



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

CARACTERÍSTICAS, MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE UNA UNIDAD DE TRANSFERENCIA GERIÁTRICA.

Experiencia de 3 años y medio en el Hospital Español de México

T E S I S
Q U E PARA OBTENER EL TÍTULO DE
E S P E C I A L I S T A E N:
G E R I Á T R Í A
P R E S E N T A :
DR. OTTO ALEXANDER ESTRADA JIMENEZ

ASESOR DE TESIS
DR. LUIS M. GUTIERREZ ROBLEDO



MÉXICO, D.F.

OCTUBRE 2007



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION
“SALVADOR ZUBIRAN”**

**CARACTERISTICAS, MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE UNA
UNIDAD DE TRANSFERENCIA GERIATRICA.**

Experiencia de 3 años y medio en el Hospital Español de México

T É S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GERIATRÍA**

PRESENTA

DR. OTTO ALEXANDER ESTRADA JIMENEZ

ASESOR DE TESIS

DR. LUIS M . GUTIERREZ ROBLEDO

MÉXICO, D. F.

OCTUBRE, 2007

DR. LUIS M. GUTIERREZ ROBLEDO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GERIATRIA
ASESOR DE TESIS

DR. LUIS USCANGA DOMINGUEZ
DIRECTOR DE ENSEÑANZA
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION
“SALVADOR ZUBIRAN”

A: DIOS

**A MI ESPOSA SANDRA, GRACIAS POR TU APOYO SIN TI ESTO NO SERIA
POSIBLE, A MIS HIJOS KEVIN, JUAN PABLO Y FATIMA POR
SER LA FUENTE DE MI INSPIRACION Y ENERGIA PARA CULMINAR MIS
METAS**

**CARACTERISTICAS Y MORBI-MORTALIDAD DE UNA UNIDAD
DE TRANSFERENCIA GERIATRICA.**

Experiencia de 3 años y medio en el Hospital Español.

INDICE

<i>CONTENIDO</i>	<i>PAGINAS</i>
1. RESUMEN.....	6
2. INTRODUCCION.....	7
3. MATERIAL Y METODOS.....	26
4. RESULTADOS.....	27
6. DISCUSION.....	30
7. GRAFICOS.....	31
8. ANEXOS.....	40
9. BIBLIOGRAFIA.....	41

RESUMEN

El presente trabajo tiene las siguientes características metodológicas:

Descriptivo, Abierto Transversal y Observacional.

Fueron incluidos en el presente estudio todos los pacientes que ingresaron a la Unidad de Transferencia Geriátrica del Hospital Español mayores de 60 años.

Los pacientes incluidos en el presente estudio voluntariamente decidieron ingresar al mismo.

Se revisó el Registro estadístico de la unidad de Transferencia Geriátrica y los expedientes de los pacientes que ingresaron de enero de 1996 a mayo de 1999.

La morbi-mortalidad se registró de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) en su décima revisión.

La distribución se realizó por Edad, Sexo, Días de hospitalización, Causa de hospitalización; se revisó por cada uno de los años investigados. Para tal fin se utilizó la hoja de recolección de datos presentada en los anexos.

El análisis estadístico se realizó a través de porcentajes.

INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidados Sub agudos han demostrado fehacientemente su utilidad como un modelo reciente de atención geriátrica.

La disminución en el parámetro costo-paciente y de los días de estancia intra hospitalarios en los modelos clásicos, son algunos de sus beneficios más importantes sin olvidar la aplicación de programas específicos que tienen como fin el estabilizar al paciente sub agudo en las primeras 24 a 48 horas, y sobre todo mantener su funcionalidad y si se encuentra disminuida está recuperarla.

El presente estudio tiene como finalidad describir las características de la Unidad de Transferencia Geriátrica, unidad diseñada para el cuidado del paciente Geriátrico, se describen sus características de infraestructura, aspectos del equipo multidisciplinario y de manera complementaria se presentan los datos estadísticos de morbilidad, mortalidad, distribuida por rango de sexo, edad y el promedio de días estancia, del año de 1996 a mayo de 1999.

Se considera que nuestra unidad es sino la única, una de las primeras en ser diseñadas en México con el propósito de atender al paciente en estado agudo y sub agudo, es propicio mencionar que su ubicación dentro de la residencia de ancianos de la beneficencia española y con intimo contacto con el Hospital Español la hacen sui géneris y con sus características propias.

MARCO TEORICO (ANTECEDENTES)

A medida que las sociedades tienen mayores recursos para el desarrollo industrial de su economía, se ve incrementada su esperanza de vida, lo que se traduce en una mayor población de sujetos geriátricos. Siendo los países con una creciente industrialización como los europeos y los de América del Norte los que cuentan con un gran número de sujetos viejos. (1) Este fenómeno complejo no solo se presenta en los países con enorme desarrollo industrial, sino también en los subdesarrollados como es el caso de América Latina; en donde existe un rápido envejecimiento poblacional; el cual se puede definir como el aumento cada vez mayor de la proporción de personas de edad dentro de la estructura de la población general, ocasionando una transición poblacional (TP). (1)

En México, el desarrollo y el crecimiento económico de las últimas décadas han permitido llevar a cabo conductas sanitarias, con técnicas y tecnología que han sido capaces de disminuir la morbi mortalidad general; sobre todo la infantil, favoreciendo de esta manera una TP (2), situación que se deberá tomar en cuenta para la modificación de planes de estructura poblacional. Por lo que el conocimiento exacto de cuántos ancianos viven en nuestro país, es fundamental para poner en marcha dichos planes; y en situaciones de censos poblacionales se considera como sujeto anciano al que tenga 60 o más años de vida, basado en lo dispuesto por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2)

El crecimiento poblacional de sujetos ancianos en México es significativo; ya que para 1990 se contaba con una población total de 81.2 millones de personas, y los sujetos mayores de 60 años, conformaban el 6.14% (4.988 millones de individuos) de la población total, un 1.8% más que en 1970, y en 1997 según la cuenta nacional de la dinámica demográfica del INEGI eran 6.920 millones, un 7.38% de un total de 93.716 millones de mexicanos. (3) Se considera de forma importante el crecimiento poblacional geriátrico, ya que para el año 2010 éste será del 8.69%, y para el año 2050 constituirá el 24.34%, es decir, casi un cuarto de la población general estará conformada por viejos. (4)

Circunstancia que se refleja actualmente en los estados con mayor densidad poblacional; pero no con mayor desarrollo económico, como lo son: Yucatán, Zacatecas, Distrito Federal, Oaxaca y Nayarit, que representan cada uno del 7.81 al 7.02% del total de la población anciana en nuestro país. (4)

La esperanza de vida actualmente para los mexicanos es de 70 años para el hombre y 75 años para las mujeres en promedio (2,5), con lo que se tiene un impacto no solo de salud, sino que también con respecto a lo económico y social, ya que se estará atendiendo a más mujeres viejas que hombres, situación que para algunos autores se conoce como feminización de la población geriátrica (5), y que en algunas ocasiones se mal entiende y se piensa que las mujeres padecen más enfermedades geriátricas que los hombres, pero la realidad es clara, éstas viven más que los hombres, por tal motivo están a expensas de envejecer con sus problemas anteriores o de padecer alguno nuevo.

Derivado de lo anterior se deberá estar preparado, no solo educacionalmente, sino también política y socialmente, para entender las demandas asistenciales de estos individuos que como ya se mencionó, llegará a ser casi la cuarta parte de la población total de nuestro país.

Es bien conocido el hecho de que las personas de 65 años en adelante constituyen un grupo de población con mayores necesidades médico asistenciales, en muchos casos llegan a vivir en instituciones debido a su propia incapacidad para sobrevivir, independientemente y/o a la ausencia de apoyo familiar. (6) En Estados Unidos, cerca del 5% de todas las personas mayores de 65 años de edad residen en casa- hogar y se calcula que el 29% del mismo grupo, tanto institucionalizados como no institucionalizados son funcionalmente dependientes, las enfermedades que precipitan el ingreso a la institución, son estados terminales de insuficiencia cardiaca, enfermedades pulmonares, trastornos neurológicos degenerativos (Ej. Demencia), incontinencia urinaria, limitaciones físicas temporales debidas por ejemplo a enfermedad cerebro vascular o fractura de cadera (7), asociado a que con frecuencia presentan patologías múltiples para las cuales se necesita una terapia múltiple, presentan signos no específicos y bastante atípicos de enfermedad como por ejemplo inmovilidad, pérdida del apetito, depresión, tendencia a quedarse en la cama, asociado muchas veces a problemas de tipo financiero y psicosocial, falta de servicios de la comunidad que brinden apoyo adecuado a estas personas mayores y a los parientes, con el fin de preservar su independencia y autonomía en su propio ambiente, los obliga a recurrir a la alternativa de la institucionalización.

La institucionalización puede deberse en muchas ocasiones principalmente al desequilibrio entre las necesidades físicas y psicológicas, básicamente al perder la capacidad de hacer frente a sus necesidades o cuando el estado de salud de la persona anciana ha deteriorado, los parientes que los cuidan experimentan una continua tensión por las demandas que les han sido impuestas y a las que no pueden seguir haciéndoles frente. (8)

Se menciona la concepción de que la tarea de las instituciones consiste en complementar o sustituir la situación de la familia en aquellos casos que se ha quebrantado el equilibrio entre las necesidades de la persona anciana y las posibilidades de la familia para cuidarla. (8)

Aparentemente la falta de atención primaria adecuada y servicios de apoyo son la razón principal de que las personas ancianas dependan tanto de la atención en las instituciones. (8)

Otros factores que repiten como predictores de cuidados dentro de una institución son: Los pacientes más envejecidos, a pesar que el proceso de envejecimiento como tal es natural y biológico y no un padecimiento patológico, bajos ingresos, sexo femenino, pobres, los que no disponen de cuidadores ni asistencia social a domicilio, (9) asociados con la probabilidad de tener limitaciones en sus capacidades funcionales, daño cognitivo, baja escolaridad, viudez, depresión (18) y algún tipo de discapacidad asociado a las barreras físicas en su casa, en la comunidad donde vive, tales como lo son las escaleras, las puertas de entrada estrecha, la no-existencia de rampas, transporte inadecuado determina en muchas de las ocasiones la institucionalización del paciente geriátrico. (11)

OBJETIVO

Describir las características y la morbi-mortalidad de la Unidad de Transferencia Geriátrica de Enero de 1996 a Mayo de 1999.

ESPECÍFICOS

Conocer las características de la unidad de transferencia geriátrica.

Conocer la morbilidad predominante en la unidad de transferencia geriátrica.

Conocer la mortalidad predominante en la unidad de transferencia geriátrica.

JUSTIFICACION

Las unidades de cuidado sub agudo geriátrico han demostrado en otros países un impacto positivo en el manejo de costos hospitalarios, de atención médica especializada y multidisciplinaria del paciente geriátrico; comparada con unidades de cuidados agudos en hospitales generales.

A través de este estudio se pretende dar conocer un modelo de este tipo en el país y la prevalencia de la morbi-mortalidad que tiene la unidad de transferencia geriátrica como un modelo novedoso de cuidado sub agudo y hasta el momento único en nuestro medio.

MODELOS DE ATENCIÓN GERIATRICA

ATENCIÓN A LARGO PLAZO O PERMANENTE

Las salas para internación prolongada suelen estar aparte y a veces en hospitales especiales donde no hay camas para valoración y rehabilitación, las necesidades de los pacientes en internación son distintas a los que están en valoración médica y rehabilitación. Las salas de cuidados permanentes tienen más en común con los asilos que con las salas hospitalarias que atienden casos agudos.

Las tareas de enfermería requieren una vocación especial la jefe de enfermería que por lo regular es una enfermera geriátrica asume la responsabilidad de organizar actividades de entretenimiento y distribuir los visitantes voluntarios que se interesen por los pacientes.

Ciertas regiones cuentan con hogares para convalecientes, en estos hogares se reciben pacientes que salen del hospital y que más adelante regresaran a su propio hogar(12)

HOSPITAL DE DIA

Nivel asistencial de funcionamiento exclusivo diurno, destinado a completar la recuperación de pacientes geriátricos, conjugando las ventajas del hospital y de la permanencia en el hogar, se debe garantizar la estabilidad clínica y el proceso rehabilitador tras la enfermedad aguda de ancianos que cumplan los criterios de paciente geriátrico, facilitar el alta temprana, se deben de prestar servicios de cuidados clínicos y de enfermería que no puedan ser realizados en forma ambulatoria, sin necesidad de ingreso hospitalario, se deben de recuperar las actividades de la vida diaria, deben de apoyar a la medicina comunitaria en el mantenimiento funcional de sus usuarios y proporcionar apoyo a la familia y los cuidadores.

Sus funciones son esencialmente de rehabilitación y recuperación de las actividades de la vida diaria, aunque también extiende su campo al control clínico y los cuidados de enfermería, habitualmente funcionan de 10 a 17 horas de lunes a viernes y en ese tiempo los pacientes cumplen actividades que incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, supervisión de enfermería, ludo terapia y actividades de tipo social, en síntesis los hospitales de dia cuentan con tres áreas bien definidas, área clínica: supervisión médica y valoración clínica, cuidados de enfermería; área rehabilitatoria: valoración funcional, fisioterapia, terapia ocupacional; área social: valoración social, actividades de grupo y colaboración social. (12-13)

UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

No es imprescindible aunque si conveniente, su ubicación en la propia estructura física del hospital, pudiendo estar localizada en alguno de los hospitales de apoyo del área pero en cualquier caso integrada funcionalmente, es un nivel asistencial para completar la rehabilitación de pacientes con posibilidades reales de recuperación, que precisan para ello estancias superiores a las aceptadas tradicionalmente en el medio hospitalario.

El término media estancia se discute por quienes piensan quizás con razón que los periodos de tiempo no deben ser nunca los que determinen el tipo de cuidado a prestar, se han propuesto denominaciones como unidades de rehabilitación o más recientemente como unidades de convalecencia. (13)

UNIDADES DE LARGA ESTANCIA

Las unidades de larga estancia son muy discutidas en principio serian un nivel hospitalario destinado la atención de pacientes ancianos con muy escasas ó nulas posibilidades de recuperación que precisan cuidados continuos de enfermería, usualmente situado fuera del hospital general, son instituciones no sofisticadas, la filosofía asistencial en las unidades de larga estancia, dentro de objetivos razonables debe ser funcionalmente activa, garantizando de las capacidades residuales, las más altas cuotas de autosuficiencia, una buena calidad de cuidados y el respeto a la dignidad de la persona. (13)

UNIDAD PSICOGERIATRICA

Son unidades para el diagnóstico y la orientación terapéutica de procesos mentales no suficientemente cualificados, se entiende que no son áreas de institucionalización definitiva ya que la estancia prevista no debe superar los 30 días para precisar el diagnóstico e iniciar y orientar los cuidados el paciente a partir de su alta, sin embargo su filosofía prevalece sobre su estructura física integrada muchas veces a las unidades antes descritas. (13)

UNIDAD DE CUIDADOS AGUDOS

DEFINICIÓN: Un nivel asistencial que, dentro de un servicio de geriatría integrado en un hospital general, presta atención especializada, en régimen de hospitalización, a ancianos afectados de procesos agudos que cumplan los criterios del paciente geriátrico (Edad muy avanzada, multi patologías con tendencia invalidante, condicionantes psíquicos y sociales.)

Ellos crean un ambiente físico para acoger a pacientes funcionalmente independientes y enfatiza el rol de enfermeras, equipo multidisciplinario y un egreso planificado la introducción de estas unidades de cuidado y la aplicación de programas se ha asociado con una reducción significativa de los costos hospitalarios y los días de estancia intra hospitalaria de ancianos frágiles. La unidad de agudos del hospital de Cleveland por ejemplo fue creada para prevenir el SINDROME DISFUNCIONAL, el cual contempla el siguiente programa: (14-15)

AMBIENTE PREPARADO:

El ambiente físico es modificado a favorecer la independencia funcional del paciente.

Los corredores y habitaciones con rótulos, relojes, y calendarios.

Las paredes con contrastes visuales para ayudar al paciente a orientarse y encontrar el camino.

Baños elevados, barras sujetadoras.

Camas con iluminación a nivel del suelo que permite al paciente transferirse seguro en la noche, luces instaladas detrás de la cama de cada paciente.

Un salón grande de actividades que permite tomar los alimentos fuera de la habitación y socializar.

EL PACIENTE CENTRO DEL CUIDADO

Evaluación multidimensional realizada por una enfermera el momento del ingreso.

Se proporcionan guías de cuidado por la enfermera para mantener o mejorar el auto cuidado, la continencia, nutrición, movilidad, sueño e integridad de la piel.

CUIDADO INTERDISCIPLINARIO Y PLANIFICACIÓN DEL ALTA

EVALUACIÓN DIARIA POR EL EQUIPO.

El equipo revisa el estado funcional basal del paciente, el estado funcional diario y la trayectoria anticipada del nivel de funcionamiento al momento del alta.

La extensión de la estancia es estimada en el día del ingreso y los planes para el alta son hechos.

REVISIÓN MEDICA

Revisa las medicaciones y planea procedimientos.

Evalúa que los estándares de cuidado se mantengan.

Realiza indicaciones medicas informales.

Sirve como consultante al equipo.

CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DE CUIDADO AGUDO

ARQUITECTURA Y FUNCIONALIDAD:

Amplitud de los espacios y el correcto diseño ambiental. Empleo de elementos facilitadores (pasamanos de apoyo, ayudas en los lavabos), existencia de camas de altura graduable, colchones antiescaras, andadores, sillones geriátricos, dispositivos antiincontienencia.

CRITERIOS DE INGRESO:

Pacientes generalmente mayores de 65 años

Enfermedad aguda o agudización / complicación de una patología crónica que precise hospitalización.

Tendencia hacia la incapacidad de la enfermedad causa del ingreso.

Multi patología y polifarmacia.

Evolución condicionada por factores mentales y/o sociales.

CUIDADO PROGRESIVO:

CRITERIOS DE EVOLUCIÓN:

Evaluación del estado funcional del paciente previo al ingreso.

Evaluación funcional en el momento del ingreso.
Evaluación funcional durante la estancia en el hospital.
Evaluación funcional al egreso.

ATENCIÓN INTERDISCIPLINARIA:

PREPARACIÓN DEL ALTA:

Temprana pero no precipitada.
Programada en sesión interdisciplinaria.
Canalizada a través de asistencia social.
Confirmado el conocimiento de paciente y familia.
Decidida la forma y el lugar del egreso.
Informado el equipo de atención primaria.
Informados los servicios sociales comunitarios.
Preparadas, en caso, las ayudas a domicilio.

DIAGNOSTICO CUÁDRUPLE DINÁMICO:

Diagnóstico clínico.
Diagnóstico funcional.
Diagnóstico psíquico.
Diagnóstico social.

La estancia media, variable en función del tipo de unidad y hospital, se sitúa alrededor de los 14 días en las UCG ubicadas en los hospitales generales de vanguardia. La mortalidad es cercana al 15% y la tasa acumulada de reingreso no debería superar el 30%(síndromes geriátricos.)

El cuidado hospitalario agudo de las personas ancianas es en realidad una espada de dos filos, es la razón por la que algunos clínicos aprecian lo que ha sido llamado fase transicional o peri descargo de la hospitalización aguda.

No es de sorprenderse que el 70% de los ancianos sostengan complicaciones medicas durante su admisión al hospital, aun que en retrospectiva el 40% al 50% de esas podría ser prevenida.

La mayoría de los estudios han documentado un 30 a 50% de prevalencia de deterioro funcional al egreso comparado a la evaluación basal pre hospitalización.

Hirsch et al documentaron que el 65 % de pacientes demostraron declinación en la movilidad en el 2 día de hospitalización. 67% no mostró mejoría y un 10% deterioro al momento del egreso.

Sager et al documentaron una alta incidencia de declinación funcional que persistió por lo menos 3 meses después del egreso.

La presencia de dificultades previa a la hospitalización en la habilidad de realizar las actividades de la vida diaria es un predictor fuerte de subsecuente prolongación de días de estancia, mortalidad e institucionalización, que es el principal motivo de ingreso.

El estudio SUPPORT, demostró que el más poderoso factor pronostico en determinar la limitación funcional pos hospitalización fue la presencia o ausencia de habilidad a realizar actividades específicas de AVD previo a la admisión. La dependencia en cualquiera de las 7 actividades fue asociada con doble probabilidad de severa declinación funcional pos hospitalización.

Sage et al identificaron 3 predictores independientes de declinación funcional: Edad avanzada, MM bajo, baja calificación del AVD. Pacientes con las categorías mas bajas de riesgo fueron los que mejor recuperaron su funcionalidad y evitaron su ingreso a asilos en los 3 meses luego de su egreso. (16-17-18)

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR EL CUIDADO TRANSICIONAL.

Tener un conocimiento fundamental del estado funcional del paciente y la calidad de vida previa a la admisión.

Considerar la transición del hospital a casa en el momento de la admisión.

Evaluación frecuente del estado funcional del paciente durante la hospitalización.

Conocer las organizaciones locales y regionales que proveen cuidado subagudo.

Permitir al equipo multidisciplinario a hablar con una sola voz, no obstante los planes de egreso.

Estar disponibles en el hospital al desarrollo y involucramiento del sistema de salud para el apropiado sistema de la comunidad. (16-17-18)

UNIDAD DE CUIDADO SUBAGUDO:

El termino de subagudo es usado para describir un nivel de cuidado pos-agudo que mezcla elementos de cuidado agudo, rehabilitación y casas de cuidado. El termino también describe una discreta unidad en un hospital de base o área diseñada en una casa de cuidados equipada y con personal para realizar este tipo de cuidado.

Algunas características generales de pacientes subagudos incluyen predominantemente edad sobre 65 años, originada esta característica primariamente de un lugar de cuidado agudo. Algunos de estos pacientes son juzgados de tener un considerable potencial de mejorar su funcionalidad. Las categorías diagnósticas típicas incluyen diagnósticos médicos complejos (ICC, EPOC, etc.) así como casos de rehabilitación de servicios de cirugía, especialmente después de procedimientos de ortopedia. Weaver FM et al, a través de los criterios de Inter. Qual, Inc de unidades de cuidado subagudo que fueron aplicadas retrospectivamente a 858 admisiones médicas y quirúrgicas

de 43 hospitales de veteranos en los Estados Unidos de América, mencionan que el promedio de duración de estancia en unidades de cuidado subagudo era de 12.7 días (SD=12.4) de los cuales 6.8 días fueron considerados subagudos, los diagnósticos incluyeron EPOC, Neumonía, reemplazo de articulación y celulitis. (19)

Estas unidades están diseñadas para el cuidado comprensivo de él paciente que ha tenido una enfermedad aguda, lesión o exacerbación de alguna enfermedad preexistente.

La meta en estas unidades es el orientar el tratamiento después de una hospitalización aguda, el tratar una ó más condiciones específicas activas, condiciones medicas complejas ó el administrar tratamientos técnicamente complejos en el contexto de personas fundamentalmente en condiciones a largo termino.

El cuidado subagudo es generalmente más intensivo que el tradicional cuidado en residencias de ancianos pero es menos intensivo que el cuidado agudo, esté requiere una evaluación recurrente de los pacientes (diario o semanal), revisión del curso clínico y del plan tratamiento limitando el periodo (varios días, varios meses), hasta que la condición del paciente se estabilice o él curso del tratamiento predeterminado es completado. (18)

Por lo tanto, una labor esencial del medico es asistir a cada paciente y estabilizarlo entre las primeras 24 a 48 horas de su ingreso al cuidado subagudo.

Los médicos encargados de la unidad coordinan el tratamiento medico con las observaciones y resultados de las enfermeras y otros médicos consultados de otras especialidades, que intervienen en la funcionalidad y problemas psicosociales de los pacientes. (18)

La organización del mantenimiento de la salud en los Estados Unidos de América. ha desarrollado los centros de cuidado transicional en áreas de casas de cuidado. Estos cuentan con por lo menos 15 camas disponibles para admisión los 7 días de la semana. El programa esta dirigido a pacientes que necesitan rehabilitación, incluyendo: pacientes que han presentado EVC, problemas ortopédicos e individuos desaconicionados luego de una variedad de diagnósticos médicos. El plan puede admitir directamente a pacientes con lesiones menos serias (DHE, IVU, FX.) , quienes no califican para un hospital de agudos pero pueden beneficiarse de un programa que podría restaurar su estado funcional durante su tratamiento de una enfermedad intercurrente. Esos pacientes pueden ser ingresados de una clínica o del departamento de urgencias.

Las características físicas de los hospitales en si mismas pueden hacer un “ambiente hostil”, como los típicos hospitales americanos que están frecuentemente estructurados a las necesidades de los profesionales mas que a las de los pacientes. Camas elevadas aumentan la dificultad a levantarse y el riesgo de caídas. Pisos fríos, brillantes pueden hacer que se miren resbaladizos y hacer que el salir de la cama no sea confortable y temeroso. Los cuartos y los corredores no tienen indicadores que provean una dirección que permita caminar en forma independiente. La despersonalización se inicia desde el momento que el paciente ingresa al hospital y su autonomía es restringida. Su cuidado es frecuentemente interrumpido por rituales hospitalarios innecesarios; el acceso de los familiares del paciente y su red de apoyo es restringido por arbitrarios horarios de visita. (16)

Los lugares de cuidado transicional han evolucionado desde 1980, siendo unidades destinadas al cuidado médico prospectivo remunerado que afectado el reembolso de los hospitales de agudos y la duración de los días de estancia hospitalaria estos lugares incluyen hospitales basados en unidades de cuidado subagudo también llamados unidades de cuidado transicional, el beneficio se ha manifestado por la exactitud diagnóstica reducción del uso de drogas, mejoras en el estado funcional de los pacientes de estas unidades con relación a los servicios usuales también reciben más evaluaciones periódicamente (4.7 vrs 1.7) se les realizan nuevos diagnósticos (2.9 vrs 0.6) y más drogas son discontinuadas de sus regímenes (4.6 vrs 2.3). (20-21)

La emergencia de unidades de cuidado subagudo ha vislumbrado una alternativa costo-beneficio de otros modelos más costosos, la corriente y rápido crecimiento de las unidades de cuidados subagudos su diversificación de programas, la diferencia en el tipo de pacientes y la carencia de estándares consistentes para definir una unidad de cuidados subagudos ilustra la necesidad del director de balancear la calidad y el costo.

Siendo la diferencia mensurable de la calidad las medidas clínicas efectivas asociado al costo- paciente y la satisfacción familiar. (22-23-24)

El éxito de estas unidades depende de tomar consideraciones cuidadosas por la misión corporativa en la selección y orientación del personal del equipo y el entrenamiento de nuevo personal. (25)

ESPECIALIDADES COMUNES DE LOS PROGRAMAS DE CUIDADOS SUBAGUDOS

Cuidado del paciente con SIDA

Recuperación Cardiaca

Diálisis / falla Renal

CUIDADO COMPLEJO MEDICO

General.

Oncología /cuidado del paciente con cáncer

Manejo del dolor

Cuidado Terminal
Cuidado Ortopédico
Cuidado postoperatorio
Cuidado Psiquiátrico
Cuidado del paciente con patología pulmonar

SERVICIO REHABILITATORIO:

Daño cerebral y de cordón espinal
Quemaduras
Trauma
Cuidado de heridas
EVC

RAZONES COMUNES PARA HOSPITALIZACION ANTERIOR AL INGRESO DE LA UNIDAD DE CUIDADO SUBAGUDO

Posible fractura de cadera o pelvis
Sincope/caídas/hipotensión ortostática
Debilidad, letargia
Auto accidente
Fallo respiratorio
Exacerbación de EPOC
Infarto agudo del miocardio
Carcinoma metastático de mama o colon
Infección del tracto urinario
Neumonía
Ulceras en la piel
Celulitis
Artritis infecciosa
Gangrena en pie
Pancreatitis
Deshidratación

DIAGNOSTICOS COMUNES DE PACIENTES ADMITIDOS A CUIDADO SUBAGUDO

EPOC
Diabetes Mellitus
Hipertensión
Enfermedad Aterosclerótica cardiovascular
Insuficiencia cardíaca congestiva
Arritmias cardíacas
Osteoporosis
Demencia (26)

SERVICIOS EXPERTOS ASISTENCIALES

Inyecciones intravenosas, intramusculares o Subcutáneas

Sondas, naso gástrica, gastrostomía ó yeyunostomía

Inserciones de catéteres suprapúbicos o uretrales de irrigación

Vendajes envolventes por prescripción médica o técnica estéril

Estadio III o de mayor grado de úlceras por presión

Tratamiento de calentamiento que es parte de un programa

Institución y supervisión de entrenamiento de vejiga e intestino

Cuidados de Ileostomía, colostomía durante el periodo postoperatorio temprano

Manejo experto y evaluación de planes de cuidado. (18)

ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA Y EDUCACIÓN

Auto administración de medicamentos inyectados ó de regímenes de medicamentos complejos

Auto administración de gases médicos

Entrenamiento de la marcha y cuidado de prótesis en amputados

Cuidado de una nueva colostomía o ileostomía

Cateterización intermitente por sí mismo

Administración de alimentación enteral

Cuidado de líneas venosas centrales

SERVICIOS EXPERTOS DE REHABILITACIÓN

Evaluación

Ejercicios terapéuticos

Rehabilitación de la marcha

Prueba de rango de movimiento

Terapia mantenida que requieren procedimientos complejos y sofisticados

Empaques calientes

Tratamiento infrarrojo

Baños de parafina

Baños de torbellino

Ultrasonido

Onda corta

Diatermia con microondas

Terapia ocupacional

Terapia del lenguaje(18)

UNIDAD DE TRANSFERENCIA GERIATRICA HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO

Una institución del país que cuenta con una unidad de este tipo es el asilo del Hospital Español, de la Sociedad de Beneficencia Española, considerado el más grande de México, fundado en 1860, como una única sala destinada a españoles jubilados y acogidos, en el año de 1873 es trasladada esta sala al hospital Juan Pablo, que posteriormente se transformo en el hospital Juárez, que contaba únicamente con 4 camas que se fueron incrementando hasta llegar a 15 dando posteriormente paso a españoles enfermos denominándose “Sala Española”. Los paciente ancianos fueron trasladados a la iglesia de San Miguel ya como asilo para ancianos españoles; en el año de 1877 se ubican tanto el hospital como el asilo en el lugar ubicado en Niño Perdido número 17. En el año de 1932 se construye la sala 11 “Martín Urrutia” destinado a pacientes jubilados junto al hospital en el lugar que actualmente ocupa en la colonia Granada.

En el año de 1963, se inicia la construcción de lo que actualmente es la unidad hospitalaria Pablo Diez, se construye la sala 11 donada por el presidente de la Beneficencia Española. Finalmente en el año de 1969 cuando es inaugurada la unidad hospitalaria Pablo Diez, lo que constituye el antiguo hospital fue ocupado por españoles jubilados de la tercera edad, que actualmente cuenta con 8 salas denominadas periféricas con un total de 232 camas, una de estas salas es la denominada sala de Transferencia Geriátrica, Unidad de Transición o destinada a pacientes geriátricos agudos. (27)

El asilo de la beneficencia Española forma parte de un complejo constituido por una torre hospitalaria Unidad Pablo diez, destinada a las múltiples especialidades de la medicina, igualmente cuenta con una policlínica destinada a la consulta externa y como se ha mencionado antes el asilo considerado el más grande de México, esta constituido por la unidad de transferencia geriátrica y siete salas destinadas a pacientes ancianos crónicos.

La Sala 1 de Transferencia Geriátrica del Hospital Español fue fundada el 14 de noviembre de 1995 y es puesta en marcha en Enero de 1996.

Dicha unidad se creó para evitar que los pacientes que no requieren de terapia Intensiva pero sí de una estrecha vigilancia reciba atención especializada por un equipo multidisciplinario. El objetivo de esta unidad es el de atender oportunamente los problemas inherentes a los residentes del asilo así como a los que provengan de la Unidad Pablo Diez.

Esta remodelada sala cuenta con 14 habitaciones individuales, dos cuartos dobles y dos suites todo decorado y acondicionado con el confort más moderno, lo que la hace única en la República Mexicana. Tiene además oficina de enfermería, sala de juntas, sala de estar, oficina para trabajo social y recepción, ropería, séptico, cuarto de médicos, dos consultorios y una terraza.

Esta sala cuenta con un amplio pasillo con pasamanos a ambos lados, iluminación adecuada, colores de fácil identificación, piso antiderrapante; dentro del confort que se cuenta en cada habitación esta una cama ortopédica, con medio barandal, ajuste eléctrico para posición de la cabeza o los pies y para ajustar la altura de la misma; se cuenta con un sillón de descanso (reposit), un baño con lavabo ajustado a la altura del paciente, un servicio sanitario con sitio de apoyo para sentarse y levantarse, una regadera con una extensión que permite la paciente aún al estar sentado tomar un adecuado baño, con closet, mesa de noche, todo ello le permite sentir al paciente lo que podría ser toda la comodidad de su hogar además de cumplir con las características arquitectónicas de este tipo de unidad.

Se cuenta también con medios anti úlceras de presión como lo son colchones de espuma, colchones de agua, colchones de aire alternante y dispositivos anti incontinencia, Igualmente se cuenta con andaderas, sillas de ruedas y soportes para ayudar a pacientes a moverse en la cama.

También cuenta con una sala de estar que es utilizada por los pacientes o bien sus familiares al momento de la visita, es de hacer resaltar que en esta sala no se cuenta con un horario establecido para las mismas; existe además una terraza la que es utilizada por ellos para momentos de esparcimiento (lectura, juego, etc.) y en ocasiones algunos toman sus alimentos en este lugar. Por otro lado en cada habitación, para el apoyo de la terapia se cuenta con una toma de oxígeno, conectadores para succión, un espacio que permite la colocación de ventiladores, monitores, bombas de infusión, etc.

El equipo medico multidisciplinario esta constituido por.

Jefe de servicio, médico geriatra.

Psicogeriatra

Residentes de geriatría.

Enfermera geriátrica.

Enfermeras generales

Contacto directo con el servicio de rehabilitación.

Contacto directo con el servicio de Nutrición.

Contacto directo con la clínica del dolor.

Personal administrativo.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El presente trabajo tiene las siguientes características metodológicas:

Descriptivo

Abierto

Transversal

Observacional

MATERIAL Y METODOS

Fueron incluidos en el presente estudio todos los pacientes que ingresaron a la Unidad de Transferencia Geriátrica del Hospital Español mayores de 60 años. Los pacientes incluidos en el presente estudio voluntariamente decidieron ingresar al mismo.

Se reviso el Registro estadístico de la unidad de Transferencia Geriátrica y los expedientes de los pacientes que ingresaron de enero de 1996 a mayo de 1999. La morbi-mortalidad se registró de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) en su décima revisión.

La distribución se realizó por Edad, Sexo, Días de hospitalización, Causa de hospitalización; se revisó esto por cada uno de los años de revisados. Para tal fin se utilizo la hoja de recolección de datos presentada en los anexos.

El análisis estadístico se realizo a través de porcentajes.

ANALISIS DE RESULTADOS

Del total de pacientes que ingresaron a la UTG de los años 1996 a 1999, 324 fueron de sexo femenino lo que corresponde a un 71% y 130 pacientes de sexo masculino lo que corresponde a 29%, de un total 454 pacientes. Grafico 1

Para el año 1996 el 65% fueron del sexo femenino y 35% del sexo masculino, el porcentaje de edad fue de un 7% para pacientes entre 61 a 70 años, 30% de 71 a 80 años, 45% de 81 a 90 años y 18% de 90 años y más años.

Para el año 1997 el 64% fueron del sexo femenino y el 36% de sexo masculino, el porcentaje de edad fue de un 6% para pacientes entre 61 a 70 años, 20% de 71 a 80 años, 54% de 81 a 90 años y 20% de 90 años y más años.

Para el año 1997 el 64% fueron del sexo femenino y el 36% de sexo masculino, el porcentaje de edad fue de un 6% para pacientes entre 61 a 70 años, 20% de 71 a 80 años, 54% de 81 a 90 años y 20% de 90 años y más años.

Para el año 1998 el 75% fueron del sexo femenino y el 25% de sexo masculino, el porcentaje de edad fue de un 6% para pacientes entre 61 a 70 años, 15% de 71 a 80 años, 53% de 81 a 90 años y 26% de 90 años y más años.

Para el año 1999 el 89% fueron del sexo femenino y el 11% de sexo masculino, el porcentaje de edad fue de un 11% para pacientes entre 61 a 70 años, 10% de 71 a 80 años, 48% de 81 a 90 años y 31% de 90 años y más años Grafico 2,3,4,5,6,

En relación a la frecuencia de las principales causas de morbilidad por año, en 1996 se presentaron 18 casos de Neumonía, 28 casos de EPOC, 12 casos de ICC, 4 casos de EVC, 3 casos de STD y 13 casos de IVU.

1997 se presentaron 24 casos de Neumonía, 17 casos de EPOC, 12 casos de ICC, 7 casos de EVC, 4 casos de STD y 4 casos de IVU.

1998 se presentaron 32 casos de Neumonía, 8 casos de EPOC, 12 casos de ICC, 8 casos de EVC, 9 casos de STD y 5 casos de IVU.

1999 se presentaron 13 casos de Neumonía, 4 casos de EPOC, 2 casos de ICC, 3 casos de EVC, 0 casos de STD y 0 casos de IVU. Grafico 7

La frecuencia de Neumonía por grupos de edad para el año 1996 de 60 a 70 años 0 casos, de 71 a 80 años 4 casos, de 81 a 90 años 11 casos y mayores de 90 años 3 casos.

Para el año 1997 fue de 60 a 70 años 2 casos, de 71 a 80 años 4 casos, de 81 a 90 años 9 casos y mayores de 90 años 9 casos.

Para el año 1998 de 60 a 70 años 4 casos, de 71 a 80 años 5 casos, de 81 a 90 años 14 casos y mayores de 90 años 9 casos.

Para el año 1999 de 60 a 70 años 0 casos, de 71 a 80 años caso, de 81 a 90 años 4 casos y mayores de 90 años 8 casos. Grafico 8

La frecuencia de EPOC por grupos de edad para el año 1996 fue de 60 a 70 años 5 casos, de 71 a 80 años 9 casos, de 81 a 90 años 9 casos y mayores de 90 años 4 casos.

Para el año 1997 de 60 a 70 años 2 casos, de 71 a 80 años 2 casos, de 81 a 90 años 10 casos y mayores de 90 años 3 casos.

Para el año 1998 de 60 a 70 años 0 casos, de 71 a 80 años 0 casos, de 81 a 90 años 6 casos y mayores de 90 años 2 casos.

Para el año 1999 de 60 a 70 años 0 casos, de 71 a 80 años 0 casos, de 81 a 90 años 3 casos y mayores de 90 años 1 caso. Grafico 9

La frecuencia de ICC por grupos de edad fue de la siguiente forma.

Para el año 1996 de 60 a 70 años 2 casos, de 71 a 80 años 4 casos, de 81 a 90 años 3 casos y mayores de 90 años 3 casos.

Para el año 1997 de 60 a 70 años 1 caso, de 71 a 80 años caso, de 81 a 90 años 8 casos y mayores de 90 años 2 caso

Para el año 1998 de 60 a 70 años 0 casos, de 71 a 80 años 1 caso, de 81 a 90 años 9 casos y mayores de 90 años 2 casos.

Para el año 1999 de 60 a 70 años 0 casos, de 71 a 80 años 0 casos, de 81 a 90 años 0 casos y mayores de 90 años 2 casos. Grafico 10

La frecuencia de EVC por grupos de edad y año fue la siguiente.

Para el año 1996 de 60 a 70 años 1 caso, de 71 a 80 años 1 caso, de 81 a 90 años 1 casos y mayores de 90 años 1 caso.

Para el año 1997 de 60 a 70 años 1 caso, de 71 a 80 años 3 casos, de 81 a 90 años 1 caso y mayores de 90 años 2 casos.

Para el año 1998 de 60 a 70 años 0 casos, de 71 a 80 años 1 caso, de 81 a 90 años 7 casos y mayores de 90 años 0 casos.

Para el año 1999 de 60 a 70 años 1 caso, de 71 a 80 años 0 casos, de 81 a 90 años 2 casos y mayores de 90 años 0 casos. Grafico 11

La frecuencia de STD por grupos de edad y año fue de la siguiente manera.

Para el año 1996 de 60 a 70 años 0 casos, de 71 a 80 años 0 casos, de 81 a 90 años 2 casos y mayores de 90 años 1 caso.

Para el año 1997 de 60 a 70 años 0 casos, de 71 a 80 años 0 casos, de 81 a 90 años 3 casos y mayores de 90 años 1 caso. Grafico 12

La frecuencia de IVU por grupos de edad por año se presento de la siguiente forma.

Para el año 1996 de 60 a 70 años 1 caso, de 71 a 80 años 6 casos, de 81 a 90 años 4 casos y mayores de 90 años 2 casos.

Para el año 1997 de 60 a 70 años 0 casos, de 71 a 80 años 0 casos, de 81 a 90 años 3 casos y mayores de 90 años 1 caso.

Para el año 1998 de 60 a 70 años 2 casos, de 71 a 80 años 0 casos, de 81 a 90 años 0 casos y mayores de 90 años 3 casos.

Para el año 1999 de 60 a 70 años 0 casos, de 71 a 80 años 0 casos, de 81 a 90 años 3 caso y mayores de 90 años 2 casos. Grafico 13

La frecuencia de rehabilitación por grupos de edad y año comprendió.

Para el año 1996 de 60 a 70 años 0 casos, de 71 a 80 años 5 casos, de 81 a 90 años 4 casos y mayores de 90 años 1 caso.

Para el año 1997 de 60 a 70 años 0 casos, de 71 a 80 años 3 casos, de 81 a 90 años 6 casos y mayores de 90 años 1 caso.

Para el año 1998 de 60 a 70 años 0 casos, de 71 a 80 años 3 casos, de 81 a 90 años 3 casos y mayores de 90 años 1 caso.

Para el año 1999 de 60 a 70 años 0 casos, de 71 a 80 años 2 casos, de 81 a 90 años 3 casos y mayores de 90 años 2 casos. Grafico 14

Los días de estancia en la UTG por año comprendió.

Para el año 1996 de 1 a 5 días 47 pacientes, de 6 a 10 días 49 pacientes, De 11 a 15 días 15 pacientes, más de 15 días 21 pacientes.

Para el año 1997 de 1 a 5 días 28 pacientes, de 6 a 10 días 32 pacientes, De 11 a 15 días 24 pacientes, más de 15 días 28 pacientes.

Para el año 1998 de 1 a 5 días 57 pacientes, de 6 a 10 días 34 pacientes, De 11 a 15 días 19 pacientes, más de 15 días 38 pacientes.

Para el año 1999 de 1 a 5 días 15 pacientes, de 6 a 10 días 16 pacientes, De 11 a 15 días 12 pacientes, más de 15 días 21 pacientes. Grafico 15

En relación a la distribución de mortalidad por año y grupos de edad fue la siguiente.

Para el año 1996 de 60 a 70 años 0 casos, de 71 a 80 años 1 caso, de 81 a 90 años 4 casos y mayores de 90 años 1 caso.

Para el año 1997 de 60 a 70 años 0 casos, de 71 a 80 años 1 caso, de 81 a 90 años 4 casos y mayores de 90 años 1 caso.

Para el año 1998 de 60 a 70 años 1 caso, de 71 a 80 años 2 casos, de 81 a 90 años 5 casos y mayores de 90 años 0 casos.

Para el año 1999 de 60 a 70 años 1 caso, de 71 a 80 años 3 casos, de 81 a 90 años 2 casos y mayores de 90 años 2 casos. Grafico 16

Con respecto a la frecuencia de mortalidad por causa y sexo se documento.

Neumonía 10 pacientes del sexo femenino y 5 masculino, EPOC 2 pacientes del sexo masculino y ninguno de sexo femenino, EVC 1 caso de sexo femenino, 1 caso de sexo masculino por Mieloma Múltiple, ICC 2 casos de sexo masculino y 4 de sexo femenino, Cáncer de mama 1 caso femenino, IAM 1 caso de sexo femenino y Choque Séptico con un caso de sexo femenino.

DISCUSION

La Unidad de Transferencia Geriátrica, es una unidad completa que atiende principalmente a pacientes en estado sub agudo, sin embargo sus particularidades propias de diseño y ubicación en el Asilo de Ancianos del Hospital de México y su ubicación cercana y relación directa con el Hospital Español también la constituyen en una unidad de Cuidado Agudo y de transición del Paciente Geriátrico, considero que al describir esta unidad se alcanza uno de los objetivos propuestos.

Luego de analizar los resultados obtenidos en relación a la morbilidad y mortalidad en los años revisados nos podemos dar cuenta que dentro de las principales causas de morbilidad se encuentran, Neumonía, EPOC, ICC, EVC, STD, e IVU. Las patologías predominantes descritas en estas unidades. (18-19) De igual forma el sexo predominantemente afectado es el Femenino tanto en la Morbilidad como en la Mortalidad.

Es de hacer notar también que los pacientes geriátricos más afectados se encuentran en el rango de edad de 71 años en adelante, siendo estos los más susceptibles a enfermar y morir.

En relación a los días promedio estancia se observa un comportamiento muy similar a lo revisado en la literatura un promedio de 1 a 15 días por paciente. que se incrementa en algunas situaciones particulares como rehabilitación.(19)

Es necesario Mencionar que como primera causa de Morbilidad y Mortalidad se encuentra una enfermedad Infecciosa Neumonía y que los grupos de más edad son los más susceptibles de enfermar y morir por esta causa.

La importancia de Unidades de este tipo para el paciente geriátrico pone en relevancia su utilidad, lo que sugiere que la implementación en otros hospitales que tratan pacientes geriátricos sería beneficiosa.

De igual forma luego de conocer que la Neumonía es la causa principal de morbi-mortalidad en el periodo revisado, pone de manifiesto que se deben de realizar programas de Inmunizaciones más agresivos para tratar de disminuir esta patología en el grupo geriátrico de más susceptibilidad de 71 años y más.

GRAFICOS

GRAFICO NUMERO 1
TOTAL DE PACIENTES QUE INGRESARON A LA UTG
DISTRIBUCION POR SEXO 1996-1999

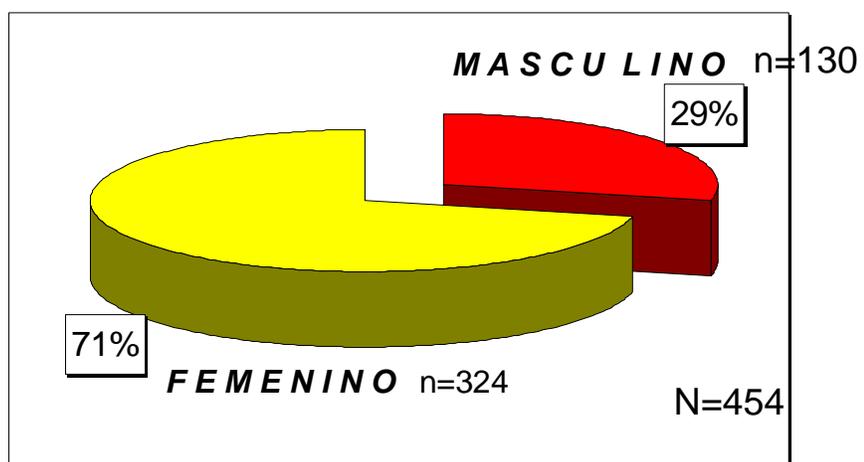


GRAFICO NUMERO 2
PACIENTES QUE INGRESARON A LA UTG
DISTRIBUCION POR AÑO , SEXO Y PORCENTAJE

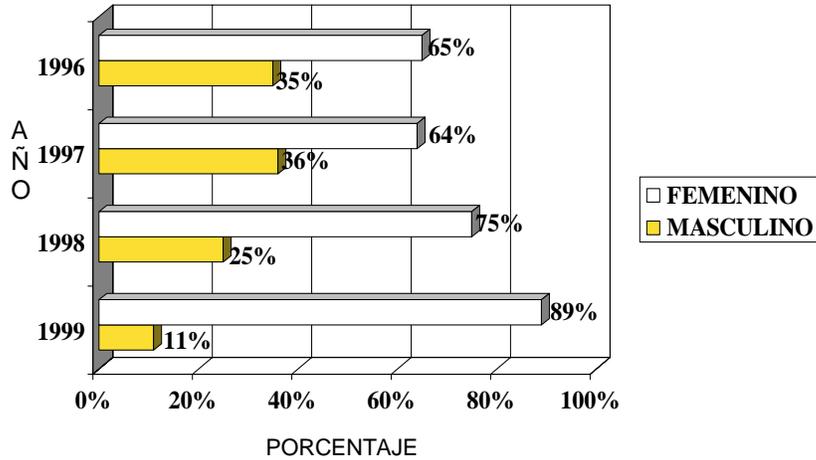


GRAFICO NUMERO 3
PACIENTES QUE INGRESARON A LA UTG EN 1996
DISTRIBUCION POR EDAD , SEXO Y PORCENTAJE

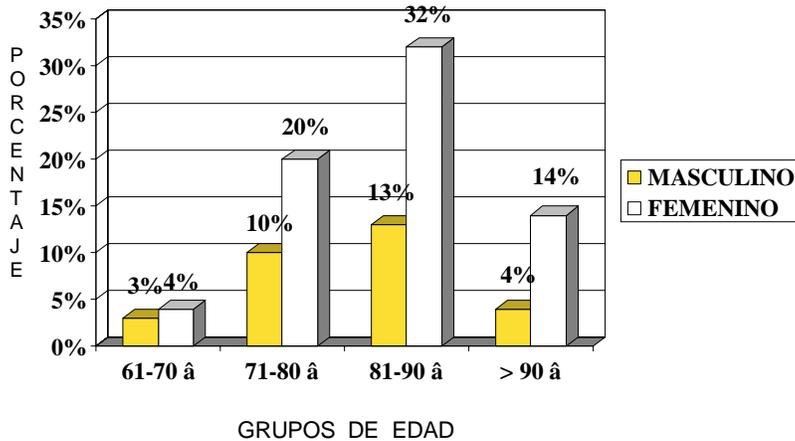


GRAFICO NUMERO 4
PACIENTES QUE INGRESARON A LA UTG EN 1997
DISTRIBUCION POR EDAD, SEXO Y PORCENTAJE

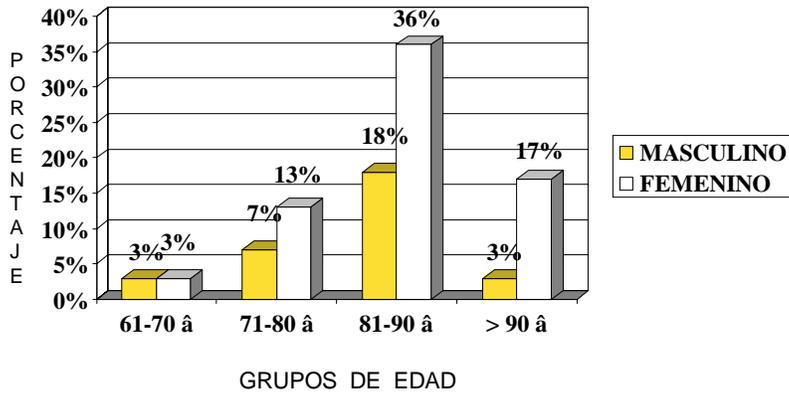


GRAFICO NUMERO 5
PACIENTES QUE INGRESARON A LA UTG EN 1998
DISTRIBUCION POR EDAD, SEXO Y PORCENTAJE

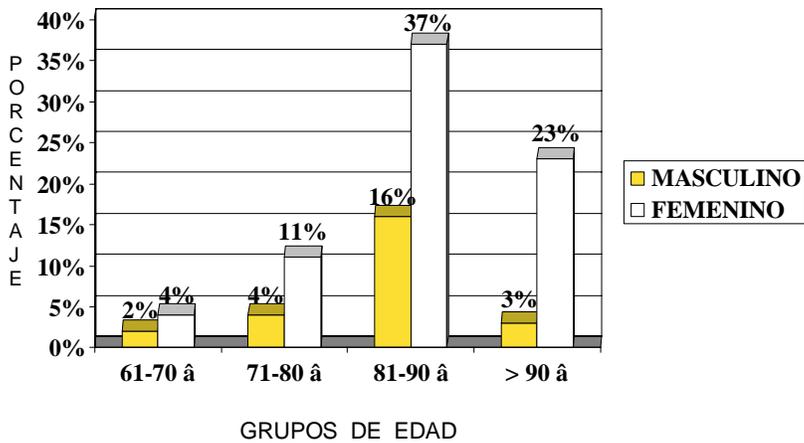


GRAFICO NUMERO 6
PACIENTES QUE INGRESARON A LA UTG EN 1999
DISTRIBUCION POR POR EDAD, SEXO Y PORCENTAJE

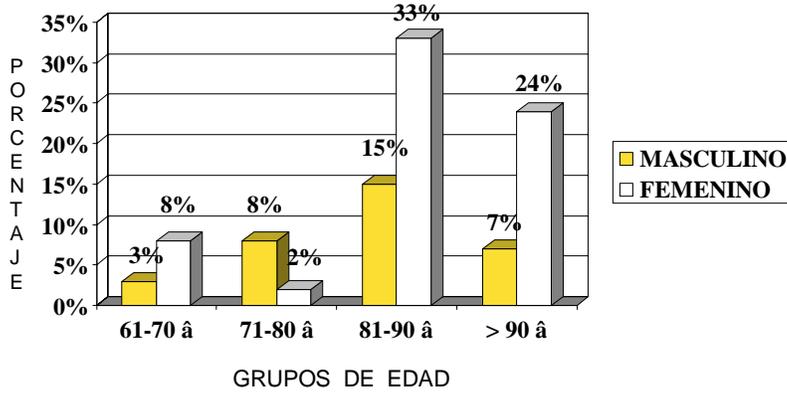


GRAFICO NUMERO 7
FRECUENCIA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE
MORBILIDAD UTG POR AÑO

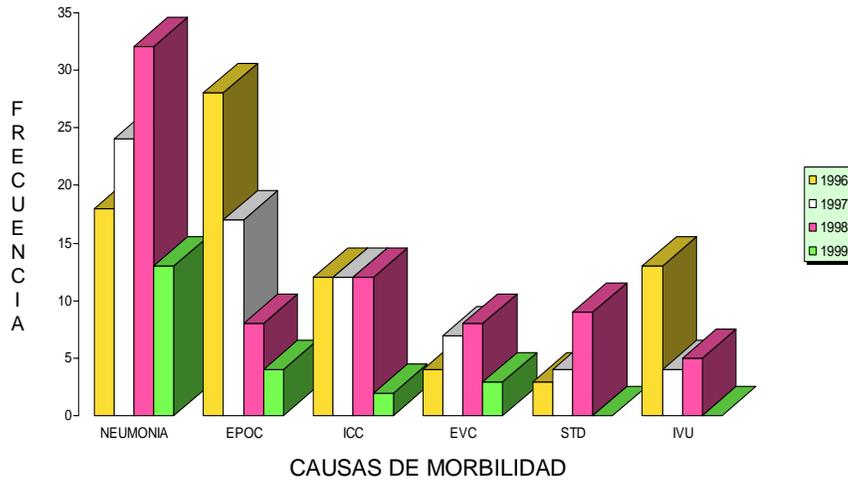


GRAFICO NUMERO 8
 FRECUENCIA DE NEUMONIA POR GRUPOS DE EDAD
 POR AÑO

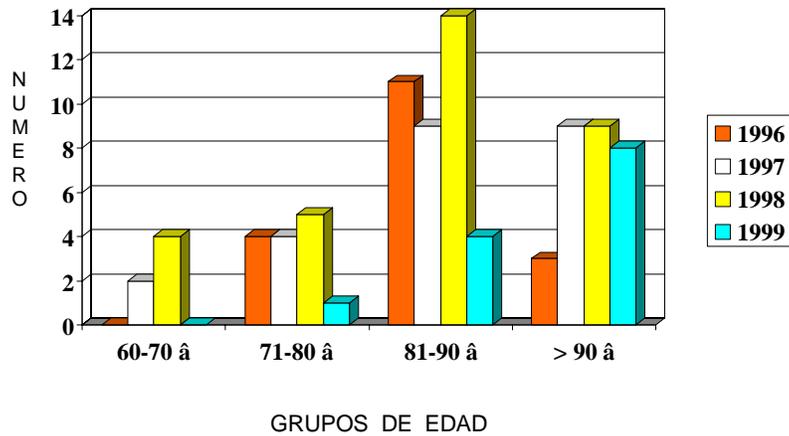


GRAFICO NUMERO 9
 FRECUENCIA DE EPOC POR GRUPOS DE EDAD POR
 AÑO

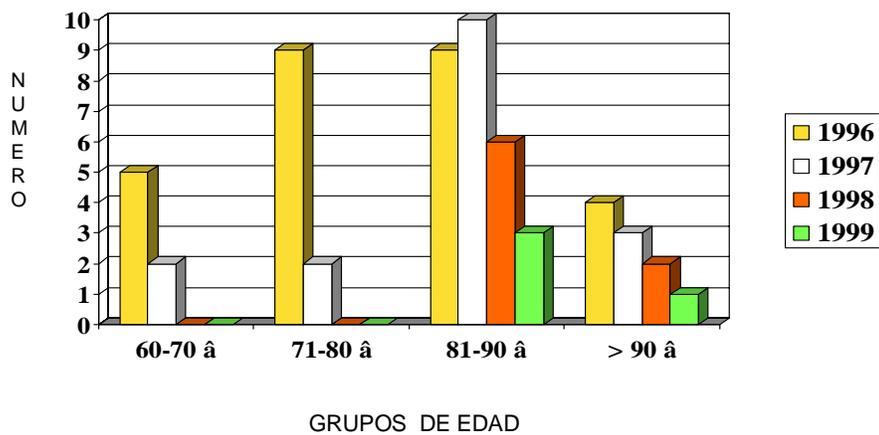


GRAFICO NUMERO 10
 FRECUENCIA DE ICC POR GRUPOS DE EDAD POR AÑO

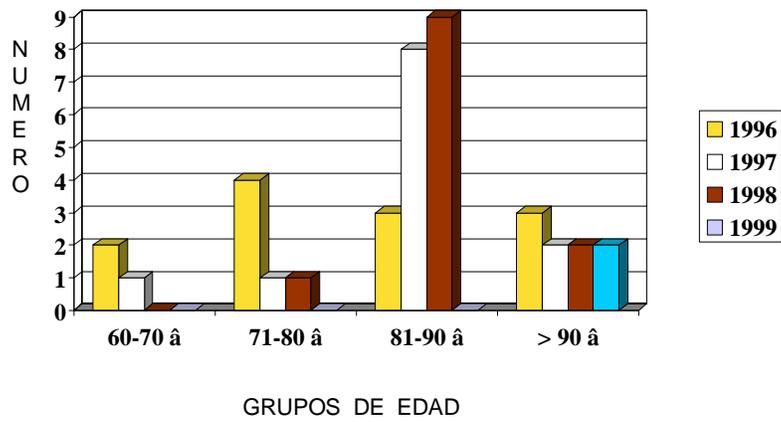


GRAFICO NUMERO 11
 FRECUENCIA DE EVC POR GRUPOS DE EDAD POR AÑO

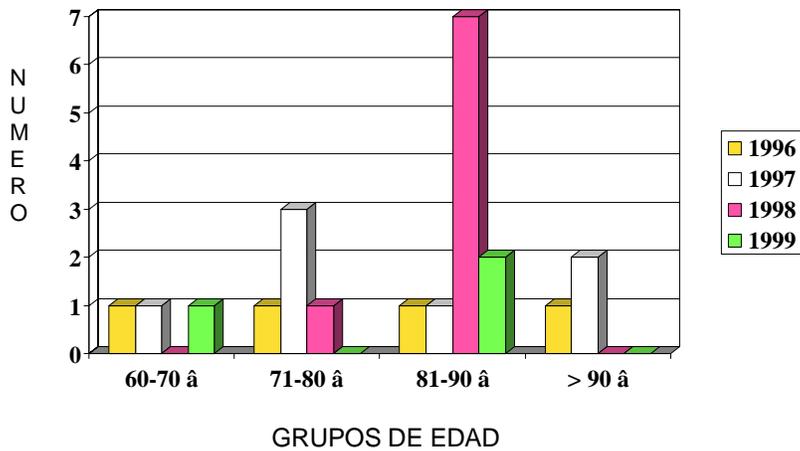


GRAFICO NUMERO 12
 FRECUENCIA DE STD POR GRUPOS DE EDAD POR
 AÑO

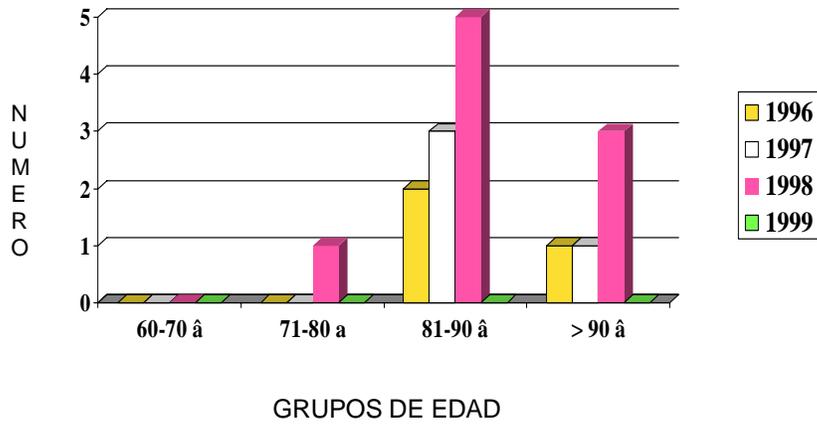


GRAFICO NUMERO 13
 FRECUENCIA DE IVU POR GRUPOS DE EDAD POR
 AÑO

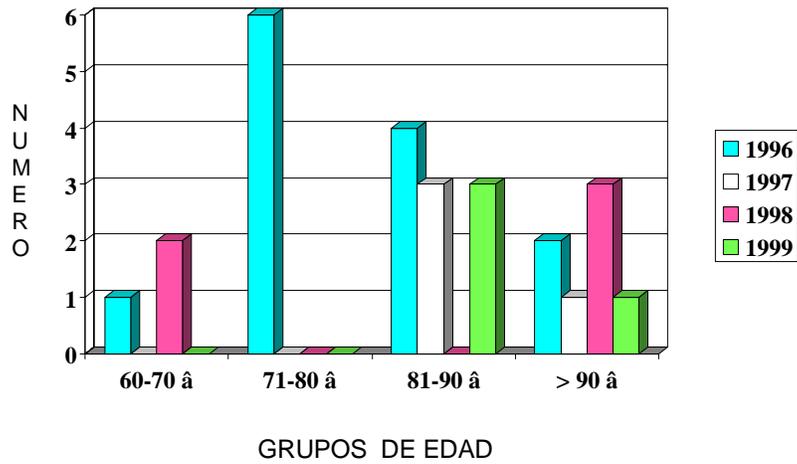


GRAFICO NUMERO 14
 FRECUENCIA DE REHABILITACION POR GRUPOS DE
 EDAD POR AÑO

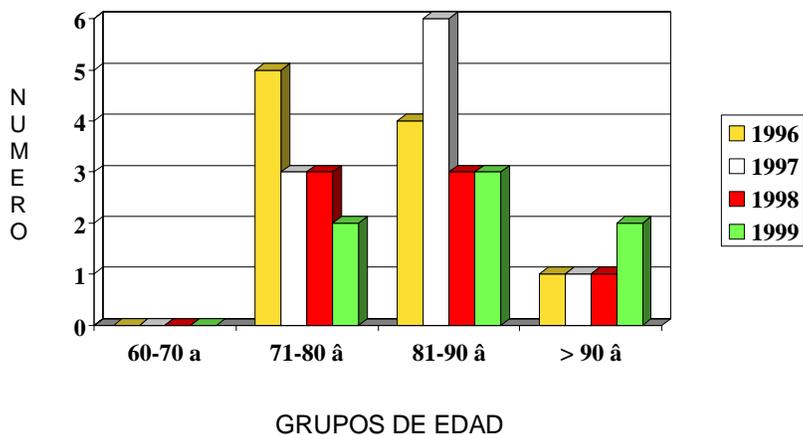


GRAFICO NUMERO 15
 DIAS DE ESTANCIA EN LA UTG POR AÑO

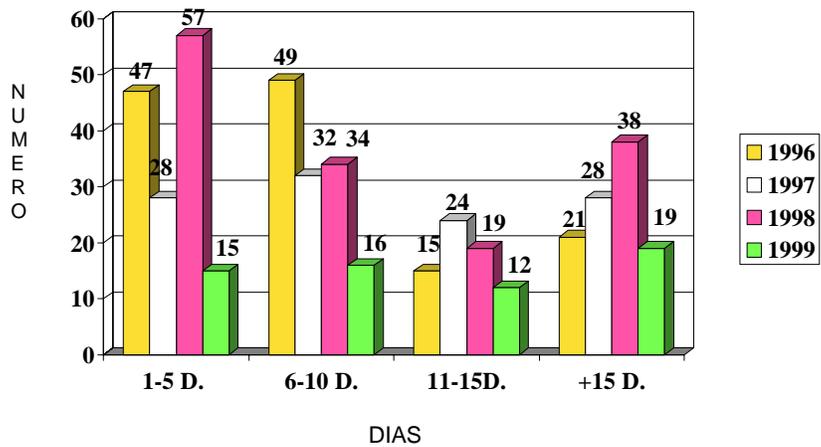


GRAFICO NUMERO 16
DISTRIBUCION DE MORTALIDAD POR AÑO Y
GRUPOS DE EDAD

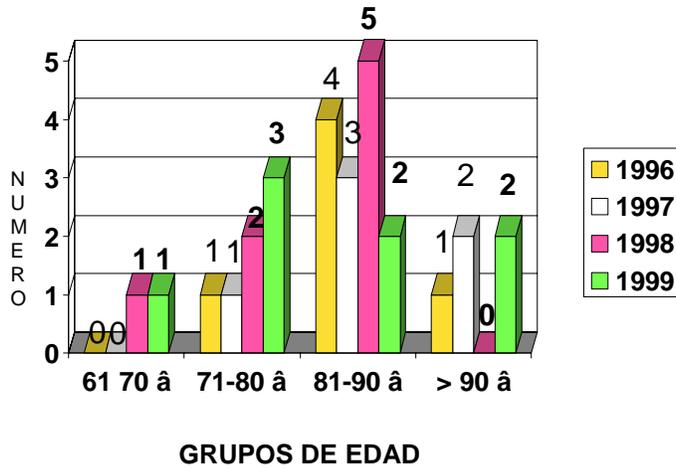
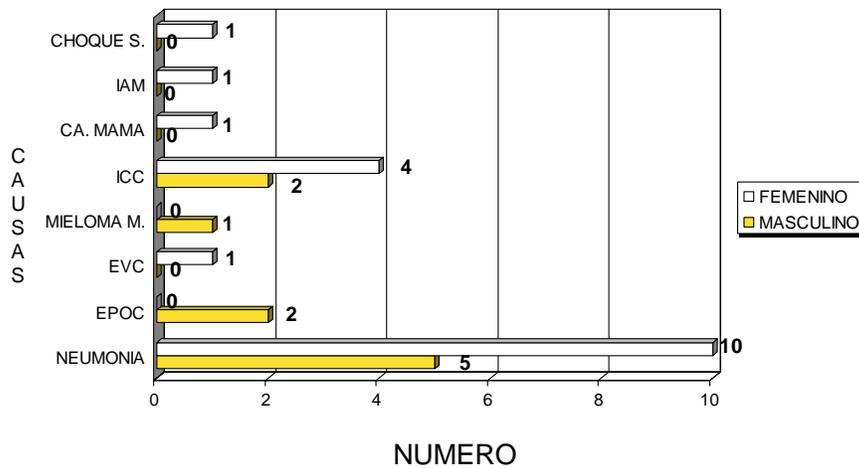


GRAFICO NUMERO 17
FRECUENCIA DE MORTALIDAD DISTRIBUCION POR
CAUSA Y SEXO



ANEXOS

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

ENFERMEDAD	IC 10	MASCULINO	FEMENINO	61-70A	71-80A	81-90A	>90	%
NEUMONIA	J 15.9	8	10	0	4	11	3	
EPOC	J 44.1	9	19	5	9	9	4	
DELIRIO NO ESPECIFICADO	F 05.9	3	3	0	2	2	2	
ICC	I S0.0	7	5	2	4	3	3	
EVC	I 64	2	2	1	1	1	1	
STD	K 92.2	1	2	0	0	2	1	
IVU	N 39.0	6	7	1	6	4	2	
NEUMONITIS DEBIDA A ASPIRACION DE ALIMENTO O VOMITO		0	0	0	0	0	0	
	J 69.0	0	0	0	0	0	0	
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	J 96.0	0	0	0	0	0	0	
DMNI	E 11	0	0	0	0	0	0	
EPILEPSIA NO ESPECIFICADA	J 40.9	0	2	0	1	1	0	
FX.FEMUR NO ESPECIFICADA	S 72.9	0	0	0	0	0	0	
GEPI	A 09	0	3	0	0	2	0	
ARTROSIS NO ESPECIFICADA	N 19.9	0	0	0	0	0	1	
ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA	M 05	0	0	0	0	0	0	

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Anzola P. E, Galinskg D, Morales F, Salas A. R, Sánchez Allende M. La atención de los ancianos un desafío para los años 90. OPS Washington DC. USA; 546: 3-18.
2. CONAPO, Serie Socio demográfica del envejecimiento en México. México 1994, 7-116.
3. CONAPO. La población de la tercera edad en México 1950-1990. Serie Demográfica del envejecimiento en México. México 1994, 5-38.
4. Ham Chande R. El envejecimiento. Una nueva dimensión de la salud en México. Salud pública México 1996; 38: 409-418.
5. Hernández Brigas H. H, Menkes C. La población de México al final del siglo XX 5ta. Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México UNAM 1998; 1: 430-500.
6. Salinas Martínez R, Banda Arévalo J, P. Asilos de ancianos en el estado de Nuevo León. Revista de Salud Publica de México. Enero-Febrero 1991; 33: (1) 56-69.
7. Morales V. J, J, Fajardo O, G.(comp.) Instituciones gerontológicas para cuidados prolongados. Problemas y Programas del Adulto Mayor. México 1997; CISS- CIESS OPS-OMS 1997: 170-190.
8. Peers J. Atención de salud en instituciones para personas ancianas. hacia el bienestar de los ancianos. Publicación científica OPS 1985; 42: 77-84.
9. Salgado Alba A, Comallonga I, M, Alarcón Alarcón M, T. Larga estancia geriátrica. En: Gerontologia Asistencial 1993, Salvat-Masson 1993.
10. Pasternak R, Rosenweig A, Booth B, "y col." Morbidity of homebound versus inpatient elderly y psychiatric patients. International Psychogeriatrics Association 1998; 10: (2) 117-125.

11. Martínez Arronte F. El paciente adulto mayor con discapacidad. El adulto mayor en Latinoamérica sus necesidades y sus problemas medico sociales. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. OPS 1995; 143-151.
12. Salgado S. G, García Sierra J.L. Centros y hospitales de día. En: Manual de geriatría. 2da. ed. España: editorial Salvat, 1992: 157-167.
13. Guillén Llera F, del Valle Operé I. Geriatría hospitalaria. En: Síndromes y cuidados del paciente geriátrico. 1ª ed. España: Editorial Masson, 1994: 127-137.
14. Fillit H. Challenges of acute care geriatric inpatient units under the present medicare prospective payment system. J Am Geriatrics Soc 1994; 42: (5) 553-558.
15. Palmer R.M, Landefeld C, S, Kresévic D, Kowal J. A medical unit for the acute care of the elderly. J Am Geriatrics Soc. 1994; 42: (5) 545-552.
16. Phillips H, C, Fanale J, E. The acute a long term care interface integrating the continuum. Clinics in geriatric medicine. 1995; 11: (3) 481-501.
17. Smith RL, Osterweill D. The medical director in hospital based transitional care units. Clinics in Geriatric medicine 1995; 11: (3) 373-389.
18. Hazzard W, R, Blass J, P, Ettinger W, H, Jr., Halter J, B, Ouslander J, G, Acute care. Subacute care. Principles of geriatric medicine a gerontology. 4 ed. USA: editorial Mc Graw-Hill 1998; 483-507.
19. Weaver F, M, Guihan M, Hynes D, M, Byck G, Conrad K, J, Demakis J, G. Prevalence of subacute patients in acute care results of study of VA hospitals. J Med Syst. 1998; 22: (3) 161-172.
20. Griffin K, M. Evolution of transitional care setting: past, present, future. AACN Clin Issues 1998, 9: (3) 398-408.

21. Rubenstein L, Josephson k, Wieland G, D, “y col.” Geriatric Assessment on subacute hospital ward. Clin. Geriatric 1987; 3: (1) 131- 143.
22. Cristl L. Outcomes system implementation for subacute care. Nurs. Case Manag. 1997; 2: (1) 33-41.
23. Hauser B, Robinson J, Powers J, S, Laubacher M, A. The evaluation of an intermediate care. South Med J. 1991; 84: (5) 597- 602.
24. Blumiefields S, Morris J, Sherman F,T, “y col.” The geriatric team in the acute care hospital. J Am Geriatrics Soc. 1982; 30: (10) 660-664.
25. Le Bel T. Denveloping, implementing subacute programs in long term care. Director 1997; 5 : (4) 152-154.
26. Levenson S, A. Subacute Settiings: Marking the most of a new model care. Geriatrics 1998; 53: (7) 69-75.
27. (Mier M. Comunicación personal). Editor de la revista, Aquí S.B.E. Libros de actas de la Sociedad de Beneficencia Española Hospital Español.