

Evolución de los pacientes dados de alta con el diagnóstico de accidente vasculocerebral de una Unidad de Convalecencia y Rehabilitación (UCR)

Maria Teresa Vilarmau
German Diestre
Montserrat Guirao

Hospital de Sabadell
Corporación Sanitaria
Parc Taulí
Sabadell, Barcelona

Resumen

Fundamento: El objetivo del estudio es describir las características de los pacientes dados de alta de una UCR y que ingresaron con el diagnóstico de AVC (isquémico o hemorrágico), y conocer algunos aspectos de la evolución al cabo de seis meses.

Métodos: Pacientes ingresados con el diagnóstico principal de enfermedad cerebrovascular aguda dados de alta consecutivamente de la UCR desde el 1 de julio de 1993 hasta el 30 de setiembre de 1994. Se han recogido variables sociodemográficas, clínicas, y el Índice de Barthel para evaluar la capacidad funcional al ingreso, alta de la unidad y a los 6 meses de ésta.

Resultados: se ha estudiado un total de 124, 78 hombres y 46 mujeres. La edad media es de 68,3 años. La estancia media en la unidad fue de 49,3 días. La media del índice de Barthel al ingreso es de 41,8 y al alta de 62,5, en ambos casos similar tanto en pacientes con isquemia como con hemorragia.

A los 6 meses del alta de la unidad habían fallecido 22 pacientes, 15 (15,1%) de los diagnosticados de AVC isquémico y 7 (28%) de los diagnosticados de AVC hemorrágico. En los pacientes supervivientes a los 6 meses, 102 en total, el índice de Barthel fue de 68,4.

Conclusiones: los pacientes con AVC ingresados en nuestra unidad consiguen una mejoría significativa en la capacidad funcional tanto si han presentado un proceso isquémico como hemorrágico y que esta mejoría perdura a los 6 meses en los supervivientes.

Palabras clave: Enfermedad Vasculocerebral. Capacidad funcional. Mortalidad. Rehabilitación.

Summary

Background: The objective of the study is to describe the characteristics of patients discharged from a Rehabilitative Care Unit (RCU) who were admitted with the diagnosis of stroke (hemorrhagic and non-hemorrhagic), and to determine their evolution at six months.

Methods: Patients admitted with the principal diagnosis of acute cerebrovascular disease, subsequently discharged from RCU between July 1, 1993 and September 30, 1994. Sociodemographic variables and the Barthel Index were collected in order to evaluate functional capacity on admission, discharge, and at six months.

Results: A total of 124 subjects were studied, 78 men and 46 women. The mean age was 68.3 years. The mean stay in the unit was 49.3 days. The average Barthel Index at admission was 41.8 and 62.5 discharge.

At six months after discharge, 22 patients had died, 15 (15.1%) were patients diagnosed with non-hemorrhagic stroke and 7 (28%) diagnosed with hemorrhagic stroke. For patients surviving at 6 months, 102 in total, the Barthel index was 68.4.

Conclusions: Patients with stroke admitted to our unit obtained meaningful improvement in their functional capacity as often when presenting with a non-hemorrhagic process as when presenting with a hemorrhagic process, and this improvement lasts to 6 months in survivors.

Key words: Cerebral Vascular Disease. Functional status. Mortality. Rehabilitation.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en países industrializados. En Cataluña representan un 40% de todas las defunciones y son a su vez la segunda causa de años potenciales de vida perdidos, después de los tumores. Entre 1989-1993 las enfermedades cerebrovasculares presentaron 109,4 muertes por 100.000 habitantes y año. Las enfermedades cerebrovasculares son la primera causa de muerte en las mujeres a partir de 65 años y en los hombres a partir de los 75 años¹. Por otra parte son causa de importantes secuelas con el consiguiente impacto en la capacidad funcional. Un tercio de los pacientes que sobrevivan a un accidente vasculocerebral (AVC) quedarán con discapacidad severa y sobre un 40% de los que sobrevivan a los 6 meses necesitarán ayuda para una o más de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)². Dicho impacto es si cabe más importante en pacientes de edad avanzada, ya de por sí con frecuencia limitados por otros procesos (cardiopatías avanzadas, insuficiencia respiratoria, artrosis, enfermedad arterial periférica, etc).

Correspondencia:
M^a Teresa Vilarmau Dolçet,
Unidad de Convalecencia y
Rehabilitación,
Hospital de Sabadell,
Corporación Sanitaria
Parc Taulí, Parc Taulí s/n,
08206, Sabadell. Barcelona

Para conseguir reducir esa merma de la capacidad funcional existen diferentes estrategias. Por un lado se realizan importantes esfuerzos para disminuir los factores de riesgo, como la hipertensión arterial, las dislipemias, la diabetes y el tabaquismo. Por otro cada vez son más las investigaciones y avances sobre el tratamiento en la fase aguda de los procesos cerebrovasculares, aunque de momento su aplicación práctica no ha llegado a los servicios de urgencias³⁻⁴. Finalmente también en la prevención terciaria, es decir, en la prevención de las secuelas físicas y psicológicas se está trabajando desde hace años. La rehabilitación precoz, junto a una adecuada valoración integral y un adecuado entrenamiento y capacitación de las familias de los pacientes son importantes factores que han mejorado el pronóstico de los pacientes con AVC⁵⁻⁶.

Las unidades específicas de ictus que existen en países del entorno del nuestro se han mostrado claramente eficaces en reducir la mortalidad y mejorar la capacidad funcional de los pacientes⁷⁻⁹.

Las unidades de convalecencia y rehabilitación (UCR) no son unidades monográficas de pacientes con AVC, pero por las características de su organización y funcionamiento sí podrían considerarse así a efectos de valoración de resultados¹⁰⁻¹².

El objetivo del estudio es describir las características de los pacientes dados de alta de una UCR y que ingresaron con el diagnóstico de AVC (isquémico o hemorrágico), y conocer algunos aspectos de la evolución al cabo de seis meses.

Material y métodos

Diseño

Estudio prospectivo.

Población elegible

Pacientes ingresados con el diagnóstico principal de enfermedad cerebrovascular aguda (códigos de la CIE-9 MC 434 o 431), y dados de alta consecutivamente de la UCR del Centro Sociosanitario Albada del Consorci Hospitalari Parc Taulí de Sabadell, desde el 1 de julio de 1993 hasta el 30 de septiembre de 1994. Todos los pacientes ingresados en la UCR son previamente valorados por la Unidad Funcional Interdisciplinar Sociosanitaria (UFISS) y seleccionados por sus probabilidades de recuperación funcional.

Criterios de inclusión

1) El destino al alta es el propio domicilio o un centro residencial de pacientes crónicos; 2) El paciente ingresa en la UCR procedente de un hospital de agudos.

Variables

Edad, sexo, diagnóstico principal, diagnósticos secundarios, índice de Barthel al ingreso en la UCR (IBI), al alta (IBA), a los seis meses del alta de la UCR (IB6), tiempo de estancia en la UCR, tiempo de estancia en el hospital de agudos, destino al alta, presencia de afasia, mortalidad y reingresos hospitalarios en los primeros 6 meses tras el alta de la UCR.

Instrumentos

Todas las variables, excepto el IB6, la mortalidad y los reingresos se obtuvieron durante la estancia en la UCR. Éstas se recogieron mediante entrevista estructurada telefónica que llevó a cabo en todos los casos uno de los investigadores (MG). El índice de Barthel es una escala que mide la dependencia para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria (AVD), correspondiendo el valor 0 a la dependencia máxima y 100 a la independencia para todas las actividades¹³⁻¹⁴.

Cálculo estadístico

Los datos se recogieron en el programa DBASE III+ y el análisis estadístico se ha realizado mediante el programa SPSS-PC+. En el análisis univariante las variables cuantitativas se describen con la media y la desviación estándar (DE). La comparación de medias se ha realizado con la prueba de t de Student-Fisher para variables con distribución normal y la prueba no paramétrica de Mann-Whitney sin no seguía una distribución normal. La comparación de porcentajes se ha realizado mediante la prueba de Chi-cuadrado, con la corrección de Yates cuando fue necesario. El nivel de significación ha sido siempre de 0,05.

Resultados

De los 168 pacientes incluidos inicialmente se excluyeron 44 (11 no procedían del hospital de agudos, 13 reingresaron en el hospital de agudos nue-

	Total n=124	AVC Isquémico N=99	AVC Hemorrágico n=25
Edad media (años)	68,3 (±10,9)	68,5 (±11,4)	67,2 (±8,8)
<65 años	38 (30,6%)	28 (29%)	10 (40%)
≥65 años	86 (69,4%)	71 (71%)	15 (60%)
Sexo			
Hombres	78 (62,9%)	62 (62%)	16 (64%)
mujeres	46 (37,1%)	37 (38%)	9 (36%)
Estancia Hospital (días)	21,3 (± 13)	20,7 (± 12,6)	23,8 (±14,4)
Estancia UCR (días)	49,3 (± 23,3)	49,3 (±24,5)	49,3 (± 18,6)
Enfermedades asociadas			
HTA	54 (43,5%)	44 (44,4%)	10 (40%)
Diabetes	34 (27,4%)	28 (28,2%)	6 (24%)
Enfermedad cardíaca	81 (65,3%)	72 (72,7%)	9 (36%)
Destino			
Domicilio	116 (93,5%)	92 (92%)	24 (96%)
Institución residencial	8 (6,5%)	7 (8%)	1 (4%)

Tabla 1.
Características basales.
N=124

	Total n=124	AVC Isquémico N=99	AVC Hemorrágico n=25	P
I. Barthel Ingreso	41,8 (±23,6)	43,4 (±23,9)	35,6 (±22)	.1121
I. Barthel Alta	62,5 (±25,4)	63,4 (±24,7)	59 (±28,3)	.4298

Tabla 2.
Media del Índice
de Barthel según
el tipo de AVC

vamente, 6 eran reingresos, 3 fallecieron y no se pudo contactar con 11), por lo que definitivamente se ha estudiado un total de 124, 78 hombres y 46 mujeres. La edad media es de 68,3 años (tabla grupos de edad y sexo). La estancia media en la unidad fue de 49,3 días. El resto de características basales se detallan en la tabla 1.

De los pacientes que regresaron a su domicilio 51 fueron remitidos a su vez a la unidad de atención diurna, 42 con isquemia y 9 con hemorragia. La necesidad de proseguir con la recuperación física desde su entorno habitual y la facilidad para realizar un seguimiento adecuado fueron los criterios básicos para el traslado a la unidad de atención diurna.

La media del índice de Barthel al ingreso es de 41,8 y al alta de 62,5, en ambos casos similar tanto en pacientes con isquemia como con hemorragia (Tabla 2).

A los 6 meses del alta de la unidad habían fallecido 22 pacientes, 15 (15,1%) de los diagnosticados de AVC isquémico y 7 (28%) de los diagnosticados de AVC hemorrágico.

Durante el periodo de seguimiento se confirmó que 21 pacientes habían reingresado en el hospital, ninguno de ellos por nuevo episodio de enfermedad vasculocerebral.

En los pacientes supervivientes a los 6 meses, 102 en total, el índice de Barthel fue de 68,4. No se detectaron diferencias significativas entre las medias del índice de Barthel al ingreso, al alta y a los 6 meses del alta de la unidad según el tipo de AVC (Tabla 3).

Si se analizan los pacientes fallecidos de los supervivientes, se observa que los fallecidos eran más mayores (75,1/66,8, $p < 0,007$) y tuvieron un Índice de Barthel más bajo en el momento del alta (51,5/64,9, $p < 0,04$) (Tabla 4) y en cambio no se encontraron diferencias respecto el Barthel al ingreso y los días de estancia en el hospital y la UCR.

Discusión

Las características generales de nuestro grupo de pacientes son similares a otros estudios. En el de Arboix *et al.*¹⁵ y aunque se trata de un hospital de agudos, la edad media en los supervivientes fue de 71 años y en el estudio de Chae *et al.*¹⁶ 66,2 años tanto en los pacientes con AVC hemorrágico como no hemorrágico. En este mismo estudio, la estancia fue de 31,7 días para los pacientes con AVC hemorrágico y 37,6 días ($p < 0,05$) para los no hemorrágicos y el alta a domicilio se produjo en el

Tabla 3.
Media del Índice de Barthel al ingreso en la unidad, al alta y a los 6 meses de alta, en los supervivientes

	Total n=102	AVC Isquémico N=84	AVC Hemorrágico n=18	P
I. Barthel Ingreso	43,5 (±23,6)	44,8 (±23,8)	37,5(±22,6)	.1645
I. Barthel Alta	64,9 (±24,6)	65,5(±24)	61,9 (±27,9)	.5733
I. Barthel 6 Meses	68,4 (±24,7)	67,2 (±25,5)	73,8 (±19,8)	.3999

Tabla 4.
Variables analizadas en los supervivientes y los fallecidos durante los 6 meses de seguimiento

	Supervivientes n=102	Fallecidos n=22	P
I. Barthel Ingreso	43,5 (±23,6)	34 (±22,5)	.0762
I. Barthel Alta	64,9 (±24,6)	51,5 (±26,5)	.0393
Edad Media	66,8 (±10,7)	75,1 (±9,3)	.0007
Estancia en UCR	49,5 (±23,7)	48,3 (±22,2)	.8752
Estancia Hospital	21,1 (±13,2)	22,4 (±12,4)	.4938

96% y 92% respectivamente. En nuestra unidad la estancia fue la misma en ambos grupos, 49,3 días, y el alta a domicilio fue del 96% y 92% respectivamente. Es importante señalar que en este caso, y aunque no disponemos de datos que lo apoyen, la educación y el soporte a la familia cuidadora del paciente con limitación funcional por secuelas de un AVC, es un factor fundamental que facilitará el retorno al domicilio¹⁷⁻¹⁸. En el mencionado estudio de Chae *et al.* la capacidad funcional, medida en su caso con el *Functional Independence Measure* fue similar al final del período de rehabilitación tanto en el grupo de AVC hemorrágico y no hemorrágico. En nuestro caso el índice de Barthel al alta de la UCR fue ligeramente inferior en el AVC hemorrágico (59 versus 63,4) aunque las diferencias no fueron significativas. A los seis meses del alta no se obtuvieron diferencias significativas entre los dos grupos de supervivientes (AVC isquémico y hemorrágico) en la capacidad funcional (67,2 versus 73,8, p 0,399). Ambos datos, señalan por tanto que, probablemente, una vez superada la fase aguda, la recuperación funcional no depende del tipo de AVC. Es conocido por otra parte que la mejoría en los pacientes con AVC se consigue sobretudo en las primeras semanas tras el episodio agudo, y es progresivamente de menor intensidad conforme transcurre el tiempo. Hay estudios sin embargo que ha demostrado mejorías significativas hasta 2 años después del AVC¹⁹⁻²⁰.

La mortalidad en relación a un AVC se produce sobretudo en los primeros 30 días²¹ tras el episodio agudo y es más elevada en AVC hemorrágicos¹³. Según Dennis *et al.*²¹, el riesgo de muerte al año del primer AVC es 7,4 (6,5-8,5, IC 95%) y el riesgo acumulado entre los 30 días y los 6 años del primer AVC es de 2,3 (2,0-2,7%, IC 95%). En el estudio de Indredavik *et al.*²² la mortalidad a las 6

semanas fue de 7,3% en los pacientes tratados en una unidad especializada y del 17,3% en una unidad de hospitalización general y la mortalidad al año fue de 24,6% y 32,7% respectivamente. En nuestra unidad a los 6 meses del alta la mortalidad por todas las causas fue del 17,7%. Esta menor mortalidad puede ser explicada, entre otras razones, por que en las UCR ingresan los pacientes que han superado la fase aguda y que además ha sido previamente seleccionados por una unidad especializada (UFISS) para seguir rehabilitación. Por tanto los pacientes que ingresan en la UCR procedentes del hospital de agudos son un grupo de menor riesgo total.

Como conclusión podemos decir que los pacientes con AVC ingresados en nuestra unidad consiguen una mejoría significativa en la capacidad funcional tanto si han presentado un proceso isquémico como hemorrágico y que esta mejoría perdura a los 6 meses en los supervivientes.

Bibliografía

1. Pla de Salut 1996-1998. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
2. Wade DT. Stroke rehabilitation and long-term care. *Lancet* 1992;339:791-3.
3. Jorgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Olsen TS. Acute stroke: prognosis and a prediction of the effect of medical treatment on outcome and health care utilization. The Copenhagen stroke study. *Neurology* 1997;49:1335-42.
4. Alvaro LC, Sádaba F. Terapéutica trombolítica en la enfermedad cerebrovascular. *Neurología* 1993;8:110-21.
5. Wojner AW. Optimizing ischemic stroke outcomes: an interdisciplinary approach to poststroke rehabilitation in acute care. *Crit Care Nur Q* 1996;19:47-61.

6. Scott E, Cowen B. Multidisciplinary collaborative care planning. *Nursing Standard* 1997;12:39-42.
7. Dennis M, Langhorne P. ¿So stroke units save lives: where do we go from here? *BMJ* 1994;309:1273-7.
8. Kalra L, Dale P, Crome P. Improving stroke rehabilitation. A controlled study. *Stroke* 1993;24:1462-7.
9. Lincoln NB, Willis D, Philips SA, Juby LC, Berman P. Comparison of rehabilitation practice on hospital wards for stroke patients. *Stroke* 1996;27:18-23.
10. Sabartés O, Miralles R, García-Palleiro P, Esperanza A, de Vicente I, Muniesa JM, Vernhes MT, Cervera AM. Análisis descriptivo y factores pronósticos de un grupo de pacientes ancianos ingresados en una unidad de convalecencia geriátrica. *Rev Gerontol* 1995;5:160-5.
11. Diestre G, Vilarmau MT. Actividad asistencial de una unidad de convalecencia y rehabilitación. Análisis de 203 pacientes. *Rev Gerontol* 1995;5:361-6.
12. Salvá A, Aloy J, Castro D, Faustino A, Fábregas N, Petit TM *et al*. La evaluación geriátrica en una unidad de convalecencia. Análisis descriptivo de la actividad de un año. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996;31:205-10.
13. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14:61-5.
14. Baztán JJ, Perez J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993;28:32-40.
15. Arboix A, Massons J, Oliveres M, García L, Titus F. Mortalidad en la fase aguda de la enfermedad cerebrovascular; registro de La Alianza-Hospital Central de Barcelona. *Med Clin (Barc)* 1994;103:529-33.
16. Chae J, Zorowitz RD, Johnston MV. Functional outcome of hemorrhagic and nonhemorrhagic stroke patients after in-patient rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil* 1996;75:177-82.
17. Anderson CS, Linto J, Stewart-Wynne EG. A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke* 1995;26:843-9.
18. Glass TA, Matchar DB, Belyea M, Feussner JR. Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke* 1993;24:64-70.
19. Ferruci L, Bandinelli S, Guralnik JM, Lamponi M, Bertini C, Falchini M, Baroni A. Recovery of functional status after stroke. A postrehabilitation follow-up study. *Stroke* 1993;24:200-5.
20. Werner RA, Kessler S. Effectiveness of an intensive outpatient rehabilitation program for postacute stroke patients. *Am J Phys Med Rehabil* 1996;75:114-20.
21. Dennis MS, Burn JPS, Sandercock PAG, Bamford JM, Wade DT, Warlow CP. Long-term survival after first-ever stroke: The Oxfordshire community stroke project. *Stroke* 1993;24:796-800.
22. Indredavik B, Bakke F, Solberg R, Rokseth R, Haaheim LL, Holme I. Benefit of a stroke unit: a randomized controlled trial. *Stroke* 1991;22:1026-31.

SEGP. Sociedad Española de Gerontopsiquiatría y Psicogeriatría

III Congreso Nacional

Santiago de Compostela, 6 a 8 de octubre de 2000

III Congreso Nacional de la Sociedad Española de Gerontopsiquiatría y Psicogeriatría

Los días 6 a 8 de octubre del actual año 2000 se celebrará en el Hostal de los Reyes Católicos de Santiago de Compostela el III Congreso de la Sociedad Española de Gerontopsiquiatría y Psicogeriatría en el que se tratará del estado de la asistencia psicogeriatría en España y la psicología y psicopatología del anciano, desarrollándose además varios simposios sobre avances en terapéuticas, aceptándose temas libres y posters.

El Comité organizador lo preside el catedrático de Psiquiatría Profesor D. Antonio Rodríguez López, siendo su vicepresidente el Dr. Fernando Jiménez Herrero y Secretario el Prof. Raimundo Mateos Álvarez.

Más información puede solicitarse a la Secretaria científica del Congreso en Cátedra de Psiquiatría, Universidad de Santiago, Hospital Clínico Universitario, Servicio de Psiquiatría. Santiago de Compostela, Tel. y fax: 981 586 077.

La Secretaria Técnica para organización de viajes, reservas de alojamientos e inscripciones es Viajes Atlántico S.A. Plaza de Fuenterrabia 3, Santiago de Compostela 157002. Tels. 981 572 880 y 981 572 867, Fax: 981 561 951