



Neurology perspectives



18664 - La rehabilitación del ictus en personas mayores. Estudio retrospectivo de cohorte

Albu, S.¹; Izcara López de Murillas, E.²; Secanell Espluga, M.³; Jiménez Crespo, A.²; Kumru, H.¹

¹Servicio de Neurología. Institut Guttmann; ²Servicio de Neuropsicología. Institut Guttmann; ³Servicio de Qualitat. Institut Guttmann.

Resumen

Objetivos: Existen escasos estudios sobre la rehabilitación del ictus en personas mayores. Hemos estudiado los perfiles clínicos y la predicción de la estancia hospitalaria (EH) en pacientes mayores.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de cohorte en pacientes > 60 años ingresados en los primeros 6 meses tras el ictus, entre enero de 2015 y agosto de 2022. Identificamos los perfiles de rehabilitación mediante análisis de clústeres, incluyendo las escalas mRS, FIM y NIHS al ingreso. La efectividad-FIM se calculó como: $(FIM_{\text{ingreso}} - FIM_{\text{alta}}) / (FIM_{\text{máximo}} - FIM_{\text{ingreso}}) \times 100\%$. Usamos métodos de regresión lineal para identificar las variables sociodemográficas y clínicas predictivas de la EH.

Resultados: Se incluyeron 104 pacientes (68 hombres; edad media = $69,45 \pm 6,5$ años) que fueron agrupados en 3 clústeres: leve [NIHS = $7,70 \pm 3,21$, FIM-motor = $59,42 \pm 12,24$, FIM-cognitivo = $26,96 \pm 4,69$, mRS = 4 (4-4), afasia = 41,7%, disfagia grave = 4,2%, EH = 45 (33,25-59)]; moderado [NIHS = $10,40 \pm 3,23$, FIM-motor = $28,00 \pm 7,74$, FIM-cognitivo = $25,92 \pm 6,55$, mRS = 4 (4-5), afasia = 13%, disfagia grave = 6,4%, EH = 61 (45-92)] y grave [NIHS = $18,76 \pm 4,19$, FIM-motor = $16,12 \pm 6,69$, FIM-cognitivo = $10,58 \pm 4,14$, mRS = 5 (5-5), afasia = 60,6%, disfagia grave = 42,4%, EH = 71 (60,5-97,5)]. La efectividad FIM-motor y FIM-cognitivo mejoraron de forma significativa en el grupo leve (efectividad FIM-motor = 33,70% [12,16-53,54]; efectividad FIM-cognitivo = 33,3% [0-50,0]) y moderado (efectividad FIM-motor = 31,15% [10,34-46,55]; efectividad FIM-cognitivo = 33,3% [0-63,16]) vs. grave (efectividad FIM-motor = 5,77% [0-18,77]; efectividad FIM-cognitivo = 4,65% [0-22,30]) ($p = 0,001$ y $p = 0,025$) mientras que la afasia y la disfagia mejoraron en todos los grupos ($p > 0,1$). La gravedad del ictus ($B = 0,33$, $p = 0,001$), mayor dependencia funcional ($B = 0,24$, $p = 0,013$), presentar disfagia ($B = 0,30$, $p = 0,002$), dolor neuropático ($B = 0,22$, $p = 0,02$), depresión ($B = 0,29$, $p = 0,003$) o infecciones intrahospitalarias ($B = 0,23$, $p = 0,02$) eran predictores de mayor estancia hospitalaria.

Conclusión: El análisis de clústeres de pacientes puede ser útil para identificar objetivos realistas de rehabilitación y optimizar la distribución de recursos y reducir los costes relacionados con la hospitalización.