



## CARTA AL EDITOR

### Ictus en pacientes muy mayores

#### *Stroke in the very old*

Sr. Director:

Con el propósito de contribuir al debate científico, quisiéramos expresar nuestra opinión sobre un artículo publicado recientemente en otra revista científica por Ramírez-Moreno et al<sup>1</sup> sobre pacientes muy mayores con ictus.

Como geriatras del mismo centro asistencial que los autores del estudio (y no participantes en el mismo) debemos indicar que nos parece muy interesante que se aborde el tema del ictus en las personas muy mayores y que se investigue la mejor forma de actuar en ancianos que sufren esa prevalente e incapacitante patología. Claro está que cuanto mejor realizada esté la investigación, más válidos y concluyentes serán los resultados, y más extrapolables. Pensamos que dichas circunstancias no se dan en el citado estudio, por lo que nos gustaría hacer algunos comentarios sobre éste.

Partimos de un estudio que, como los propios autores reconocen, está fundamentalmente limitado por la muestra utilizada: es una muestra insuficiente (si consideramos una prevalencia de ictus en personas mayores de 84 años del 10% y aceptamos un nivel de error  $\alpha$  del 0,05 y  $\beta$  del 20%, sería necesario contar con al menos 63 pacientes en cada grupo); además, la muestra está claramente desequilibrada entre los grupos (2:1) y no se ha realizado una aleatorización de los sujetos.

Por otro lado, debemos recordar que los pacientes geriátricos (PG) se caracterizan por presentar conjuntamente pluripatología, dependencia o alto riesgo de desarrollarla y condicionantes mentales o sociales que se interrelacionan con los problemas médicos. Respecto a la pluripatología, en el trabajo se realiza la valoración de la comorbilidad de forma individual para determinadas patologías, y no de forma global o conjunta, como se hace habitualmente (por ejemplo mediante el índice de comorbilidad de Charlson<sup>2</sup>); además no se incluyen entre las características basales de la muestra patologías prevalentes o altamente incapacitantes en el anciano, como problemas osteoarticulares, insuficiencia cardíaca o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (no valorables, estos últimos, únicamente por la existencia de una radiografía de tórax patológica o no). Respecto a la situación funcional, debemos indicar que en el trabajo, ésta se valora mediante la escala de Rankin, siendo en este grupo de edad más útil el uso de otras escalas más sensibles, como el índice de Barthel<sup>3-5</sup> (que en pacientes con ictus tiene validez predictiva de mortalidad, reingreso hospitalario y ubicación al alta<sup>5</sup>, así como de los costes<sup>6</sup>). Por último, respecto a la situación social, debe resaltarse que no se aporta ningún dato, ni del porcentaje de institucionalización previa, que tan importante es para conocer aunque sea indirectamente el perfil de los pacientes, ni sobre el

nivel sociodemográfico o la existencia de red social de apoyo. Todo esto supone que el supuesto de homogeneidad en las características de los grupos quede claramente en entredicho, pues sólo se hace una evaluación parcial de determinadas características de los sujetos y no se valora a los pacientes siguiendo los estándares de la valoración geriátrica integral (herramienta imprescindible para evaluar a esta población)<sup>4</sup>, la cual permitiría una mejor tipificación de éstos.

Nuestro complejo hospitalario está formado por dos hospitales, con dos servicios de urgencias desde los que se ingresan a los pacientes en los diferentes servicios según sus patologías y características. A la unidad de geriatría (ubicada en diferente hospital que la de neurología) se derivan los PG, por lo que los pacientes muy mayores con ictus que cumplen las características de PG suelen ingresarse en dicha unidad y, si no hubiese camas libres, en medicina interna. El hecho de que en el período de captación de la muestra se ingresase a sólo un tercio de ésta en la unidad de neurología (UN) apoya la existencia de diferencias en las características de los pacientes ingresados. Parece obvio, por tanto, y como reconocen los autores, que la falta de aleatorización es una importante limitación del estudio.

Respecto a la mayor exhaustividad diagnóstica, es habitual, en general, que a los pacientes que ingresan en servicios médicos más especializados se les realice un proceso diagnóstico más completo que a los de servicios médicos generalistas (es válido para neurología, como en este caso, y también para el resto de las especialidades, como cardiología —más ecocardiogramas—, digestivo —más endoscopias—, neumología —más bronoscopias—, etc.). Dada la avanzada edad de la población incluida en este estudio creemos que realmente lo que habría que preguntarse es si la exhaustividad diagnóstica ha conllevado una diferente actitud terapéutica como consecuencia de ella. Es decir, si se han indicado más endarterectomías o si se ha anticoagulado más en un grupo que en otro fruto de dichas pruebas.

Otro aspecto a comentar es el de la estancia media (EM). No sabemos si ésta es la EM bruta o la depurada, sin casos extremos, y esto tiene su importancia. Más aún al observar en la figura 1 del artículo cómo en el grupo otros servicios (MIG) hay un caso con 124 días de estancia. Por otro lado, hay que indicar que en la unidad de geriatría, en el período analizado, se realizaba recuperación funcional de las secuelas de ictus (en los pacientes candidatos a ello) en el área de hospitalización de agudos, al no contar como en la actualidad con una unidad de recuperación funcional. Este hecho claramente repercute en la EM, como se expresa en una reciente publicación sobre la casuística de nuestra unidad<sup>7</sup>.

Por último, aunque habría otros aspectos para comentar, como el de las complicaciones, nos referiremos al resultado más sorprendente del estudio, la diferencia en la tasa de institucionalización, especialmente porque en nuestra unidad de geriatría se planifica el alta de forma multidisciplinaria (médico, personal de

enfermería y trabajadora social) desde el ingreso, buscándose la mejor ubicación al alta. Según datos de nuestra casuística, en los años 2002 y 2003<sup>7</sup> un 24% de los ingresados con diagnóstico de ictus y mayores de 83 años procedían de residencia. Dado que no se aportan datos sobre el domicilio previo al ingreso, no podemos contrastar las cifras. De todas formas pensamos que debe haber algún error al reflejar los resultados, pues hay diferencias incluso entre los propios datos del artículo: en el resumen se indica un porcentaje de institucionalización al alta del 5,6% en la UN frente al 28,8% en el MIG, mientras que en el texto es del 10,5% en la UN y del 29,1% en el MIG. Posiblemente la menor estancia en la UN facilite inicialmente el alta al domicilio, aunque habría que ver si esta ubicación se mantiene a medio plazo (la tasa de institucionalización se evalúa de forma adecuada recogiendo a partir de un período de tiempo tras el alta).

En conclusión, pensamos que si bien el estudio referido sirve para demostrar el interés por investigar en este grupo de pacientes muy mayores, por la pobre metodología del estudio sus conclusiones no son válidas ni concluyentes, y que los resultados sólo sirven para objetivar algunos aspectos del manejo de los ictus en personas muy mayores en el ámbito local.

Recientemente se ha publicado en esta revista otro estudio sobre pacientes mayores de 80 años con ictus<sup>8</sup>, también realizado por neurólogos, confirmando el actual interés científico por optimizar el abordaje de esta patología. Es también un estudio retrospectivo, centrado en estratificar los factores de riesgo asociados al ictus isquémico, en el que se compara a los pacientes según la edad (80 años o más/menos de 80 años). Es de resaltar, como hacen los autores, el bajo número de pacientes de 80 años o más de la muestra (12,5%), achacándolo a que los pacientes añosos que presentan pluripatología en su centro habitualmente ingresan en el servicio de medicina interna. Los resultados del trabajo refuerzan la idea de que es fundamental optimizar el manejo y control de los factores de riesgo, especialmente de la fibrilación auricular, en cuyo manejo a veces podemos caer en el ageísmo, al no utilizar todos los recursos terapéuticos disponibles a nuestro alcance (principalmente la anticoagulación oral).

En definitiva parece necesario, como también sugieren los autores del último trabajo referenciado, diseñar estudios prospec-

tivos que analicen la mejor forma de actuar en ancianos que sufren esta prevalente e incapacitante patología. Pero si de verdad queremos avanzar en el conocimiento científico, pensamos que dichos estudios deben realizarse con una metodología adecuada y de forma (realmente) multidisciplinaria.

## Bibliografía

1. Ramírez-Moreno JM, Falcón A, Luengo-Álvarez J, Mohedano J, Gómez-Gutiérrez M, Caballero M, et al. Ictus en pacientes muy mayores. Análisis comparativo entre una unidad de neurología y otros servicios de medicina. *Neurología*. 2008;23:288-93.
2. Charlson M, Pompei P, Alessi KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chron Dis*. 1987;40:373-83.
3. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Med State Med J*. 1965;14:61-5.
4. Gómez Pavón J, coordinador. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Madrid, junio 15-16, 2007. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42:15-56.
5. Baztán JJ, Pérez del Molino 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.
6. Caro JJ, Huybrechts KF, Kelley HE. Predicting treatment costs after acute ischemic stroke on the basis of patient characteristics at presentation and early dysfunction. *Stroke*. 2001;32:100-6.
7. González-Guerrero JL, Alonso-Fernández T, Gálvez N, García-Mayolín N. Influencia de la dependencia funcional en la casuística de una unidad de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43:139-45.
8. González Hernández A, Fabre Pi O, López Fernández JC, Platero Román M, Cabrera Hidalgo A, Mendoza Grimón MD. Factores de riesgo, etiología y pronóstico en pacientes mayores de 80 años con accidente cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;4:366-9.

José Luis González-Guerrero \*, Enrique Jaramillo y Teresa Alonso-Fernández

Unidad de Geriatría, Complejo Hospitalario de Cáceres, Cáceres, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jlglez@teleline.es (J.L. González-Guerrero).