

Encuesta sobre los factores que son considerados al alta por médicos de las unidades de ACV en la Argentina

Gerardo Candoni¹, Federico Scaminaci-Russo² y Juan Cirio¹

¹ Clínica La Sagrada Familia. Buenos Aires, Argentina

² Profesional independiente. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Introducción: los pacientes que reciben atención de las unidades de accidente cerebrovascular tienen más probabilidades de sobrevivir a él, volverse independientes y regresar al hogar. La toma de decisiones para determinar el lugar del alta se ve más influenciado por factores no clínicos que clínicos.

Objetivo: analizar los factores que se consideran para dar el alta y la manera en que son medidos los pacientes con ACV por los médicos que toman las decisiones en las unidades de ACV en la Argentina.

Materiales y métodos: se realizó un estudio observacional, analítico, transversal del tipo encuesta. Se utilizaron las recomendaciones dadas por la *Checklist for Reporting of Survey Studies*. La encuesta estuvo destinada a todos aquellos médicos en la Argentina que trabajan en las unidades de ACV y que influyen en la toma de decisiones del alta.

Resultados: ochenta y dos médicos completaron la encuesta. La mayoría de ellos ejerce en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (42,68%), seguida por Buenos Aires (26,82%) y Córdoba (8,53%). Los principales factores considerados al alta de internación fueron la función previa al ACV (96,34%), la situación habitacional (92,68%) y las comorbilidades (86,58%). El 68,29% indicó que recibe presión para dar el alta.

Conclusión: la mayoría de los encuestados mencionó que considera casi todos los factores pronósticos al momento de realizar la derivación, salvo el género. Además, gran parte de la muestra informó presión institucional para dar el alta.

Palabras clave: encuestas y cuestionarios, evaluación de procesos y resultados, cuidados de salud, alta del paciente, reglas de decisión clínica, accidente cerebrovascular.

ABSTRACT

Introduction: Patients receiving care in stroke units are more likely to survive their stroke, become independent, and return home. Discharge decision-making is more influenced by nonclinical factors than clinical factors. This study aimed to analyze the factors considered in discharge decisions and how stroke patients are assessed by physicians who make decisions in stroke units in Argentina.

Materials and methods: An observational, analytical, cross-sectional survey study was conducted. The recommendations provided by the Checklist for Reporting of Survey Studies were used. The survey was addressed to all physicians in Argentina who work in stroke units and who influence discharge decisions.

Results: Eighty-two physicians completed the survey. The majority of them practice in Buenos Aires

Autora para correspondencia: gerardocandoni@gmail.com, Candoni G.

Recibido: 21/05/2025 Aceptado: 10/12/2025

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i4.1271>

Cómo citar: Candoni G, Scaminaci-Russo F, Cirio J. Encuesta sobre los factores que son considerados al alta por médicos de las unidades de ACV en la Argentina. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2025;45(4):e0001271

(CABA) (42.68%), followed by Buenos Aires (26.82%), and Córdoba (8.53%). The main predictors of hospital discharge considered were function prior to the stroke (96.34%), living conditions (92.68%), and comorbidities (86.58%). 68.29% indicated they receive pressure to be discharged.

Conclusion: The majority of respondents mentioned that they consider almost all prognostic factors when making a referral, except for sex. Furthermore, a large part of the sample reported receiving pressure to discharge.

Keywords: surveys and questionnaires, process and outcome evaluation, health care, patient discharge, clinical decision-making, stroke.

INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular (ACV) se caracteriza clásicamente como un déficit neurológico atribuido a una lesión focal aguda del sistema nervioso central por una causa vascular que incluye infarto cerebral, hemorragia intracerebral y hemorragia subaracnoidea¹. En 2016, hubo 80,1 millones de casos prevalentes de ACV en todo el mundo². Se estima que la prevalencia ajustada de ACV en la Argentina es de 1974 cada 100 000 habitantes mayores de 40 años, y es mayor en hombres que en mujeres³.

En los últimos años ha emergido el concepto de unidad de ACV, la cual se caracteriza por presentar un equipo multidisciplinario que incluye personal de enfermería especializado donde se atiende exclusivamente a pacientes con ACV⁴. Se ha demostrado que los pacientes que reciben atención de las unidades de ACV tienen más probabilidades de sobrevivir al ACV, volverse independientes y regresar al hogar⁴. Con respecto a este último aspecto, los pacientes y sus familias deben participar plenamente en la planificación del alta y poder elegir y tomar decisiones tanto del momento como de los servicios recibidos⁵. Se deben tener en cuenta las opiniones, necesidades de los cuidadores y proporcionar formación⁵.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), en el ámbito público comenzó a funcionar la primera unidad de ACV en el año 2015⁶. Se debe considerar la incorporación al sistema de red de la ciudad de centros con capacidad de rehabilitación para el tratamiento del ACV desde etapas subagudas⁶.

En los últimos años se han descripto múltiples factores predictores del lugar de alta, ya sea su hogar o un centro de rehabilitación como principales opciones. Becker y cols. hallaron que la discapacidad previa al ACV, más que la gravedad de este, es el predictor más potente del destino del alta⁷. Sin embargo, Thorpe y cols. hallaron que el grado de independencia y la gravedad de la lesión son los factores determinantes del lugar del alta⁸. Por otro lado, otros factores demostraron que pueden desempeñar un papel al momento del alta, como su estado civil, la situación habitacional previa al evento, el estado cognitivo al alta, la ausencia de patologías previas, el uso de la ventilación mecánica durante la internación, el ingreso en la terapia intensiva y la forma de alimentación^{9,10}. Otro factor de relevancia es la presión del sistema de salud por

liberar camas y esto podría provocar que algunos pacientes pierdan oportunidades de recuperación¹¹.

Según nuestro conocimiento, el único antecedente que hay en la literatura que evalúa los factores de aquellos que toman decisiones en la planificación del alta de las personas con ACV fue realizado en la región del noreste de Estados Unidos. La mayoría de los encuestados fueron enfermeros y trabajadores sociales, y se halló que los factores no clínicos tienen más influencia que los clínicos¹². Sin embargo, en la región de Latinoamérica, no hay datos acerca de cuáles son los factores considerados por los médicos que toman decisiones al momento del alta en unidades de ACV.

Los hallazgos de este estudio podrían aportar información clave para la planificación de políticas sanitarias y el desarrollo de guías de práctica clínica adaptadas al contexto regional. La identificación de predictores que influyen en la decisión de alta tras un ACV podría permitir diseñar protocolos que mejoren la estandarización del sistema de altas, disminuyendo la incertidumbre en la toma de decisiones.

OBJETIVOS

Analizar los factores que se consideran para dar el alta y la manera en que son evaluados los pacientes con ACV en las unidades de ACV en la Argentina por los médicos que toman las decisiones.

Hipótesis

1. Los médicos de la CABA que cuentan con un servicio de rehabilitación tienen en consideración la mayoría de los predictores que son considerados al alta.
2. Los médicos de la CABA que cuentan con un convenio de derivación con centros de rehabilitación tienen en consideración la mayoría de los predictores que se valoran al alta al momento del alta.
3. Los médicos que trabajan en el sector público consideran más la situación económica del paciente al momento del alta.
4. Los médicos que trabajan en el sector privado informan haber recibido más presión que aquellos que trabajan en el sector público para dar el alta.
5. Los médicos que trabajan en unidades de ACV que cuentan con residentes/concurrentes/becarios consideran mayores predictores que los considerados al alta con herramientas estandarizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal. Para su informe se utilizaron las recomendaciones dadas por la *Checklist for Reporting of Survey Studies* (CROSS)¹³.

Características de la muestra

Se incluyó a todos aquellos médicos que ejerzan en la Argentina en unidades de ACV y que se encuentren a cargo del proceso de derivación de los pacientes internados. Se excluyeron todas las encuestas que tuvieran datos faltantes. El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico por bola de nieve.

Métodos de recolección de los datos

La encuesta de tipo *online* fue creada por los investigadores del presente estudio. Estuvo conformada por 36 ítems divididos en 2 secciones (Apéndice A); se creó en cada ítem una restricción para evitar que los encuestados lo dejaran sin responder. Aquellos que hubieran cumplido con todos los criterios de inclusión accedieron a ella.

Se realizó una prueba piloto previamente, al inicio del estudio, con el objetivo de evaluar la comprensión de la encuesta. Esta se llevó a cabo con cuatro expertos en el área. Se les entregó una hoja con preguntas orientadas a conocer las dificultades que encontraron al contestar la encuesta en general o alguna pregunta en particular (Apéndice B). Las modificaciones fueron realizadas a través del consenso entre los autores.

Administración de la encuesta

Se invitó a participar en el estudio, enviando la encuesta a través de diferentes jefes del sector de las unidades de ACV. La invitación se hizo extensiva a través de la invitación a diferentes sociedades médicas. La invitación contuvo el objetivo del estudio y su vínculo correspondiente para acceder a la encuesta, la cual fue enviada a través de la herramienta SurveyMonkey™.

El período en el cual se mantuvo el vínculo vigente fue de tres meses. Para evitar la participación múltiple de los participantes, la misma herramienta que se utilizó (SurveyMonkey™) impide la doble realización. Además, se aplicó una restricción en cada pregunta, evitando de esta forma que quedaran con respuestas sin contestar.

Tamaño muestral

El tamaño muestral incluido fue una muestra disponible fija, debido a que se invitó a todos los médicos que toman decisiones del alta de las personas con ACV de las unidades de ACV de la Argentina a participar de la encuesta.

Preparación del estudio

Previo a la activación del vínculo de la encuesta, se realizó un contacto durante todo el mes anterior con diferentes sociedades médicas argentinas, con el objetivo de aumentar el grado de conocimiento e interés de la encuesta al momento del inicio del estudio. El contacto

se realizó a través de diferentes medios (Facebook™, Twitter™ e Instagram™). El manual de procedimientos se encuentra en el Apéndice C.

Consideraciones éticas

Dado el carácter voluntario y anónimo del estudio, la firma del consentimiento informado de los participantes no fue requerida. En todo momento se conservó la protección de la identidad y los datos de los participantes del estudio, acorde con las normativas internacionales según lo establecido por la Declaración de Helsinki¹⁴. El estudio fue realizado luego de la aprobación por un Comité en Ética e Investigación de la Argentina.

Variables

Se recolectaron las siguientes variables: edad, género, nacionalidad, años de ejercicio profesional, establecimiento de ejercicio profesional, formación académica alcanzada, lugar de ejercicio profesional, importancia de las evaluaciones, trabaja con residentes/concurrentes/becarios, convenio de derivación, formación de posgrado en ACV, trabaja con un servicio de rehabilitación, toma de decisiones compartida, lugar de derivación, forma de evaluación, secuelas neurológicas, función previa al ACV, edad al momento del evento, nivel de independencia, red familiar, inestabilidad, factores psicológicos/psiquiátricos, disfunción cognitiva, situación habitacional, comorbilidades, complejidad del paciente, tiempo de internación, ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos/Usos de ventilación mecánica, género para el alta, cobertura de salud, servicio de rehabilitación, tiempo de sesión, situación económica, pronóstico de mejora, presiones para el alta, tipo de ACV y disfagia.

Además, a aquellos encuestados que marcaran la opción "sí" en: comorbilidades, secuelas neurológicas, factores psicológicos/psiquiátricos, disfunción cognitiva, nivel de independencia, inestabilidad, disfagia, se les habilitó una caja donde deberían explicar cuáles son los factores considerados o cómo evalúan los factores pronósticos.

Análisis de los datos

Las variables cuantitativas fueron descritas expresando la media y el desvío estándar cuando su distribución es paramétrica o mediana, e intervalo intercuartílico, cuando su distribución es no paramétrica. Las variables categóricas se expresaron como proporciones, además de sus valores absolutos correspondientes a cada categoría. Para el análisis de los datos se utilizó el programa Stata®, versión 15 (StataCorp, College Station, TX, USA). Para la corroboración de las hipótesis se utilizó la prueba de X² o la prueba exacta de Fisher según corresponda y se consideró como significativo un p valor de $\leq 0,05$.

Para el análisis de las respuestas "otra", "cuáles" y "forma de evaluar", fue utilizado un análisis de contenido deductivo¹⁵. Se codificó utilizando categorías predeterminadas que hayan sido informadas previamente en la literatura.

RESULTADOS

Prueba piloto

Cuatro expertos en las áreas participaron de la prueba piloto; todos eran de nacionalidad argentina y todos eran neurólogos. El resto de las variables demográficas se encuentran en la tabla 1.

Los cuatro expertos invitados a la prueba piloto completaron el cuestionario de entendimiento. Todos mencionaron cambios con respecto a la institución que estaba llevando la encuesta, el objetivo, el tiempo de duración, cambios semánticos, agregar más opciones de respuestas, preguntas y ejemplos y eliminación de preguntas. Las preguntas dirigidas a la especialidad médica, el género y el párrafo inicial fueron aquellas secciones en las que se sugirieron más modificaciones.

Características de los encuestados

En la figura 1 (diagrama de flujo) se describen la cantidad de encuestados finales y los motivos de exclusión.

Resultados descriptivos

En total se incluyeron las respuestas de 82 encuestados. La mediana y el rango intercuartílico de edad fueron de 44 años (36-52), mientras que los años de ejercicio profesional fueron 17 (RIQ 11-27). El resto de las características de los encuestados se encuentra en la tabla 2.

Principales hallazgos

Los principales factores considerados al alta por los encuestados para el alta de internación de personas con ACV se encuentran detallados en la tabla 3.

Hipótesis

1. Los médicos de la CABA que cuentan con un servicio de rehabilitación tienen en consideración mayores predictores que los considerados al alta.
No se evidenció asociación estadísticamente significativa (prueba exacta de Fisher, $p = 0,279$).
2. Los médicos de la CABA que cuentan con un convenio de derivación con centros de rehabilitación tienen en consideración mayores predictores que los considerados de alta.
No se encontró asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 (1) = 1,2464$, $p = 0,264$).

3. Los médicos que trabajan en el sector público consideran más la situación económica del paciente al momento del alta.
No se evidenció asociación estadísticamente significativa (prueba exacta de Fisher, $p = 0,630$).
4. Los médicos que trabajan en el sector privado informan haber recibido más presión que aquellos que trabajan en el sector público para dar el alta.
No se encontró asociación estadísticamente significativa (prueba exacta de Fisher, $p = 0,144$).
5. Los médicos que trabajan en unidades de ACV que cuentan con residentes/concurrentes/becarios evalúan mayores predictores que los considerados al alta con herramientas estandarizadas.
No se evidenció asociación estadísticamente significativa (prueba exacta de Fisher, $p = 1,000$).

DISCUSIÓN

Casi el 70% informó haber recibido presión para dar el alta; además, los principales factores considerados fueron: la función previa al ACV, la situación habitacional, las comorbilidades, la red familiar, las secuelas neurológicas, el nivel de independencia al alta y la cobertura de salud. Además, el lugar de atención, la presencia de convenios, la región geográfica ni la presencia de residentes/concurrentes/becarios se asocia con una mejor toma de decisiones al momento de elegir el destino del alta.

A pesar de que casi el 60% considera muy importante la evaluación a través de herramientas estandarizadas, existen factores pronósticos, los cuales no son evaluados de manera estandarizada o los realiza otro servicio.

La selección del lugar de derivación posterior al alta depende de factores clínicos y no clínicos en la Argentina. Magdon-Ismail y cols., en una encuesta realizada en hospitales del Noreste de Estados Unidos, describieron que la preferencia del paciente y la familia era más relevante que la opinión de otros profesionales de la salud¹². A diferencia de nuestros hallazgos, mencionan como principales factores para considerar el seguro del paciente, la calidad de las instalaciones posagudas, el pronóstico de mejoría y la gravedad del ACV¹².

Casi el 70% de los encuestados informó haber recibido presión para dar el alta. Dicha presión podría deberse a la necesidad de liberar camas e influir, potencialmente,

Tabla 1. Características de los expertos

	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4
Edad	33	49	57	46
Género	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Años de experiencia	4	24	32	19
Ejerce	Privado	Privado	Privado	Público y privado
Formación académica	RCB	Maestría	Maestría	Carrera de especialización
Lugar donde ejerce	CABA	CABA y Provincia de Buenos Aires	Córdoba	CABA

RCB: residencia, concurrencia y becariado; **CABA:** Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

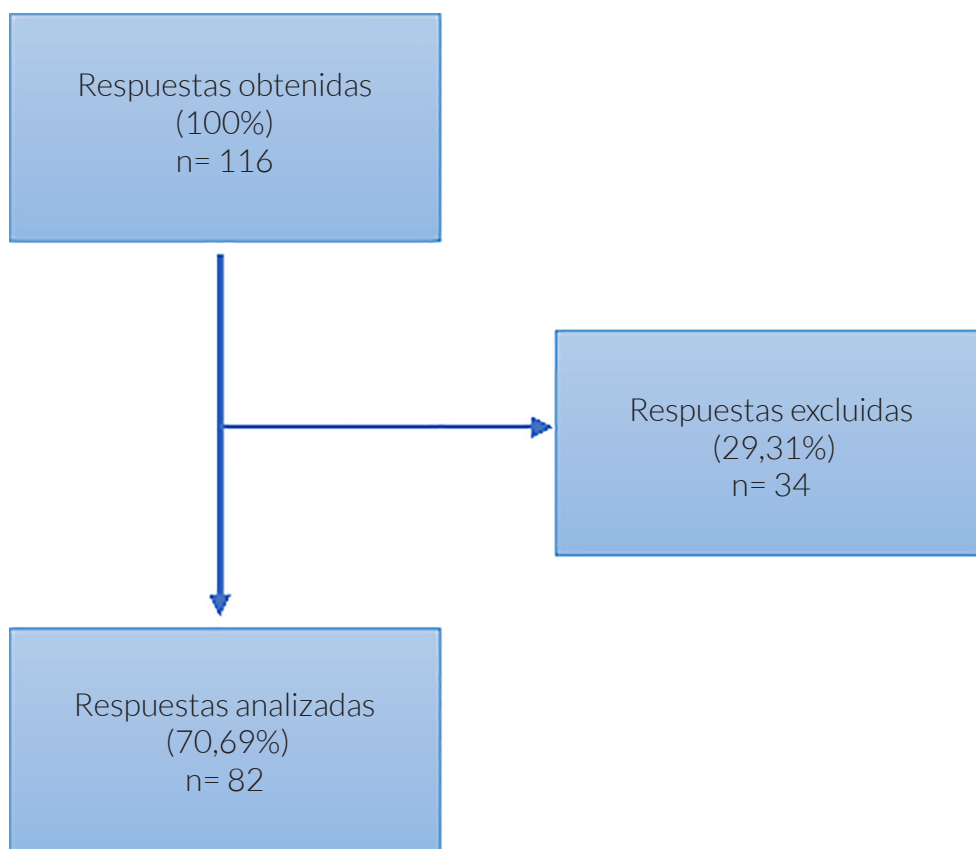


Figura 1. Diagrama de flujo.

en la recuperación del ACV¹¹. La rápida derivación puede generar un empeoramiento del cuadro de salud, lo que podría ocasionar una nueva internación¹⁶.

En tanto, Magdon-Ismail y cols. hallaron que casi el 55% informa presiones para dar el alta, valores más bajos que los nuestros. Sin embargo, debemos tener en cuenta que la muestra de Magdon-Ismail y cols. estuvo compuesta en su totalidad por profesionales no médicos, en su mayoría de género femenino, no todos trabajaban en una unidad de ACV pero con similitud en la cantidad de años de experiencia¹².

El comportamiento de las diferentes especialidades médicas puede deberse a múltiples factores, uno de ellos podría ser la falta de entrenamiento en la formación de grado sobre el cuidado de las personas con discapacidad¹⁷. Actualmente, las habilidades en el manejo de las personas con discapacidad serían poco apreciadas en la formación médica¹⁸. Lee y cols. refirieron que el alcance de la capacitación en competencias sobre discapacidad varía entre los programas médicos y la mayoría muestra oportunidades limitadas para una comprensión profunda de la discapacidad¹⁹. Además, según la perspectiva de las personas con discapacidad, recomiendan cambios en el formato y el contenido de las sesiones en la formación médica, así como también áreas específicas de conocimiento que deberían mejorarse²⁰.

Limitaciones y fortalezas

Al ser un estudio del tipo encuesta, podría haberse generado un sesgo de selección ya que las personas con más edad es menos probable que usen dispositivos móviles para contestar la encuesta. También, deben considerarse estos resultados con precaución por el posible sesgo de cortesía que se generaría en las respuestas de los encuestados. La utilización de una herramienta no validada, como la encuesta generada por los autores, puede causar que no mida lo que se pretende medir. El sesgo de recuerdo también puede influir en los resultados obtenidos. A pesar de haber contactado a la Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación y de haber sido promocionada la encuesta por dicha entidad, ningún médico fisiatra contestó la encuesta; aun cuando es la especialidad médica que se dedica a rehabilitación, esto podría afectar la representatividad de los resultados obtenidos. Al no tener un censo de cuántos profesionales médicos trabajan en entidades que cuentan con unidades de ACV en la Argentina, no es posible determinar la tasa de respuesta. Por último, debido al pequeño tamaño muestral, no se pudo realizar un análisis de cada factor predictor según el nivel de formación y región geográfica; sumado a esto, el muestreo por tipo de bola de nieve determina que la generalización de los resultados debe hacerse con mucha precaución.

Tabla 2. Características de los encuestados

Variablen	n(%)	Variablen	n(%)
Género		Trabaja con RCB	
Femenino	35 (42,68)	Sí	72 (87,8)
Nacionalidad		Servicio de rehabilitación	
Argentina	78 (95,12)	Sí	76 (92,68)
Paraguaya	2 (2,43)	Decisiones compartidas	
Ecuatoriana	2 (2,43)	No	49 (59,75)
Especialidad		Lugar de derivación	
Neurología	41 (50)	Centro de rehabilitación	51 (62,19)
Neurocirugía	36 (43,9)	Egreso al hogar	18 (21,95)
Intensivista	3 (3,65)	Internación domiciliaria	8 (9,75)
Médico Clínico	2 (2,43)	Hospital de día	3 (3,65)
Formación académica		Consultorio externo	2 (2,43)
Carrera de especialización	44 (53,65)	Convenio	
RCB	16 (19,51)	No	47 (57,31)
Maestría	10 (12,19)	Grado de importancia de la evaluación estandarizada	
Curso de posgrado	7 (8,53)	Muy importante	48 (58,53)
Doctorado	3 (3,65)	Importante	32 (39,02)
Carrera de grado	2 (2,43)	Algo	2 (2,43)
Ejerce		Evaluación realizada	
Privado	33 (40,24)	Evaluación clínica	28 (34,14)
Público	11 (13,41)	Herramienta estandarizada	4 (4,87)
Ambos	38 (46,34)	Ambas	47 (57,31)
Formación en ACV		No evaluó	3 (3,65)
Sí	82 (100%)	Presión para el alta	
Ejerciendo *		Sí	56 (68,29)
CABA	35 (42,68)		
Buenos Aires	22 (26,82)		
Córdoba	7 (8,53)		
Santa Fe	5 (6,09)		
Entre Ríos	3 (3,65)		
Chaco	3 (3,65)		
Corrientes	3 (3,65)		
San Luis	3 (3,65)		
San Juan	3 (3,65)		
Neuquén	3 (3,65)		

*Más de una respuesta era posible,

RCB (Residencia-concurrencia-becariado); **CABA** (Ciudad Autónoma de Buenos Aires),

Por otro lado, las fortalezas del presente estudio fueron: 1) contar con un manual de procedimientos generó que la calidad del dato obtenido fuera mayor, 2) la realización de una prueba piloto sirvió para mejorar la comprensión, 3) la difusión de la encuesta se realizó por múltiples redes sociales y medios, 4) el cargado de datos por una plataforma digital evitó el error de tipeo, 5) el uso de una encuesta anónima podría evitar el sesgo de discapacidad social, 6) el uso de una plataforma que impide cargar los datos por duplicado evitó la contestación múltiple y 7) el uso del CROSS.

Generabilidad

Según nuestro conocimiento, este es el primer estudio del tipo encuesta realizado en la región de Sudamérica. Si bien solo el 70% de las respuestas se pudo analizar, no se puede hacer la comparativa con el estudio de Magdon-Ismail¹², debido a que no se sabe hasta el día de la fecha la cantidad exacta de unidades de ACV con las que cuenta la Argentina. Consideramos que deben interpretarse con precaución estos resultados por el mayor porcentaje de neurólogos de la CABA.

Tabla 3. Factores predictores considerados por los encuestados

Categoría	Variable	n (%)	
Factores clínicos	Función previa	79 (96,34)	
	Comorbilidades	71 (86,58)	
	Cuáles fueron consideradas*	29 (40,84)	
		Cardiovasculares	23 (32,39)
		Diabetes	11 (15,49)
		Disfunción cognitiva	11 (15,49)
		Nivel de dependencia previo	11 (15,49)
		Capacidad respiratoria	8 (11,26)
		Secuelas motoras previas por un ACV	7 (9,85)
		Obesidad	7 (9,85)
		Requerimientos médicos/enfermería	4 (5,63)
		EPOC	4 (5,63)
		Patología degenerativa de columna	3 (4,22)
		Desnutrición	3 (4,22)
		Amputaciones	2 (2,81)
		Expectativa de vida	2 (2,81)
		Alteraciones en la coagulación	2 (2,81)
		Inestabilidad	2 (2,81)
		Polifarmacia	2 (2,81)
		Depresión	2 (2,81)
		Cáncer	2 (2,81)
		Alteraciones del lenguaje	2 (2,81)
		Requerimiento de apoyo respiratorio	2 (2,81)
		Requerimiento de apoyo de alimentación	2 (2,81)
		Enfermedades neurodegenerativas	2 (2,81)
		Secuelas neurológicas	79 (96,34)
		Cómo evalúa*	
		No evalúa/Lo hace otro servicio	56 (70,88)
		Escala de Rankin	16 (20,25)
		NIHSS	12 (15,18)
		Escala GOS	3 (3,79)
		Escala Karnofsky	3 (3,79)
		Índice de Barthel	2 (2,53)
	Eq5D	2 (2,53)	
	MoCA	2 (2,53)	
	Tipo de ACV	56 (68,29)	
	Inestabilidad	69 (84,14)	
	Cómo evalúa*		
	No evalúa/Lo hace otro servicio	62 (89,85)	
	Berg Balance Scale	4 (5,79)	
	Prueba de Romberg	3 (4,34)	

(continúa)

(continuación tabla 3)

Categoría	Variable	n (%)
	Pronóstico de mejora	71 (86,58)
	Disfagia	72 (87,80)
	Cómo evalúa*	
	No evalúa/Lo hace otro servicio	53 (73,61)
	GUSS	10 (13,88)
	Videodeglución	5 (6,94)
	IDDSI	2 (2,77)
	Blue test	2 (2,77)
	FEES	2 (2,77)
Otros factores clínicos	Edad	63 (76,82)
	Sexo	9 (10,98)
	Tolerancia a la terapia	59 (71,95)
	Complejidad del paciente	78 (95,12)
Factores cognitivos	Disfunción cognitiva	76 (92,68)
	Cómo evalúa*	
	No evalúa/Lo hace otro servicio	56 (73,68)
	MoCA	15 (19,73)
	Mini Mental State Examination	10 (13,15)
	Prueba del reloj	2 (2,63)
Factores funcionales	Nivel de independencia	79 (96,34)
	Cómo evalúa*	
	No evalúa/Lo hace otro servicio	42 (53,16)
	Escala de Rankin	31 (39,24)
	Índice de Barthel	10 (12,65)
	Functional Independence Measure	2 (2,53)
Factores institucionales y administrativos	Situación habitacional	76 (92,68)
	Cobertura de salud	78 (95,12)
	Tiempo de internación	47 (57,31)
	Ingreso en UCI	50 (60,97)
	Servicio de rehabilitación	82 (100)
Factores socio-familiares	Red familiar	79 (96,34)
Factores psicológicos y psiquiátricos	Factores psicológicos/psiquiátricos	76 (92,68)
	Cómo evalúa*	
	No evalúa/Lo hace otro servicio	70 (92,10)
	Inventario de depresión de Beck	2 (2,63)
	Eq5D	2 (2,63)
	MoCA	2 (2,63)

*Más de una respuesta era posible.

ACV (Accidente cerebrovascular); **Eq5D** (EuroQol); **MoCA** (Montreal Cognitive Assessment); **UCI** (Unidad de Cuidados intensivos); **IDDSI** (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative); **FEES** (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing).

Implicaciones para la práctica

Casi el 60% de los médicos encuestados considera muy importante la evaluación de los factores predictores a través de herramientas estandarizadas. Sin embargo, en su mayoría existen factores que no se evalúan o los realiza otro servicio. Por esta razón, creemos que la toma de decisiones al momento de la derivación podría ser más eficiente si se tiene en cuenta la evaluación estandarizada en lugar de solo considerar el aspecto clínico. En el futuro se podrían implementar árboles de toma de decisiones con puntos de corte que determinen el mejor lugar para la derivación.

Implicaciones para la investigación

En el futuro se deberían investigar las razones por las cuales una parte de los médicos encuestados no realizan una evaluación comprensiva de los factores que son considerados al alta, o incluso si el desconocimiento o la falta de adaptación al castellano argentino de las escalas mencionadas influyen en la toma de decisiones, así como también el impacto económico que tiene la falta de protocolos para determinar la mejor elección para cada persona al momento de ser derivado.

CONCLUSIÓN

Este estudio exploratorio sugiere que la mayoría de los encuestados reciben presiones para otorgar el alta. Los factores mayormente considerados fueron la función previa al ACV, la situación habitacional, las comorbilidades, la red familiar, las secuelas neurológicas, el nivel de independencia y la cobertura de salud. En cambio, el lugar de atención, la presencia de convenios, o residentes/concurrentes/becarios y la región geográfica no se asociaron con una mejor toma de decisiones. Estos resultados son preliminares y deben confirmarse mediante estudios futuros con mayor tamaño muestral y con herramientas validadas.

Agradecimientos: los autores desean agradecer a Gabriel Persi, Marina Romano, María Laura Espinosa y Leonardo González por sus contribuciones.

Contribuciones de los autores: Análisis formal, Curación de datos (GC). Validación (GC, FSR). Conceptualización, Investigación, Redacción - Borrador original, Redacción - Revisión y edición (GC, FSR, JC).

Conflictos de intereses: los autores declaran no poseer conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

Financiamiento: los autores declaran que este estudio no recibió financiamiento de ninguna fuente externa.

REFERENCIAS

- Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013;44(7):2064-2089. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318296aeca>. Errata en: *Stroke*. 2019;50(8):e239. <https://doi.org/10.1161/STR.000000000000205>.
- Suraya A, Jenie RP, Widyaputra G, et al., eds. *Proceedings of the 1st World Conference on Health and Social Science (WCHSS 2022)*. Dordrecht: Atlantis Press; 2023. 176 p.
- Ameriso SF, Gomez-Schneider MM, Hawkes MA, et al. Prevalence of stroke in Argentina: a door-to-door population-based study (EstEPA). *Int J Stroke*. 2021;16(3):280-287. <https://doi.org/10.1177/1747493020932769>.
- Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(9):CD000197. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000197.pub3>. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;4:CD000197. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000197.pub4>.
- Rodgers H, Price C. Stroke unit care, inpatient rehabilitation and early supported discharge. *Clin Med (Lond)*. 2017;17(2):173-177. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.17-2-173>.
- González LA, Scollo S, Luraschi AN, et al. Red de ACV en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Primeros años de funcionamiento. Análisis de resultados, fortalezas y debilidades. *Neurol Argent*. 2020;12(4):216-222. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2020.08.002>.
- de Berker H, de Berker A, Aung H, et al. Pre-stroke disability and stroke severity as predictors of discharge destination from an acute stroke ward. *Clin Med (Lond)*. 2021;21(2):e186-e191. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0834>.
- Thorpe ER, Garrett KB, Smith AM, et al. Outcome measure scores predict discharge destination in patients with acute and subacute stroke: a systematic review and series of meta-analyses. *J Neurol Phys Ther*. 2018;42(1):2-11. <https://doi.org/10.1097/NPT.0000000000000211>.
- Stineman MG, Kwong PL, Bates BE, et al. Development and validation of a discharge planning index for achieving home discharge after hospitalization for acute stroke among those who received rehabilitation services. *Am J Phys Med Rehabil*. 2014;93(3):217-230. <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e3182a92bfb>.
- Treger I, Ring H, Schwartz R, et al. Hospital disposition after stroke in a national survey of acute cerebrovascular diseases in Israel. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008;89(3):435-440. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.11.001>.
- Luker JA, Bernhardt J, Grimmer KA, et al. A qualitative exploration of discharge destination as an outcome or a driver of acute stroke care. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:193. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-193>.
- Magdon-Ismail Z, Sicklick A, Hedeman R, et al. Selection of postacute stroke rehabilitation facilities: a survey of discharge planners from the Northeast Cerebrovascular Consortium (NECC) Region. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(16):e3206. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000003206>.
- Sharma A, Minh Duc NT, Luu Lam Thang T, et al. A consensus-based checklist for reporting of survey studies (CROSS). *J Gen Intern Med*. 2021;36(10):3179-3187. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06737-1>.
- Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ferney-Voltaire: AMM; 2024 [citado 2025 may 20]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
- Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008;62(1):107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>.
- Knutson Glette M, Kringeland T, Røise O, et al. Hospital physicians' views on discharge and readmission processes: a qualitative study from Norway. *BMJ Open*. 2019;9(8):e031297. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031297>.
- Marzolf BA, Plegue MA, Okanlami O, et al. Are medical students adequately trained to care for persons with disabilities? *PRIMER*. 2022;6:34. <https://doi.org/10.22454/PRIMER.2022.878147>.
- Smeltz L, Haverkamp SM, Meeks L. Aspiring to disability consciousness in health professions training. *AMA J Ethics*. 2024;26(1):E54-61. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2024.54>.
- Lee D, Pollack SW, Mroz T, et al. Disability competency training in medical education. *Med Educ Online*. 2023;28(1):2207773. <https://doi.org/10.1080/10872981.2023.2207773>.
- Pekmezaris R, Patel V, Herman P, et al. Experiences and recommendations from people with spinal cord injury following participation in a disability education session at an allopathic medical school: a qualitative study. *Spinal Cord Ser Cases*. 2023;9(1):28. <https://doi.org/10.1038/s41394-023-00582-6>.

APÉNDICE A. ENCUESTA

Estimado/a usted está siendo invitado/a a participar de forma voluntaria en la siguiente encuesta titulada “Encuesta sobre los factores predictores de alta de las unidades de ACV en Argentina”.

El objetivo del estudio es analizar los factores que son considerados para dar el alta y la manera en que son medidos los pacientes con ACV en las unidades de ACV en Argentina por los médicos que toman las decisiones.

El estudio es realizado desde la Clínica La Sagrada Familia, sus resultados serán utilizados con fines científicos y el tiempo que le tomará realizar la encuesta será de menos de 15 minutos.

En caso de acceder a participar, la encuesta será anónima y sus datos serán protegidos como lo dictamina la Ley 25326 (“Protección de los datos personales”), en concordancia con las normativas internacionales de acuerdo con lo establecido por la Declaración de Helsinki.

Usted podrá obtener más información acerca del estudio contactando al autor principal (Licenciado Candoni, Gerardo, matrícula nacional: 15784, número de contacto: 1132708207) o al Comité en ética e investigación de la Fundación Huesped (comitedebioetica@huesped.org.ar)

Criterios de inclusión

1. ¿Usted es médico/a o posee un título afín? **Sí | No**
2. ¿Actualmente se encuentra ejerciendo en Argentina en una unidad de ACV? **Sí | No**
3. ¿Usted toma la decisión del alta de sus pacientes de la unidad de ACV? **Sí | No**
4. ¿Cuál es su edad?
5. ¿Qué género se autopercibe? **Masculino | Femenino | No binario | Otro (especificar)**
6. ¿Cuál es su nacionalidad? **Argentina | Otro (especificar)**
7. ¿Cuántos años de ejercicio profesional tiene (contando desde el momento en que se matriculó por primera vez)?
8. ¿Cuál es la especialidad médica a la que se dedica en su práctica profesional? **Neurología | Médico clínico | Neurocirugía | Médico fisiatra | Otra (especificar)**
9. El establecimiento donde ejerce es: **Público | Privado | Ambos**
10. Indique su formación académica mayor alcanzada: **Carrera de grado | Curso de posgrado | Residencia-concurrencia-becario | Carrera de especialización | Diplomatura | Maestría | Doctorado | Posdoctorado**
11. ¿Realizó alguna formación de posgrado en ACV? **Sí | No**
12. Actualmente ¿en qué lugar del país se encuentra ejerciendo? (más de una opción es posible) **CABA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires) | Buenos Aires | Mendoza | Córdoba | Santa Fe | Misiones | Entre Ríos | La Pampa | Jujuy | Salta | Tucumán | Catamarca | Santiago del Estero | Tierra del Fuego | Santa Cruz | Chubut | Neuquén | Chaco | Río Negro | Corrientes | San Luis | San Juan | La Rioja | Formosa**
13. En el establecimiento donde trabaja, ¿trabajan con residentes y/o concurrentes y/o becarios? **Sí | No**
14. En el establecimiento donde trabaja, ¿existe un servicio de rehabilitación durante la internación (kinesiología, fonoaudiología, terapia ocupacional, fisiatría, etc.)? **Sí | No**
15. Si en la respuesta anterior la respuesta fue “sí”: la toma de decisiones para dar el alta en la unidad de ACV, ¿es compartida con el servicio de rehabilitación? **Sí | No**
16. Mencione el lugar a donde usted deriva la mayor cantidad de sus pacientes de una unidad de ACV **Centro de rehabilitación | Hospital de día | Internación domiciliaria | Consultorio externo | Egreso al hogar | Otro (especificar)**
17. La institución donde trabaja, ¿presenta un convenio de derivación con un centro de rehabilitación? **Sí | No**
18. Califique el grado de importancia: usted considera que tomar evaluaciones estandarizadas (rendimiento del paciente que se cuantifica de una manera específica y que no depende del juicio del evaluador para determinar la calificación) a sus pacientes para mejorar la toma de decisiones del alta en una unidad de ACV es: **Muy importante | Importante | Algo importante | Poco importante | No importante**
- B. Predictores considerados por el encuestado/a
19. Su evaluación, la realiza a través de: **Evaluación clínica | Herramienta estandarizada | Ambas | No evalúo**
20. ¿Considera importantes los antecedentes de ACV previo o la función previa al ACV para determinar el lugar del alta? **Sí | No**
21. ¿Considera importante la situación habitacional previa al ACV para determinar el lugar del alta (internación en otra institución, domicilio, etc.)? **Sí | No**
22. ¿Considera importante la presencia de comorbilidades para determinar el lugar del alta? **Sí | No**
23. Si en la opción anterior respondió “sí”, indique cuáles:
24. ¿Considera importante el sexo para determinar el lugar del alta? **Sí | No**
25. ¿Considera importante la cobertura de salud para determinar el lugar del alta? **Sí | No**
26. ¿Considera importante la situación económica para determinar el lugar del alta? **Sí | No**
27. ¿Considera importante la presencia de una red familiar (presencia de esposa/o, acompañamiento de un familiar, cuidador, etc.) para determinar el lugar del alta? **Sí | No**
28. ¿Considera importantes las escuelas neurológicas para determinar el lugar del alta? **Sí | No**
29. Si en la opción anterior indicó la opción “sí”, indique cómo lo evalúa:
30. ¿Considera importante la edad para determinar el lugar del alta? **Sí | No**

31. ¿Considera importantes los factores psicológicos/psiquiátricos (depresión, alucinaciones, impulsividad, etc) para determinar el lugar del alta? **Sí | No**
32. Si en la opción anterior indicó la opción “sí”, indique cómo lo evalúa:
33. ¿Considera importante el tipo de ACV para determinar el lugar del alta? **Sí | No**
34. ¿Considera importante la complejidad del paciente (imágenes diagnósticas, curaciones por úlceras, traqueostomía, etc) para determinar el lugar del alta? **Sí | No**
35. ¿Considera importante el tiempo de internación para determinar el lugar del alta? **Sí | No**
36. ¿Considera importante el ingreso a la unidad de cuidados intensivos/uso de asistencia ventilatoria durante la internación para determinar el lugar del alta? **Sí | No**
37. ¿Considera importante la disfunción cognitiva para determinar el lugar del alta? **Sí | No**
38. Si en la opción anterior respondió “sí”, indique cómo lo evalúa:
39. ¿Considera importante el nivel de independencia al momento del alta para determinar el lugar del mismo? **Sí | No**
40. Si en la opción anterior respondió “sí”, indique cómo lo evalúa:
41. ¿Considera importante la inestabilidad para determinar el lugar del alta? **Sí | No**
42. Si en la opción anterior respondió “sí”, indique cómo lo evalúa:
43. ¿Considera importante el pronóstico de mejora para determinar el lugar del alta? **Sí | No**
44. ¿Considera importante la disfagia para determinar el lugar del alta? **Sí | No**
45. Si en la opción anterior respondió “sí”, indique cómo lo evalúa:
46. ¿Considera importante la presencia de un servicio de rehabilitación (kinesiología, fonoaudiología, terapia ocupacional, etc.) en una unidad de ACV para determinar el lugar del alta? **Sí | No**
47. ¿Considera importante la posibilidad de tolerar una sesión de rehabilitación de 20/30 minutos como mínimo para determinar el lugar del alta? **Sí | No**
48. ¿Ha sufrido presiones para dar el alta de un paciente en una unidad de ACV? **Sí | No**

APÉNDICE B. CUESTIONARIO DE DIFICULTAD

- 1) ¿Tuvo alguna dificultad para comprender las preguntas de la encuesta?
 - 2) ¿En cuáles?
 - 3) ¿Por qué?
- Explique: -----
-

APÉNDICE C. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Introducción

La pregunta de investigación es ¿Cuáles son los factores que consideran y cómo son medidos por los médicos que toman decisiones de alta en las unidades de ACV de Argentina en personas con un ACV?

El objetivo es analizar los factores que son considerados para dar el alta y la manera en que son medidos los pacientes con ACV en las unidades de ACV en Argentina por los médicos que toman las decisiones.

Se incluirán a todos aquellos médicos que ejerzan en Argentina en unidades de ACV y que se encuentren a cargo del proceso de derivación de los pacientes internados. Se excluirá todas las encuestas que tengan datos faltantes.

Participantes/Roles

Participante	Roles
G.C.	Creación del cuestionario Prueba piloto Contacto con instituciones Activación del link de la encuesta Inactivación del link Procesamiento de los datos Informe
F.R.S.	Creación del cuestionario Prueba piloto Informe
J.C.	Creación del cuestionario Prueba piloto Informe Contacto con instituciones

Flujograma

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9
Creación del cuestionario	x								
Prueba piloto	x	x							
Contacto con la Sociedad Argentina de Neurología		x							
Activación del link de la encuesta			x	x	x				
Inactivación del link						x			
Procesamiento de los datos						x	x		
Informe								x	x

M: mes

Recursos

Gerardo Candoni pagó en el plan anual del *software* SurveyMonkey™.

Muestreo

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico por bola de nieve. A través del contacto y la difusión del enlace a través de los diferentes jefes de servicio, esta actividad fue realizada por Gerardo Candoni.

Reclutamiento

La invitación a participar será dada a la Sociedad Argentina de Neurología y los jefes de servicio de las unidades de ACV en Argentina. La invitación contendrá el objetivo del estudio y su vínculo correspondiente para acceder a la encuesta, la cual fue vía *online* a través de la herramienta SurveyMonkey™.

El período en el cual se mantiene vínculo vigente será de dos meses. Para evitar la participación múltiple de los participantes, la misma herramienta que se utilizó (SurveyMonkey™); impide la doble realización cuando se usa el mismo dispositivo.

Estandarización de procesos

1. Entrenamiento

Gerardo Candoni estará certificado en Buenas prácticas clínicas y ética de la investigación. A su vez, la misma persona se autoentrenará en la creación de encuestas en la plataforma SurveyMonkey™, esta última actividad durará dos horas.

Piloto

Previamente al inicio de la activación del enlace se llevará a cabo una prueba piloto con el objetivo de detectar la viabilidad y la comprensión de la encuesta; esta se llevará a cabo con cuatro expertos en el área. Se les entregará una hoja con preguntas orientadas a conocer las dificultades que encontraron al contestar la encuesta en general o con alguna pregunta en particular (Apéndice B). Las modificaciones fueron realizadas a través del consenso entre los autores.

Control de calidad

1. Obtención de datos

Para evitar la participación múltiple de los participantes, la misma herramienta que se utilizará (SurveyMonkey™) impide la doble realización cuando se usa el mismo dispositivo. Además, se aplicará una restricción en cada pregunta, evitando de esta forma que queden con respuestas sin contestar.

2. Carga de datos

Los datos serán guardados en la plataforma utilizada y una vez desactivado el enlace por Gerardo Candoni. Los datos de la opción “otro”, “cuáles” y “forma de evaluar” serán analizados según el análisis de contenido deductivo para luego ser exportados al *software* Stata®, versión 15 (StataCorp, College Station, TX, USA); esta última actividad será realizada por Gerardo Candoni y Federico Scaminaci Russo.

Validación de base de datos

Las respuestas que fueron elegidas por los encuestados serán cargadas directamente sobre la base de datos de la herramienta SurveyMonkey™, lo cual evitará posibles errores en el cargado de datos y de tipeo. Durante todo el proceso del procesamiento de los datos; Gerardo Candoni y Federico Scaminaci Russo contarán con un sistema de codificación. En el caso de que alguno de los datos recolectados no coincida con el sistema de codificación, ese dato se asignará como valor faltante, para evitar posibles sesgos en el análisis final. Todas las preguntas que se encontrarán en la encuesta son de llenado obligatorio, lo que evitará la presencia de datos faltantes.