

Factores determinantes del destino al alta tras un ictus en ancianos

Fabre, C.; Egido, J. A.; Varela de Seijas, E. y Ribera, J. M.

Servicios de Geriatría y Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

RESUMEN

OBJETIVO: Valorar los factores sociofamiliares y clínicos que pueden influir en el destino al alta hospitalaria tras un ictus.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo. 107 pacientes ingresados en una unidad de ictus. Se analizaron variables socioculturales, clínicas y relacionadas con las características del ictus. Se recogió el destino al alta del paciente tras el ictus como variable dependiente objetivo del estudio. Se evaluó la asociación entre variables cualitativas con el test de ji-cuadrado y entre variables cuantitativas con el análisis de la varianza (ANOVA).

RESULTADOS: 46,7% varones. 65-91 años ($74,6 \pm 6,3$). El ictus fue: cardioembólico 15%, lacunar 24,3%, aterotrombótico 46,7% y hemorragias intracerebrales 14%. Variables que influyeron significativamente en el destino al alta a domicilio propio: estado civil casado, estudios primarios, alerta al ingreso, alta puntuación en la escala canadiense al ingreso y al alta, déficit sensitivo-motor leve o ausente, distribución facioabrazal y crural del déficit motor, ausencia de afectación de la marcha por el ictus, recuperación de la marcha autónoma durante el ingreso ($p < 0,001$). No fueron significativas las variables: sexo, edad, nivel de renta, tipo de ictus, puntuación baja en la escala de Fankin preictus, patologías crónicas, deglución y lenguaje conservados, recuperación del déficit sensitivo-motor, ausencia de complicaciones durante el ingreso.

CONCLUSIONES: En el destino al alta son importantes los factores sociofamiliares como el estado civil casado y los estudios primarios, y también las características propias del ictus como alerta al ingreso y recuperación de la marcha autónoma durante el ingreso. Sería deseable mejorar los sistemas de apoyo domiciliario para la población moderadamente incapacitada, que puede reintegrarse a su medio habitual.

Palabras clave

Ictus. Destino al alta. Factores neurológicos. Factores sociofamiliares.

Correspondencia: C. Fabre Rodríguez. Romero Robledo, 1 escl. 1ª - 6 A. 28008 Madrid.

Recibido el 10-11-99; aceptado el 10-1-01.

Determining factors of destination on discharge after a stroke in elderly patients

SUMMARY

OBJECTIVE: To assess the sociofamilial and clinical factors with influence in patient's destination on hospital discharge after a stroke.

MATERIAL AND METHODS: Retrospective study of 107 patients hospitalized in the Stroke Unit. Sociocultural, clinical variables and those related with the stroke characteristics were analyzed. The destination of the patients on discharge after the stroke was recorded as the dependent endpoint being studied. The association between qualitative variables was analyzed with the chi-squared test and the association between quantitative variables with the analysis of variance (ANOVA).

RESULTS: 46.7% males. 65-91 years (74.6 ± 6.3). The stroke was cardioembolic 15%, lacunar 24.3%, atherothrombotic 46.7% and intracerebral hemorrhaging 14%. Variables that significantly influenced in the patient's destination being his or her home on discharge were: civil status - married, primary studies, alert on admission, high score on the Canadian scale on admission and discharge, mild or absent sensor-motor deficit, faciobrachial and crural distribution of motor deficit, absence of affectation in the gait due to the stroke, recovery of the autonomous gait during admission ($p < 0.001$). The following variables were not significant: sex, age, income level, type of stroke, low score on the prestroke Fankin scale, chronic pathologies, conserved deglutition and language, recovery of sensory-motor deficit, absence of complications during hospitalization.

CONCLUSIONS: In the destination on discharge, sociofamilial factors such as married civil status and primary studies as well as the characteristics of the stroke itself such as being alert on admission, mild or absent sensory-motor deficit, motor deficit of the faciobrachial and crural distribution, high score on the Canadian scale on admission and discharge, absence of affectation of gait due to stroke and recovery of the autonomous gait during hospitalization are important. It would be desirable to improve the home care support systems for the moderately incapacitated population that can be reintegrated into their normal environment.

Key words

Stroke. Destination on discharge. Neurological factors. Sociofamilial factors.

INTRODUCCIÓN

El ictus supone la segunda causa de muerte en España actualmente (1), pero además es la causa más importante de discapacidad, con una prevalencia estimada de 7.000 pacientes por cada 100.000 habitantes de más de 65 años (2, 3).

Lo habitual es que la asistencia a los pacientes tras un ictus, genere una importante carga para familiares y cuidadores (4, 5), pues existen insuficientes centros para el ingreso, apoyo y cuidados de ancianos discapacitados.

Los factores que determinan el destino al alta del paciente anciano discapacitado tras el ictus creemos que no han sido suficientemente estudiados previamente en nuestro medio.

Un avance importante en el manejo de pacientes tras un ictus lo constituyen las unidades de ictus especializadas, muchas de las cuales incluyen el tratamiento rehabilitador desde el inicio en régimen de ingreso (6, 7). Estas unidades reducen a corto y largo plazo la morbimortalidad, los índices de dependencia, la institucionalización y los costes socioeconómicos; consecuentemente mejoran la capacidad funcional al alta y el pronóstico vital, sobre todo en los mayores de 65 años en las 72 primeras horas tras el ictus (8). Son unidades que llevan a cabo un manejo multidisciplinar (clínico, funcional, mental y social incluyendo geriatra, rehabilitador, ATS, terapeuta ocupacional, fonoiatra y trabajador social) (8, 12). Se valora a los pacientes desde el punto de vista clínico, se realizan pruebas diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y prevención de complicaciones secundarias a la inmovilidad. En estas unidades se clasifican a los pacientes según la severidad del ictus para predecir la evolución funcional y determinar qué pacientes se van a beneficiar más de un programa de rehabilitación intensivo, pues la recuperación funcional tras el ictus va a influir en el destino al alta (13), al igual que el grado de dependencia en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y la situación sociofamiliar (14).

Para la clasificación de los pacientes en estas unidades suelen utilizarse indicadores pronósticos de varios tipos: *clínicos*: el déficit motor, la propiocepción, el equilibrio y el test de función mental; *funcionales*: la capacidad para realizar las ABVD al ingreso y al alta y la mejoría funcional. Así se distinguen tres grupos de pacientes: A) *De buen pronóstico* (ictus leve con ligera dependencia en ABVD): son los pacientes que más se benefician de rehabilitación en unidades ubicadas en la comunidad, pues esto va a favorecer una rápida integración del anciano en la sociedad (15, 16). B) *De pronóstico moderado* (ictus moderado con dependencia severa): estos pacientes obtienen gran beneficio del ingreso en unidades específicas de rehabilitación, logran mayor independencia y con frecuencia vuelven a su comunidad (17). C) *De mal pronóstico* (ictus severo con dependencia total): pacientes que presentan alta mortalidad, menor recuperación funcional, alto nivel de

institucionalización al alta y necesidad de cuidados en unidades de larga estancia (18).

El objetivo de este trabajo es evaluar los factores que influyen en el destino al alta, domicilio propio o ajeno, de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes

Todos aquellos pacientes de 65 o más años, ingresados en una unidad de ictus durante un período de cuatro meses (noviembre de 1998-febrero de 1999).

Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo. Para la recogida de datos se revisaron las historias clínicas de cada paciente.

Las variables estudiadas fueron:

– *Preictus*: edad, sexo, estado civil, estudios básicos, nivel de renta en pesetas, procedencia según domicilio propio o ajeno-residencia, escala de Rankin modificada preictus (de 0 a 5 según la situación funcional preictus) y patologías crónicas (cualitativa no dicotómica).

– *Del ictus*: tipo de ictus (aterotrombótico, lacunar, cardioembólico y hemorrágico), nivel de conciencia (vigil, estupor, coma), tensión arterial sistólica (TAS) al ingreso (cuantitativa), escala canadiense al ingreso y al alta (de 0 a 10 según el déficit mental y motor causado por el ictus. Consideramos canadiense avanzado cuando la puntuación era igual o superior a 7), déficit neurológico (sensitivo-motor, marcha, deglución, afasia). Se valoró el déficit motor considerando la distribución (hemicorporal, facio-braquial, crural), la lateralización (derecha, izquierda) y la intensidad (paresia, plejía, déficit ausente). Del déficit sensitivo se tuvo en cuenta la intensidad (hipoestesia, anestesia, déficit ausente). Además se consideró la afectación o no del lenguaje, de la marcha y de la deglución. Recuperación del déficit sensitivo-motor, del habla y de la marcha (capaz de caminar solo, con ayuda, incapaz de caminar). Se recogieron las complicaciones médicas durante el ingreso (sí-no).

– *Posictus*: destino al alta (variable dependiente cualitativa no dicotómica: un grupo de destino a domicilio propio y otro grupo de destino a domicilio ajeno o residencia).

Análisis estadístico

En el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows versión 7,5. Se evaluó la asociación de las variables cualitativas mediante el test de ji cuadrado o prueba exacta de Fisher, y de las variables cuan-

TABLA I. Datos generales de la muestra objeto de estudio (n= 107).

<i>Variables demográficas</i>	
• Edad	74,6 ± 6,8 a
• Sexo	
– Varones	46,7%
– Mujeres	53,3%
• Estado civil	
– Casados	66%
– Solteros	3,1%
– Viudos	30,9%
• Procedencia domicilio propio	80,4%
• Estudios primarios	83,2%
<i>Variables clínicas</i>	
• Alerta al ingreso	91,8%
• Canadiense avanzado	
– Al ingreso	68%
– Al alta	83,5%
• Déficit motor	
– Hemicorporal	39,2%
– Facibraquial	14,4%
– Crural	2,1%
– Ausente	44,3%
• Déficit sensitivo	
– Hipoestesia	25,8%
– Anestesia	3,1%
– Ausente	71,1%
• Marcha conservada	49,5%
• Recuperación de la marcha autónoma	51,5%
• Afectación de la deglución	14%
• Afasia	20,6%
• Complicaciones médicas durante el ingreso	29,9%

titativas con el análisis de la varianza ANOVA. Se realizó la corrección a posteriori con el test de Bonferroni. Se rechazó la hipótesis nula con un error tipo I ó α ($p < 0,05$).

RESULTADOS

El número de sujetos estudiados fue de 107. En la tabla I se muestran las principales características generales (variables demográficas y clínicas) de los sujetos estudiados. El tipo de ictus resultó ser: aterotrombótico en el 46,7% de los casos, lacunar en el 24,3%, cardioembólico en el 15% y hemorrágico en el 14%. La estancia media hospitalaria fue de 9,8 días.

Fallecieron durante el ingreso 10 pacientes (9,3%), que fueron los únicos que habían presentado estupor o coma al ingreso. Otras características de este pequeño subgrupo fueron la presencia de anestesia como trastorno sensitivo (cuatro sobre diez), la alteración de la deglución (7/10) y las complicaciones pulmonares (7/10). También fue este grupo el único que mostró trastorno neurológico complejo.

Excluidos los casos de fallecimiento, la proporción de pacientes que fue dada de alta a su propio domicilio fue del 64,9% (63 casos). Del resto, 2,2% (2 casos) fueron dados de alta directamente a una residencia y 32,9% (32 pacientes) a otros lugares (domicilio de familiares o conocidos).

El grado de afectación neurológica producido por el ictus influye significativamente en el destino a domicilio propio o ajeno. Un 61,8% y 76,2% tenían alta puntuación en la escala canadiense al ingreso y al alta, respectivamente (≥ 7). Esta puntuación refleja poca afectación mental y motora. Por el contrario, puntuaciones bajas al ingreso y al alta (< 7) aparecieron en el 38,2 % y en el 23,8% respectivamente y se correspondían con alta a domicilio ajeno o residencia y peor pronóstico funcional.

No influyeron en el destino al alta el sexo, la edad, el nivel de renta (media: 74.371 ± 29.943 pts.) ni el tipo de ictus. Tampoco influyeron significativamente la situación funcional preictus medida mediante la escala modificada de Rankin, ni la presencia de procesos crónicos previos. Ninguno de nuestros pacientes presentaba puntuaciones elevadas en la escala de Rankin (4 y 5) que se corresponden con gran dependencia funcional. La mayoría (47%) tenía una puntuación de 0 (independientes en su vida diaria), y el resto presentaba cierta incapacidad funcional con puntuaciones de 1 (15% de los casos), 2 (24%) y 3 (14%). Otros parámetros analizados, como la recuperación o no de los déficits sensitivos o motores, tampoco mostraron diferencias significativas en cuanto al destino al alta. En la tabla II se ofrecen los principales resultados en relación con las variables analizadas.

DISCUSIÓN

Creemos que los factores que influyen en el destino al alta no han sido suficientemente estudiados. Algunos de ellos pueden ser importantes. Por ello en este estudio hemos considerado los factores que influyen en el destino a domicilio propio, así como otros cuya influencia no está del todo demostrada.

Diversos factores sociofamiliares pueden influir en el destino a domicilio propio tras el ictus (14). En cuanto al estado civil, tiende a asumirse como evidente que los casados vuelven al domicilio propio con mayor frecuencia que los solteros y viudos. Quizá en esto influye continuar conviviendo con su cónyuge que favorece la ayuda de éste en la realización de las AVD. Hasta ahora no se había considerado convenientemente la influencia del nivel de renta en el destino a domicilio propio. Sería de esperar que los ancianos discapacitados tras el ictus con alto nivel de renta volvieran a su propio domicilio con mayor frecuencia que aquellos que reciben una pensión media-baja. Sin embargo, en este trabajo hemos observado que el nivel de renta no influye en el destino al alta. Los pacientes estudiados, en su mayoría recibían una pensión media, por lo que no se pudo realizar una adecuada com-

TABLA II. Destino al alta según las variables analizadas (%) (n= 97).

	<i>Domicilio propio</i>	<i>Domicilio ajeno</i>	<i>P</i>
<i>Variables demográficas</i>			
• Sexo			ns
– Varones	78,3	21,7	
– Mujeres	52,9	47,1	
• Estado civil			< 0,001
– Casados	84,4	15,6	
– Solteros	33,3	66,7	
– Viudos	26,7	73,3	
• Vivían previamente en domicilio propio	64,9	34,9	< 0,001
• Estudios primarios	68,8	31,3	0,095
<i>Variables clínicas</i>			
• Alerta al ingreso	69,7	30,3	0,001
• Canadiense avanzado			0,001
– Al ingreso	61,8	38,2	
– Al alta	76,2	23,8	
• Déficit motor			0,062
– Hemicorporal	50	50	
– Facionbraquial	71,4	28,6	
– Crural	100	0	
– Ausente	74,4	25,6	
• Déficit sensitivo			0,032
– Hipoestesia	72	28	
– Ausente	65,2	34,8	
• Marcha conservada	75	25	0,039
• Recuperación de marcha autónoma	80	20	0,004
• Afectación de la deglución	42,9	57,1	ns
• Afasia	70	30	ns
• Complicaciones médicas durante el ingreso	56,3	43,7	ns

paración de la influencia del nivel de renta en el destino al alta según la pensión recibida, pues disponíamos de grupos no homogéneos con respecto al número de casos.

Tanto la canadiense avanzada como el buen nivel de conciencia suponen en el anciano leve afectación neurológica y funcional, así como buena respuesta a la rehabilitación durante el ingreso hospitalario. Pensamos que cabe atribuir a este hecho el que la mayoría de nuestros pacientes con ictus tenían una canadiense avanzada, presentaban la suficiente independencia funcional como para manejarse de forma autónoma en su propio domicilio sin precisar importantes ayudas, aunque algunos precisaban cierto grado de supervisión por el cónyuge u otros familiares que convivían con él en su propio domicilio.

El ictus produce en los ancianos diferentes grados de déficit neurológico sensitivo-motor tanto en la intensidad

como en la distribución. En nuestro estudio la mayoría de los ancianos presentaban déficit sensitivo-motor leve o nulo. Tras la rehabilitación realizada durante el ingreso hospitalario se producía buena recuperación y eran capaces de mantener adecuada independencia funcional en las AVD en su domicilio propio. Por el contrario, aquellos otros pacientes en los que la hemiparesia fue moderada-severa o presentaban plejía, permanecían dependientes en todas sus AVD, siendo dados de alta a domicilio ajeno o residencia donde dispusieron de cuidados básicos diarios. Además es importante señalar que la buena recuperación del anciano tras el ictus, mejora su calidad de vida (19) y reduce la sobrecarga familiar (4, 5).

En los ancianos, la deambulaci3n se encuentra con frecuencia deteriorada por diversas patologías crónicas (enfermedad osteoarticular, enfermedad de Parkinson, ictus previos...), por lo que la afectaci3n de la marcha por el evento agudo no supone un cambio trascendente en su situaci3n funcional aunque repercute significativamente en el destino al alta.

La afectaci3n de la degluci3n y del lenguaje no influyen en el destino a domicilio propio. En muchos estudios se ha considerado la disfagia producida por el ictus como causa determinante de neumonía aspirativa (20), además conlleva dependencia para la alimentaci3n y en distintos estudios previos se ha demostrado que la capacidad para comer sólo es un factor predictor de buena recuperaci3n de la independencia funcional del paciente (21, 22). En nuestra poblaci3n la disfagia apareci3 en pocos pacientes y no influy3 significativamente en el destino domiciliario al alta. La afasia producida por el ictus no limita la capacidad para realizar las AVD aunque sí se ha demostrado en diferentes publicaciones que es causa de depresi3n, retraimiento y aislamiento social en los ancianos, pues dificulta la comunicaci3n que con frecuencia ya est3 afectada previamente. Cabría deducir de ello la importancia de recurrir al logopeda y foniatra tras el ictus, pues la rehabilitaci3n del habla podría alcanzar resultados satisfactorios en casos de disfasia leve en ancianos con adecuado grado de colaboraci3n.

La tensi3n arterial es el principal factor de riesgo confirmado para el ictus (9-11). Su tratamiento médico precoz y adecuado antes y durante el ingreso hospitalario logra prevenir eventos isquémicos agudos en alto porcentaje de pacientes.

Otras patologías crónicas conocidas (diabetes mellitus, fibrilaci3n auricular, infarto de miocardio, enfermedad pulmonar obstructiva crónica...), se encuentran asociadas con mayor predisposici3n a padecer un ictus (9-11). También su adecuado manejo médico es capaz de prevenir eventos cerebrovasculares agudos. La poblaci3n anciana presenta varias patologías crónicas asociadas que producen dependencia funcional; sin embargo, su coexistencia con un ictus no influye en el destino al alta tras éste, aunque empeora la discapacidad del anciano y aumenta la estancia media hospitalaria.

La aparición de complicaciones durante el ingreso hospitalario hasta ahora había sido poco evaluada como determinante del destino al alta. Las más frecuentes en nuestra población estudiada fueron las complicaciones médicas que se resolvieron satisfactoriamente con tratamiento médico conservador y no diferían de las que aparecen en el seno de otras patologías agudas frecuentes del anciano. Las complicaciones neurológicas fueron poco frecuentes y excepto la progresión del déficit neurológico, sucedieron en los pacientes que fallecieron.

En la recuperación de la independencia del paciente y en el destino al alta a domicilio propio tras el ictus, influyen favorablemente la adecuada educación higiénico-sanitaria del paciente, familiares y cuidadores, el tratamiento médico-rehabilitador precoz y apropiado que logra buena recuperación funcional, el inicio precoz de la movilización del paciente y el mantenimiento de la continencia urofecal y de la capacidad para comer solo (21, 22).

Como conclusión final reseñamos que en el destino a domicilio propio tras el ictus, influyen significativamente el estado civil casado, nivel medio-alto de escolarización, alerta al ingreso, alta puntuación en la escala canadiense al ingreso y al alta, déficit sensitivo-motor leve o ausente, afectación ausente de la marcha por el ictus y recuperación de la marcha autónoma durante el ingreso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Principales causas de muerte en España. Bol Epidemiol Semanal 1997; 3:7-70.
2. López-Pousa S, Vilalta J, Llinas J. Prevalencia de la enfermedad cerebrovascular en España: estudio en un área rural de Girona. Rev Neurol 1995;23:1081-6.
3. Bermejo F, Gabriel R, Morales JM. Stroke and TIA in old people in four districts of Madrid, Spain: data from a population based study. Neuro-epidemiology 1993;12:121-2.
4. Knapp P, Hewison J. Disagreement in patient and carer assessment of functional abilities after stroke. Stroke 1999;30:934-8.
5. Han B, Haley WE. Family caregiving for patients with stroke: Review and analysis. Stroke 1999;30:1478-85.
6. Indredavik B, Bakke F, Soldberg R, Bokseth R, Haaheim LL, Holme I. Benefit of a stroke unit: a randomized controlled trial. Stroke 1991;22: 1026-31.
7. Egido JA, González JL, Varela de Seijas E. Experiencia de una unidad de ictus en el HCSC de Madrid. Rev Neurol 1995;23:381-4.
8. Laghorne P, Williams BO, Gilchrist W, Howie K. Do stroke units save lives? Lancet 1993;342:395-8.
9. Himmelman A, Hansson L, Svensson A, Harmsen P, Holmgren C, Svanborg A. Predictors of stroke in the elderly. Acta Med Scand 1988;224: 439-43.
10. Sacco FL, Wolf PA, Gorelick PB. Risk factors and their management for stroke prevention: outlook for 1999 and beyond. Neurology 1999;53: 15-24.
11. Martínez P, Rueda A. Prevención del primero y de posteriores ACV isquémicos en ancianos. Cardiovascular Risk Factors 2000;9:171-83.
12. Kalra L. The influence of stroke unit Rehabilitation on functional recovery from stroke. Stroke 1994;25:821-5.
13. Kalra L, Pérez I, Gupta S, Witten KM. Orpington stroke unit clinical and health services studies unit. Stroke 1997;28:1386-91.
14. Widen L, Kochl V, Kostulas V, Holm M, Widsell G, Tesler H, et al. A randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke. Stroke 1998;29:591-7.
15. Hui E, Lum CM, Woo J, Kay R. Outcomes of elderly stroke patients: Day hospital versus conventional medical management. Stroke 1999;26: 1616-9.
16. Kaste L, Palmomaki H, Sarna S. Where and how should elderly stroke patients be treated? A randomized trial. Stroke 1995;26:249-53.
17. Jorgensen HS, Nakayama H, Raaschov HO, Larsen K, Wobbe P, Skyhoj Olsen T. The effect of a stroke units: reductions in mortality, discharge rate to nursing home length of hospital stay and cost. Stroke 1995;26: 1178-82.
18. Dennis M, O'Flaherty S, Slattery J, Stamforth T, Warlow C. Evaluation of a stroke family care worker: results of a randomized controlled trial. Br Med J 1997;314:1071-6.
19. Dorman P, Denis M, Sandercock P. How do scores on the EuroQol relate to scores on the SF-36 after stroke? Stroke 1999;30:2146-51.
20. Smithard DG, O'Neill PA, Park C, England R, Penwick DS, Wyatt R, et al. Can bedside assessment rehabilitation exclude aspiration following acute stroke? Age and Ageing 1998;27:99-106.
21. Wilkinson PR, Wolfe CD, Warburton FG, Rudd AG, Howard RS, Ross-Russell RW, Beech RR. A long-term follow-up of stroke patients. Stroke 1997;28:507-12.
22. Reddy MP, Reddy V. After a stroke: strategies to restore function and prevent complications. Geriatrics 1997;52:59-75.