

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 Santamaría, 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

de TBC 2 (0,02%), broncoaspiraciones de repetición 2 (0,02%), bronquiectasias 2 (0,02%), fibrosis pulmonar 1 (0,01%), síndrome de obesidad-hipoventilación 1 (0,01%).

Con respecto a los 44 pacientes con EPOC, la edad media fue  $93,97 \pm 3,24$  y el 65% eran varones. El índice de Charlson fue  $2,4 \pm 1,16$ , con un APACHE  $11,41 \pm 4,16$ . Según el perfil de morbilidad eran 28 (63%) *delayers*, 16 (36,36%) *survivors* y ningún *escaper*. Pruebas funcionales respiratorias presentes en 19 (43,18%) pacientes, con los siguientes resultados: VEMS(%)  $60 \pm 12,06$ , CVF(%)  $71,94 \pm 13,33$ , VEMS/CVF  $56,05 \pm 10,67$ .

**Conclusiones:** En los pacientes mayores de 90 años la infección respiratoria de vías bajas fue la causa más frecuente de ingreso hospitalario, la comorbilidad fue baja y la enfermedad respiratoria crónica estaba presente en el 12%. Más de la mitad de los pacientes con enfermedad respiratoria crónica tenían diagnóstico de EPOC, si bien solo en algo menos de la mitad se disponía de pruebas funcionales respiratorias que lo confirman. En estos pacientes el grado de obstrucción al flujo aéreo fue moderado.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.059>