

insuficiencia renal (IR) en > 90 años y menores. Valorar si la fórmula HUGE tiene el mismo valor pronóstico.

Metodología: Estudio de cohorte longitudinal prospectivo. Revisamos las características de pacientes > 70 años valorados en consulta externa en 2015-2016, a los que se les hizo seguimiento a un año. Se registraron datos sociodemográficos, comorbilidad y analíticas. Análisis SPSS 23.

Resultados: Cuatrocientos pacientes. Edad: $90 \pm 7,6$ años. Mujeres 65%. Sobreviven al año: 85%. Comorbilidades: HTA 78,5%, diabetes 32%, dislipemia 53%, insuficiencia cardíaca 20%, ACV 17%, cardiopatía isquémica 13,5%, hiperuricemia 20%.

En > 90 años: según CKD-EPI tenían función renal normal el 35,8%, insuficiencia leve-moderada el 53,5% y grave el 10,8%. Se evaluaron la S y la E comparando con CK-EPI: MDRW4: S 77,3%/E 100%. Cockcroft-Gault S 100%/E 10,7%. BIS1: S 100%/E 20,4%. Según fórmula HUGE, los pacientes con filtrados < 60-48,6% tenían un deterioro fisiológico asociado al envejecimiento.

En < 90 años: según CKD-EPI tenían función renal normal el 70%, insuficiencia leve-moderada el 28% y grave el 2%. Se evaluaron la S y la E comparando con CK-EPI: MDRW4: S 94%/E 100%. Cockcroft-Gault S 97%/E 65%. BIS1: S 100%/E 65%. Según fórmula HUGE, los pacientes con filtrados < 60-15% tenían un deterioro fisiológico asociado al envejecimiento.

HUGE se relaciona con la mortalidad anual ($p=0,003$) en > 90 años pero no en menores.

En < 90 años la presencia de HTA ($p=0,009$) e hiperuricemia se relaciona con el grado de IR ($p=0,03$); en > 90 años solo la hiperuricemia ($p=0,001$).

Analizando todo el grupo en conjunto: todas las fórmulas asocian IR con mayor edad ($p<0,001$) y con HTA ($p<0,02$). IR según BIS1 y CG se relaciona con IC ($p>0,01$) y con cardiopatía isquémica ($p=0,03$).

Conclusiones: Las fórmulas usadas habitualmente son más específicas para el grupo de pacientes más jóvenes, sobrestimando el diagnóstico de IR en los nonagenarios, por lo que consideramos recomendable utilizar de manera complementaria la fórmula HUGE. Además, en este grupo tiene valor pronóstico a un año.

Creemos que es útil el control de factores cardiovasculares más estricto en los pacientes más jóvenes, puesto que en estos el grado de IR está asociado a la presencia de HTA. Además, la IC y la cardiopatía isquémica también se relacionan con la presencia de insuficiencia renal.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.055>

OC-042

Hacia una cultura libre de contenciones

A. Torner Busquet, P. Romero Aznar, N. Sech Macias, I. Expósito, A. Nogué Planella, M. Mengual Martí

Mutuum, MPS, Barcelona, España

Objetivo principal:

- Disminución de las contenciones al aplicar el modelo de atención centrado en la persona y la Norma Libera-Care.

Objetivos específicos:

- Relacionar si una disminución de las contenciones físicas ha supuesto un incremento de las contenciones químicas.
- Relacionar el incremento de las caídas con la retirada de las contenciones físicas.

Metodología: En el año 2013 se firmó un acuerdo con la Fundación Cuidados Dignos, entidad creadora e impulsora de la norma. Formamos a nuestros profesionales para empezar a aplicar el nuevo modelo.

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal durante el año 2016/2017. Revisión de la historia clínica de pacientes atendidos durante el periodo de estudio.

Las variables analizadas fueron:

- Fecha de inicio y fecha de finalización de la contención (si es el caso).
- Tipo de contención y lugar de la contención (silla/cama).
- Voluntaria o restrictiva.
- MEC < 20.
- Barthel < 40.
- Tratamiento farmacológico con indicación de contención (antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos).
- Inicio o aumento de dosis de los fármacos considerados contención química una vez se ha retirado la contención física.
- Número total de caídas.

Resultados: Se revisaron 820 historias clínicas, de las cuales: 326 personas llevaban contenciones físicas (39,7%) durante el año 2016. A partir de la aplicación de la Norma Libera-Care, a un 32,2% se les retiraron (105 personas) durante el 2017. De las que se retiraron, en un 16,2% se hicieron cambios al alza en la contención química. El número de caídas aumentó en un 33%, pero las consecuencias fueron menos graves. El perfil de dependencia de las personas con contención se mantuvo.

Conclusiones: Tras analizar los datos, se observó que con la implementación del modelo disminuyó el uso de contenciones físicas, pero se evidenció que con su retirada había un incremento de la contención química. Respecto a las caídas, comprobamos que en los centros en los que se retiraban más contenciones aumentaba el número de caídas, pero sus consecuencias eran leves, tal y como indica la propia Norma Libera-Care.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.056>

OC-043

Disfagia: un nuevo síndrome geriátrico. Resultados preliminares

A. de Val Lafaja^a, A. López Forniés^a, R. Sanjuán Cuartero^a, A.B. Esteban Gimeno^b, T. Villar Sampio^b, C. Gorgas Soria^a

^a Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^b Centro de Salud de Tarazona, Tarazona, Zaragoza, España

Introducción: La disfagia está detrás de muchas de las infecciones respiratorias que tratamos. Supone la dificultad para tragar o deglutir los elementos líquidos o sólidos por afectación de una o más fases de la deglución. Los cambios del envejecimiento pueden favorecerla.

Objetivos:

- Descripción de las infecciones respiratorias registradas en unidad geriátrica de agudos (UGA).
- Relación con la presencia de disfagia y otros síndromes geriátricos.

Metodología: Estudio retrospectivo descriptivo-analítico de los pacientes ingresados en la UGA del 1 de febrero de 2017 al 1



de febrero del 2018. Variables: sexo, edad, estancia media, mortalidad, presencia de infección respiratoria, disfagia, desnutrición (mini-MNA), SPMSQ de Pfeiffer, escala de Cruz Roja, pluripatología, polimedicación, visitas a urgencias/ingresos repetidos al año, caídas, déficit sensorial, trastorno depresivo, deterioro cognitivo/demencia, delirium, insomnio, dolor, riesgo de UPP, enfermedad crónica, enfermedad terminal, estreñimiento, incontinencia, inmovilidad, sobrecarga del cuidador, destino al alta, valoración social (teleasistencia, SAD, residencia, prestación de dependencia, centro de día, comida a domicilio), Barthel. Manejo de los datos a través de paquete estadístico 23.0.

Resultados: 653 pacientes. 56,5% mujeres. Edad media: 87 años. Estancia media: 5 días. Mortalidad: 11%. Infección respiratoria 16,8%. Disfagia a líquidos 17%. Desnutrición 24%; en riesgo 27,9%. Pluripatológicos 40,5%. Polimedicación 58,5%. Ingresos repetidos/año 21,6%. Caídas previas 21,6%. Déficit sensorial 43,2%. Trastorno depresivo 14,41%. Deterioro cognitivo 41,4%. Demencia 19,81%. Delirium 19,81%. Insomnio 29,7%. Dolor 19,8%. Riesgo de UPP 9,9%. Enfermedad crónica 55,8%. Enfermedad terminal 5,4%. Estreñimiento 47,7%. Incontinencia 57,6%. Inmovilidad 41,4%. Sobrecarga del cuidador 7,2%. Viven solos 21,6%. Al alta 25,2% van a residencia. Relación estadísticamente significativa entre infección respiratoria y disfagia, deterioro cognitivo y claudicación familiar. Correlación positiva entre Barthel previo y al alta, entre Barthel y puntuación en mini-MNA, entre puntuación en SPMSQ al ingreso y al alta. Correlación negativa entre edad y número de fármacos prescritos, entre edad y Barthel, entre Barthel y puntuación en SPMSQ, entre puntuación en SPMSQ y mini-MNA y entre deterioro cognitivo y número de fármacos.

Conclusiones:

- Ante cualquier infección respiratoria debemos descartar disfagia en el anciano.
- Su tratamiento merece un enfoque multidisciplinar llevado a cabo de forma individualizada.
- Supone un criterio de terminalidad en demencia.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.057>

OC-044

Rehabilitación intensiva en el ictus: eficacia según edad y déficits al ingreso



O. Miralles Resina, J.M. Santiago Bautista, P.V. Perea Camargo, B. Fontecha Gómez, P. Ibañez Andrés, D.A. Castillo Soria, J. Tinoco González

Consorci Sanitari Integral - Hospital de L'Hospitalet, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Objetivos: Identificar diferencias de ganancia funcional según edad y déficits de base.

Método: Se estudiaron 77 pacientes (49 hombres, 63,6%); el 61% (47) > 65 años.

Se recogen edad, datos clínicos y funcionales: Barthel al ingreso (BI) y alta (BA), NIHSS al ingreso y alta, escala de independencia funcional (FIM), ingreso y alta.

La eficacia se evalúa mediante ganancia funcional (GF) (BA-BI) y el índice de ganancia, diferencia de porcentaje al alta y al ingreso: BI/Barthel máximo (100 × 100); BA/BMax (100 × 100). Mismos parámetros según FIM (FIM ingreso/FIM máximo (126 × 100; FIM alta/FIM máximo (126 × 100).

Se Establecen dos grupos: edad (<65 años, >65 años); NIHSS ingreso < 10 (61; 79%), > 10 (16; 21%).

Resultados: Edad media 67 años (± 11, 38-89), Rankin medio ingreso (± 1), alta 2 (± 1); NIHSS ingreso 7 (± 3), alta 5 (± 3);

BIngreso 49 (± 25), alta 73 (± 27); FIM media ingreso 69 (± 26); alta 92 (± 22).

Diferencia NIHSS al alta 1,97 (−2 a 9); ganancia funcional media Barthel: 24 (0-80); índice de ganancia Barthel media 50% ingreso (± 25), 75% alta (± 26).

Por edad: diferencias significativas en ganancia de FIM cognitivo alta (<65 años 2,38 (± 4,8); > 65 años 4,3 (4,87); p=0,013); e índice ganancia FIM ingreso (<65 años 62,3 (± 19); > 65 50,4 (± 21); p=0,013).

Respecto NIHSS, existen diferencias significativas en BI (<10: 55 ± 25; > 10: 32 ± 16); p=0,001); e índice ganancia BA (<10: 79 ± 23; > 10: 47 ± 20; p=0,03). Hay diferencias significativas en el índice de ganancia FIM al ingreso (<10: 59 ± 20, > 10: 38 ± 14; p=0,001) y al alta (<10: 77 ± 22, > 10: 55 ± 26, p=0,002).

Conclusiones: Todos los grupos presentaron parámetros de ganancia funcional con puntuaciones medias adecuadas.

Por edad, hay diferencias significativas en > 65 años en el índice de ganancia funcional FIM al ingreso y el valor de FIM cognitivo al alta. Presentan peor perfil de FIM al ingreso, con mayor secuela a nivel cognitivo.

Déficit por NIHSS: hay diferencias tanto en Barthel como en FIM al ingreso, con porcentaje peor de ganancia tanto en Barthel como en FIM al alta.

NIHSS al ingreso podría condicionar el pronóstico más que solo el criterio de edad.

El FIM resulta más sensible para medir ganancia que solo Barthel, además de incluir apartado cognitivo.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.058>

OC-045

Relevancia de la enfermedad respiratoria en nonagenarios y centenarios: ¿motivo de ingreso o comorbilidad?



A. Santos Gutiérrez, C.J. Romero Carrete, E. Francia Santamaria, M. Barceló Trias, D. Ruiz Hidalgo, O.H. Torres Bonafonte

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

Objetivos: Analizar la presencia de enfermedad respiratoria en pacientes ≥ 90 años que ingresan en nuestro hospital.

Método: Subanálisis de un estudio de casos y controles de pacientes centenarios. Estudio prospectivo de 2006 a 2016 de pacientes ≥ 100 años que ingresaban en el hospital. Por cada paciente centenario se incluyeron tres controles > 90 años. Se introdujeron variables sociodemográficas, comorbilidad, gravedad al ingreso y diagnóstico principal. Se evaluaron los pacientes con antecedente de enfermedad respiratoria crónica. Se evaluaron los perfiles de morbilidad respecto al antecedente de EPOC, definiéndose «survivors» los diagnosticados de EPOC antes de 80 años, «delayers» entre 80-100 años y «escapers» los mayores de 100.

Resultados: Se registraron 602 ingresos de pacientes de 90 o más años. La mayoría mujeres (74,75%), procedían de domicilio (17,4%) y presentaban APACHE 10,85 ± 4,14, índice de Charlson 1,6 ± 1,35. Los principales diagnósticos fueron: infección respiratoria 22,9% (138 pacientes), insuficiencia cardíaca descompensada 14,5% (87), infección urinaria 5,1% (31), accidente vascular cerebral 3,3% (20), fractura de fémur 2,6% (15).

De los 602 pacientes, 73 de ellos (12,1%) presentaban el antecedente de enfermedad respiratoria crónica. Las enfermedades respiratorias más importantes fueron: EPOC 44 pacientes (60,2%), asma/hiperreactividad bronquial 13 (17%), secuelas