



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**CARACTERIZACIÓN DE LA MORBI-MORTALIDAD EN ADULTOS
MAYORES HOSPITALIZADOS. HOSPITAL VICENTE CORRAL
MOSCOSO, 2009-2013**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTORES: JORGE ANDRÉS MUÑOZ AVILÉS
PATRICIO XAVIER ORELLANA QUEZADA
IVÁN PAÚL CHACÓN VÉLEZ**

DIRECTORA: DRA. LORENA ELIZABETH MOSQUERA VALLEJO

ASESORA: DRA. LORENA ELIZABETH MOSQUERA VALLEJO

CUENCA – ECUADOR

2014

RESUMEN

Introducción: Los adultos mayores son una población en aumento con mayor riesgo de patologías constituyendo una fuente importante de consultas médicas a todos los niveles de atención.

Objetivo: Caracterizar la morbi-mortalidad en la población adulta mayor hospitalizada en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca en el periodo 2009-2013.

Metodología: Se trató de un estudio descriptivo, retrospectivo realizado mediante el uso de las Historias Clínicas de 653 pacientes adultos mayores hospitalizados en los servicios de medicina interna, emergencia y cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca, periodo 2009-2013. Se revisaron historias clínicas para la recolección de la información, mediante el paquete estadístico SPSS 19 para Windows se presentan los resultados en tablas de frecuencias.

Resultados: La media de edad fue 77,08 años con DE 8,10 años, siendo el sexo femenino más frecuente con 55%; la tasa de egresos millón/habitantes fue mayor en el 2009 con 202 pacientes; el departamento que más pacientes abarco fue cirugía con el 43,3%, el diagnóstico de egreso más prevalente fue abdomen agudo con el 16,1%; y dentro de este, la colecistolitiasis represento el 21,9%; la comorbilidad representativa fue la HTA con el 12,8%, la mortalidad en estos últimos años fue de 2,6% siendo el paro cardiorrespiratorio su causa en el 58,8% de los casos; según sistema el gastrointestinal represento el 28% de los casos.

Conclusiones: La morbilidad de mayor importancia en la población adulta mayor en el último quinquenio apunta a patologías abdominales y de resolución quirúrgica.

PALABRAS CLAVE: MORTALIDAD EN ADULTOS MAYORES; EPIDEMIOLOGÍA Y BIOESTADISTICA; DATOS DEMOGRAFICOS; CAUSAS DE MUERTE; ESTADISTICAS VITALES; CARACTERISTICAS DE LA POBLACION; SALUD DE LOS VETERANOS; HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO; CUENCA-ECUADOR

ABSTRACT

Introduction: Older adults are also a growing population have increased risk of diseases and are a major source of medical consultations at all levels of care.

Objective: To characterize the morbidity and mortality in the adult population hospitalized at the Vicente Corral Moscoso Hospital of the Cuenca City in 2009-2013 period.

Methodology: This was a retrospective study, carried out using the medical charts of 653 elderly patients hospitalized in the internal medicine, emergency and surgery of Vicente Corral Moscoso Hospital of Cuenca City during the period 2009-2013. A review of medical records for data collection was performed subsequently using SPSS statistical package for Windows 19, results are presented in frequency tables.

Results: The mean age was at 77.08 years with SD of 8.10 years, with feminine sex the most frequent with 55% of cases; rate of discharges per million / persons was higher in 2009 with 202 patients; the department that spanned more patients surgery was 43.3% while that of most prevalent diagnosis was acute abdomen egress with 16.1%; and into the causes of this diagnosis cholecystolithiasis represent 21.9%; the most representative comorbidity was hypertension with 12.8% of the population; mortality in recent years was 2.6% and the cardiac arrest caused these deaths in 58.8% of cases; as the gastrointestinal system represent 28% of cases.

Conclusions: The major morbidity in the elderly population in the last five points to abdominal pathologies and surgical resolution.

KEYWORDS: MORTALITY IN ELDERLY; EPIDEMIOLOGY AND BIOSTATISTICS; DEMOGRAPHIC DATA; CAUSES OF DEATH; VITAL STATISTICS ; POPULATION CHARACTERISTICS; VETERANS HEALTH; HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO; CUENCA - ECUADOR



ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
DEDICATORIA	12
AGRADECIMIENTO	15
CAPITULO I.....	16
1.1 INTRODUCCIÓN.....	16
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	19
CAPITULO II.....	20
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	20
2.1 Definiciones	20
2.2 Tipos de envejecimiento	20
2.3 Repercusiones del envejecimiento en la salud pública (6)	21
2.4 Morbilidad en el adulto mayor.....	22
2.5 Mortalidad en el adulto mayor	25
CAPITULO III.....	27
3. OBJETIVOS	27
3.1 Objetivo general.....	27
3.2 Objetivos específicos.....	27
CAPITULO IV	28
4. METODOLOGÍA.....	28
4.1 Tipo de estudio	28
4.2 Universo	28
4.3 Criterios de inclusión	28
4.4 Criterios de exclusión	28
4.5 Operacionalización de variables (Ver anexo 9.2)	28
4.6 Métodos, técnicas e instrumentos	28
4.7 Implicaciones éticas.....	29
4.8 Plan de análisis.....	29
CAPITULO V	30
5. RESULTADOS	30



5.1 Cumplimiento del estudio	30
5.2 Características demográficas	30
5.3 Incidencia de egresos.....	31
5.4 Departamento	31
5.5 Diagnostico de egreso	32
5.6 Días de hospitalización.....	33
5.7 Condición de egreso.....	33
5.8 Causa de muerte	34
5.9 Egresos según sistema afectado.....	35
5.10 Caracterización de los 10 principales egresos según edad.....	36
5.11 Caracterización de los 10 principales egresos según sexo	37
CAPITULO VI	38
6. DISCUSIÓN	38
CAPITULO VII	41
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	41
7.1 CONCLUSIONES.....	41
7.2 RECOMENDACIONES.....	42
CAPITULO VIII	43
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
CAPITULO IX	48
9. ANEXOS.....	48



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Jorge Andres Muñoz Aviles, autor de la tesis, "CARACTERIZACIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS. HOSPITA VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2009-2013", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 01 de octubre del 2014

Jorge Andrés Muñoz Avilés

0104034228



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Patricio Xavier Orellana Quezada, autor de la tesis, "CARACTERIZACIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS. HOSPITA VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2009-2013", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 01 de octubre del 2014

Patricio Xavier Orellana Quezada

010378861-8



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Iván Paúl Chacón Vélez, autor de la tesis, "CARACTERIZACIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS. HOSPITA VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2009-2013", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 01 de octubre del 2014

Iván Paúl Chacón Vélez

0104791009



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Jorge Andres Muñoz Aviles, autor de la tesis, "CARACTERIZACIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS. HOSPITA VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2009-2013", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 01 de octubre del 2014

Jorge Andrés Muñoz Avilés

010403422-8



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Patricio Xavier Orellana Quezada, autor de la tesis, "CARACTERIZACIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS. HOSPITA VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2009-2013", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 01 de octubre del 2014

Patricio Xavier Orellana Quezada

010378861-8



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Iván Paúl Chacón Vélez, autor de la tesis, "CARACTERIZACIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS. HOSPITA VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2009-2013", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 01 de octubre del 2014

Iván Paúl Chacón Vélez

010479100-9



DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres, mis hermanas y mi abuelita por siempre creer en mí y haberme brindado los valores que han hecho que sea una persona de bien con humildad, respeto pero sobre todo siempre ayudando al prójimo.

Jorge Andrés Muñoz Avilés



DEDICATORIA

Dedico la realización de este proyecto a mi madre y hermano quienes con su amor y paciencia han sido mi gran ejemplo para lograr mis objetivos, guiando con ternura y sabiduría cada uno de mis pasos.

Patricio Xavier Orellana Quezada



DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a mi familia que ha estado a mi lado en todo momento brindándome su apoyo incondicional, dándome consejos en todo momento, gracias a ellos he superado muchas adversidades. Gracias por estar conmigo siempre.

Iván Paul Chacón Vélez

AGRADECIMIENTO

Primeramente gracias a Dios ser maravilloso que nos dio fuerza y fe para la realización del presente trabajo. A nuestros padres por darnos el ejemplo de vida a seguir y apoyarnos en cada momento de nuestras vidas.

De igual manera agradecemos el apoyo brindado por los doctores Jaime Morales y Carlos flores quienes fueron pilares fundamentales en la elaboración del presente trabajo y que no pudieron continuar con el proyecto debido a su jubilación como docentes de la Universidad

Debemos agradecer de manera especial y sincera a la Dra. Lorena Mosquera por aceptarnos para la realización y asesoramiento de la presente tesis bajo su dirección. Su apoyo y confianza en nuestro trabajo y su capacidad para guiar nuestras ideas han sido un aporte invaluable, en el desarrollo de esta tesis. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntos, el cual no se puede concebir sin su siempre oportuna participación.

LOS AUTORES

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas asistimos al fenómeno sin precedentes históricos que supone el envejecimiento de la población y como consecuencia, la aparición de una cascada de nuevas situaciones, en los campos económico, cultural y sobre todo sanitario y social, siendo un reto para la planificación de los recursos asistenciales (1).

Los adultos mayores representan una población en riesgo y representan un importante prevalencia de consulta médica a todos los niveles de atención, además por su normal deterioro generan mayor uso de recursos y atención para brindarles un cuidado adecuado.

Según la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES (2), Ecuador tiene actualmente una población aproximada de 13.8 millones de personas y el 6%, posee más de 65 años y va en constante crecimiento a un ritmo de 1,1%; además se constata que el promedio de años que espera vivir una persona desde su nacimiento se elevó de 68.3 a 73.8 años.

Según las estimaciones oficiales, la expectativa de vida bordearía actualmente los 75.2 años: 72.3 años para la población masculina y 78.2 años para la femenina, en el curso de los próximos 17 años la población de 65 y más años de edad se incrementará del 6 al 9.3%; es decir, el lento proceso de envejecimiento demográfico que venía experimentando la población ecuatoriana como resultado principalmente de la disminución de la fecundidad, se dinamizará y acentuará de una manera importante. (2)

Como hemos observado la población adulta mayor va en aumento, además si sumamos a esta situación la transición epidemiológica, es de esperar que la gestión de recursos en un futuro cambien, bajo esta perspectiva se plantea analizar la morbilidad de la población adulta mayor en el último quinquenio en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prolongación de la vida de la población es una manifestación de desarrollo de la sociedad en que viven y se desenvuelven. Este desarrollo abarca todas las esferas de la actividad de las naciones, tanto económica como social. Por lo tanto, el proceso de envejecimiento de la población se produce en los países industrializados o en vías de desarrollo aunque obviamente las condiciones de este envejecimiento varían en cierta medida por el componente económico que condiciona el acceso a la salud y a mayores cuidados. (3)

Los adultos mayores ocupan los servicios de salud con una frecuencia superior al resto de la población, además los servicios que requieren suelen ser onerosos, por lo que es necesario determinar las causas de morbilidad para emprender y readecuar o fortalecer los sistemas de salud, pues las personas de edad avanzada plantean numerosos problemas específicos a los servicios sanitarios, a los que se le suman los derivados de un escaso desarrollo de la red de atención social. El sistema sanitario y muy específicamente el hospital, ha pasado de atender a pacientes jóvenes con patología aguda a pacientes con patologías crónicas no resolubles definitivamente en el estado actual de la sanidad. Esto exige cambiar la oferta de un sistema que ofrece soluciones a episodios (patología aguda de aparición inesperada) a una gestión continua de los problemas socio-sanitarios (pluripatología crónica de evolución previsible)

Si bien en las personas mayores habitualmente es difícil encontrar una sola causa responsable del ingreso, las enfermedades identificadas con mayor frecuencia como diagnóstico principal de ingreso han sido las relacionados con el aparato circulatorio, respiratorio, digestivo y las neoplasias, en concordancia con otros estudios. Todas ellas enfermedades crónicas de los países desarrollados, en cuya etiología hay asociados factores susceptibles de prevención como: el hábito de fumar la hipercolesterolemia, la hipertensión y la inactividad física.

En el año 2006, el INEC (4) provee de un perfil epidemiológico del adulto mayor donde se expresó que por sexo, al comparar los porcentajes entre hombres y mujeres se observa que entre las 20 principales causas de morbilidad que las afecta, constan: la Hiperplasia de la Próstata, Neumonía no Especificada, Insuficiencia Cardíaca, Hipertensión Esencial y la Colelitiasis. Estos porcentajes son mayores en el sexo femenino. Los hombres son más proclives a las enfermedades Cerebro vasculares, Pulmonares, Hernias, Hiperplasia de la Próstata y las Digestivas; en tanto que las mujeres son más vulnerables a padecer de Diabetes, Hipertensión y Trastornos génito-urinarios. Pero de todas las 20 causas de morbilidad, el mayor porcentaje es para los hombres que presentan Hiperplasia Prostática y, Neumonía No Especificada para las mujeres.

No se posee un perfil epidemiológico claro sobre las causas que llevan a los adultos mayores a ingresar en el Hospital, por lo que es necesario determinar una línea de base y las principales causas de morbilidad evidenciada en los últimos 5 años en la principal casa de salud regional.

Se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál fue la frecuencia de adultos mayores que recibieron atención en el HVCM de la Ciudad de Cuenca en los últimos 5 años?

¿Cuáles son las principales características demográficas y frecuencia de morbi-mortalidad en la población adulta mayor desde el 2009 hasta el 2013 en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca?

¿Cuál son las características principales de la causas de morbi-mortalidad en la población adulta mayor desde el periodo 2009-2013 en el Hospital Vicente Corral Moscoso?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La investigación proveerá de datos actualizados sobre la morbi-mortalidad en la población adulta mayor que acudió al HVCM en los últimos 5 años; con estos datos se podrían guiar y/o mejorar la atención a este grupo poblacional en el Hospital.

El presente estudio es importante porque realiza un primer acercamiento a la morbilidad y mortalidad de los adultos mayores, que es un grupo del cual se tiene poca información en nuestro medio. Además es importante considerar que según estimaciones este grupo etario crecerá en los próximos años y por ende el requerimiento de una atención médica integral, multidisciplinaria y oportuna también crecerá, dicha demanda dependerá del perfil epidemiológico específico (morbilidad y mortalidad) de este grupo poblacional.

Los beneficios son múltiples e involucran el plano individual y colectivo, se recolectarán valiosos datos sobre la morbilidad en el adulto mayor, los datos serán difundidos por los medios científicos locales.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Definiciones

El envejecimiento de la población es parte del proceso de transición demográfica, que implica un descenso de niveles altos a moderados en la mortalidad y fecundidad. Este proceso a su vez da lugar a la transición epidemiológica, donde las enfermedades transmisibles son reemplazadas por enfermedades crónico-degenerativas, situación que conlleva importantes consecuencias en materia de salud por tratarse de un grupo de edad con mayor vulnerabilidad a ciertas enfermedades. El envejecimiento, corresponde a un deterioro fisiológico generalizado y progresivo del organismo que se ve acelerado por la aparición de diversas enfermedades. La fragilidad ante la salud se torna muy heterogénea. Las enfermedades agudas se alejan o son sustituidas por las enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes. (4)

Adulto mayor, en América Latina, son las personas de 65 años y más, pero cada país puede adoptar el límite. Por iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud la expresión “adulto mayor” sustituye las denominaciones de “anciano”, “persona de edad” o “persona de la tercera edad” y designa a las personas de 60 años y más. (4)

2.2 Tipos de envejecimiento

El envejecimiento corresponde a una serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y funcionales que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos (5).

Es **universal**: alcanza a todos los individuos sin excepción; es **intrínseco**: genéticamente programado; es **progresivo**: comienza prácticamente desde

el nacimiento: y es **deletéreo** (mortal) ya que inevitablemente termina con la muerte (5).

Se conocen los siguientes tipos de envejecimiento:

Envejecimiento Fisiológico: proceso en que los parámetros biológicos son normales y se conserva la posibilidad de relación con el medio en que se mueve (5).

Envejecimiento Patológico: la presencia de enfermedades puede alterar el curso normal del envejecimiento fisiológico.”(5)

Envejecimiento Activo: Es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida, la misma que se determina en gran medida por su capacidad para mantener su propia autonomía y su funcionalidad en la vejez (5).

2.3 Repercusiones del envejecimiento en la salud pública (6)

Entre 2000 y 2050, la población mundial mayor de 60 años se triplicará y pasará de 600 millones a 2000 millones. La mayor parte de ese aumento se producirá en los países menos desarrollados, donde el número de personas mayores pasará de 400 millones en 2000 al 1,7 millones en 2050.

El cambio demográfico que presenta la población mundial tiene varias consecuencias para la salud pública como mayor aumento de ingresos hospitalarios, aumento de la incidencia de enfermedades crónicas con el consiguiente aumento en el gasto público de las naciones. Gozar de buena salud es fundamental para que las personas mayores mantengan su independencia y puedan tener un lugar en la vida familiar y en su comunidad. Cuidar la salud a lo largo de la vida y prevenir la enfermedad pueden evitar o retrasar la aparición de enfermedades crónicas y no

transmisibles, como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer (6).

Pero esas enfermedades también deben ser detectadas y tratadas a tiempo con el fin de reducir al mínimo sus consecuencias; además, quienes padezcan una enfermedad avanzada necesitarán cuidados y un apoyo adecuados de forma prolongada. El mejor modo de prestar esos servicios es mediante un sistema integral de atención primaria (6).

La acción de salud pública también puede apoyarse en la capacidad de los mayores. Por ejemplo, la creciente población mundial de personas mayores desempeña un papel fundamental a través del voluntariado, transmitiendo su experiencia y conocimientos, ayudando a sus familias en el cuidado de sus miembros y aumentando su participación en la fuerza de trabajo remunerada (6).

2.4 Morbilidad en el adulto mayor

García y colaboradores (7) encontraron que los motivos de ingreso más frecuentes son las enfermedades del aparato circulatorio (20,7%), enfermedades del sistema digestivo (18,4%) y enfermedades del aparato respiratorio (11,8%). Este orden se mantiene inalterable al considerar el número de días de hospitalización causados. Se observan diferentes patrones de enfermar por sexos: los hombres presentan un mayor porcentaje de ingresos en las enfermedades de los siguientes aparatos: respiratorio, urinario, digestivo y circulatorio. En las mujeres el mayor porcentaje lo ostentan los siguientes aparatos: musculo esquelético, hepatobiliar, reproductor y mama.

Por otro lado, Rojas (8) encontró que 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 ($p < 0.05$).

Analizando las principales causas de morbilidad tenemos que la cardiopatía isquémica, con incidencia creciente conforme avanza la edad y con predominio en el sexo masculino, clínicamente puede presentarse en el paciente de edad avanzada como ángor en cualquiera de sus formas, infarto, insuficiencia cardíaca o muerte súbita. Si bien en la actualidad asistimos a un interés creciente en la obtención de datos disponibles sobre la incidencia real de la cardiopatía isquémica en nuestro país llama la atención la escasez de datos sobre la incidencia, mortalidad y letalidad del infarto de miocardio en los ancianos. Así mismo, últimamente se ha evidenciado la necesidad de realizar estudios sobre la efectividad de los tratamientos cardiovasculares en las personas mayores, ya que se evidencia una escasa representación de las mismas en los ensayos clínicos que evalúan este tipo de fármacos. (9)

La insuficiencia cardíaca y la enfermedad cardíaca hipertensiva constituyen una importante causa de morbimortalidad hospitalaria en las personas de edad avanzada. Con los criterios diagnósticos actuales en los pacientes geriátricos la hipertensión alcanza una prevalencia cercana al 70% (15). En los últimos años asistimos a un incremento en los ingresos por insuficiencia cardíaca en nuestro país, situación relacionada con el envejecimiento y con el aumento de la supervivencia tras el infarto de miocardio. (10)

La patología respiratoria se encuentra representada en estas edades por la patología infecciosa (exacerbaciones de bronquitis crónicas, EPOC y neumonías) y la patología tumoral. Sabemos que la mayor parte de la patología respiratoria se encuentra asociada al uso del tabaco, lo que explicaría el claro predominio del sexo masculino en los servicios de neumología estudiados (10).

La neumonía adquirida en la comunidad es una enfermedad frecuente, que presenta una alta comorbilidad, condicionando un número considerable de estancias hospitalarias, con unos costes elevados y alta tasa de mortalidad (19,20). A la luz de los conocimientos actuales se espera que la inmunización de las personas de edad avanzada contra los virus de la influenza y neumococos pueda disminuir la incidencia y la gravedad de las infecciones de las vías respiratorias. (11)

La patología quirúrgica de los ancianos está reunida en un número de diagnósticos reducido: cataratas, patología biliar, fracturas de cuello de fémur, hernia inguinal, complicaciones de procedimientos quirúrgicos previos, la hipertrofia de próstata, las neoplasias de colon y patología del útero y sus estructuras de soporte. Dentro de este grupo, un porcentaje importante de la cirugía del ojo y de las hernias de la pared abdominal se realizan en régimen ambulatorio (por lo que no están contabilizadas como ingresos hospitalarios), que se muestra como una alternativa segura en el tratamiento de muchas patologías quirúrgicas del paciente anciano. (12)

Las caídas constituyen la principal causa de accidentes mortales y no mortales entre los ancianos en los países desarrollados. La proporción de caídas que provocan fracturas es baja, pero el número absoluto de ancianos que sufren fracturas es elevado, ocasionando una gran demanda asistencial. Las fracturas de cadera, con incidencia creciente (por lo que se prevé un incremento importante de las mismas en un futuro), son más frecuentes en las mujeres y ocasionan una elevada morbilidad. Su etiología es multifactorial, aunque dos son los factores principales: las caídas y la debilidad ósea. En su prevención, junto a la prevención de los accidentes, el arma eficaz es evitar la aparición de osteoporosis (dieta, ejercicio físico, control de los factores de riesgo) o el tratamiento de la misma una vez que esta aparece. (13, 14)

En Perú (15) el perfil epidemiológico del servicio de hospitalización de EsSalud del año 2003 reportado en el estudio INTRA II, muestra también en

primer lugar las causas infecciosas. La causa de hospitalización de pacientes adultos mayores de 65 a más años fue la Neumonía (5.08%), mientras que la diabetes mellitus y otras enfermedades isquémicas cardíacas muestran frecuencias menores (2.54% y 2.14%, respectivamente). Es importante recalcar que también se encuentran como causas de morbilidad en los adultos mayores la colelitiasis y la colecistitis, además de la hiperplasia de próstata, causas no encontradas en este estudio por pertenecer al servicio de cirugía. Entre las causas de mortalidad en los adultos mayores destacan la neumonía, las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades isquémicas del corazón y van aumentando progresivamente las neoplasias y la diabetes mellitus.

Como hemos observado, las patologías que presentan los adultos mayores en diferentes países es parecida, varían obviamente en la prevalencia sin embargo observamos una tendencia marcada.

2.5 Mortalidad en el adulto mayor

La mortalidad en adultos mayores, como es lógico, va en relación con sus causas de morbilidad, en este grupo poblacional las enfermedades por lo general terminan cobrando la vida.

Según la Organización Panamericana de la Salud (16) las enfermedades isquémicas del corazón constituyen las principales causas de mortalidad en la población adulta mayor, secundadas por las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, la diabetes mellitus y las neoplasias malignas de tráquea, bronquio y pulmón. Estas cinco enfermedades crónicas no transmisibles causaron en el 2008, del 40% de las muertes ocurridas a partir de los 60 años.

Este patrón causal varía al analizar las defunciones según grupos etarios. Entre los adultos mayores más jóvenes (60-69 años), la diabetes mellitus

desplaza a las enfermedades cerebrovasculares, situándose en la segunda posición. En estas edades, las proporciones de muertes por cirrosis y otras enfermedades del hígado y neoplasias malignas de tráquea, bronquio y pulmón, superan a las muertes por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. Las neoplasias malignas ocupan la novena posición entre las primeras veinte causas en este grupo de edad, y la única enfermedad transmisible que se sitúa entre las diez primeras es la influenza y la neumonía. (16)

Con el avance de la edad, la diabetes se mantiene entre las diez primeras causas de muerte, aunque es relegada a la cuarta posición entre los octogenarios y a la séptima después de los 90 años, mientras que las enfermedades cerebrovasculares pasan a la segunda posición a partir de los 70 años. La proporción de muertes por enfermedades neoplásicas va disminuyendo en la medida que avanza la edad, sin embargo, causas transmisibles como la influenza y la neumonía ganan importancia, llegando a la tercera posición a partir de los 80 años. Dicha afección provoca alrededor del 3% de las muertes entre los 60 y 69 años, y cerca del 9% en la novena década de vida. En esta etapa, la desnutrición y anemias nutricionales también adquieren relevancia al subir a la décima posición entre las causas de muerte. Asciende también en su contribución a la mortalidad, con el avance de la edad, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. En los septuagenarios esta causa de muerte aparece como la número diecinueve y pasa a la novena posición a partir de los 80 años. (16)

A nivel nacional, la Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento en el Ecuador (SABE 2009) (17) estimó que los accidentes de tránsito en el sexo masculino y la diabetes mellitus en el sexo femenino fueron las principales causas de mortalidad en el 2009, en ambos grupos las enfermedades cerebrovasculares ocupan el segundo lugar.

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Caracterizar la de morbi-mortalidad en la población adulta mayor hospitalizada en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca en el periodo 2009-2013.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar la población hospitalizada adulta mayor según edad, sexo, nivel de escolaridad, estado civil y departamento del Hospital en el cual ingreso.
- Conocer la estancia hospitalaria y la condición de egreso de la población.
- Conocer la tasa de egresos de adultos mayores por millón de habitantes y según año de egreso.
- Determinar la mortalidad y sus causas en los pacientes adultos mayores.
- Determinar las 10 primeras causas de egreso y agruparlos según sistema del cuerpo afectado.

CAPITULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Se trató de un estudio descriptivo, retrospectivo llevado a cabo mediante la revisión de las Historias Clínicas de pacientes adultos mayores hospitalizados por cualquier causa dentro del periodo de estudio

4.2 Universo

Todas las historias clínicas de los pacientes de los servicios de medicina interna, emergencia y cirugía del hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca que tuvieron 65 años o más y que fueron hospitalizados en el periodo de estudio.

4.3 Criterios de inclusión

Todas las historias clínicas de pacientes adultos mayores hospitalizados en el periodo de estudio.

4.4 Criterios de exclusión

Historias clínicas incompletas

4.5 Operacionalización de variables (Ver anexo 9.2)

4.6 Métodos, técnicas e instrumentos

Mediante la revisión de historias clínicas, siendo estas registradas en formularios por medio del método de observación directa.

- Revisión de los concentrados mensuales del departamento de estadística del HVCM para identificar los pacientes adultos mayores hospitalizados durante el periodo 2009-2013.
- Revisión de las historias clínicas de pacientes adultos mayores durante el periodo 2009 - 2013
- Recolección de la información en un formulario previamente elaborado de las historias clínicas.

4.7 Implicaciones éticas

Los datos fueron manejados única y exclusivamente para procesos investigativos, y únicamente por los autores. El estudio de ninguna forma comprometió la seguridad de los pacientes. Al tratarse de un estudio que no involucraba la interacción directa con los pacientes no fue necesaria la elaboración de consentimiento informado.

4.8 Plan de análisis

Los datos recogidos fueron digitalizados en una base de datos en el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows, a partir de ésta se generaron tablas de distribuciones para todas las variables, además se obtuvieron estadísticos de dispersión y de ubicación según la variable, además de frecuencias relativas y porcentajes.

CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1 Cumplimiento del estudio

Tras la revisión de los concentrados mensuales del Departamento de Estadística del HVCN se identificaron 653 casos de adultos mayores ingresados en el periodo de estudio (2009-2013); las historias clínicas se encontraron completas en lo que respecta a los datos en evaluación y los resultados de esta investigación se presentan a continuación:

5.2 Características demográficas

Tabla 1: Distribución de 653 adultos mayores hospitalizados según edad, sexo, escolaridad y estado civil, Cuenca 2014.

Característica		n=653	%=100
Edad	65-75 años	312	47,8
	76 - 85 años	238	36,4
	Mayor a 85 años	103	15,8
Sexo	FEMENINO	359	55,0
	MASCULINO	294	45,0
Nivel de escolaridad	PRIMARIA	354	54,2
	NINGUNA	277	42,4
	SECUNDARIA	22	3,4
Estado civil	CASADO	354	54,2
	SOLTERO	149	22,8
	VIUDO	111	17,0
	UNIÓN LIBRE	21	3,2
	DIVORCIADO	18	2,8

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

Tras revisar las historias clínicas de los pacientes adultos mayores, se halló una media de edad de 77,08 años con una desviación estándar de 8,10 años; siendo el sexo más frecuente el femenino con el 55% además el

54,2% de los adultos mayores presentaron un nivel de escolaridad primaria y en el 54,2% de los casos fueron casados.

5.3 Incidencia de egresos

Tabla 2: Distribución de 653 adultos mayores hospitalizados según egresos por millón de habitantes según año, Cuenca 2014.

Año	Egresos	Porcentaje	Tasa por millón/hb*
2009	144	22,1	202,2
2010	138	21,1	193,8
2011	130	19,9	182,6
2012	107	16,4	150,3
2013	134	20,5	188,2

Tasa por millón de habitantes calculada en base a la población del Azuay según el Censo de Población y Vivienda 2010 (712127 habitantes).

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

La distribución de los egresos en la población adulta mayor fue estable, con una tasa de ingresos mayor en el año 2009 (202 egresos por millón de habitantes) y la menor registrada en el año 2012 con 150 egresos por millón de habitantes.

5.4 Departamento

Tabla 3: Distribución de 653 adultos mayores hospitalizados según departamento médico de egreso, Cuenca 2014

Característica		n=653	%=100
Departamento	CIRUGÍA	283	43,3
	CLÍNICA	264	40,4
	EMERGENCIA	106	16,2

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

El departamento que más adultos mayores agrupo fue cirugía con el 43,3% segundo muy de cerca porcentualmente por Clínica y en tercer lugar Emergencia.

5.5 Diagnostico de egreso

Tabla 4: Distribución de 653 adultos mayores hospitalizados según diagnóstico de egreso, Cuenca 2014

Diagnostico	n=653	%=100
ABDOMEN AGUDO	105	16,1
HERNIA INGUINAL	38	5,8
HPB	30	4,6
NAC	26	4,0
ECV ISQUÉMICO	25	3,8
ICC	24	3,7
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	22	3,4
DMT2	21	3,2
EPOC	16	2,5
FRACTURA DE FÉMUR	15	2,3
Otros	331	50,7

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

Se detectaron 157 diagnósticos diferentes de egresos, sin embargo se colocan en la tabla 4 los 10 principales, el abdomen agudo agrupa el 16,1% del total con 105 casos, además se observa que entre los 10 diagnósticos principales agrupan el 49,3% del total (porcentaje acumulado). Al analizar por separado los diagnósticos de abdomen agudo (105 casos) el 21,9% fue por colecistolitiasis, el 13,3% por apendicitis aguda, 11,4% abdomen agudo no especificado, el 8,76% por pancreatitis aguda grave y con un 6,7% cada una: abdomen agudo obstructivo y sub oclusivo siendo las principales causas de abdomen agudo.

5.6 Días de hospitalización

Tabla 5: Distribución de 653 adultos mayores hospitalizados según días de hospitalización, Cuenca 2014

Días de hospitalización	n=653	%=100
<= 3 días	197	30,2
4 - 6 días	248	38,0
Mayor a 6 días	208	31,8

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

La media de días de hospitalización se ubicó en 6 días con un desvío estándar de 4,29 días; se puede observar que las diferencias porcentuales entre las distintas clases creadas para tabular esta variable no son extensas, el 38% de la población adulta mayor presento estadías hospitalarias entre los 4-6 días.

5.7 Condición de egreso

Tabla 6: Distribución de 653 adultos mayores hospitalizados según condición de egreso, Cuenca 2014

Condición de egreso	n=653	%=100
MEJORADO	518	79,3
CURADO	55	8,4
EN IGUALES CONDICIONES	48	7,4
MUERTO	17	2,6
EMPEORADO	15	2,3

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

La mortalidad en pacientes adultos mayores se ubicó en 2,6% (17 casos), en el 79,3% de los casos las condiciones fueron mejoradas según los registros de egreso de esta población. Del total de fallecidos (17 casos): 14 casos (82,35%) fallecieron pasadas las 24 horas de hospitalización y 3 casos 8 (17,64%) en las primeras 24 horas.

5.8 Causa de muerte

Tabla 7: Distribución de 17 adultos mayores hospitalizados según causa de muerte, Cuenca 2014

Causa de muerte	Frecuencia	Porcentaje
Paro cardio respiratorio	10	58,8
Sepsis	4	23,5
Shock hipovolémico	2	11,8
Broncoespasmo severo	1	5,9

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

*17 fueron los casos de muerte encontrados dentro de la muestra total

Según los registros en las historias clínicas, el 58,8% de la población falleció tras presentar un paro cardio respiratorio mientras que la sepsis es la segunda causa de muerte más representativa.

5.9 Egresos según sistema afectado

Tabla 8: Distribución de 653 adultos mayores hospitalizados según sistema afectado, Cuenca 2014

Sistema	n=653	%=100
GASTROINTESTINAL	183	28,0
URINARIO	99	15,2
NERVIOSO	94	14,4
RESPIRATORIO	72	11,0
OSTEO MUSCULAR	62	9,5
CARDIOVASCULAR	59	9,0
METABÓLICO	52	8,0
PIEL	19	2,9
HEMATOPOYÉTICO	10	1,5
MENTAL	2	,3
REPRODUCTIVO	1	,2

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

Tras realizar la agrupación de los diagnósticos de egresos primarios según el sistema afectado, el sistema gastrointestinal fue el de mayor prevalencia con el 28% de los diagnósticos; el sistema urinario con el 15,2% resulto ser el segundo en frecuencia muy de cerca porcentualmente seguido por el sistema respiratorio que agrupó el 14,4% de los diagnósticos. Entre estos 3 sistemas abarcan más del 50% del total de diagnósticos de egreso de los pacientes los demás sistemas presentaron afectaciones menores porcentualmente que pueden ser evidenciados en la tabla 8.

5.10 Caracterización de los 10 principales egresos según edad

Tabla 9: Distribución de 322 adultos mayores hospitalizados según condición de egreso y edad, Cuenca 2014

Diagnostico	Edad					
	65-75 años		76-85 años		Mayor a 85 años	
	n	%	n	%	n	%
ABDOMEN AGUDO	56	53,3	37	35,2	12	11,4
HERNIA INGUINAL	22	45,5	13	34,2	3	7,9
HPB	20	66,7	10	33,3	0	0
NAC	10	38,5	14	53,8	2	7,7
ECV ISQUÉMICO	9	36	13	52	3	12
ICC	5	20,8	17	70,8	2	8,3
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	10	45,5	5	22,7	7	31,8
DMT2	13	61,9	5	23,8	3	14,3
EPOC	7	43,8	6	37,5	3	18,8
FRACTURA DE FÉMUR	4	26,7	5	33,3	6	40

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

*La población incluye las diez primeras causas de egresos

El diagnóstico de abdomen agudo fue el más frecuente y dentro de éste fueron los adultos mayores entre los 65-75 años los más afectados con el 53,3%; en todos los diagnósticos se observa que a medida que aumenta la edad disminuye la presentación de las patologías, esto se hace más evidente en los adultos mayores con diagnóstico de HPB donde la frecuencia de presentación disminuye conforme aumenta la edad hasta llegar a ser nula en los pacientes mayores de 85 años. Contrario a esta situación en las fracturas de fémur el porcentaje de esta patología aumenta según lo hace la edad, llegando a un 40% en pacientes de mayor edad (mayores de 85 años).

5.11 Caracterización de los 10 principales egresos según sexo

Tabla 10: Distribución de 322 adultos mayores hospitalizados según diagnóstico y sexo, Cuenca 2014

Diagnostico	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	n	%	n	%
ABDOMEN AGUDO	68	64,8	37	35,2
HERNIA INGUINAL	12	31,6	26	68,4
HPB	0	0	30	100
NAC	14	53,8	12	46,2
ECV ISQUÉMICO	17	68	8	32
ICC	14	58,3	10	41,7
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	10	80	3	20
DMT2	14	66,7	7	33,3
EPOC	8	50	8	50
FRACTURA DE FÉMUR	12	80	3	20

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

*La población incluye las diez primeras causas de egresos

El diagnóstico de abdomen agudo fue mayor en el sexo masculino que el femenino (64,8% versus 35,2% respectivamente); otra diferencia porcentual importante fue en el diagnóstico de hernia inguinal con favor hacia los hombre con un 68,4%; otra diferencia porcentual importante fue en los diagnósticos de hemorragia digestiva alta y en fractura de fémur en ambos casos las mujeres fueron las más afectadas con el 80% de los casos de estas patologías.

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

Según el INEC (18) en base al Censo Nacional de Población y Vivienda 2010; estima que a nivel de país habitan 940905 adultos mayores lo que corresponde a un 6,5% del total de la población; mientras que en la Provincia del Azuay representan 55835 adultos mayores; esta población sin lugar a dudas tiene su espacio para nada pequeño en el perfil epidemiológico de nuestro país y provincia, además por la propia biología de su edad generan mayor número de ingresos/egresos hospitalarios; como lo menciona Tello y colaboradores (19) la demanda de hospitalización de la población adulta mayor es entre un 30-35%, este dato fue registrado en Perú, sin embargo nos sirve para darnos una idea de la magnitud del problema.

En nuestro estudio, se encontró que el principal diagnóstico fue abdomen agudo con el 16,1% (105 casos) y dentro de este diagnóstico el 21,9% fue por colecistolitiasis; al respecto se menciona que el abdomen agudo en adultos mayores por lo general presenta un cuadro no típico; y en relación a colecistolitiasis las mujeres con las más afectadas esto en relación nuestros resultados se corroboran pues según el sexo las mujeres presentaron más frecuencia de abdomen agudo (64,8%); además mencionamos que los adultos mayores presentan mayor tasa de complicaciones por abdomen agudo que los demás grupos de edad (20).

Según edad, el diagnóstico de abdomen agudo fue más frecuente en pacientes de 65-75 años (53,3%) y va disminuyendo conforme aumenta la edad hasta localizarse la frecuencia en un 11,4% en pacientes mayores de 85 años; según Espinoza y colaboradores (21) mencionan que se ha observado que la población mayor de 65 años requiere cada vez con mayor frecuencia procedimientos quirúrgicos y por otro lado, se sabe que en ellos las presentaciones clínicas de las diferentes entidades responsables de un

abdomen agudo son atípicas, siendo muchas veces el deterioro agudo funcional o cognitivo el primer signo de un cuadro de este tipo. Ello explica, en parte, que las cifras de morbilidad y mortalidad por causas específicas de urgencia, sean más elevadas en la población mayor.

Espinoza y colaboradores (21) en un estudio que involucro 30089 pacientes adultos que acudieron al servicio de emergencia en Colombia, el 18,4% presentaron como diagnostico abdomen agudo una cifra muy cercana a la registrada en nuestra población, aunque en nuestro estudio este diagnóstico se considera el de mayor importancia.

Según Pérez y colaboradores (22) tras analizar 17524 pacientes en México de los cuales 324 fueron adultos mayores; concluyen que las causas de mayor frecuencia que causaron dolor abdominal agudo en adultos mayores fue las ocasionados por patologías de las vías biliares, seguido de un trastorno funcional digestivo con estos porcentajes: colecistitis aguda en 49 pacientes (15.1%), síndrome de intestino irritable en 42 (12.9%), síndrome ulceroso en 40 (12.3%), oclusión intestinal en 35 (10.8%) y diverticulitis 23 (10.8%). Nueve pacientes murieron (2.7%); en lo que respecta a nuestro estudio se coincide con lo encontrado por estos autores en lo referente a las vías biliares como causa de abdomen agudo, además la prevalencia de mortalidad en adultos mayores es casi la misma que la encontrada en nuestra población.

En la población adulta mayor en estudio la media de hospitalización fue 6 días con una desviación estándar de 4,29 días; en el 38% de la población permanecieron hospitalizados entre 4-6 días; este resultado se contrapone y en gran medida con lo encontrado por Tello y colaboradores (19) quienes encontraron que la estancia hospitalaria en pacientes mayores de 60 años fue de 13,63 días con una DE de 13,81 años y yendo en aumento progresivamente según el año de evaluación (2000-2008) sin embargo en nuestra población los días de hospitalización son menores.

Por sistemas afectados, en nuestro estudio se encontró que el sistema gastrointestinal fue el de mayor prevalencia con el 28% de los diagnósticos; el sistema urinario con el 15,2% resultó ser el segundo en frecuencia muy de cerca porcentualmente seguido por el sistema respiratorio que agrupó el 14,4% de los diagnósticos; contraponiéndose a lo encontrado por García y colaboradores (7) quienes mencionan que los motivos de ingreso más frecuentes son las enfermedades del aparato circulatorio (20,7%), enfermedades del sistema digestivo (18,4%) y enfermedades del aparato respiratorio (11,8%). Este orden se mantiene inalterable al considerar el número de días de hospitalización causados.

Arana y colaboradores (23) encontraron un 17,8% de mortalidad en la población adulta mayor hospitalizada, lo que representa una diferencia importante si la comparamos con nuestra tasa de mortalidad.

Según Arana y colaboradores (23) en estos tiempos la nueva preocupación es la transición epidemiológica, la población nacional envejece y esto ha traído y continuará trayendo múltiples y considerables consecuencias en los sistemas de salud. Las características de la población actual explicarían los patrones de morbilidad y mortalidad que pudieran presentarse, para ello son necesarios contar con estudios descriptivos para conocer dichas características en la población adulta mayor para tener en conocimiento sus necesidades en temas de salud.

Esto se ha cumplido con nuestra investigación, donde se ha descrito la morbilidad en la población adulta mayor con el afán de presentar estos datos para un mejoramiento en los servicios de salud del HVCM destinados a la atención cada vez mayor de los adultos mayores.

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

- Durante el periodo de estudio de este trabajo de investigación 2009-2013 se revisaron 653 historias clínicas de pacientes adultos mayores; encontrando una media de edad de 77,08 años con una desviación estándar de 8,10 años; y en el 55% de los casos de sexo femenino, además el 54,2% de los adultos mayores presentaron un nivel de escolaridad primaria y en el 54,2% de los casos fueron casados.
- La mayor tasa de egresos hospitalarios se dio en el año 2009 con 202,2 habitantes/millón de habitantes.
- La mayoría de pacientes, es decir el 43,3% ingreso en el área de Cirugía y el 16,2% en Emergencia.
- Las patologías agrupadas en el diagnostico Abdomen agudo fueron las más frecuentes con el 16,1% de los egresos registrados en todo el periodo de estudio seguido de Hernia inguinal con el 5,8%; entre las 10 primeras causas de egreso abarcan según porcentaje acumulado el 49,3% de los egresos, en total se registraron 157 diagnósticos diferentes.
- El 38% de la población permaneció hospitalizada entre 4 y 6 días, la mortalidad se ubicó en 2,6% y el paro cardio respiratorio fue la principal causa con el 58,8% de las muertes.
- Los diagnósticos de egreso no tienen relación ni con la edad tampoco con el sexo ($p>0,05$).

7.2 RECOMENDACIONES

- Plantear nuevas investigaciones sobre la temática de adultos mayores hospitalizados en nuestra población, de esta manera el estudio de este grupo vulnerable se lo podrá realizar desde distintas aristas para su mejor entendimiento e intervención de ser necesario.
- En la mayoría de los casos como se ha revisado los procesos que llevaron a un ingreso hospitalario fueron quirúrgicos, se recomienda fortalecer estas áreas en beneficio de los adultos mayores que cada día presentan mayor población y por ende mayor uso de los servicios de salud.

CAPITULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guillen F. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2da Ed. Barcelona,. Ed. Masson; 2008. p. 3
2. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES. Ecuador hoy y en el 2025: Apuntes sobre la evolución demográfica. Diciembre 2008. Disponible en:
http://www.sni.gob.ec/c/document_library/get_file?uuid=1455e34f-091c-452b-84c4-9b033f9a1f8c&groupId=10156
3. Cabrera, E. Principales causas de morbilidad en una población de adultos mayores. Área de Salud de Capdevila. Rev haban cienc méd La Habana Vol. VII No.2 abr-jun. 2008. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/rhab/rhcm_vol_7num_2/rhcm08208.htm
4. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INEC. Perfil Epidemiológico en el Adulto Mayor Ecuatoriano. Año 2006. Análisis de Estadísticas Socio demográficas. Disponible en:
[http:// www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_remository](http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_remository).
5. Herrera A. Psicogeriatría y envejecimiento. Psicogeriatría: Vejez y envejecimiento. Universidad de Chile. 2009. Disponible en: https://www.ucursos.cl/medicina/2008/1/MPSIQUI5/2/material_docente/previsualizar?id_material=157478
6. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública?. Temas de Salud. 2011. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>
7. García Ortega C., Almenara Barrios J., González Caballero J. L., Peralta Sáenz J. L.. Morbilidad hospitalaria aguda de las personas mayores de Andalucía. An. Med. Interna (Madrid) [revista en la Internet]. 2005 Ene [citado 2012 Dic 03] ; 22(1): 4-8. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992005000100002&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4321/S0212-7199200500010000>

8. Rojas, D. Morbilidad y mortalidad del adulto mayor en un servicio de medicina de un hospital general del Perú. Escuela de Medicina Humana de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos(UNMSM). 2010. Disponible en:
http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2010_V14_N02/AO2_Vol14_No2_2010.html
9. Krumholz HM. Cardiopatía isquémica en el anciano. Conferencia Especial del XXXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cardiología. Rev Esp Cardiol 2001; 54: 819-826
10. Ferreira Montero IJ. Insuficiencia cardiaca: mayor morbilidad, menor mortalidad. ¿Vamos por el buen camino? Rev Esp Cardiol 2000; 53: 767-769. Disponible en:
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MEDLINE&exprSearch=10944966&indexSearch=UI&lang=e>
11. Salleras L, Urbiztondo L, Fernández N, Comín E, Sánchez F, Batalla J et al. Vacunación antineumocócica en las personas mayores. Med Clin (Barc) 2001; 116 (Supl. 1): 18-23. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131-57682003000400010&script=sci_arttext
12. Fernández Torres B, García Ortega C, Márquez Espinós C, Fontán Atalaya M. Caracterización de la cirugía mayor ambulatoria en un hospital general básico. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 71-80. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57271999000100008&script=sci_arttext
13. Cabasés Hita JM, Carmona López G, Hernández Vecino R. Incidencia, riesgo y evolución de las fracturas osteoporóticas de cuello de fémur en las mujeres en España, a partir de un modelo de Markov. Med Clin (Barc) 2000; 114 (Supl. 2): 63-67. Disponible en
<http://ideas.repec.org/p/nav/ecupna/9814.html>
14. Albert V, Maestro ME, Martínez JA, Monge V. Factores relacionados con la accidentabilidad en personas mayores de 65 años en la provincia de Guadalajara. Gac Sanit 2000; 14: 346-347. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/138/138v14n5a10017939pdf001.pdf>

15. Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento; 8 al 12 de abril, 2002; Madrid. Nueva York: Naciones Unidas; 2002

16. Organización Panamericana de la Salud. Base de datos Regional de Mortalidad. Observatorio Regional de Salud. OPS. 2010. Disponible en: <http://www.mayoressaludables.org/focos/principales-cause-de-muerte-en-adultos-mayores-de-america>

17. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INEC. Salud, Bienestar y envejecimiento. 2009. Disponible en:

http://www.elcomercio.com/sociedad/tercera_edad-adulto_mayor-INEC-envejecimiento_ECMFIL20110729_0005.pdf

18. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INEC. Censo de Población y Vivienda 2010. REDATAM. Disponible en:

<http://redatam.inec.gob.ec/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010&MAIN=WebServerMain.inl>

19. Tello T, Varela L, Ortiz J, et al. Estancia hospitalaria y mortalidad en adultos mayores hospitalizados en un hospital general de Lima Metropolitana, 1997-2008. Rev Med Hered v.22 n.1 Lima ene. 2011. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000100005

20. Muñoz M, Muñoz L, López C, et al. Abdomen agudo en el paciente geriátrico. ev Hosp Jua Mex 2007; 74(3):174-185. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2007/ju073j.pdf>

21. Espinoza R, Balbontin P, Feuerhake S, et al. Abdomen agudo en el adulto mayor

Rev Méd Chile 2004; 132: 1505-1512. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004001200008&script=sci_arttext

22. Pérez J, Teuffer L, Díaz E, et al. Dolor abdominal agudo en pacientes geriátricos evaluados en el servicio de urgencias en un hospital de tercer

- nivel. Rev Gastroenterol Mex. 2010;75:261-6 - Vol. 75 Núm.03. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/dolor-abdominal-agudo-pacientes-geriatricos/articulo/13156061/>
23. Arana C, Michue S, Ortiz p, et al. Morbimortalidad en pacientes octogenarios hospitalizados en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Revista Diagnóstico. Volumen 49, Numero 1 Enero-Marzo 2010. Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2010/ene-mar/18-24.html>
24. Rodríguez A, Álvarez L. Repercusiones del envejecimiento de la población cubana en el sector salud. Rev. Cuba salud pública. 2006; 32(2):178-82.
25. Rodríguez L, Martínez L, Pría M et al. Prevalencia referida de enfermedades no transmisibles en adultos mayores: Ciudad de La Habana, 2000. Rev Cub Higien Epidemiol [Internet]. 2004; 42(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032004000100006&lng=es
26. I Foro Nacional sobre enseñanza de geriatría y gerontología en el Perú [Internet]. Ministerio de Salud. 2005. Disponible en: http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Primer_Foro_Educacion_Geriatria_y_Gerontologia_en_Peru.pdf
27. Amaral, A. Perfil de morbilidad e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. Cad. Saúde Pública [online]. 2004, vol.20, n.6 ISSN 0102-311X.
28. Rocha, J. Morbilidad e mortalidade hospitalar em Ribeirão Preto, SP (Brasil), 1972. Rev. Saúde Pública [online]. 1977, vol.11, n.2 ISSN 0034-8910.
29. KuriP. Salud de la población adulta mayor: perfil epidemiológico. Secretaría de Salud. 2012. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/02_per__epi_env.pdf
30. Cares V, Domínguez C, Fernández J, et al. Evolución de la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en la unidad geriátrica de agudos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Rev. méd. Chile vol.141 no.4 Santiago abr. 2013. Disponible en:



http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013000400001&script=sci_arttext

31. Espinosa H. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en pacientes adultos mayores hospitalizados en el Departamento de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2013. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Posgrado de Medicina Interna. 2014. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5210/1/MEDMI21.pdf>



CAPITULO IX

9. ANEXOS

Anexo 1. Formulario de recolección de datos

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**“CARACTERIZACIÓN DE LA MORBI-MORTALIDAD EN ADULTOS
MAYORES HOSPITALIZADOS. HOSPITAL VICENTE CORRAL
MOSCOSO. 2009-2013”**

Formulario N° _____

Numero de Historia clínica _____

Fecha de hospitalización _____

Año Mes día

Edad en años _____

Sexo 1 Masculino ☐

2 Femenino ☐

Escolaridad 1 Ninguna ☐

2 Primaria ☐

3 Secundaria ☐

4 Superior ☐

Estado civil 1 Soltero ☐

2 Casado ☐

3 Unión libre ☐

4 Viudo ☐

5 Divorciado ☐

6 No consta ☐

Diagnóstico de egreso 1. _____



Diagnóstico de egreso 2. _____

Diagnóstico de egreso 3. _____

Días de hospitalización _____

Condición de egreso

Vivo

1 Curado ☐

2 Mejorado ☐

3 En iguales condiciones ☐

4 Empeorado ☐

Muerto 5 < 24 H ☐

6 > 24 H ☐

Causa de muerte 1. _____

Causa de muerte 2. _____

Causa de muerte 3. _____

9.2 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento hasta la fecha.	Años cumplidos	65-75 años 76-85 años > 85 años
Sexo	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos dando por resultado la especialización de organismos en variedades masculina y femenina	Tipo de sexo	Masculino Femenino
Nivel de instrucción	Nivel educativo	Nivel de instrucción cursado	Ninguna Primaria Secundaria Superior
Estado civil	Grado de vínculo entre dos personas determinado por ley	Estado civil establecido en su documento de identificación.	Soltero Casado Viudo Unión libre Divorciado No consta
Diagnóstico de egreso	Diagnóstico con el cual el paciente fue dado de alta o falleció.	Tipo de patología	Nominal
Tiempo de estancia hospitalaria	Periodo de tiempo comprendido entre el ingreso hospitalario y el alta	Tiempo en días	1-3 días 4-6 días > 6 días
Sistema del cuerpo afectado	Grupo coordinado de órganos corporales con una misma función que se vio afectado.	Tipo de órgano afecto según diagnóstico de egreso en la historia clínica.	Muscular Óseo Respiratorio Digestivo Urinario Circulatorio Endocrino Nervioso Reproductor Linfático Inmunológico



Condición de egreso.	Estado en el cual el paciente es dado de alta del Servicio.	Tipo de condición.	Vivo a. Curado b. Mejorado c. En iguales condiciones d. Empeorado Muerto
Causa de muerte	Motivo atribuido al fallecimiento del paciente.	Tipo de causa según la autopsia médico-legal	Nominal.