

Prevalencia de síndromes geriátricos

En el 2010 en ancianos hospitalizados en el
ABC Medical Center IAPeS

Carlos d'Hyver de las Deses^a, Teresa León^b,
Lorenza Martínez-Gallardo Prieto^c



Octavio López

Resumen

Objetivos: determinar la prevalencia de síndromes geriátricos en ancianos de 80 años o mayores en el ABC Medical Center IAP y compararla con la encontrada 5 años antes. Relacionar ambas con la reportada en la literatura geriátrica.

Pacientes y métodos: estudio retrospectivo, descriptivo, transversal de personas adultas mayores de 80 años y que ingresaron al ABC Medical Center IAP durante el periodo de marzo 2009 a julio 2010, a quienes se les realizó una valoración geriátrica completa.

Resultados: se incluyó a 369 pacientes, con edad media de 84.49 ± 4.4 años, de ellos 216 eran mujeres (58.5%). La valoración permitía identificar 23 síndromes geriátricos, el más frecuente fue el de polifarmacia, con prevalencia del 56.91%, y el menos frecuente fue abuso-maltrato, con 0%. Comparativamente con lo encontrado hace 5 años, se encontró que la mayoría de los síndromes disminuyeron; sin embargo, caídas, inmovilidad, trastornos de la marcha, deterioro cognitivo, desnutrición, obesidad, déficit visual, auditivo, colapso del cuidador y abuso/maltrato tuvieron una prevalencia similar. La depresión y el déficit auditivo mantuvieron rangos similares a los reportados en la literatura médica.

Conclusiones: la prevalencia de los síndromes geriátricos en

nuestra población está determinada por el nivel socioeconómico y por la edad (viejos-viejos). El conocimiento de los principales síndromes geriátricos reportados permite implementar acciones específicas que disminuyan su presentación, por medio de programas de educación e información dirigidos tanto a médicos y personal paramédico, como a familiares y los propios pacientes.

Palabras clave: ancianos, hospitalizados, síndromes geriátricos.

Prevalence of geriatric syndrome among elderly patients attended in ABC Medical Center, 2010

Abstract

Objective: To determine the prevalence of geriatric syndromes in elderly patients over 80 years of age in the ABC Medical Center IAP, a Private Institution, and compare it with that found five years earlier, and compare both with the one reported in the literature.

Patients and methods: A retrospective, descriptive, cross-sectional study of adults over 80 years of age admitted to the ABC Medical Center IAP from March 2009 to July 2010, who underwent a comprehensive geriatric assessment.

Results: 369 patients were included, mean age 84.49 ± 4.4 , 216 were women (58.5%). The assessment allowed the identification of 23 geriatric syndromes; the most frequent was polypharmacy with a prevalence of 56.91% and the

^aGeriatria ABC Medical Center IAP. México, D.F.

^bMedicina Interna, Hospital Juárez de México.

^cGeriatria, ABC Medical Center IA. México, D.F.



less frequent was abuse with a prevalence of 0%. Most syndromes decreased, compared to 5 years ago. However, the prevalence of some geriatric syndromes like falls, immobility, gait disturbance, cognitive impairment, malnutrition, obesity, poor vision, hearing, caregiver collapse, and abuse/ill-treatment were similar to those reported five years ago. Depression and hearing loss maintained similar levels as those reported in medical literature.

Conclusions: The prevalence of geriatric syndromes in our population is determined by the socioeconomic level and by age itself (old-old). Knowledge of the main geriatric syndromes allows the implementation of specific actions to reduce their occurrence, through educational and informative programs addressed to health professionals, families and the very patient.

Key words: *geriatric syndromes, elderly, hospitalized.*

INTRODUCCIÓN

Los síndromes geriátricos son el conjunto de síntomas y signos que pueden ser manifestaciones de una o diversas patologías que frecuentemente se

entrelazan, producen por su interrelación una gran cantidad de morbilidad, deterioro de la autonomía y llegan a producir la muerte. Por su frecuente presentación y las consecuencias de las mismas a nivel personal, familiar y social, deben de tenerse en mente, ya que traducen el estado actual del paciente y su pronóstico.

El síndrome de caídas es uno de los más frecuentemente reportados, algunas de sus consecuencias son inmovilidad, depresión, lesiones, escaras y fracturas que incluyen aspectos neurológicos, cardiovasculares y musculoesqueléticos. Este síndrome ejemplifica la importancia de pensar en él, conocer su presentación, su frecuencia, prevalencia y medios de tratamiento, rehabilitación y, principalmente, su prevención. Es importante valorar los cambios que se producen con el tiempo en su prevalencia para valorar las acciones tomadas para su control, así como un mecanismo de retroalimentación de las actividades realizadas o aquellas que aún faltan para implementar en un lugar determinado: ABC Medical Center IAP.

Los síndromes geriátricos son el conjunto de síntomas y signos que pueden ser manifestaciones de una o diversas patologías, que frecuentemente se entrelazan, producen por su interrelación una gran cantidad de morbilidad, deterioro de la autonomía y llegan a producir la muerte.

PACIENTES Y MÉTODOS

Sin importar la causa del ingreso, se realizó una valoración geriátrica a todos los pacientes de 80 años o mayores ingresados en el ABC Medical Center durante el periodo de marzo del 2007 a julio del 2010. Dicha valoración se realizó al día siguiente de su ingreso hospitalario. Se excluyó a los pacientes que ingresaban a terapia intensiva, a los que rehusaron la valoración, o a quienes por su estado físico o mental no estuvieron aptos para la aplicación de diversos test que se incluyen como instrumentos para la valoración geriátrica.

Se definió como síndrome de caídas a la presencia de 2 o más eventos en un periodo de 12 meses; incontinencia urinaria a la pérdida involuntaria de orina, que representará un problema social; incontinencia fecal a la evacuación sin control de más de 1 mes de evolución; inmovilidad a la limitación de las funciones motoras que interfieren con las actividades básicas de la vida diaria. Estreñimiento a la evacuación de materia fecal menor a 3 veces por semana, consistencia dura, dolor o necesidad de ayuda digital o de supositorios para lograr la expulsión.

Asimismo, se definió como obesidad a un índice de masa corporal mayor a 30 kg/m²; alteración del sueño a la presencia de insomnio, apnea del sueño, síndrome de piernas inquietas, o si dentro de la lista de medicamentos existía algún medicamento utilizado para conciliar el sueño.

Cualquier alteración de los dientes o de los pies se tomo en cuenta en esos rubros.

Ante la existencia de delirium o depresión se consideró no válida la opción de deterioro cognitivo. Se consideró fragilidad a la existencia de cuando menos 3 de los criterios siguientes: pérdida de peso, deterioro cognitivo, depresión, problemas psicosociales, déficit sensorial o incontinencia.

Se definió como portador de pérdida de la autonomía a quien fue incapaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o actividades instrumentales de la vida diaria (AVDI). Éstas fueron valoradas mediante las escalas de Lawton y Katz.

El déficit sensorial se consideró positivo ante la presencia de alteraciones visuales o auditivas que no contaran con compensación de auxiliares o ante la negativa a la pregunta “¿A pesar de sus anteojos o auxiliar auditivo su visión o audición es buena?”.

Se consideró polifarmacia al uso previo al ingreso de 5 o más medicamentos. Se consideraron los trastornos hidroelectrolíticos si las cifras de laboratorio de electrolitos estaban por arriba o debajo de los límites normales. La hiperglicemia a una glucosa mayor de 200 mg/dl.

RESULTADOS

Se incluyó a un total de 369 pacientes mayores de 80 años, con una edad media de 84.49 ± 4.4 años (mínima 80, máxima 100). Se excluyó a 22 pacientes. El 58.5% (n=216) era de sexo femenino. La gran mayoría de los participantes tenía un nivel socioeconómico alto.

El síndrome geriátrico más frecuente fue el de polifarmacia, con una prevalencia de 56.9%, y el menos frecuente fue abuso/maltrato, donde no se obtuvo reporte de algún caso. En la tabla 1 se muestra la distribución encontrada de cada síndrome.

La prevalencia de cada uno de los síndromes geriátricos fue como a continuación se describe: polifarmacia 56.91% (n=210), déficit visual 56.36% (n=208), déficit auditivo 30.35% (n=112), desnutrición 23.3% (n=86), deterioro cognitivo 22.22% (n=82), depresión 21.68% (n=80), trastorno del sueño 21.4% (n=79), trastorno de la marcha

Tabla 1. Comparación de la prevalencia de síndromes geriátricos encontrada en el estudio, en 2004 y la reportada en la literatura médica

Síndrome geriátrico	Prevalencia en el estudio (%)	Prevalencia en 2004 (%)	Prevalencia literatura (%)
Caídas	20.9	23.4	31.35
Depresión	21.7	32.4	12.24
Fragilidad	14.7	33.6	0.46
Delirium	4.9	13.6	10
Inmovilidad	6.5	6.8	15
Escaras de decúbito	1.9	4.0	3-11
Trastornos de la marcha	21.1	24.2	25
Deterioro cognitivo	22.2	25	25-45
Incontinencia urinaria	17.0	38.2	15-30
Incontinencia fecal	2.1	6.0	3.7-27
Constipación	18.1	35.8	40
Pérdida de la autonomía	12.1	56.6	50
Desnutrición	23.3	24.8	40-60
Obesidad	11.7	12.4	6
Déficit visual	56.3	58.0	16
Trastornos del sueño	30.3	34	30
Padecimiento podiátrico	21.4	35.2	50
Padecimiento dental	4.6	13.8	80
Padecimiento dental	16.8	30.2	13-89
Trastornos hidroelectrolíticos	17.3	48.8	11-25
Polifarmacia	56.9	68.2	28
Colapso del cuidador	2.4	2.8	16-38
Abuso/maltrato	0	0.6	35

21.13% (n=78), caídas 20.86% (n=77), constipación 18.15% (n=67), trastornos hidroelectrolíticos 17.34% (n=64), incontinencia urinaria 17.07% (n=63), patología dental 16.8% (n=62), fragilidad 14.63% (n=54), pérdida de la autonomía 2.19% (n=45), obesidad 11.65% (n=43), síndrome de inmovilización 6.5% (n=24), delirium 4.87% (n=18), patología de los pies 4.6% (n=17), colapso del cuidador 2.43% (n=9), incontinencia fecal 2.16% (n=8), escaras 1.89% (n=7), abuso-maltrato 0%.

DISCUSIÓN

Los síndromes geriátricos son el pilar del estudio de adultos mayores; son padecimientos a los que está propenso todo individuo, por la misma edad y la presencia de múltiples patologías. Representan un medio para conocer la morbilidad y el pronóstico de la persona en cuanto a calidad de vida. A pesar del peso específico de los mismos, no son utilizados en el resto de la literatura médica no geriátrica, por lo que no suelen diagnosticarse ni tratarse. No conocemos reportes de todos los síndromes en su conjunto, salvo el de García (2006), proveniente de ésta misma institución hospitalaria, ya que se suelen estudiar en forma individual y no en su globalidad y en adultos más jóvenes, no viejos-viejos (mayores a 80 años). Hay que considerar que el nivel socioeconómico, educativo y cultural que nuestra institución atiende es alto y de aquí que los resultados no sean extrapolables a otros sitios con diferentes características. La similitud encontrada en la prevalencia de algunos de ellos y la reportada en la literatura nos hace pensar que la susceptibilidad a los mismos es independiente de estos aspectos y que pueden relacionarse directamente con el envejecimiento *per se*, y son independientes del acceso a los servicios de salud a los que suele acudir la población en general.

Las caídas en nuestro medio han ido disminuyendo paulatinamente; el hospital ABC cuenta con un programa especial de caídas llevado a cabo por enfermería, que pretende tanto disminuir estos accidentes en las mismas instalaciones durante la estancia hospitalaria como educar al paciente y a la familia para evitar caídas en casa. Se les hace hin-

capié por parte de geriatría en la no utilización de lentes bifocales para andar en las calles y la colocación de barras de sostén en las regaderas. Pensamos que todos estos hechos favorecen la disminución de accidentes.

La depresión es otro de los síndromes que han disminuido en nuestro medio, aunque permanece dentro de los porcentajes conocidos en la comunidad en general. No tenemos una explicación clara de esta disminución en la prevalencia en nuestro medio, tendremos que seguir valorando los cambios que se presenten.

La fragilidad ha disminuido de 33.6% a 14.7%, lo que porcentualmente es mucho y seguimos muy bajos en comparación al 46% descrito en la literatura. Si bien estamos frente a una población cuidada, vigilada y con recursos, esto no sería una explicación por sí misma; la tendencia a disminuir las capacidades, la sarcopenia, la suma de patologías y la edad de nuestro grupo etáreo debería de presentar porcentajes más altos. Una probable explicación sería la falta de integración o diagnóstico de fragilidad por parte de los médicos. Esto representa un foco rojo que habrá de corregirse haciendo hincapié en su identificación para poder actuar correctamente, y es una de las causas de deslizamiento y mortalidad a corto y mediano plazo.

El delirium disminuyó significativamente y estuvo muy bajo comparado con la literatura mundial. Se han hecho campañas en el hospital y mediante la presentación de sesiones generales sobre el tema, las cuales han aumentado las acciones preventivas para delirium por parte de todo el personal. En lo que respecta a los pacientes de áreas como terapia intensiva, la presentación seguramente es mayor pero son pacientes a quienes por su inestabilidad, el servicio de geriatría no valora.

La inmovilidad permanece en nuestro hospital con un bajo porcentaje comparado con la literatura, sin embargo, los porcentajes no han cambiado en el transcurso del tiempo en nuestro medio. Este mismo hecho va en relación a la baja presentación de escaras de decúbito que tienen los pacientes, ya que la inmovilidad y las escaras van de la mano en su presentación.

Los trastornos de la marcha y el deterioro cognitivo no sufrieron gran cambio en la prevalencia que se presenta.

La incontinencia urinaria detectada fue mas baja que lo reportado hace 5 años y menor a lo descrito en la literatura. Este resultado puede explicarse por fallas u omisión en la detección al realizar la historia clínica o valoración geriátrica, lo mismo sucede seguramente en cuanto a incontinencia fecal, ya que nuestros porcentajes son más bajos que lo reportado en la literatura mundial.

La constipación es mas baja a la reportada en otros lados, probablemente debido a que la alimentación contiene mayor cantidad de fibra, se pide a los pacientes movilidad y se insiste en la ingesta de líquidos.

La pérdida de la autonomía esta ligada a la movilidad que tienen nuestros pacientes, facilitar la misma, pedirles caminatas en los pasillos, insistir en que hagan las cosas por sí mismos aunque

se les ayude parcialmente y los servicios de rehabilitación temprana facilitan que los pacientes guarden lo mas posible su autonomía. Parece que los programas implementados han logrado beneficios.

La desnutrición suele ser un factor a considerar en el retraso de la cicatrización, es relevante en los procesos de rehabilitación ortopédica y en todas las patologías en las que se tenga una hospitalización prolongada. En nuestro medio son pocas las personas que se encuentran desnutridas, los altos niveles económicos y la ayuda que directa o indirectamente se encuentra en los hogares de nuestros pacientes hace difícil que exista, sin embargo, existen casos en donde otros problemas médicos intervienen en la aparición de desnutrición.

Por aspectos de envejecimiento en sí, la obesidad no se aprecia fácilmente en los pacientes mayores de 80 años, esto explica el bajo porcentaje que encontramos.



Nayeli Zaragoza

En cuanto a los déficits sensoriales, visual y auditivo, se detectan fácilmente en las personas que atendemos debido a que son una población sensibilizada en estos aspectos.

Los trastornos del sueño representan una disminución en cuanto a la literatura mundial. Es posible que el ambiente en que estamos contribuya a que las personas tengan un descanso mayor y se facilite el sueño.

La polifarmacia es encontrada en forma importante en nuestro medio (56.9%), ya que la atención médica es una de las prioridades de nuestra población, donde las patologías son atendidas en forma oportuna y por el especialista del área correspondiente. Lamentablemente no existe una comunicación entre médicos, lo que produce interacciones medicamentosas y efectos secundarios frecuentes. El nivel económico permite la adquisición de todos los fármacos recetados y el consumo de los mismos por años. Es necesario incrementar la comunicación entre médicos, señalar la importancia de ver a los pacientes como un todo y no solo como órganos enfermos específicos.

Los padecimientos podiátricos se encuentran en un porcentaje muy alto, de acuerdo con la literatura, cerca del 80% de ellos presenta cuando menos algún problema en los pies; en nuestro estudio el porcentaje es muy bajo (4.6%) debido a la falta de educación médica en relación a la importancia de buscar éste tipo de padecimientos. En la mayor parte de los casos los pies no están descritos en la historia clínica en forma específica, se detallan problemas de circulación o úlceras venosas y arteriales, pocos mencionan los reflejos aquileos y solo cuando son muy aparentes los diagnósticos de onicomiosis. Son escasos los reportes de dedos en garra, arcos plantares alterados o simplemente la presencia de dolor en éstos. A pesar de la importancia y las consecuencias que tiene la patología de pies, falta mucho por desarrollar en nuestro medio. Faltan estudios que relacionen la patología específica de los pies con las comorbilidades y su difusión para que todos los médicos otorguen la relevancia que se merecen.

Las alteraciones de la boca y sus problemas dentales son olvidados frecuentemente, se especifica la

ausencia de piezas dentales y pocas veces se tiene la descripción del estado de las piezas restantes. La enfermedad periodontal se relaciona con alteraciones infecciosas y con problemas cardiovasculares, elevando el riesgo de manera importante para esta última, la relación de enfermedad periodontal con neumonías o infecciones respiratorias en pacientes que son anestesiados se describe ampliamente en la literatura y sin embargo no ha cobrado la importancia debida en nuestro medio. La prevalencia que en algunos estudios llega al 89% comparada con la descrita en el ABC Medical Center (16.8%) es abismal.

Los trastornos hidroelectrolíticos son inferiores a los reportados en la literatura, en nuestro medio se pone mucho énfasis en el control hídrico y de electrolitos, las revisiones periódicas y frecuentes de las soluciones, así como la corrección de déficits que se presentan se realizan rápidamente. Prácticamente los pacientes en los que se detectó el trastorno ya lo traían al ingreso, pocas veces se desarrolla durante su hospitalización.

La diferencia tan importante encontrada en abuso y maltrato puede deberse que generalmente el familiar no es el cuidador único lo cual evita que este colapse y acabe por maltratar a su enfermo. Comúnmente se cuenta con cuidadores pagados por la familia, quienes apoyan con los cuidados del paciente y son sustituidos al primer dato o queja del adulto mayor. Sin embargo, al no usar habitualmente escalas específicas para valorar colapso del cuidador y abuso (p. ej. escala de Zarit), no podemos descartar que exista este problema en nuestra población.

CONCLUSIONES

Es importante adaptar la valoración geriátrica a las condiciones de la población que se atiende, mediante el uso de tests o escalas de acuerdo con las características específicas.

Se enfatiza la importancia de realizar una adecuada revisión física sin olvidar a la boca y a los pies, debido a la importancia y relevancia que las patologías de estas 2 zonas anatómicas tienen tanto por sí mismas como por sus consecuencias en la alimentación, nutrición, autoestima, movilidad,

dolor, presencia de osteoartrosis de rodillas, cadera y columna.

Las diferencias de prevalencia de los síndromes geriátricos en esta institución con la reportada a nivel mundial pueden explicarse por las características sociales, económicas y de educación de nuestra población.

Se requieren estudios como este de los diferentes estatus socioeconómicos, educativos y culturales para determinar la prevalencia en México de los síndromes geriátricos y así impulsar políticas educativas desde los niveles de pregrado en medicina para que se modifiquen las historias naturales de los mismos.

Es necesario contar con estos estudios ya que permiten impulsar políticas, programas y acciones determinadas para corregirlos, detectarlos o prevenirlos. La educación siguen siendo la base para lograrlo, las fallas en la detección, los cambios en la prevalencia y la diferencia con otros autores nos impulsa a ser más detallistas en cuanto a la supervisión de los residentes que realizan las valoraciones, tratando de obtener mejores resultados. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Adelaide: Australian Institute of Health and Welfare, 2001.
- McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Intervenciones basadas en la población para la prevención de lesiones relacionadas con caídas en personas ancianas (Cochrane Review). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 3, CD004441.
- Carlson J, Kent Z, Bettencourt D. Measuring frailty in the hospitalized elderly: Concept of Functional Homeostasis. *Am J Phys Med Rehabil.* 1998;77:252-7.
- Chávez-Delgado ME, Virgen-Enciso M, Pérez-Guzmán, Celis-de-la-Rosa M, Castro-Castañeda S. Delirio en pacientes hospitalizados. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007;45(4):321-8.
- D'Hyver C, Gutiérrez LM. Geriatria. 1ª ed. México: El Manual Moderno; 2005. p. 479-573.
- Evans Gareth. The aged foot. *Reviews Clinical Gerontology.* 2002;12:175-80.
- Ebly E, Hogan D, Parhad I. Cognitive impairment in the non-demented elderly: results from the Canadian study of health and aging. *Arch Neurol.* 1995;52:612-9.
- Fernández Guerra N, Días Armesto D, Pérez Hernández B, Rojas Pérez A. Polifarmacia en el anciano. *Acta Médica.* 2002;10:1-2.
- García T, López JA, Villalobos JA, d'Hyver C. Prevalencia de síndromes geriátricos en ancianos hospitalizados *Med Interna Méx.* 2006;22(5):369-74.
- Gresset J, Baumgarten M. Prevalence of visual impairment and utilization of rehabilitation services in the visually impaired. Population of Quebec. *Optometry Vision Science.* 2002;79:416-23.
- Hazzard WR, Blass JP, Halter J, Ouslander JG, Tinetti Mary E. Principles of Geriatric Medicine & Gerontology. 5th ed. New-York: McGraw-Hill; 2003. p. 1487-98.
- Hirvensalo M, Rantanen T, Heikkinen E. Mobility difficulties and physical activity as predictors of mortality and loss of independence in the community-living older population. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48:493-8.
- Inouye SK. Prevention of delirium in hospitalized older patients: risk factors and targeted intervention techniques. *Ann Med.* 2000;23:257-63.
- Kingma J, Ten Duis HJ. Severity of injuries due to accidental fall across the life span: a retrospective hospital-based study. *Perceptual and Motor Skills.* 2000;90:62-72.
- Landefeld S, Palmer RM, Johnson MA, Johnston BC, Lyons W. Current Geriatric Diagnosis & Treatment. 1st ed. New-York: McGraw-Hill; 2004. p. 53-122.
- Lerman-Garber, Villa AR, Martínez CL. The prevalence of obesity and its determinants in urban and rural aging Mexican populations. *Obesity Research.* 1999;7:402-6.
- McCusker J, Cole M, Dufouil C. The prevalence and correlates of major and minor depression in older medical inpatients. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53:1344-53.
- Pichardo FA, Pedrero NL. Síndrome del viejo y cuidador maltratado. *Com Med Funsalud Mex.* 1996;2:20-25.
- Remes JM, Sáenz P, Riaño D, et al. Incontinencia fecal en adultos mayores. *Rev de Investigación Clínica.* 2004;56(1):21-6.
- Rubenstein LZ, Josephson K. The epidemiology of falls and syncope. *Clin Geriatr Med.* 2002;18:141-58.
- Rubenstein LZ, Josephson KR. The epidemiology of falls and syncope. *Clinical Geriatric Medicine.* 2002;18:141-58.
- Using Nontraditional Risk Factors in Coronary Heart Disease Risk Assessment. U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine.* 2009;151:7.
- Villalpando BJM, Pineda M, Palacios P, Reyes J, Villa A, Gutiérrez LM. Incidence of delirium, risk factors and long-term survival of elderly patients hospitalized in a medical specialty teaching hospital in Mexico City. *Int Psychogeriatrics.* 2003;15:325-36.
- Weuve JL, Boult C, Morishita L. The effects of outpatient geriatric evaluation and management on caregiver burden. *Gerontologist.* 2000;40:429-36.