

11222

10

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de estudios de postgrado

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

Hospital Regional "1° de Octubre"

Servicio de Medicina de Rehabilitación

CAUSAS MAS FRECUENTES DE CONSULTA EN LA POBLACIÓN GERIÁTRICA DEL
SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL "1° DE OCTUBRE"

TESIS

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD

EN MEDICINA DE REHABILITACIÓN

P R E S E N T A

DRA. YIRA LGARCÍA LORENZO

2004



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.

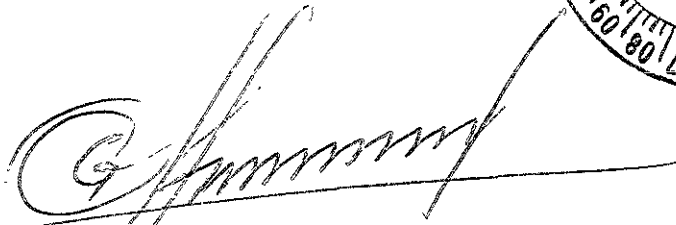
TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Dr. Angel Oscar Sánchez Ortiz

Jefe del Servicio de Medicina de Rehabilitación

Asesor de Tesis



Dr. Horacio Olvera Hernández

Coordinador de Enseñanza e Investigación

Hospital Regional 1º de Octubre

I.S.S.S.T.E.
SUBDIRECCION MEDICA

27 OCT 2000

HOSP. REG. 1º DE OCT COORDINACION
DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION,

25 ENE 2000



SUBDIRECCION DE INVESTIGACION
CIEN. DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ÍNDICE

TEMA	PÁGINA
Resumen	1
Abstract	1
Introducción	2
Objetivos	11
Material y métodos	12
Resultados	13
Discusión	24
Conclusión	26
Bibliografía	27

Resumen:

Objetivo: determinar la incidencia de las 10 principales causas de consulta en pacientes geriátricos que acuden a la consulta externa del servicio de rehabilitación del Hospital Regional 1º de Octubre.

Pacientes y método: fueron revisados los expedientes clínicos de pacientes con edad igual o mayor a 65 años de edad, en el periodo comprendido entre el 1º de enero de 1999 al 31 de diciembre del mismo año. Los datos estudiados fueron: edad, sexo, número de expediente, antecedentes personales patológicos, diagnósticos de envío y diagnósticos secundarios.

Resultados: mostraron como población dominante al sexo femenino, prevaleciendo el grupo de edad de 65 a 70 años, los diagnósticos de envío fueron: enfermedad crónica degenerativa (osteoartritis) (36.9%), enfermedades neurológicas (28.1%), enfermedades musculoesqueléticas (14.9%), enfermedades traumáticas (14.5%), enfermedades cardíacas (4.5%), y enfermedades reumáticas (0.8%).

Los principales factores de riesgo fueron: hipertensión arterial sistémica (39.8%), diabetes mellitus (21.5%), tabaquismo (5.1%), obesidad (3.4%), enfermedades cardíacas (3.2%), alcoholismo (3.2%) y enfermedades vasculares (2.2%).

Los diagnósticos secundarios más frecuentes fueron: enfermedades musculoesqueléticas, enfermedades crónicas degenerativas, enfermedades neurológicas, enfermedades reumáticas y enfermedades cardíacas.

Conclusión: los diagnósticos de envío más frecuentes fueron enfermedad crónica degenerativa (osteoartritis), seguida de enfermedades neurológicas y enfermedades musculoesqueléticas, los factores de riesgo más frecuentes fueron hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, predominando en ambos el sexo femenino.

Abstract:

Objective: to determine the incidence of ten principal causes of consult in geriatrics patients who came to external attention area of the rehabilitation medicine service at october 1º Hospital ISSSTE

Material and methods: the information was taken from the physical medicine and rehabilitation archive, through the clinics records patients within 65 years old or more. Since january 1º 1999 to december 31º 1999, the data were: age, sex, record number, send diagnosis and secondary diagnosis.

Results: show like dominant population female sex, prevailing the age set at 65 to 70 years old, The send diagnosis more frequentes were: 1º degenerative cronic disease, 2º neurological diseases, 3º muscle skeletal disease, 4º cardiological diseases and 5º rheumatics diseases. The main factors of risk were arterial sistemic hypertension, Diabetes Mellitus, cigarefete smoking, obesity, alcoholism, vascular diseases and cardiacs diseases. The secondary diagnosis more frequentes were: 1º muscle skeletal diseases, 2º degenerative cronic diseases, 3º neurological diseases, 4º reumatics diseases, and 5º cardiological diseases.

Conclusion: the send diagnosis more frequentes were: 1º degenerative cronic diseases, 2º neurological diseases and, 3º muscle skeletal diseases. The main factors of risk were: arterial sistemic hipertension and diabetes mellitus, prevailing population female sex.

INTRODUCCIÓN:

La Medicina de Rehabilitación constituye un apartado importante dentro del campo de la geriatría, dado que los síndromes invalidantes son más frecuentes en ésta etapa de la vida.

Los procesos patológicos que con mayor frecuencia son invalidantes y por ende tributarios de rehabilitación son:

1.- Síndromes neurológicos:

El evento vascular cerebral que deja como secuelas hemiplejía ⁽¹⁾, trastornos del lenguaje, trastornos cognitivos ^(1,2), síndromes extrapiramidales como la enfermedad de Parkinson.

El evento vascular cerebral (EVC):

Es una alteración súbita de la función cerebral de origen vascular que produce una incapacidad motora y sensitiva que dura mas de 24 horas o conduce a la muerte en este tiempo. El patrón de incapacidad tras el EVC puede ser variable, aunque generalmente se afecta uno de los lados del cuerpo, si remite dentro de las 24 horas se califica de ataque isquémico transitorio. En los ancianos es tan frecuente como la cardiopatía isquémica, y después de los 75 años de edad se produce con mayor frecuencia.

El EVC es el resultado de la obstrucción al flujo sanguíneo en el cerebro y generalmente se asocia a arteriosclerosis sistémica. La obstrucción puede estar en los vasos principales que se originan en el polígono de Willis, generalmente en la arteria cerebral media o en las arterias carótida o vertebral. La extensión del área infartada dependerá de la eficacia de la circulación colateral de la que se disponga para el área afecta desde el polígono de Willis.

También se puede obtener un cierto nivel de autorregulación del flujo cerebral mediante la dilatación o la constricción de las arteriolas cerebrales, pero en el anciano este mecanismo no es muy eficaz.

El cuadro clínico de déficit neurológico dependerá del área cerebral comprometida. El EVC que afecta los hemisferios cerebrales es cinco veces más frecuente que el que afecta al resto del sistema.

El comienzo súbito de un EVC debido a una hemorragia cerebral suele consistir en cefalea, náusea, vómito y pérdida de la conciencia. En estos pacientes la parálisis puede ser en ambos lados del cuerpo, si la hemorragia es extensa. La mortalidad de esta situación es del orden del 80%, pero los que sobreviven al episodio agudo pueden conseguir una considerable recuperación neurológica.

El infarto cerebral suele tener un comienzo gradual y la disminución del nivel de conciencia indica edema cerebral. Si se mantiene la conciencia las primeras 48 horas tras el comienzo del EVC el pronóstico de supervivencia es bueno. Si el paciente está inconsciente 48 horas después de iniciado el cuadro la tasa de mortalidad se acerca al 100%.

El EVC en evolución suele deberse a una oclusión de la carótida, los signos de hemiplejía, alteraciones del habla y la pérdida gradual del nivel de conciencia pueden ir apareciendo durante varios días.

La hemorragia subaracnoidea tiene un inicio súbito con cefalea severa y vómitos. La rigidez de nuca es uno de los primeros signos. La causa suele ser la ruptura de un aneurisma y se ve con mas frecuencia en los pacientes hipertensos.

Los EVC que se producen por obstrucción de la carótida y el territorio de la cerebral media dan lugar a hemiplejía contralateral. Puede afectarse el habla si está involucrada la parte izquierda del cerebro. La lesión del área de Broca produce una disfasia, no se encuentran las palabras correctas y las frases tienden a ser cortas, pobremente estructuradas y sin fluidez. La lesión del área de Wernicke produce disfasia de recepción en la que el lenguaje es fluido, pero las palabras no tienen sentido y las frases están llenas de errores. En la práctica la mayor parte de las lesiones producen un cuadro combinado de disfasia de expresión y de recepción.

Los EVC en el territorio de la carótida suelen afectar al sensorio y al área motora. También pueden afectar al lóbulo parietal con lo que se altera la capacidad del cálculo (acalculia), la capacidad constrictiva y la percepción.

Los EVC que afectan al territorio vertebrobasilar producen principalmente disfunción cerebelosa, vértigo con ataxia y nistagmo. El lenguaje puede ser disártrico y puede haber signos de vía motora larga en uno de los lados del cuerpo. Puede afectarse cualquiera de los núcleos de los pares craneales siendo el síntoma mas frecuente la alteración del movimiento ocular que da lugar a diplopia. También puede afectarse la corteza visual y aunque es raro puede aparecer una ceguera completa

Enfermedad de Parkinson:

Se caracteriza por temblor, rigidez, desbalance postural y discinesia. La parálisis agitante fue descrita en 1817 por James Parkinson.

La enfermedad de Parkinson es muy incapacitante y aparece en el 1.5% aproximadamente de todas las personas de ambos sexos de más de 60 años de edad y en todas las razas.

Hay una pérdida de neuronas pigmentadas en el tronco del encéfalo sobre todo en la sustancia negra y sus conexiones. Hay una reducción del número de células en el globus pallidus.

La sustancia negra tiene proyecciones hacia el putamen y el núcleo caudado por una vía nigra estriada. El neurotransmisor que se libera en estas terminaciones es la dopamina. Cuando hay una pérdida de neuronas en la sustancia negra, también hay una reducción en la producción estriada de dopamina. También hay además una disminución de la producción cerebral de noradrenalina y serotonina.

El temblor suele ser el síntoma de presentación, por lo general afecta a miembros superiores y es lento (cuatro a seis ciclos por segundo). En las manos se observa un movimiento característico de contador de monedas. La cabeza y las piernas se afectan con menos frecuencia. El temblor aparece en reposo y desaparece con el movimiento, se acentúa con las emociones y con la ingesta de alcohol.

La rigidez afecta por igual a los músculos agonistas y antagonistas y es más marcada en el cuello y los músculos proximales de las extremidades. Produce una resistencia uniforme a la movilización pasiva de tipo "tubo de plomo". Cuando a la rigidez se le suma el temblor, esta rigidez se convierte en rueda dentada.

La bradicinesia es el síntoma más incapacitante, se debe a una dificultad para iniciar tanto los movimientos espontáneos como los automáticos, así se observa una pobreza generalizada de movimientos con una "cara de máscara", pérdida de braceo al andar, pérdida del parpadeo, conversación lenta y monótona y micrografía.

Entre las anomalías posturales se incluye la postura en flexión de simio, la marcha festinante y la incapacidad para resistir un empujón o una sacudida.

Los síntomas gastrointestinales incluyen salivación excesiva y babeo, el estreñimiento es frecuente y muchos pacientes no pueden mantener su peso corporal.

Algunos pacientes presentan un deterioro progresivo y severo de tipo intelectual y síntomas psiquiátricos. En estadios avanzados de la enfermedad es frecuente la demencia (3)

2.- Síndromes del Sistema Musculoesquelético:

- a) Traumatismos que originan fracturas como las de cadera que están asociadas con más muertes, incapacidad funcional y costos médicos que todas las demás fracturas que se presentan en la tercera edad. La incidencia es mayor en mujeres ^(4,5,6) y casi el 50% ocurren en personas de 80 años de edad o más. Se ha estimado que en 1990 hubo 1.66 millones de fracturas en el mundo, con una relación mujer hombre de 3 a 1. Existe una gran variación de la incidencia de fractura de cadera entre poblaciones de la misma edad y sexo.

La incidencia es mayor en residentes blancos de Escandinavia que en los norteamericanos. Hay un 20 a 30% de mayor incidencia en la población urbana que en la rural. Estas diferencias se han explicado sobre la base de una menor masa ósea en los residentes urbanos, pero parece ser que los motivos son más complejos y tienen que ver con las horas de luz solar, proporción de aguas fluoradas, dureza de las aguas, vida más sedentaria y estilo de vida.

Las fracturas de cadera son mucho más frecuentes en la raza blanca que en el resto de razas, y dentro de cada raza los hombres tienen la mitad de fracturas que las mujeres. La probabilidad de sufrir una fractura de cadera a lo largo de la vida después de los 50 años es del 17 % en mujeres y del 6% en hombres de raza blanca. El 60% de todas las fracturas de cadera ocurren en mujeres de edad superior a 75 años.

El incremento exponencial de las fracturas de cadera con la edad es debido a la reducción de la densidad ósea y a un aumento del riesgo de las caídas con la edad. La mortalidad es alta y supone un 12 a 20% mayor de lo esperado en poblaciones de similar edad y sexo sin fractura.

Los factores que influyen la mortalidad previos a las fracturas son:

- edad avanzada, sobre todo superior a los 85 años
- sexo masculino
- número de enfermedades coexistentes
- estado mental alterado
- dependencia social
- fractura intertrocanterea
- infecciones pulmonares
- infección profunda de la herida
- úlceras por decúbito
- capacidad para caminar después de la cirugía

Los factores que influyen en el destino de los pacientes después del alta hospitalaria o los que predisponen la vuelta al domicilio son:

- capacidad para caminar antes de la fractura
- capacidad para realizar actividades de la vida diaria prefractura
- capacidad para visitar a otros prefractura
- vivir con alguien
- capacidad para caminar a las 2 semanas postfractura
- buena situación médica
- estado mental normal
- mayor número de horas de fisioterapia
- fractura cervical

Los factores que predisponen a la hospitalización son:

- edad mayor a 80 años
- incapacidad para caminar al alta
- demencia
- incapacidad para hacer transferencias como autocuidado, baño
- incontinencia fecal
- presencia de úlceras de presión
- pérdida del ambiente o apoyo familiar
- pobre destreza en comunicarse
- pérdida de horas de fisioterapia durante el ingreso a centros geriátricos (1)

La mejoría funcional es progresiva con una máxima ganancia en las primeras ocho semanas, menor recuperación entre la octava y décimo cuarta semana, y alcanza una meseta al año, en que según autores hasta el 75% de los pacientes son independientes

b) Fracturas de columna vertebral:

Las fracturas por compresión de la columna son muy frecuentes en ancianos con osteoporosis, se ha calculado que el 20% de las mujeres mayores de 75 años tienen como mínimo una vértebra que presenta fractura por compresión. Las fracturas cuneiformes anteriores son las más comunes en la zona media de la columna torácica y la unión tóraco-lumbar en mujeres osteoporóticas. Las fracturas por compresión central son más comunes en la primera a cuarta vértebras lumbares. Un mecanismo común de lesión es la caída sobre los glúteos.

c) Fractura de tercio distal de radio:

La fractura de la ensanchada metáfisis del radio (fractura de Colles) es la más frecuente en los adultos de más de 50 años de edad y ocurre con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres. Así, esta fractura presenta la misma frecuencia en cuanto al sexo y edad que las fracturas del cuello del fémur y por las mismas razones, ambas fracturas se presentan a través del hueso que ha quedado notablemente debilitado y están producidas por una combinación de osteoporosis senil o posmenopáusicas.

La frecuencia de la fractura de Colles es particularmente elevada cuando se debe caminar en condiciones resbaladizas ya que el mecanismo típico se produce así: el enfermo resbala y tropieza, o únicamente tropieza y, al intentar evitar la caída, aterriza con la mano abierta, el antebrazo en pronación, rompiéndose así la muñeca. Las fuerzas que fracturan el extremo distal del radio implican, por tanto, no solo la dorsiflexión y desviación radial, sino también la supinación, todo lo cual explica la típica deformidad de la fractura.

El patrón de la fractura es relativamente constante, estando la línea de fractura principal transversa a 2 cm del radio. Pueden existir solo 2 fragmentos principales, pero es frecuente la fractura conminuta de la delgada cortical: especialmente en el hueso osteoporótico de los ancianos. Con frecuencia está arrancada la estiloides cubital. El extremo distal del radio intacto se extiende más allá del extremo distal cúbital y la superficie articular presenta una angulación de 15° en dirección a la cara anterior (palmar) de la muñeca. Después de la fractura de Colles, estas relaciones quedan invertidas y siempre existe un determinado grado de subluxación de la articulación radiocubital distal.

La deformidad clínica denominada frecuentemente “deformidad en forma de dorso de tenedor” es típica; además de la tumefacción existe una evidente depresión muy cerca de la muñeca y debida al desplazamiento e inclinación posteriores del fragmento distal del radio, la mano tiende a desviarse en dirección radial y, si bien, es clínicamente menos evidente, la muñeca aparece en supinación con relación al antebrazo.

Se pueden distinguir radiográficamente dos tipos de fracturas de Colles. En el tipo estable, existe una línea principal de fractura transversal con escasa fragmentación cortical. En el tipo inestable, existe una gran fragmentación, particularmente de la corteza dorsal y también un pronunciado aplastamiento del hueso reticular. En ambos tipos, la charnela periostica intacta se halla en la cara dorsal de la fractura.

Complicaciones:

La mayor parte de las fracturas de Colles quedan bien unidas en posición aceptable en un plazo de 6 semanas. Las complicaciones (que en gran parte son evitables) incluyen rigidez digital, rigidez humeral, mala unión con deformidad y subluxación residual de la articulación radiocubital distal.

La rigidez distal puede evitarse reduciendo la tumefacción de la mano mediante la elevación de la misma y así mismo mediante ejercicios vigorosos de los dedos.

La mala unión puede ser consecuencia una reducción imperfecta de la fractura o bien de la pérdida posterior a una reducción satisfactoria con una inmovilización inadecuada.

Asociada a la desagradable deformidad clínica de la mala unión existe una subluxación de la articulación radiocubital distal residual y dolorosa y limitación de la movilidad de la muñeca. Si los síntomas son suficientemente molestos, se puede mejorar el estado de la muñeca mediante una osteotomía correctiva del radio con o sin resección del extremo distal del cúbito. Sin embargo, en una persona anciana, la simple resección de la extremidad distal del cúbito es mas apropiada.

Complicaciones menos frecuentes de la fractura de Colles las constituyen la distrofia simpática refleja de Sudeck, y la rotura tardía del tendón extensor largo del pulgar, desgastado por fricción a nivel de la fractura curada. Esta última complicación, que por lo general se desarrolla 1 o 2 meses después de la fractura, se pone súbitamente de manifiesto en la incapacidad del enfermo para extender el pulgar; la reparación quirúrgica del tendón no es efectiva y está indicado practicar la transferencia tendinosa ⁽⁵⁾

3.- Vasculopatías periféricas

Vasculopatías periféricas que determinan con frecuencia discapacidad en la actividad de traslación.

En el momento actual más del 60% de las amputaciones en la sociedad occidental se efectúan por enfermedad vascular periférica en pacientes mayores de 50 años. Las indicaciones para amputar una parte o toda una extremidad incluye

- traumatismo lo suficientemente grave como para impedir la reparación
- tumores de hueso, tejido blando, músculo, vasos sanguíneos o nervios
- infección extensa que no mejora con medidas conservadoras o contribuya a septicemia
- enfermedades vasculares periféricas diversas

Son cuatro las principales enfermedades vasculares por las que se efectúan amputaciones:

- arteriosclerosis obliterante
- arteriosclerosis obliterante con diabetes
- tromboangeitis obliterante
- padecimientos diversos como oclusión embólica, aneurisma periférico, traumatismo vascular y obstrucción venosa.

En estos pacientes las indicaciones específicas para amputación son por insuficiencia arterial grave con necrosis de toda la extremidad o parte de ella, dolor intratable y dolor intenso que incapacite al paciente, e infección que se extiende o que no mejore con el tratamiento. En algunos pacientes, la hiperazoemia extrarrenal y necrosis tisular constituyen indicaciones específicas para amputar.

La amputación que se efectúa en un paciente con deterioro circulatorio requiere consideraciones especiales. Los pacientes por lo general son más lábiles y requieren de una preparación preoperatoria más intensa. El decremento circulatorio de la extremidad requiere de técnicas meticulosas y refinadas. Es más difícil la curación del muñón y aún después de la curación puede haber dehiscencia relacionada con el traumatismo por la prótesis. Los pacientes son en términos generales menos fuertes y menos aptos para manejar la prótesis.

La inmensa mayoría de las amputaciones de extremidad pélvica se efectúan por isquemia. Se han aplicado varios epónimos para niveles específicos de amputaciones y mejoras en técnicas, pero los procedimientos que se emplean con mayor frecuencia son las amputaciones supracondíleas e infracondíleas. Las amputaciones transmetatarsianas y digitales se hacen con menor frecuencia en pacientes con enfermedad vascular periférica.

La amputación de Syme, la desarticulación de rodilla o de cadera y la hemipelvectomía, por lo general se reservan para lesiones malignas o traumáticas. El procedimiento quirúrgico y el tratamiento postoperatorio se dirigen a lograr cicatrización primaria, muñón indoloro que pueda soportar las presiones de la prótesis y ambulación relativamente irrestricta (7)

4.- Síndromes reumáticos de tipo inflamatorio o degenerativo

a) Osteoartritis:

Es la forma más común de artritis y la segunda causa de discapacidad en los E.U.A. más de la mitad de toda la población mayor de 65 años tienen cambios radiográficos de osteoartritis en las rodillas y cada uno tiene estos cambios en al menos otra articulación después de los 75 años de edad. La mayoría de los individuos no tienen síntomas, sin embargo la osteoartritis no debe ser considerada una característica normal de envejecimiento y cambios encontrados en cartílago de sujetos viejos asintomáticos son muy diferentes de aquellos vistos en cartílago osteoartítico.

Otros factores además de la edad que están envueltos en osteoartritis son traumas repetitivos sobre las articulaciones sobre uso continuo de una articulación, trauma aislado tales como fractura en el espacio articular, o cirugía para remover un desgarró de menisco.

La oseoartritis se manifiesta por cambios morfológicos, biomecánicos y molecular de la célula y de la matriz, lo que lleva a fibrilación, ulceración y pérdida del cartílago articular, esclerosis, ebormiación, osteofitos y quistes subcondrales, y clínicamente se caracteriza por dolor articular, ardor, limitación de movimiento, crepitación y grados variables de inflamación local. El dolor es gradual e incidioso al inicio, es leve en intensidad, aumenta con el uso de la articulación y mejora con el descanso. La rigidez matutina es común y la duración es corta, algunas veces menor de treinta minutos. La mayoría de los pacientes notan que el dolor y la rigidez son modificados por el cambio de clima, los síntomas aumentan con la humedad, frío y tiempo lluvioso. Tiene patrón de envolvimiento axial y articulaciones periféricas en la cual una o más de los siguientes grupos de articulaciones son afectadas: interfalángica distal, interfalángica proximal, primera articulación carpometacarpiana, columna cervical y columna lumbar, primera articulación metatarsiana, rodillas y caderas. El número de articulaciones envueltas varía y pacientes que tienen tres o mas articulaciones afectadas son consideradas que tienen osteoartritis generalizada, que está asociada frecuentemente con agrandamiento de las articulaciones interfalángica distal y proximal, llamados nódulos de Heberden y de Bouchard.

b) Artritis reumatoide:

Es una enfermedad sistémica, inflamatoria, crónica que produce manifestaciones en las articulaciones diartrodiales. Una sinovitis persistente y progresiva se desarrolla en las articulaciones periféricas. El evento inicial que genera la respuesta inflamatoria se desconoce. Tiene una amplia distribución y envuelve todos los grupos étnicos. Aunque la enfermedad puede ocurrir a cualquier edad, la prevalencia incrementa con la edad y el pico de incidencia se encuentra entre la cuarta y sexta década de la vida (8)

5.- Enfermedades cardiovasculares

En el anciano son comunes tanto la insuficiencia cardiaca congestiva como la insuficiencia ventricular izquierda, se considera que la insuficiencia cardiaca congestiva afecta al 5% de las personas mayores de 65 años y suele ser mas frecuente durante la hipertensión o las cardiopatías isquémicas, en especial después de una insuficiencia coronaria crónica y en la fase aguda del infarto.

La presentación en la vejez del infarto al miocardio es atípica, puede tener diferencias importantes con las del adulto, no presenta los síntomas espectaculares de este último y puede pasar inadvertido.

La angina de pecho es mas común entre los 55 y 60 años de edad, disminuye en forma progresiva y los factores emocionales influyen menos en las crisis que en edades precedentes (9)

OBJETIVO GENERAL:

Describir la incidencia de las diez principales causas de consulta en pacientes geriátricos que acuden a la consulta externa del Servicio de Rehabilitación del Hospital Regional “1° de Octubre”. ISSSTE.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Describir la incidencia de patologías crónico-degenerativas en pacientes geriátricos que acuden a la consulta externa del servicio de Rehabilitación del Hospital Regional “1ª de Octubre”. ISSSTE.
- 2) Describir la incidencia de patologías neuromusculares de origen metabólico en pacientes geriátricos que acuden a la consulta externa del servicio de Rehabilitación del Hospital Regional “1° de Octubre”. ISSSTE.
- 3) Describir la incidencia de patologías reumáticas en pacientes geriátricos que acuden a la consulta externa del Servicio de Rehabilitación del Hospital Regional “1° de Octubre” ISSSTE.
- 4) Describir la incidencia de patologías neurológicas en pacientes geriátricos que acuden a la consulta externa del Servicio de Rehabilitación del Hospital Regional “1° de Octubre”. ISSSTE.
- 5) Describir la incidencia de patologías cardiológicas en pacientes geriátricos que acuden a la consulta externa del Servicio de Rehabilitación del Hospital Regional “1° de Octubre”. ISSSTE.
- 6) Describir la incidencia de patologías traumáticas en pacientes geriátricos que acuden a la consulta externa del Servicio de Rehabilitación del Hospital Regional “1° de Octubre”. ISSSTE.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- 1) Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes mayores o igual a 65 años de edad en consulta externa del servicio de Rehabilitación del Hospital Regional “1° de Octubre”.
- 2) Se obtuvieron los datos socio – demográficos del expediente clínico en la cédula de recolección.
- 3) El diagnóstico principal se clasificó en las siguientes categorías:
 - a) Patologías crónico – degenerativas
 - b) Patologías neuromusculares.
 - c) Patologías reumáticas.
 - d) Patologías neurológicas.
 - e) Patologías cardiológicas.
 - f) Patologías traumáticas.

Los datos obtenidos se manejaron para obtener frecuencias absolutas, porcentajes y promedio de las principales variables.

RESULTADOS:

El total de pacientes fue de 487, de los cuales 307 (63.0%) fueron del sexo femenino y 180 (36.9%) del sexo masculino (fig 1), con un promedio de edad de 71.1 años (rango 65 a 91) con predominio de edades de 65 a 70 años (fig 2).

El número de pacientes con factores de riesgo fueron 286 (fig 3), de estos, 163 (33.4%) fueron mujeres y 123 (25.2%) fueron hombres, de los cuales 105 (21.5%) correspondieron a Diabetes Mellitus, 25 (5.1%) tabaquismo, 194 (39.8%) hipertensión arterial sistémica, 17 (3.4%) obesidad, 11 (2.2%) alcoholismo, 11 (2.2%) problemas vasculares y 16 (3.2%) problemas cardiacos (fig 4).

Los diagnósticos de envío mas frecuentes fueron: enfermedades crónico degenerativas (osteoartritis) 180 (36.9%), enfermedades neurológicas 137 (28.1%), enfermedades músculo-esqueléticas 73 (14.9%), enfermedades traumáticas 71 (14.5%), enfermedades cardiacas 22 (4.5%), y enfermedades reumáticas 4 (0.8%) (fig 5).

La distribución por sexo de diagnósticos de envío mas frecuente se analiza en la (tabla 1), con prevalencia del sexo femenino, excepto por las enfermedades cardiacas, las cuales, tuvieron el mismo porcentaje (2.2%).

Dentro de las enfermedades crónico degenerativas la más frecuente fue la osteoartritis, predominando la gonartrosis con un 16%, y espondiloartrosis con 12.5%, contrastando con la baja frecuencia de artrosis de tobillo (0.2%) (fig 6).

Así mismo se presenta para las enfermedades crónico degenerativas (tabla 2) separando el grado y lado de afectación, siendo el grado de mas afectación el III, con mayor afectación bilateral.

Dentro de las patologías neurológicas mas frecuentes se encontraron la enfermedad vascular cerebral 60 pacientes (12.3%), y las parálisis faciales 35 pacientes (7.1%); entre las menos frecuentes están neuropatía del peroneo un paciente (0.2%), neuroinfección por criptococos un paciente (0.2%), (tabla 3).

Dentro de las patologías musculoesqueléticas encontramos con mas frecuencia tendinitis con 14 pacientes (2.8%) y lumbalgia con 9 pacientes (1.8%); las menos frecuentes fueron fibromialgia con un paciente (0.2%) y fascitis plantar con un paciente (0.2%), (tabla 4).

Para las patologías traumáticas encontramos una mayor frecuencia de FX de Colles con 16 pacientes (3.2%), Fx de radio con 13 pacientes (2.6%) y cadera con 7 pacientes (1.4%); y menos frecuentes las fracturas de meniscos con un paciente (0.2%), (tabla 5).

Las patologías cardiacas mas frecuentemente vistas en nuestro servicio fueron Infarto Agudo al Miocardio con 6 pacientes (1.2%), la cardiopatía isquémica con 5 pacientes (1%), e insuficiencia cardiaca con 4 pacientes (0.8%); las menos frecuentes fueron las arritmias con un paciente (0.2%) (fig 7).

La patología reumática mas frecuentemente vista en nuestro servicio fue la Artritis Reumatoide con 3 pacientes (0.6%); y la menos frecuente la Artritis Psoriásica con un paciente (0.2%) (fig 8).

Los diagnósticos secundarios mas frecuentes fueron: enfermedades musculoesqueléticas 52 (10.6%), enfermedades crónico degenerativas (osteoartritis) 37 (7.5%), enfermedades neurológicas 24 (4.9%), enfermedades reumáticas 1 (0.2%), enfermedades traumáticas 1 (0.2%) y enfermedades cardiacas 1 (0.2%), (fig 9).

Fig 1

Distribución de pacientes por sexo (487)

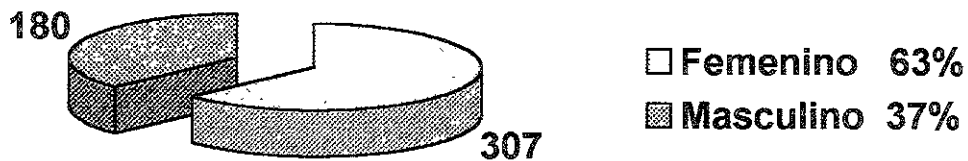


Fig 2

Distribución de pacientes por grupos de edades

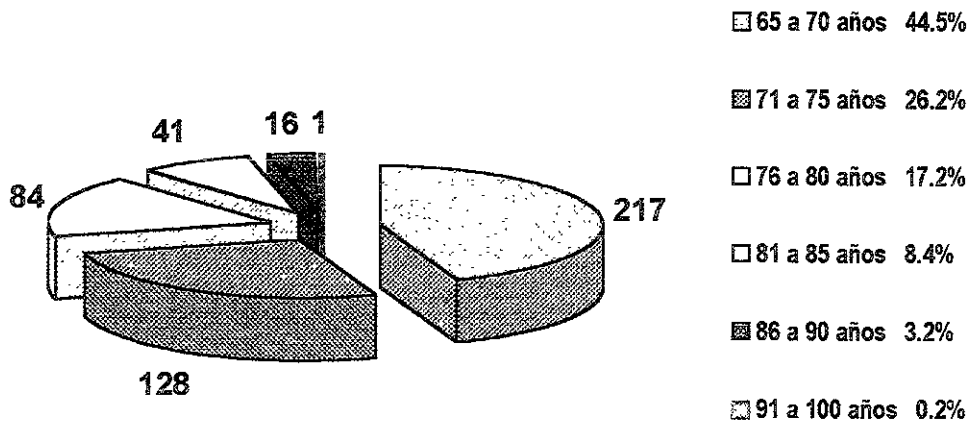


Fig 3

Total de pacientes con factores de riesgo y distribución por sexo (286)

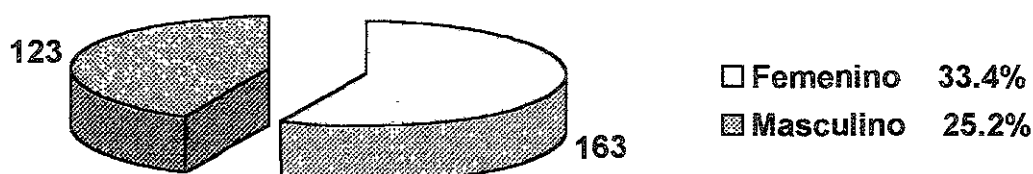


Fig 4

Distribución de los factores de riesgo

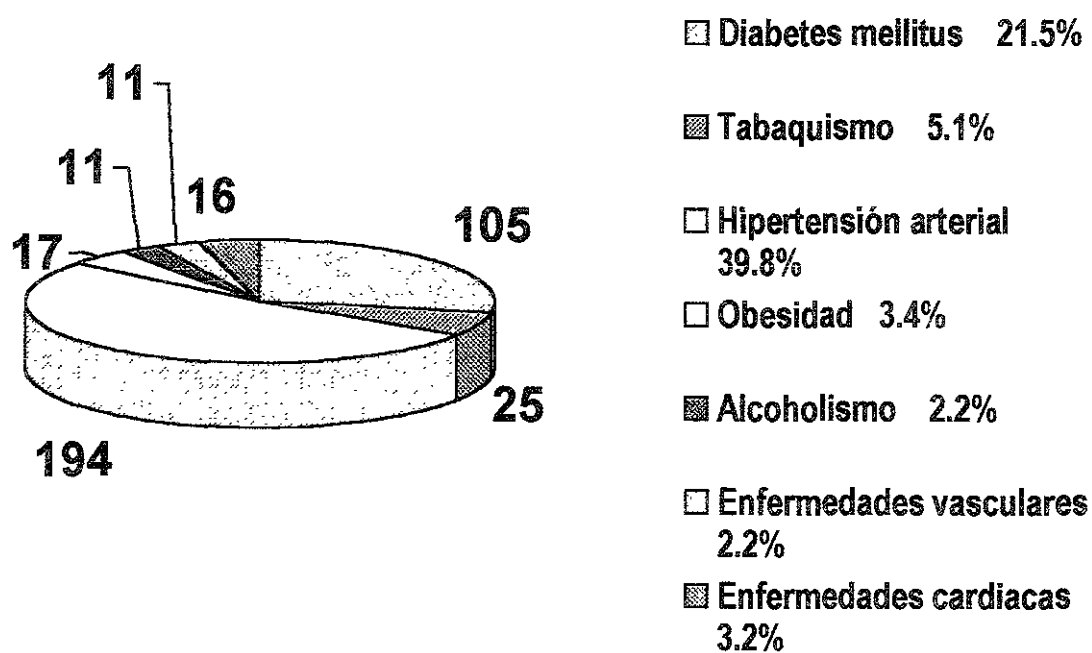


Fig 5

Diagnósticos de envío mas frecuentes

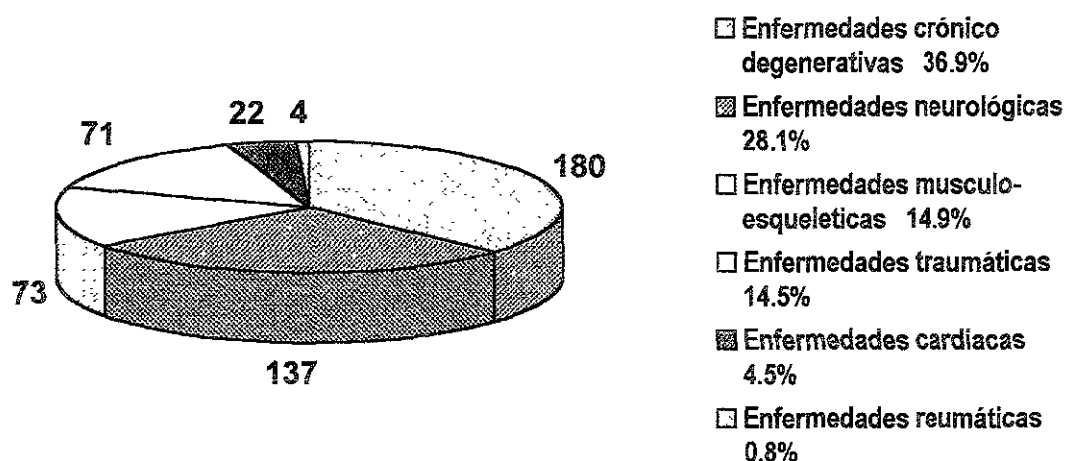


Tabla 1

Distribución por sexo de diagnósticos de envío mas frecuentes

Diagnósticos:	Número	Porcentaje	Femenino	%	Masculino	%
Enfermedades crónico degenerativas	180	36.9	110	22.5	70	14.3
Enfermedades neurológicas	137	28.1	74	15.1	63	12.9
Enfermedades musculoesqueléticas	73	14.9	41	8.4	32	6.5
Enfermedades traumáticas	71	14.5	50	10.2	21	4.3
Enfermedades cardiacas	22	4.5	11	2.2	11	2.2
Enfermedades reumáticas	4	0.8	4	0.8	0	0

Tabla 3

Distribución de patologías neurológicas por lado					
TIPO	Número	Derecho	Izquierdo	Bilateral	Inespecífico
Parálisis facial	35	18	17	0	0
Síndrome del Túnel del carpo	5	3	0	2	0
Neuropatía del peroneo	1	1	0	0	0
Monoparesia miembro pélvico	2	2	0	0	0
Hemiplejía	10	5	5	0	0
Hemiparesia	40	23	17	0	0
SX de neurona motora superior	5	0	0	0	0
Ciatalgia	1	0	0	0	1
Cuadriparesia espástica	3	0	0	0	0
Cuadruplejía espástica	1	0	0	0	0
Lesión medular	3	0	0	0	0
SX de cauda equina	1	0	0	0	0
Enfermedad de parkinson	4	0	0	0	0
Neuritis del trigémino	1	0	0	0	1
Polineuropatía diabética	7	0	0	0	0
Infarto cerebral parietal	1	0	0	0	1
Secuelas de EVC	10	0	0	0	0
Neuroinfección por criptococos	1	0	0	0	0
Isquemia cerebral transitoria	1	0	0	0	0
Radiculopatía L5, S1	4	2	2	0	0
Sx cerebeloso	1	0	0	0	0
TOTAL	137				

Tabla 4

DISTRIBUCIÓN POR LADO DE PATOLOGÍAS MUSCULO-ESQUELÉTICAS					
TIPO	Número	Derecho	Izquierdo	Bilateral	Inespecífico
<i>Tendinitis</i>	14	10	1	0	3
<i>Hombro doloroso</i>	8	0	4	0	4
<i>Lumbalgia</i>	9	0	0	0	0
<i>Escoliosis</i>	3	0	1	0	2
<i>Capsulitis de hombro</i>	8	3	5	0	0
<i>Cervicalgia</i>	8	0	0	0	0
<i>Sx doloroso lumbar</i>	2	0	0	0	0
<i>SX de fibromialgia</i>	1	0	0	0	0
<i>Gonalgia</i>	2	1	1	0	0
<i>Coxalgia</i>	1	0	1	0	0
<i>Hombro congelado</i>	1	0	1	0	0
<i>Fascitis plantar</i>	1	0	0	1	0
<i>Amputación de miembro pélvico</i>	13	7	6	0	0
<i>Espolón calcáneo</i>	1	1	0	0	0
<i>SX inmovilización prolongada</i>	1	0	0	0	0
TOTAL	73				

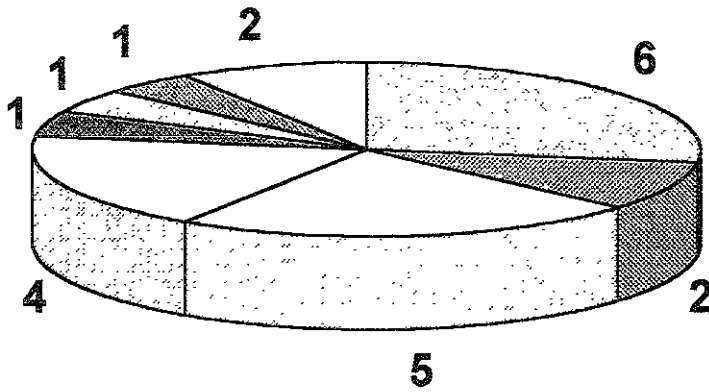
Tabla 5

DISTRIBUCIÓN DE PATOLOGÍAS TRAUMÁTICAS POR LADO

TIPO	Número	Derecha	Izquierda	Inespecifica
Fx de Colles	16	7	4	5
Fx de Cadera	7	3	4	0
Fx de radio	13	7	6	0
Fx de tibia	4	3	1	0
Fx de femur	2	1	1	0
Fx de húmero	3	2	1	0
Fx de peroné	1	0	1	0
Fx de radio y cúbito	1	0	1	0
Fx de tobillo	1	0	1	0
Fx de muñeca	2	2	0	0
FX de olécranon	2	0	1	1
Fx de menisco	1	1	0	0
Fx de 5º metatarsiano	1	0	1	0
Fx de 5º metacarpiano	1	1	0	0
Fx falange proximal 5º dedo	1	1	0	0
Fx falange proximal 4º dedo	2	2	0	0
Fx 3º y 4º dedos	1	0	1	0
FX de hombro	1	0	1	0
Lx glenohumeral	2	1	1	0
Contusión pie	1	1	0	0
Contusión de hombro	1	0	0	1
Contusión de tobillo	1	1	0	0
Contusión mano y muñeca	1	1	0	0
Tenorrafia flexor 3º dedo	1	1	0	0
PO hombro	1	0	1	0
Secuelas esguince cervical	3	0	0	0
TOTAL	71			

Fig 7

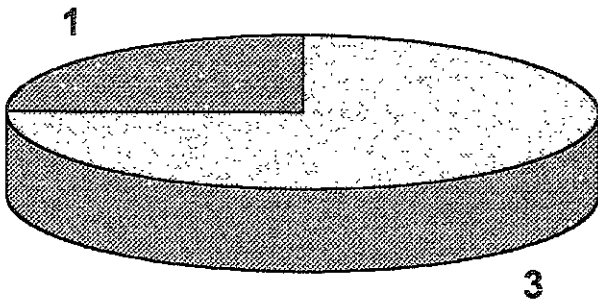
Patologías cardiacas



- Infarto agudo al miocardio 1.2%
- ▨ Fibrilación auricular 0.4%
- Cardiopatía isquémica 1.0%
- Insuficiencia cardiaca 0.8%
- ▨ Angina de pecho 0.2%
- Taquicardia sinusal 0.2%
- ▨ Arritmias 0.2%
- Revascularización cardiaca por cardiopatía 0.4%

Fig 8

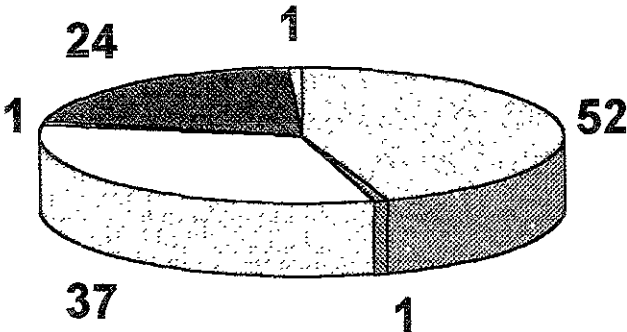
Patologías reumáticas



- Artritis reumatoide 0.6%
- ▨ Artritis psoriásica 0.2%

Fig 9

Diagnósticos secundarios



- Enfermedades musculoesqueléticas 10.6%
- ▨ Enfermedades reumáticas 0.2%
- Enfermedades crónico degenerativas 7.5%
- Enfermedades traumáticas 0.2%
- ▨ Enfermedades neurológicas 4.9%
- Enfermedades cardíacas 0.2%

Discusión:

El envejecimiento de la población en el mundo está bien documentado en países desarrollados y avanza con rapidez en los países en desarrollo, con aumento en las cifras absolutas y relativas de personas mayores de 65 años de edad.

El incremento en la población de adultos mayores acarrea importantes consecuencias en materia de salud.

Se trata de un grupo de edad mas vulnerable a presentar enfermedades, ya sea por el desgaste acumulado a lo largo de la vida o por la manifestación de enfermedades de larga evolución, dada su condición de vulnerabilidad esta población se transforma en una alta consumidora de servicios de salud ⁽¹⁰⁾

Es en la vejez donde tiene mayor repercusión las manifestaciones y consecuencias de la morbilidad y de la discapacidad sobre la calidad de vida. Debemos conocer que la vejez se trata de condiciones que no impactan tanto por su letalidad sino por sus consecuencias a largo plazo en cuanto a sufrimiento, costo y desgaste ^(11, 12, 13)

En México el último censo oficial reporta siete millones de personas mayores de 60 años (6% de la población del país), de los cuales 800 000 corresponden al Distrito Federal.

De este total de población la mayoría son mujeres, lo que coincide plenamente con este estudio, ya que encontramos que un 63% correspondió al sexo femenino, probablemente debido a la baja mortalidad del sexo femenino, o por acudir con mayor frecuencia al médico.

Por otra parte, 45% de las personas mayores de 65 años tienen cierta limitación para la ejecución de las actividades de la vida diaria; y de las mayores de 85 años un 60% muestra estas limitaciones ⁽¹⁸⁾

Se entiende por discapacidad lo que la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías establece como cualquier restricción o pérdida de habilidad para realizar alguna actividad en la manera o dentro del rango considerado normal para un ser humano.

La medición de la discapacidad refleja indirectamente la gravedad de las enfermedades y ofrece una visión dinámica del impacto de las enfermedades crónicas, que son las mas comunes en esta población ⁽¹⁰⁾

En revisiones de Estados Unidos la artrosis es la enfermedad crónica mas frecuente en el anciano, es mas común en las mujeres y muestra una fuerte asociación con la edad ^(8, 13), dato que concuerda con este estudio, esto se ha asociado a los cambios hormonales en las mujeres, sin embargo no se ha comprobado. También ocupan lugares destacados la hipoacusia y pérdida de la agudeza visual, lo que no pudo ser evaluado en nuestro estudio.

En las naciones industrializadas, el EVC es la tercera causa de muerte, es también una razón frecuente de hospitalización y puede ocasionar invalidez a largo plazo. Las tasas de mortalidad en sujetos de 40 a 69 años van de 1.8 (mujeres) y 2.9 (varones), por 10 000 sujetos de población en Suiza, a 14.4 y 24.4 respectivamente en Bulgaria. La incidencia en Estados Unidos va en decremento, pero por la proporción de ancianos cada vez mayor en la población, seguirá siendo elevado el número absoluto de accidentes de este tipo ^(15,16,17). Los datos arrojados por nuestro estudio son semejantes a los de ese país.

La literatura reporta una incidencia de fracturas en mujeres blancas mayores de 50 años de edad de 32% para fractura de vértebra, 16% para fractura de cadera y 15% para fractura de Colles, sin embargo en nuestra población no encontramos pacientes con fracturas vertebrales y se encontró aproximadamente el doble de fractura de Colles comparadas con las fracturas de cadera ^(1,6,21), desconocemos la causa.

Existe un fuerte incremento en la incidencia de las fracturas de cadera en las últimas décadas que no puede ser explicado por el aumento de la población anciana, que solo justificaría 20 a 40% de dicho incremento. Puede ser debido a cambios en la etiología de la fractura, aunque otras explicaciones se basan en un incremento de la prevalencia de la osteoporosis y de la incidencia de las caídas de los ancianos ⁽⁴⁾.

En este estudio menos del 1% de los pacientes tuvieron patología reumática, datos que contrastan con los reportados por otros autores que hablan hasta del 80% de frecuencia de patología reumática en el anciano ⁽²⁰⁾, esto puede ser debido a que los otros autores incluyeron la osteoartritis dentro de la patología reumática, mientras que nosotros la clasificamos por separado, como enfermedad articular degenerativa.

Las enfermedades vasculares tanto a nivel de corazón y grandes arterias, como a nivel de pequeños vasos, se hallan presentes en la mayoría de los ancianos estén o no sintomáticos. Al menos el 50% de los sujetos mayores de 65 años padece una patología significativa a nivel de las coronarias, por tanto es de esperar que la incidencia de infarto al miocardio sea mucho más elevada en este grupo de edad que en otros grupos más jóvenes, lo que concuerda con nuestro estudio ya que la patología cardíaca más frecuente fue el Infarto Agudo al Miocardio ⁽⁵⁾, esto como consecuencia de la dieta alta en colesterol, la incidencia de hipertensión arterial y el hábito tabáquico, amén de otros factores desencadenantes.

Dentro de las patologías musculoesqueléticas prevalecieron las capsulitis, tendinitis y bursalgias, lo cual coincide con la literatura ⁽³⁾, como causa de los efectos del envejecimiento normal sobre el aparato musculoesquelético. Así mismo, las amputaciones en nuestro estudio fueron frecuentes y coinciden con la literatura respecto a la etiología vascular ⁽⁷⁾, debido a insuficiencia arterial y microangiopatía diabética, ambas con gran frecuencia en la ancianidad.

Los factores de riesgo mas frecuentes fueron: hipertensión arterial y Diabetes Mellitus, los cuales según reporta la literatura se encuentran dentro de las principales causas de morbilidad (8), esto tiene importancia, ya que el descontrol puede provocar diferentes patologías, tales como EVC, IAM, amputaciones, etc. las que condicionan una dependencia parcial o total para las actividades diarias de la vida humana, así mismo deben mantenerse adecuadamente controladas para poder recibir tratamiento rehabilitatorio, ya que este está contraindicado en presencia de niveles altos de glucosa y presión arterial alta.

En este estudio los diagnósticos secundarios prevalentes fueron las enfermedades musculoesqueléticas, enfermedades crónico degenerativas y enfermedades neurológicas, invirtiendo su incidencia con respecto a los diagnósticos primarios.

CONCLUSION:

Los diagnósticos de envío mas frecuentes fueron: Enfermedad Crónico Degenerativa (osteoartritis), seguidas de enfermedades neurológicas y enfermedades musculoesqueléticas, la mayoría de los pacientes presentaron factores de riesgo asociado, los mas frecuentes fueron: Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, predominando en ambos el sexo femenino.

Se requieren de programas de prevención específicos en gran escala para poder disminuir la morbilidad y mortalidad de la población geriátrica.

El proceso de rehabilitación del paciente anciano presenta algunas peculiaridades y puede requerir de algunas modificaciones. No es peor que la del joven, pero sí mas prolongada ya que el aprendizaje en el viejo requiere mas tiempo. El objetivo en el paciente geriátrico es el de restaurar un estado funcional y social óptimo, lo que habitualmente se basa en el logro de la independencia para caminar y para la realización de las actividades de la vida diaria.

Es importante privilegiar el enfoque de riesgo, de prevención, promoción y fomento de la salud con la participación de los adultos mayores, grupos voluntarios, asociaciones y sociedad en general, impulsar programas con estrategias educativas y de promoción de salud a favor de esta población, para que sea capaz de explotar al máximo su potencial genético de longevidad en ausencia de discapacidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hachisuda K, Tsutsui Y, Furusawa K, Ogata H. Gender differences in disability and lifestyle among community-dwelling elderly stroke patients in Kitakyushu, Japan. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79: 998-1002.
2. Lozano C A. Introducción a la geriatría, México, Mendy Editores, 1992: 287-304.
3. Martín A., Gambrell S.E.C.: Geriatría, España, Ediciones C.E.A. 1987: 73-90
4. M.A. Hernández García, C. Tena-Dávila Mata, S. Alcántara Bumbiedro. E. Ortega Montero, F. Rodríguez Salvanés y colab., Fractura de cadera en ancianos, consecuencias y factores de riesgo. *Rehabilitación (Madrid)* 1998. 32: 181-190
5. Salter R.B.: Trastornos y lesiones del sistema musculoesquelético 2ª ed. España. Salvat editores, 1979: 503-506
6. J. A. Mirallas, J. Cervera y R. Beseler, Incidencia de la fractura de cadera en pacientes de edad avanzada en *Rehabilitación (Madr.)* 1997, 31: 183-188.
7. Schwartz S. I, Shires G. T, Spenser F. C, Storer E. H: Principios de Cirugía 4ª ed. México. Mc Graw Hill 1988. 2028-2031.
8. Klippel J, Weyand C, Wortmann R: Primer on the rheumatic diseases, edition 11, Atlanta, Published by the Arthritis Foundation, 1997: 155-160, 216-221.
9. Pietro N: Geriatría. 1ª edición, México, Halima ed, 1992: 57-90.
10. Ham-Chande R: El envejecimiento: Una nueva dimensión de la salud en México. *Salud pública de México*, 1996: 38: 409-418.
11. Nicholas J J, Rybarczyk B, Meyer PM, Lacey RF, Haut A, Kemp PJ, Rehabilitation staff perceptions of characteristics of geriatric rehabilitation patients. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79: 1277-1284.
12. E. Valderrama Gama y J. Pérez del Molino Martín: Rehabilitación en el paciente anciano. Dificultades y consideraciones especiales, *Rehabilitación* 1994;28: 179-186.
13. William B. Abrams D, Berkow R: El manual Merck de Geriatría, 1ª ed, España EDIM, 1998: 1202-1207.
14. Krebs D E, Jette AM, Asstma S F. Moderate exercise improves gait stability in disabled elders. *Arch Phys Med Rehabil* 1998, 79: 1489-1495.
15. Kong K-H, Chua KSG, Tow AP. Clinical Characteristics and functional outcome of stroke patients 75 years old and older. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79: 1535-1539.
16. Landi F, Zuccala G, Bernabei R, Cocchi A, Manigrasso L, Tafani A et al: Physiotherapy and occupational therapy. *Am Phys Med Rehabil* 1997; 76: 38-42.
17. Kidd D and Stout R WW. The assesment of acute stroke in general medical wards. *Disability and rehabilitation*. 1996; 18: 205-208

8. Kottke F.J, Lehmann J.F: Krusen Medicina Física y Rehabilitación, 4ª edición, España Editorial Médica Panamericana 1993: 734-753.
9. Lorish R.T: Clínicas de Medicina Geriátrica, México, Nueva Editorial Interamericana, 1993: vol 4: 795-809
10. Carnevali D.L, Patrick M: Tratado de Geriatria y Gerontología, 2ª edición, México, Nueva Editorial Interamericana, 1988: 576-607
11. Tierney L, Mc Pheesj, Papadakis M.A: Diagnóstico Clínico y Tratamiento 32ª edición, México, Editorial Manual Moderno, 1997: 324-357