

Artículo original

Resultados Funcionales y Complicaciones en pacientes asistidos en UDA-ACV Rehabilitación Instituto de Neurología - Hospital de Clínicas

Functional Results and Complications in Assisted Patients in UDA-ACV Rehabilitation Institute of Neurology - Hospital de Clínicas

Resultados Funcionais e Complicações em Pacientes Assistidos no Instituto de Neurologia de Reabilitação UDA-ACV - Hospital de Clínicas

Leticia López

Asistente

Virginia Ramos

Asistente

Eliana Katz

Asistente

Verónica Pérez

Residente

Teresa Camarot

Profesora Titular

Resumen:

Introducción: el ataque cerebrovascular (ACV) es un importante problema de salud por su alta morbi-mortalidad; en Uruguay representa la primera causa de discapacidad en el adulto. La atención en unidades interdisciplinarias, especializadas en ACV (UACV) se vincula con una disminución en la morbi-mortalidad y mejoría en la independencia al alta.

Objetivo: Evaluar el impacto del programa de abordaje precoz, protocolizado y sostenido, en pacientes con ACV asistidos por el Equipo de Rehabilitación integrado a la UACV del HC.

Material y método: Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, de cohorte; con un grupo de usuarios de la UACV (n=79) versus grupo histórico (GH) de población asistida fuera del contexto de UACV (n=77). Se tomaron como indicadores: días de internación, complicaciones e impacto funcional del ACV.

Resultados: ambas muestras fueron estadísticamente comparables, considerando $\alpha < 0.05$. En la modalidad UACV hubo una franca disminución de las complicaciones extra-neurológicas (21.5% vs 58% del GH), en especial de las infecciosas: urinarias (3.8% vs 21.8% GH) y respiratorias bajas (17.7% vs 27.3% GH); la mortalidad (5.06% vs 10.4% GH) y los días de internación (17.2 días vs 33.5 días del GH). Los pacientes presentaron mejores resultados funcionales al alta, requiriendo menor prescripción de ayudas técnicas: silla de ruedas (18% vs. 45.9% GH), andador o bastón (18% vs 21.6% GH).

Conclusiones: el abordaje mediante la modalidad de UACV exhaustiva, influye positivamente en la independencia, calidad asistencial, costos asistenciales y sociales.

Palabras clave: ACV, unidades de ACV, Rehabilitación.

Abstract:

Introduction: stroke is an important health problem due to its high morbidity and mortality; In Uruguay it represents the first cause of disability in the adult. Attention in interdisciplinary stroke units (SU), is associated with a decrease in morbi-mortality and improvement in independence at hospital discharged.

Objective: evaluation of the impact of an early, protocolized and sustained rehabilitation program, at the stroke unit where rehabilitation team take part.

Material and method: We carried out a prospective, descriptive, cohort study; with a group of SU patients (n = 79) versus historical group (HG) assisted in general hospital (n = 77). The

following indicators were taken: hospitalization days, complications and functional impact of stroke.

Results: Both samples were statistically comparable, considering $p < 0.05$. In SU modality there was a frank reduction of extra-neurological complications (21.5% vs 58% of GH), especially of the urinary tract infections (3.8% vs. 21.8% HG) and respiratory infections (17.7% vs 27.3% HG); Mortality (5.06% vs 10.4% HG) and days of hospitalization (17.2 days vs 33.5 days of HG). The patients presented better functional results at hospital discharge requiring less prescription of technical aids: wheelchair (18% vs. 45.9% HG), walker or walking stick (18% vs 21.6% HG).

Conclusions: the approach through an exhaustive SU modality has positive effects in patient independence, assistance quality, care and social costs.

Keywords: stroke, stroke units, rehabilitation.

Resumo:

Introdução: o ataque cerebrovascular (CVA) é um importante problema de saúde devido à sua alta morbidade e mortalidade; No Uruguai, representa a primeira causa da deficiência no adulto. A atenção em unidades interdisciplinares, especializadas em LCA (UACV), está associada a uma diminuição da morbi-mortalidade e à melhoria da independência na alta.

Objetivo: Avaliar o impacto do programa de tratamento precoce, protocolizado e sustentado em pacientes com AVC assistidos pela Equipe de Reabilitação Integrada à UACV do HC.

Material e método: Realizamos estudo prospectivo, descritivo e de coorte; com um grupo de usuários UACV (n = 79) versus grupo histórico (GH) de população assistida fora do contexto UACV (n = 77). Foram utilizados os seguintes indicadores: dias de hospitalização, complicações e impacto funcional do AVC.

Resultados: Ambas as amostras foram estatisticamente comparáveis, considerando $p < 0,05$. Na modalidade UACV houve uma clara diminuição nas complicações extra neurológicas (21,5% vs 58% da GH), especialmente nas infecciosas: urinária (3,8% vs 21,8% GH) e baixa respiratória (17,7% vs 27,3% GH); mortalidade (5,06% vs 10,4% GH) e dias de internação (17,2 dias vs 33,5 dias de GH). Os pacientes apresentaram melhores resultados funcionais na alta, exigindo menos prescrição de auxiliares técnicos: cadeira de rodas (18% vs. 45,9% de GH), andador ou bastão (18% contra 21,6% de GH).

Conclusões: a abrangente abordagem UACV influencia positivamente a independência, a qualidade dos cuidados, os custos sociais e de bem-estar.

Palavras-chave: ACV, unidades ACV, reabilitação.

Recibido: 02/08/2017 - **Aceptado:** 30/08/2017

Cátedra de Rehabilitación y Medicina Física, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

Correspondencia: dra.leticialopez.rmf@gmail.com

Introducción

El ataque cerebrovascular (ACV) es un importante problema de salud a nivel mundial por su alta morbi-mortalidad. En Uruguay representa la segunda causa de muerte luego del infarto agudo de miocardio y la primera causa de discapacidad en el adulto.⁽¹⁾

Múltiples revisiones sistemáticas han demostrado que los pacientes que reciben asistencia en las unidades especializadas en ataque cerebro-vascular (UACV), integradas por equipos interdisciplinarios, presentan disminución de la mortalidad y morbilidad (sobre todo complicaciones infecciosas); y mayor independencia al alta que aquellos que reciben asistencia convencional, independientemente del uso de fibrinolíticos.⁽²⁻⁶⁾ Estos resultados podrían estar vinculados a la disminución de complicaciones durante la internación.^(7,8)

Existen diferentes modelos de UACV, el que ha demostrado tener mayor beneficio es el “modelo exhaustivo”, en el cual se realiza el manejo del paciente en agudo con monitorización permanente no invasiva, con rehabilitación precoz y sostenida.⁽⁹⁻¹¹⁾

En nuestro país la UACV del Hospital de Clínicas (HC) ha transcurrido por diferentes etapas hasta la modalidad actual.⁽¹²⁻¹⁴⁾ Funciona desde marzo de 2014 como una unidad de ACV docente asistencial (UACV) con dependencia física del Instituto de Neurología, incluyendo guardias internas de Neurología todos los días de la semana, enfermería especializada y realizando el abordaje de Rehabilitación y Medicina Física (CRMF) de lunes a sábado, priorizando la intervención precoz y asegurando un continuum asistencial del programa de Rehabilitación; dirigido a minimizar complicaciones secundarias y obtener los mayores niveles de autonomía posibles. Esta modalidad de abordaje interdisciplinario y en equipo es indispensable en estos pacientes y su entorno socio-familiar para llegar a resultados satisfactorios, como lo demuestran estudios internacionales y la experiencia nacional.

En estudio realizado en la CRMF – Hospital de Clínicas (HC), en pacientes con ACV que recibieron asistencia convencional, en sala sin integración del equipo como unidad especializada en ACV, se observó una importante declinación de la funcionalidad. El 67,5% de los pacientes presentaron algún grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y el 67,6% requirió la prescripción de ayudas técnicas. En el período de internación se observó una alta incidencia de complicaciones agudas extra neurológicas (58,2%), potencialmente prevenibles. En la fase evolucionada hubo una alta incidencia de complicaciones crónicas (destacándose acortamientos tendinomusculares, posiciones viciosas, dolor).⁽¹⁵⁾

En este estudio se evalúan las características sociodemográficas, de complicaciones y funcionalidad de la población con ACV que se asiste en la UACV del HC; y determinar si existe beneficio con el programa de abordaje precoz, protocolizado y sostenido, en pacientes con ACV asistidos por el Equipo de Rehabilitación, integrado a la Unidad de ACV del HC versus población asistida previamente fuera del contexto UACV (grupo histórico).

Material y Método

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, de cohorte, con grupo en el que se realiza la intervención y además se comparó otro grupo control histórico.

El grupo control histórico (GH) está compuesto por usuarios con ACV asistidos previamente en salas del mismo hospital, sin integración del equipo como UACV; cuyos datos fueron analizados en el estudio previo realizado por dos de los mismos autores.⁽⁹⁾ En la muestra UACV; se incluyeron todos los pacientes asistidos en la Unidad de ACV - HC desde su apertura en marzo hasta diciembre de 2014, en que se hizo un primer corte para esta evaluación.

Se utilizó una Ficha de compliance diseñada por los investigadores. Se registraron datos sociodemográficos, clínicos, factores de riesgo vascular, tiempo de evolución, funcionalidad en actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria; días de internación y aparición de complicaciones extraneurológicas intrahospitalarias; úlceras por presión (UPP), infecciones del tránsito urinario (ITU), infecciones respiratorias bajas (IRB), entendiéndose por tales las neumonías agudas.

Para medir Funcionalidad en ABVD se utilizó el Índice de Barthel (IB) previo al ACV, en la primera evaluación post ACV, al alta de la unidad y en el primer control ambulatorio; se interrogó al paciente, familiar y/o cuidador. Se definieron tres grupos de pacientes: independientes (que podían realizar en forma autónoma y sin asistencia todas las actividades básicas, total 100 puntos), semidependientes (que requerían ayuda en por lo menos una de las actividades básicas, puntaje 51-99), dependientes (no podían realizar ninguna de las tareas incluidas en

IB en forma autónoma, puntaje ≤ 50). Esta escala fue elegida por ser un buen predictor de mortalidad y funcionalidad a largo plazo, adecuada para el seguimiento de pacientes en plan de rehabilitación, sensible para detectar cambios (deterioro o progreso), de rápida aplicación, validada al español y de gran fiabilidad inter-observador.^(16,17)

Las actividades instrumentales (AIVD) son actividades más complejas que las básicas, y poder realizarlas permite que la persona pueda ser independiente en la comunidad (ejemplos cepillarse el cabello, vestirse, hablar por teléfono, manejo de medicación, utilizar dinero). Se utilizó la escala de Lawton y Brody (LB), inicialmente diseñada para pacientes ancianos y luego también aplicada en el ACV. En cuanto a las propiedades psicométricas, tiene buena fiabilidad interobservador y buena validez concurrente con otras escalas de AVD y cognitivas. La puntuación final es la suma de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La dependencia es moderada cuando la puntuación se encuentra entre 4 y 7 puntos, mientras que es grande cuando la puntuación es inferior a 4.^(18,19)

Además, se obtuvieron datos de características de la marcha previa al ACV y al alta: necesidad y tipo de ayudas técnicas, desplazamiento intra y extradomiciliario.

Se entregó un instructivo con información al usuario y formulario de consentimiento informado, explicado en cada caso al paciente cuando éste se encontraba en condiciones de procesar la información brindada o al acompañante. Se aseguró el anonimato y confidencialidad de los datos, respetando las normas de Helsinki para estudios con seres humanos. Fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Clínicas.

Intervención

Se realizó un programa de abordaje protocolizado de Rehabilitación, el médico Rehabilitador desde el inicio toma contacto con el paciente y la familia; pone en marcha un programa de educación y entrenamiento en los cuidados del paciente, haciendo énfasis en la prevención de complicaciones secundarias al reposo y a la propia patología. Se hace énfasis en prevención de alteraciones osteo-articulares, tendino-musculares (acortamientos, posiciones viciosas, retracciones, dolor en hombro, subluxación, capsulitis de hombro) trofocirculatorias (UPP, TVP, TEP), respiratorias (infecciones respiratorias, neumonías, atelectasias), todo lo cual interferirá en su Rehabilitación. Las acciones también están dirigidas a orientar y apoyar al personal de enfermería, integrar e informar a la familia y/o cuidadores; promover y orientar precozmente en su participación activa, en cuidados posturales, actividades básicas en cama, y fuera de ella. Se trabaja en forma coordinada e interdisciplinaria con los especialistas médicos y no médicos; personal de enfermería y licenciados en diferentes áreas de la salud.

Precozmente se evalúa el déficit, se planifican los objetivos y plan de rehabilitación en vistas a favorecer la independencia, plan de derivación temprana a domicilio en conjunto con familiares y recursos sociales, así como la coordinación con Neurología y tratamiento en Rehabilitación luego del alta.

Desde el inicio se realiza estimulación sensorio-motora, plan cinésico, reeducación funcional de miembro superior, estática y marcha, empleando especialmente técnicas basadas en la neuroplasticidad. Se prescriben y coordinan ortesis y ayudas técnicas necesarias.

Al alta hospitalaria se realiza el seguimiento en policlínica conjunta con Neurología, pautándose el control al mes del ACV; en caso necesario se dará continuidad al proceso de rehabilitación ambulatoria en el HC y/o en servicios de Referencia cuando sea posible y manteniendo la contra referencia cuando se requieran niveles terciarios de especialización.

Procedimiento

Dos Docentes Médicos especialistas y Residentes de Rehabilitación aseguran la asistencia continua de lunes a sábado. Realizan el primer contacto con el paciente y ponen en marcha el programa de tratamiento protocolizado; registran los datos y aplican las escalas de evaluación. Se realiza control diario, y previo al alta se asegura su derivación y control ambulatorio.

Análisis estadístico

Se tomaron como indicadores, los días de internación y complicaciones en UDA ACV vs grupo histórico, adherencia de pacientes; medida por concurrencia a controles médicos de seguimiento coordinado e interdisciplinario. Se evaluó el impacto del ACV mediante Funcionalidad previa y post ACV, nivel de dependencia y complicaciones.

Las variables cualitativas se expresan en porcentajes, las cuantitativas con media y desvío standard. Se realizaron test de comparación de medias para muestras independientes (test de T) y test de comparación de proporciones mediante test de Z. El análisis de los datos se realizó en Epidat 3.1, considerando alfa de 5%.

Resultados

Se asistieron 79 pacientes. Las características sociodemográficas de ambas poblaciones son estadísticamente comparables para las variables en estudio, hallándose un valor a p mayor al 5% (tabla1).

	GH	UACV	P
Edad	62,1 DS 14,5	65 DS 11,9	0,1736
Sexo M	51,90%	59,49%	0,431
≤ 60 años	39%	30,38%	0,338
≤ 45 años	14,3%	8,86%	0,7993
Montevideo	63,60%	49,37%	0,102
Al menos primaria completa	79,10%	67,09%	0,1266
Económicamente activos	22%	26,58%	0,6393

Tabla 1: Características sociodemográficas de ambas poblaciones

El análisis de los factores de riesgo vascular muestra que la Hipertensión Arterial estuvo presente en el 94% de los pacientes, tabaquismo en el 42%, le siguen dislipemia, diabetes mellitus, alcoholismo y arritmia (tabla 2).

	GH	UACV
HTA	79%	93,67%
DM	25%	30,38%
Tabaco	57%	41,77%
OH	21%	27,85%
Arritmia	25%	25,32%
Dislipemia	29%	27,85%

Tabla 2: Factores de riesgo vascular

En cuanto a las características del ACV, el 94% de los ACV fueron isquémicos. El 67,09% presentó paresia de alguno de sus miembros, el 64,56% paresia del miembro superior dominante y el 32,91% afasia (tabla 3).

	GH	UACV
ACV Isquémico	82%	93,67%
Paresia MS		64,56%
Paresia MS dominante	52%	
Afasia	35%	32,91%
Paresia en algún miembro		67,09%

Tabla 3: Características del ACV

El promedio de los días de internación fue de 17.19 días, a diferencia del GH en la que se extendió a 33.53 días.

Desarrolló complicaciones intrahospitalarias extraneurológicas el 21.5% de los pacientes. Las ITU se presentaron en el 3.8% de los casos, UPP en 3.8%, IRB 17.7%, el 10.13% de los pacientes con trastornos deglutorios presentaron IRB, no se registró ningún caso de TVP (gráfico 1).

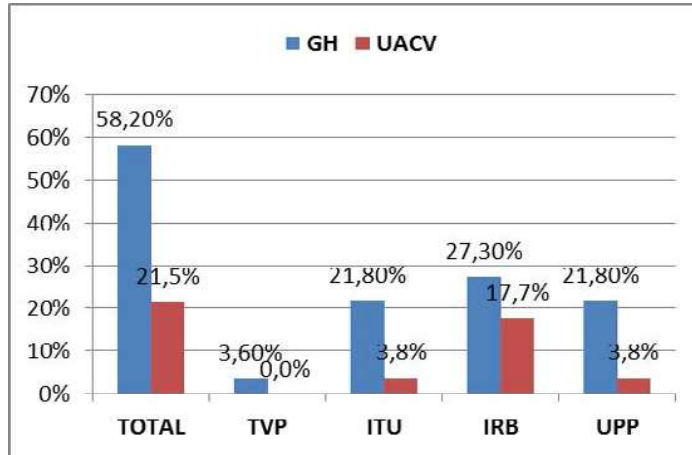


Gráfico 1: Complicaciones intrahospitalarias extraneurológicas. Comparativa GH vs UACV

Fallecieron durante la internación el 5.1% (la mitad de ellos como consecuencia directa del ACV y la otra por causas no relacionadas con el evento).

El primer contacto del equipo de rehabilitación se realizó con una mediana de 2 días y moda de 1 día.

Al analizar la funcionalidad previa al ACV encontramos que en ABVD: el 88% de los pacientes eran autoválidos, el 12% semidependientes y ninguno de ellos dependiente. El promedio del IB previo al ACV fue de 98 puntos. En AIVD el promedio de LB fue de 8 puntos (puntaje máximo posible, indica independencia completa o total).

En cuanto al desplazamiento, el 98,7% tenían marcha independiente previa al ACV

Las características de funcionalidad previa al ACV de ambas poblaciones son estadísticamente comparables, hallándose un valor p mayor al 5% (tabla 4).

	GH	UACV	P
Autoválido ABVD	92,20%	88,00%	0.6977
Semidependiente ABVD	5,90%	12,00%	0.4294
Dependiente ABVD	1,90%	0,00%	0.9897
Promedio de IB	s/d	98 puntos	
Promedio de LB	s/d	8 puntos	
Marcha independiente previa	84,40%	98,70%	

Tabla 4: Funcionalidad previa al ACV

El análisis de la funcionalidad en la primera evaluación, posterior al ACV muestra que en ABVD el promedio de IB fue de 58 puntos. El 36,2% de los pacientes eran independientes, el 15,52% semidependientes y el 48,28% dependientes (tabla 5).

	GH	UACV	P
Autoválidos ABVD	32,50%	36,20%	0.6977
Semidependientes AVBD	42,50%	15,52%	0.0003
Dependientes ABVD	25%	48,28%	0.0041
Promedio IB	s/d	58	

Tabla 5: Funcionalidad en la Primera evaluación RHB

La funcionalidad al alta de la unidad de ACV, muestra en ABVD: el promedio de IB fue de 82 puntos. El 54,76% eran independientes (IB 100), el 23,81% semidependientes y el 21,43% dependientes en ABVD (gráfico 2).

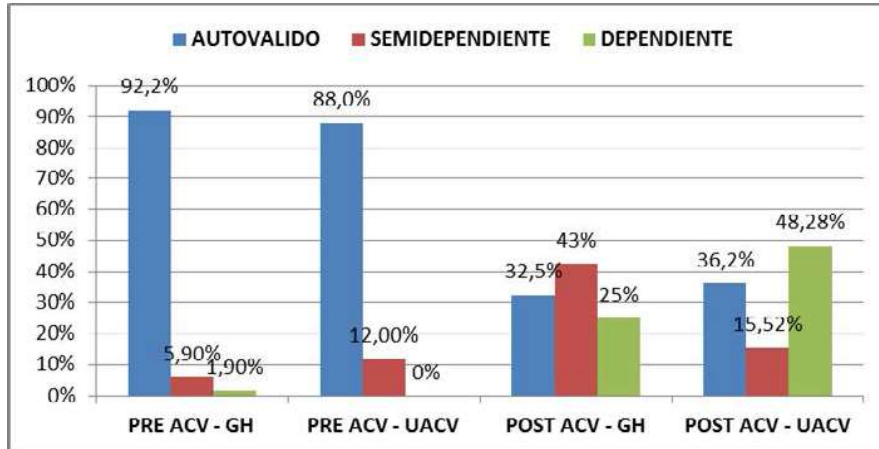


Gráfico 2: Funcionalidad previa y post ACV en GH y UACV

En cuanto a la prescripción de ayudas técnicas el 18% requirió silla de ruedas (vs 45.9% en GH) y otro 18% requirió andador o bastón para la marcha (vs 21.6% en GH) (gráfico 3).

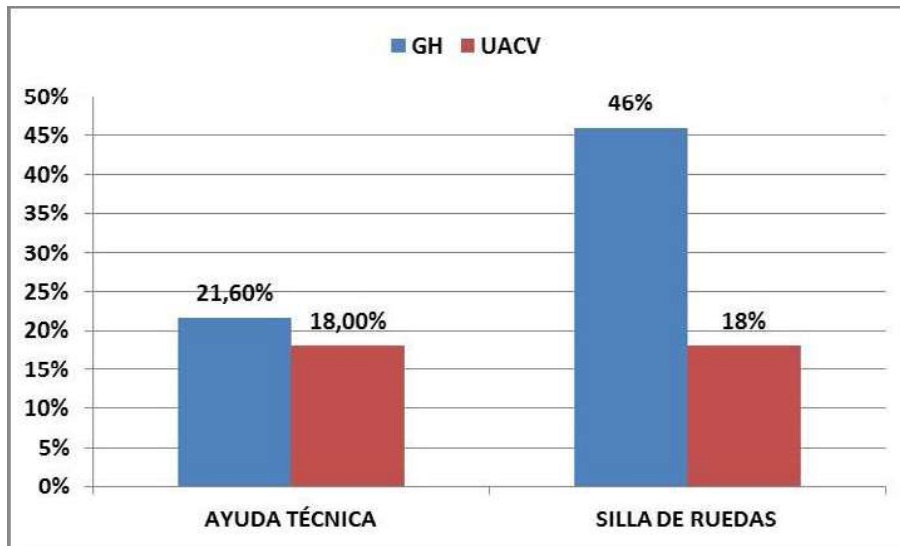


Gráfico 3: Prescripción de ayudas técnicas y sillas de ruedas al alta, en GH y UACV

Del total de los pacientes asistidos en la Unidad de ACV, al 20.27% fue posible darle el alta del servicio de rehabilitación al alta hospitalaria.

De los pacientes que requerían asistir al control ambulatorio pautado luego del alta, lo hizo el 41.67% (en el GH concurrió el 34.5%). En ellos, el promedio de IB fue de 76.8 puntos y el promedio de LB fue de 4.8 puntos.

Del total de los pacientes que no se controlaron, el 20% eran del interior del país, el 57.14% eran mayores de 70 años, el 14.14% requería alguna ayuda técnica para el desplazamiento (silla de ruedas, andador o bastón) y en este grupo el promedio de IB al alta hospitalaria fue de 81.25 puntos.

Discusión

En este trabajo nos propusimos conocer el impacto del programa de abordaje precoz, protocolizado y sostenido, en pacientes asistidos por el Equipo de Rehabilitación integrado a la Unidad de ACV del HC versus población asistida previamente fuera del contexto UDA-ACV ambas en el mismo hospital. El análisis estadístico nos mostró que ambas muestras son comparables en las variables sociodemográficas y de funcionalidad previa al ACV; lo que nos permite poder evaluar el impacto de la intervención UACV exhaustiva.

Al igual que en el grupo histórico (López, Camarot, 2014 9) y en la publicación de (Braga, 2010 20) , se destaca la elevada incidencia de factores de riesgo vascular, predominando los

FRV modificables; la HTA en el 93,67% de los casos y otros como el tabaquismo, la dislipemia y la diabetes mellitus que aumentan el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares, y de forma mucho más marcada si están asociados. ⁽²¹⁾ En la muestra de UACV observamos una incidencia de ACV en el joven similar a la descrita en la literatura. ⁽²²⁾ El 94% de los ACV fueron isquémicos, disminuyendo la incidencia de los hemorrágicos respecto a las publicaciones nacionales e internacionales. ⁽²³⁻²⁶⁾

El abordaje de los trastornos deglutorios, el levantamiento precoz, los ejercicios respiratorios, la inclusión e información a los pacientes y sus cuidadores, el contacto temprano con personal de salud capacitado y entrenado, que trabaje en forma coordinada y que conozca la patología; son factores que han permitido disminuir de forma importante las complicaciones intrahospitalarias - extraneurológicas y en consecuencia de los días de internación y probablemente la mortalidad. ⁽⁸⁾ La no colocación sistemática de sonda vesical, en vistas a una eventual realización de tratamiento con fibrinolíticos; estimamos que fue un factor condicionante en la marcada disminución de infecciones urinarias.

En cuanto a la funcionalidad en ABVD, en la primera evaluación post ACV, los resultados de ambas muestras no fueron comparables para los ítems de niveles de dependencia (semidependencia y dependencia), no así para el dato de independencia, probablemente se deba a la modalidad de obtención de datos del trabajo del grupo histórico (estudio retrospectivo) que aumenta el margen de error en el cálculo de los niveles de dependencia. En ambos grupos hubo una importante declinación de la funcionalidad luego de la instalación del ACV, de modo que en el grupo UACV el 63,8 % pasaron a tener algún nivel de dependencia en ABVD y el 67,5% en el grupo histórico.

Al alta de la UACV el nivel de dependencia fue mayor al pre-mórbido (IB 82 puntos: en rango de dependencia moderada), pero mostrando mejoras respecto a la primera evaluación (IB 58 puntos: en rango de dependencia severa). El 18,56% de los pacientes que eran dependientes o semidependientes en la primera evaluación post ACV pasaron a ser autoválidos al alta de la UACV. En la modalidad de UACV, los pacientes presentaron mejor funcionalidad que en el GH al alta, lo que se refleja en el menor requerimiento de ayudas técnicas para el desplazamiento (gráfico 3). Actualmente el equipamiento (orteisis y ayudas técnicas) es otorgado sin costo a través de GENATT-MIDES y de la Cátedra de Rehabilitación y Medicina Física, Hospital de Clínicas.

Control ambulatorio: en los usuarios UACV el promedio de LB fue de 4,8 puntos (en rango de dependencia moderada); siendo el pre ACV de 8 puntos (independencia). No fue posible realizar comparaciones con el GH debido que dicho dato no fue recolectado.

Se observa entonces un aumento de la dependencia en AIVD; y el promedio del índice de Barthel fue inferior al observado en el momento del alta hospitalaria (76,8 puntos). Creemos que esto puede ser de causa multifactorial, intervienen factores ambientales y personales del individuo y cuidadores, que actúan como barreras para la independencia y en ocasiones limitando la adherencia a propuestas terapéuticas de rehabilitación.

Ejemplos de ello son:

- a) **barreras arquitectónicas** dentro del domicilio, como escalones, aberturas pequeñas o desniveles, que impiden un desplazamiento seguro y en ocasiones confinan al paciente a una habitación,
- b) **la percepción de „protección“ en el ámbito hospitalario** generando inseguridad, temor o sobreprotección por parte de la familia y/o cuidadores al regresar al domicilio;
- c) **trastornos cognitivos**
- d) **alteraciones del humor, depresión y/o los mecanismos de afrontamiento** a la enfermedad
- e) necesidad de un **período de adaptación** a la nueva situación de dependencia al regreso al hogar. ⁽²⁷⁾

De cara a estas consideraciones, entendemos de gran interés poder fortalecer diferentes estrategias como son; inserción del Terapeuta Ocupacional también en el trabajo „extra-muros“, realizando un relevamiento de las condiciones del domicilio, pesquizando barreras arquitectónicas fuera y dentro del mismo, y brindando pautas para realizar las adaptaciones necesarias que favorezcan la independencia; fortalecer el abordaje desde psicología médica, trabajando en los mecanismos de afrontamiento de la familia, cuidadores y paciente: fortalecer

el soporte social; ya que éste modera el impacto que la discapacidad tiene sobre la calidad de vida del paciente, entre otros el acceso a medios de transporte adecuados para llegar a los servicios de salud: Se ha demostrado una asociación entre mayor soporte social y una mejor funcionalidad, sobre todo en los que tienen una afectación moderada a severa. ⁽²⁸⁾

Observamos que la asistencia a controles ambulatorios, resultó ser menor de la esperada; presentándose al primer control el 41.67% de los pacientes citados por el equipo de rehabilitación. La ausencia a controles médicos está vinculada a un aumento en las complicaciones en la evolución. No hemos encontrado estudios que nos hablen de esta condicionante, pero entendemos que seguramente no es una situación exclusiva de nuestro medio. Sin embargo, destacamos que con la modalidad UACV hubo una mayor adherencia a los controles que en la muestra histórica. Estos datos demuestran que la modalidad en equipo interdisciplinario ha permitido mejorar los resultados en cuanto a la captación al alta, pero reflejan la necesidad de continuar enfatizando en el seguimiento ambulatorio.

En todos los casos, pensamos que a futuro, la experiencia acumulada del equipo permitirá mejorar los resultados funcionales en estos pacientes. ⁽²⁹⁾ Asimismo debemos fortalecer los sistemas de comunicación con los equipos de salud de referencia local, tanto para usuarios de Montevideo como del interior del país. Todos estos esfuerzos probablemente redunden en una prevención secundaria más eficiente y tratamiento de rehabilitación más efectivo, con menores niveles de dependencia en la evolución.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Conclusiones

El abordaje mediante la modalidad de Unidad UACV de tipo exhaustiva, permitió disminuir de forma significativa las complicaciones intrahospitalarias, la mortalidad y los días de internación. Mejoró la funcionalidad al alta y la asistencia a los controles ambulatorios, ésto redundó en menor discapacidad; mejorando la calidad asistencial y disminuyendo costos sanitarios y sociales. Si bien, hubo una mejor adherencia en ambulatorio, el control continúa siendo un desafío para el equipo y en consecuencia se deberán buscar los mecanismos y estrategias que permitan mejorar la adherencia a largo plazo disminuyendo las complicaciones y manteniendo la funcionalidad alcanzada.

Bibliografía

- 1- Uruguay. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Área de Epidemiología y Estadística. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el Uruguay 2008. Montevideo: CHSC, 2010.
- 2- Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Sep 11;(9):CD000197. doi: 10.1002/14651858.CD000197.pub3.
- 3- Burton C, Fisher A, Green T. The organisational context of nursing care in stroke units: A case study approach. International Journal of Nursing Studies. 2009; 46: 86–95.
- 4- Indredavik B1, Bakke F, Slordahl SA, Rokseth R, Håheim LL. Treatment in a Combined Acute and Rehabilitation Stroke Unit Which Aspects Are Most Important? Stroke. 1999;30:917-923
- 5- Indredavik B, Bakke F, Solberg R, Rokseth R, Haaheim LL, Holme I. Benefit of a stroke unit: a randomized controlled trial. Stroke. 1991 Aug;22(8):1026-31.
- 6- Langhorne P, Williams BO, Gilchrist W, Howie K. Do stroke units save lives? Lancet. 1993; 342 (8868): 395-8.
- 7- Govan L, Langhorne P, Weir CJ. Stroke Unit Trialists Collaboration. Does the prevention of complications explain the survival benefit of organized inpatient (stroke unit) care?: further analysis of a systematic review. Stroke 2007; 38(9):2536-40.
- 8- Indredavik B, Bakke F, Slordahl S.A, Rokseth R, Håheim L.L. Stroke Unit Treatment: 10-Year Follow-Up. Stroke. 1999;30:1524-1527.
- 9- Langhorne P, Pollock A. Stroke Unit Trialists Collaboration. What are the components of effective stroke unit care? Age and Ageing 2002; 31: 365–371.
- 10- Lavados PM, Hoppe W A. Stroke Units in Chile. Rev Méd Chile 2005; 133: 1271-1273.
- 11- Logan PA, Armstrong S, Avery TJ, Barer D, Barton GR, Darby J, et al. The Effect of a Stroke Rehabilitation Unit on Functional and Psychological Outcome: A Randomised Controlled Trial. Cerebrovasc Dis 1996;6:106–110

- 12- Camejo C, Legniani C, Gaye A, Arcieri B, Brunet F, Castro L, et al. Stroke Unit at the Hospital de Clínicas: clinical-epidemiological behavior in patients with stroke (2007-2012). *Arch Med Interna* 2015; 37(1):30-35.
- 13- Brunet F, Camejo C, Gaye A, Castro L, Puppo C, Niggemeyer A, et al. Ataque cerebrovascular isquémico en Uruguay. Comunicación de los primeros 34 casos trombolizados en el Hospital de Clínicas. *Rev Méd Urug* 2014; 30(1):37-48.
- 14- Gaye A, Brunet F, Albisu S, Higgle J, Preve F, Camejo C, et al. Ataque Cerebrovascular en Jóvenes en la Unidad de ACV del Hospital de Clínicas de Montevideo. *An Facultad Med (Univ Repúb Urug.)* 2015; 2(1):70-76.
- 15- López L, Camarot T. Aspectos epidemiológicos y funcionales de una población de adultos con Ataque Cerebro Vascular asistidos en la Cátedra de Rehabilitación y Medicina Física Hospital de Clínicas - Dr. Manuel Quintela. *An. Fac. Med. Montev.* 2014; 1(1):24-7
- 16- Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Publica.* 1997 Mar-Apr;71(2):127-37.
- 17- Barrero C, García S, Ojeda A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plast Rest Neurol.* 2005;4 (1-2): 81-85
- 18- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969; 9(3):179-86.
- 19- Jiménez-Caballero PE, López- Espuela F, Portilla-Cuenca JC, Pedrera-Zamorano JD, Jiménez- Gracia MA, Lavado-García JM, et al. Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria tras un ictus mediante la escala de Lawton y Brody. *Rev Neurol* 2012; 55: 337-42.
- 20- Braga P, Ibarra A, Rega I, Servente L, Benzano D, Ketzoian C, et al. Ataque cerebrovascular: un estudio epidemiológico prospectivo en el Hospital de Clínicas de Montevideo. *Rev Med Uruguay* 2001;17(1):42-54.
- 21- Sandlemente Ansó C, Pedragosa Vall A, Rovira Pujol E, Vigil Martín D. El ictus en manos del internista. Factores de riesgo cardiovascular. *Rev Clin Esp.* 2008;208(7):339-46.
- 22- Varona JF, Guerra JM, Bermejo F. Ictus en el adulto joven. *Med Clin (Barcelona)* 2004;122(2):70-4.
- 23- Fogelholm R, Murros K, Rissanen A, Ilmavirta M. Factors delaying hospital admission after acute stroke. *Stroke* 1996;27(3): 398-400.
- 24- Jørgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Olsen TS. Intracerebral hemorrhage versus infarction: stroke severity, risk factors, and prognosis. *Ann Neurol.* 1995 Jul;38(1):45-50.
- 25- Anderson C, Chakera T, Stewart-Wynne E, Jamrozik K. Spectrum of primary intracerebral haemorrhage in Perth, Western Australia, 1989-90: incidence and outcome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994; 57(8): 936-40.
- 26- Tutté L, Vazquez M, Borelli G, Camarot T. Stroke en agudo: presentación clínica y repercusión funcional en una población de pacientes asistidos por el departamento de Fisiatría en Casmu, Libro de Resúmenes Amlar, Octubre 2008 Pta del Este Uruguay, p. 80
- 27- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J.* 1965; 14: 61-65.
- 28- Duarte E, Alonso B, Fernandez M, García -Montes I, Gentil J, Hernández L, et al. Rehabilitación del ictus: modelo Asistencial. Recomendaciones de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. *Rehabilitación (Madr).* 2010; 44(1):60-68.
- 29- Portilla-Cuenca JC, Ramírez-Moreno JM, López-Espuela F, Romero-Sevilla RM, Jiménez-Caballero PE, Fermín-Marrero JA, et al. Situación funcional tras un ictus y experiencia acumulada de una unidad de ictus. *Neurología.* 2014;29:271-279.