



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO PROGRAMA DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA HOSPITAL
GENERAL DEL OESTE

**ADULTO MAYOR: ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS EN EL HOSPITAL GENERAL
DEL OESTE**

Trabajo Especial de Grado para optar el título de Especialista en Medicina Interna

Edinson Enrique Escalante Gómez
Francisco José Villamizar Gómez

Tutora: Trina Navas

Caracas, noviembre de 2016

Trina Navas Blanco
Tutora

Eva Essinfeld de Sekler
Directora del Curso de Especialización en Medicina Interna
Hospital General del Oeste

Trina Navas Blanco
Coordinadora del Curso de Especialización en Medicina Interna
Hospital General del Oeste

Jenny Padrino
Asesor estadístico

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	17
MÉTODOS	19
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	26
REFERENCIAS	31
ANEXOS	37

ADULTO MAYOR: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL OESTE

Edinson Enrique Escalante Gómez, PAS: AO335210. Sexo: Masculino.

E-mail: edinsonesca@hotmail.com. Telef.: 04126101561.

Dirección: Hospital General del Oeste, Servicio de Medicina Interna. Especialización en Medicina Interna.

Francisco José Villamizar Gómez, PAS: AS174841. Sexo: Masculino.

E-mail: franciscovillamizar1804@gmail.com. Telef.: 04241140338.

Dirección: Hospital General del Oeste, Servicio de Medicina Interna. Especialización en Medicina Interna.

Tutora: **Trina Navas Blanco**, C.I. 5.064.162. Sexo: Femenino.

E-mail: wilownavasblanco@gmail.com, Telf: 04143169398

Dirección: Hospital General del Oeste, Servicio de Medicina Interna. Especialista en Medicina Interna.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las patologías más frecuentes en los adultos mayores de 65 años ingresados al Servicio de Medicina interna en el área de emergencia, hospitalización y consulta externa del Hospital General de Oeste. **Método:** Es prospectivo transversal, descriptivo, exploratorio y no experimental, de campo clínico. La muestra es de tipo no probabilístico intencional conformada por 250 pacientes atendidos de agosto del 2015 a junio 2016. Se emplearon las técnicas de la estadística descriptiva. **Resultados:** el promedio de edad fue de 72,13 años, con un 54% de pacientes masculinos. La mayoría se encuentra sin realización de actividad física regular, ni ocupaciones laborales, en estatus de pobreza relativa, con valores altos de desnutrición. En los diagnósticos, fueron relevantes los cardiovasculares, metabólicos y nutricionales estos últimos más relacionado a déficit socioeconómico evidenciado por escala Graffar, que a un estado de dependencia. **Conclusiones:** es necesario establecer un protocolo de atención preventiva y programas de información sobre las causas que afectan la morbilidad y mortalidad de personas mayores de 65 años, que genere conciencia para minimizar los factores de riesgo modificables que predisponen a hipertensión, diabetes mellitus, entre otras patologías frecuentes en adultos mayores. A la vez, establecer pautas para un mejor control de las mismas y disminuir sus complicaciones crónicas.

Palabras clave: Morbilidad, Adulto mayor, Epidemiología.

Epidemiologic of Elderly patients aspects in the Hospital General del Oeste, Caracas

ABSTRACT

Objective: To identify the most common diseases in inpatient and outpatient adults older than 65 years admitted by the Internal Medicine Service in the area of emergency of the Hospital General del Oeste in Caracas, Venezuela **Method:** this is a transversal prospective, descriptive, exploratory and non-experimental, clinical study.. The sample is intentionally non-probabilistic composed of 250 patients treated from August 2015 to June 2016; techniques of descriptive statistics were used. **Results:** The average age was 72.13 years, with 54% of male patients. Most had no regular physical activity or occupation, were in relative poverty status, with high levels of malnutrition. relevant diagnoses were cardiovascular, metabolic and nutritional , related to socioeconomic scale deficit **Conclusions:** It is necessary to establish a

protocol of preventive care and information programs on the causes that affect morbidity and mortality in people over 65 years, generating awareness to minimize modifiable risk factors that predispose to hypertension, diabetes mellitus, among others frequent pathologies in older adults. At the same time, establish guidelines for better control them and reduce its chronic complications.

Keywords: Morbidity, Elderly, Epidemiology.

INTRODUCCIÓN

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de los mayores, así como su participación social y su seguridad. ⁽¹⁾

Se observa que los adultos mayores en la medida que avanza el envejecimiento, presentan enfermedad cerebrovascular, diabetes, Alzheimer y enfermedad de Parkinson entre otras, con sintomatología de afección cognoscitiva y conductual debido al deterioro que provocan. El análisis permitió observar que estas enfermedades pueden anteceder a la depresión sin necesidad de un vínculo anatómico funcional directo, debido a las implicaciones psicosociales que conllevan. ⁽²⁾

La población de adultos mayores es menor al 9% del total de habitantes en países como Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela ⁽³⁾. En el caso de Colombia las personas mayores de 60 años constituyen el 8.9% de la población, según el último censo nacional (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2005). ⁽²⁾

El diagnóstico de depresión se realiza siguiendo los criterios del DSM-V ⁽⁴⁾, los cuales incluyen algunos síntomas físicos tales como cambios psicomotores, perturbaciones en el apetito y el peso corporal, astenia, entre otros. Análogamente, se ha observado que ciertas enfermedades médicas tales como enfermedad de Parkinson, infarto agudo al miocardio, accidente cerebrovascular, trastornos endocrinos, diabetes, enfermedad pulmonar crónica, enfermedades infecciosas, etcétera; pueden causar depresión en momentos posteriores, o incrementar la severidad de síntomas depresivos ya presentes. ⁽⁵⁾

Más aún, la relación enfermedades médicas y depresión en el adulto entre la enfermedad física y la depresión no necesariamente es una relación directa, ya que la depresión puede desencadenarse a causa del malestar y la discapacidad provocada directamente por alguna enfermedad en particular o, incluso, por el deterioro físico y sensorial asociado al envejecimiento. ⁽⁶⁾

Considerando la referencia de la OMS y la bibliografía consultada no existe para la zona metropolitana de Caracas un perfil de datos epidemiológicos sobre los adultos mayores de 65 ⁽⁷⁾, la morbilidad de los ancianos conforma un grupo etario con riesgo de contraer algunas enfermedades y afecciones típicas de la edad avanzada debe ser abordado para conformar información de previsión. ⁽⁸⁾

Adicionalmente, es fundamental para la zona metropolitana de Caracas conocer el nivel de vida activa de los adultos mayores de 65 como insumo de información indispensable en la planificación de los programas de salud para dicho grupo de riesgo social y la formulación de políticas públicas, en términos de morbilidad y costos asociados. ⁽⁸⁾

Consecuencialmente, los autores del presente trabajo se propusieron, identificar específicamente el conjunto de enfermedades médicas más comunes en la comunidad en pacientes mayores de 65 años de edad que ingresan al servicio de medicina interna de consulta externa e interconsultas del Hospital General de Oeste.

Entre las variables que se identifican destacan la longevidad, características demográficas, los diagnósticos que porta, el tipo de medicación que recibe, la adherencia al tratamiento, la presencia de cuidador y la capacidad del mismo en esa tarea, la independencia y capacidad de autocuidado, la atención social que recibe, su capacidad cognitiva y actividades que desempeña.

Planteamiento y delimitación del problema

Dos factores clave influyen en el envejecimiento de la población. El primero es el aumento de la esperanza de vida: en promedio, las personas de todo el mundo ahora viven más tiempo. Aunque una pequeña parte de este aumento mundial se debe al mayor índice de supervivencia de las personas de edad avanzada, gran parte responde a un mayor índice de supervivencia en edades menores. Este fenómeno ha acompañado el desarrollo socioeconómico sin precedentes que se ha registrado a nivel mundial durante los últimos 50 años.⁽⁹⁾

Los cambios que constituyen e influyen en el envejecimiento son complejos.⁽¹⁰⁾ En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares.^(11,12) Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. A la larga, sobreviene la muerte.

Pero estos cambios no son lineales o uniformes, y solo se asocian vagamente con la edad de una persona en años.⁽¹¹⁾ Así, mientras que algunas personas de 70 años gozan de un buen funcionamiento físico y mental, otras tienen fragilidad o requieren apoyo considerable para satisfacer sus necesidades básicas.

Como se afirmó en la Introducción, no se tenía data actualizada y elaborada en el país y el proceso de elaboración de planes para el desarrollo social y políticas públicas requiere mejoramiento desde el ámbito académico.⁽⁸⁾

En consecuencia, se formula el siguiente interrogante presentado como problema de investigación: ¿Cuáles son las enfermedades médicas más frecuentes en los adultos mayores de 65 años ingresados al Servicio de Medicina Interna en el

área de emergencia, hospitalización y consulta externa del Hospital General del Oeste?

El presente estudio está delimitado de acuerdo al lapso de registro de datos de campo desde agosto del 2015 a junio del 2016, incluyendo en la muestra de 250 pacientes que firmaron el consentimiento informado o su representante según el caso, en el servicio de Medicina Interna incluyendo área de emergencia, hospitalización y consulta externa del Hospital General del Oeste Dr. José Gregorio Hernández de Los Magallanes de Catia.

Justificación e Importancia

El estudio se justifica porque constituye un primer acercamiento formal a la morbilidad de los adultos mayores, que es un grupo etario de elevado riesgo social del cual se tiene poca información, específicamente en la zona metropolitana de caracas y en general en todo el territorio nacional.

Además es importante considerar que las estimaciones de la OMS ⁽⁹⁾ sobre envejecimiento y salud de este grupo etario, afirmando que crecerá en los próximos años y por ende, el Estado venezolano deberá planificar sistemas y servicios de una atención médica integral, multidisciplinaria y oportuna, al incrementarse la demanda de atención, para lo que será indispensable disponer de un perfil epidemiológico específico sobre morbilidad y mortalidad de este grupo poblacional; y la infraestructura hospitalaria apropiada y adecuadamente equipada.

Finalmente, si bien es cierto que los hallazgos son representativos de la muestra de pacientes atendidos en el Hospital General de Oeste, será útil como referencia para comparar con los obtenidos en otras áreas de atención al anciano en el país y para formular estrategias a nivel nacional, regional, local e institucional.

Antecedentes

En el año 2008, se presentó una investigación sobre la situación de salud en los mayores de 65 años pertenecientes al centro de referencia Dr. Pedro Biolchi en Argentina. El objetivo fue identificar la población de mayores de 65 años pertenecientes al área programática del Centro de Referencia Dr. Pedro Biolchi de la ciudad de Barranqueras, Chaco y puntualizar los motivos de consultas más frecuentes en este grupo etario. Fue un estudio observacional, descriptivo y prospectivo con una muestra de 8.654 pacientes de las consultas, por enfermedades cardiovasculares, respiratorias, metabólicas y óseas. ⁽¹³⁾

Del total de pacientes atendidos, 195 (51,6%) consultaron por hipertensión y enfermedades cardiovasculares, 94 (24,9%) por enfermedades respiratorias altas y bajas, 41 (10,8%) por diabetes, 31 (8,2%) por enfermedades óseas y articulares, 2 (0,5%) por tumores y 15 (4%) debido a variadas patologías como trastornos renales, dermatológicos, infecciosos, entre otros; llegando a la conclusión que en el Centro de Salud Dr. Pedro Biolchi el grupo de pacientes mayores de 65 años presentan más frecuentemente problemas cardiovasculares seguidos de enfermedades de la vía respiratoria. ⁽¹³⁾

En el año 2009 Durán *et al*, desarrollaron su estudio sobre la enfermedad crónica en adultos mayores cuyo objetivo fue describir la frecuencia de la enfermedad crónica en adultos mayores de la ciudad de Cali, Colombia. Fueron 500 pacientes entre 60 y 96 años a quienes se les aplicó un cuestionario con información relacionada con datos sociodemográficos, como edad, sexo, estado civil e institución a la que asistían, y de las enfermedades que padecían. En los resultados se observó que 41,4% de las personas no presentaba ninguna enfermedad crónica. Sin embargo, 24,6% sufría de hipertensión arterial, 8,6%, de diabetes, y 4,8%, de osteoporosis. La incidencia de la enfermedad crónica en el adulto mayor es evidente. Por lo tanto, lo importante es establecer estrategias para prevenir su aparición o

disminuir sus complicaciones. Esto debe trabajarse en las diversas etapas del ser humano. Se debe incorporar un estilo de vida saludable y una mejor comprensión de la adultez mayor, que permitan la adaptación a esta etapa y que mejoren, por ende, las condiciones de vida en ella. ⁽¹⁴⁾

Gámez *et al*, en la investigación que plantea conocer la incidencia y prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) en el adulto mayor, en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández, el cual desde un marco metodológico descriptivo, retrospectivo longitudinal, con 289 pacientes de 60 años o más, se observó que el grado de función renal mediante la fórmula de Cockcroft-Gault fue III (FGt entre 30 y 60 ml/min) en 62,6% de los pacientes, seguido con un 19,6% con grado II (FGt entre 60 y 90 ml/min), De los 270 pacientes que presentaron ERC solo 6 (2,2 %) tenían un diagnóstico previo de la enfermedad. ⁽¹⁵⁾

Las conclusiones indicaron que la estrategia a seguir con los pacientes es controlar estos factores para enlentecer la progresión de la enfermedad. Se consideró que existe una alta prevalencia hospitalaria de la ERC en el adulto mayor, con un subdiagnóstico de la misma ⁽¹⁵⁾.

En el Hospital Dr. Domingo Luciani en el año 2014 se culminó una investigación en el ámbito de Medicina Interna y enfoque epidemiológico. ⁽¹⁶⁾ Cuyo objetivo fue Identificar el agente causal de neumonía bacteriana adquirida en la comunidad en pacientes mayores de 55 años de edad en el Hospital Dr. Domingo Luciani en el período comprendido de agosto 2013 a agosto 2014.

Entre los hallazgos que destacan en el diagnóstico de ingreso a los pacientes figuran:

1. En un 50% Enfermedad Pulmonar Obstrusiva Crónica (EPOC).
2. Los pacientes con diabetes fueron un 24,13%.
3. La condición renal se presentó en un 12,06%.

4. La cardiopatía estuvo presente en el 27,58% de pacientes entre masculinos y femeninos. ⁽¹⁶⁾

Es importante resaltar que también se encuentran como causas de morbilidad en los adultos mayores la colelitiasis y la colecistitis, además de la hiperplasia de próstata, causas no encontradas en este estudio por pertenecer al servicio de cirugía. Entre las causas de mortalidad en los adultos mayores destacan la neumonía, las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades isquémicas del corazón y van aumentando progresivamente las neoplasias y la diabetes mellitus. ^(2, 16)

Navas et al realizaron una evaluación de la salud del anciano en nuestro hospital en el año 1990. Este trabajo señaló un promedio de 7,56 diagnósticos por paciente, lo que señaló en ese momento la precariedad de la salud de este grupo etario por lo que se decidió realizar una nueva evaluación para evaluar la evolución en el tiempo y poder generar líneas de acción e investigación. ⁽¹⁷⁾

Marco teórico

Se define persona mayor según la OMS a la persona cuya edad ha superado la esperanza de vida media al nacer ⁽⁹⁾. En el ambiente nacional venezolano y en general en los países iberoamericanos, se le denomina adulto mayor, a las personas de más de 65 años. ⁽²⁾

Se aclaró en los antecedentes en relación con la morbilidad del adulto mayor, que el EPOC, la colelitiasis, colecistitis, enfermedad de Parkinson, infarto al miocardio, enfermedad cerebrovascular, trastornos endocrinos, diabetes ⁽¹⁸⁾; son las enfermedades médicas más comunes en los integrantes dicho segmento etario de elevado nivel de riesgo. Sin embargo, es relevante para el estudio que se propone, tener presente que algunos medicamentos como las benzodiazepinas, los antihipertensivos, los antineoplásicos, entre otros, pueden causar depresión en

momentos posteriores, o incrementar la severidad de síntomas depresivos ya presentes. ⁽¹⁹⁾

Adicionalmente, es fundamental considerar identificar y comprender con mayor profundidad la relación existente entre las enfermedades médicas y la depresión, de tal manera que la fuente etiológica de los síntomas pueda estimarse con mayor precisión. Esto permite contrarrestar el posible sesgo de sobre diagnóstico de enfermedades médicas, que lleva a sub diagnosticar la depresión y, de igual forma, contribuye a que tampoco se pasen por alto síndromes físicos hasta el punto de incurrir en un sobre diagnóstico de la depresión. ^(20,21)

Por otra parte, poco se conoce la participación de las afecciones como las alteraciones de la nutrición, en particular de la obesidad, la demencia, la depresión y el maltrato. Sin embargo, está verificado que un número importante de venezolanos adultos mayores sufren un estado de dependencia funcional y que afecciones como la demencia son al menos igualmente prevalentes en el país que en otros más avanzados. ^(22, 23)

En consecuencia, no basta simplemente con hacer más de lo que ya se está haciendo o con hacerlo mejor. Se necesita un cambio sistémico. En los países de ingresos altos, los sistemas de salud suelen estar mejor diseñados para curar enfermedades agudas que para gestionar y reducir al mínimo las consecuencias de los estados crónicos prevalentes en la vejez. ⁽²¹⁻²³⁾

Además, en estos sistemas frecuentemente se trabaja de manera compartimentada, por lo que se abordan cada una de estas cuestiones por separado. Esta situación puede conducir a la polifarmacia, intervenciones innecesarias y una atención inferior a la adecuada. ^(24,25)

- Índices socioeconómicos

En los países de ingresos bajos o en los entornos de escasos recursos de todo el mundo, el acceso a los servicios de salud suele ser limitado. Es posible que los trabajadores sanitarios no tengan la formación suficiente para hacer frente a los problemas comunes de la vejez, como la demencia o la fragilidad, y que se pierdan oportunidades para el diagnóstico temprano y el control de algunas afecciones, como la hipertensión arterial, un factor de riesgo clave para las principales causas de muerte de las personas mayores: las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares. ⁽²⁶⁾

Uno de los índices más frecuentes para evaluar el estrato social de las familias, es el Método Graffar Modificado por Méndez Castellano, que considera: ⁽²⁶⁾.

1. Procedencia del ingreso
2. Profesión del jefe de hogar
3. Nivel de instrucción de la madre
4. Condiciones de alojamiento

Emplea una escala tipo Likert del 1 al 5 (1 para muy bueno y 5 para muy malo). El puntaje obtenido en cada variable se suma y se obtiene un total, que puede ir desde 4 (clase alta) hasta 20 (pobreza crítica), de acuerdo a las siguientes escalas:

- Estrato I: clase alta (4 a 6 puntos)
- Estrato II: clase media alta (7 a 9 puntos)
- Estrato III: clase media (10 a 12 puntos)
- Estrato IV: pobreza relativa (13 a 16 puntos)
- Estrato V: pobreza crítica (17 a 20 puntos) ⁽²⁶⁾.

- Enfermedades médicas

Enfermedades cerebrovasculares

La hipótesis vascular o estructural, señala que la ECV es un factor etiológico en la depresión de aparición en la vida tardía ⁽²⁰⁾. Esta conceptualización implica que los factores de riesgo cerebrovascular, tales como hipertensión o enfermedad coronaria, están indirectamente relacionados con la aparición de la depresión puesto que, a lo largo del tiempo, contribuyen al desarrollo de enfermedades de los pequeños vasos cerebrales que perturba el funcionamiento neurobiológico.

Análogamente, las lesiones subcorticales, vistas como hiperintensidades en las imágenes de resonancia magnética que son provocadas por cambios vasculares en el cerebro, se asocian a malos resultados en los tratamientos farmacológicos. Las hiperintensidades en los ganglios basales y en la sustancia blanca peri ventricular también se asocian al envejecimiento normal ⁽²⁷⁻³⁰⁾.

Diabetes mellitus

A nivel mundial, se estima que más de 285 millones de adultos padecen de diabetes. En los países en desarrollo, la mayoría de diabéticos tienen entre 45 y 64 años de edad mientras que, en los países desarrollados, la mayoría de personas con diabetes son adultos mayores de 65 años ⁽³¹⁾.

Por otra parte, debe tenerse presente que una activación del eje hipotalámico-hipófisis-suprarrenal que, mediante elevaciones en los niveles de cortisol, puede antagonizar el proceso de eliminación de glucosa y contribuir a la acumulación de grasa visceral que fomenta la resistencia ante la insulina ⁽³²⁾.

Estos mecanismos también pueden estar acompañados por alteraciones en el sistema inmune, que pueden dañar las células pancreáticas, así como por cambios conductuales asociados a malos hábitos de salud que, sumado a otras respuestas fisiológicas asociadas a la depresión, tales como actividad hormonal contra-

regulatoria, alteraciones en el transporte de la glucosa y activación inmuno- inflamatoria, pueden producir resistencia ante la insulina y alteraciones celulares.⁽³²⁾

Enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson se caracteriza por enlentecimiento motor, rigidez, temblor fino e inestabilidad postural. Además, es la segunda enfermedad neurodegenerativa más común tras la demencia tipo Alzheimer, y su mayor tasa de incidencia se presenta en adultos entre 55 y 66 años de edad ⁽³³⁾. Se ha observado que los pacientes con parkinsonismo padecen degeneraciones en núcleos subcorticales en el área ventral-tegmental, hipotálamo, núcleo dorsal del rafe y locus ceruleus ⁽³³⁾.

Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC)

La neumonía se define como comunitaria, cuando se adquiere en un ambiente extra-hospitalario o se manifiesta en las primeras 48-72 horas del ingreso a una institución de salud y el paciente no estuvo hospitalizado en los 7 días previos a su admisión. Los estudios poblacionales prospectivos sitúan una incidencia anual de NAC entre el 5 y el 11% de la población adulta. Es muy conocido que la enfermedad es más frecuente en varones, en los extremos de la vida y en presencia de diversos factores de riesgo, entre ellos, consumo de alcohol y tabaco, malnutrición, uremia o enfermedad pulmonar obstructiva crónica ^(34, 35).

Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia en el adulto mayor, con tasas entre el 30 y el 70% de todos los casos de demencia. Existen síntomas comunes entre la depresión y la enfermedad de Alzheimer que dificultan el diagnóstico diferencial. Entre ellos se encuentran la pérdida de interés, la dificultad para concentrarse, y el enlentecimiento psicomotor, a lo cual que se suma la dificultad para diferenciar entre la depresión y la apatía típica de la demencia tipo

Alzheimer^(36, 37).

Depresión

La depresión se considera uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes y según Martínez, el segundo trastorno que más discapacidad produce en la población anciana, y es de particular interés en este grupo de pacientes por su frecuencia, etiología, expresión clínica, relación con otras enfermedades, tratamientos no siempre exitosos y deterioro de la calidad de vida ⁽³⁸⁾.

Los cambios biológicos, psicológicos, económicos y sociales que se observan en el proceso de envejecimiento, asociado a las numerosas enfermedades que aparecen en esta etapa de la vida, conllevan a pensar que en los ancianos existen una serie de factores que favorecen la aparición de una depresión ⁽³⁹⁾.

Como otros síndromes psiquiátricos geriátricos, es importante efectuar un diagnóstico de depresión en la vejez a través de la historia del paciente y la historia colateral que aporta un miembro de la familia. La depresión puede desarrollarse por primera vez en la tercera edad o ser una recurrencia de un trastorno afectivo previo. Suele ser menos evidente y franca que en otras etapas de la vida ⁽³⁹⁾.

Los criterios del trastorno depresivo son los siguientes:

- Disminución del interés o capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades.
- Pérdida de peso sin hacer dieta.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Sentimiento de inutilidad.
- Pensamiento recurrente de muerte.

Los pacientes ancianos se benefician del tratamiento farmacológico al igual que los adultos de mediana edad. Se debe tener en consideración los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos característicos del envejecimiento que modificarán la respuesta a los fármacos, entre ellos los antidepresivos, de forma que

se requieren dosis menores de los mismos para conseguir efectos clínicos equivalentes⁽⁴⁰⁾.

- Evaluación cognitiva en adultos mayores

Test del reloj

Es una prueba sencilla y corta (<5 min) que implica dibujar un reloj con todos los números y los punteros, que indique una hora en que se contrapongan el minutero y el horario (por ejemplo las 11:10). En el caso que el paciente falle en el dibujo espontáneo se le puede solicitar que copie un dibujo de un reloj. Si es que falla en ambas tareas se puede asumir que hay compromiso visuo constructivo, mientras que si falla sólo en el dibujo espontáneo y mejora con la copia, sólo falla la planificación (Anexo 1)⁽⁴¹⁾

Cuanto más baja es la puntuación total obtenida, mayor es el deterioro cognitivo del paciente. La evaluación se divide en tres partes independientes:

Esfera: la puntuación va de 0 a 2, en función de si es circular, ovalada, asimétrica o no se ha dibujado.

Números: si están todos, si hay errores en su colocación dentro de la esfera (o si dibujan alineados), si se han puesto fuera de ella. La puntuación en este caso va de 0 a 4.

Manecillas: la puntuación (de 0 a 4) se determina en función de si se han dibujado o no las dos, si se unen en el centro de la esfera, si la proporción de tamaño es correcta, si la hora que marcan es la que se ha pedido, etc.

La puntuación final del test del reloj se realiza sumando la obtenida en las dos pruebas. Por encima de 15 se considera que no hay deterioro cognitivo y por debajo de este límite la prueba es positiva y, por tanto, el paciente presenta un deterioro de sus capacidades cognitivas.

Evaluación de la discapacidad

La escala de Barthel (anexo 2) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez Actividades de la Vida Diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia. Es fácil de aplicar, con alto grado de fiabilidad y validez, capaz de detectar cambios, fácil de interpretar, de aplicación sencilla y puede adaptarse a diferentes ámbitos culturales.⁽⁴²⁾

Granger *et al*, desarrollaron otra versión que incluía 15 actividades; es decir, 5 actividades más que la original. Shah *et al*, incrementan el número de niveles por cada actividad hasta 5, pretende aumentar la sensibilidad de la medida. El rango es entre 0 y 100 .^(43, 44)

Cuanto más cerca de 0 está la puntuación de un sujeto, más dependencia tiene; cuanto más cerca de 100 más independencia. El IB puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías (las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2 ó 3 puntos) resultando un rango global entre 0 y 20. De este modo se evita la pseudoprecisión implícita en la escala original de 0 a 100. Por ejemplo, en esta escala no existen puntuaciones intermedias entre 0 y 5, y así sucesivamente, con lo que la cantidad total de posibles valores es de 21.^(45, 46)

Test de paisajes

El test de paisajes (anexo 3) es un instrumento sencillo, sensible y novedoso para la valoración de la memoria visual en la enfermedad de Alzheimer (EA) inicial. Esta es la principal conclusión de un estudio, publicado en Revista de Neurología, en el que los autores han diseñado un test de memoria visual libre de contenido verbal, que permite discriminar entre sujetos con EA y controles.⁽⁴⁷⁾

Objetivo general

Identificar las enfermedades médicas más frecuentes en los adultos mayores de 65 años ingresados al Servicio de Medicina Interna emergencia, hospitalización y consulta externa del Hospital General de Oeste.

Objetivos específicos

1. Relacionar las características demográficas y patologías de los pacientes.
2. Clasificar los diagnósticos, tratamiento y seguimiento de los pacientes atendidos.
3. Identificar las causas de mortalidad.

Aspectos éticos

El pensamiento bioético está basado en 4 principios básicos, que son Autonomía basado en el respeto a las personas asegurándoles condiciones para actuar de forma autónoma. Beneficencia tiene como obligación la de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios. No Maleficencia, consiste en abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros y justicia basado en tratar a cada uno como corresponda con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad, es relevante destacar que los pacientes firmaron un consentimiento informado cumpliendo con los 4 principios descrito anteriormente, (Anexo 1) previa explicación verbal del procedimiento, sus objetivos, sus ventajas y desventajas, con lo cual las personas tendrán la posibilidad de analizar su participación o no en el estudio, respetándose su decisión final y ofreciéndole la atención requerida independientemente de su decisión de mantenerse en el estudio ⁽⁴⁸⁾.

MÉTODO

Tipo de estudio

La investigación es de tipo descriptivo, prospectivo y transversal en un trabajo de campo clínico. ⁽⁴⁹⁾

Población y muestra

La población está comprendida por todos los pacientes atendidos en el hospital, de cualquier género y mayores de 65 años.

La muestra es de tipo no probabilístico intencional conformada por 250 pacientes atendidos en la hospitalización de medicina interna, interconsulta o emergencia, entre los periodos de agosto 2015 a junio 2016, según los siguientes criterios de inclusión y exclusión: ⁽⁵⁰⁾

Criterios de inclusión

Pacientes mayores de 65 años que consulte al servicio de medicina interna.

Pacientes que hayan firmado el consentimiento informado respectivo.

Pacientes femeninos y masculinos.

Ingresos por hospitalización, interconsulta o emergencia.

Criterios de exclusión

Pacientes menores de 65 años.

Procedimiento

Al aprobar el consentimiento informado (Anexo 1), se incluyeron los pacientes en la investigación. Fueron evaluados a través de una historia clínica orientada por datos paraclínicos básicos y los dirigidos a sus enfermedades de base, radiografía de tórax, test de capacidad cognitiva, escala de Barthel, test de CAGE, evaluación

cuantitativa del tabaquismo, y en casos de sospecha clínica de otros diagnósticos, se

indicaron los paraclínicos o las escalas necesarias para documentar los diagnósticos, los pacientes fueron seguidos hasta obtener todos los criterios clínicos y paraclínicos que sustentan problemas diagnósticos que justifique bien sea la consulta o la estadía hospitalaria. Se diseñó una hoja de protocolo con las variables contempladas (Anexo 2).

Tratamiento estadístico

Una vez recolectada la información de la muestra seleccionada, se procedió a elaborar un análisis de la misma para lo cual se calculó la media y la desviación estándar de las variables continuas; en el caso de las variables nominales se calcularon las frecuencias y porcentajes. Para este estudio se emplearon las técnicas de la estadística descriptiva ⁽⁴⁹⁾

Luego, los datos fueron organizados y tabulados generando tablas de frecuencia e histogramas de barras con clases de datos y categorías que conducen al análisis de la muestra de datos registrados en el proceso de recolección de los mismos, de acuerdo con las variables a estudiar ⁽⁵⁰⁾

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Recursos humanos

Los recursos o competencias humanas que apoyaron la investigación fueron los autores, el personal médico y personal de los servicios de hospitalización, emergencia y consulta externa del Hospital General del Oeste.

Recursos materiales

Se utilizaron los recursos aportados por el hospital y áreas de evaluaciones adicionales para la realización de los exámenes clínicos y paraclínicos requeridos. El material de oficina y de computación fue aportado por los autores

RESULTADOS

Se evaluaron un total de 250 pacientes con 54% masculinos y 46% femenino. En el grupo total se observó que la edad promedio en años y su desviación estándar fue de $71,66 \pm 6,08$ DS. Según el género se encontró que las mujeres tenían un promedio de $71,20 \pm 6,26$ DS, los hombres $72,13 \pm 5,91$ DS (Gráfico 1).

Cabe destacar que el 44.4% fueron pacientes entre los 65 y 69 años, 29.6% entre los 70 a 74 años, el 12.6% entre los 75 a 79 años, el 7,2% entre los 80 a 84 años y el 6% entre 85 y 92 años (Gráfico 2).

En cuanto a la ocupación actual de los pacientes, se observó que el 44.4% se encuentran pensionados. El 21,2% del total corresponde a mujeres que realizan labores del hogar y el 18% son comerciantes, este último grupo el 15.6% son hombres. Otras ocupaciones como chofer, obrero, cocinero y costurero representaron valores menores del 8% del total de la muestra. (Gráfico 3). A su vez, dentro los pensionados en los hombres predominan de profesión docente 44,7% seguidos por cargos administrativos 30,2%, servicios generales 22,3% y labores en salud 2,6%. Por otra parte, las mujeres pensionadas primordialmente laboraran en servicios generales 34,3%, docentes y administrativo 22,8%. (Gráficos 3 al 5)

La distribución por los diferentes servicios en los cuales se evaluaron a los pacientes fue: cirugía 4,8% (12), traumatología 3,6% (9), emergencia 28,8% (72), hospitalización Medicina interna 39,2% (98), consulta externa de medicina interna 23,6% (59). (Gráfico 6).

Con respecto al estado civil en hombres predominó el concubinato con un 40% (54), seguido de casados 31,8% (43), viudos 19,2% (26) y solteros 9,8% (12) en contraste con las mujeres en donde el 32,2% (37) casadas, concubinato 29,5% (34), viudas 25,2% (29), solteras 13% (15). (Gráfico 7).

En cuanto a los hábitos se encontró un mayor sedentarismo en mujeres quienes no realizan ejercicio físico en un 88,7% en comparación con los hombres en un 78,5%. El consumo de alcohol se evidencio una mayor frecuencia en hombres quienes refieren un 20% (27) consumo ocasional, 15,5%(21) abuso de alcohol y solo un 6% (8) dependencia al mismo. En mujeres 9,6% (11) consumo ocasional, 6% (7) abuso y 1,7% (2) dependencia. En contraposición en hombres se encontró menor frecuencia de hábito tabáquico 13,4% en relación a las mujeres en 41,8% y el 99% de la de los pacientes niegan consumo de drogas ilícitas. (Gráficos 8 al 12).

Las patologías que conforman los antecedentes personales se distribuyeron en hipertensión arterial el 32.7%, diabetes mellitus en 27,7%, hemorragia digestiva superior 11%, Neumonía adquirida en la comunidad 8,5%, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en 7,8% y tuberculosis pulmonar 4,6% de los pacientes. En relación con patologías como artritis reumatoide, enfermedad cerebro vascular, hipotiroidismo y cirrosis micronodular fueron de una presencia en menos del 5%. Se destaca que en ambos géneros predominaron los antecedentes de HTA, Diabetes Mellitus. (Gráfico 13 al 15).

Se cuantificaron 72 pacientes con antecedentes quirúrgicos, de los cuales 25 pacientes intervenidos por colecistectomía vía laparotomía, 19 con apendicectomía, 6 con prostactectomía, 4 cesáreas, 4 artroscopia de rodillas, 4 histerectomías y 3 tiroidectomía. (Gráfico 16).

En relación a la situación socioeconómica evaluada mediante escala Graffar, se observó que en la población predomino el estado de pobreza relativa (IV) y pobreza crítica (V) con 44,4% y 25,2% respectivamente. El 22,4% se ubicó en estrato medio (III), 6,8% estrato medio alto (II) y solo el 1,2% estrato muy alto (I). No se evidenciaron marcadas diferencias en la estratificación socioeconómica entre ambos géneros. (Gráficos 17 al 19).

En relación a lugar de procedencia la predominante fue Caracas con 80,8% (202) con prevalencia 83% y 78,3% en hombres y mujeres respectivamente. Seguidos de la zona central 8,7% y andina con 7% en mujeres. En el caso de los hombres, las zonas de procedencia diferentes a Caracas presentaron escasa variabilidad con valores menores al 5,5%. (Gráficos 20 y 21).

Los diagnósticos realizados más prevalentes fueron de enfermedades cardiovasculares con 18,7% (185); seguidos en orden de frecuencia nutricionales 13,9% (137) metabólicos 13,1% (129), hematológicos 11,1% (110), gastroenterológicos 10,2% (101), nefrológicos 9,2% (91), respiratorios 8,8% (87), neurológicos 5,6% (55), infecciosos 5,3% (52), psiquiátricos 2,9% (29) y el resto 1,1% (11). Cada una de ellas desglosadas en los anexos respectivos. (Gráficos del 22 al 32).

Al practicar la prueba del reloj en las mujeres se encontró mayor riesgo de deterioro cognitivo con 22,6%, en comparación con los hombres 18,5%. Se destaca que en vista de diferentes condiciones neurológicas de los pacientes la escala no fue evaluable en el 18,6% de las mujeres y 13,3% de los hombres. En relación al test del paisaje se encontró mayor predisposición a presentar deterioro cognitivo y afectación de la memoria semántica visual en hombres con 24,4% en comparación con las mujeres 19,1%. Este no fue evaluable en el 13,3% de los hombres y 18,2% de las mujeres. (Gráficos del 33 al 36).

La escala Barthel evidencio que la población independiente fue mayor del 60% tanto en hombres como en mujeres, los cuales pueden desarrollar sus actividades diarias sin ayuda. Entre los dependientes predomino en mujeres las severa con 13%, moderada 10,4%, total 7,8% y leve 6,1%. En hombres presentaron una dependencia moderada en 12,6%, leve 11,1%, severa 8,1% y total 4,5%. (Gráficos 37 y 38).

Se evidenciaron 7 casos de maltrato en los pacientes correspondiente al 2,8% de la muestra total. El cual predominó en mujeres con un 2% (5). El tipo de maltrato más común fue por omisión en un 2%, seguido de maltrato psicológico 0,8% (2). (Gráfico 39).

En cuanto a los diagnósticos se encontró un promedio de 3,95 diagnósticos por paciente. Se realizaron un total de 706 nuevos diagnósticos, entre los cuales destacan en orden de frecuencia anemia 97, desnutrición leve 66, enfermedad cerebrovascular 35, cardiopatía isquémica 28, desnutrición moderada a severa 25, enfermedad renal crónica 25, cirrosis hepática 23, HTA 17, depresión 16, diabetes mellitus 14, EPOC 13, trastornos del ritmo 13 y demencia senil 11. No se evidenciaron decesos hasta el momento del desarrollo del presente estudio.

DISCUSIÓN

Los pacientes atendidos se distribuyeron entre 65 y 92 años, con mayoría de pacientes masculinos, como el trabajo de Bastidas, quien expresó que en Colombia los mayores de 60 años son el 8,9 % de la población; Benítez a su vez, afirmó que los pacientes mayores de 65 años presentan más frecuentemente problemas cardiovasculares seguidos de enfermedades de la vía respiratoria. En este estudio predominaron las patologías cardiovasculares, metabólicas y nutricionales. ⁽¹³⁾

Durán por su parte analizó las enfermedades crónicas en el adulto mayor, concluyendo que se debe incorporar un estilo de vida saludable y una mejor comprensión de la adultez mayor, que permitan la adaptación a esta etapa y que mejoren, por ende, las condiciones de vida en ella ⁽¹⁴⁾.

El presente trabajo muestra que al analizar la ocupación actual de los pacientes y su nivel socioeconómico según la escala Graffar, se observó que el más alto porcentaje se encuentra en pobreza relativa. En comparación con un trabajo realizado previamente en el hospital, se observa a un aumento de la pobreza lo que es particularmente grave para este grupo etario y sus cuidados en salud. ⁽¹⁷⁾

Por otra parte, el número de pacientes con hábitos de realizar actividades físicas es muy bajo al igual que otras conductas de estilos de vida saludable, con un alto porcentaje de pacientes con desnutrición leve e igualmente considerables los desnutridos con un grado moderado a severo, estos más relacionados al déficit de tipo socioeconómico, dado que no existe paralelismo con la discapacidad medida por la escala de Barthel. Este dato también varió sustancialmente en comparación con la proporción de desnutridos años previos en la misma población. ⁽¹⁷⁾

La proporción de personas que no tienen actividad productiva económica representó fue de 76% en las mujeres y 43% en hombres agudizan la situación antes

referida con pocas ocupaciones por estar en su mayoría pensionados o realizar labores del hogar. Este dato señala que el amparo económico depende de la familia y que los que no tienen pensión, probablemente no tuvieron actividad económica estable durante su vida. Es obligación del estado amparar a estos pacientes en procura de una estabilidad integral y mejor calidad de vida. Por otro lado, a pesar de que la proporción de los pacientes con una escala de Barthel que los define como dependientes es baja; hay siempre que pensar, que estos llevan consigo una familia que requiere de un cuidador y este puede no estar preparado para ello, eso se demuestra en el aumento de la frecuencia de maltrato de 1 % hace 25 años a 2,8% en este estudio. ⁽¹⁷⁾

Méndez coincide con el planteamiento en cuanto a la relación entre la formación y hacer frente a los problemas de la vejez perdiendo oportunidades de diagnóstico temprano o control de afecciones, resaltando la hipertensión arterial como causa de muerte. Aunque en el desarrollo de este trabajo no se presentaron defunciones en los pacientes pertenecientes a este estudio, hay que resaltar que se trató de un estudio transversal y que desconocemos el seguimiento de los mismos. ⁽²⁶⁾

Egede *et al*, estiman que la diabetes es más frecuente entre los 45 a 64 años de edad en países en desarrollo. En esta investigación se observó que los pacientes diabéticos se encontraban en los rangos de edad de 65 a 70 años. ⁽³¹⁾

Durán, Egede *et al* y Benítez *et al*, coincide con el trabajo que se presenta, en cuanto a las patologías registradas más frecuentes en este grupo de edad son las cardiovasculares y metabólicas. Duran registró 24,6% de pacientes con hipertensión arterial y 8,6% con diabetes, Egede *et al*, afirma que la mayoría de personas con diabetes son adultos mayores de 65 años y Benítez *et al*, registró que el 51,6% consultaron por hipertensión y 10,8% por diabetes. ^(14, 26, 31)

Coca *et al* también expone en su investigación que aproximadamente la cuarta parte de la población mundial es hipertensa y la prevalencia de diabetes tipo 2, que es la más frecuente, ronda el 6-8% de la población adulta. Tanto la hipertensión como la diabetes son factores de riesgo independientes para enfermedad cardiovascular. Cuando coexisten tienen un efecto multiplicador en el riesgo de complicaciones tanto macro como microvasculares. ⁽⁵¹⁾

Es importante resaltar que en Caracas se debe conocer el nivel de vida activa de los adultos mayores de 65 como insumo de información indispensable en la planificación de los programas de salud para dicho grupo de riesgo social y la formulación de políticas públicas, en términos de morbilidad y costos asociados, como lo expresa Rivadeneira. ⁽⁸⁾ A pesar que la mayoría registró independencia en sus acciones según la escala Barthel.

El promedio de diagnósticos realizados en esta investigación fue de 3,95 por paciente; sin embargo, en este estudio no se contemplaron los diagnósticos de tipo odontológicos ni osteoarticulares los cuales fueron de alta incidencia en el estudio antes descrito. En cuanto a la generalidad de la proporción de los diagnósticos por los sistemas evaluados se mantiene similar, resaltando en la actualidad un gran aumento en los nutricionales principalmente la desnutrición y un crecimiento de la población en estado de pobreza relativa y crítica, lo que refleja que en todos estos años las políticas sociales, económicas y de salud en cuanto a educación sanitaria y atención en prevención no han sido eficaces. ⁽¹⁷⁾

Cabe destacar que la gran mayoría de los pacientes son independientes, lo que redundará en su beneficio, pues pueden mantener un nivel mínimo de calidad de vida y pueden ser incorporados de alguna forma a la dinámica familiar y social; estas actividades evitan la aparición del aislamiento y la depresión. Pero se resalta la presencia de maltrato en un 2,8% de la población con mayor predominio en mujeres con un grado de dependencia total o severa, según escala Barthel.

En general, se observó positivamente que la proporción de fumadores fue baja; así como la de usuarios de drogas ilícitas. Este dato señala una población probablemente más sana en este aspecto de lo esperado, y resta un factor de riesgo para enfermedades crónicas como el EPOC y eventos cardiovasculares. Sin embargo, se contrarresta con un claro sedentarismo. La escasa cantidad de usuarios de alcohol es también llamativa. En todos los hábitos puede haber el sesgo relacionado con el abandono de un hábito previo y negado en la actualidad, lo que genera una nueva área de investigación en función de las patologías que portan.

De acuerdo a los hallazgos dados por las características demográficas y las patologías encontradas, los pacientes con edad promedio de 71 años, sin actividad física, en el estatus de pobreza relativa, que tienen un nivel de instrucción incompleta, son vulnerables a problemas cardiovasculares, metabólicos y nutricionales y la asistencia médica debe orientarse a que logren la adaptación a esta periodo y lograr mejorar su condición de vida,

La clasificación de los diagnósticos permitió verificar que alto sedentarismo, y la presencia de enfermedades crónicas de base con hipertensión arterial, diabetes mellitus son factores de riesgo para el desarrollo de otras patologías cardiovasculares, metabólicas y renales a pesar que no se registró mortalidad en el lapso de la investigación.

Consecuencialmente, en el Hospital General de Oeste se plantea la importancia de un protocolo para la atención preventiva para adultos mayores que resalte un programa que informe a la población sobre las causas que afectan en la morbilidad y mortalidad de personas mayores de 65 años, que genere conciencia en las opciones que minimicen las causas de hipertensión, diabetes mellitus, así como otras

patologías como la desnutrición, enfermedad cerebro vascular, enfermedad renal crónica, EPOC, cirrosis micronodular, entre otras.

La frecuencia de ECV, cardiopatía isquémica, HTA, IC, neumonías, cáncer entre otros, son equiparables a la realidad nacional y mundial, insistimos en que lo realmente preocupante es el aumento de la pobreza y la desnutrición. ^(1,9,10,11,17)

Las patologías diagnosticadas de manera independiente o combinadas puede tomarse en consideración en la planificación de programas de salud en ese segmento etario para incluirlo como políticas públicas en términos de morbilidad y costos asociados.

La población estudiada es una de las más vulnerables del mundo. Es por ellos, que los hallazgos y actualización de la data periódicamente es necesaria. Una de los señalamientos que encontramos en esta información, es que las patologías mas importantes fueron similares a las previamente encontradas en proporción; por lo tanto 20 años no han sido suficientes para realizar una actividad preventiva adecuada a nivel local, lo que muy probablemente refleje la información nacional. Por lo tanto deben revisarse las políticas de salud para logran invertir en áreas adecuadas y realmente lograr una tercera edad digna y saludable; sin la pobreza y enfermedad que se caracterizó en la muestra estudiada.

REFERENCIAS

1. OMS. Envejecimiento. (Consulta 2016, Abril, 19). Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
2. Bastidas H. Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. Revista de Psicología 2014; 32 (2): 193-218. ISSN 0254-9247.
3. United Nations Population Fund (UNFPA) & HelpAge International. Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and a Challenge. Nueva York: Autor. 2012.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 2013. 5.
5. Unsar S. Sut N. Depression and health status in elderly hospitalized patients with chronic illness. Archives of Gerontology & Geriatrics, 2010; 50(1), 6-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2008.12.011>.
6. Fiske A, Wetherell JL. Gatz M. Depression in older adults. Annual Review of Clinical Psychology, 2009; 5, 363-389. (Consulta, 2016, Mayo, 12). Disponible en: [http:// dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621](http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621).
7. MPPS. Indicadores de Salud. 2013 (Consulta, 2016, Mayo, 13). Disponible en: http://www.ine.gov.ve/documentos/Boletines_Electronicos/Estadisticas_Sociales_y_Ambientales/BoletinesSalud/pdf/201303.pdf
8. Rivadeneira J. Ponencia: Políticas Públicas. Foro: De la Ley Orgánica de Recreación a las Políticas Públicas Inmediatas. 2016. Comisión de Cultura y Recreación de la Asamblea Nacional. Caracas: Autor. 2016. Consultado el 24 de septiembre de 2016 en <http://www.asambleanacional.gov.ve/noticia/show/id/14821>

9. OMS. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. 2015 (Consulta, 2016, Mayo, 21). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
10. Aboderin IA, Beard JR. 2015. Older people's health in sub-Saharan Africa. *Lancet*. (Consulta, 2016, Mayo, 29) Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61602-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61602-0) PMID: 25468150.
11. World Health Organization. Global health estimates 2013: deaths by cause, age, sex and regional grouping, 2000–2012. In: World Health Organization, Global health estimates [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (Consulta, 2016, Mayo, 29).Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en
12. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. 2009; 374, (9696):1196–208. (Consulta, 2016, Mayo, 29).Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61460-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4) PMID:198 01098
13. Benitez NB, Obregón KS, Ortiz NV. Situación de salud en los mayores de 65 años pertenecientes al centro de referencia Dr Pedro Biolchi. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. 2009;192: 11-12.
14. Durán A, Valderrama L, Uribe AF, González A, Molina JM. Enfermedad crónica en adultos mayores. *Univ. Méd. Bogotá (Colombia)*, 2010; 51 (1): 16-28.
15. Gámez AM, Montell OA, Ruano V, De León JA, Hay M. Enfermedad renal crónica en el adulto mayor.*Rev. Med. Electron*. 2013; 35 (4). 306-318. (Consulta: 2016, junio 29). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000400001&lng=es.
16. Narváez M, Lugo N. Agente causal de neumonía bacteriana adquirida en la comunidad de adultos mayores. Trabajo Especial de Grado. Universidad Central de Venezuela. 2014; 1: 23-38.
17. Navas T, Sekler E. EL paciente Geriátrico: su epidemiología en el Hospital General del Oeste. *Med Intern (Caracas)* 1991. 7;1: consultada el 6 de septiembre de 2016 en http://svmi.web.ve/wh/revista/V7_N1_N2.pdf

18. Bellissimo JL, Holt RM, Maus SM, Marx TL, Schwartz FL, Shubrook JH. Impact of activity participation and depression on glycemic control in older adults with diabetes: glycemic control in nursing homes. *Clinical Diabetes*, 2011; 29(4), 139-144.
19. Atlantis E, Browning C, Sims J, Kendig H. Diabetes incidence associated with depression and antidepressants in the Melbourne longitudinal studies on healthy ageing (MELSHA). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2010; 25(7), 688-696.
20. Bangen KJ, Delano-Wood L, Wierenga CE, McCauley A, Jeste DV, Salmon DP, Bondi MW. Associations between stroke risk and cognition in normal aging and Alzheimer's disease with and without depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2010; 25(2), 175-182.
21. Braam AW, Beekman AT, Dewey ME, Delespaul PA, Fichter M, Lobo A, Copeland JR. Depression and parkinsonism in older Europeans: results from the EURODEP concerted action. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2010; 25(7), 679-687.
22. Gray RJ, Myint PK, Elender F, Barton G, Pfeil M, Price G, Hardy S. A depression recognition and treatment package for families living with stroke (DepReT-Stroke): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 2011; 12(1), 105-112. (Consulta: 2016, junio 12). Disponible en <http://dx.doi.org/10.1186/1745-6215-12-105> .
23. Velásquez C. La consejería y el síndrome de abandono del adulto mayor en el ambiente familiar. Trabajo de Grado. Universidad Evangélica Nicaragüense Martín Luther King Jr. 2011; 1: 23-88.
24. Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner DL. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions: key lessons and markers for success. London: The King's Fund; 2013. (Consulta: 2016, junio 22). Disponible en http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/co-ordinated-care-for-people-with-complex-chronic-conditions-kingsfund-oct13.pdf.

25. Patterson L. Making our health and care systems fit for an ageing population: Oliver D, Foot C, Humphries R. King's Fund Age Ageing. 2014 Sep;43(5):731.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afu105> PMID: 25074536.
26. Méndez H. Sociedad y Estratificación. Método Graffar-Méndez Castellano. Caracas: Fundacredesa.1994.
27. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. BMJ. 2012;345: e5205.doi: (Consulta: 2016, junio 12). Disponible en <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e5205> PMID: 22945950.
28. Peron EP, Gray SL, Hanlon JT. Medication use and functional status decline in older adults: a narrative review. Am J Geriatr Pharmacother. 2011 Dec;9(6):378–91.doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjopharm.2011.10.002> PMID: 22057096.
29. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. BMC Health Serv Res. 2011;11(1):93.doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-93> PMID: 21549010.
30. Samaras N, Rossi G, Giannakopoulos P, Gold G. Vascular depression. An age-related mood disorder. European Geriatric Medicine, 2010; 1(4), 220-225.
31. Egede, LE. Ellis C. Diabetes and depression: global perspectives. Diabetes Research & Clinical Practice. 2010; 87(3), 302-312. (Consulta: 2016, junio 12). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2010.01.024>.
32. Shehatah A, Rabie MA. Al-Shahry A. Prevalence and correlates of depressive disorders in elderly with type 2 diabetes in primary health care settings. Journal of Affective Disorders, 2010; 123(1-3), 197-201. (Consulta: 2016, junio 12). Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.09.002>
33. Lieberman A. Are dementia and depression in Parkinson's disease related? Journal of the Neurological Sciences, 2006; 248(1-2), 138-142.

34. Trotter CL, Stuart JM, George R, Miller E. Increasing hospital admissions for pneumonia, England. *Emerg Infect Dis.* 2008; 14:727-33.
35. Bantar C. Curcio D. Jasovich A. Begnulo H. Arango A. Bavestreño L. et al. Neumonía aguda adquirida en la comunidad en adultos: Actualización de los lineamientos para el tratamiento antimicrobiano inicial basado en la evidencia local del Grupo de Trabajo de Sudamérica (ConsenSur II). *Rev Chil Infect* 2010; 27 (1): 9-38.
36. Yamane Y, Sakai K. Maeda K. Dementia with Lewy bodies is associated with higher scores on the geriatric depression scale than is Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics*, 2011;1(3), 157-165. (Consulta: 2016, junio 12). Disponible en <http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-8301.2011.00368.x>.
37. Winter Y, Korchounov A, Zhukova TV. Epifanova N. Depression in elderly patients with Alzheimer dementia or vascular dementia and its influence on their quality of life. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 2011; 2(1), 27-32. (Consulta: 2016, junio 12). Disponible en <http://dx.doi.org/10.4103/0976-3147.80087>
38. Martínez O. Depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica* 2007;29 (5): 2-5.
39. Brown M, Lapane K, Luisi A. The management of depression in older nursing home residents. *JAGS.* 2002; 50:69-76.
40. Miranda Fernández-Santos. Depresión en el anciano. *Med Gen.* 2002;40(2): 28-31
41. Royall D, Cordes J, Polk M. CLOX: an executive clock drawing task. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998;64:588-94.
42. Barrero CL, García S, Ojeda A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plast & Rest Neurol* 2005;4 (1-2): 81-85.

43. Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES profile and the Barthel Index. Arch Phys Med Rehabil 1979;60:145-154.
44. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol 1989;42:703-709.
45. Wylie CM. Measuring end results of rehabilitation of patients with stroke. Public Health Rep 1967; 82: 893-898.
46. Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? Int Disabil Studies 1988; 10: 64-67.
47. Valls-Pedret C, Olives J Bosch B, Caprile C, Castellví M, Molinuevo JL y Rami L. Utilidad del test de paisajes en la valoración de la memoria visual en estadios tempranos de la enfermedad de Alzheimer. Rev. Neurol. 2011;
48. Consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS) Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra. 2002. (Citado el 16 julio 2014). Disponible: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm.
49. Arias F. El proyecto de Investigación. Guía para su elaboración. Caracas: Editorial Episteme. 2006; 4: 238.
50. Rivadeneira J, Rivadeneira Z. Notas, Instrumentos y Procedimientos de Metodología de la Investigación. Mimeo. 2008; 373: 314-315.
51. Coca A, Aranda P, Marín R, Calvo C. Hipertensión arterial y diabetes no insulino dependiente. En Casos Clínicos en Hipertensión Arterial. Barcelona, España. Masson. 2000; 2: 101-106.

ANEXO 1.

Consentimiento informado para realización de trabajo de investigación El Adulto Mayor: epidemiología en el Hospital general del Oeste Investigadores: Edinson Escalante Gómez – Francisco José Villamizar Gómez

Esta investigación se realiza para conocer la realidad venezolana del adulto mayor. Ya existe una descripción en el año 1990; sin embargo, dados los cambios en nuestra realidad social, el estudio es necesario

Para el estudio se requiere solamente el consentimiento informado, pues la atención del paciente estará dirigida a sus necesidades y la caracterización sociodemográfica y familiar. No requiere de intervención alguna diferente a sus necesidades, por lo que no se somete el paciente a riesgos adicionales a los que requiere la atención de su patología.

Todos los datos obtenidos serán mantenidos en absoluto secreto y toda la información será solo accesible a los investigadores y médicos involucrados en el estudio. Su identidad no será hecha pública en ninguno de los manuscritos científicos o en las presentaciones que se realicen en eventos científicos.

La participación en este estudio es voluntaria. Cualquier paciente puede negarse a participar en el estudio desde el principio o interrumpir su participación en cualquier momento lo que no afectará la atención que recibirá por parte de su médico en forma alguna.

Yo, _____ portador(a) de la cédula de identidad _____ he sido informado(a) de manera amplia, clara y sencilla y mis preguntas han sido contestadas en relación al estudio sobre el “El Adulto Mayor: epidemiología en el Hospital general del Oeste”, que se llevará a cabo en el Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” en cualquiera de sus servicios, por lo tanto manifiesto estar de acuerdo en participar en él.

Paciente: Nombre y apellido: _____ CI: _____ Firma : _____

Testigo: Nombre y apellido: _____ CI: _____ Firma : _____

Investigador: Nombre y apellido: _____ CI: _____ Firma : _____

Caracas, de de 2016.

Anexo 2.

Escala de Barthel modificada.

<i>Cuadro III. Índice de Barthel, modificación de Shah et al, con 10 actividades y 5 niveles de puntuación⁽⁹⁾</i>					
	Incapaz de hacerlo	Intenta pero inseguro	Cierta ayuda necesaria	Mínima ayuda necesaria	Totalmente independiente
Aseo personal	0	1	3	4	5
Bañarse	0	1	3	4	5
Comer	0	2	5	8	10
Usar el retrete	0	2	5	8	10
Subir escaleras	0	2	5	8	10
Vestirse	0	2	5	8	10
Control de heces	0	2	5	8	10
Control de orina	0	2	5	8	10
Desplazarse	0	3	8	12	15
Silla de ruedas	0	1	3	4	5
Traslado silla/cama	0	3	8	12	15

Fuente: Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol 1989;42:703-709.

Anexo 3.

Instrumento de datos de pacientes.

Consentimiento informado para realización de trabajo de investigación El

Adulto Mayor: epidemiología en el Hospital general del Oeste Investigadores:

Edinson Escalante Gómez – Francisco José Villamizar Gómez

EL ADULTO MAYOR: EPIDEMIOLOGÍA EN EL HOSPITAL GENERAL DEL OESTE																																																														
N°	FECHA			N° H.C.	EDAD	GÉNERO		ESTADO CIVIL				NÚMERO TELEFÓNICO																																																		
	D	M	AÑO			F	M	S	C	V	CONCUB.																																																			
			2016																																																											
DIRECCIÓN:																																																														
OCUPACIÓN:								ACTIVIDAD FÍSICA																																																						
								SI		NO		TIEMPO																																																		
ANTECEDENTES PERSONALES																																																														
SI		NO		CONTROL	SI		NO		LUGAR:																																																					
¿CUALES?																																																														
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS																																																														
SI		NO		CONTROL	SI		NO		LUGAR:																																																					
¿CUALES?																																																														
ANTECEDENTES TABAQUICOS																																																														
SI		NO		DROGAS ILÍCITAS	SI		NO		¿CUALES?																																																					
CONTROL	SI		NO		LUGAR:																																																									
<p style="text-align: center;">ESCALA GRAFFAR GRADOS EN SENTIDO DESCENDENTE</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5">PROFESIÓN</th> <th colspan="5">NIVEL DE INSTRUCCIÓN</th> <th colspan="5">NIVEL SOCIO ECON. FAMILIAR</th> </tr> <tr> <th>1°</th> <th>2°</th> <th>3°</th> <th>4°</th> <th>5°</th> <th>1°</th> <th>2°</th> <th>3°</th> <th>4°</th> <th>5°</th> <th>I</th> <th>II</th> <th>III</th> <th>IV</th> <th>V</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table>															PROFESIÓN					NIVEL DE INSTRUCCIÓN					NIVEL SOCIO ECON. FAMILIAR					1°	2°	3°	4°	5°	1°	2°	3°	4°	5°	I	II	III	IV	V																		
PROFESIÓN					NIVEL DE INSTRUCCIÓN					NIVEL SOCIO ECON. FAMILIAR																																																				
1°	2°	3°	4°	5°	1°	2°	3°	4°	5°	I	II	III	IV	V																																																
<p style="text-align: center;">ESCALA BARTHEL</p> <p>LEYENDA. I: INDEPENDIENTE. D: DEPENDIENTE. NA: NECESITA AYUDA. MA: MÍNIMA AYUDA. GA: GRAN AYUDA. ISR: INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS. C: CONTINENTE. INC.: INCONTINETE. AO: ACCIDENTE OCASIONAL.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">COMER</th> <th colspan="2">LAVARSE - BAÑARSE</th> <th colspan="3">VESTIRSE</th> <th colspan="2">ARREGLARSE</th> <th colspan="3">DEPOSICIÓN</th> <th colspan="3">MICCIÓN</th> </tr> <tr> <th>I</th> <th>NA</th> <th>D</th> <th>I</th> <th>D</th> <th>I</th> <th>NA</th> <th>D</th> <th>I</th> <th>D</th> <th>INC</th> <th>AO</th> <th>C</th> <th>INC</th> <th>AO</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table>															COMER			LAVARSE - BAÑARSE		VESTIRSE			ARREGLARSE		DEPOSICIÓN			MICCIÓN			I	NA	D	I	D	I	NA	D	I	D	INC	AO	C	INC	AO	C																
COMER			LAVARSE - BAÑARSE		VESTIRSE			ARREGLARSE		DEPOSICIÓN			MICCIÓN																																																	
I	NA	D	I	D	I	NA	D	I	D	INC	AO	C	INC	AO	C																																															
IR AL RETRETE			TRASLADARSE S-C				DEAMBULACIÓN				SUBIR Y BAJAR ESCALAS																																																			
I	NA	D	I	MA	GA	D	D	I	NA	ISR	D	I	NA																																																	
DATOS CLÍNICOS																																																														
TENSIÓN ARTERIAL		FRECUENCIA CARDÍACA			FRECUENCIA RESPIRATORIA				PESOEST TURA		ÍNDICE DE MASA CORPORAL																																																			
mmgh		X MIN			X MIN				A KG		MTS																																																			
DIAGNÓSTICO:																																																														
TRATAMIENTO:																																																														
TEST DE PAISAJES:																																																														
TEST DEL RELOJ:																																																														

Anexo 4.

Gráficos y cuadros de la investigación

Gráfico N° 1. Relación de pacientes por sexo

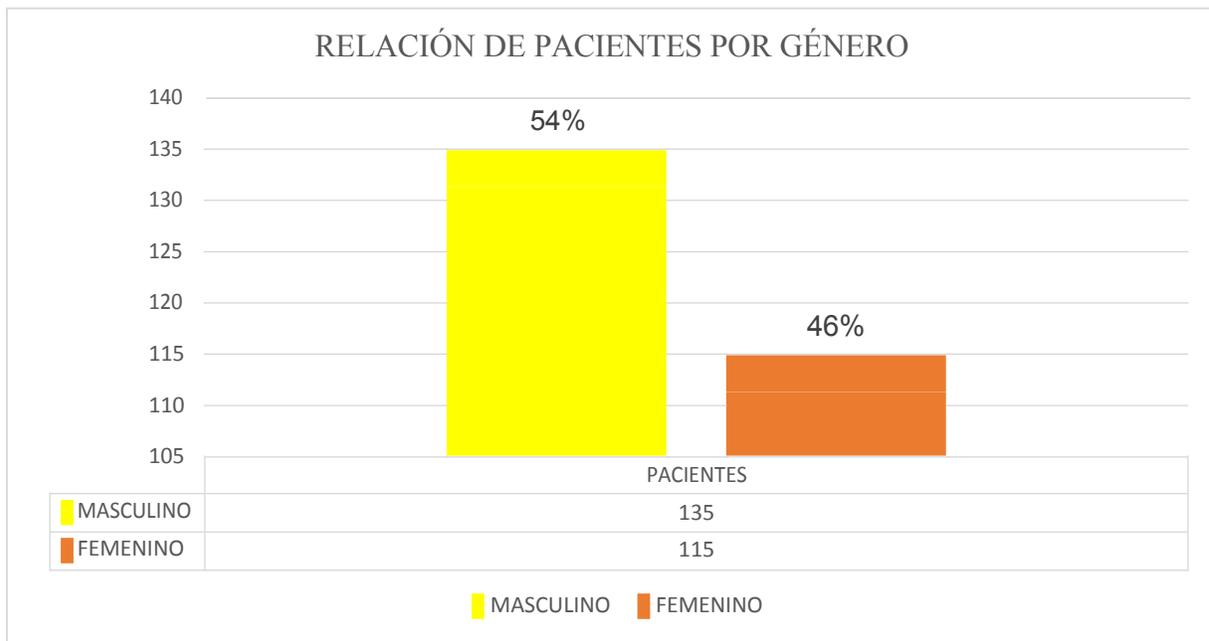


Gráfico N° 2. Relación de pacientes por edades.

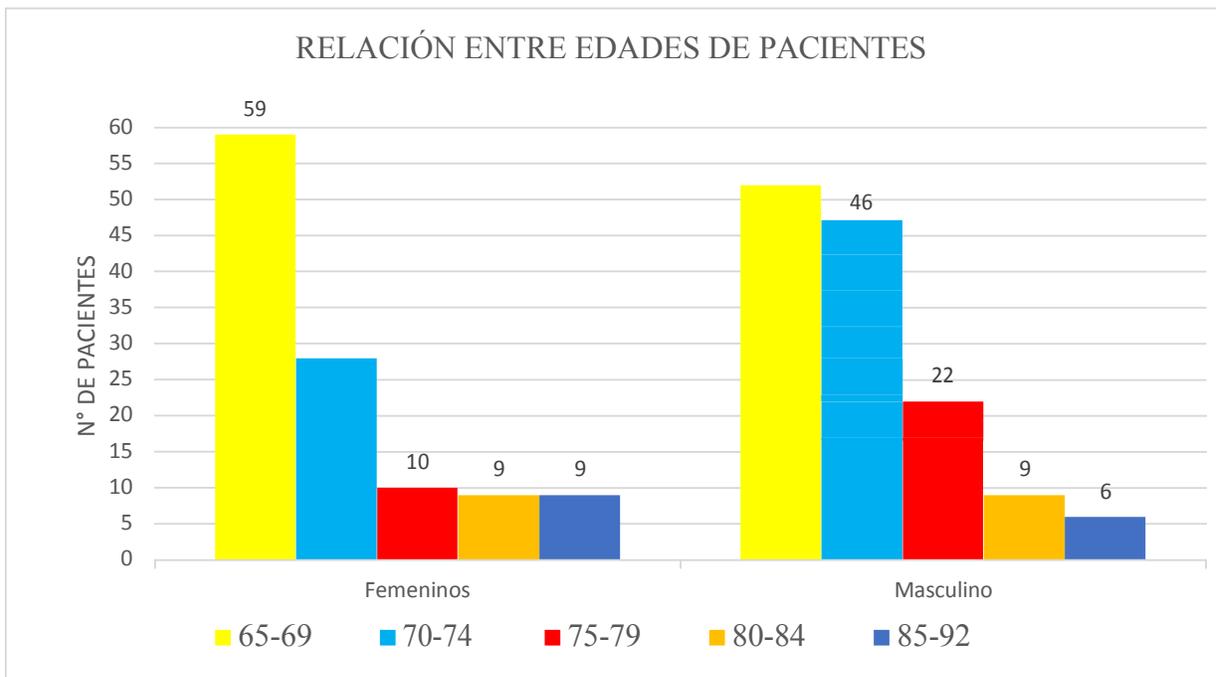


Gráfico N° 3. Relación de ocupación actual de pacientes por género

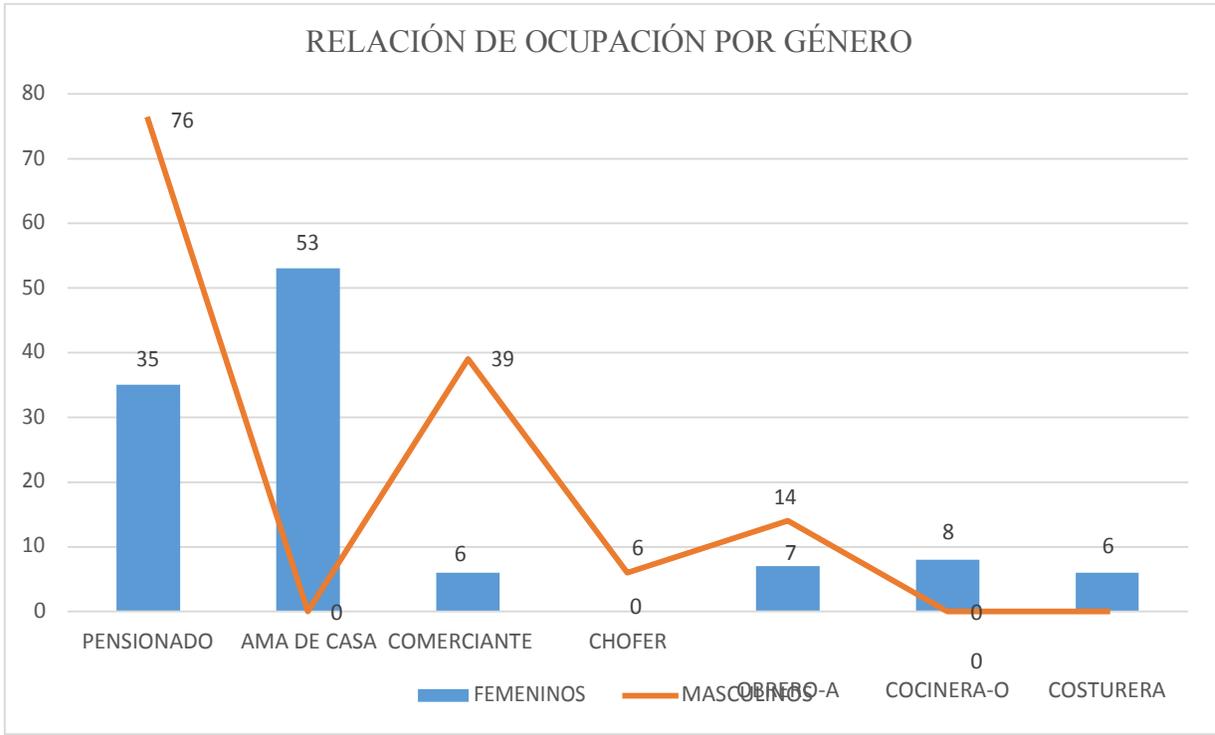


Gráfico N° 4. Profesiones pensionados hombres.

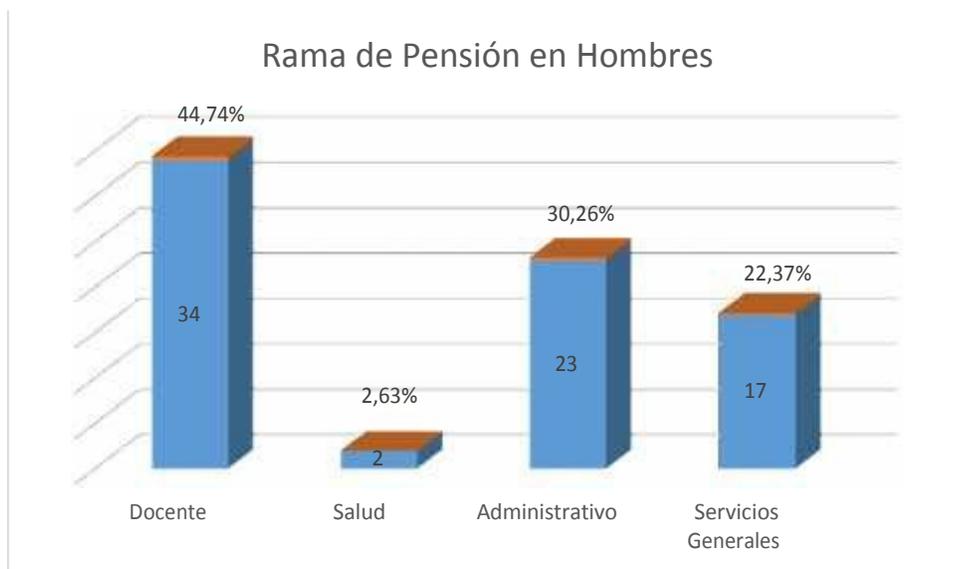


Gráfico N° 5. Profesiones pensionados mujeres.

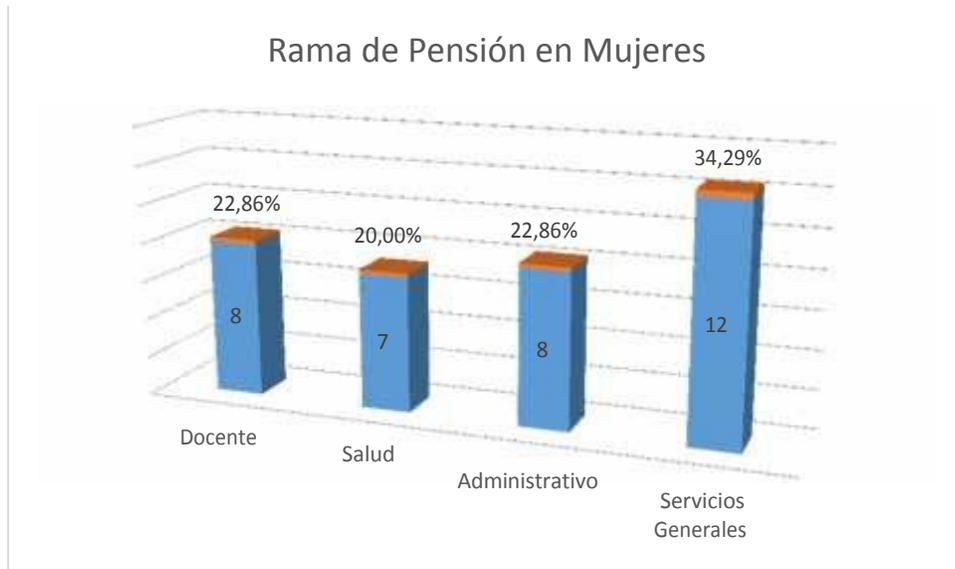


Gráfico N° 6. Servicios de referencia de los pacientes.

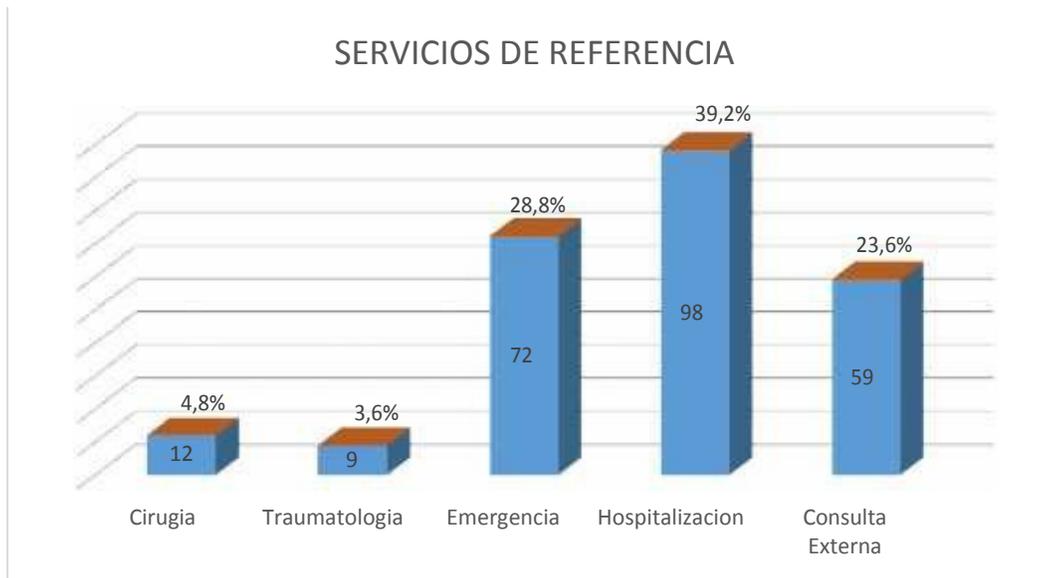


Gráfico N° 7. Relación de estado civil de pacientes por género.

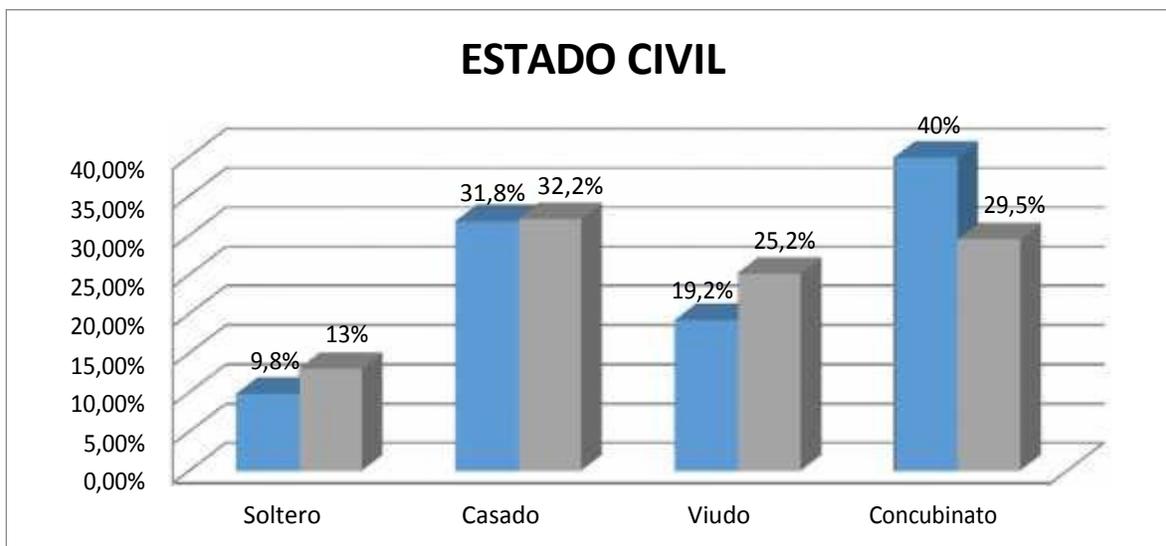


Gráfico N° 8. Actividad física comparación entre géneros.



Gráfico N° 9. Consumo de alcohol en hombres.

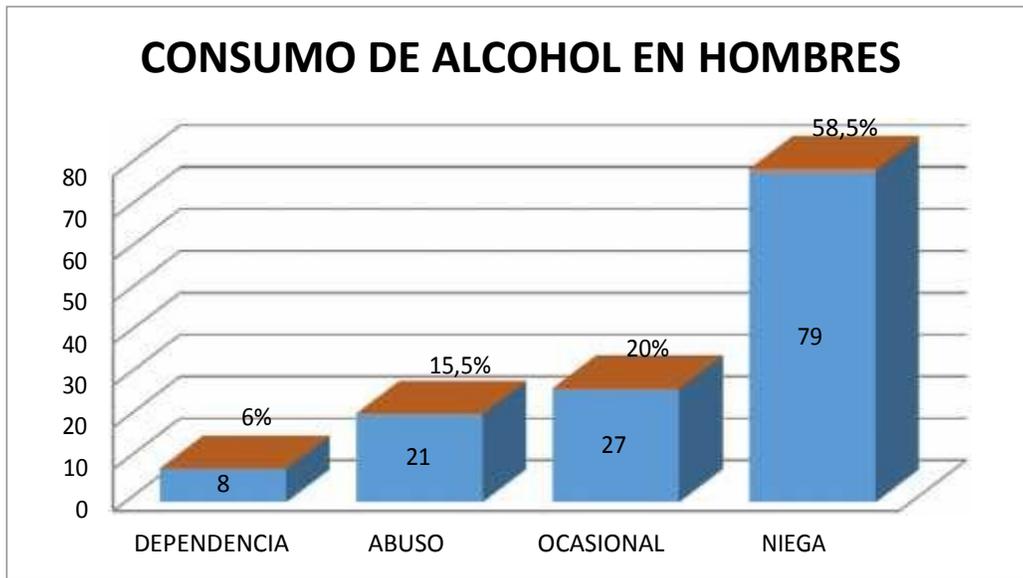


Gráfico N° 10. Consumo de alcohol en mujeres.



Gráfico N° 11. Hábito tabáquico comparación entre género.

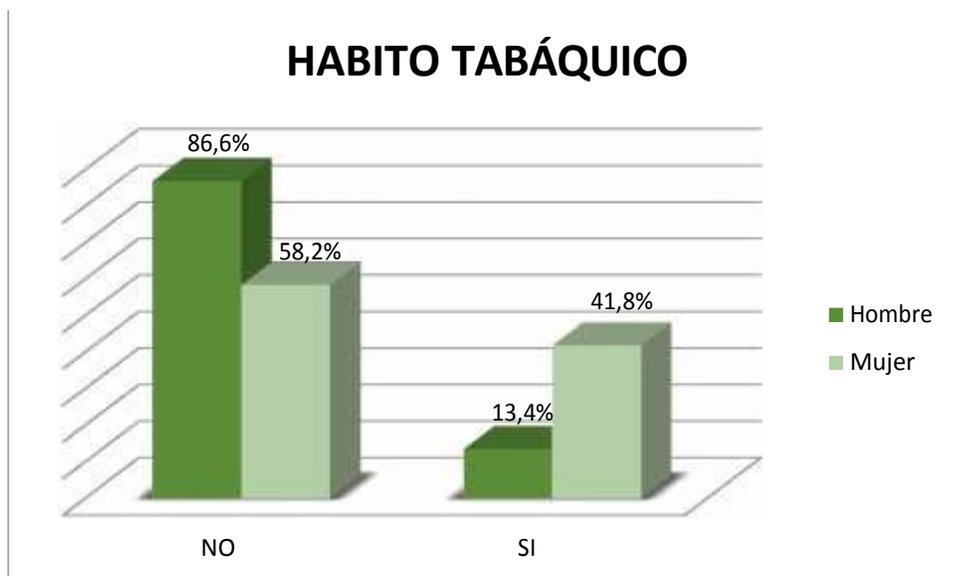


Gráfico N° 12. Hábito tabáquico y consumo de drogas ilícitas.

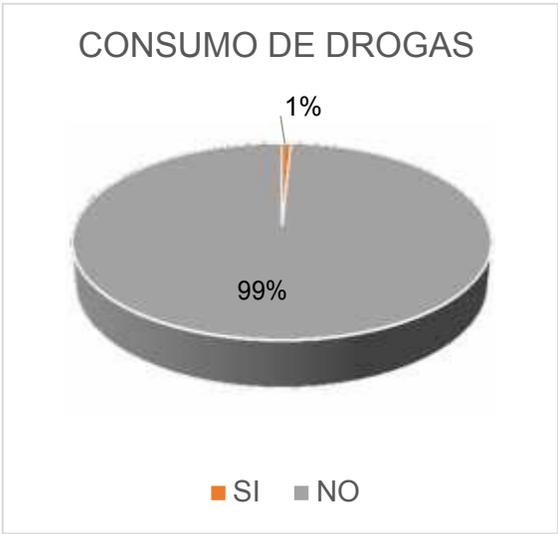
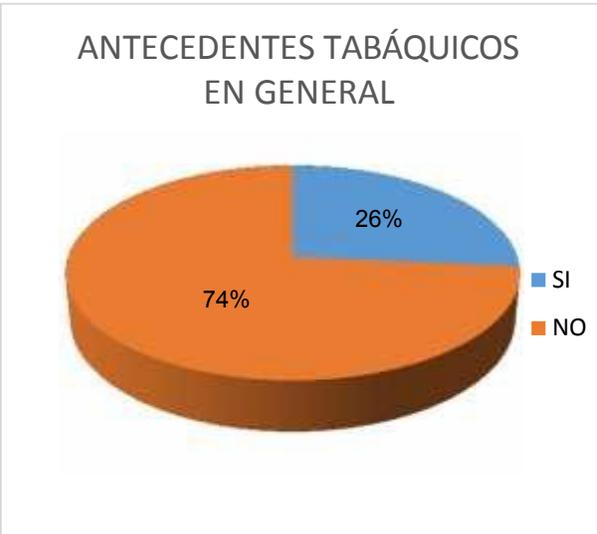


Gráfico N° 13. Antecedentes médicos de los pacientes.

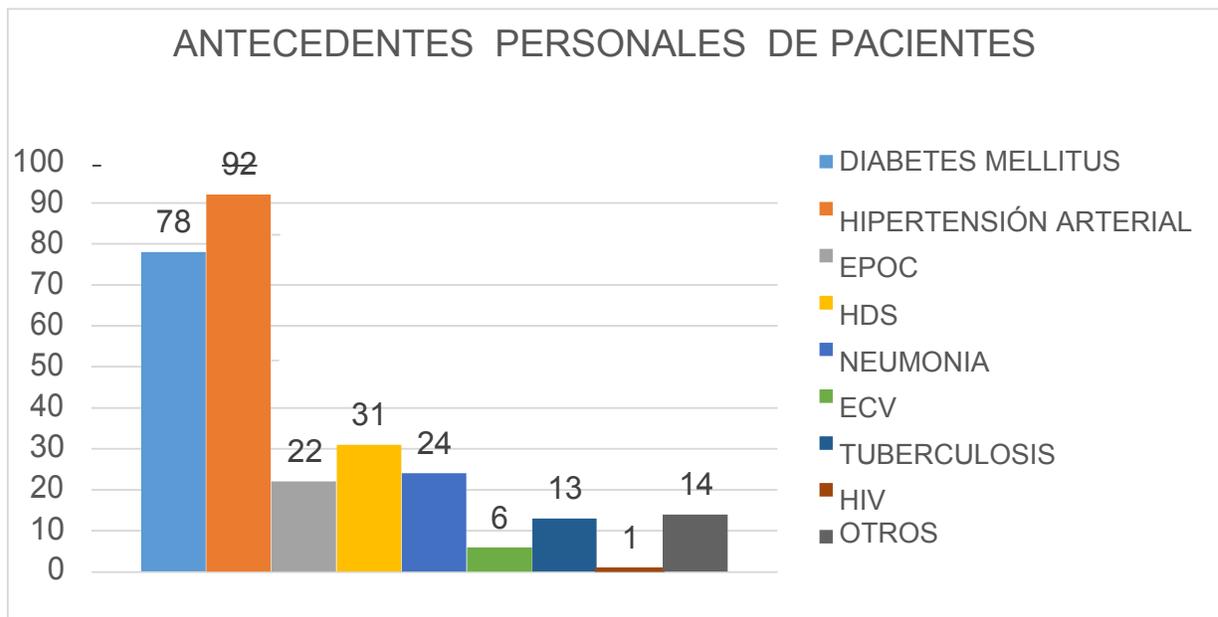


Gráfico N° 14. Antecedentes médicos en hombres.

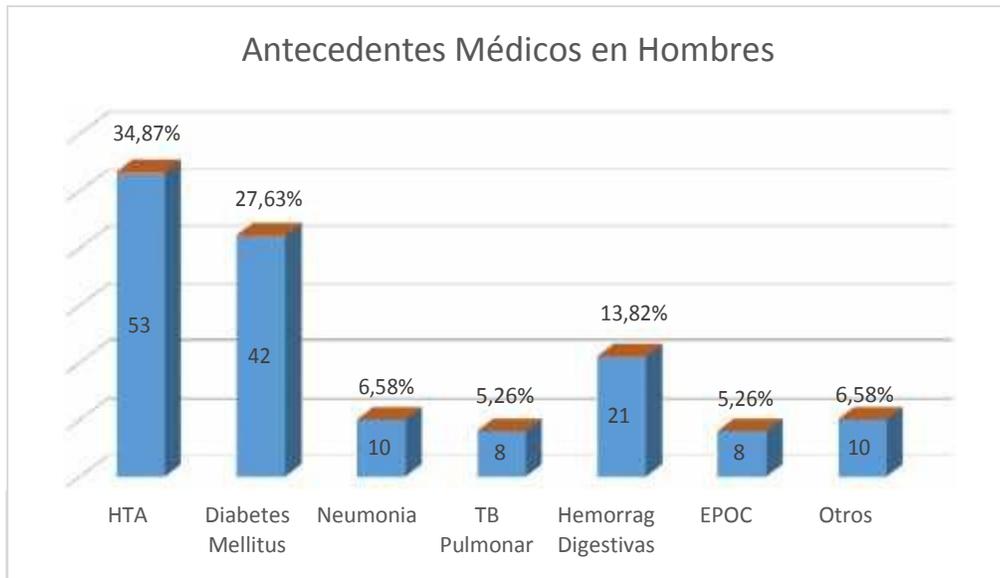


Gráfico N° 15. Antecedentes médicos en mujeres.

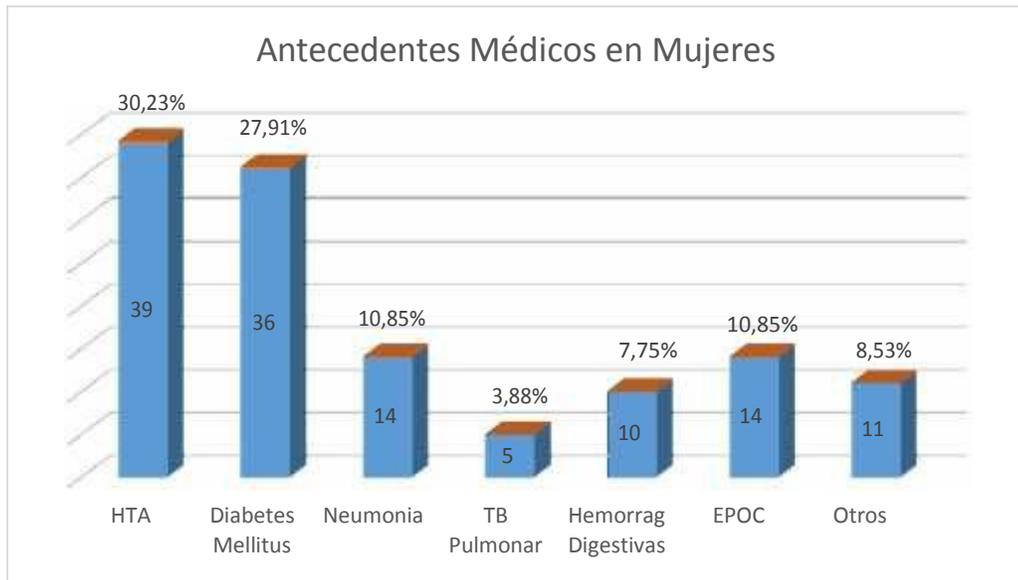


Gráfico N° 16. Antecedentes quirúrgicos de los pacientes

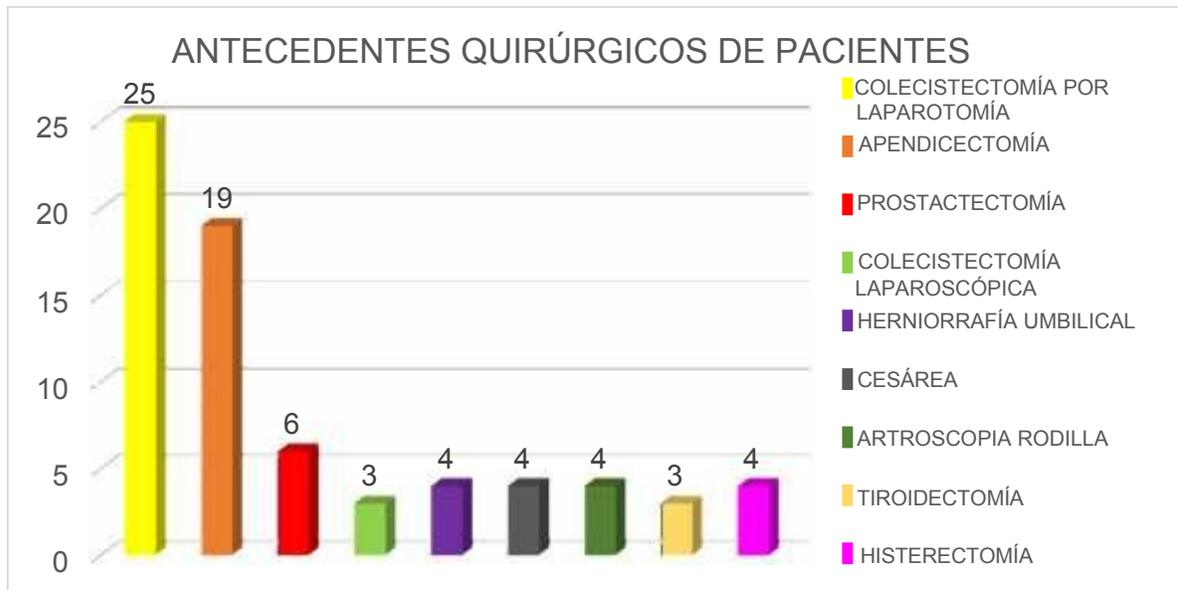


Gráfico N° 17. Escala Graffar general.

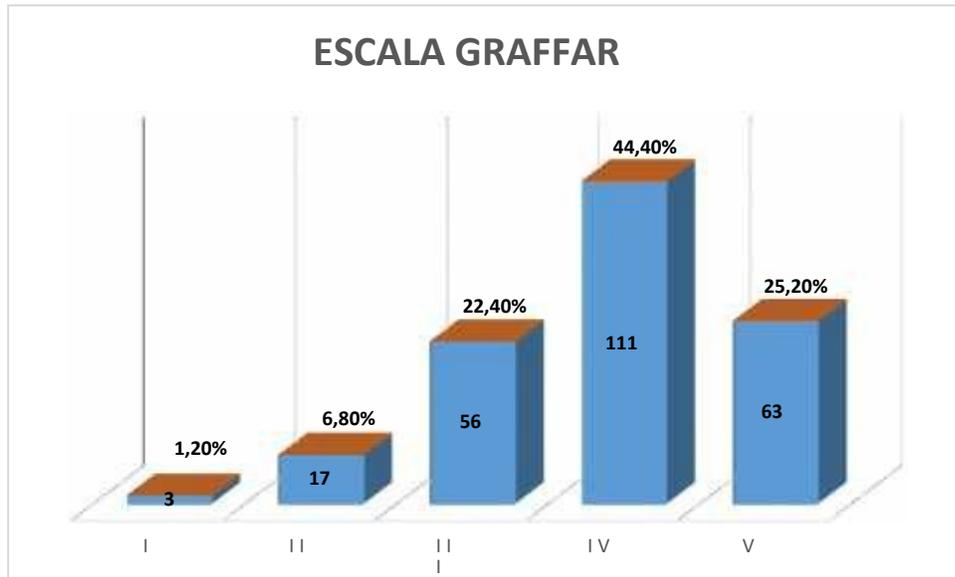


Gráfico N° 18. Escala Graffar en hombres.

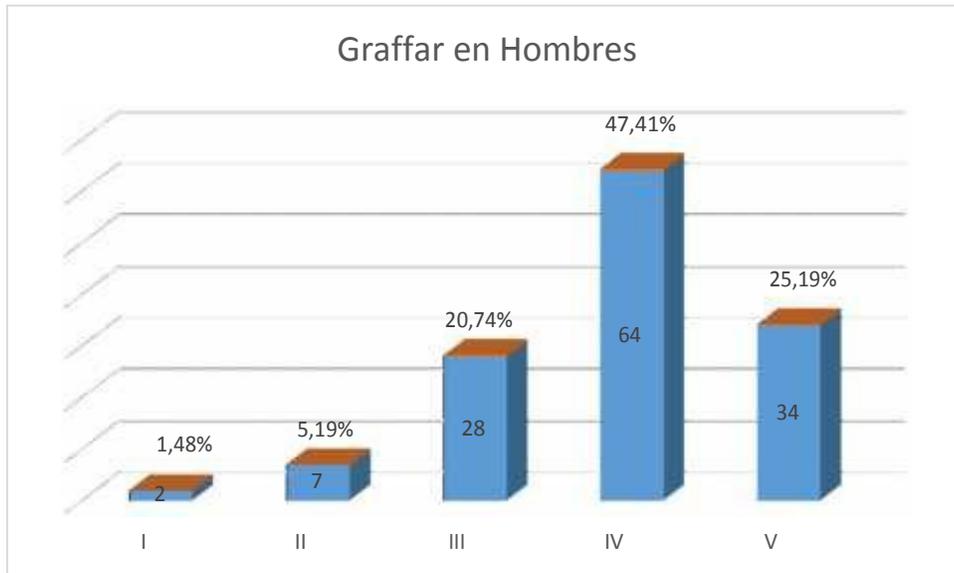


Gráfico N° 19. Escala Graffar en mujeres.

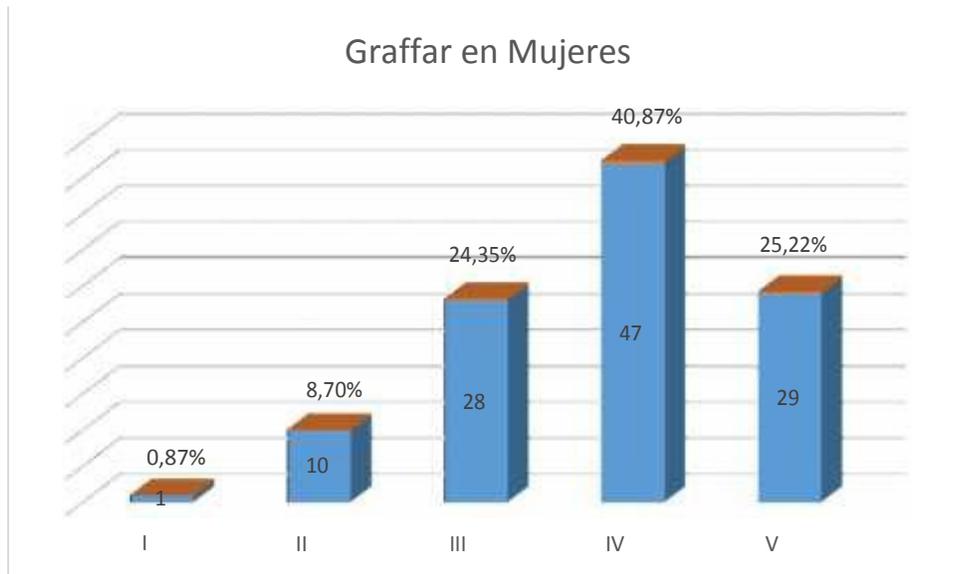


Gráfico N° 20. Lugar de procedencia en hombres.



Gráfico N° 21. Lugar de procedencia en mujeres.

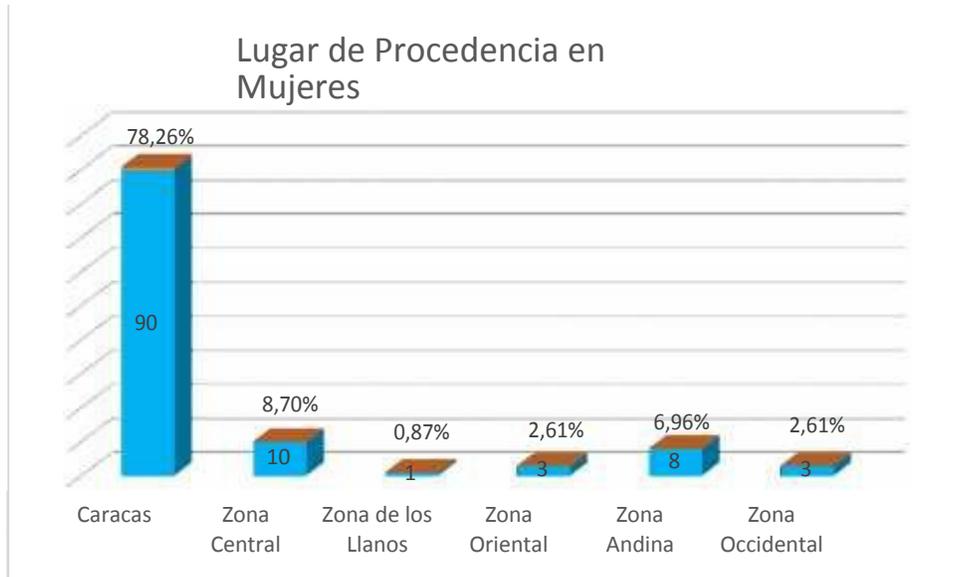


Gráfico N° 22. Diagnósticos por sistemas.



Gráfico N° 23. Enfermedades cardiovasculares.

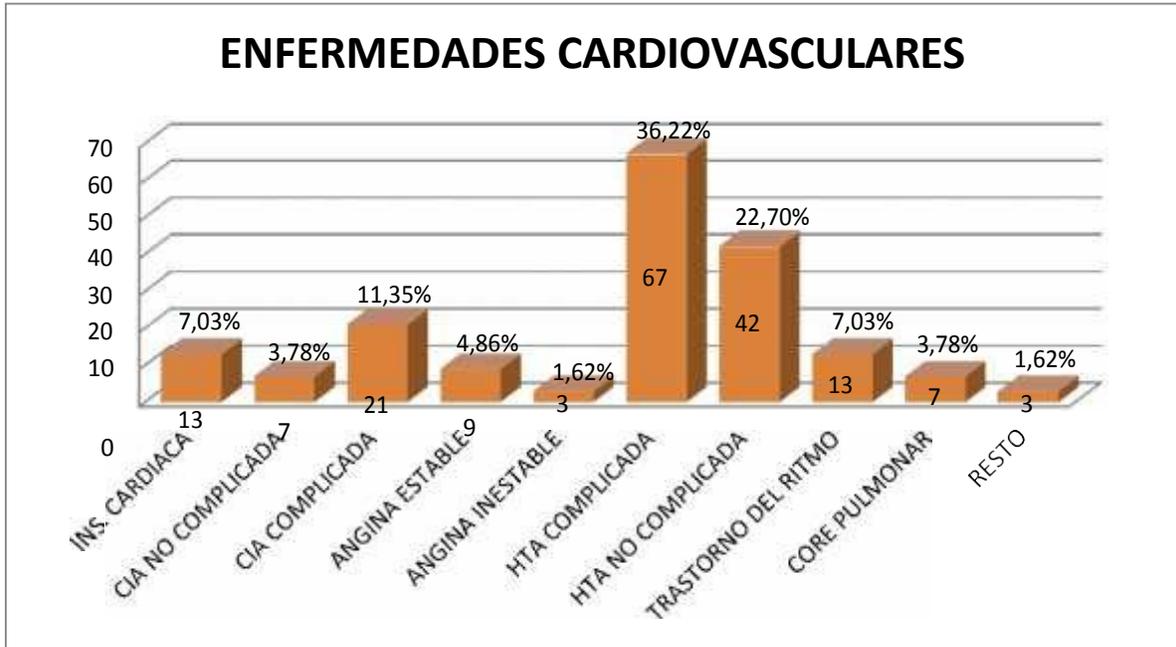


Gráfico N° 24. Enfermedades neurológicas.

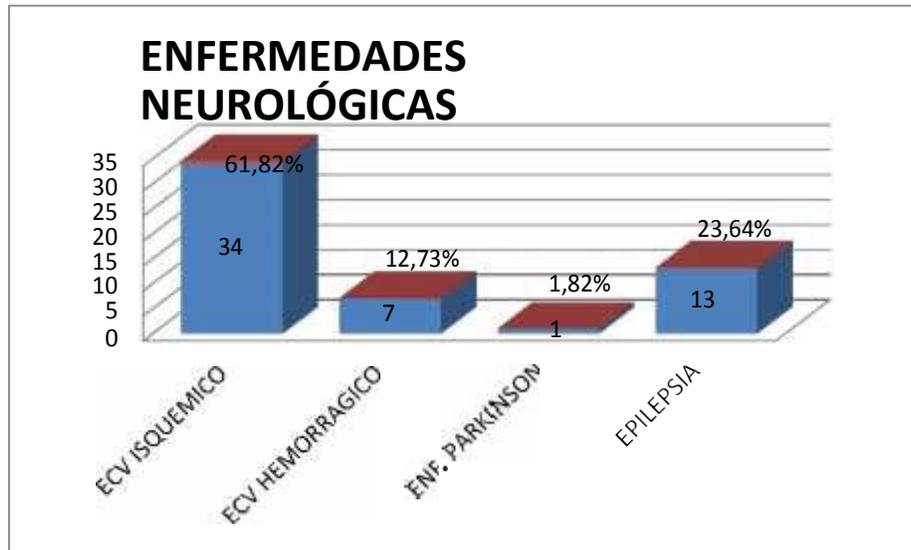


Gráfico N° 25. Enfermedades respiratorias.

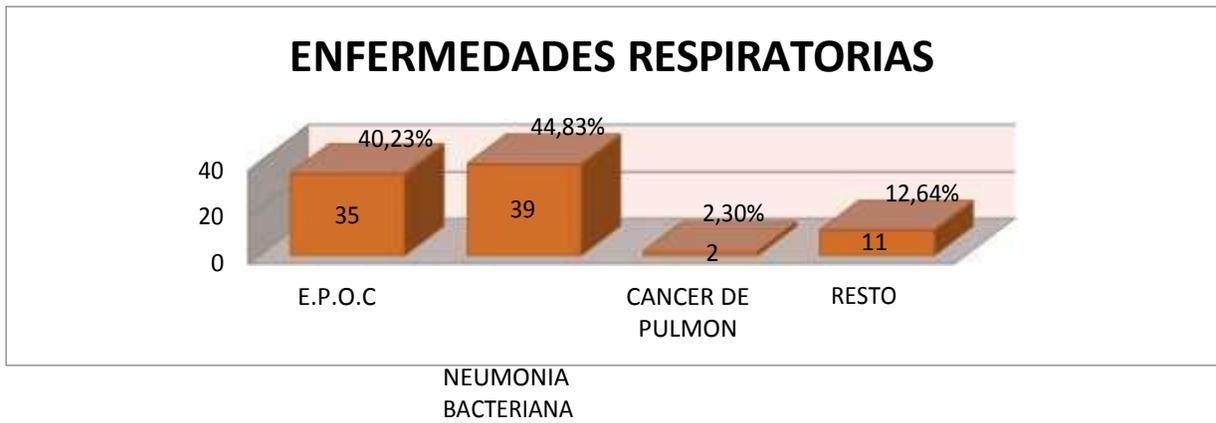


Gráfico N° 26. Enfermedades metabólicas.

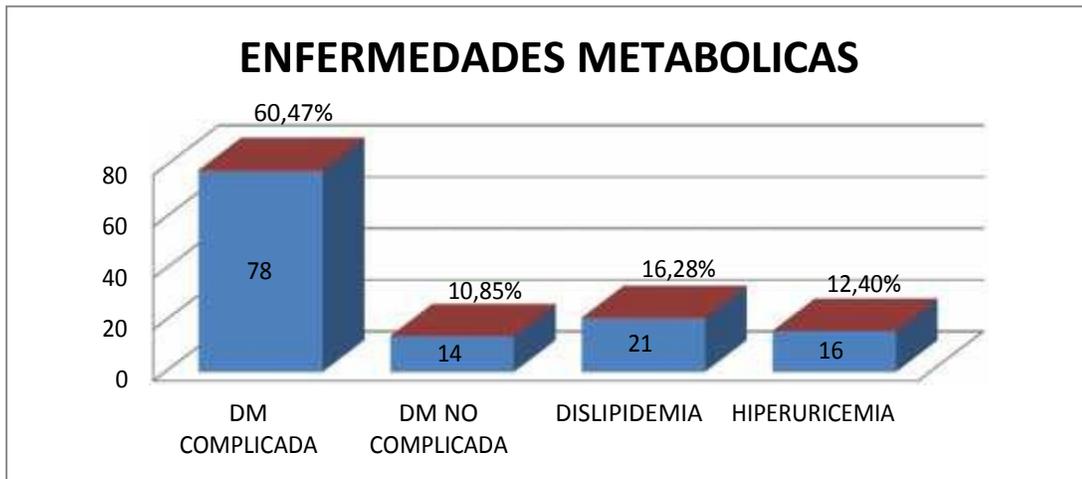


Gráfico N° 27. Enfermedades hematológicas.

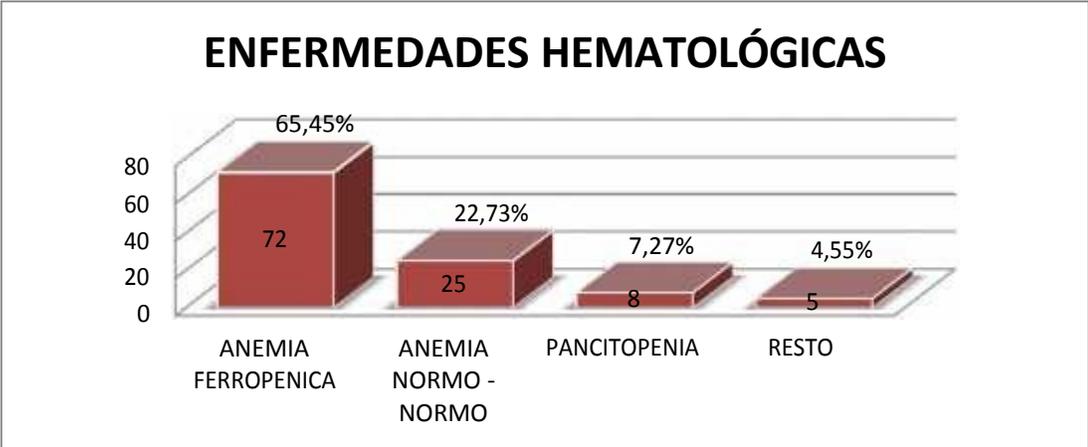


Gráfico N° 28. Enfermedades gastroenterológicas.

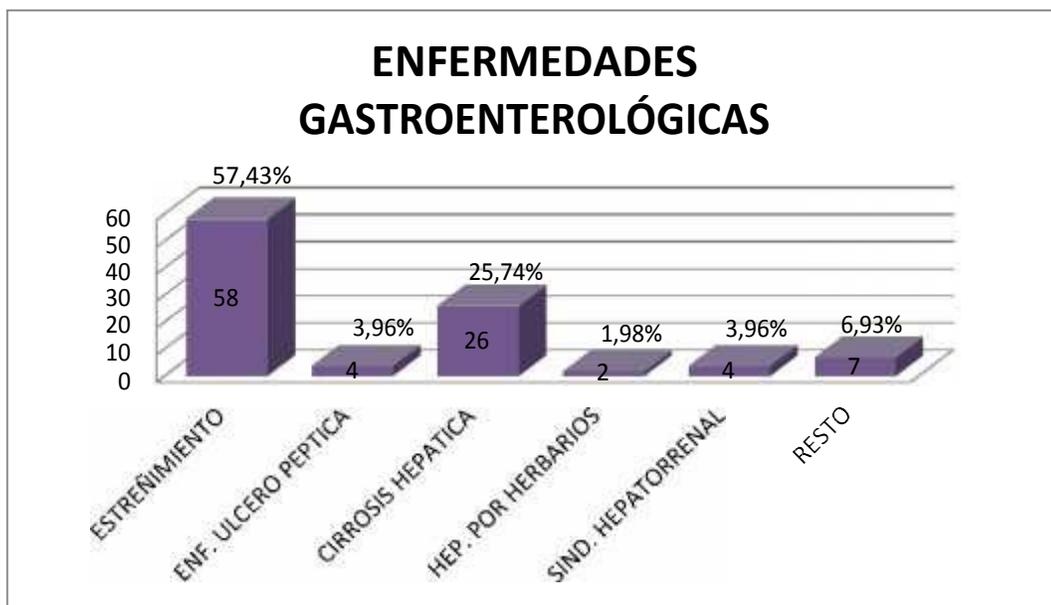


Gráfico N° 29. Enfermedades nefrológicas.

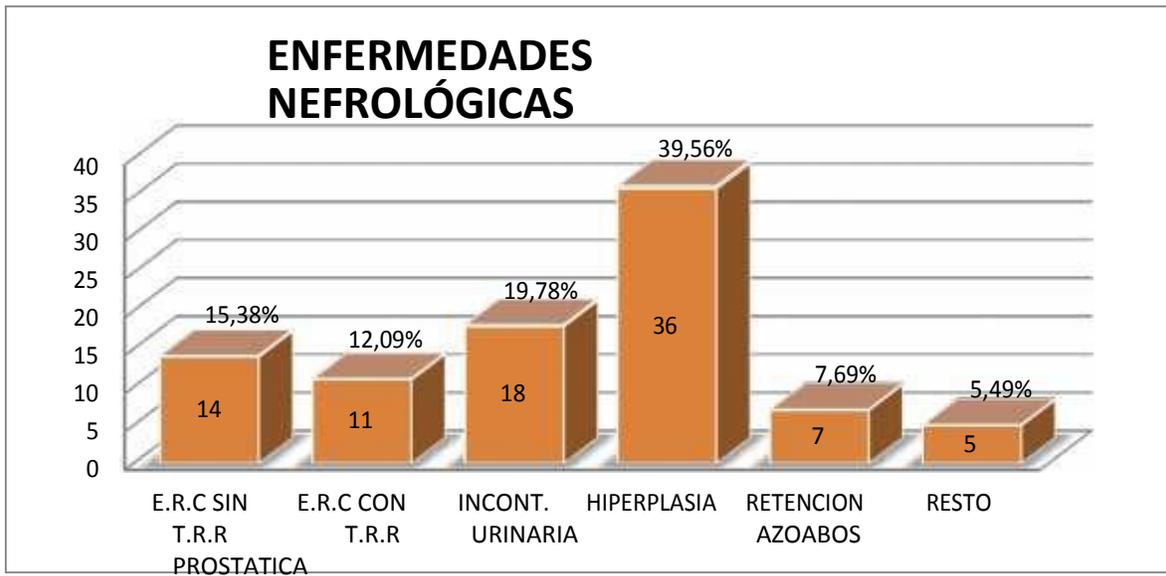


Gráfico N° 30. Enfermedades infecciosas.



Gráfico N° 31. Enfermedades psiquiátricas.

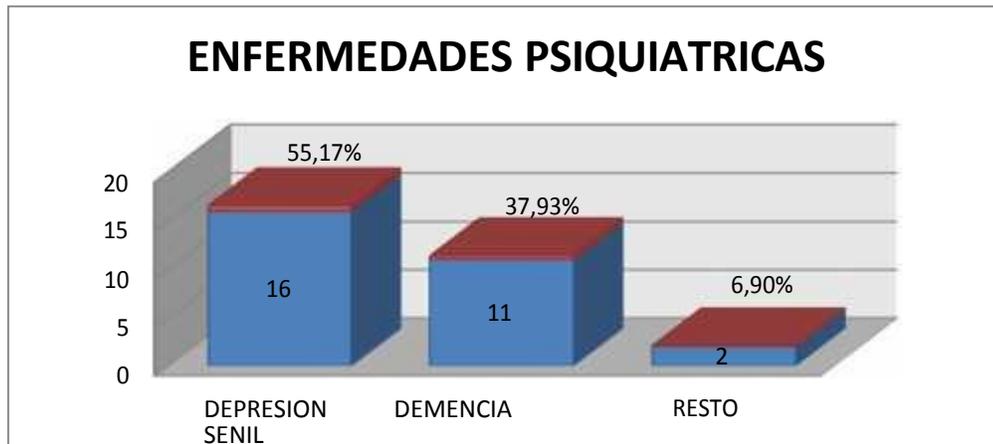


Gráfico N° 32. Enfermedades nutricionales.

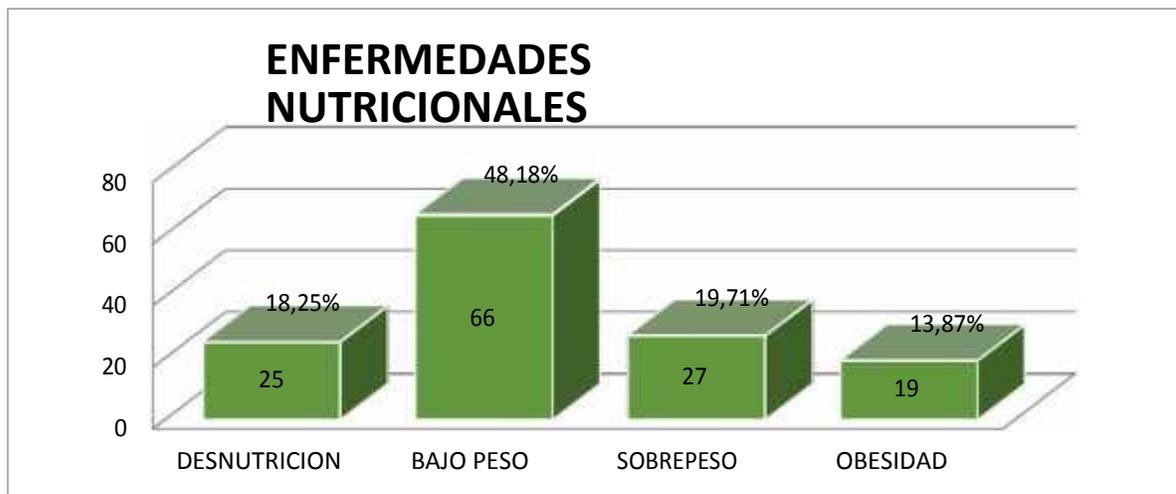


Gráfico N° 33. Test del reloj en hombres.

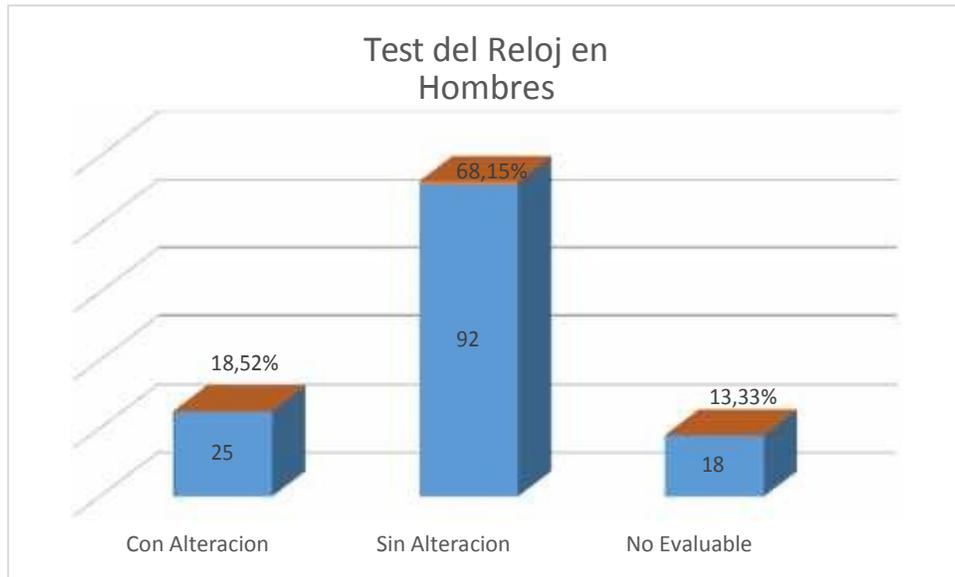


Gráfico N° 34. Test del reloj en mujeres.

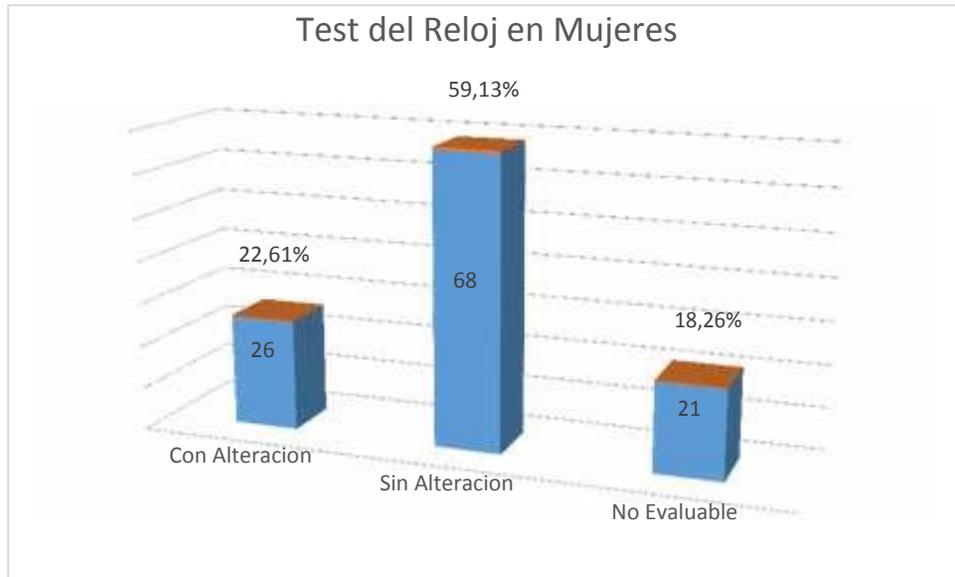


Gráfico N° 35. Test del paisaje en hombres.

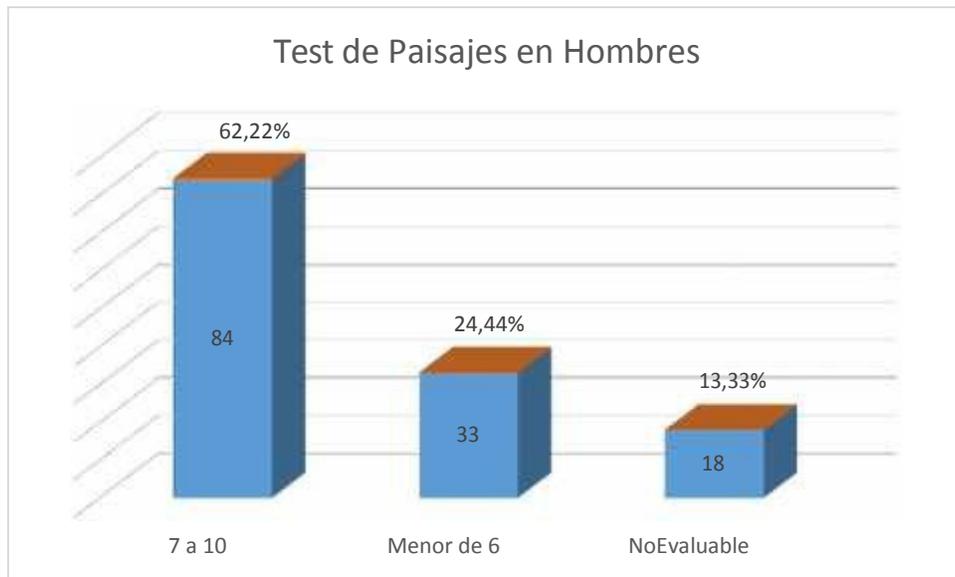


Gráfico N° 36. Test del paisaje en mujeres.

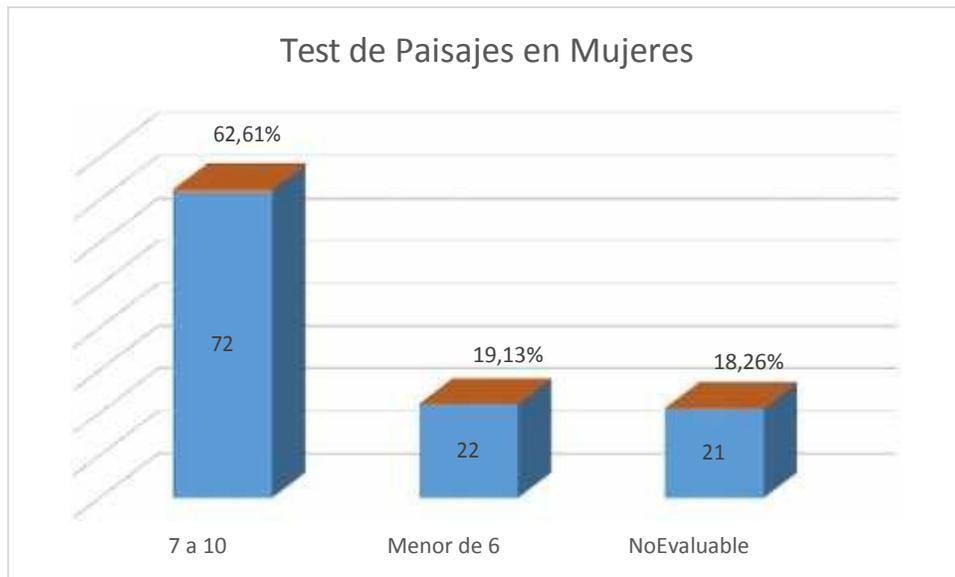


Gráfico N° 37. Escala Barthel en hombres.

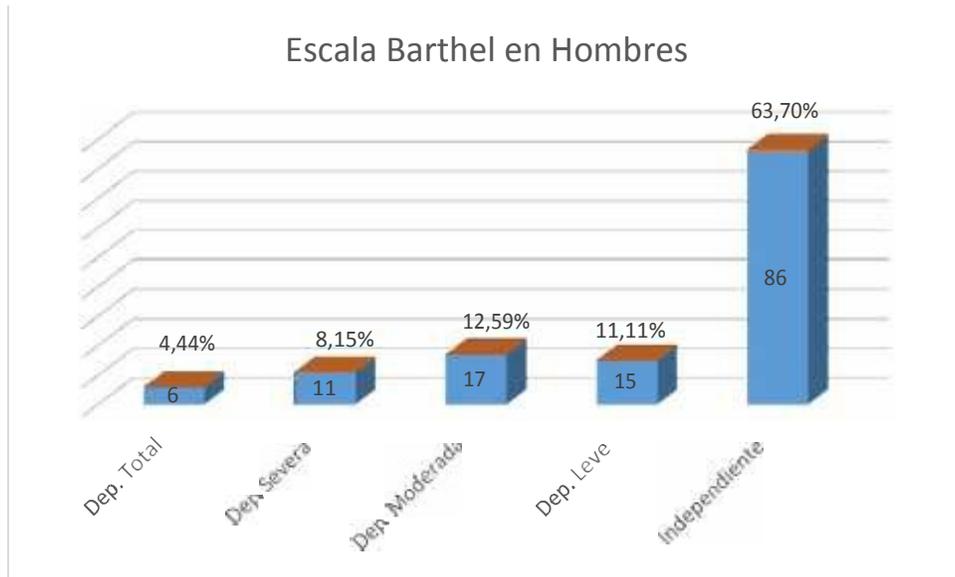


Gráfico N° 38. Escala Barthel en mujeres.

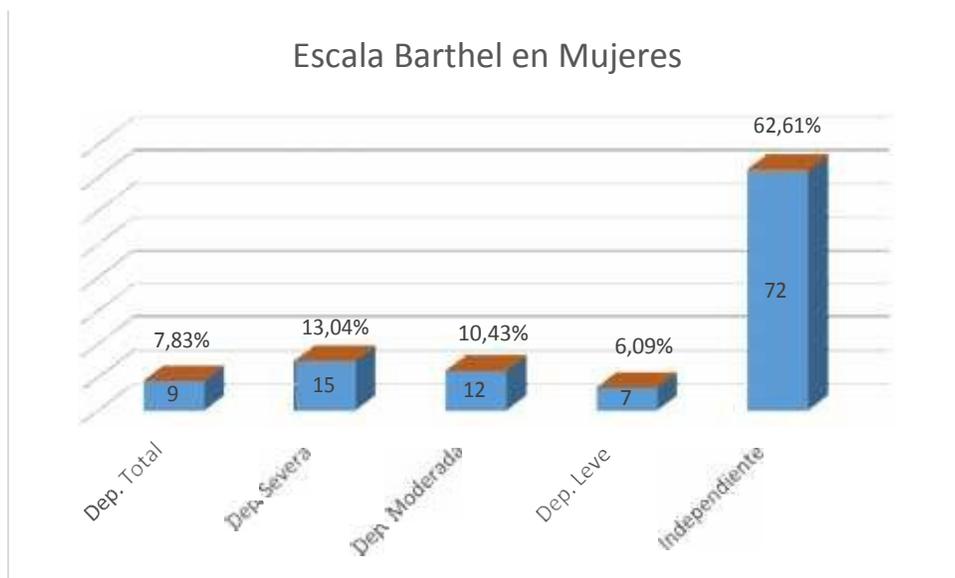


Gráfico N° 39. Diagnósticos de maltrato.

