

Evaluación del paciente geriátrico hospitalizado. Orientado por problemas: Estudio prospectivo de 71 casos.

Evaluation of the geriatric inpatient patients: A problem orientated approach

Merino Ronald*, Varela Luis, Manrique de Lara Guillermo*****

*Médico-Cirujano, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú

**Departamento Medicina e Instituto Gerontología, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

***Director Instituto Gerontología, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

RESUMEN

Para una aproximación real a la pluripatología y los problemas asociados del anciano, y analizar si la historia clínica convencional evalúa en forma adecuada a éste paciente, se realizó un estudio prospectivo, el primero en el país, en 71 pacientes de 60 años o más, hospitalizados en el HNCH entre Enero a Marzo de 1991. Se observó que a diferencia del adulto joven, nos enfrentamos no sólo a enfermedades, sino también a problemas asociados como: depresión 53.5%, ansiedad 50.7%, alteraciones en el sueño 81.7%, temblores 16.9%, caídas 67.6%, hipotensión ortástica (probable) 50.7%, incontinencia urinaria 42.3%, estreñimiento 32.4%, úlceras por presión 5.7%, trastornos de órganos sensoriales 83.1%. También se evidenció diferencia significativa entre lo observado por nosotros y lo registrado en la historia clínica convencional, fundamentalmente en lo concerniente a problemas asociados que generalmente no se consideran. Se plantea la necesidad de considerar estos aspectos durante la evaluación del geronto, así como de contar con una historia clínica geriátrica especialmente diseñada y orientada a enfermedades y problemas con el fin de brindar una adecuada atención al paciente geriátrico. (Rev Med Hered 1992; 3: 51-59).

PALABRAS CLAVE: Geriatria, anciano, historia clínica.

SUMMARY

To make a more real approximation of the aspects of the plural-pathology and the problems associated with geriatric population, and to analyze if the conventional clinical history evaluates in appropriate way the patients of this group, it was carried out a prospective study, the first was made in Perú, and evaluates 71 patients, aged 60 years or older, they were hospitalized in the Medicine Service of the Cayetano Heredia National Hospital from January to March 1991. It was observed in elderly, not only illness but also associated problems such as: depression 53.5%, anxiety 50.7% sleep disorders 81.7%, tremors 16.9%, orthostatic hypotension (probably) 50.7% , urinary incontinence 42.3%, constipation 32.4%, pressure ulcers 5.7%, sensorial organs disorders 83.1%. It was proved that exist an important difference between that is observed for our evaluation and that is registered in the conventional clinical history, concerning an associated problems fundamentally , most of times they have not taken account. Emerge the necessity to consider these aspects during the geronto evaluation, at the time, to account with a geriatric clinical history designed and orientated to illness and problems in order to give an appropriate attention to geriatric patients. (Rev Med Hered 1992; 3: 51-59).

KEY WORDS: Geriatric population, elderly, clinical history.

INTRODUCCIÓN

Uno de los hechos que ha motivado asombro en el presente siglo ha sido el incremento de la población de 60 años o más, registrados en los últimos años, en comparación a los otros grupos etéreos (1). Sin embargo, este acontecimiento aún no se percibe en toda su magnitud en los países en desarrollo por la lentitud de los procesos demográficos.

El envejecimiento es multifactorial, se produce a nivel celular, de órganos y del organismo intacto. Gracias a los progresos de la medicina y la tecnología actual un porcentaje mayor de seres humanos ha vivido hasta llegar a etapas avanzadas, con la posibilidad de que desde el punto de vista teórico su existencia pueda llegar a 120 años (2).

Cambios en la estructura demográfica de países del tercer mundo por efecto de la disminución de la tasa de fecundidad y mortalidad, con aumento lógico de la esperanza de vida, determinarán que en el próximo siglo el grupo de personas de edad avanzada alcance un 12% de la población total pero que en términos absolutos, en sólo 50 años, incrementará en 448%, alcanzando un total de 806 millones de personas mayores de 60 años (3). La población del Perú, al igual que los países en vías de desarrollo, se caracteriza por ser "joven", como se puede observar según las proyecciones para 1990 en donde el 38% de la población es menor de 15 años y solo 5.7% es mayor de 60 años (4,5), manteniendo una estructura poblacional en forma de una pirámide.

Esta situación ha empezado a modificarse llamando la atención dos fenómenos: a) La declinación relativa de la población menor de 15 años a partir de la década del 80, disminución que al año 2025 llegará al 22.55% y b) El aumento gradual de la población

mayor o igual a 60 años, que para dicha etapa representará el 12% de la población total (6.5); de modo que aquel esquema piramidal clásico de la población variará adoptando una forma similar a la de los países desarrollados. A este fenómeno se le conoce como "rectangularización" de la curva de supervivencia del ser humano.

En nuestro medio ya se están realizando trabajos en las diferentes instituciones de formación de profesionales de salud enfocando los problemas de la población de 60 años o más, tanto a nivel de pregrado y post-grado. Con tal propósito se llevó a cabo el presente estudio prospectivo, cuyo objetivo principal es hacer una aproximación de la presentación de los problemas antes mencionados, y determinar fundamentalmente si la historia clínica convencional empleada en los servicios de Medicina toma en consideración estos aspectos importantes de la pluripatología inherente a la población geriátrica, de modo que en un futuro muy cercano se tomen las medidas necesarias a fin de crear un adecuado Sistema de Atención Geriátrica coherente y organizado que promueva la creación de Unidades o Servicios de Geriátrica en hospitales generales que se encarguen de organizar y evaluar programas de atención permanentes con el propósito de mejorar las condiciones de salud de la población geriátrica en forma integral (física, psicológica y social).

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo de todos los pacientes de 60 años o más internados en los servicios de Medicina "A" y "B" del Hospital Nacional Cayetano Heredia, cuya fecha de hospitalización estuviera comprendida entre el 1° de enero al 31 de marzo de 1991.

Se escogió los 60 años de edad debido a que las Naciones Unidas considera a las personas en edad geriátrica a partir de los 60 años, y a que en nuestro medio la expectativa de vida al nacer es de aproximadamente 60 años (3), diferente a la de los países desarrollados, que llegan a los 75 años.

Los pacientes fueron estudiados durante su hospitalización a través de una ficha de evaluación, en la cual se anotaban datos demográficos, epidemiológicos, de morbilidad, de mortalidad, manejo terapéutico; y fundamentalmente los referidos a aspectos de la pluripatología y problemas asociados inherentes a la población geriátrica como son: depresión, ansiedad, alteraciones en el sueño, temblores, caídas, incontinencias urinarias, estreñimiento, úlceras por presión, trastornos de los órganos de los sentidos, constituyendo éstos la base de nuestro estudio.

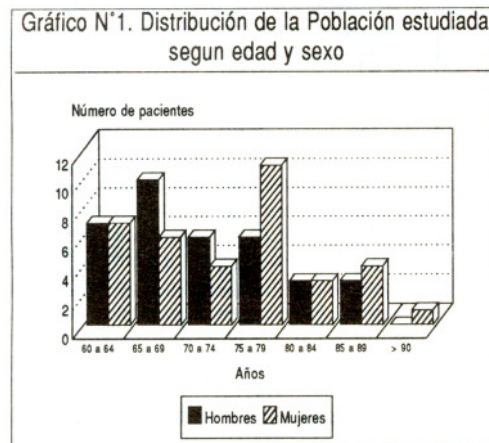
Posteriormente se revisaron las historias clínicas con la finalidad de evidenciar si los datos obtenidos durante la evaluación eran o no consignados en ella. En algunos casos se tuvo que recurrir al Departamento de Estadística del hospital para poder obtener esta información; también fueron revisados los libros de alta con la finalidad de tener una idea global de todos los pacientes hospitalizados en ese período, sin restricción de edades, así como su condición al momento del alta para realizar las comparaciones respectivas.

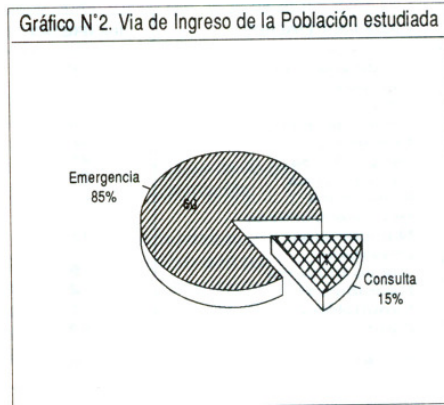
Cabe mencionar que cuando no fue posible obtener información directa del paciente, dada su condición, la familia fue interrogada. En los casos en que el paciente tuvo más de una hospitalización, durante el estudio, cada una fue considerada en forma independiente.

Finalmente, sólo fueron incluidos en el estudio aquellos pacientes a quienes se les pudo completar toda la información, excluyéndose a los que por muerte en las primeras horas de ingreso, alta precoz, retiro voluntario, pérdida de historias, se hizo imposible la confirmación de lo obtenido mediante la ficha. Los datos registrados se analizaron con el paquete estadístico EPIINFO + SPSS/S PC. Se realizaron las siguientes determinaciones: a) Cálculo de la media aritmética, rangos y desviación Standard b) Chi cuadrado y c) Análisis de varianza.

RESULTADOS

Durante el período de enero y marzo de 1991 en los servicios de Medicina "A" y "B" del Hospital Nacional Cayetano Heredia se atendieron un total de 356 pacientes, siendo 116 (32.6%) personas de 60 años o más. Se logró obtener información completa en 71 casos (61.2%). La edad promedio fue de 72.4 años. No hubo diferencia significativa en cuanto a la distribución por sexo, sin embargo en el grupo etáreo de 75 a 79 y 85 a 90 predominaron más las mujeres (Gráfico N° 1). Los casados y viudos constituyeron la mayoría de los pacientes con 42.3% y 31% respectivamente. El 67.6% de nuestra población era desocupada y el 70.4% era dependiente. La vía de ingreso en su mayoría fue por emergencia (84.5%) (Gráfico N° 2). El 56.6% tuvo un tiempo de episodio actual menor de 7 días, el 29.6% mayor de 30 días. El 46.6% tuvo una enfermedad de fondo menor de 7 días y un porcentaje similar fue mayor de 30. El 53.5% de pacientes presentaron síntomas depresivos y el 50.7% un componente ansioso. El 91.5% tuvo evaluación médica, pero en su gran mayoría fue irregular (78.47%).





El promedio de enfermedades fue de 5.21 patologías por pacientes. El 71.8% hacía uso de medicamentos, siendo los antibióticos las drogas medicamentosas más utilizadas. El 81.7% presentaban alteraciones en el sueño, de los cuales 10.3% recibía medicación. En la tabla N° 1 se muestra la frecuencia de los problemas asociados a la población geriátrica, encontrados en nuestro estudio, comparándose con la información consignada en la historia clínica convencional de los servicios en relación a dichos problemas. El 16.9% tuvieron problemas en temblores. Las caídas se presentaron en el 67.6% de pacientes, 22% fueron complicadas; siendo el accidente ambiental (factor extrínseco) la principal causa (Tabla N° 2). En 50.7% de pacientes se habían quejado de síntomas que sugerían hipotensión ortostática, sólo se puede objetivar en el 2.8%. La incontinencia urinaria se presentó en el 42.3% de los casos, siendo las mujeres las más afectadas. Las úlceras por presión se presentaron en el 5.7% de pacientes, y constituyeron el 5.4% de las complicaciones. El 83.1% de pacientes refirieron trastornos de los sentidos, de estos el 50.8% eran visuales y auditivos. De acuerdo a estos resultados se evidencia que existe diferencia significativa (de acuerdo a intervalos de confianza) entre lo observado por nuestra evaluación y el registro en la historia clínica convencional.

TABLA N°1
PROBLEMAS ASOCIADOS A POBLACION GERIATRICA

PROBLEMAS	%
Depresión	53.5
Ansiedad	50.7
Alteraciones en el sueño	81.7
Temblores	16.9
Caídas	67.6
Hipotensión Ortostática (probable)	50.7
Incontinencia Urinaria	42.3
Estreñimiento	32.4
Úlceras por presión	5.7
Trastornos de Organos Sensoriales	83.1

Tabla N°2
CAUSAS DE CAIDA

FACTORES	f	%
FACTOR EXTRINSECO		
Accidente ambiental	38	35.20
FACTOR INTRINSECO		
Debilidad	14	13.00
Desequilibrio	13	12.00
Crisis de Desvanecimiento	11	10.02
Mareos y Vértigos	9	08.30
Cambios Posturales	5	04.60
Sincope	3	02.70
Otros	15	13.90
TOTAL	108	100.00

Los principales diagnósticos de ingreso fueron: enfermedades cardiovasculares, renales, infecciosas, hematológicas y endocrinas. Los principales diagnósticos de alta fueron: enfermedades cardiovasculares, infecciosas, renales, EDA-Cólera y endocrinas. En cuanto a la confirmación diagnóstica en la mayoría se apreció un sobrediagnóstico y en algunos casos un subdiagnóstico (Tabla N° 3). El 35.2% de nuestra población presentó algún tipo de complicación, siendo los procesos infecciosos el principal problema (Tabla N°4).

Tabla N°3
DIAGNOSTICO DE INGRESO Y SU CONFIRMACION AL ALTA

ENFERMEDADES	INGRESO	%	ALTA	%	% CONFIR.
Cardiovascular	49	16.00	41	16.80	119.50
Renales	31	10.50	28	11.50	110.70
Infecciosas	28	9.50	32	13.10	87.50
Hematologicas	25	8.50	16	6.60	156.30
Endocrinas	22	7.50	17	7.00	129.40
Respiratorias	21	7.10	9	3.70	233.30
Neurológicas	20	6.80	13	5.30	153.80
EDA cólera	20	6.80	19	7.80	105.30
Hidroelectrolíticas	19	6.40	15	6.10	126.60
Nutricionales	17	5.80	7	2.90	242.90
Digestivas	7	2.40	8	3.30	87.50
Genito-urinarias	5	1.70	7	2.90	71.40
Neoplásicas	2	0.70	9	3.70	22.20
Inmunológicas	1	0.30	2	0.80	50.00
Otros	28	9.40	21	8.60	133.30
TOTAL	295	100.00	244	100.00	

Tabla N°4
COMPLICACIONES

TIPO	f	%
Infecciosas	10	27.00
Transtornos Metab H-E	6	16.20
Sangrado Digestivo	4	10.80
Neumonía Aspirativa	2	05.40
Ulceras de decúbito	2	05.40
RAM	2	05.40
Sobrehidratación	2	05.40
Otros	9	24.30
TOTAL	37	100.00

* RAM: Reacción adversa a Medicamentos

El tiempo promedio de hospitalización fue de 12.04 días. En relación a la condición al alta los mejorados constituyen el 63.4%. La mortalidad de la población geriátrica fue de 18% y hubo diferencia significativa con el grupo de menor edad ($p < 0.005$) (Gráfico N° 3); se encontró asociación entre el tiempo de episodio actual y de enfermedad de fondo con respecto a la mortalidad ($p < 0.002$ y $p < 0.034$ respectivamente) (Gráfico N° 4 y 5).

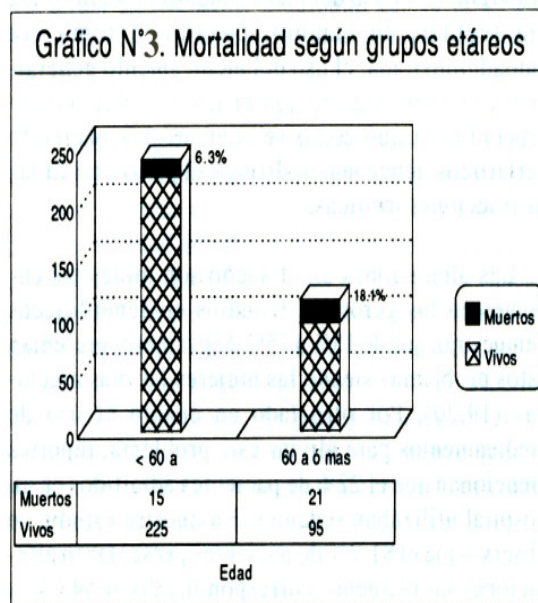


Gráfico N°4. Relación entre tiempo de episodio actual y mortalidad.(p<0.002)

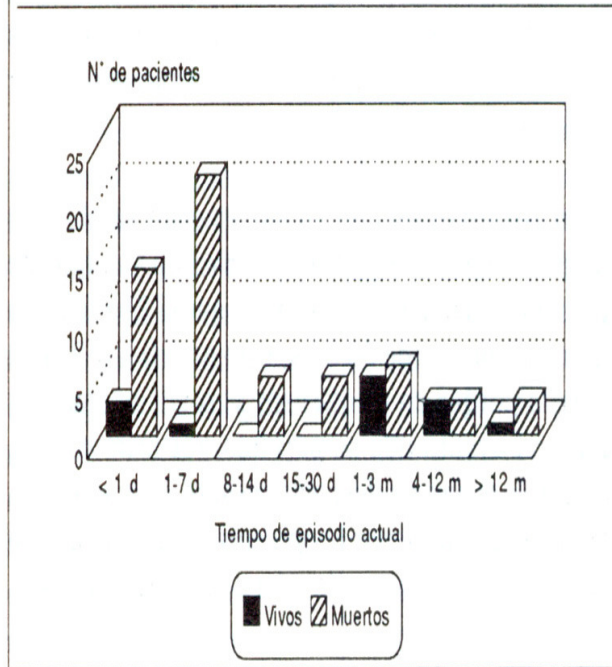
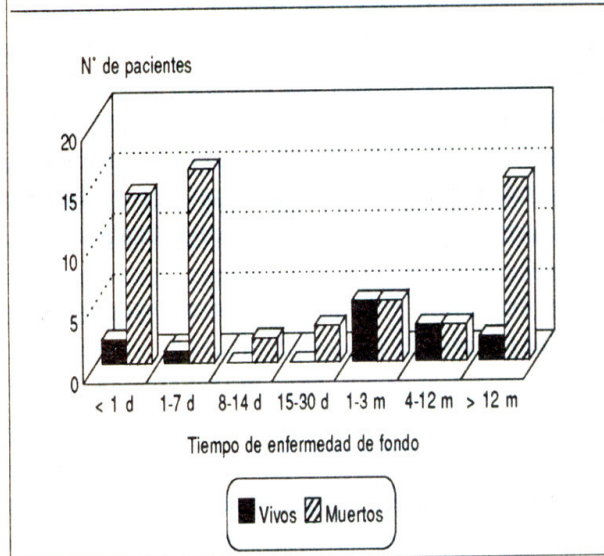


Gráfico N°5. Relación entre tiempo de enfermedad de fondo y mortalidad.(p<0.034)



DISCUSION

Existen dificultades para definir el proceso del envejecimiento que depende del tiempo en el

cual hay pérdidas en la adaptación a las variaciones fisiológicas que se presentan con la edad debidos tanto a factores genéticos como ambientales. De las múltiples definiciones que existen acerca del envejecimiento mantiene actualidad la de Burnet y Bourliere que lo describe como el conjunto de modificaciones anatómicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen en los seres vivos por acción del tiempo, y referente al hombre habría que añadir las modificaciones sociales (7).

El geronto se ve obligado a realizar un gran esfuerzo de adaptación debido a que sus capacidades de reserva van decreciendo para aceptar las pérdidas y cambios de rol, personas, actitudes, objetos y ambientes (8), y que lo afectan en las 3 esferas: somáticas, psicológica y social, las que están íntimamente relacionadas y que pueden alterar aquello que más debemos preservar, que es la capacidad funcional, variable sumamente individual.

Por lo ya comentado se deduce que la población de 60 años o más, forma parte importante de la sociedad, constituyendo un grupo vulnerable y expuesto, debiendo ir más allá de la orientación sobre sus enfermedades abarcando su bienestar total, teniendo en cuenta la interdependencia de los aspectos físicos, mentales, sociales y ambientales (9).

Lamentablemente en nuestro medio no existen programas preventivo-promocionales en favor del geronto, falta mayor incentivo en las instituciones de formación de profesionales de salud, para interesarse en el paciente geriátrico así como de un adiestramiento adecuado para su atención en los diferentes niveles de salud.

De los ingresos registrados el 32.6% correspondió a pacientes de 60 años o más, cifra similar a lo referido por la literatura (10,11,12); lo que indica que la demanda de atención hospitalaria por la población de mayores ha alcanzado cifras significativas, lo que amerita crear programas de orientación preventiva con el fin de que no se haga un enfoque solamente curativa.

En lo concerniente a la vía de ingreso el 84.55% de nuestros pacientes lo hicieron por emergencia, esta cifra se asemeja a la obtenida por Benamú, 91.3%, (10) y Capuñay 92.6% (11), cifra que es motivo de preocupación y que podría explicarse por la presencia de un deficiente o inexistente cuidado domiciliario que se le da al paciente en edad geriátrica.

En nuestro estudio se prefirió tomar como concepto de Geronto el asignado por la O.N.U. (a partir de los 60 años), debido a que la expectativa de vida en nuestro país es alrededor de 60 años; así tenemos el grupo etáreo de 60-64 años constituyó el 19.7% de nuestra población.

En relación a la edad se obtuvo un promedio de 72.54 años, semejante a lo referido por otras series en nuestro medio. Asimismo se evidenció que en los grupos etáreos de mayor edad predominaron las mujeres lo que podría explicarse ellas fallecen en menor proporción que los hombres.

En lo concerniente al nivel socio-económico, el 67.6% de nuestra población era desocupada, coincidiendo con lo reportado en otras series (14,15), lo cual es realmente preocupante ya que como es de nuestro conocimiento el trabajo, o por lo menos la ocupación, lleva a la buena salud y mantenimiento de la calidad de vida (9).

En cuanto al tiempo de enfermedad se observó que el 56.3% de la población tuvo un tiempo

de episodio actual menor de 7 días y que el 29.6% tenía un tiempo mayor de 30 días; esto podría explicarse en parte porque en estos casos se toma en consideración el evento que se presenta por primera vez, como tal, o que es descompensante de una enfermedad de fondo; y por la epidemia de cólera que se estableció mientras se llevaba a cabo el estudio.

En cuanto al tiempo de enfermedad de fondo se observó que en contraste con el episodio actual, el 46.4% presentó un tiempo mayor de 30 días, semejante a lo reportado por Benamú y Capuñay, lo que da una aproximación más real de los cuadros frecuentes en la población en estudio como son las enfermedades crónicas; sin embargo este hallazgo tan significativo debe preocuparnos ya que si bien es cierto hay un aumento de las enfermedades crónicas en la vejez, el motivo de ingreso generalmente son cuadros agudos o crónicos reagudizados.

La depresión y la ansiedad son aspectos muy comunes dentro de la pluripatología de los gerontos (16,17). En nuestro trabajo evidenciamos que el 53.5% de los pacientes habían presentado síntomas depresivos y que el 50.7% había referido manifestaciones de ansiedad, lo que demuestra claramente la importancia de estos problemas en la población estudiada, sobretodo por sus implicancias tanto en el paciente como en la familia y el Estado. Estos problemas muchas veces son dejados de lado, sin considerar que pueden ser debidos a unas variedades causas, muchas de ellas de accesible manejo (16,17).

La evaluación médica del paciente en edad geriátrica realizada en forma minuciosa y constante, permite tener una aproximación más real de los múltiples problemas que aquejan a las personas mayores, por ello la enorme importancia de tomar medidas anticipatorias, y asegurar el cumplimiento de las indicaciones médicas.

En nuestro estudio si bien es cierto que el 91.5% de nuestros pacientes refería evaluación médica, en la gran mayoría de estos, 78.47%, el control médico fue irregular, reflejando el incumplimiento de las órdenes médicas o la inasistencia a las evaluaciones periódicas.

A medida que el individuo crece, un número de enfermedades y procesos degenerativos crónicos se desarrollan, la patología múltiple es la regla más que la excepción, y es casi invariablemente asociada a la polifarmacia (18,7). En nuestro estudio el promedio de grupo de enfermedades fue de 5.21 patologías por paciente, con un máximo de 9, lo que coincide con lo referido en la literatura y que demuestra claramente la pluripatología que existe en el geronto.

El 71.8% de nuestra población hacían uso de medicamentos, siendo el promedio de 2.45 fármacos por paciente, con un máximo de 7, lo que también evidencia la asociación entre la patología múltiple con la polifarmacia, referida en otros estudios. Las drogas más utilizadas, fueron los antibióticos. Cabe mencionar que cuando se analiza la toma del fármaco en relación a su uso, se aprecia que cuando la toma era vigilada, el uso del medicamento en su mayoría era regular, en cambio, cuando la toma era autoadministrada, el uso del medicamento generalmente era irregular; lo que guardaría relación a lo esperado, ya que como se comentó los pacientes geriátricos tienen mayor dificultad para cumplir las instrucciones médicas.

Las alteraciones en el sueño son molestias comunes en los gerontos. Estudios epidemiológicos demuestran que de 15% a 75% de pacientes presentan estos problemas siendo las mujeres las más afectadas (19,20). Por otro lado en cuanto al uso de medicamentos

para aliviar este problema, reportes mencionan que el 22% de pacientes admitidos en un hospital utilizaban sedantes. En nuestro estudio se observó que el 81.7% de pacientes presentaron alteraciones en el sueño, correspondiendo el 54.2% a mujeres y el 45.8% a hombres, de los que presentaban el problema el 10.3% recibían medicación. El valor obtenido en nuestro trabajo, mayor a los referidos en otras series, podría explicarse en parte por los múltiples problemas que agobian al geronto.

Existe una idea difundida de que los gerontos son "temblosos", incluso algunos suelen remedar los temblores como parte de una caricatura del paciente en edad geriátrica, afortunadamente esta idea se ha ido modificando con el tiempo (21). En nuestro estudio el 16.9% de pacientes tuvieron este problema correspondiendo en su mayoría a temblores en actividad (58.3%), cifra que duplica lo referido por otros estudios, podría explicarse tal vez por falta de una adecuada orientación por parte del entrevistador o por falta de conocimiento y/o comprensión por parte del entrevistado.

Las caídas son particularmente comunes entre la población geriátrica y constituyen un gran problema en geriatría (22,16,19), son fuente potencialmente prevenible de mortalidad, morbilidad y padecimientos en los gerontos. La U.S. Public Health estima que 2/3 de caídas son potencialmente prevenibles (23). Aproximadamente un tercio de la población ha sufrido una o más por año. La posibilidad de caerse aumenta con la edad.

En la mayoría de veces la etiología de las caídas es multifactorial, sin embargo es posible detectar el factor precipitante. Los análisis de grandes series de pacientes geriátricos con caídas han mostrado que causas médicas (factores intrínsecos) podrían ser identificados en aproximadamente 45% de casos y en 39% fueron debidos a causas ambientales (factores extrínsecos), siendo el accidente ambiental la principal causa individual de caídas (24). En nuestro estudio el 67.6% de los pacientes presentaron caídas, de éstos el 22.5% fueron complicadas correspondiendo el 10.9%, del total de caídas, a fracturas. El accidente ambiental fue la principal causa de caída, similar a lo reportado en otras series.

El porcentaje extremadamente alto encontrado en nuestro estudio puede ser explicado por el descuido y la falta de atención que se le tiene a la persona en edad geriátrica, así como por la ausencia de medidas preventivas, a fin de modificar las causas corregibles de este gran problema que afronta la medicina geriátrica, sobretodo porque las consecuencias de las caídas no sólo atañe el aspecto físico sino que repercute psicológicamente en el paciente. Cabe mencionar que en nuestro medio poco se ha hecho al respecto, habiéndose realizado un solo estudio acerca de este problema.

La hipotensión ortostática es común en pacientes geriátricos, según los estudios se postula que aparece en un 20.25% de pacientes no seleccionados en una unidad geriátrica (11,23). Cabe mencionar que Scolt y col. En 300 gerontos evaluados encontraron una prevalencia global de hipotensión ortostática de 10.7% y que al evaluar a aquellos sin factores conocidos la prevalencia fue únicamente 6.4%, cifra considerablemente menor que la de 13.7%, observada en los sujetos con factores de riesgo (25). En nuestro estudio se halló que 50.7% de los pacientes refirieron síntomas que hacían pensar en hipotensión postural pero que al momento de querer objetivarla sólo el 2.8% la presentaban, este bajo porcentaje podría explicarse ya que la mayoría de pacientes al ser evaluados, en los servicios de hospitalización, ya habían sido tratados de emergencia donde muy probablemente se les

compensó, de modo que dificulta su identificación.

La incontinencia urinaria, es una condición común en los pacientes geriátricos. Su incidencia es difícil de establecer, puede ocurrir en varios grados y en muchos casos los pacientes no admiten el problema porque lo consideran parte "normal" del envejecimiento y que no existe esperanza de recuperación (16), por otro lado no lo comentan a fin de evitar la posibilidad de que los envíen a un asilo.

La prevalencia aumenta con la edad, siendo más frecuente en las mujeres y en los pacientes hospitalizados, con una prevalencia en estos últimos que varía de 13 a 48% según algunas series (20). En nuestro trabajo encontramos que el 42.3% de pacientes presentaban incontinencia urinaria, siendo las mujeres las más afectadas, coincidiendo con lo referido en otras series; se confirma que la pérdida del control de la micción constituye un problema importante, sobretodo por sus implicancias de índole social, emocional y económico, con efectos notables en la salud de los gerontos y sus familias, pero que a menudo no es tomado en consideración por los médicos, debido a que no poseen un conocimiento sobre esta patología.

Aunque el estreñimiento es un término confuso, muchos se preguntan si es un problema endémico en el geronto, lo cierto es que sigue siendo un problema común e importante particularmente en el paciente geriátrico, afectando según algunos estudios al 25% de esta población (19), y que a veces es difícil solucionarlo, teniendo en cuenta que se puede tornar en un problema crónico no corregible con tratamiento.

En nuestro estudio el 32.4% de los pacientes presentó problemas de estreñimiento, siendo en su mayoría un cuadro crónico (82.6%), lo que demuestra que es una afección frecuente en el geronto y que deberíamos de enfocarlo de manera diferente, sobretodo por la trascendencia que tiene en la sensación de bienestar de la persona.

Las úlceras por presión son un problema común y serio de la inmovilidad de los gerontos, su prevalencia e incidencia guarda relación con el tiempo de confinamiento del paciente a una silla o una cama (26, 19). Se dice que el 60% de todos los pacientes con úlcera la desarrollarán en el hospital. Las úlceras aparecen generalmente dentro de las 2 primeras semanas de hospitalización, siendo la mayoría de los pacientes mayores de 70 años (19). En nuestro estudio encontramos que el 5.7% de pacientes manifestaron úlceras por presión, y que éstas constituyeron el 5.4% de las complicaciones, guardando relación a lo reportado en la literatura, lo que demuestra que las úlceras por presión constituyen un problema común en la población geriátrica, por sus implicancias, que incluyen las infecciones, incluso la muerte.

En cuanto a los diagnósticos de ingreso nosotros encontramos que los principales fueron: enfermedades cardiovasculares, renales, infecciosas, hematológicas y endocrinas. Se puede apreciar que existen algunas diferencias con las otras series reportadas, lo cual puede deberse a que no corresponden a poblaciones comparables; sin embargo es posible encontrar condiciones patológicas comunes en los gerontos.

En cuanto a los diagnósticos de egresos nosotros encontramos que los principales fueron: enfermedades cardiovasculares, infecciosas, renales, enfermedad diarreica aguda (EDA

cólera), endocrinas. Nuevamente se observa que al igual que en el caso del diagnóstico de ingreso existen diferencias en las diferentes series aunque es posible encontrar algunas similitudes.

En relación a la confirmación de los diagnósticos Ingreso – Egreso se apreció que en algunas patologías existía cierto grado de aproximación, variando de 57 a 87.5%, pero que en la gran mayoría existía una sobrevaloración del diagnóstico, y que en algunos hubo una subvaloración.

Estas diferencias encontradas, tanto en los diagnósticos como en la confirmación de ellos, podrían explicarse porque los gerontos: rara vez dan una historia clínica adecuada, mencionan sólo los síntomas que son importantes para ellos, la presentación atípica de muchas enfermedades en el geronto, alteración de la homeostasis en los sistemas corporales. Así como de los inconvenientes en la aproximación del diagnóstico de Ingreso con el de Egreso. En nuestro estudio el 97.2% de pacientes recibió algún fármaco durante su hospitalización, cifra similar a la reportada por Benamú con 96.7%. De éstos, 79.5% recibieron entre 2 y 6 medicamentos durante su estancia hospitalaria. Las drogas más usadas fueron los antibióticos, siguiendo en orden de frecuencia las que actúan sobre el aparato cardiovascular y digestivo; resultados compatibles con los principales grupos diagnósticos, y que guarda bastante similitud con lo reportado en otras series a pesar de tratarse de poblaciones diferentes, lo que nos llevaría a tener en mente los problemas relacionados con la edad en cuanto a la farmacología clínica.

Los pacientes en edad geriátrica tienen un riesgo incrementado para desarrollar complicaciones hospitalarias, principalmente las infecciones nosocomiales (27,28). Según reportes de la literatura se ha establecido que la edad, tiempo de permanencia hospitalaria, nivel socio económico al ingreso, la convivencia previa a la admisión, el ingreso al servicio de psiquiatría, número y tipo de drogas; son algunos factores asociados a la presencia de complicaciones (15,27,28).

Nosotros encontramos que 35.2% de nuestra población presentó algún tipo de complicación, valor semejante a lo reportado por Stell con 35.6% y Becker con 38% pero que difiere a lo registrado por Benamú y Alarcón con 19.28% y 12.3% respectivamente. No hubo asociación entre el tiempo de padecimiento actual, de la enfermedad de fondo y de la estancia hospitalaria con respecto a la presencia de complicaciones, lo que podría explicarse por una parte por el tamaño de la muestra, y por otra por la presencia de la epidemia del cólera que originó, que los pacientes sólo permanecieran hospitalizados los días necesarios hasta compensarlos, dándoles de alta precozmente.

En cuanto al tiempo de hospitalización nosotros encontramos un tiempo promedio de estancia hospitalaria de 12.04 días, lo que está en relación con el promedio referido en la literatura. No hubo asociación entre el tiempo de hospitalización en relación a la muerte y la presencia de complicaciones.

Existe acuerdo en considerar a los gerontos como población de alto riesgo de morir, siendo los problemas infecciosos la principal causa (10,29,30). Así tenemos que en cuanto a la mortalidad hubo diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes de 60 años o

más y los menores de 60 años, con 18% para el primero en comparación al 6% del segundo grupo, lo que refleja su mayor riesgo de muerte.

Nosotros encontramos que en su mayoría (84.6%), los pacientes fallecieron por una complicación más que por la enfermedad de fondo y que las infecciones fueron las principales causas de muerte, según los datos obtenidos por la evaluación clínica. Se observó que hubo asociación entre el tiempo del episodio actual y de la enfermedad de fondo con la mortalidad, lo que nos hace suponer que los que tienen un tiempo más prolongado de enfermedad deberían tener un cuadro más severo.

Un hecho comprobado es que muchas veces la persona en edad geriátrica muere con una variedad de diagnósticos, y a veces es difícil establecer la etiología de la muerte, ya sea por evaluación clínica o por estudio post-mortem, teniendo en cuenta el bajo porcentaje de necropsias llevadas a cabo, llegando sólo al 5% de las muertes en pacientes mayores de 85 años (30). Por ello la enorme importancia de aumentar el porcentaje de necropsias, a fin de obtener hallazgos más concretos que aclaren los procesos patológicos que determinan la mortalidad en la población geriátrica. Como parte final de nuestra discusión destacaremos la diferencia que existe entre el geronto y el adulto joven con respecto a la presencia de enfermedades y problemas asociados que se dan en el paciente geriátrico, muchos de los cuales tienen una presentación frecuente, pero que generalmente no son tomados en cuenta durante su evaluación. Igualmente, mencionaremos que en nuestro estudio se evidencio que la historia clínica convencional, en la mayoría de las veces, no consignaba los datos obtenidos mediante la ficha usada en nuestro trabajo, lo cual puede explicarse con certeza, debido a que la historia clínica clásica utilizada en los servicios de medicina sigue un modelo tradicional, que generalmente está orientado al paciente adulto y referida al diagnóstico de enfermedades, de tal forma que parte de los problemas geriátricos no son considerados. Por ello la necesidad de contar con una historia clínica geriátrica orientada a enfermedades y problemas, con especial énfasis en estos últimos (Método de Leed Modificado).

Finalmente todos los esfuerzos realizados en la preparación de este trabajo están dirigidos a mejorar el sistema de atención al paciente geriátrico, el que debe ser anticipatorio, progresivo, continuo e integral, para lo cual es indispensable la reacción de las instituciones de salud, para establecer Unidades o Servicios de Geriatria en los hospitales generales, contando con el personal calificado y con infraestructura física adecuada. Este sistema permitirá ofrecer diferentes niveles de atención desde la consulta externa, hospitalización, y en su momento clínica de día y seguimiento domiciliario.

Correspondencia:

Dr. Luis Varela Pinedo

Instituto de Gerontología, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Lima, Perú.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delgado A. Epidemiología del envejecimiento. *Diagnóstico* 1991; 15(1-2): 5-9.
2. Salgado A. Tratado de geriatría y asistencia geriátrica . 1986.
3. Naciones Unidas: Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Plan de Acción Internacional. Viena, Julio-Agosto, 1982.
4. Manrique de Lara G. Centro Geriátrico Naval. 1982.
5. Scolt M. Hipotensión ortostática. En: Bradley B. Clínicas Médicas de Norteamérica; 1989.
6. Instituto Nacional de Estadística –Centro Latinoamericano de Demografía-Dirección Técnica de Demografía. Perú: Proyecciones Revisadas de Población, 1980-2025. Boletín de Análisis Demográficos. N° 31. Lima: INE, Octubre 1990.
7. Williamson, FC. Prescribing problems in the elderly. *The Practitioner* 1978; 220: 749.
8. López I, Cabiol C. Envejecimiento–Salud Mundial. Organización Mundial de la Salud 1982; 13 (1): 25-35.
9. Naciones Unidas: Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Documento introductorio. Consideraciones demográficas. Viena, Julio-Agosto 1982.
10. Benamú J. Morbi-mortalidad en ancianas hospitalizadas. Tesis de Bachiller en Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú 1989.
11. Caird FI. Effect of posture on blood pressure in the elderly. *British Heart Journal* 1973; 35:527-530.
12. Rosenthal M., Naliboff B. Postural Hypotension : Its meaning and management in the elderly. *Geriatrics* 1988; 43 (12): 31-42.
13. Ministerio de Salud. Indicadores de Salud. 1988.
14. Alarcón J. Diagnóstico social, nutricional y clínico del paciente anciano hospitalizado. Hospital General Dos de Mayo. Tesis de Bachiller en Medicina UPCH, Lima, Perú. 1989.
15. Alhalel B. Iatrogenias en el anciano: Riesgo en el manejo medicamentoso. *Diagnóstico* 1984; 14(3): 77-85.
16. Hamdy RC. Geriatric Medicine. A problem orientated approach. 1984.
17. León E. Envejecimiento. En: Goldman, H. *Psiquiatría General*. 83-88, 1989.
18. Stell K. Iatrogenic Illness on a General Medical Service at a University Hospital. *New England Journal of Medicine* 1981; 304(11); 638-642.
19. Hazzard WR, Andrés R., Bierman EL.(ed). *Principles of Geriatrics Medicine and*

Gerontology, 2nd ed. New York, 1990.p. 1204-1211.

20.Rowe J. Clinical Research on aging. Strategies and directions. N Engl J Med 1977; 297(4): 1332-1336.

21.Charcot JM. Dur tremblement senile. Progress in Medicine; 1876.p.815

22.Arcand M.. Precis pratique de geriatrie. Paris, 1987.

23.Organización Panamericana de Salud: Hacia el bienestar de los ancianos. Publicación científica N° 492, Washington 1985.

24.Lucht, U.A prospective study of occidental falls and reaturing injuries en the home amonge elderly people. Acta Socio –Médica Scandinávica 1971; 2: 105.

25.Scheneider, EL., Reed, JD. Life extension. N Engl J Med 1985; 312: 1159-1168.

26.Allman, R. Pressure ulcers among the elderly. N Engl J Med 1989; 320(13): 850-853.

27.Becker, P. Hospital Acquired complications in a Randomized Controled Clinical Trial of a Geriatric Consulation Team. JAMA 1987; 257(17): 2313-2317.

28.Sobrevilla, L., Chu, M. Perú 20025.El desafío demográfico. IEPO/ Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima 1989.

29.Capuñay J. Morbi-Mortalidad del paciente geriátrico. Tesis de Bachiller en Enfermería. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. 1990.

30.Khon, R. Cause of death in very old people. JAMA 1982, 247 (20): 2793-2797.

31.Anónimo, Hospital care for the elderly. The need for acute services. Lancet 1976; 28:454.

32.Chu M. Salud y autonomía en relación al medio circundante de la población de 65 años y más en Lima y Cuzco. Tesis de Maestría. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú, 1990.

33.Cuellar M, Saenz I. Factores socio-culturales que influyen en la integración del anciano a su familia y comunidad. Tesis de Bachiller en Enfermería. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.1989.

34.Wilson JE. Pulmonary Embolism. In: Cecil Textbook of Medicine, 16th edition, 1982.