

Evaluación de las características y la mejoría funcional de pacientes con accidente vascular cerebral y fractura de fémur en un programa de rehabilitación intensiva de un centro sociosanitario



Evaluation of the characteristics and functional improvement of patients with stroke and hip fracture in an intensive rehabilitation program in a geriatric centre

Algunos pacientes ingresan en unidades de convalecencia de centros sociosanitarios después del proceso agudo para recuperar funcionalidad previo retorno a domicilio^{1,2}. Es importante para optimizar recursos en estas unidades determinar la eficacia y eficiencia de la rehabilitación^{1,3}. Nuestro objetivo es describir qué pacientes realizaron un programa de rehabilitación intensiva (PRI) y los resultados de este.

Desarrollamos un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con AVC o fractura de fémur (FF) procedentes de hospital de agudos, seleccionados para el PRI según criterios, y dados de alta del programa entre mayo de 2012 y junio de 2015.

Criterios de inclusión en AVC: índice de Barthel previo (IBP) > 94, mejoría funcional intrahospitalaria y ausencia de demencia, heminegligencia, afasia global o de comprensión; en FF: IBP > 59, comprensión y colaboración conservadas, haber iniciado marcha asistida. Criterios de exclusión: comorbilidades que impidieran un PRI.

Los pacientes firmaron un consentimiento informado preprograma. El PRI consistía en mínimo 3 h diarias de rehabilitación (fisioterapia mañana y tarde, terapia ocupacional mañana) con logopedia y estimulación cognitiva si precisaban. Se requería un índice de Heinemann corregido (IHC) > 50% para el alta.

Recogimos edad, sexo, diagnóstico según CIE-10, IBP en su versión original⁴ (es la escala de valoración funcional más utilizada a nivel internacional para valoración del ictus⁵ y en España en geriatría y rehabilitación⁶), índice de Barthel al ingreso (IBI) y al alta (IBA), estado cognitivo (deterioro cognitivo si ≥ 5 ^{3,7}) según Pfeiffer (uno de los cuestionarios más usados en mayores⁸), destino al alta y motivo, días de estancia y horas de tratamiento rehabilitador.

Se midió la mejoría funcional con:

- Eficacia programa: IBA, ganancia funcional (GF) absoluta (IBA-IBI)^{1,2,9,10} y GF relativa (% de capacidad funcional perdida al ingreso y recuperada al alta) o IHC = $[(IBA - IBI) \times 100] / (IBP - IBI)$ ^{1,2,9}.
- Eficiencia: EGF = $[(IBA - IBI) / \text{días de estancia}]$ ^{1,2,9} (baja $\leq 0,5$; moderada $> 0,5$ o alta > 1)¹. La eficiencia de ganancia funcional (EGF) puede variar según los días de estancia sin rehabilitación¹.

El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 19.0. Utilizamos para estudio descriptivo media y desviación estándar (variables cuantitativas) y frecuencias (variables cualitativas); y para comparación de variables Chi cuadrado (cualitativas), «t» de Student y ANOVA (cualitativas-cuantitativas) y correlación (cuantitativas), con significación estadística si $p < 0,05$.

Resultados

Incluimos a 72 pacientes, teniendo complicaciones un 13,9%: 6 FF (problemas ortopédicos, respiratorios) y 4 AVC (mayoritariamente ITU).

Tabla 1
Características de los pacientes al ingreso y al alta del PRI

Ingreso	Total (n=72)	AVC (n=34)	FF (n=38)
Edad (años), media \pm DE	75,6 \pm 12,8	68,1 \pm 12,9	82,4 \pm 8,2
IBP, media \pm DE	97,1 \pm 5,5	99,1 \pm 2,3	95,2 \pm 6,8
IBI, media \pm DE	37,8 \pm 14,9	29,4 \pm 14,9	45,3 \pm 10,3
Sexo (hombres), n (%)	25 (34,7)	19 (55,9)	6 (15,8)
DC (Pfeiffer ≥ 5), n (%)	4 (5,6)	1 (2,9)	3 (7,9)
Alta	Total (n=62)	AVC (n=30)	FF (n=32)
IBA, media \pm DE	80,1 \pm 11,3	76,1 \pm 14,1	83,9 \pm 5,9
GF ^a , media \pm DE	41,3 \pm 14,9	45,9 \pm 18,2	37 \pm 9,1
IHC ^b , media \pm DE	71,7 \pm 16,6	65,8 \pm 19,2	77,3 \pm 11,6
EGF ^c , media \pm DE	1,5 \pm 1	1,3 \pm 1,3	1,6 \pm 0,5
Días de estancia, media \pm DE	34,3 \pm 16,4	45,3 \pm 15,7	24 \pm 8,4
Horas RHB, media \pm DE	53,8 \pm 30,7	73,7 \pm 30,1	35,2 \pm 16,5

AVC: accidente vascular cerebral; DC: deterioro cognitivo; DE: desviación estándar; EGF: eficiencia de ganancia funcional; FF: fractura de fémur; GF: ganancia funcional; IBA: índice de Barthel al alta; IBI: índice de Barthel al ingreso; IBP: índice de Barthel previo; IHC: índice de Heinemann corregido; PRI: programa de rehabilitación intensiva.

Unidades:

^a Puntos.

^b %.

^c Puntos/día.

Días de estancia: días de estancia en el PRI. Horas RHB: horas de tratamiento rehabilitador.

Los resultados funcionales fueron IBA: 80,1 \pm 11,3; GF: 41,3 \pm 14,9; IHC 71,7 \pm 16,6%; y EGF alta (1,5 \pm 1). En FF los resultados fueron mejores que en AVC², siendo IBI, IBA, GF e IHC superiores ($p < 0,05$) y la EGF también ($p > 0,05$) a pesar de menos días de estancia y horas de tratamiento ($p < 0,0001$) (tabla 1). El IBP se correlaciona con la GF, IHC y días de estancia y horas de tratamiento; y el IBI con el IBA⁹ y la GF ($p < 0,05$).

El principal destino al alta fue la convalecencia por posibilidad de mejoría funcional más lenta seguido de problemática social que no permitía el retorno al domicilio.

Discusión

Tras un AVC o FF se precisa rehabilitación más frecuentemente que en otras dolencias. El AVC y las FF representaron, respectivamente, el 17,4 y el 17,9% del total de pacientes ingresados en convalecencia durante el estudio. De ellos, un 14,1% de AVC y un 15,3% de FF se incluyeron en PRI. Falta evidencia científica para identificar a los pacientes que obtendrán buenos resultados funcionales con rehabilitación y pueden beneficiarse más de un PRI.

Hemos obtenido un IBA^{9,10}, EGF^{1,3,9} e IHC^{9,10} superiores a otros estudios, posiblemente porque era requisito de alta un IHC > 50%. Un 96,77% de los pacientes que acabaron el PRI obtuvieron una GF clínicamente relevante (≥ 20 puntos en Barthel¹) con mejoría cualitativa del grado de dependencia².

A más edad, más corta ha sido la estancia ($p < 0,05$)⁹, posiblemente debido al predominio de FF en ≥ 75 años y de AVC en < 75 años. A diferencia de otros autores¹⁰ nuestros resultados no varían según edad^{3,9}.

No hemos encontrado diferencias en los resultados según Pfeiffer⁹, a diferencia de otros autores^{2,3,7} quizás porque la mayoría tenían puntuación baja.

Puntos débiles: no recogemos factores que pueden influir en resultados (comorbilidades¹, estado socioeconómico o nutricional¹, días previos en hospital⁹) y no disponemos de datos a largo plazo. La mejoría funcional no es extrapolable al conjunto de AVC o FF por haber realizado una rehabilitación intensiva.

En pacientes seleccionados con determinadas características el programa ha sido bien tolerado y se han obtenido buenos resultados funcionales, sobre todo en el grupo de FF.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Castellano Vela E, Gómez Pajares F, Rochina Puchades A, Gil Egea M. Factores asociados a mejoría funcional y nueva institucionalización en enfermos con intervención rehabilitadora en una unidad de media-larga estancia. *Rev Clin Esp.* 2010;210:1–10.
- Baztán JJ, González M, Morales C, Vázquez E, Morón N, Forcano S, et al. Variables asociadas a la recuperación funcional y la institucionalización al alta en ancianos ingresados en una unidad geriátrica de media estancia. *Rev Clin Esp.* 2004;204:574–82.
- Baztán JJ, Domenech JR, González M, Forcano S, Morales C, Ruy Pérez I. Ganancia funcional y estancia hospitalaria en la unidad geriátrica de media estancia del Hospital Central de Cruz Roja de Madrid. *Rev Esp Salud Pública.* 2004;78:355–66.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: Barthel index. *Md State Med J.* 1965;14:61–5.
- Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicía Clin.* 2011;72:11–6.
- Abizanda Soler P, Gallego Moreno J, Sánchez Jurado P, Díaz Torres C. Instrumentos de Valoración Geriátrica Integral en los servicios de Geriatría de España: uso heterogéneo de nuestra principal herramienta de trabajo. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2000;35:261–8.

- Baztán JJ, Fernández-Alonso M, Aguado R, Socorro A. Resultados al año de la rehabilitación tras fractura de fémur proximal en mayores de 84 años. *An Med Interna (Madrid).* 2004;21:433–40.
- Martínez de la Iglesia J, Duenñas R, Onís MC, Aguado C, Albet C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc).* 2001;117:129–34.
- Valderrama E, Baztán JJ, Molpaceres J, Fernández M, Isach M. Evaluación de la mejoría funcional y la estancia en una unidad de rehabilitación geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1997;31:200–6.
- Dietre G, Vilarmou MT. Evolución de la capacidad funcional y características de los pacientes ingresados en una unidad de convalecencia y rehabilitación. *Rev Mult Gerontol.* 2000;10:26–32.

Rosa Mora Ferrer^{a,*}, Àngels Abril Carreres^a, Roser Garreta Figuera^a y Jaume Sanahuja Mota^b

^a Servicio de Rehabilitación, Hospital Universitario Mútua de Terrassa, Terrassa, España

^b Centro sociosanitario de la Fundación Vallparadís, Terrassa, España

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: r.mora.f@yahoo.es (R. Mora Ferrer).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.01.009>

Trastorno del control de impulsos asociado a agonistas dopaminérgicos en la enfermedad de Parkinson. A propósito de un caso



Impulse control disorders associated with dopaminergic agonists in Parkinson's disease. Case report

La enfermedad de Parkinson (EP) es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente en nuestro medio tras la enfermedad de Alzheimer. Esta, desde su diagnóstico, supone un impacto muy importante en la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores. La EP en España tiene una incidencia y prevalencia similar al resto de Europa. En España se estima que unos 300.000 pacientes están diagnosticados de EP¹. Los trastornos del control de impulsos (TCI) que incluyen hipersexualidad, ludopatía, compulsión por comer o comprar, han sido descritos en la EP; así como el *punding*, comportamiento estereotipado que comprende rituales motores automáticos, incluye recolección y colección de objetos, clasificación y organización de objetos, acaparamiento, generosidad imprudente, y *hobbyism* sin finalidad y que se acompañan de una sensación subjetiva de fascinación y placer. Debido a que los pacientes no suelen referir a su médico estas conductas, el TCI y el *punding* están infradiagnosticados en la práctica clínica^{2–5}.

Nuestro paciente es un varón de 78 años de edad, independiente para actividades de la vida diaria, con antecedentes de cardiopatía isquémica controlada con tratamiento farmacológico, deterioro cognitivo leve asociado a EP en tratamiento con neuropsicoestimulación en el hospital de día psicogeriátrico, EP (diagnosticada en el mes de marzo de 2012; con predominio de temblor sin rigidez). Tras el diagnóstico se inicia tratamiento con pramipexol a dosis ascendentes hasta 2,1 mg/día. El pramipexol se suspende por somnolencia en el mes de marzo de 2013 y se cambia por rotigotina parches a dosis ascendentes hasta 8 mg/día. En el mes de enero de 2014, se inicia rasagilina 1 mg/día por mínima rigidez. En julio de 2014, ante la aparición de rigidez generalizada, ausencia de braceo y limitación para la marcha se inicia carbidopa/levodopa

25/100 mg con 0,5 comp/8 h. La hija consultó en julio de 2015, refiriendo que su padre presentaba «compras exageradas» en el supermercado, compras de múltiples billetes de lotería, recolección de objetos desechados por los vecinos en contenedores de la calle (coleccionaba muñecos y cables), todo ello de inicio 4 meses antes. Recientemente, en junio de 2015, había sido valorado en consulta externa de psiquiatría, siendo diagnosticado de trastorno psicótico vs. síndrome de Diógenes, iniciándose quetiapina 150 mg/día, la cual se suspende al cuarto día por somnolencia diurna excesiva, sin substituirse por ningún otro neuroléptico. Durante la valoración por psiquiatría el paciente niega la existencia de una finalidad económica para la colección de dichos objetos.

Nos encontramos ante un paciente que presenta TCI y *punding* como síntomas primarios y no reconocidos por el paciente, siendo los familiares directos quienes han reportado la sintomatología y su interferencia con las actividades de la vida diaria. Decidimos suspender rotigotina de manera progresiva. Durante su evolución ha mantenido estabilidad clínica de la EP, presentando mínima rigidez de muñecas, hipomimia y discreto temblor de reposo. En la visita de enero de 2016, se decide aumento de la dosis carbidopa/levodopa 25/100 mg a 1-1-0,5 comp/día por aumento de la rigidez. Nos cercioramos del cese de la sintomatología asociada a TCI (compras compulsivas de lotería y en supermercado) y *punding* (recolección de objetos).

La prevalencia descrita de TCI asociado a la EP es del 13–26% cuando solo se incluyen pacientes con EP que estén en tratamiento con agonistas dopaminérgicos; asimismo la prevalencia del *punding* va del 14 al 34%. En todo caso, muy inferior a la prevalencia reportada de manera inicial que oscila entre el 2–8%^{2,3,6–8}. Se trata de síntomas que habitualmente no son reconocidos por los pacientes, ya que no los consideran discapacitantes o displacenteros; lo cual condiciona su infradiagnóstico^{2,3}.

En este caso, el paciente presentaba factores predisponentes para el desarrollo de TCI y *punding* (sexo masculino, años de evolución de la EP, tratamiento con agonistas dopaminérgicos)^{2,3}. Consideramos este caso de gran importancia en la práctica clínica