

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**POSGRADO DE MEDICINA INTERNA**

**MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LOS ADULTOS MAYORES  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL  
GENERAL DR. ENRIQUE GARCÉS DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERÍODO  
DE ENERO A JUNIO DEL 2018.**

***DISERTACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA INTERNA***

**AUTORA:**

**DRA. TRUDY PAMELA IDROVO ROJAS**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**DRA. MERY CAZA MUÑOZ**

**DIRECTOR METODOLÓGICO:**

**DR. ROMMEL ESPINOZA DE LOS MONTEROS**

**QUITO, 2019**

## **APROBACIÓN DEL DIRECTOR**

Como directora del trabajo de investigación titulado “**MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE GARCÉS DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERÍODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.**”, expuesto por Trudy Pamela Idrovo Rojas, egresada del Posgrado de Medicina Interna, de la Facultad de Medicina y revisado el contenido del trabajo considero que reúne los requisitos necesarios para ser evaluado por el tribunal de grado designado para su revisión y correspondiente calificación.

Quito, enero 2019.

---

DIRECTORA DE TESIS

DRA. MERY CAZA MUÑOZ

## AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El contenido total del presente trabajo de investigación, su revisión bibliográfica, análisis, resultados obtenidos y conclusiones son de responsabilidad absoluta de la autora.

Quito, enero del 2019.

LA AUTORA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Trudy', is written over a horizontal line. The signature is stylized and somewhat abstract.

MD. TRUDY PAMELA IDROVO ROJAS

CC: 0301485678

## DEDICATORIA

---

*“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”. **Thomas Chalmers***

*A Dios, a mis padres, pilares fundamentales en mi vida, con mucho amor y cariño, les dedico todo mi esfuerzo, en reconocimiento a todo el sacrificio puesto para que yo pueda estudiar, se merecen esto y mucho más.*

*A Pedro, la luz que Dios puso en mi vientre para darme la mayor alegría de mi vida, a ti mi pequeño y más grande amor.*

*A todos ustedes, con amor.*

***Trudy Pamela***

## AGRADECIMIENTO

---

*En primer lugar, mi agradecimiento a la directora de esta tesis doctoral, Dra. Mery Caza, por la dedicación, estima, integridad y apoyo que ha brindado a este trabajo, por la acogida y los puntos de vista nuevos, por las ideas, la dirección y el rigor que ha facilitado a las mismas.*

*Mi agradecimiento al Dr. Rommel Espinoza de los Monteros por su dirección y soporte en lo referente al análisis de los datos y a la realización de esta investigación.*

*Un trabajo de investigación es también fruto del reconocimiento y del apoyo que nos ofrecen las personas que nos estiman, sin el cual no tendríamos la fuerza y energía que nos anima a crecer como personas y como profesionales.*

*Gracias a mis amigos, que siempre me han prestado soporte moral y humano, necesarios en los momentos difíciles de este trabajo y esta profesión.*

*Pero, sobre todo, gracias a mis padres por la inmedible fe y amor entregado a lo largo de estos años, a mi hijo por su paciencia, comprensión y solidaridad con este proyecto, por el tiempo que me han concedido, un tiempo robado a la historia familiar. Sin su apoyo este trabajo nunca se habría escrito y por eso, este trabajo es también el suyo.*

*A todos, muchas gracias*

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>APROBACIÓN DEL DIRECTOR.....</b>	<b>II</b>
<b>AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>III</b>
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>IV</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>V</b>
<b>ÍNDICE DE CONTENIDO .....</b>	<b>VI</b>
<b>LISTA DE TABLAS .....</b>	<b>X</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS .....</b>	<b>XII</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>XIII</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>XIV</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>- 1 -</b>
<b>1.1 INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>- 1 -</b>
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>- 4 -</b>
<b>2.1 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>- 4 -</b>
<b>2.2 DEFINICIÓN DE ADULTO MAYOR .....</b>	<b>- 6 -</b>
<b>2.3 MARCO LEGAL .....</b>	<b>- 7 -</b>
<b>2.3.1 plan nacional de desarrollo 2017-2021 .....</b>	<b>- 12 -</b>
<b>2.3.2 modelo de atención integral en salud familiar comunitario e intercultural- 14 -</b>	
<b>2.3.3 ley orgánica de seguridad social.....</b>	<b>- 17 -</b>
<b>2.3.4 feminización de la población adulta mayor conforme avanza el proceso de envejecimiento poblacional.....</b>	<b>- 18 -</b>

<b>2.4</b>	<b>DEFINICIÓN DE ENVEJECIMIENTO .....</b>	<b>- 19 -</b>
<b>2.5</b>	<b>FISIOPATOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO.....</b>	<b>- 20 -</b>
2.5.1	<i>Visión General.....</i>	<i>- 21 -</i>
2.5.2	<i>Envejecimiento por Sistemas.....</i>	<i>- 22 -</i>
<b>2.6</b>	<b>TIPOS DE ENVEJECIMIENTO.....</b>	<b>- 32 -</b>
<b>2.7</b>	<b>DETERIORO FUNCIONAL RELACIONADO CON LA HOSPITALIZACIÓN.....</b>	<b>- 33 -</b>
<b>2.8</b>	<b>DEFINICIÓN MORBILIDAD.....</b>	<b>- 34 -</b>
<b>2.9</b>	<b>MORBILIDAD DEL ADULTO MAYOR .....</b>	<b>- 34 -</b>
<b>2.10</b>	<b>DEFINICIÓN DE MORTALIDAD .....</b>	<b>- 35 -</b>
<b>2.11</b>	<b>MORTALIDAD DEL ADULTO MAYOR.....</b>	<b>- 36 -</b>
<b>2.12</b>	<b>COMORBILIDADES .....</b>	<b>- 39 -</b>
<b>2.13</b>	<b>COMPLICACIONES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN.....</b>	<b>- 40 -</b>
<b>2.14</b>	<b>ESTANCIA HOSPITALARIA .....</b>	<b>- 41 -</b>
<b>CAPÍTULO III .....</b>		<b>- 42 -</b>
<b>3.1</b>	<b>MATERIALES Y MÉTODOS.....</b>	<b>- 42 -</b>
3.1.1	<i>Justificación.....</i>	<i>- 42 -</i>
3.1.2	<i>Problema de Investigación.....</i>	<i>- 43 -</i>
3.1.3	<i>Objetivos.....</i>	<i>- 43 -</i>
<b>3.2</b>	<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>- 45 -</b>
3.2.1	<i>Operacionalización de variables.....</i>	<i>- 45 -</i>
3.2.2	<i>Matriz de variables.....</i>	<i>- 46 -</i>

3.2.3	<i>Población</i> .....	- 46 -
3.2.4	<i>Muestra</i> .....	- 47 -
3.2.5	<i>Método de muestreo</i> .....	- 47 -
3.2.6	<i>Criterios de inclusión y exclusión</i> .....	- 47 -
3.2.7	<i>Contexto</i> .....	- 48 -
3.2.8	<i>Diseño de la investigación</i> .....	- 49 -
3.2.9	<i>Tipo de estudio</i> .....	- 49 -
3.2.10	<i>Procedimiento de recolección de datos</i> .....	- 49 -
3.2.11	<i>Plan de análisis de datos</i> .....	- 49 -
3.2.12	<i>Métodos, técnicas e instrumentos de investigación</i> .....	- 50 -
3.2.13	<i>Procedimiento, normas bioéticas y confidencialidad</i> .....	- 51 -
<b>CAPÍTULO IV</b> .....		<b>- 52 -</b>
<b>4.1</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>- 52 -</b>
4.1.1	<i>Características Demográficas</i> .....	- 52 -
4.1.2	<i>Morbilidad Hospitalaria</i> .....	- 55 -
4.1.3	<i>Mortalidad</i> .....	- 58 -
4.1.4	<i>Comorbilidades</i> .....	- 59 -
4.1.5	<i>Días de estadía</i> .....	- 61 -
<b>CAPÍTULO V</b> .....		<b>- 64 -</b>
<b>5.1</b>	<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>- 64 -</b>
<b>CAPÍTULO VI</b> .....		<b>- 67 -</b>
<b>6.1</b>	<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>- 67 -</b>

<b>6.2</b>	<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>- 69 -</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>- 71 -</b>
	<b>APÉNDICE</b> .....	<b>- 75 -</b>
<b>6.3</b>	<b>Anexo 1.</b> Formulario de recolección de datos.....	<b>- 75 -</b>
<b>6.4</b>	<b>Anexo 2.</b> Fotos. ....	<b>- 76 -</b>

## LISTA DE TABLAS

<b>Cuadro 1.</b> Cambios Generales dentro de la fisiopatología del Envejecimiento. ....	- 21 -
<b>Cuadro 2.</b> Envejecimiento cutáneo .....	- 22 -
<b>Cuadro 3.</b> Envejecimiento del Sistema Cardiovascular .....	- 23 -
<b>Cuadro 4.</b> Envejecimiento del Sistema Respiratorio.....	- 24 -
<b>Cuadro 5.</b> Envejecimiento del Sistema Digestivo .....	- 25 -
<b>Cuadro 6.</b> Envejecimiento del Sistema Renal .....	- 26 -
<b>Cuadro 7.</b> Envejecimiento del sistema Endocrino .....	- 27 -
<b>Cuadro 8.</b> Envejecimiento del Sistema Reproductor .....	- 28 -
<b>Cuadro 9.</b> Envejecimiento del Sistema Neurológico .....	- 29 -
<b>Cuadro 10.</b> Envejecimiento del Sistema Sensorial .....	- 30 -
<b>Cuadro 11.</b> Envejecimiento del Sistema Hematológico .....	- 31 -
<b>Cuadro 12.</b> Genero de los pacientes adultos mayores ingresados al Servicio de Medicina Interna en el Hospital General “Dr. Enrique Garcés” de la ciudad de Quito, durante el periodo de enero a junio de 2018. Según el género. ....	- 52 -
<b>Cuadro 13.</b> Edad de pacientes adultos mayores ingresados al Servicio de Medicina Interna en el Hospital General “Dr. Enrique Garcés” de la ciudad de Quito, durante el periodo de enero a junio de 2018. Según edad. ....	- 53 -
<b>Cuadro 14.</b> Morbilidad en pacientes adultos mayores ingresados al Servicio De Medicina Interna en el Hospital General “Dr. Enrique Garcés” de la ciudad de Quito, durante el periodo de enero a junio de 2018.....	- 56 -
<b>Cuadro 15.</b> Pacientes adultos mayores ingresados al Servicio De Medicina Interna en el Hospital General “Dr. Enrique Garcés” de la ciudad de Quito, durante el periodo de enero a junio de 2018. Según causa de muerte. ....	- 58 -

**Cuadro 16.** Pacientes adultos mayores ingresados al Servicio De Medicina Interna en el Hospital General “Dr. Enrique Garcés” de la ciudad de Quito, durante el periodo de enero a junio de 2018.

Según comorbilidades. .... - **60** -

**Cuadro 17.** La estadía hospitalaria en pacientes adultos mayores ingresados al Servicio De Medicina Interna en el Hospital General “Dr. Enrique Garcés” de la ciudad de Quito, durante el periodo de enero a junio de 2018. .... - **62** -

## LISTA DE GRÁFICOS

**Gráfico 1.** Genero de los pacientes adultos mayores ingresados al Servicio De Medicina Interna en el Hospital General “Dr. Enrique Garcés” de la ciudad de Quito, durante el periodo de enero a junio de 2018. Según el género. .... - 53 -

**Gráfico 2.** Edad de pacientes adultos mayores ingresados al Servicio De Medicina Interna en el Hospital General “Dr. Enrique Garcés” de la ciudad de Quito, durante el periodo de enero a junio de 2018.- 55 -

**Gráfico 3.** Causa de ingreso y Genero en pacientes adultos mayores ingresados al Servicio De Medicina Interna en el Hospital General “Dr. Enrique Garcés” de la ciudad de Quito, durante el periodo de enero a junio de 2018. .... - 57 -

**Gráfico 4.** Mortalidad en Pacientes adultos mayores ingresados al Servicio De Medicina Interna en el Hospital General “Dr. Enrique Garcés” de la ciudad de Quito durante el periodo de enero a junio de 2018. Según causa de muerte. .... - 59 -

## RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, observacional de corte transversal, cuyo objetivo fue: Determinar la morbilidad y la mortalidad en el adulto mayor hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Dr. Enrique Garcés de la ciudad de Quito en el periodo de enero hasta junio del 2018. En este tiempo se obtuvieron las fichas de la población ingresada al Servicio un total de 290 pacientes de los cuales: el (64%) corresponden al sexo femenino, con un promedio de comorbilidades al ingreso de 2.47, las mismas que fueron en orden de prevalencia Hipertensión Arterial (56.2%), Insuficiencia Renal Crónica (31.3%), Diabetes (27.5%).

En cuanto a causas de ingreso más frecuente tenemos: Neumonía con (22%), con predominio femenino del (68%), la segunda causa fueron las infecciones de vías urinarias con un (12%). La tercera causa de son las neoplasias llega a un (5%). Respecto a la mortalidad se pudo determinar la misma en 9.31 % de la población ingresada en el Servicio durante los seis meses, en lo referente al promedio de acuerdo a la estancia hospitalaria en promedio fueron de 12.32 días.

**Palabras clave:** Morbilidad, mortalidad, adultos mayores, comorbilidad.

## ABSTRACT

A descriptive, observational cross-sectional study was carried out, whose objective was: To determine the morbidity and mortality in the elderly hospitalized in the Internal Medicine Service of the Dr. Enrique Garcés General Hospital of the city of Quito in the period from January to June 2018. At this time, the files of the population admitted to the Service were obtained for a total of 290 patients, of which: (64%) corresponded to the female sex, with an average of comorbidities at admission of 2.47, which were in order of prevalence Arterial Hypertension (56.2%), Chronic Renal Failure (31.3%), Diabetes 27.5%).

In terms of more frequent causes of admission we have: Pneumonia with (22%), with a female predominance of (68%), the second cause were urinary tract infections with one (12%). The third cause of are neoplasms reaches one (5%). Regarding mortality, it was possible to determine the same in 9.31% of the population admitted to the Service, as regards the average according to the hospital stay, on average they were 12.32 days.

**Keywords:** Morbidity, mortality, elderly, comorbidity

# CAPÍTULO I

## 1.1 INTRODUCCIÓN

Al Adulto mayor, en América Latina, se considera a las personas de 65 años y más, pero cada territorio puede tomar el límite del rango de edad. (Baldeón, 2014). Por iniciativa de la (Organización Panamericana de la Salud, 2014), la expresión “adulto mayor” sustituye las denominaciones de “anciano”, “persona de edad” o “persona de la tercera edad” y designa a las personas de 60 años y más.

En el Ecuador a partir de noviembre del 1991 se llama adulto mayor a “las personas de más de 65 años”. Se tomó esa edad según la ley del anciano promulgada en el Registro Oficial 806 de 6 de noviembre de 1991 y decreto ejecutivo No. 127 y su registro general en vigencia en el Registro Oficial 961 del 19 de junio de 1992 y decreto ejecutivo No. 3437. (CONGRESO NACIONAL ECUADOR, 2006) a partir de ahí y según los cambios políticas integrales de salud para el adulto-adulto mayor del 2007 se ha ampliado el marco legal acerca de esta población vulnerable. Actualmente se encuentra en borrador las nuevas políticas de salud integral de los adultos mayores para el envejecimiento digno.

En este trabajo se analizará la morbilidad, mortalidad de los adultos mayores ingresados al Servicio de Medicina Interna del Hospital General Dr. Enrique Garcés de la ciudad de Quito. Durante el periodo de enero a junio del 2018.

Dentro de los objetivos establecer causas de morbilidad buscando las etiologías más frecuentes, causas de mortalidad, género, comorbilidades al momento de ingreso al servicio, y tiempo de estadía hospitalaria sabiendo que estos dos últimos están relacionados directamente.

La investigación se realizó usando el método observacional, descriptivo de corte transversal. La obtención de los datos fue recolectada mediante un formulario diseñado en Excel a partir de las historias clínicas que reposan en el departamento de estadística del hospital.

El segundo capítulo engloba al marco teórico conceptual donde se contó con bibliografía de Latinoamérica y Ecuador pudiendo correlacionar datos y analizarlos para llegar a conceptos y definiciones claras acerca de la población delimitada.

En el tercer capítulo se hace referencia a los materiales métodos e instrumentos utilizados para la obtención de la información y la metodología aplicada para la realización del mismo.

El cuarto capítulo nos da a conocer los resultados de nuestra investigación con la interpretación y análisis estadísticos, para lo que se usaron programas SPSS y Excel. En el quinto capítulo se desarrolla la discusión donde se compara, correlaciona la información analizada previamente en el marco teórico además se comprueba las hipótesis o se obtiene las respuestas a las preguntas realizadas.

En el sexto capítulo se encuentran nuestras conclusiones del estudio y las respectivas recomendaciones ya sea para la unidad básica, hospital o sistema nacional de

salud o a su vez para la educación e instrucción de nuestros pacientes. Por último, se procede a enumerar la bibliografía utilizada y se adjuntan los anexos respectivos usados en este trabajo de investigación.

## CAPÍTULO II

### 2.1 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Cuando envejecemos; que será ciertamente desde que nacemos estamos considerados a llegar a una etapa de declive corporal, social, económico, según (WHO, 2002), las Naciones Unidas mantuvo que la edad de envejecimiento es de 60 años para describir a las personas "mayores". Esto puede parecer joven en el mundo desarrollado y en los países en desarrollo donde ya se han producido grandes avances en la esperanza de vida. Sin embargo, independientemente de la edad que se use y en diferentes contextos, es importante reconocer que la edad cronológica no es un marcador preciso de los cambios que acompañan al envejecimiento.

Existen variaciones dramáticas en el estado de salud, la participación y los niveles de independencia entre las personas mayores de la misma edad. Los responsables de la toma de decisiones deben tener esto en cuenta al diseñar políticas y programas para sus poblaciones "más viejas". La publicación de políticas sociales amplias establecidas solo en la edad cronológica puede ser discriminatoria y desacertado para el bienestar en la vejez (WHO, 2002) (ORGANIZACION MUNDIAL PARA LA SALUD, 2015).

El envejecimiento de la población es parte del proceso de transición demográfica, que implica una inclinación de niveles altos a moderados en la mortalidad y fecundidad. (Najera, 2016).

Este proceso a su vez da lugar a la transición epidemiológica, donde las enfermedades transmisibles son reemplazadas por enfermedades crónico-degenerativas,

situación que conlleva importantes resultados en materia de salud por relacionarse con un grupo de edad vulnerable a ciertas enfermedades. El envejecimiento, corresponde a un deterioro fisiológico generalizado y progresivo del organismo que se ve acelerado por la aparición de diversas enfermedades. (WHO, 2002)

El Cambio demográfico es inevitable y en este caso totalmente predecible, debido a la disminución de la natalidad y el aumento de la sobrevida, en nuestro país se toman medidas para que los adultos mayores permanezcan sanos, activos y dentro de la sociedad. (Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento en el Ecuador, 2015)

Se estima que, entre 2015 y 2040, el grupo de personas de 60 o más años en América Latina y el Caribe crecerá casi 87 millones de personas y la población de 20 a 59 años casi 63 millones de personas (CEPAL, 2017)

## 2.2 DEFINICIÓN DE ADULTO MAYOR

Para empezar el termino adulto mayor es diferente en todos los países de América Latina sin embargo en nuestro país se modificó a partir de la implementación y aprobación de la ley del anciano promulgada en el Registro Oficial. 806 de 6 de noviembre de 1991 y decreto ejecutivo No. 127 y su registro general en vigencia en el Registro Oficial. 961 del 19 de junio de 1992 y decreto ejecutivo No. 3437 (CONGRESO NACIONAL ECUADOR, 2006), "LEY DEL ANCIANO" en la cual se establece como Adulto mayor a todas las personas de más de 65 años.

Sin embargo, la ONU, define como "el adulto mayor como toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y 60 para los países subdesarrollados." (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD OMS, 2015). En Ecuador esta declaración por la Organización Mundial de la Salud no es considerada dentro del plano político, epidemiológico, socio-cultural y médico. Ya que nuestras estrategias tanto de prevención como apoyo sociocultural están delineadas por un contenido etario diferente.

Previa a la aprobación de la Constitución del 2008, en el año 2007 se elaboró el documento normativo, "Políticas Integrales de Salud del Adulto Mayor", el cual establece como prioridad el desarrollo e implementación de lineamientos de protección integral de salud, promoción, prevención, vigilancia, control de enfermedades y riesgos, recuperación, y rehabilitación, dirigido a la población de adultos mayores desde una visión que enfatiza la lógica de salud completa. Aplican el conocimiento científico enfoques de género, derechos, étnico e intercultural, generacional y territorial, para asegurar un envejecimiento saludable activo y provechoso de la población. (Ministerio de Salud Publica , 2018)

## 2.3 MARCO LEGAL

Se resume a continuación la principal normativa internacional y nacional concerniente a los derechos humanos de personas adultas mayores:

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), los adultos mayores, como parte de la familia humana, son sujetos de todos los derechos humanos. (ONU, 2015)
2. Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (1982), en la que se elaboró el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, el mismo que hace un llamado para realizar acciones en temas como salud y nutrición, protección de los consumidores de mayor edad, vivienda y medio ambiente, la familia, el bienestar social, la seguridad de ingresos y de empleo, la educación, y la compilación y el análisis de datos de investigaciones. (Asamblea General , 1991)
3. Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad (resolución 46/91) formula recomendaciones a los gobiernos a ser introducidas en sus programas nacionales para contrarrestar la exclusión y abandono de las personas adultas mayores. (Asamblea Nacional de las Naciones Unidas, 2002)
4. Conferencia Internacional sobre el Envejecimiento para revisar el Plan de Acción y se adopta Proclamación sobre el Envejecimiento (1992), se designó el primero de octubre de cada año como el Día Internacional de las Personas de Edad. (Consejo Nacional de la Niñez y adolescencia, 2013)

5. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales realizó la Observación General No. 6 (E/C.12/1995/16/Revista.1), la cual presta exclusiva atención a la promoción y protección de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad. (Asamblea Constituyente, 2008)
  
6. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Declaración Política y el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de Madrid (2002), apunta a un cambio social respecto al trato que se otorga a las y los adultos mayores, cambios en las políticas y las prácticas para evitar la exclusión y promover su potencial. El plan prioriza al adulto mayor y el desarrollo, la promoción de la salud y el bienestar en la vejez, así como su mejor protección en entornos sociales de apoyo. (Asamblea Nacional de las Naciones Unidas, 2002)

Ecuador garantiza los derechos de las personas adultas mayores mediante el siguiente marco legal vigente: Constitución de la República, Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021, Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional, Código Orgánico Integral Penal, Ley Orgánica de Salud, Ley del Anciano, Modelo de Atención Integral de Salud, Programa mis Mejores Años, Ley de Seguridad Social, Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). (Ministerio de Salud Pública , 2018)

En la Constitución de la República del 2008, reconoce a los adultos mayores como un grupo de atención prioritaria, se incluye artículos sobre los derechos de las personas adultas mayores, relacionados a la protección, seguridad social, salud, interculturalidad, educación entre otros. (Asamblea Constituyente, 2008)

## **Artículos:**

*“Artículo. 1.- El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico.”*

*“Artículo 2.- El castellano es el idioma oficial del Ecuador; el castellano, el kichwa y el shuar son idiomas oficiales de relación intercultural. Los demás idiomas ancestrales son de uso oficial para los pueblos indígenas en las zonas donde habitan y en los términos que fija la ley. El Estado respetará y estimulará su conservación y uso.”*

*“Artículo. 3 numeral 1, atribuye como deber primordial del estado, garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la salud.”*

*“Artículo. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos...” “El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”*

### **Capítulo tercero: Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria.**

*“Artículo. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.”*

*“Artículo. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.”*

*“Artículo. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: atención gratuita, trabajo remunerado, jubilación universal, rebajas en los servicios, entre otros.”*

*“Artículo. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.”*

*“Artículo. 42.- [...] Asistencia humanitaria preferente y especializada para personas adultas mayores y con discapacidad.”*

*“Artículo. 51.- Se reconoce a las personas privadas de la libertad los siguientes derechos: ...*

*Numeral 6: Recibir un tratamiento preferente y especializado en el caso de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, adolescentes, y las personas adultas mayores, enfermas o con discapacidad.*

*Numeral 7: Contar con medidas de protección para las niñas, niños, adolescentes, personas con discapacidad y personas adultas mayores que estén bajo su cuidado y dependencia.”*

*“Artículo. 56.- Las comunidades, pueblos, y nacionalidades indígenas, el pueblo afroecuatoriano, el pueblo montubio y las comunas forman parte del Estado ecuatoriano, único e indivisible.”*

*“Artículo. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas: [...]*

*Numeral 3: El derecho a la integridad personal, que incluye: [...]*

*b) Una vida libre de violencia en el ámbito público y privado. El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia, en especial la ejercida contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y contra toda persona en situación de desventaja o vulnerabilidad; idénticas medidas se tomarán contra la violencia, la esclavitud y la explotación sexual [...]*”

*“Artículo. 81.- La ley establecerá procedimientos especiales y expeditos para el juzgamiento y sanción de los delitos de violencia intrafamiliar, sexual, crímenes de odio y los que se cometan contra niñas, niños, adolescentes, jóvenes, personas con discapacidad, adultas mayores y personas que, por sus particularidades, requieren una mayor protección. Se nombrarán fiscales y defensoras o defensores especializados para el tratamiento de estas causas, de acuerdo con la ley. “*  
(Asamblea Constituyente, 2008)

### 2.3.1 *PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2017-2021*

El Plan reconoce la igualdad, diversidad y los derechos de toda la población prioritaria, incluyendo los adultos mayores como un grupo prioritario en cuanto a derechos y atención integral especial desde el Estado.

Este eje posiciona al ser humano como sujeto de derechos a lo largo de todo el ciclo de vida, sin embargo, a pesar de la existencia de políticas mundiales, existen grupos de personas que tienen necesidades especiales, los adultos mayores, entre otros. De acuerdo a las proyecciones de población a 2017, los adultos mayores representan el 7,04% de la población total, por lo que obliga a el fortalecimiento de la estrategia para garantizar la atención al adulto mayor, en los argumentos de: ampliación de la cobertura y especialización de los servicios de salud; pensiones no contributivas; envejecimiento activo con participación intergeneracional, cuidado familiar o institucional, entre otros. (Ministerio de Salud Publica, 2017)

Adicionalmente, este eje destaca en la ejecución de políticas que protejan a los adultos mayores, que aporten a esta población a salir de la pobreza, que se garantice el derecho a la integridad propia, lo cual incluye: la integridad física, psíquica, moral y sexual; una vida libre de violencia en el espacio público y privado; tener una vida y una muerte digna; participar enérgicamente en los programas de salud, la obligación del Estado de adoptar las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia. (Ministerio de Salud Publica, 2017)

En este contexto, el principal reto de la sociedad, junto con el Estado, es hacer que los avances en cuanto a la garantía de derechos sean irreversibles. Para ello, se debe consolidar un Estado que garantice oportunidades para todos, en atención a los deberes primordiales que constitucionalmente le fueron otorgados. (Ministerio de Salud Publica, 2017)

### 2.3.2 *MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL*

El Ministerio de Salud Pública permite ampliar acciones integrales en salud encaminadas a la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos; los cuales, están ajustados a la persona, la familia y la comunidad, al agregar el enfoque de derechos, género, intercultural e intergeneracional. El conjunto de acciones integrales de acuerdo a ciclo de vida dirigidas a adultos mayores, se encuentra ajustado con la Constitución del 2008, por tal razón se articula al enfoque de derechos, a nivel territorial, la gratuidad y universalidad de la salud. Incluye a los adultos mayores con su condición de grupo de atención prioritaria. (MSP, 2018)

Específicamente, el MAIS-FCI fortalece:

- La intersectorialidad para la atención integral de los adultos mayores.
- La promoción de la salud para los adultos mayores.
- Visitas domiciliarias necesarias para atender a la población prioritaria.
- El análisis de adultos mayores en situación de dependencia, sola o abandonado.
- Participación ciudadana y vinculación al sector salud a través de promoción y control.
- Todas las asistencias integrales a las que tiene derecho la población adulta mayor.
- Condición prioritaria para atención y seguimiento a nivel local.

- La creación de espacios y ambientes saludables para la población adulta mayor.
- Análisis de morbilidad del adulto mayor: programas y resultados.
- Mortalidad del adulto mayor: causas, cambios, indicadores, tendencias.
- Describir con información actualizada sobre este grupo etario

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública en el marco de sus competencias ha elaborado varias normativas de cumplimiento obligatorio para el Sistema Nacional de Salud, entre las que se destacan: (MSP, 2018)

- Políticas Integrales de salud adulto – adulto mayor. - Expedida mediante el Acuerdo Ministerial 153 del 25 de marzo del 2007, esta política enfatiza como prioridad a los lineamientos de protección integral de salud, promoción, prevención, vigilancia, control de enfermedades y riesgos, recuperación y rehabilitación, dirigido a la población de hombres y mujeres adultas (20 a 64 años) y a la población de adultos mayores (65 y más años). (Ministerio de Salud Publica, 2017)
- Programa Nacional de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor. - Expedido mediante el Acuerdo Ministerial Nro. 0415, Registro Oficial 398-Año 2008. Plantea un marco operativo para la adecuación de la Política Integral de Salud del Adulto- Adulto Mayor, las orientaciones prioritarias del programa se establecen en tres subprogramas: el de atención comunitaria al adulto mayor, el de atención en los hospitales y el de atención a los adultos mayores en instituciones sociales. (Asamblea Constituyente, 2008)

- Guías Clínicas Geronto-Geriátricas de Atención Primaria de Salud, para el Adulto Mayor. - Expedida mediante Acuerdo Ministerial Nro. 0498, Registro Oficial No 456- Año 2008. Este conjunto de guías se elaboró en base a evidencia científica y estudios epidemiológicos, buscan fortalecer y consolidar la atención integral de calidad, están dirigidas a profesionales y técnicos del área de la salud, del primer nivel que tienen a su cargo y responsabilidad la atención de las personas adultas mayores, dentro del marco del MAIS- FCI. (MSP, 2010)
- Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores. - Expedidas mediante Acuerdo Ministerial Nro. 0132, Registro Oficial No 217, año 2010. Constituye un instrumento técnico, científico, ético, legal para estandarizar y reglamentar la asistencia continua y progresiva e integral a las personas adultas mayores, su cumplimiento es obligatorio y la no aplicabilidad origina sanción. (Ministerio de Salud Publica , 2018)
- Guías de mejoramiento de la calidad en la atención integral de salud de las personas adultas mayores. - expedido 2011. Esta guía considera los mecanismos internos de los servicios de salud para mejorar el enfoque de la garantía de calidad, que incluye la definición de calidad, su monitoreo y el mejoramiento continuo. (Ministerio de Salud Publica , 2018)

### 2.3.3 *LEY ORGÁNICA DE SEGURIDAD SOCIAL*

La ley de Seguridad Social, se reformó en el año 2010; aborda el tema de las prestaciones de la vejez, cuyo objeto es cubrir las necesidades básicas del asegurado cuando su competencia para el trabajo ha disminuido por factores de la edad. (IESS, 2010)

En el Ecuador, este es un derecho garantizado tanto en la Constitución, como en la Ley de Seguridad Social. Las prestaciones a cargo del Sistema de Seguridad Social en el caso de Ecuador son: La pensión por vejez e invalidez, el subsidio transitorio por incapacidad parcial, las pensiones de montepío por viudez y orfandad, el subsidio para auxilio de funerales, la pensión asistencial por vejez o invalidez, financiada obligatoriamente por el Estado, atención de salud. (IESS, 2010)

Una de las prestaciones más importantes es la jubilación, que implica interrumpir una actividad profesional remunerada, desarrollada durante una gran parte de la vida y el correspondiente pago de una renta mensual vitalicia. El afiliado o afiliada que reúna los requisitos exigidos por la Ley de Seguridad Social tiene derecho a pensiones mensuales vitalicias, que se pagan a partir del primer día del mes siguiente al que el asegurado cesó en el empleo. (IESS, 2010)

#### 2.3.4 *FEMINIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR CONFORME AVANZA EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL*

La sobremortalidad masculina, que supone una mayor esperanza de vida de las mujeres, a más de siete años en la actualidad, esto se traduce en la feminización del proceso de envejecimiento poblacional. (CEPAL-CELADE, 2007)

La menor colaboración económica de las mujeres debido a la desigual distribución del trabajo constituye una barrera a su independencia económica y es una de las causas de su mayor vulnerabilidad en las edades avanzadas, todavía subsiste la discriminación en el mercado laboral, pues a trabajo de igual valor no se recibe igual remuneración; la presencia de las mujeres en el trabajo informal suele ser mayor con relación a los hombres; las mujeres realizan la mayor parte del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado y se ven más excluidas que los hombres de los sistemas de pensiones. (CEPAL, 2017)

El envejecimiento diferencial femenino se determina por mayores niveles de viudez que en el caso de los hombres, en parte por el mayor número de uniones conyugales de mujeres con hombres de más edad, esto aumenta sus años de viudez. Las mayores tasas de viudez femenina, sumadas a la menor contribución monetaria de las mujeres, la menor cobertura de la protección social, incitan en que muchas mujeres mayores, se hallen cerca o por debajo de la línea de pobreza que es necesario considerar con especial atención en el diseño de las políticas gubernamentales y los sistemas de pensiones. (CEPAL-CELADE, 2007)

## 2.4 DEFINICIÓN DE ENVEJECIMIENTO

El Envejecimiento es un proceso fisiológico que inicia en la concepción y ocasiona cambios en las peculiaridades de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una restricción de la adaptabilidad del organismo en dependencia con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales. (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD OMS, 2015).

El envejecimiento tiene que analizarse de forma dinámica ya que es un proceso que se inicia con el nacimiento pero que a partir de los 30 años hay un momento donde se alcanza la plenitud, y existe un cambio donde los procesos catabólicos superan a los procesos anabólicos, entonces hay una pérdida de los mecanismos de reserva del organismo, lo que determina un aumento de la vulnerabilidad ante cualquier tipo de agresión, e implica mayores probabilidades de padecer enfermedades y morir. (Montenegro & Melgar Cuellar , 2012) (CONTRERAS-ACEVEDO, 2016)

El aumento de la longevidad hace q la gente viva 20-30 años más que en el pasado lo que antes eso no era factible muchos aspectos pueden deberse al desarrollo socioeconómico que en cada país a medida de la región las condiciones de vida disminuyen la mortalidad durante el parto (ORGANIZACION MUNDIAL PARA LA SALUD, 2015)

El envejecimiento es un proceso esencial a la vida humana, parte del ciclo de vida de los individuos, el cual se transforma en un acontecimiento único, irreversible, heterogéneo y su significado se modifica según el país, la cultura y religión a la que sean

afines. En el envejecimiento se experimentan cambios físicos, psicológico y sociales; por lo cual, la implementación adecuada de herramientas de intervención que promuevan alternativas que mejoren la calidad de vida del adulto mayor. (ONU, 2015)

Ahora si bien la conceptualización de envejecimiento puede llevarse a cabo con la población como promover comportamientos saludables, controlar y disminuir las enfermedades crónicas. (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD OMS, 2015)

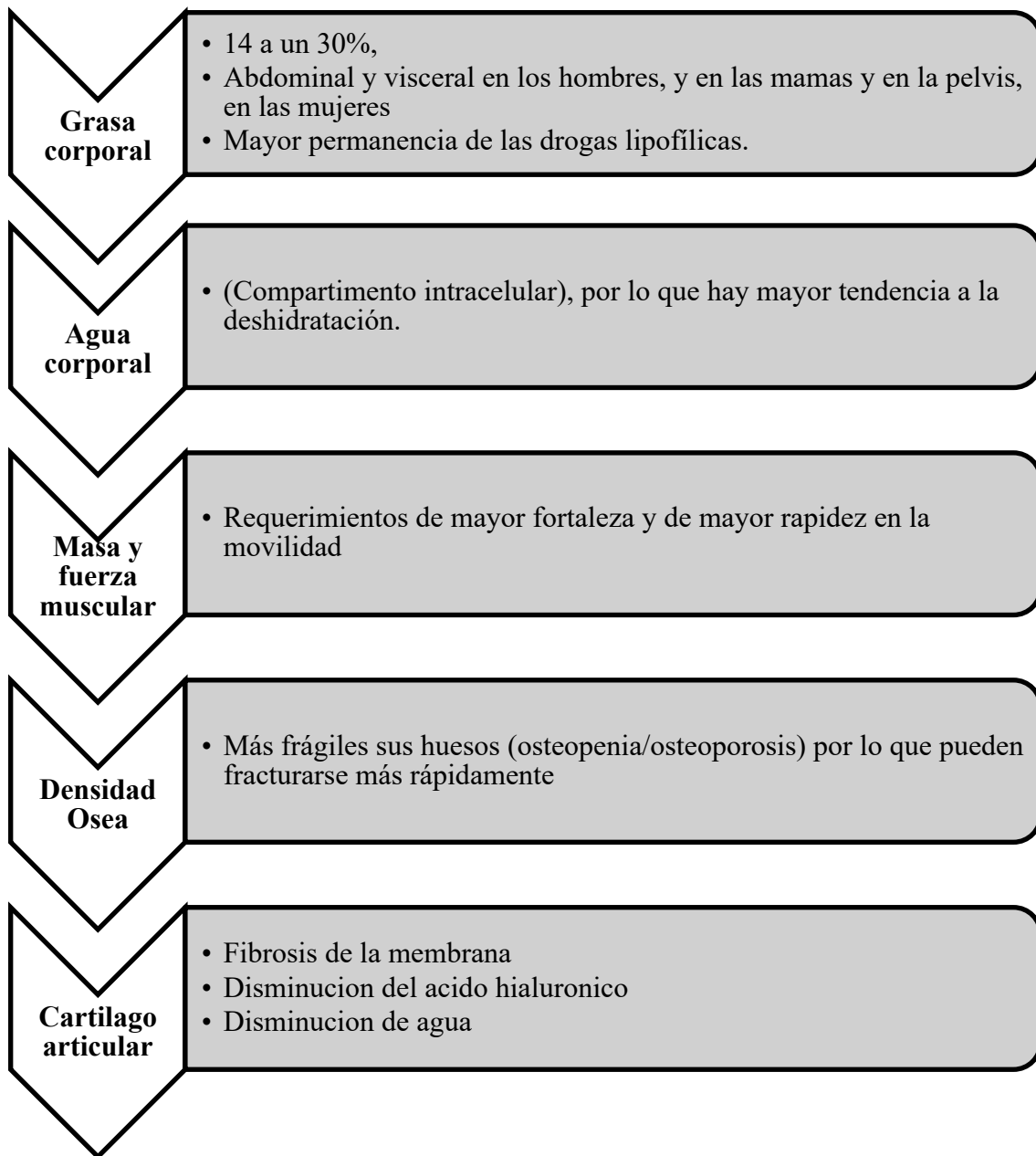
## **2.5 FISIOPATOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO**

Los cambios fisiológicos que se van mostrando, como efecto del paso natural del envejecimiento, a nivel tanto físico como mental, a esta edad, dentro de las características generales del envejecimiento se produce una disminución funcional de origen interno, la cual es universal e irreversible, con un desarrollo lineal y con una velocidad variable de deterioro, siendo este diferente entre órganos y sistemas dentro del individuo y aun entre los mismos seres humanos. (Bazzano, J M C, 2012)

La depreciación de la capacidad en la reserva funcional es la principal característica del proceso fisiológico de envejecimiento que sufre el ser humano y que se hace evidente en los momentos en que se necesita de ella. (Bazzano, J M C, 2012)

### 2.5.1 Visión General

**Cuadro 1.** Cambios Generales dentro de la fisiopatología del Envejecimiento.

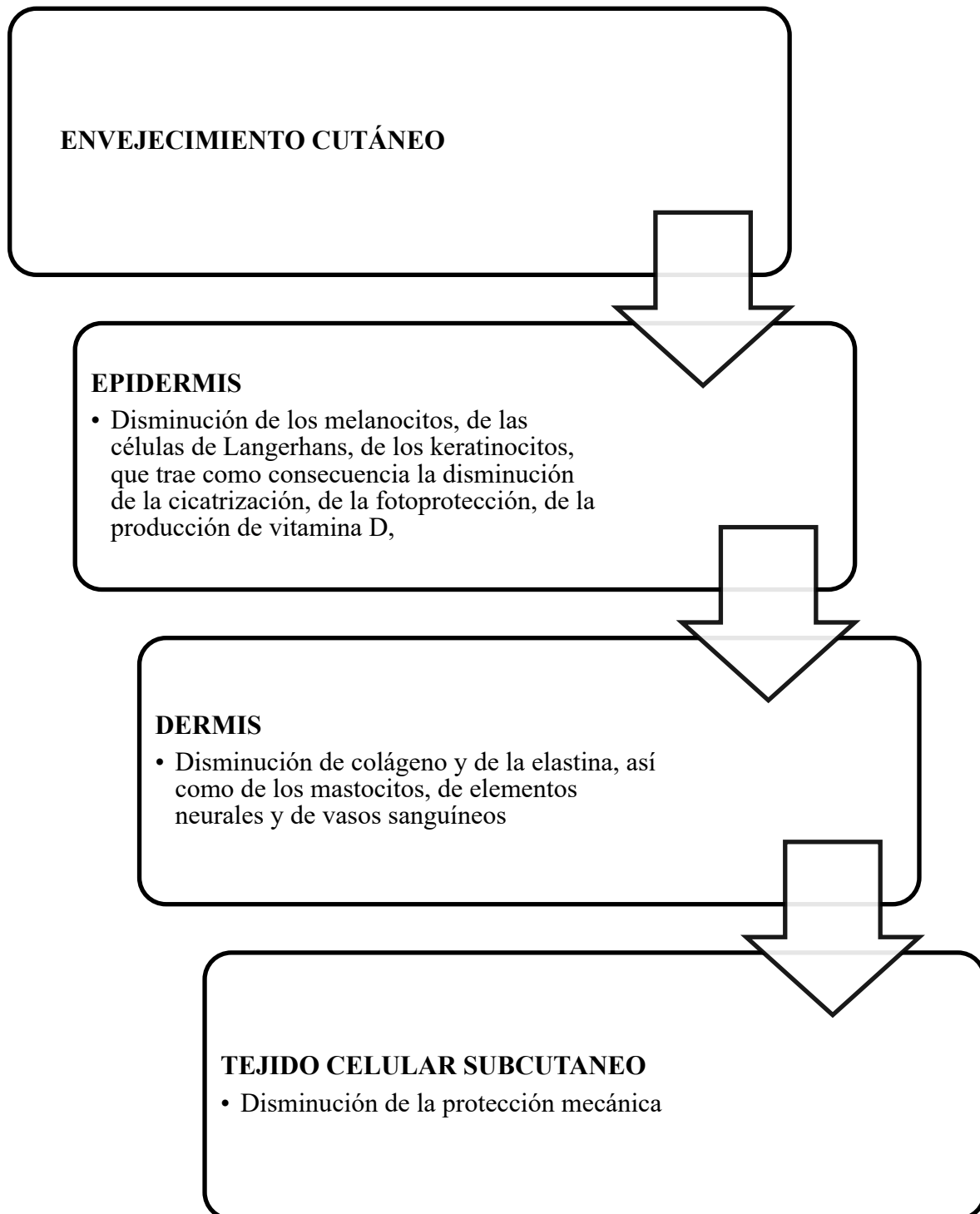


**Fuente:** (Bazzano, J M C, 2012)

**Elaborado Por:** Trudy Idrovo, (2018)

### 2.5.2 Envejecimiento por Sistemas

**Cuadro 2.** Envejecimiento cutáneo



**Fuente:** (Bazzano, J M C, 2012)

**Elaborado por:** Trudy Idrovo, (2018)

### **Cuadro 3. Envejecimiento del Sistema Cardiovascular**

#### **ENVEJECIMIENTO CARDIOVASCULAR**

- Disminución del número de miocitos
- Aumento del tamaño de los miocitos
- Aumento del tejido conectivo
- Incremento de la rigidez miocárdica
- Disminución de la velocidad de contracción
- Disminución de la respuesta contráctil adrenérgica
- Aumento en la producción del péptido natriurético auricular
- Incremento del tejido colágeno en sistema de conducción
- Acumulo de grasa alrededor del nodo sinoauricular
- Disminución de células marcapaso
- Modesta hipertrofia ventricular izquierda
- Relajación ventricular prolongada
- Rigidez de la aorta central
- Disminución de la vasodilatación mediada por endotelio

#### **ENVEJECIMIENTO CARDIOVASCULAR: CONSECUENCIAS CLÍNICAS**

- Disminución del gasto cardíaco
- Disminución de la frecuencia cardíaca máxima
- Aumento de la presión arterial sistólica
- Aumento de la presión del pulso
- Vulnerabilidad a la hipotensión
- Pobre respuesta compensatoria a cambios de la presión
- Susceptibilidad al síncope
- Hipoperfusión orgánica

**Fuente:** (Bazzano, J M C, 2012)

**Elaborado por:** Trudy Idrovo, (2018)

#### **Cuadro 4. Envejecimiento del Sistema Respiratorio**

##### **ENVEJECIMIENTO RESPIRATORIO**

- Incremento de la rigidez de la caja torácica
- Disminución de la elasticidad pulmonar
- Incremento del volumen residual
- Incremento de la capacidad funcional residual
- Incremento de la capacidad pulmonar total
- Incremento de la capacidad de difusión de gases
- Respuesta disminuida a la hipoxia e hipercápnea
- Reflejo tusígeno disminuido
- Disminución de la actividad ciliar

##### **ENVEJECIMIENTO RESPIRATORIO: CONSECUENCIAS CLÍNICAS**

- Disminución del “aclaramiento” respiratorio
- Tendencia a infecciones respiratorias
- Función respiratoria disminuida

**Fuente:** (Bazzano, J M C, 2012)

**Elaborado por:** Trudy Idrovo, (2018)

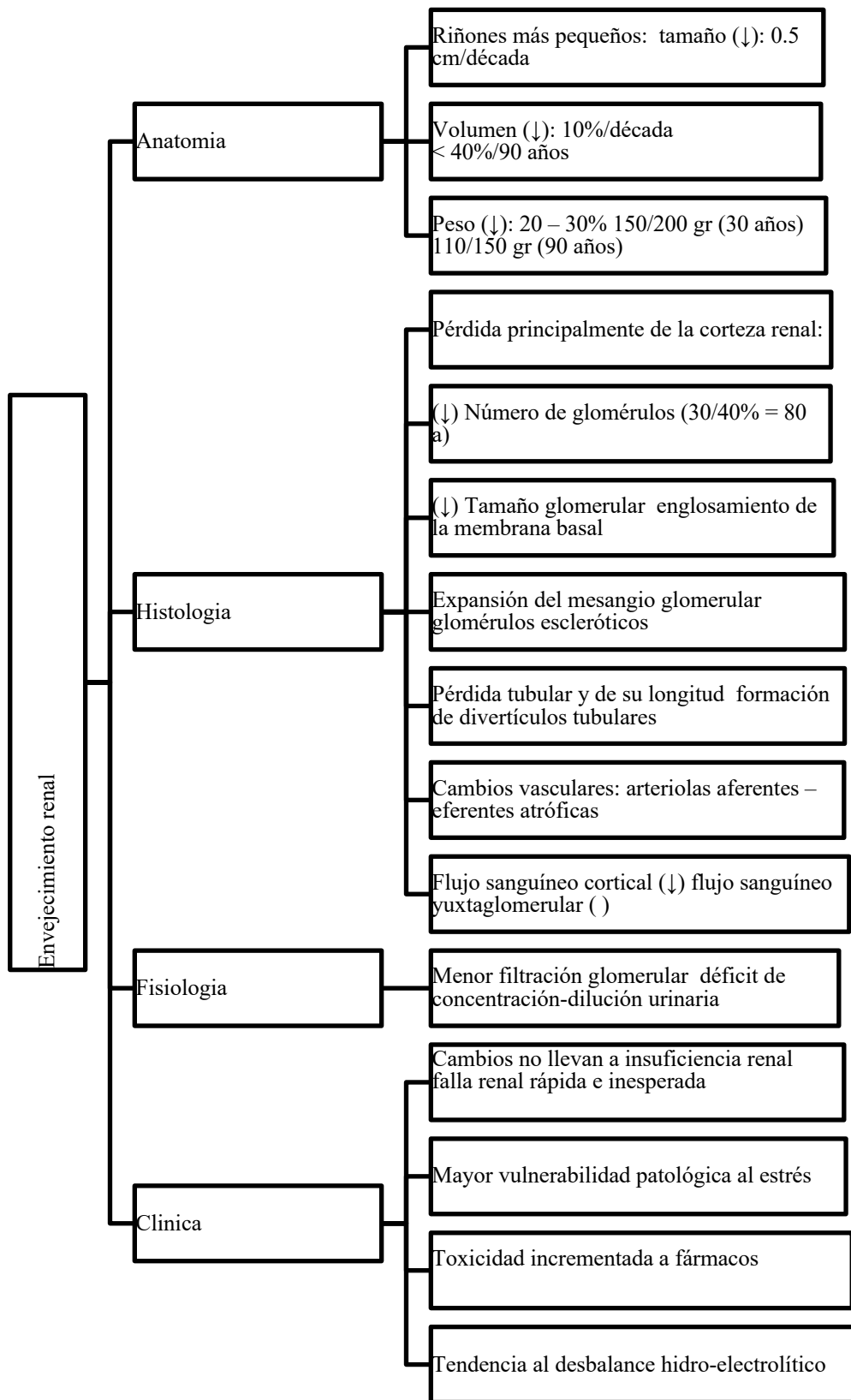
## Cuadro 5. Envejecimiento del Sistema Digestivo

Envejecimiento digestivo	a. Cavidad oral	
	Masticación (↓) Flujo salival (↓) Gusto (↓)	
	<hr/>	
	b. Faringe – esófago	
	Músculos faríngeos (↓) Motilidad esofágica (↓) Reflujo gastroesofágico (-)	
	<hr/>	
	c. Estómago	
	Vaciamiento gástrico (+) Producción de ácido (↓) Producción de pepsina (+) Producción de gastrina (↓) Mucosa gástrica (↓)	
	<hr/>	
d. Intestino delgado		
Tiempo de Tránsito (-) Motilidad Músculo Liso ( ) Inervación (↓) Absorción /Actividad enzimática		
<hr/>		
e) Colon		
Mucosa (↓) Musculatura (↓) Tránsito (↓) Enfermedad Diverticular (↓)		
<hr/>		
f) Ano - recto		
Elasticidad de la pared muscular (↓) Continencia (↓) Inervación (↓)		
<hr/>		
g) Páncreas		
Peso/Tamaño (-) Tamaño ductal ( ) Glándulas acinares (↓) Secreción (-)		
<hr/>		
h) Ducto biliar/vesícula		
Tamaño ductal (-) Vaciamiento vesical (-) Litiasis (+)		
<hr/>		
i) Hígado		
Tamaño (↓) Flujo sanguíneo (↓) Número de hepatocitos (↓) Función metabólica: Demetilación (↓) Conjugación (-) Síntesis Proteica (Vit K) (↓) Síntesis Albumina (↓) Oxidación microsomal (↓)		

**Fuente:** (Bazzano, J M C, 2012)

**Elaborado por:** Trudy Idrovo, (2018)

**Cuadro 6. Envejecimiento del Sistema Renal**



**Fuente:** (Bazzano, J M C, 2012)

**Elaborado por:** Trudy Idrovo, (2018)

## Cuadro 7. Envejecimiento del sistema Endocrino

### ENVEJECIMIENTO ENDOCRINOLÓGICO

- Función Neuroendocrina Alterada: Dopamina (↓) Norepinefrina (↓)
- Opiodes (↓)
- Disminución de la hormona de crecimiento
- Función testicular y ováricas disminuidas
- Disminución de la homeostasis de la glucosa
- Disminución de la absorción y activación de Vit. D.
- Disminución de la producción de tiroxina
- Aumento de la hormona antidiurética

### CONSECUENCIAS CLÍNICAS:

- Disminución del estímulo de secreción hipofisiaria
- Respuesta alterada al estrés
- Mayor prevalencia de Diabetes mellitus

**Fuente:** (Bazzano, J M C, 2012)

**Elaborado por:** Trudy Idrovo, (2018)

## **Cuadro 8. Envejecimiento del Sistema Reproductor**

### **ENVEJECIMIENTO GINECOLÓGICO**

- Atrofia, hiperplasia o ulceración vulvar, atrofia del epitelio vaginal, relajación del piso pélvico.
- Disconfort vulvar (prurito, sequedad, dolor)
- Vaginitis atrófica (sangrado, disconfort)
- Cistocele.
- Rectocele.
- Prolapso uterino.
- Incontinencia urinaria
- Hombre se agranda la próstata (obstrucción e infección urinaria) y hay una menor secreción de fluidos, así como de espermatozoides

**Fuente:** (Bazzano, J M C, 2012)

**Elaborado por:** Trudy Idrovo, (2018)

## **Cuadro 9. Envejecimiento del Sistema Neurológico**

### **ENVEJECIMIENTO NEUROLÓGICO**

- Atrofia cerebral (neuronas, dendritas, enzimas, receptores)
- Disminución de síntesis dopaminérgica/catecolinérgica
- Disminución de reflejos posturales
- Disminución del estadio 4 del sueño

### **CONSECUENCIAS CLÍNICAS:**

- Pérdida de función en áreas específicas (cognitivas): · Memoria. Concentración. Atención. Capacidad visuo-espacial.
- Conceptualización. Inteligencia general. Limitación de algunas actividades: Frecuencia de caídas. Despertar fácil. Insomnio

**Fuente:** (Bazzano, J M C, 2012)

**Elaborado por:** Trudy Idrovo, (2018)

## **Cuadro 10. Envejecimiento del Sistema Sensorial**

### **ENVEJECIMIENTO SENSORIAL**

- Disminución de umbral sensitivo
- Opacificación de lentes intraoculares
- Adelgazamiento retiniano
- Disminución de la acomodación ocular
- Disminución de la audición de alta frecuencia

### **CONSECUENCIAS CLÍNICAS:**

- Disminución de la agudeza visual
- Disminución leve de la visión nocturna
- Tinnitus. Disminución de la audición
- Dificultad en entender, hablar rápido, acento extranjero o con pobre transmisión
- Olfacción disminuida. Gustación específica disminuida

**Fuente:** (Bazzano, J M C, 2012)

**Elaborado por:** Trudy Idrovo, (2018)

## Cuadro 11. Envejecimiento del Sistema Hematológico

### ENVEJECIMIENTO HEMATO-INMUNOLÓGICO

- Disminución de la reserva medular ósea
- Disminución de la función neutrofílica
- Disminución de la función de células T
- Aumento de la formación de auto-anticuerpos

### CONSECUENCIAS CLÍNICAS:

- Respuesta hematopoyética retardada
- Mayor prevalencia de infecciones serias
- Rápido desarrollo de infecciones
- Frecuencia de infecciones virales, TBC
- Presencia de pruebas falso-positivas (FR)

**Fuente:** (Bazzano, J M C, 2012)

**Elaborado por:** Trudy Idrovo, (2018)

Finalmente debemos enfatizar que **la Edad Fisiológica puede ser más “vieja” o más “joven” que la Edad Cronológica**, dependiendo de la reserva fisiológica o funcional de algunos órganos considerados como “claves”, como son el cerebro, el corazón, los pulmones y los riñones (Bazzano, J M C, 2012)

## 2.6 TIPOS DE ENVEJECIMIENTO

Varios autores múltiples visiones y clasificaciones de envejecimiento, consideran para su diferenciación el estado físico, sociocultural y psicosomático del individuo los mismos que muestran que existen varios subtipos de envejecimiento: el habitual, el satisfactorio y la categoría catastrófica. El envejecimiento es un asunto en que los parámetros biológicos son normales y se conserva la posibilidad de relación con el medio en que se mueve.

**Envejecimiento Patológico:** la presencia de enfermedades puede alterar el curso normal del envejecimiento fisiológico. (Bazzano, J M C, 2012)

**Envejecimiento satisfactorio:** Es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida, la misma que se determina en gran medida por su capacidad para mantener su propia autonomía y su funcionalidad en la vejez (INEC, 2016).

**Envejecimiento activo** “es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida en el transcurso del envejecimiento”. La OMS lo propone como una experiencia positiva tanto

para el individuo como para la comunidad, e incluye la participación de la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidad. No debemos pasar por alto que activo se refiere justamente a la participación en las gestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y civiles del envejecimiento (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD OMS, 2015)

## **2.7 DETERIORO FUNCIONAL RELACIONADO CON LA HOSPITALIZACIÓN**

Los adultos mayores es el grupo etario que más ingresa a centros hospitalarios según Dr. Fierro y Savio, el 10% de los mayores de 65 años debió ser hospitalizado el último año. La fragilidad de este grupo está determinada por su genética, efectos tóxicos y en relación socio económica, el mismo muestra mayor vulnerabilidad lo que involucra mayor riesgo en la vida diaria. He ahí la necesidad de crear centros geriátricos para patología aguda (Fierro, 2015).

La distribución por genero según los estudios cataloga a la población femenina como la más afectada teniendo un porcentaje alto de ingresos respecto al género masculino en el 2006 el INEC mostro que la diferencia no se encontraba dentro de sesgos muy grandes con un total de 49.7% género masculino y 50.3% para el género femenino. (INEC INSTITUTO ECUATORIANO DE ESTADISTICAS Y CENSOS, 2006)

La distribución etaria para ingreso a hospitalización tiene una media que se mantiene en 74 años (Llibre Guerra, 2011). El estudio brasileño donde se analizó la fragilidad y las hospitalizaciones de este grupo se muestra que participaron en el estudio 99 adultos mayores con promedio de edad de 74,5±6,8 años, de los cuales 50 (50,5%) eran mujeres. (Ramos, 2013). (Llibre Guerra, 2011)

## **2.8 DEFINICIÓN MORBILIDAD**

La Organización mundial de la salud acoge el término de morbilidad como “toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar” (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD OMS, 2015) La organización para la salud (OPS) define como tasa de morbilidad es el resultado de dividir el número de personas enfermas por el conjunto de la población.

## **2.9 MORBILIDAD DEL ADULTO MAYOR**

Los cambios demográficos de nuestro entorno, así como el aumento de la población mayor de 65 años y descenso de jóvenes. Producirá un preocupante envejecimiento poblacional, los adultos mayores plantean problemas de orden sanitario, cultural económico y social dentro de nuestro país, debido a estos cambios se debe ver a futuro y estimar cifras que nos permitan estar preparados para el manejo de los mismos y su reinserción a la sociedad.

El estudio recogido en los años 1998/ 1999 en Andalucía nos brinda información acerca del tiempo de estadía hospitalaria promedio que fue de 13.3 días, los diagnósticos principales de ingreso son: insuficiencia cardiaca, reagudización de bronquitis, fracturas de cuello de fémur, intervenciones de cataratas e IAM, con un total de 308.052 personas, la que conformo el universo del estudio. Claro que varía un poco la distribución de los diagnósticos según género. (C.GARCIAORTEGA, 2005)

En Colombia, Zapata determino que el primer diagnóstico de egreso, o sea aquel que justificó la hospitalización, fue la enfermedad cerebrovascular seguido por las cataratas, el traumatismo y en cuarto lugar la enfermedad cardiovascular, la insuficiencia cardíaca, hipertrofia prostática benigna y neoplasias. (Zapata R., 1989)

Según los datos encontrados en el boletín epidemiológico en el Ecuador hace 12 años, en un universo de 92.956 pacientes adultos mayores, sin considerar el servicio ni el establecimiento de salud en el que fueron ingresados, se recogió como muestra 42.655 pacientes, los mismos que dentro de las causas de morbilidad se encontraban : Neumonía (11.9%) 5066 pacientes, Hipertrofia prostática(8.8%) 3748 pacientes, Colelitiasis(7.7%) 3249 pacientes, Hipertensión arterial (7.4%) 3159 pacientes, Insuficiencia cardiaca (7%) 2970 pacientes, hernia inguinal(6%) 2560 pacientes, Diabetes mellitus(5%) 2364 pacientes. (INEC INSTITUTO ECUATORIANO DE ESTADISTICAS Y CENSOS, 2006)

## **2.10 DEFINICIÓN DE MORTALIDAD**

Los datos de mortalidad indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa. Los datos de mortalidad de la OMS reflejan las defunciones recogidas en los sistemas nacionales de registro civil, con las causas básicas de defunción codificadas por las autoridades nacionales. La causa básica de defunción se define como "la enfermedad o lesión que desencadenó la sucesión de eventos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o acto de violencia que produjeron la lesión mortal". (SALUD, JUNIO 2015) (Organización Panamericana de la Salud, 2014)

## 2.11 MORTALIDAD DEL ADULTO MAYOR

La mortalidad en adultos mayores, como es lógico, va en relación con sus causas de morbilidad, en este grupo poblacional las enfermedades por lo general terminan cobrando la vida. Según la Organización Panamericana de la Salud en Chile “Las enfermedades isquémicas del corazón constituyen las principales causas de mortalidad en la población adulta mayor, seguidas por las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, la diabetes mellitus y las neoplasias malignas de tráquea, bronquio y pulmón”. (Organización Panamericana de la Salud, 2014) .

Estas cinco enfermedades crónicas no transmisibles causaron en el 2016, del 40% de las muertes ocurridas a partir de los 60 años. Entre los adultos mayores más jóvenes (60-69 años), la diabetes mellitus tipo 2 desplaza a las enfermedades cerebrovasculares. En estas edades, las proporciones de muertes por cirrosis y otras enfermedades del hígado y neoplasias malignas de tráquea, bronquio y pulmón, superan a las muertes por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. Las neoplasias malignas ocupan la novena posición entre las primeras veinte causas en este grupo de edad, y la única enfermedad transmisible que se sitúa entre las diez primeras es la influenza y la neumonía. (Organización Panamericana de la Salud, 2014)

Para la realización del análisis de las variables de la población en Peru, sólo se tuvo en cuenta 697 pacientes considerados en dos grupos de adultos mayores. Durante el periodo de estudio, se encontraron 56 defunciones; 36 en el primer grupo de adultos mayores y 20 en los adultos mayores del segundo grupo. La tasa de mortalidad en el periodo de estudio para la población de adultos mayores fue de **8%**. En el primer grupo

de adultos mayores, la tasa de mortalidad fue de 7,8%; mientras que en el segundo grupo, la tasa de mortalidad fue de 8,5%. (Rojas, 2010)

Al determinar las causas de las defunciones por el tipo de patología, se encontró que en el grupo de los adultos mayores más jóvenes, 14 (38,9%) de las defunciones fueron por patologías infecciosas, 13 (36,1%) defunciones fueron causadas por enfermedades neoplásicas y 2 (5,6%) defunciones fueron causadas por enfermedades crónicas no transmisibles. En el caso de los adultos mayores de 80 a más años, se determinó que 9 (45,0%) de las defunciones fueron causadas por enfermedades infecciosas, 6 (30,0%) defunciones por enfermedades neoplásicas mientras que ninguna defunción fue causada por enfermedad crónica no transmisibles. (Rojas, 2010)

A nivel de Ecuador, la (Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento en el Ecuador, 2015), estimó “que los accidentes de tránsito en el sexo masculino y la diabetes mellitus en el sexo femenino fueron las principales causas de mortalidad en el 2015”, en ambos grupos las enfermedades cerebrovasculares ocupan el segundo lugar. La reducción de la mortalidad puede afectar la estructura de edades de la población según cuál sea, a su vez, la estructura por edades de su descenso. (CEPAL-CELADE, 2007)

Dada la complejidad del anciano y las múltiples dimensiones implicadas en el estado de salud y en el pronóstico de los ancianos, sería apropiado considerar a la vez múltiples factores cuando se evalúa la posible evolución o supervivencia, más que factores concretos individuales. Por ello parece lógico el empleo de sistemas o escalas multidimensionales para la aproximación a la estimación de mortalidad en el anciano (Vasant Hirani, 2014)

En Palencia España (Hoyo, 2015), encontró que las principales causas de muerte de un total de 300 ingresados (32,15%). 156 varones (52%) y 144 mujeres (48%). La media de edad fue 84 años. La media de estancia fue de 8 días. Los principales motivos de ingresos fueron disnea 135 (45%), Mal estado General 35 (11,67%) y fiebre 21 (7%). Dentro del “motivo de ingreso disnea”, el 58,5% corresponde a infección respiratoria. Dentro del “motivo de ingreso Mal Estado General” el 60% corresponde a infecciones y el 11,4% a neoplasias. 4.

Las principales causas inmediatas de muerte fueron: insuficiencia respiratoria (42,3%), sepsis (16%) e insuficiencia cardiaca (9,7%). Principales orígenes de la sepsis: respiratorio: 37,5%, urinario 35,4%, abdominal 18,8%, piel 4,2% y otro 4,2%. Insuficiencia respiratoria: origen pulmonar 77,2%, cardiaco 15,7%. 5. Las principales causas fundamentales de muerte fueron: infecciones (52%), cardiovascular (28,7%) y neoplasias (11%). Principales orígenes de las infecciones: respiratoria 78,8%, urinaria 11,5%, abdominal 6,4%. Cardiovascular incluye cardiopatía en todas sus variantes (isquémica, hipertrófica, dilatada...) y ECV (isquémico y hemorrágico). Neoplasias: digestiva 36,4%, Urológicas 18,2%, pulmón 18,32%, no filiadas 18,2%

La revista 16 de abril en el año 2017 presento una revisión de un estudio en un hospital provincial de Cienfuegos Cuba en el que se examina la mortalidad de los pacientes ingresados al servicio de medicina interna durante un periodo de 3 años. El estudio mostró un predominio de las defunciones en el sexo masculino (54.5%), los pacientes de la tercera edad, principalmente el grupo entre los 50 a 80 años con 411 casos. El mayor número de pacientes fallecieron en las primeras 72 horas con una media de 6,7 días. Las patologías con mayor número de defunciones fueron:

neumonía/bronconeumonías, tumores malignos y enfermedades respiratorias crónicas de las vías inferiores. (Orlando Morera Álvarez<sup>1</sup>, 2017)

## **2.12 COMORBILIDADES**

Es la existencia de una entidad clínica adicional a la del estudio la misma que ocurre durante la hospitalización del paciente. El término comorbilidad fue ingresado por Alvan Feinstein en 1970. La definen como el impacto total de la disfunción biológica e incluyen no solo las enfermedades evidentes si no también los procesos subclínicos que no llegan al diagnóstico de la enfermedad. (O, E, & O, 2011)

Laporte en su estudio que la presencia de más de una afección es muy frecuente en la población mayor entre el 55% al 98% en personas mayores de 60 años ocurre más en las mujeres de baja clase socioeconómica, las mismas que pueden cumplir una infinidad de combinaciones y se intentó realizar una aproximación sobre los modelos de comorbilidad analizando la sincronía de las mismas (LAPORTE, 2012)

Estos modelos tienen la particularidad de ser multicausales e incorporan diversas interrelaciones entre los factores etiológicos, incluidos los determinantes sociales de los padecimientos involucrados en la multimorbilidad. Esta definición, permite tener un punto de referencia conceptual muy distinto, de particular importancia en los adultos mayores, el cual es factor desencadenante de acuerdo a su respectiva fragilidad a lo que llamo también pluripatología o multimortalidad (LAPORTE, 2012).

Las enfermedades crónicas no transmisibles se definen como un proceso de evolución prolongada que no se resuelven espontáneamente y rara vez alcanzan una curación completa. (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD OMS, 2015). La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados según la OMS entre el año 2000-2050 la población geriátrica se duplicará de 11% al 22% en el 2050 se prevé a 310 millones de personas (2016).

Del estudio de Contreras se concluyó que el 51% correspondieron a población femenina, 48% a población masculina de acuerdo a su revisión de 91 historias clínicas llegaron a un total de 151 diagnósticos los grupos importantes fueron: Hipertensión arterial, falla cardiaca, EPOC y Diabetes Mellitus tipo 2. (CONTRERAS-ACEVEDO, 2016)

### **2.13 COMPLICACIONES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN**

La asistencia en salud puede comportar la aparición de efectos indeseados que causen un perjuicio al paciente, generando la llamada cascada iatrogénica en la que se desarrollan múltiples complicaciones que pueden ser activadas por un proceso inocuo, prolongando la estadía hospitalaria y las complicaciones asociadas a la hospitalización y su prevención, centrándonos en el delirio; la inmovilidad y el declive funcional; los problemas nutricionales; las caídas; la incontinencia urinaria; el estreñimiento; la polifarmacia y el uso inadecuado de fármacos; y las úlceras por presión. (Jiménez, 2008) (C.GARCIAORTEGA, 2005)

## 2.14 ESTANCIA HOSPITALARIA

La estancia hospitalaria es un indicador de eficiencia hospitalaria es el número de días promedio que permanecen los usuarios en los servicios de hospitalización, logra evaluar la calidad de los servicios prestados y el aprovechamiento del recurso cama. (Lugmaña, 2014). La Literatura médica junto con la de los organismos de control toma un promedio de 5 a 7 días. (INEC, 2016). Dentro de nuestra realidad la estadía hospitalaria es prolongada. Se realizaron inclusive comparaciones por genero dentro del tiempo de estancia hospitalaria siendo mayor para el sexo femenino con 8.6 días respecto al masculino con 7.8 días. (INEC INSTITUTO ECUATORIANO DE ESTADISTICAS Y CENSOS, 2006)

La hospitalización del adulto mayor por enfermedad aguda se asocia a menudo con el inicio de incapacidad. Algunos estudios longitudinales han demostrado que el desarrollo de discapacidad en adultos mayores se asocia significativamente a eventos agudos y a hospitalización. (TELLO-RODRIGUEZ, 2011)

En el estudio sobre la mortalidad en Madrid donde parte de la discusión sugiere que la estancia hospitalaria es un factor de riesgo independiente de la mortalidad a los 6 meses, encontrándose factores asociados como el estado nutricional, mayor pérdida funcional en el ingreso, la presencia de comorbilidades. Por lo tanto considerar la estadía hospitalaria sería un factor sinecuanon respecto al deterioro posterior de nuestro paciente (PARDO, 2016).

## CAPÍTULO III

### 3.1 MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1.1 *Justificación*

Esta investigación suministrará de datos actualizados sobre la morbilidad y mortalidad en la población adulta mayor que acudió al Servicio de Medicina Interna del Hospital general Dr. Enrique Garcés de la ciudad de Quito en el periodo de enero hasta junio del 2018; con estos datos se podrían guiar y/o mejorar la atención a este grupo poblacional en el hospital y en la provincia.

El presente estudio es importante porque es donde se realiza un primer acercamiento a los adultos mayores, el mismo, que es un grupo del cual se tiene poca información en nuestro medio y sobre todo a nivel del Hospital General Dr. Enrique Garcés de la ciudad de Quito. Además, es importante determinar las estimaciones de este grupo etario, su nivel de incremento y por ende el requerimiento de una atención médica integral a modo de propuesta, con carácter multidisciplinario, oportuno y certero, dirigido especialmente a la población.

Los beneficios de esta investigación son múltiples e involucran el plano individual y colectivo, por medio del cual se recolectarán valiosos datos sobre la morbilidad y mortalidad, comorbilidades y días de estadía del adulto mayor, así los datos serán difundidos por los medios científicos locales y promover la información y en caso de identificar problemas poner en forma práctica una solución.

### 3.1.2 *Problema de Investigación*

¿Cuál es la morbilidad y mortalidad en los adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Dr. Enrique Garcés de la ciudad de Quito en el periodo de enero hasta junio del 2018?

### 3.1.3 *Objetivos*

#### 3.1.3.1 *Objetivo general*

Determinar la morbilidad y la mortalidad en el adulto mayor hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Dr. Enrique Garcés de la ciudad de Quito en el periodo de enero hasta junio del 2018.

#### 3.1.3.2 *Objetivos específicos*

- Conocer la morbilidad en la población de adultos mayores ingresados a hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital General Dr. Enrique Garcés de la ciudad de Quito en el periodo de enero hasta junio del 2018.
- Describir el tiempo promedio de estadía hospitalaria en los adultos mayores ingresados al Servicio de Medicina Interna del Hospital General Dr. Enrique Garcés de la ciudad de Quito en el periodo de enero hasta junio del 2018.

- Establecer la causa de mortalidad más frecuente en adultos mayores ingresados al Servicio de Medicina Interna del Hospital General Dr. Enrique Garcés de la ciudad de Quito en el periodo de enero hasta junio del 2018.
  
- Definir el promedio de comorbilidades y las más frecuentes que presentan los pacientes adultos mayores ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Dr. Enrique Garcés de la ciudad de Quito en el periodo de enero hasta junio del 2018.

## 3.2 METODOLOGÍA

### 3.2.1 Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Naturaleza De La Variable	Medida Estadística
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales O vegetales.	Años cumplidos más de 65 años	Cuantitativa discreta	Media Mediana Moda Desviación estándar
Genero	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas	Masculino (1) Femenino (2)	Cualitativa nominal dicotómica	Frecuencia absoluta Frecuencia relativa Porcentaje
Co-Morbilidad	Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas	ECV Hipertensión arterial Enfermedad isquémica Diabetes mellitus Hipotiroidismo En. Prostáticas. Neoplasias Insuficiencia renal crónica EPOC Enfermedades Pulmonares Intersticiales	Cualitativa Nominal polito mica	Frecuencia absoluta Frecuencia relativa Porcentaje
Morbilidad	Proporción de personas que se enferman en un sitio y tiempo determinado	Sepsis Neumonía Neoplasias ECV IAM Des. Hidro-Electr. Insuficiencia renal aguda Arritmias Enf. Pulmonares Diabetes Anemia Pancreatitis	Cualitativa Nominal polito mica	Frecuencia absoluta Frecuencia relativa Porcentaje
Mortalidad	Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada	Sepsis Arritmia Shock ECV Neumonía Cáncer Insuf. Cardíaca Insuf. Renal	Cualitativa Nominal polito mica	Frecuencia absoluta Frecuencia relativa Porcentaje
Estancia hospitalaria	Cada uno de los días que está el enfermo en el hospital	1, 2,3...	Ordinal	Frecuencia absoluta Frecuencia relativa Porcentaje

Elaborado por: Idrovo (2018)

### 3.2.2 *Matriz de variables*

#### 3.2.2.1 *Variables Dependientes*

- Morbilidad
- Mortalidad

#### 3.2.2.2 *Variables Independientes*

- Pacientes Adultos Mayores

#### 3.2.2.3 *Variables Intervinientes*

- Edad
- Genero
- Estancia Hospitalaria
- Co-morbilidades

### 3.2.3 *Población*

Se recolecto la información del estudio constituida por 290 pacientes adultos mayores atendidos en Hospitalización en el servicio de Medicina Interna del Hospital General” Dr. Enrique Garcés” de Enero a junio del año 2018.

### 3.2.4 *Muestra*

El universo fue constituido por 290 pacientes adultos mayores atendidos en Hospitalización en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Dr. Enrique Garcés de la ciudad de Quito en el periodo de enero hasta junio del 2018.

### 3.2.5 *Método de muestreo*

El método de muestreo que se utilizó fue no probabilístico por conveniencia.

### 3.2.6 *Criterios de inclusión y exclusión*

#### 3.2.6.1 *Criterios de inclusión*

- Pacientes adultos mayores (de 65 años en adelante)
- Con diagnósticos recientes o pasados de enfermedades crónicas no transmisibles
- Que cuenten con historia clínica en Hospital General Dr. Enrique Garcés

#### 3.2.6.2 *Criterios de exclusión*

- Pacientes con historia clínica incompleta
- Todos aquellos que no cumplan con alguno de los criterios de inclusión.

### 3.2.7 Contexto

Hospital General “Dr. Enrique Garcés” .- es un hospital de segundo nivel perteneciente al Ministerio de Salud Pública, mismo que comparte su misión: En el cual es ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza y atención y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la suministro de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud.

La Visión misma que comparte el Ministerio de Salud Pública, practicará plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad. Esta unidad de Salud cuenta con un Servicio de Medicina Interna en donde fueron ingresados 290 pacientes en el periodo de enero a junio del 2018. Según el registro encontrado en el departamento de estadística de la institución.

### *3.2.8 Diseño de la investigación*

Este trabajo se realizó mediante el diseño de un estudio observacional, descriptivo de corte transversal.

### *3.2.9 Tipo de estudio*

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, cuyo universo se constituyó por todos los pacientes adultos mayores ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Dr. Enrique Garcés de la ciudad de Quito en el periodo de enero hasta junio del 2018, periodo de seis meses. Se recolectaron los datos de las historias clínicas mediante el uso de un formulario con las variables que se consideraron. De esta manera se tabularon en las tablas de datos para la obtención de los mismos.

### *3.2.10 Procedimiento de recolección de datos*

Los datos fueron obtenidos de los expedientes clínicos considerando criterios de inclusión y exclusión, los mismos que se encontraban dentro del periodo en estudio.

### *3.2.11 Plan de análisis de datos*

Se realizó una base de datos en el programa Microsoft Excel y posteriormente en el programa estadístico SPSS versión 24, se utilizó el manejo

de la estadística descriptiva; con el análisis de variables cuantitativas y cualitativas con el cálculo de medidas central. Tasas de mortalidad y morbilidad.

### **3.2.12 Métodos, técnicas e instrumentos de investigación.**

#### *3.2.12.1 Métodos*

Para este estudio se utilizó el método observacional, descriptivo, de corte transversal, con recopilación y análisis bibliográficos del problema y a su vez con el debido respaldo teórico, para la recolección de datos se usó un formulario, mismos que fueron contestados con ayuda de las historias clínicas de cada paciente almacenadas en el hospital. El método estadístico como apoyo y herramienta que permitió organizar la información obtenida y la aplicación de los instrumentos estadísticas necesarios.

#### *3.2.12.2 Técnicas*

Observacional, la misma que consiste en usar los sentidos para observar hechos, la lectura como técnica para analizar, seleccionar y repasar los aportes teóricos y conceptualizar los mismos. El parafraseo como medio de modificar o realizar un texto basado en ideas y conceptos previos ya delimitados.

### *3.2.12.3 Instrumentos*

Se usó un formulario para la recolección de datos tomados desde las historias clínicas. El mismo consta como anexo 1

### *3.2.13 Procedimiento, normas bioéticas y confidencialidad*

En este estudio no fue necesario dar información a los pacientes ni la ayuda del consentimiento informado ya que al tratarse de un estudio observacional no se encuentra interacción con el individuo, se tomaron los datos del departamento de estadística del Hospital general “Dr. Enrique Garcés”. El periodo de recolección de datos tomo dos meses. En el transcurso de este tiempo se mantuvo la debida confidencialidad y la obtención se hizo con mucha premura.

## CAPÍTULO IV

### 4.1 RESULTADOS

Se procedió a realizar la recolección de datos en el Hospital General “Dr. Enrique Garcés”, obteniendo los siguientes datos: (N=290) pacientes

#### 4.1.1 Características Demográficas

Se determinó que el 35,9% (n=104) fueron varones y 64,1% (n=186) fueron mujeres. Con una relación mujer hombre de 1,8:1

El grupo etario predominante fue de 74 años con un porcentaje de 6.2%, la media de la edad fue 79 años. El valor mínimo de edad identificada fue 65 años y la máxima fue de 97 años.

**Cuadro 12.** Genero de los pacientes adultos mayores ingresados al Servicio de Medicina Interna en el Hospital General “Dr. Enrique Garcés” de la ciudad de Quito, durante el periodo de enero a junio de 2018. Según el género.

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Acumulado</b>
<b>Válido</b>	Hombre	104	35,9	35,9
	Mujer	186	64,1	100,0
	Total	290	100,0	

**Fuente:** Departamento De Estadística Del Hospital General “Dr. Enrique Garcés”.  
**Elaborado por:** Trudy Idrovo, (2018)

**Gráfico 1.** Genero de los pacientes adultos mayores ingresados al Servicio De Medicina Interna en el Hospital General “Dr. Enrique Garcés” de la ciudad de Quito, durante el periodo de enero a junio de 2018. Según el género.



**Fuente:** Departamento De Estadística Del Hospital General “Dr. Enrique Garcés”.  
**Elaborado por:** Trudy Idrovo, (2018)

**Cuadro 13.** Edad de pacientes adultos mayores ingresados al Servicio de Medicina Interna en el Hospital General “Dr. Enrique Garcés” de la ciudad de Quito, durante el periodo de enero a junio de 2018. Según edad.

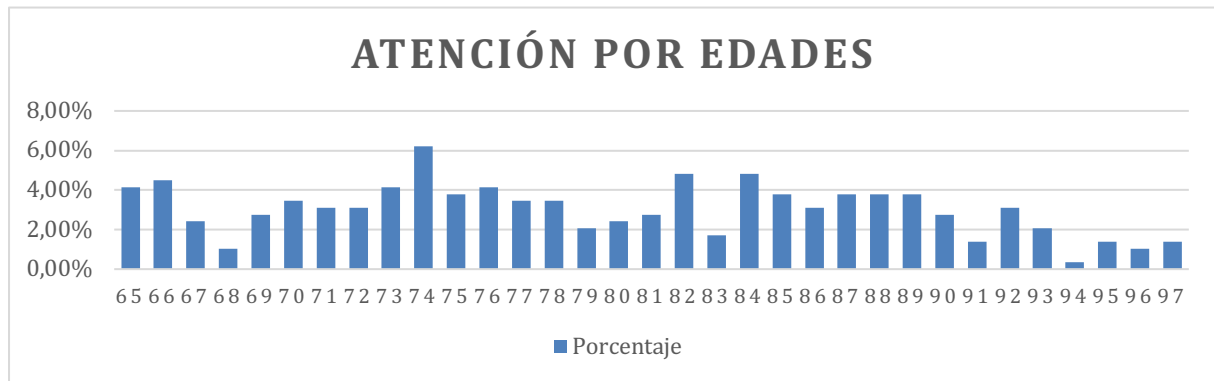
		EDAD			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	65	12	4,1	4,1	4,1
	66	13	4,5	4,5	8,6
	67	7	2,4	2,4	11,0
	68	3	1,0	1,0	12,1
	69	8	2,8	2,8	14,8
	70	10	3,4	3,4	18,3
	71	9	3,1	3,1	21,4
	72	9	3,1	3,1	24,5
	73	12	4,1	4,1	28,6
	74	18	6,2	6,2	34,8
	75	11	3,8	3,8	38,6
	76	12	4,1	4,1	42,8
	77	10	3,4	3,4	46,2
	78	10	3,4	3,4	49,7

79	6	2,1	2,1	51,7
80	7	2,4	2,4	54,1
81	8	2,8	2,8	56,9
82	14	4,8	4,8	61,7
83	5	1,7	1,7	63,4
84	14	4,8	4,8	68,3
85	11	3,8	3,8	72,1
86	9	3,1	3,1	75,2
87	11	3,8	3,8	79,0
88	11	3,8	3,8	82,8
89	11	3,8	3,8	86,6
90	8	2,8	2,8	89,3
91	4	1,4	1,4	90,7
92	9	3,1	3,1	93,8
93	6	2,1	2,1	95,9
94	1	,3	,3	96,2
95	4	1,4	1,4	97,6
96	3	1,0	1,0	98,6
97	4	1,4	1,4	100,0
Total	290	100,0	100,0	

Estadísticos		
EDAD		
N	Válido	290
	Perdidos	0
Media		79,31
Mediana		79,00
Moda		74
Desv. Desviación		8,628
Varianza		74,449
Mínimo		65
Máximo		97

**Fuente:** Departamento De Estadística del Hospital general “Dr. Enrique Garcés”.  
**Elaborado por:** Trudy Idrovo, (2018)

**Gráfico 2.** Edad de pacientes adultos mayores ingresados al Servicio De Medicina Interna en el Hospital General “Dr. Enrique Garcés” de la ciudad de Quito, durante el periodo de enero a junio de 2018.



**Fuente:** Departamento De Estadística Del Hospital General “Dr. Enrique Garcés”.  
**Elaborado por:** Trudy Idrovo, (2018)

#### 4.1.2 Morbilidad Hospitalaria

Como causa de ingreso más frecuente encontramos Neumonía (N:66) representan el 22.8%, Infecciones de vías urinarias(N:35) 12.1%, enfermedad cerebro vascular (N:22) 7.59%, enfermedades pulmonares exacerbadas(N:15) 5.17%, neoplasias (N:17) 5.86%, Desequilibrio hidroelectrolítico (N: 13) 4.48%, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica exacerbada (N:12) 4.14%, Insuficiencia Cardiaca (N:12) 4.14%, Tuberculosis, Sífilis, Tromboembolia pulmonar, Epilepsia, conjuntivitis, artritis, gastroenteritis, (N:1) 0.34%.

En cuanto al género la neumonía en el género femenino con n:45, Infección de vías urinarias n:23, Enfermedades cerebros vasculares n:16, Neoplasias n:13, Enfermedades pulmonares intersticiales complicadas n:11, Celulitis n:9, insuficiencia Cardiaca: n:9, Insuficiencia renal aguda n:7, Diabetes

mellitus descompensada n:6, Encefalopatía hepática n:5, Trombosis venosa profunda, y tromboembolia pulmonar n:4.

El género masculino fue menos prevalente a excepción de Sangrado digestivo con n:6, Sepsis n:4, Enfermedad pulmonar exacerbada y desequilibrio hidroelectrolítico.

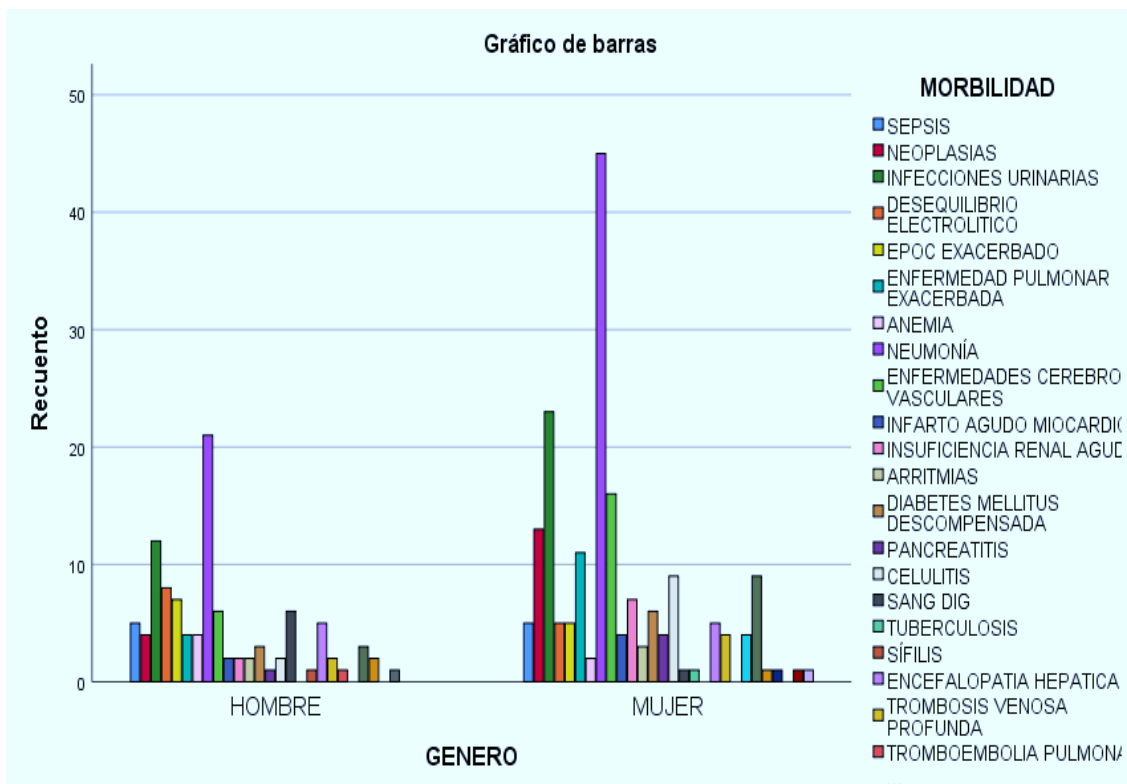
**Cuadro 14.** Morbilidad en pacientes adultos mayores ingresados al Servicio De Medicina Interna en el Hospital General “Dr. Enrique Garcés” de la ciudad de Quito, durante el periodo de enero a junio de 2018.

SEPSIS	9	3.1
NEOPLASIAS	17	5.86
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	35	12.1
DESEQUILIBRIO HIDRO- ELECTRO	13	4.48
EPOC EXACERBADO	12	4.14
ENFERMEDAD PULMONAR. EXAC	15	5.17
ANEMIA	6	2.07
NEUMONÍA	66	22.8
ENFERMEDAD CER-VASCULAR	22	7.59
INFARTO AGUDO MIOCARDIO	6	2.07
INSUFICIENCIA RENAL. AGUDA	9	3.1
ARRITMIAS	5	1.72
DM DESCOMPENSADA	9	3.1
PANCREATITIS	5	1.72
CELULITIS	11	4.11
SANGRADO DIGESTIVO	7	2.41
TUBERCULOSIS	1	0.34
SÍFILIS	1	0.34
ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA	10	3.45
TROMBOSIS VENOSA	6	2.07
TROMBOEMBOLIA PULMONAR	1	0.34
ABSCESO HEPÁTICO	4	1.38
INSUFICIENCIA CARDIACA	12	4.14
CIRROSIS	3	1.03

EPILEPSIA	1	0.34
CONJUNTIVITIS	1	0.34
ARTRITIS	1	0.34
GASTROENTERITIS	1	0.34

**Fuente:** Departamento De Estadística Del Hospital General “Dr. Enrique Garcés”.  
**Elaborado por:** Trudy Idrovo, (2018)

**Grafico 3.** Causa de ingreso y Genero en pacientes adultos mayores ingresados al Servicio De Medicina Interna en el Hospital General “Dr. Enrique Garcés” de la ciudad de Quito, durante el periodo de enero a junio de 2018.



**Fuente:** Departamento De Estadística Del Hospital General “Dr. Enrique Garcés”.  
**Elaborado por:** Trudy Idrovo, (2018)

#### 4.1.3 Mortalidad

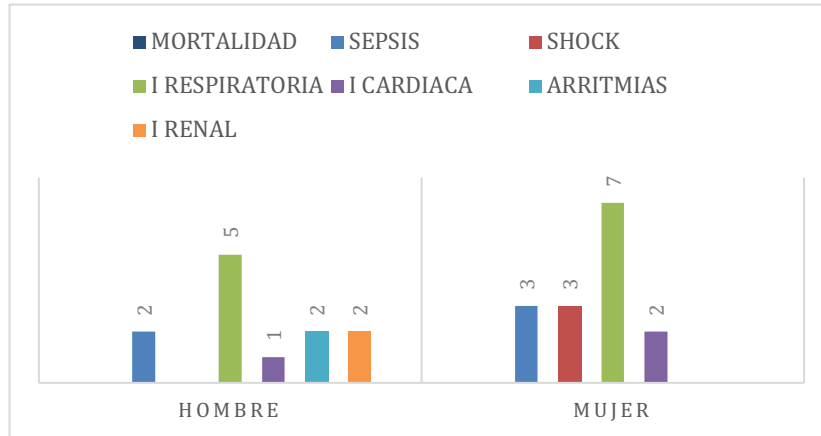
Del universo de nuestro estudio el mismo que fue conformado por 290 pacientes, se encontraron 27 fallecimientos durante la hospitalización 9.31%, de las causas de fallecimiento se tomó lo referente al modelo del certificado de defunción del INEC, siendo la más frecuente la: Insuficiencia Respiratoria relacionada con la presencia de neumonía con n:12 equivalente al 44.44%, de los cuales el género femenino llega a n:7 y masculino n:5. Sepsis de foco urinario n:5, equivalente al 18.52%, sexo femenino n:3 masculino:2, la tercera causa de muerte se encuentra entre el shock y la insuficiencia cardiaca n: 3, la cuarta causa de muerte igualmente se encuentra compartida entre las arritmias e insuficiencia renal predominante en varones con un porcentaje 7.40%.

**Cuadro 15.** Pacientes adultos mayores ingresados al Servicio De Medicina Interna en el Hospital General “Dr. Enrique Garcés” de la ciudad de Quito, durante el periodo de enero a junio de 2018. Según causa de muerte.

		Sepsis	Shock	I respiratoria	I cardiaca	Arritmias	I renal	
Genero	Hombre	2	0	5	1	2	2	12
	Mujer	3	3	7	2	0	0	15
TOTAL		5	3	12	3	2	2	27

**Fuente:** Departamento De Estadística Del Hospital General “Dr. Enrique Garcés”.  
**Elaborado por:** Trudy Idrovo, (2018)

**Grafico 4.** Mortalidad en Pacientes adultos mayores ingresados al Servicio De Medicina Interna en el Hospital General “Dr. Enrique Garcés” de la ciudad de Quito durante el periodo de enero a junio de 2018. Según causa de muerte.



**Fuente:** Departamento De Estadística Del Hospital General “Dr. Enrique Garcés”.  
**Elaborado por:** Trudy Idrovo, (2018)

#### 4.1.4 Comorbilidades

Uno de los problemas encontrados que fue importante en el manejo de datos fue el número de comorbilidades de cada paciente, habiendo tenido un análisis de 290 historias clínicas nos encontramos con 717 enfermedades, claro considerando la coexistencia de una enfermedad como mínima y seis como máxima por paciente. Con un promedio de 2.47 comorbilidades por paciente.

Las diez comorbilidades más frecuentes fueron: Hipertensión Arterial n:163, Insuficiencia cardiaca n:91, Diabetes mellitus n:80, Insuficiencia renal crónica n:76, Hipotiroidismo n:53, EPOC: n:50, Enfermedades Pulmonares intersticiales n:43, Arritmias n:32, Cirrosis n:24, Hipertrofia prostática n:18.

**Cuadro 16.** Pacientes adultos mayores ingresados al Servicio De Medicina Interna en el Hospital General “Dr. Enrique Garcés” de la ciudad de Quito, durante el periodo de enero a junio de 2018. Según comorbilidades.

Ord	Enfermedad	Frecuencia	%
1	Hipertensión Arterial	163	56%
2	Insuficiencia. Cardiaca	91	31%
3	Diabetes Mellitus	80	28%
4	Insuficiencia Renal crónica	76	26%
5	Hipotiroidismo	53	18%
6	EPOC	50	17%
7	Enfermedades Pulmonares Intersticiales	43	15%
8	Arritmias	32	11%
9	Cirrosis	24	8%
10	Hipertrofia Prostática	18	6%
11	Insuficiencia Renal aguda	14	5%
12	Neoplasias	12	4%
13	Enfermedad cerebrovascular secuelar	11	4%
14	Enfermedad Coronaria	9	3%
15	Enfermedad Multivaso	9	3%
16	Hipertensión pulmonar	9	3%
17	Anemia	6	2%
18	Gastritis	4	1%
19	Trombosis venosa profunda	2	1%
20	Epilepsia	2	1%
21	Sobrepeso	2	1%
22	Tuberculosis	2	1%
23	Artrosis	1	0%

24	Virus de inmunodeficiencia	1	0%
25	Apnea Obstructiva del sueño	1	0%
26	Tromboembolia pulmonar	1	0%
27	Varicela	1	0%
<b>Total comorbilidad</b>		<b>717</b>	
<b>Total pacientes</b>		<b>290</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Departamento De Estadística Del Hospital General “Dr. Enrique Garcés”.

**Elaborado por:** Trudy Idrovo, (2018)

#### 4.1.5 *Días de estadía*

El promedio de días de hospitalización se encuentra en 12.32 días, tomando en consideración que estos datos son de un hospital de segundo nivel y el universo son los adultos mayores ingresados, con una máxima de 66 días de hospitalización y una mínima de 1 día.

**Cuadro 17.** La estadía hospitalaria en pacientes adultos mayores ingresados al Servicio De Medicina Interna en el Hospital General “Dr. Enrique Garcés” de la ciudad de Quito, durante el periodo de enero a junio de 2018.

		<b>DÍAS DE ESTADÍA</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	5	1,7	1,7	1,7
	2	6	2,1	2,1	3,8
	3	15	5,2	5,2	9,0
	4	14	4,8	4,8	13,8
	5	13	4,5	4,5	18,3
	6	15	5,2	5,2	23,4
	7	15	5,2	5,2	28,6
	8	26	9,0	9,0	37,6
	9	23	7,9	7,9	45,5
	10	23	7,9	7,9	53,4
	11	20	6,9	6,9	60,3
	12	12	4,1	4,1	64,5
	13	11	3,8	3,8	68,3
	14	14	4,8	4,8	73,1
	15	9	3,1	3,1	76,2
	16	13	4,5	4,5	80,7
	17	3	1,0	1,0	81,7
	18	6	2,1	2,1	83,8
	19	4	1,4	1,4	85,2
	20	4	1,4	1,4	86,6
	21	2	,7	,7	87,2
	22	7	2,4	2,4	89,7
	23	4	1,4	1,4	91,0
	24	3	1,0	1,0	92,1
	25	3	1,0	1,0	93,1
	27	2	,7	,7	93,8
	29	1	,3	,3	94,1
	30	1	,3	,3	94,5
	31	1	,3	,3	94,8
	32	1	,3	,3	95,2
	33	2	,7	,7	95,9
	35	1	,3	,3	96,2
	36	2	,7	,7	96,9
	37	1	,3	,3	97,2
	40	2	,7	,7	97,9

41	2	,7	,7	98,6
43	1	,3	,3	99,0
48	1	,3	,3	99,3
50	1	,3	,3	99,7
66	1	,3	,3	100,0
Total	290	100,0	100,0	

Estadísticos		
DÍAS DE ESTADÍA		
N	Válido	290
	Perdidos	0
Media		12,32
Mediana		10,00
Moda		8
Desv. Desviación		9,082
Varianza		82,476
Mínimo		1
Máximo		66

**Fuente:** Departamento De Estadística Del Hospital General “Dr. Enrique Garcés”.  
**Elaborado Por:** Trudy Idrovo, (2018)

## CAPÍTULO V

### 5.1 DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación se buscaba obtener información respecto a los adultos mayores ingresados a servicio de medicina interna del Hospital General Dr. Enrique Garcés de la ciudad de Quito encontró un total de ingresos de 793 pacientes dentro del periodo de enero a junio del 2018 de los cuales tomando a nuestro universo constituido por los adultos mayores fueron 290 pacientes, relacionando respecto al ingreso general constituyeron un 36.7% de la población.

En cuanto a la población adulta mayor la distribución según género se encontró que el grupo predominante de pacientes correspondieron al sexo femenino, de los cuales el 35,9% (n=104) fueron varones y 64,1% (n=186) fueron mujeres. Comparando este resultado con el boletín epidemiológico INEC del de género femenino: 50.3% y masculino: 49.3%. (INEC INSTITUTO ECUATORIANO DE ESTADISTICAS Y CENSOS, 2006) Se encuentra una disminución en el porcentaje de ingreso dentro del género masculino.

Respecto a la edad promedio de pacientes hospitalizados encontramos en Cuba en la ciudad de la Habana en el estudio del comportamiento de las enfermedades crónicas en adultos mayores que, la edad media de la población estudiada fue de 74 años (Llibre Guerra, 2011) en Andalucía en el estudio de Morbilidad Hospitalaria nos arroja mismos resultados; y por en un estudio de Fragilidad en hospitalización en el que participaron 99 adultos mayores con promedio de edad de 74,5±6,8 años. (Ramos, 2013).

En nuestro trabajo no se encontró diferencias siendo la edad promedio 74 años con una máxima de 97 años.

La morbilidad más frecuente fue Neumonía representando el 22.8%, Infecciones de vías urinarias 12.1%, enfermedad cerebro vascular 7.59%, enfermedades pulmonares exacerbadas 5.17%, neoplasias 5.86%, Desequilibrio hidroelectrolítico 4.48%, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica exacerbada 4.14%, Insuficiencia Cardíaca 4.14%, Celulitis 4.11%, Encefalopatía Hepática 3.45%. Sepsis 3.1%, Insuficiencia renal

aguda 3.1%, Diabetes Mellitus descompensada 3.1%, Sangrado Digestivo 2.41%, Anemia 2.07%, Infarto Agudo de Miocardio 2.07%, Trombosis venosa profunda 2.07%, Pancreatitis 1.72%, Arritmias 1.72%, Absceso Hepático 1.38%, Cirrosis 1.03%, Tuberculosis, Sífilis, Tromboembolia pulmonar, Epilepsia, conjuntivitis, artritis, gastroenteritis 0.34%.

De acuerdo a la distribución de morbilidad por género femenino se encontró : Neumonía con n:45, Infección de vías urinarias n:23, Enfermedades cerebros vasculares n:16, Neoplasias n:13, Enfermedades pulmonares intersticiales complicadas n:11, Celulitis n:9, insuficiencia Cardíaca: n:9, Insuficiencia renal aguda n:7, Diabetes mellitus descompensada n:6, Encefalopatía hepática n:5, Trombosis venosa profunda, y tromboembolia pulmonar n:4. El género masculino fue menos prevalente a excepción de Sangrado digestivo con n , Sepsis n:4, Enfermedad pulmonar exacerbada y desequilibrio hidroelectrolítico.

Comparándolo con los estudios previos en Ecuador en el año 2006 se presenta la Neumonía como primera causa de ingreso hospitalario seguida de Hipertrofia Prostática benigna, Colelitiasis, hipertensión arterial, Insuficiencia cardíaca y diabetes mellitus. La distribución por género femenino se cuenta a la Neumonía, Colelitiasis y a la Diabetes Mellitus como frecuentes, la Hipertrofia prostática es prevalente e indiscutible para el género masculino (INEC, 2016).

En España, Andalucía con una población de 308.052 pacientes las 5 causas frecuentes de ingreso están constituidos por la insuficiencia cardíaca (13.344 ingresos), reagudizaciones de bronquitis crónica (11.283), fracturas de cuello de fémur (10.708), intervenciones de cataratas (9.898) e infarto agudo de miocardio (8.785). (C.GARCIAORTEGA, 2005)

Parte de las diferencias en cuanto a los hallazgos de acuerdo a la demografía de género se debe explicado ya anteriormente a que las mujeres no poseen seguro social, poseen trabajos informales, y al no entrar dentro de la cobertura de las parejas son mas afluentes a servicios públicos disponibles.

En el estudio actual en cuanto a la mortalidad respecto a el universo de nuestro estudio el mismo que fue conformado por 290 pacientes, se encontraron 27

fallecimientos durante la hospitalización 9.31%, de las causas de fallecimiento se tomó lo referente al modelo del certificado de defunción del INEC, siendo la más frecuente la: Insuficiencia Respiratoria con n:12 equivalente al 44.44%, de los cuales el género femenino llega a n:7 y masculino n:5. Sepsis n:5, equivalente al 18.52%, sexo femenino n:3 masculino:2, la tercera causa de muerte se encuentra entre el shock y la insuficiencia cardiaca n:3, la cuarta causa de muerte igualmente se encuentra compartida entre las arritmias e insuficiencia renal predominante en varones con un porcentaje 7.40%. similares respecto a los encontrados en Palencia España en el 2015 donde la insuficiencia respiratoria es la primera causa de mortalidad con 42.3%, Sepsis 16%, Insuficiencia Cardiaca 9.7%.

En Cuba en el año 2017 en un estudio 2013 al 2015 en un universo de 797 se encontró predominio masculino 54.5% con 434 pacientes, femenino un total 45.5% con 363 pacientes. El mayor número de defunciones ocurrieron por enfermedades del sistema respiratorio las cuales ocuparon un predominio marcado al ocupar más del 50% del total de todas las defunciones. El segundo y tercer lugar lo ocuparon las muertes por enfermedades del sistema circulatorio (19.1%) y tumores (15.7%), estando, de igual manera, con un predominio sobre las demás afecciones (Morera Álvarez, 2017). Teniendo respuestas similares en cuanto al índice de mortalidad.

El promedio de días de hospitalización se encuentra en 12.32 días, tomando en consideración que estos datos son de un hospital de segundo nivel y el universo son los adultos mayores ingresados, con una máxima de 50 días de hospitalización y una mínima de 1 día.

En cuanto a las comorbilidades se ha visto que aparecen entre los 60 a los 89 años y las más frecuentes son HTA, diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca, cirrosis, de predominio en el género femenino.

Y por último según los registros se encuentra que al aumentar el tiempo de estadía aumenta la mortalidad y complicaciones en la hospitalización en un 32 %

## CAPÍTULO VI

### 6.1 CONCLUSIONES

- En el servicio de medicina interna del Hospital General Dr. Enrique Garcés hubo 290 ingresos de pacientes adultos mayores.
- El género más afectado fue el femenino con un total de (N:186) que corresponden al 64.1%, el género masculino llegó a (N:109) un 35.9%.
- Respecto a la edad la media se encontró en 79 años, con un porcentaje 6.2%, con valores mínima de 65 años y la edad máxima fue de 97 años.
- La causa de ingreso más frecuente encontramos Neumonía (N:66) representan el 22.8%, Infecciones de vías urinarias(N:35) 12.1%, enfermedad cerebro vascular (N:22) 7.59%, enfermedades pulmonares exacerbadas(N:15) 5.17%, neoplasias (N:17) 5.86%, Desequilibrio hidroelectrolítico (N: 13) 4.48%, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica exacerbada (N:12) 4.14%, Insuficiencia Cardíaca (N:12) 4.14%, Celulitis (N:11) 4.11%, Encefalopatía Hepática (N:10) 3.45%. Sepsis (N:9) 3.1%, Insuficiencia renal aguda (N:9) 3.1%, Diabetes Mellitus descompensada (N:9) 3.1%, Sangrado Digestivo (N:7) 2.41%, Anemia (N:6) 2.07%, Infarto Agudo de Miocardio (N:6) 2.07%, Trombosis venosa profunda (N:6) 2.07%, Pancreatitis (N:5) 1.72%, Arritmias (N:5) 1.72%, Absceso Hepático (N:4) 1.38%, Cirrosis (N:3) 1.03%, Tuberculosis, Sífilis, Tromboembolia pulmonar, Epilepsia, conjuntivitis, artritis, gastroenteritis, (N:1) 0.34%.
- En cuanto al género femenino la neumonía con n:45, Infección de vías urinarias n:23, Enfermedades cerebros vasculares n:16, Neoplasias n:13, Enfermedades pulmonares intersticiales complicadas n:11, Celulitis n:9, insuficiencia Cardíaca: n:9, Insuficiencia renal aguda n:7, Diabetes mellitus descompensada n:6, encefalopatía hepática n:5, Trombosis venosa profunda, y tromboembolia pulmonar n:4. El género masculino fue menos prevalente a excepción de Sangrado digestivo con n: Sepsis n:4, Enfermedad pulmonar exacerbada y desequilibrio hidroelectrolítico.

- Del universo de nuestro estudio el mismo que fue conformado por 290 pacientes, se encontraron 27 fallecimientos durante la hospitalización 9.31%.
- De las causas de fallecimiento se tomó lo referente al modelo del certificado de defunción del INEC, siendo la más frecuente la: Insuficiencia Respiratoria con n:12 equivalente al 44.44%, de los cuales el género femenino llega a n:7 y masculino n:5. Sepsis n:5, equivalente al 18.52%, sexo femenino n:3 masculino:2, la tercera causa de muerte se encuentra entre el shock y la insuficiencia cardiaca n: 3, la cuarta causa de muerte igualmente se encuentra compartida entre las arritmias e insuficiencia renal predominante en varones con un porcentaje 7.40%.
- El promedio de días de hospitalización se encuentra en 12.32 días, tomando en consideración que estos datos son de un hospital de segundo nivel y el universo son los adultos mayores ingresados, con una máxima de 66 días de hospitalización y una mínima de 1 día.
- Habiendo tenido un análisis de 290 historias clínicas nos encontramos con 717 enfermedades, claro considerando la coexistencia de una enfermedad como mínima y seis como máxima por paciente. Con un promedio de 2.47 comorbilidades por paciente.
- Las diez comorbilidades más frecuentes fueron: Hipertensión Arterial n:163, Insuficiencia cardiaca n:91, Diabetes mellitus n:80, Insuficiencia renal crónica n:76, Hipotiroidismo n:53, EPOC: n:50, Enfermedades Pulmonares intersticiales n:43, Arritmias n:32, Cirrosis n:24, Hipertrofia prostática n:18.

## 6.2 RECOMENDACIONES

- Fortalecer la gestión del Sistema Nacional de Salud en procesos de información e investigación que permitan el análisis desagregado de la población adulta mayor.
- Promover el desarrollo de investigaciones sobre la atención integral de salud, cuya evidencia aporte a garantizar la salud integral del adulto mayor.
- Desarrollar variaciones que se adecuen a la capacidad resolutive de la institución prestando al paciente de un servicio de imagen disponible que no retrase procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Renovar las evaluaciones en el servicio de emergencia en cuanto al ingreso de pacientes al Servicio de Medicina Interna para los que ameriten el manejo correspondiente para un Segundo nivel de atención, ya que las transferencias a niveles superiores son prorrogadas por departamentos administrativos.
- Se debería mantener al departamento de trabajo social constantemente informado y encontrar soluciones menos burocráticas para el manejo de pacientes complejos o que deberían ser manejados por especialidades correspondientes a un tercer nivel para disminuir así la estadía hospitalaria
- Se debería incitar a la población en general junto con las personas responsables de los centros de salud de la vacunación en adultos mayores ya que las causas más elevadas de morbilidad y mortalidad están ligadas al aparato respiratorio.
- Se debería implementar un espacio para tratar enfermos respiratorios con flujo de aire adecuado y áreas de aislamiento para pacientes complejos, para así evitar complicaciones en el anejo de los mismos.

- Se debería dar un adecuado mantenimiento y remodelación en los servicios higiénicos para la población adulta mayor y así evitar complicaciones como caídas.
- Compromiso de las autoridades pertinentes la creación del Hospital del Adulto mayor el mismo que sería prioritario ya que nuestros pacientes necesitan medidas específicas para el cuidado y manejo y así garantizando una calidad de vida adecuada.
- Revisión, creación, implementación, seguimiento y evaluación del marco normativo en el ámbito de la salud referente a la población adulta mayor.
- Garantizar el cumplimiento de las prestaciones de promoción de la salud y la participación ciudadana de la población adulta mayor con enfoque de derechos, género.
- Revisión de los parámetros de eficiencia (tiempo de atención, instrumentos de evaluación, personalización de la atención, procedimientos generales, calidez y simplificación de procesos administrativos) que se miden para las consultas con la población adulta mayor
- Fortalecimiento de las redes para atención integral en salud del adulto mayor
- Analizar y generar respuesta en la atención integral de salud de manera especializada y prioritaria, prestando especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.
- Identificar factores de riesgo que indiquen un potencial abuso o maltrato al adulto mayor y generar acciones de atención temprana.
- Ampliación de la cartera de servicios de rehabilitación en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Najera, A. (2016). *El proceso de envejecimiento*. México D.F.: Amperio ediciones.
- Fonseca, D. (2016). *Manejo clínico del adulto mayor*. México D.F.: Queen ediciones.
- Baldeón, F. (2014). *Estratificación de poblaciones*. México D.F.: Palermo ediciones.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Manejo hospitalario del adulto mayor*. Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud publicaciones.
- Villa, A., & Morientes, E. (2016). *La morbilidad en adultos mayores*. México D.F.: Barrer ediciones.
- Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento en el Ecuador. (2015). *Indicadores de Salud Bienestar y Envejecimiento en el Ecuador*. Quito - Ecuador: Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento en el Ecuador.
- CEPAL-CELADE. (2007). *Estudio sobre la protección social de la tercera edad e el Ecuador*. Quito: Imagine Comunicacion.
- Vasant Hirani, V. N. (2014). Multiple, but not traditional risk factors predict mortality in older people: the concord health and ageing in men project. *Age*.
- Jiménez, A. (2008). Extensión de la protección social en salud a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad (adulto mayor y dependencia). *Sector Salud , Eurosocial , Inst de recherche pour le développement*.
- Lugmaña. (2014). Anuario de Estadísticas Hospitales Camas y Egresos 2014. *Instituto Nacional de Estadística y Censos - INEC*.
- INEC. (2016). *Indicadores sociales*. Quito - Ecuador: INEC publicaciones.
- TELLO-RODRIGUEZ. (2011). Estancia hospitalaria y mortalidad en adultos mayores hospitalizados en un hospital general de Lima Metropolitana, 1997-2008. *Rev Med Hered*.
- CONGRESO NACIONAL ECUADOR. (2006). LEY DEL ANCIANO. 14. Quito, Pichincha, Ecuador.

- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD OMS. (2015). Active Ageing a politic framework. *Psicologia*, 22, 22-18.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD OMS. (2015). Informe sobre la salud en el mundo. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9).
- SALUD, O. P. (JUNIO 2015). *GLOSARIO DE INDICADORES BASICOS DE LA OPS, UNIDAD DE INFORMACION Y ANALISIS DE LA SALUD*. Washington DC, Junio 2015.
- Montenegro, E. P., & Melgar Cuellar , F. E. (2012). *GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA para el médico internista*. Bolivia: La Hoguera.
- WHO. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. (Vol. 5).
- PARDO, G. B. (2016). INFLUENCIA DE LA DURACION DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA SOBRE LA MORTALIDAD TRAS EL ALTA EN PACIENTES CON PATOLOGIA MEDICA AGUDA. *GACETA SANITARIA*, 30(5), 375-378.
- Fierro, S. y. (2015). Deterioro funcional del adulto mayor relacoado con la hospitalizacion. *Tendencias en medicina*(46), 17-18.
- O, R., E, G., & O, V. (2011). EVALUACION DE LA COMORBILIDAD EN EL ADULTO MAYOR . *REVISTA MEXICANA INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL*(49), 153-162.
- C.GARCIAORTEGA, J. B. (2005). MORBILIDAD HOSPITALARIA AGIDA EN PERSONAS MAYORES ANDALUCIA. *ANALES DE MEDICINA INTERNA*.
- Rojas, D. (2010). Morbilidad y mortalidad en el servicio de medicina interna de un hospital general en peru. *Revista Peruana de Epidemiologia*, 99-107.
- LAPORTE, A. (2012). La valoración de la multimorbilidad en personas de edad avanzada. Un área importante de la valoración geriátrica integral. *Rev. Española Geriatria y Gerontología*, 47, 47-49.

CONTRERAS-ACEVEDO. (2016). COMORBIDITY OF THE PATIENT HOSPITALIZED IN GERIATRIC'S SERVICE AT SAN CARLOS HOSPITAL FOUNDATION. *ACTUALIDAD Y DIVULGACION CIENTIFICA*, 19, 267-272.

INEC INSTITUTO ECUATORIANO DE ESTADISTICAS Y CENSOS. (JULIO de 2006). *PERFIL EPIDEMIOLOGICO EN EL ADULTO MAYOR ECUATORIANO*. QUITO.

Llibre Guerra, J. C. (Junio de 2011). COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS MAYORES. *Med Int Mex*, 11.

Ramos, D. B. (2013). Prevalencia de síndrome de fragilidad en los adultos mayores de una institución hospitalaria. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21.

Morera Álvarez, O. M. (2017). Mortalidad hospitalaria en las salas de medicina interna del Hospital Provincial de Cienfuegos 2013-2015. *16 de Abril*, 56.

Bazzano, J M C. (2012). *Geriatría y gerontología para el médico internista*. (F. M. Eduardo Penny Montenegro, Ed.) Bolivia: La Hoguera.

Ministerio de Salud Publica . (2018). *Política Nacional para el Fomento de la Salud Integral de las Personas Adultas Mayores para el Envejecimiento Digno* . Quito, Pichincha, Ecuador.

CEPAL. (2017). *Panorama Social de América Latina*. SANTIAGO.

ORGANIZACION MUNDIAL PARA LA SALUD. (2015). *INFORME MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO EN LA SALUD*. GINEBRA.

ONU. (2015). *Declaracion universal de ls Derechos Humanos* . Ginebra.

Asamblea General . (1991). *Conferencia internacional sobre el Envejecimiento para revisar lan de accion* .

Asamblea Nacional de las Naciones Unidas. (2002). Segunda Asamblea sobre el Envejecimiento. *Revista internacional de la Cruz Roja* .

Consejo Nacional de la Niñez y adolescencia. (2013). *Agenda nacional para la igualdad Intergeneracional*.

- Asamblea Constituyente. (2008). *Constitucion de la Republica del Ecuador Reg Oficial 2008*. Quito.
- Ministerio de Salud Publica. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 "Toda una Vida"*.
- MSP. (2018). *MSP. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)*.
- MSP. (2010). *GUIAS CLINICAS GERONTO GERIATRICAS DE ATENCIOON PRIMARIA EN SALUD PARA EL ADULTO MAYOR. QUITO*.
- IESS. (2010). *LEY DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ECUADOR*.
- Zapata R., J. (1989). Morbilidad y mortalidad en el Hospital San Juan de Dios, Bogota, enero-junio 1987. *Colombia Med*.
- Hoyo, S. d. (2015). CAUSAS DE MUERTE INTRAHOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. *REVISTA CLINICA ESPAÑOLA*.
- Orlando Morera Álvarez<sup>1</sup>, D. M. (ABRIL de 2017). MORTALIDAD HOSPITALARIA EN LAS SALAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL CIENFUEGOS 2013-2015. *REVISTA 16 DE ABRIL*, 56(263), 12-20.

## APÉNDICE

### 6.3 Anexo 1. Formulario de recolección de datos

Pontificia Universidad Católica Del Ecuador

Posgrado De Medicina Interna

#### Formato De Recolección De Datos De Trabajo De Investigación

Servicio De Medicina Interna			
N Historia Clínica			
Edad			
Genero	Femenino	Masculino	
Fecha De Ingreso		Duración Estadía	
Fecha De Egreso			
Defunción	Sepsis	Arritmia	TrastornosCoagulación
	Shock	Enfermedad Cerebro Vascular	Otros
	Insuficiencia. Respiratoria	Cáncer	
	Insuficiencia. Cardiaca	Insuficiencia. Renal	

Datos De La Morbilidad			
Patologías Presentadas	Diagnóstico De Ingreso		
Comorbilidades	Hipertensión Arterial		Insuficiencia Renal Crónica
	Diabetes		Insuficiencia Cardiaca
	Hipotiroidismo		Enfermedad Coronaria
	Enfermedad pulmonar obstructiva		Hipertrofia Prostática
	Gastritis		Reumatológicas
	Enfermedades Pulmonares Intersticiales		Neoplasias Cirrosis
Morbilidad	Sepsis		Neumonía
	Neoplasias		Enfermedad cerebro vascular
	Infección Urinaria		Síndrome coronario agudo
	Desequilibrio Electrolítico		Insuficiencia Renal Aguda Crónica
	Enfermedad pulmonar obstructiva Exacerbado		Arritmias
	Enfermedades Pulmonares intersticiales Exacerbadas		Diabetes Mellitus Celulitis
	Cirrosis		Pancreatitis
	Insuficiencia Cardiaca		Encefalopatía Hepática

## 6.4 Anexo 2. Fotos.

**Fotografía 1.**



Hospital General "Dr. Enrique Garcés"

**Fotografía 2.**



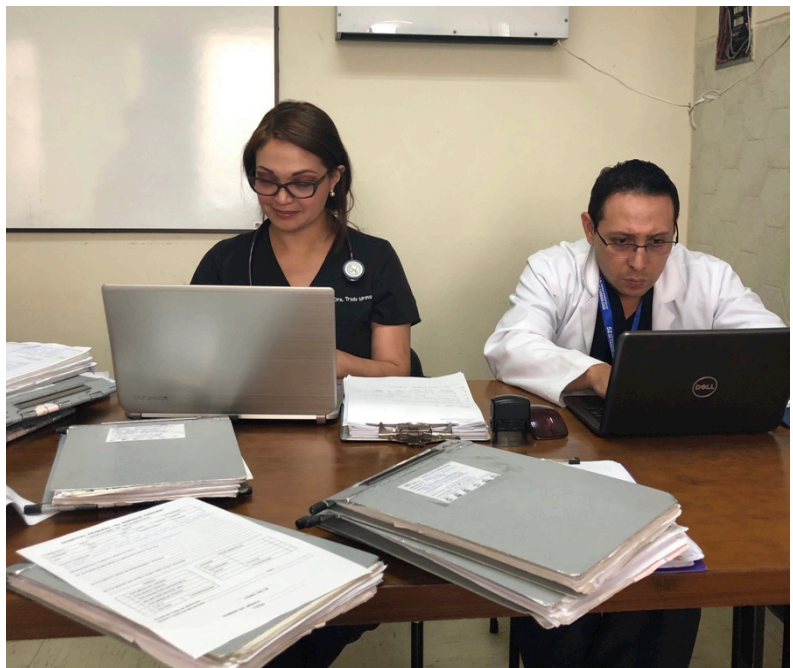
Hospital General "Dr. Enrique Garcés"

**Fotografía 3.**



Hospital General “Dr. Enrique Garcés”

**Fotografía 4.**



Recopilación de Datos de las Historias Clínicas