

2. Bragg DG, Cor PJ, Murray KA, et al. Lymphomatoid disorders of the lung: histopathology, clinical manifestations, and imaging features. *AJR* 1994; 163:273-281.
3. Liebow AA, Carrington CRB, Friedman PJ. Lymphomatoid granulomatosis. *Hum Pathol* 1972; 3:457.
4. Fauci AS, Barton FH, Costa J, et al. Lymphomatoid granulomatosis /m/ prospective clinical trial and therapeutic experience over 10 years. *N Engl J Med* 1982; 306:56-74.
5. Tanière PH, Thivolet-Béjui F, Vitrey D, Issac S, Loire R, Cordier JF, Berger F. Lymphomatoid granulomatosis - a report on four cases: evidence for B phenotype of the tumoral cells. *Eur Respir J* 1998; 12:102-106.
6. Hamilton MG, Demetrick DJ, Tranmer BI, et al. Isolated cerebellar lymphomatoid granulomatosis progressing to malignant lymphoma. *J Neurosurg* 1994; 80:314-320.
7. Abida K, Haque MD, Jeffrey L, et al. Pulmonary lymphomatoid granulomatosis in acquired immunodeficiency syndrome: lesions with Epstein-Barr virus infection. *Mod Pathol* 1998; 11 (4):347-356.
8. Perry NG, Dwyer R, Hughes A, Despas P. Lymphomatoid granulomatosis: case report and review of the literature. *Australasian Radiology* 1997; 41:57-62.
9. Miguel Díez J, García Santúe JL, Serrano Iglesias JA. Granulomatosis linfomatoide con presentación atípica. *Archivos de Bronconeumología* 1998; 34 (3):86-87.
10. Smith AS, Huang TE, Weinstein MA. Periventricular involvement in CNS lymphomatoid granulomatosis: MR demonstration. *J Comput Assist Tomogr* 1990; 14:291-293.

R. Ayerbe García*, J. D. García Jiménez*,
A. Pereira Vega* y J. Conde García**

* Sección de Neumología. ** Servicio de Anatomía Patológica.
Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Factores asociados al deterioro funcional al ingreso y al alta hospitalaria en ancianos ingresados por enfermedad aguda

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo de Gutiérrez et al¹, recientemente publicado en la sección de originales, sobre la importancia de la hospitalización por enfermedad aguda en el anciano, como factor de riesgo de deterioro funcional y dependencia. La presencia de dependencia en las actividades de la vida diaria al ingreso hospitalario es predictora de peor evolución durante éste². En esta misma línea quisiéramos presentar los resultados de un trabajo cuyo propósito fue investigar los factores de la valoración geriátrica integral asociados al incremento del deterioro funcional en las primeras 48 horas del ingreso y al alta hospitalaria de los ancianos ingresados por enfermedad médica aguda.

Realizamos un estudio prospectivo, durante 10 meses, de todos los pacientes admitidos en la Unidad de Agudos del Servicio de Geriátrica del Hospital de Cruz Roja en Madrid³. Se recogieron datos demográficos y procedencia de los pacientes. La valoración geriátrica integral incluyó:

1) Valoración clínica: identificación de síndromes geriátricos, número de fármacos previos y de diagnósticos activos, así como el diagnóstico principal de ingreso (codificado por la Clasificación Internacional de Enfermedades, ICD-10 y los Grupos Relacionados con el Diagnóstico 10.0).

2) Valoración funcional: se utilizó la Escala Funcional de Cruz Roja⁴ y la versión española del índice de Barthel⁵ (IB) para determinar las actividades de la vida diaria 2 meses antes del ingreso, en las primeras 48 horas del ingreso y el día del alta hospitalaria. Se consideró incremento del deterioro funcional al ingreso y al alta al empeoramiento en el índice de Barthel previo superior a 10 (al IB se restaron 10 puntos por los ítems de independencia en escaleras y baño, que en nuestro entorno miden más el efecto de la estructura hospitalaria que la existencia de un deterioro funcional real).

3) Valoración cognitiva: se aplicó la versión española del *Short Portable Mental Status Questionnaire* de Pfeiffer⁶

TABLA 1
Variables asociadas con el incremento (respecto a la situación previa) del deterioro funcional al ingreso y al alta hospitalaria

Resultados	Variables	p	OR	IC 95%
Al ingreso	Edad > 79 años	< 0,01	4,42	3,36-5,64
	Caídas previas	< 0,01	2,50	1,88-3,32
Al alta	Edad > 79 años	< 0,01	2,72	1,90-3,89
	SPMSQ > 4 errores	< 0,01	2,55	1,87-3,49
	IB al ingreso < 65	< 0,01	11,15	7,19-17,28

IB: índice de Barthel; SPMSQ: *Short Portable Mental Status Questionnaire* de Pfeiffer; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza.

en las primeras 48 horas del ingreso hospitalario y el día del alta, utilizándose además la Escala de Incapacidad Mental de la Cruz⁴ para determinar la situación cognitiva al menos dos meses previos al ingreso.

4) Valoración social: se recogieron datos de ubicación, convivencia, características de la vivienda, cuidador principal, ayuda social domiciliar y cuantía de la pensión. Los datos fueron analizados en el programa SPSS/PC + 4.0. Se utilizaron en el análisis bivariable la prueba del Chi al cuadrado, «t» de Student y la de Wilcoxon. La regresión logística fue realizada mediante el procedimiento *forward stepwise* de incorporación progresiva paso a paso de las variables asociadas en el análisis bivariable.

Se estudiaron 353 pacientes, de los que 234 fueron mujeres (66,3%). La edad media fue de 81,8 años (DE 7,2). La mayoría de los pacientes, 300 (85%), procedían del servicio de Urgencias del Hospital General del área. El diagnóstico principal de ingreso fue la enfermedad cardiovascular y respiratoria (74,8%).

El IB medio previo fue de 78,6 (DE 26,8); al ingreso hospitalario de 48,5 (DE 35,1), y el alta de 66,7 (DE 34,2). Presentaron deterioro funcional severo (IB < 45) previo al ingreso 46 (13%) de los pacientes, aumentando a 156 (44,2%) al ingreso, y persistió este deterioro al alta en 80 (25,3%). Sufrieron incremento del deterioro funcional al ingreso 228 pacientes (64,6%), persistiendo este incremento del deterioro al alta hospitalaria en 112 (35,4%). La tabla 1 muestra las variables que permanecieron tras la regresión logística asociadas al incremento del deterioro funcional al ingreso y al alta hospitalaria.

La edad avanzada ha sido encontrada también en otros trabajos, como factor de riesgo de deterioro^{7,8}. Las caídas son un factor predisponente de deterioro funcional, actúan indirectamente a través de factores predisponentes de caídas y directamente aumentando la dependencia funcional⁹. Al igual que en el trabajo de Gutiérrez¹, una peor situación funcional al ingreso y un mayor deterioro cognitivo fueron factores predictores de deterioro funcional al alta hospitalaria. Ninguna categoría diagnóstica se ha asociado, tras la regresión logística, con el incremento del deterioro funcional al ingreso y al alta, como se ha observado también en otros trabajos^{1,7}.

Agradecimientos

Este estudio ha sido financiado en parte por el Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (FIS 94/0394).

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez J, Domínguez V, Solano 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; 199:418-423.

2. Jarrett PG, Rockwood K, Carver D, Stolee P, Cosway S. Illness presentation in elderly patients. *Arch Intern Med* 1995; 155:1.060-1.064.
3. Alarcón T, Bárcena A, González Montalvo JI, Peñalosa C, Salgado A. Factors predictive of outcome on admission to an acute geriatric ward. *Age Ageing* 1999; 28:429-432.
4. Guillén F, García A. Ayuda a domicilio. Aspectos médicos en Geriatria. *Rev Esp Gerontol* 1972; 7:339-346.
5. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993; 28:32-40.
6. González Montalvo JI, Rodríguez L, Ruipérez I. Validación del cuestionario de Pfeiffer y la Escala de Incapacidad Mental de la Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los pacientes externos de un servicio de Geriatria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1992; 27:129-133.
7. Sager MA, Rudberg MA, Jalaluddin M, et al. Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44:251-257.
8. Wu AIW, Damiano An M, Lynn J, et al. Predicting future functional status for seriously ill hospitalized adults. *Ann Intern Med* 1995; 122:342-350.
9. Tinetti ME, Inouye Sh K, Gill ThM, Doucette JT. Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence. Unifying the approach to geriatric syndromes. *JAMA* 1995; 273:1.348-1.353.

T. Alarcón, J. I. González-Montalvo,
A. Bárcena* y A. Salgado**

Unidad de Valoración Geriátrica. Hospital Universitario La Paz.
*Hospital de Guadarrama. **Servicio de Geriatria.
Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.

La capacidad funcional como factor predictor y como indicador de resultado

Sr. Director:

En primer lugar nos gustaría agradecer a los autores de la carta motivo de esta comunicación su interés por nuestro trabajo¹ y su aportación, que pone una vez más de manifiesto la importancia del deterioro funcional relacionado con enfermedad aguda en el anciano.

Creo de interés subrayar que las cifras de incidencia obtenidas por ambos grupos son semejantes y se encuentran en consonancia con las descritas por otros autores^{2,3}, acercándonos a la magnitud real del problema. Igualmente, los factores de riesgo de deterioro identificados resultan suficientemente coincidentes, indicando que la detección de incapacidad y deterioro cognitivo en el momento del ingreso hospitalario puede resultar decisiva a fin de identificar poblaciones susceptibles de un tratamiento especializado, orientado funcionalmente y basado en los hallazgos de la valoración geriátrica. Parece evidente que si este tipo de procedimientos no se generaliza resulta imposible llevar a cabo una adecuada identificación de los sujetos en riesgo, ya que el diagnóstico médico aisladamente no se ha mostrado predictor en ninguno de los casos. Este planteamiento resulta decisivo en un momento en el que existe un suficiente consenso acerca

de la relevancia de la situación funcional tras el alta hospitalaria como indicador de calidad en los servicios que tratan este tipo de poblaciones⁴.

Incluso, el conocimiento de la situación funcional de nuestros pacientes desempeña un papel en el análisis del sistema de servicios, permitiendo una comparación fiable de resultados en lo que se ha denominado «ajuste de riesgo»⁵, ya que los resultados «esperados» (mortalidad, estancia hospitalaria, utilización de pruebas diagnósticas) se han mostrado variables según la intensidad de la incapacidad⁶. Por ello, las comparaciones crudas de estos indicadores carecen de sentido cuando nos referimos a servicios o profesionales que tratan poblaciones muy envejecidas.

Por último, me gustaría realizar una consideración metodológica. Por el momento, y especialmente para las enfermedades agudas no directamente incapacitantes, desconocemos la evolución «natural» (sin intervención) del deterioro funcional. En este sentido resulta de enorme interés la realización de estudios longitudinales que cubran amplios espacios temporales a fin de establecer la posible tendencia hacia una recuperación espontánea tras el alta o bien, en caso contrario, hacia un posible empeoramiento o estabilización. Cualquiera de las tres posibilidades puede plantearse racionalmente y posiblemente las tres son ciertas, cada una de ellas en una determinada subpoblación con características particulares que se conviertan en marcadores de riesgo identificables en cada caso. Aquí radica la diferencia entre los dos estudios que comentamos. En nuestro caso, el periodo de seguimiento es mayor, prolongándose hasta un mes tras el alta, lo que podría explicar desde un punto de vista teórico las diferencias en los factores de riesgo identificados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez Rodríguez J, Domínguez Rojas V, Solano Jaurieta 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; 199:418-423.
2. Hirsch CH, Sommers L, Olsen A, Mullen L, Winograd CH. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38:1.296-1.303.
3. Sager MA, Rudberg MA, Jalaluddin M, et al. Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness hospitalization. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44:251-257.
4. Solano JJ. Algunas consideraciones respecto a los estudios coste-efectividad dirigidos a evaluar los servicios de atención al anciano. *Rev Gerontol* 1998; 8:69-71.
5. Iezzoni L. Risk adjustment for measuring healthcare outcomes. En: Iezzoni L, ed. Chicago: Health Administration Press, 1997.
6. Solano JJ, López E, Melón O, Virgós MJ. Toma de decisiones clínicas y situación funcional en Geriatria. ¿Existe una relación? *Revista Española de Salud Pública* 1999; 73:403-406.

J. J. Solano Jaurieta, J. Gutiérrez Rodríguez
y M. Fernández Fernández
Servicio de Geriatria. Hospital Monte Naranco. Oviedo.