
Corto: menos de 20 días, n(%)	20(38,4)
Mediano: 21-40 días, n(%)	15(28,8)
Largo: 41-70 días, n(%)	4(7,7)
Extenso: más de 70 días, n(%)	13(25)
Severidad del ACV al ingreso (FIM motor), n(%)	
Leve: mayor a 62	4(7,7)
Moderado: 38-62	11(21,2)
Severo: menos 38	37(71,2)
Tiempo de estadía de acuerdo a la severidad, mediana(RIQ), días	138,5(73-213)
ACV leve	50,5(25,5-99,25)
ACV moderado	109(61-161)
ACV severo	157(88-246,5)

Referencias: ACV: Accidente Cerebrovascular; DE: desvío estándar; RIQ: rango intercuartílico

Tabla 2. Performance funcional según severidad del ACV al ingreso

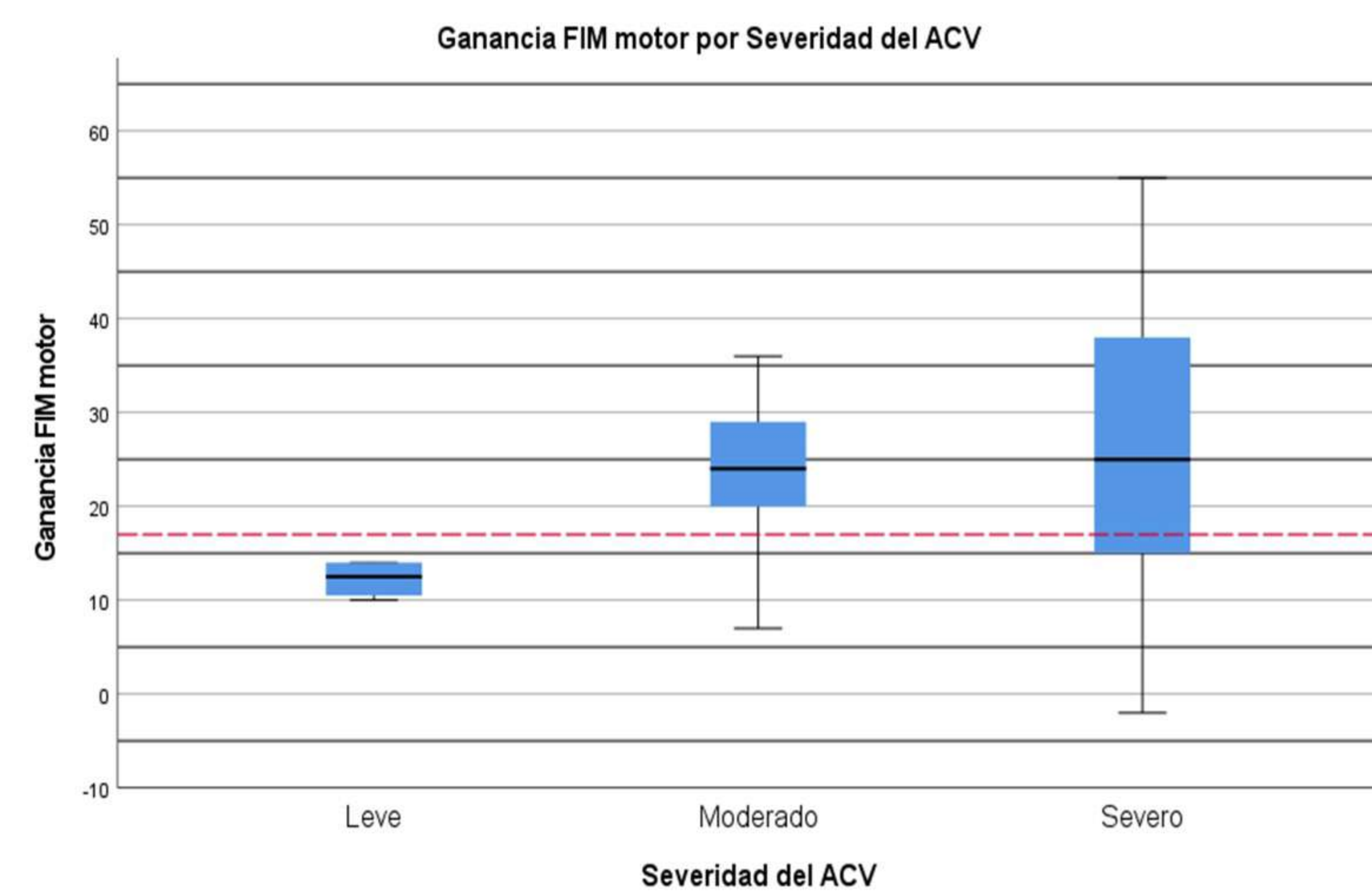
VARIABLES, mediana(RIQ)	Leve	Moderado	Severo
FIM Motor			
Ingreso	67,50(63,5-72,2)	44(40-48)	20(15-29,5)
Alta	79(75,5-85,5)	70(63-77)	49(33-64,5)
Ganancia	12,50(10,25-14)	24(18-31)	25(14-38)
FIM Cognitivo			
Ingreso	29(25,25-32,75)	32(29-35)	26(14-32)
Alta	32,5(28-34,7)	34(33-35)	31(22,5-34)
Ganancia	2,50(1,25-4,50)	2(0-4,50)	4(0,5-8,5)
Total			
Ingreso	96(89,25-105)	74(71-81)	47(30,5-60)
Alta	112(103,5-119,7)	103(96-112)	82(60-94,5)
Ganancia	14,50(12,50-18)	27(18-32)	28(18-43,5)

Referencias: FIM: Medida de Independencia Funcional; RIQ: rango intercuartílico

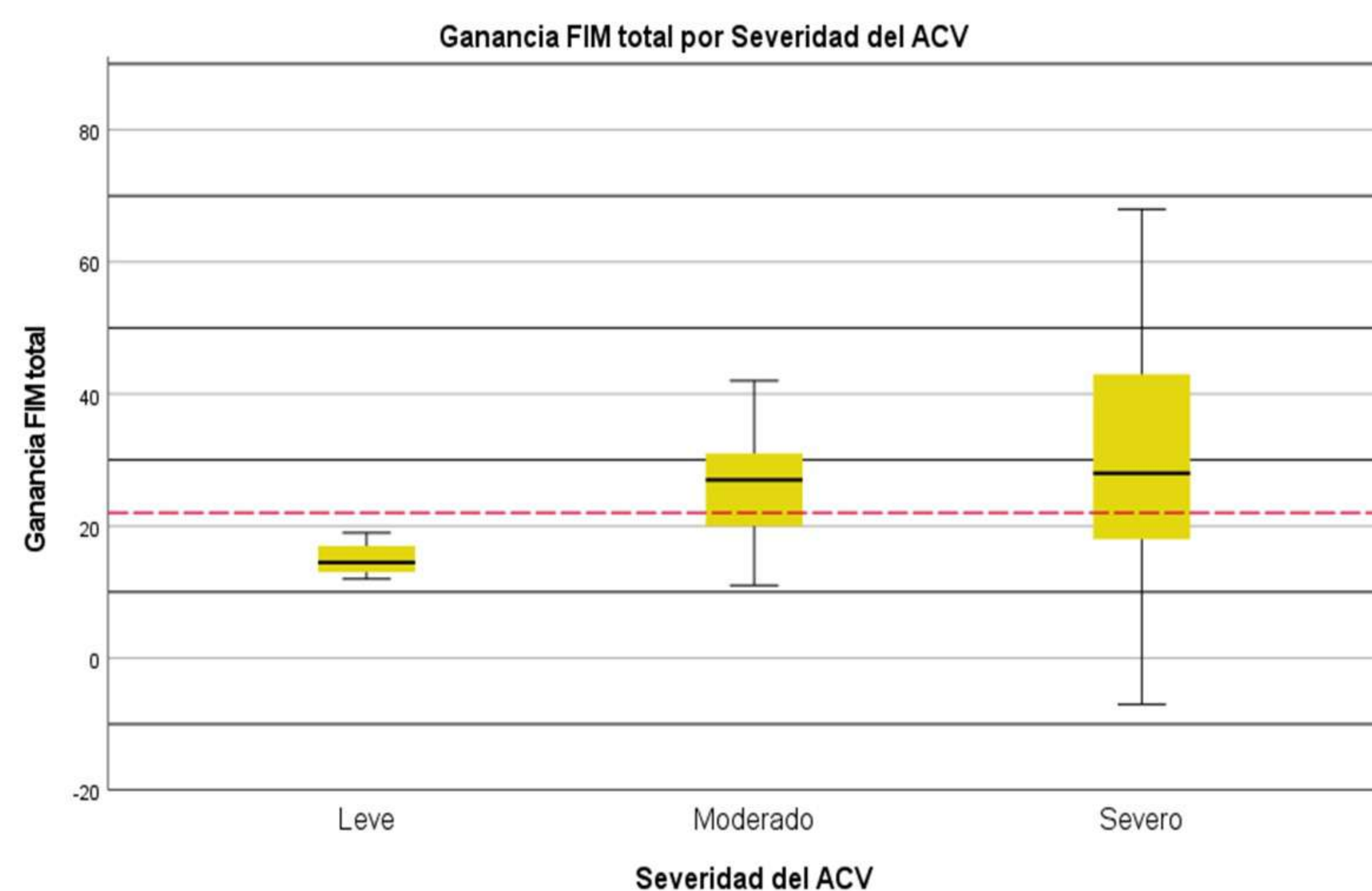
Tabla 3. Pacientes que alcanzaron la DMCI

VARIABLES	Leve (n=4)	Moderado (n=11)	Severo (n=37)	Total (n=52)
FIM Motor ≥17, n(%)	0(0)	9 (81,8)	26(70,3)	35(67,3)
FIM Cognitivo ≥3, n(%)	2(50)	5(45,4)	21(56,7)	28(53,8)
FIM Total ≥22, n(%)	0(0)	8(72,7)	23(62,2)	31(59,6)

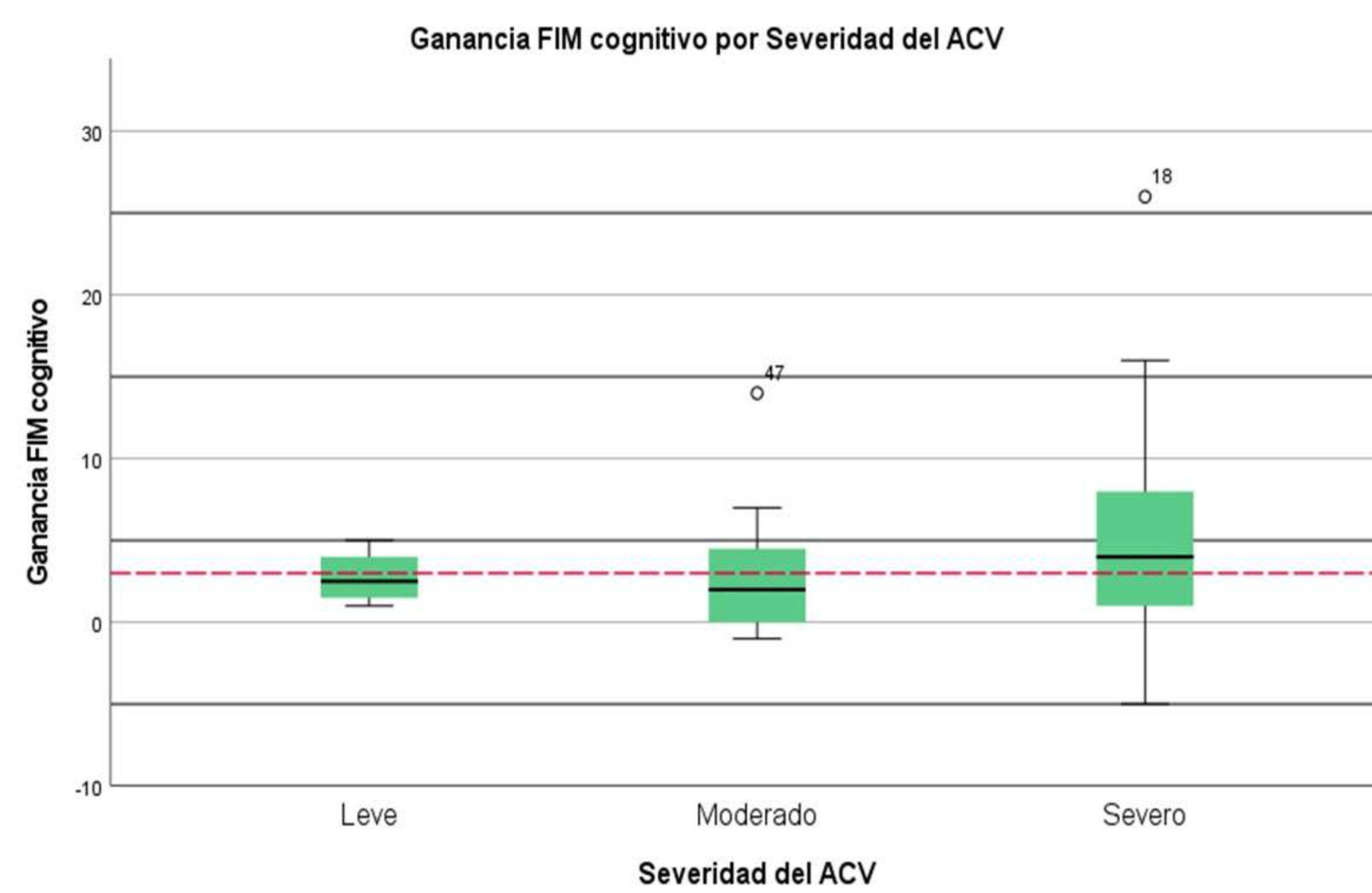
Referencias: FIM: Medida de Independencia Funcional; DMCI: diferencia mínima clínicamente importante



Referencia: La línea punteada representa el punto de corte para la diferencia mínima clínicamente importante



Referencia: La línea punteada representa el punto de corte para la diferencia mínima clínicamente importante



Referencia: La línea punteada representa el punto de corte para la diferencia mínima clínicamente importante

DISCUSIÓN:

Características clínico-demográficas

- Edad
- Género
- Hemisferio afectado
- Tipo de ACV

Similar a lo reportado en trabajos previos.^{1, 2}

Tiempo lesión-admisión

- <20 días
- 26 días ← **Nuestro estudio**
- >29 días^{1, 2}

Nuestra clínica incorpora pacientes de mayor complejidad, lo cual podría demorar el comienzo de la rehabilitación y, por lo tanto, extender el tiempo de estadía. Los factores contextuales (internación por Aseguradoras de Riesgos de Trabajo, familias poco continentales, etc) producen en un gran porcentaje que la fecha de externación sea muy posterior a la del cumplimiento de objetivos.²

Tiempo de estadía

- <121 días
- 138,5 días ← **Nuestro estudio**
- >140 días²

Severidad del ACV

Los pacientes con ACV severo al ingreso tuvieron una estadía más prolongada que aquellos con un grado moderado o leve. Esto se debe a que los pacientes con este tipo de ACV, al encontrarse más afectados, suelen requerir mayor tiempo para su recuperación.³

Performance funcional

- ACV Leve → Al tener puntuaciones más altas a su ingreso es más difícil que alcancen la DMCI ya que su capacidad para beneficiarse de la rehabilitación está limitada por un "efecto techo".⁴
- ACV Moderado → Mayores mejoras presentan con la rehabilitación, aunque el aumento de la gravedad se asocia en última instancia con peores resultados.⁴
- ACV Severo

CONCLUSIÓN

La mayoría de la muestra alcanzó cambios clínicamente significativos en las AVD al alta de rehabilitación. Más de la mitad de los moderados alcanzaron esta diferencia en lo motor y total; no así en lo cognitivo, cuyo mayor porcentaje de pacientes fueron los severos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Draut Boedo M, Abudarham J, Barbalaco L, Dilascio S, Gallo S, Garcete L, et al. Tiempo de evolución en sujetos con secuela de accidente cerebrovascular al ingreso a un Instituto de Rehabilitación de la Ciudad de Buenos Aires: estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. *Neurol Arg*. 2019, May; 11(2):81-87.
2. Mónica M, Sampayo M de la P, Sciuto S, Heider G, Castellano J, Ángel MF, et al. Resultados funcionales en sujetos post accidente cerebrovascular luego del alta de una clínica de neurorehabilitación de la Ciudad de Buenos Aires. *AJPT [Internet]*. 2020 Mar 6 [citado 21 de febrero de 2022];2(1).
3. Stineman MG, Fiedler RC, Granger CV, Maislin G. Functional task benchmarks for stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*. 1998 May;79(5):497-504.
4. Teasell R, Hussein N, & Foley N. Managing the stroke rehabilitation triage process. London, Ontario, Canada. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation. 2018 Mar. Disponible en: <http://www.ebsr.com/sites/default/files/v18-SREBR-CH4-NET.pdf>.
5. Beninato M, Gill-Body KM, Salles S, Stark PC, Black-Schaffer RM, Stein J. Determination of the minimal clinically important difference in the FIM instrument in patients with stroke. *Arch Phys Med Rehabil*. 2006 Jan;87(1):32-9.