



5028-8. EVALUACIÓN COGNITIVA, FUNCIONAL Y DE FRAGILIDAD EN DIFERENTES MOMENTOS DEL INGRESO Y TRAS EL ALTA DE UNA POBLACIÓN ANCIANA INGRESADA EN LA UNIDAD CORONARIA

Alejandro Cortés-Beringola, Guillermo Moreno Muñoz, Miriam González Díaz, Diego Fignani Molina, Roberto Martín-Asenjo, Fernando Arribas Ynsaurriaga y Héctor Bueno, del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: En los pacientes añosos ingresados en la Unidad Coronaria (UC) la evaluación cognitiva y funcional puede determinar la actitud terapéutica. La fragilidad (síndrome clínico resultado del envejecimiento) se asocia a complicaciones en los pacientes frágiles. Cómo y cuándo evaluar estas entidades es motivo de estudio.

Métodos: Se estudiaron 99 pacientes mayores de 75 años que ingresaron en la UC. Se analizó su capacidad cognitiva con el Minimental test (MM) en el momento del ingreso, prealta y un mes tras el alta, su situación funcional con la escala Barthel y la fragilidad con la escala SHARE-FI (al ingreso y un mes tras el alta). El estudio de fragilidad se completó con la *Short Physical Performance Battery* (SPPB) prealta y un mes después. Estadística con Stata 12.

Resultados: La muestra estudiada presentó una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, antecedentes de cardiopatía y comorbilidades (tabla). Destacar el 13% diagnosticado de demencia. Al ingresar se realizó una primera exploración en el 90% de los casos, siendo imposible en el 10% por falta de colaboración. La puntuación media del MM fue 25. Se consideró por debajo de 23 como deterioro cognitivo, siendo un 32% positivo en este momento. La escala SHARE-FI clasificó un 50% de pacientes frágiles, un 22% prefrágiles y un 28% normales. En la escala Barthel el 50% obtuvo 95 puntos y el 75% 100. Antes del alta la puntuación media del MM fue 26 (25% con deterioro cognitivo). La media del SPPB fue de 4,8. Un mes tras el alta el MM mostró una puntuación media de 27 (20% con deterioro cognitivo). La escala SHARE-FI: 28% (frágil), 26% (prefrágil) y 46% (normal). El SPPB medio fue de 6,8. No se objetivó diferencias en la escala Barthel respecto al ingreso. El análisis de la asociación lineal entre las diferentes pruebas geriátricas no mostró relaciones significativas. Tampoco con la edad o el tiempo de ingreso. Si resulta significativa la tendencia a lo largo de la evolución de los resultados del MM y las pruebas de fragilidad, ya que los resultados son peores en el momento del ingreso y previo al alta que un mes tras el alta (figura).



Evolución de los diferentes test de valoración geriátrica durante y después del ingreso.

Estimación de prevalencias y otros datos de la población según la muestra estudiada

Sexo varón	61,6% (IC95%: 51,8% a 70,6%)
Edad	Media de 81,3 años (IC95%: 80,1 a 82,5 años)
Hipertensión arterial	78,8% (IC95%: 69,7 a 85,7%)
Diabetes mellitus	47,5% (IC95%: 37,9 a 57,2%)
Dislipemia	52,5% (IC95%: 42,8 a 62,1%)
Historia de cardiopatía isquémica	33,3% (IC95%: 24,8 a 43,1%)
Fibrilación auricular previa	31,3% (IC95%: 23,0 a 41,0%)
Insuficiencia cardiaca crónica	18,2% (IC95%: 11,8 a 26,9%)
Enfermedad cerebrovascular previa	19,2% (IC95%: 12,6 a 28,0%)
Demencia previa	13,1% (IC95%: 7,8 a 21,2%)
EPOC	17,2% (IC95%: 11,0 a 25,8%)
Cáncer previo	26,3% (IC95%: 18,6 a 35,7%)
Insuficiencia renal crónica	23,2% (IC95%: 16,0 a 32,5%)
Días de ingreso en UC	Mediana de 2 días (IC95%: 2 a 2 días)
Días de ingreso hospitalario	Mediana de 7 días (IC95%: 6 a 10 días)

Conclusiones: La valoración geriátrica (cognitiva y de fragilidad) no debe realizarse con las pruebas estudiadas en el momento del ingreso agudo ya que infraestiman la situación del paciente respecto a su estado basal tras el alta. El deterioro cognitivo está infradiagnosticado en la población.