



# Neurology perspectives



## 18664 - La rehabilitación del ictus en personas mayores. Estudio retrospectivo de cohorte

Albu, S.<sup>1</sup>; Izcara López de Murillas, E.<sup>2</sup>; Secanell Espluga, M.<sup>3</sup>; Jiménez Crespo, A.<sup>2</sup>; Kumru, H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Institut Guttmann; <sup>2</sup>Servicio de Neuropsicología. Institut Guttmann; <sup>3</sup>Servicio de Qualitat. Institut Guttmann.

### Resumen

**Objetivos:** Existen escasos estudios sobre la rehabilitación del ictus en personas mayores. Hemos estudiado los perfiles clínicos y la predicción de la estancia hospitalaria (EH) en pacientes mayores.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de cohorte en pacientes > 60 años ingresados en los primeros 6 meses tras el ictus, entre enero de 2015 y agosto de 2022. Identificamos los perfiles de rehabilitación mediante análisis de clústeres, incluyendo las escalas mRS, FIM y NIHS al ingreso. La efectividad-FIM se calculó como:  $(FIM_{ingreso} - FIM_{alta}) / (FIM_{máximo} - FIM_{ingreso}) \times 100\%$ . Usamos métodos de regresión lineal para identificar las variables sociodemográficas y clínicas predictivas de la EH.

**Resultados:** Se incluyeron 104 pacientes (68 hombres; edad media =  $69,45 \pm 6,5$  años) que fueron agrupados en 3 clústeres: leve [NIHS =  $7,70 \pm 3,21$ , FIM-motor =  $59,42 \pm 12,24$ , FIM-cognitivo =  $26,96 \pm 4,69$ , mRS = 4 (4-4), afasia = 41,7%, disfagia grave = 4,2%, EH = 45 (33,25-59)]; moderado [NIHS =  $10,40 \pm 3,23$ , FIM-motor =  $28,00 \pm 7,74$ , FIM-cognitivo =  $25,92 \pm 6,55$ , mRS = 4 (4-5), afasia = 13%, disfagia grave = 6,4%, EH = 61 (45-92)] y grave [NIHS =  $18,76 \pm 4,19$ , FIM-motor =  $16,12 \pm 6,69$ , FIM-cognitivo =  $10,58 \pm 4,14$ , mRS = 5 (5-5), afasia = 60,6%, disfagia grave = 42,4%, EH = 71 (60,5-97,5)]. La efectividad FIM-motor y FIM-cognitivo mejoraron de forma significativa en el grupo leve (efectividad FIM-motor = 33,70% [12,16-53,54]; efectividad FIM-cognitivo = 33,3% [0-50,0]) y moderado (efectividad FIM-motor = 31,15% [10,34-46,55]; efectividad FIM-cognitivo = 33,3% [0-63,16]) vs. grave (efectividad FIM-motor = 5,77% [0-18,77]; efectividad FIM-cognitivo = 4,65% [0-22,30]) ( $p = 0,001$  y  $p = 0,025$ ) mientras que la afasia y la disfagia mejoraron en todos los grupos ( $p > 0,1$ ). La gravedad del ictus ( $B = 0,33$ ,  $p < 0,001$ ), mayor dependencia funcional ( $B = 0,24$ ,  $p = 0,013$ ), presentar disfagia ( $B = 0,30$ ,  $p = 0,002$ ), dolor neuropático ( $B = 0,22$ ,  $p = 0,02$ ), depresión ( $B = 0,29$ ,  $p = 0,003$ ) o infecciones intrahospitalarias ( $B = 0,23$ ,  $p = 0,02$ ) eran predictores de mayor estancia hospitalaria.

**Conclusión:** El análisis de clústeres de pacientes puede ser útil para identificar objetivos realistas de rehabilitación y optimizar la distribución de recursos y reducir los costes relacionados con la hospitalización.