

Características funcionales, cognitivas y comorbilidad de ancianos ingresados. (réplica)

Sr. Director:

Agradecemos los comentarios de Hemmersbach-Miller et al a nuestro artículo «Características funcionales y cognitivas de los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna». Además de las posibles influencias de índole geográfica, creemos que uno de los aspectos que podría explicar las diferencias entre nuestros resultados y los aportados por estos autores es la edad de los pacientes incluidos en ambas series. En la serie de Hemmersbach-Miller et al se incluyeron pacientes con edades comprendidas entre los 65 y los 75 años, mientras que en la nuestra las edades oscilaron entre los 65 y los 97 años. De hecho, la media de edad de nuestros pacientes ($80,4 \pm 7,9$) fue diez años mayor que la de Hemmersbach-Miller et al y más de la mitad de ellos, concretamente el 56%, tenía más de 80 años.

Es bien conocido que el grado de dependencia de los ancianos aumenta conforme avanza la edad¹. Por ello creemos que el mayor grado de dependencia observado en los ancianos de nuestra serie podría guardar relación, al menos en parte, con esta circunstancia. El índice de Barthel previo al ingreso de los enfermos de nuestra serie (71%) fue similar al 75% descrito por Díaz et al.² en un grupo de 103 ancianos de la misma edad ($79,2 \pm 6,8$) o al 76% descrito por Formiga et al.³ en una muestra de 125 pacientes nonagenarios. Además, el 59% de nuestros pacientes eran independientes o presentaban una dependencia leve, mientras que el 40% eran totalmente independientes, cifras que también coinciden con las aportadas en otros estudios².

Algo similar ocurre al valorar la presencia de deterioro cognitivo. El 36% de nuestros pacientes presentaba una puntuación menor de 24 en el miniexamen cognoscitivo de Lobo (MEC), frente al 24% de los pacientes estudiados en Gran Canaria. En la discusión ya llamábamos la atención sobre la circunstancia de que el estado cognitivo de los ancianos incluidos en nuestra serie era ligeramente inferior al descrito por otros autores en la población geriátrica ambulatoria⁴, y lo atribuímos a la mayor gravedad de los enfermos que pre-

cisan ingreso hospitalario y al elevado número de nuestros pacientes con demencia (25%). Esta última circunstancia podría guardar relación con el hecho de que el 11% de nuestros enfermos procedía de centros geriátricos y en su mayor parte presentaban una demencia avanzada. No obstante, y a pesar de que el MEC se valoró en los días previos al alta, coincidimos con Hemmersbach-Miller en que las alteraciones conductuales y los síndromes confusionales que con frecuencia presentan los ancianos hospitalizados pueden interferir en los resultados de las escalas de valoración.

Resulta más difícil de explicar las diferencias en los diagnósticos entre los ancianos incluidos en los dos estudios. Como señalábamos en la discusión, las enfermedades que motivaron con mayor frecuencia el ingreso de nuestros pacientes fueron las respiratorias, las cardiovasculares y las digestivas, lo que coincide con lo publicado por otros autores^{2,3,5,6}. El índice de comorbilidad de Charlson alcanzó un valor cercano a tres, cifra similar al $3,1 \pm 1,9$ aportada por Hemmersbach-Miller y algo superior al $2,3 \pm 1,7$ referido por Díaz et al². Sin embargo, a diferencia de lo que sucede en nuestros enfermos, llama la atención el elevado porcentaje de pacientes con cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus en el colectivo descrito por Hemmersbach-Miller, lo que reflejaría, tal y como señalan estos autores, la alta prevalencia de diabetes mellitus y cardiopatía isquémica en la población de Canarias. También son notables las diferencias en el porcentaje de pacientes con artrosis, demencia, déficit sensorial o úlceras por presión que, además de la edad, podrían responder a otros aspectos de índole local.

Por tanto, a pesar de que la edad de los pacientes incluidos podría ayudar a explicar algunas de las diferencias que se observan entre nuestros resultados y los aportados por Hemmersbach-Miller, coincidimos con estos autores en que pueden existir cambios en función de la localización geográfica donde se realice el estudio, por lo que sería interesante realizar estudios que permitan conocer y analizar las diferencias existentes y sus posibles causas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abanto JJ, Reuss JM. Demografía del paciente crónico: situación actual de la dependencia. En: Reuss JM, editor. Medicina geriátrica en residencias. Madrid: EDIMSA; 2000;37-41.
2. 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.
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. Hervás A, Arizcuren MA, García de Jalón E, Tiberio G, Forcén T. Influencia de variables sociosanitarias 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.cfnavarra.es/salud/anales/textos/htm>.
5. Matorras P, Valero MC, Zarrabeitia R, Cano M, Iglesias L, Ledesma F. Cambios y tendencias en Medicina Interna: 1987-1996. An Med Intern (Madrid). 2000;17:295-302.
6. 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.

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.