

Prevalencia de síndromes geriátricos en una residencia de mujeres de edad avanzada

Lorenza Martínez Gallardo,* Carlos d'Hyver de las Deses*

RESUMEN

Objetivos: determinar la prevalencia de síndromes geriátricos en las mujeres de una residencia para personas de edad avanzada y compararla con la encontrada en el servicio de Geriatria de un centro hospitalario y con la reportada en la bibliografía geriátrica.

Pacientes y método: estudio descriptivo, transversal, efectuado en un grupo de mujeres adultas mayores que viven en una residencia, a quienes se les realizó una valoración geriátrica completa.

Resultados: se incluyeron 171 mujeres, con promedio de edad de 81.3 años. El síndrome geriátrico más frecuente fue la afección de pies, con prevalencia de 93%. Los menos frecuentes fueron: incontinencia fecal, delirium, trastornos hidroelectrolíticos y abuso-maltrato con 0%. Las caídas, la depresión y el deterioro cognitivo tuvieron la misma prevalencia en la residencia y en el hospital.

Conclusiones: la prevalencia de síndromes geriátricos en nuestra población está determinada por el nivel socioeconómico, cultural y por la misma edad. El conocimiento de la frecuencia de los síndromes geriátricos permite desarrollar programas de educación, promoción de la salud, detección oportuna, programas de actividad física o intervenciones individuales que mejoran la calidad de vida de los adultos mayores.

Palabras clave: ancianos, síndromes geriátricos.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of geriatric syndromes among women living in a residence for the elder and compare them to those in a hospital in a geriatric ward.

Patients and methods: Descriptive, transversal study of older women living in a residence to which a geriatric assessment was performed.

Results: 171 patients were included, with an average of 81 years of age, all of them women. The assessment permitted identifying 23 geriatric syndromes. The most frequent of them was foot disease with a prevalence of 93%, the least frequent were fecal incontinence, delirium, hydroelectrolytic disturbances and abuse or mistreatment with no report of any of them. Comparatively, falls, depression and cognitive impairment had the same prevalence in the residence and the hospital.

Conclusions: Geriatric Syndromes prevalence in our population is determined by socioeconomical status, culture and age. Knowing the frequency of the main geriatric syndromes allows us to develop educational programs, health promotion programs, physical activity programs or individual interventions that could improve quality of life of one or every member of the community.

Key words: Elderly, Geriatric Syndromes

* Geriatria ABC Medical Center IAP.

Correspondencia: Dr. Carlos d'Hyver de las Deses. ABC Medical Center IAP, consultorio 408-409. Av. Carlos Graef Fernández 154, colonia Tlaxala Santa Fe. México 05300, DF. Correo electrónico: carlosdhyver@yahoo.com

Recibido: 11 de octubre, 2010. Aceptado: diciembre, 2010

Este artículo debe citarse como: Martínez-Gallardo L, d'Hyver de las Deses C. Prevalencia de síndromes geriátricos en una residencia de mujeres de edad avanzada. Med Int Mex 2011;27(1):23-28.

Los síndromes geriátricos son una herramienta muy útil para el geriatra y para todo médico, porque traducen integralmente el estado en el que se encuentra una persona de edad avanzada, sin tener que especificar la denominación de las enfermedades que padece, agrupando el conjunto de síntomas y signos que se manifiestan por diversas afecciones, que frecuentemente se encuentran entrelazadas, que producen por su interrelación una gran cantidad de enfermedades y llegan a producir la muerte.

Por su frecuente presentación y las consecuencias de las mismas a nivel personal, familiar y social, los síndromes geriátricos siempre deben tenerse en mente para que puedan desarrollarse acciones individuales o grupales, en el domicilio o en la comunidad para su mejor control y manejo. Conocer su prevalencia permite dar prioridad a actividades que, si bien no parecerían ser acciones o programas significativos, sí tienen alto impacto en la calidad de vida de las personas. El seguimiento de los diferentes síndromes geriátricos permite modificar o implantar nuevos programas para mejorar la comunidad, en este caso, la residencia mater, parte de Techo Educación y Ayuda AC.

PACIENTES Y METODO

Estudio descriptivo, transversal, efectuado de abril a agosto de 2009 en un grupo de mujeres adultas mayores que viven en la casa Mater (180 mujeres). La valoración se realizó con motivo de un estudio relacionado con un padecimiento de los pies. Se excluyeron las residentes que no dieron su aprobación para utilizar sus datos.

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

Obesidad a un índice de masa corporal mayor a 30 kg/m². Alteración del sueño al insomnio, apnea del sueño, síndrome de piernas inquietas, o si dentro de la lista de medicamentos existía alguno indicado para conciliarlo. Cualquier alteración en los pies se tomó en cuenta para el estudio.

Ante la existencia de delirium o depresión se omitió la valoración cognitiva. Se consideró fragilidad a la existencia de cuando menos tres de los criterios siguientes: pérdida de peso (más de 3 kg en los últimos seis meses), lentitud (íget up and goí mayor a 20 segundos sin auxiliar de la marcha o mayor a 10 segundos con auxiliar), sedentarismo (actividad menor a dos horas por semana), dependencia en más de dos actividades básicas de la vida diaria, incluidos

el baño y el vestido, deterioro cognitivo, depresión, déficit sensorial no compensado o incontinencia.

Se definió como pérdida de la autonomía cuando el paciente era incapaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria o actividades instrumentales de la vida diaria valoradas mediante las escalas de Lawton y Katz.

Se consideró déficit sensorial a las alteraciones visuales o auditivas que no contaran con compensación de auxiliares o ante la negativa a la pregunta: ¿a pesar de sus anteojos-auxiliar auditivo su visión o audición es buena?

Se consideró polifarmacia a la toma de cinco o más medicamentos. Los trastornos hidroelectrolíticos se consideraron si las cifras de laboratorio estaban por arriba o debajo de los límites normales. La hiperglucemia se consideró si se reportaba una glucosa mayor de 200 mg/dL.

RESULTADOS

Se valoraron para un estudio de afecciones de los pies en ancianos 180 adultos mayores residentes de casa Mater, con edad media de 81.3 años. Todas fueron mujeres del mismo estrato educativo, social y cultural, con los mismos hábitos higiénico-dietéticos. Se excluyeron nueve residentes.

El síndrome geriátrico más frecuente fue el de padecimientos de los pies, con prevalencia de 93%. Los menos frecuentes fueron: el delirium, los trastornos hidroelectrolíticos, la incontinencia fecal y el abuso-maltrato de los que no se encontró caso alguno. En el Cuadro 1 se muestran los síndromes y su distribución.

La prevalencia de cada síndrome geriátrico fue: polifarmacia 54.97% (n=94), déficit visual 46.7% (n= 85), déficit auditivo 49.12% (n= 84), desnutrición 2.92% (n=5), deterioro cognitivo 24.56% (n= 42), depresión 25.73% (n=44), trastorno del sueño 62.57% (n=107), trastorno de la marcha 49.70% (n= 85), caídas 28.07% (n=48), estreñimiento 45.61% (n=78), trastornos hidroelectrolíticos 0% (n=0), incontinencia urinaria 36.25% (n=62), fragilidad 40.3% (n=69), pérdida de la autonomía 21.63% (n=20), obesidad 15.75% (n=26), síndrome de inmovilización 4.67% (n=8), delirium 0% (n=0'), afecciones de los pies 93% (n=159), colapso del cuidador 0% (n=0), incontinencia fecal 0% (n=0), escaras 1.73% (n=3), abuso-maltrato 0% (n=0).

DISCUSIÓN

Los síndromes geriátricos son resultado de la valoración geriátrica; son problemas que toda persona de edad avanzada puede padecer por el mero paso de los años o por el conjunto de enfermedades que sufren y, por lo tanto, por la cantidad de medicamentos que toman. Son un medio clínico para determinar la morbilidad y el pronóstico de calidad de vida.

Hasta donde sabemos, no existen reportes que analicen la prevalencia de síndromes geriátricos en su conjunto fuera del hospital. García y su grupo reportaron, en el año 2006, la prevalencia de síndromes geriátricos en una institución hospitalaria. En la bibliografía sólo encontramos estudios de cada síndrome por separado. No se ha estudiado la repercusión de los distintos síndromes en los programas específicos de cuidado en las instituciones que se dedican a la atención de personas mayores de 80 años y más.

El nivel socioeconómico, educativo y cultural de las residentes de la Casa Mater es medio alto y alto, lo cual hace que los resultados no sean extrapolables a otros sitios con diferentes características. Sin embargo, la prevalencia de algunos síndromes geriátricos es similar a la reportada en la bibliografía, lo que nos hace pensar que la presentación de los mismos pudiera ser independiente de estos factores y depender más del envejecimiento *per se*, independientemente del acceso a los servicios de salud o a las características propias de esta población. Esto nos orienta a pensar que nuestros resultados podrían ser similares a los de la población general y ayudar a planear prácticas preventivas, acciones de detección oportuna y, en casos necesarios, terapéuticas. Cuadro 1.

La alta prevalencia de problemas podiátricos encontrada en este estudio podría haber sido influida por la búsqueda específica de enfermedades del pie, independientemente de si causaban o no molestias o dolor. En este estudio las afecciones del pie hicieron falta en el diagnóstico de todos los estudios previos. Llama la atención que los reportes bibliográficos tampoco demuestran cifras tan altas, lo que indica la poca importancia que en general se les ha dado. Los estudios de los pies a las personas de edad avanzada deberían realizarse no sólo para determinar la real prevalencia de los problemas podiátricos, sino para determinar su relación con otras enfermedades o síndromes geriátricos para poderles dar la importancia debida.

Cuadro 1. Comparación de la prevalencia de síndromes geriátricos encontrada en una residencia y la reportada en la bibliografía

<i>Síndrome geriátrico</i>	<i>Prevalencia en el estudio (%)</i>	<i>Prevalencia en la bibliografía (%)</i>
Caídas	28	31-35
Depresión	25.7	12-24
Fragilidad	40.3	46
Delirium	0	10
Inmovilidad	4.67	15
Escaras de decúbito	1.75	3-11
Trastornos de la marcha	49.7	25
Deterioro cognitivo	24.5	25-45
Incontinencia urinaria	36.25	15-30
Incontinencia fecal	0	3.7-27
Estreñimiento	45.61	40
Pérdida de la autonomía	33	50
Desnutrición	2.92	40-60
Obesidad	15.75	65
Déficit visual	46.70	16
Déficit auditivo	49.12	30
Trastornos del sueño	62.57	50
Padecimiento podiátrico	93	80
Trastornos hidroelectrolíticos	0	11-25
Polifarmacia	54.79	28
Colapso del cuidador	0	16-38
Abuso/maltrato	0	35

Los problemas de colapso del cuidador y de abuso y maltrato no se identificaron en nuestra población. Es posible que la rotación frecuente de cuidadores, la vigilancia y atención de las residentes por el personal administrativo y por las religiosas, hacen que este problema no se presente.

Esto nos indica que las residencias especialmente creadas para la atención de adultos mayores podrían ser una solución a los problemas de abuso y maltrato; esto siempre y cuando exista una supervisión adecuada del personal que labora en esos sitios, se tengan las condiciones adecuadas para la superación personal y se detecte oportunamente cualquier mal comportamiento que pudiera existir.

Tampoco se identificaron casos de delirium, lo que podría deberse a la ausencia de factores desencadenantes. Todas las internas al entrar a la residencia deben de ser autónomas. Posteriormente, la vigilancia médica y de enfermería hace posible identificar rápidamente las nuevas alteraciones o el consumo de drogas potencialmente peligrosas.

Las caídas sucedieron en 28% de las residentes, cifra muy cercana a la reportada en la bibliografía. La existencia

de barandales, luces adecuadas, y concientización de las personas, son la mejor manera de prevenirlas. Debe estimularse la realización de sesiones de ejercicio porque este punto es el más importante para que la persona mantenga su fuerza, equilibrio y habilidad física.

La prevalencia de depresión fue un poco más alta que la que se reporta en la bibliografía. Hay que considerar que la residencia tiene como finalidad aceptar mujeres solas, lo que significa que el abandono, no existencia de familiares o el deceso de la pareja son, en general, factores de riesgo para la depresión.

La fragilidad se observó con menor frecuencia que la descrita en la bibliografía. No se utilizaron los criterios de Fried debido a que no se midió la fuerza de prensión, ni se interrogó acerca del agotamiento. Existen, sin embargo, otros autores que incluyen la función, la depresión, el deterioro cognitivo, el déficit sensorial y la incontinencia en la definición de fragilidad o en algunos casos, como consecuencia de ésta. Nuestros resultados podrían deberse a la constante actividad y cuidados que se les da a las mujeres en la residencia.

La inmovilidad se aprecia con menor frecuencia a la reportada por otros autores, el personal de la residencia y las instalaciones de la misma hacen que la persona adulta mayor tenga que caminar para llegar de un sitio a otro; el personal insiste a las residentes que acudan a las diferentes actividades.

Las escaras de decúbito son menos comunes (1.75% *versus* 3-11%) que las reportadas en otros estudios. Si el grado de movilidad permanece, la posibilidad de aparición de escaras es menor; además, el porcentaje de mujeres enfermas en cama es muy bajo.

Los trastornos de la marcha estudiados son más frecuentes (49% en la residencia contra 25% de la bibliografía) que lo reportado para una población en general de edad avanzada. Es probable que este aspecto sea uno de los que hay que considerar para la decisión de entrar a una residencia y dejar su casa de muchos años. Llama la atención que a pesar de estas alteraciones no exista mayor número de caídas o de inmovilidad. El promedio de edad de nuestra población podría explicar la alta prevalencia de afecciones en la marcha.

En cuanto al deterioro cognitivo, el porcentaje de personas en la residencia que lo padecen no sufre variación con las cifras que prevalecen en la mayor parte de los países. La actividad física frecuente y las actividades recreativas ayudan a que el deterioro no sea mayor, a pesar de la alta

prevalencia de depresión y la edad, que son el factor de riesgo más importante para demencia.

La incontinencia urinaria es ligeramente mayor a la reportada por otros autores. La pérdida involuntaria de orina es uno de los factores que se toman en cuenta para decidir la institucionalización de una persona; es probable que esta sea la explicación más acertada en este rubro. Hay que considerar la relación que se ha encontrado entre obesidad e incontinencia, que podría estar contribuyendo a la alta prevalencia. No hubo casos de incontinencia fecal.

El estreñimiento que se aprecia es un poco mayor que el reportado en la bibliografía; es probable que la triada fibra-agua-ejercicio tenga un desequilibrio en la Residencia y sea necesario estimular la ingestión de líquidos, mayor movilidad y revisar los menús para que contengan suficiente fibra.

La pérdida de la autonomía encontrada fue inferior a 33 vs 50% la descrita por otros autores. Se pretende que al ingresar a la residencia sean personas autónomas que, con el paso del tiempo, irán perdiendo facultades. Este requisito de entrada podría explicar el porqué el porcentaje encontrado es menor.

La desnutrición es mínima en este medio (2.92%). La alimentación es la misma para todas y es vigilada por una nutrióloga. Los pocos casos están relacionados con otros problemas fisiopatológicos. Proveer alimentos preparados disminuye el riesgo de desnutrición en este tipo de residencias.

En la residencia la obesidad tiene una prevalencia baja: 15.75%. Esto puede explicarse por el control en la alimentación y con base en que en los mayores de 80 años de edad ésta es menos frecuente. La bibliografía marca porcentajes mayores, pero los estudios encontrados se realizaron en un grupo de población más joven.

Las deficiencias sensorial, visual y auditiva se detectan fácilmente en las personas que se reciben en la residencia porque se trata de una población sensibilizada en estos aspectos; acuden frecuentemente al médico a revisión o ante cualquier cambio, de aquí su alto porcentaje de detección.

Los trastornos del sueño representan un porcentaje mayor: 62 vs 50% al que se menciona en la bibliografía. Este incremento puede deberse a que se consideró a todas las mujeres que tomaban algún medicamento para dormir mejor. El incremento en la prevalencia de depresión hace que muchas residentes tomen benzodicepinas como

parte de su medicación, hecho que las habitúa y dificulta el retiro del fármaco.

La polifarmacia se encontró en forma importante en 54.79% de las residentes, sin duda debido a la constancia de la atención médica. En esta población las enfermedades se atienden en forma oportuna e integral. Las residentes, como cualquier persona de edad avanzada, tienen múltiples comorbilidades que demandan diversos fármacos para su control. Como últimamente se ha descrito, la polifarmacia deberá cambiar su definición y no considerarse el número de fármacos utilizados sino la interrelación de los mismos con los efectos secundarios, como una base para la nueva definición. A manera de ejemplo actual, tenemos que para un diabético e hipertenso se indican, con la mayor facilidad, 5 a 7 medicamentos para su control y prevención de eventos vasculares mayores o de nefropatía.

Además, en este grupo de población no existe el problema económico para la adquisición de medicamentos.

CONCLUSIONES

Reportar la prevalencia de síndromes geriátricos es el resultado de lograr valoraciones integrales, donde no solo se contemplan aspectos patológicos clásicos, sino aspectos como la autonomía, el estado mental, las condiciones de nutrición y algunos aspectos socioeducativos que permiten mejor conocimiento de las personas adultas mayores.

La prevalencia de algunos de ellos hace referencia al medio donde viven, a las condiciones generales de habitación e higiene, al cuidado, alimentación y vigilancia médica. La identificación de los mismos facilita poner en marcha acciones específicas de prevención, detección oportuna y rehabilitación. En muchas ocasiones se piensa que los programas de ocupación del tiempo libre son muy importantes y lo son, entre muchas otras acciones, que permiten dar una mejor calidad de vida a los pacientes, en especial a los que viven en una residencia para personas adultas mayores.

Verificar y realizar periódicamente este tipo de ejercicio permite crear, mantener o desechar programas para un sitio determinado de acuerdo con sus características particulares.

Consideramos importante evaluar periódicamente la prevalencia de síndromes geriátricos en todos los medios de atención geriátrica como una herramienta para definir

las condiciones de nuestra población y los programas que serían benéficos para la misma.

BIBLIOGRAFÍA

1. García T, López JA, Villalobos JA, d'Hyver C. Prevalencia de síndromes geriátricos en ancianos hospitalizados. *Med Intern Mex* 2006;22(5):369-374.
2. Hazzard WR, Blass JP, Halter J, Ouslander JG, Tinetti Mary E. *Principles of Geriatric Medicine & Gerontology*. 5th ed. New York: McGraw-Hill, 2003;p:1487-1498.
3. Landefeld S, Palmer RM, Johnson MA, Johnston BC, Lyons W. *Current Geriatric Diagnosis & Treatment*. 1st ed. New York: McGraw-Hill, 2004;p:53-122.
4. Rubenstein LZ, Josephson K. The epidemiology of falls and syncope. *Clin Geriatr Med* 2002;18:141-158.
5. D'Hyver C, Gutiérrez LM. *Geriatría*. 1^a ed. México: El Manual Moderno, 2005;p:479-573.
6. McCusker J, Cole M, Dufouil C. The prevalence and correlates of major and minor depression in older medical in patients. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:1344-1353.
7. Carlson J, Kent Z, Bettencourt D. Measuring frailty in the hospitalized elderly: Concept of Functional Homeostasis. *Am J Phys Med Rehabil* 1998;77:252-257.
8. Inouye SK. Prevention of delirium in hospitalized older patients: risk factors and targeted intervention techniques. *Ann Med* 2000;23:257-263.
9. Hirvensalo M, Rantanen T, Heikkinen E. Mobility difficulties and physical activity as predictors of mortality and loss of independence in the community-living older population. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:493-498.
10. Eby E, Hogan D, Parhad I. Cognitive impairment in the non-demented elderly: results from the Canadian study of health and aging. *Arch Neurol* 1995;52:612-619.
11. Remes JM, Sáenz P, Riaño D y col. Incontinencia fecal en adultos mayores. *Rev de Investigación Clínica* 2004;56(1):21-26.
12. Lerman-Garber I, Villa AR, Martínez CL. The prevalence of obesity and its determinants in urban and rural aging Mexican populations. *Obesity Research* 1999;7:402-406.
13. Gresset J, Baumgarten M. Prevalence of visual impairment and utilization of rehabilitation services in the visually impaired. Population of Quebec. *Optometry Vision Science* 2002;79:416-423.
14. Evans G. The aged foot. *Reviews Clinical Gerontology* 2002;12:175-180.
15. Fernández GN, Días Armesto D, Pérez Hernández B, Rojas Pérez A. Polifarmacia en el anciano. *Acta Médica* 2002;10:1-2.
16. Weuve JL, Boulton C, Morishita L. The effects of outpatient geriatric evaluation and management on caregiver burden. *Gerontologist* 2000;40:429-436.
17. Pichardo FA, Pedrero NL. Síndrome del viejo y cuidador maltratado. *Com Med Funsalud Mex* 1996;2:20-25.
18. Kingma J, Ten Duis HJ. Severity of injuries due to accidental fall across the life span: a retrospective hospital-based study. *Perceptual and Motor Skills* 2000;90:62-72.
19. Rubenstein LZ, Josephson KR. The epidemiology of falls and syncope. *Clinical Geriatric Medicine* 2002;18:141-58.

20. McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Intervenciones basadas en la población para la prevención de lesiones relacionadas con caídas en personas ancianas (Cochrane Review). En: Biblioteca Cochrane Plus, Issue 3, CD004441.
21. Villalpando BJM, Pineda M, Palacios P, Reyes J, et al. Incidence of delirium, risk factors and long-term survival of elderly patients hospitalized in a medical specialty teaching hospital in Mexico City. *Int Psychogeriatrics* 2003;15:325-336.
22. Chávez-Delgado ME, Virgen-Enciso M, Pérez-Guzmán, Celis-de-la-Rosa M, Castro-Castañeda S. Delirio en pacientes hospitalizados. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007;45(4):321-328.
24. Using Nontraditional Risk Factors in Coronary Heart Disease Risk Assessment: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine* 2009;151(7).