



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Posgrado
Subdivisión de Especialidades Médicas**

**SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

TESIS:

“Factores asociados a ausentismo a la consulta de Geriatría en un Hospital de tercer nivel”

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIZACIÓN EN GERIATRÍA

**QUE PRESENTA:
JUAN PABLO NEGRETE NAJAR**

**ASESOR DE TESIS:
DRA. ANA PATRICIA NAVARRETE REYES**

CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO, NOVIEMBRE 2017



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.



Dr. Sergio Ponce de León Rosales

Director de Enseñanza

INCMNSZ



INCMNSZ
INSTITUTO NACIONAL
DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"DR. SALVADOR ZUBIRAN"
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA
México, D.F.

* Tesis Juan P. Negrete



Dra. Ana Patricia Navarrete Reyes

Médico Adscrito de la Clínica de Geriatría

Asesor de Tesis

INCMNSZ



Dr. José Alberto Ávila Funes

Jefe de Geriatría

INCMNSZ

ÍNDICE

4.- Agradecimientos

5.- Resumen

6.- Abstract

14.- Planteamiento del Problema

15.- Justificación

16.- Pregunta de investigación, objetivos e hipótesis

17.- Material y métodos

21.- Consideraciones éticas

22.- Resultados

24.- Discusión

29.- Conclusiones

30.- Referencias

36.- Tabla 1

39.- Tabla 2

40.- Tabla 3

AGRADECIMIENTOS

A mi madre que pasó muchos años lejos de su hogar para apoyarme en mi preparación. Su apoyo incondicional ha sido a lo largo de mi vida el principal motor para seguir adelante y hacer las cosas lo mejor posible.

A mi padre que nunca escatimó en palabras de aliento para que me esforzara.

A mi novia que en todas las noches de desvelo me acompañó, dio ánimos y escuchó mis quejas ilimitadas con cariño y paciencia.

A la Dra. Paty por ser un ejemplo a seguir y por la paciencia y dedicación que tuvo conmigo para la realización de este trabajo.

Al Dr. Ávila Funes por el apoyo y ayuda incondicional a lo largo de mi residencia.

A mis amigos: Ichi, Daniel, Chiquilin, Mafer, Roy, Juan Esteban, Carolina, Natalia, Daniela, Ana Dayra e Itamar por su gran ayuda a pesar de tener sus propios pendientes y trabajos a realizar; y a Pedrito por el apoyo presencial.

“Factores asociados a ausentismo a la consulta de Geriátría en un Hospital de tercer nivel”

RESUMEN

Introducción: El ausentismo a la consulta externa depende de características sociales y ambientales así como de factores propios del paciente. Identificar dichos factores, ayudará a diseñar intervenciones que disminuyan el ausentismo, incrementado así la eficiencia de atención, y mejorando los costos y desenlaces.

Objetivo: Identificar los factores asociados con el ausentismo a la consulta externa en un servicio de geriatría.

Metodología: Estudio transversal de 2133 citas a consulta de geriatría, de un hospital de tercer nivel, durante el 2016. Se evaluaron las características socio demográficas, ambientales, de salud y funcionales, según lo referido en el expediente clínico, así como la presencia de ausentismo. Se construyeron modelos de regresión logística multivariada para identificar los factores asociados.

Resultados: La media de edad de los pacientes citados fue de 82.2 años (DE 7.16), y 70.4% fueron mujeres. El ausentismo fue del 28.87% (n=616). El diagnóstico de demencia (OR 1.401, p=.024), la modalidad de consulta de cognición (OR .651, p=.017), la programación en turno matutino de consulta (OR .724, p=.026), el número de fármacos (OR .948, p=.005) y el puntaje en el índice de Katz (OR .879, p<.001) estuvieron estadística e independientemente asociados con el ausentismo.

Conclusiones: El diagnóstico de demencia se asoció con mayor riesgo de ausentismo, mientras que estar citado a consulta de cognición, estar citado en horario matutino, mayor puntaje de Katz y un mayor número de fármacos tuvieron una asociación inversa con la probabilidad de faltar. Identificar los factores asociados a ausentismo podría permitir establecer estrategias para su disminución.

ABSTRACT:

Introduction: Non-attendance to outpatient clinics is related to social and environmental factors as well as to patients' characteristics. Identifying such factors, could help design interventions aimed at lowering non-attendance rates thus, improving efficacy, costs and patients' outcomes.

Objective: To identify factors associated with non-attendance in a geriatric outpatient clinic.

Methods: Cross-sectional study of 2133 appointments to a geriatric outpatient clinic, in a third level hospital, during 2016. Sociodemographic, environmental, functional and health-related factors were assessed as per the electronic clinical file. Non-attendance was also investigated. Multivariate logistic regression analysis were carried out in order to identify factors associated with non-attendance.

Results: Mean age was 82.2 years (SD 7.16), and 70.4% of participants were female. Non-attendance rate was 28.87% (n=616). A diagnosis of dementia (OR 1.401, p=.024), having an appointment to the cognitive disorders clinic (OR .651, p=.017), morning-scheduled appointments (OR .724, p=.026), the number of medications (OR .948, p=.005), and the score on the Katz index (OR .879, p<.001) were significantly and independently associated with non-attendance.

Conclusions: The diagnosis of dementia was associated with greater risk of non-attendance, while having an appointment to the cognitive disorders clinic, morning scheduled appointments, higher scores on the Katz index and higher number of medications were inversely associated with the probability of non-attendance. Identifying factors associated with non-attendance, may allow the implementation of interventions designed to lower it.

MARCO TEÓRICO

El acceso oportuno a la asistencia sanitaria y la satisfacción de los pacientes son marcadores reconocidos de la calidad de la atención (Shrestha 2016). La inasistencia a consultas médicas se considera un indicador de ineficiencia en los servicios de salud así como de pérdida de recursos, que a su vez se traduce en un factor de riesgo para la propia salud de los pacientes. La inasistencia de los pacientes a sus citas programadas en consultas externas representa un problema en las organizaciones sanitarias, pues supone una infrautilización de los recursos humanos y materiales destinados a dicha asistencia, un esfuerzo adicional en la reprogramación de citas, un coste de oportunidad en los recursos y servicios destinados (Rebolledo 2014; Jabalera 2015).

Los pacientes que no acuden a sus consultas generan pérdidas económicas y de productividad, que van desde el aumento de las listas de espera, la disminución de la accesibilidad y el incremento de la morbilidad. Las razones del incumplimiento de las citas programadas son complejas y sus causas precisan un análisis exhaustivo para poder introducir en su gestión aquellas medidas correctoras encaminadas a minimizar el problema (Jabalera 2015). La identificación de los factores asociados al ausentismo de la consulta, puede ayudar a diseñar e implementar intervenciones que mejoren la asistencia a los servicios médicos y con ello mejorar la eficiencia de atención, disminuir costos y mejorar los desenlaces de los pacientes (Shrestha 2016).

Las citas perdidas son una de las principales causas de la ineficiencia en la prestación de asistencia sanitaria, con importantes costes monetarios para los sistemas de salud, y retrasos en el diagnóstico y el tratamiento para el paciente que no asiste (George 2003).

La inasistencia de pacientes a sus consultas, ya sea por no presentarse o por cancelación, son un problema recurrente y ocasionan disminución de la calidad en el servicio de los pacientes que si acuden, esto ocasiona disminución de la

productividad, citas nuevas y reprogramaciones a largos plazos, dificultad para asignar adecuadamente al personal de salud y además, puede socavar la relación médico-paciente (Creps 2017; Norris 2014).

Las cifras de ausentismo de la consulta varían entre el 5 al 55%, y cambian según sea consulta de primer contacto o de especialidad. El porcentaje de ausentismo internacional para el primer nivel de atención es de 5-10%, sin embargo, para la consulta de especialidad es mayor (Molfenter 2013). Se ha sugerido que el ausentismo generalmente es multifactorial, y en múltiples estudios se refieren distintos motivos tales como: relación negativa entre el personal del centro sanitario y los pacientes, percepción del paciente sobre su enfermedad y la experiencia que han tenido con el tratamiento, olvidos, errores administrativos, problemas de transporte para llegar al sitio de consulta, inhabilidad para cancelar la consulta, tiempos de espera, edad del paciente entre otros (Akter 2014; Pereira 2016).

Ya desde 1980, Inui y colaboradores, en una revisión extensa de la literatura de la época, encontraron que hay múltiples causas para la ausencia del paciente en su consulta, incluyendo características demográficas, sociales, ambientales, de acceso, de las instalaciones del proveedor de salud y del mismo médico; como motivos cualitativos de su falta, comúnmente se mencionó olvido de la cita, no haber entendido las indicaciones del médico o el personal administrativo para reagendar la cita (Deyo 1980). También se ha descrito como con cada consulta subsecuente, la probabilidad de ausentismo va incrementándose, con un 25% de probabilidad de faltar a la 3er consulta programada (Creps 2017).

En cuanto a características ambientales y sociales, han sido también múltiples las que se han asociado, destacando el nivel socio económico, la raza o etnia del paciente, la distancia desde la casa de la persona al hospital o clínica y el haber tenido faltas previas. Estos datos se han encontrado en estudios con bastantes sujetos, como los realizados por Dove en E.U.A. o Lee en Singapur (Dove 1981;

Lee 2005). A pesar de ser poblaciones muy distintas entre si, y haber casi 20 años de separación entre los dos estudios, las observaciones mencionadas fueron comunes. Sin embargo, en cada población hay ciertas características propias que podrían influenciar el ausentismo.

Las características mencionadas, parecen ser altamente contextuales tanto en términos del tipo de proveedor y el tipo de salud así como en términos de normas y valores sociales. En general, la naturaleza de la falta de asistencia a consulta externa parece depender del tipo de servicio de salud prestado (Blaer 2016).

Un ejemplo de esto, es el estudio de Kheirkhah y colaboradores, en una cohorte de varias clínicas de los Servicios de salud de Veteranos en E.U.A. reportó que la tasa media de ausentismo fue del 18,8% en 10 clínicas siendo la más alta en consultas de subespecialidad, la consulta con más ausentismo fue Ginecología y la que tuvo menos faltas fue Geriátrica. En dicho estudio la tasa de no presentación se mantuvo en un nivel elevado a pesar del uso de recordatorios por teléfono. A pesar de que la clínica de Geriátrica fue la de menor ausentismo, se observó que los pacientes adultos mayores, en general, tenían un mayor ausentismo a las consultas en comparación con los pacientes de atención primaria en general. Los factores potenciales que causan mayor no presentación en los ancianos pueden incluir edad, estado de salud, estado de jubilación y dificultad con el transporte (Kheirkhah 2016).

Este ausentismo del adulto mayor a consulta, se observó también en un estudio cualitativo realizado en China, en el que se reportó que de 831 pacientes que no acudieron a consulta, 62,3% tenían 60 años o más, y como motivos para su ausencia se reportaron; dificultad para cumplir con múltiples citas, bajo nivel de alfabetización, desconocimiento de la reserva de citas en la clínica, barreras físicas y comorbilidades, restricción familiar y financiera, restricción de tiempo debido a compromisos familiares y costes elevados de transporte (Hung 2015).

En una cohorte danesa, la falta de asistencia se asoció con el sexo masculino y la edad más joven del usuario, así como mayor distancia del sitio de residencia al hospital y la ausencia de buen transporte público (Blaer 2016).

Por otro lado, en un estudio de casos y controles realizado en España, se reportaron los siguientes motivos de ausentismo: 16,1 % desconocían la cita, 15,6 % tenían doble cita y acudieron a una de ellas en otra fecha; 15,1 % cancelaron su cita previamente sin ser retirados del registro de consulta y cita; 12,9 % olvidaron la cita; 12,9 % tuvieron algún imprevisto; 12,4 % se recuperaron de la enfermedad antes y otra misma cantidad estaba viaje (Pereira 2016).

En otro estudio español, siendo casos los pacientes ausentes de la consulta y controles los asistentes, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la edad, siendo superior en los controles (media: 55,7; DE: 16,9) que en los casos (media: 51,3; DE: 17,5). En una entrevista a los casos, 29,7% mencionaron como motivo de su falta el olvido y un 16% fallo en la comunicación entre el sistema sanitario y paciente. Un total de 170 casos (57,8%) solicitaron una nueva cita (Jabalera 2015).

En un estudio de una clínica de Gastroenterología en Arizona, E.U.A. la media de edad fue significativamente menor en los pacientes que faltaron a la consulta en comparación con los que acudían puntualmente (50.0 vs. 58.0 y, respectivamente; $P < 0.001$), además, los que faltaron eran pacientes que no tenían un médico de atención primaria de base o que lo visitaban en menor proporción que los pacientes que si acudían (80.2% vs. 92.5%, respectivamente; $P < 0.001$) (Shrestha 2016). En este estudio también encontraron que las personas con una cita agendada más de 9 días después de solicitarla, tenían más probabilidad de faltar a dicha cita. Por cada 10 días de espera, aumentó 14% la probabilidad de ausentismo.

En un grupo de pacientes referidos a una clínica psiquiátrica, los pacientes que estaban casados tenían el doble de probabilidad de cumplir con sus consultas en comparación con los solteros; este hallazgo se ha repetido también en clínicas de gastroenterología y ginecología (Shrestha 2016; Pillaj 2012; Krulee 1988).

Existe algo de información sobre que pacientes con estado cognitivo alterado o depresión tienen mayores tasas de ausentismo. Por ejemplo en el estudio de Mackin y Areán, los puntajes más bajos en las escalas *Geriatric Depression Scale* (GDS) y *Beck Anxiety Inventory* (BAI) fueron predictores independientes de que el paciente faltara a la próxima cita ($p=0.038$) (Mackin 2007). En un grupo de pacientes de Detroit, E.U.A. una puntuación menor a 21 puntos en el *Montreal Cognitive Assessment* se asoció a una mayor probabilidad de ausentismo en citas posteriores (Miller 2016).

En el caso de Latinoamérica, en estudio chileno se reportó que la mayor cantidad anual de inasistencias de pacientes a una consulta externa, fueron en dermatología, geriatría, medicina familiar y nutrición, y además, hubo una mayor tendencia al ausentismo en los meses de febrero, julio, noviembre y diciembre (Neal 2005).

En un grupo de pacientes del Reino Unido, más del 90% de los que faltaron a una cita consultaron posteriormente en el plazo de tres meses y de éstos casi el 60% consultó por el motivo de la consulta perdida. Las probabilidades de perder una cita disminuyeron con el aumento de la edad y fueron mayores entre los que habían perdido al menos una cita en los 12 meses anteriores. Las justificaciones de los pacientes para sus faltas fueron categorizadas por los autores en los siguientes rubros: «Malentendidos y errores», «enfermedad o circunstancias personales», «olvido» y «otros compromisos» (Neal 2005).

De manera alarmante, varios estudios que han analizado las causas de la inasistencia cifran los motivos evitables en torno al 56% (Morera 2002).

En el caso específico de una clínica de geriatría, en un estudio de casos y controles, González-Guerrero y colaboradores reportaron que los adultos mayores que habían faltado a sus consultas vivían más lejos del hospital ($31,3 \pm 33,68$ frente a $20,78 \pm 26,69$; $p = 0,05$), tenían peor situación funcional ($p = 0,045$); y presentaban mayor grado de deterioro cognitivo ($p = 0,04$). Las principales causas de falta de asistencia fueron: ingreso hospitalario (20,6%), olvido de la cita (16,5%), fallecimiento (13,4%) y falta de comunicación de la cita o del cambio (10,3%). Las enfermedades descritas como principales por los pacientes o cuidadores fueron (por orden decreciente de frecuencia): demencia, cardiopatía, hipertensión arterial, osteoartritis, diabetes y depresión. Un 36,1% de las citas fallidas ($n = 35$) correspondía a pacientes que acudían a la primera consulta. Tanto en el subgrupo de cita fallida como en el de cita control, el motivo de consulta fue en casi la mitad de los casos para estudio de deterioro cognitivo (el 20 frente al 37,1%), funcional (el 14,3 frente al 5,7%) o del estado general (el 14,3% en ambos) (González-Guerrero 2005).

Como métodos para disminuir el ausentismo a las consultas, se han intentado muchas estrategias, entre las que se han incluido recordatorios telefónicos, avisos por correo o cambios en la forma de agendar las citas.

Ejemplos de formas de agendar son “acceso abierto”, “programación secuencial” y “exceso de citas (overbooking)”. El primero los pacientes agendan su cita el mismo día que quieren ser atendidos o tan solo unos días antes, y demostró ser efectivo para disminuir el ausentismo en centros de poco volumen de pacientes (Al-Aomar 2012). En la programación secuencial se da la cita al paciente según un cálculo de la probabilidad de que falte en base a ausencias previas o características específicas (Zeng 2010). En el modelo con overbooking, se citan a dos pacientes a una misma posible cita, ambos con probabilidad de ausentismo, lo que ayuda a que haya menos tiempos muertos, pero podría ocasionar que dos pacientes se sobrepongan para el mismo servicio (Creps 2017).

En cuanto a los desenlaces adversos para la salud de pacientes que faltan a consultas, la principal información es de pacientes con VIH y diabetes. En el caso de VIH, el número de consultas perdidas se asoció a riesgo de muerte y los días perdidos entre cada cita, se asoció a la aparición de enfermedades defintorias de SIDA (Mugavero 2009; Park 2007; Zhang 2012). En esta población se repite la asociación inversa entre la edad y el ausentismo a la consulta, como en un estudio brasileño, y en ese mismo estudio, el ausentismo se asoció a mayor hospitalización y menor apego al HAART (Nagata 2015).

Los costos económicos del ausentismo a la consulta, son tan altos que se reportó en E.U.A. que equivalen al 3-14% del presupuesto anual del sistema de salud en Kansas City (Moore 2001).

Podemos ver la falta de asistencia como parte de una discusión más amplia sobre el acceso a la atención médica. Las citas perdidas reflejan problemas con el sistema de atención de salud existente, ya sea desde la perspectiva del paciente o del proveedor. Con el fin de mejorar la asistencia, se puede simplemente examinar la cuestión de la no asistencia de manera aislada y encontrar formas de mejorar las tasas de asistencia, o se puede ver en un sentido más amplio, reconociendo los múltiples factores que inciden en ello y buscar nuevas formas de trabajar a través de un enfoque más centrado en el paciente (George 2003).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las características del paciente que falta a consulta parecen ser altamente contextuales, tienen variación según el tipo de proveedor de servicios de salud, el tipo de consulta y además cambian según las normas y valores sociales de la población que sea estudiada. Los pacientes que no acuden a sus consultas generan pérdidas económicas y de productividad, que van desde el aumento de las listas de espera, la disminución de la accesibilidad y el incremento de la morbilidad (Pereira 2016).

Las citas perdidas son una de las principales causas de la ineficiencia en la prestación de asistencia sanitaria ocasionando costes monetarios para los sistemas de salud, retrasos en el diagnóstico y el tratamiento para el paciente que no asiste, retrasos en el diagnóstico y el tratamiento para el paciente que no obtuvo su cita (George 2003).

JUSTIFICACIÓN

Las razones del incumplimiento de las citas programadas son complejas y sus causas precisan un análisis exhaustivo para poder introducir en su gestión aquellas medidas correctoras encaminadas a minimizar el problema. Esto es particularmente relevante debido a la baja disponibilidad de médicos, enfermeras y servicios de salud en general.

Identificar las características particulares de los pacientes que faltan a la consulta de geriatría, podrá orientar a establecer medidas o estrategias para evitar su ausentismo, para ello, primero debemos saber a qué está asociado que falten.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe una asociación entre las características de salud, factores sociodemográficos y ambientales de los adultos mayores y la inasistencia a la consulta externa de geriatría?

OBJETIVO PRIMARIO

- Identificar las características de salud, factores sociodemográficos y ambientales asociadas con la inasistencia a la consulta externa del servicio de geriatría del INCMNSZ en el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2016.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Establecer la frecuencia de inasistencia en la consulta de geriatría y en cada una de sus modalidades
- Determinar si la funcionalidad se asocia a inasistencia

HIPÓTESIS

- Existe una asociación entre las características de salud, factores sociodemográficos y ambientales del paciente y la inasistencia a la consulta externa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Estudio transversal realizado de personas ≥ 60 años que acudieron a la consulta externa de geriatría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ).

Tamaño de muestra

Se utilizó una muestra por conveniencia.

Criterios de inclusión

1. Adultos mayores de 60 años y más
2. Pacientes ambulatorios citados a la consulta externa de geriatría del INCMNSZ, en cualquiera de sus modalidades, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2016 al 31 de diciembre del 2016
3. Que contaran con una nota médica disponible en el expediente electrónico del instituto.

Criterios de exclusión

1. Pacientes que cancelaron la cita a cualquiera de las consultas de geriatría.
2. Pacientes mal citados a cualquiera de las consultas de geriatría.

Criterios de eliminación

1. Pacientes sin datos clínicos disponibles en las notas o aquellos sin notas clínicas disponibles.

Procedimientos

El motor de búsqueda fue el registro de citas en el programa ehCOS, donde se encuentran disponibles todas las citas programadas y la asistencia a la consulta externa del INCMNSZ desde 2015. Se identificaron todos los pacientes citados a cualquiera de las modalidades de consulta de geriatría durante el periodo

comprendido entre el 1 de enero del 2016 y el 31 de diciembre del 2016 así como el ausentismo. También a través de este programa se consultaron las notas médicas de los pacientes incluidos.

Definición de variables

Variable Dependiente

Ausentismo, evento programado de consulta externa de geriatría, en cualquiera de sus modalidades, al que no haya asistido el paciente.

Variables independientes

- a) Las *variables sociodemográficas* incluyeron: edad (años, continua), sexo (cualitativa dicotómica), educación media o media superior (cualitativa dicotómica), presencia o no de pareja (cualitativa dicotómica), nivel socioeconómico alto (≥ 5 según la clasificación otorgada por trabajo social del INCMNSZ en la que a mayor sea el número, mayores recursos económicos tiene la persona, cualitativa dicotómica).
- b) *Factores ambientales*: temperatura máxima (continua) y temperatura mínima (continua) en grados centígrados según lo registrado en la CDMX el día de la consulta. También presencia o no de precipitación en la ciudad (cualitativa dicotómica).
- c) *Comorbilidades*: Se investigó el antecedente de múltiples comorbilidades incluyendo diabetes mellitus tipo 2 (DM2)(cualitativa dicotómica), hipertensión arterial sistémica (HAS)(cualitativa dicotómica), evento vascular cerebral (EVC)(cualitativa dicotómica), enfermedad renal crónica (ERC)(cualitativa dicotómica), hepatopatía (cualitativa dicotómica), dislipidemia (cualitativa dicotómica), cardiopatía isquémica (CI)(cualitativa dicotómica), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)(cualitativa

dicotómica), otras enfermedades pulmonares (cualitativa dicotómica), insuficiencia cardiaca congestiva (ICC)(cualitativa dicotómica), hipotiroidismo (cualitativa dicotómica), artritis reumatoide (AR)(cualitativa dicotómica), lupus eritematoso generalizado (LEG)(cualitativa dicotómica), cáncer (cualitativa dicotómica), enfermedad de Parkinson (cualitativa dicotómica), fibrilación auricular (FA)(cualitativa dicotómica), otras arritmias (cualitativa dicotómica), demencia (cualitativa dicotómica), fracturas (cualitativa dicotómica), osteoporosis (cualitativa dicotómica), enfermedad vascular periférica (cualitativa periférica), osteoartritis (OA)(cualitativa dicotómica), trombosis venosa periférica (TVP)(cualitativa dicotómica), y depresión (cualitativa dicotómica).

Además, se calculó la suma de aquellas comorbilidades que no resulten asociadas al ausentismo en los análisis bivariados donde a mayor número, mayor comorbilidad (continua discreta).

d) Factores de índole geriátrica

- a. Actividades básicas de la vida diaria evaluadas a través de la escala de Katz (Katz 1970). La escala de Katz describe la capacidad del individuo de bañarse, vestirse, usar el retrete, permanecer continente, realizar transferencias y alimentarse. El puntaje mínimo es de 0 mientras que el máximo es de 6, a mayor puntaje, mejor funcionalidad básica.
- b. Actividades instrumentales de la vida diaria evaluadas a través de la escala de Lawton (Lawton 1969). La escala de Lawton describe la capacidad del individuo de realizar las siguientes 8 actividades: uso del teléfono, manejo de medicamentos, utilizar transporte, realizar compras, finanzas, cocina, hogar y lavandería. El puntaje mínimo de la escala es 0 mientras que el máximo es de 8, a mayor puntaje, mejor funcionalidad instrumental.

- c. Movilidad evaluada con la escala de Rosow-Breslau (Rosow 1966). La escala de Rosow-Breslau describe la capacidad del individuo de subir y bajar escaleras para llegar al siguiente piso, caminar 500 metros y realizar trabajo pesado en casa. El puntaje de la escala oscila entre 0 y 3 donde a mayor puntaje, mejor movilidad.
- d. Número de fármacos: se identificó el número de fármacos que consumía el paciente en la última nota disponible en el sistema de notas (cuantitativa discreta).
- e. Variables asociadas a la consulta: se identificó si se trataba de una consulta de primera vez (cualitativa binomial), consulta de la clínica de cognición (cualitativa binomial) o consulta en el turno matutino (cualitativa dicotómica).

Análisis estadístico

Las variables fueron descritas utilizando frecuencias y proporciones así como medias y desviaciones estándar (DE) o medianas y rangos intercuartiles (RIC) según correspondiera el caso. Para la comparación de los pacientes con y sin ausentismo se utilizó χ^2 , prueba de t de student o las pruebas no paramétricas correspondientes según la naturaleza de las variables. Con el fin de desarrollar un modelo explicativo para el ausentismo en la consulta externa de geriatría, se crearon modelos de regresión logística no ajustados para identificar los factores asociados con la variable dependiente. Finalmente, un método *backward* de regresión logística multivariada fue utilizado para encontrar el mejor modelo. El valor de alfa se estableció en 0.1 pero sólo las variables significativamente asociadas con la ausencia de tratamiento farmacológico a un nivel de 0.05 o menos fueron retenidas. Los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS V. 20.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título segundo, de los aspectos éticos de investigación en seres humanos, capítulo I, artículo 17, considera sin riesgo los estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta por lo que este estudio no representa riesgos.

RESULTADOS

Se identificaron 2133 eventos de consulta en el periodo estudiado. Las características generales de la población según la presencia de ausentismo se describen en la **Tabla 1**. El 70.4% fueron mujeres y la media de la edad fue de 82.2 años (DE 7.16). De los pacientes estudiados, el 57.9% no tenían pareja y en cuanto a la escolaridad el 28.8% tenían nivel medio o medio superior. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial sistémica (67.2%), diabetes mellitus (37.6%), dislipidemia (33.9%), depresión (30.3%) e hipotiroidismo (28.5%). El 48.8% de los pacientes estuvo citado en horario matutino y del total de consultas 25.1% fueron de primera vez, además el 18.5% de las consultas correspondieron a la clínica de cognición. La mediana del índice de Katz fue de 5 (RIC 3-6) mientras que la de la escala de Lawton fue de 3 (RIC 0-6). La media de fármacos utilizados por estos pacientes fue de 6.23 (DE 3.73) y se identificó un ausentismo del 28.87%.

Los sujetos que faltaron menos frecuentemente tuvieron dislipidemia ($p=0.007$), una enfermedad pulmonar distinta a EPOC ($p=0.007$), hipotiroidismo ($p=0.007$), demencia ($p=0.004$), osteoporosis ($p=0.007$), osteoartritis ($p=0.43$) y depresión ($p=0.005$). Además, aquellos pacientes citados a la consulta de cognición y de primera vez faltaron con mayor frecuencia ($p=0.003$ y $p=0.001$, respectivamente).

En lo relacionado a la funcionalidad, los pacientes con menores puntajes en las escalas de Katz, Lawton y Rosow-Breslau presentaron mayor probabilidad de faltar a la consulta ($p=0.008$, $p=0.021$, $p=0.013$, respectivamente). Los pacientes con mayor cantidad de fármacos acudieron más comúnmente a la consulta ($p<0.001$)

En la regresión logística univariada la dislipidemia, otras enfermedades pulmonares, el hipotiroidismo, la demencia, la osteoporosis, la osteoartritis, la depresión, la consulta de cognición y la consulta de primera vez estuvieron

asociados directamente con el ausentismo; mientras que la escala de Katz, la escala de Lawton, la escala de Rosow-Bresalau, el número de fármacos estuvieron inversamente asociados con el ausentismo (**Tabla 2**)

En el modelo de regresión logística multivariada, el diagnóstico de demencia se asoció con mayor ausentismo, mientras que la consulta de cognición y la de horario matutino, el puntaje de Katz y el número de fármacos tuvieron una asociación inversa con la probabilidad de faltar (**Tabla 3**).

DISCUSIÓN

En el presente estudio se identificó una prevalencia de 28.87% de ausentismo y se evidenció una asociación independiente entre la presencia de demencia, la consulta de cognición, el horario matutino, el puntaje de Katz (actividades básicas de la vida diaria) y el número de fármacos con el ausentismo a la consulta externa de geriatría.

La prevalencia de ausentismo reportada en la literatura oscila entre 5-50%, aunque la media es de alrededor del 15% (Akter 2014; Pereira 2016; Kheirkhah 2016). En consultas externas dirigidas a adultos mayores, en 2012, en el Hospital General de Massachusetts, la consulta de geriatría tuvo el índice más alto de inasistencia con 16% en la red de atención primaria de tal centro (Kaplan 2013). La prevalencia de ausentismo reportada en el presente estudio es bastante más alta y pudiera estar influenciada por diversos factores. Por ejemplo, nuestra consulta incluye diversas clínicas atendidas como geriatría general, cognición, oncogeriatría y geriatría soporte, tanto de primera vez como seguimientos, todas con diferentes perfiles de ausentismo. En estudios realizados en consultas de neurología, se han reportado tasas de ausentismo semejantes a la nuestra (Dickey 1991), identificándose además variaciones según la zona de envío de los pacientes. Tal situación podría también ser cierta para nuestro centro, que es un hospital de tercer nivel de referencia nacional. Sin embargo, no contamos con datos suficientes para establecer la asociación entre la distancia que el paciente tiene que recorrer para llegar al hospital y el ausentismo.

Varios factores ambientales se han asociado al ausentismo, como la distancia desde el sitio de la consulta a la casa del paciente, la estación del año, el clima, el día de la semana, etc. En este estudio no encontramos que hubiera asociación entre los factores ambientales disponibles en nuestros datos, sin embargo no contamos con datos importantes como aquellos necesarios para establecer la asociación entre distancia recorrida y la inasistencia (Blaer 2016; Pereira 2016). No obstante, el horario matutino de consulta sí estuvo inversa e independientemente asociado con el ausentismo. En la literatura, la información

disponible al respecto es conflictiva. En contraste con nuestro estudio, en otro estudio realizado en España en consultas de atención especializada se reportó que el horario matutino se asociaba a mayor ausentismo. En tal trabajo los autores sugieren que hay mayor ausentismo en pacientes citados por la mañana dado que hay más citas programadas en tal horario. En otro estudio realizado en Dinamarca, los resultados se asemejan a los nuestros donde los pacientes citados por la mañana tienen más probabilidad de acudir. En su caso, estos autores sugieren que el fenómeno podría estar asociado a cuestiones climáticas y otras cuestiones ambientales (Blaer 2016). Las razones del hallazgo en nuestro estudio no son claras, sin embargo podrían incluir que es un centro de referencia y que con frecuencia, evaluamos pacientes que acuden de ciudades cercanas, haciendo al horario matutino más amigable logísticamente dado que los pacientes pueden regresar a sus ciudades de origen el mismo día de su consulta. Además, con gran frecuencia, a los pacientes foráneos se les cita a toma de laboratorios el día de su consulta temprano por la mañana, y también con frecuencia se les cita a varias consultas el mismo día. Todos estos son aún factores no analizados y requieren de consideración en estudios posteriores. En el mismo talante, la ciudad de México no es una urbe en la que el transporte público ofrecido esté adaptado adecuadamente a las necesidades de un adulto mayor, mucho menos si este está enfermo o discapacitado (Navarrete-Reyes 2017).

Poca es la información disponible acerca de la relación entre comorbilidad y ausentismo. La mayoría de la información proviene de estudios cualitativos en los que se refiere que el paciente con mejor autopercepción de salud, falta más. Otros motivos de ausentismo son el miedo anticipatorio y la ansiedad por la posibilidad de procedimientos o de recibir malas noticias (Lacy 2004; Murdock 2002). Los sujetos de estos estudios refieren además como motivo para apegarse a sus citas la presencia de síntomas agudos, y el sentirse enfermos. En nuestro conocimiento no existen estudios que evalúen el efecto de la comorbilidad sobre la inasistencia de forma estructurada, es decir a través de alguna escala validada para comorbilidad. En nuestro caso, la polifarmacia, un síndrome geriátrico, estuvo asociada con el menor ausentismo. Se ha probado que la polifarmacia se asocia a

una autopercepción de salud pobre. Ramos y colaboradores, en un estudio transversal de adultos mayores de 60 años y más, describió que la polifarmacia estaba asociada con el sexo femenino, la edad mayor a 74 años, y una pobre autopercepción de salud (Ramos 2016), entre otras variables. Por otro lado, un estudio longitudinal realizado en los E.E.U.U, en mayores de 75 años, encontró que las personas sin polifarmacia tienen tres veces más la posibilidad de reportar su autopercepción de salud como buena (OR 2.73, $p < .001$) (Bawa 2013). Posiblemente, la autopercepción de salud esté ligada al riesgo de ausentismo, y en el caso del presente estudio, la polifarmacia podría actuar como proxy de tal percepción.

La única comorbilidad asociada con ausentismo en el presente estudio, fue la demencia. La evidencia con respecto a este hallazgo es escasa. En su estudio, Miller-Matero no encontró una asociación entre el desempeño cognitivo medido por MoCA (Montreal Cognitive Assessment) y el ausentismo (Miller 2016). Sin embargo, Mackin y colaboradores, en un estudio que intentaba describir los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento (medida a través de citas médicas perdidas) encontraron que la Dementia Rating Scale (DRS) y la Geriatric Depression Scale (GDS) estaban independientemente asociadas con el número de citas perdidas en una población de pacientes, predominantemente ancianos, atendidos en clínicas de primer contacto (Mackin 2007). También Rosen y colaboradores describieron que, en pacientes adultos, el puntaje de MiniMental State Examination (MMSE) se asoció con mayor ausentismo (Rosen 2003). Por otro lado, múltiples estudios (Jabalera 2015; González-Guerrero 2005; Crutchfield 2017) han descrito que una de las causas más comunes de ausentismo es el olvido de la cita médica por lo que nuestro hallazgo parece emparejarse con la poca información disponible en la literatura.

Es de llamar la atención, que la modalidad de consulta de cognición tuvo una asociación inversa con el ausentismo, en este estudio. Cabe señalar que en la consulta de cognición del centro donde se realizó la investigación, se da seguimiento a pacientes tanto con demencia (trastorno neurocognitivo mayor)

como con trastornos neurocognitivos menores (antes deterioro cognitivo leve), u otras patologías que afectan los procesos cognitivos. Se puede especular que, en algunos casos, la presencia de demencia anticipatoria, un término que describe el miedo patológico a desarrollar enfermedad de Alzheimer, podría orillar a los pacientes de la consulta de cognición, como un todo, a no faltar. Gershenson-Hodgson y colaboradores describieron que los sujetos con demencia anticipatoria más frecuentemente comentaban sus síntomas y miedos con sus amigos y familiares en comparación con aquellos que no cursaban con esta entidad ($r=.664$, $p<.001$ y $r=.587$, $p<.01$, respectivamente). Estos pacientes también más frecuentemente acudieron con un profesional de la salud, aunque esto no fue estadísticamente significativo ($r=.380$, $p<.10$) (Hodgson 1997).

La discapacidad para la movilidad y las actividades de la vida diaria está asociada con diversos desenlaces desfavorables para la salud en los adultos mayores (Pahar 2014; Creditor 1993). Sorprende que la evidencia disponible en cuanto a los factores asociados con el ausentismo contenga pocas veces elementos de discapacidad funcional cuando, muchos de los determinantes del mismo, inclusive los de índole social, podrían verse afectados por la presencia de discapacidad. González-Guerrero y colaboradores, describieron que el puntaje de Barthel, una de las escalas más conocidas para evaluar la funcionalidad básica, era más bajo en personas con citas fallidas en comparación con un grupo de pacientes que no faltó; tal estudio no describe a la funcionalidad como un factor independientemente asociado al ausentismo dado que no se llevaron a cabo los análisis estadísticos pertinentes (González-Guerrero 2005). En el presente estudio, el puntaje de Katz, otra escala comúnmente usada en la evaluación funcional de las actividades básicas, estuvo inversamente asociada con el ausentismo, es decir, a mejor funcionalidad básica, menor ausentismo.

Están publicados diversos esfuerzos en intento de predecir, y disminuir el ausentismo. A grandes rasgos, tres son las corrientes de intervención publicadas: 1) sancionar a los pacientes, 2) programar citas basadas en la predicción de ausentismo y 3) realizar recordatorios. Por mucho, la intervención más habitual es

realizar recordatorios, que ha demostrado efectividad en mejorar la asistencia de los pacientes (RR 1.06-1.10, media de mejoría del 34%) (McLean 2016). En una revisión sistemática reciente, además se identificó que los mensajes de texto eran la modalidad de recordatorio más aceptada por los pacientes. Por otro lado, algunos trabajos describen el uso de algoritmos de predicción de ausentismo para programar citas, en breve, se programaron dos pacientes con historia de ausentismo en el mismo horario lo que resultó en menos horarios de consulta no utilizados (Crepes 2017). Algunos otros esfuerzos consisten en la programación rápida para pacientes con antecedentes de ausentismo o para aquellos de evaluación de primera vez para el servicio en cuestión, la reducción de ausentismo con tal programa fue de 50% en 18 meses (Price 2010).

Lo anterior evidencia la utilidad de las intervenciones por lo que, en continuación de este trabajo, una estrategia de recordatorio pudiera ser útil en la disminución del ausentismo. Especialmente en pacientes con diagnóstico de demencia y deterioro funcional. Por ende, es prudente la realización de un estudio prospectivo tanto de identificación de razones de ausentismo como, tal vez, del efecto de un recordatorio.

El presente estudio cuenta con diversas debilidades que incluyen su naturaleza transversal, por lo que la direccionalidad de las asociaciones no puede ser determinada. Además, se ha realizado en un solo centro hospitalario, por lo que los hallazgos deberán de ser corroborados en otras circunstancias, antes de generalizarlos.

No obstante, la muestra es amplia y examina una población poco estudiada en este respecto, los adultos mayores en seguimiento por una clínica de geriatría. Además, toma en consideración variables poco estudiadas en estudios previos, por ejemplo, la funcionalidad.

CONCLUSIONES

En este estudio, el diagnóstico de demencia se asoció con mayor riesgo de ausentismo a la consulta externa de geriatría, mientras que estar citado a la consulta de cognición, estar citado en un horario matutino, un mayor puntaje en el índice de Katz y el uso de un mayor número de fármacos tuvieron una asociación inversa con la probabilidad de faltar.

REFERENCIAS

1. Akter S. A qualitative study of staff perspectives of patient non-attendance in a regional primary healthcare setting. *Australas Med J.* 2014 May 31;7(5):218-26
2. Al-Aomar R, Awad M. Dynamic process modeling of patients' no-show rates and overbooking strategies in healthcare clinics. *Int J Eng Manage Econ.* 2012;3(1/2):3–21
3. Bawa A. Polypharmacy and self-perceived health status in older patients. *Value in Health.* 2013;16: A298
4. Blaer EE. Observational study identifies non-attendance characteristics in two hospital outpatient clinics. *Dan Med J.* 2016 Oct;63(10):1-6
5. Creditor MC. Hazards of hospitalization in the elderly. *Ann Intern Med.* 1993 Feb 1; 118(3):219-23.
6. Creps J. A dynamic approach for outpatient scheduling. *J Med Econ.* 2017 Aug; 20(8):786-798.
7. Crutchfield TM. Getting patients in the door: medical appointment reminder preferences. *Patient Prefer Adherence.* 2017 Jan 25;11:141-150
8. Deyo RA, Inui TS, Dropouts and broken appointments - a literature review and agenda for future research. *Medical Care,* 1980;18:1146-1157

9. Dickey W. Can outpatient non-attendance be predicted from the referral letter? An audit of default at neurology clinics. *J R Soc Med.* 1991 Nov; 84(11):662-3.
10. Dove HG. The usefulness of patients' individual characteristics in predicting no-shows in outpatient clinics. *Med Care.* 1981 Jul; 19(7):734-40.
11. George A, Rubin G. Non-attendance in general practice: a systematic review and its implications for access to primary health care. *Fam Pract.* 2003 Abr; 20(2):178-84.
12. González-Guerrero JL. Falta de asistencia a las citas programadas en una consulta ambulatoria de geriatría: estudio de casos y controles. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005 Feb;40(5):269-74
13. Hodgson LG. Anticipatory dementia and well-being. *Am J Alzheimer's Dis Other Demen* 1997;12: 62–66
14. Hung SL. A qualitative study on why did the poorly-educated Chinese elderly fail to attend nurse-led case manager clinic and how to facilitate their attendance. *Int J Equity Health.* 2015 Jan 31;14:10
15. Jabalera-Mesa ML. Determinants and economic cost of patients absenteeism in outpatient departments of the Costa del Sol Health Agency. *An Sist Navar.* 2015 May-Ago; 38(2): 235-245

16. Kaplan-Lewis E. No-Show to Primary Care Appointments: Why Patients Do Not Come. *Journal of Primary Care & Community Health* 2013; 4(4): 251–255
17. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *The Gerontologist* 1970; 10:20-30.
18. Kheirkhah P. Prevalence, predictors and economic consequences of no-shows. *BMC Health Serv Res.* 2016 Jan 14;16:13
19. Krulee DA. Compliance with psychiatric referrals from a general hospital psychiatry outpatient clinic. *Gen Hosp Psychiatry.* 1988 Sep;10:339–345
20. Lacy NL. Why we don't come: patient perceptions on no shows. *Ann Fam Med.* 2004 Nov-Dec;2(6):541-5
21. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist* 1969; 9:179-86.
22. Lee JC. Post mastectomy radiotherapy reduces locoregional recurrences in elderly women with high risk breast cancer. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2005 Dec;17(8):623-9
23. Mackin RS. Cognitive and psychiatric predictors of medical treatment adherence among older adults in primary care clinics. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007 Jan; 22(1):55-60.

24. McLean SM. Appointment reminder systems are effective but not optimal: results of a systematic review and evidence synthesis employing realist principles. *Patient Prefer Adherence*. 2016 Apr 4; 10:479-99.
25. Miller-Matero LR. Depression and literacy are important factors for missed appointments. *Psychol Health Med*. 2016 Sep;21(6):686-95
26. Molfenter T. Reducing Appointment No-Shows: Going from Theory to Practice. *Subst Use Misuse*. 2013 Jun;48(9):743-9
27. Moore CG. Time and money: Effects of no-shows at a family practice residency clinic. *Fam Med*. 2001 Jul-Aug; 33(7):522-7.
28. Morera-Guitar D. Análisis de los pacientes no presentados a la consulta de neurología de la Marina Alta. *Rev Neurol*. 2002 Abr 16-30; 34(8):701-5.
29. Mugavero MJ. Racial disparities in HIV virologic failure: Do missed visits matter? *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009 Jan 1;50(1):100-8
30. Murdock. Why do patients not keep their appointments? Prospective study in gastroenterology outpatient clinic. *J R Soc Med*. 2002 Jun; 95(6):284-6.
31. Nagata D. Characteristics of HIV patients who missed their scheduled appointments. *Rev Saude Publica*. 2015 Feb;49:1-15
32. Navarrete-Reyes. Correlates of subjective transportation deficiency among older adults attending outpatient clinics in a tertiary care hospital in Mexico City. *Geriatr Gerontol Int*. 2017 Feb 11

33. Neal RD. Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: questionnaire survey and prospective review of medical records. *BMC Fam Pract.* 2005 Nov 7;6:47
34. Norris JB. An empirical investigation into factors affecting patient cancellations and no-shows at outpatient clinics. *Decision Support Systems.* 2014 Ene;54:428-443
35. Pahor M. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *JAMA.* 2014 Jun 18;311(23):2387-96
36. Park WB. One-year adherence to clinic visits after highly active antiretroviral therapy: a predictor of clinical progress in HIV patients. *J Intern Med.* 2007 Mar; 261(3):268-75.
37. Pereira-Victorio CS. Absentismo de pacientes a la consulta externa especializada en un hospital de tercer nivel en España. *Med Gen y Fam.* 2016 Mar ;5(3):83–90
38. Pillai R. A demographic study to profile non-attenders at a gynecology outpatient clinic. *J Obstet Gynaecol.* 2012 Feb; 32(2):156-8.
39. Price RS. Education research: a new system for reducing patient nonattendance in residents´ clinic. *Neurology.* 2010 Mar 9;74(10):e34-6
40. Ramos. Polypharmacy and polymorbidity in older adults in Brazil: a public health challenge. *Rev Saude Publica.* 2016 Dic; 50(supl 2);9
41. Rebolledo EA. Nonattendance to medical specialist´s appointments and its relation to regional environmental and socioeconomic indicators in the Chilean public health system. *Medwave.* 2014 Oct 16;14(9):e6023

42. Rosen MI. Neuropsychological correlates of suboptimal adherence to metformin. *J Behav Med.* 2003 Aug;26(4):349-60
43. Rosow I, Breslau N. A Guttman health scale for the aged. *Journal of gerontology* 1966; 21:556-9.
44. Sañudo S. Pacientes que no acuden a consulta: características, repercusiones económicas y de gestión, y posibles soluciones. 7º Congreso de Economía Regional de Castilla y León: Comunicaciones: Soria 23, 24 y 25 de noviembre 2000, Vol. 3, 2000 (Comunicaciones 3), págs. 1517-1535
45. Shrestha MP. Appointment wait time, primary care provider status, and patient demographics are associated with non attendance at outpatient Gastroenterology Clinic. *J Clin Gastroenterol.* 2016 Sep; 22:433-438
46. Sotelo-Alonso I. Depression in the Elderly: a Clinical and Epidemiological Perspective from Primary Care. *Arch Med Fam* 2012 Dic; 14 (1):5-13
47. Zeng B. Clinic scheduling models with overbooking for patients with heterogeneous no-show probabilities. *Annals of Operations Research.* 2010 Jul; 178:121-144
48. Zhang Y. Association between missed early visits and mortality among patients of China national free antiretroviral treatment cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2012 May 1;60(1):59-67

Tabla 1. Características de la población según la presencia o no de ausentismo a la consulta externa de geriatría.

Variable	Todos n= 2133	Sin ausentismo n=1517	Ausentismo n=616 (28.87%)	p
Mujeres, n (%)	1502 (70.4)	1068 (70.4)	434 (70.5)	.981
Edad, media (DE)	82.20 (7.16)	82.33 (7.01)	81.88 (7.51)	.188
NSE alto, n (%)	146 (6.8)	96 (6.3)	48 (7.8)	.222
Sin pareja, n (%)	1187 (57.9)	836 (57)	351 (60.2)	.188
Educación media superior o superior, n (%)	456 (28.7)	318 (27.6)	138 (31.6)	.116
Temperatura máxima, media (DE)	22.84 (3.61)	22.87 (3.62)	22.77 (3.61)	.543
Temperatura mínima, media (DE)	11.86 (2.75)	11.88 (2.77)	11.81 (2.68)	.683
Precipitación, n (%)	1115 (52.5)	795 (52.6)	320 (52.2)	.863
DM2, n (%)	803 (37.6%)	565 (37.2)	238 (38.6)	.548
HAS, n (%)	1434 (67.2%)	1032 (68.0)	402 (65.3)	.217
EVC n (%)	311 (14.6)	215 (14.2)	96 (15.6)	.402
ERC, n (%)	316 (14.8)	230 (15.2)	86 (14)	.479
Hepatopatía, n (%)	99 (4.6)	68 (4.5)	31 (5)	.584

Dislipidemia, n (%)	723 (33.9)	541 (35.7)	182 (29.5)	.007
CI, n (%)	308 (14.4)	226 (14.9)	82 (13.3)	.345
Otra enfermedad pulmonar, n (%)	349 (16.4)	269 (17.7)	80 (13)	.007
EPOC, n (%)	204 (9.6)	150 (9.9)	54 (8.8)	.425
ICC, n (%)	227 (10.6)	162 (10.7)	65 (10.6)	.931
Hipotiroidismo, n (%)	608 (28.5)	458 (30.2)	150 (24.4)	.007
AR, n (%)	69 (3.2)	51 (3.4)	18 (2.9)	.603
LEG, n (%)	9 (0.4)	6 (0.4)	3 (0.5)	.723
Cáncer, n (%)	499 (23.4)	349 (23)	150 (24.4)	.506
Enfermedad de Parkinson, n (%)	87 (4.1)	64 (4.2)	23 (3.7)	.608
FA, n (%)	208 (9.8)	159 (10.5)	49 (8)	.075
Otras arritmias, n (%)	154 (7.2)	110 (7.3)	44 (7.1)	.930
Demencia, n (%)	471 (22.1)	360 (23.7)	111 (18)	.004
Fracturas, n (%)	182 (8.5)	132 (8.7)	50 (8.1)	.661
Osteoporosis, n (%)	589 (27.6)	444 (29.3)	145 (23.5)	.007

Enfermedad vascular periférica, n (%)	270 (12.7)	201 (13.2)	69 (11.2)	.197
OA, n (%)	531 (24.9)	396 (26.1)	135 (21.9)	.043
TVP, n (%)	59 (2.8)	47 (3.1)	12 (1.9)	.142
Depresión, n (%)	647 (30.3)	487 (32.1)	162 (26)	.005
Suma de 13 comorbilidades*, mediana (RIC)	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-3)	.855
Horario matutino, n (%)	1038 (48.7)	724 (47.7)	314 (51)	.174
Consulta de cognición, n (%)	395 (18.5)	257 (16.9)	138 (22.4)	.003
Consulta de 1ª vez, n (%)	523 (25.1)	342 (23)	181 (30.3)	.001
Katz, mediana (RIC)	5 (3-6)	5 (3-6)	5 (1-6)	.008
Lawton, mediana (RIC)	3 (0-6)	3 (0-6)	2 (0-5.75)	.021
RB, mediana (RIC)	1 (0-2)	1 (0-2)	0 (0-2)	.013
No. Fármacos, media (DE)	6.23 (3.53)	6.47 (3.44)	5.62 (3.68)	<.001

*La suma de 13 comorbilidades incluye: Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión arterial sistémica (HAS), evento vascular cerebral (EVC), enfermedad renal crónica (ERC), hepatopatía, cardiopatía isquémica (CI), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca crónica (ICC), artritis reumatoide (AR), lupus eritematoso generalizado (LEG), cáncer, enfermedad de Parkinson, y otras arritmias.

CE= consulta externa, NSE= Nivel socioeconómico, DE= Desviación estándar, RIC= Rango intercuartil

Tabla 2. Regresión logística univariada del ausentismo a la consulta externa de geriatría

Variable	OR (CI 95%)	p
Edad	.991 (.978-1.004)	.189
Sin pareja	1.14 (.938-1.386)	.188
Educación media superior o superior	.825 (.649-1.048)	.116
Dislipidemia	1.322 (1.080-1.618)	.007
Otra enfermedad pulmonar	1.444 (1.103-1.891)	.007
Hipotiroidismo	1.344 (1.085-1.664)	.007
FA	1.355 (.969-1.894)	.076
Demencia	1.416 (1.117-1.794)	.004
Osteoporosis	1.344 (1.082-1.669)	.007
Enfermedad vascular periférica	1.211 (.905-1.620)	.198
OA	1.259 (1.007-1.573)	.043
TVP	1.609 (.848-3.055)	.146
Depresión	1.348 (1.092-1.662)	.005
Consulta en horario matutino	1.139 (.944-1.373)	.174
Consulta de cognición	1.415 (1.122-1.785)	.003
Consulta de primera vez	1.452 (1.174-1.795)	.001
Katz	.908 (.860-.959)	.001
Lawton	.952 (.913-.993)	.022
Rosow-Breslau	.864 (.766-.975)	.018
Número de fármacos	.931 (.905-.958)	<.001

FA= Fibrilación auricular, OA= Osteoartritis, TVP= trombosis venosa profunda

Tabla 3. Regresión logística multivariada del ausentismo a la consulta externa de geriatría

Variable	OR (CI 95%)	p
Consulta de cognición	.651 (.458-.927)	.017
Consulta en horario matutino	.724 (.545-.961)	.026
Demencia	1.401 (1.045-1.877)	.024
Katz	.879 (.830-.930)	<.001
Número de fármacos	.948 (.914-.984)	.005