



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**MORTALIDAD EN PACIENTES
GERIÁTRICOS DEL HOSPITAL
GENERAL DE MEXICO**

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE :

ESPECIALISTA EN GERIATRIA

P R E S E N T A

M. MERCEDES HERNÁNDEZ GONZALEZ

270386

MÉXICO 1999

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

SALUD PÚBLICA DE MÉXICO



JULIO-AGOSTO, 1993

VOLUMEN 35, N° 4

ISSN 0036-1445



REVISTA DE
SALUD PÚBLICA
DE MÉXICO

■ La investigación en políticas de salud

Francisco J. López Antillano

■ Serotología de la rubéola

Alejandro Ernesto Múrias Hernández y colaboradores

■ Estudio epidemiológico de leishmaniasis

Candelaria Córdova Uscanga y colaboradores

■ SIDA asociado con transfusión de sangre

Francisco Olivares López

■ Prevalencia de caries en zonas marginadas

Gerardo Maupomé Curvantes y colaboradores

Marta Elena Hernández

Álvaro Alcántara Vázquez y colaboradores

Roberto Castro Pérez e Isabel Hernández Tezoquipa

■ Consumo de alcohol en los habitantes de un pueblo

Lilián González Chévez y Paul Hersch Martínez

María Elena de la Cruz y colaboradores

Rafael Laniado Laborín y colaboradores

■ La educación a distancia

Luis Durán Arenas y colaboradores

■ El uso del agua en un pueblo de México

José A. Tapia y Javier Nieto

William Fletcher

SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

Comité Editorial

Dr. Marco Arroyo Acevedo
Dr. Lucila Arroyo de Cordero
Dr. Gustavo Paz Díaz Lombardo
Dr. José Luis Bobadilla Fernández
Dra. Viviane Brachet Márquez
Dr. Roberto Castañón Romo
Dr. Armando Cordera Pastor
Dr. José Cavazos López
Mtro. Fernando Chacón Sosa
Dr. Adolfo Chávez Villasana
Dr. Eduardo de Gortari Gorostiza
Dr. Ramon de la Fuente Muñiz
Dr. Carlos Díaz Coller
Dr. Ernesto Díaz del Castillo
Dr. Ubaldo Famos Cardoso (Cuba)
Dr. Jorge Fernández de Castro
Dr. Héctor Fernández Varela
Dr. José Roberto Ferreira (OPS)
Dr. Jacobo Finkelman
Dr. Silvestre Frenk Freund
Dra. Carmen Eugenia Galván Sánchez
Dr. Horacio García Romero
Dr. Juan Garza Ramos
Dr. Miguel A. González Block
Dr. Rodrigo Guerrero V. (Colombia)
Dr. Gonzalo Gutiérrez Trujillo
Dr. David E. Hayes-Bautista (EUA)
Dr. José Oscar Herrera Téllez
Dr. Luis Guillermo Ibarra Ibarra
Dra. Claudia Infante Castañeda
Dr. Guillermo Jackson Herrerías
Dr. Marco V. José
Dr. José Laguna García

Dra. Ana Länger Glas
Dr. Miguel Angel Lezana Fernández
Dr. Rubén Lisker Yourkiwitzky
Dr. Rafael Lozano Ascencio
Dr. Paulo Marchiori Buss (Brasil)
Dr. Pedro Daniel Martínez
Dr. Gregorio Martínez Narváez
Dr. Adolfo Martínez Palomo
Lic. Ricardo Meerhoff (Uruguay)
Dr. José Meljem Moctezuma
Lic. Gonzalo Moctezuma Barragán
Dr. José R. Narro Robles
Dr. Herbert Ortega (OPS)
Dr. Ronney B. Panerai (Brasil)
Dr. Samuel Ponce de León
Dr. Sergio Ponce de León
Dra. Blanca Rico Galindo
Dr. Rodolfo Rojas Rubí
Dr. Enrique Ruelas Barajas
Dr. Manuel Ruíz de Chávez
Dr. Armando Ruiz Massieu
Dr. Guillermo Soberón Acevedo
Dr. Juan Manuel Sotelo (OPS)
Dr. Roberto Tapia Cónyer
Dr. Héctor Hernán Tovar Acosta
Dr. Norberto Treviño García Manzo
Dr. Manuel Urbina Fuentes
Dr. Víctor L. Urquidí Bingham
Dr. Rafael Velasco Fernández
Dr. José Villalpando Casas
Dr. Myron E. Wegman (EUA)
Dr. Arturo Zárate Treviño
Dr. Eduardo Zorrilla Hernández

Consejo de Administración

Dr. Jesús Kumate Rodríguez
Dr. Jaime Sepúlveda Amor
Dr. Enrique Wolpert Barraza
Dra. Mercedes Juan López
Lic. Guillermo Fonseca Alvarez
Dr. Carlos R. Pacheco Escobedo

Comité Directivo

Dr. Francisco J. López Antuñano
Dr. Mauricio Hernández Avila
Dr. Raúl N. Ondarza Vidaurreta
Dr. Carlos Santos-Burga Zamecki
Dr. Malaquías López Cervantes
Dra. Lucero Rodríguez Cabrera
C.P. Humberto Castañero Pombo
C.P. Miguel A. Pérez Arce

Director

Dr. Francisco J. López Antuñano

Subdirector

Dr. Malaquías López Cervantes

Editora General

Dra. Lucila Pacheco Peña

Editor Asociado

Lic. Carlos Oropeza Abúndez

Coordinadora de Producción

Lic. Patricia Avila Miranda

Asesor Editorial

Dr. Octavio Gómez Dantés

Producción

Petra Montiel Martínez
Liliana Rojas Trejo
Araceli Domínguez Fernández

Promoción y Distribución

Lic. Adriana Robledo Valencia

Salud Pública de México es una publicación bimestral de la Secretaría de Salud, editada por el Instituto Nacional de Salud Pública. Para colaboraciones y correspondencia favor de dirigirse a *Salud Pública de México*, Av. Universidad 655, Edificio de Gobierno, Planta Baja, Col. Santa María Ahuacatitlán, 62508 Cuernavaca, Morelos, México. Tel. (73) 11-01-11 ext. 2361, 2520 y 2500 y (73) 17-57-45, Fax (73) 17-55-29 y (73) 11-37-86. El tiraje consta de 3 000 ejemplares (3 500 para números especiales) y es impresa por Talleres Gráficos de la Nación. Permiso GPEM-Núm. 018-0883. Características 229311116 autorizado por SEPOMEX.

Yo Bo.
[Handwritten signature]

MORTALIDAD EN PACIENTES GERIÁTRICOS DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

AVISSAI ALCÁNTARA-VÁZQUEZ, M.C.,⁽¹⁾ OCTAVIO AMANCIO-CHASSIN, M.C.B.,⁽²⁾
ANTONIO GONZÁLEZ-CHÁVEZ, M.C.,⁽²⁾ MERCEDES HERNÁNDEZ-GONZÁLEZ, M.C.,⁽¹⁾
HÉCTOR CARRILLO-VILLA M.C.,⁽²⁾

Alcántara-Vázquez A, Amancio-Chassin O,
González-Chávez A, Hernández-González M,
Carrillo-Villa H.

Mortalidad en pacientes geriátricos
del Hospital General de México.
Salud Publica Mex 1993;35:368-375.

RESUMEN

Con el objeto de definir cuáles son las principales enfermedades que afectan a los pacientes de la tercera edad y analizar los posibles cambios en las causas de mortalidad en el Hospital General de México de la Secretaría de Salud, se estudiaron 586 protocolos de autopsias de sujetos mayores de 60 años, en el periodo comprendido de 1960 a 1965, y 625 de 1981 a 1985. El análisis mostró cambios cualitativos y cuantitativos en algunas de las 10 principales enfermedades consideradas en cada uno de los dos periodos; se encontró que enfermedades que fueron frecuentes en los años sesenta desaparecieron de las 10 principales causas de muerte en los ochenta; tal es el caso de la amibiasis. Por el contrario las neoplasias malignas persistieron como la causa principal de muerte en ambos periodos de estudio; sin embargo el cáncer gástrico, que era el más frecuente en los sesenta, cedió su lugar al carcinoma broncogénico en los ochenta. Este estudio sugiere que se orienten esfuerzos técnicos y sanitarios en beneficio de los pacientes de la tercera edad, población que recibe poca atención en nuestro país y que tiende a incrementarse.

Palabras clave: mortalidad, pacientes geriátricos

Alcántara-Vázquez A, Amancio-Chassin O,
González-Chávez A, Hernández-González M,
Carrillo-Villa H.

Mortality in geriatric patients
at the General Hospital of Mexico.
Salud Publica Mex 1993;35:368-375.

ABSTRACT

In order to define the main diseases of the elderly and a possible changes of mortality causes at Hospital General of Mexico, SSA, the authors studied 586 autopsy reports of individuals over sixty years old, deceased between 1960 and 1965 and of 625 individuals of similar characteristics deceased between 1981 and 1985. The analysis of diseases showed qualitative and quantitative changes in the ten principal causes of death at each period: some of the most frequent diseases in the 60's, for instance, amebiasis, were not included among the then principal causes of death in the 80's. On the other hand, malignant neoplasms persisted as one of the principal death causes in both periods, but the most frequent carcinoma in the 60's, gastric carcinoma, was substituted in the 80's by bronchogenic carcinoma. This study suggests that great technical and sanitary interventions are necessary to promote health of third age persons, an increasing but poorly protected population in our country.

Key words: mortality, geriatric patients

(1) Médico adscrito a la Unidad de Patología. Facultad de Medicina, UNAM. Hospital General de México, de la Secretaría de Salud (SSA).

(2) Médicos adscritos a la Unidad de Epidemiología Clínica. Diseño y evaluación de proyectos de investigación. Facultad de Medicina, UNAM, Hospital General de México, SSA.

Fecha de recibido: 21 de mayo de 1992 Fecha de aprobado: 30 de septiembre de 1992

Solicitud de sobretiros: Dr. Octavio Amancio Chassin, Unidad de Epidemiología Clínica. Hospital General de México, Secretaría de Salud, Dr. Balmis 148, colonia Doctores, 06726 México, D.F.

EL ESTUDIO DE los principales padecimientos que son causa de defunción en sujetos mayores de 60 años adquiere importancia si consideramos que, según los cálculos de las Naciones Unidas, en 1975 había 350 millones de personas mayores de 60 años y para el año 2000 la cifra puede ser de 500 millones, 60 por ciento de los cuales se encuentra en los países en vías de desarrollo.¹

En México se encontró que los individuos mayores de 60 años formaban el 5.5 por ciento de la población en 1980. Esta cifra probablemente aumente, tomando en cuenta que la esperanza de vida en la actualidad es de 66.3 años;² por lo anterior, creemos importante estudiar la patología en este periodo de vida, en enfermos del Hospital General de México de la Secretaría de Salud (ssa), al cual acuden pacientes que son representativos de un estrato social numéricamente predominante del país.

Si consideramos que el envejecimiento es un proceso que dura toda la vida, deberán ponerse en práctica las acciones necesarias para integrar políticas que abarquen factores físicos, culturales, psicológicos, religiosos, económicos y de salud. Para iniciar las políticas de salud es necesario conocer las enfermedades más frecuentes que afectan a los ancianos en nuestro medio, de ahí la importancia de este estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron los protocolos de autopsias divididos en dos periodos: el primero de 1960 a 1965, el cual estuvo integrado por 3 217 expedientes y el segundo, de 1981 a 1985, estuvo formado por 3 500. De los 7 217 protocolos que conforman el total de autopsias realizadas en ambos periodos, sólo se seleccionaron aquéllos que correspondieron a individuos de 60 años o más. Así, el primero comprendió 586 (15.8%) y el segundo lo conformaron 625 (17.9%). De los 1 211 protocolos de los dos periodos considerados, se investigó edad, sexo y diagnóstico anatomopatológico.

El diagnóstico anatómico principal fue el que se utilizó para señalar la causa de muerte en ambos periodos de

estudio. Con los padecimientos que se repitieron 10 o más veces se conformó la lista de las 10 enfermedades más frecuentes en la tercera edad. Los diagnósticos que se presentaron menos de 10 veces se agruparon bajo el rubro de "otros". Los resultados de cada uno de los periodos se analizaron y compararon entre sí, con el propósito de observar el comportamiento de los diferentes padecimientos en los dos periodos.

RESULTADOS

Las enfermedades más frecuentes en el primer lapso fueron, en orden descendente: neoplasias malignas, enfermedad vascular cerebral, cirrosis hepática, tuberculosis pulmonar y cardiopatía isquémica (cuadro I). En el segundo periodo, los padecimientos principales fueron: neoplasias malignas, cirrosis hepática, enfermedad vascular cerebral, diabetes mellitus y enfisema pulmonar (cuadro II).

Es importante señalar que no hubo variaciones en el diagnóstico anatomopatológico con respecto a la Clasificación Internacional de Enfermedades en los periodos de estudio; los cambios que se encontraron están relacionados únicamente la frecuencia de los padecimientos.

Considerando que las neoplasias constituyeron el primer lugar en los dos lapsos, se tabularon las seis neoplasias más frecuentes y se observó que el cáncer gástrico ocupó el primer lugar en el periodo 1960-1965, seguido por el carcinoma broncogénico y el de vejiga (cuadro III).

En el periodo de 1981-1985, el cáncer más frecuente fue el carcinoma broncogénico seguido del pancreático y, posteriormente, con la misma frecuencia el gástrico, de próstata y de vesícula biliar (cuadro IV).

DISCUSIÓN

El envejecimiento es un proceso biológico que conduce a la limitación de la capacidad adaptativa del individuo y, por lo tanto, a una mayor probabilidad de fallecimiento. Las etapas del envejecimiento son dos: los sujetos

CUADRO I

Principales causas de muerte en autopsias realizadas en la población geriátrica del Hospital General de México, 1960-1965

Padecimiento	Sexo		Total	
	M	F	Nº	%
Neoplasias malignas	63	58	121	20.6
Enfermedad vascular cerebral	22	35	57	9.7
Cirrosis hepática	27	26	53	9.0
Tuberculosis pulmonar	11	8	19	3.2
Cardiopatía isquémica	10	9	19	3.2
Pielonefritis crónica	9	8	17	2.9
Neumonía	11	4	15	2.6
Absceso hepático amibiano	10	4	14	2.4
Úlcera péptica	9	5	14	2.4
Enfisema pulmonar	11	1	12	2.0
Otros	115	130	245	41.8
Total	298	288	586	99.8

Fuente: Protocolos de autopsias de la Unidad de Patología, Hospital General de México en el periodo 1960-1965.

entre 60 y 74 años, que se denominan seniles, y los mayores de 75 años, que son considerados ancianos, grupo dentro del cual se incluyen a los longevos, es decir, a aquellos individuos que tienen 90 años o más.³

Si bien es cierto que el destino del hombre es envejecer, no todos envejecen de la misma manera. Así, en un estudio realizado entre 600 hombres y mujeres menores de 40 años, 570 presentaron alteraciones de salud que les obligó a buscar posteriormente asistencia médica y quirúrgica, entre los 40 y 50 años de edad; en cambio 30 individuos envejecieron de manera natural hasta alcanzar la longevidad. Estas diferencias se han fundamentado en factores genéticos y ambientales.⁴ Sin embargo, existen enfermedades relacionadas con la edad, que se pueden definir como aquellas que elevan su frecuencia a partir de su inicio en algún momento del tercer decenio o después, y persisten por lo menos hasta los 60 o 70 años de edad.

CUADRO II

Principales causas de muerte en autopsias realizadas en la población geriátrica del Hospital General de México, 1981-1985

Padecimiento	Sexo		Total	
	M	F	Nº	%
Neoplasias malignas	70	41	111	17.8
Cirrosis hepática	17	21	38	6.1
Enfermedad vascular cerebral	12	18	30	4.8
Diabetes mellitus	16	14	30	4.8
Enfisema pulmonar	11	18	29	4.6
Cardiopatía isquémica	11	17	28	4.5
Neumonía	21	4	25	4.0
Ateroesclerosis	3	14	17	2.7
Tuberculosis pulmonar	11	6	17	2.7
Pielonefritis	3	8	11	1.8
Otros	135	154	289	46.2
Total	310	315	625	100.0

Fuente: Protocolos de autopsias de la Unidad de Patología, Hospital General de México en el periodo 1981-1985.

El establecer la frecuencia de las enfermedades en sujetos seniles o ancianos es fundamental para planear su prevención e intentar el descenso del número y gravedad de los enfermos. Dado que las estadísticas basadas en certificados médicos pueden ser incorrectas, nuestro informe se apoyó en dictámenes obtenidos a partir de estudios *post mortem*, lo que permitió mayor seguridad en los resultados. Sin embargo, habrá que tomar en cuenta las limitaciones que este estudio tiene, ya que de acuerdo con los libros de registro de defunciones y autopsias de la Unidad de Patología del Hospital General de México, la necropsia se efectúa entre un 30 a 40 por ciento del total de fallecidos.⁵ Por otra parte, a la mayoría de los ancianos no se les hace la autopsia, como lo muestran Albores y colaboradores, quienes obtuvieron un promedio de edad de 44 años en 9 412 autopsias en el periodo de 1953 a 1970.⁶

El análisis comparativo de los 10 padecimientos más frecuentes en sujetos mayores de 60 años demuestra

CUADRO III

Tipos de carcinoma más frecuente durante el periodo 1960-1965 en población geriátrica del Hospital General de México

Tipo de neoplasia	Sexo		Total	
	M	F	Nº	%
Cáncer gástrico	13	14	27	22.3
Cáncer broncogénico	12	8	20	16.5
Cáncer de vejiga	10	6	16	13.2
Cáncer vesícula biliar	0	12	12	9.9
Cáncer de próstata	12	0	12	9.9
Cáncer cervicouterino	0	9	9	7.4
Otros	16	9	25	20.7
Total	63	58	121	100.0

Fuente: Protocolos de autopsia de la Unidad de Patología, Hospital General de México en el periodo de 1960-1965.

que un alto porcentaje de enfermedades encontradas en el periodo 1960-1965 se repite en el lapso 1981-1985; es necesario indicar que los porcentajes en este último periodo se distribuyen de una manera más equitativa. En general las enfermedades de los dos periodos estudiados revelan que las neoplasias malignas han persistido en primer lugar como causa de muerte: en los sesenta fue de un 20.6 por ciento y en los ochenta de 17.8. En cuanto a los diversos carcinomas, Albores y colaboradores,⁶ encontraron que en el material de autopsias de sujetos de todas las edades el carcinoma cervicouterino ocupó el primer lugar; en cambio en este estudio fue el carcinoma gástrico en los años ochenta. Es importante señalar que la frecuencia de carcinomas aumenta a partir de la cuarta década de la vida.

El carcinoma gástrico aparece en el primer lugar en los años sesenta con 22.3 por ciento, el cual disminuyó notablemente en los ochenta a 9.9 por ciento; esta reducción es semejante a la que se observó en Estados Unidos, en donde el carcinoma gástrico era el primero hace 40 años y actualmente es superado por el cáncer colorectal y de páncreas.⁷

El carcinoma broncogénico ocupó el segundo lugar en el periodo de 1960-1965, en cambio en los años ochenta pasó al primer lugar. En las casuísticas de Albores y

CUADRO IV

Tipo de carcinoma más frecuente durante el periodo de 1981-1985 en población geriátrica del Hospital General de México

Tipo de neoplasia	Sexo		Total	
	M	F	Nº	%
Cáncer broncogénico	23	8	31	27.9
Cáncer de páncreas	9	9	18	16.2
Cáncer gástrico	8	3	11	9.9
Cáncer de próstata	11	0	11	9.9
Cáncer vesícula biliar	2	9	11	9.9
Cáncer cervicouterino	0	9	9	8.1
Otros	17	3	20	18.0
Total	70	41	111	100.0

Fuente: Protocolos de autopsias de la Unidad de Patología, Hospital General de México en el periodo 1981-1985.

colaboradores⁶ y Larraza y colaboradores,⁸ está en el tercer y primer lugar respectivamente; sin embargo, estos autores hicieron sus estudios con pacientes de todas las edades. Es importante destacar que la mayor sobrevivencia ha permitido que los individuos permanezcan por más tiempo en contacto con agentes carcinógenos ambientales, incluido el humo del tabaco; ésta puede ser la causa del aumento del cáncer broncogénico encontrado en nuestro estudio.⁹

El carcinoma de vejiga urinaria ocupó el tercer lugar con 13.2 por ciento en los años sesenta, y en el segundo periodo no se encontró dentro de las seis primeras neoplasias. Este tipo de tumor se presenta con mayor frecuencia hacia los 65 años de edad con el 2 por ciento.¹⁰ Albores y colaboradores encontraron que la incidencia de este tumor fue de 2.4 por ciento, aun cuando la población considerada tenía una edad promedio de 44 años.⁶ Aunque no tenemos una explicación satisfactoria del aumento del carcinoma de vejiga en los años sesenta, podemos especular que haya existido en esa época alguna investigación, con mayor tendencia a realizar la autopsia a los individuos con neoplasias de vías urinarias. Además, es esencial señalar que esta neoplasia se presenta en menos del uno por ciento de los sujetos menores de 40 años; en cambio, en dicho estudio sólo se

incluyeron ancianos en quienes los tumores son más frecuentes.¹¹

El carcinoma de la vesícula biliar se manifestó en un 9.9 por ciento, en los dos periodos que se compararon. Este porcentaje es mayor al 2.8 por ciento informado por Albores y colaboradores;⁶ cabe señalar que este tumor en el 90 por ciento de los casos se presentó en la sexta década de la vida o después,¹¹ y dado que nuestro estudio se realizó en sujetos mayores de 60 años, esto puede ser la explicación de su mayor frecuencia.

El tumor de próstata, considerado típico de la vejez, ocupó en los años sesenta el cuarto lugar junto con el carcinoma de vesícula biliar con un 9.9 por ciento. Para la década de los ochenta el carcinoma de próstata fue el tercero junto con los de estómago y vesícula biliar, con una incidencia cada uno del 9.9 por ciento (cuadro IV). El carcinoma de próstata. Este tumor se encontró en forma incidental en resecciones transuretrales de la siguiente manera: 10.4 por ciento en sujetos de 50-59 años; 18.5 por ciento de los 60-69 años y 28.7 por ciento en individuos de 70-79 años. En México, como en otros países, se considera un tumor poco frecuente antes de los 50 años de edad, por tanto es explicable que Albores y colaboradores hayan encontrado sólo un 1.4 por ciento, ya que el promedio de edad en este estudio fue de 44 años.^{6,12}

El carcinoma cervicouterino ocupó el último lugar como causa de muerte por neoplasias, tanto en los años sesenta como en los ochenta. Este por lo general se presenta entre los 40 y 45 años de edad, por tanto la mayor parte de las mujeres fallecen antes de llegar a la vejez. Aún cuando en la actualidad existen mejores métodos de diagnóstico y tratamiento, esto no ha evitado que algunas mujeres mantengan este tumor hasta la tercera edad, y lo que es más grave, que el número de pacientes haya aumentado del 7.4 por ciento en los años sesenta al 8.1 por ciento en los ochenta. La etiología del carcinoma cervicouterino es multifactorial; destacan la actividad sexual a temprana edad, numerosos compañeros y la infección por virus del papiloma humano.¹³

El último tumor a considerar es el cáncer de páncreas; éste no se encontró en los años sesenta dentro de los más frecuentes, mientras que en los ochenta pasó al segundo lugar con un 16.2 por ciento. Este tumor tiene una mayor incidencia en el hombre, especialmente en la sexta década de la vida.¹⁴ Por causas que aún no están bien definidas, el carcinoma del páncreas ha aumentado en los últimos 30 años; así, se ha visto que se ha duplicado en

Francia e Inglaterra, triplicado en EUA y cuadruplicado en Japón.^{15,16} En México está en el cuarto lugar entre las neoplasias malignas del aparato digestivo.¹⁷ Entre las causas que se han reconocido como el principio del carcinoma del páncreas se encuentran alcoholismo, diabetes mellitus, colecistitis, aumento en la ingestión de grasas, colesterol y carne, así como disminución en el aporte de vitamina A.¹⁸

En los años sesenta la segunda causa de muerte, después de las neoplasias malignas, fue la enfermedad vascular cerebral con un 9.7 por ciento; en cambio en los ochenta este padecimiento estuvo en el el tercer lugar con el 4.8 por ciento. La enfermedad vascular cerebral es un problema neurológico grave que se presenta entre los 60 y los 65 años en promedio. En EUA su incidencia es del 2 por ciento, mientras que la mortalidad es del 5 al 10 por ciento.¹⁹ En México la mortalidad por esta enfermedad en todas las edades presenta tasas de 540 defunciones por 100 000 habitantes.

La cirrosis hepática estaba en el tercer lugar en los años sesenta (9.1%), y en los ochenta se ubicó en el segundo lugar (6.1%). En nuestro país la causa más frecuente de la cirrosis es el alcoholismo, así la ingestión de 170 g de alcohol por un lapso de 25 años determina cirrosis hepática en el 50 por ciento de los casos.²⁰ En cuanto al tipo morfológico de cirrosis, predomina la variedad micronodular; es decir, aquélla que está menos relacionada con la infección por virus de la hepatitis B y con el carcinoma hepatocelular.

La tuberculosis pulmonar ocupó el cuarto lugar en los años sesenta con el 3.2 por ciento, y en los ochenta se instaló en el noveno lugar con el 2.7 por ciento; esta frecuencia parecía indicar que la tuberculosis iba en franca disminución. En 1981 la tasa de mortalidad mostró lo contrario, principalmente en lo que se refiere a los ancianos, encontrando que por 100 000 habitantes fue de 0.9 en sujetos de 5 a 14 años; de 11 en individuos de 15 a 64 años y de 86.2 en mayores de 65 años. Lo anterior comprueba que los ancianos son más propensos a adquirir la tuberculosis. La mortalidad en ellos a causa de esta enfermedad tiene su explicación en dos hechos: a) la declinación de la efectividad de la respuesta inmune en los ancianos y b) el cuadro clínico es menor, por lo tanto, la infección puede avanzar hasta el grado en que el tratamiento fracasa.²

La cardiopatía isquémica presentó un porcentaje semejante al de la tuberculosis pulmonar en la década de los sesenta (3.2%), y se situó en el sexto lugar en el lapso

1981-1985 (4.5%). Este aumento se correlaciona con el incremento en la esperanza de vida, que hacia los ochenta es de 66.3 años. Las cardiopatías son frecuentes en ancianos aparentemente sanos, por lo que es explicable la elevada morbilidad y mortalidad por este padecimiento en la vejez; Kennedy²⁰ encontró que el 40 por ciento de los ancianos que supuestamente estaban sanos mostraban signos francos de cardiopatía, este dato llega al 50 por ciento cuando se trata de personas mayores de 75 años independientemente del sexo. Estudios del Instituto Nacional de Cardiología de la Ciudad de México, señalan que las enfermedades cardíacas causan cerca del 33 por ciento de las muertes en sujetos mayores de 65 años. Los índices de mortalidad por cardiopatía ascienden en razón directa a la edad y estos fallecimientos en su gran mayoría se deben a cardiopatía isquémica; sin embargo, también hay un buen número por cardiopatía reumática e hipertensiva. La cardiopatía isquémica causa el 88 por ciento de todas las defunciones en hombres de 65 a 74 años y el 77 por ciento en mayores de 85 años. En el caso de las mujeres las cifras respectivas son 81 por ciento y 72 por ciento.²¹

El sexto padecimiento en los años sesenta fue la pielonefritis con el 2.9 por ciento; esta enfermedad en los años ochenta ocupó el décimo lugar con el 1.8 por ciento. Es importante destacar que en la literatura médica se comenta que dentro de los padecimientos nefrológicos del viejo, ocupa el segundo lugar después de la nefrosclerosis, seguido por la glomerulonefritis aguda, el síndrome nefrótico y la nefropatía diabética. La infección del tracto urinario es un padecimiento frecuente en el anciano y esto puede ser consecuencia de un déficit en la perfusión sanguínea y la estasis del flujo urinario, condicionado por la hiperplasia o cáncer prostático, así como las distopias uterinas. La infección se presenta con mayor frecuencia en los hombres, y en ambos sexos puede haber tan pocos síntomas que el diagnóstico clínico en vida no se realizó en el 20 por ciento de los sujetos diagnosticados en la mesa de autopsia.²² Por otra parte, el aumento en la frecuencia y severidad del padecimiento puede ser el reflejo de la deficiencia inmunológica que el anciano presenta.²³

La neumonía se situó en el séptimo lugar en la década de los sesenta con el 2.6 por ciento y se incrementó al 4 por ciento en los ochenta. Este padecimiento en los ancianos se considera un evento terminal en asociación con otras enfermedades. Es un padecimiento que tiene su mayor incidencia en los meses de otoño e invierno,

presentándose más en niños y personas de la tercera edad, y es causa de un alto grado de mortalidad. En nuestro país el estado con más alta tasa de mortalidad es Tlaxcala con 400-450 defunciones por 100 000 habitantes; en cambio, los estados con menor mortalidad son Morelos y el D.F. con 50-59 defunciones por 100 000 habitantes.²⁴

En los años sesenta el octavo padecimiento lo constituyó el absceso hepático amibiano con 2.4 por ciento. Este no es común en el anciano, pero en un país como México, en donde hay una alta frecuencia de esta parasitosis, no es raro encontrarla a cualquier edad, máxime en los años sesenta cuando no había antiamibianos efectivos y de fácil manejo; cuando se contó con éstos los casos descendieron, como causa de muerte, hasta dejar de figurar entre los 10 principales padecimientos catalogados en los años ochenta. La incidencia de absceso hepático en pacientes internados en hospitales generales es del 1.7 a 2.1 por ciento, a diferencia de las instituciones privadas que tienen una frecuencia de entre 0 y 0.8 por ciento.²⁴

La úlcera péptica presentó en los años sesenta una frecuencia de 2.4 por ciento; en los ochenta no se encontró dentro de las 10 causas principales de muerte. La úlcera gástrica es un padecimiento común en los sujetos viejos; así, los individuos de 40 años tienen el doble de incidencia con relación a los sujetos de 20 años, y los de 60 tienen el doble que los de 40 años. En contraposición a lo anterior la úlcera duodenal no muestra estas variaciones. No obstante, el anciano presenta cierto grado de atrofia gástrica reflejado por la disminución en la secreción gástrica; sin embargo, aún cuando la secreción de ácido clorhídrico está disminuida, todavía es suficiente como para producir úlceras. De hecho en ancianos es la causa más frecuente de hemorragia del aparato digestivo.^{23,25}

Un padecimiento que es importante comentar es la aterosclerosis, característica de la población adulta y anciana cuyo aumento ha llegado a ser hasta del 17 por ciento de la mortalidad general en los años ochenta, en lugar del 13 por ciento que tenía en 1972.²¹ Uno de los factores de riesgo en la aterosclerosis es la presencia de niveles altos de lipoproteínas séricas de baja densidad. El incremento de éstas tiene relación con la edad y el sexo, y una de sus principales complicaciones es la cardiopatía; ésta se manifiesta en el 40 por ciento de los individuos de 60 años y en un 50 por ciento en personas mayores de 75.²⁶ En el estudio comprobamos el aumento

de la aterosclerosis en épocas recientes, ya que en el periodo de 1960-1965 no se consideró como una causa importante de muerte, en cambio, en el periodo 1981-1985 ocupó el octavo lugar, junto con la tuberculosis pulmonar (cuadro II).

La última causa de muerte en los sesenta fue el enfisema pulmonar con un 2 por ciento, cifra que se elevó en los años ochenta hasta el 4.6 por ciento. El enfisema pulmonar afecta principalmente a los sujetos en las últimas décadas de la vida; se caracteriza por la distensión de los septos alveolares, lo cual causa alteraciones en la función pulmonar. En cuanto a su origen, se mencionan diversos agresores derivados de la contaminación ambiental, y fundamentalmente al humo de tabaco; ambos provocan un proceso inflamatorio en el parénquima pulmonar, que este último sintetiza y secreta elastasa la cual destruye la elastina, fibronectina, proteoglicanos y algunos tipos de colágena. Esta destrucción se ve favorecida por la disminución en la producción de la alfa uno anti-tripsina, la cual tiene una actividad antielastasa; todo lo anterior produce la sobredistensión y destrucción de las unidades anatómicas y funcionales del pulmón.⁹ La gravedad del enfisema pulmonar está en relación directa con la edad, sin embargo en nuestros casos la edad es prácticamente la misma para los dos periodos de investigación, no obstante que el número de casos fue mayor en los años ochenta.

Por último mencionamos a la diabetes mellitus. Este padecimiento no estaba dentro de las 10 principales causas de muerte en los ancianos en los años sesenta; sin

embargo en los ochenta estuvo en el tercer lugar junto con la enfermedad vascular cerebral con el 4.8 por ciento. La diferencia entre estos dos periodos se explica porque en el primero el tratamiento, y principalmente la prevención, eran deficientes, por lo que muchos pacientes morían prematuramente sin llegar a la vejez, en cambio en el segundo la situación terapéutica y preventiva había cambiado, por tanto, muchos pacientes llegan a la ancianidad. Es necesario destacar que el 80 por ciento de los diabéticos son diagnosticados después de los 40 años y que la incidencia de la diabetes se ha incrementado hasta el 25 por ciento en individuos mayores de 75 años. Esta cifra dista mucho de la que se presenta en la población en general en donde la diabetes tiene una frecuencia aproximada del 2 por ciento, aunque se dice que existe una cantidad igual de pacientes no diagnosticados. Dentro de las complicaciones de la diabetes se encuentra la aterosclerosis, que es la causa más importante de fallecimiento en los diabéticos, ya que cerca del 50 por ciento mueren de infarto del miocardio; este último no sólo es más frecuente en los diabéticos sino más grave.^{2,27}

En conclusión, este estudio tiene el propósito de señalar cuáles son los principales padecimientos que sufren los sujetos de la tercera edad de nuestro país, así como llamar la atención de las autoridades respectivas para incrementar las medidas necesarias en la prevención y tratamiento de estas enfermedades, ya que la población de ancianos tiende también a incrementarse.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

REFERENCIAS

1. Riviere M, Dexeus S. La aventura de envejecer. Barcelona: Editorial Plaza y Janes, 1987:195-197.
2. Fuentes A. Temas de Geriátría. México, D.F.: Editorial Edamex, 1979:19-27.
3. Frolkis V. Geriátría práctica. México, D.F.: El Manual Moderno, 1971:1-21.
4. Rouveix A. El desafío de la edad. Barcelona: Editorial Plaza y Janés, 1989:17-29.
5. Libro de Registro de Defunciones y Necropsias de la Unidad de Patología del Hospital General de México del periodo 1981-1985.
6. Albores SJ, Altamirano DM. Algunas consideraciones sobre 9 412 autopsias realizadas en el Hospital General de México. Rev Invest Salud Pública 1970;31:193-203.
7. Villalobos JJ, Alvarez A, Awad R. Carcinoma gástrico en el Instituto Nacional de la Nutrición. Gac Med Mex 1977;113:277-280.
8. Larraza HO, Manrique OJJ, Mota GMA. Patología del subdesarrollo. Análisis comparativo de la mortalidad en el Hospital General. Ciencia 1983;34:201-220.
9. Rico Méndez GF, Ruíz FLG. Tabaquismo. Su repercusión en aparatos y sistemas. México, D.F.: Editorial Trillas, 1990:95-108.
10. Tanagho EA, Mc Aninch JW. Urología general de Smith. 9a ed. México, D.F.: El Manual Moderno, 1989:324-330.
11. Sternberg SS. Diagnostic surgical pathology. New York: Raven Press, 1989;vol 2:1218-1220.
12. Sheldon CA. Incidental carcinoma of the prostate. A review of the literature and critical appraisal of classification. J Urol 1980;124:626-629.
13. Alcántara VA, Rodríguez MHA, Gómez RAM. Estudio inmuno-histoquímico de antígenos del condiloma y carcinoembrionario en el cérvix uterino con infección por virus del papiloma humano y con neoplasia. Rev Invest Clin 1985;37:291-296.
14. Córdova VA, Villalobos JJ, Campuzano M. Las neoplasias malignas del páncreas en el Instituto Nacional de Nutrición. Rev Invest Clin 1979;31:121-125.
15. Malagelada JR. Pancreatic cancer. An overview of epidemiology, clinical presentation and diagnosis. Mayo Clin Proc 1979;54:459-467.
16. Morgan RGH, Wormsley KG. Progressive report cancer of the pancreas. Gut 1977;18:580-596.
17. Villalobos JJ, García GMP, Méndez JP. Quinto informe del grupo de estudio sobre cáncer del aparato digestivo. Gac Med Mex 1983;119:334-342.
18. Robles G, Uscanga L, Villalobos JJ. Pancreatitis y cáncer del páncreas. México, D.F.: Editorial Fco. Méndez Otero, 1984:96-112.
19. Escobedo F, Olivares L. Tratado de Medicina Interna. México, D.F.: El Manual Moderno, 1988;vol.2: 680-685.
20. Kennedy J. Heart disease in the elderly: A population study. Gerontology Clinics 1976;14:15-26.
21. Soberón G, Arroyo P, Langer A. Temas de salud. México, D.F.: Editorial Colegio Nacional, 1988:54-63.
22. Fawcett IW. Nephrotic syndrome in the elderly. Brit Med J 1971;2:387-388.
23. Kaarsalo E. Antibody response hepatoglobulin and immunoglobulin in geriatric patients after vaccination against salmonellosis. Ann Med Interne 1964;53:21-24.
24. Martínez PR. Amibiasis. México, D.F.: Editorial Médica Panamericana, 1989.
25. Narayanan M, Steinheber FU. The changing face of peptic ulcer in the elderly. Med Clin Nort Am 1976;160:1159-1163.
26. Walton KWS. The significance of alterations in serum lipids in thyroid dysfunction. Clin Sci 1975;29: 217-238.
27. Greenspan FS, Forshsm PH. Endocrinología básica y clínica. México, D.F.: El Manual Moderno, 1988; 533-570.