



UNAM

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21

TESIS.

**PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCION DEL ADULTO MAYOR EN EL AREA DE OBSERVACION-
URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 21 LEON GTO MEXICO**

PRESENTA LA ALUMNA

DRA HERRERA GUERRERO MARIA GUADALUPE

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD.

URGENCIAS MÉDICAS

DIRECTOR DE TESIS

DRA. MARTHA ALICIA HERNANDEZ GONZALEZ

DIRECTOR DE TESIS

DRA. ROSA MAYELA MOLINA RAMIREZ URGENCIOLOGA HGZ 21

COLABORADORA

DRA. MA CARMEN DENIZ RODRIGUEZ JEFA DEL SERVICIO DE URGENCIAS HGZ 21



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.



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.



UNAM

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21

TESIS.

**PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCION DEL ADULTO MAYOR EN EL AREA DE OBSERVACION-
URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 21 LEON GTO MEXICO**

PRESENTA LA ALUMNA

DRA HERRERA GUERRERO MARIA GUADALUPE

HOSPITAL GENERAL DE ZONA 21

SERVICIO OBSERVACION-URGENCIAS

DIRECCION: CALLE CORRAL 101

COL. SAN RAFAEL LEON GTO.

TEL: 477 2524818

CORREO ELECTRONICO: adymichy@hotmail.com

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD.

URGENCIAS MÉDICAS

DIRECTOR DE TESIS

DRA. MARTHA ALICIA HERNANDEZ GONZALEZ

HOSPITAL GENERAL DE ZONA 21

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

DIRECCION: CALLE CORAL 101

COLONIA SAN RAFAEL, LEON, GTO.

TEL: 4772614905

CORREO ELECTRONICO martha_hdz@hotmail.com

DIRECTOR DE TESIS

DRA. ROSA MAYELA MOLINA RAMIREZ URGENCIOLÓGICA HGZ 21

HOSPITAL GENERAL DE ZONA 21 LEON GTO.

SERVICIO DE OBSERVACION-URGENCIAS

DIRECCION: CALLE CORAL 101

COLONIA SAN RAFAEL, LEON, GTO.

TEL: 4772721128

CORREO ELECTRONICO m.ay1972@hotmail.com

COLABORADORA

DRA. MA. CARMEN DENIZ RODRIGUEZ

HOSPITAL GENERAL DE ZONA 21 LEON GTO

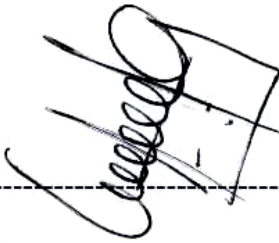
SERVICIO DE OBSERVACION-URGENCIAS

DIRECCION: CALLE CORAL 101

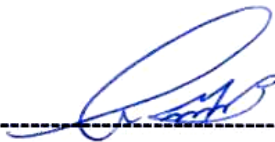
COLONIA SAN RAFAEL, LEON, GTO.

TEL 4772721128

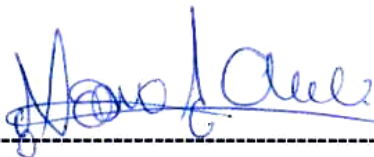
CORREO ELECTRONICO deniz_r@hotmail.com



Dra. Erika Monserrat Aguirre Hermosillo
Director en Funciones del Hospital Gral de Zona
con Unidad de Medicina Familiar No. 21.



Dr. Arnoldo Rocha García
Jefe de Departamento de Enseñanza e Investigación

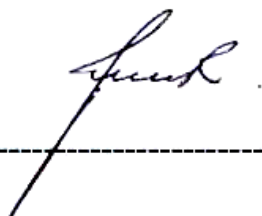


Dra. Norma Elena Corona Amador
Coordinadora de la Especialidad de Medicina de Urgencias



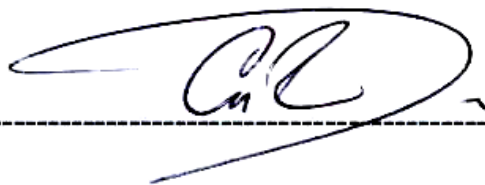
Director de tesis

Dra. Martha Alicia Hernández González



Director de tesis

Dra. Rosa Máyela Molina Ramírez



Colaboradora

Dra. Carmen Rodríguez Déniz

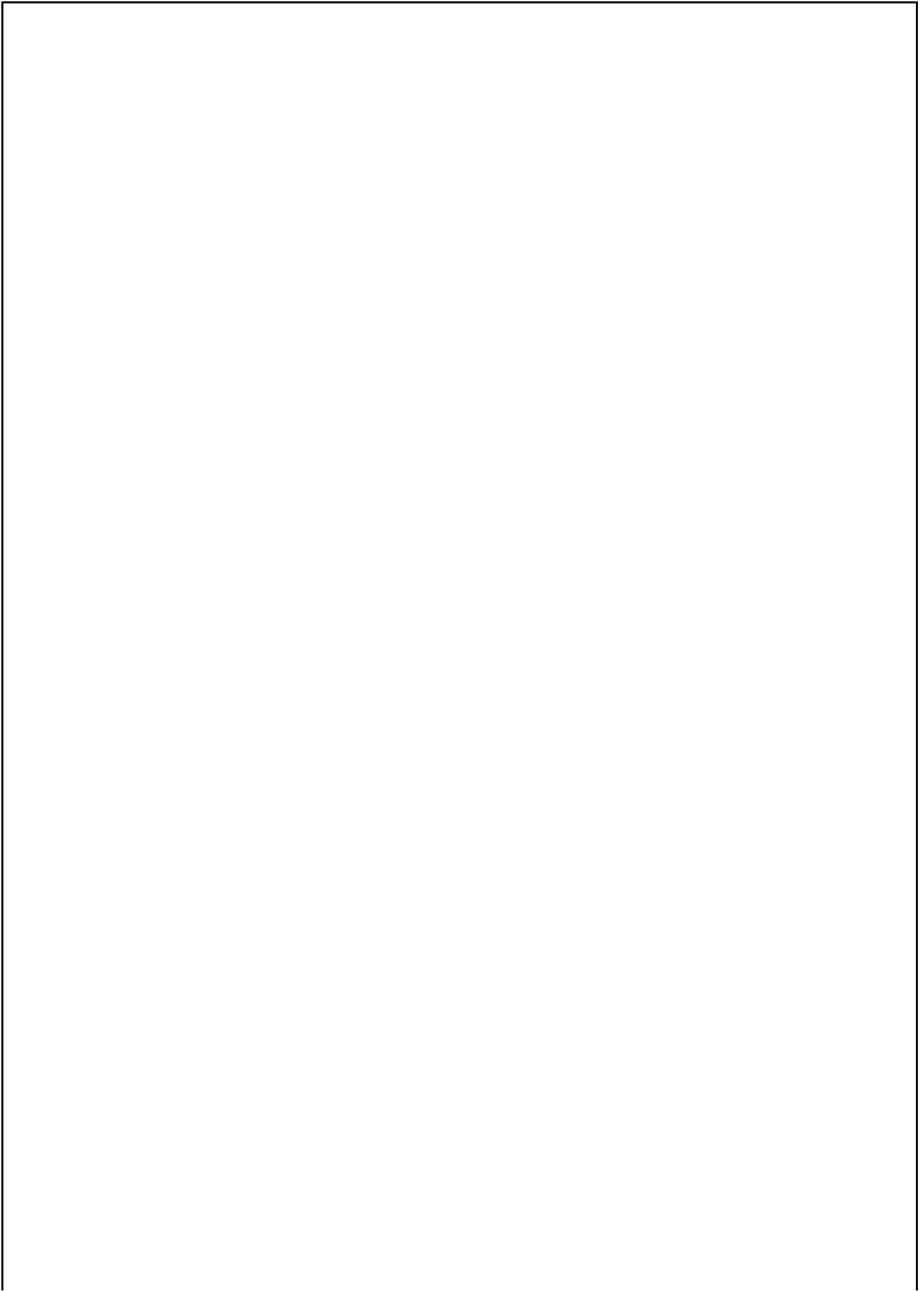
DEDICATORIAS

*A mis padres Elena y Juan
con agradecimiento eterno.*

*A mis hijas Adrianita y Michelle
por su apoyo y comprensión.*

AGRADECIMIENTO

*A las personas que me apoyaron en este reto tan
importante en mi vida personal.*



RESUMEN

PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCION DEL ADULTO MAYOR EN EL AREA DE OBSERVACION-URGENCIAS DEL HGZ 21 LEON GTO MEXICO

Antecedentes: El envejecimiento poblacional a nivel mundial ha tenido un impacto significativo en los últimos años y como consecuencia un incremento progresivo en la demanda de la atención en el servicio de observación-urgencias. En México este sector ocupa más de diez millones de adultos mayores e inevitablemente surge la pregunta ¿Esta México preparado para solventar las necesidades médicas de este sector? En el estado de Guanajuato la dinámica demográfica del envejecimiento poblacional permite suponer que esta entidad no se excluye en cuanto al proceso de envejecimiento poblacional. Los datos actuales disponibles calculan que el paciente anciano representa aproximadamente 15% de las consultas urgentes.

Considerando que el paciente anciano genera más demanda en el servicio de urgencias, puede decirse que utiliza más adecuadamente el servicio ya que acuden por problemas de salud más graves y urgentes. Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto el paciente geriátrico representa hoy día un reto para los servicios de urgencias.

Objetivos: Identificar las principales causas de atención del adulto mayor en el área de observación-urgencias del HGZ 21 León Gto México.

Material y Métodos: Estudio prospectivo y descriptivo en pacientes mayores de 60 años y más de casos consecutivos no probabilística en pacientes que solicitaron asistencia médica urgente por cualquier tipo de patología aguda en el Área de Observación de Urgencias del HGZ 21 León Gto México.

Recursos e Infraestructura: El estudio que se plantea, se realizó en la población geriátrica que recibió atención médica en agudo en el HGZ 21 León Gto México, no generó gastos innecesarios al hospital, los consumibles de oficina como son fólder, lapiceros, papel bond, borradores y equipo de computo fueron otorgados por el investigador.

Experiencia del grupo: Dra. Martha Alicia Hernández ha sido investigadora asociada de 40 publicaciones aproximadamente y cuenta con un Doctorado en Investigación. Dra. Rosa Máyela Molina especialista en Urgencias Médico Quirúrgicas, con más de 13 años de experiencia. Dra. María Guadalupe Herrera Guerrero alumna de la especialidad Urgencias Médicas.

MARCO TEORICO:

La continua tendencia mundial hacia una creciente esperanza de vida ha consolidado el fenómeno de envejecimiento demográfico en los últimos años, con efectos impredecibles en las estructuras sociales, económico, político y sanitario, entre otras, afectando incluso la vida del mismo adulto mayor y su comunidad. Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 años viejas o ancianas y la que sobrepasa los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad. (1,2)

Las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de los 60 años para los países en desarrollo. O sea que México se considerada anciana una persona a partir de los 60 años. (2,3).

Evidentemente las personas de la 3ª. Edad requieren de mayor atención médica que personas de corta edad porque son más vulnerables a enfermedades. No olvidemos que también existen casos en que los ancianos viven una larga vida sana hasta prácticamente la muerte. (2)

En México, tradicionalmente se han propuesto las edades de 65 y 74 años y de 75 y más para establecer las diferencias entre los grupos de tercera y cuarta edad respectivamente. El grupo de 65 a 74 años representa las edades avanzadas pero aún con oportunidades para una vida en condiciones aceptables de funcionalidad y salud. Dentro del grupo de 75 años y más, la gran mayoría de la población sufre pérdidas en su capacidad para realizar actividades de la vida diaria, frecuentemente derivadas de problemas físicos serios y de enfermedades crónico-degenerativas. Esto representa una creciente dependencia del resto de los integrantes de la familia para el sostén y el cuidado de sus necesidades básicas. (1,3)

La esperanza de vida de los mexicanos se duplico durante las últimas décadas del siglo pasado de 36 en 1959, llega a 74 años en el 2000. Actualmente es de 75 años y aumentara a 78.1 años en el 2010, a 81.8 para el 2030 y a 83.7 años en el 2050. (4)

El envejecimiento poblacional es hoy una preocupación de la sociedad moderna. En México este sector ocupa poco más de diez millones de adultos mayores e inevitablemente surge la pregunta ¿Está México preparado para solventar las necesidades físicas, médicas, sociales, familiares y laborales de este sector? (5).

México se ha considerado como un país de jóvenes. No obstante la dinámica en que vivimos nos está presentando una realidad diferente. El Consejo Nacional de Población estimó que para el 2050 uno de cada cuatro habitantes tendrá 65 años o más. (5).

El 28 de julio de 2008 se concibe un gran proyecto al crear el Instituto de Geriatria en la Ciudad de México, en el acto presidido por el Presidente de la República Mexicana Felipe Calderón Hinojosa. El cual cumple con la finalidad de fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y el control de enfermedades. Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento. El Instituto de Geriatria busca dentro del Sistema Nacional de Salud generar planes y programas de gran impacto en la atención del adulto mayor. También busca participar conjuntamente con Universidades de Medicina en la conformación de programas educativos de pregrado, posgrado y educación médica continua que aseguren la capacidad de los médicos y personal afín del país en las ramas de la geriatria y gerontología, favoreciendo la creación de nuevos especialistas y permitiendo mejorar la calidad de la atención médica de los ancianos. (6).

En el Estado de Guanajuato las características de la dinámica demográfica y el envejecimiento poblacional permiten suponer que esta entidad no se excluye en cuanto al proceso de envejecimiento poblacional, ya que los datos de los niveles de mortalidad y fecundidad muestran que en este estado cada vez hay más ancianos. Ante el aumento de personas ancianas con necesidades de atención y de cuidados especiales, se requiere con urgencia de políticas y programas sociales que los atiendan, no sólo porque el problema es mayúsculo en cuanto al porcentaje de población,- y en el futuro será todavía mayor que ahora- sino también porque la institución social que tradicionalmente se ha hecho cargo del cuidado de los ancianos, la familia ha venido sufriendo transformaciones muy importantes en cuanto a su estructura, tamaño y dinámica interna, por las cuales se dificulta cada vez más el prodigar cuidado a los adultos mayores y satisfacer todas sus necesidades. En Guanajuato el Instituto de Planeación del Estado de Guanajuato (Iplaneg) en base a datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), estima que los municipios que cuentan con mayor número de personas con 60 años y más son: Torandacuao, Tirimoro, Salvatierra, Santiago, Maravatío, Yuriria, Atarjea, Xichú y Victoria. (4,7).

La prevención es un aspecto primordial para conservar un buen estado de salud en cualquier etapa de la vida, pero los cuidados preventivos cobran mucha mayor importancia cuando los cambios y el deterioro del organismo por el envejecimiento vuelven a la persona más vulnerable a las enfermedades inherentes a ese proceso del envejecimiento. (4)

El fenómeno del envejecimiento representa un doble desafío para el IMSS ya que la población bajo su responsabilidad aspira a una vida más prolongada y la proporción de adultos mayores será muy superior a la atendida por el resto de las instituciones de salud, como institución de seguridad tiene que cubrir y otorgar la atención médica que satisfaga a esta población que se verá muy incrementada. Este crecimiento tendrá un impacto importante con respecto a lo económico ya que se reflejara con una mayor demanda de atención médica, una mayor utilización de los servicios de urgencias, servicio de rehabilitación, programas preventivos y educativos necesarios para la atención de estas personas , lo mismo en pago de pensiones y jubilaciones. (3)

Los ancianos son frágiles, por razones obvias, grandes consumidores de recursos sanitarios, y utilizan hasta un 50% del tiempo de la atención médica y un 62% del gasto farmacéutico. Un individuo frágil es aquella persona débil con un riesgo elevado a perder la capacidad funcional, pero que todavía es independiente. (8)

Estos ancianos frágiles generan más demanda en el servicio de urgencias y puede decirse que al compararlo con enfermos jóvenes utilizan más adecuadamente el servicio ya que acuden por problemas de salud mas graves y urgentes, no acuden por iniciativa propia, frecuentemente son enviados por un medico que los ha atendido previamente o por un cuidador principal encargado de ellos. (11). La valoración médica urgente es a menudo breve y dirigida por el motivo de consulta. Por lo tanto, es generalmente unidimensional, centrada en el episodio medico sin reconocer las peculiaridades del anciano y menospreciando la valoración funcional, mental o social. (8,9)

En el servicio de Urgencias que está organizado hacia el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, hoy por hoy evaluamos poco o nada la capacidad funcional y las actividades diarias del adulto mayor. (5)

El progresivo incremento de la población anciana frágil, atendida en los hospitales obliga a planificar estrategias de valoración e intervención geriátrica desde el inicio del ingreso. (9)

El paciente geriátrico es un sujeto en el que la valoración médica es más compleja dada la mayor frecuencia de presentación atípica de enfermedades, de comorbilidad y de polifarmacia asociada. Tanto es así que los problemas como el infarto, la sepsis o el abdomen quirúrgico en ocasiones son difíciles de identificar. Además, es frecuente no

encontrar un único diagnóstico sino que habitualmente encontramos diferentes procesos clínicos independientes. Todo ello se traduce en la necesidad de evaluaciones médicas más prolongadas, con un mayor número de pruebas complementarias y consultas a otros especialistas, lo que contribuye a aumentar la estancia media en urgencias y el número de ingresos. (11)

Esto nos obliga a reflexionar sobre las condiciones de salud de la población geriátrica ya que en breve plazo se concentrara una mayor carga de enfermedades, tendencia a la dependencia, deterioro psíquico, reducción de las relaciones interpersonales que van a repercutir en un mayor gasto de salud. (12).

El paciente geriátrico es un paciente de alto riesgo. El modelo de atención del paciente geriátrico en urgencias debe ser global y no debe abarcar sólo el episodio médico, sino también los aspectos de la esfera funcional, mental y social. Es vital detectar al paciente anciano de alto riesgo o con resultados pobres tras el alta. Con el fin de seleccionar a aquellos pacientes que se beneficien de una valoración geriátrica integral y así poder diseñar un plan de cuidados específicos y dar altas de forma efectiva y segura desde urgencias. (10,12). Todo esto hace pensar que los ancianos con un nivel de cuidados adecuados y mejorar la atención urgente del anciano con enfermedad aguda disminuirán la frecuencia de urgencias e ingreso hospitalario. (13)

JUSTIFICACION:

La población en México mayor de 65 ha aumentado su volumen a un ritmo muy acelerado. Se prevé que entre 1969 a 2014 se duplicara su tamaño; se quintuplicara en 2035 y para el año 2050 se multiplicara hasta casi 8 veces. La proporción de la población anciana en México pasara de 4.8% en el 2000 a 24.6% en el 2050, aunado a que la expectativa de vida actual está fijada en 74 años para los hombres, mientras que para las mujeres es de 82 años. Esta tendencia de envejecimiento demográfico es mundial y presenta a estos pacientes como principales consumidores de recursos hospitalarios.

Este panorama nos motiva a realizar este estudio para conocer el comportamiento en mayores de 65 años de las patologías clínicas atendidas con mayor frecuencia en el servicio de urgencias del HGZ 21 de León Gto. México. A fin de garantizar los recursos necesarios para su manejo óptimo así como promover la capacitación continua del personal tratante, buscando al mismo tiempo estrategias para amortiguar esos factores de riesgo que puedan evitar llegar a dichas patologías que por ende implican mayor riesgo de complicaciones o muerte.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son las principales causas de atención del adulto mayor en el área de observación-urgencias de HGZ 21 León Gto México?

OBJETIVOS:

General:

Identificar las principales causas de atención del adulto mayor en el área de observación-urgencias de HGZ 21 León Gto México.

Específicos:

Conocer las características clínicas y demográficas del adulto mayor que amerita internamiento en observación-urgencias del HGZ 21.

Describir la presencia de co-morbilidades.

Determinar cuál es la frecuencia de adultos mayores que recibieron atención en el servicio de observación-urgencias.

Conocer el índice de morbi-mortalidad en el servicio de observación-urgencias de este grupo etario.

MATERIAL Y METODOS:

Se trata de un estudio prospectivo, con diseño observacional y descriptivo en el HGZ 21 perteneciente a la ciudad de León Guanajuato. México. El proyecto dio inicio una vez que fue aceptado por el Comité Local de Ética e Investigación. Se analizaron de manera consecutiva pacientes mayores de 65 años que recibieron atención médica en dicho hospital, que hayan aceptado participar firmando el consentimiento informado, hasta completar el tamaño de la muestra. Se analizaron los principales diagnósticos emitidos por los médicos tratantes del servicio de urgencias a los pacientes mayores de 65 años que acudieron al servicio. Posteriormente se procedió a su clasificación por grupos de edad, género y al cálculo de la incidencia de las enfermedades detectadas de forma general y en cada subgrupo. La forma de presentación de los resultados son gráficos diseñados para tal efecto. Se emplearon técnicas de estadísticas descriptivas como sumatorias, porcentaje y tasas de incidencia.

METODO:

Se trata de un estudio, prospectivo y descriptivo en pacientes mayores de 65 años y más, de casos consecutivos no probabilística en pacientes que solicitaron asistencia médica urgente por cualquier tipo de patología aguda de todos ellos se tomaron además datos referentes a edad, género y destino del alta.

Los datos recolectados se vaciaron a las hojas de concentración, analizando diagnóstico inicial, diagnóstico final, enfermedades asociadas, edad, género y destino del alta del servicio de urgencias.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Ambos géneros;

Mayores de 65 años de edad;

Con diagnóstico que amerite atención médica al momento de la evaluación inicial en el área de observación-urgencias; y

Pacientes con expediente clínico completo.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes que no acepten participar en el protocolo.

Expediente de paciente con alta voluntaria.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Considerando que de acuerdo a los reportes de la literatura el 15% de la población que acude al servicio de urgencias es adulto mayor y que en los últimos 6 meses la frecuencia de ingresos a observación de nuestro hospital en este grupo etario es del 30% considerando un alfa de 0.5% y un error tipo II de 0.20, el tamaño de la muestra es de 64 pacientes (MedCalc 12.3.0), asumiendo un 20% de no respondedores se requieren de 76 pacientes para llegar a conclusiones verídicas.

ANALISIS ESTADISTICOS

Las Variables cuantitativas con distribución normal de acuerdo a sus valores de sesgo y curtosis fueron expresadas en promedio y desviación estándar, para el caso contrario se utilizó la mediana y los percentiles. Las Variables cualitativas se presentan en términos de frecuencia o proporción. Se obtuvo además la tasa de morbi-mortalidad de éste grupo etáreo.

La comparación entre hombres y mujeres con respecto a las principales variables de medición como son diagnóstico, co-morbilidad, defunción y si el paciente ameritó internamiento o no se realizó mediante prueba de ji-cuadrada (o en su defecto exacta de Fisher), considerando como significativos valores de p menores al 5 %.

DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES:

Diagnostico de ingreso: Es la primera y más importante herramienta con la que cuenta un profesional de la salud, sirve para conocer las características específicas de la situación determinada, para así poder actuar en consecuencia, sugiriendo tratamiento o no.

Género: Se hace referencia a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres. El término distingue los aspectos atribuidos a hombres y mujeres desde el punto de vista social de los determinados biológicamente. La escala de medición será cuantitativa y se expresara para hombre con el número 1 y la mujer número 2.

Edad: Tiempo de existencia desde el nacimiento. La escala de medición será en años.

Comorbilidad: Término médico que se refiere a la presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. La escala de medición será cualitativas.

Morbi-mortalidad: Es un concepto complejo que proviene de la ciencia médica y que combina dos subconceptos. Morbilidad es la presencia de un determinado tipo de enfermedades en una población. Mortalidad a su vez es la estadística sobre las muertes en una población también determinada. Así ambos subconceptos significa aquellas enfermedades causantes de la muerte en determinada población o grupos de personas determinadas.

PRODUCTOS ESPERADOS DE LA INVESTIGACION

Con esta investigación se pretende que un alumno de Especialidad en Urgencias Médicas obtenga el Diploma de Especialidad.

Los resultados de esta investigación se presentaran en el foro de Medicina familiar y en el foro estatal de investigación la mujer en la ciencia, como factor de utilidad clínica.

CONSIDERACIONES ETICAS

El proyecto cumple con los principios éticos de la Ley General de Salud en su título de investigación y del Código de Helsinki dado que no hubo intervención en el manejo de pacientes vulnerables como son menores de edad, embarazadas o grupos subordinados, únicamente revisión de expedientes, una vez que aceptaron de manera voluntaria firmando la carta de consentimiento informado. **Confidencialidad:** La información e identidad personal de todos los participantes son confidenciales. La información de la condición médica y de salud fue registrada en una hoja de captura como parte de la investigación y archivada manualmente para que pueda ser evaluada y analizada por los comités de ética e investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social y autoridades regulatorias cuando así lo crean conveniente.

Todos los investigadores y la Institución de Salud estamos obligados a mantener la confidencialidad sobre cualquier información que pudiera identificar al paciente, de **acuerdo al Título Segundo, Capítulo I, Artículo 16 de la Ley General de Salud vigente.**

Los resultados de ésta investigación podrán ser incluidos en publicaciones científicas o ser presentados en congresos médicos, sin que la identidad de cada participante sea revelada. No se realizara ninguna intervención o modificación intencionada en los pacientes que participan en el estudio, de **acuerdo al Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 17 categoría 1 de la Ley General de Salud Vigente.**

RESULTADOS:

Se incluyeron 97 pacientes en edad geriátrica de un total de 331 Consultas en el mismo periodo, lo que representa el 29.3. %.

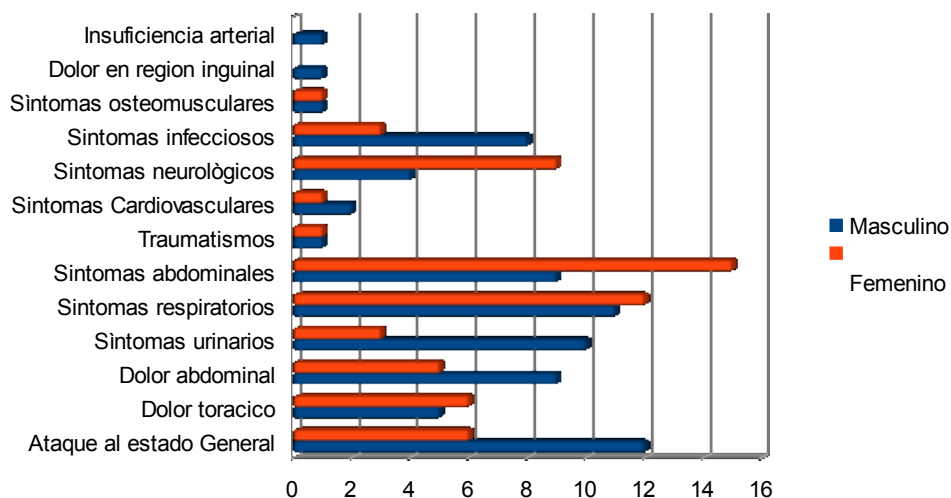
55 eran hombres con promedio de edad de 74.14+-7.99 años y 42 eran mujeres, con promedio de 75.64+-8.33 años, sin que hubiera diferencias entre los grupos con respecto al género ($p=0.30$).

Los principales motivos de consulta para el género masculino fueron: ataque al estado general y síntomas respiratorios en hombres, en tanto que para las mujeres fueron síntomas abdominales. Para todo el grupo en los síntomas abdominales (17.5%), y síntomas respiratorios (16.8%), ataque al estado general (13.1%) y el dolor abdominal (10.9%) fueron los cuatro principales motivo de consulta en el periodo estudiado (Tabla 1, Gráfica 1). Aún así, no hubo diferencias significativas entre los motivos de consulta y el género ($p=0.32$).

Tabla 1. Principales motivos de consulta en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona 21 de Segundo Nivel de Atención, en pacientes geriátricos.

<u>Motivo de Consulta</u>	<u>Masculino</u>	<u>Femenino</u>	<u>Total</u>	<u>(%)</u>
Ataque al estado General	12	6	18	(13.1%)
Dolor torácico	6	6	12	(8.8%)
Dolor abdominal	9	6	15	(10.9%)
Síntomas urinarios	10	3	13	(8.8%)
Síntomas respiratorios	11	12	23	(16.8%)
Síntomas abdominales	9	15	24	(17.5%)
Traumatismos	1	1	2	(1.5%)
Síntomas Cardiovasculares	2	1	3	(2.2%)
Síntomas neurológicos	4	9	13	(9.5%)
Síntomas infecciosos	8	3	11	(8.0%)
Síntomas osteomusculares	1	1	2	(1.5%)
Dolor en región inguinal	1	0	1	(0.7%)
Insufic arterial	1	0	1	(0.7%)

Gráfica 1. Principales motivos de consulta, pacientes geriátricos.

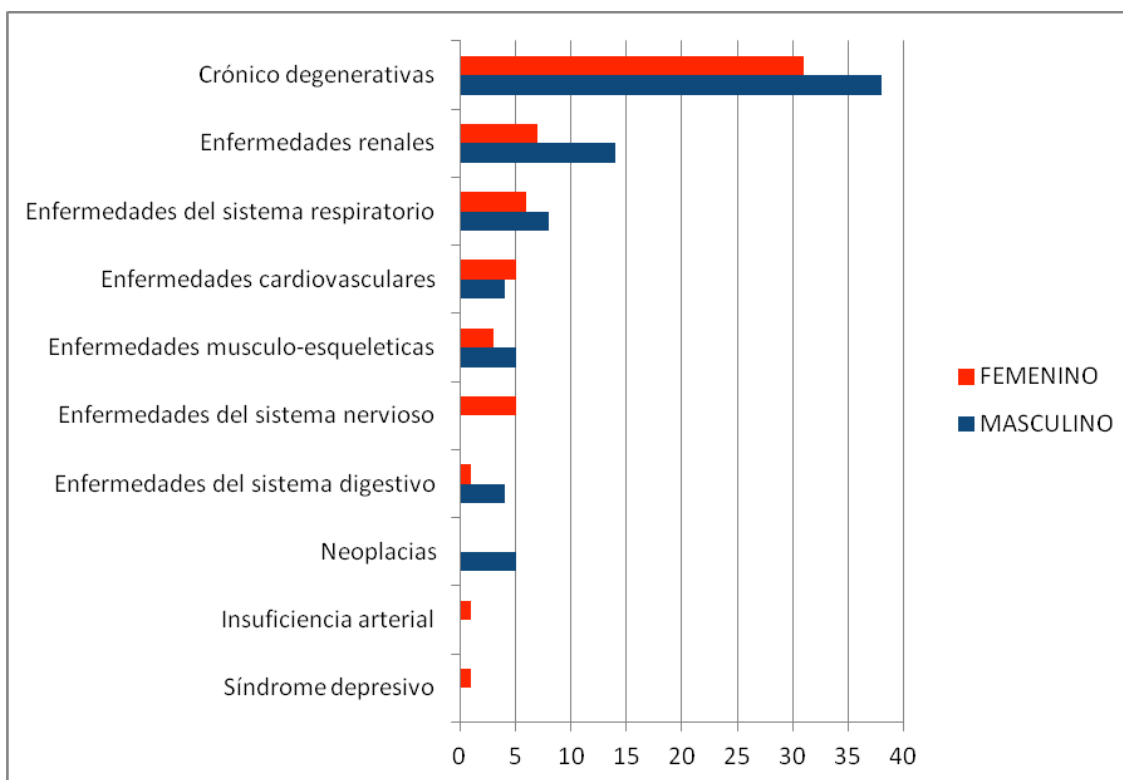


Con respecto a las presencia de con-morbilidad, al menos la mitad tenían alguna enfermedad crónico-degenerativa asociada (50.0%), seguida de enfermedades renales (15.22%), y del sistema respiratorio (10.14%). No hubo diferencias entre los grupos con respecto a la presencia de con-morbilidades y el género ($p=0.09$). (Tabla 2. Grafica 2).

Tabla 2. Presencia de con-morbilidades en los pacientes geriátricos que acuden a la consulta de urgencias de un Hospital General de Zona 21 de Segundo Nivel de Atención en pacientes geriátricos.

<u>Con morbilidad:</u>	<u>Masculino</u>	<u>Femenino</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Síndrome depresivo	0	1	1	0.72%
Insuficiencia arterial crónica	0	1	1	0.72%
Neoplasias	5	0	5	3.62%
Enfermedades del sistema digestivo	4	1	5	3.62%
Enfermedades del sistema nervioso	0	5	5	3.62%
Enfermedades musculo-esqueléticas	5	3	8	5.80%
Enfermedades cardiovasculares	4	5	9	6.52%
Enfermedades del sistema respiratorio	8	6	14	10.14%
Enfermedades renales	14	7	21	15.22%
Crónico degenerativas	38	31	69	50.00%

Gráfica 2. Presencia de con-morbididades en pacientes geriátricos.



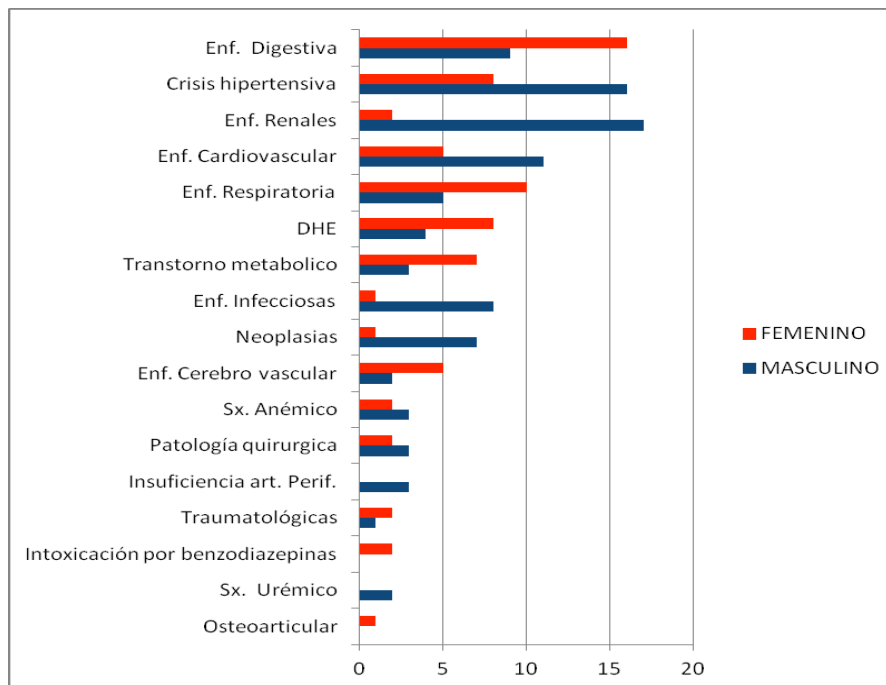
El 15.06% de los pacientes fueron diagnosticados finalmente como enfermedad digestiva, seguido de crisis hipertensiva, enfermedades renales, enfermedades cardiovasculares y renales. El género masculino tuvo un diagnóstico final de enfermedad renal y de crisis hipertensiva con mayor frecuencia, al compararlo con el de las mujeres donde los diagnósticos finales principales fueron enfermedades digestivas y enfermedades respiratorias con diferencia significativa ($p=0.01$). (Tabla 3, Gráfica 3).

Tabla 3. Diagnóstico final por género, en pacientes geriátricos que acuden al servicio de urgencias de un Hospital de Segundo Nivel de Atención.

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>Masculino</u>	<u>Femenino</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Osteoarticular	0	1	1	0.60%
Sx. Urémico	2	0	2	1.20%
Intoxicación por benzodiazepinas	0	2	2	1.20%
Traumatológicas	1	2	3	1.81%
Insuficiencia art. Perif.	3	0	3	1.81%

Patología quirúrgica	3	2	5	3.01%
Sx. Anémico	3	2	5	3.01%
Enf. Cerebro vascular	2	5	7	4.22%
Neoplasias	7	1	8	4.82%
Enf. Infecciosas	8	1	9	5.42%
Trastorno metabólico	3	7	10	6.02%
DHE	4	8	12	7.23%
Enf. Respiratoria	5	10	15	9.04%
Enf. Cardiovascular	11	5	16	9.64%
Enf. Renales	17	2	19	11.45%
Crisis hipertensiva	16	8	24	14.46%
Enf. Digestiva	9	16	25	15.06%

Gráfica 3. Diagnósticos finales por género en población geriátrica que acude al servicio de urgencias del HGZ 21.



Finalmente, el 76.29% de todos los pacientes tuvieron que ser hospitalizados. No hubo defunciones y no hay diferencia entre el género y el destino final del paciente (ingreso o alta) ($p=0.058$). (Tabla 4, Grafica 4).

Tabla 4. Destino final (alta o ingreso) de pacientes geriátricos que acuden al servicio de urgencias del HGZ 21

<u>Destino final</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>	<u>Total</u>	<u>(%)</u>
Alta	11	12	23	(23.71%)
Hospitalización	44	30	74	(76.29%)
Total	55 (56.70%)	42 (43.30%)	97	(100%)

Gráfica 4.



DISCUSION

En el presente estudio se analizo la situación de 97 pacientes mayores de 65 años de los cuales 55 han sido hombres y 42 mujeres, con una mediana de edad de 75.64 (+/- 8.33) años, lo que nos arrojó los siguientes resultados:

En la tabla 1 se muestran los motivos más frecuentes por lo que los pacientes geriátricos acuden al servicio de urgencias en el HGZ 21 León, Gto, el cual muestra que en las mujeres el principal motivo de atención son los síntomas digestivos, seguidos de síntomas respiratorios y síntomas neurológicos; en los hombres predominaron el ataque al estado general, síntomas respiratorios y síntomas urinarios. Esta situación no difiere con los resultados comparativos en un estudio que se realizó en un hospital terciario español, el cual documenta que los motivos de atención urgente más frecuentes en la población anciana eran el malestar general, la disnea, síntomas abdominales, problemas en extremidades, el dolor torácico y los problemas renales. (10)

La tabla 2 muestra la con-morbilidad de nuestra población geriátrica en ambos géneros, los cuales tuvieron enfermedades crónicas degenerativas (50%) asociadas, que requirieron hospitalización por el riesgo de complicaciones, seguidas de enfermedades renales, enfermedades del sistema respiratorio y enfermedades cardiovasculares.

La hipertensión arterial y la diabetes mellitus están estrechamente vinculadas con las enfermedades crónicas degenerativas, que tienen factores de riesgo que si se actúa o interviene se logrará evitar complicaciones mayores que llevan al individuo a la muerte. Aunque la hipertensión arterial aumenta con la edad y está descrito que en la población de 65-75 años el 53% son hipertensos, llegando al 80% en mayores de 80 años, en los países desarrollados no podemos descartar que la presencia de factores psicológicos, tensiones nerviosas sostenidas y la influencia no favorable de condiciones de vida, pueden estar entre las posibles causas de este problema de salud entre los ancianos, agravado por la situación económica por la que atraviesa el país. (14)

Tabla 3 muestra los diagnósticos más frecuentes:

1.- Enfermedades Digestivas ocupando como primera causa el Sangrado de Tubo Digestivo Alto y la Colecistitis. La primera sigue siendo una de las complicaciones más graves del aparato digestivo alto y frecuentemente motivo de hospitalización.

Es importante resaltar que la hemorragia digestiva alta es la emergencia más frecuente en el servicio de urgencias. Se plantea que la incidencia anual es de 50 a 150 por cada 10 000 habitantes del Reino Unido, mientras que en Estados Unidos causa 300 000 hospitalizaciones al año, esta incidencia es más alta en zonas económicamente deprimidas. Por consiguiente, la hemorragia digestiva alta es una condición médica frecuente que a pesar de los adelantos en el diagnóstico y tratamiento, oportunos y precisos, aun tiene alta mortalidad y costos considerables en hospitalización, capital humano y necesidad de transfusiones. Se sabe que los adultos mayores son un grupo especial susceptible, no solo porque es el que más medicamentos consume y por otra parte, tiene mayores posibilidades de sufrir una reacción adversa, sino debido a que las consecuencias suelen ser mayores puesto que con la edad disminuyen la reserva funcional y los mecanismos homeostáticos. Otra razón es que a partir de los 50 años de edad comienzan a aparecer lesiones premalignas y malignas del tubo digestivo que resultan potencialmente sangrantes y pueden causar episodios de hemorragias, por otro lado está el efecto "acumulativo" de algunos factores de riesgo durante muchos años como son el alcoholismo, el hábito de fumar, los grandes bebedores de té y café entre otros y sobre todo relacionado con la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (15)

Como segunda causa se encuentra la colecistitis aguda la cual no culminó en tratamiento quirúrgico urgente. La alta susceptibilidad a la patología biliar que exhibe la población en ancianos es ocasionada por un incremento en la síntesis de colesterol y a una disminución en la producción de ácidos biliares. (16)

2.- Crisis Hipertensiva. La hipertensión arterial es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos adultos mayores, presentando en este estudio mayor frecuencia en el género masculino.

Es bien sabido que existen factores en el estilo de vida que favorecen el aumento de la tensión arterial. La identificación e incorporación de estilos de vida saludables en los pacientes con HTA resulta de gran importancia, puesto que equivale a un adecuado control de la afección, a la prevención de complicaciones y a una mejor calidad de vida. En pacientes de la tercera edad, el factor biológico y la pérdida de capacidades no constituyen limitaciones para que se adquieran correctas nociones acerca de las complicaciones de las crisis hipertensivas entre las que se encuentra: infarto del miocardio, accidente cerebro vascular y cardiopatía isquémica. (17))

3.- Enfermedades Renales, siendo la primera causa la Insuficiencia Renal Crónica. Tomando en cuenta que la edad avanzada aumenta las posibilidades de padecer una enfermedad renal, aunado a esta otros factores de riesgo como la hipertensión arterial y la hiperglucemia condicionan a una serie de cambios funcionales y estructurales en el organismo, y los riñones como órganos vitales no escapan a esta transformación. A este fenómeno se le atribuyen una mayor incidencia de nefropatías secundarias a hipertensión y diabetes y con comorbilidades de un tratamiento renal sustitutivo, el trasplante o ambos, muchas veces no se diagnostica hasta la fase terminal. Es

evidente la importancia de identificar específicamente a los pacientes con un mayor riesgo de progresión de la enfermedad para desarrollar estrategias de referencia en los servicios de nefrología. (18)

4.- Enfermedad Cardiovascular. En este estudio ocupó el cuarto lugar siendo una patología altamente prevalente que constituye una de las causas más frecuentes y en donde más errores se cometen, tanto en su diagnóstico como en la toma de decisiones terapéuticas.

Se estima que entre el 60 y el 65% de todos los infartos cardíacos ocurren en mayores de 65 años y causan el 80% de las muertes por esta causa. Solo el 40% de los pacientes de 85 años de edad tienen dolor en el pecho en la presentación. Los ancianos son más propensos a presentar disnea (49%), diaforesis (26.9%), náuseas y vómito (24%), y síncope (19%) como queja primaria. (19.)

5.- Enfermedades respiratorias.

Las infecciones del árbol respiratorio son de las enfermedades más frecuentes en los ancianos y causan aproximadamente el 25% de las urgencias médicas, siendo la cuarta causa de ingreso hospitalario. Los cambios que se producen en las personas mayores en el aparato respiratorio y en el sistema inmunitario hacen que las enfermedades sean frecuentes y con mayores complicaciones que en otro segmento de la edad. Además, las enfermedades coexistentes en los ancianos y la polifarmacia que con ellas complican el pronóstico y el tratamiento de las enfermedades respiratorias. El diagnóstico es complicado por la ausencia de síntomas clásicos, fiebre solo en el 26% de los casos al compararlo con jóvenes, y el 44% tiene tos, fiebre y disnea. La falta de fiebre, ausencia de hipoxia y estado mental alterado se asocian con retardo terapéutico. (20)

CONCLUSION

El aumento en la expectativa de vida ha generado un aumento en la consulta del paciente adulto mayor en los servicios de urgencias (29.3%) lo cual aunado a su con-mobilidad asociada requerirá en su mayoría (7 de cada 10) de un internamiento hospitalario por la mayor posibilidad de complicaciones esperadas.

La revisión de casos en nuestra unidad determino que la principal causa de consulta en el paciente geriátrico fueron los síntomas abdominales inespecíficos de los cuales en su mayor porcentaje no requirieron de resolución quirúrgica, y que en su mayoría se hospitalizaron para su seguimiento dado que afectaban su estado general y su tolerancia a la vía oral, de estos casos también predominaron los sangrados digestivos considerando desencadenados por los cambios dietéticos de intolerancia y muchos de ellos de polifarmacia.

Los trastornos respiratorios del tipo neumopatías agudizadas e infecciones respiratorias también fueron prevalente , la mayoría asociados historial de tabaquismo y a la exposición crónica a humos de leña. De ahí que es indispensable una mejora en los programas de prevención primaria para disminuir estos eventos a través de información, vacunación y cambios higiénicos, dado que en su mayoría asociados a con-morbilidades (más del 59% de los mismos) incrementa su morbimortalidad y asimismo el consumo de recursos sobre todo en épocas de otoño e invierno.

La enfermedad Cardiovascular a diferencia de bibliografías de otros países no ocupo el primer lugar como motivo de consulta y diagnostico de ingreso esto podría explicarse por varios motivos: 1) esta entidad ha tenido un incremento en edades más tempranas por el incremento de casos de diabetes e hipertensión detectadas cada vez en personas más jóvenes, 2) solo el 57% de los mayores de 80 años presentan dolor torácico, el síntoma principal es la disnea, también son frecuentes síncope, mareo, delirium y caídas. Esto lleva a frecuentes demoras en el diagnostico y peor aún en el tratamiento, 3) Que el paciente muera antes de recibir atención en el hospital (lo que es cierto hasta en el 60% de los casos en este grupo etáreo), 4) Que decidan acudir a un hospital de tercer nivel de atención y 5) Aunado a una con-morbilidad como es la Diabetes Mellitus y la Neuropatía este grupo etáreo puede tener síntomas que no son típicos de angina.

Es importante insistir en el cuidado del paciente geriatra con medidas preventivas de salud como vacunación, cuidados en el ambiente del hogar y la familia, dado que en muchos de ellos contribuye no solo las con-morbididades sino la falta de atención oportuna a las mismas por decisión del paciente y alteración en la unidad de la familia o por las dinámicas de consulta que muchas veces complican el traslado del mismo al consultorio, lo cual se deberían implementar estrategias de facilitar estas atenciones y orientar a la familia sobre los cuidados del paciente que muchos de ellos dependen totalmente del apoyo familiar, esto es preocupante por el aumento en el promedio de vida actual el cual idealmente desearíamos fuera también en la calidad de la misma.

Proponemos con esto establecer actualizaciones constantes para la mejora en la atención de este grupo etario que va en aumento en la pirámide poblacional y poder contar asimismo con los recursos médicos en las unidades hospitalarias para ofrecer no solo una buena atención medica sino una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1.- Anafre Muñoz, Carmen García Peña, Luis Duran. La salud del Adulto Mayor. Temas y debates. México impreso Ed. Ciss 1ª edición 2004; 45-63.

2.- Prof. Dr. Miguel Ángel Allevato, Dr. John Gaviria. Envejecimiento. Educación Continua. Act. Terap Dermat. 2008; 31:154-160

3.- M. I. Genua, B Miró, R. Hernández, M. Martínez, M. Miro, C. pardo. Geriatria Consulta 04-03.2012.

Disponible: [http:// www.sefh.es/biblioteca virtual fhtom 2/cap. 08](http://www.sefh.es/biblioteca_virtual_fhtom_2/cap.08)

4.- Josefina Pantoja Palacio. Perspectivas del envejecimiento. Envejecer en la ciudad: pobreza, vulnerabilidad social y desigualdad de género en adultos mayores. Un estudio en la ciudad de León. Promoción de la cultura y la Educación Superior del Bajío A.C. Ares. Editorial C. León. via.mx 2010; 11-17, 70-76.

5.- ERIAC. Universidad Regiomontana. Llegando a la Tercera Edad. Revista Capital Humano. Agosto-Septiembre 2011. No. 55; 24-27.

6.- Gutiérrez Luis Miguel- Robles Flor María Avila-Fematt, Mariano Montana Álvarez. La Geriatria en México. Revista El Residente. Mayo 2010. Vol.5 (2); 43-48.

7.- Iplaneg. Boletín informativo No. 17, Agosto 2009 León, Guanajuato. Gobierno del estado.

8.- Enric Duaso, Alfonso López Soto. Valoración del paciente frágil en Urgencias. Consorci sanitari de Terrassa Barcelona España. Emergencias 2009; 21: 362-369.

9.- Lic. Hilda Irene Novelo de López. Situación Epidemiológica y Demográfica del Adulto Mayor en la Última Década. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición. Monterrey, NL. México. Edición Especial 5-2003.

10.- F.J. Martín-Sánchez, C. Fernández Alonso, C. Merino. El paciente geriátrico en urgencias. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Gestión asistencial de los servicios de urgencias y emergencias en España, 2010, Vol. 33 (11); 163-172.

- 11.- Enric. Duaso. Santiago Tomás, Mónica Rodríguez-Caballeira, Joaquim Julia. Valoración geriátrica en un servicio general de urgencias hospitalarias. Rev. Mult. Gerontol. 2005. 15 (1) 40-49
- 12.- J.M: Pérez Izquierdo, T.Torres Gavara, E. Torres Gavara. Urgencias geriátricas prehospitalarias. Morbilidad y utilización en la ciudad de Valencia, emergencias 1999; 276-273.
- 13.- M.S. Moya Mir. Urgencias en ancianos. Editorial. Madrid. Emergencias 1999; 265-266.
- 14.- Amauri de Jesús Miranda Guerra, Lázaro luís Hernández Vergel, Aida Rodríguez Guevara. Calidad de la atención en salud al Adulto Mayor. Rev. Cubana Med Gen integr. Vol 24 (3) 2009.
- 15.- Msc Daniel Acosta González. Características del paciente anciano con hemorragia digestiva alta. Hospital Provincial clínico quirúrgico docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo". Madison 2009; 13 (2).
- 16.- Gustavo Salvatierra Layten, Liz de la Marja Paulino Merino, Vanesa Vidal. Enfermedad digestiva. Revista Gastroenteral. Lima Perú, Vol. 26 (1). 2006. Cruz Romero,
- 17.- Dr. Amaury Javier Domínguez González. Policlínico docente. Modificación del conocimiento sobre crisis hipertensivas en adultos mayores con hipertensión arterial. Medisan 2010; 14(9), 2085.
- 18.- Dra. Aida Venado Estrada. Dr. José Andrés Moreno López. Unidad de proyectos especiales, Universidad Nacional Autónoma de México. 2010; 24-25.
- 19.- Celso Mendoza Gonzalez, Martin Rosas, Catalina Lomeli Estrada, José Antonio Lorenzo, Arturo Méndez. Archivos de Cardiología de México Vol. 78 (2) México junio 2008.
- 20.- O. López Locanto. El anciano en el servicio de urgencias. Carta Geriatrico, Gerontologica. Sociedad Uruguaya. 2010 Vol. 3 (1); 15-21.

ANEXO 1

PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION

Carta de consentimiento informado para participar en el protocolo: ANALISIS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCION DEL ADULTO MAYOR EN EL AREA DE OBSERVACION-URGENCIAS DEL HGZ 21 LEON GTO. MEXICO.

Nos dirigimos a usted para invitarlo(a) a participar en un estudio de investigación que se llevara a cabo en HGZ 21 León Gto. México. Su participación es voluntaria, **y la información e identidad personal serán mantenidas en confidencialidad por las personas involucradas en el protocolo de investigación**, podrá retirarse al momento que decida sin que afecte la atención médica que recibe en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Nuestro propósito es que reciba la información correcta y suficiente que le ayude a decidir si quiere participar en el proyecto. Para ello le pedimos que lea con detenimiento esta hoja de consentimiento informado, nosotros le aclararemos las dudas que puedan surgir después de leer el documento. Usted tiene la libertad de consultar con las personas que considere necesario

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio: Principales causas de atención del adulto mayor en el área de Observación-Urgencias del HGZ 21 León Gto.

Lugar y fecha: León, Guanajuato a septiembre del 2012

Número de registro: R-2012-1005-8

Justificación y objetivo del estudio: La población mayor de 65 años y más, ha aumentado en volumen y presenta a estos pacientes como principales consumidores de los recursos hospitalarios. Este panorama nos motiva a realizar este estudio, teniendo como objetivo identificar las principales causas de atención del adulto mayor en el área de Observación-Urgencias del HGZ 21 León Gto con el fin de garantizar los recursos necesarios para el manejo óptimo así como promover en la capacitación continua del personal y buscar estrategias para evitar dichas patologías.

Procedimientos: Se trata de un estudio en pacientes mayores de 65 años y más que solicitaron atención médica urgente por cualquier tipo de patología con el **propósito** del análisis de las principales causas de atención en el área de Observación-Urgencias del HGZ 21.

Posibles riesgos y molestias: El paciente no se someterá a ningún riesgo o molestia durante este estudio.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Si los beneficios directos para usted no pudieran existir, los resultados del presente estudio brindaran información de gran utilidad para futuros programas de atención en el adulto mayor.

Participación o retiro: conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la relación laboral con en el Instituto.

Privacidad y confidencialidad: Se protegerá la privacidad del sujeto ya que en la difusión de los resultados no se usarán nombres, iniciales, matriculas o números de afiliación.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Rosa Máyela Molina Ramírez Matricula: 11787341 HGZMF21
Tel4772721128

Colaboradores: Dra. Martha Alicia Hernández González. Matricula: 10405062 HGZMF21
Tel 4772614905

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y Firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el
Consentimiento

Nombre, relación y firma

Nombre, relación y firma

Testigo

Testigo

ANEXO 2

Hoja de Captura

HGZ #21				
	MOTIVO CONSULTA	CONMORBILIDAD	DX FINAL	DESTINO
ID				
NO. SS				
EDAD				
GENERO				
	MOTIVO CONSULTA	CONMORBILIDAD	DX FINAL	DESTINO
ID				
NO. SS				
EDAD				
GENERO				
	MOTIVO CONSULTA	CONMORBILIDAD	DX FINAL	DESTINO
ID				
NO. SS				
EDAD				
GENERO				
	MOTIVO CONSULTA	CONMORBILIDAD	DX FINAL	DESTINO
ID				
NO. SS				
EDAD				
GENERO				

ANEXO 3

Cronograma de Actividades.

