

Morbilidad y mortalidad geriátricas en el Servicio de Cerebro Vascular.

Morbidity and mortality in geriatric vascular Service Brain.

Autores: Dra. Mileidys Toirac-Martínez, Dr. Jorge Luis Rojas-de la Cruz

Organismo: Hospital General Provincial Docente "Dr. Agosthino Neto", Guantánamo, Cuba.

Resumen.

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo para determinar las principales causas de morbilidad y mortalidad geriátricas en el Servicio de Cerebro vascular del Hospital "Dr. Agosthino Neto". Se estudiaron 1 393 pacientes que ingresaron en el período comprendido entre el primero de enero 2008 y el 31 de diciembre de 2009. La principal causa de morbilidad y de mortalidad en mayores de 65 años fue el Infarto Cerebral isquémico con 24,12 y 31 % respectivamente, le siguieron en frecuencia los ictus hemorrágicos y las del corazón. Las principales complicaciones fueron la flebitis y la bronconeumonía hipostática, las cuales predominaron en los fallecidos con el 52,74 %. Se realizaron 1040 necropsias (74,6 %). Este índice se consideró bajo aunque existió alta correlación clínico-patológico (91,01 %).

Palabras clave: mortalidad geriátricas; morbilidad geriátricas; cerebro vascular.

Abstract.

A descriptive, longitudinal and retrospective study was conducted to determine the main causes of morbidity and mortality in geriatric vascular Service Brain "Dr. Agosthino Neto" Hospital. 1393 patients admitted in the period from Jan. 2008 to 31 December 2009. The main cause of morbidity and mortality in patients over 65 years was ischemic cerebral infarction with 24,12 and 31% were studied respectively, followed in frequency hemorrhagic strokes and heart. The main complications were phlebitis and hypostatic bronchopneumonia, which dominated the deceased with 52.74%. 1040 necropsies (74.6%) were performed. This index is considered low but there clinicopathologic high (91.01%) correlation.

Keywords: geriatric mortality; geriatric morbidity; vascular brain.

Introducción.

En la actualidad, en varios países del mundo, el estudio de la problemática del anciano constituye un elemento de primordial importancia y aparece como factor decisivo en las investigaciones médicas. Esto se debe al incremento internacional de la población mayor de 65 años, calculada en más de 290 millones de personas con un aumento creciente en las últimas décadas.^{1,2} Mediante los estudios de morbilidad y mortalidad se mide y se valora indirectamente el nivel de salud alcanzado por la colectividad, lo cual sirve para optimizar la planificación de la prestación de servicio, la docencia y el desarrollo científico-técnico.

La atención geriátrica en Cuba es parte integrante de los programas de salud del adulto. Nuestra provincia también está enfrascada en reducir la mortalidad del anciano y elevar la expectativa de vida.³ Es por ello que nos proponemos, con este trabajo, conocer la morbilidad de la población geriátrica en el Servicio de Cerebro vascular de nuestro hospital, así como sus principales causas de muerte y correlacionar con diversos factores de riesgo.

Desarrollo.

Material y método

La muestra estuvo constituida por todos los ancianos de 65 años y más, de ambos sexos, que ingresaron por ictus en el Servicio de Cerebro vascular durante los 24 meses desde enero 2008 hasta diciembre 2009. Obtuvimos el dato primario de los expedientes clínicos y los protocolos de necropsia de los departamentos de Archivo y Anatomía Patológica, respectivamente, en el Hospital General Provincial Docente "Dr. Agosthino Neto" de Guantánamo. Sometimos los datos a cálculo porcentual y comparaciones por chi cuadrado, a través de un programa Microstat y una microcomputadora Lapto QOSMIO TOSHIBA.

Resultados

En la tabla 1 encontramos predominio del sexo masculino con el 61,95 % lo cual se corresponde con la estructura de la población estudiada. La distribución según grupos etarios se comportó de manera similar entre los 65 y 79 años y decreció a partir de los 80, pero con alta significación estadística.

TABLA 1. *Distribución de los pacientes según edad y sexo.*

| Grupos etáreos (en años) | Sexos | | | | | |
|-----------------------------|-----------|-------|----------|-------|-------|-----|
| | Masculino | | Femenino | | Total | |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| 65-69 | 220 | 76,12 | 69 | 23,88 | 289 | 100 |
| 70-74 | 185 | 59,67 | 125 | 40,33 | 310 | 100 |
| 75-79 | 136 | 44,30 | 171 | 55,70 | 307 | 100 |

| | | | | | | |
|-------|-----|-------|-----|-------|-------|-----|
| 80-84 | 140 | 64,52 | 77 | 35,48 | 217 | 100 |
| 85-89 | 115 | 68,05 | 54 | 31,95 | 169 | 100 |
| 90-94 | 48 | 64,86 | 26 | 35,14 | 74 | 100 |
| 95-99 | 19 | 70,38 | 8 | 29,62 | 27 | 100 |
| Total | 863 | 61,95 | 530 | 38,05 | 1 393 | 100 |

En la tabla 2 se patentiza que la hipertensión arterial, junto con la insuficiencia cardíaca y la diabetes mellitus, fueron los antecedentes más frecuentes.

TABLA 2. *Distribución de los pacientes según antecedentes patológicos (APP).*

| Antecedentes patológicos personales | No. | % |
|---|-------|-------|
| Hipertensión arterial | 330 | 22,04 |
| Insuficiencia cardíaca | 200 | 13,36 |
| Diabetes mellitus | 140 | 9,35 |
| Enfermedad isquémica del corazón | 124 | 8,29 |
| Enfermedades cerebro vasculares antigua | 122 | 8,15 |
| Otras enfermedades | 123 | 8,21 |
| Sin antecedentes patológicos | 458 | 30,60 |
| Total | 1 497 | 100 |

Nota: aquí se incluyen los pacientes con 2 o más antecedentes patológicos personales.

En la tabla 3 se demuestra que la bronconeumonía bacteriana fue el diagnóstico más frecuente que se asociaba al ictus, tanto al momento del ingreso (24,26 %) como del egreso (24,12 %), seguida por la cardiopatía arteriosclerótica descompensada (11,91 %).

TABLA 3. *Distribución de los diagnósticos al ingreso y al egreso según número de pacientes.*

| Diagnóstico | Al ingreso | | Al egreso | |
|---------------------------|------------|-------|-----------|-------|
| | No. | % | No. | % |
| Bronconeumonía bacteriana | 338 | 24,26 | 336 | 24,12 |

| | | | | |
|---|--------------|------------|--------------|------------|
| Enfermedades cerebrovasculares | 331 | 23,76 | 325 | 23,33 |
| Cardiopatía aterosclerótica | 170 | 12,20 | 166 | 11,91 |
| Enfermedad isquémica del corazón | 151 | 10,83 | 152 | 10,91 |
| Tumores malignos | 105 | 7,53 | 109 | 7,82 |
| Enterocolitis | 73 | 5,24 | 74 | 5,31 |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 55 | 3,94 | 56 | 4,02 |
| Anemias | 52 | 3,74 | 40 | 2,88 |
| Sepsis urinaria | 46 | 3,31 | 50 | 3,58 |
| Diabetes mellitus | 27 | 1,94 | 27 | 1,94 |
| Cirrosis hepática | 17 | 1,23 | 17 | 1,23 |
| Insuficiencia renal crónica | 12 | 0,87 | 15 | 1,08 |
| Otros diagnósticos | 16 | 1,15 | 26 | 1,87 |
| Total | 1 393 | 100 | 1 393 | 100 |

Hubo 95 pacientes complicados (47,26 %) que egresaron vivos (tabla 4), en tanto que 106 fallecieron (52,74%), pero las complicaciones que contribuyeron al deceso no fueron la causa directa de la muerte excepto la bronconeumonía hipostática. Del total de pacientes estudiados, 387 egresaron muertos para el 27,78 %.

TABLA 4. *Distribución de los pacientes según complicaciones y estado al egreso.*

| | Estado al egreso | | | | | |
|----------------|------------------|-------|------------|-------|-------|-----|
| | Vivos | | Fallecidos | | Total | |
| Complicaciones | No. | % | No. | % | No. | % |
| Flebitis | 60 | 52,63 | 54 | 47,37 | 114 | 100 |
| Bronconeumonía | 12 | 23,07 | 40 | 76,93 | 52 | 100 |

| | | | | | | |
|----------------------|----|-------|-----|-------|-----|-----|
| bacteriana | | | | | | |
| Sepsis urinaria | 8 | 66,67 | 4 | 33,33 | 12 | 100 |
| Otras complicaciones | 15 | 65,22 | 8 | 34,78 | 23 | 100 |
| Total | 95 | 47,26 | 106 | 52,74 | 201 | 100 |

En la tabla 5 se observa que las 3 primeras razones de muerte fueron la bronconeumonía, los accidentes vasculares encefálicos y la cardiopatía isquémica, mientras que el mayor número de fallecidos ocurrió en el sexo masculino (233, 60,20 %).

TABLA 5. *Distribución de los fallecidos según diagnóstico clínico y sexo.*

| | Sexo | | | | | |
|----------------------------------|-----------|-------|----------|-------|-------|-----|
| | Masculino | | Femenino | | Total | |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Diagnóstico | | | | | | |
| Bronconeumonía bacteriana | 80 | 66,67 | 40 | 33,33 | 120 | 100 |
| Enfermedades cerebrovasculares | 60 | 52,64 | 54 | 47,36 | 114 | 100 |
| Enfermedad isquémica del corazón | 25 | 55,56 | 20 | 44,44 | 45 | 100 |
| Cardiopatía aterosclerótica | 18 | 47,36 | 20 | 52,64 | 38 | 100 |
| Tumores malignos | 26 | 81,25 | 6 | 18,75 | 32 | 100 |
| Otros diagnósticos | 24 | 63,15 | 14 | 36,85 | 38 | 100 |
| Total | 233 | 60,20 | 154 | 39,80 | 387 | 100 |

Se confirma el diagnóstico clínico mediante necropsia, (tabla 6) de las 3 primeras causas de muerte que se explican en la tabla 5, en cuarto lugar estuvieron los tumores malignos.

TABLA 6. *Distribución numérica según diagnóstico anatomopatológico de los fallecidos.*

| Diagnóstico necrótico | Fallecidos | |
|---------------------------|------------|-------|
| | No. | % |
| Bronconeumonía bacteriana | 588 | 30,44 |

| | | |
|----------------------------------|-----|-------|
| Enfermedades vasculares cerebro | 885 | 29,42 |
| Enfermedad isquémica del corazón | 130 | 10,39 |
| Tumores malignos | 29 | 10,04 |
| Otras enfermedades del corazón | 123 | 7,95 |
| Otros diagnósticos | 134 | 11,76 |

En la tabla 7 se define un predominio masculino con 61,94 % según diagnóstico patológico. El análisis de las 5 primeras causas de muerte no resultó estadísticamente significativo.

TABLA 7. *Distribución de los fallecidos según diagnóstico patológico y por sexo.*

| Diagnóstico | Sexos | | | | | |
|----------------------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|------------|
| | Masculino | | Femenino | | Total | |
| anatomopatológico | No. | % | No. | % | No. | % |
| Bronconeumonía bacteriana | 59 | 65,05 | 29 | 32,95 | 88 | 100 |
| Enfermedades cerebrovasculares | 46 | 54,12 | 39 | 45,88 | 85 | 100 |
| Enfermedad isquémica del corazón | 20 | 66,67 | 10 | 33,33 | 30 | 100 |
| Tumores malignos | 24 | 82,75 | 5 | 17,25 | 29 | 100 |
| Otras enfermedades del corazón | 11 | 47,82 | 12 | 52,18 | 23 | 100 |
| Otros diagnósticos | 19 | 55,88 | 15 | 44,12 | 34 | 100 |
| Total | 179 | 61,94 | 110 | 38,06 | 289 | 100 |

Nota: El análisis estadístico se basó en los 5 primeros diagnósticos.

Discusión.

Existen autores que han hallado predominio del sexo femenino, explicado sobre la base de la mayor preocupación de la mujer por su salud, pero en este trabajo se explican estos

resultados por el mayor número de ingresos en hombres, así como la mayor frecuencia de enfermedades malignas, isquémicas e infecciosas en ese sexo, tal como aparecen en otras publicaciones.

Se observa que 1 053 enfermos (75,59 %) eran o habían sido fumadores, lo cual apoya el efecto acelerador del tabaco sobre los procesos ateroscleróticos, particularmente en la cardiopatía coronaria, el cáncer de pulmón, la bronquitis crónica y el enfisema. La permanencia hospitalaria de hasta 14 días predominó en 1 285 personas, entre 7 y 14 días, 680 y hasta 6, en 605. Esto se debe a la poca capacidad de nuestras salas por lo que son muy frecuentes las altas precoces en este medio. Los resultados, según los antecedentes patológicos no difieren de los expresados por otros autores revisados.

El hecho de encontrarse la bronconeumonía como primera causa de morbilidad hospitalaria en el anciano coincide con quienes manifiestan que su frecuencia aumenta con la edad y la población. Otros abogan a favor del propio envejecimiento y la mayor incidencia de neumopatías crónicas en el paciente de edad avanzada.

Durante la evolución se apreció que solamente 201 casos presentaron complicaciones (14,5 %) lo cual demuestra que el reporte de estas sigue siendo bajo. La flebitis, la bronconeumonía y las infecciones urinarias fueron las complicaciones más frecuentes (56,7 %, 25,8 % y 5,9 %, respectivamente) debe pensarse en malas técnicas de asepsia en la canalización venosa, escasez de soluciones antisépticas, poca movilización de los postrados y uso prolongado de sondas vesicales.

Los resultados que se expresan en la tabla 5 no coinciden con los de otras investigaciones nacionales y foráneas pues estas plantean que en los países desarrollados las tres cuartas partes de las muertes en mayores de 65 años se deben a entidades cardiovasculares y cancerosas. En lo que sí se coincide es en el predominio de fallecidos hombres debido al menor número de mujeres hospitalizadas, aunque la comparación carece de significación.

Bibliografía.

- Brandstetter R. D. (1982). Envejecimiento y aparato respiratorio. *Med Clin North Am.*, 2, 409.
- Brh Espino I. M. (1987). Estudio de los procesos respiratorios en el anciano. *Geriatr Gerontol*, 22(1), 16.
- Cruz Fo de la. (1986). Función ventricular izquierda en la cardiopatía isquémica del anciano. *Geriatr Gerontol*, 2(2), 82.
- Estupiñán M. (1988). Hipertensión arterial en un sector del área de salud "Carlos Verdugo". *Médica*, 16(4), 19.
- Gómez M. (1987). Estado nutricional en un grupo de pacientes diabéticos no insulino dependientes. *Geriatr Gerontol*, 22(5), 279.
- Gutiérrez J. A. (1987). Presentación geriátrica del infarto agudo del miocardio. *Med.*, 26(2), 281.
- Jackson J. A. (1983). Cause of death in very old people. *JAMA*, 249(19), 2637.
- Jajich C. L. (1984). Smoking and coronary heart disease mortality in the elderly. *JAMA*, 252, 2831.
- Judd H. L. (1989). Nuevos resultados en la atención geriátrica. *Med.*, 28(6), 682.

- Macías Castro I. (1985). Hábito de fumar y la salud. *Med.*, 24(6), 645.
- Martín Fuelles MI. (1989). Cambios farmacocinéticos y alteraciones farmacodinámicas en el paciente de edad avanzada. *Esp Geriatr Gerontol*, 24(Supl 2), 3.
- Quintana Galende M. L. (1988). Morbilidad y mortalidad del paciente geriátrico hospitalizado. *Med.*, 27(10), 11.
- Rocha Hernández J. F. (1990). Morbimortalidad en cuidados intensivos. *Med.*, 29(3), 110.
- Rodríguez Pascual C. (1989). Bacteriemia en el paciente geriátrico. *Esp Geriatr Gerontol*, 24(3), 161.
- Triana Ponce A. (1988). Mortalidad por bronconeumonía. *Med.*, 27(10), 41.
- Wilson MF, Anderson KM. (1986). Epidemiology of diabetes mellitus in the elderly. *Am J Med.*, 80(Suppl 5-A), 3.

Fecha de recibido: 16 nov. 2010
Fecha de aprobado: 12 dic. 2010