

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

TITULO:

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y COMORBILIDAD EN PACIENTES  
GERIÁTRICOS QUE INGRESAN A HOSPITALIZACIÓN EN HECMNSXXI VÍA  
ADMISIÓN CONTINUA**

TESIS QUE PRESENTA:

**DR. JOSÉ LUIS LÓPEZ CAMPOS  
Y DRA. LUCERO KAZUE KAMEYAMA FERNÁNDEZ**

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA

ASESOR:

**DRA. ELSA ABURTO MEJIA**

MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**DRA. LEONOR ADRIANA BARILE FABRIS**

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE  
ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

**DR. JOSÉ HALABE CHEREM**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE LA  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE  
ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

**DRA. ELSA ABURTO MEJIA**

ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA  
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE  
ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres que me han conducido con amor y paciencia. Hoy ven forjado, un anhelo, una ilusión y un deseo. Gracias por enseñarme lo que han recogido a su paso por la vida, por la libertad de elegir mi futuro, por brindarme con las manos abiertas su apoyo y confianza en mi preparación por compartir mis horas grises, mis momentos felices, ambiciones, sueños e inquietudes. A Gaby por el apoyo incondicional, comprensión y paciencia en todo momento. Que dios los bendiga y los guarde siempre.

José Luis

A mi familia con mucho cariño y amor: mis padres Luis y Leonor, a mi hermana Yukimi y mi esposo Sergio, por su paciencia y apoyo incondicional. Gracias por los innumerables consejos, los cuales han sido mi guía en éste camino. Continuare con responsabilidad en el futuro.

Lucero Kazue

## INDICE

	Páginas
I. RESUMEN	5
II. INTRODUCCION	6
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
IV. JUSTIFICACIÓN	9
V. HIPÓTESIS	9
VI. OBJETIVOS	10
VII. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	10
VIII. VARIABLES DE ESTUDIO	11
IX. CONSIDERACIONES ETICAS	16
X. RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS	16
XI. MATERIAL Y METODOS	17
XII. ANALISIS ESTADISTICO	17
XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	18
XIV. RESULTADOS	19
XV. DISCUSION	25
XVI. CONCLUSIONES	28
XVII. ANEXOS: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.	29
XVIII. REFERENCIAS BILIOGRAFICAS.	31

## RESUMEN

**Antecedentes.-** Actualmente un fenómeno demográfico muy importante es el rápido envejecimiento de la población, que tiene un creciente y profundo impacto en todos los ámbitos de la sociedad.

**Objetivo.-** Describir los factores demográficos, el índice geriátrico de comorbilidad y el índice de Katz que presentan los pacientes mayores de 65 años que ingresan a hospitalización vía Admisión Continua de HECMNSXXI.

**Material y métodos.-** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal. La muestra se obtuvo de los pacientes que acudieron a solicitar consulta en forma consecutiva al servicio de Admisión Continua, en días y horas aleatorias, y que además fueron hospitalizados. Durante el periodo de noviembre de 2005 a febrero de 2006.

**Resultados.-** El promedio de edad de los pacientes fue de 75 años, el 65% de los pacientes fueron de sexo femenino. Escolaridad primaria predominó con el 48%. Estado civil predominó casado en el 51%. El 92% de los pacientes viven en compañía de su familia. En cuanto a la comorbilidad predominó 1 a 3 enfermedades asociadas en el 75%. El índice geriátrico de comorbilidad en su mayoría fue clase II (65%). Finalmente el índice de Katz en estos pacientes tuvo un predominio de clase 0 en el 53%.

**Conclusiones.-** En el presente estudio encontramos congruencia en los resultados, en relación a los datos demográficos y de comorbilidad de la

población en general y también en relación a los pacientes que se atienden en el IMSS.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el fenómeno demográfico más importante es el rápido envejecimiento de la población <sup>1,4</sup>, que tiene un creciente y profundo impacto en todos los ámbitos de la sociedad, aunque su mayor trascendencia es en la sanidad, por su repercusión en todos los niveles asistenciales. <sup>2</sup>

Los cambios normales a causa del envejecimiento y a los problemas de salud a menudo se manifiestan como declinación en su estado funcional de los adultos mayores. Esta declinación de la clase funcional en este grupo de pacientes conlleva a mayores problemas de salud. Además de que se menciona que los adultos mayores con mayor índice de comorbilidad acuden con mayor frecuencia en búsqueda de atención por médico especialista. <sup>3</sup>

El deterioro clínico, cognoscitivo y las limitaciones sensoriales no son consecuencias inevitables de la edad. Actualmente el 20% <sup>4</sup> de los adultos mayores cuentan con limitaciones, 7% a 8% <sup>5</sup> tienen un severo daño cognoscitivo, 20% padecen limitación en la visión y 33% <sup>6</sup> presentan alteraciones en la audición. Las personas de nivel socioeconómico bajo son en especial un grupo vulnerable. <sup>7</sup>

Aunque la evidencia tiene algunos datos contradictorios, varias publicaciones sugieren que la invalidez, el deterioro cognoscitivo y las limitaciones físicas desencadenan en el deterioro del paciente, lo cual se traduce en mayor número de hospitalizaciones en este grupo de pacientes.

La comorbilidad es definida como el número de enfermedades crónicas reportadas. Usando esta definición se ha encontrado una fuerte asociación con todos los tipos de resultados en salud como limitación de la movilidad, autopercepción de salud y mortalidad<sup>7</sup>. Un aspecto importante a considerar es que la presencia de comorbilidad, o lo que es lo mismo la presencia de múltiples condiciones patológicas en el mismo paciente tienen un efecto negativo en el estado de salud, así como en la función cognitiva y física, que va más allá de la suma de las enfermedades.

Es ampliamente conocido que la comorbilidad tiene un efecto negativo en el estado de salud del paciente, así como en la función física y cognitiva; además es útil para determinar el pronóstico y establecer en ciertos casos alternativas terapéuticas en los pacientes geriátricos.<sup>5,8</sup>

La comorbilidad puede medirse de acuerdo al número de enfermedades, la suma de la severidad de la enfermedad y con una calificación por medio del Índice Geriátrico de Comorbilidad (IGC) que comprende tanto el número de enfermedades como la severidad de enfermedades. El IGC se asoció con una mayor discapacidad, así como colaboro en predecir la mortalidad.<sup>8</sup>

El índice de Katz se basa en seis criterios: bañarse, vestirse, el uso de retrete, movilidad, continencia urinaria y finalmente la alimentación. Cada criterio evaluándose de acuerdo al nivel de dependencia, asignándose puntuación a la actividad en la cual es dependiente, se califica al paciente

desde independiente hasta dependencia total en las actividades de la vida diaria.<sup>9</sup>

Se ha encontrado que la presencia de varias enfermedades en un paciente o comorbilidad se asocia a un mayor riesgo de hospitalización así como un mayor costo en la atención médica. Por ejemplo los pacientes con diabetes son más propensos a tener comorbilidad cardiovascular, renal u oftálmica que pacientes sin diabetes. En un estudio realizado en 1996 en Canadá se atribuyó el 36.4% del costo de la atención médica en pacientes diabéticos a la presencia de comorbilidad mayor.<sup>10</sup>

Aunque no existe mucha bibliografía en cuanto a datos demográficos en pacientes geriátricos que ingresan a hospitalización<sup>10</sup>, consideramos que datos como estado civil, escolaridad, género entre otros pudieran tener alguna influencia en cuanto a la hospitalización de este grupo de edad. Se menciona que la mayoría de los pacientes geriátricos viven en un ambiente familiar, generalmente en su propio hogar. De cada 100 ancianos 28 viven solos o con personas que no son sus parientes; solo el 5% viven en instituciones.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuales son las características (demográficas, el índice geriátrico de comorbilidad y el índice de Katz) de los pacientes mayores de 65 años que ingresan a hospitalización, vía Admisión Continua de HECMNSXXI?

## **JUSTIFICACIÓN**

Como se menciona en los antecedentes la comorbilidad favorece un mayor índice de hospitalizaciones en los pacientes mayores de 65 años, sin embargo la población que ingresa a Hospitalización en un tercer nivel y específicamente en el Hospital de Especialidades de CMNSXXI tiene características peculiares en el mismo grupo de edad que ingresa a otros centros hospitalarios, lo cual obliga desarrollar estadísticas propias de la población que se maneja en este nosocomio, y con ello brindar las bases para análisis posteriores de costo y pronósticos. Por lo que surge la necesidad de este estudio.

## **HIPÓTESIS**

Al ser un estudio descriptivo no se requiere hipótesis.

## **OBJETIVOS**

- Describir los factores demográficos, el índice geriátrico de comorbilidad y el índice de Katz que presentan los pacientes mayores de 65 años que ingresan a hospitalización vía Admisión Continua de HECMNSXXI.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes de edad igual o mayor a 65 años que solicitan servicio en el servicio de Admisión Continua del Hospital de Especialidades CMNSXXI IMSS.
- Ambos sexos.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes que solicitaron atención en admisión Continua pero no requirieron ingreso a hospitalización.
- Pacientes a los que se les cancelo su ingreso por modificaciones en su estado clínico durante su estancia en el servicio de Admisión Continua.
- Pacientes que fallecieron durante su estancia en el servicio de admisión continua.
- Pacientes que abandonaron el servicio antes de su ingreso a hospitalización.

## VARIABLES DE ESTUDIO

- Hospitalización
  - Definición conceptual: Ingreso de un paciente a un hospital, o el periodo que pasa en el mismo.
  - Definición operacional: Asignación del paciente al área de hospitalización a cargo de un servicio tratante.
  - Unidad de medida: 0= No 1= Si.
  
- Edad
  - Definición conceptual: Duración de la existencia del individuo, medida en unidades de tiempo.
  - Definición operacional: La edad en años de acuerdo a su año de nacimiento registrado en el No. De afiliación.
  - Unidad de medida: Años cumplidos en numeras arábigos.
  
- Sexo
  - Definición conceptual: Distinción entre masculino y femenino, basado en el tipo de gametos producidos.
  - Definición operacional: Se tomara como masculino o femenino según las características fenotípicas (órganos genitales, caracteres sexuales secundarios).
  - Unidad de medición: 0 = Femenino 1 = Masculino.

- Escolaridad
  - Definición conceptual: Duración de los estudios de un individuo en un centro docente.
  - Definición operacional: Nivel máximo de estudios referido por el paciente y/o familiar
  - Unidad de medida: 0 = analfabeta 1 = primaria 2 = secundaria 3 = preparatoria 4 = profesional.
  
- Estado civil
  - Definición conceptual: Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.
  - Definición operacional: Estado civil referido por el paciente y/o familiar.
  - Unidad de medida: 0 = soltero, 1 = casado, 2 = divorciado y 3 = viudo.
  
- Convivencia
  - Definición conceptual: Es la coexistencia, vida en común.
  - Definición operacional: Referido por el paciente y/o familiar en relación a la coexistencia de familia, amigos y/o cuidadores.
  - Unidad de medida: 0 = solo, 1 = con su familia, amigos o pareja 2 = en un asilo.

- Autopercepción
  - Definición conceptual: Fenómeno psicológico por el que se adquiere conciencia de uno mismo.
  - Definición operacional: Estado de salud referido por el paciente.
  - Unidad de medida: 0 = muy bueno, 1 = bueno, 2 = regular, 3 = malo o 4 = muy malo.
  
- Comorbilidad: la presencia de condiciones patológicas múltiples en el mismo paciente, que tienen un efecto negativo en el estado de salud, así como función cognitiva y física.
  
- Índice Geriátrico de Comorbilidad: índice que mide la comorbilidad de acuerdo al número y severidad de las enfermedades, otorgando una puntuación. Se ha encontrado una asociación independiente con discapacidad y es el mejor predictor de mortalidad. Clasifica a los pacientes en cuatro clases de mayor comorbilidad. Se basa en dos apartados: 1) número de enfermedades y 2) la severidad de las enfermedades medidas por medio del Índice de Severidad de Enfermedad Individual de Greenfield (IDS).
  - Clase I: Incluye a pacientes con una o más condiciones con IDS = 1 ó menor.
  - Clase II: Incluye pacientes con una o más condiciones con IDS = 2.

- Clase III: Incluye pacientes con una condición con IDS = 3 y otras condiciones con IDS = 2 o menor.
  - Clase IV: Incluye pacientes con una o más condiciones con IDS = 3, ó una o más condiciones con IDS = 4.
- Califica a cada enfermedad en una escala de 0 – 4 puntos, en base a
- 0 = Ausencia de enfermedad.
  - 1 = Enfermedad asintomática.
  - 2 = Enfermedad sintomática que requiere medicación, pero en control satisfactorio.
  - 3 = Enfermedad sintomática descontrolada con tratamiento farmacológico.
  - 4 = Enfermedad que amenaza la vida o con la mayor severidad.
- Índice de Katz
    - Bañarse
      - Sin ayuda o sólo para lavarse alguna parte del cuerpo.
      - Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo y/o recibe ayuda para entrar y salir de la bañera.
      - Totalmente incapacitado.
    - Vestirse
      - Solo recibe ayuda para atarse los zapatos.
      - Ayuda para coger la ropa y/o vestirse.
      - Totalmente incapacitado.

- Uso del inodoro
  - Va al inodoro, se limpia y se ajusta la ropa.
  - Ayuda para acceder al inodoro, limpiarse, ajustarse la ropa y/o recibe ayuda en el uso del orinal.
  - Totalmente incapacitado.
- Trasladarse
  - Se levanta y se acuesta, se incorpora y sienta de manera independiente (con o sin el uso de auxiliares mecánicos).
  - Recibe ayuda personal o mecánica para realizar estas funciones.
  - Totalmente dependiente.
- Continencia
  - Controla completamente los esfínteres.
  - Incontinencia en la micción y/o defecación, parcial o total, o necesita control parcial o total por enema, sonda o uso de orinales.
  - Dependiente totalmente de sonda o colostomía.
- Alimentación
  - Sin ayuda.
  - Necesita ayuda para comer o necesita solo ayuda para cortar carne o untar el pan.
  - Es alimentado por sondas.

Cada criterio se evalúa de acuerdo al nivel de dependencia: si lo realiza en forma independiente, con ayuda o es dependiente, incapaz de realizar la

actividad. Se asigna un punto a cada actividad a la cual es dependiente. Se interpreta la independencia en las actividades de a vida diaria de acuerdo a una calificación del 0 al 6. Una calificación del 0 al 1 sugiere independencia en las actividades de la vida diaria. Una calificación cercana a 6 sugiere dependencia en las actividades de la vida diaria.

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

No se requiere carta de consentimiento informado por tratarse de un estudio descriptivo, sin intervención del investigador. Solo se le solicita su cooperación para realizar una entrevista al paciente y/o familiar responsable. (Anexo 1).

### **RECURSOS MATERIALES**

- Hoja de entrevista (recolección de datos), Anexo 1.
- Fotocopiadora
- Computadora personal
- Base de Datos

### **RECURSOS HUMANOS**

- Residente 4to año de Medicina Interna que presentan éste protocolo.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Se recabaron los datos en la hoja de captura (ANEXO 1) por medio de entrevista, previa información al paciente y/o familiar, a todos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión durante los meses de noviembre del 2005 a febrero del 2006. Se concentraron los datos en la base de datos SPSS versión 12 para su análisis.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se realizara análisis de estadística descriptiva de todas las variables de estudio presentándose en tablas y graficas la media, moda, mediana de cada una.

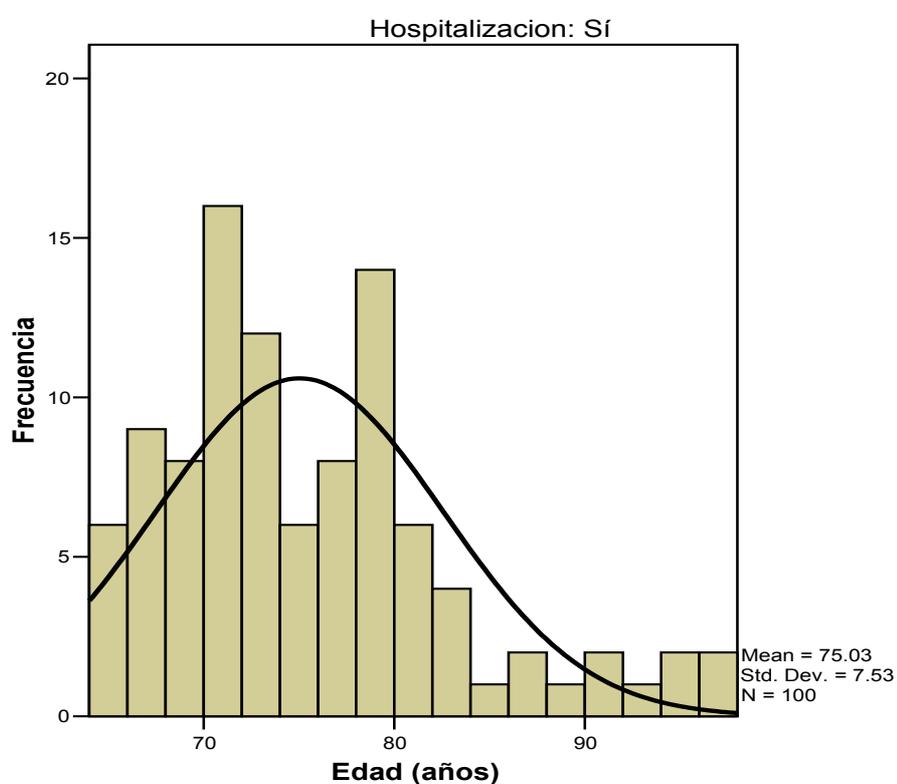
## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA	Ene-05	Feb-05	A	Oct-05	Nov-05	Dic-05	Ene-06	Feb-06	Mar-06	Abr-06	May-06	Jun-06	Jul-06	Ago-06	Sep-06	Oct-06
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA																
RECOPIACION DE INFORMACION BIBLIOGRAFICA																
DESARROLLO DE LA INVESTIGACION																
RECOLECCION DE DATOS																
CONCENTRADO																
ANALISIS DE RESULTADOS																
CONCLUSIONES																
PRESENTACION DEL TRABAJO																

## RESULTADOS

Se entrevistaron a 233 que acudieron al servicio de Admisión Continua, de los cuales solo 100 pacientes de hospitalizaron (42.9%) excluyéndose el resto. El promedio de los pacientes fueron de 75 años, con una desviación estándar de 7.53. (Gráfica 1)

Gráfica 1



De estos pacientes que requirieron Hospitalización, el 65% fueron del sexo femenino y 35% del sexo masculino. (Tabla 1)

**Tabla 1. Contingencia Sexo Hospitalización**

Recuento

		Hospitalización
Sexo	Femenino	65
	Masculino	35
Total		100

Predominaron los pacientes con escolaridad primaria (48%), y solo el 6% tuvieron escolaridad profesional. (Tabla 2)

**Tabla 2. Contingencia Escolaridad \* Hospitalización**

Recuento

		Hospitalización
Escolaridad	Analfabeta	10
	Primaria	48
	Secundaria	21
	Preparatoria	15
	Profesional	6
Total		100

El 51% de los pacientes que requirieron Hospitalización fueron casados, solo se hospitalizaron 5 pacientes solteros. (Tabla 3)

**Tabla 3. Contingencia Estado civil \* Hospitalización**

Recuento

		Hospitalización
Estado civil	Soltero	5
	Casado	51
	Divorciado	0
	Viudo	44
Total		100

La gran mayoría de los pacientes viven en familia. (Tabla 4)

**Tabla 4. Contingencia Convivencia \* Hospitalización**

Recuento		Hospitalización
Convivencia	Solo	8
	Familia	92
Total		100

En relación al Índice de Severidad de Enfermedad Individual de Greenfield, la mayoría de los pacientes se encontró con enfermedad sintomática, con medicación y en control satisfactorio, solo 8 pacientes presentaban el grado máximo de severidad. (Tabla 5)

**Tabla 5. Contingencia Índice de Severidad de Enfermedad Individual de Greenfield \* Hospitalización**

Recuento		Hospitalización
Índice de Severidad de Enfermedad Individual de Greenfield	Ausencia de Enfermedad	0
	Enf. Asintomática	4
	Enf. Sintomática, Medicación, Control Satisfactorio	65
	Enf. Sintomática, Medicación, Descontrolada,	23
	Enf. Amenaza la Vida o Mayor Severidad	8
Total		100

Predominó la comorbilidad de 1 – 3 enfermedades asociadas, siendo el 75% de los casos. Solo un paciente tenía 7 enfermedades asociadas. (Tabla 6)

**Tabla 6. Contingencia Número de Enfermedades Asociadas \* Hospitalización**

Recuento		Hospitalización
Número de Enfermedades Asociadas	0	1
	1 - 3	75
	4 - 6	23
	7	1
Total		100

El 65% de los pacientes se encontraban en clase II del IGC. Encontrándose correlación estadísticamente significativa entre el IGC y Hospitalización, siendo de 0.168 con p 0.05. (Tabla 7 y 8)

**Tabla 7. Contingencia Índice Geriátrico de Comorbilidad \* Hospitalización**

Recuento		Hospitalización
Índice Geriátrico de Comorbilidad	Clase I	4
	Clase II	65
	Clase III	23
	Clase IV	8
Total		100

**Tabla 8. Correlaciones**

		Hospitalización	Índice Geriátrico de Comorbilidad
Hospitalización	Correlación de Pearson	1	.168(*)
	Sig. (bilateral)		.010
	N	233	233
Índice Geriátrico de Comorbilidad	Correlación de Pearson	.168(*)	1
	Sig. (bilateral)	.010	
	N	233	233

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En cuanto a la autopercepción del Estado de Salud se encontró que el 47% lo referían como bueno, 7 lo referían como muy bueno y sin embargo fueron hospitalizados. (Tabla 9)

**Tabla 9. Contingencia Autopercepción del Estado de salud \* Hospitalización**

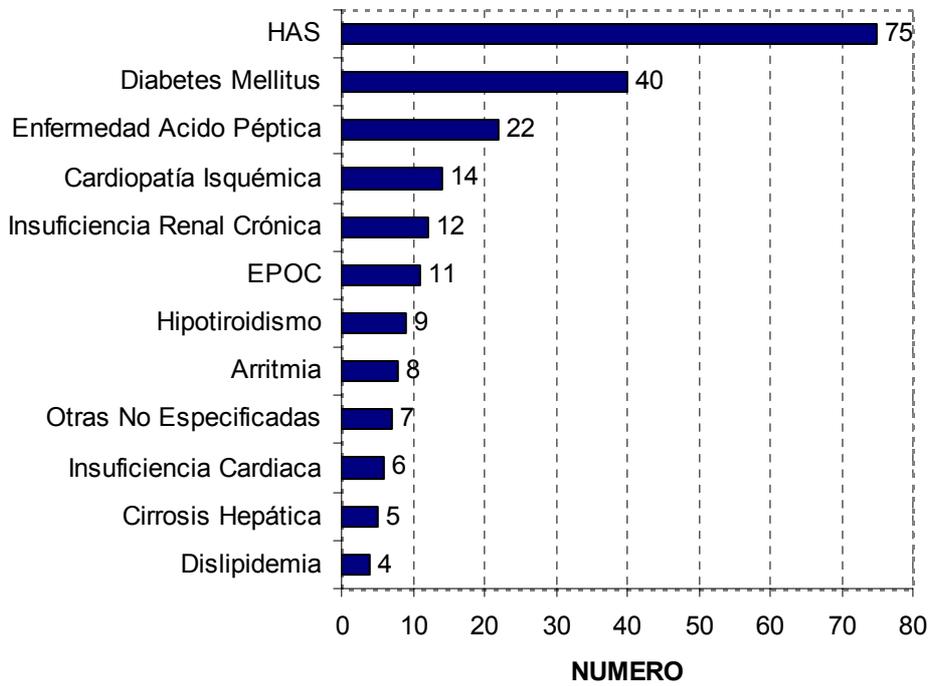
Recuento		Hospitalización
Autopercepción del Estado de salud	Muy Bueno	7
	Bueno	47
	Regular	21
	Malo	24
	Muy Malo	1
Total		100

Se observa en la mayoría de los pacientes (53%) Índice de Katz de 0, lo cual habla de la independencia de los pacientes en relación a las actividades de la vida diaria. (Tabla 10)

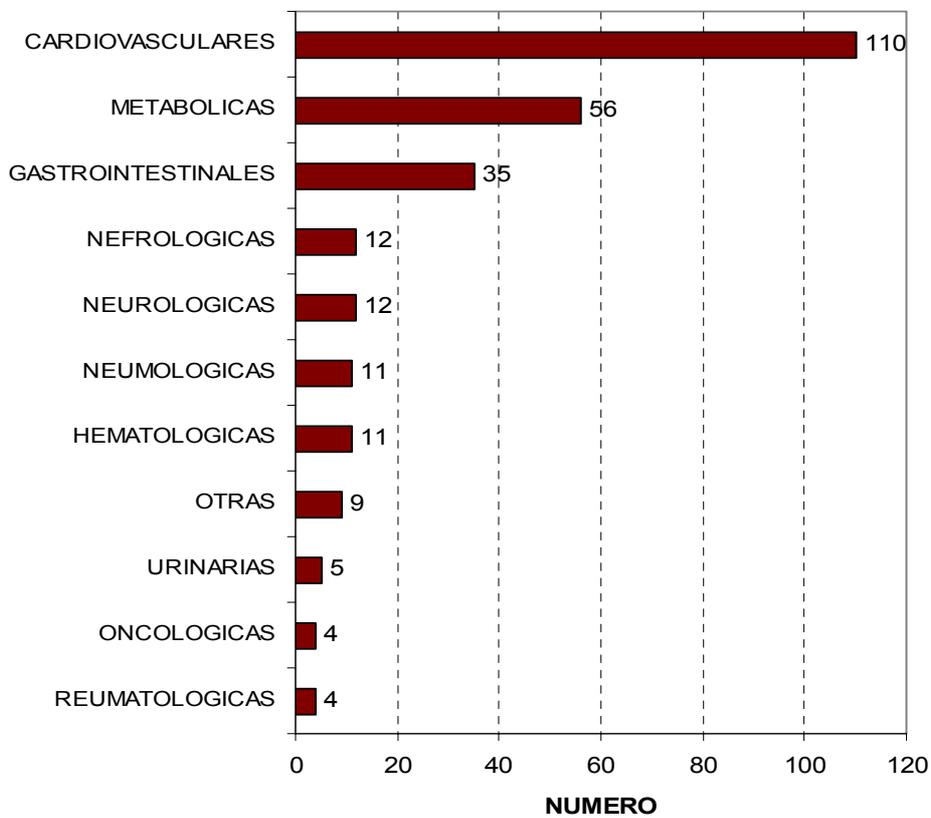
**Tabla 10. Contingencia Índice de Katz \* Hospitalización**

Recuento		Hospitalización
Índice de Katz	0	53
	1	13
	2	6
	3	3
	4	10
	5	8
	6	7
Total		100

### ENFERMEDADES ASOCIADAS MAS FRECUENTES



### ENFERMEDADES MAS FRECUENTES



## DISCUSIÓN

De los pacientes que se hospitalizaron se encontró un promedio de edad de 75 años de edad, lo cual se puede explicar debido a que en la actualidad se encuentra en incremento este grupo poblacional, tanto en las estadísticas de la población en general y también en la población derechohabiente de este instituto. Lo anterior tiene congruencia por el incremento de la expectativa de vida en nuestro país.

En cuanto al predominio de sexo en los paciente hospitalizados se encuentro que predomino el sexo femenino. Esto se puede atribuir a que el sexo femenino es el de predominio en la población en general, además de ser el también el grupo que más solicita atención medica. Otra posible explicación es que este grupo recibe mayor cuidado por parte de sus familiares.

En relación a la escolaridad de los pacientes geriátricos que se hospitalizaron, se encontró predominio de la escolaridad primaria. Esto se puede entender por la época en que este grupo de pacientes realizo sus estudios, ya que se encontraba un menor nivel de estudios en relación a la actualidad. Otra probable explicación es por el nivel de población que solicita atención a nivel institucional, ya que la mayoría de nuestros pacientes son de clase baja o media en esta institución. Lo anterior nos hace pensar en la posibilidad de que en instituciones privadas pudiera encontrarse otro nivel de escolaridad relacionado con el nivel económico de los pacientes, lo cual se pudiera corroborar con estudios interinstitucionales.

Como se reporto en los resultados la mayor parte de los pacientes que se hospitalizaron fueron casados o viudos, con muy pocos hospitalizados solteros. De igual manera se encuentra predominio en los pacientes que viven con su familia y que se hospitalizan. Una explicación pudiera ser debido a que esos pacientes se encuentran con mayor atención por parte de sus conyugues o familiares, y otra posible explicación puede ser el estado de animo de los pacientes que son solteros o que viven solos, los cuales solicitan menos atención medica.

En cuanto al índice de severidad de enfermedad individual de Greenfield, se encontró predominio de los pacientes con enfermedad sintomática con tratamiento farmacológico y control satisfactorio. Una explicación podría ser que al acudir a un Hospital de Tercer nivel, para el control de las patologías de base, reciben atención por médicos especialistas y subespecialistas y con ello un mejor control de sus enfermedades y complicaciones.

La comorbilidad mostró un predominio de entre una y tres enfermedades asociadas, siendo hipertensión arterial sistémica, cardiopatía isquémica y diabetes las patologías que con más frecuencia se relacionaron. Estas enfermedades son las que mayor prevalencia y morbimortalidad hay en nuestra población general en este grupo de edad, además de que concuerdan con los informes de estudios que ya se han realizado incluso en esta institución.<sup>11</sup>

El índice geriátrico de comorbilidad en los pacientes hospitalizados se encuentra predominio en la clase II, con una correlación con significancia estadística entre índice geriátrico de comorbilidad y hospitalización de 0.168 y  $p < 0.05$ . Sin embargo esperaríamos que se hospitalizaran con mayor frecuencia pacientes con un IGC clase III y IV.

La autopercepción del estado de salud de los pacientes que se hospitalizaron tuvo un predominio de bueno, lo cual pareciera contrario a los resultados que se esperarían, sin embargo se debe tomar en cuenta que la autopercepción es una valoración muy subjetiva, además de que no se valoró probable estados depresivos asociados, lo cual le restaría validez a esta valoración.

En la valoración de índice de Katz en los pacientes hospitalizados, se encontró que el 53% de los pacientes se encontraban con índice de Katz de 0, lo cual se puede atribuir a la mejor expectativa y mejor calidad de vida en los pacientes geriátricos en la actualidad en nuestro país.

## CONCLUSIONES

Los resultados encontrados son congruentes con los esperados para el grupo de estudio y con lo documentado en la literatura. El actual estudio se puede considerar de concordancia al tener estudios similares en el IMSS que documentan el comportamiento epidemiológico de esta población. En relación al índice de severidad de enfermedad de Greenfield, la mayoría de los pacientes se encontró con enfermedad sintomática, lo cual incrementa el deterioro en su calidad de vida y por ende se refleja en las hospitalizaciones. Se observó una comorbilidad asociadas con un promedio de 1 a 3 enfermedades.

Anexo 1

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
 ADMISION CONTINUA  
 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS  
 -POLIFARMACIA-

1. Nombre Completo: \_\_\_\_\_
2. Número de Afiliación del IMSS: \_\_\_\_\_
3. Fecha: \_\_\_\_\_
4. Edad: \_\_\_\_\_ (0) 65 – 75 años, (1) 75 – 85 años, (2) más de 85 años.
5. Sexo: (0) Mujer, (1) Hombre.
6. Escolaridad: (0) Analfabeta, (1) Primaria, (2) Secundaria, (3) Preparatoria, (4) Profesional.
7. Estado Civil: (0) Soltero, (1) Casado, (2) Divorciado, (3) Viudo.
8. ¿Con quién vive? (0) Solo, (1) Con su familia, (2) En un asilo.
9. ¿Tiene dificultad para leer? (0) No, (1) Sí.
10. ¿Qué enfermedades tiene? y ¿Cuál es la severidad o IDS?


10.1. Cardiovasculares: 10.1.0. HAS. 10.1.1. Cardiopatía isquémica. 10.1.2. Insuficiencia Cardíaca. 10.1.3. Arritmias. 10.1.4. Otras: 10.2. Endocrinas. 10.2.0. Diabetes Mellitas. 10.2.1. Hipotiroidismo. 10.2.2. Hipertiroidismo. 10.2.3. Otras: 10.3. Gastrointestinales: 10.3.0. Cirrosis Hepática. 10.3.1. Hepatitis viral. 10.3.2. Enf. ácido péptica. 10.3.3. Otras: 10.4. Dermatológicas: 10.4.0. 10.5. Genitourinarias: 10.5.0. Hipertrofia Prostática B. 10.5.1. Litiasis. 10.5.2. Otras.	10.6. Hematológicas: 10.6.0. Anemia. 10.6.1. Sx Mielodisplásico. 10.6.2. Leucemias. 10.6.3. Otras: 10.7. Reumatológicas: 10.7.0. Artritis Reumatoide. 10.7.1. Osteoartritis degenerativa 10.7.2. Otras: 10.8. Psiquiátricas: 10.8.0. Depresión Mayor. 10.8.1. Otras: 10.9. Neurológicas: 10.9.0. Parkinson. 10.9.1. Alzheimer. 10.9.2. Multiinfarto. 10.9.3. Otras: 10.10. Nefrológicas: 10.10.0. Insuficiencia Renal C. 10.10.1. Glomerulonefritis. 10.10.2. Otras: 10.11. Oncológicas: 10.12. Otras:	<b>Índice de Severidad de Enf. Individual (IDS):</b> <b>0</b> = Ausencia de enfermedad. <b>1</b> = Enf. asintomática. <b>2</b> = Enf. sintomática que requiere medicación, pero en control satisfactorio. <b>3</b> = Enf. sintomática descontrolada con tratamiento farmacológico. <b>4</b> = Enf. que amenaza la vida o con la mayor severidad.
--	--	---

¿Toma medicamentos de forma crónica? (0) No, (1) Sí.

11. ¿Quién indicó la toma de los medicamentos?

(0) Médico, (1) Familiar, (2) Otro: \_\_\_\_\_.

12. Toma algún medicamento alternativo? (0) No, (1) Sí.

¿Cuáles? \_\_\_\_\_.

13. En comparación a personas de su misma edad, cómo considera Usted su estado de salud?

(0) Muy bueno, (1) Bueno, (2) Regular, (3) Malo, (4) Muy Malo.

14. ¿Cuáles medicamentos toma, en qué presentación, dosis y horario?

#	Medicamento	Presentación	Dosis (mg)	Horario	Desde cuando?
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

(0) 5 o menos (1) 6 – 7 fármacos. (2) 8 – 9; (3) Más de 9.

Hospitalización: (0) No (1) Sí. Número de Cama: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico de Ingreso: \_\_\_\_\_  
 Servicio de Ingreso: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico de Egreso: \_\_\_\_\_

**EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD).**

**Índice de Katz.**

• **Bañarse:**

I = Sin ayuda, o ayuda sólo para lavarse alguna parte del cuerpo,  
 A = Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, y/o recibe ayuda para entrar y salir de la bañera.  
 D = Totalmente incapacitado.

• **Vestirse:**

I = Solo o recibe ayuda para atarse los zapatos.  
 A = Ayuda para coger la ropa y/o vestirse.  
 D = Totalmente incapacitado.

• **Usar:**

I = Va al inodoro, se limpia y se ajusta la ropa.  
 A = Ayuda para acceder al inodoro, limpiarse, ajustarse la ropa y/o recibe ayuda en el uso del orinal.  
 D = Totalmente incapacitado.

• **Trasladarse:**

I = Se levanta y se acuesta, se incorpora y sienta de manera independiente (con o sin el uso de auxiliares mecánicos)  
 A = Recibe ayuda personal o mecánica para realizar estas funciones.  
 D = Totalmente dependiente.

• **Continencia:**

I = Controla completamente los esfínteres.  
 A = Incontinencia en la micción y/o defecación, parcial o total, o necesita control parcial o total por enema, sonda o uso reglado de orinales.  
 D = Depende totalmente de sonda o colostomía.

• **Alimentarse:**

I = Sin ayuda.  
 A = Necesita ayuda para comer o necesita ayuda sólo para cortar carne o untar el pan.  
 D = Es alimentado por sondas o vía

*Evitar Siempre		*Algunas veces Indicados	*Raramente Apropriados
Barbitúricos	Meperidina	Amitriptilina	Carisoprodol
Alcaloides	Meprobamate	Clorfeniramina	Clordiazepoxido
Belladona	Pentazocina	Ciproheptadina	Clorzoxazona
Clorpropamida	Propantelina	Difenhidramina	Ciclobenzaprina
Diciclomina	Trimetobenzamida	Dipiridamol	Diazepam
Flurazepam		Disopiramida	Metaxalona
Hyoscyamina		Doxepin	Metocarbamol
			Propoxifeno

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Susan E. Campbell, D. Gwyn Seymour, Willie R. Primrose. *A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital*. Age and Ageing 2004; 33: 110–15.
- 2.- Gutierrez Rodriguez, J. Dominguez Rojas, V. Solano Jaurieta, J J. *Functional deterioration secondary to hospitalization for an acute disease in the elderly. An analysis of its incidence and the associated risk factors* Revista Clinica Espanola. 1999 (7):418-23.
- 3.- Klaus W. Lemke, Robert Herbert, Wendy D. Pavlovich. *Comorbidity and the Use of Primary Care and Specialist Care in the Elderly* Annals of Family Medicine. 2005;3: 215-22.
- 4.- Manton KG, Gu X. *Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999*. Pro Natl Acad Sci USA. 2001; 98:6354-59.
- 5.- Freedman VA, Aykan H, Martin LG. *Aggregate changes in severe cognitive impairment among older Americans: 1993 and 1998*. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2001; 56:S100-S111.
- 6.- Freedman VA, Martin LG. *Understanding trends in functional limitations among older Americans*. Am J Public Health. 1998;88:1457-62.
- 7.- Didi M.W. Kriegsman, Dorly J.H. Deeg, Wim. Stalmana. *Comorbidity of somatic chronic diseases and decline in physical functioning: the Longitudinal Aging Study Amsterdam* Journal of Clinical Epidemiology 57 (2004) 55–65.
- 8.- Renzo Rozzini, et. al. *Geriatric Index of Comorbidity: validation and comparison with other measures of comorbidity*. Age and Ageing. 2002 (31) 277-85.
- 9.- Katz S, Ford, et al. *Studies Of Illness In The Ages. The Index Of ADL: A Standardized Measure Of Biological And Psychosocial Function*. JAMA Sep 1963; 185: 914-19.
- 10.- Scot H. Simpson, et. al. *The cost of major comorbidity in people with diabetes mellitus*. Canadian Medical Association Journal, June, 2003; 168 (13): 1661-67.
- 11.- Lara-Rodríguez MA, Benítez-Martínez MG, Zárate-Aguilar A. *Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social*. Salud Publica Mex 1996;38:448-57.