

Tabla 1
Características autodeclaradas según sexo

	Total (%)	Varones (%)	Mujeres (%)	Valor de p
<i>Salud autovalorada</i>				0,08
Buena	26,4	21,1	30,6	–
Regular	37,9	44,7	32,7	–
Mala	28,7	21,1	34,7	–
Muy mala	6,9	13,2	2,0	–
<i>Dolor (en los últimos 7 días)</i>				0,24
No he tenido	4,6	2,6	6,1	–
Una vez	5,7	10,5	2,0	–
Cada 2-3 días	29,9	34,2	26,5	–
Todos los días	59,8	52,6	65,3	–
<i>Dificultad en la visión</i>				
Leer	56,3	52,6	59,2	0,54
Reconocer personas	25,3	26,3	24,5	0,85
<i>Dificultad en la audición</i>	48,3	47,4	2,0	0,88

El número medio de enfermedades fue de $4,54 \pm 1,78$ (rango: 1–8) y el número medio de fármacos consumidos en los últimos 7 días fue de $6,26 \pm 2,62$ (rango: 0–13). Se encontró relación estadísticamente significativa entre el número de fármacos consumidos y el número de enfermedades padecidas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los varones y las mujeres en cuanto al número de enfermedades padecidas y el número de fármacos consumidos. El número medio de fármacos es notablemente superior a la hallada por Damián et al.⁸ y quizá sea atribuible a la mayor edad de los ancianos de nuestro estudio.

En relación con la capacidad funcional, el índice de Barthel medio fue de 67,18 puntos (77,37 en los varones y 59,29 en las mujeres; $p=0,007$). Un 10,3% presentó dependencia total, un 29,9% dependencia severa, un 26,4% dependencia moderada, un 9,2% dependencia escasa y un 24,1% independencia. Al igual que en otros estudios⁶ las actividades con un mayor nivel de dependencia son: subir y bajar escaleras (65,52%) y lavarse (64,37%), seguidas de la necesidad de ayuda para la deambulación (58,6%) y transferencias (50,6%), mientras que la alimentación fue la actividad más preservada (88,51%). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el índice de Barthel y el número de enfermedades padecidas ($p<0,01$).

Un 67,7% de los ancianos presentaban depresión, sin diferencias significativas entre los varones y las mujeres.

El número de errores medio en el cuestionario de Pfeiffer fue de $3,55 \pm 3,28$. Un 48,3% de los ancianos no presentaban deterioro cognitivo, un 39,1% tenían deterioro leve-moderado, y un 12,6% presentaban deterioro severo. No se encontraron diferencias significativas en el nivel de deterioro cognitivo entre los varones y las mujeres.

En conclusión, el perfil predominante de los ancianos de nuestro trabajo es el siguiente: perciben su salud como regular o mala, tienen problemas sensoriales, dolor diario, deterioro cognitivo leve o moderado, depresión y dependencia moderada o severa.

Agradecimientos

Queremos agradecer su colaboración a los mayores que tan amablemente nos han dedicado su tiempo, a las instituciones que han participado en el estudio y como no podía ser menos a los profesionales de las mismas por la ayuda que nos han prestado.

Bibliografía

1. Naciones Unidas. Estudio económico y social mundial. El desarrollo en un mundo que envejece. Aportes, Revista de la Facultad de Economía, BUAP. 2007;35:149–168.
2. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberna C, Albert Colomer C, Arias Blanco MC. Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesevage para el cribado de la depresión. Aten Primaria. 2005;35:14–21.
3. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc. 1975;23:433–41.
4. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. Md State Med J. 1965;14:61–5.
5. Martín PE, Iglesias RJ. Perfil de residentes dependientes de centros geriátricos del distrito sanitario de Málaga. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002;37:65–9.
6. De la Fuente Sanz MM, Martínez León M, Romero García MJ, Fernández de Santiago FJ, Navas Cámara FJ. Perfil del anciano institucionalizado en residencias privadas de la ciudad de Soria. Fisioterapia. 2012;34:239–44.
7. De la Fuente Sanz MM, Bayona Marzo I, Fernández de Santiago FJ, Martínez León M, Navas Cámara FJ. La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorado mediante el índice Barthel. Gerokomos. 2012;23:19–22.
8. Damián J, Valderrama-Gama E, Rodríguez-Artalejo F, Martín Moreno JM. Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid. Gaceta Sanitaria. 2004;18:268–74.

Elisa Frutos Bernal^{a,*}, Juan Carlos Martín Corral^b,
Javier Martín Corral^c y Purificación Galindo Villardón^a

^a Departamento de Estadística, Universidad de Salamanca, Salamanca, España

^b Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Virgen de la Vega, Salamanca, España

^c Área de Bienestar Social, Familia e Igualdad de Oportunidades, Diputación de Salamanca, Salamanca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: efb@usal.es (E. Frutos Bernal).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2013.03.003>

El anciano con neumonía, una grave afección de ayer y de hoy

The elderly with pneumonia, a serious disease of the past and present

Sr. Editor:

La neumonía constituye la infección más grave del parénquima pulmonar, siendo la primera causa de muerte por proceso infeccioso, y la cuarta causa de mortalidad en los países industrializados. Es la causa más frecuente de sepsis en los Servicios de Urgencias¹. Se estima que las personas mayores de 75 años precisan ingreso hospitalario 11,6 de cada 1.000, y entre los pacientes en

residencias 33 de cada 1.000², siendo el 70% de los ingresos por neumonía correspondientes a los pacientes mayores de 70 años, y sobre todo a partir de los 80 y 90 años³.

En los últimos años los avances en el manejo de la afección infecciosa respiratoria han sido enormes⁴. Dada la importancia de esta afección en nuestra población, los objetivos del estudio han sido analizar la evolución que en los últimos 20 años ha presentado la medicina en cuanto al tratamiento, diagnóstico y comorbilidades asociadas en 2 poblaciones similares de pacientes ancianos ingresados en un mismo servicio con el diagnóstico de neumonía.

Se planteó un análisis descriptivo y prospectivo en los pacientes ingresados en nuestro Servicio de Geriatría durante un período de 6 meses (septiembre de 2010 a marzo de 2011), con diagnóstico

Tabla 1

Comparativa de pacientes con neumonía en 1990 y en 2011

	Año 1990, N=91	Año 2011 N=40
Edad media (años)	85	87
Mujeres	46%	55%
Estancia media	14	15,20
Altas con diagnóstico de neumonía	16,4%	8,1%
Afebriles	38,4%	67,5%
Ausencia de leucocitosis	33,4%	75%
Broncoaspiraciones	56,5%	17,5%
Uso de IBP	15,3%	67,5%
Presencia de SNG	28,5%	5%
Confirmación radiológica	51,6%	87,5%
Confirmación bacteriológica	5,5%	15%
Psicofármacos	41,7%	62,5%
Hipoalbuminemia con menos de 2,5 g/l	64,5%	64,9%
Asociación varios ATB	68,4%	35%
Tratamiento sin ATB	24,17%	0%
Mortalidad total	79,3%	25%
Mortalidad con un solo ATB	74%	21,2%
Mortalidad con más de un ATB	68,4%	25%

ATB: antibióticos; IBP: inhibidores de la bomba de protones; SNG: sonda nasogástrica.

al ingreso o durante la hospitalización de infección respiratoria, centrándonos en la neumonía. Se analizaron las variables sociodemográficas, clínicas, de laboratorio, tratamiento, estado funcional, nivel cognitivo y comorbilidades. Para realizar el estudio comparativo se seleccionó a un grupo de pacientes de características similares al del estudio actual, analizado en 1990 y publicado en una revista científica de ámbito nacional⁵, en el mismo servicio hospitalario y en la misma ciudad.

Ingresaron en el periodo de estudio 503 pacientes, padeciendo infección respiratoria 123 (un 24%), de estos fueron diagnosticados de neumonía 40 (un 37% del porcentaje anterior). La procedencia de los pacientes fue en un 87% de urgencias y en un 13% programado desde su lugar de residencia. La vivienda habitual era el domicilio en un 53%, y en un 47% procedían de residencias. Un 35% presentaban un índice de Pfeiffer menor de 3, que de forma grosera identificaría a pacientes con ausencia de deterioro cognitivo relevante. La dependencia severa (índice de Barthel menor de 20) estaba presente en un 43% de la muestra. Las comorbilidades más prevalentes fueron la demencia 52% y el accidente cerebro-vascular 35%. Las manifestaciones clínicas que presentaron fueron atípicas, y en muchos casos atenuadas, siendo las más frecuentes la alteración del nivel de consciencia en un 38% y la fiebre en un 20%. El *delirium* fue una complicación frecuente en nuestro medio (18%).

Centrándonos en el estudio comparativo en los ancianos mayores de 80 años diagnosticados de neumonía en nuestro Servicio, respecto al estudio con una muestra similar realizado hace 20 años, los resultados encontrados se presentan en la *tabla 1*. En el año 1990, 91 pacientes ingresaron con neumonía, y entre septiembre de 2010 a marzo 2011, 40 pacientes. En 1990 hubo una mayor prevalencia de varones y menor edad media. Hubo una mayor prevalencia de broncoaspiración y elevado uso de sonda nasogástrica. Las manifestaciones atípicas de enfermedad fueron más prevalentes. Los antibióticos más utilizados fueron las cefalosporinas 75%, y la combinación más utilizada fue cefalosporina de segunda generación/aminoglucósido, a diferencia de la población actual, en la que nos ajustamos a las guías clínicas tanto en duración, tiempo hasta iniciar el tratamiento (primeras 7 h), como en elección del mismo⁶⁻⁸ prescribiendo las quinolonas y betalactámicos en monoterapia.

Nuestro paciente tipo con infección respiratoria es un «anciano-anciano» con importante comorbilidad, dependencia severa,

demencia, presentación atípica del proceso, y procedente en su mayoría del servicio de urgencias. Su prevalencia en nuestro entorno es elevada tal como se describe en la literatura⁹. La prevalencia es mayor entre las mujeres a diferencia de otros estudios en los que la neumonía es más prevalente en el sexo masculino y en los pacientes desnutridos o con EPOC¹⁰. La importancia de la broncoaspiración en el origen de la infección nosocomial en nuestro medio obliga a elaborar estrategias para el manejo de la disfagia en el entorno hospitalario. Es fundamental la reducción de las broncoaspiraciones que se observan en la actualidad respecto a hace 20 años, pudiendo deberse a una mejor prevención de esta comorbilidad. Es destacable el elevado uso de inhibidores de la bomba de protones-antiácidos (67,5% de nuestra población mayor de 80 años con neumonía), siendo en muchas ocasiones su uso inadecuado e ignorando los riesgos a medio-largo plazo y las interacciones medicamentosas.

Los antibióticos de elección en la neumonía han cambiado en los últimos 20 años. La enorme diferencia respecto a la mortalidad actual y de hace 2 décadas puede deberse a varios factores, como el mejor manejo de los antibióticos con su utilización precoz que reduce la incidencia de sepsis, la aparición de nuevos principios activos más eficaces, y la mejoría en la prevención de los factores de riesgo (sondas nasogástricas, educación familiar y de las auxiliares, dietas disfagia y espesantes, etc.), que favorecían una alta prevalencia de las broncoaspiraciones hace 2 décadas.

En nuestra mano está sobre todo seguir trabajando en esta última línea, para que estos factores de riesgo sean lo menor posible.

Bibliografía

- González J, Martín FJ. Infecciones de vías respiratorias bajas: agudización de EPOC y neumonía. En: Adalia Farma, editor. Infecciones en urgencias. Madrid; 2011. p. 17-26.
- Fine MJ, Smith MA, Carson CA, Mutha SS, Sankey SS, Weissfeld LA, et al. Prognosis and outcomes of patients with community-acquired pneumonia. A meta-analysis. *JAMA*. 1996;275:134-41.
- Ewig S, Birkner N, Strauss R, Schaefer E, Pauletzki J, Bischoff H, et al. New perspectives on community-acquired pneumonia in 388406 patients. Results from a nationwide mandatory performance measurement programme in healthcare quality. *Thorax*. 2009;64:1062-9.
- Foz A, Drobnic L, Gudiol F. Neumonía bacteriana. Barcelona: Antibióticos S.A. Patología infecciosa básica; 1981. p. 151.
- Morlanes Navarro T, Cánovas Pareja C, Francés Román I, García-Arillo Calvo E. Neumonía en mayores de 80 años. Estudio de algunas variables asociadas. *Geriatrka*. 1992;8:401-4.
- Menéndez R, Torres A, Aspa J, Prat C, Rodríguez de Castro F. Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). *Arch Bronconeumol*. 2010;46:543-58.
- Halm EA, Teirstein AS. Clinical practice. Management of community-acquired pneumonia. *N Engl J Med*. 2002;347:2039-45.
- Houck PM, Bratzler DW, Nsa W, Ma A, Bartlett JG. Timing of antibiotic administration and outcomes for Medicare patients hospitalized with community-acquired pneumonia. *Arch Intern Med*. 2004;164:637-44.
- Welte T, Torres A, Nathwani D. Clinical and economic burden of community-acquired pneumonia among adults in Europe. *Thorax*. 2012;67:71-9.
- García Leoni ME, Macías Bou B, Martín González L, Martínez Larrull E. Infecciones respiratorias. *Medicine*. 2011;10:5947-54.

José Luis Bonafonte-Marteles*, Raquel María Quílez-Pina, María Elena Castro-Vilela y Carmen Cánovas-Pareja

Servicio de Geriátría, Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jlbm15@hotmail.com

(J.L. Bonafonte-Marteles).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2013.01.007>