

**HOSPITAL PROVINCIAL UNIVERSITARIO CLÍNICO QUIRÚRGICO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

**PRUEBA PRECOZ DE CONTROL DEL TRONCO: SU UTILIDAD EN EL
PRONÓSTICO DEL SÍNDROME HEMIPLEJICO.**

Por:

Dr. Jomo Kenyata Moré Chang

Especialista de I Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Master en Medicina Bioenergética.
Diplomado en Homeopatía y Terapia Floral. Instructor. ISCM-VC.

Resumen

En la búsqueda de nuevos métodos para valorar la deficiencia motora en el síndrome hemipléjico y establecer el pronóstico rehabilitador, realizamos un estudio cuasi-experimental, descriptivo de control mínimo, y nos planteamos como objetivo fundamental comprobar si a partir de ciertos valores concretos de la prueba de control del tronco en la segunda semana de evolución, se puede predecir la recuperación funcional motora concerniente a la deambulación a los tres meses posteriores al ictus. Para esto se estudiaron 60 pacientes hemipléjicos por accidente cerebrovascular agudo, a los que se realizó prueba de control del tronco en la segunda semana postictus y un examen final de la capacidad de deambulación independiente a los tres meses. De los 60 pacientes, 52 realizaban una deambulación independiente a los tres meses; de ellos, 76,6 % tenía una prueba de control del tronco de 12 puntos en la segunda semana postictus. Un valor de dicha prueba de 12 puntos en la segunda semana tras el ictus se corresponde con altas posibilidades de deambulación independiente a los tres meses, mientras que valores inferiores se correlacionan con un pronóstico desfavorable.

Descriptores DeCS:

ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR/complicaciones
HEMIPLEJIA/rehabilitación

Subject headings:

CEREBROVASCULAR
ACCIDENT/complications
HEMIPLEGIA/rehabilitation

Introducción

Los accidentes cerebrovasculares agudos (ACVA) o ictus son la tercera causa de muerte, después de la cardiopatía y las neoplasias, y la segunda de atención hospitalaria¹. Los estudios de incidencia ideales (por 1 000 habitantes por año) han mostrado una tasa de incidencia relativamente homogénea, que oscila entre 1,5 y 2,9 casos nuevos².

Tan importantes son las cifras de incidencias, como el grado de discapacidad que producen los ictus. Una población de 250 000 habitantes genera 500 ACVA anuales y mantiene un grupo de 1 500 hemipléjicos residuales, de los cuales 900 muestran un alto nivel de invalidez. El 30 % de los supervivientes puede llegar a conseguir una vida totalmente independiente en tres semanas, y en tres meses este índice se eleva al 50 %^{3,4}.

Nuestro problema científico está relacionado con la necesidad de planificar de forma racional la rehabilitación, la estadía hospitalaria, los objetivos del tratamiento y establecer un pronóstico de

recuperación funcional; así, la prueba de control del tronco (PCT) examina cuatro aspectos simples: a) Volteo hacia el lado sano, b) hacia el lado afectado, c) paso de decúbito a sedestación y d) equilibrio en sedestación durante 30 segundos; ello puede servirnos de elemento para predecir la deambulación del paciente afectado. Dependiendo de la habilidad del paciente para realizar estos movimientos, se le otorga una puntuación concreta, cuya suma constituye el valor total de la prueba⁵⁻⁷. Según Collin y Wade⁵, la PCT a las seis semanas puede servir de factor pronóstico en cuanto a la capacidad posterior del hemipléjico para realizar la marcha independiente a los cuatro meses; Candau Pérez y colaboradores (que realizan la prueba de control del tronco a la tercera semana) al igual que Collin y Wade, refieren que cotaciones de la PCT inferiores a 40 o superiores a 50, suponen la frontera entre un mal y un buen pronóstico^{5,6}.

El objetivo de este trabajo es comprobar si a partir de unos valores concretos de la PCT, a los 15 días del ACVA, se puede pronosticar si el paciente tendrá capacidad para deambular a los tres meses del ictus.

Métodos

De un universo constituido por 455 pacientes que padecen un síndrome hemipléjico por ACVA, ingresados en los servicios clínicos y de rehabilitación del Hospital Provincial Universitario Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro" de Santa Clara, Villa Clara, se tomó de forma consecutiva una muestra opinática de 60 pacientes, en el período comprendido entre enero de 1998 y enero del 2003, de cualquier edad, sexo y color de la piel, que cumplieran los criterios de inclusión establecidos por nosotros.

Procedimiento:

La primera consulta por el médico rehabilitador se realizó a los siete días del ingreso; en ella se confeccionó la historia clínica fisiátrica, y el paciente era incluido en el estudio y tratamiento que se realizaba de forma diaria de lunes a viernes; era trasladado al servicio de rehabilitación o asistía de forma ambulatoria desde su domicilio cuando era dado de alta en el hospital, de acuerdo con su evolución clínica.

A los 15 días del inicio del ACVA, se realizaba la segunda consulta evolutiva por el médico rehabilitador, donde se valoraba el estado físico general y se adecuaba el tratamiento a la evolución clínica presentada por el paciente, además de proceder a la realización de la PCT. A los tres meses (12 semanas) del inicio del ACVA, se realizaba la consulta evolutiva final, con una valoración definitiva del estado funcional del paciente, se registraba el valor obtenido en la PCT y se comprobaba la capacidad deambulatoria del mismo.

Valoración de la PCT:

- 0 - Incapaz de deambular por sí mismo.
- 12- Puede hacerlo con ayuda (agarrándose a la ropa de la cama, o impulsándose mediante el triángulo).
- 25- Es capaz de hacerlo con normalidad.

Los datos fueron llevados a una base de datos en EXCELL con el uso de una microcomputadora PENTIUM II y el paquete estadístico SPSS. Se crearon distribuciones de frecuencias con frecuencias absolutas (número de casos) y frecuencias relativas (porcentajes); determinamos la media y la desviación estándar ($\bar{X} \pm S$).

Desde el punto de vista inferencial, se aplicó la prueba de Chi cuadrado (χ^2) para determinar independencia o no entre las variables. El nivel de significación utilizado fue de 0,01.

Resultados

De los 60 pacientes incluidos en el estudio, 28 eran hombres y 32 mujeres; la edad media fue de 63,98 años, con una desviación estándar de $\pm 8,97$ años.

En relación con el tipo de ACVA, en 57 % fue de tipo isquémico (34 pacientes) y en 43 %, hemorrágico (26 pacientes); 34 enfermos (56,6 %) tenían una afectación del hemisferio izquierdo con una hemiparesia derecha, y en 23 (43,3 %) la lesión era del hemisferio derecho con afectación del hemicuerpo izquierdo. La edad media de los deambulantes fue superior a la de los no deambulantes (64,4 años frente a 62,2 años), diferencia que no es estadísticamente significativa ($p > 0,01$).

No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, tipo de ACVA y tipo de paresia, aunque se observa una tendencia a un mayor número de deambulantes derechos a los tres meses con respecto a los hemiparéticos izquierdos, lo cual no es significativo, si se tiene en cuenta que hay un mayor número de hemipléjicos derechos.

En la tabla se destaca que a los tres meses el porcentaje de deambulación era de 86,6 % (52 pacientes), diferencia altamente significativa ($p < 0,01$) en relación con los no deambulantes (13,3%). Del total de deambulantes, 76,6 % presentó una PCT a las dos semanas de 12 puntos.

Tabla 1 Valor de la prueba de control del tronco en los pacientes estudiados.

Pacientes	Valores											
	PCT (15 días)						PCT (tres meses)					
	cero		12		25		cero		12		25	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
60	14	23,3	46	76,6	0	-	8	13,3	18	30,0	34	56,6

Fuente: Historia Clínica Fisiátrica.

Discusión

La mayoría de los autores coinciden en plantear que los ACVA son más frecuentes a partir de la séptima década de la vida, y constituyen una de las principales causas de invalidez y mortalidad. Con relación al validismo, estamos de acuerdo; con respecto al tiempo de aparición en nuestro estudio, se encontró una edad media de 63,9, antes de la primera mitad de la sexta década de la vida. Las dificultades metodológicas existentes para la realización de estudios estadísticos sobre la incidencia de los ACVA justifican las diferentes tasas descritas en la bibliografía¹⁻⁸. En líneas generales, se acepta que 70 % de los ictus ocurren en personas de más de 75 años^{1,4,5}; numerosos estudios muestran un porcentaje con edad superior a los 75 años inferior al 70 %, y la bibliografía médica consultada refiere una edad media de 70,5 años; en este sentido los resultados de nuestro trabajo no coinciden con los antecedentes referenciales, posiblemente en relación con la esperanza de vida para la población cubana, con una media de 70 años^{1-3,8}.

Con relación al sexo, en nuestro trabajo la mayoría de los pacientes pertenecen al sexo femenino (53 % frente al 47 % de hombres). Este dato no coincide con los estudios consultados, en los que se informa un predominio del sexo masculino en los ACVA^{1-3,8}; pensamos que nuestro hallazgo esté en relación con la mayor incorporación de la mujer a la vida social útil y activa, por lo que está más expuesta a los factores de riesgo que determinan los ACVA, independiente a que existe mayor número de mujeres en nuestra población general, aspecto que en nuestro estudio no fue significativo.

La deambulación es la prioridad más importante para el superviviente de un ACVA, pues determina con gran fuerza la independencia funcional⁷. Candau y colaboradores realizaron una valoración de la PCT a la tercera semana; en correspondencia con el problema científico planteado y la instauración precoz del tratamiento de rehabilitación, realizamos la PCT a los 15 días de evolución después del ictus.

La relación estadística entre dos variables dicotómicas, expresada en términos de riesgo relativo, permite establecer una asociación cuya capacidad predictiva puede intuirse, aunque no confirmarse^{2,6,7}. Se puede afirmar, por tanto, que un paciente que pasa de una puntuación de cero, en la PCT inmediatamente posterior al ictus, a una superior a la segunda semana postictus, tiene muchas posibilidades de realizar una marcha independiente al tercer mes. El valor de 12 es la mediana de la distribución de puntuaciones de la PCT; a partir de la mediana podemos establecer una nueva variable dicotómica de la siguiente manera: bajo es un valor menor o igual que la mediana, y alto es un valor superior a la mediana. Por ello, un paciente con una PCT alta (mayor o igual a 12) en la segunda semana, tiene bastantes posibilidades de realizar una deambulación independiente a los tres meses.

Al comparar los resultados a los tres meses con los obtenidos por Collin y Wade⁵, se comprueba que los deambulantes tienen una PCT alta; esto también coincide con lo informado por Candau Pérez⁶. El valor predictivo de la PCT en los trabajos realizados por estos investigadores cobra valor a partir de la tercera semana; en nuestro estudio la PCT se realiza precozmente a la segunda semana con los mismos resultados y, por ende, con el mismo valor predictivo del pronóstico⁹⁻¹².

Según los resultados expuestos y discutidos, se puede concluir que una puntuación de 12 en la PCT en la segunda semana de evolución, tras un ACVA, supone un buen pronóstico de marcha a los tres meses.

Summary

A descriptive quasi-experimental study of minimal control was carried out looking for new methods to valuate motion deficiencies in hemiplegic syndrome and establish the rehabilitating prognosis. The main objective of the study was to determine if it is possible to predict motion functional recovery concerning walking three months after ictus, taking into account several concrete values from trunk control test in the second week of evolution. Sixty patients were studied that turned hemiplegic due to an acute cerebrovascular accident. They were examined to control the trunk in the second week after ictus and three months later a final examination was carried out to check their capacity to walk by themselves. Out of 60 patients, 52 were able to walk by themselves after three months and 76,6 per cent of these ones had a trunk control test of 12 points in the second week after ictus. This value in the second week after ictus corresponds to high possibilities to walk by themselves after three months while lower values would be related to a poor prognosis.

Referencias bibliográficas

1. Gimeno A. Enfermedad vascular cerebral. En: Neurología clínica vol. 1. Barcelona: Sandoz Sae; 1997. p. 110-240.
2. Fernández-Ballesteros R. Epidemiología de la invalidez en el anciano. En: Gerontología social. Madrid: Pirámide; 2000. p. 612-714.
3. González R. Rehabilitación del hemipléjico. En: Rehabilitación médica de ancianos. Barcelona: Masson; 1995. p. 561-870.
4. Rosich A. Enfermedades cerebrovasculares. En: Farreras P, Rozman C. Medicina interna vol. 2. 11 ed. Barcelona: Ediciones Doyma; 2000. p. 1123-678.
5. Collin C, Wade DT. Assessing motor impairment after stroke: a pilot reliability study. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1990;53:576-9.
6. Candau Pérez E, Mostaza Fernández MA. El Test de control de tronco como predictor precoz de la deambulación en el hemipléjico. Mapfre Med. 2000;11:246-52.
7. Zorowitz RD. Rehabilitación del enfermo con accidente vascular cerebral. En: González Mas R. Rehabilitación médica. Barcelona: Masson; 1997. p. 432-560.
8. Sánchez I, López I, Ochoa C. Clasificación clínica de pacientes hemipléjicos. Valor pronóstico en rehabilitación. Mapfre Med. 1996;7:187-96.
9. Marco E, Muniesa J, Duarte E. Estudio prospectivo sobre la depresión post-ictus y los resultados funcionales. Rehabilitación. 2003;37:456-61.
10. García Díez E. Fisioterapia de la espasticidad: técnicas y métodos. Fisioterapia. 2004;1:23-9.

11. Medina F, Mirapeix J, Montilla Herrador MC. Construcción, validación y resultados de un cuestionario sobre factores relacionados con el uso de los protocolos de fisioterapia. *Fisioterapia*. 2003;25:114-23.
12. Mirallas JA, Martínez MC. ¿Índice de Barthel o medida de independencia funcional? *Rehabilitación*. 2003;37:301-10.