

Caracterización del paciente geriátrico en la unidad de cuidados intermedios Characterization of the geriatric patient in the Intermediate Care Unit

^IDra. Ariadne Rodríguez Méndez 

^{II}Dra. Cary Merlyn Plaza Sánchez 

^{III}Dra. Nelsy Regla Alvarez Mesa 


^{IV}Dra. Lits Perez Vereá 

^IEspecialista de I grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Investigador Agregado. Asistente. Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán Domínguez". Playa, Cuba. Correo electrónico: ariadnerduuez@infomed.sld.cu

^{II}Especialista de I grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Instructor. Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán Domínguez". Playa, Cuba. Correo electrónico: plazasanchez@yahoo.es

^{III}Especialista de I grado en Medicina Interna. Asistente. Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán Domínguez". Playa, Cuba. Correo electrónico: nelsyalvarez@infomed.sld.cu

^{IV}Especialista de I grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Asistente. Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán Domínguez". Playa, Cuba. Correo electrónico: litsperez@infomed.sld.cu

Autor para la correspondencia. Dra. Ariadne Rodríguez Méndez.  Correo electrónico: ariadnerduuez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción:

El envejecimiento poblacional es un fenómeno que afecta a muchos países en el mundo y Cuba no es una excepción.

Objetivo:

Caracterizar el comportamiento del ingreso de pacientes geriátricos en la terapia intermedia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán Domínguez".

Métodos:

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo en un periodo de tres años, mediante la recolección de datos a través de las historias clínicas. El universo estuvo constituido con 4081 pacientes y la muestra por 3348 pacientes que cumplieron con los criterios de selección. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, motivo de ingreso, antecedentes patológicos personales, uso de medicación, ingreso previo, procedencia y estado al egreso. Para el análisis de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18.

Resultados:

El 82 % de los ingresos en el servicio correspondieron a pacientes geriátricos, con predominio del sexo femenino (64.6 %). El 66.3 % de los pacientes ingresaron por agudización de enfermedades crónicas y los factores de riesgo más frecuentes fueron el sedentarismo (76 %) y la desnutrición (51.1 %). El principal motivo de ingreso fueron las infecciones respiratorias (65.7 %) seguidas por las enfermedades cerebrovasculares (44.5 %). Las complicaciones más frecuentes encontradas son: las infecciones (79.8 %), el deterioro cognitivo (59.7 %) y las úlceras por presión (53.2 %). La mortalidad en esta población fue de 67.3 %.

Conclusiones:

Los ingresos de pacientes geriátricos en la terapia intermedia aumentan progresivamente y la principal causa es de tipo infecciosas.

Palabras claves: paciente geriátrico, paciente grave, envejecimiento poblacional

Descriptor: geriatría, cuidados críticos; dinámica poblacional, anciano, anciano de 80 o más años

ABSTRACT

Introduction:

Population aging is a phenomenon that affects many countries in the world and Cuba is not an exception.

Objective:

To characterize the behavior of the admission of geriatric patients in the Intermediate Care Unit at Joaquín Albarrán Domínguez Teaching Clinical Surgical Hospital.

Methods:

A descriptive, longitudinal, prospective study was carried out in a period of three years, by collecting data from patients' charts. The universe was composed by 4081 patients and the sample by 3348 patients who fulfilled the selection criteria. The studied variables were age, sex, chief complaint, personal history, use of medication, previous admissions, provenience and status at the moment of the discharge. For the analysis of the information SPSS statistical package version 18 was used.

Results;

The 82 % of the admissions in the service corresponded to geriatric patients, the female sex prevailed (64.6 %). The 66.3 % of the patients were admitted because of exacerbation of chronic diseases and the most frequent risk factors were sedentary life style (76 %) and un nourishment (51.1 %). The main chief complaints were respiratory infections (65.7 %) followed by cerebrovascular diseases (44.5 %). The most frequent complications are: infections (79.8 %), cognitive decreasing (59.7 %) and bedsores (53.2 %). The mortality in this population was of a 67.3 %.

Conclusions:

The admission of geriatric patients in the Intermediate Care Unit increase progressively and the main cause are the infections.

Key words: geriatric patients, critical patient, population aging

Descriptor: geriatrics; critical care; population dynamics; aged; aged, 80 and over

Historial del trabajo.

Recibido: 23/04/2020

Aprobado: 20/05/2020

INTRODUCCIÓN

Gracias a la acción conjunta de varios factores, se produce un aumento espectacular en la esperanza de vida al nacer en el siglo pasado, permitiendo que pasara de cerca de 35 años al iniciarse el mismo a casi 80 años en el año 2000, lo que trae aparejada una explosión demográfica sin precedentes, que representa un gran reto para todas las esferas de la sociedad.^(1,2)

A escala mundial, cada segundo dos personas cumplen 60 años, es decir, el total anual es de casi 58 millones de personas que llegan a esta edad. Dado que actualmente una de cada nueve personas tiene 60 o más años de edad, y las proyecciones indican que la proporción será una de cada cinco personas hacia el 2050, el envejecimiento de la población es un fenómeno que ya no puede ser ignorado. Según el Fondo de Población de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) la población mundial continúa incrementándose a razón de 76 millones de personas por año, por lo que la cifra actual, que es de 6 400 millones pudiera llegar para el 2050 a convertirse en 9 200 millones de personas.⁽³⁾

Los habitantes del planeta al comienzo de la era cristiana eran 250 millones de personas y en 1650 unos 500 millones; la población mayor de 65 años en el mundo hoy alcanza los 600 millones, de los cuales 200 viven en países desarrollados y el resto en países pobres o en vías de desarrollo. Para el 2025 en cinco países latinoamericanos (Argentina, Uruguay, Brasil, Chile y Cuba) más del 20 % de su población estará por encima de los 60 años, mientras que el porcentaje para el resto del continente oscilará entre el 12 y 19 %. Se estima que, para mediados de esta centuria, este grupo poblacional alcance los 2 000 millones, por primera vez en la historia de la humanidad habrá en el mundo más personas de edad avanzada que jóvenes.^(3,4)

El envejecimiento de las poblaciones es la resultante del desarrollo médico social existente, la aparición de nuevos medicamentos y métodos terapéuticos, de nuevas concepciones socioeconómicas que se crean en poco tiempo y que permiten que una persona tenga mayores posibilidades de alcanzar estas etapas.^(4,5)

Según la Organización Mundial de la Salud, las consecuencias que estos cambios demográficos impondrán a la atención de los ancianos, especialmente en aquellos países de recursos económicos más limitados, son enormes e involucrarán, además, dilemas de tipo social, económico, médico y ético. De confirmarse las tendencias actuales, la proporción de ancianos económicamente dependientes, aumentará de forma notable en todos los países.⁽³⁻⁵⁾

En todo el mundo principalmente en los países desarrollados, en especial en el conjunto de los países de la Unión Europea, las preguntas relacionadas al aumento de la longevidad de

las personas han levantado discusiones de la más variada naturaleza, especialmente de las políticas públicas de asistencia de salud y de cuidados prolongados y continuos para la población que envejece. ⁽⁴⁻⁸⁾

El envejecimiento poblacional es un fenómeno que afecta desde hace tiempo a un sin número de países en el mundo y Cuba no es una excepción, y sobre la base a ese fenómeno se implementan acciones y se trabaja en el fortalecimiento desde la atención primaria hasta la terciaria la Atención Integral al Adulto Mayor como uno de los programas fundamentales del sistema de salud. ⁽⁶⁾

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, y el aumento progresivo de los ingresos de pacientes geriátricos en las unidades de atención al grave, se propone como objetivo caracterizar el comportamiento de los ingresos en Terapia Intermedia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán Domínguez", según variables clinicoepidemiológicas, estableciendo la morbimortalidad en la población seleccionada y comparándola con la mortalidad total del servicio; como el primer paso dirigido a establecer protocolos que incluyan de forma específica al adulto mayor, y distingan las especificidades relacionadas con la morbimortalidad de esta etapa de la vida.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo, longitudinal en la sala de Cuidados Intermedios (UCIM) del Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán Domínguez" en el periodo de septiembre de 2015 a agosto de 2018.

El universo estuvo constituido por los 4081 pacientes que ingresaron durante el periodo de estudio al servicio de Terapia Intermedia, y la muestra estuvo constituida por los 3348 pacientes ingresados, mayores de 60 años, la misma fue seleccionada de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión en el estudio.

Criterios de inclusión.

- Adulto mayor de 60 años de edad ingresado en el servicio de terapia intermedia durante el periodo de septiembre de 2015 a agosto de 2018.
- Adulto mayor ingresado con estadía superior a 24 horas en el servicio.

Criterios de exclusión.

- Pacientes cuya recolección de datos a partir de la historia clínica no se pudo completar.

Las variables estudiadas fueron edad (años cumplidos en el momento de la hospitalización), sexo (genero de acuerdo a su carnet de identidad), motivo de ingreso (patología aguda por la que se decide la hospitalización o agudización de patología crónica), antecedentes patológicos personales (presencia de enfermedades crónicas no transmisibles), uso de medicación (número de medicamentos que usa regularmente), ingreso previo (cantidad de ingresos en los 12 meses previos), procedencia (comunidad y/o traslado de otra institución) y estado al egreso (vivo o fallecido).

La recolección de datos se realizó de las historias clínicas y el libro de registros de ingreso de la unidad. La información obtenida quedó recogida en una matriz de datos utilizando Microsoft Office Excel 2013. El tratamiento estadístico de los resultados se realizó de forma computarizada utilizando el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 11.5 para Windows.

Se tuvo en cuenta la aprobación de la institución y el consejo científico para el desarrollo y la presentación de la investigación. No se necesitó consentimiento informado escrito debido a que no se realizó intervención distinta a las establecidas convencionalmente.

RESULTADOS

En el periodo estudiado ingresaron un total de 4081 pacientes de los cuales el 82 % fueron pacientes mayores de 60 años, con un ascenso progresivo a través de los tres años de estudio, tabla 1.

Tabla 1. Distribución de pacientes geriátricos e ingresos totales en UCIM en relación a los años de estudio

Ingresos	2015- 2016		2016-2017		2017-2018		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Pacientes geriátricos	989	74.4	1203	8.1	1156	87.5	3348	82
Ingresos totales	1330	100	1430	100	1321	100	4081	100

En relación al sexo predominaron las féminas (64.6 %). No existió ningún grupo etario predominante en la población, sin embargo, es importante mencionar que, aun representando el menor porcentaje de los casos, la población mayor de 90 años se comportó de forma similar al resto (20.1 %) a pesar de ser los ancianos más longevos de la población, tabla 2.

Tabla 2. Distribución de pacientes geriátricos ingresados de acuerdo al sexo y la edad

Edad	Sexo femenino		Sexo masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
60-69	604	28	312	26.3	916	27.4
70-79	609	28.2	283	23.9	892	26.7
80-89	571	26.4	295	24.9	866	25.9
>90	376	17.4	295	24.9	671	20.1
Total	2160	64.6	1185	35.4	3345	100

Sobresalió el 66.3% del ingreso como consecuencia de la agudización de una enfermedad crónica no trasmisible preexistente. El 93.7 % de los pacientes geriátricos ingresados presentaron alguna comorbilidad diagnosticada, y el 25.2 % tenían más de cuatro enfermedades crónicas en seguimiento al momento del ingreso. Se encontró que el 46.1 % de la población tomaba entre uno y dos medicamentos de forma regular y el 18.1 % tenían prescrito más de cuatro medicamentos al momento de la admisión hospitalaria.

Los factores de riesgo más importantes identificados fueron la desnutrición (51.1 %) y el sedentarismo (76 %). El 65.1 % de los pacientes no tenía ingresos en los seis meses previos, pero casi un 10 % había sido admitido en un centro hospitalario más de dos veces en ese periodo, tabla 3.

Tabla 3. Características previas de los pacientes geriátricos ingresados

Variable	No	%
Motivo de ingreso		
Agudización de una enfermedad crónica	2217	66.3
Enfermedad aguda	1128	33.7
Numero de comorbilidades en el paciente		
Ninguna	212	6.3
1-2	1335	39.9
3-4	956	28.6
>4	842	25.2
Total, de pacientes con comorbilidad	3137	93.7
Medicamentos en uso por el paciente		
Ninguno	322	9.6
1-2	1543	46.1
3-4	879	26.3
>4	604	18.1
Ingresos en los seis meses previos		
Ninguno	2176	65.1
1-2	836	25
>2	333	9.9
Factores de riesgo		
Hábito de fumar	956	28.6
Ingestión de alcohol	512	15.3
Sedentarismo	2543	76
Obesidad	781	23.3
Desnutrición	1708	51.1
Limitación funcional	607	18.1
Limitación cognitiva	889	26.6
Procedencia del ingreso		
Comunidad	2114	63.2
Hogar de ancianos	889	26.6
Traslado de otro centro	342	10.2

El diagnóstico de ingreso más frecuente fue la infección respiratoria (65.7 %) que en la mayor parte de los casos fueron la causa de la descompensación de una enfermedad crónica no trasmisible de base, seguidas por las enfermedades cerebrovasculares (44.5 %) donde se incluyeron las emergencias hipertensivas y hematoma subdural secundario a caídas.

Las complicaciones que se presentaron con más frecuencia durante la estadía hospitalaria fueron: las infecciones intrahospitalarias (79.8 %), el deterioro cognitivo, en relación al estado al ingreso al servicio (59.7 %), y las úlceras por decúbito (53.2 %), dentro de las que no se incluyeron las que el paciente traía antes del ingreso en el caso de los pacientes postrados y procedentes de hogares de anciano, tabla 4.

Tabla 4. Características de los pacientes geriátricos relacionadas con el ingreso

Diagnóstico al ingreso	No	%
Infección respiratoria	2198	65.7
Enfermedad cerebrovascular	1490	44.5
Insuficiencia cardíaca	889	26.6
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1239	37
Deshidratación moderada a severa	1188	35.5
Posoperatorio complicado	989	29.6
Diabetes mellitus descompensada	769	23
Otras	335	10
Complicaciones más frecuentes durante el ingreso		
Infecciones	2670	79.8
Ulceras por decúbito	1778	53.2
Síndrome de inmovilidad	1322	39.5
Deterioro cognitivo	1997	59.7
Otras	669	20

La mortalidad en el grupo de pacientes geriátricos ingresados fue de un 67.3 % y el 32.7% egresó vivo, tabla 5.

Tabla 5. Distribución de pacientes geriátricos de acuerdo a su estado al egreso.

Estado al egreso	No	%
Egresado fallecido	2251	67.3
Egresado vivo	1094	32.7
Total	3345	100

DISCUSIÓN

En la UCIM del Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán Domínguez" existe un incremento progresivo en los últimos años del número de adultos mayores que ingresan al servicio.

El ingreso de pacientes mayores de 65 años en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es cada vez más frecuente y está directamente relacionado con el envejecimiento de la población. En EEUU más del 50 % de las camas de intensivos son ocupadas por pacientes mayores de 65 años. El 11 % de los pacientes de Medicare ingresan un mínimo de 7 días en la UCI en sus últimos 6 meses de vida.⁽¹⁾ En Suecia, los pacientes mayores de 70 años ingresados en intensivos aumentan del 19 % en 1980 hasta el 28 % en 1995. En cambio, los pacientes menores de 60 años pasan del 58 al 41 % en el mismo periodo.⁽⁴⁾

En un estudio en el año 2012 en la UCI del Hospital 10 de octubre en Cuba, de los ingresos, el mayor porcentaje corresponde a adultos mayores, por encima del 50 % del total, y destacándose el año 2010 con más de un 64 % del total de ingresos con respecto a los años anteriores.⁽⁹⁾ En el lapso 2010-2015, la esperanza de vida era de 78 años en los países desarrollados y de 68 años en las regiones en desarrollo.

A escala mundial, las mujeres constituyen la mayoría del grupo de personas de edad. Actualmente, por cada 100 mujeres de 60 o más años de edad, hay solamente 84 hombres en ese grupo de edades; y por cada 100 mujeres de 80 o más años, hay solamente 61 hombres de la misma edad,^(3,4) lo cual es consistente con los resultados del presente estudio, donde el sexo femenino es el predominante en los ingresos al servicio. El preponderaron las ancianas en la población, lo que confirma la tendencia de la ya conocida feminización de la vejez.^(7,8-11)

Los adultos mayores tienen con mayor frecuencia un consumo más elevado de fármacos. Esta circunstancia, junto a las modificaciones farmacocinéticas y farmacodinámicas consecuencia del envejecimiento, a las enfermedades asociadas (como el deterioro cognitivo o la disminución de la agudeza visual) y a los a veces complejos regímenes terapéuticos, hace a este grupo de población más susceptible a la presentación de reacciones adversas a medicamentos (RAM). En una investigación en urgencias de más de 16 000 pacientes se confirma un 3 % de RAM.⁽¹⁰⁻¹⁶⁾ Además se ha descrito que la población anciana es las responsables del 10 % de la visitas a urgencias.^(2,3)

Los resultados de encuestas recientes revelan que más del 90 % de las personas mayores de 65 años utilizan al menos un fármaco por semana, 40 % toman cinco o más fármacos y de 12 a 19 % utilizan 10 o más fármacos a la semana. En los Estados Unidos de Norteamérica, se realiza una encuesta a más de 3 000 ancianos con edad entre 57 y 85 años e informan de una prevalencia del uso total de fármacos. Solamente el 9 % no toma ningún fármaco, el 81 % utiliza al menos un fármaco de prescripción, el 42 % consume regularmente fármacos de venta libre, y el 49 % suplementos dietéticos.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

La investigación no muestra diferencias significativas con estas investigaciones, pero es necesario mencionar que solo el 18 % de la población incluida toma más de cuatro medicamentos, lo cual es un número mucho menor al que se reporta por diferentes estudios que conceptualizan la polifarmacia a partir de la ingestión de cuatro o más medicamentos prescritos o no; se plantea que el número de fármacos por paciente- adulto mayor oscila entre cinco a siete medicamentos y esto puede reducirse a la mitad simplemente con medidas de educación sanitaria.^(12,14-16)

En Cuba se reporta que las mujeres consumen más drogas que los hombres y los fármacos de mayor uso son los siguientes: drogas cardiovasculares, 55 %; drogas que actúan en el sistema nervioso central (SNC), 14 %; analgésicos y antiinflamatorios, 10 %; vitaminas, laxantes, antibióticos, suplementos alimentarios y otros, 21 %.^(12,17)

El 93.7 % de los pacientes geriátricos incluidos en la investigación presentan una o más comorbilidades, siendo este resultado acorde a otros estudios. Los pacientes mayores de 70 años sufren de al menos una comorbilidad y en 30 % de ellos están presentes dos o más.^(9,11,13)

Las enfermedades coexistentes más comunes que se encuentran en varios estudios son: las enfermedades cardiovasculares (60 %), la artritis (51 %), la diabetes mellitus (20 %), los problemas de tiroides (15 %), las úlceras (13 %), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o enfisema (11 %) y en 10 % asma bronquial.^(9,11,17)

La incidencia de enfermedades graves en el paciente en edad geriátrica, sobre todo de índole séptico, cardiovascular, respiratorio y renal constituyen hoy en día un aspecto importante que requiere de la atención de estas enfermedades en las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios, incidiendo en proporción estadística significativa en los ingresos en estas unidades, así como también en el número de complicaciones y la mortalidad de estos pacientes.^(18,19)

Los resultados de esta investigación muestra diferencias en relación a las causas de ingresos en comparación con otras realizadas en Cuba,^(5,9,10,12) donde los motivos de ingresos más frecuentes de los pacientes son los trastornos cardiovasculares representando la mayor incidencia con más de un 76 %, y de ellos se destaca el infarto agudo de miocardio con un 48 %, luego hay que destacar los pos operados complicados, los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las enfermedades cerebrovascular por ese orden.⁽⁶⁾

Las diferencias encontradas en cuanto a los diagnósticos de ingreso son consecuencia directa del aumento de las enfermedades infecciosas a escala mundial y el significativo aumento de la resistencia antimicrobiana, en el presente estudio las enfermedades crónicas se comportan como factores de riesgo al aumentar la comorbilidad y un desafío para la acción terapéutica. Es necesario mencionar que la agudización de enfermedades crónicas como motivo de ingreso tiene una incidencia mayor, sin embargo, esta agudización en numerosos casos se debe a enfermedades agudas que desarrolla el paciente y lo conducen a la descompensación de la enfermedad de base, resultado que requiere un estudio profundo de los diagnósticos de ingreso de los pacientes geriátricos en las terapias polivalentes.

La desnutrición es un problema en este grupo de edad, especialmente en los pacientes hospitalizados, pues conduce a un aumento de la morbimortalidad. Son numerosos los estudios que evidencian cómo la desnutrición calórico-proteica es una situación común entre la población mayor, potencialmente seria, infradiagnosticados a menudo, y con tasas de prevalencia que, en los Estados Unidos, se sitúan entre el 30 y el 60 %. La malnutrición es un problema que, como mínimo, afecta a entre el 20 y el 50 % de los pacientes.^(5,9)

Los cambios fisiológicos del envejecimiento, las enfermedades agudas y crónicas, los problemas como la falta de dientes y la disfagia o el uso de algunos medicamentos favorecen su aparición. Los problemas nutricionales empeoran con la hospitalización por inconvenientes sobrevenidos (por ejemplo, delirio o trastornos conductuales) o elementos organizativos que favorecen la aparición o la falta de detección de la malnutrición (por ejemplo, las personas que comen despacio pueden dejar parte de la comida), pudiendo presentarla hasta un 10% de todos los pacientes sin riesgo inicial.^(10,18,19)

Muchos adultos mayores hospitalizados desarrollan complicaciones iatrogénicas no relacionadas con la presentación de sus diagnósticos que pueden dar lugar a más hospitalizaciones, deterioro funcional u otros. Estas complicaciones son consideradas “riesgos de hospitalización” e incluyen el delirio, la malnutrición, incontinencia urinaria e infección de tracto urinario, úlceras por presión, depresión, caídas, uso de la coerción, la infección, los efectos adversos a las drogas, y la muerte.⁽¹⁸⁻²¹⁾

Las úlceras por presión (UPP) representan un problema grave de salud pública, en la mayoría de los países de Latinoamérica. La falta de estadística oficial no solo impide tener una

dimensión real de esta enfermedad que genera disminución de la calidad de vida, aumento de los costos de salud y pérdida de tiempo en el recurso humano, sino que, además, pone de manifiesto la falencia de los sistemas de salud en cuanto a prevención y educación se refiere.

La prevalencia mundial según datos aportados por la OMS, oscila entre 5 y 12 %.^(19,21) Las UPP afectan a un 7 % de las personas mayores hospitalizadas (hasta un 25 % en unidades de cuidados paliativos o intensivos) y se asocian a una mayor mortalidad hospitalaria, estancias más prolongadas, mayor tasa de readmisiones y mortalidad en los 30 días posteriores al alta, si bien el impacto de las UPP de nueva aparición (hasta el 59 % de las UPP es superior al de las preexistentes).⁽²⁰⁾

En el tercer estudio nacional español de prevalencia de úlceras por presión se concluye que, en atención primaria, la prevalencia fue de 5.89 % para los pacientes mayores de 14 años incluidos en el programa de atención domiciliaria, 7.2 % en las unidades de hospital y 6.39 % en los centros socio sanitarios.⁽²¹⁾ Los cuestionarios proporcionaron información acerca de un total de 2 468 lesiones; 1031 UPP en hospitales (41.8 % del total); 914 UPP en atención primaria (37 %) y 523 UPP en atención socio sanitaria (21.2 %).⁽²¹⁾ Australia, realiza el estudio PUPPS 1 (del inglés, Encuesta de prevalencia del punto de úlcera por presión), en el cual identifica una prevalencia de 26.5 %, es decir, uno de cada cuatro pacientes internados presenta una UPP y dos tercios la adquiere luego de la admisión hospitalaria.^(19,21)

La prevalencia estimada de UPP en un estudio en Canadá fue 25.1 %, cifra mayor que las registradas en el Reino Unido y los Estados Unidos.^(20,21) Las complicaciones hospitalarias empeoran los resultados de salud y la satisfacción de los usuarios e incrementan la carga asistencial y los costes sanitarios.⁽²¹⁾

Los encargados de trazar políticas de salud otorgan al indicador de la mortalidad de ancianos en UCI un notable peso específico, toda vez que expresa resultados concretos y, en términos económicos, el fracaso de determinada inversión. En un análisis de la mortalidad en una UCI, se expone que la mortalidad en pacientes críticos mayores de 75 años es de 43 % y en pacientes entre 55 y 64 años de un 21.8 %.⁽²⁰⁾ En un resumen de datos del análisis de la mortalidad en otra UCI se encuentra que los adultos menores de 65 años tienen una mortalidad del 9 %, mientras que los de edades entre 65 y 84 años es del 16.7 % y en los mayores de 85 años de 29 %.⁽²¹⁾

La mortalidad en el estudio es superior a la constatada en otras investigaciones,^(3,4,9,10) en lo que interviene el hecho de que se evalúa solo la población admitida en la UCIM, sin incluir las admisiones en la UCI, donde existen menos ingresos de pacientes geriátricos, pero una mayor tasa de supervivencia de estos, lo que requiere un estudio posterior.

La enfermedad se manifiesta en forma atípica en la vejez y con frecuencia las molestias y los cambios que experimentan son atribuidos al envejecimiento y no a enfermedades, lo que retrasa el reconocimiento y diagnóstico de la enfermedad hasta etapas muy avanzadas cuando los estragos ya son muchos y quizás irreversibles.⁽¹⁹⁾

Lo anterior puede estar apoyado por el hecho de que el anciano llega a el servicio después de un largo proceso en el que con mucha frecuencia no se reconoce el proceso por su aberrante forma de presentación y la falta de conocimientos sobre la medicina geriátrica, y es trasladado a una sala de Medicina, cuando requería desde su llegada, un servicio de atención al grave.

En la investigación se concluye que los ingresos de pacientes geriátricos en la terapia intermedia aumentan progresivamente y la principal causa es de tipo infecciosas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jacob SM, Roten HU. Intensive care 1980-1995: change in patients characteristics, nursing workload and outcome. Intensive Care Med [Internet]. 1997 [citado 12 Abr 2019];23:1165-70. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s001340050474.pdf>
2. Martín Sánchez FJ, González del Castillo J. Sepsis en el anciano: ¿están preparados los servicios de urgencia hospitalarios? Emergencias Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias [Internet]. 2015 [citado 12 Abr 2019]; 27(2):73-74. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5388433&orden=0&info=link>
3. Fondo de Población de Naciones Unidas. Envejecimiento en el siglo XXI: celebración y desafío. [Internet]. Nueva York: Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA); 2012 [citado 12 Ago. 2019]. Disponible en: <http://www.revista60ymas.es/InterPresent2/groups/revistas/documents/binario/s315informe.pdf>
4. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Resumen. Ginebra: Ediciones de la OMS. 2015 [citado 14 Nov 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
5. Hernández Pedroso W, Pérez Alejo JL, Amador Armenteros A, Santana Sánchez R, Lemes Rodríguez A, Ramos Ravelo D. Evolución de los pacientes graves con ventilación mecánica invasiva según el catabolismo proteico. Rev Cubana Med Milit [Internet]. 2017 [citado 12 Abr 2019]; 46(2):145-59. Disponible en: <http://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/36>
6. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud 2017. Anuario Estadístico de Salud. 2018. La Habana: Ciencias Médicas; 2018. Disponible en: <https://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf>
7. Ruesca Domínguez CM, Malpica Alonso E. Reflexión ética en la práctica de la cirugía ambulatoria. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2007 [citado 7 Jul 2019]; 29(1). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol1%202007/tema12.htm>
8. Griffiths Ths R, Beech F, Brown A, Dhese J, Foo I, Goodall J, et al. Perioperative care of the elderly 2014: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Anaesthesia [Internet]. 2014 [citado 7 Jul 2019]; 69(1):81-98. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/anae.12524>
9. Cardenas Noa JA de, Morejón Chávez J, Robles Lozano R, Sánchez García RW, Elizalde Guzmán I, Santana Domínguez M et al. El paciente geriátrico en la UCI. Estudio de 4 años.

En: Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana, La Habana 3-7 de diciembre de 2012 [Internet] [citado 8 Mar 2020]. Disponible en:

<http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/view/903/383>

10.Morales de Ávila H, Hidalgo Herrera R, Calzado Rómulo A. Morbimortalidad en la sala de terapia intensiva del centro diagnóstico integral del municipio Bejuma. *Mediciego* [Internet]. 2011 [citado 12 Ago. 2019]; 17(Supl.2). Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/2020>

11.Castellanos-Olivares A, Sánchez-Ruíz JG, Gómez-Sánchez G, Salgado-Figueroa M. Prevalencia de comorbilidades en el paciente geriátrico y pronóstico postoperatorio. *Revista Mexicana Anestesiología* [Internet]. 2017 [citado 7 Jul 2019]; 40(Supl.1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cmas171ae.pdf>

12.Ruiz Álvarez J, Llanes Torres HM, Perdomo Jorge JM, Santamarina Rodríguez S. Caracterización de ancianos frágiles en consultorios del Médico de Familia. *Medimay* [Internet]. 2016 [citado Ago 15 2019]; 22(1). Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/923>

13.Paredes Díaz R, Orraca Castillo O, Marimón Torres ER, Casanova Moreno MC, Véliz Martínez Dania M. Influencia del tabaquismo y el alcoholismo en el estado de salud de la población pinareña. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2015 Feb [citado 15 Ago 2019]; 19(1):46-55. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000100008&lng=es

14.Serra Urra M, Germán Meliz JL. Polifarmacia en el adulto mayor. *Rev Haban Cienc Méd* [Internet]. 2013 Mar [citado 15 Ago 2019]; 12(1):142-51. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000100016&lng=es

15.Muñoz García M, Delgado Silveira E, Martín-Aragón Álvarez S, Bermejo Vicedo T, Cruz-Jentoft AJ. Concordancia entre los criterios STOPP 2009 y los Beers 2003 en el momento del ingreso hospitalario. *Farm Hosp* [Internet]. 2016 Dic [citado 15 Ago 2019]; 40(6):504-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432016000600006&lng=es

16.Fajreldines A, Schnitzler E, Insua JT, Valerio M, Davide L, Pellizzari M. Reducción de prescripción inapropiada y eventos adversos a medicamentos en ancianos hospitalizados. *Medicina (B. Aires)* [Internet]. 2018 Feb [citado 15 Ago 2019]; 78(1):11-17. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802018000100003&lng=es

17.González Rodríguez R, Martínez Cruz M, Castillo SD, Rodríguez Márquez O, Hernández Valdés J. Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores. *Rev. Finlay* [Internet]. 2017 Jun [citado 15 Ago 2019]; 7(2):74-80. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200002

18.Tripathy S. Geriatric Critical Care in India. *Indian J Crit Care Med* [Internet]. 2015 [citado 12 Abr 2019]; 19(3):191-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4366927/>

19.Rojano Luque X, Sánchez Ferrin P, Salvà A. Complicaciones de la hospitalización en personas mayores. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2016 [citado 15 Ago 2019]; 146(12):550-4. Disponible en: <https://www.smgg.es/images/articulos/hospitalizacion.pdf>

20. Manzano F, Pérez-Pérez AM, Martínez-Ruiz S, Garrido-Colmenero C, Roldan D, Jiménez-Quintana MM, et al. Hospital-acquired pressure ulcers and risk of hospital mortality in intensive care patients on mechanical ventilation. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2014 [citado 15 Ago 2019]; 20(4):362-8. Disponible en:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jep.12137>

21. McInnes E, Jammali-Blasi A, Bell-Syer SE, Dumville JC, Middleton V, and Cullum N. Support surfaces for pressure ulcer prevention. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [citado 15 Ago 2019]; (9). Disponible en:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001735.pub5/full>

Conflicto de intereses.

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses para la publicación del artículo.

Citar como: Rodríguez Méndez A, Plaza Sánchez CM, Alvarez Mesa NR, Perez Vereá L. Caracterización del paciente geriátrico en la unidad de cuidados intermedios. *Medimay* [Internet]. 2020 [citado: fecha de citado];27(3):299-311. Disponible en:

<http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1730>

Contribución de autoría

Todos los autores participaron en la elaboración del artículo y aprobaron el texto final.

Este artículo se encuentra protegido con [una licencia de Creative Commons Reconocimiento- No comercial 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos, siempre que mantengan el reconocimiento de sus autores.

