

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.

TITULO

**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE
AGUDOS DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE
MÉXICO, EN EL PERIODO 2006-2007**

TESIS QUE PRESENTA

DRA. LEONOR ELIA ZAPATA ALTAMIRANO

PARA OBTENER EL DIPLOMA

EN LA ESPECIALIDAD EN

GERIATRÍA

ASESOR: DR. ARMANDO PICHARDO FUSTER

MEXICO, D.F.

FEBRERO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE
AGUDOS DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE
MÉXICO, EN EL PERIODO 2006-2007**

AUTOR

**DRA. LEONOR ELIA ZAPATA ALTAMIRANO
MÉDICO RESIDENTE DE GERIATRÍA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**

ASESOR DE TESIS

**DR. ARMANDO PICHARDO FUSTER
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GERIATRÍA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**

AGRADECIMIENTOS

A cada uno de los ancianos mexicanos que he tenido oportunidad de atender, ya que me impulsan a estudiar más sobre sus enfermedades y problemática social, para darles la mejor atención cada día.

A mis padres, Leonor y Joaquín, son mi ejemplo a seguir, gracias por apoyarme en esta nueva especialidad, por estar siempre a mi lado. Son la fuerza que me ayuda a salir adelante.

A la familia Zapata Miguel y a mi hermano Fernando, por estar siempre cerca, y darme tantos motivos de orgullo y felicidad.

A mi compañero incondicional, con agradecimiento especial para ti Jorge, por todo tu amor, tu paciencia, tu apoyo, tu compañía, por ayudarme a ser una Geriatra con orientación cardiológica.

Dr. Pichardo y Dra. Pedrero, gracias por sus enseñanzas, por contagiarme con su entusiasmo y principalmente por su amistad.

Cynthia, López y Manuel, mis compañeros Geriatras, fueron dos años difíciles, pero finalmente lo logramos. Gracias por cada momento que compartimos.

ÍNDICE

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Objetivos y justificación.....	6
Material y Métodos.....	7
Resultados.....	8
Discusión.....	17
Conclusiones.....	21
Bibliografía.....	24
Anexos.....	25

RESUMEN

“Características de los pacientes atendidos en la Unidad de Agudos del Servicio de Geriátría del Hospital General de México, en el periodo 2006-2007”

Introducción: La población continúa envejeciendo, y cada vez son más los adultos mayores que requieren de atención médica. Aún existen pocas estadísticas sobre las causas de morbilidad y mortalidad en los ancianos mexicanos. La población que ingresa a la Unidad de Agudos del Servicio de Geriátría del Hospital General de México, constituye una parte significativa de los ancianos del país, por lo que se decidió realizar este estudio, para conocer sus características y de acuerdo a los resultados observados planear estrategias para mejorar la atención que se brinda.

Pacientes y métodos: Se incluyeron a todos los pacientes atendidos en la Unidad de Agudos del Servicio de Geriátría del Hospital General de México, en el periodo comprendido de marzo de 2006 a febrero de 2007. Se revisaron los expedientes disponibles en el Archivo Clínico, y se vaciaron los datos en una hoja de recolección que incluía: edad, sexo, días de estancia, funcionalidad previa, antecedentes personales patológicos, medicamentos previos, motivo de ingreso, estudios realizados, causa del egreso y seguimiento. Con los datos recolectados se realizó un estudio descriptivo.

Resultados: Se revisaron en total 171 expedientes. Se encontraron 125 (73%) mujeres y 42 (27%) hombres. El promedio de edad fue de 82.4 años. El promedio de días de estancia por paciente fue de 6.3. El uso de medicamentos previo al internamiento fue de 2. El estado funcional previo al ingreso en cuanto a actividades básicas de la vida diaria, evaluado en 148 pacientes, 58% fueron independientes y el 42% dependientes. Entre los antecedentes personales patológicos destacaron, HAS (28.6%), DM2+HAS (22.8%), secuelas de EVC (13.4%), enfermedad articular degenerativa (12.8%) y DM2 (11.1%). Los 3 medicamentos más utilizados previo al ingreso fueron captopril (24.5%), glibenclamida (16.9%) y aspirina (14%). Los principales motivos de ingreso al servicio fueron EVC isquémico (16.9%), insuficiencia cardíaca descompensada (12.8%) y hemorragia de tubo digestivo alto (12.8%). El delirium estuvo presente el 15.7% de los pacientes al ingreso, la causa desencadenante principal fue la DM2 descompensada. Se documentaron 27 defunciones (15.7%), las tres causas principales fueron neumonía, choque hipovolémico por hemorragia de tubo digestivo alto y evento vascular cerebral isquémico. El seguimiento por la consulta externa al egreso, sólo se realizó en el 32.6% de los pacientes.

Conclusiones: Las patologías predominantes en los ancianos estudiados son la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial sistémica, y cursan con complicaciones propias de estas enfermedades como motivo de ingreso, las más frecuentes, eventos vasculares cerebrales e insuficiencia cardíaca congestiva. Por lo que se debe insistir desde edades tempranas en la prevención y tratamiento de estas enfermedades, así como también en la rehabilitación. Se deben continuar con la creación de Geriátras y de centros de atención orientados al anciano en cada estado del país, para en la medida que sea posible, mantener la funcionalidad. Debemos insistir en la Geriátrización de la Medicina, para que todas las especialidades estén listas para atender de forma adecuada a los adultos mayores.

INTRODUCCIÓN

El crecimiento de la población mayor de 60 años es un hecho, debido a que ha disminuido la tasa de natalidad y el avance de la tecnología ha permitido que la población viva más años. El promedio de vida del mexicano, es de 75 años. En 2005, la estadística mostró que en el mundo existían 667 millones 905 mil personas de 60 años o más, en América Latina y el Caribe 48 millones 286 mil adultos mayores y en México 8 millones 214 mil. Se estima que el 2015 en México vivirán 12 millones 001 mil adultos mayores, y en el 2050 36 millones 677 mil adultos mayores. De ahí la importancia de la Geriatria, y de conocer las características de esta población. (Fuente CONAPO 2005, INAPAM 2005).

Tenemos que prestar atención al envejecimiento poblacional, no sólo por el incremento progresivo de su proporción, sino por el aumento de las condiciones de dependencia que van a padecer muchas de estas personas, y a la necesidad de preparación de personal calificado para su cuidado (1).

Los adultos mayores, se enfrentan a situaciones de marginación, discriminación, rechazo familiar, abandono y maltrato, convirtiéndose en uno de los sectores más desprotegidos de la sociedad. Esto es el reflejo de la pérdida de la cultura de respeto y reconocimiento hacia la figura de los ancianos que en antaño simbolizaban la experiencia, sabiduría, ecuanimidad y serenidad, entre otros muchos atributos.

La Geriatria es la especialidad más nueva en México, aceptada en 1994 por la Universidad Nacional Autónoma de México, y como requisito, debe contarse con la especialidad de Medicina Interna.

La Geriatria adapta la Medicina a las necesidades de los ancianos, enseñándonos a confrontarnos cada día con sus difíciles y molestos problemas, de los que se hace un planteamiento global. El geriatra no se debe conformar con tratar enfermedades agudas en sus pacientes, la acción del geriatra debe ser la continuidad, ya que ayudar a vivir a los muy viejos no es fácil, pues dependen de quienes les rodean. (2,3)

En Reino Unido, España, Costa Rica y otros países, se recomienda un geriatra por cada 5,000 mayores de 60 años o uno por cada 10,000 adultos mayores de 65 años, o uno por cada 4,000 mayores de 75 años. (4)

El envejecimiento es un proceso normal, por lo tanto la presencia de enfermedades debe considerarse como anormal. Mientras más años tienen las personas, mayor es la frecuencia de problemas patológicos.

La Unidad Geriátrica de Agudos, se define como el nivel asistencial que dentro de un Servicio de Geriátrica, presta atención especializada, en régimen de hospitalización a los ancianos que cumplen los criterios del paciente geriátrico con enfermedades agudas o reagudización de enfermedades crónicas que no pueden ser tratadas en su domicilio o en la consulta externa.

En los padecimientos agudos de los ancianos, debemos tomar en cuenta que la presentación puede ser atípica e inespecífica, lo que condiciona un bajo índice de diagnóstico y retraso en el inicio del plan terapéutico. El tratamiento farmacológico no puede utilizarse de forma estándar, se debe elegir bien el grupo farmacológico y ajustar la dosis, por el elevado índice de interacciones y efectos adversos que pueden presentarse (5).

Las enfermedades crónico-degenerativas, como hipertensión arterial, diabetes mellitus y osteoartropatía degenerativa, son más frecuentes en los ancianos. Estas patologías solo se controlan y gracias a los avances médicos pueden estar presentes por muchos años. La vejez es un factor de riesgo para la aparición de este tipo de padecimientos, los cuales generalmente empiezan en la quinta década de la vida, de ahí la importancia de hacer hincapié en la prevención desde temprana edad. La prevención del deterioro anormal es una actividad prioritaria, con el objetivo de buscar una calidad de vida adecuada, incluyendo el ámbito familiar y social. El envejecimiento, al ser un proceso continuo e irreversible no se puede impedir como tal, lo que se debe alcanzar el envejecimiento exitoso en cada uno de los integrantes de la sociedad.

Las enfermedades crónicas que con mayor frecuencia encontramos en los ancianos están, la hipertensión arterial sistémica, (HAS) alcanzando una prevalencia de 65 al 75%, es más frecuente en mujeres y se mantiene incluso en los mayores de 85 años (6). El riesgo cardiovascular aumenta con la edad, y como consecuencia

existen más ancianos con enfermedades cardiovasculares crónicas, incluyendo cardiopatía isquémica y eventos vasculares cerebrales (EVC), (7).

La diabetes del anciano, es habitualmente tipo 2, (DM2), además de los mecanismos ya conocidos para el desarrollo de esta enfermedad, en el anciano existe disminución de la producción de insulina a nivel pancreático. Diferentes estudios en nuestro país han confirmado que una de cada cuatro personas mayores de 60 años tiene la enfermedad. La diabetes constituye en la actualidad la primera causa de mortalidad y de hospitalización en ancianos derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (8).

La prevalencia de la insuficiencia cardiaca en el anciano se estima que puede variar desde un 2 a un 30%, dependiendo de la definición seguida para considerar a esta entidad como tal y las características de la población estudiada. (9,10)

El delirium es una de las manifestaciones clínicas más frecuentes que se observan en los individuos de edad avanzada. Se ha reportado en la literatura mundial que entre el 10 y 30% de los adultos mayores hospitalizados cursan con delirium (11). A su llegada al hospital uno de cada 10 ancianos cursa con delirium. Sin embargo esta incidencia tiene una variabilidad muy amplia que va desde 8% hasta el 60%, debido a que los adultos mayores son un grupo muy heterogéneo.

La neumonía es la primera causa de mortalidad en cuanto a enfermedades infecciosas se refiere en el anciano y la cuarta causa de general de mortalidad en los mayores de 75 años (12).

No existen en el medio médico nacional datos específicos de la utilización de servicios médicos por parte de los ancianos. En un estudio realizado en 1996, se encontró que la estancia promedio de hospitalización era de 23 días, predominando los ingresos del sexo femenino (68%), la mayoría ingresó por el servicio de urgencias (60.8%) y hasta el 20% reingresaron al hospital en los 6 meses que siguen a su primera hospitalización (13).

OBJETIVOS

Conocer las patologías más frecuentes en los ancianos que ingresan a la Unidad de Agudos del Servicio de Geriátría del Hospital General de México.

Conocer los motivos de ingreso y las causas de muerte de los ancianos internados en la Unidad de Agudos del Servicio de Geriátría del Hospital General de México.

De acuerdo a los resultados obtenidos planear estrategias de prevención y mejoría de calidad de vida.

JUSTIFICACIÓN

Son pocas las Unidades de Agudos dentro de los servicios de Geriátría de hospitales de México, el Hospital General de México, cuenta con una de ellas, por lo que es de importancia conocer las características de la población que se atiende.

Además se cuenta con poca estadística de las enfermedades de los ancianos mexicanos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del Estudio

Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional.

Universo de trabajo

Pacientes hospitalizados en la Unidad de Agudos del Servicio de Geriatría, del Hospital General de México O.D. en el periodo comprendido de marzo de 2006 a febrero de 2007.

Método de recolección de datos

Se revisaron los expedientes disponibles en el Archivo Clínico, los nombres y números de expediente se recabaron del censo que se realiza diariamente en el Servicio de Geriatría.

En la hoja de recolección de datos se recabaron los datos generales de cada paciente, incluyendo edad, sexo, días de estancia, funcionalidad previa, antecedentes personales patológicos, medicamentos previos, motivo de ingreso, estudios realizados, causa del egreso y seguimiento (Anexo 1).

RESULTADOS

De marzo de 2006 a febrero de 2007, se atendieron en la Unidad de Agudos del Servicio de Geriatría a 238 pacientes, el 90% procedentes del servicio de urgencias, el resto de la consulta externa o cambios de servicio. En total 169 mujeres (71%) y 69 hombres (29%). Durante el periodo mencionado se presentaron 41 defunciones, constituyendo el 17% de nuestra población.

En el archivo clínico se encontraron en total 171 expedientes, algunos de los faltantes fue por causa de defunción o por encontrarse en otros servicios. La distribución por sexos en los expedientes revisados fue de 125 (73%) mujeres y 46 (27%) hombres.

El promedio de edad general fue de 82.5 años. La edad mínima en las mujeres fue de 70 años y la máxima de 106 años, con un promedio de 82.4 años. En los hombres la edad mínima fue de 70 años y la máxima de 97 años, con un promedio de 82.7 años.

El promedio de días de estancia por paciente fue de 6.3 días, con una mínima de 1 día y máxima de 25 días. El uso de medicamentos previo al internamiento fue de 2 medicamentos por paciente, con un mínimo de 0 y un máximo de 8 medicamentos.

El estado funcional previo al ingreso, sólo se describió en el expediente en 148 pacientes (86%), clasificados como dependientes o independientes en cuanto a actividades básicas de la vida diaria. Los porcentajes se describen en la siguiente tabla:

Tabla 1. Funcionalidad

Actividades básicas de la vida diaria	Número de pacientes	Porcentaje
Independientes	86	58%
Dependientes	62	42%

Las enfermedades más frecuentes encontradas como antecedentes patológicos fueron, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, la coexistencia de ambas, enfermedad articular degenerativa, insuficiencia cardiaca, secuelas de enfermedad vascular cerebral, antecedente de fractura de cadera,

cardiopatía isquémica, enfermedad ácido péptica, síndrome de inmovilidad, entre otras.

En la tabla 2 se describen las patologías más frecuentes y el número de pacientes (ver gráfica 1 en anexo):

Tabla 2. Antecedentes patológicos

Patología	Número de pacientes	Porcentaje %
Hipertensión arterial sistémica	49	28.6
DM2 + HAS	39	22.8
Secuelas de enfermedad vascular cerebral	23	13.4
Enfermedad articular degenerativa	22	12.8
Diabetes Mellitus tipo 2	19	11.1
Insuficiencia cardíaca	18	10.5
EPOC	15	8.7
Antecedente de fractura de cadera	15	8.7
Fibrilación auricular crónica	14	8.1
Demencia no especificada	14	8.1
Enfermedad ácido péptica	13	7.6
Síndrome de inmovilidad	12	7.0
Cáncer	7	4.0
Hipertrofia prostática benigna	6	3.5
Depresión mayor	5	2.9
Insuficiencia renal crónica	4	2.3
Cardiopatía isquémica	4	2.3
Artritis reumatoide	3	1.7
Marcapaso definitivo	3	1.7
Úlceras por presión	3	1.7
Cardiopatía reumática inactiva	2	1.1
Cirrosis hepática	2	1.1
Enfermedad de Parkinson	2	1.1
Hipotiroidismo primario	2	1.1
Insuficiencia arterial crónica	2	1.1
Incontinencia fecal	1	0.5

En cuanto a los medicamentos utilizados por los pacientes previos a su ingreso, encontramos 75 medicamentos diferentes en total, en la tabla 3, se describen los medicamentos utilizados con más frecuencia (ver gráfica 2 en anexo):

En las tablas 4, 5, 6, 7 y 8 se describe el porcentaje de uso de medicamentos por mecanismo de acción:

Tabla 3. Medicamentos utilizados con más frecuencia

Medicamento	Número de pacientes	Porcentaje %
Captopril	42	24.5
Glibenclamida	29	16.9
Aspirina	24	14
Digoxina	18	10.5
Furosemida	14	8.1
Diclofenaco	13	7.6
Enalapril	11	6.4
Amlodipina	11	6.4
Omeprazol	10	5.8
Metoprolol	9	5.2
Metformín	8	4.6
Nifedipina	6	3.5
Espironolactona	5	2.9
Paracetamol	5	2.9
Clopidogrel	5	2.9
Pentoxifilina	5	2.9
Acenocumarina	5	2.9

Tabla 4. Antihipertensivos

Antihipertensivos	Número de pacientes	Porcentaje %
Captopril	42	24.5
Enalapril	11	6.4
Amlodipina	11	6.4
Metoprolol	9	5.2
Nifedipina	6	3.5
Clortalidona	4	2.3
Isosorbide	4	2.3
Hidroclorotiazida	3	1.7
Atenolol	2	1.1
Prazosín	2	1.1
Lisinopril	2	1.1
Losartán	1	0.5
Losartán+hidroclorotiazida	1	0.5
Lisinopril+hidroclorotiazida	1	0.5
Diltiazem	1	0.5

Tabla 5. Hipoglucemiantes

Hipoglucemiantes	Número de pacientes	Porcentaje %
Glibenclamida	29	16.9
Metformin	8	4.6
Insulina NPH	3	1.7
Glibenclamida+Metformin	3	1.7
Glicazida	2	1.1
Acarbosa	1	0.5
Tolbutamida	1	0.5

Tabla 6. Analgésicos y AINES

Analgésicos y AINES	Número de pacientes	Porcentaje %
Diclofenaco	13	7.6
Paracetamol	5	2.9
Naproxén	4	2.3
Ketorolaco	2	1.1
Tramadol	2	1.1
Celecoxib	1	0.5

Tabla 7. Diuréticos

Diuréticos	Número de pacientes	Porcentaje %
Furosemida	14	8.1
Espironolactona	5	2.9

Tabla 8. Antidepresivos, benzodiacepinas, antipsicóticos

Antidepresivos	Número de pacientes	Porcentaje %
Anfebutamona	1	0.5
Fluoxetina	1	0.5
Sertralina	1	0.5
Benzodiacepinas		
Alprazolam	1	0.5
Clonazepam	1	0.5
Antipsicóticos		
Haloperidol	1	0.5
Risperidona	1	0.5

En la tabla 9, se enumeran las causas principales del motivo de ingreso, sin embargo cabe mencionar que debido a las múltiples patologías de este tipo de pacientes, coexistían varias causas que llevaron al internamiento.

El delirium se presentó en 27 pacientes, como parte de los síntomas al ingreso, asociado con las patologías que se describen en la tabla 10.

Otra causa importante de ingreso a nuestro servicio fue la hemorragia de tubo digestivo alto, más adelante se describen los hallazgos en las endoscopias realizadas a pacientes que tuvieron como motivo de ingreso anemia en estudio, hemorragia de tubo digestivo y en quienes se colocó sonda de alimentación percutánea.

Tabla 9. Motivos de ingreso

Motivo de ingreso	Número de pacientes	Porcentaje %
EVC isquémico	29	16.9
Insuficiencia cardíaca	22	12.8
Hemorragia de tubo digestivo alto	22	12.8
Infección de vías urinarias altas y bajas	14	8.1
Neumonía adquirida en la comunidad	12	7.0
DM2 descompensada	11	6.4
Traumatismo craneo encefálico	9	5.2
EVC hemorrágico	5	2.9
Insuficiencia arterial	5	2.9
Deshidratación	5	2.9
Úlceras por presión infectadas	4	2.3
Encefalopatía hepática	3	1.7
EPOC descompensado	3	1.7
Diarrea	3	1.7
Anemia en estudio	2	1.1
Pérdida de peso en estudio	2	1.1
Dolor torácico	2	1.1
Dolor abdominal	1	0.5
Impactación fecal	1	0.5
Vasculitis cutánea asociada a fármacos	1	0.5
Epistaxis	1	0.5
Artritis inflamatoria de rodilla	1	0.5
Síndrome urémico	1	0.5
Oclusión intestinal	1	0.5
Encefalopatía hipertensiva	1	0.5
Ictericia en estudio	1	0.5

Tabla 10. Causas de delirium

Motivo del delirium	Número de pacientes	Porcentaje %
DM2 descompensada	6	22.2
Neumonía	4	14.8
Hipoglucemia	3	11.1
Infección de vías urinarias	2	7.4
Hemorragia de tubo digestivo alto	2	7.4
Demencia	2	7.4
EVC	2	7.4
Deshidratación	2	7.4
Descontrol hipertensivo	1	3.7
Insuficiencia cardíaca	1	3.7
Descontrol hipertensivo	1	3.7
Insuficiencia arterial aguda	1	3.7

Hallazgos en las endoscopias realizadas:

Mujer 70 años, antecedente de gastrectomía parcial por úlcera gástrica.

- Endoscopia: Estenosis de la anastomosis gastroentérica, úlcera marginal en anastomosis Sakita A2, gastropatía erosiva.

Mujer 84 años, vómito en posos de café y melena

- Endoscopia: Gastropatía erosiva aguda de antro pilórico. Gastropatía fúndica por reflujo biliar.

Mujer 83 años, EVC, se colocó sonda de gastrostomía.

- Endoscopia: Gastropatía crónica erosiva.

Mujer 80 años, dolor epigástrico, melena, hematemesis.

- Endoscopia: Estenosis esofágica tercio superior de esófago.

Hombre 91 años, dolor epigastrio, melena.

- Endoscopia: Úlcera gástrica yuxta cardial. Biopsia: Gastritis crónica con metaplasia intestinal completa.

Mujer 89 años, EVC, se colocó sonda de gastrostomía.

- Endoscopia: Gastropatía crónica erosiva.

Mujer 71 años, uso crónico de AINES, melena

- Endoscopia: Gastritis crónica

Mujer 78 años, uso crónico de AINES, melena.

- Endoscopia: Gastropatía crónica reactiva, reflujo biliar, hernia hiatal tipo I, esofagitis, duodenitis erosiva leve.

Mujer 78 años, uso crónico de AINES, hematoquezia, delirium.

- Endoscopia: Úlcera duodenal primera porción, Sakita A1, Forrest III, sin hemorragia, gastropatía erosiva en bulbo. Duodenitis segunda porción.

Mujer 81 años, vómito en posos de café, hipotensión.

- Endoscopia: Hernia hiatal tipo III, gastropatía y duodenitis erosiva.

Mujer 84 años, antecedente de melena.

- Endoscopia: Gastritis crónica.

Hombre 74 años, pérdida de peso en estudio.

- Endoscopia: Hernia hiatal tipo I, gastropatía congestiva hemorrágica en fondo.

Mujer 85 años, vómito en posos de café, hipotensión.

- Endoscopia: Hernia hiatal tipo I, gastritis aguda, úlcera duodenal con coágulo.

Mujer 84 años, EVC, colocación sonda de gastrostomía.

- Endoscopia: Incompetencia cardiohiatal, gastropatía erosiva, úlcera duodenal Forrest III.

Mujer 81 años, dolor en epigastrio, melena, vómito en posos de café.

- Endoscopia: Várices esofágicas grado III, gastritis congestiva, duodenitis péptica moderada.

Mujer 86 años; hipotensión, melena, vómito en posos de café.

- Endoscopia: Incompetencia cardiohiatal. Probable cáncer gástrico ulcerado infiltrante proximal. Biopsia, no mostró neoplasia. Se realizó nueva endoscopia, desconocemos resultado.

Mujer 79 años, melena, vómito en posos de café.

- Endoscopia: Hernia hiatal tipo I, úlceras gástricas en cuerpo Forrest III, Sakita A1, gastropatía crónica no erosiva en antro.

Hombre 77 años, melena, vómito en posos de café.

- Endoscopia: Gastropatía no erosiva, crónica superficial de antro, estenosis postbulbar. Úlcera duodenal primera porción, Forrest III, Sakita A1.

Mujer 81 años, melena.

- Endoscopia: Angiodisplasia gástrica, incompetencia cardiohiatal.

Hombre 97 años, hematemesis y hematoquezia.

- Endoscopia: Lago gástrico purulento. Estenosis pilórica.

Mujer 80 años, anemia en estudio, hematoquezia.

- Endoscopia: Hernia hiatal tipo 1, gastropatía crónica.

Mujer 93 años, dolor en epigastrio, melena.

- Endoscopia: Úlcera gástrica Forrest III. Úlcera gástrica cicatrizada.

Mujer 86 años, dolor en epigastrio, vómito en posos de café.

- Endoscopia: Hernia hiatal grande, esofagitis péptica.

Mujer 93 años, vómito en posos de café, melena.

- Endoscopia: Hernia hiatal tipo 1, gastropatía erosiva de predominio en antro, úlcera prepilórica Forrest IC, duodenitis severa.

Mujer 72 años, dolor en epigastrio, hematemesis, evacuaciones melénicas

- Endoscopia: Hernia hiatal, gastritis erosiva, gastropatía hemorrágica subepitelial antral.

A estos pacientes, se les dio seguimiento tanto por la consulta externa de geriatría, como de gastroenterología, para recabar resultados de biopsias, así como para realizar endoscopia de control posterior a tratamiento.

En los 171 expedientes revisados, se documentaron 27 defunciones (15.7%), las causas se enlistan en la tabla 11.

Tabla 11. Causas de defunción

Número	%	Causa de defunción
4	14.8	Neumonía adquirida en la comunidad
3	11.1	Choque hipovolémico por hemorragia de tubo digestivo alto
3	11.1	Evento vascular cerebral isquémico
2	7.4	Choque séptico secundario a pie diabético
2	7.4	Insuficiencia cardíaca congestiva
2	7.4	Evento vascular cerebral hemorrágico
2	7.4	Insuficiencia arterial aguda
2	7.4	Adenocarcinoma de estómago e intestino delgado
1	3.7	Choque séptico secundario a absceso hepático piógeno
1	3.7	Choque séptico secundario a úlceras por presión infectadas
1	3.7	Choque séptico secundario a urosepsis
1	3.7	Hemorragia parenquimatosa secundaria a TCE
1	3.7	Coma mixedematoso
1	3.7	Insuficiencia hepática
1	3.7	Síndrome urémico

Dentro de los casos interesantes a comentar, encontramos los siguientes:

Hombre de 81 años de edad, previamente funcional, antecedente de alcoholismo intenso, su motivo de ingreso por delirium hipoactivo, llamando la atención elevación del hemidiafragma derecho y alteración en las pruebas de función hepática, finalmente por ultrasonido se documentó absceso hepático único, se consideró de tipo piógeno. Se envió a unidad de terapia intensiva, donde recibió manejo a base de antibióticos, requirió intubación orotraqueal, se agregó neumonía asociada a ventilador, por lo que fallece a causa de choque séptico.

Mujer de 84 años, con antecedentes de DM2, HAS, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal. Su motivo de ingreso por descompensación de la falla cardíaca, en clase funcional IV, se tuvo la oportunidad de administrar Levosimendan, cursando la paciente con buena evolución y mejoría en la calidad de vida, se envió a su domicilio y continuó con seguimiento por la consulta externa de cardiología y geriatría.

Hombre 97 años de edad, previamente funcional, que ingresó por hemorragia de tubo digestivo alto inactiva, fiebre, delirium hiperactivo, leucocitosis. Se le realizó endoscopía, y se observó un lago gástrico purulento con estenosis pilórica. Se sospechó por parte del servicio de gastroenterología de gastritis flemonosa, en el cultivo de líquido gástrico hubo crecimiento de estafilococo aureus. Se completó el tratamiento con antibióticos, el paciente fue dado de alta por mejoría, sin embargo, posteriormente falleció en su domicilio.

Mujer de 70 años de edad, que ingresó por cuadro de deterioro cognoscitivo progresivo caracterizado por desorientación en las 3 esferas, lenguaje incoherente, dificultades para la denominación y apraxia del vestido. En la exploración física se encontró como único dato desviación de la comisura labial hacia la izquierda, sin otros datos de focalización. Se le realizó inicialmente tomografía de cráneo simple, que mostró una masa ocupativa que colapsaba el cuerno frontal, con extensión al hemisferio contra lateral a través del cuerpo caloso, con efecto de masa, edema perilesional y desplazamiento de la línea media. Se le realizó posteriormente resonancia magnética, la que mostró lesión frontal izquierda de 9 x 6.5 cm. Se comentó el caso con neurocirugía y se concluyó que se trataba de un Glioblastoma Multiforme, sin embargo por su extensión, no se consideró candidata a procedimiento quirúrgico o radioterapia. Se dio de alta a su domicilio, no acudió a seguimiento.

El seguimiento por la consulta externa de los pacientes a su egreso es bajo, solo el 32.6% acude nuevamente, esto lo atribuimos a que vienen de otros estados del país y a que su red de apoyo es mala, dificultando esto en forma importante nuestra intervención como servicio de Geriatría.

DISCUSIÓN

Los pacientes que acuden al Hospital General de México O.D., son una parte representativa de la población del país, los adultos mayores de nivel socioeconómico bajo, proceden muchas veces de los estados más pobres, de ahí la importancia de conocer los padecimientos más frecuentes que los aquejan.

Como se ha mostrado en múltiples estudios, las mujeres constituyen el porcentaje mayor de la población anciana, en nuestro estudio fueron el 73% de los ingresos hospitalarios. Como ya se comentó, la edad promedio de los pacientes fue de 82 años, tanto para hombres como para mujeres. En comparación con otros estudios, el promedio de días de estancia fue menor, 6.3 días, contra 23 días que se había publicado en otro estudio mexicano (13). Esto lo podemos atribuir en parte a nuestra intervención como geriatras, tratando de resolver pronto el problema principal, para evitar las complicaciones que las largas estancias hospitalarias ocasionan. Por otro lado, las condiciones de algunos pacientes son tan malas desde su ingreso, que fallecen a los pocos días; o junto con los familiares se decide el alta por máximo beneficio, evitando de alguna forma gastos innecesarios.

El consumo promedio de medicamentos por paciente previo a su ingreso, fue solo de dos, pero cabe mencionar que muchos de ellos, dado su nivel socioeconómico bajo, nunca habían acudido al médico, o a pesar de tenerlos indicados no los tomaban, tanto por mal apego, como por falta de recursos económicos. El máximo de medicamentos por paciente fue de 8, y se trataba de una paciente vista por 3 especialidades. En España, el número promedio de fármacos que utilizan los ancianos que viven en la comunidad oscila entre 2 y 4 por persona/ día, y hasta un 58.1% de las personas de edad avanzada consumen medicamentos en forma habitual. (14)

La aplicación de las escalas tanto de funcionalidad, nutrición, depresión y cognición, se realizó en un bajo porcentaje de nuestros pacientes hospitalizados. En la revisión de expedientes en el 86%, de los pacientes fue posible determinar la funcionalidad en cuanto a actividades básicas de la vida diaria. Se encontró que eran independientes en el 58% de los casos y dependientes en el 42% en relación a las actividades básicas de la vida diaria. Como Servicio de Geriatría, debemos insistir en la realización de las escalas de valoración funcional al ingreso y al egreso de nuestros pacientes, ya que esto nos permitirá tener una visión más objetiva de su evolución.

Como era de esperarse, dentro de los antecedentes personales patológicos de los pacientes, encontramos a un porcentaje alto de hipertensos (28.6%), coexistencia de HAS y DM2 (22.8%), secuelas de EVC (13.6%), enfermedad articular degenerativa (12.85), DM2 (11%), insuficiencia cardíaca (8.7%), entre otras.

Dentro de los síndromes geriátricos, encontramos antecedente de fractura de cadera en el 8.7%, demencia no especificada en el 8.1%, síndrome de inmovilidad en el 7%, depresión mayor en el 2.9% y úlceras por presión 1.7%.

En otro estudio publicado en México (15), que investigó la mortalidad en ancianos hospitalizados, el mayor número de pacientes también lo formaron las mujeres, dentro de las principales patologías de base detectadas en orden decreciente se encontraron diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cirrosis hepática, fractura de cadera, neumonía, urosepsis, cáncer, tuberculosis pulmonar, enfermedad vascular cerebral de tipo isquémico, entre las principales. Al igual que en nuestra población dentro de las principales enfermedades se encontraron la diabetes y la hipertensión. A diferencia del estudio mencionado, en nuestro servicio se atienden pocos pacientes con insuficiencia renal crónica con manejo sustitutivo, generalmente son atendidos por los Servicios de Nefrología y Medicina Interna, ya que el motivo principal de ingreso es síndrome urémico y se les realiza diálisis peritoneal, y el seguimiento lo realiza el Servicio de Nefrología. Los pacientes con cirrosis hepática tampoco forman parte importante de nuestra población, ya que son atendidos por los Servicios de Gastroenterología o de Medicina Interna.

Los medicamentos más utilizados, estuvieron en relación con las patologías crónicas predominantes. Para el manejo de la hipertensión se utiliza el captopril en la mayoría de los casos, suponemos que es por su bajo costo y por ser el que se proporciona de manera gratuita en los centros de salud. El segundo medicamento utilizado es el enalapril y el tercero la amlodipina. Desconocemos si los pacientes previamente estaban controlados, sin embargo el uso en gran porcentaje de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS) puede ser útil para los pacientes, debido a las propiedades protectoras que se han atribuido a este grupo de medicamentos en diversos sistemas.

Para el manejo de la diabetes mellitus tipo 2, continua predominando el uso de glibenclamida, por su bajo costo y fácil acceso. Sin embargo también es causa de

hipoglucemia en forma frecuente, ya que sospechamos que en los centros de salud, no se vigila la función renal en el anciano y no se ajusta o se retira a tiempo el medicamento.

Otros medicamentos de uso frecuente en nuestra población fueron, el ácido acetilsalicílico (14%), la digoxina (10.5%), la furosemida (8.1%) y el diclofenaco (7.6%).

Los motivos principales de ingreso fueron el EVC isquémico (16.9%) y la insuficiencia cardíaca congestiva (12.8%), esto como complicaciones esperadas debido a la presencia de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución en un gran porcentaje de los ancianos estudiados.

La hemorragia de tubo digestivo alto constituyó también un gran porcentaje como causa de ingreso hospitalario (12.8%), asociada con el uso crónico de antiinflamatorios no esteroideos, para manejo de dolor por la presencia de enfermedad articular degenerativa. Así como por el uso de ácido acetilsalicílico, indicado por antecedentes de insuficiencia arterial, fibrilación auricular, cardiopatía isquémica entre otras. Veintidós pacientes tuvieron como motivo de ingreso hemorragia de tubo digestivo alto, a 21 se les realizó endoscopia, 18 mujeres (85.7%) y 3 hombres (14.3%) el promedio de edad de estos pacientes fue también de 82 años, el menor con 70 años y el mayor de 97 años. Se encontró como hallazgo principal gastropatía crónica erosiva. Ante estos resultados, debemos insistir en el uso de paracetamol, como principal analgésico, si la función hepática lo permite. Afortunadamente hemos contado con el apoyo de la Clínica de Dolor, que con la realización de infiltraciones y bloqueos a algunos de nuestros pacientes, se ha disminuido el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES). También juega un papel importante en la disminución del consumo de AINES la rehabilitación física en quienes cursan con enfermedad articular degenerativa, sin embargo aún son pocos los que acuden a este servicio.

El delirium estuvo presente al ingreso en el 15.7% de los casos, asociado principalmente con descompensación de la diabetes mellitus tipo 2, neumonía e hipoglucemia. En estudios futuros debemos dar más seguimiento a los pacientes con delirium, ya que es una patología frecuente en los ancianos y se ha asociado con aumento en la mortalidad.

Como pudimos observar, los pacientes cursan con una gran variedad de padecimientos, desde los más frecuentes, hasta casos de los que hicimos mención especial, tumores cerebrales que se manifiestan inicialmente como deterioro cognoscitivo, abscesos hepáticos y gastritis flemonosa, que dentro de su primeras manifestaciones cursaron con delirium, la paciente con insuficiencia cardiaca a la que se le administró levosimendam y tuvo mejoría importante.

Los ancianos cursan con una gran gama de enfermedades y cada una de las especialidades debe estar lista para atenderlos, sin hacer discriminación por la edad.

En cuanto a las causas de defunción en la población estudiada, predominó la neumonía adquirida en la comunidad. Como segunda causa se observó choque hipovolémico asociado con hemorragia de tubo digestivo alto, sólo una paciente ingresó a quirófano pero no fue posible detener la hemorragia. Como tercera causa se documentaron eventos vasculares isquémicos de gran extensión.

Además de la neumonía, se documentaron como causas infecciosas de defunción: pie diabético, infección de vías urinarias, úlceras por presión infectadas y absceso hepático piógeno.

Como ya se comentó, el seguimiento por la consulta externa es bajo, solo el 32.6% acuden a consulta de control, esto lo atribuimos a que muchos pacientes son foráneos, por lo que en cada estado del país, debe contarse con la infraestructura suficiente para atender a los ancianos, y de esta forma evitar traslados a la capital.

En estudios futuros, será importante también conocer las características de la población que acude a la consulta externa de Geriatria del Hospital General de México, y de acuerdo a los hallazgos, establecer planes para mejorar la atención que se presta. Una vez que se conozca la población, se podrán iniciar protocolos específicos, para contribuir con investigaciones que ayuden a mejorar la calidad de vida en la vejez.

CONCLUSIONES

La población continúa envejeciendo, y con ello aumentando el número de personas con enfermedades crónicas, principalmente diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, con las complicaciones propias de estas enfermedades.

Ante los resultados observados en nuestra población, se debe insistir en el fortalecimiento de programas de prevención y detección oportuna de enfermedades, desde edades tempranas. Una vez que la enfermedad se encuentre presente, el control óptimo es de vital importancia para tratar de evitar o retrasar las complicaciones.

En el anciano también es muy importante la rehabilitación, y más en nuestra población debido al gran porcentaje de pacientes con antecedente de secuelas de enfermedad vascular cerebral y con motivo de ingreso de enfermedad vascular cerebral.

Como consecuencia de las distancias que existen en la Ciudad de México, así como las dificultades para el traslado, son pocos los pacientes que acuden a rehabilitación posterior a su egreso, por lo que debe insistirse en la creación de centros de rehabilitación cercanos a cada comunidad, y principalmente insistir a la familia en la importancia de llevarlos y ser constantes, para evitar en la medida que sea posible la dependencia.

La mayor parte de nuestra población está constituida por mujeres, y debemos estar muy pendientes de ellas, realizar intervenciones tempranas, para que vivan más años sin incapacidad ni dependencia.

En la atención a los ancianos se debe tener siempre presente el principio de justicia, es decir, evitar la discriminación por edad para el alcance de los métodos terapéuticos.

Todas especialidades deben estar capacitadas para atender a los ancianos, en muchas de ellas, las personas mayores de 60 años ya forman la mayor parte de la consulta y hospitalización.

Se debe contar con el apoyo del geriatra para la toma de decisiones difíciles y en esa forma dar seguimiento a través de la consulta externa una vez que el paciente se encuentre estable, con el objetivo de mantenerlo lo más funcional posible y lograr su reintegración a la sociedad.

Tomando en cuenta la heterogeneidad que presentan los ancianos que cursan con enfermedades crónicas, debemos realizar en cada uno de ellos una valoración multidimensional, incluyendo aspectos como la funcionalidad, la comorbilidad, la historia farmacológica, el estilo de vida, la personalidad, la situación sociofamiliar, etc.

El tratamiento debe ser individualizado, eligiendo el más adecuado de acuerdo a las características del paciente.

Aún falta mucho por conocer del manejo de las enfermedades del anciano tanto agudas como crónicas, ya que la mayoría de los estudios grandes no incluyen a los adultos mayores, pero conforme continúe aumentando este grupo poblacional, existirán más estudios que nos ayuden a tomar decisiones en la terapéutica de los adultos mayores.

En México, como parte del equipo de Geriátrica, debemos contribuir con la realización de estos estudios.

En estudios orientados principalmente a enfermedades cardiovasculares (14), se ha mostrado que en el manejo agudo de los ancianos somos menos agresivos, lo mismo que en la prevención secundaria, por lo que aumenta la mortalidad, si las características del anciano lo permiten, el tratamiento debe ser similar al de un adulto joven.

El gobierno también forma parte de la atención que se brinda a este grupo etario, ya que con la creación de institutos orientados a la atención del adulto mayor, se han orientado las políticas al desarrollo humano integral de las personas mayores de 60 años. Entre sus principales atribuciones se encuentran proteger, atender, ayudar y orientar a las personas de la tercera edad, así como conocer y analizar su problemática para encontrar soluciones adecuadas. Las prioridades están enfocadas a fomentar opciones de empleo, asistencia médica, asesoría jurídica y las oportunidades necesarias para que los adultos mayores alcancen mejores niveles de bienestar.

Actualmente, en Estados Unidos de Norteamérica y en algunos países de Europa, se ha demostrado de manera consistente en los últimos 10 años, que la discapacidad está disminuyendo a pesar del aumento de los adultos mayores. Es decir, que invirtiendo en programas eficientes y con servicios geriátricos focalizados en la función, es posible disminuir la dependencia. Se sabe que el deterioro funcional es evitable, por lo que no se debe aceptar que el costo de la salud del adulto mayor sea visto sólo como un gasto, sino concebido como una inversión a mediano plazo. (4)

Deben ser creados nuevos servicios geriátricos hospitalarios, hospitales de día, unidades de estancia media y larga así como centros de día. Deben seguirse creando especialistas en Geriátrica con formación actualizada, ya que esto traerá como consecuencia menos tasas de institucionalización, intervenciones médicas más precoces y completas, así como estancias hospitalarias más cortas.

Debemos insistir como Servicio de Geriátrica del Hospital General de México O.D., no ser vistos como cuidadores de enfermos terminales o abandonados, tampoco como una consulta de medicina general de ancianos, nuestro enfoque debe ser preventivo y rehabilitador.

ANEXOS

1.- Hoja de recolección de datos

Control: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Expediente: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

Antecedentes de importancia:

Medicamentos y

dosis: _____

Funcionalidad: _____

Dependencia económica: _____ Red de apoyo: _____

Estado cognoscitivo: _____

Motivo de

ingreso: _____

Datos relevantes en la EF: _____

Exámenes de laboratorio:

BH: _____

QS: _____

ES: _____

PFH: _____

Tiempos: _____

Albúmina: _____

Colesterol: _____

EKG: _____

Rx

tórax: _____

TACoRMcráneo: _____

Endoscopía: _____

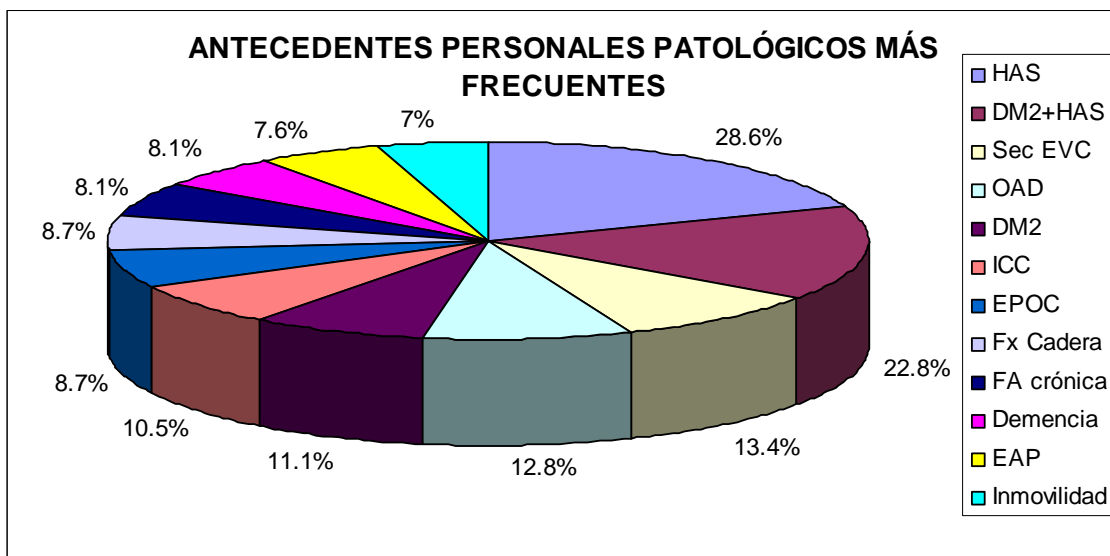
Otros: _____

Control de laboratorio al egreso:

Diagnósticos al egreso:

Calidad de egreso y seguimiento en consulta
externa _____

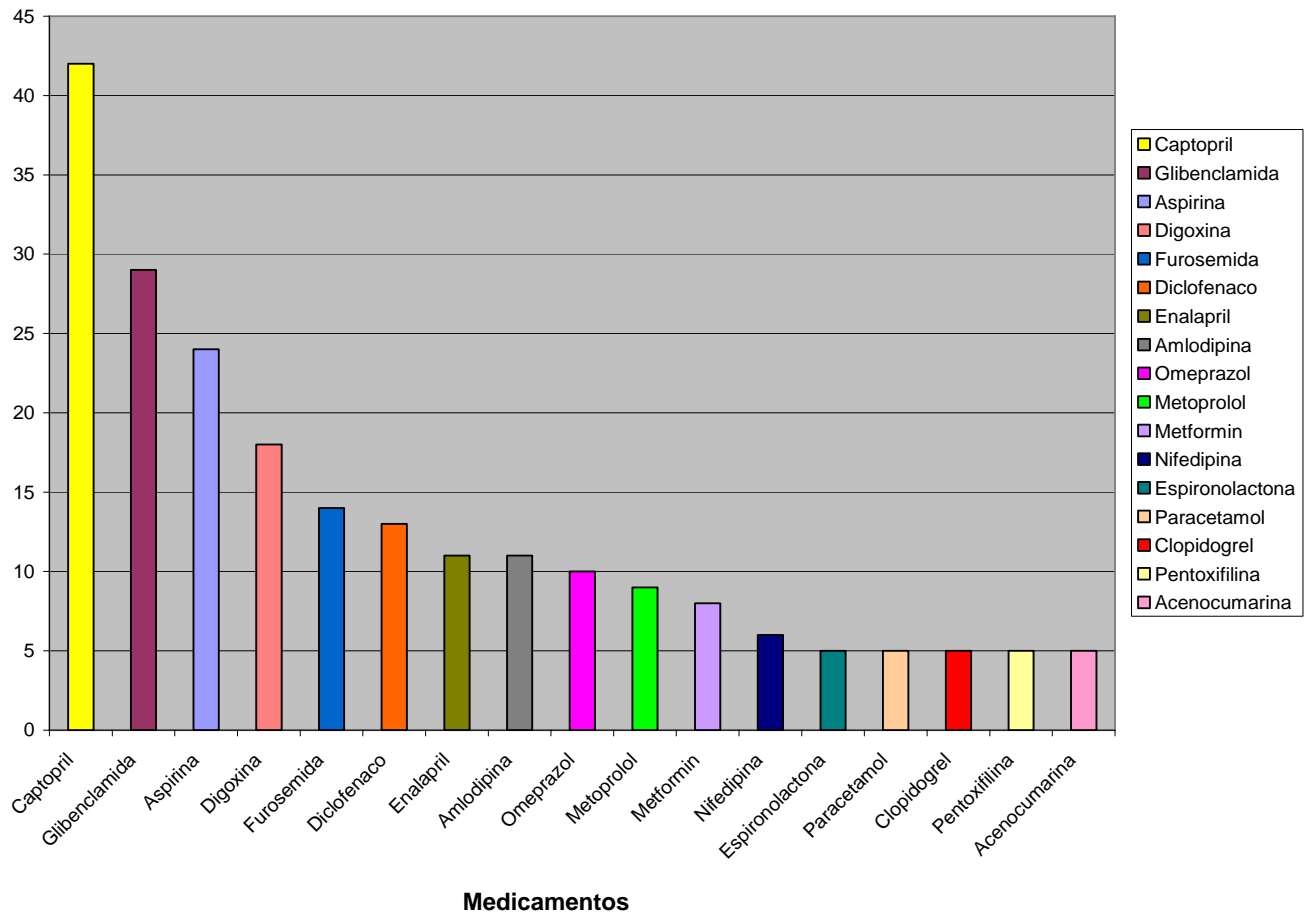
2.- Gráfica 1.



3.- Gráfica 2.

Medicamentos utilizados con más frecuencia

Número de pacientes



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- José García. Bioética y personas mayores. 2001.
- 2.- Junod JP. ¿Por qué Geriatria? Geriatrika 1985;2:13-9
- 3.- Jiménez Herrero F. Identidad, presente y futuro de la Geriatria. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001;36(6):322-324.
- 4.- Marín LPP. Reflexiones para considerar una política pública de salud para las personas mayores. Rev Med Chile 2007;135:392-398.
- 5.- Verdejo B. Manejo de la insuficiencia cardiaca en el viejo. Quién y dónde. Visión del geriatra. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37(1):5-12.
- 6.- American Heart Association. Statistical Fact Sheet-Populations; Older Americans and Cardiovascular Disease Statistics. February 24, 2005.
- 7.- Bonow RO, Smaha LA, Smith SC, et al. World Health Day 2002: the international burden of cardiovascular disease: responding to the emerging global epidemic. Circulation 2002;106:1602-5.
- 8.- Lara Rodríguez M, Benítez MG, et al. Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública Mex 1996;38:448-457.
- 9.- Rich MW. Epidemiology, pathophysiology and etiology of congestive heart failure in older adults. J Am Geriatr Soc 1997;45:968-74.
- 10.- Schoken DD. Epidemiology and risk factors for heart failure in the elderly. Clin Geriatr Med 2000;16:407-18.
- 11.- Bucht G, Gustafson Y, et al. Epidemiology of delirium. Dement Geriatr Cogn Disord 1999;10:315-318.
- 12.- Kaplan V, Angus D. Community-acquired pneumonia in the elderly. Critical Care Clinics 2003;19(4):729-748.
- 13.- Borges A, Gutierrez-Robledo, et al. Utilización de Servicios Hospitalarios por Ancianos en la Ciudad de México. Salud Pub Mex 1996;38:475-486.
- 14.- Muñoz M, Marrugat J. La prevención secundaria de la enfermedad coronaria es menos agresiva en los pacientes de más de 64 años. Rev Esp Cardiol 2003;56(6):586-93.
- 15.- García J, Batarse J, Serrano L, Rivera M. Albúmina sérica y mortalidad en ancianos hospitalizados. Bioquímica 2003;28(1):8-12.