

7.5. Intervenciones multidisciplinares

¿Son eficaces las intervenciones multidisciplinares (fisioterapia junto con terapia ocupacional, logopedia, etc.) en la mejoría de la independencia para las AVD en personas que han sufrido un ictus?

Recomendaciones

Intervenciones multidisciplinares	
Débil a favor	Se sugiere la implementación de intervenciones multidisciplinares que permitan la evaluación conjunta de la persona que ha sufrido un ictus y de sus necesidades, para que la atención que se le brinda sea lo más integral y coordinada posible.
Débil a favor	Se sugiere contar con profesionales de la enfermería, rehabilitadores, fisioterapeutas, logopetas, terapeutas ocupacionales, etc. que puedan ayudar a mejorar las diferentes secuelas y necesidades de las personas que han sufrido un ictus, hasta que no se identifiquen objetivos funcionales que mejorar.
Fuerte a favor	La persona que ha sufrido un ictus y su cuidador/a y/o familiares deberían participar de forma activa en la definición de los objetivos de rehabilitación y familiarizarse con los ejercicios y cuidados que deberían realizarse.
Fuerte a favor	Tras el alta hospitalaria, el equipo de AP debe comprobar que la persona que ha sufrido un ictus está cumpliendo o ha cumplido con el tratamiento rehabilitador indicado en cada caso.
BPC	El equipo de AP debería instruir a las personas cuidadoras o familiares de personas que han sufrido un ictus y con gran deterioro funcional que no son candidatas a rehabilitación en los cuidados necesarios para estas personas.
BPC	Cuando la persona que ha sufrido un ictus experimente un deterioro funcional por depresión, fracturas, caídas, espasticidad, dolor o cualquier otra causa, se recomienda derivar de nuevo a rehabilitación con el fin de intentar recuperar el nivel funcional previo además de tratar las posibles causas desencadenantes.

Justificación

Se ha realizado una recomendación débil a favor de las intervenciones multidisciplinares, puesto que aquellas intervenciones que mejores resultados han obtenido son las que han contado con reuniones multidisciplinares para la valoración conjunta de la persona que ha sufrido un ictus y de sus necesidades, así como aquellas que coordinan de forma estrecha la AP y AE. Sin embargo, para implementar estas intervenciones habría que analizar las necesidades organizativas y los recursos disponibles, para poder ofrecer este servicio de la forma más eficiente posible.

Justificación detallada

- **Calidad de la evidencia:** la confianza en la evidencia es moderada.
- **Balance entre beneficios y riesgos:** existe un beneficio cuanto se implementan intervenciones multidisciplinares, sin que se reporten efectos adversos por haber implementado este tipo de intervenciones.
- **Factibilidad:** la fuerza de la recomendación es débil porque se entiende que la implementación de este tipo de intervenciones necesita de una organización y recursos que quizás no estén disponibles en todos los casos. Por ello, se realiza una recomendación débil a favor.

De la evidencia a la recomendación

a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?

- **Juicio:** moderado.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en cuanto a las **AVD**, no observan una mejoría ni la revisión de Fens *et al.* (91) ni el ensayo de Vluggen *et al.* (92) en personas mayores frágiles (*Frenchay Activity Index* (FAI): DM -1,69; IC95 % de -5,39 a 2). Sin embargo, sí se observa una mejora en la subescala de **autonomía fuera del hogar** de *Impact on Participation and Activity* (IPA) (máximo 20 puntos, siendo menos mejor) (DM -2,15, p=0,047) y la **carga percibida del cuidador** (DM 1,23, P=0,048).

En otro ensayo posterior (93) se observa una mejoría en el **autocuidado** (índice de Barthel modificado a los 3 meses del grupo HCISM vs. control: $72,28 \pm 10,52$ vs. $60,02 \pm 10,11$) y la **autoeficacia** (*General Self Efficacy Scale* (GSES): grupo observación vs. control: $26,61 \pm 5,01$ vs. $21,55 \pm 4,18$).

En el estudio STROKE-CARD (94), el 81,4 % del grupo intervención alcanzaba la **independencia funcional a los 12 meses** (escala de Rankin modificada) frente al 76,1 % del grupo control (**RR de 1,07; IC95 % de 1,02 a 1,12**).

En cuanto a los eventos de **enfermedad vascular importante** (desenlace compuesto por ictus isquémico no fatal, ictus hemorrágico no fatal, infarto de miocardio no fatal o muerte vascular), se observa una reducción significativa del riesgo en el grupo intervención (HR de 0,63; IC95 % de 0,45 a 0,88; p=0,007), aunque sin diferencias significativas en la **recurrencia de ictus o AIT y mortalidad por todas las causas** (HR de 0,81; IC95 % de 0,54 a 1,21; HR de 0,72; IC95 % de 0,47 a 1,10, respectivamente). Sí hubo diferencias significativas para **infarto de miocardio** (HR de 0,32; IC95 % de 0,13 a 0,80; p=0,014) y **mortalidad vascular** (HR 0,32; IC95 % de 0,16 a 0,66) (94).

En cuanto a la **calidad de vida**, en la revisión de Fens *et al.* (91) solo dos de los ocho estudios reportaron efectos favorables, aunque en el STROKE CARD (94) se observó una mejor calidad a los 12 meses, siendo el valor mediano del índice de salud (EQ-5D-3L) de 0,783 (IQR 0,687-1,000) en el grupo intervención y de 0,779 (IQR 0,573-1,000) en el control (P <0,001). Asimismo, el 43 % del grupo intervención obtuvo una puntuación de 1 (ausencia de problemas) en todas las dimensiones, frente al 32 % del grupo control (RR 1,36; IC95 % de 1,20 a 1,54; P <0,001).

- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

- b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**
- **Juicio:** insignificantes.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** no se observan efectos adversos en ningún caso. Willeit *et al.* (94) señalan que no encontraron diferencias en el riesgo de efectos adversos potenciales de una prevención secundaria intensificada en el grupo STROKE-CARD frente al control.
 - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- c) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos?**
- **Juicio:** moderada.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** aunque no se ha realizado un MA, se considera que el estudio de STROKE-CARD (94) proporciona evidencia de alta calidad sobre el efecto de la intervención multidisciplinar, así como el estudio de Feng *et al.* (93). Sin embargo, como los estudios anteriores más pequeños y con intervenciones más simples no encontraron diferencias con el grupo control, se ha disminuido la calidad de la evidencia a moderada.
 - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo valoran los pacientes la importancia de los desenlaces principales?**
- **Juicio:** probablemente la incertidumbre o la variabilidad no sean importantes.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
 - **Consideraciones adicionales:** se cree que no habrá diferencias, porque cualquier persona que presente secuelas importantes del ictus querrá intentar recuperarse.
- e) El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o la comparación?**
- **Juicio:** probablemente favorece la intervención.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** el estudio de mejor calidad y mayor tamaño indica que la intervención multidisciplinar ayuda a disminuir los eventos vasculares y mejora tanto las actividades diarias como la calidad de vida de los pacientes, sin presentar al parecer efectos adversos.
 - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**
- **Juicio:** costes y ahorros insignificantes.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** se ha identificado un estudio de coste-efectividad sobre una intervención que no respondía exactamente a la pregunta planteada, pero en la que se generó una vía de atención post-ictus integrada en AP (iCaPPS©) en comparación con la atención convencional tras un ictus desde la perspectiva de la sociedad, utilizando el EuroQol EQ-5D-5 L (95). En este estudio se demostró que la implementación de una ruta clínica de este tipo mejoraba la calidad de vida de los pacientes. A los seis meses, se ganaron 0,55 AVACs, mientras que con la vía de atención tradicional se ganaron 0,32 AVACs (efectividad incremental 0,23 AVAC) (95). A los seis meses, el coste total de la terapia fue de 790,32 Ringgit Malayo (MYR) de 2012 (376,1€ de 2023), mientras que con la vía de atención tradicional fue de 527,22 MYR de 2012 (250,9€ de 2023) (coste incremental de 263,12 MYR de 2012 (125,2 € de 2023)) (95).
 - **Consideraciones adicionales:** habría que tener en cuenta si el tipo de intervención del estudio de coste-efectividad sería extrapolable a nuestro contexto. Asimismo, habría que valorar los recursos requeridos para organizar una ruta de atención multidisciplinar en nuestro contexto, que requerirá de personal suficiente, así como la inclusión de profesionales como logopetas, etc., que pueden no estar incluidos en todos los servicios de salud de las comunidades de España.

- g) ¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**
- **Juicio:** moderada.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** la validez externa del estudio es moderada, puesto que el estudio se realiza en Malasia, y tanto los resultados del estudio como los precios son los de dicho país (95), y puede que no se correspondan con los de nuestro sistema.
- h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**
- **Juicio:** probablemente favorece la intervención.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** el coste adicional por AVAC ganado de la intervención iCaPPS frente a los cuidados habituales fue de 1144 MYR (544,4€ de 2023), equivalente al 3,7 % del PIB per cápita para el 2012 en Malasia (95). El análisis de S señaló que, para el mejor escenario, la ratio coste-efectividad incremental (RCEI) fue de 1379,91 MYR de 2012 (656,6€ de 2023) y para el peor de 3310,78 MYR de 2012 (1575,5€ de 2023) al comparar iCaPPS frente al cuidado habitual (95).
 - **Consideraciones adicionales:** habría que tener en cuenta la validez externa de la intervención, los costes, etc.
- i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**
- **Juicio:** probablemente disminuiría.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
 - **Consideraciones adicionales:** puede que recomendar una intervención multidisciplinar aumente las diferencias entre regiones o comunidades en función de la cantidad de profesionales que requieran incluir para que esto se pueda implementar.
- j) ¿Es aceptable la opción para todas las partes interesadas?**
- **Juicio:** probablemente sí.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
 - **Consideraciones adicionales:** se entiende que las personas que han sufrido un ictus lo aceptarán, pero puede que, si no se cuentan con los recursos suficientes a nivel de personal, o que los profesionales sanitarios no estén todos de acuerdo.
- k) ¿Es factible la implementación de la opción?**
- **Juicio:** varía.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
 - **Consideraciones adicionales:** la implementación dependerá de la organización de la atención en cada comunidad. En Willeit *et al.* (94), las personas que habían sufrido un ictus acudían a una cita presencial multidisciplinar (con personal médico especialista en ictus, personal de enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia), de dos a tres horas de duración para pacientes y cuidadores tres meses después del evento para reevaluar la etiología de ictus/AIT, etc. En Feng *et al.* (93) se establecía un grupo de intervención integrado (personal de neurología, rehabilitación, enfermería, medicina de AP, etc.), donde la jefatura del personal de enfermería era la responsable de la coordinación y el personal de rehabilitación de entrenar de forma sistemática a todas las personas pertenecientes al equipo (personal de neurología, medicina de AP, jefatura de enfermería y rehabilitadores discuten y determinan la intervención final); y se establece una plataforma de información hospital-comunidad, para compartir y discutir información sobre la persona y determinar su progreso y fortalecer la conexión entre el hospital y la atención comunitaria.

El grupo de enfermería del servicio comunitario de salud, tras recibir la notificación desde el hospital, organiza una visita a la casa de la persona que ha sufrido un ictus con personal médico de AP y enfermería especializada para valorar su estado, el apoyo familiar, y comunicarse con el equipo de enfermería hospitalaria para formular de forma conjunta el programa de rehabilitación en el hogar.

- I) **Otras consideraciones:** no se han tenido en cuenta.