

## Disfunción tiroidea en pacientes mayores de 75 años.

**Sr. Editor:**

Permítame que haga algunas puntualizaciones en relación con el trabajo de Maestro y Albert<sup>1</sup>.

En primer lugar, hay que resaltar que los autores sólo detectan la presencia de casos de «hipotiroidismo subclínico» (hipo-TSC), por lo que más valía haberlo escrito así en el título como también en el texto y, de esta manera, evitar confusión, ya que por «disfunción tiroidea» se puede entender cualquier trastorno funcional no sólo compatible con el hipo-TSC, sino con todos los trastornos funcionales del tiroides, desde el hipertiroidismo hasta el hipotiroidismo manifiesto. Parece ser, en efecto, que la detección de este último fue la finalidad del estudio, pero resultó que en el colectivo estudiado únicamente se encontraron casos de hipo-TSC. Es verdad que, aunque el hipo-TSC no corresponde a una entidad clínica determinada ni tampoco le corresponden concentraciones anormales de hormona tirotrópica (TSH) y tiroxina (T<sub>4</sub>) dentro de un margen preciso, una TSH por encima de 4,6 mU/l y T<sub>4</sub> alrededor de 0,8 ng/dl es lo generalmente aceptado por los endocrinólogos. Efectivamente, los casos de hipo-TSC que detectan los autores muestran valores de TSH de 10,6, es decir, en promedio, altos, pero con una desviación estándar interindividual de 7,6. Por esta razón, cabe pensar que no todos mostrasen un resultado de TSH indudablemente elevado. Todavía más dudoso es el caso de la T<sub>4</sub>, donde el promedio es de 1,23 con desviación estándar de 0,30, lo que indica un rango de valores completamente dentro de la normalidad. Por este motivo cabe pensar que se haya incluido casos muy próximos a la normalidad funcional.

En segundo lugar, no parece convincente, como para tener repercusiones clínicas, la aseveración de que en el 53,3% «el diagnóstico es compatible con proceso autoinmune», ya que ni siquiera se indican los resultados correspondientes. Por otro lado, la influencia yatrogénica en el resultado hormonal es bien conocida; los autores también la mencionan. Por este motivo, hubiera sido interesante para el lector saber si la relación del hipo-TSC con la depresión es directa (poco probable) o indirecta, dado el tratamiento habitualmente utilizado en esta manifestación psiquiátrica (más probable).

Finalmente, opino que precisamente los resultados aportados por el estudio, es decir la detección exclusiva de hi-

po-TSC, ponen en tela de juicio la utilidad clínica de realizar este cribado hormonal tiroideo en personas ancianas asintomáticas. Estoy de acuerdo con esa mayoría de sociedades científicas que no lo considera necesario, como señalan los mismos autores. Es más, si se acepta un cribado para excluir hipo-TSC, ¿por qué no también se realiza para descartar otras posibles variaciones hormonales en personas asintomáticas? Por último, no se debe considerar una bagatela el coste económico que acarrea este tipo de cribados, ni infravalorar los riesgos asociados a un posible tratamiento sustitutivo en pacientes geriátricos. Además, así se contradice uno de los postulados básicos de la medicina clínica, que reza actuar siempre tras un diagnóstico o, al menos, una sospecha clínicamente establecida.

R. Carraro Casieri

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital de la Princesa. Instituto Universitario de Investigación Gerontológica y Metabólica. Madrid. España.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Maestro E, Albert V. Disfunción tiroidea en mayores de 75 años. Estudio en un colectivo rural no institucionalizado de Guadalajara. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40:145-50.

## Los pacientes pluripatológicos y el papel de las especialidades de medicina interna y de geriatría

**Sr. Editor:**

Durante el siglo xx la especialidad de medicina interna ha experimentado una progresiva parcelación de su campo de actuación entre las subespecialidades médicas. Cada una de estas subespecialidades (cardiología, hematología, nefrología, digestología, etc.) ha ido acaparando la atención hospitalaria de los pacientes agudos de su especialidad y ha relegado para la medicina interna a los pacientes crónicos, que suelen ser ancianos y presentan complicaciones en otros órganos o sistemas<sup>1</sup>. Por ello no es de extrañar el panorama de pacientes ingresados en el servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel (que cuenta con todas las subespecialidades) al inicio del siglo XXI, tal y como lo describen García-Morillo et al<sup>2</sup>: el 39% de los ingresados presentan dos o más enfermeda-

des crónicas, junto a una importante limitación funcional y a una edad media de 75 años.

Para atender a estos pacientes, denominados pluripatológicos, García-Morillo et al han desarrollado en su servicio de medicina interna una unidad asistencial *ad hoc* que les ha permitido detectar en éstos una especial fragilidad clínica y un mayor deterioro funcional. En un editorial publicado en la revista *Medicina Clínica*, Sánchez Rodríguez<sup>3</sup> plantea la necesidad de una atención integral coordinada a estos pacientes con pluripatología, para lo que se propone una readaptación de los servicios de medicina interna que permita a los internistas realizar valoraciones funcionales, coordinar distintos niveles asistenciales y trabajar con equipos multidisciplinarios. De un modo curioso y coincidente, éstas son las tres características definitorias de la especialidad de geriatría, descritas en manuales de geriatría para estudiantes<sup>4</sup> y para médicos<sup>5</sup>. En el editorial de Sánchez Rodríguez<sup>3</sup> subyace la preocupación por reivindicar, para la medicina interna, la dirección del proceso asistencial a estos pacientes, y menciona de forma tangencial que se debería contar con la colaboración de la geriatría para determinados casos muy concretos.

Creemos que la reivindicación de exclusividad para la medicina interna de la atención hospitalaria a los ancianos frágiles es desacertada, sobre todo cuando hay una especialidad médica hospitalaria, denominada geriatría, que comparte la opinión de que la respuesta del sistema sanitario actual no se ajusta ni a las expectativas subjetivas ni a las necesidades objetivas del paciente frágil<sup>6</sup>. Aunque también nos preocupa el futuro de la medicina interna en los hospitales, nos parece más lógico que los internistas traten de recuperar su preeminencia en la atención a los pacientes adultos en todas las plantas de hospitalización médica. Así, los subespecialistas médicos podrían dedicarse mejor al desarrollo de sus técnicas y actuarían con mayor eficiencia en la atención clínica como consultores de los internistas. Ésta es una tendencia que se observa ya en los Estados Unidos, donde se ha «reinventado» al internista denominándolo «hospitalista»<sup>7</sup>, tendencia semejante a la asunción por parte de los intensivistas de todos los pacientes ubicados en las áreas de pacientes críticos<sup>8</sup>. Esta redefinición del papel del internista lo volvería acorde a la definición de la Sociedad Española de Medicina Interna de su especialidad como «de ejercicio fundamentalmente hospitalario» y dedicada a «la atención a todas las enfermedades prevalentes del adulto»<sup>9</sup>.

El progresivo envejecimiento de la población española justifica el mantenimiento, el desarrollo y la creación de unidades geriátricas de agudos y de servicios de geriatría hospitalarios, que están diseñados para atender a una pequeña fracción de los ancianos hospitalizados, y que han actuado y deben seguir actuando como referente en la asistencia a los ancianos frágiles<sup>10</sup>. Los internistas pueden y deben asumir el modelo geriátrico de atención para aplicarlo a los numerosos pacientes de su servicio que lo requieran, del mismo modo que ya atienden a sus pacien-

tes terminales a partir del referente asistencial de las unidades de cuidados paliativos, que cuidan de un selectivo grupo de pacientes terminales hospitalizados.

Basilio Javier Anía-Lafuente<sup>a</sup> y José Luis Suárez-Almenar<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Medicina Interna y Geriatría. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

<sup>b</sup>Geriatría. Residencia de Taliarte. Telde. Las Palmas de Gran Canaria. España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Portugal Álvarez J. La medicina interna en el hospital. JANO. 1988;34:753-4.
2. García-Morillo JS, Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisad M, Ramírez-Duque N, González de la Puente MA, et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. Med Clin (Barc). 2005;125:5-9.
3. Sánchez Rodríguez A. El enfermo con pluripatología: la necesidad de una atención integral coordinada. Med Clin (Barc). 2005;125:12-3.
4. Macías Núñez JF, editor Geriatría desde el principio. Barcelona: Glosa; 2001.
5. Guillén Llera F, Ruipérez Cantera I. Manual de geriatría. Barcelona: Masson; 2002.
6. Alonso T, Alonso-Ruiz MT, Arana A, Gallego R, Gálvez N, Lozano G, et al. Necesidad del desarrollo de servicios especializados de atención al anciano frágil (II). Rev Esp Geriatr Gerontol. 2004;39:122-38.
7. Wachter RM. Hospitalists in the United States –mission accomplished or work in progress? N Engl J Med. 2004;350:1935-6.
8. Wachter RM. The evolution of the hospitalist model in the United States. Med Clin N Am. 2002;86:687-706.
9. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Estudio socioprofesional de la medicina interna en España: prospectiva 2010. Barcelona: Novartis; 2005. p. 40.
10. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Informe sobre la necesidad de Unidades Geriátricas de Agudos y Unidades Geriátricas de Recuperación Funcional como parte de los recursos hospitalarios especializados para personas mayores. Madrid: SEMEG; 2004.

## Eficiencia de una unidad de geriatría en la gestión de camas hospitalarias

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el original de González-Guerrero et al<sup>1</sup> y aportamos los datos de la Sección de Geriatría del Hospital Perpetuo Socorro de Albacete del año 2004 que confirman sus conclusiones con algún matiz. La edad media de nuestros pacientes es también de 85 años, con un 60% de mujeres. En el año 2004 tuvimos 1.563 ingresos en la Unidad Geriátrica de Agudos, con un índice de ocupación del 121,5% y con una estancia media de 8,33 (bruta) y 7,70 (neta). La mortalidad fue del 16% y los reingresos en 30 días representaron el 8,68% de las altas. La media de diagnósticos por paciente fue de 8,3, con un peso medio bruto de 1,8851 y neto de 1,8924.