

Caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar.

Clinical, epidemiological and social hospitalized population in a Military Geriatric Center.

Claudia Rebagliati Tirado ¹, Fernando Runzer Colmenares ^{2 3 *}, Marielle Horruitiniere Izquierdo², Giacomo Lavaggi Jacobs ², José Francisco Parodi García ^{2 3}.

RESUMEN

Objetivo: determinar la prevalencia de algunas características de los pacientes hospitalizados.

Material y Métodos: estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado en el Centro Geriátrico Naval, Callao, Perú en una población de 711 pacientes de 60 años o más, de uno y otro sexo, hospitalizados entre Enero del 2010 y Noviembre del 2011. Se utilizó la base de datos de la Unidad de Agudos del Centro Geriátrico Naval de los pacientes hospitalizados durante este periodo. Se midió riesgo de malnutrición (MNA), funcionalidad (Índice de Barthel), riesgo de problema social (Escala de Gijón), depresión (Escala Geriátrica de depresión de Yesavage) y deterioro cognitivo (MMSE). El análisis se realizó con el programa STATA versión 11.

Resultados: la edad promedio fue: $78 \pm 8,2$ años. Se registró polifarmacia en 650 (91,4%) casos, hipertensión en 492 (69,2%), estreñimiento en 399 (56,1%), diabetes mellitus tipo 2 en 329 (46,3%), malnutrición y caídas en 250 (35,2%), incontinencia urinaria en 199 (28%) e hipotiroidismo en 113 (16%). En el aspecto social, se registró 264 (37,1%) casos de dependencia funcional y 252 (35,4%) casos con problema social. Finalmente, en el aspecto mental, se encontró una prevalencia de 422 (62,2%) casos de depresión y 244 (34,4%) de deterioro cognitivo.

Conclusiones: Los adultos mayores hospitalizados tienen una alta prevalencia de distintas condiciones clínicas como el estreñimiento, la hipertensión arterial, la depresión. Con riesgo de deterioro durante la hospitalización. Los servicios geriátricos actuales deben interferir en la prevención para una mejor calidad de vida del anciano.

(Rev Horiz Med 2012; 12(2): 19-25)

Palabras clave: Adulto mayor hospitalizado, estado demográfico, estado clínico, estado social, estado mental

ABSTRACT

Objective: to determine the prevalence of certain characteristics, of hospitalized patients.

Material and Methods: Cross-sectional observational study, at Centro Geriátrico Naval, Callao, Peru in a population of 711 patients of 60 years and over, hospitalized during the period of January 2010 to November 2011. We used a database of Naval Medical Center's hospitalized patients during this period. We measured risk of malnutrition (MNA), independence of perform Daily Living Activities (Barthel Index), social problem risk (Gijon Scale), depression (Geriatric Depression Scale of Yesavage) and cognitive impairment (MMSE). The analysis was performed using STATA version 11.

Results: The mean age of participants was 78 ± 8.2 years old. Polypharmacy was recorded in 650 (91.4%) patients, hypertension in 492 (69.2%), constipation in 399 (56.1%), diabetes mellitus type 2 in 329 (46.3%), malnutrition and falls in 250 (35.2%), urinary incontinence in 199 (28%) and hipotiroidism in 113 (16%). There were 264 (37.1%) participants with functional dependence and 252 (35.4%) cases with social problems. Finally, in mental aspects, we found a prevalence of 422 (62.2%) cases of depression and 244 (34.4%) of cognitive impairment.

Conclusions: In hospitalized older adults, there is a high prevalence of different clinical conditions such as constipation, hypertension, depression, among others, pretending a risk of deterioration during hospitalization. Current geriatric services should interfere in prevention for a better quality of life of elderly.

(Rev Horiz Med 2012; 12(2): 19-25)

Key words: hospitalized elderly, geriatric syndromes, prevalence, military retired condition.

¹ Médico egresado de la Universidad Científica del Sur

² Médico egresado de la FMH de la Universidad de San Martín de Porres

³ Miembro del Centro de Investigación del Envejecimiento de la FMH-USMP

* Médico Asistente del Centro Médico Naval

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un suceso universal que no se puede evitar. La esperanza de vida va en aumento, produciéndose, de esta manera, un incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas y del número de ingresos hospitalarios. En el Perú, la esperanza de vida ha aumentado desde el 2001 en tres años, llegando a los 74,1 años en el 2011 (1,2).

En el 2010, se estimó una población de adultos mayores de 60 años del 9.6% para América Latina; y, para el 2020, del 12.4% (3).

En el Perú, en el año 2001, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), informó en el Proyecto de Información y Análisis de Salud una población de sesenta o más años de edad de 7,5 % en el Perú, estimando diez años más tarde una población de 9,0 %. En contraste, en Estados Unidos, la OPS, estimó una población de sesenta años o más de 16,3 % con un aumento del 2,5 % a los diez años (4). A nivel mundial, en el 2002 se estimó una población adulta mayor de 7 %, ascendiendo esta cifra a 17% para el 2050 (5).

Como se mencionó previamente, este incremento de la población adulta mayor induce a un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas y una mayor demanda en la atención por parte de hospitalización, entre otros. Por tal motivo, por no haber estudios similares en el Centro Geriátrico Naval; y, por no encontrarse estudios con las mismas características en el Perú, el objetivo de este estudio fue examinar algunas características clínicas, epidemiológicas y sociales del paciente adulto mayor hospitalizado.

Uno de los cambios importantes que se ha presentado en los últimos tiempos es el crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más edad, condicionando un reto para la salud pública (1,2).

Se ha desarrollado una infinidad de cambios en el mundo, como el mejoramiento de las condiciones de vida y las intervenciones de salud en la niñez con la finalidad de reducir la mortalidad infantil, conllevando al aumento de la esperanza de vida y, así, a un incremento de la población adulta mayor (6).

Según el Proyecto de Información y Análisis de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, en el 2001 la población de adultos de 60 años de edad o más fue de 7,5% en el Perú, estimando a los diez años, una población de 9,0%. En el año 2010, esta población ascendió a 8,8% en dicha región (4).

En una publicación del 2011 de la Organización Panamericana de la Salud se indicó que en el 2010 el índice de envejecimiento en las Américas fue de 53 adultos de 60 o más años por cada 100 niños menores de 15 años, superando este índice Canadá,

Cuba, Estados Unidos, Argentina y Chile, entre otros. Los dos primeros países tuvieron un índice de alrededor de 100, mientras que países como Haití, Honduras y Guatemala, tienen índices de alrededor de 16 adultos por cada 100 niños.

En el 2037, se espera que la mediana del índice de envejecimiento de la región llegará a 100 adultos de 60 o más años por cada 100 niños menores de 15; valor que superará Cuba en el 2025 con 183 por cada 100 niños (6).

El envejecimiento es un acontecimiento irreversible, y parte del proceso de la evolución, que experimentan las personas en el transcurso de su vida (1, 7). El actual interés por vivir el mayor número de años posible, junto con el creciente desarrollo de la ciencia y la tecnología, respaldan que éstos quieran vivir con la mejor calidad posible (7). Sin embargo, durante la evaluación del paciente geriátrico hospitalizado, uno se enfrenta a diversas enfermedades y problemas asociados (8).

En nuestro medio y en distintos países se han realizado diversos estudios en adultos mayores hospitalizados, donde se puede apreciar la prevalencia de distintas características como edad, sexo, caídas, depresión, entre otros.

En relación a los datos demográficos, se encuentra que los ancianos de sexo masculino son los que, con mayor frecuencia, se hospitalizan. Se ha encontrado diversas prevalencias según la región y el hospital. En Cuba, un estudio realizado en el 2009 en el Hospital Provincial General "Camilo Cienfuegos", encontró, dentro de su población de estudio, un predominio del sexo masculino del 61,9% (9). Asimismo, en el Perú diversos estudios hallaron en sus poblaciones un predominio del sexo masculino (10,11).

En contraste, existen algunos estudios donde la prevalencia fue el predominio femenino, como en el caso de un estudio realizado en España en 770 pacientes hospitalizados en el año 2006, que encontró, en su población de estudio, predominio del sexo femenino con un porcentaje de 51 (12).

La edad de los hospitalizados varía según cada estudio. En el año 2009, un estudio realizado en Lima tuvo una población geriátrica de 75 ± 9 años y un estudio de dos años más tarde, realizado en la misma ciudad, tuvo una población con una edad de 76 ± 6.9 años (10,11).

Un estudio realizado en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, en el 2001, donde, parte de la evaluación de la población del mismo es el estado civil, encontró que 58,7% de los participantes eran casados; 28,4% eran viudos; 8,5% solteros; 4% divorciados; y, 0,5% convivientes (13).

Dentro del estado clínico de los ancianos hospitalizados, se puede

apreciar una cantidad muy variada de enfermedades o situaciones que acompañan al adulto mayor. En relación al aparato digestivo, el estreñimiento y la malnutrición, son problemas frecuentes. El estreñimiento es la manifestación de un cambio funcional del aparato digestivo al cual, el adulto mayor tiene mayor tendencia debido a una baja ingesta de líquidos, al sedentarismo, entre otros (14). En el año 2004, un estudio realizado en el Perú, en adultos mayores hospitalizados encontró una prevalencia de estreñimiento, en su población de estudio, de 37% (15).

La malnutrición tiene origen multifactorial. Puede deberse a la edad avanzada, que afecta el funcionamiento global del aparato digestivo produciendo en ocasiones disfgia, inadecuada digestión, malabsorción, estreñimiento, entre otros; o, puede originarse a partir de problemas socio-económicos, como el aislamiento social o bajo poder adquisitivo; problemas psicológicos, como la depresión; enfermedades de base con la consiguiente polifarmacia lo que puede llevar a cuadros de interacción fármaco-nutriente, hospitalizaciones, etc (16).

La prevalencia de malnutrición en la población anciana hospitalizada aumenta de manera considerable si se le compara con la población que vive en la comunidad (16). Estudios realizados en diversos países como España, el Perú, México, entre otros, han encontrado una elevada prevalencia de malnutrición: 50, 68 y 69%, respectivamente en los últimos ocho años (2, 10, 15, 17).

Otro problema que se presenta en los adultos mayores hospitalizados, con elevada prevalencia durante la hospitalización, es la presencia de incontinencia urinaria. Es uno de los síntomas geriátricos más frecuentes, constituyendo un importante problema sanitario en la población anciana. Un estudio realizado en el año 2009 en el Perú, encontró un elevado porcentaje de prevalencia de incontinencia urinaria en adultos mayores hospitalizados, con un valor de 52% (10).

Este problema, a pesar de no amenazar la vida del paciente, convierte a la persona en dependiente, un problema frecuente en ancianos hospitalizados (18); y, provoca incomodidad, humillación y limitación en la actividad laboral, familiar e individual de la misma, deteriorando su calidad de vida e influenciando de esta manera en el desarrollo de trastornos afectivos, como la depresión; una problema que se presenta con relativa frecuencia en adultos mayores hospitalizados.

La depresión es un trastorno afectivo y problema incapacitante que se presenta con frecuencia en la población adulta mayor, teniendo una prevalencia incrementada en pacientes hospitalizados. En ocasiones, puede confundirse con el hipotiroidismo o asociarse a la misma (19).

El hipotiroidismo es una enfermedad que se presenta con relativa frecuencia en los adultos mayores. En algunos países las cifras de prevalencia van de 0,9 a 5,9%. Usualmente, el diagnóstico

requiere un alto grado de sospecha clínica; sin embargo, las personas de edad avanzada presentan menos signos y síntomas, por lo que se ha recomendado realizar un dosaje hormonal para el tamizaje de dicha condición (20,21).

Los aspectos sociales tienen un importante rol en la etiología de algunas enfermedades mentales como la depresión. La población adulta mayor es víctima de ciertas contradicciones producto de la modernidad. Mientras se incrementa la esperanza de vida, aumenta la proporción de adultos mayores, lo que incrementa los problemas de aislamiento, abandono y maltrato hacia la misma, entre otros; lo que puede conducir a graves consecuencias, como depresión, dificultad para dormir, aumento de la tasa de mortalidad, etc (18, 22).

Los ancianos son un grupo vulnerable y víctimas frecuentes de abusos y maltratos, producidos principalmente por los cuidadores y familiares. Se refiere a maltrato como todo acto u omisión que lleva como resultado un daño o amenaza de daño para la salud o el bienestar de una persona anciana. Éste pueden ser físico, emocional, financiero, de negligencia, sexual y negación a brindarle ayuda, entre otras (9).

La hipertensión arterial es una patología frecuente en el adulto mayor que, conforme aumenta la edad de la persona, aumenta la posibilidad que aparezca. A la vez, es el factor de riesgo más importante para la prevalencia de desórdenes cerebro-vasculares y cardio-vasculares (23-27).

En una población de adultos mayores ingresada a un hospital de España, en el año 2006, se encontró una elevada prevalencia tanto de hipertensión arterial, como de diabetes mellitus, siendo las cifras de 37% y 55, respectivamente (28).

Debido a las múltiples enfermedades o comorbilidades, que se pueden presentar en el adulto mayor, con cierta frecuencia son polimedicaados, por lo que es imprescindible la revisión periódica de sus fármacos habituales. En un estudio realizado en pacientes del Perú al momento de ser hospitalizados en el año 2011, en el que se estudió, entre otros factores, la polifarmacia y el deterioro cognitivo, se encontró una prevalencia de los mismos de 85 y 41%, respectivamente (11).

A pesar que con el envejecimiento se observe cierta pérdida de la memoria, no debe interpretarse como un proceso demencial. El deterioro cognitivo es un síndrome o conjunto de disminuciones de diferentes aptitudes intelectuales. Se pueden asociar a alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad y puede originarse por diversas causas. Se puede encontrar frecuentemente en pacientes hospitalizados, como se mencionó anteriormente (11, 29).

Otro problema que se presenta en las personas adultas mayores con cierta frecuencia son las caídas. La principal causa de éstas es la pérdida de fuerza muscular, que, entre otras causas, puede

estar asociada al reposo en cama, lo que produce una pérdida de masa muscular de 10% por semana. El reposo en cama, también conlleva a una disminución del volumen plasmático, ocasionando hipotensión postural, síncope y, en consecuencia, la caída. En el año 2004 se realizó en Perú un estudio en pacientes geriátricos hospitalizados donde se encontró una prevalencia de caídas de 39,75% (13, 15).

Finalmente, pero no menos importante, la evaluación funcional como parte de la valoración integral del paciente adulto mayor, es muy importante. Se refiere a funcionalidad la capacidad del sujeto de realizar actividades de la vida diaria; o, a dependencia, la dificultad para realizar una o más de las actividades básicas de la vida diaria: comer, lavarse, vestirse y desvestirse, arreglarse, realizar deposición, miccionar, uso del inodoro, trasladarse, deambular y subir y bajar escalones, las cuales pueden verse afectada por la edad y por las hospitalizaciones (30,31).

Motivados la escasez de estudios con las mismas características en el país, y por el constante incremento de la población adulta mayor, con el consecuente aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, así como la mayor demanda en la atención por parte de hospitalización, decidimos realizar este trabajo de investigación, con el fin determinar la prevalencia y describir algunas características socio-demográficas y clínicas que se presentan en los ancianos hospitalizados de nuestra región.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal, llevado a cabo en las instalaciones del Centro Geriátrico Naval (CEGENA) del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", Callao, Perú, entre el 01 de enero de 2010 y el 30 de noviembre de 2011. Teniendo como criterio de selección a todo paciente de 60 o más años, hospitalizado.

Se agruparon en cuatro grandes grupos:

1) Estados demográficos: Edad, Sexo y Estado civil
2) Estados clínicos: Estreñimiento, Incontinencia urinaria, Hipertensión arterial, Diabetes mellitus tipo 2, Hipotiroidismo, Polifarmacia, Caídas y Malnutrición.

En el caso de la Malnutrición, se utilizó la valoración nutricional Mini Nutritional Assessment, realizada por el servicio de Nutrición. Es una escala validada por Vellas, Guigoz, Garry et al con una sensibilidad de 96% y especificidad del 98% en 1999. Se consideró al adulto mayor con riesgo de malnutrición con cualquier puntaje por debajo de 23,5 (32-35).

3) Estado social: Dependencia funcional y Problema social. En el caso de la Dependencia funcional, se utilizó el Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria), en la que se valoran 10 actividades de forma independiente otorgándole una puntuación: 0, 5, 10 o 15 puntos, obteniéndose una puntuación total que puede variar desde 0 (dependencia total) a 100 (independencia). Este índice fue publicado en 1965 por Mahoney y Barthel en Maryland, y validado en población española por Baztán et al. Su

uso es recomendado por la British Geriatrics Society para evaluar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en pacientes ancianos.

Existe una traducción al español, publicada en el año 1993. En relación a su validez, es un buen predictor de mortalidad, necesidad de hospitalización, mejoría funcional y riesgo de caídas. Se consideró la existencia de incapacidad o dependencia funcional a partir de un puntaje menor o igual a 95 (36-38).

En relación al Problema social, se utilizó la Escala de Gijón, realizada por el Servicio de Asistencia social. Incluye la situación familiar, las relaciones y contactos sociales; y, el apoyo de la red social. Se consideró positivo todo valor por encima de 7 (39).

4) Estado mental: Depresión y Deterioro cognitivo, utilizándose en la primera la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage abreviada (GDS-5), con un mínimo de puntuación de 0 y un máximo de 5. Se consideró positivo un valor de tres o más puntos, teniendo una alta sensibilidad y una especificidad de más del 50% con un punto de corte en dos o más puntos. Fue desarrollada, por primera vez, en 1982 por Brink y Yesavage (30 preguntas) y, posteriormente, modificada por Yesavage y Sheik (15 preguntas en 1986). En 1999 Hoyl, Alessi, Rubinstein et al desarrollaron la versión de 5 preguntas con una elevada sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de depresión en Norte América; 97 y 85%, respectivamente. Un año después, esta escala fue validada en Chile por Hoyl, Valenzuela y Marin registrando una sensibilidad de 0,88 y especificidad de 0,90 (40-43).

Para el Deterioro cognitivo: definida según el test de valoración del estado cognitivo Mini Mental State Examination, de Folstein y col (1975). Es un instrumento de evaluación validado al español por Lobo, Saz, Marcos et al de fácil y rápida administración. Se consideró positivo con un puntaje por debajo de 23 (44-46).

Los diagnósticos de estreñimiento, deterioro cognitivo, depresión, incontinencia urinaria, dependencia funcional, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipotiroidismo, polifarmacia y caídas fueron realizados por médicos especialistas al momento del ingreso al Servicio de Geriátrica o fueron tomados de la historia clínica antigua. La Escala de Gijón para el diagnóstico de problema social se realizó por el Servicio de Asistencia social; y, la valoración nutricional Mini Nutritional Assessment fue realizada por el Servicio de Nutrición, que evalúan a todos los pacientes a cargo del Servicio de Hospitalización de Geriátrica.

Con la finalidad de caracterizar el estado demográfico, clínico, social y mental de la población de estudio, se realizaron cálculos univariados de prevalencia para las variables cualitativas; y, medidas de tendencia central como desviación standard para la variable cuantitativa. El análisis se realizó con el programa estadístico STATA versión 11.

RESULTADOS

El estudio tuvo una muestra de 711 adultos mayores. La edad promedio fue: $78 \pm 8,2$ años. Tabla 1.

Tabla 1:
Estados Demográficos

Variable	n (%)
Edad (años y DE)	$78 \pm 8,2$
Sexo	
Femenino	271 (38,1)
Masculino	440 (61,9)
Estado Civil	
Casado	602 (84,7)
Soltero	24 (3,4)
Viudo	80 (11,3)
Separado	5 (0,7)

Se registró polifarmacia en 650 (91,4%) casos e hipertensión arterial en 492 (69,2%), estreñimiento en 399 (56,1%); 329 (46,3%) casos de diabetes mellitus tipo 2; 250 (35,2%) casos de malnutrición y de caídas; y, 199 (28%) casos de incontinencia urinaria. Al mismo tiempo, se registró que 113 (16%) presentaron hipotiroidismo.

En relación al aspecto social y mental, se unen ambos en la Tabla 2, donde se muestra un alto porcentaje de depresión (422, 62,2%).

Tabla 2:
Estado Socio-mental

Variable	n (%)
Dependencia Funcional	264 (37,1)
Problema social	252 (35,4)
Depresión	422 (62,2)
Deterioro cognitivo	244 (34,3)

DISCUSIÓN

Como se muestra en nuestros resultados, la edad promedio fue de 78 años con una desviación standard de 8,2, lo que se correlaciona con el aumento de la esperanza de vida (1) y concuerda con la edad promedio de ancianos hospitalizados de estudios realizados

en nuestro país (10) y en otros, como España (2, 27).

Se encontró predominio del sexo masculino (61,9%), probablemente por ser una institución militar; sin embargo, otros estudios peruanos realizados en hospitales no militares, se halló la misma predominancia (10,11).

Se encontró que el mayor porcentaje de hospitalizados estaban casados 602 (84,7%). Comparándose con un estudio realizado en un hospital peruano del Seguro Social, la prevalencia que encontramos fue mayor; sin embargo, dicho estudio también encontró una alta prevalencia para este estado civil (58,7%) (13). Dentro de las características clínicas, se encontró altas prevalencias de varios diagnósticos, generando la polifarmacia. Así, 9 de cada 10 tuvo un consumo habitual de tres o más medicamentos (91,4%). En un hospital peruano, se ha encontrado, también, una alta prevalencia de esta situación (11). Esto puede deberse, a que en el adulto mayor existen diversas comorbilidades que deben ser tratadas.

La hipertensión arterial, fue la patología que se encontró con más frecuencia, alcanzando el 69,2% de la población de estudio. Esta cifra de prevalencia fue mayor a la encontrada en España (61,2%) (27).

A veces, asociada a la hipertensión arterial, se encuentra la diabetes mellitus tipo 2. Con el paso de los años, se desarrollan alteraciones del metabolismo de los carbohidratos con un incremento de la glucemia por una alteración en la secreción de insulina y/o una disminución de la captación de glucosa mediada por esta hormona. En pacientes ancianos hospitalizados esta patología puede llegar a una cifra de 55%, según algunos estudios. En nuestro estudio la diabetes mellitus tipo 2 se presentó en 4,6 de cada 10 adultos mayores hospitalizados (46,3%) (28). El estreñimiento es un problema frecuente e importante, particularmente, en el adulto mayor, afectando, según algunos estudios, a 32,4 - 37,4% de la población adulta mayor hospitalizada. En nuestro estudio, se encontró una cifra elevada que ascendió a 56,1%, demostrando una afectación frecuente en el paciente geriátrico hospitalizado, pudiendo originarse por distintas razones (8, 15).

La malnutrición, que en ocasiones puede deberse a la edad avanzada, también puede deberse a problemas socio-demográficos, enfermedades como la depresión, polifarmacia, entre otros. La prevalencia de malnutrición aumenta considerablemente cuando se hace la comparación entre ancianos de la comunidad y hospitalizados (16). Estudios realizados en España, Perú y México, señalan una elevada prevalencia de malnutrición: 50, 68 y 69%, respectivamente (2, 10, 15, 17). En nuestro estudio se encontró una prevalencia menor (35,2%).

Con la misma prevalencia de la malnutrición (35,2%), se encontró la presencia de caídas en el último año. En Perú se ha encontrado

una prevalencia parecida a la que se encontró en este estudio, pero en uno realizado en el 2004, donde la prevalencia de caídas fue de 39,8% (15).

Otro problema presente en algunos pacientes hospitalizados es la incontinencia urinaria, uno de los síntomas geriátricos más frecuentes. A diferencia de otro estudio, realizado en el Perú, en el año 2009, donde se encontró una prevalencia de este diagnóstico en 52% de los ancianos hospitalizados, en nuestro estudio se halló una prevalencia del mismo de 28% (10). Esta diferencia podría radicar en que este problema se presenta con más frecuencia en mujeres; y, en nuestra población de estudio, la presencia del sexo masculino es mayor, siendo 6 de cada 10 participantes, de dicho sexo. Este problema no se debe tratar como un problema sencillo ya que no solo se presenta con relativa frecuencia en los ancianos hospitalizados, sino también, se asocia muchas veces a incomodidad, limitación en la actividad laboral, familiar e individual, deteriorando la calidad de vida del paciente, pudiendo desarrollar problemas afectivos como la depresión.

La depresión es un trastorno afectivo y un problema incapacitante que suele presentarse con frecuencia en la población adulta mayor. Es un problema de salud pública de mucha importancia. Se ha descrito una prevalencia incrementada en pacientes ancianos hospitalizados pudiendo explicarse porque estos pacientes frecuentemente cursan con enfermedades crónicas degenerativas concomitantes. Estudios revelan diversas prevalencias de depresión en ancianos hospitalizados; en México, ésta oscila de 21,4 a 56% (19). En el Perú se han encontrado valores de 11,3% en el 2004 y 32,3% en el 2008 (15, 18). En nuestro estudio llama la atención haberse encontrado una prevalencia que ascendió a 62,2%. Esta diferencia puede deberse a varias razones: la escala que se utilizó para medir la depresión en este estudio fue la Escala de Yesavage de cinco preguntas, con el paso de los años aumenta la prevalencia de depresión, entre otros. Por otro lado, con esta escala se considera positivo un valor de dos o por encima del mismo; pero, en el presente estudio se consideró positivo un valor mayor o igual a tres; este punto de corte más elevado podría significar que los participantes con un resultado positivo pueden acercarse más a ser casos verdaderos de la enfermedad.

En ocasiones, esta enfermedad puede confundirse con el hipotiroidismo o asociarse a la misma, por lo que es importante un adecuado tamizaje de ambas enfermedades y el criterio clínico (19). El hipotiroidismo alcanza, en algunos países, cifras que oscilan de 0,9 a 5,9% en ancianos (20,21). En este estudio, se encontró una elevada prevalencia de 16%. No se han encontrado estudios en pacientes adultos mayores hospitalizados con cifras similares.

Un problema que puede acompañar, en muchas ocasiones, a la depresión, es el problema social. Los ancianos son un grupo vulnerable y víctimas frecuentes de los abusos, maltratos u omisiones producidos, principalmente, por los cuidadores o familiares.

Un estudio realizado en Lima, en el 2009, en pacientes no hospitalizados, determinó problema social, según la Escala de Gijón, en el 49,4% de la población adulta mayor. Un estudio de Cuba, del mismo año, registró una prevalencia de 81,8% de abuso psicológico en ancianos hospitalizados (9, 22). En nuestro estudio, se encontró una prevalencia de 35,4%.

Un problema que no se debe dejar de lado es el deterioro cognitivo. Toda pérdida de memoria no debe interpretarse como un proceso demencial. Un estudio realizado en el Perú, en el año 2011, estudió, entre otros problemas, el deterioro cognitivo, encontrando una prevalencia de 41% (11). En nuestro estudio, aunque no tanto, también se encontró una prevalencia importante: 34,3%.

Por último, la evaluación funcional es una parte de la valoración integral del anciano muy importante. Se ha descrito que ésta se ve afectada con la edad y con la hospitalización aumentando su prevalencia durante la misma (30,31). Se han realizado diversos estudios, donde se han encontrado distintas prevalencias de esta condición. La mayoría, utiliza el Índice de Katz, donde se ha visto una prevalencia en ancianos hospitalizados de 47% en el año 2004, 47% en el año 2005 y 34% en el año 2009 (10, 15, 30). Se ha encontrado una publicación de tesis donde se utilizó la Escala de Barthel, registrando una dependencia funcional de 66,7% (18). Llama la atención que nuestro estudio tiene más similitud de prevalencia de esta condición con otro estudio, realizado recientemente en el mismo país, pero con otra escala.

En conclusión, tanto la población adulta mayor como la esperanza de vida, tienen una proyección de aumentar velozmente. Esto va de la mano con el aumento de ciertas enfermedades crónicas y, en consecuencia, con el requerimiento del servicio de hospitalización. Se evidencia que la edad promedio de los ancianos hospitalizados concuerda con el aumento de la esperanza de vida y que, los mismos, tienen una alta prevalencia de distintas condiciones clínicas, mentales y sociales como el estreñimiento, la hipertensión arterial, problema social, depresión, entre otras, presentando un riesgo de deterioro durante la hospitalización. La polifarmacia, la hipertensión arterial y la depresión, fueron las características más prevalentes del presente estudio.

Correspondencia:

Claudia Rebagliati Tirado
Centro Medico Naval
Dirección: Parque Gonzales Prada 122, Barranco
Teléfono: 986634688
Correo electrónico: claudiare041786@yahoo.com

Recibido: 20 de Marzo 2012
Aceptado: 09 de Mayo 2012

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Varela L, Ortiz, P, Chávez, H. Características de los trabajos científicos nacionales en geriatría y gerontología. 1980-2001. *Rev Med Hered.* 2003;14(1):18-25.
2. Gómez M, González, F. Alta prevalencia de la desnutrición en ancianos españoles ingresados en un hospital general y factores asociados. *ALAN.* 2005;55(11):71-6.
3. Arellano C. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental In: Health, editor. Lima: MINSA; 2002. p. 27.
4. PAHO. Proyecto de Información y Análisis de Salud: Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. Washington DC2010.
5. Bureau UC. Global Population at a Glance: 2002 and Beyond. Washington DC2004. p. 3.
6. PAHO, editor. Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: Reto para la salud pública2011.
7. Alonso P, Sansó, F, Díaz-Canel, A. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Rev Cubana Salud Pública [Revista en Internet];* 2007; Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662007000100010&script=sci_arttext.
8. Merino R, Varela, L, ManriqueDeLara, G. Evaluación del paciente geriátrico hospitalizado. Orientado por problemas: Estudio prospectivo de 71 casos. *Rev Med Hered.* 1992;3:51-9.
9. Álvarez T. Maltrato en el paciente geriátrico hospitalizado. Hospital Provincial General "Camilo Cienfuegos". Sancti Spiritus. 2008-2009. *Gaceta Médica Espirituana* 2009. 2009;11(2).
10. Peralta C, Varela, L, Gálvez, M. Frecuencia de casos de úlceras de presión y factores asociados a su desarrollo en adultos mayores hospitalizados en servicios de Medicina de un hospital general. *Rev Med Hered.* 2009;20(1):16-21.
11. Oscanoa T. Diagnóstico de problemas relacionados con medicamentos en adultos mayores al momento de ser hospitalizados. *Rev Per Med Exp Salud Publica.* 2011;28(2):256-63.
12. Cinza S, Cabarcos, A, Nieto, E. Análisis epidemiológico de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna. *An Med Interna (Madrid).* 2006;23(9):411-5.
13. Gamarra-Samaniego P. Consecuencias de la hospitalización en el anciano. *Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna.* 2001;14(2).
14. Falque L, Maestre, G, Zambrano, R. Deficiencias nutricionales en los adultos y adultos mayores. *An Venez Nutr.* 2005;18(1):82-9.
15. Varela L, Chávez, H, Herrera, A. Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. *Rev Diagnóstico.* 2004;43(2).
16. García P. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados. *An Med Interna (Madrid).* 2004;21(6):261-2.
17. Gutiérrez J, Serralde, A, Guevara, M Prevalencia de desnutrición del adulto mayor al ingreso hospitalario. *Rev Nutr Hosp.* 2007;22(6):702-9.
18. Chinga J. Síndromes geriátricos del paciente adulto mayor hospitalizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza: noviembre-diciembre 2008 Universidad Nacional Mayor de San Marcos FACULTAD DE MEDICINA HUMANA; 2009.
19. Martínez-Mendoza J, Martínez-Ordaz, V, Esquivel-Molina, C. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007;45(1):21-8.
20. Betancor E, Aguado, R, Gómez-Carracedo, A. Prevalencia de disfunción tiroidea en ancianos hospitalizados. *Med Clin (Barc).* 2004;123(2):77-8.
21. Sender M, Vernet, M, Pérez, S. Enfermedad funcional tiroidea en la población de edad avanzada. *Aten Primaria.* 2004;34(4):192-7.
22. Montenegro L, Salazar, C, DeLaPuenta, C. Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores. *Acta Med Per* 2009;26(3):169-74.
23. Vázquez A, Cruz, N. Hipertensión arterial en el anciano. *Rev cubana med.* 1998;37(1):22-7.
24. Gómez F. Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular en el anciano en España. *Rev Port Nefrol Hipert.* 2004;18(2):71-7.
25. Sialer S. Epidemiología de la Hipertensión arterial en el Perú. *Rev Perú Cardiol.* 1997;XXIII(3):2-8.
26. Regulo C. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. *Acta méd peruana.* 2006;23(2):69-75.
27. Hermida A, Pazo, M, DeLaFuente, R Factores epidemiológicos asociados a la hospitalización por descompensación de la insuficiencia cardiaca. *An Med Interna (Madrid).* 2008;25(6):256-61.
28. Cinza S, Cabarcos, A, Nieto, E. Prevalencia de hipertensión arterial en población mayor de 65 años ingresada en un Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna (Madrid).* 2006;23(12):577-81.
29. Gómez N, Bonnin, B, Gómez, M. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. *Rev cubana med.* 2003;42(1):12-7.
30. Varela L, Chávez, H, Galvez, M. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Rev Med Hered.* 2005;16(3):165-71.
31. Mañas M, Marchán, E, Conde, C. Deterioro de la capacidad funcional en pacientes ancianos ingresados en un Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna (Madrid).* 2005;22(3):34-6.
32. Cuyac M, Santana, S. La Mini Encuesta Nutricional del Anciano en la práctica de un Servicio hospitalario de Geriatría: Introducción, validación y características operacionales. *ALAN.* 2007;57(3):255-65.
33. Tarazona F, Belenguer, A, Doménech, J. Validez de la escala MNA como factor de riesgo nutricional en pacientes geriátricos institucionalizados con deterioro cognitivo moderado y severo. *Nutr Hosp.* 2009;24(6):724-31.
34. Izaola O, DelLuisRomán, D, Cabezas, G. Mini Nutritional Assessment (MNA) como método de evaluación nutricional en pacientes hospitalizados. *An Med Interna (Madrid).* 2005;22(7):313-6.
35. Vellas B, Guigoz, Y, Garry PJ. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition.* 1999;15(2):116-22.
36. Mahoney F, Barthel, DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J.* 1965;14:61-5.
37. Cincuraa C, Pontes-Netoc, O, Nevillea, I. Validation of the National Institutes of Health Stroke Scale, Modified Rankin Scale and Barthel Index in Brazil: The Role of Cultural Adaptation and Structured Interviewing. *Cerebrovasc Dis J.* 2009;27(2):119-22
38. Trigués-Ferrín M, Ferreira-González, L, Meijide-Míguez, H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicía Clin.* 2011;72(1):11-6.
39. Sanitat Cd. Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria. Valencia 2004.
40. Martínez J, Onís, MC, Dueñas, R. Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. *Aten Primaria.* 2005;35(1):14-21.
41. Osvaldo P, Shirley, A. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 1999;14(10):858-65.
42. DeDios R, Hernández, A, Rexach, L. Validación de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en población española. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2001;36(5):276-80.
43. Hoyl T, Valenzuela, E, Marín, P. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Rev Méd Chile.* 2000;128(11):1199-204.
44. Panduro J. Validación del examen mínimo mental para población adulta mayor. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
45. Dueñas D, Bayarre, H, Triana, E. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2009;25(2).
46. Lobo A, Saz, P, Marcos, G. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Interpsiquis.* 2001;2.