



## CARTAS AL EDITOR

### Patología crónica, fragilidad y funcionalidad en adultos mayores de Guadalajara. México



### Chronic pathology, frailty, and functionality in older adults from Guadalajara. Mexico

Sr. Editor:

En nuestro medio se ha estudiado poco la relación entre DM2 y HAS con ciertas condiciones como fragilidad, funcionalidad y depresión, a las cuales se les atribuye incrementar el riesgo de morbilidad, hospitalización y mortalidad en los adultos mayores, sea de manera independiente o asociada<sup>1</sup>.

Esta situación de riesgo es compleja debido a que en los padecimientos y las condiciones antes señaladas se pueden evidenciar durante o después de situaciones estresantes, que ponen de manifiesto la eficiencia de los aparatos y sistemas involucrados.

En lo que se refiere a la depresión, en el caso de México, en adultos mayores, se reporta una prevalencia general de 9%, y hasta del 25% para personas marginadas<sup>2</sup>.

Por lo anterior, nos propusimos determinar la prevalencia del síndrome de fragilidad bajo los criterios de Fried, la funcionalidad y el nivel de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial o diabetes mellitus, usuarios de una clínica de medicina familiar, que cubre una gran área de estrato popular de la ciudad de Guadalajara, Jalisco.

Al efecto realizamos un diseño observacional mediante un estudio descriptivo y transversal en la Unidad de Medicina Familiar #3 (UMF) de Guadalajara, México, donde asisten 28.766 personas mayores de 60 años, usuarios de la consulta externa.

La muestra fue calculada con un 95% de confianza y 80% de potencia, y se estimó en 200 personas, proporcional por grupos quinquenales de edad y sexo para cada uno de los 2 grupos de análisis: pacientes con diagnóstico médico de DM2 y de HTA, que consintieron informadamente participar. No se incluyeron pacientes con incapacidad cognitiva o física.

Se registraron datos sociodemográficos y relacionados con el síndrome de fragilidad de acuerdo a Fried<sup>3,4</sup>, las escalas: PASE y Calderón Narváez<sup>5</sup> (que mide ansiedad y depresión). Índices de: Katz y Lawton y Brody. El tiempo de aplicación promedio fue de  $45 \pm 10$  minutos.

Los cuestionarios que se registraron y analizaron con ayuda del programa SPSS 15 Evidenciaron, respectivamente, en los pacientes con DM2 y HAS, una edad promedio de 69,5

y 70,3 años; 53% y 64% fueron mujeres, 48% y 63% tuvieron escolaridad secundaria o superior ( $p < 0,05$ ), 92% y 93% ingresaban 2 o menos salarios mínimos, además 53% y 57% estaban casados.

En la [tabla 1](#) se muestra respecto a la escala PASE que en DM2 hay más fragilidad ligada a la no actividad física, y en HTA más prefragilidad en personas que no hacen actividad física ( $p < 0,0000$ ).

Para la escala Katz hay menores frecuencias de independencia para ABVD en las personas frágiles, con DM2 ( $p < 0,001$ ), y en la escala Lawton-Brody se observa más frecuencia de puntuaciones bajas para AIVD en personas frágiles con DM2 y en prefrágiles con HTA.

En la Escala de depresión hay más frecuencia de ansiedad en las personas frágiles con DM2, y mayor depresión y ansiedad en las personas con HTA ( $p < 0,0000$ ).

En suma, el estudio evidencia en pacientes de estratos populares de Guadalajara, México, una prevalencia de fragilidad de 17% en el grupo con DM2, y 8% en pacientes con HTA.

Se confirma la prevalencia de falta de ejercicio físico de 56% en el grupo con DM2 y 52,5% en el grupo con HTA.

Se registran frecuencias de prefragilidad-fragilidad que sugieren poca prevención del síndrome, más evidente en el grupo con DM2.

La prevalencia de incapacidad para ABVD (15% en grupo con DM2 y 20% en grupo con HTA) y de incapacidad para AIVD (de 83% en grupo DM2 y 90% en grupo HTA), así como la frecuencia de depresión-ansiedad (31% en DM2 y 40% en HTA) constituye una barrera para la prevención y la atención de la fragilidad en personas de estrato popular.

## Financiación

Este estudio fue apoyado por el Instituto Mexicano del Seguro Social: FIS/IMSS/PROT/PRI0/13/022 R-2012-785-099. 2013-TE.

## Bibliografía

1. García Peña C, Avila F, Denc JA, Gutierrez Robledo E, Perez Zepeda LM. Frailty prevalence and associated factors in the Mexican health and aging study: A comparison of the

Tabla 1

GRUPO	Diabetes Mellitus tipo 2 n=200				Hipertensión Arterial n=200							
ESCALAS	Escala PASE				Escala PASE							
	Actividad física	No activ física	Significancia		Actividad física	No activ física	Significancia					
Frágil	0 (0%)	34 (17%)	Ji²=34.57 P<0.0000		6 (3%)	10(5%)	Ji²=10.28 P=0.005					
Pre frágil	50(25%)	35 (17.5%)			26(13%)	44(22%)						
Normal	38(19%)	43(21.5%)			63(31.5%)	51(25.5%)						
Total	88 (44%)	112 (66%)			95(47.5)	105(52.5%)						
significancia especificaciones	Ji²= 0.4936, p= 0.4823											
ESCALAS	Escala Katz				Escala Katz							
	Ind	Inc Lev	Inc Mod	Inc Sev	Significancia	Ind	Inc lev	Inc Mod	Inc Sev	Significancia		
Frágil	19 (9.5%)	6 (3%)	5 (2.5%)	4 (2%)	Ji²=27.75 P=0.0001	11 (5.5%)	2 (1%)	2 (1%)	1 (0.5%)	Ji²= 10.13		
Pre frágil	74 (37%)	6 (3%)	5 (2.5%)	0 (0%)		58 (29%)	8 (4%)	2 (1%)	2 (1%)	P=0.11		
Normal	67 (33.5%)	8 (4%)	6 (3%)	0 (0%)		102 (51%)	8 (4%)	4 (2%)	0 (0%)			
Total	160 (80%)	20 (10%)	16 (8%)	4 (2%)		171 (85.%)	18 (9%)	8 (4%)	3 (2%)			
significancia especificaciones	Ji²= 6.0977, p= 0.1070											
Ind= independiente, Inc Lev= incapacidad leve, Inc Mod= incapacidad moderada, Inc Sev= incapacidad severa												
ESCALAS VALOR	Escala Lawton-Brody						Escala Lawton-Brody					
	4	5	6	7	8	Sig	4	5	6	7	8	Sig
Frágil	2 (1%)	3 (1.5%)	2 (1%)	12 (6%)	15 (7.5%)	Ji²=33.88 P<0.0000	3 (0.5%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1%)	11 (6.5%)	Ji²=26.17 P=0.001
Pre frágil	0 (0%)	0 (0%)	5 (2.5%)	16 (8%)	64 (32%)		0 (0%)	2 (1%)	4 (2%)	8 (4%)	56 (28%)	
Normal	0 (0%)	0 (0%)	2 (1%)	15 (7.5%)	64 (32%)		0 (0%)	0 (0%)	12 (6%)	2 (1%)	100 (50%)	
Total	2 (1%)	3 (1.5%)	9 (4.5%)	43 (21.5%)	143 (71.5%)		3 (2%)	2 (1%)	16 (8%)	12 (6%)	167 (83%)	
significancia especificaciones	Ji²= 22.13, p=0.0002											
Escala> 5 tendencia a desarrollar más actividades instrumentales												
ESCALAS	Escala de Depresión					Escala de Depresión						
	Norm	Min	Sev	Ans	Significancia	Norm	Min	Sev	Ans	Significancia		
Frágil	4 (2%)	8 (4%)	0 (0%)	22 (11%)	Ji²=64.07 P<0.0000	4 (2%)	6 (3%)	0 (0%)	6 (3%)	Ji²= 26.61		
Pre frágil	67 (33%)	4 (2%)	0 (0%)	14 (7%)		32 (16%)	22 (11%)	2 (1%)	14 (7%)	P<0.0002		
Normal	68 (34%)	5 (2.5%)	0 (0%)	8 (4%)		85 (42.5%)	14 (7%)	2 (6.5%)	13 (1%)			
Total	139 (69%)	17 (9%)	0 (0%)	44 (22%)		121 (60%)	42 (21%)	4 (2)	33 (17%)			
significancia especificaciones	Ji²= 17.41, p= 0.0006											
Norm= Normal, Min= Mínima, Sev= Severa, Ans= Ansiedad												

En la Escala de Lawton-Brody > 5 tendencia a desarrollar más actividades instrumentales.

Ans: ansiedad; Inc Lev: incapacidad leve; Inc Mod: incapacidad moderada; Inc Sev: incapacidad severa; Ind: independiente; Min: mínima; Norm: normal; Sev: severa.

- frailty index and the phenotype Exp. Gerontol. 2016;79:55–60, <http://dx.doi.org/10.1016/j.exger.2016.03.016>.
2. Duran Badillo T, Aguilar RM, Martínez ML, Rodríguez T, Gutierrez G, Vazquez L. Depresión y función cognitiva en adultos mayores de una comunidad urbano-marginal. *Enferm Univ*. 2013;10:36–42.
  3. Castell Alcalá MV, Otero Puime A, Sánchez Santos MT, Garrido Barral A, González Montalvo JI, Zunzunegui MV. Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con morbilidad y discapacidad. *Aten Primaria*. 2010;42:520–7.
  4. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56. M 146–56.
  5. Calderón Narváez G. Cuestionario clínico para diagnosticar depresión. *Rev Med IMSS*. 1992;30(5/6):377–80.

Ana L. Salcedo Rocha, Javier E. García de Alba García\* y Susana de la Rosa Hernández

*Unidad de investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud (UISESS), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Guadalajara, Jalisco, México*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Javier\\_91046@yahoo.com](mailto:Javier_91046@yahoo.com) (J.E. García de Alba García).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.02.005>  
0212-6567/

© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Cribado oportunista de arteriopatía periférica en pacientes hipertensos de mediana edad que acuden al centro de salud<sup>☆</sup>



### Opportunistic screening for peripheral arterial disease in middle-aged hypertensive patients attended in a primary health center

Sr. Editor:

El manejo de los factores de riesgo cardiovascular (RCV) constituye uno de los principales problemas de salud atendidos en la consulta de atención primaria. Su mal control influye en el aumento de la arteriosclerosis, que en España causa 124.000 muertes anuales. Una de las consecuencias es la enfermedad arterial periférica (EAP), cuya manifestación clínica es la claudicación intermitente<sup>1</sup>. La EAP está infra-diagnosticada, ya que solo el 25% de los pacientes refieren sintomatología<sup>2</sup>.

La revisión del Consenso Internacional para el Manejo de la EAP<sup>3</sup> recomienda el uso del índice tobillo-brazo (ITB) para su estudio. Está indicado en pacientes con sintomatología de claudicación intermitente, puntuación de riesgo intermedio de Framingham, edad superior a 70 años y pacientes entre 50 y 70 años con factores de RCV, especialmente diabéticos y fumadores. En pacientes entre 50 y 70 años con hipertensión el despistaje de EAP mediante ITB no tiene una fuerte recomendación. La última guía para el manejo de pacientes con EAP de la AHA-ACC<sup>4</sup> recomienda la realización de ITB en pacientes asintomáticos entre 50 y 64 años si existe un fac-

tor de RCV (diabetes, historia de tabaquismo, dislipidemia y también hipertensión).

Se plantea un estudio con el objetivo de estimar la proporción de EAP no diagnosticada en hipertensos de mediana edad que acuden a la consulta de atención primaria, con el fin de detectar la enfermedad y replantear los objetivos de control de su RCV.

El diseño del estudio es descriptivo transversal y se ha desarrollado en el Centro de Salud Coll d'en Rabassa, en Palma de Mallorca, entre septiembre de 2016 y abril de 2017. Se incluyeron hipertensos de entre 50 y 69 años que acudieron a consulta; se excluyeron pacientes con evento cardiovascular previo, ITB > 1,4, EAP diagnosticada, enfermedad avanzada o impedimento físico, desplazados y los que no firmaron el consentimiento. Se calculó como necesaria una muestra de 131 pacientes válidos para estimar con una precisión de  $\pm 5\%$ , para un porcentaje esperado del 9,5% con un error tipo I del 0,05. La variable principal fue el valor de ITB con sonda doppler (Edan SonoTrax®), considerando patológico un ITB > 0,9. Otras variables a considerar fueron: edad, sexo, tensión arterial, tabaquismo, diabetes, RCV según ReGiCor y claudicación intermitente (test de Edimburgo). El análisis estadístico descriptivo fue con medias y desviaciones estándar, frecuencias absolutas y relativas, y estimación de intervalos de confianza al 95%.

Se incluyeron 145 pacientes, hubo 16 pérdidas (11%) por abandono de casos preseleccionados, y se estudiaron 129 pacientes válidos. Solo 4 tenían un ITB previo. Resultaron 12 casos con un valor del ITB alterado, que representan el 9,32% (intervalo de confianza al 95% 3,8–14,7), ninguno con ITB previo. En la [tabla 1](#) se resumen los resultados de los pacientes con ITB normal y alterado.

Las indicaciones de realización de ITB en pacientes hipertensos difieren en las guías actuales<sup>3,4</sup>. Los resultados hallados concuerdan con los obtenidos en otro estudio llevado a cabo en Barcelona<sup>5</sup>. A pesar de las limitaciones (muestra reducida y realización en un único centro), pensamos que los resultados son de interés, máxime cuando la realización del ITB es una prueba incruenta y realizable en la mayoría de los centros. Asimismo, los pacientes hipertensos acuden a consulta periódicamente, por lo que se puede plantear case-finding de pacientes con EAP. El ITB oportunístico

<sup>☆</sup> El proyecto de este trabajo ha sido presentado en formato póster en el 36.º Congreso SemFYC, en el IV Balearic Meeting of European Residents and Young GPs de la Ibamfic y en la Jornada de Investigación en Atención Primaria de Mallorca 2016, obteniendo el primer premio. Los resultados preliminares han sido presentados en el 37.º Congreso SemFYC.