

Características funcionales y cognitivas de los ancianos ingresados en un Servicio de Medicina Interna

J. M. Olmos Martínez, B. Espina Riera, C. García Ibarbia, C. Valero Díaz de Lamadrid y J. González Macías

Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Universidad de Cantabria. Santander. España.

Fundamento. Analizar las características clínicas, el grado de dependencia física y cognitiva y la cobertura social de los pacientes mayores de 64 años que ingresan en un Servicio de Medicina Interna.

Pacientes y métodos. Se han estudiado 105 pacientes (63 mujeres y 42 hombres) mayores de 64 años ingresados en una de las secciones del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Resultados. Cincuenta y nueve pacientes eran mayores de 79 años. Las causas más frecuentes que determinaron el ingreso fueron las enfermedades pulmonares, cardíacas y digestivas. El 80% de los pacientes presentaban otros procesos asociados, alcanzándose un índice de comorbilidad de Charlson de $2,7 \pm 1,4$. El índice de Barthel previo al ingreso fue de 71 ± 35 . Más de una tercera parte de los pacientes tenían deterioro cognitivo (MEC $< 23/35$). El 18% de los pacientes recibían algún tipo de ayuda social.

Conclusiones. Los ancianos que ingresan en nuestro Servicio de Medicina Interna suelen presentar reagudizaciones de procesos cardiorrespiratorios. Más de la mitad son mayores de 79 años y presentan con relativa frecuencia deterioro cognitivo y funcional. A pesar de ello, la utilización de recursos sociales es todavía escasa.

PALABRAS CLAVE: ancianos, ingreso hospitalario, Medicina Interna, dependencia.

Olmos Martínez JM, Espina Riera B, García Ibarbia C, Valero Díaz de Lamadrid C, González Macías J. Características funcionales y cognitivas de los ancianos ingresados en un Servicio de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2006;206(4):188-90.

Functional and cognitive capacity in elderly patients admitted to a general Internal Medicine Service

Objectives. To analyze the clinical characteristics, grade of physical and cognitive dependence and social coverage of patients of 64 years who are admitted to an Internal Medicine Service.

Design and methods. A total of 105 patients (63 females, 42 males) older than 64 years admitted over 2 months in a General Internal Medicine Unit of a tertiary University Hospital were studied.

Results. Fifty nine patients (56%) were 80 years or older. Pulmonary, cardiac, and gastrointestinal problems were the main reasons for admission. A total of 80% of patients had comorbid conditions with a Charlson index of 2.7 ± 1.4 . Mean Barthel index before admission was 71 ± 35 . More than one third of the patients had cognitive impairment (MMSE $< 23/35$). Social aid was received by 18% of patients.

Conclusions. Patients aged 80 or older with cardiopulmonary disease and a moderate comorbidity grade are frequently admitted to our General Internal Medicine Unit. Physical and cognitive dependence is observed in a significant number of our inpatients, but the uses of social-health services are still low in our area.

KEY WORDS: elderly, hospital admission, Internal Medicine, dependency.

Introducción

La tasa de envejecimiento de la población española no ha dejado de crecer en los últimos años¹. Este fenómeno demográfico ha tenido una importante repercusión sobre el sistema sanitario, que se ha hecho

especialmente patente en los Servicios de Medicina Interna². Sin embargo, en nuestras unidades no suele realizarse de forma sistemática la valoración integral de los pacientes en edad geriátrica, por lo que todavía no conocemos suficientemente el grado de dependencia y la cobertura social de los ancianos que atendemos³. Por ello, nos hemos propuesto analizar las características clínicas y cognitivas y el grado de dependencia física de los pacientes mayores de 64 años ingresados en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital terciario, y conocer los recursos sociales que se utilizaban antes de su ingreso.

Correspondencia: J. M. Olmos Martínez.
Departamento de Medicina Interna.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Avenida de Valdecilla, s/n.
39008 Santander. Cantabria.
Correo electrónico: miromj@humv.es

Aceptado para su publicación el 22 de octubre de 2004.

Pacientes y métodos

Se ha realizado un estudio transversal valorando todos los pacientes mayores de 64 años ingresados durante los meses de febrero y marzo de 2003 en una de las secciones del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, de Santander. A su ingreso, a través de las historias clínicas, se recogieron las características demográficas de los pacientes, la enfermedad principal que motivaba el ingreso y las enfermedades asociadas. El estado funcional previo al ingreso se evaluó mediante el Performance Status⁴ y el índice de Barthel⁵, mientras que para la valoración cognitiva se usó el Mini Examen Cognoscitivo (MEC) validado en España por Lobo⁶. Para conocer el grado de complejidad de los pacientes se utilizó el índice de comorbilidad de Charlson⁷. La valoración social se obtuvo a través del paciente y de los cuidadores, e incluyó información sobre la situación familiar y el tipo de ayuda que recibían (atención domiciliaria, teleasistencia, centro de día, residencia). Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 8. Tras un análisis descriptivo del conjunto de los pacientes se compararon los resultados de los menores de 80 años con los de 80 o más años, así como las posibles diferencias entre ambos sexos, utilizando la «t» de Student.

Resultados

Se incluyeron 105 pacientes, 63 mujeres (60%) y 42 hombres (40%), con una media de edad de $80,4 \pm 7,9$ años. Cincuenta y nueve pacientes (56%) eran mayores de 79 años y 15 (14%) tenían 90 o más años de edad. La media de edad de la mujeres ($81,4 \pm 7,7$) era ligeramente superior a la de los varones ($79,0 \pm 8,1$). Pese a esta escasa (y no significativa estadísticamente) diferencia de las medias de edad, sólo el 44% de las mujeres tenía menos de 80 años, mientras que en el caso de los varones el porcentaje correspondiente fue del 67% (fig. 1). Las principales causas determinantes de ingreso se recogen en la tabla 1. Además, el 80% de los pacientes presentaba otros procesos asociados (tabla 1), alcanzándose un índice de comorbilidad de Charlson de $2,7 \pm 1,4$. Algo más de la tercera parte de los pacientes (35%)

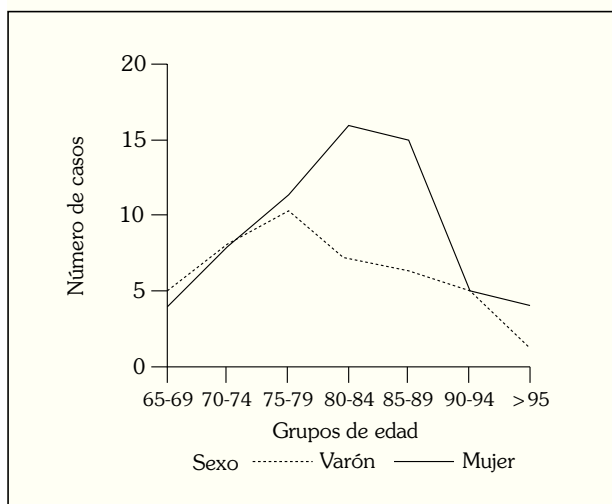


Fig. 1. Distribución de los 105 pacientes ingresados en función de su edad y sexo.

TABLA 1
Distribución de los diagnósticos principales que motivaron el ingreso y de las enfermedades asociadas en los 105 pacientes ingresados

Diagnóstico	N.º de casos	%
Motivo de ingreso		
Infección respiratoria/neumonía	35	33
Insuficiencia cardíaca descompensada	16	15
Enfermedades digestivas	13	12
Ictus	13	12
Neoplasias	7	6
Otras	21	22
Enfermedades asociadas		
Demencia	26	25
Artrosis	23	22
EPOC	22	21
Déficit sensorial	18	17
Insuficiencia cardíaca	17	16
Diabetes	16	15
Insuficiencia renal	10	9
Ictus residual	9	8
Úlceras por presión	9	8
Otras	16	15

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

tenía una afectación mayor del 50% en las actividades básicas de la vida diaria (Performance Status), mientras que en el 65% restante la afectación funcional era leve o inexistente. El índice de Barthel (IB) previo al ingreso era de 71 ± 35 . Un 21% presentaba dependencia completa o deterioro funcional grave (IB <35%), el 4% presentaba un deterioro moderado (IB: 40%-55%) y el 75% restante no presentaba deterioro funcional o éste era leve (IB > 60%).

La media de los resultados del MEC del grupo de pacientes ingresados fue de 24 ± 7 . En 38 pacientes (36%) se observó la existencia de deterioro cognitivo (MEC < 23/35), que fue grave o completo (MEC < 20/35) en el 27% de los casos.

La utilización de ayudas sociales fue escasa. Sin embargo, tras la información dada a los pacientes y a sus familias, más de una tercera parte de los enfermos solicitó algún tipo de recurso social (tabla 2).

Tanto los enfermos como las enfermas de 80 o más años de edad, presentaban un mayor deterioro cognitivo que los más jóvenes (MEC: 22 ± 8 frente a 26 ± 6 ; $p < 0,05$). También se observó un empeoramiento no significativo de la actividad funcional en los pacientes más ancianos (IB: 65 ± 36 frente a 77 ± 34 ; $p = 0,08$). Al analizar los resultados de la activi-

TABLA 2
Recursos sociosanitarios utilizados o solicitados por los 105 pacientes incluidos en el estudio

Tipo de recurso	Utilizado (n.º)	Solicitado (n.º)
Teleasistencia	1	22*
Ayuda a domicilio	7	21
Centro de día	—	5
Residencia geriátrica	12	12

*La mayoría de los pacientes que solicitaron ayuda domiciliaria también demandaron el servicio de teleasistencia.

dad cognitiva y funcional en función del sexo se pudo comprobar que el deterioro cognitivo era mayor en las mujeres (MEC: mujeres: 22 ± 7 frente a 26 ± 6 en varones; $p < 0,02$). El deterioro funcional también era ligeramente mayor en las mujeres, aunque en este caso las diferencias no fueron significativas (IB: 68 ± 35 frente a 76 ± 35).

Discusión

La edad de los pacientes ingresados en los Servicios de Medicina Interna no ha dejado de aumentar en los últimos años^{2,3}. Este aumento se debe al mayor porcentaje de pacientes ancianos que atendemos, y sobre todo a que se ha producido fundamentalmente a expensas de la población mayor de 80 años, que ha llegado a alcanzar una tercera parte de nuestros ingresos. Esta situación es especialmente llamativa en las mujeres, de las que casi el 60% tiene 80 o más años. El aumento de los ingresos en pacientes muy ancianos debe guardar, lógicamente, relación con el importante incremento de este grupo de edad en el conjunto de la población. En el caso concreto de Cantabria, que posee una tasa de envejecimiento del 19%, el número de habitantes que tiene 80 o más años ha aumentado en un 50% durante los últimos 10 años.

Las enfermedades que motivaron el ingreso con mayor frecuencia fueron las respiratorias, las cardiovasculares y las digestivas, lo que coincide con lo publicado por otros autores^{2,3,8-10}. Además, en un número de casos notable, los pacientes tenían más de una enfermedad asociada, alcanzando el índice de comorbilidad de Charlson un valor cercano a tres. Al igual que en otros estudios⁹, las enfermedades que se asociaron con mayor frecuencia fueron las cardiovasculares, las pulmonares y los trastornos degenerativos articulares, procesos que también son habituales en los pacientes atendidos en los Servicios de Medicina Interna^{2,10}.

El índice de Barthel previo al ingreso era aceptable, aunque una tercera parte de los enfermos presentaba un deterioro funcional grave. Nuestros datos son en este sentido similares a los descritos por otros autores^{3,11}. En un reciente estudio, realizado en pacientes nonagenarios, el índice de Barthel previo a ingreso fue de $75 \pm 18\%$ ³, mientras que en otro estudio¹¹ se observó que casi el 40% de los ancianos ingresados eran totalmente independientes antes de acudir al hospital.

El estado cognitivo de los ancianos incluidos en nuestra serie es ligeramente inferior al descrito por otros autores en la población geriátrica ambulatoria¹². Ello probablemente es atribuible a la mayor gravedad de los enfermos que precisan un ingreso hospitalario. Por otra parte, llama la atención entre nuestros pacientes el elevado número que presenta demencia (25%), ya que la prevalencia de esta enfermedad en la población española mayor de 65 años oscila entre el 5% y el 16%¹². A este respecto debe tenerse en cuenta que este porcentaje aumenta hasta un 30% en los ancianos institucionalizados, y que el 11% de nuestros

enfermos procedía de centros geriátricos. En conjunto, el deterioro cognitivo fue más marcado en las mujeres que en los hombres, lo que por un lado es atribuible a su mayor edad, y por otro, a igualdad de ésta, la frecuencia de demencia (y en concreto de enfermedad de Alzheimer) es mayor en el sexo femenino¹³. Un aspecto que consideramos que merece la pena destacar es el discreto apoyo social que recibían nuestros enfermos. Si exceptuamos a los 12 pacientes, en su mayoría demenciados, que vivían en residencias geriátricas, y a los 7 que recibían algún tipo de ayuda domiciliaria, la utilización de otros recursos sociales (teleasistencia, centros de día) fue prácticamente testimonial. Sin embargo, tras la información facilitada durante su estancia hospitalaria, más de una tercera parte de los pacientes solicitó algún tipo de ayuda social. Ello indica que la escasa utilización de estas ayudas se debe fundamentalmente a la pobre información que aún tiene la población sobre los recursos sociales disponibles¹⁴.

En conclusión, los ancianos que ingresan en nuestro Servicio de Medicina Interna lo hacen fundamentalmente por reagudizaciones de su enfermedad de base (respiratoria, cardiovascular o digestiva) y tienen una comorbilidad moderada. Más de la mitad son mayores de 79 años y con relativa frecuencia presentan deterioro cognitivo y funcional. A pesar de ello, la utilización de recursos sociales es escasa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Padrón Municipal 2000. Instituto Nacional de Estadística. Base de datos INEbase. Disponible en: <http://www.ine.es/censo/es/inicio.jsp>.
2. Matorras P, Valero MC, Zarrabeitia R, Cano M, Iglesias L, Ledesma F. Cambios y tendencias en Medicina Interna: 1987-1996. *An Med Intern*. 2000;17:295-302.
3. Formiga F, López Soto A, Sacanella E, Jacob X, Masanes F, Vidal M. Valoración de la capacidad funcional después de un ingreso hospitalario en pacientes nonagenarios. *Med Clin (Barc)*. 2000;115:695-6.
4. García C, Roigé T, Elías T, Viñas P. Utilidad de un instrumento de valoración gerontológico multidisciplinar en la asignación de recursos sociosanitarios. *Aten Primaria*. 1997;20:506-10.
5. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
6. Lobo A, Sanz P, Marcos G, Díaz JL, de la Cámara C. The prevalence of dementia among the elderly community in a southern European population: the Zaragoza study. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:497-506.
7. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, McKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis*. 1987;40:378-83.
8. Patterson C, Crescenzi C, Steel K. Hospital use by extremely elderly (nonagenarians): a two years study. *J Amer Geriatr Soc*. 1984;32:350-2.
9. González Montalvo JL, Batzan JJ, Rodríguez Manas L, San Cristóbal E, Gato A, Ballesteros P, et al. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causa, justificación, factores sociales y sus diferencias. *Med Clin (Barc)*. 1994;103:441-4.
10. Díez A, Tomás R, Varela J, Casa M, González Macías J. La medicina interna en un grupo de 52 hospitales españoles: análisis de casuística y eficiencia. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:361-7.
11. Díaz I, Muñoz J, Montiel JA, Torres O, Francia E, Ruiz D. ¿Qué tipo de ancianos ingresan en un servicio de medicina? *Rev Clin Esp*. 2002; 202 Supl 1:295.
12. Hervás A, Arizcuren MA, García de Jalón E, Tiberio G, Forcén T. Influencia de variables socio-sanitarias en la situación del estado cognitivo y de ánimo en los pacientes geriátricos de un centro de salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2003;126(2). Disponible en: <http://www.cfnava.es/salud/anales/textos/html>
13. Gao S, Hendrie HC, Hall KS, Hui S. The relationships between age, sex, and incidence of dementia and Alzheimer disease. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:809-15.
14. Ruiz de Salazar D, Gómez A, Romero G, Torcida I. Demandas y necesidades de las Asociaciones de Mayores en Cantabria. Proyecto plan gerontológico de Cantabria. Santander: Fundación Marcelino Botín; 2000.