

EFICIENȚA RECUPERĂRII PACIENȚILOR CU SECHELE DUPĂ AVC LA CLINICA DE RECUPERARE „SFÂNTUL NICOLAE” DIN ATENA, GRECIA

CRISTINA CRINA NEGRESCU¹, DORIN IOSIF BARDAC², IONELA MANIU³

¹Centrul de Recuperare „Sf. Nicolae” Atena, ^{2,3}Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu

Cuvinte cheie: HTA, AVC, recuperare, reinsertie

Rezumat: Pacienții cu AVC hemoragic și ischemic, internați pentru recuperare în clinica de recuperare „Sfântul Nicolae” din Atena, Grecia, selecționați din cazurile înregistrate în ultimele două decenii, având vârsta cuprinsă între 50 și 80 de ani, iar statutul de: angajat (angajator) sau pensionar, au prezentat sechele motorii și psihice de diferite tipuri și gravitate. Dintre sechelele motorii menționăm: pareză (mono, hemi, tetra), hemiplegie, tetraplegie, iar patologia neuropsihică a fost reprezentată de: depresie gravă, demență senilă și epilepsie. Se compară AVC hemoragic și ischemic în raport cu recuperarea și reinsertia familială, socială și chiar profesională.

Keywords: arterial hypertension (HTA), recovery, reinsertion

Abstract: Hemorrhagic and ischemic stroke patients, hospitalized for recovery in the Recovery Clinic “Saint Nicholas” in Athens, Greece, selected from the cases recorded in the last two decades, aged between 50 and 80 years old, and status: employee (employer) or retired, experienced motor and psychological sequelae of different types and severity. Among the motor sequelae, we mention: paresis (mono, hemi, tetra), hemiplegia, quadriplegia, and neuropsychiatric pathology was represented by: severe depression, senile dementia and epilepsy. Hemorrhagic stroke and ischemic stroke are compared in relation to recovery and family, social and even professional reinsertion.

INTRODUCERE

Bardac D. (1) arată că, în cel de-al șaselea deceniu de viață începe, deseori, să se facă resimțită arteroscleroza care predomină în aortă și în vasele coronare, cerebrale, mezenterică, renale și ale membrului inferior. În cazul HTA la vârstnici, arată Bardac D.(1), valorile crescute ale tensiunii sistolice (prin scăderea elasticității), chiar dacă tensiunea diastolică este normală sau chiar scăzută, pot determina accidentul vascular cerebral. La aceasta contribuie fibrilația atrială și diabetul zaharat. WHO (citată de Elena-Ana Păuncu) (2) în 1985, precizează că bolile, în care factorii de risc ce provin din activitatea profesională joacă un rol causal parțial, sunt boli legate de profesie. HTA, ca boală legată de profesie, are ca factori profesionali cauzali: zgomot, vibrații, temperatură și radiații calorice crescute, suprasolicitare neuropsihică, efort fizic crescut etc. O explicație constă în descărcarea de catecolamine.(4) Elena-Ana Păuncu (2) citează în studiul privind morbiditatea profesională în România, elaborat de ISP București, cu referire la anul 2006, numărul de lucrători expuși la diferite noxe respectiv: zgomot – 363.798 expuși, microclimat cald – 129.893 expuși, suprasolicitare neuropsihică – 170.057 expuși. Există alți factori de risc principali care influențează sănătatea în Europa: tutunul, alcoolul, HTA, hipercolesterolemia, supraponderalitatea, consumul redus de fructe și legume, sedentarismul care reprezintă 60% din AVAI (anii de viață ajustați în funcție de invaliditate). (2) În mod similar, în conformitate cu raportul OMS pe 2005 privind sănătatea în Europa, principalele 7 patologii sunt: bolile cardiace ischemice, tulburările de depresie unipolare, bolile cerebrovasculare, dezechilibre asociate consumului de alcool, bolile pulmonare cronice, cancerul pulmonar și vătămarile cauzate de accidente rutiere și care reprezintă 34% din AVAI.(2) Dacă AVC ischemic reprezintă aproximativ 85-90% din

totalitatea cazurilor, AVC hemoragic cuprinde aproximativ 10-15%.(3)

Dintre sechelele motorii și psihice de diferite tipuri și gravitate, menționăm: a) sechele motorii: pareză (mono, hemi, tetra), hemiplegie, tetraplegie; b) patologia neuropsihică reprezentată de: depresie gravă, demență senilă și epilepsie.

Cocărlă A. (4) prezintă criteriile de stadializare a HTA, după WHO, astfel:

- categoria optimă: PAS<120, PAD<80;
- categoria normală: PAS<130, PAD<85;
- limita normalului: PAS:130-139, PAD:85-89;
- HTA ușoară (gradul I): PAS:140-159, PAD:90-99;
- HTA moderată (gradul II): PAS:160-179, PAD:100-109;
- HTA severă (gradul III): PAS>=180, PAD>=110;

SCOPUL

Studiul nostru și-a propus două obiective: primul este reprezentat de estimarea recuperării, de regulă parțiale, a sechelelor după AVC ischemic și hemoragic, comparativ, la anumite intervale de timp iar al doilea urmărește dacă s-a realizat (sau nu) integrarea pe plan: familial, social și profesional.

Ipoteza de lucru

S-a plecat de la premiza că subiecții (angajați-angajatori, pensionari), cu sechele după AVC hemoragic se recuperează mai puțin și într-un timp, mai îndelungat față de subiecții cu AVC ischemic. Din acest considerent, reinsertia familială, socială și eventual profesională este mai limitată.

MATERIAL ȘI METODA DE LUCRU

Materialul de studiu este alcătuit din 36 de subiecți cu AVC hemoragic și 40 de subiecți cu AVC ischemic, selecționați

¹Autor corespondent: Cristina Crina Negrescu, Konto21 14, Moschato, Atena, Grecia, E-mail: negrescucrina@yahoo.com, Tel: +30693 2794012
Articol intrat în redacție în 03.04.2013 și acceptat spre publicare în 14.06.2013
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Septembrie 2013;2(3):99-100

ASPECTE CLINICE

dintre pacienții internați la clinica de recuperare “Sfântul Nicolae” din Atena, Grecia, în ultimele două decenii, în vederea recuperării și reinserției în familie, societate și la locul de muncă.

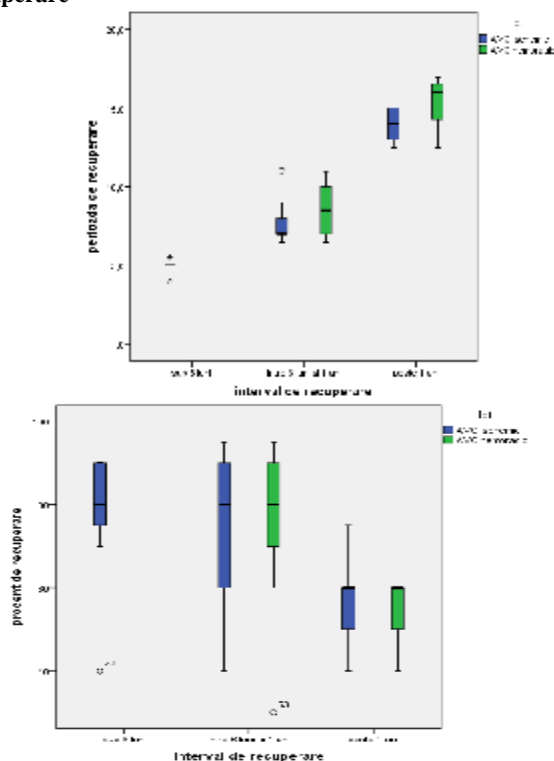
Metodologia de lucru constă din:

- a) examenul clinic al funcțiilor motorii și neuropsihice, efectuat la interval de 6 luni de la instalarea sechelelor după AVC hemoragic (lotul de cercetat) și AVC ischemic (lotul martor) cu aprecierea etapizată a eficienței recuperării
- b) reinserția familială, socială și profesională la externare.

REZULTATE

În cazul AVC ischemic, în 22.5% (9 cazuri) recuperarea s-a realizat în mai puțin de 6 luni, în 42.5% (17 cazuri) recuperarea s-a realizat până la 1 an, în 27.5% (11 cazuri) pacienții s-au recuperat după un an, iar 7.5% (3 cazuri) continuă recuperarea. Perioada de recuperare diferă semnificativ ($p=0.001<0.05$) în cazul AVC hemoragic (față de AVC ischemic), unde nu avem pacienți care s-au recuperat în mai puțin de 6 luni, în 66.7% din cazuri (24 pacienți) recuperarea s-a realizat până la 1 an, în 8.3% din cazuri (3 pacienți) recuperarea s-a realizat după un an (însă aceștia încă participă la un program de recuperare de câteva ore pe săptămână), iar 25% (9 cazuri) continuă recuperarea (figura nr. 1 a) În ceea ce privește procentul de recuperare (figura nr. 1 b), acesta a fost de aproximativ 80% în cazul în care perioada de recuperare a fost sub 6 luni (doar în situația AVC ischemic), peste 70% în cazul în care perioada de recuperare a fost între 6 luni și 1 an, iar în cazul în care perioada de recuperare a fost de peste 1 an, procentul de recuperare este mai scăzut, aproximativ 50%.

Figura nr. 1. a) Perioada de recuperare. b) Procentul de recuperare

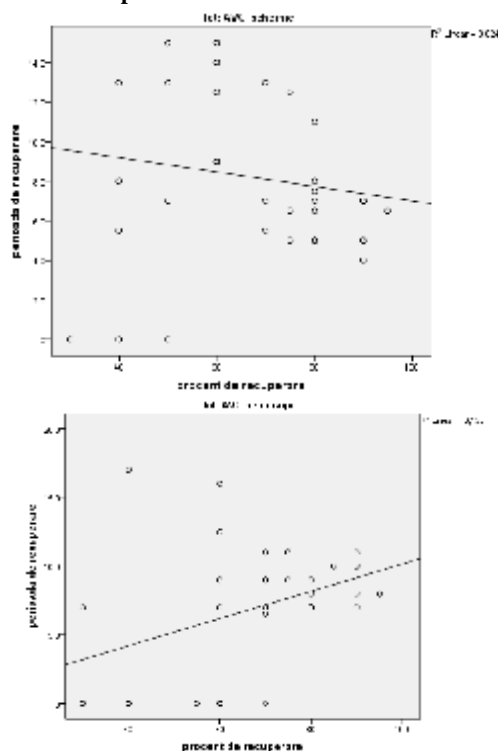


Din punct de vedere al integrării familiale, respectiv sociale, aceasta s-a realizat astfel: în cazul în care perioada de recuperare a fost sub 6 luni (doar în situația AVC ischemic) 77.8% (7 pacienți) s-au integrat familial și doar 55.6% (5 cazuri)

s-au integrat social; în cazul în care perioada de recuperare a fost între 6 luni și 1 an, peste 70% s-au integrat familial (77% în situația AVC ischemic și 73% în situația AVC hemoragic) și doar 40% s-au integrat social (47% în situația AVC ischemic și 37% în situația AVC hemoragic); în cazul în care perioada de recuperare a fost de peste 1 an, integrarea familială s-a produs doar într-un număr mai mic de cazuri și doar în situația AVC ischemic (9.1%), în timp ce integrarea socială nu s-a mai putut realiza în niciunul din cazuri.

Integrarea profesională a putut fi posibilă în 11% din cazuri, atunci când perioada de recuperare a fost sub 6 luni; în 29% în situația AVC ischemic și 17.6% în situația AVC hemoragic, atunci când perioada de recuperare a fost între 6 luni și 1 an, și în niciunul din cazuri atunci când perioada de recuperare a fost de peste 1 an.

Figura nr. 2 Corelația dintre perioada de recuperare și procentul de recuperare



În cazul AVC hemoragic, s-a obținut o corelație pozitivă, semnificativă, ($r = 0.398, p=0.016<0.05$) între perioada de recuperare și procentul de recuperare, ceea ce indică faptul că în situația în care perioada de recuperare a fost mai mare s-a obținut un procent de recuperare mai bun. În cazul AVC ischemic, spre deosebire de cel hemoragic, s-a obținut o corelație negativă, însă nesemnificativă, ($r = -0.154, p=0.343>0.05$) indicând faptul că se obține un procent de recuperare mai bun în primele luni de recuperare (figura nr. 2)

REFERINȚE

1. Bardac D. Munca vârstnicului, în Cocârlă A., Medicină ocupațională, Vol. I, Ed. Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca; 2009.
2. Păuncu EA. Medicina muncii. Teorie și practică, Ed. Orizonturi universitare, Timișoara; 2008.
3. Donald Easton J, Hauser SL, Joseph BM. Boli cerebrovasculare, în Harrison – Principiile medicinei interne, vol. 2, Ed. Teora; 2001.
4. Cocârlă A. Medicină ocupațională, Vol. I, Ed. Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca; 2009.