

11227  
31  
29



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"**  
**I. S. S. S. T. E.**  
**SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**ANALISIS DE LA MORBIMORTALIDAD EN EL  
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL  
C. M. N. "20 DE NOVIEMBRE"**

TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALIDAD EN: MEDICINA INTERNA  
P R E S E N T A :  
DRA. ELIZABETH NOVOA BECERRIL



**ISSSTE**

MEXICO, D.F.

FEBRERO 1999

0280782

TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



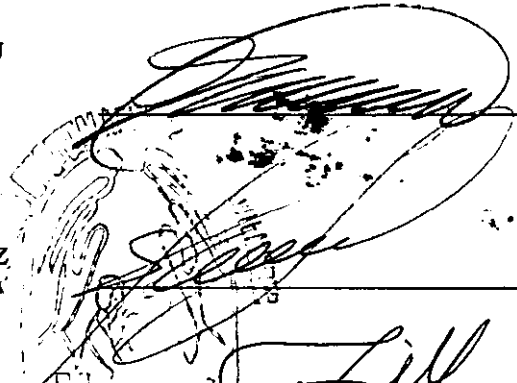
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

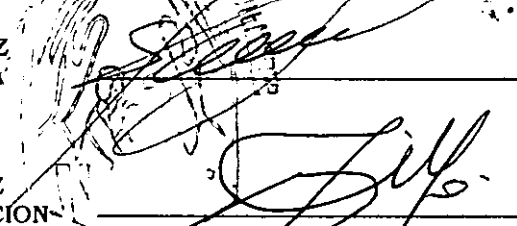
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

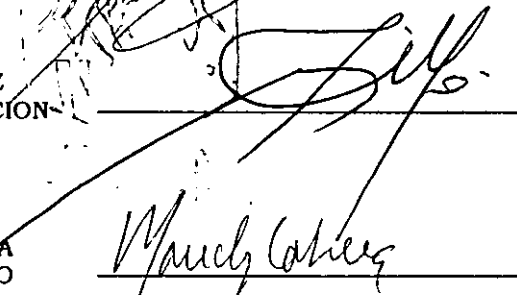
DR. MANUEL GONZALEZ VIVIAN  
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION



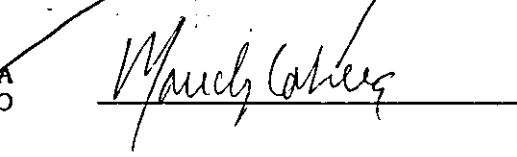
DR. SALVADOR GAVIÑO AMBRIZ  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA



DR. MAURICIO DI SILVIO LOPEZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACION



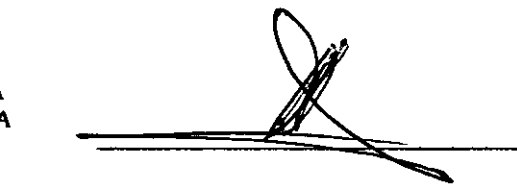
DR. RAFAEL SANCHEZ CABRERA  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO



DR. MARIO G. HERNANDEZ YAÑEZ  
ASESOR DE TESIS



DR. OSCAR LARIOS PALMEROS  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION DE MEDICINA  
INTERNA



I. S. S. S. T. E.  
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
**RECIBIDO**  
FEB. 28 1999  
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA

## **DEDICATORIA**

Honra al médico porque le necesitas: pues el altísimo es el que le ha hecho para tu bien.

La virtud de los medicamentos pertenece al conocimiento de los hombres; y el señor se la ha descubierto, para que le glorifiquen por sus maravillas.

**E. 38**

A mis padres por la confianza y esperanza puesta sobre mí.

Al Dr. Mario G. Hernández Yañez por su confianza y persistencia.

**Analysis of the morbimorbidity in the Internal medicine Service of the Centro Medico Nacional "20 Noviembre", I.S.S.S.T.E., Internal Medicine Service, Centro Medico Nacional "20 de Noviembre", I.S.S.S.T.E., Novoa Elizabeth.**

**OBJECTIVE:** Identify the courses of morbimortality in the hospitalization of the Internal medicine Service. **MATERIAL AND METHODS:** It's reviewed the patient's records of the Internal Medicine department between January 1, 1995 to June 30, 1998, we check with patient chart's for identify the principal diseases and relationed the analysis of the principal cause's of the death and the causes in whom the necropsy was done, we corelateded the anatomopathologic findings with the clinical diagnosis. **RESULTS:** The population was 515 patients: 56% female, the age of 41 – 60 years 36% was the most frequent, the first time in patient was 85%, the cause of discontinue the hospitalization was health improvement, the 64% was sended to the office. The systems more affected was respiratory 26% and cardiovascular 21%. The infection disease 34.8%. The most frequent cause of death was respiratory infection. Of the 76 deaths only 22 (29%) had necropsy, in the 60% was concordance with the curre diagnosis. **CONCLUSION:** Its necessary continues with the measurement prevention to address of the diseases chronic and degenerative that to go increase.

**Análisis de la Morbimortalidad en el Servicio de Medicina Interna En El CMN "20 de NOVIEMBRE", Servicio de Medicina Interna, C.M.N. "20 de Noviembre", Elizabeth Novoa Becerril.**

**OBJETIVO:** Identificar las causas de morbimortalidad en El Servicio de hospitalización de Medicina Interna Del CMN "20 de Noviembre". **MATERIAL Y METODO:** Se revisaron los registros del Servicio de Medicina Interna a partir del 1 ro de Enero de 1995 al 30 de Junio de 1998, se cotejaron estos con los datos del archivo clinico, se identificaron las enfermedades principales y concomitantes, el análisis de las principales causas de defunción y en los casos donde se realizó el estudio de necropsia se compararon los hallazgos anatomopatológicos, con los diagnósticos clínicos de egreso. **RESULTADOS:** Se reunieron 515 pacientes, el 56% fue del sexo femenino, el grupo de edad con más frecuencia fue el de 41 a 60 años con 36%, los ingresos por primera vez abarcaron el 85%, el motivo de egreso en el 67% fue por mejoría, el destino de los pacientes en 64% fue a la consulta externa. Los aparatos y sistemas más afectados fueron el respiratorio con un 26% y el cardiovascular con 21%. Las enfermedades de tipo infeccioso ocuparon el 34.8% y los procesos infecciosos más frecuentes fueron los de las vías respiratorias al igual como causa de muerte. De las 76 defunciones en total solo se realizaron 22 (29%) estudios de necropsia y los resultados obtenidos en el 60% de estos coincidieron con los diagnósticos clínicos. **CONCLUSIONES:** Es necesario el esfuerzo continuo institucional para establecer medidas preventivas dirigidas a las enfermedades crónico-degenerativas que van en aumento.

## INDICE

### PAGINAS

RESUMEN	i
INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	5
OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
DEFINICION DEL UNIVERSO	6
CRITERIOS DE INCLUSION	8
RESULTADOS	9
DISCUSION	11
CONCLUSIONES	12
CUADROS Y GRAFICAS	15
BIBLIOGRAFIA	26

## **ANALISIS DE LA MORBIMORTALIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE"**

### **INTRODUCCION:**

El conocimiento preciso de las causas de morbilidad y mortalidad en Medicina Interna establece posibilidades de comparación en el I.S.S.T.E, el País y en el ámbito internacional, permitiendo estructurar los recursos para la atención, enseñanza e investigación.

Uno de los principales objetivos de casi todos los que practican la medicina sigue siendo tratar de hacer lo mejor que está en sus manos por el paciente individual. Pero en las últimas décadas ha surgido otra inquietud: la forma en que cada médico puede ejercer el mayor efecto sobre la salud comunitaria. Esta última inquietud refuerza el punto de vista de que es necesario no solo el contacto individual entre el médico y el paciente sino además su esfuerzo debe fomentar la salud y prevenir las enfermedades (4,8,2).

Ante el ritmo creciente de la población mundial, los recursos destinados al renglón salud han tenido necesariamente que efficientarse sobre todo en los países llamados en vías de desarrollo donde se concentra el mayor número de habitantes (4,5,2).

El cambio de patrón de salud, enfermedad y muerte de una población está estrechamente relacionado con la transformación demográfica, económica, social y cultural que caracteriza al desarrollo de la sociedad. "La transición epidemiológica", como se ha denominado a este proceso es de naturaleza multifactorial y en ella también se refleja los avances de la ciencia y tecnología (7).

Al igual que en el resto del mundo, en México se experimenta un proceso de envejecimiento demográfico caracterizado por el aumento de números absolutos y porcentuales de la población en edades avanzadas. El envejecimiento de la población viene de la acción combinada de dos connotadas transiciones con fuerte relación entre sí, una es la transición demográfica y otra es la transición epidemiológica. La transición demográfica se refiere a los cambios en las estructuras de la población, producto principalmente de las bajas en la fecundidad

y la mortalidad. La transición epidemiológica se refiere al cambio hacia menores incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento en las incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades crónico-degenerativas e incapacitantes (1,6).

El mayor resultado de los programas de salud pública y las acciones preventivas han sido el rescate de la niñez y la juventud respecto de las enfermedades infecciosas. Las muertes evitadas por esas causas son explicación principal de las cada vez mayores probabilidades de alcanzar edades adultas y la vejez. Los datos disponibles dan evidencia del desplazamiento en las causas de la mortalidad y de los cambios en la morbilidad. Se observa así que ha decrecido la presencia y letalidad de las enfermedades infecciosas y parasitarias, más propias de la infancia y la juventud y que cobran mayor importancia las enfermedades crónicas y degenerativas, junto con los accidentes.

La última manifestación de los estados de salud es la mortalidad, y muchos de los estudios se han basado en el análisis de ésta y sus características, aunque debemos admitir que este enfoque ha sido mayormente obligado ante la falta de información sobre la morbilidad dado que no se le da el peso necesario al momento de registrar la información para la elaboración de estudios epidemiológicos. Además se debe tomar consciencia en ello, ya que la morbilidad es un dato que proporciona información sobre el estado de salud de la población que puede modificarse en forma oportuna y dar la opción al diseño de planes de atención a la salud más apropiados.

La relación entre la transición demográfica y epidemiológica es tan directa que, cuando se las ve superficialmente, ambas aparecen a la vez como causa y consecuencia la una de la otra. Lo apropiado es considerarlas simultáneamente y concomitantemente con el proceso de desarrollo. De esta manera ambas transiciones tienen diversos estados y manifestaciones de acuerdo con la heterogeneidad socioeconómica que caracteriza a México, cuestión ya tan observada que se encuentra explícita e implícita en cualquier análisis regional, ya sea de salud o de cualquier otro tipo.

Las condiciones socioeconómicas vividas en el país han acarreado una serie de problemas de salud pública que han impuesto una lógica todavía dominante en la que los diseños y la operación de la atención a la salud se ha orientado hacia la prevención de las enfermedades infecciosas y las condiciones agudas. Ante la inminente transición hacia el envejecimiento hace falta adaptar el sistema de salud y el modelo de atención hospitalaria a la creciente incidencia de las enfermedades crónicas y sus particularidades de prevención. En lugar de condiciones mórbidas



curables en el corto plazo se tratará de terapias y seguimiento a largo plazo **(3)**.

El envejecimiento es un proceso biológico que conduce a la limitación de la capacidad adaptativa del individuo y por lo tanto, a una mayor probabilidad de fallecimiento. Las etapas del envejecimiento son dos: los sujetos entre 60 y 74 años que se denominan seniles y los mayores de 75 años que son considerados ancianos, grupo dentro del cual se incluyen a los longevos, aquellos individuos que tienen 90 años o más.

Si bien el destino del hombre es envejecer no todos envejecen de la misma manera. Existen enfermedades relacionadas con la edad que se pueden definir como aquellas que elevan su frecuencia a partir de su inicio en algún momento. Establecer la frecuencia de las enfermedades en sujetos seniles es fundamental para planear su prevención e intentar el descenso del número y gravedad de los enfermos **(1)**.

Así, mientras la población general crece a un ritmo de 1.75 anual, los individuos de 60 años y más experimentan un aumento de 2.5%. En un inicio este proceso era característico de países industrializados, pero en la actualidad los incrementos en la proporción de adultos mayores -respecto al total de la población- tienden a ser más evidente en las llamadas naciones periféricas. Esto último puede atribuirse no solo a una mayor esperanza de vida, sino a los descensos observados en la fecundidad. El envejecimiento de los mexicanos es de especial importancia para la investigación en salud pública ya que, conforme este grupo aumente, los problemas de salud-enfermedad irán transformando y haciendo más complejo el perfil epidemiológico. Hoy en día las condiciones de salud de este sector de la población ya plantean un complicado esquema que no solo se compone de enfermedad y muerte, sino de discapacidad y limitación de actividades de la vida diaria. Esto es resultado directo de la combinación de causas transmisibles, por un lado, así como de trastornos de tipo crónico-degenerativo y lesiones accidentales, por el otro **(6)**.

La estadística de los egresos hospitalarios se integra por los principales datos que se recogen a través de las hojas de egreso que son registrados por los médicos al final de un episodio de hospitalización en las unidades del sistema y son sometidos a un proceso de revisión, crítica, codificación, captura y procesamiento a fin de obtener información útil para la evaluación de la demanda de atención, el comportamiento epidemiológico y los resultados de la atención y sobretodo para apoyar la planeación y toma de decisiones en los diferentes niveles operativos.

La estadística de egresos hospitalarios tiene dos componentes fundamentales. La morbilidad que comprende a la totalidad de los casos atendidos en los hospitales en el periodo analizado y la Mortalidad que constituye un subconjunto de la primera ya que se caracteriza por contener solamente aquellos casos en que el motivo del egreso fue por defunción.

El análisis de la atención hospitalaria consta de variables que se pueden analizar. De estas destacan: la afección principal o motivo de atención hospitalaria y la causa básica de defunción, cuando así ocurre, de acuerdo con la edad, sexo y días de estancia, englobados en la lista básica de Clasificación Internacional de Enfermedades, lista abreviada por capítulos y una selección de las principales causas de egreso y defunción (2).

## **MARCO TEORICO:**

¿Cuál es la morbimortalidad en el servicio de hospitalización de Medicina Interna del C.M.N. 20 de Noviembre desde Enero de 1995 hasta junio de 1998?

El conocimiento de las patologías más frecuentes en el servicio es de gran importancia en la toma de decisiones para planear, organizar y dirigir los servicios de atención médica, requiriendo de información propia y fidedigna para mejorar la calidad de la atención al derechohabiente, favoreciendo con ello la capacitación y actualización del personal médico, permitiendo la revaloración de los medios materiales y equipo de diagnóstico, además de la búsqueda de nuevas alternativas para el diagnóstico apropiado y la optimización de las ya existentes. La evaluación de las defunciones y sus autopsias permite analizar la certeza y fallas en el diagnóstico y manejo de los pacientes.

## **HIPOTESIS:**

La identificación de la causa precisa de enfermedad y fallecimiento de los pacientes en el servicio de hospitalización de Medicina Interna incrementará la calidad de atención otorgada al mejorar la capacidad del personal y la dotación de los recursos necesarios.

## **OBJETIVO GENERAL:**

Identificar las causas de morbilidad en el servicio de hospitalización de Medicina Interna del C.M.N. 20 de Noviembre.

Identificar las causas de mortalidad en el servicio de hospitalización de Medicina Interna del C.M.N. 20 de Noviembre.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

Determinar las patologías que originaron su ingreso al servicio así como patologías agregadas y su distribución por mes, año, edad, sexo y destino final a su egreso.

Identificar las principales causas de mortalidad en el servicio y correlacionar los diagnósticos de ingreso con los hallazgos de las necropsias.

## **MATERIAL Y METODO:**

Se llevó a cabo la revisión de los registros propios del servicio a partir del 1 ro. De Enero de 1995 hasta el 30 de Junio de 1998 y se cotejaron estos con los datos del archivo clínico, determinando las enfermedades principales y concomitantes.

Se realizó el análisis de las principales causas de defunción y en aquellos casos en los que se realizó el estudio de necropsia se llevo a cabo la correlación de los hallazgos anatomopatológicos con los diagnósticos clínicos del egreso.

Se elaboraron hojas de recolección y concentración de datos y la información obtenida se organizó en cuadros, tablas y figuras para analizar la frecuencia de presentación de los padecimientos por sexo, edad, aparatos y sistemas, mes, año para precisar el diagnóstico que motivo su ingreso (en el lapso de estudio el Servicio de Medicina Interna contaba con los siguientes recursos: Ocho camas de hospitalización, un consultorio en la torre de la Consulta Externa Del C.M.N. 20 de Noviembre, Un Jefe de servicio, Seis Médicos especialistas adscritos, 10 médicos residentes en promedio, Nueve Enfermeras en promedio y de las instalaciones del C.M.N. 20 de Noviembre con niveles variables de funcionamiento).

#### **DEFINICION DEL UNIVERSO:**

Pacientes que ingresaron al Servicio de hospitalización en Medicina Interna del C.M.N. 20 de Noviembre a partir del 1ro de Enero de 1995 al 30 de Junio de 1998.

#### **TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Se incluyo al 100% de la población de pacientes que se hospitalizaron en el servicio de hospitalización de Medicina Interna del C.M.N. 20 de Noviembre a partir del 1 ro. De Enero de 1995 hasta el 30 de Junio de 1998.

#### **DEFINICION DE LOS SUJETOS DE OBSERVACIÓN:**

Expedientes clínicos que contengan la nota de ingreso, nota de revisión, nota de egreso, resultados de estudios de necropsia de los pacientes que ingresaron al servicio de hospitalización de Medicina Interna del C.M.N. 20 de Noviembre del 1 ro de Enero de 1995 al 30 de Junio de 1998.

#### **DEFINICION DEL GRUPO CONTROL:**

No existe grupo control

### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

Expedientes clínicos que contengan la nota de ingreso, nota de revisión, nota de egreso, hoja de resultados del estudio de necropsia de los pacientes que ingresaron al servicio de hospitalización de Medicina Interna del C.M.N. 20 de Noviembre del 1ro. Enero de 1995 al 30 de Junio de 1998.

Carpeta de control de los ingresos y egresos de pacientes al servicio de hospitalización de Medicina Interna del C.M.N. 20 de Noviembre del 1 ro. De Enero de 1995 al 30 de Junio de 1998.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

No contar con las notas de ingreso, revisión, egreso y de resultados del estudio de necropsia en expediente clínico.

### **CRITERIOS DE ELIMINACION:**

Expedientes clínicos extraviados.

## RESULTADOS:

El período de estudio abarcó del 1 ro de Enero de 1995 al 30 de Junio de 1998 y se lograron reunir 515 expedientes que cumplieran con todos los criterios de inclusión. De estos 289 (56%) correspondieron al sexo femenino y 226 (44%) al sexo masculino **Gráfica 1**. El grupo de edad con mayor frecuencia fue el de 41 – 60 años constituido por 185 (36%) en segundo lugar el de 61 – 80 años con 157 (30.5%), tercero de 21 – 40 años con 104 (20%), en cuarto lugar de 81 – 100 años con 54 (10.5%) y en quinto lugar aquellos menores de 20 años con 15 (3%) **Gráfica 2**.

El número de ingresos por primera vez fue de 440 (85%) y los subsecuentes constó de 75 (15%) **Gráfica 3**. En lo que respecta las causas de egreso de 344 (67%) fueron por mejoría, 76 (15%) por defunción, 67 (13%) por transferencia, 10 (2%) traslados, 9 (1.8%) por aplazamiento de estudio, 5 (1%) alta voluntaria y 4 (0.8%) por otras causas **Gráfica 4**.

El destino final de los pacientes a su egreso fue para 329 (64%) a la consulta externa tanto de medicina interna como de otras subespecialidades en el CMN 20 de Noviembre, 76 (15%) por defunción, 67 (13%) transferencias a otros servicio dentro del mismo CMN 20 de Noviembre, 19 (3.7%) continuarón su atención médica através del servicio de extension médica a domicilio, 12 (2%) por otras causas y 12 pacientes (2%) fueron trasladados a su Hospital General Correspondiente **Gráfica 5**.

Los aparatos y sistemas que mas fueron afectados en orden de frecuencia destaca en primer lugar el Respiratorio con 132 casos (26%), Cardiovascular con 106 casos (21%), Digestivo 85 casos (17%), Genitourinario 47 casos (9%), Nervioso 40 casos (8%), Endocrino con 38 casos (7%), Hematológico con 9 casos (2%), Osteomuscular y Dermatológico con 7 casos cada uno (1.4%), Psiquiátrico con 1 caso (0.2%) y 43 casos para el grupo de otros (8%) **Gráfica 6**.

Las causas de enfermedad más frecuentes en el estudio fueron en orden de frecuencia: Infecciosas 179 (34.8%), Vasculares 91 (17.7%), Matabólicas 39 (8%), Neoplasicas 20 (3.9%), Crónico-degenerativas 19 (3.7%), Autoinmunes 9 (2%), Infecciones no específicas 4 (0.8%), Traumatismos 8 (0.4%) y el grupo de Misceláneos incluyó aquellas entidades que no se podían englobar en alguna de las anteriores y constó de 152 (29.5%) **Gráfica 7**.

De un total de 120 casos con procesos infecciosos la frecuencia de distribución de estos es la siguiente: Infección de vías respiratorias 111 (63%), Infección de vías urinarias 29 (16.6%), Infección de partes blandas 5 (2.9%), Hepatitis y absceso hepático 5 (2.9%), Gastroenteritis 3 (1.7%), Tuberculosis 3 (1.7%), Neuroinfección 2 (1.1%), Peritonitis 1 (0.6%) y otros 16 (9.1%) **Gráfica 8.**

La distribución de enfermedades en base a la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 9 a. edición queda representada en primer lugar por las afecciones de índole respiratoria abarcando 133 (25.8%) casos, seguida por las cardiovasculares con 108 (20.9%) casos, Digestivo con 84 (16.3%), Renal con 46 (8.9%), Endocrinos y Metabolismo 42 (8.1%) casos, Misceláneos 38 (7.3%) Neurológicos con 36 (6.9%), Inmunológicos y Reumatológicos con 11(2.1%), Hematológicos con 10 (1.9%), Dermatológicos con 6 (1.2%), Psiquiátrico con 1 (0.2%). Dentro de las respiratorias el mayor número de casos fue por infecciones respiratorias, en las cardiovasculares imperaron las del rubro de otras causas (esta incluyó situaciones con HAS, ICC, trombosis profunda de miembros inferiores, derrame pericárdico, pericarditis, arteritis de Takayasu, TEP,). De las causas con afección a el tubo digestivo con mayor frecuencia fueron neoplasia, hemorragia de tubo digestivo y otras (abarcando desde encefalopatía hepática, Sx. hepatorenal, adenitis mesentérica, absceso perirrectal, absceso intrabdominal etc), de las afecciones a nivel renal la mayor frecuencia de casos quedó representada por los procesos infecciosos de vías urinarias. La patología más frecuente en el caso de afección endocrinológica es el apartado de Diabetes mellitus tipo II. De las causas neurológicas lo más frecuente fueron los Eventos Vasculares Cerebrales **Cuadro 1.**

De las 76 defunciones las cinco primeras causas de éstas en orden de frecuencia fueron procesos infecciosos de vías respiratorias con 14 (18%) casos, Choque séptico con 7 (9%) casos, Infarto agudo al Miocardio con 6 (8%) casos, Insuficiencia Renal Aguda con 4 (5%) casos, Trombosis mesentérica, Choque Hipovolémico y Encefalopatía hepática G IV con 3 (4%) casos cada una **Cuadro 2.**

Los estudios de necropsias que se realizaron en total fueron 22 (29%) y las causas de enfermedad principal son: Carcinoma de pulmón [Carcinoma bronquioalveolar, broncogénico y de Células pequeñas] con 3 (13.6%) casos, Hipertensión arterial sistémica y Diabetes mellitus Tipo 2 con 2 (9%) casos cada una, Adenocarcinoma gástrico difuso, Diverticulitis perforada, Cirrosis hepática micronodular, Endocarditis bacteriana, Leptomeningitis purulenta, Histiocitosis sinusoidal, Secuelas de traumatismos craneo encefálico, tuberculosis



fibrocáseosa, Desnutrición severa GII, Linfoma no Hodking de bajo grado, Broncopneumonia, Aterosclerosis generalizada , Abscesos hepáticos múltiples, Granulomatosis linfomatoide de pulmón, Leucemia mieloide crónica con 1 (4.5%) caso cada uno respectivamente **Cuadro 3.**

## DISCUSION:

La transición epidemiológica comienza a dejar ver su repercusión, como se refleja en este estudio. El grupo etario con mayor número de pacientes fue aquel constituido por 41 a 60 años seguido por el de 61 a 80 años esto nos habla del incremento de la población de la tercera edad que tienen a ser más propensa a padecer enfermedades crónico-degenerativas, pero en el estudio se refleja que aún son frecuentes las causas infecciosas sobre todo las de afección de índole respiratoria seguidas por las cardiovasculares. De las entidades infecciosas aún persisten con elevada frecuencia aquellas que afectan directamente las vías respiratorias y las de vías urinarias lo que nos señala que aún continuamos con una frecuencia elevada de procesos infecciosos a pesar de contar con un tercer nivel de atención, pero también debemos de tomar en cuenta el tipo de población que se maneja en el Servicio de Medicina Interna del Centro Medico Nacional 20 de Noviembre la cual está conformada por aquellos pacientes con múltiples patologías (dato no mostrado ya que el método empleado de investigación se enfocó principalmente a la identificación del padecimiento principal que motivo la hospitalización de los pacientes que fueron incluidos en el estudio).

En el estudio realizado por Soto Arenas se incluyó una población de 467 pacientes, el sexo femenino fue el más afectado, los grupos etarios con mayor número de casos en primer lugar comprendió el de 61 años en adelante con 239 casos y en segundo lugar el grupo de 41 a 60 años con 233 casos; los padecimientos más frecuentes en orden fueron: cardiovasculares, enfermedades pulmonares y nefrológicas. Datos similares a los reportados por los centros de investigación epidemiológica a través de los indicadores de salud que nos centra finalmente en el grupo de individuos en periodo de envejecimiento los cuales tienen mayor predisposición al desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas seguido por los procesos infecciosos (6,7).

El apartado de misceláneos y otros en los concentrados de datos de afecciones por aparatos y sistemas, grupos de enfermedades y de enfermedades infecciosas fue empleado con gran frecuencia para dar lugar a aquellos diagnósticos que no era posible ubicar en algún rubro en especial por la definición de los mismos.

El destino final de los pacientes a su egreso en más del 60% es hacia la consulta externa de Medicina Interna y de las diferentes especialidades del C.M.N. 20 de Noviembre y en un pequeño porcentaje al Servicio de Extensión Médica a Domicilio que es otra forma de atención de salud al derecho habiente que otorga nuestra institución y que debería de ampliarse en lo más posible por que es una forma de seguimiento de la evolución de los pacientes.

El número de estudios de necropsias en relación con el total de las defunciones ocupa el 29% y es el resultado de la poca importancia que se le da a la búsqueda de la causa final que motivó la hospitalización del paciente y la negación a la realización de dicho estudio por los familiares. La confirmación de los diagnóstico clínicos se logró en el 60% de los estudios de necropsia , en el 31% no hubo relación alguna y en el 9% restante el diagnóstico básicamente era sólo através del estudio de necropsia ( como ejemplo: Histiocitosis sinusoidal con linfadenopatía masiva y Granulomatosis linfomatoide).

## **CONCLUSIONES:**

Los efectos de la transición epidemiológica son ostensibles en la población de este estudio.

El conocimiento y comportamiento de la Morbi-mortalidad apoya el establecimiento y vigencia del Servicio de Medicina Interna con extensión en Geriatria dentro del organigrama de estructuración del C.M.N. 20 de Noviembre.

Es necesario un gran esfuerzo continuo institucional para establecer las medidas preventivas apropiadas enfocadas hacia las enfermedades crónico-degenerativas que afectan a la población derecho habiente del ISSSTE.

El número de estudios de necropsia es limitado considerando que el C.M.N. "20 de Noviembre" es un centro de investigación clínica; esto limita la precisión diagnóstica para el análisis de la mortalidad, dejando con poco sustento la toma de decisiones en cuanto a estructuración y organización de los servicios para dar atención médica de mayor calidad.

El empleo del servicio de extensión Hospitalaria en Domicilio puede incrementar la calidad de atención al derechohabiente y la eficacia del servicio de Medicina Interna.

**CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD EN BASE A  
LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES**

<b>ENFERMEDAD</b>	<b>NUMERO</b>
<b>RESPIRATORIA</b>	
Neumopatía Obst.	2
Neumopatía Rest.	1
Infección Respiratoria	111
Neoplasias	3
Otras	18
<b>CARDIOVASCULAR</b>	
Cardiopatía Mixta	10
Cardiopatía Isquémica	16
Cardiopatía hipertensiva	6
Cardiomiopatía	1
Cor Pulmonale	13
Trans. Del Ritmo	6
Tromboflebitis	4
Insuf. Arterial Periférica	1
Otras	51
<b>DIGESTIVO</b>	
GEPI	2
Hepatitis	2
Pancreatitis	2
Absceso Hepático	2
Cirrosis	10
Hepatopatías Diversas	6
Enf. Ac. Péptica	6
Otras Gastritis	3
Enf. Inflamatoria	3
Neoplasias	11
Colecistitis y Litiasis	2
Otros Proc. Infecc.	1
Otros	24
<b>RENALES</b>	
IRA	1
IRC asoc. a DM	6
IRC no asoc. A DM	4
Neoplasias	1
Infecciones	30
Rechazo a Transplante	2
Otras	2
<b>ENDORINO Y METAB.</b>	
DM II	30
Hipotiroidismo	1
Hipertiroidismo	2
Dislipidemias	1
DHE	5
Desnutrición	1
Otras	2

**CUADRO 1**

## CAUSAS CLINICAS DE DEFUNCION

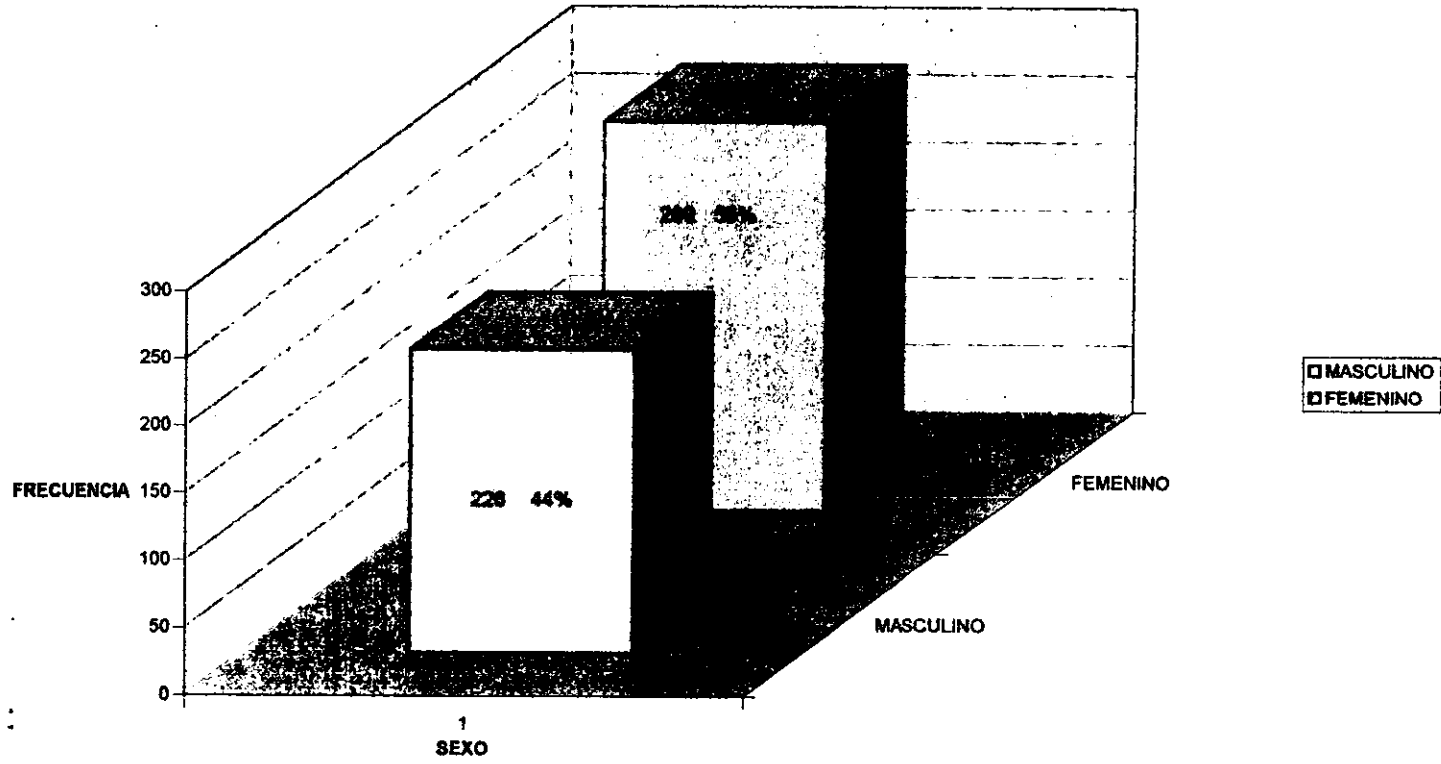
CAUSA CLINICA	NUMERO
IVRB	14
CHOQUE SEPTICO	7
IAM	6
IRA	4
ENCEFALOPATIA HEPATICA GIV	3
TROMBOSIS MESENTERICA	3
CHOQUE HIPOVOLEMICO	2
INSUF. REP. AGUDA	2
BAV COMPLETO	2
ACIDOSIS METABOLICA DESC.	2
ENCEFALOPATIA ANOXOISQUEMICA	2
ICCV	2
TB DISEMINADA	2
HTDA	2
CHOQUE CARDIOGENICO	2
DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESC.	2
SIRPA	1
FALLA VENTRICULAR IZQ.	1
Ca PROSTATA TERMINAL	1
ACIDOSIS RESPIRATORIA REFRAC	1
SIRS	1
NECROLISIS EPIDERMICA TOXICA	1
NEUROINFECCION	1
NEUMOCONIOSIS	1
COR PULMONALE AGUDIZADO	1
EVC	1
TROMBOSIS ILEOFEMORAL IZQ.	1
ABSCESO HEPATCO	1
INSUFICIENCIA HEPATICA AGUDA	1
ENFERMEDAD DE CASTLEMAN	1
HIDROCEFALIA	1
PANCREATITIS AGUDA	1
HEMANGIOPERICITOMA	1
OTOMASTOIDITIS	1
CRANEO HIPERTENSIVO	1

**CUADRO 2**

### DIAGNOSTICO FINAL ANATOMOPATOLOGICO

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO	NUMERO
CARCINOMA DE PULMON	3
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	2
DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADA	2
ADENOCARCINOMA GASTRICO	1
DIVERTICULITIS PERFORADA	1
ENDOCARDITIS BACTERIANA	1
LEPTOMENINGITIS PURULENTA	1
HISTIOCITOSIS SINUSOIDAL	1
SECUELAS DE TCE	1
TUBERCULOSIS FIBROCASÉOSA	1
DESNUTRICION SEVERA GII	1
LINFOMA NO HODGKIN DE BAJO GRADO	1
BRONCONEUMONIA	1
ATÉROSCLEROSIS GENERALIZADA	1
ABSCESOS HEPATICOS MULTIPLES	1
GRANULOMATOSIS LINFOMATOIDE DE PULMON	1
LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA	1

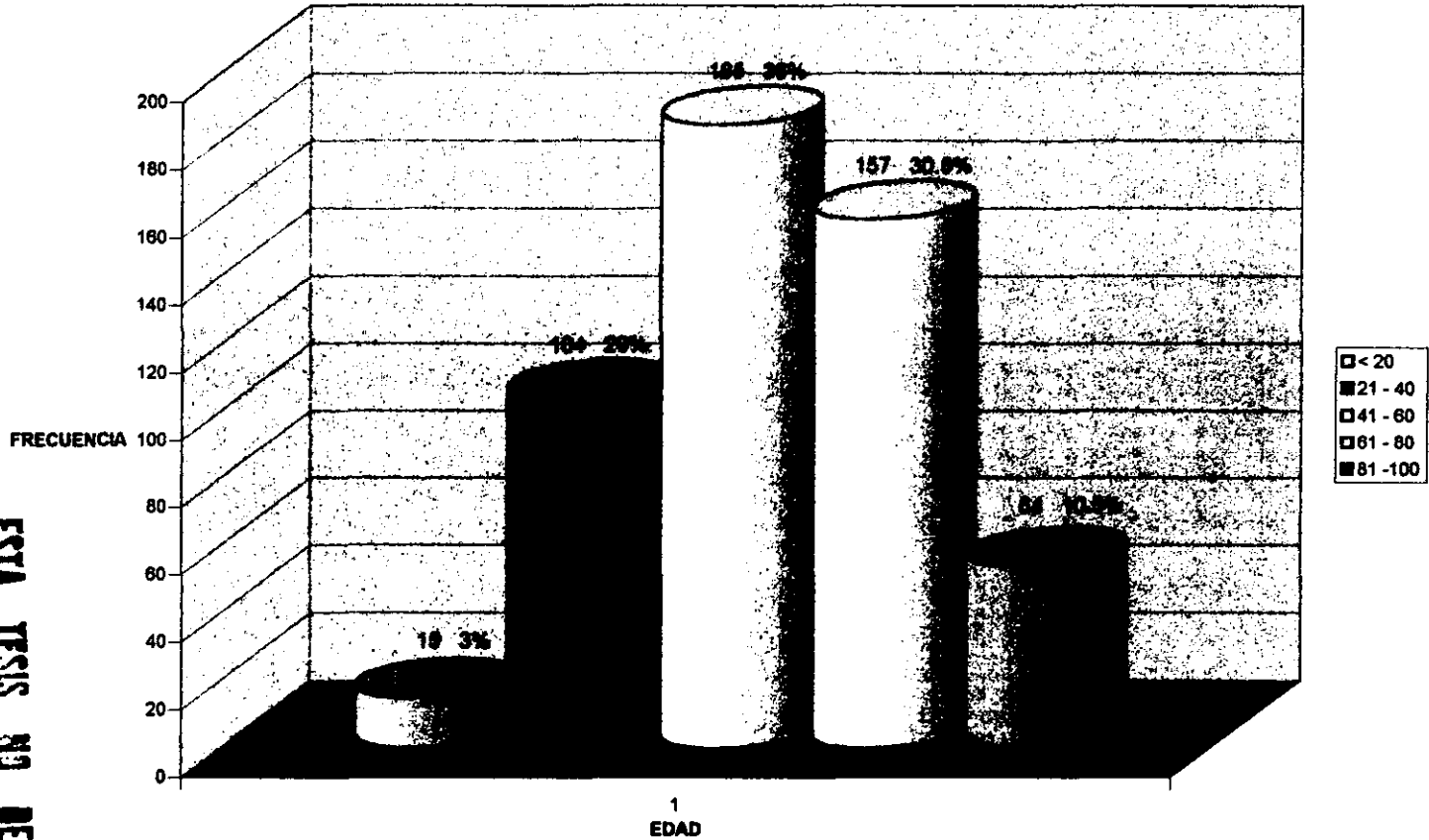
# DISTRIBUCION POR SEXO



GRAFICA 1



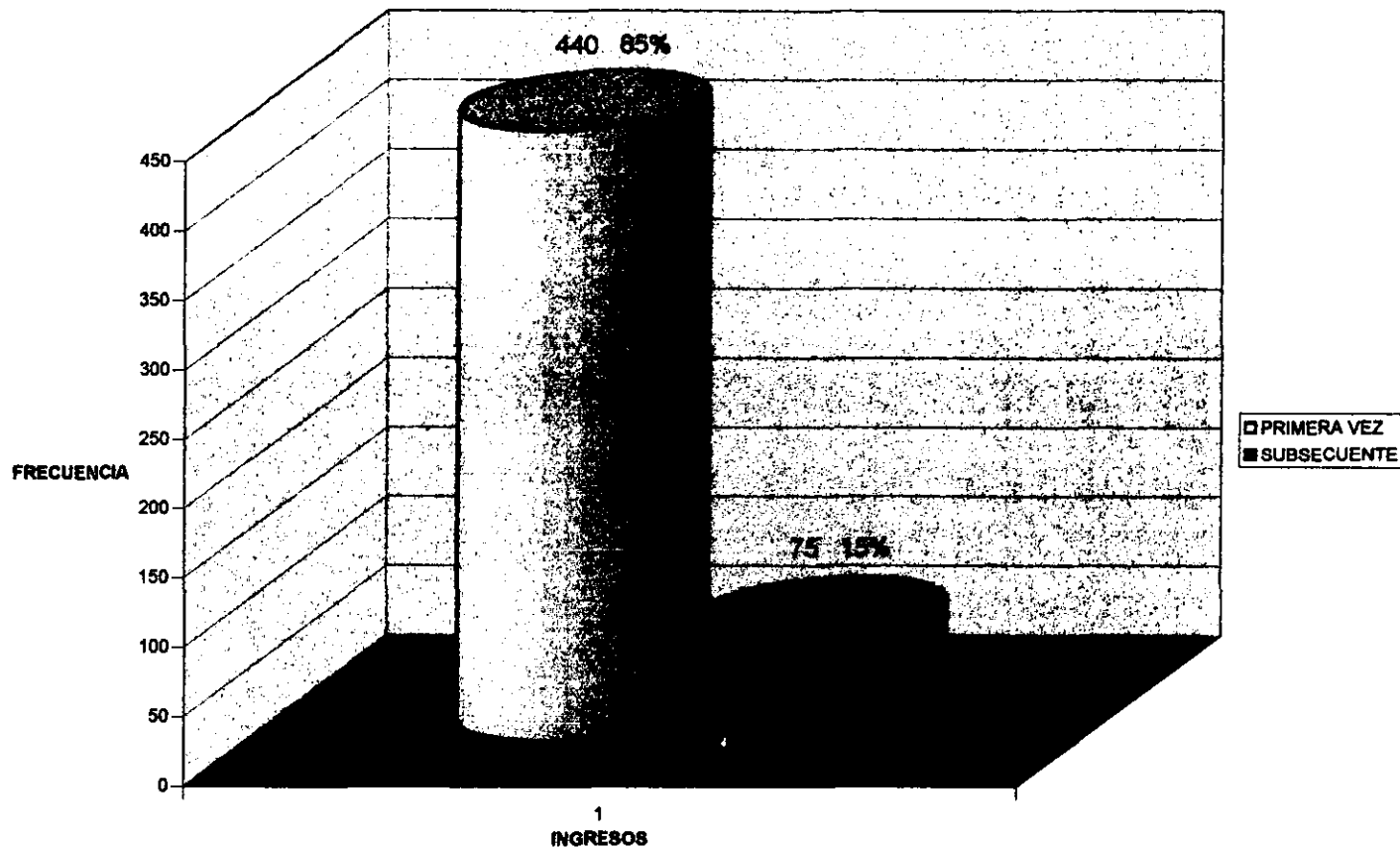
# DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDADES



GRAFICA 2

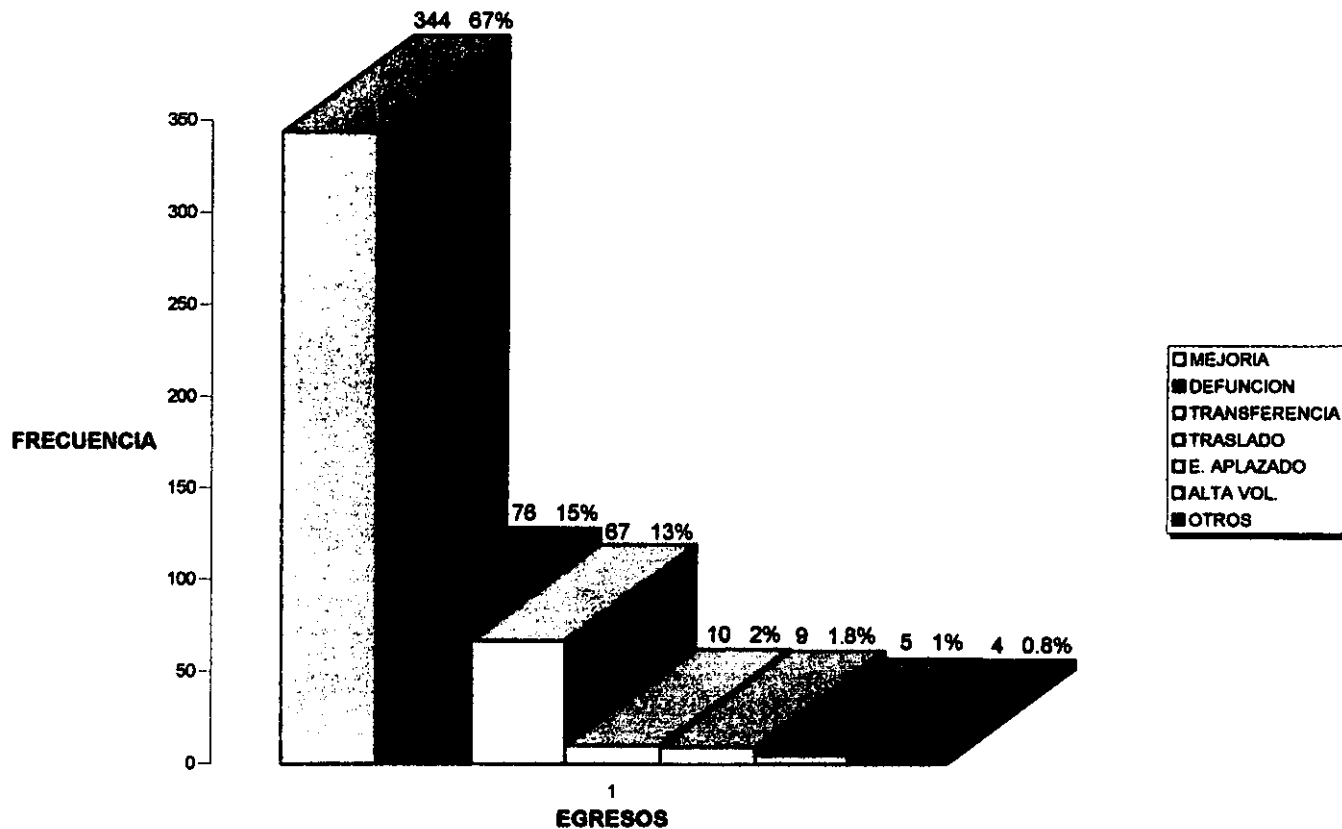
ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

### TIPO DE INGRESO



GRAFICA 3

# MOTIVO DE EGRESOS



GRAFICA 4

# DISTRIBUCION POR DESTINO

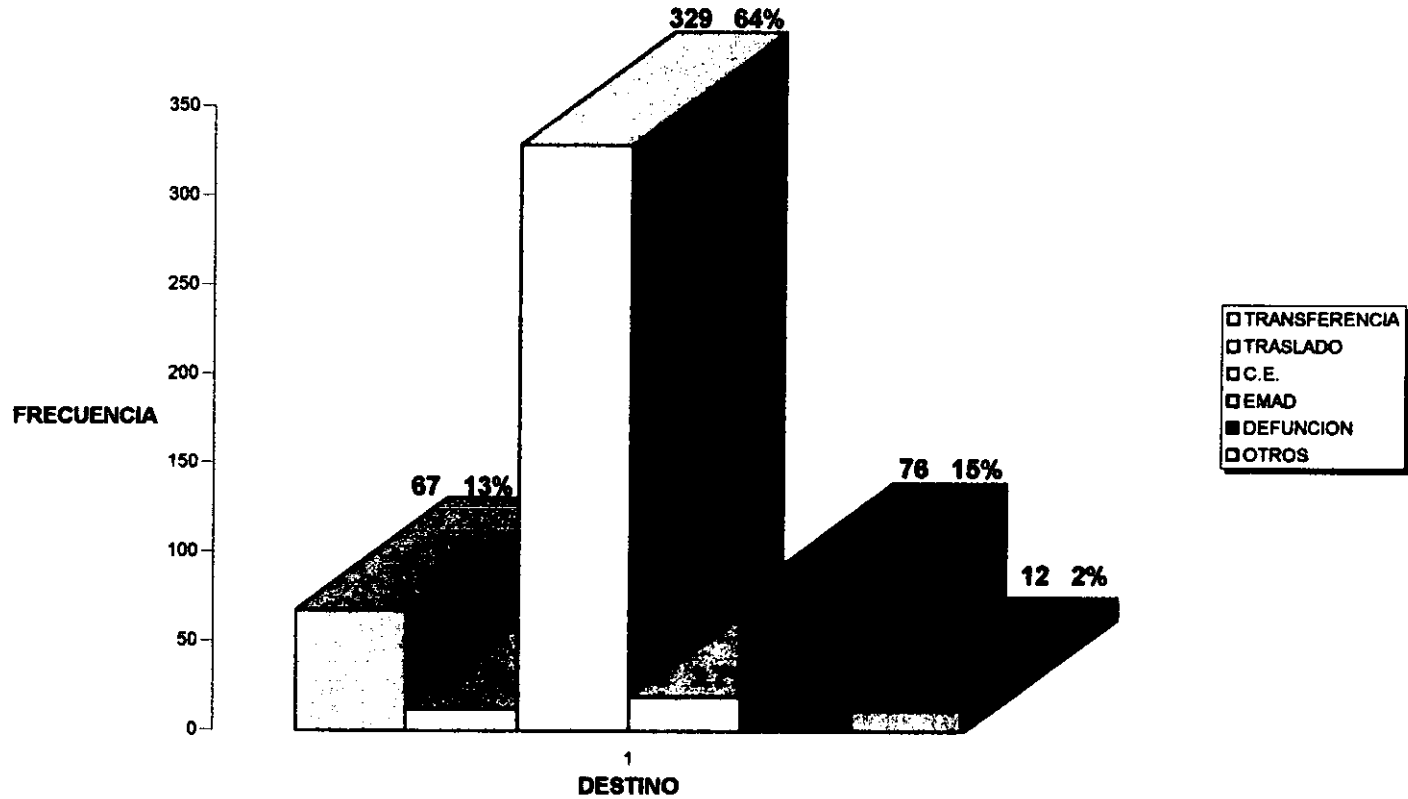


GRAFICO 5

## ENFERMEDADES POR APARATOS Y SISTEMAS

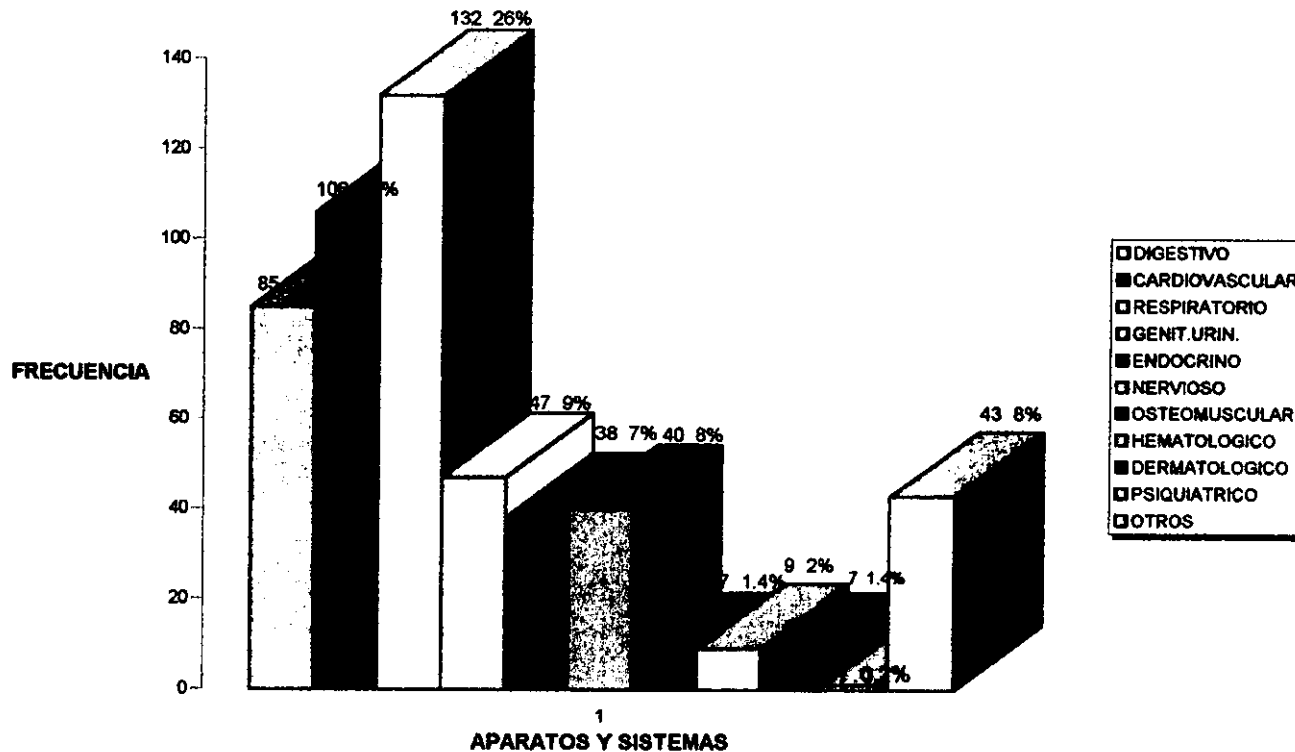


GRAFICO 6

### GRUPOS DE ENFERMEADES

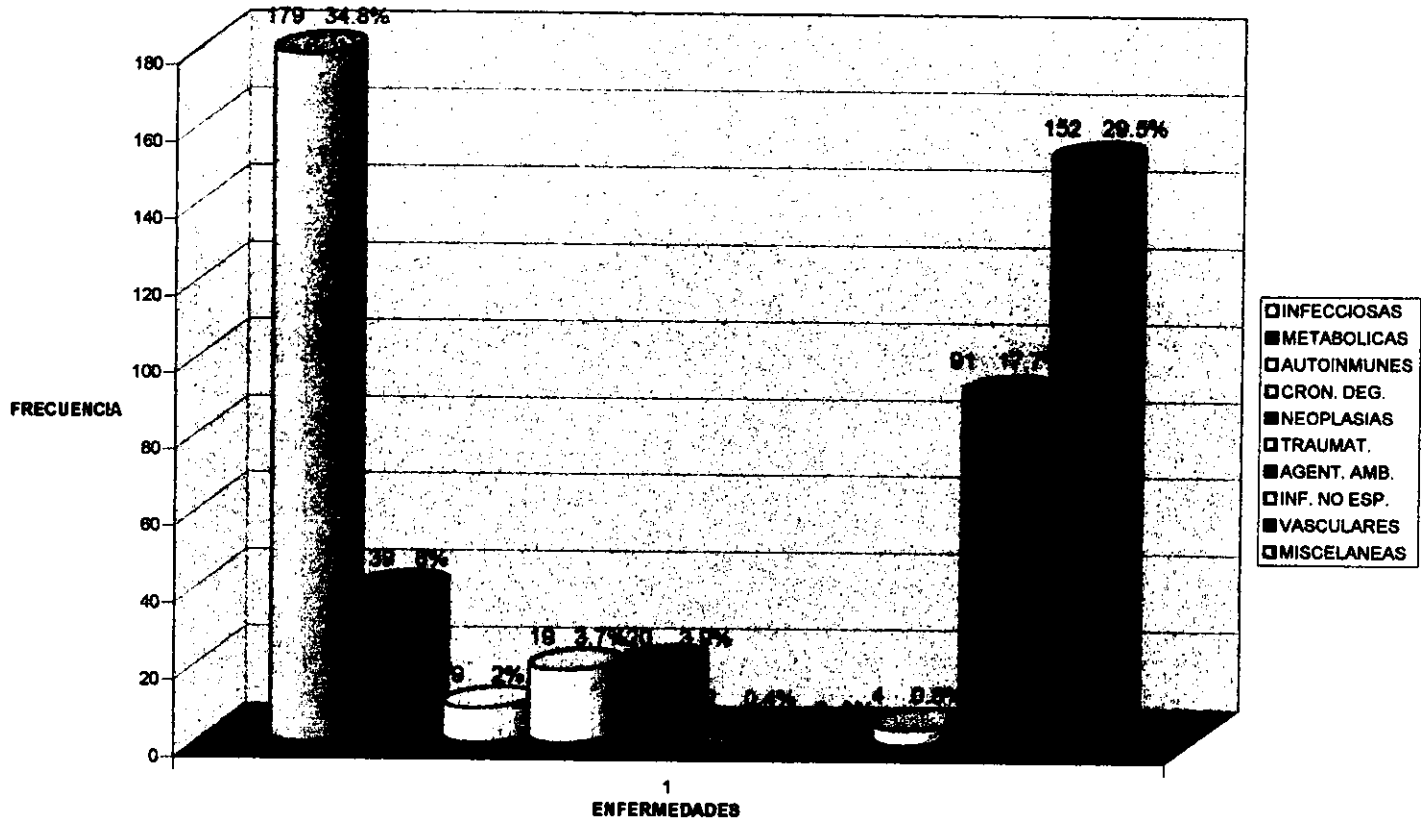
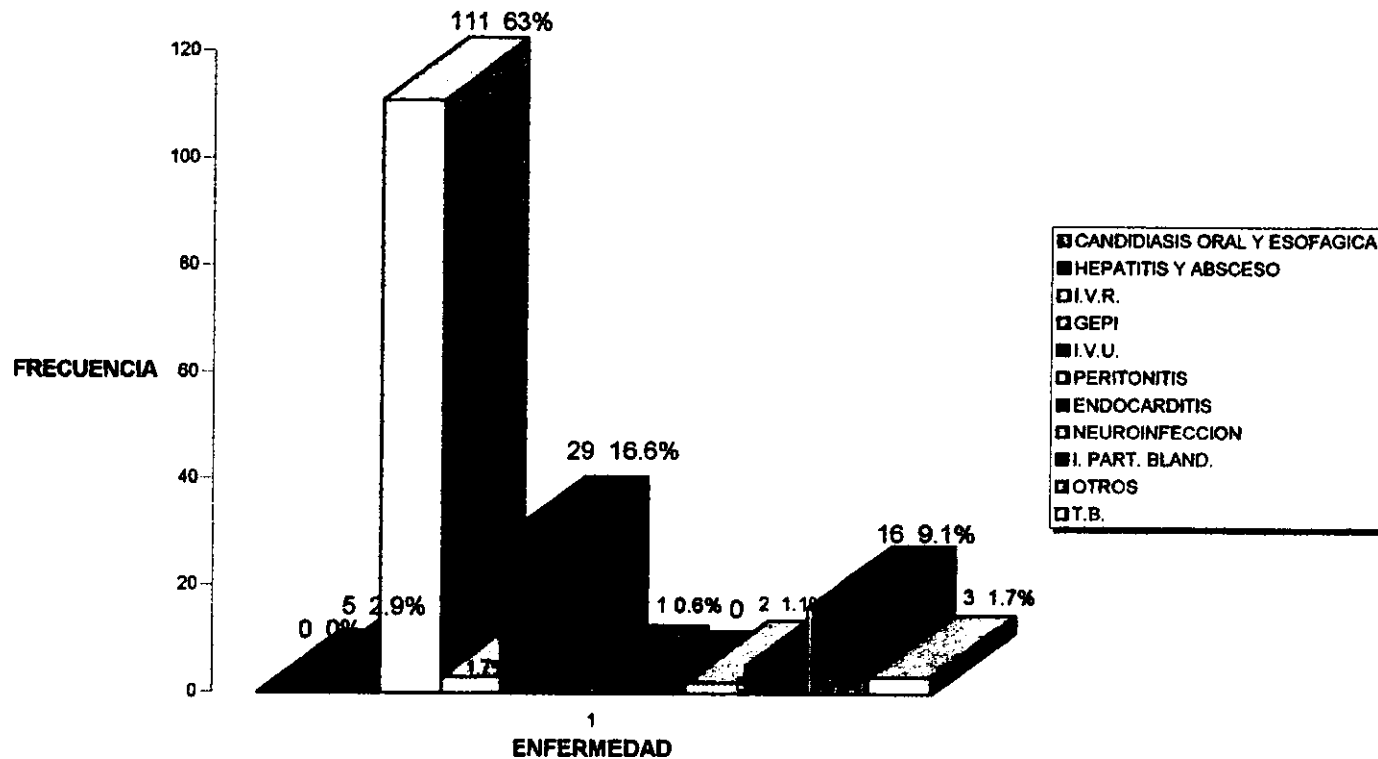


GRAFICO 7

PRESENTACION DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS



GRAFICA 8

## **BIBLIOGRAFIA:**

1. Alcántara, A. A., et. al., Mortalidad en pacientes geriátricos del Hospital General de México, Salud Publica de México, vol: 35, No: 4, Julio- Agosto, 1993.
2. Anónimo, Aspectos relevantes sobre la estadística de egresos hospitalarios del Sistema Nacional de Salud, Salud Publica de México, vol. 39, No 2, pag 162 – 174, Marzo – Abril 1997.
3. Ham - Chande, R. El envejecimiento Una nueva dimensión de la salud en México, Salud Publica de México, Vol. 38, No. 6, 409 – 418 pag. , Noviembre – Diciembre, 1996.
4. Kumate, J., Sepúlveda, J y Gutiérrez, G., Epidemias, endémias y pandemias. Información Profesional Especializada. Interamericana. Mc Graw Hill, 1993.
5. López, Rogelio y Cols. , La transición epidemiológica, Ciencia Médica, Vol: 1, No: 2, pag 11 a 17.
6. Ruiz, A. L., y Rivera, M. A. J., Características de la Morbilidad En La Población mexicana De edad Avanzada Un Análisis De LA Encuesta Nacional De salud 1988, Salud Pública De México, Vol. 38, No. 6 pag 430 -- 437, Noviembre – Diciembre, 1996.
7. Soto, A.V., Morbimortalidad de grupos etarios y por sexo en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de Julio de 1993 a julio de 1994. Tesis, pag 1 – 3, 1995.
8. Valdespino, J.L., En la transición debe considerarse la emergencia de enfermedades, Ciencia Médica, 1994, Vol: 1, No: 2, pag 26 a 31.