

Mortalidad en pacientes geriátricos egresados del Servicio de Medicina Interna del Hospital General Provincial Docente de Morón en el año 1999

Mortality in geriatric patients discharged from the Internal Medicine Department of the General Provincial Teaching Hospital of Morón city, year 1999

María del Rosario Tellería Gil (1), Rubén Cabrera Compte (2), Sergio Inerto Trujillo Hernández (3).

RESUMEN

Se realizó una investigación observacional descriptiva para analizar algunas variables relacionadas con la mortalidad del paciente geriátrico en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Provincial Docente de Morón en el año 1999. La bronconeumonía y los accidentes vasculares encefálicos (AVE) fueron las causas de muerte más frecuentes en todos los grupos de edad. Al 65,2% de los pacientes se les realizó necropsia. La bronconeumonía y la ateromatosis severa de la aorta y sus ramas predominaron como diagnóstico anatomopatológico en todos los grupos de edad. Existió correlación clínico-patológica en el 77,9% de los fallecidos necropsiados.

Palabras clave: ANCIANO, MORTALIDAD

- (1) Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente.
- (2) Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Intensivista. Profesor Asistente.
- (3) Residente de Medicina Interna.

INTRODUCCIÓN

En la medida que el individuo envejece, va perdiendo capacidad funcional y se hace más vulnerable a las enfermedades y accidentes, de tal forma que las probabilidades de morir se duplican cada 8 años a partir de los treinta (1,2). El estudio de la muerte, sus causas y circunstancias en que ocurre, plantea siempre un interés de valor práctico para el médico; aplicar estos resultados y enseñanzas para el beneficio del hombre debe constituir un objetivo primordial, lo que en términos más precisos significa "estudiar la muerte para preservar la vida" (3).

La muerte misma no puede ser evitada; sin embargo, se puede postergar. Una de las mayores aspiraciones de todas las sociedades han sido siempre la disminución o la eliminación de las muertes consideradas como evitables o previsibles. Actualmente existe mejor conceptualización de este fenómeno y además se dan las posibilidades para llevar a cabo nuestros propósitos; en tal sentido esta diferencia entre lo real y lo posible se le ha denominado "la brecha" reductible de la mortalidad (4,5).

En Cuba las personas mayores de 60 años en 1989 representaban el 11,9% respecto a la población existente (6); cifra muy similar a la pronosticada para América del Norte (Estados Unidos y Canadá). El 20% de la población cubana para el año 2025 estará representado por personas de la llamada tercera edad (7).

Teniendo en cuenta la rapidez con que se ha transformado nuestra pirámide poblacional, la cual constituye una preocupación para los años futuros, es preciso conocer y relacionar los principales factores de riesgo que contribuyen a un aumento de la morbilidad y la mortalidad en la población mayor de 60 años, para así prevenir el desenlace fatal de las mismas (8).

OBJETIVOS Conocer la distribución de pacientes fallecidos según:

- Grupos de edad y causa de muerte.
- Realización de necropsia.
- Grupos de edad y diagnóstico anatomopatológico.
- Correlación clínico-patológica.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se aprecia que la bronconeumonía (54,0%), las enfermedades cerebro vasculares (29,2%), el IMA (5,9%), las neoplasias (5,4%) y la insuficiencia cardíaca (5,4%) fueron las principales causas de muerte en los pacientes geriátricos.

En todos los grupos de edad la bronconeumonía y los AVE fueron las causas de muerte más frecuentes, resultados que coinciden con los reportados en la literatura, pues en ella se verifica que la neumonía y bronconeumonía resultan la primera causa de muerte en la tercera edad (9). Algunos autores (10,11) consideran que estas enfermedades siguen siendo un crucial problema clínico del anciano a pesar del desarrollo de la antibioticoterapia, requiriendo la hospitalización durante mayor tiempo, con complicaciones más frecuentes y por tanto mayor mortalidad.

Los AVE también afectan mayormente a los ancianos del grupo de edad de 80 o más años (38,9%) asociados a HTA como factor de riesgo más importante y a la ateromatosis, coincidiendo con otros estudios (12,13), donde se señala a aterosclerosis como causa principal de las defunciones por enfermedades vasculares, particularmente las enfermedades cerebro vasculares y el IMA.

Las neoplasias malignas ocupan un importante lugar como causa de muerte en esta investigación, las cuales suelen aumentar en frecuencia con la edad; este resultado coincide con otros estudios (14,15), donde se señala que los tumores malignos asociados a otras enfermedades crónicas, son causas frecuentes de mortalidad elevada.

En la Tabla 2 se observa que al 65,2% de los pacientes fallecidos se les realizó necropsia; este bajo porcentaje creemos está en relación con la poca exigencia del personal médico, el no existir una legislación que lo avale y los tabúes culturales de nuestra población.

En la Tabla 3 la bronconeumonía, la ateromatosis severa de la aorta y sus ramas, el IMA y las neoplasias fueron los principales diagnósticos anatomopatológicos (39,3%; 32,0%; 14,8% y 13,9% respectivamente).

En los pacientes mayores de 65 años con encamamiento prolongado, es común durante la necropsia observar en el aparato respiratorio lesiones bronconeumónicas, las que en gran número de ocasiones no han sido diagnosticadas (16,17).

La ateromatosis severa de la aorta y sus ramas se presenta en más de 84,9% en los pacientes con más de 90 años. En relación con la puesta en marcha de la lesión aterosclerótica y sus ramas de progresión, de la formación de las "placas complicativas", se habla de la teoría de los lisosomas, que aporta como posible factor favorecedor del depósito lipídico en la pared arterial al déficit relativo de esta sustancia que tiene lugar en el envejecimiento (18).

En relación con el IMA se plantea que el mismo constituye una importante causa de muerte, debido fundamentalmente a aterosclerosis, arteritis de células gigantes, estenosis sifilítica del seno coronario, embolia de la arteria coronaria y aneurisma de dicho vaso (19).

En la Tabla 4, en el 77,9% de los fallecidos necropsiados existió correlación clínico-patológica, no así en el 22,1% de los fallecidos, lo cual pudiera deberse a la presentación atípica de algunas enfermedades en el anciano.

Estos resultados coinciden con los consignados por otros investigadores (20,21).

CONCLUSIONES

La bronconeumonía y las enfermedades cerebro vasculares fueron las causas de muerte más frecuentes en todos los grupos de edad. La necropsia se practicó al 65,2% de los fallecidos. La bronconeumonía y la ateromatosis severa de la aorta y sus ramas fueron los diagnósticos anatomopatológicos predominantes en todos los grupos de edad. En el 77,9% de los fallecidos necropsiados existió correlación clínico-patológica.

ABSTRACT

A descriptive observational investigation was performed in order to analyze some of the variables related with the mortality in elderly patients at the Internal Medicine Service of the General Provincial Teaching Hospital of Morón city, 1999. Bronchopneumonia and cerebro-vascular accidents have been the most frequent causes of death in all age groups. Necropsy was performed to 65.2% of the patients. Bronchopneumonia and severe aortic atheromatosis, prevailing as the anatomopathologic diagnoses in all age groups. There was a clinical pathological correlation in 77.9% of the examined patients.

Key words: AGED, MORTALITY

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Romero LA. Teoría del envejecimiento. Rev Finlay 1990 :10-4.
2. Plant RE. Preventable mortality: indicator or target? Applications in developing countries. Wld Statist Quart 1995; 42:4-15.
3. Reyes CA. Estudio de mortalidad y concordancia clínico-necrópsica, año 1996. [Tesis]. Cienfuegos: Hospital Clínico Quirúrgico "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", 1999.
4. Logan AG. Report of the canadian hypertension society's consensus conference on the management of mild hypertension. Can Med Assoc J 1994; 131:1053-7.
5. Nakajima H. Salud y desarrollo en los 90. Foro Mundial de la Salud 1990; 11(4): 415-7.
6. Valdés MH. La geriatría. Objetivos y proyectos. Rev Cub Med 1998; 27:1.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Cuba, 1989.
8. Espinosa A, Padrón LM, Orduñez PO, Alvarez O, González E, Pino R, et al. Guías y procedimientos para la prevención y la atención médica de marcadores de riesgos y enfermedades crónicas no transmisibles. Rev Finlay 1994; 8(1): 19-32.
9. Brooks SH, Wolff C. Age-specific incidence of cancer in Kingston and St. Andrews, Jamaica. Part 1: 1978-1982. West Indian Med J 1991 Sept; 40(3): 127-8,130-1.
10. Simón LC. Cancer incidence and mortality in Antigua/Barbuda. West Indian Med J 1993 Jun; 40(2): 74-80.
11. Serrano IJ. Infecciones del tracto respiratorio inferior. Neumonía. Rev Esp Geriatr y Gerontl 1988; 23(3): 142-6.
12. Sen PG, Pond E. Incidence of cerebrovascular accidents in the Hospital Prof. Edgard Santos, Salvador, Bahia, Brazil. An Acad Med Bahia 1987 Jul; 7:33-58.
13. Dez L, Aldare R, Concha C, Salazar L, Carmona J, Castillo M, et al. Descripción epidemiológica intrahospitalaria de desórdenes vasculares cerebrales. Rev Neuropsiquiatr 1990 Mar-Jun; 53(42): 50-7.
14. Cassab HG, Espinosa AG, Forbes BH. Análisis de las defunciones por cáncer dentro de los 20 diagnósticos principales de egreso hospitalario en 1982 y 1983 en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med Imss 1986 May-Jun; 24(3): 209-10.
15. Martínez GI, Alemán SG, Veitía R, Fernández S, Ríos JJ, Cardias I, et al. Mortalidad por tumores malignos, 1981-1985: estudio necrópsico. Rev Cubana Oncol 1987 May-Ago; (2): 168-74.
16. Estacholi NC, Castillo ON. Bronconeumonía bacteriana in pacientes ancianos. Estudio clínico-necrobiológico. Rev Cub Med 1989; 28:509-14.
17. Bartlett GJ. Pneumonia and tuberculosis. In: Williams BA. The Merk manual of geriatrics. USA. Merk Sharp and Dohmend Research Laboratories; 198 p. 353-8.
18. Ribera CI. Enfermedad aterosclerótica en envejecimiento. Un desafío permanente. Rev Esp Geriatr Gerontl 1994; 22(1): 5-7.
19. Alvarez FO, Fernández MM. Algunas enfermedades cardiovasculares del anciano. Rev Finlay 95-123.
20. Quintana CM. Morbilidad y mortalidad del paciente geriátrico hospitalizado. Rev Cub Med 1988; 27:11-23.
21. Rodríguez FZ. Mortalidad en el paciente de edad avanzada. Rev Cub Cir 1988 Jul-Ago; 27(4): 16-26.

ANEXOS

Tabla 1. Distribución de fallecidos según grupos de edad y causa de muerte.

Causa de muerte	Grupos de edad											
	60-64		65-69		70-74		75-79		80 y más		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bronconeumonía	12	57,1	14	46,7	13	52,0	21	50,0	41	59,4	101	54,0
AVE	5	28,7	7	23,4	3	12,2	8	19,0	13	18,9	36	19,2
IMA	1	4,8	3	10,0	1	4,0	2	4,8	4	5,8	11	5,9
Neoplasias	1	4,8	2	6,7	2	8,0	2	4,8	3	4,3	10	5,4
Insuficiencia cardíaca	1	4,8	1	3,3	2	8,0	2	4,8	4	5,8	10	5,4
Otras	1	4,8	2	6,6	2	8,0	4	9,6	1	1,5	10	5,3
Total	21	11,2	30	16,0	25	13,4	42	22,3	69	36,9	187	100,0

Fuente: Encuestas.

Tabla 2. Distribución de fallecidos según realización de necropsia.

Necropsia	No.	%
Sí	122	65,2
No	65	34,8
Total	187	100,0

Fuente: Encuestas.

Tabla 3. Distribución de fallecidos según grupo de edad y diagnóstico anatomopatológico.

Diagnóstico anatomopatológico	Grupos de edad											
	60-64		65-69		70-74		75-79		80 y más		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bronconeumonía	4	33,3	7	36,8	9	45,0	5	26,3	23	44,2	48	39,3
Ateromatosis severa de la aorta y sus ramas	5	41,7	6	31,6	7	35,0	7	36,8	14	26,9	39	32,0
IMA	2	26,7	4	21,1	3	15,0	3	15,8	6	11,6	18	14,8
Neoplasias	1	8,3	2	10,5	1	5,0	4	21,1	9	17,3	17	13,9
Total	12	9,8	19	15,6	20	16,4	19	15,6	52	42,6	122	100,0

Fuente: Encuestas.

Tabla 4. Distribución de fallecidos según correlación clínico-patológica.

Correlación clínico-patológica	Fallecidos	
	No.	%
Sí	95	77,9
No	27	22,1
Total	122	100,0