

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
Recinto Universitario Rubén Darío
UNAN – MANAGUA
Facultad de Medicina



Monografía para optar a Título de Médico General y Cirujano

TITULO:

“Principales Causas de Mortalidad de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.”

Autores

Br. Lisbeth Algeria Flores Castro.

Br. Wascar Joaquín Corea Averruz.

Tutor

Dr. Eladio Meléndez. MSSR.

Responsable Dpto. de Epidemiología.

HAJN Granada.

Managua 2015.

DEDICATORIA

- ✚ *Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.*

- ✚ *Dedico este trabajo a mis padres Pedro Corea y Carmen Averruz por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo tanto emocional como económico.*

- ✚ *A mi novia y compañera Lisbeth Flores quien siempre estuvo a mi lado dándome apoyo y alentó para continuar y culminar este trabajo.*

- ✚ *A mi maestro Dr. Eladio Meléndez quien con su enseñanza y dedicación se logró la culminación de esta investigación.*

AGRADECIMIENTO

- ✚ Doy gracias a Dios por darme la sabiduría, conocimiento y fortaleza que me ayudo a emprender y culminar cada investigación documental.

- ✚ A mis padres por su apoyo incondicional a lo largo de mi vida, los cuales siempre han velado por mi bienestar y educación.

- ✚ A mi novia por siempre estar a mi ladoe impulsarme en todo momento hasta la culminación de la Investigación.

- ✚ A mi tutor Dr. Eladio Meléndez que con su paciencia y dedicación siempre estuvo hasta las últimas instancias de la Investigación.

- ✚ A todos los que de alguna manera estuvieron a mi lado compartiendo momentos y me impulsaron a seguir adelante

DEDICATORIA

✚ A Dios por darme la vida, la sabiduría y entendimiento, por guiar cada paso a lo largo de mi carrera y a lo largo de mi vida.

✚ A mi padre Lenin Flores Alemán y mi madre Genie Castro quienes han forjado mi carácter con su ejemplo y cariño en todo momento y fueron quienes me han impulsado para culminar con éxito esta etapa de mi vida.

✚ A mi Madrina Jeanina Castro y Aldo Mendieta por todo el amor y el apoyo incondicional que me han brindado a lo largo de mi vida, por los sabios consejos que han sido soporte para tomar decisiones.

✚ A mi mejor amigo, novio y compañero de tesis quien durante todos los años que hemos compartido de carrera me ha impulsado a sobrellevar cada etapa y me ha apoyado siempre.

AGRADECIMIENTO

✚ A Dios por bendecirme con su infinito amor y haberme acompañado en este transcurso de mi vida permitiéndome compartir este momento de felicidad con mis seres queridos.

✚ A mis Padres por su esfuerzo para darme un mejor futuro al estar conmigo brindándome su apoyo y amor incondicional.

✚ A mi familia por estar a mi lado apoyándome en cada paso a lo largo de mi vida y de mi carrera para un futuro mejor.

✚ A mi tutor Dr. Eladio Meléndez quien con su enseñanza y sabiduría supo guiarnos en el desarrollo de este trabajo.

OPINION DEL TUTOR

Tengo a bien presentar el trabajo monográfico “Principales Causas de Mortalidad de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.”

Los Br. Lisbeth Algeria Flores Castro. Wascar Joaquín Corea Averruz. Son los autores de dicho trabajo. Ellos desde que iniciaron el proceso de investigación demostraron responsabilidad, creatividad, ética y sensibilidad para tratar el tema.

Entre los resultados se destacan:

El mayor porcentaje de padecimiento de enfermedades crónicas degenerativas mal controladas y la susceptibilidad a proceso infeccioso como la neumonía fueron las causas básicas de fallecimiento. Los padecimiento patológico que presentaron los pacientes son la combinación de varias patologías y sin embargo más de la mitad de estos no tomaba ningún tratamiento para estos problema.

Los resultados de este trabajo es la muestra del comportamiento de la mortalidad de los adultos mayores, como se tratan su problema y como las patologías oportunistas desencadenan el proceso mórbido. Se espera que los resultados de este trabajo logren de alguna manera sensibilizar a las autoridades u organismos influyentes para tratar de darle importancia a esta problemática que vive los adultos mayores del país.

Felicito a los Bachilleres por su compromiso con el trabajo y les insto a seguir preparándose para dar un mejor servicio a la población que les demanda.

Dr. Eladio Meléndez A. MSSR

Epidemiólogo del Hospital Amistad Japón Nicaragua.

Granada

RESUMEN

Las oportunidades que los adultos mayores tendrán al envejecer dependerán en gran medida de algo fundamental: la salud. La mala salud no tiene que ser la característica predominante y limitante de las poblaciones de edad avanzada. Los sistemas de salud no están bien adaptados a las necesidades de las poblaciones de edad avanzada que atienden actualmente. El envejecimiento de la población exige, por consiguiente, una respuesta integral de salud pública. Las personas mayores de 60 años representan el 6 por ciento de la población total en Nicaragua son 266.000 ancianos, la demanda de los servicios de salud se ven actualmente más tensionados. Se visualiza muy menudamente las situaciones de salud de los ancianos, En la capital Managua el Hospital Alemán – Nicaragüense el único hospital general en la región orientado a las cuatro especialidades básicas.

El total de las consultas atendidas por emergencia para el año 2014 en el Hospital fue 97.272 el 68.7% fueron atenciones a la población mayor de 50 años. El total de fallecido generalmente en este mismo periodo fue de 514 pacientes, 307 ocurrieron en adultos mayores de 50 años que representa el 59.7%, del total. Las principales causas 21.7% fue por Diabetes Mellitus tipo2, Cirrosis Hepática el 14.6% y el 9.1% por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

La razón de ser del estudio es permitir visualizar un problema que con forme pase el tiempo se irá incrementando cada día más, permitirá dar pauta para la comprensión a la gerencia del hospital y a nivel superior de las autoridades de salud sobre la necesidad de generar soluciones para la implementación de la medicina preventiva y no curativa.

Es un estudio descriptivo de corte transversal realizado en el Hospital Alemán Nicaragüense de Managua en los servicios de medicina interna, cirugía, ginecología en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del 2014. Se incluyeron 169 expedientes de pacientes que fallecieron por diversas causas. Es importante señalar que la muestra fue por conveniencia, para la recolección de la información se elaboró un instrumento inédito que contenía indicadores que permitían identificar las características generales de los pacientes, los antecedentes patológicos y hábitos tóxicos, así también las características clínicas de la enfermedad que lo condujo a la muerte y se investigó las causas de fallecimiento.

Para el procesamiento de la información se utilizó el programa estadístico SPSS 21.0 para Windows, La información se presenta en tablas y gráficos.

Los resultados más destacado; Las características generales de los adultos mayores que fallecieron según causa básica en orden de frecuencia corresponde el 65.7% a los de edad de 60 a 79 años el 8.8% presento neumonía el 8.9% hipertensión arterial crónica y el 8.8% cardiopatías. El 50.9% no tenían ninguna ocupación, el tiempo que duraron el 33.7% su estancia ingresados fue menor o igual a un día.

Los antecedentes patológicos identificados según causa básica de fallecimiento el 58.6% presentaba HTA crónica, pero solo el 10.1% se le consigno como causa de muerte este padecimiento. Se logró identificar que los motivos de consulta según causa básica de muerte 36.1% presentaban cansancio. El tiempo de padecer de la enfermedad aguda que los motivo a la consulta 52.7% tenían un día, el 8.9% de los fallecidos por HTA crónica, el 7.1% de los que murieron por DM tipo 2 y cardiopatías. El diagnostico de ingreso consignados en los expedientes el 12.4% tenían neumonía seguido del 11.2% de DM tipo 2 descompensada. El 8.3% tenían consignado causa directa insuficiencia respiratoria y falla de múltiples órganos.

Conclusión: La población de adultos mayores que fallecieron sus características sociodemográficas es población de edades antes de los 80 años más en mujeres con situaciones precarias, condicionando el padecimiento de enfermedades crónicas degenerativas mal controlado y la susceptibilidad a proceso infeccioso como la neumonía

ÍNDICE

	Pág.
I. Introducción.....	7
II. Antecedentes.....	9
III. Justificación.....	15
IV. Planteamiento del Problema	16
V. Objetivos	
Objetivo General	17
Objetivos Específicos.....	17
VI. Marco Referencial.....	18
6.1. Conceptos.....	18
6.2. Las diez causa principales de defunción en el mundo 2000 – 2015.....	19
6.3. Factores de riesgo para mortalidad.....	20
6.4. Síntomas durante una enfermedad mortal.....	24
VII. Diseño Metodológico.....	30
7.1 Tipo de Estudio	30
7.2 Lugar y Periodo.....	30
7.3 Población de estudio y muestra.....	30
7.4 Operacionalización de variables.....	31
7.5 Técnica y Procedimientos	35
7.6 Plan de tabulación y análisis	36
7.7 Cruce de variables	36
7.8 Aspectos éticos.....	37
VIII. Resultados	38
IX. Discusión	41
X. Conclusión.....	45
XI. Recomendaciones	46
XII. Bibliografía.....	47
XIII. Anexos.....	50
Anexo 1. Instrumento de recolección de la información.	
Anexos 2. Tablas de Resultados.	
Anexos 3. Gráficos de Resultados	

I. INTRODUCCIÓN

Las personas mayores son el grupo de población de más rápido crecimiento en el mundo. En el 2014, la tasa de crecimiento anual de la población mayor de 60 años casi triplicó la tasa de crecimiento de la población en su conjunto. En términos absolutos, el número de personas mayores de 60 años casi se ha duplicado entre 1994 y 2014, y las personas de ese grupo de edad superan ahora en número al de los menores de 5 años. Las oportunidades que los adultos mayores tendrán al envejecer dependerán en gran medida de algo fundamental: la salud. Si las personas viven esos años adicionales de vida en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran apenas tendrá límites. Pero si esos años adicionales se caracterizan por la disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad serán mucho más negativas.

Las personas mayores hacen aportes a la sociedad de muchas maneras, ya sea en el seno de sus familias, en la comunidad local o en la sociedad en general. La mala salud no tiene que ser la característica predominante y limitante de las poblaciones de edad avanzada. La mayoría de los problemas de salud de las personas mayores son el resultado de enfermedades crónicas y es posible prevenir o retrasar muchas de ellas con hábitos saludables. Sin embargo, los hábitos poco saludables siguen siendo frecuentes entre los adultos mayores y a medida que la población siga envejeciendo, muchos países tendrán que adaptar sus políticas y los niveles de prestación de servicios para cubrir las demandas de una población con una proporción de ancianos cada vez mayor. (Envejecimiento de la Población, 2014).

Los sistemas de salud no están bien adaptados a las necesidades de las poblaciones de edad avanzada que atienden actualmente. El envejecimiento de la población exige, por consiguiente, una respuesta integral de salud pública. Sin embargo, no se ha debatido lo suficiente sobre lo que esto implica. Con el transcurso de los años, los avances en el campo de la salud -debido al progreso científicotecnológico- al mayor conocimiento y cuidado de la salud por parte de las personas favorecen a toda la población aunque, a medida que envejece, incrementa su riesgo de muerte por una u otra causa, ya sea asociadas al deterioro

biológico degenerativo y otras ligadas a factores externos al individuo (por ejemplo, accidentes, deterioro medio-ambiental y otras). (Morales & Villalon , 1999).

Las personas mayores de 60 años representan el 6 por ciento de la población total en Nicaragua son 266.000 ancianos, la demanda de los servicios de salud se ven actualmente más tensionados, aunque se luche por cambiar la política general de salud aún sigue siendo curativa y no preventiva, lo que influye enormemente a generar mayor vulnerabilidad y por ende mayor demanda, así también el deterioro a la calidad de vida de estas personas. Solo el 25% de la población de la tercera edad reciben el beneficio de la seguridad social con limitaciones de atención especializada. (Sandino, 2012), el resto de la población son atendidos por los sistemas publicos con amplia limitaciones sin consideraciones al respecto.

Se visualiza las situaciones de salud de los ancianos, En la capital Managua el Hospital Alemán – Nicaragüense el único hospital general en la región orientado a las cuatro especialidades básicas: Pediatría, Gineco - Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía General ubicadas en el sector nor - oriental de la ciudad, que incluye el distrito VI (integrado por 65 barrios, 41 asentamientos y 16 repartos). Cuenta con una dotación de 254 cama censables su población de influencia es de 350,150 habitantes. Atiende además a dos municipios del Departamento de Managua (San Francisco Libre con 9,848 habitantes y Tipitapa con 116,527) para un total de 476,525 habitantes.

El total de las consultas atendidas por emergencia para el año 2014 en el Hospital fue 97.272 el 68.7% fueron atenciones a la población mayor de 50 años. El total de fallecido generalmente en este mismo periodo fue de 514 pacientes, 307 ocurrieron en adultos mayores de 50 años que representa el 59.7%, del total. Las principales causas 21.7% fue por Diabetes Mellitus tipo2, Cirrosis Hepática el 14.6% y el 9.1% por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. (MINSa - HAN, 2014). Esta estadísticas demuestra obviamente una pequeña proporción a nivel nacional de las verdaderas defunciones en Nicaragua que limitan la calidad de vida en estas personas. Si se considera la suma de todos los hospitales del país sobre este tema diríamos que estamos en una verdadera epidemia, pero se sigue priorizando la política de salud materna infantil.

II. ANTECEDENTES

A nivel internacional.

Comportamiento de la mortalidad por las primeras cuatro causas en los adultos mayores. Cuba, 2002-2006. Autoras: Dra. Yuselis Malagón Cruz, Dra. Virginia Ranero Aparicio, Dra. Ludmila Brenes Hernández, Dra. Adialys Guevara González

La población cubana está envejeciendo, ello implica una atención cada vez más compleja de sus adultos mayores, requiriéndose de información exhaustiva sobre su mortalidad y morbilidad y así establecer estrategias que mejoren la calidad de vida de estos. Para describir el comportamiento de la mortalidad general según principales causas de muerte en adultos mayores de Cuba durante los años 2002-2006 se realizó un estudio descriptivo retrospectivo.

Se seleccionaron las cuatro primeras causas de muerte según la X Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, se calcularon tasas de mortalidad general y específica por las cuatro primeras causas, grupos de edad y sexo para cada año seleccionado y mortalidad proporcional. Durante el período analizado, el riesgo de morir por todas las causas en adultos mayores tendió al ascenso, excepto en el 2006 donde decreció un 5.7%, 2910 fallecidos menos que en el 2005, siendo el riesgo mayor en el grupo de 75 y más años.

Las enfermedades crónicas ocuparon las tres primeras causas seguidas por la Influenza y Neumonía. Los adultos mayores aportaron cada año más del 70% de las defunciones de este grupo etáreo y el 55% y más a la mortalidad general del país. Concluimos que el patrón causal de mortalidad es típico de esta etapa de la vida. Se logró en el 2006 una reducción de la mortalidad en tres de las cuatro causas analizadas, con excepción de los tumores malignos.

El tratamiento oportuno, la rehabilitación adecuada serán pilares necesarios para disminuir mortalidad así como intervenir en las condiciones sociales y ambientales.

Mortalidad y morbilidad atendida de personas mayores Medellín (Colombia)

Autores: Doris Arango Cardona y Enrique Peláez.

La situación epidemiológica que se observa en algunos países de América Latina y el Caribe lleva a que las demandas en salud se distribuyan en atenciones a las enfermedades infecciosas junto con las no infecciosas, habitualmente crónicas, muy ligadas a determinados estilos de vida cuyos efectos se evidencian en edades avanzadas. Por eso, conforme envejecen las poblaciones se tienen más personas de edad avanzada que necesitan más atenciones en salud que las personas jóvenes.

Es importante señalar que no debe equipararse el envejecimiento con mala salud, discapacidad o enfermedad, ya que buena parte de los mayores no padecen de enfermedades graves durante casi toda su vejez, pero deben ejercer su derecho a la salud como el resto de la población. El estudio de la mortalidad, así como su distribución por causas, sexo y edad es una aproximación a las condiciones de salud de una población. Por eso se plantea el objetivo de analizar las tendencias de las cinco primeras causas de mortalidad de los adultos mayores de la ciudad de Medellín (Colombia), y determinar las primeras causas de morbilidad atendida, utilizando certificados de defunción de 1999-2006 y los registros individuales de prestación de servicios 2002-2006, analizadas con medidas demográficas, estadísticas y epidemiológicas, apoyado por paquetes computacionales especializados.

Dentro de los resultados de la Mortalidad, 1999-2006 las características demográficas analizadas fueron: edad, sexo y causa básica de muerte. La población mayor de 65 años residente en el municipio de Medellín fallecida en el período de estudio se distribuyó entre 54,3% (26.368) defunciones de sexo masculino y 45,7% (22.222) de sexo femenino. La mayor concentración de las defunciones de los adultos mayores se presentó entre los 70 y 80 años y a partir de los 85 años se percibe una disminución en el número de fallecidos.

En los hombres la disminución se inicia a partir de los 83 años y su nivel más alto se registró a los 72 años (4,6%), mientras en las mujeres la disminución se presentó a partir de los 85 años y su máximo nivel se ubicó en los 78 años.

La elevación que se insinúa a los 98 años pudiera ser explicada en la muerte de centenarios que no tienen registrada su edad exacta en la base de datos.

La Morbilidad atendida en consulta externa, 2002-2006. En el servicio de salud, consulta externa, se analizaron 1.052.471 registros individuales de prestación de servicios de salud, correspondientes a las atenciones en salud de las personas de 65 años y más, en el período 2002-2006; estos registros corresponden al 13,2% del total de atenciones registrados en la ciudad. La frecuencia promedio fue de 1390,3 atenciones por mil personas de 65 años y más; por sexo, esta medida fue de 1145,4‰ hombres y 1555,8‰ mujeres, todos ellos adultos mayores.

Las cinco primeras causas de atención fueron: hipertensión esencial, dorsalgia, gastritis y duodenitis, los trastornos de acomodación y de relajación, y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. Las atenciones en salud causada por la hipertensión esencial registraron una frecuencia de atención de 228,4‰ adultos mayores de la ciudad; vale decir que por cada mil habitantes de 65 años y más, por lo menos 228 consultaron a los profesionales de la salud por problemas relacionados con hipertensión esencial, lo que equivale a decir que uno de cada cinco atenciones en consulta externa por esta afección es suministrada a un adulto mayor de la ciudad; por dorsalgia consultaron 42,2‰; por gastritis y duodenitis consultaron 35,0‰; por trastornos de la acomodación y de la relajación acudieron 27,5‰ y por otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas consultaron 27,2%.

También en Lima, Perú. Se realizó un estudio para determinar si existen diferencias en la morbilidad y mortalidad de los adultos mayores de 60 a 79 años hospitalizados, (adultos mayores más jóvenes), comparados con los adultos mayores de 80 años o más (adultos mayores más ancianos). Fue un estudio transversal en los adultos mayores ingresados al servicio de Medicina 11C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2007. Se tomó los datos de las hojas de epicrisis de dicho servicio, las variables de estudio fueron: diagnóstico de egreso, género y edad.

Se realizó el análisis descriptivo de la morbilidad y mortalidad por subgrupo de adulto mayor y por género, además se realizó la prueba para la comparación de proporciones entre los adultos mayores más jóvenes y los más ancianos.

La morbilidad en el grupo de adultos mayores de 60 a 79 años estuvo conformada por el desorden cerebrovascular (6.7%), neumonía (5.6%), sepsis (5.6%) e infección urinaria (5%). La morbilidad en el grupo de adultos mayores de 80 años estuvo conformada por neumonía (10.2%), desorden cerebrovascular (8.9%), sepsis (6.8%) e infección urinaria (5.5%). Neumonía, insuficiencia respiratoria aguda, EPOC y las crisis hipertensivas fueron más frecuentes en los adultos mayores de 80 años a más ($p < 0.05$). Considerando el género, en el grupo de adultos mayores de 60 a 79 años. Entre las mujeres predomina la infección urinaria mientras en el grupo de varones predomina el desorden cerebro vascular. Durante el periodo de estudio, se encontraron 56 defunciones; 36 en el grupo de adultos mayores de 60 a 79 años y 20 en los adultos mayores de 80 a más años.

La tasa de mortalidad en el periodo de estudio para la población de adultos mayores fue de 80 por 1000. En el grupo de adultos mayores de 60 a 79 años, la tasa de mortalidad fue de 78 por 1000; mientras que en el grupo de 80 años a más, la tasa de mortalidad fue de 85 por 1000. Al determinar las causas de las defunciones por el tipo de patología, se encontró que en ambos grupos la principal causa fueron las enfermedades infecciosas, con 14 (38.9%) casos en el grupo de los adultos mayores de 60 a 79 años y nueve (45.0%) casos en el grupo de adultos mayores de 80 a más años. (Roja, 2010).

Cinco primeras causas de muerte en los adultos mayores y su contribución al cambio en la esperanza de vida. Cuba, 1998/2000 –2001/2003. Autores: Adialys Guevara González, Yuselis Malagón Cruz, Dra. Suzette Pérez Cabrera, Ludmila Brenes Hernández

El envejecimiento de la población cubana es una de las características demográficas y sociales más importantes derivadas del descenso de la fecundidad, la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida.

En el año 2003 debido al proceso del envejecimiento poblacional la población de 60 años y más llegó a 1.689.326, lo que representó el 15% del total de población. Nuestro país se colocó en la cuarta y última fase de la transición demográfica, predominando discretamente la población femenina debido a su mayor expectativa de vida 52.1% y 47.9% hombres.

En Cuba, las principales causas de mortalidad que afectaron a los adultos mayores fueron las enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares, hallazgo consecuente con la situación de transición epidemiológica; a excepción de la influenza y neumonía que aún persiste con niveles de mortalidad elevados, constituyendo la cuarta causa de muerte en el grupo de 60 años y más.

Los tumores malignos y la influenza y neumonía constituyeron las causas que rebajaron años a la esperanza de vida en los adultos mayores en ambos sexos, mostrando mayor afectación las viejas jóvenes por tumores malignos y las viejas por influenza y neumonía.

La hipertensión arterial (HTA) es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo. Representa por sí misma una enfermedad, así como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente para la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebro vascular y contribuye significativamente a las enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares.

El hábito de fumar constituye un factor de riesgo independiente de primer orden para el ataque cardiaco. Es uno de los hábitos tóxicos socialmente adquiridos que interviene en un grupo numeroso de entidades como la cardiopatía coronaria, el cáncer del pulmón, la enfermedad arterial periférica y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, entre otras podría considerarse como el principal de los factores modificables de cardiopatía coronaria.

Son pocos los estudios a nivel internacional que tratan de estos temas la mayoría lo que presentan son datos estadístico de la incidencia sobre la morbi – mortalidad que ocurren por país y no por hospitales. Ya que se demuestra que la atención a la población de la tercera edad no es aun especializada y se sigue viendo en el campo de la medicina interna.

A nivel Nacional.

De acuerdo a las estimaciones de población, para el año 2011 en Nicaragua. Durante el periodo 2000-2010 se registran en este grupo de población 83,219 fallecimientos, de los cuales el 51% fue en el sexo masculino; el 79% del total de fallecidos procedían de zonas urbana. De las defunciones registradas en el periodo referido, el 52.4% se concentran en 15 causas básicas, de estas las principales son: Infarto agudo de miocardio (16.1%), Accidentes vasculares (6.5%), Enfermedad pulmonar crónica (4.4%), Insuficiencia renal crónica (3.6%), Insuficiencia Cardíaca (2.4%), Hemorragia intracerebral (2.2%), Neumonía (2.1%), Tumor maligno del estómago (2%), Tumor maligno de la próstata (2%), Hipertensión esencial (1.7%), Diabetes Mellitus (1.6%). (Oficina Nacional de Estadísticas - MINSA, 2011).

Estos datos estadístico fueron en la actualidad los únicos encontrados referente a la mortalidad de la población mayor de 60 años en Nicaragua y no se han realizado estudio similares en otros hospitales como el referido a la propuesta de nuestro estudio.

III.JUSTIFICACIÓN

Determinar cuántas personas mueren cada año y por qué han fallecido es uno de los medios más importantes de evaluar la eficacia del sistema de salud de un país los cuales las enfermedades degenerativas mal controladas aumentan rápidamente en pocos años y un sistema de salud con limitaciones en atención en salud para adultos mayores resalta gran interés en comenzar un vigoroso programa para alentar modos de vida que ayuden a prevenir y tratar estas enfermedades en adultos mayores.

El estudio de la mortalidad de los grupos humanos constituye un elemento de importancia para juzgar la condición de salud de la población. Ello se entiende por cuanto el análisis de las muertes apunta directamente al conocimiento de los problemas de salud más graves de una comunidad.

Aunque sea una pequeña muestra del gran problema que presenta el país, con la mortalidad de los adultos mayores en el Hospital Alemán Nicaragüense, permitirá dar pauta para la comprensión a la gerencia del hospital y a nivel superior de las autoridades de salud sobre la necesidad de generar soluciones para la implementación de la medicina preventiva y no curativa. Con este estudio también pretendemos contribuir con el derecho humano consagrado en los derechos internacionales que tienen los adultos mayores de ser analizado y visibilizada la problemática real sobre la calidad de vida y los problemas de salud que permiten o los ponen en indefensión para morir al no presentar un sistema que garantice condiciones óptimas para ser atendidos, tomando en consideración los resultados de la investigación se pueda elaborar planes y estrategia eficaces concretas por las autoridades de salud que de alguna manera mejore la atención que se brinda en el hospital a los de la tercera edad que mayormente son los más afectados.

IV. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Con los años, se producen numerosos cambios fisiológicos fundamentales, y aumenta el riesgo de enfermedades crónicas. Las necesidades de salud de las personas adultas mayores son diferentes de las otras etapas de vida, por ser un grupo poblacional complejo donde confluyen por un lado aspectos intrínsecos del envejecimiento, alta prevalencia de enfermedades crónico degenerativas (entre las que hay que considerar depresión y demencia), mayor frecuencia de alteraciones en la funcionalidad o dependencia física, que lo sitúan en una posición de vulnerabilidad; y con aspectos extrínsecos como la falta de recursos económicos, débil soporte familiar y social, que lo colocan en situación de desprotección, que usualmente generan daños mal diagnosticados o que pasan inadvertidos, contribuyendo al deterioro de la salud de estas personas.

Una de las razones por las que el envejecimiento se ha convertido en una cuestión política clave es que tanto la proporción como el número absoluto de personas mayores están aumentando de forma notable en las poblaciones de todo el mundo y de esta manera aumenta la demanda y sus necesidades relacionadas a las situaciones intrínsecas y extrínsecas de esta población. Es una situación de desmitificar la edad como sinónimo de enfermedad y muerte. Como lo vivido actualmente ante una muerte materna o perinatal se toman todas las medidas que corrijan los defectos que llevaron a estas muertes, pero no sucede así ante la muerte de una persona de la tercera edad. Ante esta problemática queremos saber.

¿Cuáles son las principales causas de Mortalidad de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014?

V. OBJETIVOS

Objetivo General.

Determinar las Principales Causas de mortalidad de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

Objetivos Específico.

1. Caracterizar Socio demográficamente según la causa de fallecimiento de la población en el estudio.
2. Identificar los hábitos tóxicos y antecedentes patológicos personales según causa de fallecimiento.
3. Conocer los motivos de consulta y características clínicas de ingreso según causa de fallecimiento de los pacientes.
4. Reconocer las causas de fallecimiento directa según causa básica que tuvieron los pacientes estudiados.

VI. MARCO REFERENCIAL

El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, sino que significa disminución de la capacidad de adaptación del organismo ante situaciones de estrés, determinando así una mayor susceptibilidad. Esta pérdida de función conlleva una respuesta diferente ante la enfermedad, por ejemplo existe una mayor susceptibilidad a las infecciones a causa de reducción en la protección que da una mucosa intacta, a la disminución en la eficacia de los cilios bronquiales, y a los cambios de composición de los tejidos conectivos de los pulmones y el tórax.

Es posible observar en los adultos mayores:

- Mayor vulnerabilidad a la presencia de enfermedad y muerte.
- Mayor incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas (enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, artrosis entre otras)
- Manifestaciones clínicas diferentes frente a las enfermedades (menor sensibilidad al dolor agudo, confusión, ausencia de fiebre frente a las infecciones)
- Mayor tiempo para la recuperación de la normalidad después de un proceso agudo.
- Cambios en la composición y la función corporal que afectan la cinética y la dinámica de los fármacos (descenso de masa muscular y agua corporal total, aumento de la grasa corporal, deterioro de la función renal, alteración de la sensibilidad de receptores tisulares) lo que lleva a que tengan reacciones adversas frente a ciertos fármacos en dosis terapéuticas.

En los países en desarrollo, el 42% de las muertes de adultos tienen lugar después de los 60 años, mientras que en los países desarrollados ese porcentaje asciende al 78%. En términos mundiales, las personas de 60 años tienen un 55% de posibilidades de morir antes de cumplir los ochenta. En lo que respecta a las edades más avanzadas, las variaciones regionales en cuanto al riesgo de defunción son menos pronunciadas y oscilan entre el 40%

para la mayoría de los países desarrollados de Europa occidental, el 60% para la mayoría de las regiones en desarrollo, y el 70% para el continente africano.

Los datos históricos correspondientes a países como Australia o Suecia muestran una lenta evolución de la esperanza de vida restante a los 60 años durante los primeros seis o siete decenios del siglo XX, seguida de un incremento sustancial a partir de 1970 aproximadamente. En el Japón, la esperanza de vida restante a los 60 asciende ya a 25 años. A partir de 1990, algunos países de Europa oriental, como Hungría o Polonia, empezaron a experimentar mejoras similares en lo que respecta a la mortalidad de las personas de edad avanzada, aunque otros, como la Federación de Rusia, no han corrido la misma suerte y están registrando tendencias de empeoramiento de esas tasas.

Las principales causas que conforman la carga de mortalidad y morbilidad en personas de edad avanzada no han variado significativamente a lo largo de la última década. Los trastornos cardiovasculares representan el 13% de la carga de morbilidad en adultos de 15 años o más. La cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares son las dos causas que más contribuyen a la carga de mortalidad y morbilidad en los adultos de edad avanzada (mayores de 60 años).

En los países desarrollados, las cardiopatías isquémicas y las enfermedades cerebrovasculares causan conjuntamente más del 36% de las muertes, siendo las tasas de mortalidad más elevadas para los varones que para las mujeres. El incremento de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los países de Europa oriental se ha visto contrarrestado por los continuos descensos registrados en muchos otros países desarrollados. En las regiones en desarrollo, en cambio, la mortalidad y la morbilidad atribuibles a esas afecciones están aumentando rápidamente. (OMS, 2003).

Las diez causas principales de defunción en el mundo 2000 - 2012

En la década anterior, las causas principales de mortalidad fueron de nuevo la cardiopatía isquémica, los accidentes cerebrovasculares, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

El número de defunciones debidas al VIH se redujo levemente, de 1,7 millones (3,2%) en 2000, a 1,5 millones (2,7%) en 2012. La diarrea ya no figura entre las cinco principales causas de defunción, pero aún está entre las 10 primeras, y en 2012 se cobró las vidas de 1,5 millones de personas.

El número de muertes causadas por las enfermedades crónicas aumenta sin cesar en todo el mundo. El cáncer pulmonar (junto con el de la tráquea y el de los bronquios) causó 1,6 millones de defunciones (2,9%) en 2012, por comparación con 1,2 millones (2,2%) en 2000. De modo parecido, la diabetes sacarina causó 1,5 millones de defunciones (2,7%) en 2012, por comparación con 1,0 millones (1,9%) en 2000. (OMS , 2014).

Factores de riesgo para la mortalidad de los adultos mayores

Edad

En el caso de las personas menores de 65 años, las principales causas de mortalidad son ligeramente distintas en cuanto a su importancia relativa. El cáncer es la causa de muerte más destacada en este grupo de edad (con una media de 70,3 fallecimientos por 100.000 habitantes en la Unión Europea en 2010), seguida de las enfermedades del sistema circulatorio. A diferencia de los datos relativos al conjunto de la población, las enfermedades respiratorias no figuran entre las cuatro causas de mortalidad más frecuentes en menores de 65 años.

Entre 2000 y 2010, las tasas de mortalidad en menores de 65 años de la Unión Europea disminuyeron en relación con cada una de las principales causas de muerte. Fue especialmente el caso de los accidentes de transporte y las cardiopatías isquémicas, cuya mortandad se redujo un 45,6 % y un 34,7 %, respectivamente. (Valcárcel., 2015)

Mayor longevidad femenina

Una mayor expectativa de vida en la mujer o una mayor mortalidad masculina, a toda edad, determina que en la población predomine el sexo femenino. Este fenómeno es universal y

es más acentuado en países desarrollados. Se puede afirmar por lo tanto que: A medida que aumenta la expectativa global de vida de una población.

Como una de las expresiones de su mayor nivel de desarrollo, la diferencia en la longevidad entre los sexos será aún mayor. Este desequilibrio entre los sexos ha hecho que la "vejez" se caracterice como femenina.

El estado Civil

Es un aspecto importante a considerar en el adulto mayor, en la medida que se asocia a riesgos de mortalidad. Las estadísticas muestran una mayor sobrevivencia de los casados sobre los solteros, divorciados y viudos. Se sabe que la mayoría de los adultos mayores vive acompañada, ya sea de su cónyuge o de sus hijos. No obstante, un porcentaje importante - alrededor de un 40% - no tiene pareja, es decir es soltero, viudo, anulado o separado, situación que se observa con mayor frecuencia en las mujeres. La condición de viudo aumenta a partir de los 55 años, es mucho más frecuente en el sexo femenino, y es especialmente marcada después de los 80 años. Los hombres viudos, en cambio, tienden a casarse nuevamente. (Marín, 2000).

Otros factores

El consumo de cigarrillos es uno de los principales factores contribuyentes al desarrollo de la cardiopatía isquémica (ataques al corazón), la enfermedad cerebrovascular (accidente cerebrovascular), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la bronquitis y la neumonía o ambas, y muchos cánceres. El consumo de tabaco incrementa la magnitud potencial de enfermedad y sufrimiento y determina el tipo de muerte. Solo hay una solución: dejar de fumar.

Las dietas ricas en grasa elevan el riesgo de cáncer de colon y próstata y, quizás, de otros cánceres. También influyen de forma determinante en la aparición de la aterosclerosis, que se expresa en forma de ataques al corazón y trombosis cerebrales.

La hipertensión arterial es la enfermedad que en mayor medida contribuye al accidente cerebrovascular (tanto hemorrágico como trombótico), facilita los infartos de miocardio y, cuando es lo bastante grave, lesiona también a los riñones.

La tercera edad es un grupo de riesgo en el punto de mira de algunas enfermedades y afecciones de ella que son letales las más comunes:

- Hipertensión arterial. Generalmente relacionada a la obesidad y al consumo exagerado de sal. Puede prevenirse y controlarse con un estilo de vida saludable.
- Enfermedad del corazón. Grupo grande de enfermedades definitivamente relacionadas a un estilo de vida no saludable.
- Diabetes. Si bien es cierto que tiene un fuerte componente genético, su desarrollo y complicaciones están mayormente relacionados a la obesidad.
- Cáncer. Los más frecuentes y letales: pulmón, colon o intestino grueso y melanoma maligno de la piel están relacionados al consumo de tabaco, a una alimentación no saludable y a la sobre exposición a la luz del sol respectivamente.
- Derrames cerebrales. Al igual que las enfermedades del corazón, están directamente ligados a la presión alta, al uso del cigarrillo y a la obesidad.
- Bronquitis crónica y enfisema pulmonar. El uso del cigarrillo es la primera causa.
- Enfermedad renal crónica. Usualmente causada por la presión arterial y la diabetes.
- Arritmias cardiacas. Causadas generalmente por la arterioesclerosis, relacionada a una alimentación no saludable y a la falta de ejercicio.
- Insuficiencia cardiaca crónica. Nuevamente, causada por una alimentación no saludable y un estilo de vida sedentario.
- Osteoporosis. Si bien es cierto que la gran mayoría de casos son consecuencia del envejecimiento y la pérdida de protección de las hormonas femeninas después de la menopausia, pueden tener su raíz en una alimentación deficiente y en la falta de actividad física.
- Artritis y dolor de cintura crónico. Frecuentemente relacionadas al exceso de peso.

- Las caídas como causa de muerte en adultos mayores.

Un tercio de los mayores de 65 años se cae al menos una vez al año y el 50% desarrolla un cuadro de síntomas que merma su calidad de vida. La cocina y el baño son los espacios de las casas donde más accidentes se producen.

Un tercio de los mayores de 65 años se cae al menos una vez al año y un 50% de ellos desarrolla un cuadro de síntomas tras la caída que merma en gran medida su calidad de vida.

Las caídas suponen la quinta causa de muerte en el anciano después de las enfermedades cardiovasculares, neoplásicas, cerebrovasculares y pulmonares. Sólo el 5% de las caídas dan lugar a fracturas de cadera, sin embargo sus repercusiones son muy graves dado que el 30% de los mayores que las sufren mueren dentro del primer año siguiente a que éstas se produzcan.

Los accidentes más comunes en las personas de la tercera edad son: caídas en bañeras y duchas donde zonas resbaladizas con poco apoyo donde el tiempo de reacción es mínimo; accidentes domésticos por despiste como por ejemplo olvidos puntuales que producen percances con los fuegos de la cocina, con el horno, con los calefactores, etc, y errores en toma de medicamentos, algo habitual cuando los ancianos se confunde en las dosis a tomar, o entre medicamentos de diverso tipo tomando uno por otro.

El índice de mortalidad derivado de accidentes domésticos seis veces más elevado que el que se da en el ámbito de laboral, y dos veces superior al que se produce en las carreteras. Cerca de 2.000 personas perdieron la vida en lo que respecta las muertes en los hogares por las 1.479 que fallecieron en la carretera. (Teintera.es, 2014).

La neumonía ocupa el tercer puesto en el ranking de las causas de mortalidad adulta. Es una infección que puede ser severa, en particular, en los niños pequeños y los ancianos. En los mayores de 65 años que padecen este mal, las estadísticas demuestran que más del 50% deberán ser hospitalizados por complicaciones. A su vez, la mortalidad en este grupo etario es elevada: el 17% de los pacientes fallecen por esta causa.

Además de las edades extremas de la vida, las personas que tienen mayor riesgo de presentar neumonía son aquellas con enfermedades pulmonares crónicas, cardíacas, diabetes o cuyo sistema inmunitario está debilitado.

También es más frecuente en fumadores y en personas que han tenido una infección respiratoria viral reciente, incluyendo gripe. Este padecimiento se clasifica en dos tipos: la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), que se presenta en personas que no están hospitalizadas, y son más frecuentes durante los meses de invierno. Y la que afecta a los pacientes internados en hospitales o geriátricos.

Esta distinción es importante porque los gérmenes responsables de la infección son diferentes en cada caso. En el caso de la NAC, ésta se contagia a través del contacto con secreciones respiratorias de personas infectadas. El origen de esta enfermedad se encuentra en diversos tipos de microorganismos, el más frecuente es el neumococo, que es responsable del 40% de las neumonías en adultos, y en segundo lugar, se ubica el estafilococo (17%). Otros patógenos frecuentes son los llamados gérmenes atípicos como Mycoplasma, Clamidia y Legionella. A su vez, los virus respiratorios como el de influenza, adenovirus y sincicial respiratorio. (Cruzado, 2014)

Síntomas durante una enfermedad mortal

Muchas enfermedades mortales producen síntomas similares, como el dolor, el ahogo, los trastornos gastrointestinales, las lesiones de la piel y el agotamiento. También pueden manifestarse depresiones, ansiedad, confusión, delirio, pérdida de conocimiento e invalidez.

Dolor

Existe un sentimiento generalizado de temor al dolor cuando hay que afrontar la muerte. Sin embargo, habitualmente el dolor se puede controlar, permitiendo el estado de consciencia del paciente y que éste se sienta integrado en el mundo que le rodea y cómodo.

Se aplican diversos métodos para controlar y aliviar el dolor. La radioterapia es útil en los dolores provocados por el cáncer.

La fisioterapia o los analgésicos como el paracetamol (acetaminofén) y la aspirina se usan para controlar los dolores más leves. En algunas personas se alcanza un alivio eficaz con hipnosis o con biorretroalimentación, que no tienen efectos adversos notables. Aun así, a menudo se requieren calmantes como la codeína y la morfina. Los sedantes administrados por vía oral alivian el dolor durante varias horas; los fármacos más fuertes se administran en inyecciones. Ya que la adicción a los fármacos no debe constituir ningún problema, se debe administrar una medicación adecuada desde el principio en lugar de esperar a que el dolor alcance niveles insoportables. Dado que no existe una dosis habitual, algunos pacientes necesitarán dosis bajas y otros, dosis mayores.

Ahogo

El hecho de tener que luchar para respirar es una de las maneras más dolorosas de vivir o de morir, pero se puede evitar. Existen varios métodos que ayudan a aliviar la sensación de ahogo; por ejemplo eliminar la acumulación de líquidos, cambiar de posición al paciente, darle oxígeno suplementario o reducir con radiaciones o con corticoides un tumor que obstruye las vías respiratorias.

Los sedantes facilitan la respiración de los pacientes que experimentan un ahogo leve pero persistente, aun cuando no sientan dolor. La administración de estos fármacos antes de acostarse puede proporcionar un reposo tranquilo al paciente, evitando que se levante con frecuencia debido a la sensación de ahogo.

Si dichos tratamientos no resultan eficaces, la mayoría de los médicos que trabajan en centros para enfermos terminales están de acuerdo en administrar una dosis suficiente de sedantes, con el fin de aliviar la sensación de ahogo del paciente, aunque por ello quede inconsciente. Un paciente que desea evitar el ahogo al final de su vida debe asegurarse de que el médico tratará este síntoma por todos los medios, aun cuando dicho tratamiento le deje inconsciente o pueda de alguna manera acelerar el momento de su muerte.

Trastornos gastrointestinales

Estos trastornos, que son frecuentes en las personas muy enfermas, incluyen sequedad de la boca, náuseas, estreñimiento, obstrucción intestinal y pérdida de apetito. Algunos de estos trastornos son causados por la enfermedad misma aunque otros, como el estreñimiento, se deban a los efectos secundarios de los fármacos.

La boca seca se alivia con gasas mojadas o con caramelos y los labios agrietados se alivian con varios de los productos disponibles en el mercado. Para prevenir los problemas dentales se deben cepillar los dientes o se deben usar esponjas bucales para limpiar tanto los dientes como el interior de la boca y la lengua. Es recomendable utilizar un enjuague sin alcohol o con una pequeña cantidad, ya que el alcohol y los productos derivados del petróleo son muy desecantes.

Las náuseas y los vómitos pueden deberse a los medicamentos, a una obstrucción intestinal o al propio desarrollo de la enfermedad. Según las circunstancias, el médico optará por cambiar los fármacos o recetar un antiemético (antinauseoso). Así mismo, las náuseas producidas por una obstrucción intestinal se pueden tratar con antieméticos o también se pueden aplicar otras medidas de alivio.

El estreñimiento es un trastorno muy desagradable. La ingestión de poca cantidad de comida, la falta de actividad física y ciertos fármacos dificultan la función del intestino con posibilidad de que aparezcan calambres. El uso de emolientes intestinales, laxantes y enemas alivia el estreñimiento, sobre todo cuando es el resultado de la administración de sedantes; esta medida de alivio es habitualmente útil, aun en las fases avanzadas de la enfermedad.

La intervención quirúrgica es uno de los tratamientos aplicados en caso de obstrucción intestinal. Sin embargo, según el estado general del paciente, el tiempo que le quede de vida y la causa de la obstrucción, puede ser preferible el uso de fármacos para paralizar el intestino, a veces con una sonda nasogástrica con aspiración para limpiar el estómago. Así mismo los sedantes alivian el dolor.

La pérdida de apetito aparece en casi todos los pacientes moribundos. De hecho es normal, no causa problemas físicos adicionales y probablemente desempeña un papel preciso en el curso de una agonía tranquila, aunque puede angustiar al paciente y a su familia. Los pacientes no deben comer a la fuerza, al contrario, pueden disfrutar comiendo pequeñas cantidades de sus comidas preferidas.

Si no se espera una muerte inminente en horas o incluso días, se puede administrar durante algún tiempo una nutrición o una hidratación adicional (por vía intravenosa o a través de una sonda introducida por la nariz hasta el estómago), para ver si una mejor nutrición ofrece al paciente un mayor bienestar, lucidez mental o más energía. El paciente y la familia deben tener un acuerdo explícito con el médico sobre qué es lo que están tratando de lograr con estas medidas y cuándo deben cesar si ya no son útiles.

La reducción de la comida o del consumo de líquidos no causa sufrimiento. De hecho, cuando el corazón y los riñones fallan, ingerir una cantidad normal de líquidos a menudo causa ahogo ya que el líquido se acumula en los pulmones. Un consumo reducido de alimentos y líquidos puede reducir la necesidad de aspiraciones debido a la menor cantidad de líquidos en la garganta, y también puede disminuir el dolor, debido a la menor presión ejercida por los tumores. También facilita la secreción de mayores cantidades de defensas químicas naturales contra el dolor (endorfinas). Por lo tanto, no se debe obligar al paciente a comer ni a beber, sobre todo si para ello se debe recurrir a un tratamiento intravenoso o a la hospitalización.

Lesiones de la piel

Los pacientes moribundos son propensos a sufrir lesiones cutáneas molestas. La escasa movilidad, el guardar cama o estar sentados mucho tiempo, aumentan los riesgos de lesión; incluso se pueden producir llagas o lesiones en la piel por la presión normal que se ejerce sobre ella al estar sentado o moverse entre las sábanas. Se debe prestar mucha atención a la protección de la piel, por ello es importante que se informe al médico de cualquier enrojecimiento o herida.

Agotamiento

El agotamiento forma parte de los síntomas de casi todas las enfermedades mortales. Es recomendable que el paciente trate de ahorrar energías para las actividades que realmente le importan. Con frecuencia no es esencial trasladarse hasta el consultorio del médico o continuar con un ejercicio que ya no es de gran ayuda, sobre todo si esto consume las energías necesarias para otras actividades que producen mayor satisfacción.

Depresión y ansiedad

La tristeza es una reacción natural cuando se contempla el final de la vida, pero no debe confundirse con la depresión. Cuando una persona está deprimida puede perder el interés por lo que sucede, ver sólo el aspecto triste de la vida o no sentir emociones. Tanto la familia como el paciente que afronta la fase terminal deben comunicar al médico tales sensaciones, con el fin de que éste pueda establecer el diagnóstico de la depresión y aplicar un tratamiento adecuado. En general el tratamiento combina fármacos y apoyo psicológico y con frecuencia tiene efectos positivos sobre el bienestar, incluso en las últimas semanas de vida.

La ansiedad se caracteriza por una preocupación excesiva que interfiere en las actividades diarias. La ansiedad causada por el hecho de sentirse mal informado o agobiado, se puede solucionar solicitando más información o ayuda al equipo que atiende al paciente. Un individuo que habitualmente sentía ansiedad durante períodos de estrés, tiene más probabilidades de sentir ansiedad cuando se aproxima la muerte. En este caso pueden ser útiles los tratamientos aplicados anteriormente para aliviar los efectos de la ansiedad, ya sea la administración de fármacos o la canalización de las inquietudes del paciente hacia tareas productivas. Un paciente moribundo, turbado por la ansiedad, debe recibir apoyo psicológico y tratamiento farmacológico con ansiolíticos.

Confusión, delirio y pérdida de consciencia

Es fácil que un paciente muy enfermo se vuelva confuso. Un fármaco, una infección menor e incluso un cambio en la manera de vivir pueden precipitar la confusión.

Este estado se puede aliviar procurando tranquilizar y orientar al paciente. Sin embargo, se debe advertir al médico de tal circunstancia para que pueda diagnosticar y tratar las causas de la confusión. Un paciente muy confuso puede necesitar la administración de un sedante suave o la atención constante de algún miembro del personal sanitario.

Una persona moribunda con delirios o que se encuentre mentalmente incapacitada no entenderá su estado agónico. Cuando la muerte está próxima, una persona con delirios puede tener a veces sorprendentes períodos de lucidez. Estos episodios pueden ser muy importantes para los miembros de la familia, pero a veces se confunden con una mejoría. La familia debe estar preparada por si se presentan estos episodios, pero no debe confiar en que aparezcan.

Durante los últimos días que preceden a la muerte, alrededor de la mitad de las personas está inconsciente la mayor parte del tiempo. Si los miembros de la familia creen que una persona moribunda e inconsciente todavía puede oír, se pueden despedir de ella como si les oyera. Morir en estado de inconsciencia es una forma serena de hacerlo, sobre todo si el paciente y su familia están en paz y ya se han elaborado todos los planes.

Invalidez

Las enfermedades mortales se asocian con frecuencia a la invalidez progresiva. Gradualmente, el individuo se vuelve incapaz de ocuparse de su vivienda, de preparar la comida, de gestionar los asuntos financieros, de andar o de cuidarse a sí mismo. La mayoría de los pacientes moribundos necesitan ayuda en sus últimas semanas de vida. Esta invalidez se debería prever con anticipación, tal vez eligiendo casas con accesos para sillas de ruedas y cercanas a las de los familiares que le puedan ofrecer sus cuidados. Aun cuando evolucione la invalidez, existen ciertos servicios que facilitan la permanencia del enfermo en casa, como la terapia ocupacional o la fisioterapia y los cuidados a domicilio por parte de enfermeros. Algunos pacientes eligen quedarse en su casa incluso sabiendo que es peligroso, ya que prefieren una muerte prematura a ser internados en un centro hospitalario. (Valcárcel., 2015)

VII. DISEÑO METODOLOGICO

7.1. Tipo de estudio

Descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

7.2. Lugar y Periodo.

Se realizó en el Hospital Alemán Nicaragüense de la ciudad de Managua ubicado en el distrito VI parte norte – oriental de la ciudad. Es un Hospital General que atienden las cuatros especialidades básicas, de donde se tomaron los decesos que ocurrieron en Medicina Interna, UCI, Cirugía y Ginecobstetricia. El estudio se realizó de los eventos sucedido entre Enero a Diciembre 2014.

7.3. Universo.

Está constituido por toda la población de adultos mayores que fallecieron en el Hospital Alemán Nicaragüense, con un total de 307 y que fallecieron por cualquier patología. La unidad de análisis fueron los adultos que tuvieron 60 años, procedentes del distrito VI y también de Tipitapa y San Francisco Libre.

Muestra

Fue por conveniencia, no probabilística. Se conto con una muestra de 169 expedientes clínicos de paciente fallecidos en el Hospital Alemán Nicaragüense.

Criterios de inclusión:

Se incluyeron expedientes de pacientes que fueron atendidos en emergencia e ingresados a medicina interna, UCI, cirugía y Ginecobstetricia, de ambos sexo, procedentes del distrito VI, y los dos municipios correspondiente a la parte norte – oriental de la capital. Qué fallecieron dentro del hospital en el periodo que comprendió en estudio. No importaba si eran del área urbana o rural, que el fallecimiento haya sucedido por complicaciones derivadas de la enfermedad o sobre agregada por la estancia intrahospitalarias como enfermedades oportunistas o infecciones asociada a la atención en salud. Además fueron incluidos los expedientes de pacientes que tenían todos los datos necesarios para recolectar la información.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron los expedientes de pacientes que tuvieron enmendadura daños e ilegibilidad de la lectura de los datos. También se excluyeron expedientes de pacientes que fueron trasladados a otra unidad de mayor resolución o que abandonaron la unidad hospitalaria.

7.4 Operacionalización de las Variables.

Variable	Definición	Dimensión	indicadores	Escala o valor
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta la edad cumplida en años actualmente.		años	60 a 79 años ≥ 80años
Sexo	Expresión fenotípica que caracteriza al individuo y lo diferencia entre hombre y mujeres		Observación del fenotipo	Masculino Femenino
Estado Civil	Condición social jurídica legal que tiene una persona en relación a otra. O como es reconocido por la sociedad		Condición social expresada u observado	Sotero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a
Escolaridad	Nivel Escolar alcanzado según pensum académico reconocido en una nación		Nivel escolar	Analfabeta Alfabeta Primaria Secundaria Universitario
Ocupación	Actividad que desempeñaba o desempeña que le genere o genera remuneración económica		Actividad remunerada	Profesional académico Albañil Carpintero Maestro de obra Ninguna
Procedencia	Lugar que el pacientes señala que vive en áreas rurales o urbanas de los		Lugar o jurisdicción	Urbano Rural

	nueves municipios del departamento de Managua			
Tiempo de estancia intrahospitalaria	Referido al tiempo desde su ingreso hasta el momento que falleció		Días	≤ 1 2 a 3 4 a 7 8 a 12 + 12
Antecedentes	Se señalan los hábitos tóxicos, Antecedentes patológicos personales que tiene los adultos así como el tiempo de padecerla y otros elementos que reafirma el padecimiento	Hábitos tóxicos	Fumaba Tiempo de realizarlo	Si /No Menos de 1 años 1 a 10 años Más de 10 años
			Consume Licos Tiempo de realizarlo	Si /No Menos de 1 años 1 a 10 años Más de 10 años
			Consume Licos Tiempo de realizarlo	Si /No Menos de 1 años 1 a 10 años Más de 10 años
		Patológicos personales/ tiempo de padecerla	HTA DM Tipo 2 Artritis reumatoides Cardiopatía Enfermedad renal Epilepsia Trastorno Mentales Trastorno Visuales Trastorno Auditivo Enfermedades Gastrointestinales Cirrosis Dislipidemia Osteoporosis Cáncer TB pulmonar EPOC	Si /No Menos de 1 años 1 a 10 años Más de 10 años
		Fármacos que consumen por la	Antihipertensivos	Tomaba si/no

		enfermedad señalada	Hipoglucemias orales Antidepresivos Antifúngicos Anticonvulsivos antes Hipolipemiantes Antiulcerosos gástricos y protectores de la mucosa	
Datos del Estado de salud al ingreso del paciente	Todo lo relacionado con su estado o padecimientos que el paciente presentaba al momento de ingresar por emergencia que puede o no haber contribuido al desencadenamiento del fallecimiento	Motivo de la consulta	Signos y síntomas	Crisis Hipertensiva alteración metabólica Convulsión Pérdida de la conciencia Cansancio Politraumatismo Fiebre Postración o decaimiento Vómito Sangrado Diarrea Ascitis
		Tiempo de transcurrir enfermo	Días	Menos 1 1 a 3 4 a 7 Mas 7
		Según factor que desencadenó la enfermedad	Fiebre Falta de consumo de alimentos Consumo excesivo de alimento Gripes Accidentes Consumo de licor	Si/no
		Condición del paciente al momento del ingreso	Hemodinámico Según estado de conciencia Según signos vitales	Estable Delicado Grave Muy Grave

		Estado Nutricional	Índice de masa corporal P/T ²	Desnutrido Normal Sobre peso Obesidad Si/No
		Evidencia de Insuficiencia respiratoria	Encontrado Requirió ventilación asistida	
		Enfermedades complejas	Valorados por varios especialistas	Si/no
Patología Presentes	Las enfermedades clasificadas por órgano y sistema o por la frecuencia que presenta el adulto mayor Diagnostica e interpretada el nivel de afectación	Diagnóstico de ingreso	Signos y Síntomas que manifieste el pacientes	IAM Neumonía Diabetes descompensada Cirrosis + ascitis Alteración Hidroelectrolítica Hemorragia Digestiva ACV Diarrea Accidentes Lesiones Obstrucción intestinal Encefalopatías Fracturas Neoplasias SIDA EPOC Insuficiencia cardíaca Pancreatitis Estado de Shock
Causa de Fallecimiento	Son las Causa Básica intermedias y directa que permitieron el deceso del paciente que el medico puede considerar e inclusive puede ser diferente a las causa por la que llegaron en busca de atención		Causas por sistemas y órganos y sistémicos	Shock Neurológicos Cardiovascular Neumónicos Gastrointestinal Genito urinario Fracturas Accidentes Intoxicaciones

7.5. Técnicas y Procedimientos:

a. Fuente de información

Fue secundaria; La información fue tomada de los expedientes clínicos que estaban en el área de archivo de este hospital.

b. Método e Instrumento

Para cumplir con los objetivos del estudio se elaboró un instrumento de recolección de la información con indicadores de acuerdo a los objetivos específicos que se pretendían alcanzar, también como base de banco de pregunta se tomó en cuenta otros estudios. El instrumento contiene preguntas en su mayoría cerradas sobre datos generales, hábitos tóxicos y antecedentes patológicos personales. Otros elementos de la información a recolectar fueron datos sobre la morbilidad al ingreso del paciente y las causas de defunciones. Luego de construir el instrumento, se procedió a realizar prueba piloto con 20 expedientes de pacientes fallecidos en el mismo hospital para observar dificultades para completar la información adecuada. No se presentó ningún inconveniente todos los ítems fueron llenados de manera satisfactoria quedando como tal establecido se procedió darle la utilidad para lo que fue hecho.

El instrumento fue estructurado en su mayoría con preguntas cerradas que permitió realizar levantamiento de la información de forma rápida y precisa, por la cantidad de expedientes a investigar.

c. Procedimientos

Se realizó la solicitud del permiso a la dirección del Hospital para acceder al local, y a los expedientes, los cuales se encontraban en el departamento de archivo de admisión, petición aceptada y delegada la responsabilidad a la persona responsable de dicha área que facilito parcialmente los expediente de acuerdo a la lista de solicitud que se entregó con número de expedientes. La cantidad de expedientes que fueron revisados era de 30 semanalmente concluyendo con la revisión en 5 semanas. La información fue recolectada por los mismo investigadores, a la vez fueron quienes verificaron la calidad de la información

Al final está información fue introducida simultáneamente en un sistema computarizado de base de datos hasta completar el total establecido de la muestra planteada.

7.6. Plan de tabulación y análisis:

La base de datos utilizada fue elaborada en el programa estadístico SPSS 21.0 para Windows. Una vez completada totalmente se realizó análisis de frecuencias para todos los indicadores y se hicieron cruces de variables que permitieron mesurar datos del fallecimiento con las características de los pacientes, los antecedentes y hábitos como el estado de salud al ingreso del mismo.

7.7. Cruce de variables

1. Edad Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores.
2. Sexo Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores
3. Procedencia Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores.
4. Tiempo de Estancia intrahospitalaria Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores
5. Hábitos Tóxicos Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores.
6. Antecedentes patológicos Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores
7. Antecedentes de uso de fármacos Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores
8. Motivo de Consulta Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores.
9. Tiempo de padecer la enfermedad que motivo la consulta Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores
10. Diagnóstico de ingreso Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores
11. Posible factor que desencadeno el proceso mórbido vs. Causas de Fallecimiento.
12. Condición de ingreso Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores.

13. Estado Nutricional Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores.

14. Causa Directa Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores

7.8. ASPECTOS ÉTICOS:

La información recolectada se utilizó con fines solo investigativos. Cabe destacar que los resultados fueron anónimos, y estos se darán a conocer a las autoridades de salud de Hospital Alemán Nicaragüenses para que contribuya de alguna manera a mejora elementos necesarios en el manejo de estos pacientes y teniendo el compromiso de darlo a conocer a autoridades de salud para sensibilizar el problema de los adultos mayores. Los datos serán revelados como están establecidos en el expediente clínico, es decir que se respetara los datos que sean encontrados.

VIII. RESULTADOS.

Los resultados encontrados según características socio_demograficas de los adultos mayores que fallecieron según causa básica en orden de frecuencia corresponde a edad entre 60 a 79 años con un total del 65.7% de los adultos mayores de los cuales el 8.8% presento neumonía, el 8.9% hipertensión arterial crónica, el 8.8% cardiopatías, el 7.1% DM tipo 2, 7.6% cirrosis, 7.6% con canceres y el 5.3% Infecciones.

Las mujeres fueron las más afectadas con 57.4% del total de adultos mayores según sexo ellas de igual manera las causas que más tuvieron neumonía 8.3%, HTA crónica 9.4%, el 11.8% cardiopatías, seguido de 5.3% DM tipo 2, 3.5% cirrosis, 5.3% canceres, 5.9% infecciones.

De acuerdo al estado civil el 41.4% eran casados, 26.6 % soltero, 28.4% viudo, 1.2% divorciado, 2.4% acompañado encontrándose resultados en pacientes casados según causa básica de fallecimiento con un 5.3% HTA crónica, 5.3% infecciones, 4.7% de neumonía, cardiopatía, DM tipo 2 y cirrosis cabe señalar que los pacientes que presentaron neumonía 5.9% eran viudos.

Según el nivel de escolaridad de los afectados el 47.3% llegaron hasta primaria también se encuentra un analfabetismo del 31.4%, en ambos grupos se encuentra como causa básica de fallecimiento con un 6.5% neumonía. El 50.9% no tenían ninguna ocupación siendo causa básica de fallecimiento con un 8.9% la neumonía. El 79.9% procedían de Managua, el tiempo que duraron el 33.7% su estancia ingresados fue menor o igual a un día con causa de fallecimiento de 7.6% por cardiopatías y la estancias intrahospitalarias entre 2 a 3 días con 24.3% con causa básica de fallecimiento 5.3% por neumonía. (Ver tabla 1 y 2).

Se identificaron los hábitos tóxicos y los antecedentes personales según causas de fallecimientos con resultados del 33.7% de los adultos mayores fallecido tenían como antecedentes de hábitos tóxicos consumo de tabaco que a la vez 5.9% de estos presentaron causa de fallecimiento de neumonía, 4.74% HTA crónica y cardiopatías. El 29.0% como antecedentes de hábitos tóxicos era el consumo de licor, el 5.3% fallecieron según causa por cirrosis, el 4.7% por canceres. (Ver tabla 3 y 4).

Los antecedentes patológicos identificados según causa básica de fallecimiento el 58.6% presentaba HTA crónica, pero solo el 10.1% se le consigno como causa de muerte este padecimiento, se encuentra consignado como segundo antecedente patológico con 33.7% DM tipo 2. El 7.1% de los pacientes que fallecieron por cáncer tenían el padecimiento de HTA crónica. (Ver tabla 5 y 6).

El antecedente de consumo de fármacos por su enfermedad que presentaban según causa de fallecimiento el 48.5% no consumían ninguno de ellos el 7.1% presentaban cardiopatías. (Ver tabla 7 y 8).

Se logró identificar que los motivos de consulta según causa básica de muerte 36.1% presentaban cansancio, 15.4% dolor abdominal, 14.7% por perdida de la conciencia. Los paciente por motivos de consulta por cansancio que tuvieron neumonía 9.4%, el 5.3% de los que tenían HTA crónicas también los motivo el cansancio que tenían y el 7.1% que estaban cansados su causa de fallecimiento fue cardiopatías.

El tiempo de padecer de la enfermedad aguda que los motivo a la consulta 52.7% tenían un día, el 8.9% de los fallecidos por HTA crónica, el 7.1% de los que murieron por DM tipo 2 y cardiopatías. (Ver tabla 9 y 10).

El diagnostico de ingreso consignados en los expedientes el 12.4% tenían neumonía seguido del 11.2% de DM tipo 2 descompensada y 10.1% cirrosis hepatica. Al identificar por las causas básica de fallecimiento por neumonía solo se identificó al 5.3% y por DM tipo 2 se consigna como casa básica de muerte al 4.7%. La condición de ingreso el 63.9% ingresaron grave de estos el 11.9% su causa de fallecimiento fue por HTA crónica, el 10.1% por cardiopatías.

El estado nutricional del 26.1% estaban desnutridos con causa básica de fallecimiento del 5.3% DM tipo 2 y canceres. el 23.6% requirió de ventilación asistida el 7.1% fue por neumonía. El 17.1% se valoró por equipo multidisciplinario. (Ver tabla 11 y 12).

Se logró identificar que la causa directa de muerte que más evidenciaron todos los adultos atendidos el 18.3% tuvieron Shock séptico, el 5.9% tenían como causa básica neumonía, el 10.7% tenían arritmia letal más relacionado el 3.5% de los que se consignó la causa básico como cardiopatías. El 8.3% tenían consignado causa directa insuficiencia respiratoria y falla de múltiples órganos. (Ver tabla 13 y 14).

IX. DISCUSIÓN

La cantidad de adultos mayores entre las edades de 60 a 79 años que concentra a más 60.0% de los incluidos en el estudio se debe lógicamente al resultado de la expectativa de vida que tiene la población en Nicaragua, que es una de las más bajas en la región latinoamericana. En términos mundiales, las personas de 60 años tienen un 55% de posibilidades de morir antes de cumplir los ochenta. (O. M. Palomino, 2011).

La identificación según sexo de los pacientes fallecidos es sumamente importante de mencionar, se interpreta que las mujeres son quienes más mueren, con una relación de 1:3 mujeres por cada hombre, debiéndose posiblemente que antes de los 50 años la proporción de mujeres es mayor y que son la población que mas acude a los servicios de salud.

Es lamentable como se van sumando todas las condiciones precaria desfavorable a la salud, que de manera significativa se van observando en los resultados del estudio y en su conjunto todas estas no se disocian como una sola causa que puede intervenir directamente, al contrario establecen una mayor complejidad para los sistema de salud ante una población que va creciendo a paso agigantado desproporcionalmente a la prioridades de gestión del MINSA. Las personas mayores de 60 años representan el 6 por ciento de la población total en Nicaragua son 266.000 ancianos, la demanda de los servicios de salud se ven actualmente más tensionados, aunque se luche por cambiar la política general de salud aún sigue siendo curativa y no preventiva. Solo el 25% de la población de la tercera edad reciben el beneficio de la seguridad social con limitaciones de atención especializada también. (Sandino, 2012). debido a la cantidad de profesionales geriatras que un poca en el país.

Las principales causas básicas de fallecimiento de esta población en primer lugar la Neumonía seguido de las Cardiopatías y la HTA Crónica, Similares resultados se han encontrados en otros estudios realizados en países Latinoamericano. La estancia hospitalaria por estas causas demuestran la disparidad de mayores días para los proceso infecciosos en este caso por neumonía dependientes de la capacidad de respuesta a la antibioticoterapia, y por otro lado a muy poco o casi ni un día en los problemas

cardiológicos y de HTA Crónica que demuestra la falta de intervenciones preventivas y la manifestación letal con que se manifiesta una vez instaurada su descompensación que algunas se visualiza como resultados también de hábitos tóxicos que se exponen como el tabaco y el licor.

Al ir encontrando datos acerca de la salud del adulto mayor observamos que la patología que más presentaban en orden de frecuencia eran HTA crónica con 58.6%, DM tipo 2 con un 33.7% , Cardiopatías con 11.8% , EPOC con 10.1% y Enfermedad Renal Crónica con 7.1% . Se tiene que señalar que muchas entre si se presentaban concomitantemente pero en los certificados de salud se encontraba consignada una, posiblemente la que se debió la posible descompensación a la salud o en los casos infecciosos, puede deberse como comorbilidad que contribuye al mayor deterioro de las infecciones. Hay estudio a nivel nacional que refiere que la mayor prevalencia es la DM Tipo 2 y no la HTA, (Mifamilia, INSS, OPS, 2000) en ambos casos el padecimiento de una o la otra tiene que ver mucho con el desarrollo del reciente enfoque integral de la atención primaria de la salud basada en la comunidad, también son enfermedades basadas a los cambios en los patrones de muerte enfermedad e invalidez producto de transformaciones sociales económicas, pasan de procesos meramente infecciosos a procesos degenerativos y crónicos asociados a factores genéticos que se pueden sospechar según como muestran los resultados de este estudio. Pero algo significativo que no podemos dejar de mencionar es el posible hecho de la frecuencia mayor de personas con HTA crónica sea asociado a la suma del número de personas con ERC y Cardiopatías que generan incremento de la presión arterial.

Otros elementos que interfieren en la aparición de los cambios de los patrones de enfermedad y muerte son los hábitos tóxicos de exposición, relativamente poco los que tenían consignado los hábitos, casi un tercio, pero en este estudio los datos es que lo siguen realizando y el antecedente de realizarlo.

Se conoce que en Nicaragua la proporción de estos hábitos es muy frecuente inclusive en el número de mujeres. El consumo del alcohol, fumar dejan marcadas secuelas en estas edades sumado también con daños a órganos importantes causados por la HTA y la DM que actúan de manera silenciosa y el individuo se da cuenta que la padece demasiado tarde.

La gran mayoría de los adultos mayores asiste a los sistemas públicos de salud, donde son pocas las alternativas farmacológicas y las intervenciones educativas para los pacientes que presentan asociada hasta tres y cuatro patologías y permitir el apego a los programas de ahí que se observa casi la mitad no tomaba ningún tratamiento. No se pudo determinar el tiempo de padecimiento de la enfermedad que permitiera discernir el impacto de tiempo de padecimiento en el caso de las enfermedades crónicas degenerativas.

La disnea fue la principal causa que motivo a los adultos mayores o familiares a buscar atención al HAN producto directo de la manifestaciones cardiovasculares y pulmonares, considerado en un poco más de la mitad de los adultos que lo manifestaron como oportuno ya que la sintomatología no persistía más de un día para la búsqueda de atención.

El estado clínico de los pacientes merece la explicación exhaustiva, como los casos diagnosticados a su ingreso por Neumonía y se confirma su fallecimiento por esta misma causa a un poco menos de quienes la presentaban, consignada otra causa como HTA Crónica, DM Tipo 2, y otras que probablemente manifestaron claramente el proceso mórbido que los llevo al desenlace fatal. Y también sucede inversamente quienes llegaron con el padecimiento de DM tipo 2 descompensada y terminaban en Neumonía. Que acertadamente por los diferentes diagnósticos en su mayoría acudieron graves.

Aunque la mitad de los pacientes no tenía consignado la valoración del estado nutricional la otra mitad en su mayoría estaban desnutridos que obviamente se presenta por los cambios fisiológico de la vejez que contribuye a la pobre ingesta de alimentos, Pero no se descarta también la posibilidad al acceso a los alimentos por escasez de recursos económico. Pero hay excepciones como el caso de los pacientes con cáncer que directamente interviene en el deterioro progresivo y mucho más acentuado.

Son pocos los pacientes que fueron valorados por equipo multidisciplinario para tratar su padecimiento, que sea alguna necesidad de establecerlo para discernir de las múltiples causas que lo deteriore mucho más rápidamente.

La principales causa directa de fallecimiento que tuvieron los pacientes adultos fueron el shock séptico y la arritmia letal, la primera es parte de los procesos infecciosos que termina en este desenlace y la segunda consecuencia de los problemas cardiológicos y de HTA Crónica.

X. CONCLUSIONES

1. La población de adultos mayores que fallecieron sus características sociodemográficas es población de edades antes de los 80 años más en mujeres con situaciones precarias, condicionando el padecimiento de enfermedades crónicas degenerativas mal controlado y la susceptibilidad a proceso infeccioso como la neumonía que fue la causa básica de fallecimiento en mayor porcentaje.
2. De los antecedentes patológicos la HTA crónica es la enfermedad más frecuente que presentaron seguido de DM tipo 2, las cardiopatías el EPOC y las ERC. Se logra identificar que los padecimiento patológico que presentan los pacientes son la combinación de varias de 3 a 4 y sin embargo más de la mitad no tomaba ningún tratamiento por su problema de salud. Los antecedentes de hábitos tóxicos que relativamente fueron poco identificados se relacionaban a enfermedades tradicionalmente conocidas; tabaco con neumonía, EPOC y el consumo de licor con cirrosis hepática.
3. La manifestaciones clínica que se logró identificar al momento que motivo la búsqueda de atención medica fue el cansancio seguido de dolor abdominal y perdida del estado de conciencia, en mucho de ellos acudieron de inmediato a la manifestación de los síntomas. gran parte tenían condición grave y fueron ingresados con el diagnostico de Neumonía en 12.4% seguido de DM tipo 2 descompensada y cirrosis hepática.
4. Las causas básicas de fallecimiento de los pacientes de manera directa se relacionaban al deceso como la Neumonía al shock séptico y las cardiopatías a arritmias letales pero sin embargo hay un porcentaje considerable que siguen consignando como causa directa falla multiorganica y paro cardiorrespiratorio que son elementos que no se debe de consignar.

XI.RECOMENDACIONES.

1- A nivel de SILAIS.

Seguir promoviendo a nivel primario de la capital la prevención y el manejo continuo y sistemático de las enfermedades crónicas degenerativas que incluya el obligatorio cumplimiento de buscar a los pacientes que poco o no acuden.

Considerar la promoción de las buenas prácticas a nivel comunitario que permita a la población identificar y hacer conciencia las consecuencias por falta de control de las enfermedades crónicas y degenerativas.

Crear una Normativa de brindar atención subespecializada a los adultos mayores por un geriatra.

2- A Nivel de la gerencia hospitalaria.

Realizar evaluación de necesidades correspondiente a los padecimientos más frecuente en adultos de la tercera edad que permita tener una amplia gama de antibiótico terapia y los cuidados para evitar posibles infecciones asociada a la atención en salud.

Que el monitoreo de la atención a los adultos mayores de acuerdo al número de patología que presenta sea valorada por equipo multidisciplinario de no contar con geriatras.

3- A Nivel del personal médico que atiende a los adultos mayores.

Considerar los resultados del estudio que permita mejorar la atención a los problemas de salud que tienen los adultos mayores participando desde la prevención hasta el manejo clínico que según evidencia son las causas más frecuentes de fallecimiento.

XII. BIBLIOGRAFIA

- Abraham Arana Chacón, C. S. (s.f.). <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Enfermedad%20cerebrovascular.pdf>. (P. I. ASCOFAME, Ed.) Recuperado el Junio de 2014
- Alfredo Arredondo Bruce, E. d. (2012). <http://www.portalesmedicos.com/revista-medica/mortalidad-enfermedad-cerebral-isquemica/>. Recuperado el 15 de Febrero de 2014
- Antem, J. M.-G. (3 de Mayo de 2013). <http://www.cardioteca.com/cardiologia-clinica-blog/141-cardiologia-clinica-enfermedad-cerebrovascular/376-nuevas-guias-americanas-sobre-el-tratamiento-del-ictus-isquemico-agudo.html>. Recuperado el Junio de 2014
- Antonio Arauza, A. R. (2012). Enfermedad vascular cerebral. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 55(3), 11.
- Betty Avila Alvarado, M. T. (Mayo - Agosto de 2006). <http://www.bvs.hn/RMP2/pdf/Vol9-2-2006-24.pdf>. (R. M. UNAH, Ed.) Recuperado el 11 de Junio de 2014
- Cruzado, J. (10 de 10 de 2014). http://www.rpp.com.pe/2014-04-10-adultos-mayores-los-mas-vulnerables-a-contraer-infecciones-respiratorias-noticia_683684.html. Recuperado el 2 de 10 de 2015
- Francisco Bertomeu, F. C. (2003). http://www.reeme.arizona.edu/materials/Guias_clinicas%20SEMI1.pdf. En A. A. Mora (Ed.).
- http://geosalud.com/Enfermedades%20Cardiovasculares/accidente_cerebrovascular.htm. (s.f.). *Accidentes Cerebrovascular* .

- Marín, P. P. (2000). *Aspectos Demográficos del Envejecimiento*. Santiago, Chile .
- Martins, S. J., Cardenuto, S. L., & Golin , V. (1999). Factores de riesgo de mortalidad en personas mayores de 65 años internadas en un hospital universitario, São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana para la salud Pública*, 5(6).
- Melián, I. G. (2008). *Caracterización Clínica del ictus en pacientes mayores de 60 años*. Recuperado el 28 de Mayo de 2014
- MINSA - HAN. (2014). *Estadísticas Vitales para la Salud* . Managua : HAN .
- MINSA - Perú . (2006). *Lineamiento para la atención integral de salud de las personas adulto mayor* . Lima : Jr. Huaraz 449 - Breña.
- Morales , I. P., & Villalon , J. C. (1999). *CHile y los Adultos Mayores Impacto en la sociedad del 2000*. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas.
- Oficina Nacional de Estadísticas - MINSA. (2011). *Análisis Estadístico de la situación de Salud en Nicaragua*. MINSA . Managua: MINSA - Nicaragua.
- OMS . (2014). *Las 10 causas principales de defunción en el Mundo. Evolución entre 2000 y 2012* . Ginebra .
- OMS. (2003). *La salud de los adultos en peligro: el ritmo de las mejoras disminuye y las diferencias se acentúan*. OMS , Washington.
- ONU. (2014). *La situación demográfica en el mundo 2014*. New York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Naciones Unidas.
- OPS. Organización Panamericana de la Salud. (2005 - 2010). *Indicadores Básico Nicaragua*. Managua.
- OPS-OMS. Cuba . (11 de Abril de 2013). http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=32&option=com_content. Recuperado el Octubre de 2015

- Revoredo, D. V. (2007). *Morbilidad y mortalidad comparativa del adulto mayor en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins*. Lima. Perú: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS.
- Rodríguez , T. T., Varela Pinedo , L., Ortiz Saavedra , J., & Chevez Jimeno , H. (2011). Estancia hospitalaria y mortalidad en adultos mayores hospitalizados en un hospital general de Lima Metropolitana, 1997-2008. *Revista Medica Herediana*, 22(1).
- Roja, D. V. (2 de Agosto de 2010). Morbilidad y mortalidad del adulto mayor en un servicio de medicina de un hospital general del Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(2), 99.
- Sandino, A. (2012). *El Adulto Mayor en Nicaragua*. Managua.
- Teintera.es. (15 de 2 de 2014). http://www.teinteresa.es/espana/caidas-quinta-causa-muerto-ancianos_0_1085291805.html. Recuperado el 1 de 10 de 2015
- Torres Vidal , R. M., & Gran Alvarez , M. A. (2004). Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*, 31(2).
- Valcárcel., J. (2015). <https://www.msdsalud.es/manual-msd-hogar/seccion-1/muerte-agonia.html>. Recuperado el 10 de 2015
- WHO Statistical Information System (WHOSIS) - Mortality Data. (09 de 2012). http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics/es. Recuperado el 10 de 2015

XIII. ANEXOS

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA. MANAGUA
FACULTAD DE MEDICINA**

Tema: “Principales Causas de Mortalidad de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.”

Nota: La información será recolectada por los mismos investigadores.

I. Datos generales.

- a. Edad. años 60 a 79 ____ 80 y + ____
- b. Sexo. Femenino ____ Masculino ____
- c. Estado civil. Casado/a ____ Soltero/a ____ Viudo/a ____ Divorciado/a ____
- d. Escolaridad. Analfabeto ____ Alfabetizado ____ Primaria ____ Secundaria ____ Universitario _
- e. Ocupación que desempeñaba. _____
- f. Procedencia. _____
- g. Tiempo de estancia intrahospitalaria (días). ≤1 ____ 2 a 3 ____ 4 a 7 ____ 8 a 12 ____ + 12 ____

II. Hábitos tóxicos y antecedentes Patológicos personales.

1. Consumo de tabaco: si/no. ____
2. Consume de licor: si/no ____
3. Consumo de Drogas: si/no ____

Antecedentes personales	Respuesta	Tiempo de padecerla/años
	Si	
HTA		
Diabetes		
Artritis reumatoides		
Cardiopatías		
Enfermedades Renales		
Epilepsia		
Trastornos mentales		
Trastornos visuales		
Trastorno auditivo		
Enf. Gastrointestinal		
Cirrosis		
Dislipidemias		
Osteoporosis		
Canceres Cuál?		
TB Pulmonar		
EPOC		
Otras cuáles?		
Fármacos o medicina que tomaba para estas enfermedades.		

III. Datos del estado de morbilidad al ingreso del paciente: Marque de acuerdo a lo solicitado.

1. Motivo de la Consulta: _____
2. Tiempo de estar enfermo en su momento agudo: _____
3. Presentaban dependencia de las actividades física cotidiana. si/no ____

4. Posible factor según la historia clínica que desencadenó la enfermedad:

5. Condición al ingreso: Estable ____ Delicado ____ Grave ____ Muy Grave ____

6. Cuál era su estado nutricional. Desnutrido ____ Normal ____ Sobre peso ____ Obeso ____

7. Requirió Ventilación Asistida. si/no ____

8. Valorado por varias especialidades. si/no ____

IV. Causas de Fallecimiento:

Causa Básica: _____

Causa Intermedias: _____

Causa Directa: _____

ANEXOS 2

Tabla. 1.

Características Generales Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

Datos Generales		n= 169									
		Total		Causas Básicas de Fallecimiento							
		n	%	Dm tipo 2 n =18		Neumonía n =26		Cirrosis n =17		HTA Crónica n =23	
				n	%	n	%	n	%	n	%
Edad											
60 a 79 años	111	65.7	12	7.1	15	8.8	13	7.6	15	8.9	
80 y +	58	34.3	6	3.5	11	6.5	4	2.3	8	4.7	
Sexo											
Masculino	72	42.6	9	5.3	12	7.1	11	6.5	7	4.1	
Femenino	97	57.4	9	5.3	14	8.3	6	3.5	16	9.4	
Estado civil											
Casada	70	41.4	8	4.7	8	4.7	8	4.7	9	5.3	
Soltera	45	26.6	6	3.5	8	4.7	6	3.5	7	4.1	
Viuda	48	28.4	4	2.3	10	5.9	2	1.2	7	4.1	
Divorciada	2	1.2	-	-	-	-	-	-	-	-	
Acompañada	4	2.4	-	-	-	-	1	0.6	-	-	
Escolaridad											
Analfabeta	53	31.4	7	4.1	11	6.5	1	0.6	9	5.3	
Alfabetizado	9	5.3	-	-	2	1.2	1	0.6	1	0.6	
Primaria	80	47.3	8	4.7	11	6.5	10	5.9	10	5.9	
Secundaria	22	13.0	2	1.2	2	1.2	4	2.3	2	1.2	
Universitario	5	3.0	1	0.6	-	-	1	0.6	1	0.6	
Profesión a la que se dedica actualmente											
Obrero	15	8.9	1	0.6	2	1.2	2	1.2	4	2.3	
Ama de c	51	30.2	5	2.9	8	4.7	3	1.7	5	2.9	
Comerciante	16	9.4	2	1.2	1	0.6	4	2.3	2	1.2	
Ninguna	87	50.9	10	5.9	15	8.9	8	4.7	12	7.1	
Procedencia											
Managua	135	79.9	14	8.3	16	9.4	14	8.3	21	12.4	
Tipitapa	31	18.3	3	1.7	9	5.3	3	1.7	2	1.2	
San Francisco Libre	3	1.7	1	0.6	1	0.6	-	-	-	-	
Tiempo de Estancia intrahospitalaria											
1 día	57	33.7	8	4.7	2	1.2	6	3.5	5	2.9	
2 a 3	41	24.3	4	2.3	9	5.3	6	3.5	5	2.9	
4 a 7	40	23.7	4	2.3	8	4.7	2	1.2	7	4.1	
8 a 12	17	10.1	1	0.6	2	1.2	2	1.2	5	2.9	
+ 12	14	8.3	1	0.6	5	2.9	1	0.6	1	0.6	

Fuente. Secundaria Expediente Clínicos.

Tabla. 2.

Características Generales Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

n= 169

Datos Generales	Total		Causas Básicas de Fallecimiento							
	n	%	Cardiopatías n =25		Canceres n =18		Infecciones n =15		Otras n =27	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Edad										
60 a 79 años	111	65.7	15	8.8	13	7.6	9	5.3	19	11.2
80 y +	58	34.3	10	5.9	5	2.9	6	3.5	8	4.7
Sexo										
Masculino	72	42.6	5	2.9	9	5.3	5	2.9	14	8.2
Femenino	97	57.4	20	11.8	9	5.3	10	5.9	13	7.6
Estado civil										
Casada	70	41.4	8	4.7	7	4.1	9	5.3	13	7.6
Soltera	45	26.6	8	4.7	2	1.2	4	2.3	4	2.3
Viuda	48	28.4	7	4.1	7	4.1	1	0.6	10	5.9
Divorciada	2	1.2	1	0.6	1	0.6	-	-	-	-
Acompañada	4	2.4	1	0.6	1	0.6	1	0.6	-	-
Escolaridad										
Analfabeta	53	31.4	11	6.5	3	1.7	3	1.7	8	4.7
Alfabetizado	9	5.3	1	0.6	2	1.2	1	0.6	1	0.6
Primaria	80	47.3	8	4.7	10	5.9	9	5.3	14	8.2
Secundaria	22	13.0	5	2.9	2	1.2	2	1.2	3	1.7
Universitario	5	3.0	-	-	1	0.6	-	-	1	0.6
Profesión a la que se dedica actualmente										
Obrero	15	8.9	-	-	1	0.6	2	1.2	3	1.7
Ama de c	51	30.2	12	7.1	7	4.1	5	2.9	6	3.5
Comerciante	16	9.4	-	-	3	1.7	-	-	4	2.3
Ninguna	87	50.9	13	7.6	7	4.1	8	4.7	14	8.2
Procedencia										
Managua	135	79.9	23	13.6	11	6.5	15	8.9	21	12.4
Tipitapa	31	18.3	1	0.6	7	4.1	-	-	6	3.5
San Francisco Libre	3	1.7	1	0.6	-	-	-	-	-	-
Tiempo de Estancia intrahospitalaria										
1 día	57	33.7	13	7.6	6	3.5	5	2.9	12	7.1
2 a 3	41	24.3	2	1.2	7	4.1	3	1.7	5	2.9
4 a 7	40	23.7	7	4.1	2	1.2	3	1.7	7	4.1
8 a 12	17	10.1	3	1.7	-	-	3	1.7	1	0.6
+ 12	14	8.3	-	-	3	1.7	1	0.6	2	1.2

Fuente. Secundaria Expediente Clínicos.

Tabla. 3.

Hábitos tóxicos Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

n= 169

Hábitos Tóxicos	Total		Causas Básicas de Fallecimiento							
	n	%	Dm tipo 2 n =18		Neumonía n =26		Cirrosis n =17		HTA Crónica n =23	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Consumo de Tabaco	57	33.7	4	2.4	10	5.9	8	4.7	8	4.7
Consumo de Licor	49	29.0	4	2.4	8	4.7	9	5.3	4	2.4

Fuente. Secundaria Expediente Clínicos.

Tabla. 4.

Hábitos tóxicos Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

n= 169

Datos Generales	Total		Causas Básicas de Fallecimiento							
	n	%	Cardiopatías n =25		Canceres n =18		Infecciones n =15		Otras n =27	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Consumo de Tabaco	57	33.7	8	4.7	6	3.5	3	1.7	10	5.9
Consumo de Licor	49	29.0	5	2.9	8	4.7	4	2.4	7	4.1

Fuente. Secundaria Expediente Clínicos.

Tabla. 5

Antecedentes patológicos Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

n= 169

Antecedentes Personales	Total		Causas Básicas de Fallecimiento							
	n	%	Dm tipo 2 n =18		Neumonía n =26		Cirrosis n =17		HTA Crónica n =23	
			n	%	n	%	n	%	n	%
HTA Crónica	99	58.6	14	8.3	10	5.9	4	2.4	17	10.1
DM Tipo 2	57	33.7	14	8.3	7	4.1	5	2.9	7	4.1
Cardiopatías	20	11.8	1	0.6	3	1.7	1	0.6	3	1.7
Enf. Renal crónica	12	7.1	3	1.7	1	0.6	-	-	3	1.7
Enf. Gastrointestinal	7	4.1	-	-	-	-	4	2.4	-	-
Tb Pulmonar	8	4.7	-	-	-	-	3	1.7	-	-
EPOC	17	10.1	1	0.6	5	2.9	1	0.6	1	0.6
ACV	7	4.1	1	0.6	1	0.6	-	-	2	1.2

Fuente. Secundaria Expediente Clínicos.

Tabla. 6

Antecedentes patológicos Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

n= 169

Antecedentes Personales	Total		Causas Básicas de Fallecimiento							
	n	%	Cardiopatías n =25		Canceres n =18		Infecciones n =15		Otras n =27	
			n	%	n	%	n	%	n	%
HTA Crónica	99	58.6	17	10.1	12	7.1	8	4.7	17	10.1
DM Tipo 2	57	33.7	8	4.7	6	3.5	4	2.4	6	3.5
Cardiopatías	20	11.8	7	4.1	2	1.2	-	-	3	1.7
Enf. Renal crónica	12	7.1	1	0.6	-	-	1	0.6	3	1.7
Enf. Gastrointestinal	7	4.1	-	-	-	-	1	0.6	2	1.2
Tb Pulmonar	8	4.7	-	-	2	1.2	2	1.2	1	0.6
EPOC	17	10.1	3	1.7	-	-	2	1.2	4	2.4
ACV	7	4.1	-	-	-	-	2	1.2	1	0.6

Fuente. Secundaria Expediente Clínicos.

Tabla. 7

Antecedentes de consumo de medicamento por patológicos Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

n= 169

Medicamentos	Total		Causas Básicas de Fallecimiento							
	n	%	Dm tipo 2 n =18		Neumonía n =26		Cirrosis n =17		HTA Crónica n =23	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Atenolol	5	2.9	1	0.6	1	0.6	-	-	-	-
Enalapril	17	10.1	3	1.7	1	0.6	-	-	4	2.4
Enalapril, Metformina	5	2.9	2	1.2	1	0.6	-	-	-	-
Insulina	5	2.9	1	0.6	-	-	-	-	-	-
Insulina, Enalapril	9	5.3	3	1.7	1	0.6	-	-	1	0.6
Losartan	8	4.7	1	0.6	-	-	-	-	2	1.2
Metformina, Glibenclamina	4	2.4	2	1.2	1	0.6	1	0.6	-	-
Ninguna	82	48.5	3	1.7	16	9.4	10	5.9	7	4.1
Otras	34	20.1	2	1.2	5	2.9	6	3.5	9	5.3

Fuente. Secundaria Expediente Clínicos.

Tabla. 8

Antecedentes de consumo de medicamento por patológicos Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

n= 169

Medicamentos	Total		Causas Básicas de Fallecimiento							
	n	%	Cardiopatías n =25		Canceres n =18		Infecciones n =15		Otras n =27	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Atenolol	5	3.0	0	-	1	0.6	1	0.6	1	0.6
Enalapril	17	10.1	3	1.7	1	0.6	2	1.2	3	1.7
Enalapril, Metformina	5	2.9	-	-	1	0.6	-	-	1	0.6
Insulina	5	2.9	1	0.6	2	1.2	1	0.6	-	-
Insulina, Enalapril	9	5.3	3	1.7	-	-	1	0.6	-	-
Losartan	8	4.7	1	0.6	2	1.2	1	0.6	1	0.6
Metformina, Glibenclamina	4	2.4	-	-	-	-	-	-	-	-
Ninguna	82	48.5	12	7.1	7	4.1	8	4.7	19	11.2
Otras	34	20.1	5	2.9	4	2.4	1	0.6	2	1.2

Fuente. Secundaria Expediente Clínicos.

Tabla. 9

Motivo de Consulta Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

n= 169

Motivos de Consultas	Total		Causas Básicas de Fallecimiento							
	n	%	Dm tipo 2 n =18		Neumonía n =26		Cirrosis n =17		HTA Crónica n =23	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Alteración del estado de la conciencia	25	14.7	3	1.7	4	2.3	-	-	10	5.9
Dissnea	61	36.1	8	4.7	16	9.4	3	1.7	9	5.3
Dolor Abdominal	26	15.4	2	1.2	3	1.7	2	1.2	-	-
Fiebre	9	5.3	-	-	1	0.6	1	0.6	-	-
Otras	29	17.1	4	2.3	1	0.6	4	2.3	3	1.7
Sangrado de Tubo Digestivo bajo y alto	14	8.3	-	-	-	-	6	3.5	-	-
Vomito	5	2.9	1	0.6	1	0.6	1	0.6	1	0.6
Tiempo de Padecer la enfermedad aguda										
< 1 día	89	52.7	12	7.1	11	6.5	10	5.9	15	8.9
2 a 4	41	24.3	3	1.8	9	5.3	3	1.8	6	3.6
5 a 10	21	12.4	3	1.8	4	2.4	1	0.6	2	1.2
+ 10	18	10.7	-	0.0	2	1.2	3	1.7	-	-

Fuente. Secundaria Expediente Clínicos.

Tabla. 10

Motivo de Consulta Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

n= 169

Motivo de Consulta	Total		Causas Básicas de Fallecimiento							
	n	%	Cardiopatías n =25		Canceres n =18		Infecciones n =15		Otras n =27	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Alteración del estado de la conciencia	25	14.7	5	2.9	-	-	1	0.6	2	1.2
Disnea	61	36.1	12	7.1	5	2.9	3	1.7	5	2.9
Dolor Abdominal	26	15.4	1	0.6	5	2.9	6	3.5	7	4.1
Fiebre	9	5.3	2	1.2	2	1.2	1	0.6	2	1.2
Otras	29	17.1	3	1.7	4	2.3	4	2.3	6	3.5
Sangrado de Tubo Digestivo bajo y alto	14	8.3	2	1.2	2	1.2	-	-	4	2.3
Vomito	5	2.9	-	-	-	-	-	-	1	0.6
Tiempo de Padecer la enfermedad aguda										
< 1 día	89	52.7	12	7.1	6	3.6	8	4.7	15	8.9
2 a 4	41	24.3	5	3.0	4	2.4	4	2.4	7	4.1
5 a 10	21	12.4	5	3.0	3	1.8	2	1.2	1	0.6
+ 10	18	10.7	3	1.8	5	2.9	1	0.6	4	2.4

Fuente. Secundaria Expediente Clínicos.

Tabla. 11

Características clínicas de ingreso Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

n= 169

Datos Generales	Total		Causas Básicas de Fallecimiento							
	n	%	Dm tipo 2 n =18		Neumonía n =26		Cirrosis n =17		HTA Crónica n =23	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Diagnósticos de ingreso										
Abdomen agudo	10	5.9	-	-	-	-	-	-	-	-
ACV	15	8.8	-	-	2	1.2	-	-	9	5.3
Cáncer	6	3.5	-	-	-	-	-	-	-	-
Cardiopatía Hipertensiva	6	3.5	-	-	-	-	-	-	1	0.6
Cirrosis Hepática	17	10.1	-	-	1	0.6	11	6.5	1	0.6
DM tipo 2 Descompensada	19	11.2	8	4.7	5	2.9	-	-	1	0.6
EPOC	10	5.9	1	0.6	2	1.2	-	-	3	1.7
Neumonía	21	12.4	1	0.6	9	5.3	1	0.6	2	1.2
STDA	11	6.5	-	-	-	-	3	1.7	-	-
Síndrome coronario agudo	16	9.4	3	1.7	1	0.6	1	0.6	2	1.2
Shock Séptico	15	8.9	2	1.2	4	2.4	-	-	-	-
Otras	23	13.6	3	1.7	2	1.2	1	0.6	4	2.4
Condición al ingreso										
Estable	10	5.9	-	-	5	2.9	1	0.6	-	-
Delicado	27	15.9	4	2.4	2	1.2	2	1.2	1	0.6
Grave	108	63.9	12	7.1	16	9.4	12	7.1	19	11.2
Muy grave	24	14.2	2	1.2	3	1.7	2	1.2	3	1.7
Estado Nutricional										
Desnutrido	44	26.1	9	5.3	5	2.9	5	2.9	6	3.5
Normal	17	10.1	1	0.6	3	1.7	2	1.2	3	1.7
Sobrepeso	2	1.2	-	-	-	-	-	-	-	-
Obeso	13	7.7	3	1.7	2	1.2	1	0.6	1	0.6
No consignado	93	57.1	5	2.9	16	9.4	9	5.3	13	7.7
Requirió Ventilación asistida	40	23.6	3	1.7	12	7.1	1	0.6	5	2.9
Valorado por Equipo Multidisciplinario	29	17.1	2	1.2	6	3.5	-	-	5	2.9

Fuente. Secundaria Expediente Clínicos.

Tabla. 12

Datos clínicos de ingreso Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

n= 169

Datos Generales	Total		Causas Básicas de Fallecimiento							
	n	%	Cardiopatías n =25		Canceres n =18		Infecciones n =15		Otras n =27	
			n	%	n	%	%	n	%	
Diagnósticos de ingreso										
Abdomen agudo	10	5.9	-	-	1	0.6	1	0.6	8	4.7
ACV	15	8.8	3	1.7	-	-	-	-	1	0.6
Cáncer	6	3.5	-	-	6	3.5	-	-	-	-
Cardiopatía Hipertensiva	6	3.5	2	1.2	1	0.6	2	1.2	-	-
Cirrosis Hepática	17	10.1	1	0.6	-	-	-	-	3	1.7
DM tipo 2 Descompensada	19	11.2	1	0.6	3	1.7	1	0.6	-	-
EPOC	10	5.9	2	1.2	-	-	-	-	2	1.2
Neumonía	21	12.4	2	1.2	1	0.6	3	1.7	2	1.2
STDA	11	6.5	-	-	2	1.2	-	-	6	3.5
Síndrome coronario agudo	16	9.4	7	4.1	1	0.6	-	-	1	0.6
Shock Séptico	15	8.9	-	-	1	0.6	6	3.5	2	1.2
Otras	23	13.6	7	4.1	2	1.2	2	1.2	2	1.2
Condición al ingreso										
Estable	10	5.9	-	-	2	1.2	-	-	2	1.2
Delicado	27	15.9	4	2.3	4	2.4	4	2.4	6	3.5
Grave	108	63.9	17	10.1	9	5.3	9	5.3	14	8.3
Muy grave	24	14.2	4	2.3	3	1.7	2	1.2	5	2.9
Estado Nutricional										
Desnutrido	44	26.1	6	3.5	9	5.3	4	2.4	7	4.1
Normal	17	10.1	1	0.6	1	0.6	3	1.7	3	1.7
Sobrepeso	2	1.2	1	0.6	-	-	-	-	-	-
Obeso	13	7.7	1	0.6	3	1.7	-	-	1	0.6
No consignado	93	57.1	16	9.4	5	2.9	8	4.7	16	9.4
Requirió Ventilación asistida	40	23.6	8	4.7	2	1.2	4	2.4	5	2.9
Valorado por Equipo Multidisciplinario	29	17.1	2	1.2	5	2.9	3	1.7	6	3.5

Fuente. Secundaria Expediente Clínicos.

Tabla. 13

Causa Directa según causas Básicas de Fallecimientos de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

n= 169

Causa Directa de Fallecimiento	Total		Causas Básicas de Fallecimiento							
	n	%	Dm tipo 2 n =18		Neumonía n =26		Cirrosis n =17		HTA Crónica n =23	
			n	%	n	%	n	%	n	%
ACV	10	5.9	1	0.6	1	0.6	-	-	5	2.9
Arritmia letal	18	10.7	3	1.7	2	1.2	1	0.6	1	0.6
Encefalopatía Hepática	8	4.7	2	1.2	-	-	5	2.9	-	-
Falla multiorganica	14	8.3	1	0.6	4	2.3	2	1.2	-	-
IAM	8	4.7	3	1.7	-	-	-	-	1	0.6
Insuf respiratoria aguda	14	8.3	-	-	4	2.3	1	0.6	2	1.2
Shock cardiogenico	10	5.9	1	0.6	-	-	-	-	3	1.7
Shock hipovolémico	7	4.1	-	-	-	-	2	1.2	-	-
Shock refractario	14	8.3	2	1.2	3	1.7	3	1.7	2	1.2
Shock séptico	31	18.3	3	1.7	10	5.9	1	0.6	2	1.2
STDA	5	3.0	-	-	-	-	1	0.6	-	-
OTRAS	30	17.8	2	1.2	2	1.2	1	0.6	7	4.1

Fuente. Secundaria Expediente Clínicos.

Tabla. 14

Causa Directa según causas Básicas de Fallecimientos de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

n= 169

Causa Directa de Fallecimiento	Total		Causas Básicas de Fallecimiento							
	n	%	Cardiopatías n =25		Canceres n =18		Infecciones n =15		Otras n =27	
			n	%	n	%	%	n	%	
ACV	10	5.9	1	0.6	1	0.6	-	-	1	0.6
Arritmia letal	18	10.7	6	3.5	2	1.2	2	1.2	1	0.6
Encefalopatía Hepática	8	4.7	-	-	-	-	-	-	1	0.6
Falla multiorganica	14	8.3	1	0.6	2	1.2	1	0.6	3	1.7
IAM	8	4.7	2	1.2	2	1.2	-	-	-	-
Insuf respiratoria aguda	14	8.3	2	1.2	2	1.2	1	0.6	2	1.2
Shock cardiogenico	10	5.9	5	2.9	1	0.6	-	-	-	-
Shock hipovolémico	7	4.1	-	-	2	1.2	-	-	3	1.7
Shock refractario	14	8.3	-	-	1	0.6	1	0.6	2	1.2
Shock séptico	31	18.3	1	0.6	4	2.4	5	2.9	5	2.9
STDA	5	3.0	1	0.6	-	-	-	-	3	1.7
OTRAS	30	17.8	6	3.5	1	0.6	5	2.9	6	3.5

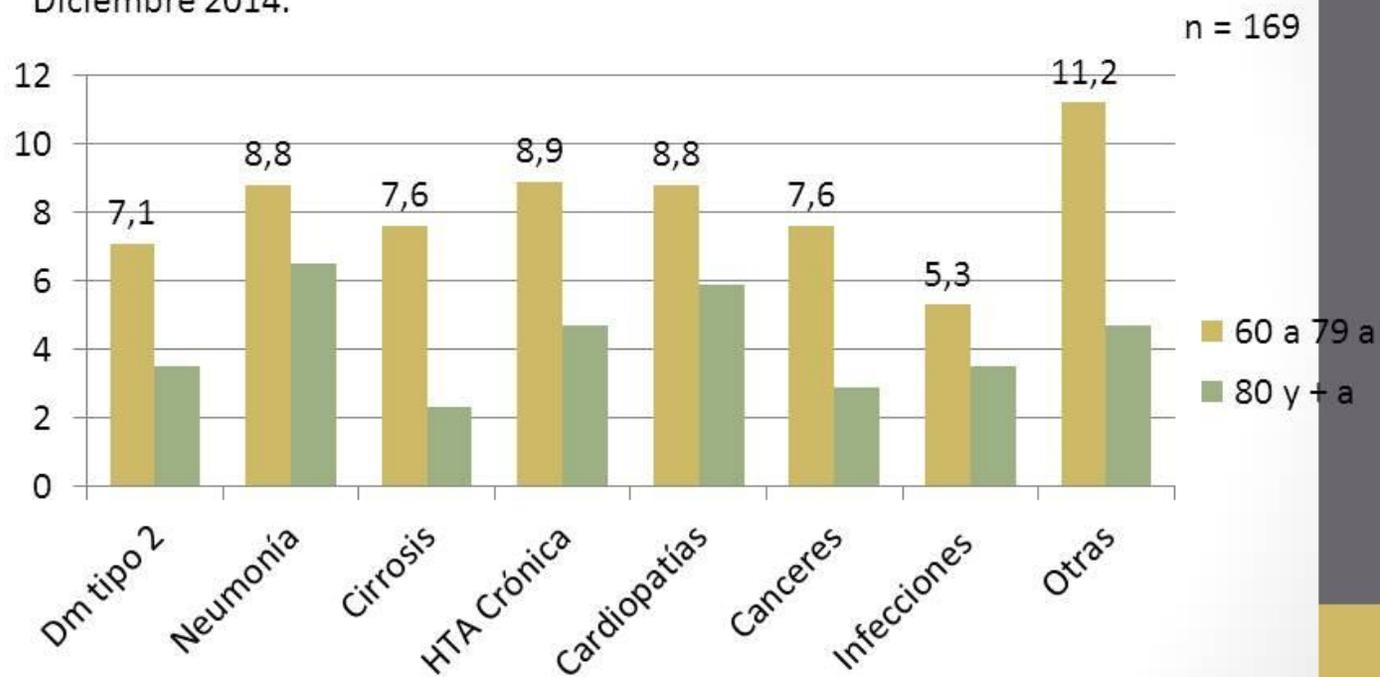
Fuente. Secundaria Expediente Clínicos.

Anexos 3

RESULTADOS

Gráfico 1.

Edad Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

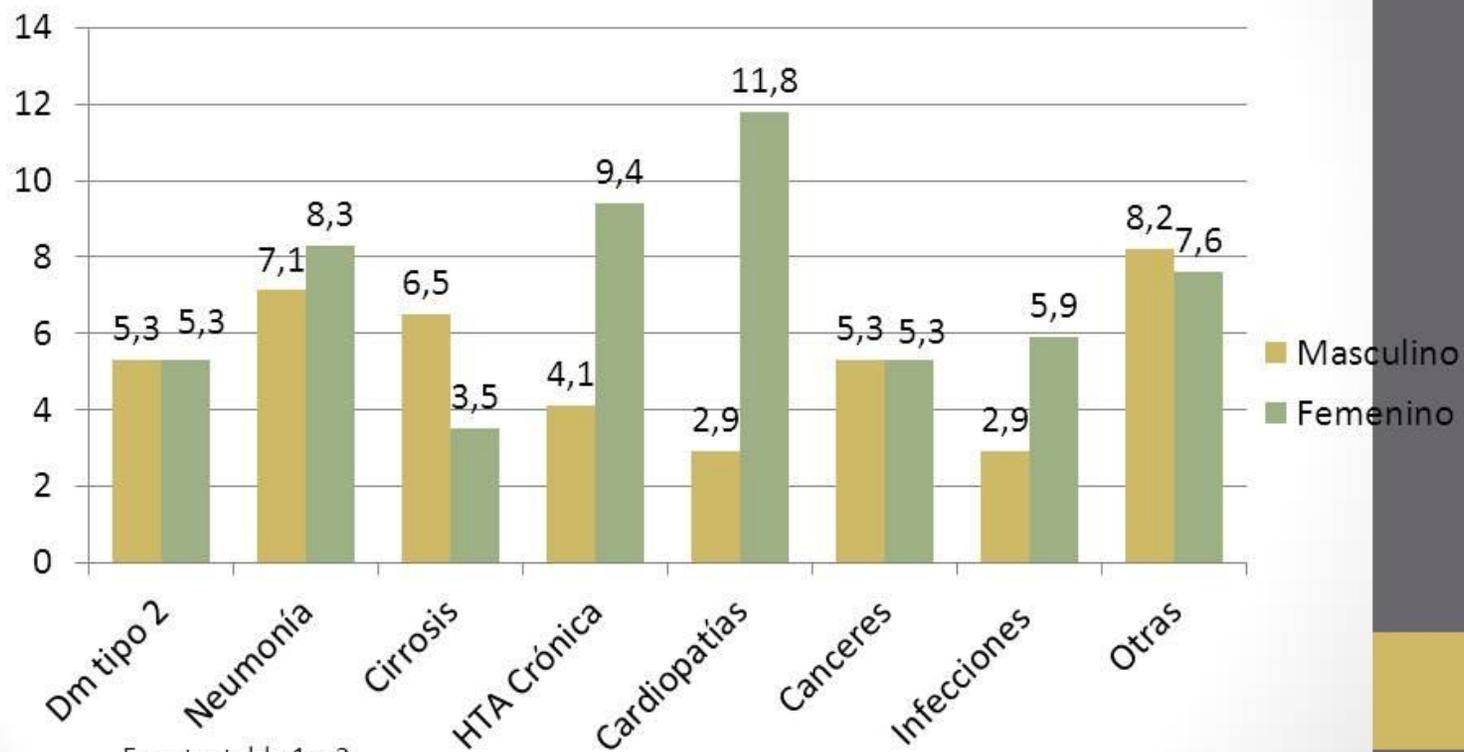


Fuente: tabla 1 y 2

Gráfico 2.

Sexo Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

n = 169

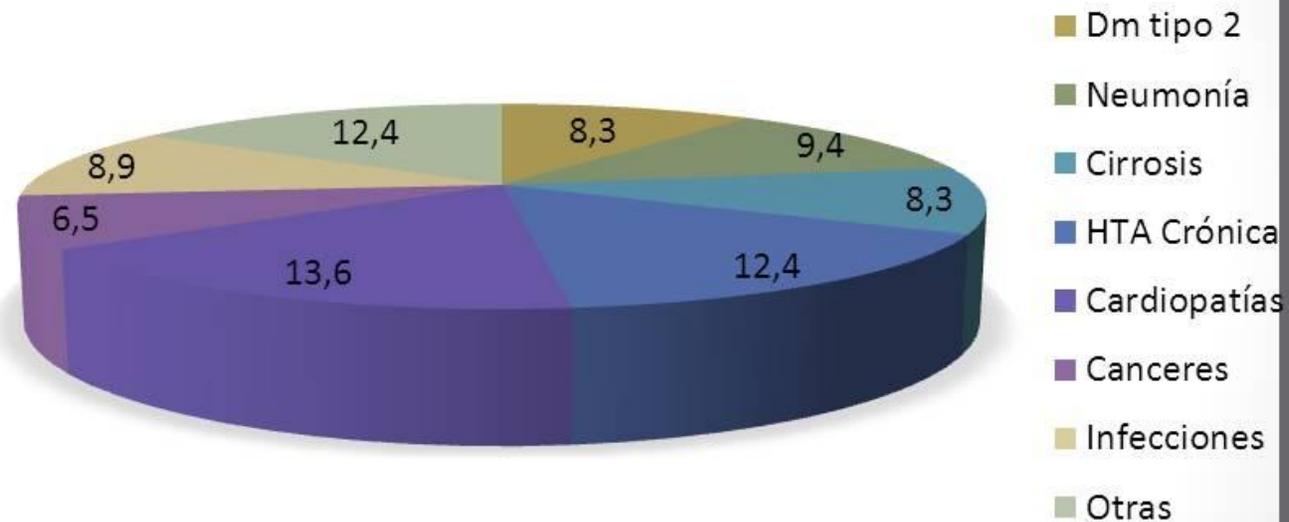


Fuente: tabla 1 y 2

Gráfico 3.

Procedencia Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

n = 169

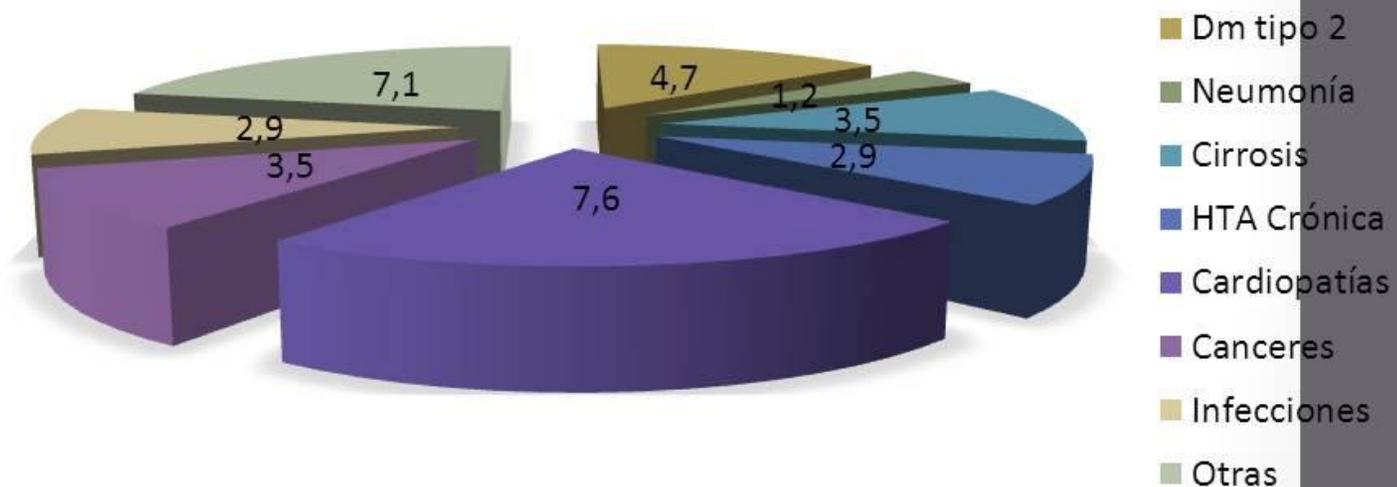


Fuente: tabla 1 y 2

Gráfico 4.

Tiempo de Estancia intrahospitalaria Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

n = 169

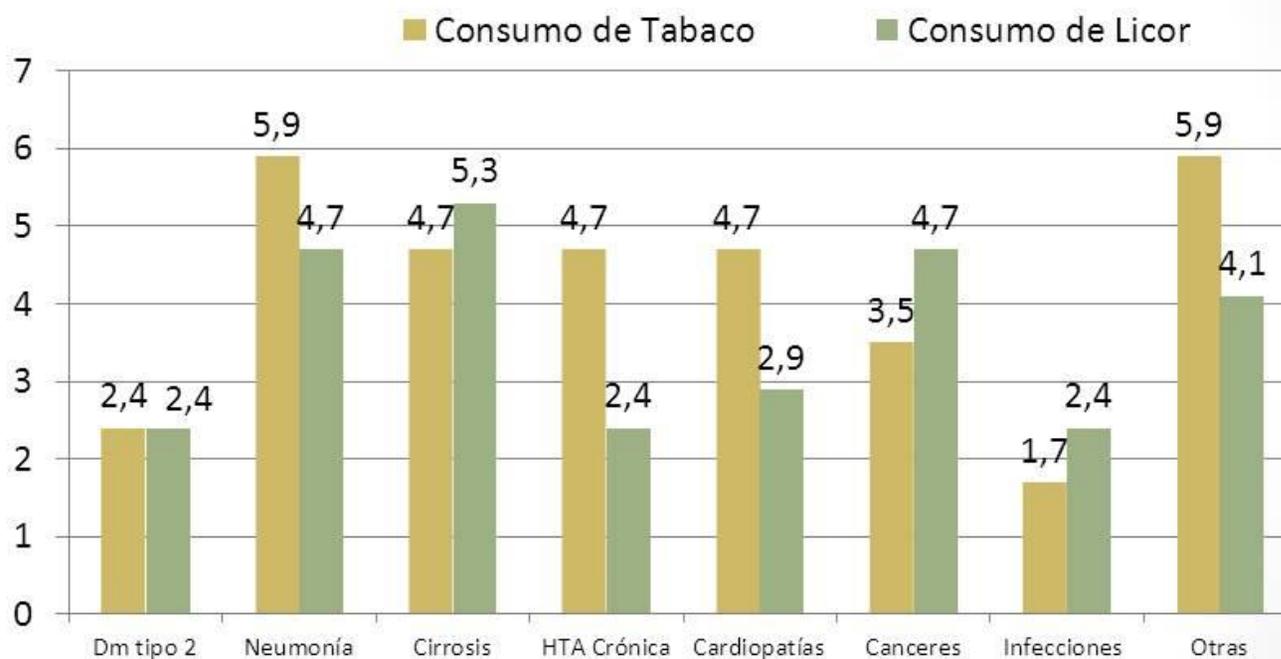


Fuente: tabla 1 y 2

Gráfico 5.

Hábitos Tóxicos Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

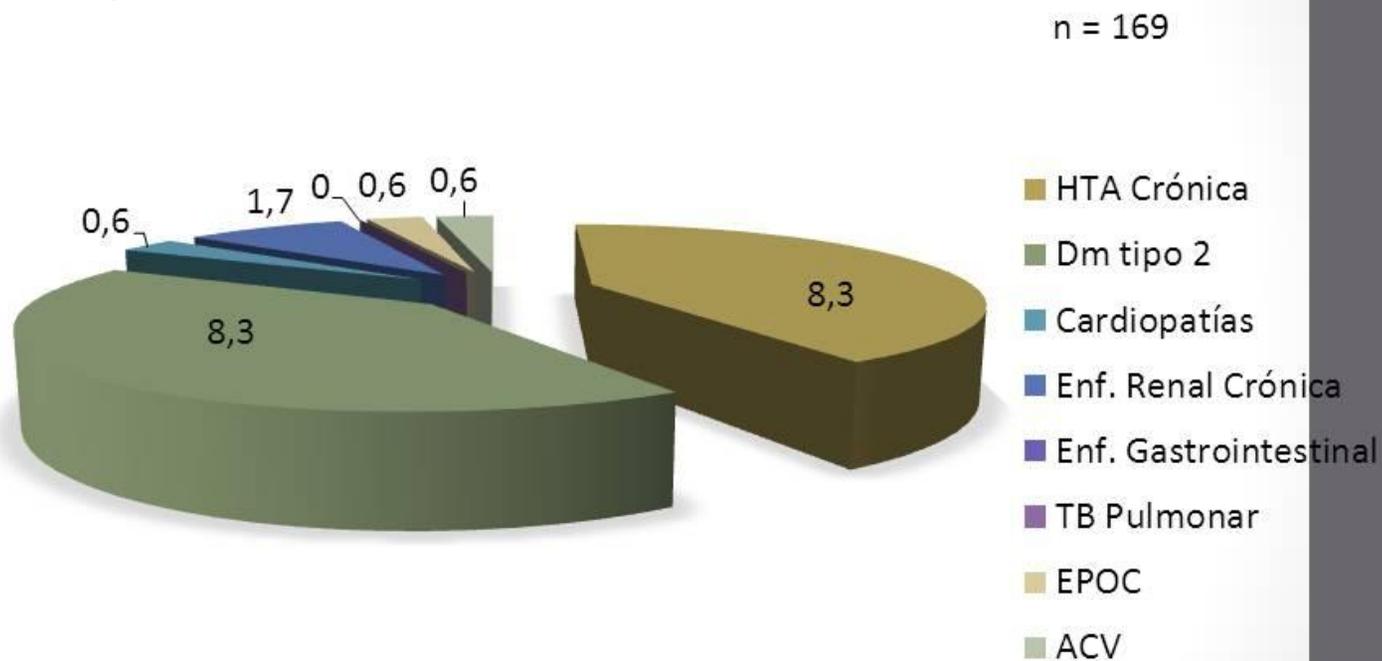
n = 169



Fuente: tabla 3 y 4

Gráfico 6.

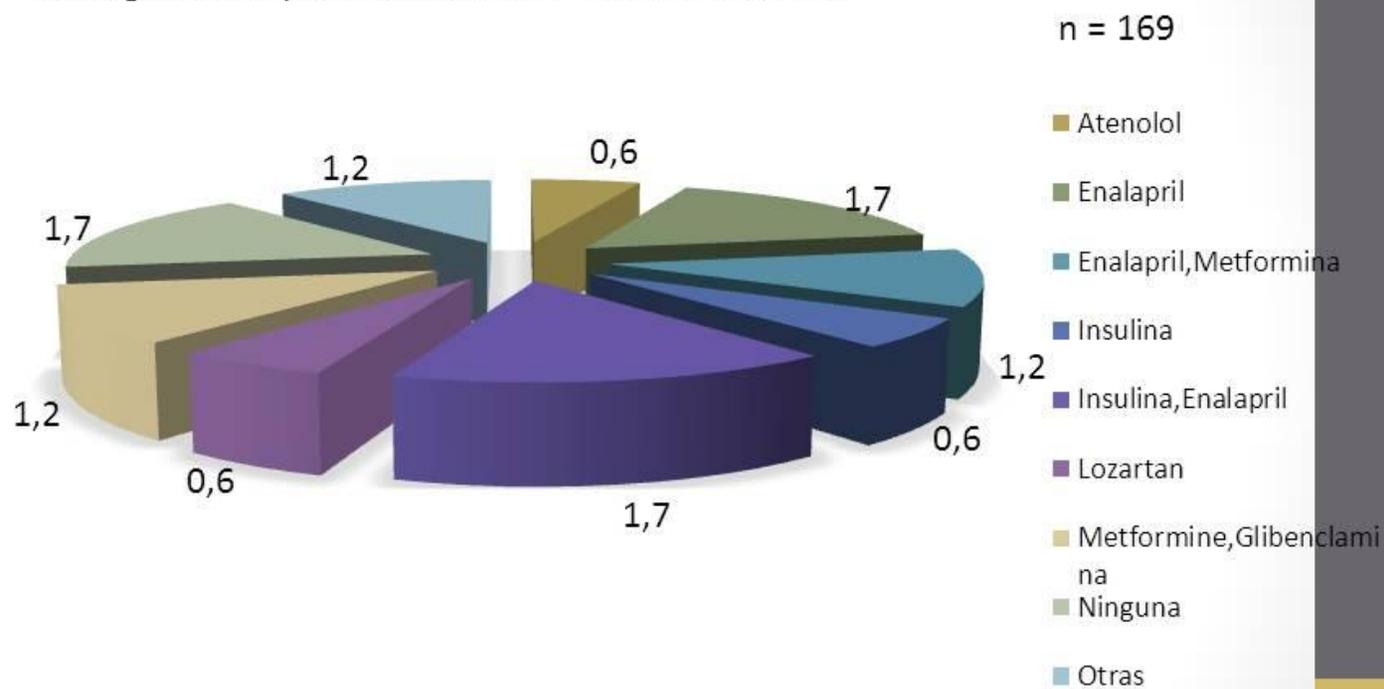
Antecedentes patológicos Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.



Fuente: tabla 5 y 6

Gráfico 7.

Antecedentes de uso de fármacos Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

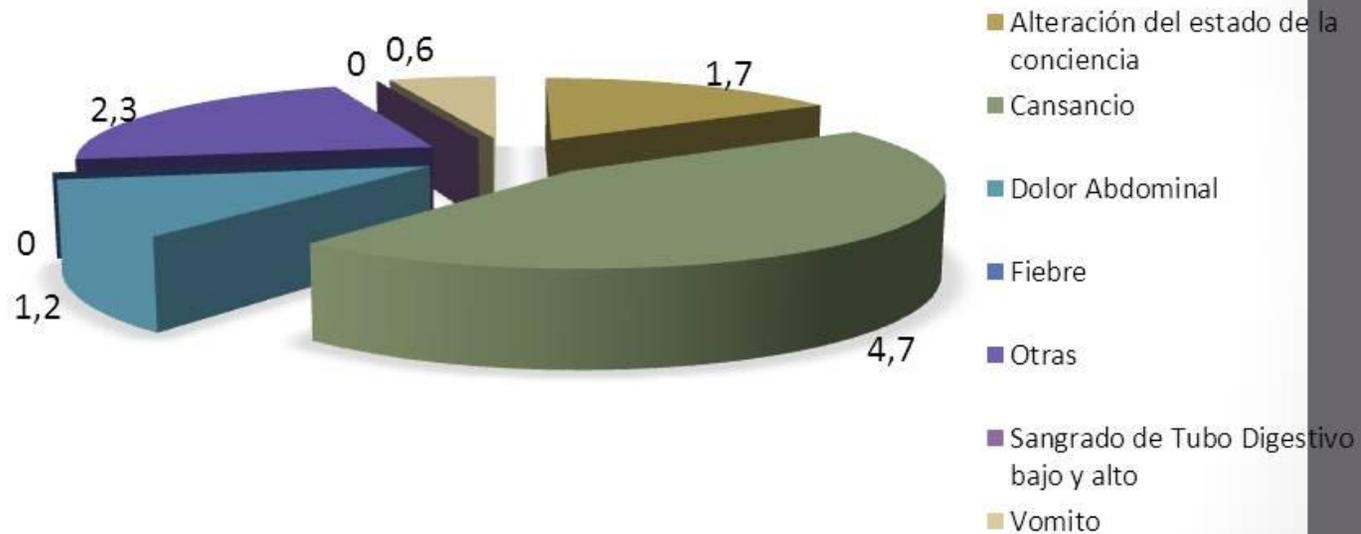


Fuente: tabla 5 y 6

Gráfico 8.

Motivo de Consulta Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

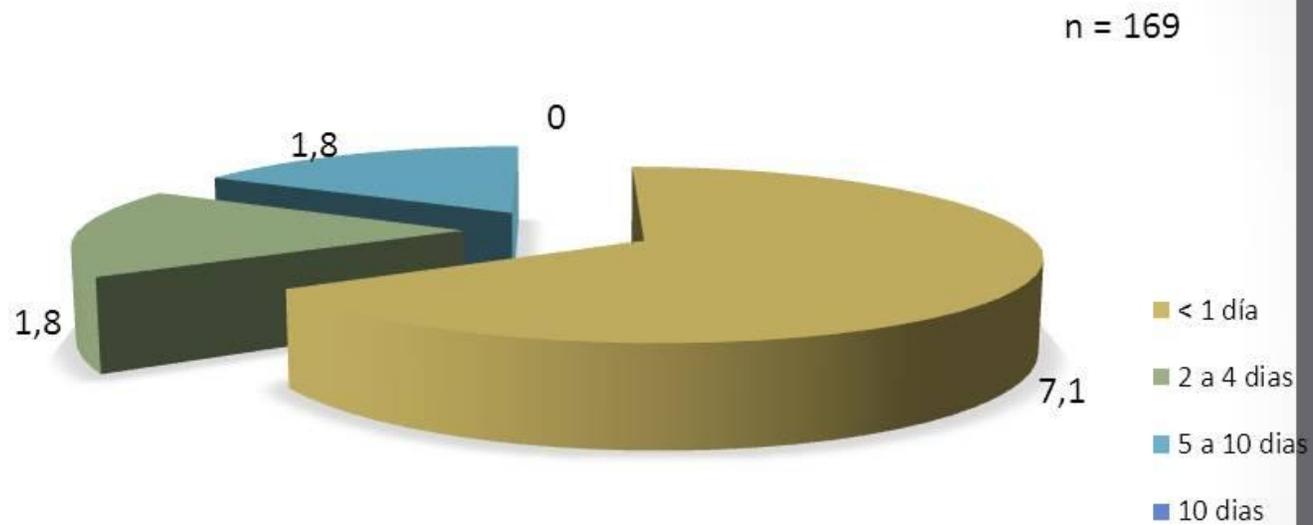
n = 169



Fuente: tabla 8 y 9

Gráfico 9.

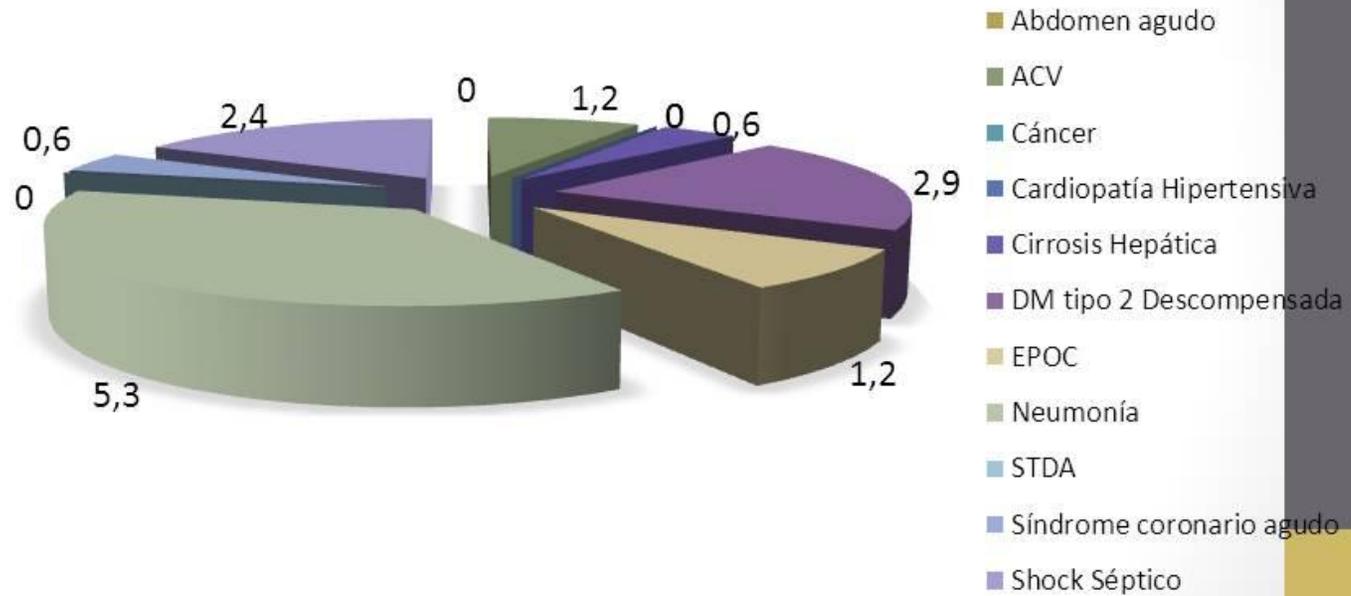
Tiempo de padecer la enfermedad que motivo la consulta Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.



Fuente: tabla 8 y 9

Gráfico 10.
 Diagnostico de ingreso Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

n = 169

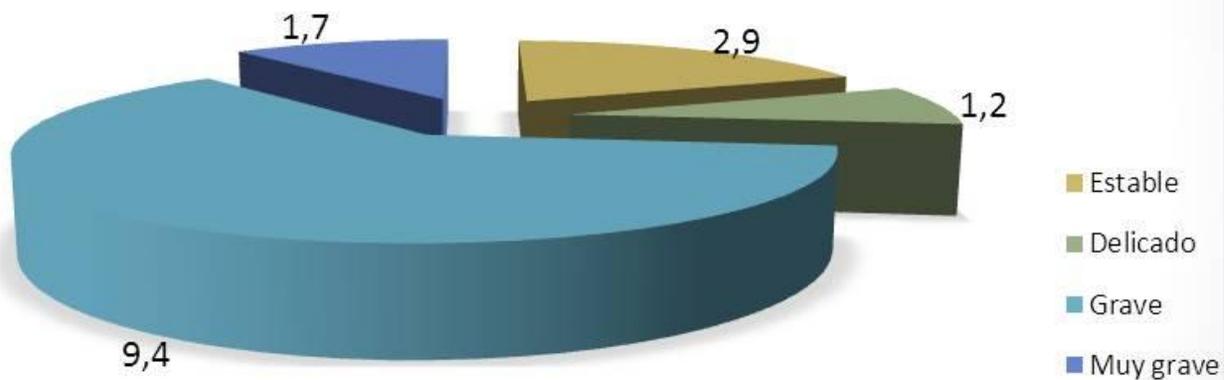


Fuente: tabla 10 y 11

Gráfico 11.

Condición de ingreso Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

n = 169

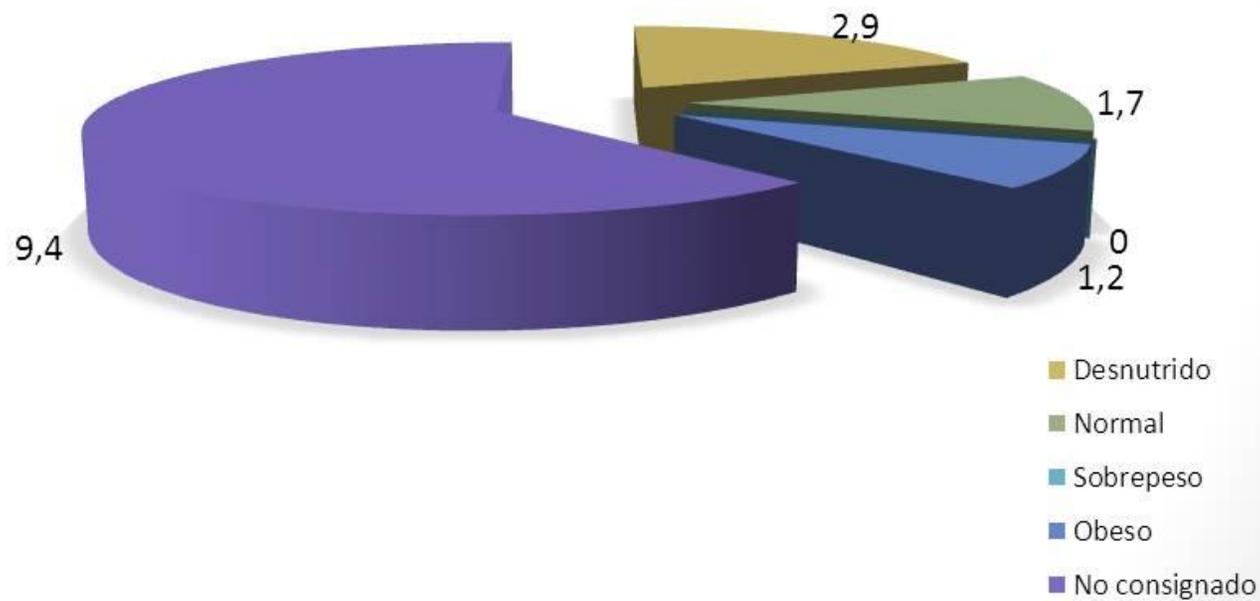


Fuente: tabla 10 y 11

Gráfico 12.

Estado Nutricional Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

n = 169

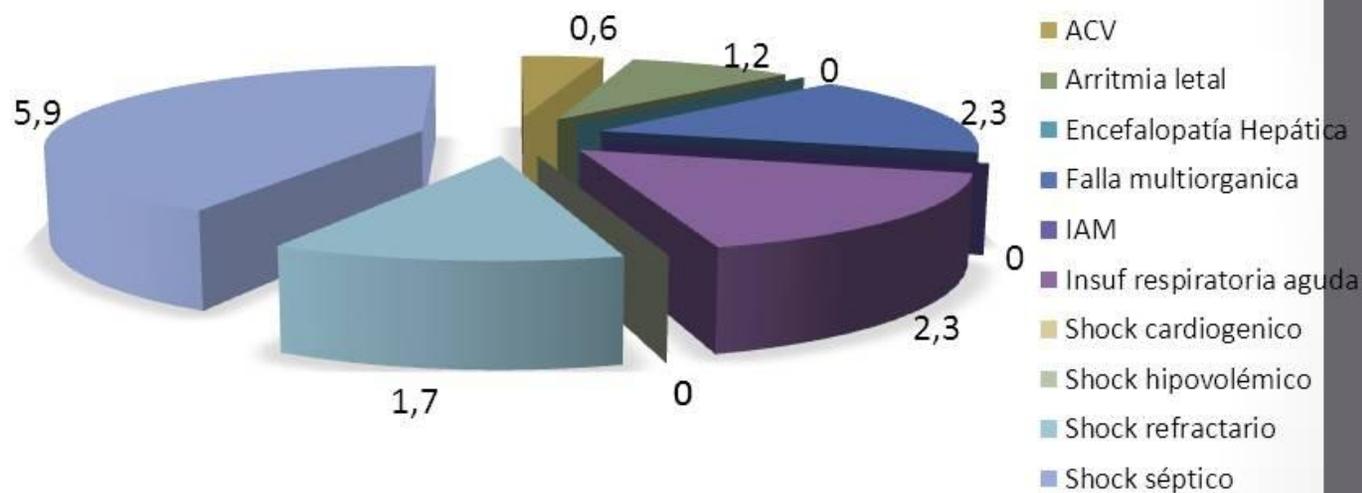


Fuente: tabla 10 y 11

Gráfico 12.

Causa Directa Según causa de Básica de Fallecimiento de los Adultos Mayores registradas en el Hospital Alemán Nicaragüense de la Ciudad de Managua, en el periodo de Enero - Diciembre 2014.

n = 169



Fuente: tabla 12 y 13