



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

**PREVALENCIA DE LAS PATOLOGIAS ATENDIDAS EN
MAYORES DE 50 AÑOS EN URGENCIAS DEL
HOSPITAL "DR. JUAN GRAHAM CASASUS"
VILLAHERMOSA, TABASCO 2010.**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A

DR. LUIS ARTURO ALMEIDA MAYORGA

ASESOR: DR. ANTONIO GONZALEZ CHAVEZ



MEXICO D.F.

OCTUBRE 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía.

A mi madre:

Por darme la vida, y dedicar todo su esfuerzo para culminar mi carrera como médico, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mis profesores del Curso de Especialización en Medicina Interna:

Dres. Jorge Lozano Flores, Cesar Rivera Benítez, Antonio Cruz Estrada, Especialmente a mi Asesor Dr. Antonio González Chávez por su gran apoyo y motivación para la elaboración de esta tesis, gracias por sus enseñanzas.

DEDICATORIA

A mi esposa Vidalia de la Cruz Jiménez, por compartir su vida conmigo así como la motivación constante para culminar este trabajo.

A mis hijos que son el principal motivo para continuar esforzándome diariamente, a Luis que ha decidido emprender el mismo camino de esta noble profesión, ser médico, a Daniela que muy pronto también decidirá su profesión, a Jesús Arturo que no tuve la oportunidad de brindarle parte de mi vida.

A mi Hermano Saúl, que también siguió mis pasos de ser médico, espero que le haya infundido animo en el que hacer de esta profesión.

A mi Sobrina Jackelin que también ya inicio el camino para ser médico, que sirva de ejemplo nuestro esfuerzo que hemos realizado diariamente.

A todos mis Tíos, Primos y Amigos les agradezco su confianza en el que hacer de esta profesión.

RESUMEN

Objetivo.-Describir la prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas en pacientes mayores de 50 años. **Material y Métodos.**- Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y base poblacional. Incluyo a todos los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús, del estado de Tabasco, México. En el periodo de Enero a diciembre del año 2010. Se acudió al archivo del departamento de estadística del hospital, se utilizaron las hojas diarias de consulta del servicio de urgencias. A la Dirección general de información en salud, cubos. DGIS. Se identificaron las siguientes variables, grupo de edades, enfermedad diagnosticada, urgencias reales o sentidas. **Resultados.**-De las 23 821 consultas en 2010, la Diabetes Mellitus obtuvo primer lugar, una prevalencia de 6.3 por cada 100 pacientes, con predominio en el grupo de 45 a 49 años. La Hipertensión Arterial tercer lugar y 4.2 de prevalencia con predominio en el grupo de 20 a 59 años. La insuficiencia renal crónica quinto lugar y 3.4 de prevalencia con predominio en el grupo de 20 a 59 años. Solo el 16.46% de los atendidos fueron urgencias reales y ameritaron internamientos. Los pacientes mayores de 50 años representaron una prevalencia de 42.5 por cada cien usuarios. **Conclusiones.**- Las enfermedades crónicas degenerativas son los principales motivos de atención en urgencias con una prevalencia de 13.9, por cada cien usuarios en las 3 enfermedades principal

INDICE	PAGINA
AGRADECIMIENTO.....	II
DEDICATORIA.....	III
RESUMEN.....	IV
CAPITULO I. INTRODUCCION.....	1
1.1 Objetivo General.....	6
1.2 Justificación.....	7
1.3 Marco conceptual.....	8
CAPITULO II. MARCO REFERENCIAL.....	10
2.1 Transición Demográfica Mundial.....	10
2.2 Transición Demográfica Nacional.....	11
2.3 Transición Demográfica Estatal.....	13
2.3.1 Morbilidad a nivel Estatal.....	14
2.4 Morbimortalidad Mundial en Adultos Mayores.....	15
2.5 Antecedentes científicos.....	19
CAPITULO III. METODOLOGIA.....	24
3.1 Tipo de Investigación.....	24
3.2 Universo.....	24
3.3 Población de Estudio y Temporalidad.....	24
3.4 Criterios de Inclusión y exclusión.....	24
3.5 Recolección de Datos.....	24
3.6 Procesamiento de datos.....	26
3.7 Consideraciones Éticas.....	26
CAPITULO IV. RESULTADOS.....	27
4.1 Análisis Bivariado.....	27
4.2 Características de las Urgencias atendidas en el Hospital Juan Graham Casasús.....	29
4.3 Prevalencia de las principales causas de padecimientos en el servicio de urgencias.....	34

CAPITULO V. DISCUSION.....	39
5.1 Conclusiones.....	41
5.2 Recomendaciones.....	42
BIBLIOGRAFIA.....	43

CAPITULO I

INTRODUCCION

Las Enfermedades Crónicas Degenerativas o Enfermedades no Transmisibles (ECNT), son un grupo heterogéneo de padecimientos que contribuyen a la mortalidad mediante un pequeño número de desenlaces (diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular cerebral) ¹

Las enfermedades no transmisibles incluyendo además cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, y desordenes mentales son las principales causas de mortalidad y morbilidad en el mundo. La OMS reporto en 2008 que estas enfermedades causan 36 millones de muertes por año (63% de la mortalidad total), una gran proporción ocurrió antes de los 60 años durante la época más productiva de la vida.² A pesar de muchas presunciones por el contrario las ECNT no son exclusiva de los individuos viejos; aproximadamente una tercera parte de las muertes global de ECNT ocurren prematuramente en individuos menores de 60 años, los países que encabezan la pérdida de vida y años productivo en 20.5 millones son Brasil, Sudáfrica, Rusia, India y China en 2000 solamente. Sin embargo 70% de discapacidad y ajuste de vida y marcada morbilidad son debidos a ECNT, no solo reduce la longevidad sino también su calidad de vida y capacidad para trabajar, periodos prolongados de discapacidad antes de la muerte.

En 2007 cerca del 72% de todas las muertes en Brasil, fueron atribuibles a ECNT y continúa en aumento.³

La carga de ECNT no se distribuye igual ni a nivel global ni en categoría de edades. Cuatro de cinco muertes en 2008 ocurren en países de bajo y mediano ingresos. En estos países casi 44% de las muertes son debidas a ECNT y suceden antes de los 60 años, comparado solamente con 19% de los países de altos ingresos y el riesgo de que individuos de entre los 15 y 29 años mueran de ECNT es 30% más en países de bajo y medianos ingresos que en países de altos ingresos. La intervención de salud en programas materno infantil y enfermedades infecciosas, han extendido la esperanza de vida y han ayudado a disminuir la esperanza de vida en países ricos y pobres en los pasados 50 años.

Como el cambio climático la extensión implacable alrededor del mundo de las ECNT, ofrecen una oportunidad a todos los países de unir esfuerzos y dirigir cambios mundiales mayores que atiendan salud y economía. Un reporte reciente de la OMS identifico seis factores de riesgos asociados a ECNT como los principales factores de muerte: hipertensión arterial, tabaquismo, hiperglucemia, inactividad física, sobrepeso u obesidad e hipercolesterolemia. Estos factores contribuyen a una gran proporción de las muertes resultando de enfermedades cardiovasculares, causas metabólicas y cáncer. A largo plazo el costo del tratamiento y los efectos negativos en la productividad, devastan la situación económica individual, familiar y de la sociedad. De acuerdo al reporte del foro de Economía Mundial 2009, las ECNT están afectando severamente el desarrollo económico global, en detrimento de la crisis fiscal, muy parecido a los desastres naturales o pandemia de influenza. Esta proyectado que en los siguientes 10 años los países desarrollados tengan pérdidas millonarias como resultado de la

prevención de estas enfermedades. Las ECNT están íntimamente relacionadas a la globalización, urbanización y a la transición demográfica y estilo de vida, todos los esfuerzos deben ahí ubicarse. Estas enfermedades están ligadas a la pobreza y disparidad socioeconómicas. Las personas con ECNT son más vulnerables a infecciones comunes, tales como tuberculosis, neumonías comunitarias.⁴

La prevalencia mundial de la diabetes en adultos de 20 a 79 años va en aumento y se estima que del 2010 al 2030 se incremente del 6.4% a 7.7% que representa 150 millones más de diabéticos, pero los países en desarrollo serán los más afectados con incremento del 69% en relación a 20% del incremento en países desarrollados. El ochenta por ciento de pacientes diabéticos viven en países en desarrollo, y los 10 países con más alta prevalencia son de bajo y medianos ingresos.⁵

La hipertensión es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en todo el mundo, con tasas de hasta un 70% entre los adultos en los países desarrollados como Polonia.⁶ Aunque la hipertensión suele ser asintomática, puede estar asociada con una morbilidad y mortalidad considerables. La hipertensión arterial afecta a más de un cuarto de la población adulta mundial. Se proyecta que en el año 2025 aumente en un 24% en los países desarrollados y 80% en los países en desarrollo.⁷

La Enfermedad Cerebro Vascular constituye una causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo entero, que afecta especialmente a las personas mayores de 50 años.⁸ En los países industrializados representa la tercera causa de

mortalidad en la población adulta, la segunda causa de muerte en el grupo etéreo mayor de 65 años y la primera de invalidez en el mundo.

La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte en países desarrollados y una de las principales causas de carga de enfermedades en países en desarrollo, en el 2001 fueron 7.3 millones de fallecimientos a nivel mundial. Este rápido incremento de la carga de cardiopatía isquémica en países de bajos y medianos ingresos es debido a cambios socioeconómicos, adquisición de estilos de vida relacionados a factores riesgos.

Según el INEGI, en el año 2010 la población fue de 112 millones de habitantes en México, las defunciones generales en 2009 fue de 563 516 personas, el porcentaje de mayores de 60 años en 2005 fue de 8.3 El índice de envejecimiento se incremento de 1970 de 8 personas mayores por cada 100 jóvenes menores de 15 años, a 21.4 en el 2010.⁹

En México los estudios de prevalencia de ECNT del año 2006, demuestran que aparte de las principales causas de muerte como son cardiopatías isquémicas, enfermedad vascular cerebral y diabetes Mellitus tipo 2 principalmente, la enfermedad hepática alcohólica fueron las causas mayores en todos los grupos de edades. La enfermedad pulmonar crónica se presento entre 35-50 años, y las neoplasias de pulmón en hombres de 35-74 años así como cáncer de mama y cervicouterino en mujeres de 35-74 años.¹⁰

En la encuesta nacional de salud y nutrición del 2006, las variaciones de la prevalencia de sobrepeso, obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial y síndrome metabólico se incrementaron en relación a la encuesta nacional del año 2000, como consecuencia la cardiopatía isquémica y la diabetes mellitus son las 2 causas de muerte más frecuente en México, esta ultima su prevalencia es del 14.42% calculándose 7.3 millones de diabéticos.¹¹ Se han tomado medidas para promoción y prevención, con las creaciones de Unidades Medicas de Especialidad, lo cual generara información para acciones preventivas futuras. En la ciudad de México se realizó un estudio con 150 mil pacientes demostrándose que la diabetes, obesidad y tabaquismo tienen alta prevalencia en los adultos, el seguimiento a largo plazo establecerá la relevancia de tales factores en muerte y discapacidad en México. El estudio FRIMEX realizado en seis ciudades más pobladas de México donde se incluyo 140mil individuos y se observaron incremento en los factores de riesgos para desarrollar enfermedades cardiovasculares y del síndrome metabólico.¹²

1.1 OBJETIVO GENERAL:

Identificar la prevalencia de las patologías atendidas en mayores de 50 años en urgencias del hospital “Juan Graham Casasús” Villahermosa, Tabasco 2010.

1. Describir las características demográficas de las urgencias atendidas en el hospital “Juan Graham Casasús” Villahermosa, Tabasco 2010.
2. Describir las características de las urgencias atendidas en el hospital “Juan Graham Casasús” Villahermosa, Tabasco 2010
3. Identificar la prevalencia de las principales causas de padecimiento en el servicio de urgencias del Hospital Regional de Alta especialidad “Dr. Juan Graham Casasús”. Villahermosa, Tabasco 2010

1.2 JUSTIFICACION

La alta prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas a nivel mundial y a nivel nacional se menciona como principales causas de muerte y discapacidad en el grupo etáreo mayor de 50 años.

La misión del Hospital de Alta Especialidad Juan Graham Casasús es estar a la vanguardia en la atención de las enfermedades crónicas degenerativas.

Se realiza el presente estudio descriptivo y retrospectivo que permitirá conocer la prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas en pacientes mayores de 50 años que acuden al servicio de urgencias del hospital de Especialidades Dr. Juan Graham Casasús, de la ciudad de Villahermosa Tabasco.

Esta investigación permitirá conocer cuáles son las principales causas de atención, e identificar los subregistros de diagnósticos y en base a ello clasificarlos; contar con los recursos materiales disponibles para su resolución; además de implementar estrategias de educación teóricas y técnicas de temas específicos relacionados con las enfermedades crónico degenerativas, permitiendo el logro de los objetivos institucionales, para analizar y mejorar el servicio de urgencias con calidad y calidez , beneficiando a la población afectada de la ciudad de Villahermosa, Tabasco y Estados vecinos.

También servirá como una línea de investigación educativa en el Hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús, de la ciudad de Villahermosa, Tabasco.

1.3 MARCO CONCEPTUAL

Urgencias proviene del latín *Urgentia* y hace referencia a la cualidad de urgente (que urge, apremia o requiere pronta atención).

Para la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) la Urgencia es la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención, por parte del sujeto que lo sufre o de su familia.

Según la Asociación Médica Americana (A.M.A.) Urgencia es toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata.

La Emergencia es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano.

Urgencias: Se trata de todo evento médico o quirúrgico que ponga en peligro la vida del paciente o la funcionalidad de un órgano si no se le atiende en forma inmediata.

Desde un enfoque médico legal, la ley general de salud en su reglamento en materia de prestación de servicio de atención médica plantea en su artículo 72:” se entiende como urgencia todo problema médico o quirúrgico agudo que pone en peligro la vida, un órgano o una función, si no se le atiende en forma inmediata.”

Urgencias reales, se han considerado todo aquel evento que justifique su internamiento.

Urgencias sentidas, son aquellas que no ponen en peligro la vida y no ameritan internamiento.

Incidencia: Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado. Las dos medidas de incidencia más

usadas son la incidencia acumulada y la tasa de incidencia también denominada densidad de incidencia.

Prevalencia: La prevalencia mide en medicina la proporción de personas que en un área geográfica y periodo de tiempo establecidos sufren una determinada enfermedad, la prevalencia se calcula dividiendo el número de individuos que padecen el trastorno (numerador) por el del número total de habitantes del área considerada incluyendo a los que lo padecen.

Enfermedades Crónico Degenerativas o enfermedades no transmisibles, son un grupo heterogéneo de padecimientos que contribuyen a la mortalidad mediante un pequeño número de desenlaces (diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular cerebral).

Adultos Mayores: El INAPAM en su artículo 3° inciso I) son personas adultas mayores aquellas que cuenten con 60 años o más de edad que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

Uno de los fenómenos que en los últimos años ha caracterizado la evolución de la atención de urgencias a escala mundial es el galopante aumento de las urgencias atendidas que podían ser valoradas y tratadas en el área primaria de salud.

La atención brindada a los pacientes ha evolucionado con el tiempo, estas transformaciones han llevado que los servicios de urgencias en la actualidad sean considerados como un eslabón fundamental dentro de los sistemas de salud, por ser los primeros en contactar al paciente con enfermedades agudas, urgencias o emergencias, además de ser parte integral del sistema de vigilancia y control epidémico, sirven también como indicador de la calidad en los servicios de salud.

2.1 TRANSICION DEMOGRAFICA A NIVEL MUNDIAL.

En el siglo XX se produjo un incremento de la longevidad humana y en los últimos 50 años la esperanza de vida al nacer ha aumentado en todo el mundo en unos 20 años. En el año 2000 Estados Unidos y Canadá tenían una población de 50 millones de personas de 60 años o más, mientras que en América Latina y el Caribe la cifra giraba alrededor de 42 millones.

Se prevé que hacia el 2020 la población mundial contara con más de 1.000 millones de personas de edad superior a los 60 años, aproximadamente el 20% de la población de países primermundistas como Dinamarca, Suecia y Suiza, mientras que más de 700 millones de ellos vivirán en los países en desarrollo o

pobres. Este aumento en la longevidad tiene repercusiones profundas para las cuestiones relativas a la calidad de vida. De hecho, se estima que hacia el 2020, las tres cuartas partes de las muertes en los países en desarrollo estarán relacionadas con el envejecimiento y la proporción más cuantiosa corresponderá a las enfermedades no transmisibles.¹³

2.2 TRANSICION DEMOGRAFICA A NIVEL NACIONAL

La transición demográfica es un fenómeno por el cual atraviesa nuestro país México, a partir de 1950 existe una desaceleración del crecimiento poblacional al igual que el resto del mundo cifras actualizadas al 2005, es favorecido por tres factores fundamentales: el descenso notable de la fecundidad de 5.3 a 2.11 y la mortalidad general de 16.2 a 4.45, el incremento en la esperanza de vida al nacer, del 49.6 a 75.4 años, rango etario en el que se encuentran gran parte de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas. Se espera que en las próximas décadas continúe su incremento hasta alcanzar los 80 años en 2050 un nivel similar al de Japón, el país que actualmente tiene la mayor esperanza de vida en el mundo. El incremento en el envejecimiento poblacional se sitúa como resultados de todos los cambios demográficos y repercute en la actual tendencia de una población mayor de 60 años con enfermedades crónicas mal controladas. De acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO) en el año 2000 había 20.5 adultos mayores por cada 100 niños; este índice se incrementará paulatinamente en el presente siglo, por lo que se espera que el número de

adultos mayores sea igual al de niños, alrededor del año 2034 y que se alcance una razón de 166.5 adultos mayores por cada 100 niños en el año 2050, México se transformara entonces paulatinamente en un país con más viejos que niños.¹⁴

Durante el 2010 según el INEGI en México habían ciento doce millones de habitantes, de los cuales 50.24% fueron del género femenino y 49.76% masculino; el 7.23% tenía 60 años y más. Para el 2050 habitarán en el país alrededor de 129 millones de mexicanos de los cuales, la representatividad de la mujer adulta mayor será del 15.22% mientras que los varones representaran el 12.95% de la población total por lo que se tiene un gran reto en cuanto a la salud de los adultos mayores.¹⁵

Respecto a las necesidades prioritarias de la salud de los adultos mayores, se encuentran ubicadas en dos grupos de patologías a las que de manera tradicional se presentan con elevada frecuencia, como son a) diabetes, cardiopatía isquémica, evento vascular cerebral, neoplasias, influenza y neumonías, y b) las enfermedades discapacitantes como la demencia, artropatías y caídas. La mezcla de ambas obliga a prestar especial atención a los padecimientos que no conducen a la muerte de una manera inmediata, pero que son generadoras de incapacidad y de un elevado consumo de recursos asistenciales. En la actualidad hay un aumento de la demanda de servicios de salud por este estrato de la población, debido fundamentalmente al incremento de las enfermedades crónico degenerativas y a los estados de invalidez física, psíquica y social que crean necesidades asistenciales y de cuidados distintos, que repercute directamente en el quehacer del profesional de la salud, siendo uno de los principales usuarios de

sus cuidados. Ello precisa una preparación específica del personal médico para una mayor apertura del campo de acción que haga posible una atención individualizada, así como la generación de programas multidisciplinarios para la asistencia integral del anciano, lo cual potencie su autonomía y fomente al máximo sus capacidades.

2.3 TRANSICION DEMOGRAFICA NIVEL ESTATAL

Como consecuencia de la transición demográfica, las principales causas de muerte han modificado su perfil; las infecciones comunes y los problemas relacionados con la desnutrición y la reproducción han sido desplazadas por las enfermedades no transmisibles, las lesiones y sociopatías, que concentran más de 90 por ciento de las causas de muerte en el estado. En 2009, ocurrieron en Tabasco diez mil 033 defunciones para una tasa de mortalidad general de 41.7 por 10 mil habitantes; la diabetes mellitus se ubicó como la primera causa de muerte en la entidad con 1 mil 207 defunciones y una tasa de 5.80, seguida muy por debajo de esta frecuencia por las enfermedades isquémicas del corazón, la enfermedad cerebro vascular, la cirrosis hepática y las enfermedades hipertensivas con tasas de 3.20, 2.30, 1.83 y 1.41 defunciones por 10 mil habitantes, respectivamente

Cabe destacar que dentro de las seis primeras causas, las primeras siete correspondieron a enfermedades crónico-degenerativas que en su conjunto representaron 38 por ciento del peso de la mortalidad en ese año.¹⁶

2.3.1 MORBILIDAD A NIVEL ESTATAL

Los padecimientos del rezago epidemiológico mantienen su presencia como principales causas de morbilidad, tal es el caso de las infecciones respiratorias agudas, la enfermedades diarreicas y las infecciones urinarias que en 2006 representaron un 76 por ciento del peso de la morbilidad y ocuparon los tres primeros lugares dentro de las 10 principales causas de enfermedad.

Los tumores malignos, al agruparse en todas sus formas, desplazan como segunda causa de mortalidad a las enfermedades del corazón, la tendencia de mortalidad por esta causa es francamente ascendente, registrando un incremento de más de un 30 por ciento en un periodo 2000 a 2006 . Vale la pena destacar que el Cáncer Cervico-uterino es la principal causa de mortalidad en las mujeres en edad reproductiva, representando un reto de Salud Publica y una necesidad sentida por la población, a pesar de sus tendencias descendente durante los últimos seis años.

Es de destacar que entre las 20 primeras causas, sólo cuatro padecimientos son no transmisibles: la gastritis, el asma, que por las condiciones físicas del medio se ha convertido en una epidemia en ascenso, la hipertensión arterial y la diabetes ubicados en los lugares 4, 8, 14 y 16, respectivamente.

A esta situación se suman los padecimientos emergentes como el VIH-SIDA, que aunque no se encuentra dentro de las principales causas de morbilidad, presenta una incidencia anual con tendencia ascendente desde su aparición en el estado en 1984.¹⁷

2.4 MORBIMORTALIDAD MUNDIAL EN ADULTOS MAYORES.

En el año 2008 se reportaron 57 millones de defunciones en el mundo, 36 millones (63%) fueron por ECNT, siendo la principal causa las Enfermedades cardiacas (13%), seguidas de las neoplasias (12%). Los Accidentes Vasculares encefálicos (AVE) constituyeron la 3era causa con un 10%, mientras que las infecciones respiratorias agudas (IRA) aportaron el 7%. Con cifras menores, las Enfermedades Pulmonares Obstructivas crónicas (EPOC) descompensadas, y las Enfermedades Diarreicas Agudas causaron alrededor de 3 millones de fallecidos cada una. Se prevé para el 2030 que la Cardiopatía Isquémica, el AVE, EPOC e infecciones respiratorias bajas ocupen los primeros lugares.¹⁸

La enfermedad coronaria causa más de 7 millones de muertes cada año, 3.8 millones de hombres y 3.4 millones de mujeres. En el año 2002 los países con mayor cantidad de muertes de causa cardiaca fueron: La India, China y Rusia. En nuestro continente se destacaron Brasil y Estados Unidos de América, este último con un 29%, de ellas el 71% por cardiopatía isquémica;^{18,19,20} En el 2006 se estima que las enfermedades cardiacas costaron más de 258 billones de dólares en servicios de salud, medicamentos y pérdida de la productividad.²¹ De forma general, se calcula que 3 millones de mujeres y 2.5 millones de hombres mueren cada año por accidente vascular encefálico. En nuestro continente la cifras más elevadas se localizaran en Estados Unidos de América y Brasil, con casi 200 000 casos, mientras que coinciden China, India y Rusia dentro de los de mayor porcentaje a nivel mundial.¹⁸ Los accidentes vasculares encefálicos constituyen la

3ª causa de muerte en los Estados Unidos de América y constituye la causa más importante de discapacidad de larga duración. Anualmente 500.000 americanos sufren un primer Accidente Cerebro vascular y 200 000 son recidivas. Alrededor de $\frac{3}{4}$ de todos se producen en pacientes mayores de 65 años.²¹ Los accidentes vasculares encefálicos (AVE) pueden ocurrir a cualquier edad, de hecho, alrededor de $\frac{1}{4}$ se produce antes de los 65 años, pero el riesgo se duplica cada década después de los 55 años.^{19,22} La mayor proporción de muertes se producen en pacientes de 85 o más años con un 40.1%, seguidos del grupo de 75- 84 años. El grupo de 65- 74 cuenta con un 14.4% y los menores de 65 años un 11.2%.^{22,23} En el 2005 acarrearón una pérdida de casi 57 billones de dólares.²¹

La Organización Panamericana de la Salud estimó que en el transcurso de los próximos 10 años 2.4 millones de las muertes de causa vascular en la región de Las Américas serán atribuibles a la hipertensión arterial.²⁴ Se ha demostrado que consume parte importante de la actividad que realizan los médicos en consultas de cuerpos de guardia dentro de la atención primaria²⁵ y constituye el factor de riesgo más importante en el pronóstico de morbimortalidad en la población de edad avanzada.²⁶ En los pacientes de la tercera edad, la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) se incrementa tanto como hasta el doble de lo descrito para la población adulta general, aproximándose al 60- 70% en los países occidentales.^{27,28} El 30% de los ancianos hipertensos presentan Hipertensión Sistólica aislada (HAS)²⁹, y la prevalencia se eleva desde un 10% a la edad de 60 años hasta el 30% a los 90 años de edad.²⁷ Estos pacientes sufren

mayor repercusión orgánica y suelen presentar más frecuentemente hipertrofia ventricular izquierda, afectación renal y muerte súbita, siendo un mayor predictor de muerte que la hipertensión arterial (HTA) sistodiastólica,^{26,28,31} lo que se ha evidenciado en múltiples investigaciones, donde pudieran reconocerse el Framingham Heart Study^{30,31} y el Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT).

³² La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es una de las patologías respiratorias más frecuentes e invalidantes, sobre todo por su asociación con el tabaco, cuyo consumo se incrementa cada vez más a nivel mundial. En pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) e insuficiencia respiratoria, las arritmias son el factor comórbido más relevante. También aumenta la tasa de mortalidad a largo plazo en casos de hipertrofia ventricular derecha o antecedente de infarto.³³ La sobreinfección es responsable de aproximadamente la mitad de las reagudizaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), siendo dos tercios de las mismas causadas por bacterias y el resto por infecciones vírales.³⁴ La prevalencia del Asma Bronquial (AB) en pacientes de tercera edad es generalmente estimada entre el 3% al 5% con variaciones entre los 2% al 12%, y las tasas de mortalidad se incrementan notablemente entre los 65 y 85 años. Se describen 2 variantes del Asma Bronquial en los ancianos: la de novo (comienzo después de los 65 años), o la que comienza tempranamente y continúa después de los 65 años, frecuentemente asociada a enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).³⁵

Además de las grandes emergencias antes descritas, en los servicios de urgencia se tratan una serie de patologías clínicas que si bien no ponen en peligro inminente la vida, requieren una atención mediata para evitar complicaciones graves sobre todo en los adultos mayores, que suelen ser más susceptibles a las mismas. En este caso pudieran citarse los procesos infecciosos, sobre todo respiratorios y renales. Las infecciones del tracto respiratorio constituyen el grupo de procesos infecciosos más frecuentes en el paciente geriátrico, debido a una serie de factores que lo hacen susceptible a enfermarse e incrementan el riesgo de complicaciones, sobre todo relacionados con cambios anatomofisiológicos propios de la edad, enfermedades asociadas y un incremento del internamiento y la inmovilidad.^{34, 36} La mortalidad es alta, con tasas de riesgo de 25-30% en mayores de 70 años de edad.³⁶ La morbilidad registrada por el número de consultas médicas por infección respiratoria alta (IRA) muestra un promedio anual de 4.000.000 atenciones, que constituyen entre el 25 y el 30% de las consultas externas y alrededor del 30% de las hospitalizaciones.³⁷

En Estados Unidos de América se presentan alrededor de 3 millones de casos de neumonía por año, 10% requiere hospitalización, (con un costo anual de 23 billones de dólares) y de ellos el 5- 10% lo hacen en unidades de cuidados intensivos. La mortalidad de los pacientes ambulatorios oscila entre un 1 - 5%, un 25% de los hospitalizados fallece, en UCI este porcentaje sube a rangos entre 21- 47%. Se le considera la sexta causa de muerte y la primera entre las enfermedades infecciosas en los Estados Unidos.³⁸ La infección del tracto

urinario es la segunda causa en frecuencia de infección extra hospitalaria y la más común de las infecciones nosocomiales (40-60%), la mayoría en portadores de sonda vesical (80%) o manipulación invasiva del tracto urinario (5-10%),³⁹ siendo estos dos factores de riesgo mucho más frecuentes en los ancianos debido fundamentalmente a problemas prostáticos, Enfermedades asociadas como la Diabetes Mellitus (DM), Trastornos cognitivos, postración, etc.

2.5 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

En el servicio de Emergencia del hospital universitario Univalle Gestion 2005 de Cochabamba Bolivia, se realizo un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo encontrándose que solo el 13.4% de las consultas fueron urgencias verdaderas y el resto urgencias sentidas. Se hospitalizo 11% y el 69% fueron mayores de 45 años. Las patologías gastrointestinal ocuparon el 22.7% de las consultas.⁴⁰

Sánchez Padilla y Cols, en municipio de playa provincia Ciudad de la Habana Cuba, entre enero y marzo de 2007, realizaron un estudio de investigación en 2520 pacientes mayores de 50 años, para definir la morbilidad en este grupo etáreo. Se estimo la incidencia de las enfermedades más frecuentes detectadas y su variabilidad de acuerdo a grupo de edades. La principal causa fue crisis hipertensiva con incidencia de 361.50 por cada 1000 pacientes consultados con

un predominio en paciente de 60 a 69 años. La hipertensión sistodiastolica fue la más frecuente con 59.2% del total de hipertensos, otras patologías como infecciones respiratorias agudas, infecciones del tracto urinario y crisis agudas asmáticas, un porcentaje pudo tratarse de EPOC descompensado subdiagnosticado. Las infecciones gastrointestinales y osteomioarticulares con porcentajes inferiores. Incidencia poco significativa de IAM, AVE y neumonías.⁴¹

Quizama Martinez y cols realizaron en la ciudad de México en un Hospital de 3er nivel pediátrico, en el año de 2007, un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo donde incluyeron 16,095 menores de 15 años, hubieron 15,137 consultas y 958 paciente se hospitalizaron en observación. Las variables seleccionadas fueron tipo de urgencias, padecimientos, revaloraciones, interconsultas y derechohabiencia. El 22.6% fueron urgencias reales y 77.40% urgencias sentidas, los tres padecimientos más frecuentes fueron infecciones de vías aéreas superiores 60%, síndrome diarreicos 13.07%, traumatismo craneal 6.39%, de los hospitalizados el síndrome diarreico ocupó 44.9%, dolor abdominal 18.16% y crisis asmáticas 9.91%. Fue importante conocer cuáles son los padecimientos más frecuentes en urgencias para darle un mejor manejo de estos. El mayor número de consultas se observó en menores de 6 años 66.5%.⁴²

Llibre Guerra, Juan Carlos y cols, en el año de 2007-2008 realizaron un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal en el policlínico 27 de noviembre del municipio de Marianao de la Habana Cuba, donde incluyeron mas de 300

pacientes mayores de 60 años. Como resultado de dicho estudio la hipertensión arterial constituyó la enfermedad de mayor prevalencia con un 55%, seguida de las enfermedades del corazón (32,3%) y la diabetes mellitus (18,3%), la primera fue más frecuente en el sexo masculino, mientras que las otras predominaron en el sexo femenino. El síndrome demencial presentó una prevalencia del 12% de los pacientes estudiados. La elevada prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y en particular la hipertensión arterial, enfermedades del corazón y diabetes mellitus en la población estudiada, evidencian que constituyen un importante problema de salud.⁴³

El Dr. Carlos Manuel Sanchez Vazquez del Instituto de Ciencias Medicas de la Habana, realizó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo, sobre la Morbimortalidad en el cuerpo de guardia del policlínico docente “Noelio Capote”, del municipio Jaruco, provincia La Habana, en el periodo 1 de Enero 2004 al 31 de Diciembre de 2005. La muestra estuvo constituida por todos los pacientes mayores de 15 años atendidos durante el periodo. Todos fueron estudiados según las variables: sexo, edad, clasificación de la demanda, causas de morbilidad, forma de acudir al servicio, presencia de mortalidad y remisión a la atención secundaria. Se concluyó que durante el año 2004 hubo mayor cantidad de pacientes atendidos, predominando en el sexo femenino los de 48 - 58 años y en el sexo masculino los de 59 años y más. Las urgencias de segunda prioridad fueron las de mayor demanda, siendo el grupo de otras enfermedades y los síntomas y signos mal definidos las mayores causas de morbilidad, predominando

los que llegaron al cuerpo de guardia por iniciativa propia. La tasa de mortalidad fue mayor en el año 2004, la mortalidad fue superior en el sexo masculino y el grupo de 60 y más años, siendo la causa más frecuente el infarto agudo del miocardio. No predominaron las remisiones a la atención secundaria.⁴⁴

Rojas Revoredo V. realizó un estudio descriptivo, transversal, en el hospital General de Perú, Edgardo Rebagliati Martins en el año 2007, para determinar diferencias en morbilidad y mortalidad en adultos mayores, se dividieron en 2 grupos, de 60 a 79 años y mayores de 80 años, las patologías infecciosas fueron las más frecuentes en morbilidad y mortalidad. No se encontró diferencia alguna en ambos grupos. Siendo la Enfermedad Vascul ar Cerebral la segunda causa de atención.⁴⁵

Rojo M; Sauro A y Rida o M, realizaron un estudio epidemiológico, descriptivo y retrospectivo, en el año 2007 en el servicio de urgencias del policlínico central de la unión Obrera Metalúrgica en Argentina. Fueron atendidos 1881 pacientes de 65 años o más, siendo las patologías infecciosas del aparato respiratorio y digestivo así como afecciones osteomusculares las motiv os de consultas en 43%.⁴⁶

López Suarez A, Elvira González Javier y Cols, en Cádiz España realizaron un estudio de prevalencia de factores de riesgos cardiovasculares en adultos de 50 a 75 años y encontraron que la obesidad, diabetes y síndrome metabólico es

extraordinariamente elevada, siendo 54%, 30% y 50% respectivamente, las más altas reportadas en España.⁴⁷

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1. Tipo de Investigación

Observacional, Descriptivo, Transversal.

3.2. UNIVERSO

Servicio de atención de urgencia del hospital de alta especialidad Dr. Juan Graham Casaus.

3.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO Y TEMPORALIDAD.

Población atendida en el servicio de urgencias del Hospital Juan Graham Casaus de Enero a Diciembre del 2010

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

Todo paciente que acudió al recibir atención al servicio de urgencias del Hospital Juan Graham Casaus sin distinción de género

A partir de los 15 años de edad

Criterio de exclusión:

Datos que no estén completos en los expedientes del servicio de urgencias.

Menores de 15 años y casos excepcionales de urgencias.

3.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

Fuentes secundarias:

- ◆ Hojas de información diaria del servicio de urgencias del Hospital Regional de alta especialidad Juan Graham Casaus.
- ◆ Sistema de urgencias, de la secretaria de salud
- ◆ Dirección general de información en salud, cubos. DGIS

PARA EL OBJETIVO 1

La descripción de las características demográficas de las urgencias atendidas se adquirió a través del:

Sistema de Urgencias 2010 obteniendo:

Edad

Sexo

Derechohabencia

PARA EL OBJETIVO 2:

La descripción de las características de las urgencias atendidas en el hospital “ se obtuvieron mediante las variables de:

- **Tipo de urgencias:** Urgencias Calificadas
Urgencias no calificadas
Apoyo a los servicios de medicina general
- **Motivo :** Accidentes, envenenamiento, y violencias
Medicina
Gineco-obstetricia
Apoyo a los servicios de medicina general
- **Tipo de cama :** Cama de observación
Cama de choque
Sin cama
- **Envió a:** Hospitalización
Consulta Externa Domicilio
Defunción
Fuga
Alta voluntaria

PARA EL OBJETIVO 3

Para identificar la prevalencia de las principales causas de padecimiento en el servicio de urgencias se describo lo siguiente:

- Principales diagnósticos de atención

- Diabetes mellitus por grupo de edad
- Hipertensión esencial por grupo de edad
- Enfermedad renal crónica
- Gastritis y duodenitis por grupo de edad
- Asma por grupo de edad

3.6. PROCESAMIENTO DE DATOS

El procesamiento y análisis de la información fue automatizado, utilizando el programa información de urgencia mediante CUBOS (TABLAS DINAMICAS) de información.

- ◆ Las variables cualitativas individuales fueron descritas utilizando distribuciones de frecuencia, porcentajes y gráficas
- ◆ En el caso de asociación de variables cualitativas se utilizaron tablas de contingencia.
- ◆ Para la prevalencia se determino la frecuencia de cada enfermedad, durante el 2010.

3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para cumplir con los principios éticos en materia de investigación, el estudio se llevó a cabo según lo marca el Reglamento de la Ley General de Salud de Salud en Materia de Investigación, artículo no. 17, párrafo I y artículo 23 del capítulo I de los aspectos éticos y de investigación con seres humanos con fecha 5 de Noviembre del 2005.

La codificación de la información se manejó por personal capacitado cuidando la confiabilidad y confidencialidad de la misma.

Se considera que este estudio no significó ningún tipo de riesgo para la salud de los participantes ni lesionó su integridad física y moral.

Se conservó la obligada discreción con la información obtenida a través de las diversas técnicas e instrumentos utilizados en el estudio y el anonimato.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 ANALISIS BIVARIADO

Características demográficas de las urgencias atendidas en el hospital “Juan Graham Casasús” Villahermosa, Tabasco 2010.

DISTRIBUCION DE URGENCIAS SEGÚN EDAD Y SEXO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DR. JUAN GRAHAM CASASUS 2010

Edad quinquenal	Sexo del Paciente					
	Masculino	%	Femenino	%	Total general *	%
Menores de 1 año	4	.04	1	.01	5	.02
1 a 4 años		.00	1	.01	1	.00
10 a 14 años	22	.21	37	.28	59	.25
15 a 19 años	731	6.84	937	7.13	1,668	7.00
20 a 24 años	869	8.14	1,087	8.27	1,956	8.21
25 a 29 años	849	7.95	1,190	9.06	2,039	8.56
30 a 34 años	805	7.54	1,019	7.76	1,824	7.66
35 a 39 años	818	7.66	1,138	8.66	1,956	8.21
40 a 44 años	876	8.20	1,081	8.23	1,957	8.22
45 a 49 años	913	8.55	1,310	9.97	2,223	9.33
50 a 54 años	833	7.80	1,069	8.14	1,902	7.98
55 a 59 años	797	7.46	908	6.91	1,705	7.16
60 a 64 años	687	6.43	844	6.42	1,531	6.43
65 a 69 años	589	5.51	657	5.00	1,246	5.23
70 a 74 años	718	6.72	707	5.38	1,425	5.98
75 a 79 años	531	4.97	459	3.49	990	4.16
80 a 84 años	325	3.04	333	2.53	658	2.76
85 a 89 años	221	2.07	218	1.66	439	1.84
90 a 94 años	63	.59	81	.62	144	.60
95 a 99 años	26	.24	51	.39	77	.32
100 y mas	5	.05	11	.08	16	.07
Total general *	10,682	100	13,139	100	23,821	100

FUENTE:

DGIS, CUBOS URGENCIAS 2010

El numero de urgencias atendidas durante el 2010 en el Hospital de Alta especialidad Dr. Juan Graham Casasus objeto de estudio fue de 23,821 pacientes, de los cuales fueron del sexo femenino 13,139 pacientes con un 55.15%, y el

masculino con 10,682 pacientes representando el 44.85% del total de pacientes atendidos.

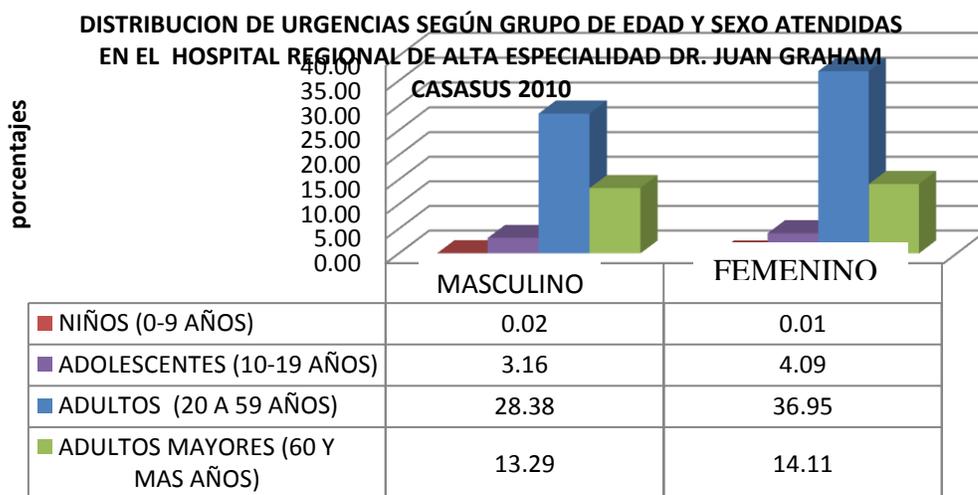
La edad predominante en ambos sexos se observó en el grupo de 45 a 49 años.

DISTRIBUCION DE URGENCIAS SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DR. JUAN GRAHAM CASASUS 2010

GRUPO DE EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FREC	% DEL TOTAL	FREC	% DEL TOTAL	Total	%
NIÑOS (0-9 AÑOS)	4	0.02	2	0.01	6	0.03
ADOLESCENTES (10-19 AÑOS)	753	3.16	974	4.09	1727	7.25
ADULTOS (20 A 59 AÑOS)	6,760	28.38	8802	36.95	15562	65.33
ADULTOS MAYORES (60 Y MAS AÑOS)	3,165	13.29	3361	14.11	6526	27.40
Total general *	10,682	44.84	13,139	55.16	23,821	100.00

FUENTE:

DGIS, CUBOS URGENCIAS 2010



FUENTE: DGIS CUBOS/ URGENCIAS 2010

Durante 2010 se atendieron en 10,133 urgencias en usuarios de 50 años y más con una prevalencia calculada con el total de urgencias atendidas en el 2010, supone el 42.5 por cien usuarios atendidos

Al concentrar los usuarios por grupos de edad y sexo, se encontró la mayor prevalencia en el grupo de adultos del sexo femenino en un 36.95 por cien usuarios atendidos, y en segundo lugar el grupo de adultos en el sexo masculino

con una prevalencia del 28.38 por cien usuarios, seguido del grupo de los adultos mayores en el sexo femenino con una prevalencia del 14.11 por cien usuarios atendidos, y adultos mayores en el sexo masculino presentaron una prevalencia del 13.29 por cien usuarios, el resto se encontró distribuido en menor proporción en el resto de los grupos.

4.2 características de las urgencias atendidas en el hospital “Juan Graham Casasús” Villahermosa, Tabasco 2010

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE URGENCIAS ATENDIDAS
SEGÚN MES Y SEXO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA
ESPECIALIDAD DR. JUAN GRAHAM CASASUS 2010**

MES ESTADISTICO	Sexo del Paciente				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
Enero	1,030	10	1,334	10	2,364	10
Febrero	1,038	10	1,374	10	2,412	10
Marzo	941	9	1,227	9	2,168	9
Abril	1,004	9	1,357	10	2,361	10
Mayo	958	9	1,098	8	2,056	9
Junio	950	9	1,176	9	2,126	9
Julio	556	5	602	5	1,158	5
Agosto	974	9	1,163	9	2,137	9
Septiembre	828	8	979	7	1,807	8
Octubre	851	8	963	7	1,814	8
Noviembre	885	8	971	7	1,856	8
Diciembre	667	6	895	7	1,562	7
Total general *	10,682	100	13,139	100	23,821	100

FUENTE: DGIS CUBOS/ URGENCIAS 2010

El mes de Febrero se observa la mayor demanda del servicio de urgencias en el hospital de de alta especialidad Dr. Juan Graham Casasús durante el 2010 con una prevalencia de 10 por cien usuarios atendidos, seguido del mes de Enero y Abril, el mes que presenta la menor prevalencia de atención es el mes de Julio con 5 por cada cien usuarios atendidos en urgencia con respecto al total del año.

DISTRIBUCION DE URGENCIAS SEGÚN GRUPO DE EDAD Y DERECHOHABIENCIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DR. JUAN GRAHAM CASASUS 2010

GRUPO DE EDAD	DERECHOHABIENCIA									TOTAL	
	NINGUNA	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEGURO PRIVADO	SEGURO POPULAR	SE IGNORA	Total	%	
NIÑOS (0-9 AÑOS)	6								6	0.03	
ADOLESCENTES (10-19 AÑOS)	1,725		2						1725	7.25	
ADULTOS (20 A 59 AÑOS)	15,541	2	8		1	3	6	1	15547	65.34	
ADULTOS MAYORES (60 Y MAS AÑOS)	6,513	1	2	1	1	4	4		6517	27.39	
TOTAL	23,785	3	12	1	2	7	10	1	23,795	100.00	
%	99.96	.01	.05	.00	.01	.03	.04	.00	100.00		

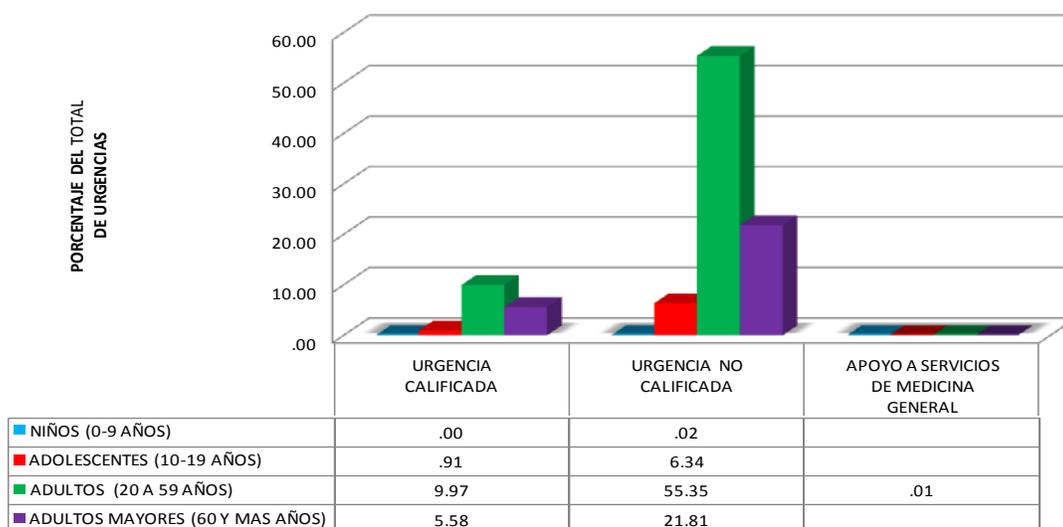
FUENTE: DGIS CUBOS/ URGENCIAS 2010

La distribución de las urgencias según derechohabiencia muestra mayor frecuencia en las reportadas como ninguna con una prevalencia de 99.96 por cada cien usuarios atendidos.

DISTRIBUCION DE URGENCIAS ATENDIDAS SEGÚN GRUPO DE EDAD Y TIPO DE URGENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DR. JUAN GRAHAM CASASUS 2010

GRUPO DE EDAD	TIPO DE URGENCIA						TOTAL	
	URGENCIA CALIFICADA	%	URGENCIA NO CALIFICADA	%	APOYO A SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL	%	TOTAL GENERAL	%
NIÑOS (0-9 AÑOS)	1	.00	5	.02			6	0.03
ADOLESCENTES (10-19 AÑOS)	217	.91	1,510	6.34			1,727	7.25
ADULTOS (20 A 59 AÑOS)	2,374	9.97	13,186	55.35	2	.01	15,562	65.33
ADULTOS MAYORES (60 Y MAS AÑOS)	1,330	5.58	5,196	21.81			6,526	27.40
TOTAL	3,922	16.46	19897	83.53	2	0.01	23,821	100.00

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE URGENCIAS SEGÚN GRUPO DE EDAD Y TIPO DE URGENCIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DR. JUAN GRAHAM CASASUS 2010



Del total de urgencias atendidas durante el 2010, se observó que las urgencias no calificadas presentaron la mayor frecuencia en el grupo de edad de adultos de 20 a 59 años con una prevalencia de 55.35 por cada cien urgencias del total de urgencias atendidas durante ese año, seguidas por los adultos mayores de 60 y más años con una prevalencia de 21.81 por cien urgencias atendidas, en tercer lugar se encontraron las urgencias calificadas en los adultos de 20 a 59 años con una prevalencia de 9.97, en cuarto lugar las urgencias no calificadas en los adolescentes de 10 a 19 años con una prevalencia del 6.34, el resto se encuentra distribuido en menor proporción en las urgencias no calificadas en niños, y urgencias calificadas en niños, adolescentes ya adultos mayores, así como un mínimo en el apoyo a servicios de medicina general.

DISTRIBUCION DE URGENCIAS ATENDIDAS SEGÚN GRUPO DE EDAD Y MOTIVO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DR. JUAN GRAHAM CASASUS 2010

GRUPO DE EDAD	MOTIVO DE URGENCIA					TOTAL GENERAL	%
	S, ENVENENAMIENTO Y VIOLENCIA	MÉDICA	GINECO-OBSTÉTRICA	APOYO A SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL			
NIÑOS (0-9 AÑOS)		6				6	0.03
ADOLESCENTES (10-19 AÑOS)	46	1,679	2			1,727	7.25
ADULTOS (20 A 59 AÑOS)	258	15,289	13	2		15,562	65.33
ADULTOS MAYORES (60 Y MAS AÑOS)	63	6,459	4			6,526	27.40
TOTAL	367	23,433.0	19	2.00		23,821	100.0
		0					0
%	1.54	98.37	.08	.01		100.00	

FUENTE: DGIS CUBOS/ URGENCIAS 2010

Las urgencias atendidas durante el año en estudio mostro mayor prevalencia en las urgencias medicas de 98.37 por cien urgencias atendidas, seguido de una mínima proporción de los accidentes, envenenamiento y violencias (1.54), la atención gineco-obstetra (.08) y por último el apoyo a los servicios de medicina general (0.1).

DISTRIBUCION DE URGENCIAS ATENDIDAS SEGÚN GRUPO DE EDAD Y TIPO DE CAMA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DR. JUAN GRAHAM CASASUS 2010

GRUPO DE EDAD	TIPO DE CAMA			TOTAL GENERAL	%
	CAMA DE OBSERVACION	CAMA DE CHOQUE	SIN CAMA		
NIÑOS (0-9 AÑOS)	1		5	6	0.03
ADOLESCENTES (10-19 AÑOS)	222		1,505	1,727	7.25
ADULTOS (20 A 59 AÑOS)	2,417	24	13,121	15,562	65.33
ADULTOS MAYORES (60 Y MAS AÑOS)	1,342	15	5,169	6,526	27.40
TOTAL	3,982	39.00	19800	23,821	100.00
%	16.72	0.16	83.12	100.00	

FUENTE: DGIS CUBOS/ URGENCIAS 2010

La urgencias durante el 2010 en el Hospital de alta especialidad Dr. Juan Graham Casasús muestran un la elevada frecuencia en la atención sin camas con una prevalencia de 83.12 por cien urgencias atendidas seguida en menor proporción por los que se atendieron en camas de observación con una prevalencia de 16.72,

y por último en un mínimo los que se atendieron en cama de choque con una prevalencia de 0.16 por cien urgencias atendidas.

DISTRIBUCION DE URGENCIAS ATENDIDAS SEGÚN GRUPO DE EDAD Y ENVÍO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DR. JUAN GRAHAM CASASUS 2010

GRUPO DE EDAD	ENVIADO A							TOTAL	
	HOSPITALIZACIÓN	CONSULTA EXTERNA TRASLADO A OTRA UNIDAD	DOMICILIO SALE POR DEFUNCIÓN	SALE POR FUGA SALE POR VOLUNTAD PROPIA				TOTAL GENERAL	%
NIÑOS (0-9 AÑOS)	1		5					6	0.03
ADOLESCENTES (10-19 AÑOS)	223	1	1,503					1,727	7.25
ADULTOS (20 A 59 AÑOS)	2,422	6	17	13,109		1	7	15,562	65.33
ADULTOS MAYORES (60 Y MAS AÑOS)	1,348	1	9	5,165	1		2	6,526	27.4
TOTAL	3,994	8	26	19,782	1	1	9	23,821	100
%	16.77	0.03	0.11	83.04	0.004	0.004	0.004	100	

FUENTE: DGIS CUBOS/ URGENCIAS 2010

Posterior a la atención en el servicio de urgencias, el envío de las personas atendidas se caracterizó durante el 2010 en su mayoría por envío a su domicilio en con una prevalencia de 83.04 por cien urgencias, seguido de los que pasaron al área de hospitalización con una prevalencia de 16.77, el resto se distribuyó en menor frecuencia entre los que se trasladaron a otra unidad (0.11), los que salieron por alta voluntaria (0.04), los que se refirieron a la consulta externa (0.03), los que salieron por defunción (0.004) y por fuga (0.004).

4.3 PREVALENCIA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE PADECIMIENTO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCION EN URGENCIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DR. JUAN GRAHAM CASASUS 2010

NO	DIAGNOSTICO	CASOS	%
1	E11 Diabetes mellitus no insulino dependiente	1505	6.3
2	R10 Dolor abdominal y pélvico	1063	4.5
3	I10X Hipertensión esencial (primaria)	1006	4.2
4	A09X Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	932	3.9
5	N18 Insuficiencia renal crónica	807	3.4
6	J45 Asma	710	3.0
7	N39 Otros trastornos del sistema urinario	686	2.9
8	T14 Traumatismo de regiones no especificadas del cuerpo	611	2.6
9	K58 Síndrome del colon irritable	598	2.5
10	K29 Gastritis y duodenitis	586	2.5
11	R50 Fiebre de otro origen y de origen desconocido	517	2.2
12	N23X Cólico renal, no especificado	496	2.1
13	K81 Colecistitis	461	1.9
14	T00 Traumatismos superficiales que afectan múltiples regiones del cuerpo	396	1.7
15	M54 Dorsalgia	388	1.6
16	M93 Otras osteocondropatías	379	1.6
17	J44 Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	357	1.5
18	K80 Colelitiasis	348	1.5
19	E14 Diabetes mellitus, no especificada	346	1.5
20	Z48 Otros cuidados posteriores a la cirugía	328	1.4
	Demás causas	11,301	47.4
	TOTAL	23,821	100.0

FUENTE: DGIS CUBOS/ URGENCIAS 2010

Dentro de los principales padecimientos atendidos en urgencias en el hospital de alta especialidad Dr. Juan Graham Casasús durante el 2010, se encuentra en primer lugar la Diabetes Mellitus representando por una prevalencia de 6.3 por cien usuarios atendidos, en segundo lugar se encontraron las atenciones por Dolor abdominal y pélvico con una prevalencia de 4.5 por cien urgencias, seguido de la Hipertensión Arterial con prevalencia de 4.2 por cien urgencias, las diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso ocupan el cuarto lugar con una prevalencia del 3.9 por cien usuarios atendidos en urgencias, y la insuficiencia renal crónica ocupa el quinto lugar con un 3.4 por cien urgencias atendidas..

PREVALENCIA DE URGENCIAS ATENDIDAS POR DIABETES MELLITUS NO INSULINO DEPENDIENTE E HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DR. JUAN GRAHAM CASASUS 2010

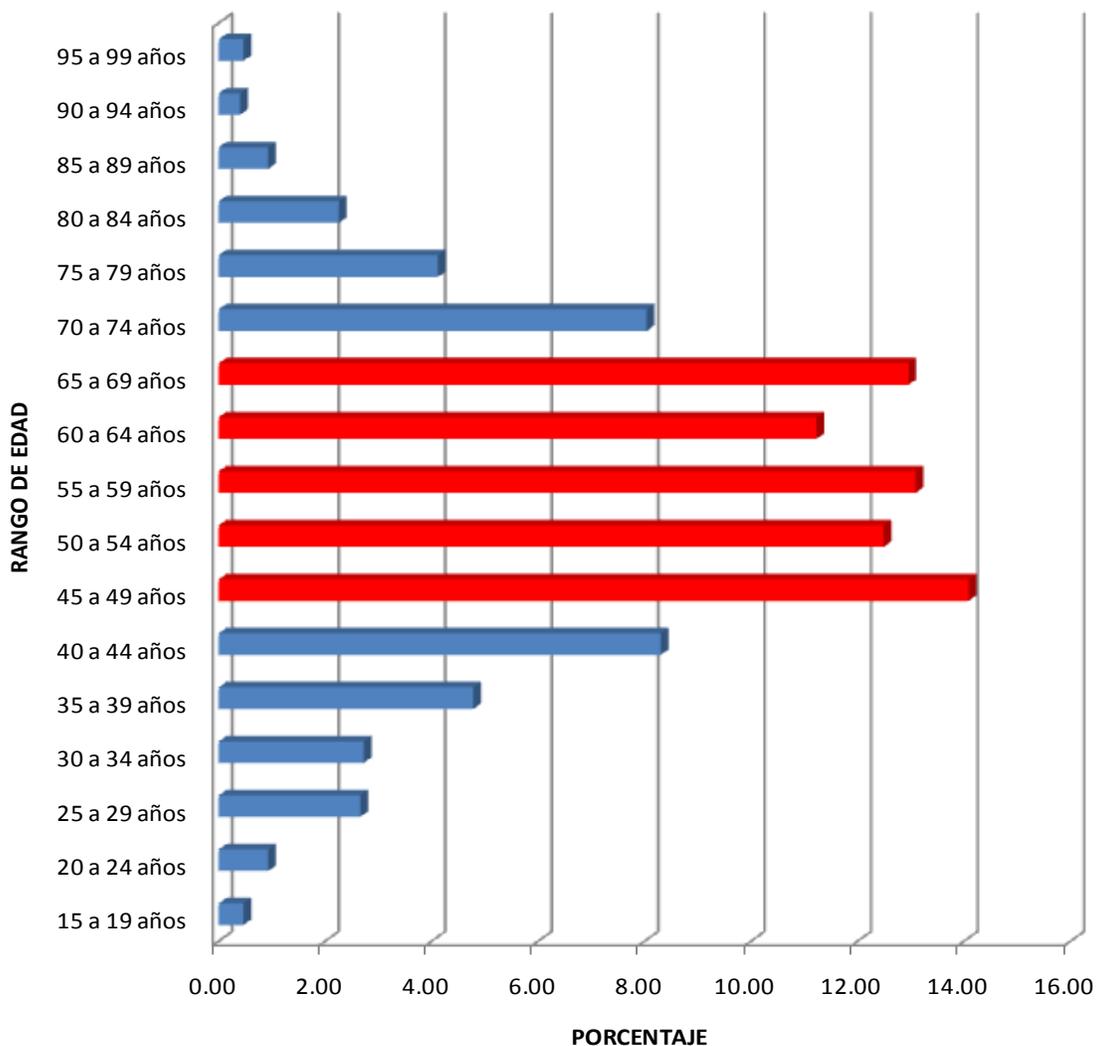
GRUPO DE EDAD	DIABETES MELLITUS		HIPERTENSION ESENCIAL		TOTAL	
	FREC	PREVALENCIA	FREC	PREVALENCIA	Total	PREVALENCIA
NIÑOS (0-9 AÑOS)	1	0.00	0	0.00	1	0.00
ADOLESCENTES (10-19 AÑOS)	7	0.03	3	0.01	10	0.04
ADULTOS (20 A 59 AÑOS)	889	3.73	608	2.55	1497	6.28
ADULTOS MAYORES (60 Y MAS AÑOS)	608	2.55	395	1.66	1003	4.21
Total general *	1,505	6.32	1,006	4.22	2,511	10.54
TOTAL DE URGENCIAS ATENDIDAS 2010 *			23,821			

FUENTE: DGIS CUBOS/ URGENCIAS 2010

Dentro de las atenciones por enfermedades crónico-degenerativas se encontró la diabetes mellitus no insulino dependiente, donde el grupo de adultos de 20 a 59 años muestra la prevalencia más alta 3.73 por cien usuarios atendidos en urgencias, seguido de los adultos mayores con una prevalencia del 2.55 por cien atendidos en urgencias en el 2010, el resto en los demás grupos de edad.

En el caso de la Hipertensión la mayor prevalencia se mostro en el grupo de 20 a 59 años con 60.44 por cien hipertensos atendidos en urgencias, seguida del grupo de adultos mayores de 60 y mas años con una prevalencia de 39.26, por ultimo en adolescentes de 10 a 19 años con una prevalencia de 0.30.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE URGENCIAS POR DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DR. JUAN GRAHAM CASASUS 2010



FUENTE: DGIS CUBOS/ URGENCIAS 2010

En el cuadro anterior se muestran los porcentajes correspondientes a los distintos grupos etarios(quinquenales) en los que se agrupo el diagnóstico de Diabetes Mellitus no insulino dependiente asistido en urgencias en el Hospital Dr. Juan Graham Casasus durante el 2010, observándose mayor frecuencia en el grupo de 45 a 49 años manteniéndose hasta el grupo de 65 a 69 años.

PREVALENCIA DE URGENCIAS ATENDIDAS POR INSUFICIENCIA RENAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DR. JUAN GRAHAM CASASUS 2010

GRUPO DE EDAD	INSUFICIENCIA RENAL	
	FREC	PREV
NIÑOS (0-9 AÑOS)	0	0.00
ADOLESCENTES (10-19 AÑOS)	11	0.05
ADULTOS (20 A 59 AÑOS)	522	2.19
ADULTOS MAYORES (60 Y MAS AÑOS)	274	1.15
Total general *	807	3.39

TOTAL DE URGENCIAS ATENDIDAS 2010 * 23,821

FUENTE: DGIS CUBOS/ URGENCIAS 2010

En la distribución de atención en urgencias por insuficiencia renal se observa en una prevalencia de 2.19 por cien urgencias atendidas en el hospital en el grupo de adultos de 20 a 59 años, siendo este el grupo de mayor prevalencia seguido de los adultos mayores de 60 años y más con una prevalencia de 1.15, por ultimo en el grupo de los adolescentes se observo una prevalencia de 0.05 por cien urgencias atendidas.

PREVALENCIA DE URGENCIAS ATENDIDAS POR GASTRITIS Y DUODENITIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DR. JUAN GRAHAM CASASUS 2010

GRUPO DE EDAD	INSUFICIENCIA RENAL	
	FREC	PREV
NIÑOS (0-9 AÑOS)	0	0.00
ADOLESCENTES (10-19 AÑOS)	81	0.34
ADULTOS (20 A 59 AÑOS)	388	1.63
ADULTOS MAYORES (60 Y MAS AÑOS)	117	0.49
Total general *	586	2.46

TOTAL DE URGENCIAS ATENDIDAS 2010 * 23,821

FUENTE: DGIS CUBOS/ URGENCIAS 2010

La distribución de los pacientes atendidos por gastritis y duodenitis por grupos de edad muestra su mayor prevalencia en el grupo de adultos de 20 a 59 años con 1.63 de cien urgencias atendidas, seguida de los adultos mayores con una

prevalencia de 0.49 por cien usuarios atendidos en urgencias, y en los adolescentes una prevalencia de 0.34 por cien urgencias atendidas en el 2010.

**PREVALENCIA DE URGENCIAS ATENDIDAS POR ASMA EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DR. JUAN
GRAHAM CASASUS 2010**

GRUPO DE EDAD	INSIFICIENCIA RENAL	
	FREC	PREV
NIÑOS (0-9 AÑOS)	0	0.00
ADOLESCENTES (10-19 AÑOS)	52	0.22
ADULTOS (20 A 59 AÑOS)	519	2.18
ADULTOS MAYORES (60 Y MAS AÑOS)	139	0.58
Total general *	710	2.98

TOTAL DE URGENCIAS ATENDIDAS 2010 * 23,821

FUENTE: DGIS CUBOS/ URGENCIAS 2010

La atención en urgencia por asma durante el 2010 se presento en mayor frecuencia en el grupo de adultos de 20 a 59 años con una prevalencia de 2.18 por cien urgencias atendidas, seguido de los adultos mayores de 60 y mas años con una prevalencia de 0.58 por cien urgencias, y por último los adolescentes de 10 a 19 años con una prevalencia de 0.22.

CAPITULO V

DISCUSION

Uno de los problemas serios es el retraso en la atención médica de Urgencias adultos, por lo que es importante conocer cuáles son los padecimientos más frecuentes en los servicios de urgencias con el fin de conocer la morbilidad de la población que ha ido cambiando con la transición demográfica en los últimas décadas.

En el servicio de urgencias del hospital de Alta Especialidad “Dr Juan Graham Casarus” concordamos que es similar el porcentaje de consultas entre el sexo femenino y masculino siendo ligeramente mayor en el primero y que es similar al trabajo realizado en Instituto de ciencias medicas de la Habana por Juan Carlos sanchez y de predominio en el grupo menor de 60 años. De igual manera el grupo que acude mayormente es el comprendido entre 20 a 59 años.

Como se ha reportado en trabajos previos en la Universidad de Univalle Cochabamba Bolivia las urgencias reales no superan el 20%, similar a lo reportado por Quizama y Cols en un hospital infantil con 22%, en nuestra revision fue inferior a lo reportado en la literatura con el 16%.

Los principales padecimientos por lo que acuden a la consulta de urgencias son similares a los reportados en la literatura, correspondiendo el primer lugar a la diabetes mellitus, 3er lugar a la hipertensión arterial sistémica y la insuficiencia renal crónica en 5to lugar. No coincide con el trabajo realizado en el Hospital de la Obrera Metalurgia de Argentina, ya que ahí las enfermedades crónicas degenerativas no figuraron como las principales causas.

Sánchez Padilla y Cols. en la Habana, reportaron como la principal causa de atención de urgencias a la hipertensión arterial sistémica aunque con porcentajes muy elevados, en nuestra revisión esta patología ocupó el tercer lugar con una prevalencia de 4.2 por cien. De igual manera Juan Carlos Llibre y Cols en la Habana en 2007 reportaron a la HAS como la más prevalente y la Diabetes Mellitus en 3er lugar.

Rojas Revoredo V en Perú reportó que las enfermedades infecciosas fueron las principales causas de atenciones en mayores de 60 años y el EVC la segunda causa, en nuestra revisión es similar ya que las infecciones gastrointestinales ocuparon el segundo lugar en prevalencia, pero el EVC no figura entre las principales 20 patologías más prevalentes.

5.1 CONCLUSIONES:

-Se mantienen como primeras causas de atención en el servicio de urgencias las enfermedades crónico degenerativas.

-En nuestra investigación se encontró que solo en 16% son urgencias reales y ameritaron su hospitalización.

-La Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial sistémica ocupan el primero y tercer lugar de consulta en un servicio de urgencias del hospital en estudio.

-La Insuficiencia Renal Crónica ocupó el 5to lugar, como resultado de la afección terminal por DM e Hipertensión Arterial o ambas.

-Existe un subregistro de la cardiopatía isquémica, los accidentes vasculares cerebrales, neumonías y cáncer, patologías de gran prevalencia a nivel mundial y nacional, con resultados poco significativos en la revisión estatal.

-Por otra parte no se reporta síndrome demencial, que tiene una prevalencia en algunos estudios a nivel mundial del 12%.

5.2 RECOMENDACIONES

- Continuar perfeccionando el método de recogida de la información estadística.
- Mantener el estudio comparativo para analizar las tendencias de las causas de atenciones.
- Sistematizar la aplicación de protocolos asistenciales definidos.

Deben desarrollarse protocolos geriátricos, aumentar el personal capacitado en evaluación geriátrica ya que el 27.31% de las consultas fueron adultos mayores aunque solo en 5.8% ameritaron internamiento, y que este grupo etáreo es el que mayor comorbilidades presenta, diabetes, hipertensión, cardiopatía isquémica, etc.

- Implementar unidades específicas para atender patologías crónicas degenerativas y disminuir con ello la carga asistencial en urgencias.
- Se justifica que especialistas en medicina interna atiendan los pacientes hospitalizados en urgencias, el internamiento es del 16%.

BIBLIOGRAFIA

1. Aguilar-Salinas CA, Mehta R, Rojas R, Gomez-Perez FJ, Olaiz G, Rull JA. Management of the metabolic syndrome as a strategy for preventing the macrovascular complications of type 2 diabetes: controversial issues. *Curr Diab Rev* 2005;1:145-158.
2. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases. 2010. Available from: http://www.who.int/chp/ncd_global_status_report/en/3.
3. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. [Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges.](#) *Lancet*. 2011 Jun 4;377(9781):1949-61. Epub 2011 May 9.
- 4.- **K.M. Venkat Narayan, M.D., Mohammed K. Ali, M.B., Ch.B., and Jeffrey P. Koplan, M.D., M.P.H. Global Noncommunicable Diseases — Where Worlds Meet. *N Engl J Med* 2010; 363:1196-1198 **September 23, 2010****
5. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. [Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030.](#) *Diabetes Res Clin Pract*. 2010 Jan;87(1):4-14. Epub 2009 Nov 6.
6. [Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J](#) Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. *J Hypertens*. 2004 Jan;22(1):11-9.
7. [Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J](#). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005 Jan 15-21;365(9455):217-23.
8. [Gaziano TA, Bitton A, Anand S, Abrahams-Gessel S, Murphy A](#). Growing epidemic of coronary heart disease in low- and middle-income countries. . *Curr Probl Cardiol*. 2010 Feb;35(2):72-115.
9. **FUENTE: INEGI. Censo de población y vivienda 2010**
10. [Tapia-Conyer R, Kuri-Morales P, Alegre-Díaz J, Whitlock G, Emberson J, Clark S, Peto R, Collins R](#). Cohort profile: the Mexico City Prospective Study. *Int J Epidemiol*. 2006 Apr;35(2):243-9. Epub 2006 Mar 23.
11. **Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Villalpando S, Rodríguez-Gilabert C, Durazo-Arvizú R, Aguilar-Salinas CA. Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud Publica Mex* 2010;52 suppl 1:S63-S71.**
12. [Meaney E, Lara-Esqueda A, Ceballos-Reyes GM, Asbun J, Vela A, Martínez-Marroquín Y, López V, Meaney A, de la Cabada-Tamez E, Velázquez-Monroy O, Tapia-Conyer R](#). Cardiovascular risk factors in the urban Mexican population: the FRIMEX study. *Public Health*. 2007 May;121(5):378-84. Epub 2007 Feb 9.
- 13.-Marín Larraín, Pedro Paulo. Envejecimiento Saludable. Centro de Geriatria y Gerontología. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/deptos/centrogeriatria.com>
- 14.-Estimaciones de CONAPO en base al XII censo poblacional y Vivienda 2000.
- 15.-Fuente: INEGI Censo Poblacional y Vivienda 2010
- 16.-Principales Causas de Mortalidad, Sistema estadístico y epidemiológico de Defuncion 2009 (Tabasco)

- 17.-Principales Causas de Morbilidad en Tabasco 2006. Sistema Unico de Informacion y Vigilancia Epidemiologica SUIVE.
18. Global Burden of Diseases 2008: World Health Organization.
19. CDC. Deaths: Leading Causes for 2002. National Vital Statistics Reports 2005; 53(17).
20. Kochanek KD, Murphy SL, Anderson RN, Scott C. Deaths: Final data for 2002. National vital statistics reports; vol 53 no 5. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics; 2004.
21. Heart Disease and Stroke Statistics—2006 Update. American Heart Association; 2005.
22. Death and strokes. Fact sheet. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Media relation Press Release. May, 2002. Disponible en: <http://CDC Media Relations/Press Release.com>
23. CDC Report Finds Significant Differences in stroke Prevalence among U.S. States and Territories. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Media relation Press Release. May, 2007.
24. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT, Roccella EJ, and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7^o Report. JAMA.289: 2560-2572; 2003.
25. Justo Roll, Iván et. al. Hipertensión arterial en el cuerpo de guardia de un policlínico principal de urgencia. Rev Cubana Med Gen Integr v.17 n.6 Ciudad de La Habana nov.-dic. 2001
26. M. Michelson, Roberto. Hipertensión arterial en el anciano. Conferencia. Primer Congreso Virtual de Cardiología. Octubre 1 de 1999 - marzo 31 de 2000. Disponible en: <http://pcvc.sminter.com.ar/cvirtual.com>
27. Bendersky, Mario. Kuschmir, Emilio. Breglia, Raúl. Hipertensión Arterial en ancianos. Rev Fed Arg Cardiol 27: 163-171, 1998
28. Recomendaciones para la detección y el Tratamiento del anciano con Hipertensión Arterial. Documento de consenso de la Sociedad Española de Hipertensión Arterial/ Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial/ Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Sociedad Española de Medicina Geriátrica y Sociedad Española de nefrología. 2007. Disponible en: <http://www.seh-lelha.org>
29. La genética influye en la variabilidad de los valores de presión arterial. Sístole. Mar, 2002. Sum: 9- 10.
30. Kannel WB, Cobb J. Framingham Study: Risk Factors in the Cohort Aged 65 and Older. En: B Lewis, M Mancini and E Farinero Ed. Prevention of Cardiovascular Heart Disesease in the elderly. London: Current Medical Literature; 1991, p. 3-18.
31. Kannel WB, Wolf PA, McGee DL y col: Systolic blood pressure, arterial rigidity, and risk of stroke: The Framingham Study. JAMA 245: 1225, 1981.
32. Suárez C, Gabriel R. Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Cardiovascular risk factors (4):239-246; 2000 julio.9.

33. Pistelli R, Lange P y Miller DL. Determinantes de Pronóstico de EPOC en los Ancianos: Hipersecreción de Mucus, Infecciones, Comorbilidad Cardiovascular. *European Respiratory Journal* 21 (Suppl. 40):10s-14s, 2003.
34. Orueta Sánchez, Ramón. Infecciones respiratorias. Manual terapéutico del Anciano. Gerencia de Atención primaria de Toledo. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Disponible en: <http://clientes.spainconsulting.com/sefh/manuales/manualterapeutico.com>
35. Velázquez, Lidia. Asma en el Geronte. Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica. Enfoques. Pág: 9- 12.
36. Pino Repetto, Jorge. Neumonía en el senescente. *Rev Med Int. Concepción-Chile*. vol. 1 N° 1997.
37. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Epidemiología. Programa Nacional de Control de IRA en el Cuadro Epidemiológico Nacional. MINSAP, 2000.
38. Roxana Maturana R. Neumonía adquirida en la comunidad. *Rev Med Int Concepción- Chile*. vol. 1 n° 2 .1997.
39. Stamm WE, Urinary tract infection. *Infect Dis North Am* 2003; 17: 227-471.
- 40.-[Torrico Espinoza Luis](#), [Camacho Terrazas Jorge A](#). **Identificación de patologías prevalentes en el Servicio de Emergencias del Hospital Universitario UNIVALLE, gestión 2005** *Rev Inv e Info Salud* 2006; 2(4) : 17-21
- 41.-www.portalesmedicos.com/.../Incidencia-de-las-patologias-atendidas en mayores de 50 años en el servicio de urgencias. Autor Luis Manuel Padilla.
- 42.-Neri Moreno María del Carmen, Quizaman Martínez Rocio. *Padecimientos mas frecuentemente atendidos en el servicio de urgencias pediátricas en un hospital de tercer nivel. Revista de la Facultad de Medicina UNAM. Vol 51, No 001 (2008).*
- 43.-Libre Guerra, Juan Carlos; Guerra Hernández, Milagros A; Perera Miniet, Elianne. **Título:** Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores / Behavior of non-communicable chronic diseases in older adults **Fonte:** [Rev. cuba. med. gen. integr](#);24(4), oct.-dic. 2008.
- 44.-www.ilustrados.com. Morbimortalidad en el cuerpo de Guardia principal, municipio de Jaruco 2004-2005. Dr Carlos Manuel Sanchez Vazquez.
- 45.-Rojas Revoredo Veronica. Morbilidad y mortalidad del adulto mayor en un servicio de medicina interna de un hospital general de Peru. *Rev.Peru, epidemiol*, 2010;14(2)
- 46.-Marina Rojo, Analía Sauro y Marina Ridao. **Motivos de consulta de adultos mayores en un servicio de urgencias.Unión Obrera Metalúrgica. Año 2007** Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos aires.
- 47.-[López Suárez, Alejandro](#); [Elvira González, Javier](#); [Beltrán Robles, Manuel](#); [Alwakil, Michael](#); [Saucedo, Juan Manuel](#); [Bascuñana Qirell, Antonio](#); [Barón Ramos, Miguel A](#); [Fernández Palacín, Fernando](#). Prevalencia de obesidad, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y síndrome metabólico en adultos mayores de 50 años de Sanlúcar de Barrameda *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:1150-8. - vol.61 núm 11.