



REVISTA ARGENTINA DE REHABILITACIÓN

REVISTA CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | VOLUMEN 13

13

VOL. 13 N°1 | DICIEMBRE 2024



La Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación SAMFYR

es miembro de la International Society of Physical and Rehabilitation Medicine ISPRM,
de la Asociación Latinoamericana de Rehabilitación AMLAR
y de la Asociación Médica Argentina AMA



REVISTA ARGENTINA DE REHABILITACIÓN

REVISTA CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | VOLUMEN 13 N°1 | DICIEMBRE 2024

Revista Científica de la Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación
Año 17 Volumen 13 N°1 - Diciembre 2024

Presidente SAMFYR	Dra. M. Alejandra Galarza
Directora de la Revista	Med. Marcela Elías
Editora en Jefe de la Revista	Dra. Mercedes Ruiz Brunner
Comité Científico y Editorial	Med. Roxana Secundini

SAMFYR Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación

Secretaría: Echeverría 955 (1428), Buenos Aires, Argentina

Tel./Fax: + 54 11 4782-6088

e-mail: samfyr@samfyr.org.ar - web site: www.samfyr.org.ar

13

La Revista Argentina de Rehabilitación (ISSN 1850-387X) es la publicación científica oficial de la Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación (socia de la Sociedad Internacional de Medicina Física y Rehabilitación -ISPRM- y Asociación Latinoamericana de Rehabilitación -AMLAR-). La Revista Argentina de Rehabilitación es editada por la SAMFYR. Su edición es cuatrimestral y abarca temas relacionados a la Medicina Física y Rehabilitación tanto en sus aspectos neurológicos como ortopédicos en las poblaciones de adultos y niños. Se distribuye entre profesionales médicos especialistas y entre las profesiones vinculadas con la rehabilitación.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en ningún medio

electrónico o mecánico, incluyendo fotocopiado, grabaciones u otros sistemas de información sin autorización por escrito del Editor.

Se distribuye en formato digital, en forma gratuita, a todos los socios de la SAMFYR.

Para suscripciones dirigirse a: Secretaría de la Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación.

Echeverría 955 2° piso (1428) Buenos Aires, Argentina.
Tel/Fax: 54 11 4782-6088 e-mail: samfyr@samfyr.org.ar
web site www.samfyr.org.ar

Las publicidades incluídas en esta publicación son gerenciadas por la SAMFYR, pero la publicación de productos comerciales no implica la recomendación de los mismos por parte de la Sociedad.



Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación

Secretaría: Echeverría 955 (1428), Buenos Aires, Argentina

Tel./Fax: + 54 11 4782-6088

e-mail: samfyr@samfyr.org.ar

web site: www.samfyr.org.ar

HORARIO: coordinar entrevista al  +54 9 11 4418-2751

Fax y contestador automático las 24 hs.

Invitación

Todo Profesional del área de la Rehabilitación que se halle interesado en formar parte de nuestra Sociedad (SAMFYR), puede hacerlo en calidad de socio adherente.

Además se recuerda a los socios adherentes que posean título de especialista en Rehabilitación la posibilidad de pasar a ser socios titulares, para lo cual deberán presentar un trabajo científico original.

Documentación que deben presentar los aspirantes a Socios Titulares

- Tener dos años de antigüedad como adherentes
- Título de Médico
- Título de Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
- Ficha personal completa
- Currículum Vitae actualizado

Documentación que deben presentar los aspirantes a Socios Adherentes

- Título profesional de profesiones vinculadas al área de rehabilitación
- Certificado del lugar de trabajo que acredite su actividad en rehabilitación
- Aval del Colegio Profesional o área de incumbencia supervisora
- Nota de presentación de dos socios titulares
- Si es del Interior la documentación debe ser certificada por un miembro titular de la Sociedad, dado que sólo se envían fotocopias.



REVISTA ARGENTINA DE REHABILITACIÓN

REVISTA CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | VOLUMEN 13 Nº1 | DICIEMBRE 2024

Índice

EDITORIAL

- 1 Investigación científica en rehabilitación: necesidad de mayores publicaciones en Argentina y Latinoamérica**

Mercedes Ruiz Brunner.

ARTÍCULO ORIGINAL

- 3 Indicadores séricos y fuerza de prensión palmar como factores predictivos de independencia funcional post accidente cerebrovascular: Resultados preliminares**

Jesús Martín Farina, María Virginia Avena, Jorge Ariel Agüero.

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

- 9 Calidad de vida en personas con discapacidad motora en Argentina: nuevos indicadores clínicos para centros terapéutico y escolares**

Silvina Berra, Yasmin Dame, Luisina Rivadero, Agustín Ponce, Francisco Fantini, Luis Romano, Natalia Herrera Sterren.

RESUMEN EXTENDIDO

- 18 Calidad de Vida en Personas con discapacidad neuromotora de Jujuy, Argentina**

Sandra Lorena Sandoval, Sonia Navarrete, Silvia Nieva, Gisela Duran, Carolina Romero, Diego Barrojo, Carlos Ramos, Himelda Sabarza.

RESUMEN DE EVENTO CIENTÍFICO

- 20 Validez de velocidades angulares articulares del miembro inferior durante la marcha normal obtenidas a través de un sistema de análisis de marcha basado en video**

Bernardo Centeno, Ramiro Olleac, Mariano E. Casciaro.

RESUMEN DE EVENTO CIENTÍFICO

- 22 Desarrollando actividades de capacitación en neurorehabilitación postura y posicionamiento en cama para pacientes del área de cuidados críticos y clínica médica destinado a profesionales del Partido de Gral. Pueyrredon**

Natalin Lazarte, Evangelina Mamani, Elsa Benvenuto, Lourdes Baliña, Pedro Sebastian Iñiguez.

RESUMEN DE EVENTO CIENTÍFICO

- 24 Implementación de sistemas aumentativos: mejorando la comunicación en familias con niños de discapacidad motriz**

Laura Gómez.

RESUMEN DE EVENTO CIENTÍFICO

- 26 Impacto de las dificultades para alimentarse y los niveles de compromiso motor en el crecimiento de niños y adolescentes con parálisis cerebral de Argentina**

Ana Laura Condinanzi, Carla Gil, Mercedes Ruiz Brunner, Federico Sánchez, Leidy Johana Escobar, Eduardo Cuestas, María Elisabeth Cieri.

RESUMEN DE EVENTO CIENTÍFICO

- 28 Protocolo de evaluación de perfiles de funcionamiento para personas adultas con lesión medular traumática de origen laboral en el proceso de rehabilitación**

Alessandra Gonnet, Noel Brandon, Candelaria Collazo, Cecilia Cortella, Matilde Gularte, Paola Pereira, Lucía Ramírez, Ingrid Kasek, Veronica Franco, L. Johana Escobar Zuluaga, Mercedes Ruiz Brunner.

13



Comisión Directiva 2023-2024

Presidente	Dra. M. Alejandra Galarza
Vicepresidente	Dr. Gastón Espinet
Secretario	Dr. José Posse
Prosecretaria	Dra. Carolina Ayllón
Tesorera	Dra. Analía Roxana Martínez
Protesorero	Dr. Gonzalo Sebastián Quiero
Secretaria de Actas	Dra. Edith Rosana Cenizze
Directora de Publicaciones	Dra. Marcela Verónica Elías
Vocales Titulares	Dra. María Mercedes Molinuevo Romero
	Dr. Roberto Jorge Gisin
	Dra. María Alicia Paleo
	Dra. Dalia Raijman
Vocales Suplentes	Dra. Edith Orsini
	Dra. Silvana Teresa Mercante

Investigación científica en rehabilitación: necesidad de mayores publicaciones en Argentina y Latinoamérica

Scientific research in rehabilitation: need for more publications in Argentina and Latin America

Autora: Mercedes Ruiz Brunner¹

1- Doctora en Ciencias de la Salud. Lic en Nutrición. Editora en jefe de la Revista Argentina de Rehabilitación. Coordinadora del Instituto de Investigaciones Clínicas y Epidemiológica (INICyE) de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba

Contacto:
Mercedes Ruiz Brunner
mercedesruizb@fcm.unc.edu.ar

Recibido: 02-09-2024
Aceptado: 31-10-2024



ORCID:
0000-0002-4022-6261

La rehabilitación es definida por la OMS como “un conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno” (1). A nivel de la región panamericana, en 2019, se estimó que existen 366 millones de personas viven con condiciones de salud que podrían beneficiarse de los servicios de rehabilitación. Y que esta cifra en los últimos 30 años aumentó un 58% (2). Estas necesidades de rehabilitación aumentan aún más en países de bajos y medios ingresos (3). En la actualidad, existe una importante necesidad insatisfecha de servicios de rehabilitación que con frecuencia son infravalorados en el sistema de salud, así como una necesidad de repensar la rehabilitación en el siglo XXI (4,5).

En Argentina la demanda del servicio de rehabilitación no es ajena a la realidad regional. Según datos del Registro Nacional de Discapacidad en nuestro país hay 1.680.723 personas con certificado único de discapacidad (CUD) vigente, representado un 3,65% de la población nacional (6), con proporciones en aumento. Siendo personas con discapacidad que requieren de servicios de rehabilitación. A esto se debe sumar a quienes no cuentan con CUD o CUD vigente y aun así requieren de servicios de rehabilitación.

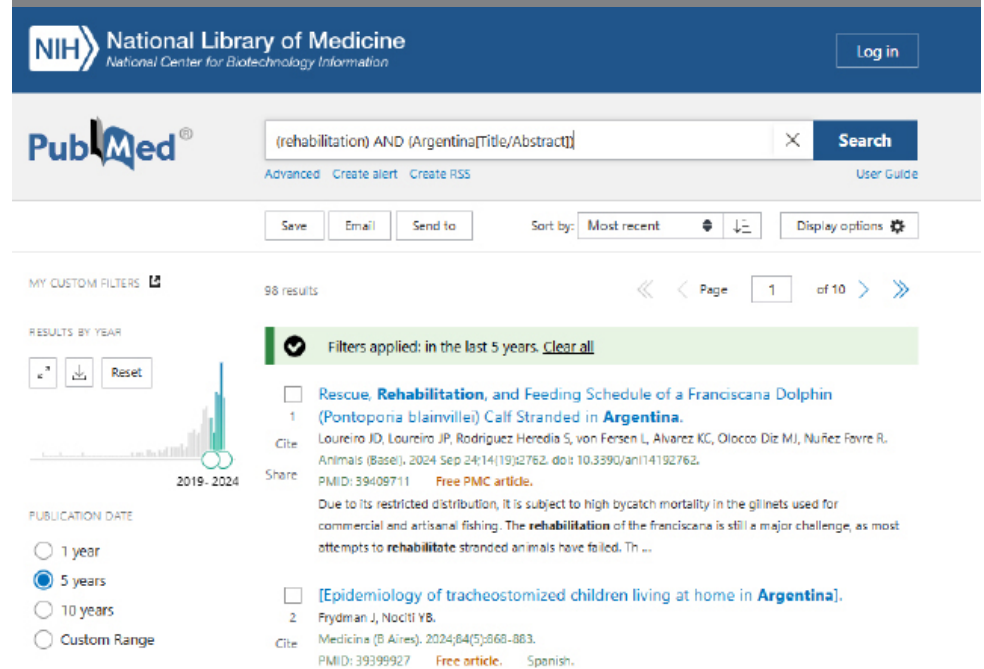
Resulta así relevante poder establecer políticas públicas que respondan a las necesidades locales de los usuarios del sistema de rehabilitación en Argentina, así como en otros países Latinoamericanos. Los lineamientos internacionales refieren que los sistemas de investigación pueden generar evidencias científicas necesarias que sirven de base para establecer políticas y prácticas de salud adecuadas a las necesidades poblacionales (7). Las investigaciones clínicas describen lo que sucede a nivel local, actualizan los conocimientos sobre la práctica clínica, informan sobre casos relevantes para nuestra disciplina, y nos mantienen informados de las investigaciones que se están realizando a nivel regional. Es por esto, que resulta de suma relevancia que en el área de rehabilitación aumenten las publicaciones científicas.

Si analizamos las publicaciones referidas a rehabilitación publicadas con datos de Argentina, observamos que en PubMed encontramos con 228 publicaciones desde 1951 hasta 2024, representando solo un 0,03% de las publicaciones en el área disponibles en esta biblioteca virtual. Si observamos en la Figura 1, podemos ver que el crecimiento en publicaciones ha aumentado en los últimos años, contando con 98 publicaciones en los últimos 5 años. Sin embargo, es necesario apostar a aumentar las publicaciones locales.

Desde la Revista Argentina de Rehabilitación, revista científica de la Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación (SAMFyR), apostamos a dar difusión a

los trabajos de investigación locales que aporten información sobre el área de rehabilitación. Y convocamos a la comunidad de profesionales de la salud que desarrollan sus actividades en el área de la Medicina Física y Rehabilitación a contribuir al crecimiento de nuestra revista científica.

Figura 1. Búsqueda en PubMed sobre la temática de rehabilitación en Argentina



Palabras claves: rehabilitación, discapacidad, investigación

Key words: *rehabilitation, disability, research*

Conflicto de interés: Ninguno.

Cesión de derechos: Quienes participaron en la elaboración de este artículo, ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación [Internet]. 2024 [citado el 30 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
2. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Rehabilitación [Internet]. 2024 [citado el 30 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/rehabilitacion>
3. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva; 2011.
4. World Health Organization. Rehabilitation in health systems. En Department for Management of NCDs, Disability, Violence and Injury Prevention (NVI), World Health Organization; 2017. p. 77.
5. Schiariti V. Rehabilitación en el siglo XXI: reflexión y estrategias para fortalecer los servicios. *Revista Argentina de Rehabilitación* [Internet]. 2023;12(1):1-2. Disponible en: www.samfy.org.ar
6. Registro Nacional de Personas con Discapacidad - ANDIS. Informe ejecutivo de noviembre 2023- Datos estadísticos. Buenos Aires; 2023.
7. World Health Organization. Health policy and systems research: a methodology reader. Gilson L, editor. Geneva; 2012.

Indicadores séricos y fuerza de prensión palmar como factores predictivos de independencia funcional post accidente cerebrovascular: Resultados preliminares

Serum indicators and palmar grip strength as predictors of functional independence post stroke: Preliminary results

Autores: Jesús Martín Farina¹, María Virginia Avena², Jorge Ariel Agüero¹.

1- Médico Fisiatra, Fundación San Andrés, Mendoza, Argentina
2- Licenciada en nutrición, Fundación San Andrés, Mendoza, Argentina

1er puesto en la JORNADAS ANUALES DE RESIDENTES CAMEFF 2023

Correspondencia: jmartinf.mf@gmail.com

Recibido: 08-07-2023
Aceptado: 24-09-2024

Resumen:

Introducción: El accidente cerebrovascular (ACV) es la enfermedad con mayor tasa de invalidez en adultos y una de las etiologías más prevalentes en los centros de rehabilitación.

Objetivo: relacionar indicadores séricos y fuerza de prensión palmar (FP) con la medida de independencia funcional y asistencia funcional (FIM-FAM) de los pacientes internados durante un proceso de rehabilitación posterior a sufrir un ACV.

Métodos: estudio observacional prospectivo. Recolección de datos en un centro de rehabilitación de Mendoza entre agosto 2022 y marzo 2023. Se elaboró un protocolo de evaluación para medir la FP y los parámetros séricos hemoglobina (Hb), proteínas totales y albúmina al ingreso y a los tres meses de haber iniciado la rehabilitación. Se realizó test de correlación y regresión múltiple para establecer relación entre las variables.

Resultados: 10 pacientes con edades entre 45 y 81 años. En la evolución de los 3 meses el Δ FIM-FAM pasó de 108,4 a 142,6, $p=0,017$. 90% de los pacientes presentó una pérdida de peso severa al comparar con el peso al ingreso. La albúmina sérica tuvo un coeficiente de regresión de 0.35 ($p = 0.003$) y un R^2 ajustado de 0.26. La FP de 0.47 ($p < 0.001$) y un R^2 ajustado de 0.41. La Hb de 0.32 ($pr = 0.013$) y un R^2 ajustado de 0.2.

Conclusiones: El análisis preliminar del estudio mostró que la albúmina sérica, FP y la Hb, podrían considerarse factores predictivos positivos en relación con los resultados funcionales obtenidos en la rehabilitación.

Palabras claves: ACV; Anemia; Sarcopenia; Desnutrición.

Abstract:

Introduction: Stroke is the disease with the highest rate of disability in adults and one of the most prevalent etiologies in rehabilitation centers.

Aim: to relate serum indicators and palmar grip strength (PGS) with the functional independence and functional assistance measure (FIM-FAM) of patients hospitalized during a post-stroke rehabilitation process.

Methods: prospective observational study. Data collection in a rehabilitation center in Mendoza between August 2022 and March 2023. An evaluation protocol was developed to measure PGS and serum parameters hemoglobin (Hb), total protein and albumin at admission and three months after starting rehabilitation. Correlation and multiple regression tests were performed to establish the relationship between the variables.

Results: 10 patients aged between 45 and 81 years. In the 3-month evolution the Δ FIM-FAM went from 108.4 to 142.6, $p=0.017$. 90% of the patients presented a severe weight loss when compared with the weight at admission. Serum albumin had a regression coefficient of 0.35 ($p=0.003$) and an adjusted R^2 of 0.26. PGS of 0.47 ($p < 0.001$) and an adjusted R^2 of 0.41. Hb of 0.32 ($pr = 0.013$) and an adjusted R^2 of 0.2.

Conclusions: Preliminary analysis of the study showed that serum albumin, PGS and Hb, could be considered positive predictors in relation to functional outcomes obtained in rehabilitation.

Keywords: Stroke, Anemia, Sarcopenia, Malnutrition.

Introducción

El accidente cerebrovascular (ACV) es la enfermedad con mayor tasa de invalidez en adultos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 15 por ciento de la población mundial sufre algún tipo de discapacidad, de los cuales entre el 2 y el 4 por ciento tienen una disfunción grave (1,2). Por ello, es fundamental la intervención de la rehabilitación en este escenario.

En la práctica clínica existen múltiples factores que pueden influir en el proceso de rehabilitación, como es el estado nutricional, condiciones médicas como la anemia, sarcopenia e insuficiencia renal, entre otros.

La desnutrición es un problema importante en los pacientes con ACV. Se prevé que su prevalencia al ingreso oscile entre el 6,1 % y el 62 % (3). El estado nutricional deficiente conduce a malos pronósticos, especialmente después de un ACV, se ha relacionado con peores resultados funcionales, estancias hospitalarias más prolongadas y mayor riesgo de mortalidad (4,5,6). La evaluación de la desnutrición es compleja y requiere un enfoque multidisciplinario. Los biomarcadores de laboratorio relevantes y ampliamente utilizados incluyen la albúmina sérica, la prealbúmina y la transferrina (7). El límite para la deficiencia de albúmina se fijó en $\leq 3,5$ g/dl (7). Cuando los niveles de albúmina en sangre son bajos, la masa muscular disminuye (8, 9).

La hemoglobina (Hb), como molécula transportadora de oxígeno clave en la sangre, puede ser decisiva para el destino del área penumbral o influir en la recuperación del cerebro y la función neurológica, lo que finalmente podría afectar el resultado de la rehabilitación (10). Los resultados de ASTRAL (Acute Stroke Registry and Analysis of Lausanne) mostraron que la anemia al ingreso podía predecir resultados funcionales tanto a corto como a largo plazo en pacientes con ACV y que el riesgo de ictus recurrente era mayor en pacientes con anemia (11). Por otro lado, la sarcopenia es un trastorno del músculo esquelético progresivo y generalizado que se asocia con una mayor probabilidad de resultados adversos, como caídas, fracturas, discapacidad, física y mortalidad. En su definición de 2018, el Grupo de trabajo europeo sobre sarcopenia en personas mayores (por sus siglas en inglés EWGSOP2) utiliza la fuerza muscular baja como indicador principal de la sarcopenia; la fuerza muscular es actualmente la medida más confiable de la función muscular. Los Puntos de corte de sarcopenia según EWGSOP2 para la FP son <27 kg en hombres y <16 kg en mujeres (12).

La sarcopenia relacionada con el ACV tiene características obvias, como una rápida disminución de la masa muscular, cambios musculares estructurales, diferencia

en el rendimiento corporal bilateral y disminución de la masa muscular que no está relacionada con el envejecimiento. Se asocia una activación de la señal catabólica y desequilibrio neurotrófico. El mecanismo exacto de la sarcopenia en pacientes con ACV aún no está claro, y la combinación de múltiples mecanismos, incluida la inmovilización y la atrofia disfuncional, la alimentación alterada, la inflamación, la sobreactivación simpática y la denervación, pueden estar involucradas (13). La recuperación de la sarcopenia puede estar asociada con una mejor función en pacientes con ACV (14).

Para evaluar el grado de dependencia del paciente al ingreso como al alta, se utilizó la escala de FIM + FAM (FIM: Functional Independence Measure + FAM: Functional Assessment Measure). Esta escala se utiliza para valorar el estado funcional de los pacientes. Está compuesta por dos partes, la primera, FIM que permite la evaluación del estado funcional de pacientes afectados por trastornos neurológicos. Es útil para monitorizar la evolución o cambios en la ejecución funcional durante el período de rehabilitación, desde la admisión hasta el alta. Principalmente mide funciones motoras y tareas de autocuidado involucradas en las actividades de la vida diaria. Y por otro lado, la segunda, FAM que es una extensión de la FIM, diseñada específicamente para pacientes con daño cerebral traumático. Se añadieron ítems que tienen que ver con los aspectos cognitivos, psicosociales, conductuales y de reintegración a la comunidad. Se analizaron los datos de FIM y FAM por separado para un mejor estudio de la evolución del paciente luego de la rehabilitación. La puntuación mínima es de 30 puntos y máxima de 210.

Objetivo general: relacionar indicadores séricos y fuerza de prensión palmar (FP) con la medida de independencia funcional y asistencia funcional (FIM-FAM) de los pacientes internados durante un proceso de rehabilitación posterior a sufrir un ACV.

Objetivos específicos:

- Identificar marcadores pronósticos de funcionalidad en pacientes con ACV
- Describir la presencia de sarcopenia, anemia y desnutrición en pacientes con ACV internados para rehabilitación
- Utilizar recursos disponibles en la institución (laboratorio y dinamómetro) como parámetros cuantitativos comparables.

Métodos

Participantes y técnicas de muestreo

Se realizó un estudio prospectivo correlacional en un

centro de rehabilitación de Mendoza, Argentina. El mismo se llevó a cabo entre el mes de agosto de 2022 y marzo de 2023. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron con diagnóstico de ACV isquémico o hemorrágico durante este período. Se excluyeron los que negaron el consentimiento para participar y los que presentaron complicaciones médicas que descontinuaron el proceso de rehabilitación. Los pacientes fueron seguidos hasta el alta

Indicadores séricos y Fuerza de Presión (FP):

Los biomarcadores que se utilizaron para valoración del estado nutricional fueron proteínas totales y albúmina. Para el estudio de la anemia se utilizó el nivel de Hb sérica (g/dL), estos datos se extrajeron de registros médicos sobre extracciones de sangre realizadas dentro de las 24 h de admisión, que son parte del procedimiento de rutina. Los valores de corte para los niveles de Hb se basaron en el World Health Criterios de la organización (OMS): 13,0 g/dL para hombres y 12,0 g/dL para mujeres.

A su vez dentro de las 72 h del ingreso, se evalúan las características demográficas y clínicas de los pacientes como edad (año), sexo, índice de masa corporal (IMC) (kg/m^2), escalas funcionales de ingreso, FIM-FAM. Para la medición de FP, se midió tres veces con el dinamómetro manual de Jamar®; se tomó el valor promedio de tres medidas, del lado no parético. A los tres meses de internación se volvieron a registrar las variables.

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico PASW Statistics®20 para Windows® (IBM®, Nueva York, EE.UU.). Se realizó prueba de normalidad mediante el test de Shapiro Wilks, lo que indicó que las variables se encontraban dentro de la curva de normalidad. En el análisis de la estadística descriptiva se utilizó media aritmética como medida de tendencia central y desviación estándar como medida de dispersión. En lo que respecta a la estadística inferencial, se empleó para variables cuantitativas, la prueba t de Student para muestras apareadas. También se realizó test de correlación y regresión múltiple para establecer relación entre las variables dependiente (diferencia de FIM-FAM entre el ingreso y al tercer mes) e independiente (FP, albúmina sérica, hemoglobina, y proteínas totales al ingreso) y establecer factor predictivo. Además se calculó el R cuadrado ajustado para evaluar la proporción de la varianza de la variable dependiente que se explicaba por las variables independientes. Para todos los casos se utilizó un p de significancia estadística <0.05 .

Resultados

Características de la muestra.

La muestra estuvo compuesta por 10 pacientes con edades entre 45 y 81 años, edad media de $66 \pm 12,6$ años. De los cuales 3 eran de sexo femenino (edad media de 68 años) y 7 de sexo masculino (edad media de 66 años). En la tabla 1 se expresan las variables descriptivas de la muestra al ingreso.

Tabla 1. características de las variables al ingreso del tratamiento

Variables evaluadas al ingreso	
Edad (años)	65.9 ± 12.67
Tiempo de internación previo (días)	37.5 ± 25.49
FIM FAM	103.3 ± 39.36
Fuerza de presión (Kgf)	19.19 ± 10.47
Peso (kg)	73.00 ± 8.33
Índice de masa corporal (kg/m^2)	24.4 ± 4.52
Porcentaje de pérdida de peso (%)	11.69 ± 2.19
Albúmina(mg/dL)	3.59 ± 0.19
Proteínas totales(g/dL)	6.82 ± 0.25
Hemoglobina(g/dL)	11.16 ± 1.45

Comparación de la diferencias de medias

Para analizar la evolución de las variables durante los 3 meses de internación, se realizó una comparación de medias de los valores al ingreso y al alta, es decir, a los 3 meses (ver Tabla 2).

Tabla 2. Comparación de medidas variables entre el inicio y los 3 meses

Variable	Media Inicial	Media 3 meses	Diferencia	p-valor
FIM-FAM*	108,4	142,6	39,3	$<0,05$
Fuerza de presión	19,9	22,17	2,98	n.s
Proteínas totales	6,82	7,04	0,22	n.s
Albúmina	3,59	3,73	0,14	n.s
Hb**	11,16	11,67	0,51	n.s

*FIM FAM: Medida de independencia y asistencia funcional. **Hb: Hemoglobina.

Se observó que la rehabilitación produjo un aumento en la independencia funcional. Esto se identificó por un Δ FIM-FAM. En promedio, la puntuación pasó de 108,4 a 142,6, lo que representa un aumento de 39,3 puntos

en la escala con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,017$). Si bien el resto de las variables analizadas no mostraron diferencias significativas, se observó un aumento de las mismas al finalizar la rehabilitación. Respecto a la valoración nutricional se observó que según el IMC solo tres de los diez pacientes presentaron bajo peso al ingreso. Pero evaluando la pérdida de peso al ingreso el 90% de los pacientes presentó una pérdida de peso severa. El valor de albúmina aumentó en promedio 0.14mg/dl respecto del ingreso. Similar a lo que ocurrió con las proteínas totales que aumentaron 0,22 mg/dl. Es importante destacar que los valores de proteínas en la totalidad de los pacientes se encontraron dentro de valores normales de referencia, tanto al inicio y al alta.

En cuanto a los niveles de hemoglobina, el 70% de los pacientes, estaba por debajo del punto de corte establecido según la OMS (10). Al tercer mes, se observó una mejora de los valores, especialmente en el grupo de las mujeres, con una diferencia media de 1,43 g/dL estadísticamente significativo ($p=0,0097$)

De los 10 pacientes incluidos en el estudio, 7 presentaron anemia al inicio del mismo, según los valores de corte establecidos por la OMS. Al tercer mes de rehabilitación, 8 de los 9 pacientes mantuvieron la anemia, pero se observó una mejora en los valores de Hb, especialmente en el grupo de mujeres, con una diferencia media de 1,43 g/dL ($p=0,0097$).

Respecto a la FP, prácticamente todos los pacientes, salvo un individuo ingresaron con valores por debajo del nivel de corte establecido por EWGSOP2 (12) Al cumplir los tres meses de rehabilitación, se observó una mejoría en el 60% de los pacientes, con un aumento medio de 2,98 kg.

Determinación de factor predictivo positivo

Se realizó un análisis de regresión múltiple para evaluar la relación entre la albúmina sérica, la FP, Hb y la diferencia entre la puntuación FIM-FAM del ingreso y a los tres meses (Δ FIM-FAM). Se determinó el coeficiente de regresión para cada variable y se utilizó un p-valor para evaluar la significancia estadística de cada relación. El modelo de regresión múltiple explicó el 55% de la varianza de la variable dependiente, según el R cuadrado ajustado de 0.55 (Tabla 3).

Los resultados mostraron que la albúmina sérica, la FP y la Hb tuvieron coeficientes de regresión significativos en la predicción del Δ FIM-FAM, mientras que las proteínas totales no lo tuvieron.

En particular, la albúmina sérica tuvo un coeficiente de regresión de 0.35 (p -valor = 0.003) y un R cuadrado ajustado de 0.26, lo que indica que esta variable te-

nía un valor predictivo positivo en el Δ FIM-FAM. La FP tuvo un coeficiente de regresión de 0.47 (p -valor < 0.001) y un R cuadrado ajustado de 0.41, lo que indica que esta variable también tuvo un valor predictivo positivo. Por último, la Hb tuvo un coeficiente de regresión de 0.32 (p -valor = 0.013) y un R cuadrado ajustado de 0.2, lo que indica que esta variable también tuvo un valor predictivo positivo en Δ FIM-FAM.

Se observa que la FP es la variable independiente con el mayor coeficiente de regresión y el valor R cuadrado ajustado más alto, lo que sugiere que está más fuertemente relacionada con la variable dependiente en este estudio que las otras variables independientes (albúmina sérica y Hb).

Tabla 3. Coeficientes de regresión, valor p y R ajustado de las variables independientes evaluadas

Variable	Coef. de regresión	p	R cuadrado ajustado
Fuerza de prensión	0,47	<0,001	0,41
Albúmina sérica	0,35	0,003	0,26
Proteínas totales	-0,11	0,438	-0,02
Hemoglobina	0,32	0,013	0,2

Discusión

Este es un informe preliminar de un estudio en el que se busca encontrar factores predictivos positivos en condiciones médicas comórbidas que afectan el proceso de rehabilitación. Hasta el momento, se ha observado una alta prevalencia de anemia, sarcopenia y desnutrición en los pacientes que ingresan a rehabilitación, lo cual podría atribuirse a que muchos de ellos provienen de estancias prolongadas en salas de cuidados críticos.

La prevalencia encontrada de desnutrición al momento en la muestra supera la esperada en otros estudios (3). La anemia al ingreso se podría vincular a resultados funcionales (11), hacen falta más casos en nuestra muestra para poder analizar esta hipótesis. Debido a la estrecha relación entre la sarcopenia y la mejora funcional en ACV (13, 14), es importante profundizar los estudios al respecto.

Se ha evidenciado que la rehabilitación tiene un efecto positivo en la funcionalidad de los pacientes después de tres meses demostrado por la diferencia significativa en la variación del FIM-FAM(14). Los resultados de este trabajo permiten fundamentar que mejorar las condiciones comórbidas mencionadas tiene un impacto positivo en la independencia funcional de los pacientes. Nuestros hallazgos podrían llenar un vacío basado en la evidencia para pacientes con ACV y contribuir a la

modificación de la práctica clínica diaria. El médico a cargo del proceso de rehabilitación debe dar relevancia a estos factores, así como también fomentar la prevención durante los cuidados en el periodo agudo de la patología. Este trabajo muestra que una mejora en los niveles de Hb, el estado nutricional y la condición de sarcopenia podrían acortar la duración de la hospitalización al afectar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Esto a su vez se correlaciona con un aumento en la calidad de vida del paciente y la reducción de costos sanitarios asociados (10, 14). Más estudios al respecto se necesitan en el área y en nuestro contexto.

Las principales limitaciones que reconocemos en este informe preliminar son el tamaño de la muestra y la diferencia en el rango etario entre los individuos. Sería ideal dividirlos en subgrupos de rangos etarios, ya que se supone que la rehabilitación tendrá un impacto distinto en cada uno, así como también la evolución de la sarcopenia, ya que sabemos que la edad es un factor que impacta directamente en la función y masa muscular. Además, este fue un estudio de un solo centro de rehabilitación en Argentina, lo que podría limitar la generalización de nuestros hallazgos. Se requieren futuros estudios multicéntricos para replicar los resultados del presente estudio en diversas poblaciones.

El alcance amplio de este trabajo plantea bases de conocimiento para el desarrollo de otros trabajos de investigación donde se puedan plantear estudios experimentales con las distintas variables por separado. Por ejemplo, se podría comparar diferentes prácticas terapéuticas sobre la sarcopenia.

Conclusión

En estos resultados preliminares se observa que luego de 3 meses de terapia de rehabilitación hay una diferencia significativa entre el puntaje FIM-FAM observado. Se deben continuar los estudios para poder profundizar los análisis sobre las variables vinculadas a factores clínicos y séricos que podrían estar asociadas y debieran hacerse mayor seguimiento en la práctica.

Contribución de los autores

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, han trabajado en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.

Conflicto de interés

“Ninguno”.

Fuentes de apoyo

La presente investigación contó como fuentes de financiación la institución donde se realizó el estudio, Fundación San Andrés.

Originalidad

Este resumen es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de derechos

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación.

REFERENCIAS

1. WHO. World Report on Disability - Summary. World Report on Disability 2011. 2011;(WHO/NMH/VIP/11.01):1-23
2. National Clinical Guideline for Stroke for the UK and Ireland c/o Sentinel Stroke National Audit Programme (SSNAP),UK 2023 King's College London
3. Foley NC, Salter KL, Robertson J, Teasell RW, Woodbury MG. Which reported estimate of the prevalence of malnutrition after stroke is valid? *Stroke*. 2009 Mar;40(3):e66-74. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.518910. Epub 2009 Jan 22. PMID: 19164799.
4. Gomes F, Emery PW, Weekes CE. Risk of Malnutrition Is an Independent Predictor of Mortality, Length of Hospital Stay, and Hospitalization Costs in Stroke Patients. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2016 Apr;25(4):799-806. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.12.017. Epub 2016 Jan 18. PMID: 26796058.
5. Tang H, Gong F, Guo H, Dai Z, Wang J, Liu B, Li T, Tang X, Dong J, Pan S, Wang M, Sun Y, Qin B, Zhang J, Zhu X, Tian J, Fei Z, Lu G, Liu D. Malnutrition and Risk of Mortality in Ischemic Stroke Patients Treated With Intravenous Thrombolysis. *Front Aging Neurosci*. 2022 Feb 21;14:834973. doi: 10.3389/fnagi.2022.834973. PMID: 35264946; PMCID: PMC8901046.
6. Huppertz V, Guida S, Holdoway A, Strilciuc S, Baijens L, Schols JMGA, van Helvoort A, Lansink M, Muresanu DF. Impaired Nutritional Condition After Stroke From the Hyperacute to the Chronic Phase: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Neurol*. 2022 Feb 1;12:780080. doi: 10.3389/fneur.2021.780080. PMID: 35178021; PMCID: PMC8846185.
7. Keller U. Nutritional Laboratory Markers in Malnutrition. *J Clin Med*. 2019 May 31;8(6):775. doi: 10.3390/jcm8060775. PMID: 31159248; PMCID: PMC6616535.

8. Papadopoulou SK, Voulgaridou G, Kondyli FS, Drakaki M, Siapidou K, Andrianopoulou R, Rodopaios N, Pritsa A. Nutritional and Nutrition-Related Biomarkers as Prognostic Factors of Sarcopenia, and Their Role in Disease Progression. *Diseases*. 2022 Jul 6;10(3):42. doi: 10.3390/diseases10030042. PMID: 35892736; PMCID: PMC9326750.
9. Park EJ, Yoo SD. Nutritional Biomarkers and Heart Rate Variability in Patients with Subacute Stroke. *Nutrients*. 2022 Dec 15;14(24):5320. doi: 10.3390/nu14245320. PMID: 36558479; PMCID: PMC9784051.
10. Wang Y, Huang X, Liu J, Zhao X, Yu H, Cai Y. A Systems Analysis of the Relationships Between Anemia and Ischemic Stroke Rehabilitation Based on RNA-Seq Data. *Front Genet*. 2019 May 24;10:456. doi: 10.3389/fgene.2019.00456. PMID: 31178893; PMCID: PMC6543706.
11. Milionis H, Papavasileiou V, Eskandari A, D'Ambrogio-Remillard S, Ntaios G, Michel P. Anemia on admission predicts short- and long-term outcomes in patients with acute ischemic stroke. *Int J Stroke*. 2015 Feb;10(2):224-30. doi: 10.1111/ijss.12397. Epub 2014 Nov 26. PMID: 25427291.
12. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, Cooper C, Landi F, Rolland Y, Sayer AA, Schneider SM, Sieber CC, Topinkova E, Vandewoude M, Visser M, Zamboni M; Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019 Jan 1;48(1):16-31. doi: 10.1093/ageing/afy169. Erratum in: *Age Ageing*. 2019 Jul 1;48(4):601. PMID: 30312372; PMCID: PMC6322506.
13. Li W, Yue T, Liu Y. New understanding of the pathogenesis and treatment of stroke-related sarcopenia. *Biomed Pharmacother*. 2020 Nov;131:110721. doi: 10.1016/j.biopha.2020.110721. Epub 2020 Sep 10. PMID: 32920517.
14. Matsushita T, Nishioka S, Taguchi S, Yamanouchi A, Okazaki Y, Oishi K, Nakashima R, Fujii T, Tokunaga Y, Onizuka S. Effect of Improvement in Sarcopenia on Functional and Discharge Outcomes in Stroke Rehabilitation Patients. *Nutrients*. 2021 Jun 25;13(7):2192. doi: 10.3390/nu13072192. PMID: 34202303; PMCID: PMC8308200.

Calidad de vida en personas con discapacidad motora en Argentina: nuevos indicadores clínicos para centros terapéuticos y escolares

Quality of life in people with motor disabilities in Argentina: new clinical indicators for therapeutic and school centers

Autores: Silvina Berra¹, Yasmin Dame², Luisina Rivadero³, Agustín Ponce⁴, Francisco Fantini⁵, Luis Romano⁶, Natalia Herrera Sterren⁷.

1. Licenciada en Nutrición, Máster en Salud Pública, Doctora en Ciencias de la Salud. Investigadora Independiente en el Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS), CONICET-FCS, Universidad Nacional de Córdoba (UNC) y en Centro de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud (CIESS), Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas (FCM); Profesora en la FCM, UNC.

2. Licenciada en Fonoaudiología. Doctorada en Ciencias de la Salud (UNC), Becaria doctoral en CIECS, CONICET-FCS, UNC y CIESS - FCM, UNC. Profesional adscripta en la asignatura Producción Científica, Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNC.

3. Licenciada en Fonoaudiología. Doctoranda en Ciencias de la Salud (UNC). Becaria doctoral en CIECS, CONICET-FCS y CIESS - FCM, UNC.

4. Odontólogo. Doctorando en Odontología. Becario doctoral en CIECS, CONICET-FCS y CIESS-FCM, UNC. Docente en el departamento de Odontología Preventiva y Comunitaria de la Facultad de Odontología UNC

5. Licenciado en Sociología. Doctorando en Ciencias de la Salud (UNC). Becario doctoral en CIECS, CONICET-FCS y CIESS-FCM, UNC. Docente de la cátedra de Políticas Públicas de Salud y Educación, Facultad de Educación y Salud, Universidad Provincial de Córdoba (UPC).

6. Ingeniero en computación (UNC). CPA en CIECS, CONICET-FCS, UNC. Docente en la Tecnicatura Superior en Desarrollo de Software del Instituto Técnico Superior Córdoba.

7. Médica. Doctoranda en Ciencias de la Salud (UNC). Becaria doctoral en CIECS, CONICET-FCS y CIESS-FCM, UNC. Docente en la Cátedra de Medicina Antropológica, carrera de Medicina, FCM, UNC.

Correspondencia: sberra@unc.edu.ar

Recibido: 21-10-2024
Aceptado: 15-11-2024



ORCID:
SB: 0000-0003-3618-7041
YD: 0009-0002-5330-1280
LR: 0000-0001-6087-5632
AP: 0000-0003-3339-9612
FF: 0000-0002-4727-1014
LR: 0009-0008-0707-8085
NHS: 0000-0001-6436-4784

Resumen:

Introducción: El estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) permite una valoración multidimensional que complementa indicadores clínicos con la experiencia subjetiva de las personas. Este enfoque integral adquiere relevancia en la atención de niñas, niños, adolescentes y jóvenes (NNAJ) con discapacidad, dado que representan una población vulnerabilizada con diversas problemáticas que afectan su vida. Reconociendo la compleja y dinámica interrelación de influencias sobre la salud, este proyecto pone el acento en la necesidad de información sobre la CVRS en esta población en el ámbito nacional.

Objetivo: Describir la CVRS de NNAJ con discapacidad motora de Argentina analizando sus correlatos con variables clínicas y sociodemográficas; e implementar una plataforma virtual interactiva para la vinculación con centros educativos y terapéuticos que brindan atención a esta población.

Métodos: Estudio epidemiológico social, de diseño descriptivo transversal, sobre NNAJ de 4 a 24 años de edad con discapacidad motora residentes en Argentina. Se recolectarán datos sobre CVRS, variables clínicas y sociodemográficas. Una plataforma virtual interactiva permitirá la participación remota de NNAJ, familias, centros educativos y sanitarios, con obtención inmediata de resultados.

Resultados esperados: Relevar información necesaria para el abordaje integral de la salud de NNAJ con discapacidad en Argentina, y acercar a instituciones sanitarias y educativas herramientas de utilidad para la supervisión de acciones preventivas y terapéuticas. Asimismo, la participación de familias del país es una valiosa oportunidad para relevar necesidades de esta población que puedan ser atendidas en políticas públicas.

Palabras claves: calidad de vida relacionada con la salud; salud de la persona con discapacidad; sistemas de información; epidemiología.

Abstract:

Introduction: The study of health-related quality of life (HRQOL) allows a multidimensional assessment that complements clinical indicators with the subjective experience of individuals. This comprehensive approach acquires relevance in the care of children, adolescents and young people (CAY) with disabilities, since they represent a vulnerable population with various problems that affect their lives. Recognizing the complex and dynamic interrelationship of influences on health, this project emphasizes the need for information on HRQOL in this population at a national level.

Aim: To describe the HRQOL of CAY with motor disabilities in Argentina by analyzing its correlates with clinical and sociodemographic variables; and to implement an interactive virtual platform for linkage with educational and therapeutic centers that provide care to this population.

Methods: Social epidemiological study, of cross-sectional descriptive design, on CAY from 4 to 24 years of age with motor disabilities living in Argentina. Data on HRQOL, clinical and sociodemographic variables will be collected. An interactive virtual platform will allow remote participation of CAY, families, educational and health centers, with immediate results.

Expected results: To gather necessary data for a comprehensive approach to the health of children and adolescents with disabilities in Argentina, and to provide health and educational institutions with useful tools for the supervision of preventive and therapeutic actions. Likewise, the participation of families provides with a valuable opportunity to reveal the needs of this population that can be addressed in public policies.

Keywords: health-related quality of life; Health of People with Disabilities; information systems; epidemiology.

Introducción

Calidad de vida relacionada con la salud

La conceptualización de la salud se consolidó hace décadas en definiciones que la reconocen como un fenómeno complejo, multidimensional, dinámico y con múltiples influencias (1). Se reconoce así a la salud como las capacidades personales, sociales, físicas y psicológicas que permiten a las personas hacer frente a su entorno (interpersonal, social, biológico y físico), realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades (2). Este enfoque posibilita integrar las percepciones y experiencias de las personas, y llevó al desarrollo de numerosos instrumentos de autorreporte bajo el término general de “resultados informados por el paciente” que se han ido implementando en la evaluación clínica y sanitaria (3). Ese abanico de indicadores incluye desde signos y síntomas, pasando por rasgos del estado funcional, las percepciones de la salud y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que se sitúa en un nivel más subjetivo y amplio que el estado funcional y de salud percibida. La CVRS se define como las percepciones acerca de la manera en que una persona se siente y ve a sí misma en su capacidad para satisfacer funciones y actividades relevantes para cada momento de la vida. Estas percepciones son afectadas por el estado de salud y todo aquello que influye sobre la misma, como los tratamientos que recibe para mantenerla o restablecerla (4). De ahí que el desarrollo de medidas de CVRS estuvo inicialmente vinculado a la necesidad de valorar el impacto de enfermedades crónicas y sus tratamientos, cuando cobraron relevancia aspectos que reflejaban la cronicidad, la limitación de las actividades según la edad, la expectativa de vida, la movilidad y el funcionamiento físico, emocional, social y sensorial. Las mediciones de CVRS se toman mediante cuestionarios que recogen el punto de vista de las personas y computan puntajes por escalas de cada dimensión o mediante índices globales. Dado que no hay un modelo conceptual único, existen numerosos instrumentos que recogen información sobre una importante diversidad de dimensiones, adecuándose específicamente a cada situación del ciclo vital o del proceso de salud-enfermedad para el cual están destinados (5).

Calidad de vida en la niñez, la adolescencia y la juventud con discapacidad motora

En las primeras etapas del ciclo vital, las necesidades, aspiraciones y capacidades que constituyen la salud de las personas son evidentemente diferentes y específicas, lo cual se manifiesta en la importancia preponderante que tienen las áreas psicosociales de la salud y la CVRS en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) (6).

Sin embargo, en la población con discapacidad motora, las sensaciones relacionadas al bienestar físico suelen ser las más afectadas en la mayoría de los estudios, con más intensidad cuanto mayor es la afectación de la función motora (7). Aunque existe una gran variabilidad de resultados en aquellas dimensiones psicológicas y sociales, éstas fueron las dimensiones más afectadas durante el aislamiento social preventivo y obligatorio que afectó las terapias (8). Los instrumentos que fueron desarrollados para medir CVRS en NNAJ con discapacidad motora y otras condiciones crónicas ofrecen un abanico amplio y multidimensional que remite a diversos aspectos relevantes para todas las personas en esta etapa de la vida; pero que, además, son sensibles especialmente en esta población como el bienestar físico y emocional, el bienestar social y la aceptación de los demás, el acceso a servicios, la independencia y la participación o la exclusión social (9).

Nuestro equipo de investigación trabaja desde hace dos décadas en el desarrollo y adaptación de diversos instrumentos para la medición de la CVRS en población infantil y adolescente (10), con aplicaciones en el ámbito clínico (11) y escolar (12,13). En estas etapas tempranas de la vida, el sexo tiene una notable asociación con la CVRS, posiblemente relacionada con las fuertes influencias del desarrollo sexual, mediados por procesos fisiológicos endocrinológicos, además de las construcciones sociales en torno a los roles de género que actúan desde la infancia. Entre los hallazgos más interesantes, una serie de estudios muestran un empeoramiento en la CVRS durante la transición por la adolescencia con un patrón de puntajes de CVRS decrecientes a medida que aumenta la edad como comprobamos en un estudio que realizamos durante siete años en una cohorte de escolares de Córdoba (14,15). También se comprobó que el empeoramiento de la CVRS es mayor entre las niñas (15,16).

Desarrollo y autonomía progresiva en la niñez y la adolescencia

El desarrollo es un proceso de evolución permanente e integral que encuentra, en las dos primeras décadas de vida, momentos de gran dinámica y sensibilidad que se constituyen como cimiento para el porvenir, por lo que un estado de salud podría determinar a otro en el futuro (1). Entre la niñez y la juventud convergen fuerzas físicas, psicológicas y sociales, en tanto las personas necesitan adaptarse a sus cuerpos cambiantes e identidades mientras enfrentan transiciones sociales, como la escolar, en el marco de la cultura donde crecen y se desarrollan (17). En este marco teórico propone-

mos superar la noción de adolescencia como una etapa transicional y preparatoria para la adultez, centrando la atención en las necesidades y sentimientos de las personas en este significativo momento de la vida, con perfiles epidemiológicos diferentes y enfatizando la autonomía progresiva de la que gozan para manifestar su propia perspectiva sobre su salud y bienestar (18). En efecto, el marco legal internacional y local les otorga derechos “a expresar libremente sus opiniones” (Convención Internacional de los Derechos del Niño) y “a opinar y ser oídos en asuntos comunitarios, sociales y científicos que sean de su interés” (Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes).

Influencias y correlatos de la salud

Este proyecto reconoce también la compleja y dinámica interrelación de influencias que actúan sobre la salud, del orden biológico, conductual y del ambiente social y físico, y del contexto sanitario y político (1), a partir de lo cual se plantea la conveniencia de caracterizar a la población argentina con discapacidad motora. Se ha señalado que el rol y los efectos de esas influencias cambian a medida que el niño o niña se desarrolla, dado que existen períodos con mayor sensibilidad respecto a estas influencias, así como edades con desafíos especiales, como son ciertas etapas de transición. Desde una perspectiva socio-epidemiológica se señala que la distribución de los riesgos de enfermar o de actuar de una manera está determinada por la pertenencia de un individuo a una sociedad y a un estrato social. De este modo, se reconocen construcciones sociales de la salud que sitúan a algunas personas en una posición de desventaja en comparación a otras e influyen sobre su bienestar, sus posibilidades de utilizar y recibir atención sanitaria de calidad y, en suma, sobre su derecho a alcanzar el mejor nivel de salud posible (19). Sobre esta base, los estudios poblacionales pueden incluir indicadores sociodemográficos relativamente accesibles a la medición como el nivel de escolaridad, los recursos materiales del hogar o la cobertura sanitaria.

Muchas de las dimensiones de la CVRS de NNAJ manifiestan correlatos con la edad, el género y el nivel socioeconómico (NSE): la CVRS resulta peor en grupos de NSE bajo que en grupos de nivel medio o alto y las diferencias parecen acentuarse en las mujeres y con el aumento de la edad (20,21). Por último, entre las influencias sobre la salud, los servicios sanitarios siempre tuvieron interés especial por su efecto directo en el cuidado y recuperación de la salud. Desde una perspectiva poblacional, es posible examinar y aportar información

para mejorar experiencias como el acceso y la continuidad de la atención centrada en la persona (22).

Desde 2018 trabajamos en una línea de investigación sobre CVRS en NNAJ con parálisis cerebral (PC), logrando disponer de una versión para población argentina del cuestionario específico Cerebral Palsy Quality of Life (CP-QOL) (23,24). En línea con otras iniciativas nacionales tendientes a cubrir las evidentes necesidades de conocimiento epidemiológico de la situación de esta población (25), nos proponemos ofrecer ésta y otras herramientas adecuadas al contexto local para que los equipos de salud a cargo de terapias y del seguimiento de niños, niñas y adolescentes con PC puedan disponer de nuevos indicadores para valorar, a lo largo del tiempo y en el transcurso de sus terapias, cómo se sienten con relación a diversos aspectos de sus vidas.

Objetivos

El objetivo de este proyecto es caracterizar la salud de la población infantil, adolescente y juvenil con discapacidad motora de Argentina, mediante un modelo multidimensional de (CVRS), y analizar sus correlatos con el nivel de funcionalidad motora y otras variables clínicas y sociodemográficas.

Además, tenemos el propósito de establecer una vinculación tecnológica inmediata con centros educativos y/o terapéuticos interesados en aplicar las herramientas de valoración de la CVRS, ofreciendo la posibilidad de utilizar una plataforma virtual que tras la carga de datos emita resultados inmediatamente. De esta forma, el propósito es contribuir a la implementación de indicadores de CVRS en la práctica clínica y terapéutica, para la valoración de la situación y la evolución de NNAJ con discapacidad motora.

Métodos

Tipo de estudio

El estudio es de carácter epidemiológico social, ya que aspira a lograr el más amplio alcance en el territorio de la República Argentina para relevar y aportar información sobre la población argentina con discapacidad motora, teniendo en cuenta la heterogeneidad sociocultural y de cobertura sanitaria de nuestro país. El diseño es descriptivo, correlacional y transversal. En el futuro, se podrían repetir aplicaciones de los instrumentos y establecer un diseño longitudinal que permita analizar si se producen cambios en la CVRS, valorar su evolución en función de objetivos terapéuticos y captar la dinámica de los procesos de salud en la transición de la niñez a la juventud.

Figura 1: Dimensiones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.



Población diana y participantes

La población diana se constituye con NNAJ con discapacidad motora de 4 a 24 años de edad residentes en Argentina. La participación de esta población estará mediada por sus madres, padres o cuidadores principales, quienes responderán los cuestionarios (las versiones para autorreporte están en desarrollo); así como también profesionales de salud y/o educación que tengan interés en colaborar.

Variables e instrumentos

En este proyecto se implementan tres instrumentos que aportarán información singular sobre CVRS, dos específicos para NNAJ con discapacidad motora y uno genérico que permite la comparación con poblaciones diversas. Cada sección de los cuestionarios permite recoger información sobre dimensiones diferentes y relevantes a los contextos cotidianos de estos NNAJ (Figura 1). El *Cerebral Palsy Quality of Life Questionnaire* (CP-QOL) que fue desarrollado en Australia partiendo de entrevistas con NNAJ con PC, madres y padres (9), produce indicadores sobre el bienestar social y la aceptación, la participación, los sentimientos sobre el funcionamiento, el bienestar emocional, la autoestima y el dolor; fue adaptado para su aplicación en población argentina (23) con adecuada fiabilidad y validez (24). El módulo para PC del *DISABKIDS* mide el impacto de la PC en una dimensión única que incluye 14 ítems relacionados a experiencias de movilidad corporal y autonomía en situaciones sociales con pares y actividades cotidianas. Además, se incluye un índice de CVRS mediante 10 ítems, el *KIDSCREEN*, un instrumento genérico ampliamente utilizado a nivel internacional. La caracterización de variables clínicas como el desarrollo y la funcionalidad motora de cada sujeto participante se medirán con la *Escala de Desarrollo Puberal* (PDS) que describe los cambios físicos que se observan en este momento del ciclo vital y con la *Clasificación de la Función Motora Gruesa* (GMFCS) basada en el movimiento iniciado por el paciente con centralidad en el control de tronco, las transferencias y la movilidad. La caracterización sociodemográfica se realizará en función de la zona de residencia (urbana/rural), la cobertura sanitaria, la escolaridad de la persona adulta que responde el cuestionario y el nivel socioeconómico (NSE) que se valorará mediante el instrumento *Family Affluence Scale* (FAS) compuesto de 5 preguntas sobre recursos materiales disponibles en el hogar (Cuadro 1). Los instrumentos de este estudio están dirigidos a madres, padres o cuidadores que responderán reflejando su parecer sobre lo que creen que siente el NNAJ a su cargo y podrán ser completados en formato digital por medio de la plataforma web diseñada para este fin. Si bien estos cuestionarios de CVRS han sido diseñados para ser autoadministrados, es decir, respondidos por la madre, el padre o la persona adulta que mejor conoce al NNAJ que es sujeto del estudio, también pueden ser completados mediante entrevista personal o telefónica a cargo de una persona entrenada, o bien, de profesionales que pueden entrenarse para colaborar.

Cuadro 1: Variables e instrumentos		
VARIABLES	INSTRUMENTOS	INFORMANTE
Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS)	<ul style="list-style-type: none"> • CP QOL (<i>Cerebral Palsy Quality of Life</i>) • DISABKIDS (Módulo PC) • KIDSCREEN-10 	Padre, madre u otro cuidador principal
Clasificación de la función motora gruesa	GMFCS (<i>Gross Motor Function Classification System</i>)	
Desarrollo puberal	<i>Pubertal Development Scale</i>	
Caracterización sociodemográfica: <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Residencia • Nivel socioeconómico • Cobertura sanitaria 	Cuestionario <i>ad hoc</i> Escala de recursos materiales del hogar (FAS: <i>Family Affluence Scale</i>)	
Clasificación de la habilidad manual	MACS (<i>Manual Ability Classification System</i>)	
Clasificación de comunicación funcional	CFCS (<i>Communication Function Classification System</i>)	Profesional interviniente
Clasificación para la capacidad de comer y beber	EDACS (<i>Eating and Drinking Ability Classification System</i>)	

Plataforma interactiva

Como soporte tecnológico de este proyecto, se ha desarrollado una plataforma interactiva (<https://saludconvoz.fcm.unc.edu.ar/>) que permite la recolección de datos y la obtención inmediata de resultados. La plataforma de *Salud con voz* se aloja en un servidor de la Universidad Nacional de Córdoba, lo que garantiza la confidencialidad y seguridad de los datos. Esta plataforma se compone de una interfaz base con información del proyecto, el acceso mediante un sistema de usuario con claves individuales, una aplicación web en el servidor que contiene los formularios de recolección de los datos, un módulo de parametrización y análisis de datos, y un módulo de reporte que permite visualizar y descargar informes individuales sin identificación sensible del caso (Figura 2). La herramienta permite dar alcance nacional al proyecto, facilitando la participación remota de NNAJ y familias. Asimismo, facilita un servicio de vinculación tecnológica inmediato con centros educativos y/o terapéuticos interesados en aplicar las herramientas de valoración de la CVRS, con posibilidad de descarga instantánea de resultados. Como muestra la Figura 3, los resultados individuales que ofrece la plataforma se acompañan de una explicación conceptual y una interpretación de los puntajes de CVRS.

Procedimientos

El equipo de investigación pone a disposición de profesio-

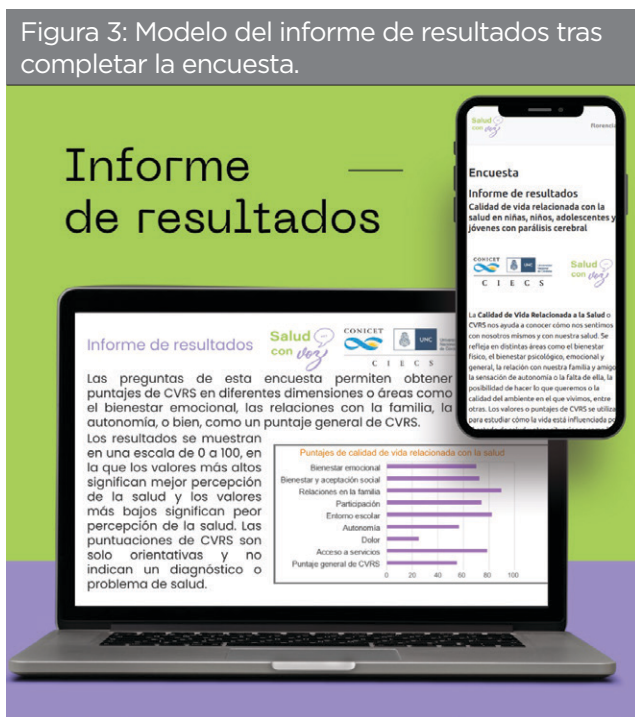
nales, instituciones, familias y participantes toda la información relevante a través de correo electrónico y de la página web mencionada anteriormente. La participación de la población diana requiere una explicación clara sobre los objetivos de este protocolo, así como de otros aspectos éticos incluidos en el consentimiento in-

Figura 2: Características de la plataforma interactiva para el estudio de calidad de vida en población con discapacidad motora.



formado. Una vez que han recibido toda la información, los NNAJ y sus familias, deben manifestar su expresa voluntad de participar de la investigación.

Los centros sanitarios y educativos interesados en colaborar pueden mediar en la invitación y explicación del estudio a potenciales participantes, facilitar la realización de entrevistas para que las familias respondan los cuestionarios, y participar en la carga de datos para obtener resultados inmediatos, así como en la implementación de estos datos en historias clínicas y en el desarrollo de objetivos terapéuticos, entre otras posibles acciones. Para ello, los profesionales participantes podrán solicitar y disponer anticipadamente de la documentación del estudio (formularios de información para el consentimiento y cuestionarios), así como de información sobre el contenido de la encuesta, recomendaciones sobre su administración, carga e interpretación de resultados (Figura 3).



Análisis de los datos

El análisis de los datos incluirá estimación de promedios puntuales con desviaciones estándar de las dimensiones de la CVRS y la elaboración de un gráfico en escala 0 a 100 con los resultados individuales de cada participante. Por otra parte, el conjunto de todos los datos se podrá analizar mediante diferencias de medias estandarizadas (*d* de Cohen) según grupos de edad, sexo, niveles de escalas funcionales y características sociodemográficas. Asimismo, se controlarán efectos de con-

fusión mediante modelos multivariados de regresión lineal o logística para establecer la asociación entre los indicadores de CVRS y las variables clínicas, familiares y del contexto socio sanitario.

Aspectos éticos

Se cuenta con aval del Comité de Ética de la Investigación en Salud (CIEIS) del Hospital Nacional de Clínicas (dictámenes del 12/12/2017; 20/12/2018; y 05/08/2024).

Discusión

Este protocolo presenta una propuesta de un estudio epidemiológico social de alcance nacional, basado en una conceptualización multidimensional y positiva de la salud, con vinculación a familias y centros terapéuticos o educativos, a quienes se les ofrece una devolución de resultados individuales mediante la interacción en un servidor seguro de la Universidad Nacional de Córdoba.

Los resultados individuales que ofrece la plataforma pueden servir a profesionales involucrados en la atención de personas con discapacidad para conocer cómo se sienten los NNAJ a los que acompañan en sus trayectorias de salud y orientar reflexiones y decisiones terapéuticas con base a las necesidades percibidas por estas personas a quienes acompañan, evaluando las dimensiones que muestren mayor compromiso en cada momento del desarrollo y en cada persona, así como también valorar la evolución en correlato con las terapias y otras influencias sobre la CVRS. Contar con esta información habilita, además, el compartir la experiencia de atención de los NNAJ y sus familias, al propiciar un espacio de conversación y orientación entre quienes acompañan. Es importante destacar que los puntajes que se obtienen de los instrumentos de CVRS no se utilizan como criterios diagnósticos sino que denotan cierto nivel, alto o bajo, de sentimientos o sensaciones en cada una de las dimensiones de la CVRS.

A nivel poblacional, el relevamiento aportará al conocimiento de la CVRS en NNAJ con discapacidad motora, describiendo su impacto según edad, sexo y características socioeconómicas. Esta información aportará insumos para la planificación situada y basada en evidencias de acciones que promuevan el derecho a la salud de las personas con discapacidades. En suma, se espera que contribuya a la reflexión del impacto inmediato sobre la salud de fenómenos que habitualmente se abordan bajo miradas adultocéntricas, y a la reflexión tendiente a mitigar las desigualdades sociodemográficas.

El grupo responsable de este protocolo vincula el co-

nocimiento obtenido con necesidades de los ámbitos escolar y sanitario, a través de estrategias que incluyen la elaboración de informes técnicos específicos *ad hoc* y la divulgación en redes sociales (@saludconvoz). En colaboración con centros educativos se han diseñado y elaborado recursos dirigidos a docentes de distintos niveles, así como procesos de monitoreo para evaluar la salud de escolares, adolescentes y jóvenes de nuestro país. Además se han desarrollado talleres e intervenciones participativas que promueven el diálogo sobre resultados y facilitan la construcción conjunta de intervenciones de promoción de la salud. En el ámbito clínico y sanitario se propone integrar estos indicadores en las prácticas de atención y capacitar a los profesionales en el uso de los instrumentos y en la interpretación de los datos obtenidos, a fin de mejorar la toma de decisiones y la calidad de las intervenciones preventivas y terapéuticas.

Durante el inicio del estudio se realizará una monitorización de todo el procedimiento, consultando a todas las personas involucradas para identificar barreras y dificultades por las que se requieran ajustes y adaptaciones, así como fortalezas que puedan ser mejor aprovechadas. Una barrera que se identifica anticipadamente se relaciona a los requisitos de acceso a la plataforma, que pueden excluir a profesionales y familias que no cuentan con la tecnología necesaria o adecuado servicio para el trabajo en Internet. Sin embargo, disponer de acceso virtual se considera también una fortaleza por permitir ampliar el alcance del estudio, facilitar el acceso a poblaciones ocultas y a la participación de sujetos con limitaciones horarias o que sean reticentes a realizar entrevistas.

Otra limitación de esta línea de investigación se presenta por la falta de un cuestionario para ser autoadministrado por la población diana. Si bien estamos actualmente probando las versiones de CP-QOL y DISABKIDS que podrán ser respondidas directamente por NNAJ con discapacidad motora, existirán restricciones a la participación ante dificultades cognitivas o del lenguaje que imposibiliten comprender o responder a los cuestionarios. Por estos motivos, se considera que las versiones para informantes indirectos seguirán siendo necesarias en esta población.

En cuanto a fortalezas, este estudio articula la novedad de la medición de CVRS en población con discapacidad motora en Argentina con instrumentos de uso internacional, desarrollados a partir de las declaraciones de la población diana, con notables pruebas de fiabilidad y correctamente adaptados al contexto local. Se espera que su implementación mediante una plataforma web

aumente la posibilidad de participación de población de todo el país, excluida habitualmente por la concentración de los polos científicos en los grandes conglomerados urbanos. De esta forma, se acerca una herramienta que puede aportar información útil a las historias clínicas para el mejor conocimiento y seguimiento de las personas bajo intervenciones terapéuticas, o bien, para el trabajo en gabinetes psicopedagógicos. Potencialmente, la amplia participación de familias de todo el país sería una oportunidad para relevar necesidades en salud de esta población que puedan ser atendidas en programas y políticas regionales y nacionales.

Conclusión

Este proyecto relevará datos de CVRS aproximándose a los sentimientos y afectaciones de NNAJ con discapacidad motora en Argentina. En su implementación ofrecerá indicadores positivos y multidimensionales de salud sobre la base de modelos conceptuales complejos, aportando herramientas de utilidad para la supervisión de acciones preventivas y terapéuticas a instituciones sanitarias y educativas. Se espera producir información necesaria para el abordaje integral de la salud, que a su vez pueda ser atendida en políticas públicas..

Agradecimientos

Al equipo Reflej.ar por el trabajo de diseño y puesta en marcha de la plataforma web, colaboración que fue posible gracias al subsidio de la Secretaría de Ciencia y Tecnología (SECyT) de la UNC mencionado en el apartado "fuentes de apoyo". La Lic. Yasmin Dame recibió una beca de la Fundación ICSA para colaborar en el desarrollo de la plataforma web y en las pruebas de instrumentos de CVRS.

Contribuciones de los autores

El grupo de autores participó en la concepción del diseño, pruebas y elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.

Conflicto de interés

Ninguno.

Fuentes de apoyo

Subsidio Proyectos Institucionales de Investigación, Desarrollo Tecnológico y Artístico en prioridades y/o vacancias de la función I+D+i de interés regional-2023

de la SECyT, UNC y apoyo a través de la beca “Protagonistas en Investigación” otorgada por la Fundación ICESA.

Originalidad

Este resumen es original, y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcial.

Cesión de derechos

Quienes participaron en la elaboración de este resumen, ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación.

REFERENCIAS

- National Research Council, Institute of Medicine. Children's Health, the Nation's Wealth: Assessing and Improving Child Health [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2004 [citado 12 de julio de 2023]. Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/10886>
- Bowling Ann. Measuring health : a review of quality of life measurement scales [Internet]. Open University Press; 2005. Disponible en: https://books.google.com/books/about/Measuring_Health.html?hl=es&id=MjOCHgOgIMgC
- Valderas JM, Alonso J. Patient reported outcome measures: A model-based classification system for research and clinical practice. *Qual Life Res.* noviembre de 2008;17(9):1125-35.
- Urzúa AM. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile.* 2010;138(3).
- Solans M, Pane S, Estrada MD, Serra-Sutton V, Berra S, Herdman M, et al. Health-related quality of life measurement in children and adolescents: A systematic review of generic and disease-specific instruments. *Value Health.* 2008;11(4):742-64.
- Detmar SB, Bruil J, Ravens-Sieberer U, Gosch A, Bisegger C. The use of focus groups in the development of the KIDSCREEN HRQL questionnaire. *Qual Life Res.* noviembre de 2006;15(8):1345-53.
- Power R, King C, Muhit M, Heanoy E, Galea C, Jones C, et al. Health-related quality of life of children and adolescents with cerebral palsy in low- and middle-income countries: a systematic review. *Dev Med Child Neurol.* 2018;60(5):469-79.
- Herrera Sterren N, Fantini F, Berra S. Terapias, vínculos y calidad de vida de niños, niñas y adolescentes con parálisis cerebral: vivencias y percepciones de sus cuidadores durante la pandemia. *Andes Pediatr.* 27 de febrero de 2024;95(1):61-8.
- Waters E, Davis E, Mackinnon A, Boyd R, Graham HK, Kai Lo S, et al. Psychometric properties of the quality of life questionnaire for children with CP. *Dev Med Child Neurol.* 2007;49(1):49-55.
- Berra S, Bustingorry V, Henze C, Díaz MDP, Rajmil L, Butinof M. Adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir calidad de vida relacionada con la salud en población Argentina de 8 a 18 años. *Arch Argent Pediatr.* 2009;107(4):307-14.
- Rivera C, Mamondi V, Fueyo JL, Jouglard EF, Pogany L, Sánchez MC, et al. Health-related quality of life in children with and without chronic conditions. A multicenter study. *Arch Argent Pediatr.* enero de 2015;113(5):404-10.
- Berra S, Rivadero L, Mántaras R, Fantini F, Lavin J, Mamondi V. Salud autopercebida, cambios en la experiencia escolares y otros hábitos de salud de escolares adolescentes cordobeses durante el aislamiento social preventivo y obligatorio por COVID-19. *Rev Salud Pública.* 27 de diciembre de 2021;26(2):86-96.
- Degoy E, Berra S. Differences in health-related quality of life by academic performance in children of the city of Cordoba-Argentina. *Qual Life Res.* junio de 2018;27(6):1463-71.
- Michel G, Bisegger C, Fuhr DC, Abel T. Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: A multilevel analysis. *Qual Life Res.* noviembre de 2009;18(9):1147-57.
- Berra S, Bernaschini ME, Mamondi V, Rajmil L. Gender differences in trajectories of health-related quality of life from childhood to adolescence in a 7-year follow-up study in a urban socially disadvantaged sample from Argentina. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* enero de 2024;33(1):183-93.
- Palacio-Vieira JA, Villalonga-Olives E, Valderas JM, Espallargues M, Herdman M, Berra S, et al. Changes in health-related quality of life (HRQoL) in a population-based sample of children and adolescents after 3 years of follow-up. *Qual Life Res.* diciembre de 2008;17(10):1207-15.
- Maggio V. Comunicación y lenguaje en la infancia [Internet]. 2021 [citado 16 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.planetadelibros.com.ar/libro-comunicacion-y-lenguaje-en-la-infancia/309537>
- Bustelo Graffigna E. Notas sobre infancia y teoría: un enfoque latinoamericano. *Salud Colect.* 2012;8(3):287-98.
- Marmot M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet.* marzo de 2005;365(9464):1099-104.
- Rueden U von, Gosch A, Rajmil L, Bisegger C, Ravens-Sieberer U, Group the EK. Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *J Epidemiol Community Health.* 1 de febrero de 2006;60(2):130-5.
- Guedes DP, Villagra Astudillo HA, Moya Morales JM, del Campo Vecino J, Pires Júnior R. Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos. *Rev Panam Salud Pública.* enero de 2014;35:46-52.

22. Fortune A, Perkins E, Paize F, Palanisami B, Gladstone M. Managing mothers' and fathers' uncertainty during their journey through early neurodevelopmental follow-up for their high-risk infants—A qualitative account. *Child Care Health Dev.* 2024;50(1):e13168.
23. Herrera Sterren N, Berra S. Adaptación transcultural de un cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud en parálisis cerebral. *Rev Argent Salud Publica.* 2020;12:e22. Publicación electrónica 11 Dic 2020.
24. Berra S, Herrera Sterren N, Sánchez Rosas J. Propiedades del CP-QOL-PCQ para medir calidad de vida relacionada con la salud en niños, niñas y adolescentes con parálisis cerebral en Argentina. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba [Internet].* 2023 Sep. 29 [cited 2024 Dec. 2];80(3):188-204. Available from: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/40042>.
25. Herrera Sterren N, Berra S. Adaptación transcultural de un cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud en parálisis cerebral. *Rev Argent Salud Publica.* 2020;12:e22. Publicación electrónica 11 Dic 2020.

Calidad de Vida en Personas con discapacidad neuromotora de Jujuy, Argentina

Quality of Life in People with Disabilities with neuromotor disabilities in Jujuy, Argentina

Autores: Sandra Lorena Sandoval¹, Sonia Navarrete², Silvia Nieva³, Gisela Duran⁴, Carolina Romero⁵, Diego Barrojo⁶, Carlos Ramos⁷, Himelda Sabarza⁸.

- 1- Médica especialista en Medicina Física y Rehabilitación
- 2- Licenciada en Trabajo Social
- 3- Licenciada en Trabajo Social
- 4- Licenciada en Enfermería
- 5- Licenciada en Kinesiología
- 6- Licenciado en Administración de Empresas
- 7- Licenciado en Kinesiología
- 8- Licenciada en Psicopedagogía

ASOCIACIÓN DE PROTECCIÓN AL PARALÍTICO CEREBRAL (APPACE), San Salvador de Jujuy, Jujuy, Argentina.

Evento Científico:
26º Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación SAMFYR 2023.
1º Puesto

Correspondencia:
Dra. Sandra Lorena Sandoval
loresan07@icloud.com

Recibido: 05-10-2024
Aceptado: 04-12-2024

Introducción

El estudio de la calidad de vida en una persona con discapacidad (PcD), cobra importancia por el aporte de múltiples datos relacionados con el impacto de la enfermedad y su tratamiento, de acuerdo con la percepción de su propia vida. Como lo plantean Schalock y Verdugo (2007) es un concepto multidimensional conformado por: bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, desarrollo personal, autodeterminación, inclusión social y derechos. Cada uno de ellos permiten estudiar en detalle los factores ambientales, personales y sus interacciones, para medir y evaluar el estado deseado de bienestar personal, con el propósito de buscar elementos claves necesarios para mejorar su calidad de Vida.

En esta línea el objetivo del estudio fue conocer la calidad de vida en PcD neuromotora, jujeños, que asisten a programas de rehabilitación en la Asociación de Protección al Paralítico Cerebral (APPACE), en el periodo de julio a septiembre de 2022.

Métodos

El corpus de datos analizados incluye una muestra de 330 PcD que asisten a rehabilitación en APPACE. Los participantes de este estudio incluyen profesionales tratantes y sus familias, y se enmarca en un estudio descriptivo, mixto de Investigación-acción de corte Transversal.

El procedimiento para la obtención de datos se realizó a través de la medición de diferentes escalas que se utilizaron según la población etaria destino: KIDSLIFE (Gómez LE, et al. 2016) destinada a niños 4 a 18 años; escala SAN MARTIN (Verdugo MA, et al. 2014) diseñada para mayores de 18 años con multidiscapacidad; FUMAT (Verdugo MA, et al. 2009) de aplicación a mayores de 18 años con discapacidad moderada; CAVIDACE (Verdugo MA, et al. 2018) orientada a adultos con discapacidad adquirida en la adultez, e INICO FEAPS (Verdugo MA, et al. 2013) destinada para mayores de 18 años con discapacidad leve, autoadministradas o a terceros (familiares y/o profesionales).

El análisis de datos se realizó tras los resultados cuantitativos del Índice de Calidad de Vida (ICV) y considerando la/s dimensión/es más descendida/s expresadas, lo cual tendrá impacto en el desarrollo de programas y en la prestación de los servicios que se ofrecen.

Resultados

La escala KIDSLIFE se aplicó a 109 niños cuyo ICV promedio fue de 115 y Bienestar Material resultó la dimensión más descendida. La escala SAN MARTIN se administró a 59 PcD arrojando un ICV de 96, e Inclusión social resultó la dimensión más descendida. FUMAT se utilizó en 51 personas con un ICV de 100, en la cual

Autodeterminación fue la dimensión más descendida. Con INICO FEAPS evaluó a 20 personas con un ICV de 103 e Inclusión Social fue la más descendida. Finalmente se administró a 91 adultos la escala CAVIDACE con ICV de 111 y la dimensión más descendida resultó Inclusión Social.

Conclusiones

si bien los índices en las encuestas sostienen un nivel aceptable, al observar las dimensiones unitarias, Inclusión Social se encuentra prevalentemente más descendida, y confirma continuar trabajando para incrementar la participación y los apoyos, alineados al proceso de transformación alentados por la Convención de los Derechos de la Personas con Discapacidad. De este modo los resultados permiten reflexionar y trabajar sobre mejoras en la propia práctica, generando condiciones de participación en el entorno social y comunitario en las PcD, lo cual involucra un cambio en la planificación estratégica de los servicios prestacionales.

Palabras claves: Calidad de vida, Discapacidad

Keywords: Quality of life, disability

Agradecimientos

El desarrollo de esta investigación recibió el asesoramiento técnico de la Mg. Araceli López, de la universidad de ISALUD, a quien agradecemos por acompañar al comité revisor conformado para la administración de las escalas aplicadas y brindó la formación correspondiente a todos los colaboradores de APPACE.

Contribución de los autores

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, han trabajado en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.

Conflicto de interés

Ninguno.

Fuentes de apoyo

La presente investigación no contó con fuentes de financiación

Originalidad

Este resumen es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de derechos

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schallock RI, Verdugo MA. El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Rev Esp Discapac Intelect.* 2007;38(4):21-36.
2. Gómez LE, Alcedo MA, Verdugo MA, Arias B, Arias V, Monsalve A, Fontanil Y, Morán L. KidsLife: evaluación de la calidad de vida de niños de niños y adolescentes con discapacidad intelectual. 1º ed. Salamanca: INICO; 2016.
3. Verdugo MA, Gómez LE, Fernández M, Aguayo V, Arias B. Escala CAVIDACE Evaluación de la Calidad de Vida de Personas con Daño Cerebral. 1º ed. Salamanca: INICO; 2018
4. Verdugo MA, Aza A, Orgaz B, Fernández L, Gómez LE, Amor AM. Escala CAVIDACE: Evaluación de la Calidad de Vida de Personas con Daño Cerebral. Salamanca: INICO; 2020
5. Verdugo MA, Arias B, Gómez LE, Schallock RL. Escala San Martín: Evaluación de la calidad de vida de personas con discapacidades significativas. 1º ed. Salamanca: INICO; 2014.
6. Verdugo MA, Gómez LE, Arias B, Santamaría M, Clavero D, Tamarit J. Escala INICO-FEAPS Evaluación Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo. 1º ed. Salamanca: INICO; 2013.
7. Verdugo MA, Gómez LE, Arias B. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores. La Escala FUMAT. 1º ed. Salamanca: INICO; 2009.

Validez de velocidades angulares articulares del miembro inferior durante la marcha normal obtenidas a través de un sistema de análisis de marcha basado en video

Validity of lower limb joint angular velocities during normal gait obtained from a video-based gait analysis system

Autores: Bernardo Centeno¹, Ramiro Olleac², Mariano E. Casciaro³.

1- Médico fisiatra. Universidad de Mendoza, sede San Rafael, Mendoza, Argentina.

2- Médico traumatólogo. Hospital Avellaneda, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

3- Ingeniero biomédico. Instituto de Medicina Traslacional, Trasplante y Bioingeniería (IMETTYB) - Universidad Favaloro - CONICET, Buenos Aires, Argentina

Evento Científico:
Resumen presentado en: XVI Congreso Chileno de Fisiatría. 22, 23, 24 de agosto de 2024. Santiago de Chile, Chile.

Correspondencia:
bernardocenteno76@gmail.com

Recibido: 30-10-2024
Aceptado: 15-11-2024

Introducción

Las alteraciones de la marcha son frecuentes en enfermedades neurológicas que presentan espasticidad, que puede reducir el rango de movimiento y la velocidad angular articular (VAA), disminuyendo la velocidad de marcha, y pudiendo incrementar el riesgo de caídas. La evaluación de la espasticidad con la escala modificada de Tardieu puede sobreestimar su impacto en la marcha, ya que las VAA generadas durante la evaluación difieren de las que ocurren durante el caminar. En consecuencia, es conveniente conocer las VAA durante la marcha para planificar y comprender mejor el impacto de intervenciones, como la toxina botulínica. Objetivo: determinar la validez de las VAA durante la marcha, obtenidas con un sistema basado en video.

Métodos

Se desarrolló un estudio observacional. Se realizó una sesión de análisis de marcha en cada participante. Criterios de inclusión: Personas entre 18-60 años. Criterios de exclusión: Antecedente de condición que pudiera generar patrón de marcha atípico; Hipersensibilidad a cinta adhesiva. Consideraciones estadísticas: Para determinar validez se calcularon los porcentajes de acuerdo (PA) de las variables (picos) de VAA y, el PA promedio, entendiendo como acuerdo cuando una determinada VAA se encontró en el rango de normalidad reportado en la literatura..

Resultados

Participaron 20 voluntarios. El PA promedio fue de 84%. Para los diferentes picos de VAA estudiados en cadera, rodilla y tobillo, el PA varió entre 80-100%, 90-95% y 50-80% respectivamente.

Conclusión: Si bien los resultados del estudio sugieren validez de las VAA evaluadas, es necesaria la comparación simultánea con el método gold standard.

Palabras claves: Validez de los Resultados; Marcha; Videos.

Contribución de los autores

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, han trabajado en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.

Conflicto de interés

Ninguno.

Fuentes de apoyo

La presente investigación no contó con fuentes de financiación

Originalidad

Este resumen es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de derechos

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación.

Desarrollando actividades de capacitación en neurorrehabilitación postura y posicionamiento en cama para pacientes del área de cuidados críticos y clínica médica destinado a profesionales del Partido de General Pueyrredón

Developing training activities in neurorehabilitation, posture and bed positioning for patients in the critical care area and medical clinic for professionals of the General Pueyrredon District

Autores: Natalin Lazarte¹, Evangelina Mamani², Elsa Benvenuto³, Lourdes Baliña⁴, Pedro Sebastian Iñiguez⁵.

1- Licenciada en Enfermería.
2- Licenciada en Enfermería.
3- Licenciada en Educación.
4- Licenciada en Educación.
5- Licenciado en Enfermería.

Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS), de la ciudad de Mar del Plata.

Evento Científico:
Trabajo presentado en las I Jornada Argentina de Salud Integral de Personas con Discapacidad Motora, Organizadas por el Instituto de Investigaciones Clínicas y Epidemiológicas (INICyE) realizada del 23 al 24 de Agosto 2024 en la Universidad Nacional de Córdoba.

Correspondencia:
Lic. Pedro Sebastian Iñiguez.
sebas8401.si@gmail.com

Recibido: 31-10-2024
Aceptado: 15-11-2024

Introducción

La iniciativa surge de un grupo de enfermeros del área de neurorrehabilitación con la premisa de disminuir la brecha que existe entre el tratamiento agudo en las instituciones de salud y las patologías secundarias al tratamiento.

Objetivos

Promocionar saberes y conocimientos en cuidados críticos en neurorrehabilitación, con un enfoque específico en postura y posicionamiento en cama, con el fin de mejorar la calidad del cuidado de los pacientes.

Promover una visión innovadora y fortalecedora de la rehabilitación interdisciplinaria, destacando la importancia de un enfoque integral y colaborativo en el proceso de recuperación de los pacientes

Diagnóstico

Nuestra Institución es referente nacional en neurorrehabilitación de múltiples patologías. Las cuales se asocian a la miopatía del paciente crítico, y que, se hacen evidentes al momento del egreso en la unidad de cuidados intensivos o al alta médica. Entre las patologías más recurrentes se encuentran la debilidad adquirida, las lesiones por presión, pie equino, ataxia, posturas viciosas y pérdida de la movilidad funcional.

Población

La capacitación está dirigida a profesionales de las áreas de unidades de cuidados críticos, miembros del equipo interdisciplinario y estudiantes avanzados de la carrera de enfermería tanto del sector público como privado del Partido de General Pueyrredon.

Actividades

El equipo de capacitación ha establecido encuentros teórico-prácticos presenciales, en respuesta a las solicitudes previas de diversas instituciones de salud de nuestra ciudad.

Cada encuentro se desarrolla en 90 minutos, organizado en grupos de 15 a 20 participantes. Durante estos espacios, se proporciona inicialmente una base teórica científica, seguida de la aplicación práctica mediante simulaciones con uno de los participantes. Las mismas incluyen el ensayo de colocación de dispositivos blandos, alineación y posicionamiento en supino y decúbito lateral, ergonomía, y transferencia a silla de ruedas.

Conclusión

La puesta en marcha de la propuesta de capacitación, se evidencia una recepción positiva por parte de los participantes. Se logró el Feedback entre las distintas disciplinas que abordan el cuidado del paciente. A partir de esta concepción, se han generado nuevas redes de trabajo, entendiendo que no existe la rehabilitación si no hay interdisciplina, pero que tampoco existirá sino trabajamos de manera mancomunada con las instituciones de segundo nivel de atención.

Palabras claves: Enfermería, neurorrehabilitación y capacitación.

Contribución de los autores

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, han trabajado en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.

Conflicto de interés

Ninguno.

Fuentes de apoyo

La presente investigación no contó con fuentes de financiación.

Originalidad

Este resumen es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de Derechos

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación.

Implementación de sistemas aumentativos: mejorando la comunicación en familias con niños de discapacidad motriz

Implementing augmentative systems: improving communication in families with children with motor disabilities

Autora: Laura Gómez¹.

¹- Magíster en Metodologías Activas en Enseñanza.

Escuela de Postgrados Universidad Católica del Uruguay.

Evento Científico:
Trabajo presentado en la I Jornada Argentina de Salud Integral de Personas con Discapacidad Motora, Organizadas por el Instituto de Investigaciones Clínicas y Epidemiológicas (INICYE) realizadas del 23 al 24 de agosto de 2024 en la Universidad Nacional de Córdoba.

Correspondencia:
lauragomez517@gmail.com.uy

Recibido: 25-10-2024
Aceptado: 15-11-2024

Introducción

El presente proyecto se basa en una investigación descriptiva con enfoque cualitativo, que se realiza en la Escuela 200 Especial para Discapacidad Motriz, ubicada en la ciudad de Montevideo-Uruguay. Pretendió valorar una intervención en familias y alumnos para la implementación y mejora del uso de sistemas de comunicaciones aumentativas alternativas, a través de la gamificación, de aprendizaje y de participación activa. La población de estudio fue dirigida a un grupo de cuatro alumnos con discapacidad motriz, cursando 3er. año y sus familias.

Objetivo

Mostrar cómo incidió una propuesta lúdica a través del sistema de comunicación aumentativa y alternativa en familias con hijos con discapacidad motriz y problemas de lenguaje.

Métodos

El estudio tiene un enfoque metodológico cualitativo. Se apunta a la comprensión del problema mediante la profundización de las experiencias, perspectivas, significados y opiniones que las familias tienen acerca de la actividad lúdica con sus hijos a través del uso de las SAAC. Por lo tanto, se propone un diseño de intervención a través del trabajo colaborativo con familias con hijos que asisten a la institución mediante la reflexión y comprensión de sus propias prácticas para el logro de mejoras progresivas. Se aproxima al diseño de la investigación-acción y se desarrolla siguiendo un modelo que incluye las siguientes fases:

Primera fase: Diagnóstico, Segunda fase: Planificación de actividad, Tercera fase: Intervención y Observación y Cuarta fase: Conclusiones.

Resultados

Los resultados del periodo de implementación de la actividad lúdica digital, en el hogar de cada familia fue positiva, se aumentó la participación y la motivación de cada niño y niña. Además se evidencio a través de una encuesta on line realizada a cada familia que mejora la implementación del sistema de pictogramas y que se demuestra mayor entusiasmo y disfrute de la gamificación.

Conclusiones

Las conclusiones de la presente investigación se fundamentan en datos cualitativos y se utilizó para el análisis de los datos el software Atlas. Ti. Se concluye que la gami-

ficación en el hogar es una práctica innovadora efectiva para aumentar la participación lúdica entre familia y los hijos con discapacidad motriz severa. La integración de elementos de juegos a través del sistema de pictogramas y la utilización de plataformas digitales interactivas, como Genially, brindan una experiencia más atractiva y significativa.

Palabras claves: parálisis cerebral; sistema de comunicación aumentativa; y gamificación.

Contribución de los autores

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, han trabajado en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.

Conflicto de interés

Ninguno.

Fuentes de apoyo

La presente investigación no contó con fuentes de financiación.

Originalidad

Este resumen es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de Derechos

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación.

Impacto de las dificultades para alimentarse y los niveles de compromiso motor en el crecimiento de niños y adolescentes con parálisis cerebral de Argentina

Impact of feeding difficulties and motor compromise levels on the growth of children and adolescents with cerebral palsy in Argentina

Autores: Ana Laura Condinanzi¹⁻⁸⁻⁹, Carla Gil²⁻⁸, Mercedes Ruiz Brunner³⁻⁸⁻⁹, Federico Sánchez⁴⁻⁸, Leidy Johana Escobar⁵⁻⁸⁻⁹, Eduardo Cuestas⁶⁻¹⁰, María Elisabeth Cieri⁷⁻⁸⁻⁹.

1- Licenciada en Nutrición

2- Licenciada en Nutrición

3- Doctora En ciencias de la salud

4- Licenciado en kinesiología y fisioterapia

5- Fisioterapeuta

6- Doctor en medicina y cirugía

7- Doctora en ciencias de la salud

8- Instituto de Investigaciones Clínicas y Epidemiológicas (INICyE), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

9- Instituto de Investigación en

Ciencias de la Salud (INICSA).

Universidad Nacional de Córdoba.

Consejo Nacional de Investigaciones

Científicas y Técnicas. Córdoba,

Argentina.

10- 2da. Cátedra de Clínica Pediátrica.

Hospital N Misericordia. Facultad de

Ciencias Médicas, Universidad Nacional

de Córdoba. Córdoba. Argentina.

Evento Científico:

I Jornada Argentina de salud

integral de personas con

discapacidad motora. Córdoba,

Argentina.

Fechas: 23 y 24 de agosto 2024.

Correspondencia:

ana.laura.condinanzi@mi.unc.

edu.ar

Recibido: 03-11-2024

Aceptado: 15-11-2024

Introducción

La parálisis cerebral (PC) es la discapacidad pediátrica más frecuente, pudiendo impactar en el estado nutricional y el crecimiento.

Objetivo

Determinar la asociación entre los trastornos oro-gástricos, clasificaciones funcionales y parámetros antropométricos en niños con PC de 2 a 18 años de 5 provincias argentinas.

Métodos

Estudio observacional y transversal. El estado nutricional se valoró con puntajes z y software WHO Anthro Plus. Se presentaron datos normales con medias y desvíos estándar y no normales con medianas y rangos. Los datos discretos en porcentajes con [IC 95%]. Se realizó test Mann-Whitney o test de T según corresponda. Se realizaron modelos de regresión lineal múltiple (RLM) para determinar el efecto de variables clínicas significativas sobre resultados antropométricos.

Resultados

Se recolectaron 202 registros. 110 eran varones (55% [47,8;61,9]). La edad promedio fue de 7,34 años \pm 4,56. Se observó una diferencia estadísticamente significativa a mayor compromiso en los puntajes z de P/E, T/E e IMC/E en NNA (niños, niñas y adolescentes) con problemas oro-gástricos y mayores compromisos de GMFCS y EDACS. En un modelo de regresión binaria para el P/E, en niveles más severos de EDACS presentaron 8,77 veces más chances de bajo peso ($p=0,001$ [IC95% 2,5;30,5]) y 3,36 veces ($p=0,03$ [IC95% 1,0;10,5] más chances para GMFCS. Para T/E, a mayor compromiso en GMFCS y EDACS tuvieron 2,63 ($p=0,04$ [IC95% 1,0;6,8]) y 7,93 ($p=<0,001$ IC95% 2,8;21,9] veces más chances de tener baja talla

Conclusión

Los NNA con PC que presentan trastornos oro-gástricos y niveles severos en clasificaciones funcionales tienen mayor compromiso en su crecimiento, con más chances de presentar baja talla y bajo peso.

Palabras claves: parálisis cerebral, crecimiento, niño.

Contribución de los autores

CAL, CME y RBMM conceptualizaron y diseñaron la investigación. RBMM, CME, GC, CAL contribuyeron a la recopilación de datos y análisis de los datos. CAL y GC escribieron el documento. RBMM, CME, GC, SF, EJM y CE contribuyeron con la edición del manuscrito. RBMM y CME revisaron el análisis y la versión final del manuscrito.

Conflicto de interés

Ninguno.

Fuentes de apoyo

Este trabajo contó con el apoyo del proyecto financiado por la Cerebral Palsy Alliance Research Foundation con la subvención del proyecto PRG10321. Y con el financiamiento de Proyectos de Investigación Científica y Tecnológica (PICT) PICT-2021-00062. Proyecto consolidar dirigido por el Dr. Eduardo Cuestas financiado por la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Córdoba (Resol 258/23).

Originalidad

Este resumen es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de Derechos

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación.

Protocolo de evaluación de perfiles de funcionamiento para personas adultas con lesión medular traumática de origen laboral en el proceso de rehabilitación

Protocol for assessing functional profiles for adults with occupational traumatic spinal cord injuries in the rehabilitation process

Autores: Alessandra Gonnet¹, Noel Brandon², Candelaria Collazo³, Cecilia Cortella⁴, Matilde Gularte⁵, Paola Pereira⁶, Lucía Ramírez⁷, Ingrid Kasek⁸, Veronica Franco⁹, L. Johana Escobar Zuluaga¹⁰, Mercedes Ruiz Brunner¹¹.

- 1- Dra. Fisiatra. Hospital del Banco del Seguros del Estado (HBSE), Montevideo, Uruguay
 2- Lic. Fisioterapia. Hospital del Banco del Seguros del Estado (HBSE), Montevideo, Uruguay
 3- Lic. en enfermería. Hospital del Banco del Seguros del Estado (HBSE), Montevideo, Uruguay
 4- Lic. en Terapia ocupacional. Hospital del Banco del Seguros del Estado (HBSE), Montevideo, Uruguay
 5- Lic. en psicología. Hospital del Banco del Seguros del Estado (HBSE), Montevideo, Uruguay
 6- Lic. en fisioterapia. Hospital del Banco del Seguros del Estado (HBSE), Montevideo, Uruguay
 7- Lic. en trabajo social. Hospital del Banco del Seguros del Estado (HBSE), Montevideo, Uruguay
 8- Dra. Fisiatra. Hospital del Banco del Seguros del Estado (HBSE), Montevideo, Uruguay
 9- Dra. Fisiatra. Hospital del Banco del Seguros del Estado (HBSE), Montevideo, Uruguay
 10- Fisioterapeuta. Doctora en Ciencias de la Salud. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (INICSA), UNC-CONICET, Córdoba, Argentina
 11- Lic. en Nutrición. Doctora en Ciencias de la Salud. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (INICSA), UNC-CONICET, Córdoba, Argentina

Evento Científico:
 XVI Congreso Chileno de Fisiatría. Organizado por la Sociedad Chilena de Medicina Física y Rehabilitación (SOCHIMFYR). Del 21 al 24 de Agosto 2024 en Santiago, Chile.

Correspondencia:
 vgonnet@bse.com.uy

Recibido: 03-11-2024
 Aceptado: 15-11-2024

Resumen

Introducción: La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) permite estandarizar la evaluación de los procesos de rehabilitación. En los pacientes con lesión medular (LM) traumática resulta clave contar con este instrumento para evaluar perfiles de funcionamiento. El objetivo fue desarrollar un protocolo para la evaluación de perfiles de funcionamiento en pacientes con LM en el marco de la CIF.

Métodos

Estudio observacional de tipo transversal. Se realizó con el equipo de LMT del Hospital del BSE de Montevideo, formado en CIF. Se elaboraron versiones del protocolo y se conformaron rondas de consenso y pruebas piloto para establecer las categorías e instrumentos. Para evaluar categorías se utilizó escala Likert y método Delphi. El consenso se logró con un acuerdo en más del 85% de las categorías. El análisis de datos continuos se describió en medias con sus DE y las variables discretas en porcentajes con IC95%.

Resultados

Conformaron el grupo 9 disciplinas. En la primera ronda se crea un instrumento para LM aguda y crónica con 15 categorías con sus instrumentos, se aplicó a 10 pacientes. En la segunda ronda se agregan 13 categorías. Con un consenso del 90% de las categorías. Se aplicó a 10 pacientes. En la tercera ronda se genera una sola versión para LM, sin diferenciar aguda y crónica. Con un acuerdo del 96%. La versión final consta de 30 categorías (tabla 1).

Conclusiones: Se ha logrado desarrollar un protocolo para la elaboración de perfiles de funcionamiento en pacientes adultos con LM traumática.

Contribución de los autores

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, han trabajado en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, ha-

Tabla 1. Categorías incluidas en el perfil de funcionamiento para personas con lesión medular

FUNCIONES CORPORALES		ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	
b134	Funciones del sueño	d410	Cambiar posturas corporales
b152	Funciones emocionales	d445	Uso mano y brazo
b1801	Imagen corporal	d465	Desplazarse con equipamiento
b280	Sensación de dolor	d920	Tiempo libre
b710	Movilidad de articulaciones	d8700	Recursos económicos
b730	Funciones fuerza muscular	d420	Transferir el propio peso
b735	Funciones tono muscular	d440	Uso fino de la mano
b6200	Orinar	d510	Lavarse
b6202	Continencia al orinar	d540	Vestirse
b525	Funciones relacionadas con la defecación	d550	Comer
b640	Funciones sexuales	d560	Beber
ESTRUCTURAS CORPORALES		FACTORES AMBIENTALES	
s120	Médula	e115	Productos/tecnología para AVD
s810	Piel	e120	Productos/tecnología para movilidad
		e310	Familiares cercanos
		e155	Diseño y construcción
		e320	Amigo

ciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.

Conflicto de interés

Ninguno.

Fuentes de apoyo

La presente investigación contó con el financiamiento del Banco del Seguros del Estado a través del proyecto de cooperación internacional con CONICET (DI-2022-447-APN-GDCT#CONICET y DI-2024-189-APN-GDCT#CONICET).

Originalidad

Este resumen es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de Derechos

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación.



REVIVIR

Fundación
Para La Rehabilitación
Del Discapacitado

Personería Jurídica N°491



Desde 1992 al servicio de la
Rehabilitación Psicofísica / IREP

La Fundación REVIVIR es una realidad solidaria para la rehabilitación e integración social de las personas con discapacidad.

Nuestra labor silenciosa se cumple gracias al generoso aporte de personas y sponsors.

Siendo más podemos ayudar más. Únase a nosotros, lo esperamos!!

www.fundacionrevivir.org.ar

La verdad es que:

No todos los recubrimientos son iguales

Para proteger la mucosa de los riesgos de daño, complicaciones* e ITUs, los pacientes necesitan un recubrimiento que se mantenga adherido, se mantenga suave y se mantenga hidratado.



Se mantiene **adherido**



Se mantiene **suave**

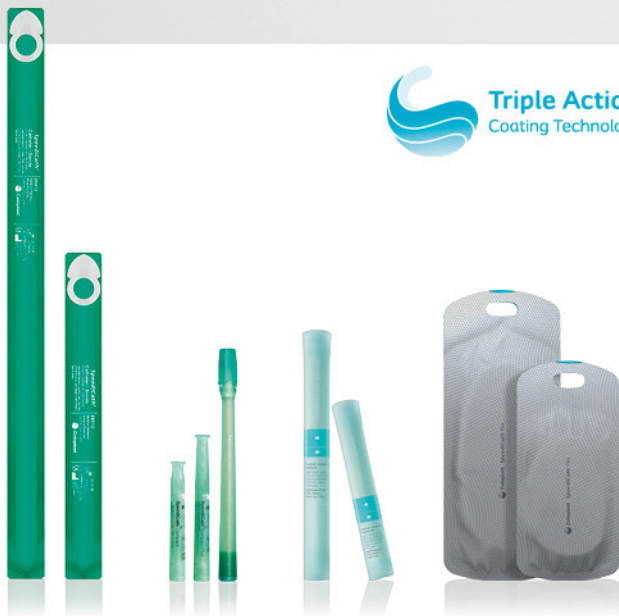


Se mantiene **hidratado**

SpeediCath®
con tecnología de
recubrimiento de
Triple Acción.

Se mantiene **adherido**, se
mantiene **suave** y se
mantiene **hidratado** para
la protección de la uretra.

 **Triple Action**
Coating Technology™



LINEAMIENTOS PARA AUTORES

Artículo original

Refiere a trabajos de investigación originales que no hayan sido publicados en forma de artículo con anterioridad, ni estén siendo evaluados por otra revista.

Cantidad de palabras: hasta 3500 palabras. Contando desde introducción hasta conclusión, sin incluir tablas, figuras y citas bibliográficas.

Secciones del texto:

- **Título del artículo:** Máximo 50 palabras. No puede ser un título ya utilizado en un evento científico previo.
- **Autores:** Colocar nombre y apellido, ordenados según su participación. Último autor suele ser el director del trabajo científico.
- **Afiliaciones:** lugar de trabajo de cada autor
- **Resumen:** máximo 250 palabras. Debe incluir: Introducción, objetivo, métodos, resultados y conclusión.
- **Palabras claves:** Elegir entre 3 a 5 palabras. Seleccionar según los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs): <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
- **Introducción:** se plantean antecedentes sobre el tema mediante citas bibliográficas actualizadas, explicando la importancia y fundamentación del problema. Se describe el objetivo e hipótesis del artículo.
- **Métodos:** Debe incluir: tipo de estudio. Lugar y fechas en las que se recolectaron los datos. Población incluida en el estudio (definir criterios de inclusión y exclusión). Tipo de muestra y cálculo de tamaño muestral (en lo posible). Variables estudiadas. Técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de datos. Análisis estadístico. Si se utilizó un software estadístico, especificar nombre y la versión utilizada. Consideraciones éticas (Declarar que la investigación fue aprobada o eximida de la necesidad de revisión por comités de ética. En caso de haber sido evaluado por comité incluir el nombre del comité que evaluó).
- **Resultados:** Indicar las características principales de la población de estudio. Presentar los datos guardando relación con los objetivos planteados. Evitar repetir en el texto los datos que aparecen en las tablas. Las tablas y figuras deben poder entenderse por sí solas, incluir al pie aclaraciones de abreviaturas utilizadas. No pueden utilizarse gráficos de torta, se sugiere convertir los datos a tablas.
- **Discusión:** Se comparan los resultados obtenidos con antecedentes publicados anteriormente. Se presentan semejanzas y diferencias encontradas con evidencia científica. Describir limitaciones y fortalezas del estudio.

• **Conclusión:** responde el objetivo planteado. Resume el aporte de la investigación a la práctica profesional.

• **Citas bibliográficas:** mínimo 10, máximo 30. Las referencias deben seguir las normas resumidas por NML's International Committee of Medical Journal Editors (ICJME): www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Compuesto por: Autores. Título de artículo. Revista. Año Mes; Numero de revista (volumen): páginas. Doi

• **Sección de apartados obligatorios:** Agradecimientos, Contribución de los autores, Conflicto de interés, Fuentes de apoyo, Originalidad y Cesión de derechos (se describen en profundidad al final de las normas para autores).

Artículo original corto

Es similar al artículo original, pero se presenta de forma más abreviada, variando únicamente en la cantidad de palabras y citas bibliográficas.

Cantidad de palabras: hasta 1500 palabras. Contando desde introducción hasta conclusión, sin incluir tablas, figuras y citas bibliográficas.

Secciones del texto:

- **Título del artículo:** Máximo 50 palabras. No puede ser un título ya utilizado en un evento científico previo.
- **Autores:** Colocar nombre y apellido, ordenados según su participación. Último autor suele ser el director del trabajo científico.
- **Afiliaciones:** lugar de trabajo de cada autor
- **Resumen:** máximo 250 palabras. Debe incluir: Introducción, objetivo, métodos, resultados y conclusión.
- **Palabras claves:** Elegir entre 3 a 5 palabras. Seleccionar según los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs): <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
- **Introducción:** se plantean antecedentes sobre el tema mediante citas bibliográficas actualizadas, explicando la importancia y fundamentación del problema. Se describe el objetivo e hipótesis del artículo.
- **Métodos:** Debe incluir: tipo de estudio. Lugar y fechas en las que se recolectaron los datos. Población incluida en el estudio (definir criterios de inclusión y exclusión). Tipo de muestra y cálculo de tamaño muestral (en lo posible). Variables estudiadas. Técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de datos. Análisis estadístico. Si se utilizó un software estadístico, especificar nombre y la versión utilizada. Consideraciones éticas (Declarar que la investigación fue aprobada o eximida de la necesidad de revisión por comités de ética. En caso de haber sido evaluado por comité incluir el nombre del comité que evaluó).

•**Resultados:** Indicar las características principales de la población de estudio. Presentar los datos guardando relación con los objetivos planteados. Evitar repetir en el texto los datos que aparecen en las tablas. Incluir en el lugar del texto que correspondan las tablas y figuras, cada uno con su título. Las tablas y figuras deben poder entenderse por sí solas, incluir al pie aclaraciones de abreviaturas utilizadas. No pueden utilizarse gráficos de torta, se sugiere convertir los datos a tablas.

•**Discusión:** Se comparan los resultados obtenidos con antecedentes publicados anteriormente. Se presentan semejanzas y diferencias encontradas con evidencia científica. Describir limitaciones y fortalezas del estudio.

•**Conclusión:** responde el objetivo planteado. Resume el aporte de la investigación a la práctica profesional.

•**Citas bibliográficas:** mínimo 10, máximo 15. Las referencias deben seguir las normas resumidas por NML's International Committee of Medical Journal Editors (ICJME): www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Compuesto por: Autores. Título de artículo. Revista. Año Mes; Numero de revista (volumen): páginas. Doi

•**Sección de apartados obligatorios:** Agradecimientos, Contribución de los autores, Conflicto de interés, Fuentes de apoyo, Originalidad y Cesión de derechos (se describen en profundidad al final de las normas para autores).

Protocolo de investigación

Presenta el protocolo de una investigación que está por comenzar a realizarse o se encuentra en ejecución.

Cantidad de palabras: hasta 3500 palabras. Contando desde introducción hasta conclusión, sin incluir tablas, figuras y citas bibliográficas.

Secciones del texto:

•**Título del artículo:** Máximo 50 palabras. No puede ser un título ya utilizado en un evento científico previo.

•**Autores:** Colocar nombre y apellido, ordenados según su participación. Último autor suele ser el director del trabajo científico.

•**Afiliaciones:** lugar de trabajo de cada autor

•**Resumen:** máximo 250 palabras. Debe incluir: Introducción, objetivo, métodos y resultados esperados o conclusiones.

•**Palabras claves:** Elegir entre 3 a 5 palabras. Seleccionar según los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs): <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

•**Introducción:** se plantean antecedentes sobre el tema mediante citas bibliográficas actualizadas, explicando la importancia y fundamentación del problema. Se describe el objetivo e hipótesis del artículo.

•**Métodos:** Debe incluir: tipo de estudio. Lugar/es en que se recolectarán los datos. Fecha de inicio de la investigación y estadío en el que se encuentra. Población incluida en el estudio (definir criterios de inclusión y exclusión). Tipo de muestra y cálculo de tamaño muestral (en lo posible). Variables a estudiar. Técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de datos. Análisis estadístico. Consideraciones éticas (Declarar que la investigación fue aprobada o eximida de la necesidad de revisión por comités de ética. En caso de haber sido evaluado por comité incluir el nombre del comité que evaluó).

•**Discusión:** Describir limitaciones y fortalezas del estudio.

•**Conclusión:** conclusión de los resultados que se esperan tener y las implicancias del estudio a la práctica clínica.

•**Citas bibliográficas:** mínimo 10, máximo 25. Las referencias deben seguir las normas resumidas por NML's International Committee of Medical Journal Editors (ICJME): www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Compuesto por: Autores. Título de artículo. Revista. Año Mes; Numero de revista (volumen): páginas. Doi

•**Sección de apartados obligatorios:** Agradecimientos, Contribución de los autores, Conflicto de interés, Fuentes de apoyo, Originalidad y Cesión de derechos (se describen en profundidad al final de las normas para autores).

Caso clínico

Los artículos de casos clínicos deben presentar casos en los que sean novedosos, concisos y didácticos que sirvan para el mejoramiento profesional y de la práctica clínica.

Puede incluir: presentación inusual de una enfermedad, nuevas variaciones en el proceso de un tratamiento o enfermedad, asociación inesperada entre síntomas y enfermedades, interacciones o efectos secundarios novedosos o inusuales a un tratamiento o medicación, entre otros.

Cantidad de palabras: entre 1000 y 1500 palabras. Contando desde introducción hasta conclusión, sin incluir tablas, figuras y citas bibliográficas.

Secciones del texto:

•**Título del artículo:** Máximo 50 palabras. No puede ser un título ya utilizado en un evento científico previo.

•**Autores:** Colocar nombre y apellido, ordenados según su participación. Último autor suele ser el director del trabajo científico.

•**Afiliaciones:** lugar de trabajo de cada autor

•**Resumen:** máximo 250 palabras. Debe incluir: Introducción, objetivo, resultados y conclusión.

•**Palabras claves:** Elegir entre 3 a 5 palabras. Seleccionar según los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs): <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

•**Introducción:** se plantean antecedentes sobre el tema mediante citas bibliográficas actualizadas, explicando la importancia y fundamentación del problema. Se describe el objetivo del artículo. (Dos a tres párrafos son suficientes).

•**Reporte de caso:** se describe el caso clínico. Incluir detalles del paciente y los aspectos novedosos del mismo. Se puede incluir intervención que se realizó y resultados, síntomas que aparecieron, etc. Incluir estudios que se hayan realizados y resulten relevantes al caso. Se pueden incluir tablas con datos del paciente o figuras correspondientes a estudios relevantes.

•**Discusión:** Se comparan los resultados obtenidos con antecedentes publicados anteriormente. Se presentan semejanzas y diferencias encontradas con evidencia científica. En lo posible, describir limitaciones y fortalezas del estudio. (Dos a tres párrafos son suficientes).

•**Conclusión:** responde el objetivo planteado. Resume el aporte del caso clínico a la práctica profesional.

•**Citas bibliográficas:** mínimo 10, máximo 20. Las referencias deben seguir las normas resumidas por NML's International Committee of Medical Journal Editors (ICJME):

www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Compuesto por: Autores. Título de artículo. Revista. Año Mes; Numero de revista (volumen): páginas. Doi

•**Sección de apartados obligatorios:** Agradecimientos, Contribución de los autores, Conflicto de interés, Fuentes de apoyo, Originalidad y Cesión de derechos (se describen en profundidad al final de las normas para autores).

Revisión literaria

Son análisis exhaustivo de la literatura científica sobre un tema en particular.

Cantidad de palabras: hasta 3500 palabras. Contando desde introducción hasta conclusión, sin incluir tablas, figuras y citas bibliográficas.

Secciones del texto:

•**Título del artículo:** Máximo 50 palabras. No puede ser un título ya utilizado en un evento científico previo.

•**Autores:** Colocar nombre y apellido, ordenados según su participación. Último autor suele ser el director del trabajo científico.

•**Afiliaciones:** lugar de trabajo de cada autor

•**Resumen:** máximo 250 palabras. Debe incluir: Introducción, objetivo, métodos, resultados y conclusión.

•**Palabras claves:** Elegir entre 3 a 5 palabras. Seleccionar según los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs): <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

•**Introducción:** se plantean antecedentes sobre el tema mediante citas bibliográficas actualizadas, explicando la importancia de la revisión literaria sobre el tema elegido. Determinar el objetivo.

•**Métodos:** Debe incluir: el tipo de revisión (en este caso literaria). los métodos de búsqueda de información (definiendo dónde se buscó la información y que palabras se usaron para la búsqueda). Rango de fechas de los artículos que se incluyeron. Cantidad de artículos encontrados, cantidad de artículos excluidos y motivo, cantidad de artículos incluidos. Puede o no incluir un análisis de calidad de los artículos.

•**Resultados:** Describe la información encontrada haciendo referencia a las citas bibliográficas consultadas. Se presentan los resultados con un formato narrativo organizados con un análisis cronológico, por temática o por conceptos, según los autores prefieran. Se pueden incluir tablas las cuales deben llevar su correspondiente título. No pueden incluirse figuras pertenecientes a libros u otros artículos, solo aquellas figuras que hayan sido diseñadas por los autores y no se hayan publicado en otro lado.

•**Discusión (opcional):** Se comparan los resultados obtenidos con antecedentes publicados anteriormente. Se presentan semejanzas y diferencias encontradas con evidencia científica.

•**Limitaciones y futuras perspectivas:** Describir limitaciones de los estudios y futuras perspectivas sobre el tema.

•**Conclusión:** responde el objetivo planteado. Resume el aporte del caso clínico a la práctica profesional.

•**Citas bibliográficas:** mínimo 10, máximo 50. Las referencias deben seguir las normas resumidas por NML's International Committee of Medical Journal Editors (ICJME):

www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Compuesto por: Autores. Título de artículo. Revista. Año Mes; Numero de revista (volumen): páginas. Doi

•**Sección de apartados obligatorios:** Agradecimientos, Contribución de los autores, Conflicto de interés, Fuentes de apoyo, Originalidad y Cesión de derechos (se describen en profundidad al final de las normas para autores).

Artículos especiales: Comunicación Breve o Relato de Experiencias

Incluye artículos de temas especiales de relevancia para la rehabilitación, quedando a criterio del comité editorial su inclusión. Los temas abordados refieren a comunicar hallazgos preliminares o novedosos que aporten una metodología o técnica innovadora que aporte al área

de las ciencias de la salud y rehabilitación. Incluyen la descripción de procedimientos a la luz de la bibliografía científica más actualizada.

Cantidad de palabras: hasta 2000 palabras. Contando desde introducción hasta conclusión, sin incluir tablas, figuras y citas bibliográficas.

Secciones del texto:

- **Título del artículo:** Máximo 50 palabras. No puede ser un título ya utilizado en un evento científico previo.
 - **Autores:** Colocar nombre y apellido, ordenados según su participación. Último autor suele ser el director del trabajo científico.
 - **Afiliaciones:** lugar de trabajo de cada autor
 - **Resumen:** máximo 250 palabras. Debe incluir: Introducción, objetivo, resultados y conclusión.
 - **Palabras claves:** Elegir entre 3 a 5 palabras. Seleccionar según los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs): <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
 - **Introducción:** se plantean antecedentes sobre el tema mediante citas bibliográficas actualizadas, explicando la importancia y fundamentación del problema. Se describe el objetivo del artículo. (Dos a tres párrafos son suficientes).
 - **Desarrollo:** el desarrollo estará integrado por subtítulos que los autores crean convenientes. En este apartado se describe la temática o explica la metodología a la luz de la evidencia científica más actualizada. Se pueden incluir tablas con datos o figuras relevantes siempre que sean de autoría propia.
 - **Conclusión:** responde el objetivo planteado. Describir limitaciones y fortalezas del tema desarrollado. Resume el aporte del caso clínico a la práctica profesional.
 - **Citas bibliográficas:** máximo 20. Las referencias deben seguir las normas resumidas por NML's International Committee of Medical Journal Editors (ICJME): www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html
- Compuesto por:** Autores. Título de artículo. Revista. Año Mes; Numero de revista (volumen): páginas. Doi
- **Sección de apartados obligatorios:** Agradecimientos, Contribución de los autores, Conflicto de interés, Fuentes de apoyo, Originalidad y Cesión de derechos (se describen en profundidad al final de las normas para autores).

Sección de apartados obligatorios para todos los tipos de artículos:

Agradecimientos: Son opcionales. En caso de que los hubiera.

Contribución de los autores: se puede detallar el aporte de cada autor o establecer algo general como por

ejemplo “Quienes participaron en la elaboración de este artículo, han trabajado en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final”.

Conflicto de interés: se menciona si existe algún conflicto de interés con laboratorios u otras entidades para las que se trabaje. En caso de no existir colocar “ninguno”.

Fuentes de apoyo: mencionar la fuente de apoyo. Si no se contó colocar “La presente investigación no contó con fuentes de financiación”.

Originalidad: mencionar “Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente”.

Cesión de derechos: mencionar “Quienes participaron en la elaboración de este artículo, ceden los derechos de autor a SAMFYR para publicar en la Revista de Rehabilitación”.



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA
Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación

Oficinas Echeverría 955 CP1428, CABA, Argentina | +54.11.4782.6088

Dirección Legal AMA | Av. Santa Fé 1171, CP1059, CABA, Argentina | ✉ samfyr@samfyr.org.ar | **WWW.SAMFYR.ORG.AR**