

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.