

TABLA 1
Principales diagnósticos de los pacientes ingresados

Diagnóstico	Número de casos (n)	%
Cardiopatía	84	67,7
HTA	83	66,9
DM	77	62,1
IC	58	46,8
Anemia	57	46
Dislipemia	57	46
Cardiopatía isquémica	46	37,1
Insuficiencia renal	44	35,5
Obesidad	33	26,6
ACV	31	25
Infección respiratoria	30	24,2
Deterioro cognitivo	19	15,3
EPOC	10	8,1
Neumonías	9	7,3
HDA	7	5,6
Demencia	7	5,6

HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; IC: insuficiencia cardíaca; ACV: accidente cerebrovascular; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HDA: hemorragia digestiva alta.

Características funcionales, cognitivas y comorbilidad de ancianos ingresados

Sr. Director:

Leímos con gran interés el artículo de Olmos Martínez et al¹ publicado recientemente en su revista. En él analizan las características funcionales, cognitivas y la comorbilidad de los pacientes mayores de 64 años ingresados en un Servicio de Medicina Interna. Llama la atención el elevado porcentaje de pacientes con deterioro funcional y cognitivo. Queremos presentar los resultados de un estudio que analiza aspectos similares realizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

Se trata de una serie prospectiva recogida entre noviembre de 2003 y diciembre de 2004 que incluyó a 124 pacientes con edad comprendida entre los 65 y 75 años. Se analizaron las variables demográficas, los diagnósticos, el estado funcional mediante el índice de Barthel (IB) previamente al ingreso y en el momento del mismo, el estado cognitivo mediante el minexamen cognoscitivo de Lobo (MEC) y la comorbilidad mediante el índice de Charlson.

De los 124 pacientes, el 63,7% (n = 79) eran mujeres. La edad media fue de 70,5 años (desviación estándar [DE]: 2,9). Los diagnósticos más frecuentes encontrados durante el ingreso fueron la cardiopatía, la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM) y se muestran en la tabla 1. El índice de comorbilidad de Charlson era de $3,1 \pm 1,9$, siendo significativamente menor en las mujeres (2,7 frente a 3,7; $p = 0,008$). El IB previo al ingreso era de 84 ± 22 . Un 85,4% de los pacientes eran independientes o presentaban una dependencia leve. En el momento del ingreso el IB disminuía a 59 ± 32 , siendo en ese momento únicamente un 51,6% de los pacientes independientes o teniendo una dependencia leve. Tanto el índice de Barthel previo al ingreso como durante el mismo fue significativamente menor en las mujeres (82 frente a 87; $p = 0,02$, y 54 frente a 68; $p = 0,009$). El MEC solamente pudo realizarse a 85 pacientes. Un 22,4% (n = 19) de ellos presentaba una puntuación inferior a 24. Aunque la

puntuación obtenida fue menor en las mujeres, no se observaron diferencias significativas entre ambos sexos.

Al igual que Olmos Martínez et al¹ encontramos una alta prevalencia de deterioro cognitivo en este colectivo, aunque algo inferior a la que describen estos autores, probablemente en relación con la menor edad de nuestros pacientes. En nuestro estudio un 15,3% de los pacientes fue diagnosticado de deterioro cognitivo, pero realmente el porcentaje de aquellos que tenían una puntuación menor de 24 en el MEC era bastante más elevado (un 22,4%). Pensamos que, no obstante, se debe tener cautela al aplicar este test en pacientes hospitalizados, ya que se encuentran en una fase de descompensación aguda. Sobre todo en los pacientes ancianos son frecuentes las alteraciones conductuales y los síndromes confusionales durante el ingreso², que interfieren en los resultados de las escalas de valoración aplicadas habitualmente. A diferencia del mencionado estudio, nosotros no observamos diferencias significativas en el MEC entre mujeres y varones.

La comorbilidad evaluada por el índice de Charlson fue de 3,1, o sea, superior a la descrita por Olmos Martínez et al¹. Comparando ambas tablas de distribución de los diagnósticos ya observamos una gran discrepancia entre los dos colectivos. Notamos que dos terceras partes de los pacientes presentaban algún tipo de cardiopatía y tanto la prevalencia de la HTA como la de la DM superaban con creces el 50%. Es conocida la alta prevalencia de la DM en Canarias³, lo cual explicaría el elevado porcentaje de diabéticos en nuestra serie. Esto probablemente conlleve a su vez una mayor incidencia de síndrome metabólico, en general, y de descompensaciones de tipo cardiológico; es decir, de comorbilidad en general. También habría que añadir que Canarias ocupa uno de los primeros lugares entre las comunidades españolas en cuanto a mortalidad por cardiopatía isquémica, y la provincia de Las Palmas tiene la mayor tasa de mortalidad coronaria del país^{4,5}.

Parece que funcionalmente existe ya una considerable dependencia en este grupo de edad. Además, una vez ingresados se observa un descenso importante en el IB, habiendo sido descrito por otros autores que el IB al ingreso es un factor independiente de predicción de deterioro funcional durante la hospitalización en el paciente geriátrico⁶. Además, las mujeres presentan una dependencia significativamente mayor tanto al ingreso como durante el mismo.

Parece, por tanto, que, aunque ambas series describen a ancianos españoles hospitalizados, habría que considerar que

pueden existir diferencias en función de la localización geográfica donde se realice el estudio. Por tanto, consideramos que sería interesante fomentar estudios locales que permitan conocer y analizar las diferencias existentes y sus posibles causas.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Schor JD, Levkoff SE, Lipsitz LA, Reilly CH, Cleary PD, Rowe JW, et al. Risk factors for delirium in hospitalized elderly. *JAMA.* 1992;267(6):827-31.
3. Boronat M, Varillas VF, Saavedra P, Suárez V, Bosch E, Carrillo A, et al. Diabetes mellitus and impaired glucose regulation in the Canary Islands (Spain): prevalence and associated factors in the adult population of Telde, Gran Canaria. *Diabet Med.* 2006;23(2):148-55.
4. Instituto Nacional de Estadística [consultado 09-06-2006]. Disponible en: <http://www.ine.es>
5. Cabrera de León A, Rodríguez-Pérez MC, del Castillo-Rodríguez JC, Brito-Díaz B, Pérez-Méndez LI, Muros de Fuentes M, et al. Estimación del riesgo coronario en la población de Canarias aplicando la ecuación de Framingham. *Med Clin (Barc).* 2006;126:521-6.
6. Gutiérrez Rodríguez J, Domínguez Rojas V, Solano Jaurrieta JJ. Deterioro funcional secundario a la hospitalización por enfermedad aguda en el anciano. Análisis de la incidencia y los factores de riesgo asociados. *Rev Clin Esp.* 1999;199(7):418-23.

M. Hemmersbach-Miller, A. Conde-Martel
y P. Betancor-León
*Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.
Las Palmas. Gran Canaria. España.*