

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Impacto de la discapacidad en el estilo de vida del paciente hemipléjico adulto

Impact of disability in the lifestyle of adult hemiplegic patiente

Fernando Sotelano, Dalia Raijman

RESUMEN

Objetivo: investigar los cambios en el estilo de vida (EV) de pacientes hemipléjicos adultos y asociarlos con la funcionalidad alcanzada.

Material y método: 56 pacientes hemipléjicos adultos con más de un año de evolución y tratamiento de rehabilitación finalizado, fueron evaluados con la escala Medida de la Independencia Funcional (MIF) y encuestados con 16 ítems que reflejaban la actividad social realizada antes y después de la lesión. Los resultados fueron relacionados con el puntaje MIF comparando con la etiología de la lesión, el lado afectado y el sexo de los pacientes.

Se realizó una regresión lineal y una logística multinomial.

Resultados: el promedio de la MIF fue de 105 puntos (Mx = 126), indicando aceptable funcionalidad. En EV hubo promedio de 22,6 puntos (Mx = 32).

Hubo relación lineal positiva entre el aumento de la MIF y EV. Los que cambiaron el EV presentaron un MIF de 74%, comparado con los que no cambiaron que fue de 85%.

No hubo diferencia en puntaje MIF ni de EV según el nivel de instrucción y etiología.

Conclusión:

1. A mayor puntaje MIF, menos cambio en el estilo de vida.
2. Los pacientes con puntaje MIF bajo (mayor discapacidad), tenían afectado predominantemente el lado derecho.
3. El mayor cambio en el estilo de vida se observó en la concurrencia a un restaurante y viajes en transporte público.

Palabras clave: medida de la independencia funcional (MIF), estilo de vida, hemiplejias.

ABSTRACT

Objective: Investigate the changes in lifestyle (LS) of adult patients with hemiplegia and their association with the functionality achieved.

Recibido:
5 de octubre de 2011

Aceptado:
5 de noviembre de 2011

Autores:
Fernando Sotelano
Médico especialista en
Rehabilitación. Centro Médico
ULME, Buenos Aires - Argentina.

Dalia Raijman
Médica especialista en
Rehabilitación, Centro Médico
ULME, Instituto de Rehabilitación
Psicofísica.
Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia:
sotelano@ssdnet.com.ar

Materials and methods: 56 adult hemiplegic patients with more than a year of progress and completed rehabilitation treatment were evaluated with the scale of the Functional Independence Measure (FIM) and respondents with 16 items that reflected the social activity before and after the injury. The results were related to the FIM score compared to the etiology of the lesion, the affected side and gender of patients.

We performed a linear regression and multinomial logistic.

Results: the average was 105 points FIM (Mx = 126), indicating acceptable functionality. In LS average was 22.6 points (Mx = 32).

There were positive linear relationship between increased FIM and LS, LS's that changed the FIM showed a 74%, compared with those who did not change that was 85%.

No difference in FIM or LS score by level of instruction and etiology.

Conclusion:

1. When the score was higher, less change in lifestyle.
2. Patients with low FIM scores (greater disability) were predominantly affected the right side.
3. The biggest change in lifestyle was seen in attendance at a restaurant and travel by public transport.

Key words: Functional Independence Measure (FIM), lifestyle, hemiplegia.

INTRODUCCIÓN

La discapacidad en la hemiplejía del adulto produce cambios en el estilo de vida de los pacientes cuya magnitud puede estar relacionada con la funcionalidad residual luego del tratamiento, asociada a distintas actividades y según la población en estudio. Para esta investigación se define “estilo de vida” a las costumbres de la vida cotidiana relacionadas con trabajo, esparcimiento, traslados, relaciones es decir, cómo organizó el paciente su actividad diaria, antes y después de la lesión. No se tuvo en cuenta la “calidad de vida”, que investiga el bienestar subjetivo de individuos o sociedades con lo cual se puede establecer un Índice de Desarrollo Humano. No encontramos ningún trabajo similar en la bibliografía.

OBJETIVO

Investigar y cuantificar los cambios en el estilo de vida de pacientes adultos con acci-

dente cerebrovascular, una vez finalizado el tratamiento de rehabilitación y asociarlos con la funcionalidad alcanzada y las variables poblacionales.

DISEÑO

No experimental, descriptivo, transversal.

MATERIALES Y MÉTODOS

57 pacientes con accidentes cerebrovascular integraron la muestra.

Criterios de inclusión: más de un año de evolución y tratamiento de rehabilitación finalizado.

Criterio de exclusión: problemas clínicos importantes que no permitieran la integración familiar. Todos fueron evaluados con la escala MIF o en inglés FIM² Paralelamente fueron

encuestados mediante 16 ítems que reflejaban la actividad social que realizaban antes y después de la lesión. Para determinar etiología, se tuvo en cuenta la clínica y las imágenes de resonancia nuclear magnética y/o tomografía computarizada.

Las actividades sociales o estilo de vida encuestadas antes y después de la lesión fueron³: salir a comer fuera, ir al cine, ir de compras, viajar en taxi, viajar en medios de transportes comunes, conducir automóvil, visitar y recibir amigos, ir a reuniones o fiestas, trabajar, actividades con computadora, escuchar radio, ver TV, leer, tener un hobby y actividad sexual. A estas actividades se le asignó un puntaje arbitrario de la siguiente manera:

Si no realizaban la actividad luego de la lesión y antes sí, puntaje = 0.

Si la realizaban, pero con menos frecuencia, puntaje = 1

Si la actividad antes y después de la lesión era igual, puntaje = 2, de manera que a mayor puntaje menor cambio de estilo de vida. En este último caso se debe aclarar que una actividad no realizada antes y después tiene puntaje 2, lo mismo si la realizaban antes y después. Esto es porque lo que se investiga es el *cambio* en el estilo de vida.

Los datos poblacionales que se tuvieron en cuenta fueron: edad, sexo, etiología (isquémica o hemorrágica), lado de la discapacidad, tiempo de evolución de la lesión, escolaridad, profesión y cobertura social.

En esta investigación los resultados obtenidos fueron relacionados con el puntaje de la escala MIF y comparado con la etiología de la lesión, el lado afectado y el sexo de los pacientes.

Se calcularon estadísticos descriptivos para las variables estudiadas, proporciones para las variables cualitativas y medias y desvíos estándar, valores mínimos y máximos para las variables cuantitativas.

Para evaluar la relación entre el puntaje MIF y el estilo de vida se realizaron dos abordajes. En primer lugar se analizó la relación entre el puntaje MIF y el de estilo de vida mediante una regresión lineal. El segundo análisis buscó describir el estilo de vida para grupos de individuos que representan los extremos de la distribución de acuerdo al puntaje MIF comparado con un grupo de individuos que tuvieron un desempeño medio en el puntaje MIF. Para esto se dividió la muestra de acuerdo a su puntaje MIF, en tres grupos:

Grupo 1: 1er cuartilo de la distribución, puntaje MIF ≤ 97 puntos.

Grupo 2: 2º y 3er cuartilo de la distribución, puntaje MIF de 98 a 121 puntos (grupo de referencia).

Grupo 3: 4to cuartilo de la distribución, puntaje MIF ≥ 122 puntos.

Para este último abordaje se realizó una regresión logística multinomial tomando como variable dependiente a estilo de vida y como variable independiente a puntaje MIF (grupo de referencia de 98 a 121 puntos).

RESULTADOS

El promedio de puntaje MIF observado fue de 105 puntos con valores mínimo y máximo de 44 y 126, respectivamente. Este promedio observado representa un 83%⁴ del puntaje máximo posible (126 puntos), lo que indica una aceptable funcionalidad. Con respecto al puntaje de estilo de vida se observó un promedio de 22,6 puntos (mínimo de 6 y máximo de 32), lo que representa un 70% del puntaje máximo posible (32 puntos).

Se observó una relación lineal positiva entre el aumento del MIF y del estilo de vida y esta resultó estadísticamente significativa ($\beta = 0,16$ $p < 0,0001$) y el 30% de la variabilidad observada en el estilo de vida puede ser explicada solo con el puntaje MIF observado ($R^2 = 30\%$; $p < 0,0001$; $N = 56$).

El grupo 1 (MIF ≤ 97 puntos) presentó un puntaje de estilo vida promedio de 16,5 puntos (DS= 18,8); el grupo 2 (MIF de 98 a 121) presentó un estilo de vida promedio de 24 puntos (DS = 7,5) y el grupo 3 (MIF de 122 a 126) presentó un estilo de vida de 27,5 puntos (DS = 1,6).

Además en sintonía con el primer abordaje, el grupo 1 mostró un puntaje de estilo de vida MENOR al grupo de referencia ($\beta = -0,19$) que resultó estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

El grupo 3 (MIF ≥ 121) presentó un puntaje de estilo de vida MAYOR al grupo de referencia ($\beta = 0,23$), que resultó también estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

Los pacientes que tuvieron que cambiar el estilo de vida presentaron un puntaje MIF promedio de 74% a diferencia de los que no cambiaron el estilo de vida, cuyo puntaje fue de 85%.

En la Figura 1 se detalla el puntaje promedio en porcentaje de MIF y estilo de vida según los grupos.

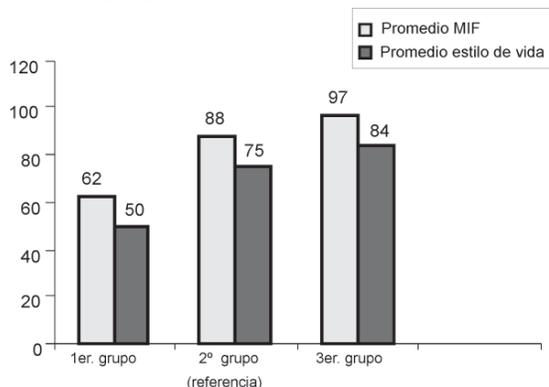


Figura 1. Promedio en porcentaje de MIF y estilo de vida según grupos. Cantidad de pacientes por grupo. Grupo 1, N=14, Grupo 2 N= 28, Grupo 3 N= 15.

DISCUSIÓN

Es importante tener en cuenta la características de la muestra:

- Buen nivel de instrucción, (25% universitarios y 50% escuela secundaria completa).

- 87% con cobertura social.

- 97% familia continente, lo que indica una buena participación en la rehabilitación que puede mejorar los resultados⁴.

Llamó la atención también que según el sexo (Figura 2), en el tercer grupo que es el que mejor puntaje MIF tiene, hay un significativo predominio del sexo masculino. En cuanto a la etiología no hay diferencia significativa entre isquémicos y hemorrágicos (Figura 3). En lo que respecta al lado afectado, el grupo 1 de menor puntaje MIF muestra un significativo predominio del lado derecho (Figura 4).

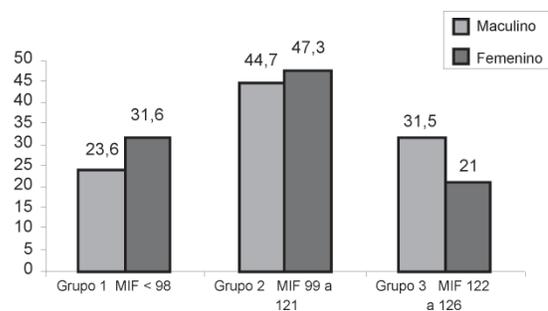


Figura 2. Porcentaje de los grupos según sexo.

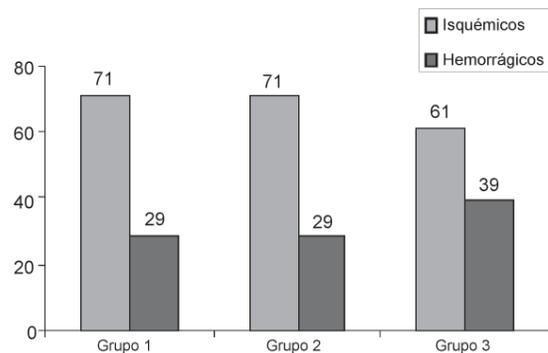


Figura 3. Porcentaje de pacientes por etiología según grupos.

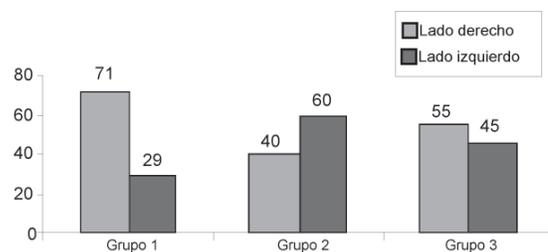


Figura 4. Porcentaje de pacientes según lado afectado y grupos.

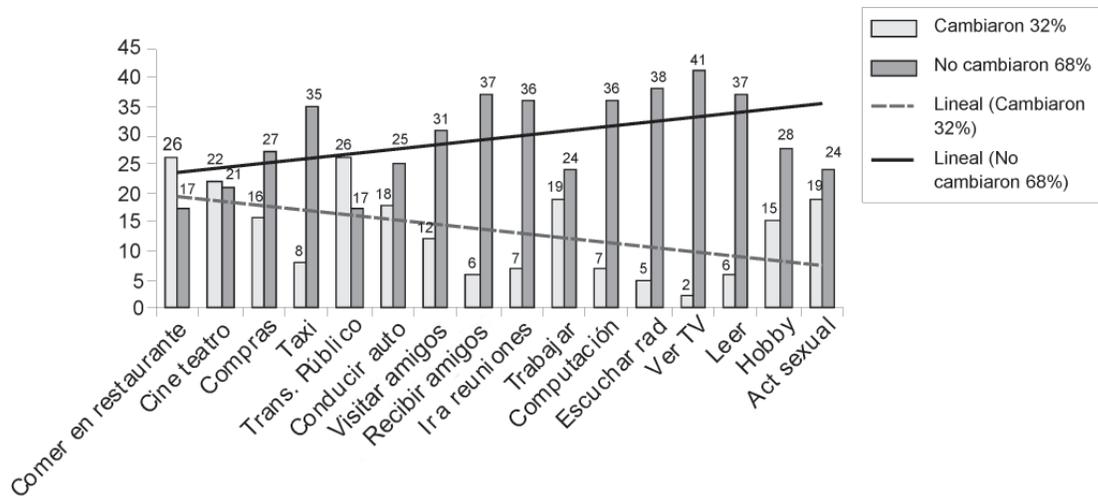


Figura 5. Comparativo entre pacientes que cambiaron y no cambiaron su estilo de vida según sus actividades

Con respecto a las actividades de estilo de vida (Figura 5) se observa que las mayores dificultades son el concurrir a un restaurante y viaje en transporte público⁵. En esta figura, se consideraron solo pacientes que cumplían o no cumplían la actividad luego de la lesión (N = 43). No se tuvieron en cuenta los que la cumplían con menos frecuencia. Se observa que el 68% de las actividades no cambiaron.

En la Figura 6 se detalla el porcentaje de estilo de vida según sexo.

En la Figura 7 observamos, según etiología, el porcentaje de MIF y EV, donde se ve que casi no hay diferencia significativa, solo una tendencia de mejor evolución en la etiología hemorrágica.

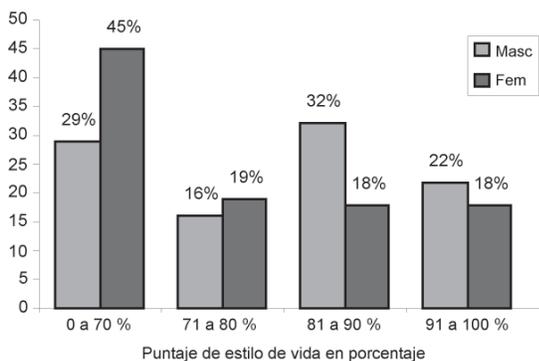


Figura 6. Porcentaje de estilo de vida según sexos

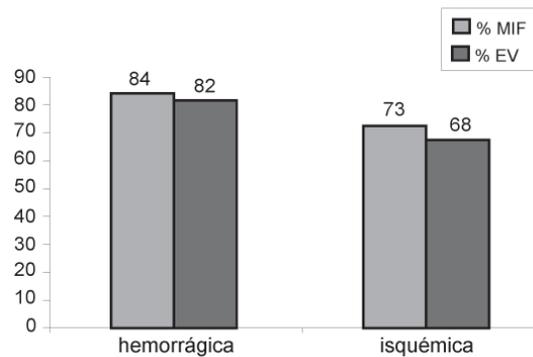


Figura 7. Porcentaje de MIF y EV según etiología

CONCLUSIÓN

1. A mayor puntaje MIF, menos cambio en el estilo de vida.
2. Los pacientes con puntaje MIF más bajo (mayor discapacidad), tienen afectado predominantemente el lado derecho.
3. El mayor cambio en el estilo de vida se observó, en la concurrencia a un restaurante y viajes en transporte público.
4. El sexo masculino es el que alcanzó mayor funcionalidad y cambió menos el estilo de vida.

5. Contrariamente a lo que podría esperarse no hubo diferencias significativas en porcentaje de MIF y EV entre etiología hemorrágica e isquémica.
6. Si sumamos todas las actividades del EV que no cambiaron luego de la lesión, estas representan el 68%, contra el 32% que cambiaron.
7. Sería deseable mayor número de casos para confirmar las conclusiones.

Significancia de este estudio: conociendo el estilo de vida de un paciente se puede ajustar la rehabilitación para producir el menor cambio posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hinkle JL. Outcome three years after motor stroke. *N Rehabil Nurs*. 2010 Jan-Feb; 35(1):23-30.
2. Kenneth J. Ottenbacher, Yungwen Hsu, Carl V. Granger, Roger C. Fiedler. The Reliability of the Functional Independence Measure. *A Quantitative Review Arch Phys Med Rehabil* 1996;77:1226-32.
3. Whitenek, Carter RE, et al. Long Term Outlook for Person with High Quadriplegia, in the The management of high Quadriplegia. *DEMOS Publication*, 1989;353-61.
4. Nancy E. Mayo, Sharon Wood-Dauphinee, Robert Co'te', Liam Durcan, Joseph Carlton. Activity, Participation, and Quality of Life 6 Months Poststroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2002;83:1035.
5. Gerber Dejon and Laurence G Branch. Predicting the Stroke Patient's Ability to Live Independently. *Stroke* 1982;13(5).