



## 1755 - FACTORES DE RIESGO Y PRONÓSTICO EN PACIENTES CON DEMENCIA Y DISFAGIA NEURÓGENA TRAS UN PRIMER INGRESO POR NEUMONÍA ASPIRATIVA

José Luis Cuevas Corrales, Francisco Javier Flores Álvarez, Pablo Rosales García, Perla Rodríguez García y Elena Concejo Martínez

Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España.

### Resumen

**Objetivos:** La disfagia orofaríngea (DO) se define como un tránsito deficiente de alimentos o líquidos de la cavidad oral al esófago y supone un problema prevalente y grave entre los pacientes de edad avanzada, concretamente en aquellos que presentan deterioro cognitivo avanzado. Además, la DO puede causar complicaciones graves como desnutrición, deshidratación, infecciones respiratorias aspirativas y un aumento de los reingresos, la institucionalización y la morbilidad. Por ello, los objetivos de nuestro estudio fueron conocer características clínicas y demográficas de los pacientes con demencia y DO que ingresan por una neumonía aspirativa (NA) en un hospital de agudos (H. de Valme) y crónico (H. El Tomillar), describir la mortalidad a 1 año en esta población, así como comparar la mortalidad en función del grado fragilidad (VGI-Frail), desnutrición (albúmina sérica), deshidratación (Cociente U/Cr) y tipo de alimentación (espesantes o nutrición por SNG/PEG).

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico. Se incluyeron a todos los pacientes con DO asociada a demencia tras el primer ingreso por neumonía broncoaspirativa entre el 1 enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022. Se realizó un análisis univariante (xi cuadrado y t de Student) para descripción de los objetivos del estudio.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 142 pacientes en el estudio. La mediana de edad fue de 85 (79-90) años y 82 (57%) eran hombres. El grado de comorbilidad y fragilidad era avanzado, con un valor de índice de Charlson y VGI -Frail de 8 (6-9) y 0,59 (0,52-0,62), respectivamente, no existiendo diferencias significativas entre ambos hospitales. La mortalidad global al año fue del 97% (n = 140) en el periodo de seguimiento, siendo el 78,5% (n = 113) en el primer mes (la mediana de días desde el ingreso hasta el *exitus* fue de 17 (7-61) días). Hubo más mortalidad en los pacientes que ingresan en el Hospital del Tomillar (n = 92/113), si bien no se ha encontrado ninguna variable que haya mostrado significación estadística. En el análisis bivariante, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre mortalidad y fragilidad, desnutrición, deshidratación y tipo de nutrición, siendo los valores de p 0,761, 0,852, 0,754 y 0,543, respectivamente. Además, realizamos un análisis de supervivencia de Kaplan Meier sin obtener resultados significativos en las variables analizadas.

Variablen (%)	Casos (n = 142)
Sexo hombre	82 (56,9)
Edad, mediana (RIU)	85 (79-80)

<b>Comorbilidad</b>	
Índice de Charlson (RIU)	8 (6-9)
VGI- Frail (RIU)	0,59 (0,52-0,62)
Hipertensión arterial	113 (78,5)
Diabetes mellitus	54 (37,5)
Enfermedad pulmonar crónica	45 (31,3)
Enfermedad renal crónica	36 (25)
Accidente cerebrovascular	42 (29,2)
Neoplasia	22 (15,3)
<b>Deterioro cognitivo</b>	
Gravedad: Escala de Deterioro Global (GDS)	
GDS < 5	19 (13,2)
GDS ≥ 5	119 (82,6)
<b>Tipos de deterioro cognitivo</b>	
Enfermedad de Alzheimer	53 (36,8)
Demencia vascular	33 (22,9)
Demencia por cuerpos de Lewi	5 (3,5)
Demencia frontotemporal	3 (2,1)
Otras	20 (13,9)
Síndrome confusional agudo (durante ingreso)	46 (31,9)
<b>Tratamiento previo</b>	
Neurolépticos/Antipsicóticos	92 (63,9)
Antidepresivos	84 (58,3)
Benzodiazepinas	58 (40,3)
IECA/ARA2	67 (46,5)
IBP	78 (54,2)
<b>Adquisición de la infección</b>	
Comunitaria	93 (64,6)
Relación con asistencia sanitaria	19 (13,2)
Nosocomial	29 (64,6)
<b>Tipo de nutrición</b>	
Oral	135 (93,8)
Toma de espesantes	54 (37,5)
Sonda nasogástrica	6 (4,2)
Gastrostomía/Yeyunostomía percutánea	1 (0,7)
<b>Valores analíticos</b>	
Creatinina (mg/dl)	1,12 (0,84 -1,54)
Cociente urea/creatinina (UI)	58 (44-72)
Natremia (mEq/l)	142 (138-145)
Linfocitos (microlitros)	1.110 (655-1.575)
Proteínas totales (g/dl)	5,7 (5,4-6)
Albúmina (g/dl)	3 (2,66-3,30)

<b>Variables n (%)</b>	<b>n/N (%)</b>	<b>p</b>
Sexo hombre		
Sí	60/108 (55,6)	0,346
No	22/34 (64,7)	
Edad, mediana (RIU)	85 (79-80)	0,468
<b>Comorbilidad</b>		
Índice de Charlson (RIU)	8 (6-9)	0,985

VGI-Frail (RIU)	0,59 (0,52-0,62)	0,748
Hipertensión arterial		
Sí	86/108 (79,6)	0,694
No	26/34 (76,5)	
Diabetes mellitus		
Sí	42/108 (38,9)	0,707
No	12/34 (35,3)	
Enfermedad pulmonar crónica		
Sí	38/108 (35,2)	0,111
No	7/34 (20,6)	
Enfermedad renal crónica		
Sí	27/108 (25)	0,864
No	9/34 (26,5)	
Accidente cerebrovascular		
Sí	28/108 (25,9)	0,089
No	14/34 (41,2)	
Neoplasia		
Sí	19/108 (17,6)	0,218
No	3/34 (8,8)	
Síndrome confusional agudo (durante ingreso)		
Sí	35/106 (33)	0,855
No	11/33 (33)	
<b>Tratamiento previo</b>		
Neurolépticos/Antipsicóticos		
Sí	69/107 (64,5)	0,736
No	23/34 (67,6)	
Antidepresivos		
Sí	62/108 (57,4)	0,45
No	22/34 (64,7)	
Benzodiazepinas		
Sí	41/108 (38)	0,213
No	17/34 (50)	
IECA/ARA2		
Sí	50/108 (46,3)	0,706
No	17/34 (50)	
IBP		
Sí	56/106 (52,8)	0,225
No	22/34 (64,7)	
Toma de espesantes		
Sí	45/108 (41,7)	0,111
No	9/34 (26,5)	
<b>Valores analíticos</b>		
Cociente urea/creatinina (UI)	58 (44-72)	0,506
Natremia (mEq/l)	142 (138-145)	0,167
Linfocitos (microlitros)	1100 (655-1572)	0,831
Proteínas totales (g/dl)	5,7 (5,4-6)	0,261
Albumina (g/dl)	3 (2,66 -3,3)	0,416

*Conclusiones:* No se han encontrado variables que permitan anticipar el pronóstico en los pacientes que ingresan con NA, presentando esta patología una elevada mortalidad durante el ingreso y en una población potencialmente susceptible y con una fragilidad y comorbilidad avanzada. Se deben realizar nuevos estudios con un mayor seguimiento evolutivo de los pacientes, siendo interesante evaluar una población de forma prospectiva para identificar mejor la evolución de los pacientes antes de que se produzca este primer evento dada la repercusión que tiene en la evolución y pronóstico de los pacientes. Es interesante identificar la causa o causas que marcan la diferencia de mortalidad entre ambos hospitales a fin de mejorar la caracterización de esta población, identificar

factores de riesgo y optimizar el manejo global.