

CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN DE POSGRADO

CLÍNICA MÉDICA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

LA ANCIANIDAD EN LA INTERNACIÓN:
CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-
EPIDEMIOLOGICAS DE MAYORES DE
60 AÑOS EN UNA INSTITUCIÓN DE
SALUD PRIVADA.



ALUMNO: WEISHEIM, MARTÍN

TUTOR: FINUCCI CURI, BALTAZAR

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO

2025

ÍNDICE.

Abreviaturas.....	página 3
Introducción.....	página 4
Objetivos.....	página 7
Material y métodos.....	página 8
Análisis estadístico.....	página 10
Resultados	página 11
Discusión.....	página 18
Limitaciones.....	página 21
Conclusión.....	página 22
Bibliografía.....	página 23

ABREVIATURAS.

ACV: accidente cerebrovascular.

DBT: diabetes.

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

HTA: hipertensión arterial.

ICC: insuficiencia cardíaca congestiva.

INDEC: instituto nacional de estadísticas y censos.

IRC: insuficiencia renal crónica.

UTI: unidad de terapia intensiva.

INTRODUCCIÓN.

Según la Organización Mundial de la Salud, toda persona mayor de 60 años es considerada adulto mayor. Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. Estos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. La diversidad que se aprecia en la vejez no es una cuestión de azar. Más allá de los cambios biológicos, el envejecimiento suele estar asociado a otras transiciones vitales, como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y el fallecimiento de amigos y parejas. (1,2)

Cabe destacar que debido al aumento de la esperanza de vida, el número de individuos de este grupo etario ha aumentado en cantidad con respecto a décadas previas. Este cambio en la distribución de la población de los países hacia edades más avanzadas (lo que se conoce como envejecimiento poblacional) empezó en los países de ingresos más altos, pero los cambios más importantes se están viendo actualmente en los países de ingresos bajos y medianos. Se estima que para 2050, dos tercios de la población mundial de más de 60 años vivirán en países de ingresos bajos y medianos. (1)

En Argentina, según el INDEC, en 2022 el 18,4% de las mujeres tenía 60 años o más mientras que para los varones este valor era de 14,6%. En cuanto a salud, se ha observado que el 91% de los varones tiene cobertura previsional, mientras que esta alcanza al 87,6% de mujeres en edad jubilatoria. (3)

En ese sentido, el proceso de envejecimiento poblacional en el país ha ido aumentando: pasó de 5.771.696 personas en el 2010 hasta alcanzar casi 7.000.000 en el 2019. En proporción al total de la población, las personas mayores representaban 14,1% en el Censo del 2010 y 15,5% en la proyección poblacional del 2019. (3)

Entre las afecciones más comunes de la vejez cabe citar la pérdida de audición, las cataratas y los errores de refracción, los dolores de espalda y cuello, la osteoartritis, las neumopatías obstructivas crónicas, la diabetes, la depresión y la demencia. A medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo. A su vez, es conocido que aproximadamente el 80% de los adultos mayores padecen una enfermedad crónica (4). Las principales son las enfermedades cardíacas, el cáncer, los accidentes cerebrovasculares, la demencia y la diabetes. La progresión natural de las enfermedades crónicas conduce a una mayor carga de atención y múltiples hospitalizaciones. (1)

La vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que se conocen habitualmente por el nombre de síndromes geriátricos. Por lo general son consecuencia

de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, la fragilidad, la incontinencia urinaria, las caídas, los estados delirantes y las úlceras por presión. (1)

Algunos autores distinguen el concepto de anciano frágil. El anciano frágil es aquel paciente de edad avanzada que presenta una serie de cambios consecuencia del envejecimiento en los diferentes órganos y sistemas que le otorgan una pérdida de la reserva fisiológica. Dicho paciente conserva la independencia para las actividades básicas de la vida diaria, pero ante la presencia de un proceso intercurrente está en riesgo de sufrir un deterioro de la capacidad funcional. (5,6)

La fragilidad se define como un estado clínico, asociado a la edad, con una disminución de la reserva fisiológica y de la función en múltiples órganos y sistemas, lo que confiere una disminución en la capacidad para hacer frente a factores estresantes crónicos o agudos, y una mayor vulnerabilidad ante los mismos. Por ello, se asocia con un mayor riesgo de resultados adversos de salud, hospitalización, institucionalización y/o muerte. Es especialmente relevante la asociación entre fragilidad y progresión a discapacidad o dependencia. Entre las principales herramientas para su detección podemos nombrar el fenotipo de Fried, el índice de fragilidad, la escala de FRAIL, entre otras. (6) Esto tiene influencia en nuestro sistema de salud, donde se observa un aumento marcado de las consultas en guardias de emergencia y servicios de internación. Esto puede deberse al aumento de comorbilidades y enfermedades crónicas no transmisibles en este rango etario y al contacto frecuente con el sistema de salud (instituciones geriátricas, centros de diálisis, hospitales de día, etc.).

Ciertos factores no evidentes (p. ej., polimedicación, efectos adversos de fármacos) pueden afectar la presentación de una enfermedad en esta población. Por ejemplo, una caída puede ser secundaria a un abuso o un efecto adverso de un fármaco (p. ej., sedación excesiva), riesgos en el hogar, problemas físicos (p. ej., trastornos visuales), depresión o alcoholismo crónico. Los efectos adversos a fármacos son responsables de al menos el 5% de las internaciones de ancianos. (5, 6, 7)

Además, es frecuente no encontrar un único diagnóstico sino que habitualmente encontraremos diferentes procesos clínicos independientes. Todo ello se traduce en la necesidad de evaluaciones médicas más prolongadas, con un mayor número de pruebas complementarias y consultas a otros especialistas, lo que contribuye a aumentar la estancia media en urgencias y el número de ingresos a salas de internación (5).

En cuanto a la internación, ésta puede profundizar los cambios fisiológicos relacionados con la edad y aumentar la morbilidad. Las causas de ingreso hospitalario son variadas: un estudio en México donde se evaluaron los motivos de internación de la población mayor de 60 años arrojó que la Diabetes Mellitus y sus complicaciones representaron el porcentaje más alto de las hospitalizaciones durante los 4 años ya mencionados, seguido de las cardiopatías y como tercera causa el EPOC (8). A su vez, en otro estudio realizado en pacientes internados mayores a 65 años en dos hospitales del mismo país se identificó que los principales diagnósticos de ingreso fueron neumonía, infección del tracto urinario e infección por COVID-19. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, enfermedad endocrina y enfermedad renal crónica. (9)

Un estudio sobre mortalidad en pacientes ancianos desarrollado en Francia en 2017 y 2018 arrojó las principales comorbilidades de los pacientes eran: cáncer no avanzado (definido como la ausencia de un cáncer metastásico, o cáncer con un tratamiento de segunda línea o más o recaída

del cáncer), deterioro cognitivo (según la historia clínica del paciente o si el paciente presentó criterios DSM-IV para demencia durante la hospitalización) enfermedad arterial periférica insuficiencia cardíaca crónica y enfermedad autoinmune. Los principales motivos de ingreso en urgencias fueron alteración del estado general, dolor abdominal, caída e insuficiencia cardíaca aguda. La mediana de estancia hospitalaria fue de 5 días. Un total de 170 pacientes fallecieron a los 3 meses de su inclusión. (10).

Otro estudio similar realizado en la ciudad de Toledo, España en el año 2000 arrojó que los diagnósticos más frecuentes fueron los relacionados con el sistema cardio-circulatorio, respiratorio, digestivo y neoplasias. (11)

Sólo los pacientes ancianos con problemas graves que no pueden ser tratados correctamente en otro sitio deben hospitalizarse. La internación expone a los adultos mayores a riesgos generados por el aislamiento, la inmovilidad, las pruebas de diagnóstico, exposición a microorganismos infecciosos. Cuando los pacientes se trasladan a o de un hospital, es probable que se agreguen medicamentos o se modifique su tratamiento farmacológico, lo que puede aumentar el riesgo de efectos adversos y de falta de comunicación de los cambios en los fármacos recibidos. La internación aguda debe durar sólo el tiempo necesario para permitir una transición exitosa a la atención domiciliaria, un centro con atención de enfermeros especializados o un programa de rehabilitación ambulatorio. La evolución del paciente hospitalizado empeora a medida que avanza la edad, aunque la edad fisiológica es más importante que la edad cronológica a la hora de predecir los resultados. Los resultados son mejores en pacientes hospitalizados para realizar procedimientos electivos (p. ej., reemplazo de una articulación) que en los internados debido a enfermedades graves (p. ej., insuficiencia multiorgánica). (5, 12, 13)

Una revisión que evaluó las características relacionadas con la salud de las personas mayores y la mortalidad detectó que las medidas de nutrición, función física y función cognitiva fueron los dominios de salud más frecuentemente asociados con la mortalidad. (12)

En Argentina, un estudio realizado por el Ministerio de Salud sobre mortalidad en adultos mayores entre los años 2010-2019 detalló que las causas más frecuentes de mortalidad en las personas mayores son las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades del sistema respiratorio y los tumores malignos. Los tumores malignos y las lesiones por causas externas arrojaron porcentajes más elevados en el grupo de 60 a 79 años, mientras que las enfermedades respiratorias fueron más frecuentes en personas de 80 años y más. Por otra parte, causas como la diabetes mellitus y las enfermedades del sistema urinario mostraron un aumento a partir de los últimos años analizados. (14)

En nuestro estudio proponemos como objetivo caracterizar a esta población durante la internación, determinando motivos de internación y comorbilidades más frecuentes, así como su evolución. Así mismo, tenemos el propósito de discriminar qué pacientes ingresan derivados desde instituciones geriátricas y cuales desde su hogar, para poder establecer diferencias en cuanto a su evolución y mortalidad.

OBJETIVOS.

Objetivos primarios:

- Caracterizar a la población mayor de 60 años que ingresa al servicio de clínica médica en cuanto a sexo, edad y su procedencia su procedencia (domicilio/institución geriátrica).
- Identificar motivos de internación más frecuentes en esta población.
- Conocer la evolución de los pacientes internados por el servicio de clínica médica (alta/pase a UTI/óbito/pendiente: si aún se encuentra en internación al finalizar el estudio).

Objetivos secundarios:

- Enumerar frecuencia de comorbilidades (HTA, DBT, ICC, IRC, etc.).
- Analizar si existen diferencias en cuanto a evolución y mortalidad según la procedencia de los pacientes: derivados de instituciones geriátricas versus aquellos que ingresan desde su hogar.
- Establecer asociación entre la presencia de enfermedad neurodegenerativa y mortalidad.
- Identificar relación entre la procedencia y presencia de enfermedad neurodegenerativa.
- Analizar la asociación entre la procedencia y el motivo de ingreso más frecuente.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Diseño del estudio: estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo que incluyó a todos los pacientes mayores de 60 años hospitalizados, ingresados consecutivamente, en el servicio de clínica médica del Sanatorio Rosendo García de la ciudad de Rosario, desde el 07 de agosto hasta el 31 de octubre de 2024.

Población: se incluyeron a todos los pacientes mayores de 60 años internados a cargo del servicio de clínica médica de la institución, así como pacientes ingresados a cargo de otros servicios a los cuales se solicitó evaluación por clínica médica (cirugía, cardiología, traumatología). Se excluyen los pacientes mayores de 60 años por los cuales no se solicitó dicha evaluación.

Variables:

Se registraron las siguientes variables en cada uno de los participantes:

- Edad
- Sexo
- Procedencia (domicilio/institución geriátrica).
- Motivo de internación.
- Presencia de comorbilidades: HTA, DBT, ICC, ACV, IRC, EPOC, enfermedad oncológica, enfermedad neurodegenerativa, otras (se incluyeron en este ítem enfermedades autoinmunes, endócrino-metabólicas, arritmias y valvulopatías).
- Evolución del paciente (alta/ingreso a UTI/óbito).

Definiciones:

Las siguientes definiciones fueron consignadas por lo médicos que intervinieron durante el estudio.

Adulto mayor: persona que tiene 60 años o más, salvo que la ley de cada país determine una edad diferente (Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 2017). (15)

Accidente cerebrovascular (ACV): toda afección neurológica focal (o general) de aparición súbita que perdura más de 24 horas y de presunto origen vascular.

Infección del tracto urinario (ITU): cuadro clínico caracterizado por síntomas urinarios con o sin fiebre y con o sin dolor lumbar o abdominal asociado a urocultivo positivo.

Insuficiencia renal aguda (IRA): aumento del valor de creatinina sérica mayor o igual a 0,3 mg/dL en 48 horas. Aumento de valores de creatinina sérica mayor o igual a 1,5 veces el valor inicial en los 7 días previos. (16)

Neumonía: Enfermedad respiratoria aguda febril ($> 38^{\circ}$) con tos, dificultad respiratoria y taquipnea, independientemente de los hallazgos radiológicos.

Comorbilidades:

La siguiente lista de patologías pre existentes fue determinada según diagnóstico previo de médico tratante:

Diabetes (DBT).

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).Hipertensión arterial (HTA).

Insuficiencia renal crónica (IRC).

Insuficiencia cardíaca (IC).

Enfermedad neurodegenerativa.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Los datos recolectados fueron organizados y analizados utilizando una base de datos creada en Microsoft Excel, que permitió sistematizar la información de manera eficiente. Para la

representación de los resultados, se emplearon gráficos y tablas que facilitaron la interpretación visual de los hallazgos.

El análisis se complementó con el uso de técnicas estadísticas descriptivas, incluyendo el cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes para describir las características principales de las variables categóricas.

En el caso de las variables cuantitativas, se calcularon medidas de tendencia central como la media aritmética, la mediana y los cuartiles, así como medidas de dispersión, incluyendo el desvío estándar y el rango intercuartílico, lo que permitió describir la distribución y variabilidad de los datos de manera más completa.

Para el análisis inferencial de variables categóricas se utilizó la prueba de chi-cuadrado.

RESULTADOS.

Se reclutaron en total 169 pacientes adultos mayores de 60 años entre los meses de agosto y octubre de 2024. La edad media de los pacientes adultos mayores de 60 años ingresados en el servicio de clínica médica del Sanatorio Rosendo García de la ciudad de Rosario fue de 76 años, con un desvío estándar de 8 años. El 59% tenía 75 años o más. El rango etario osciló entre 61 y 99 años

(Tabla 1), con una ligera predominancia masculina, ya que el 55% de los pacientes eran hombres (Tabla 2).

Se observó una mayor proporción de varones hospitalizados hasta los 79 años y a partir de los 80 años las mujeres pasaron a ser el grupo predominante.

Edad	Cantidad	Porcentaje (%)
60-69	33	19,52
70-79	87	54,48
80-99	37	21,89
90-99	12	7,11
Total	169	100

Tabla 1: distribución etárea de los pacientes.

Sexo	Cantidad	%
Masculino	93	55,03%
Femenino	76	44,97%
Total	169	100,00%

Tabla 2: distribución de los pacientes en cuanto al sexo de los pacientes hospitalizados.

El 87,57% de los pacientes hospitalizados provenían de su domicilio. Solo el 12,43% de los pacientes provienen de instituciones geriátricas (Tabla 3).

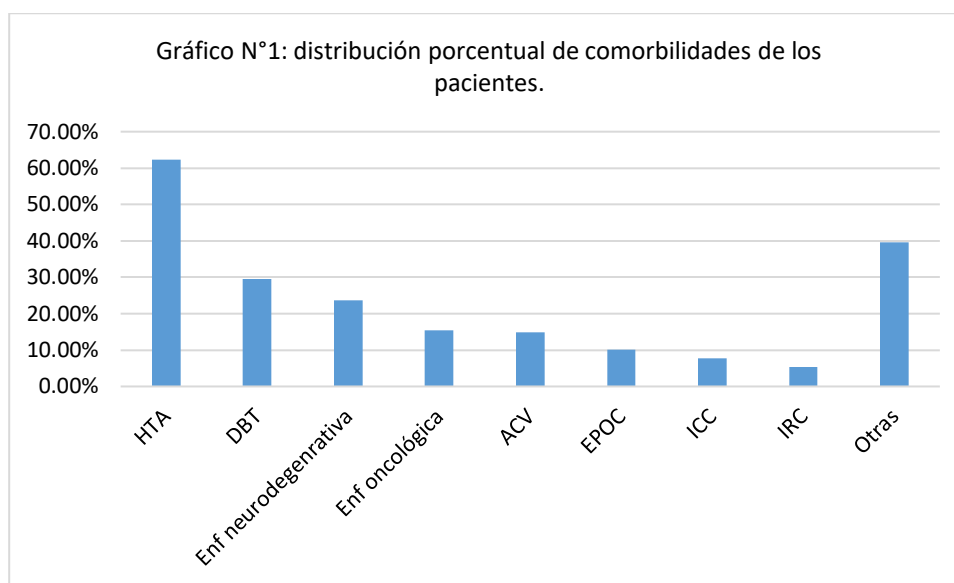
Procedencia	Cantidad	%
Domicilio	148	87,57%
Geriátrico	21	12,43%
Total	169	100,00%

Tabla 3: Distribución según procedencia de los pacientes hospitalizados.

La hipertensión arterial (66,27%), la diabetes (29,59%) y las enfermedades neurodegenerativas (23,67%) destacan como problemas de salud significativos en esta población. Por otro lado, afecciones como la insuficiencia renal crónica (IRC) (5,33%) y la insuficiencia cardíaca (ICC) (7,69%) tuvieron una baja prevalencia en la muestra analizada.

En la mayoría de las patologías previas que padecen los pacientes, el porcentaje de la población que no presentaba la enfermedad fue mayor que el de quienes sí la padecían, a excepción de la hipertensión arterial, que fue la única condición con una prevalencia mayor en pacientes afectados.

Un alto porcentaje (39,64%) de las comorbilidades corresponde como “otras”, a saber: valvulopatías, enfermedades endócrino-metabólicas, enfermedades autoinmunes, cardiopatía isquémica y arritmias. Gráfico N°1.



ACV: accidente cerebrovascular. DBT: diabetes. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. HTA: hipertensión arterial. ICC: insuficiencia cardíaca congestiva. IRC: insuficiencia renal crónica.

La principal causa de internación fue la neumonía (teniendo en cuenta tanto neumonía adquirida en la comunidad como la intrahospitalaria y la relacionada con los cuidados de la salud), representando el 26,63% de los casos, el accidente cerebrovascular (ACV) ocupa el segundo puesto con un 9,47% seguido por las infecciones del tracto urinario (ITU) que representan el 8,28%. Estas tres causas juntas abarcan una proporción significativa de las internaciones.

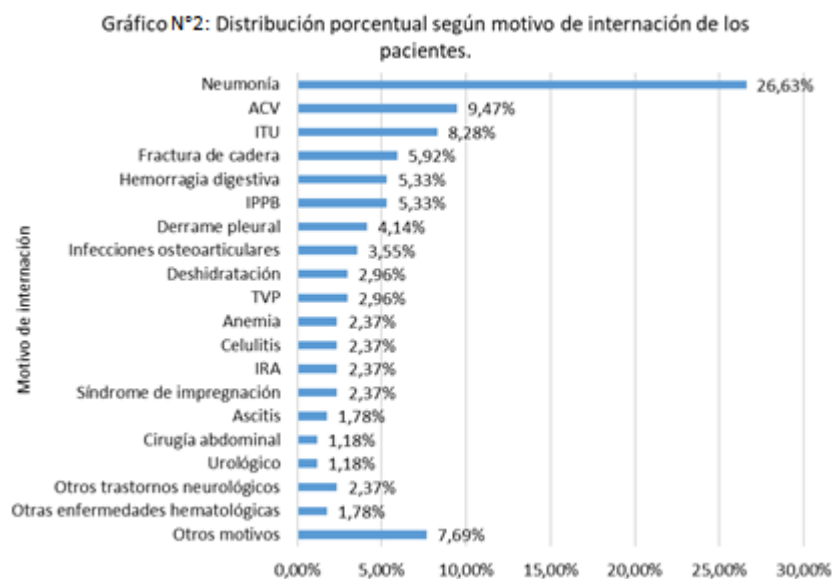
La mayor proporción de pacientes con neumonía correspondió al grupo etario de 75 a 84 años, con una distribución equitativa en el sexo (50% hombres y 50% mujeres).

Condiciones como la fractura de cadera (5,92%), hemorragias digestivas (5,33%) e infecciones de piel y partes blandas (IPPB) (5,33%) también se destacan, aunque con menor frecuencia.

Afecciones como el derrame pleural, infecciones osteoarticulares, la deshidratación y la trombosis venosa profunda tienen una representación menor pero relevante.

En el grupo de condiciones con porcentajes más bajos, encontramos afecciones como ascitis, cirugía abdominal, enfermedades urológicas y trastornos hematológicos, cada una con menos del 2% de los casos.

Un 7,69% de las internaciones se encuentran categorizadas como “otros motivos”, dentro de estos se destacan la hiperkalemia, internaciones por mal contexto socio-económico, convulsiones, dolor abdominal, bacteriemia, fractura vertebral, epistaxis, crisis hipertensiva, síndrome hepatorenal, tuberculosis y exacerbación de EPOC (Gráfico N°2).



ACV: accidente cerebrovascular. ITU: infección del tracto urinario. IPPB: infección de piel y partes blandas. TVP: trombosis venosa profunda. IRA: insuficiencia renal aguda.

Un gran porcentaje de los pacientes (68,05%) fue dado de alta. Por otro lado, el 14% falleció en el transcurso de los 3 meses de análisis, mientras que el 10,65% corresponde a casos que aún permanecía internados en la institución al finalizar el estudio. Un 7,10% de los pacientes requirió ingreso en unidad de terapia intensiva (Tabla N° 3).

Los datos recopilados muestran que la neumonía es la causa más frecuente de mortalidad, afectando casi al 46,00% de los pacientes fallecidos (Tabla N°4). Además, un 58,33% de quienes murieron presentaban enfermedades neurodegenerativas previas. El análisis sugiere que los pacientes con antecedente de enfermedad neurodegenerativa tienen una probabilidad significativamente mayor de morir en comparación con aquellos sin este antecedente con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,001$) (Tabla 5).

En relación con la procedencia de los pacientes que fallecieron durante el estudio, el 75% provenía de su domicilio, mientras que el 25% restante residía en geriátricos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la procedencia de domicilio/geriátrico y el fallecimiento de los pacientes ($p=0,082$) (Tabla 6).

Respecto a la relación entre la procedencia y el ingreso más frecuente (neumonía) se encontró que los pacientes provenientes de geriátricos tienen una mayor probabilidad de ingresar por neumonía en comparación con los pacientes provenientes de su domicilio, y esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0,005$) (Tabla 7).

Se estableció además la comparación entre la procedencia y la prevalencia de enfermedad neurodegenerativa, encontrándose que los pacientes provenientes de geriátricos tienen una mayor prevalencia de enfermedad neurodegenerativa en comparación con los pacientes provenientes de su domicilio, y esta diferencia es estadísticamente significativa ($p=0,001$) (Tabla 8).

Evolución	Cantidad	%
Alta	115	68,05%
Óbito	24	14,20%
Pendiente	18	10,65%
UTI	12	7,10%
Total	169	100,00%

Tabla N°3: Distribución porcentual de los pacientes hospitalizados según su evolución a lo largo del estudio.

Motivo de internación	Cantidad	%
Neumonía	11	45,83%
ACV	2	8,33%
Ascitis	1	4,17%
Cirugía abdominal	1	4,17%
Derrame pleural	1	4,17%
Deshidratación	1	4,17%
Infecciones osteoarticulares	1	4,17%
IPPB	1	4,17%
IRA	1	4,17%
ITU	1	4,17%
Otras enfermedades hematológicas	1	4,17%
Otros	2	8,33%
Total	24	100,00%

ACV: accidente cerebrovascular. IPPB: infección de piel y partes blandas. IRA: insuficiencia renal aguda. ITU: infección del tracto urinario. TVP: trombosis venosa profunda.

Tabla N°4: causas más frecuentes de muerte en los pacientes hospitalizados

	Sobrevivientes	No sobrevivientes	Total	p= 0,001
Con enfermedad neurodegenerativa	20 (58,8%)	14 (41,2%)	34 (100%)	
Sin enfermedad neurodegenerativa	125 (92,5%)	10 (7,5%)	135 (100%)	

Tabla 5: relación entre presencia de enfermedad neurodegenerativa y muerte.

Procedencia	Óbito	Alta/pendiente	Total	p= 0,082
Domicilio	18 (12,1%)	130 (87,8%)	148 (100%)	
Geriátrico	6 (28,5%)	15 (71,5%)	21 (100%)	

Tabla N°6: relación entre procedencia de los pacientes y evolución.

Procedencia	Neumonía	No neumonía	Total	p= 0,005
Domicilio	34 (22,9%)	114 (77,1%)	148 (100%)	
Geriátrico	11 (52,3%)	10 (47,7%)	21 (100%)	

Tabla N°7: relación entre procedencia y diagnóstico de neumonía.

Procedencia	Con enfermedad neurodegenerativa	Sin enfermedad neurodegenerativa	Total	p= 0,001
Domicilio	24 (16,2%)	124 (83,8%)	148 (100%)	
Geriátrico	16 (76,1%)	5 (23,9%)	21 (100%)	

Tabla N°8: relación entre procedencia y prevalencia de enfermedad neurodegenerativa.

DISCUSIÓN.

El envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que conlleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, así como a un mayor riesgo de enfermedad. Esto ha llevado a un aumento en el número de internaciones observado durante las últimas décadas.

El proceso de envejecimiento poblacional en el país ha ido en aumento: pasó de 5.771.696 personas en 2010 a casi 7.000.000 en 2019. En proporción al total de la población, las personas mayores representaban el 14,1% en el censo de 2010 y el 15,5% en la proyección poblacional de 2019. Casi la mitad de los adultos que ocupan camas en un hospital son mayores de 65 años y se espera que esta proporción aumente con el envejecimiento de la población (7).

En nuestro estudio, la edad media de los pacientes fue de 76 años, con un ligero predominio del sexo masculino (55%). Estos datos difieren respecto a los obtenidos en trabajos similares en otros países. Por ejemplo, un estudio retrospectivo realizado en México en 2011 por Camerino-Hernández y colaboradores (8), que incluyó a 3.422 pacientes hospitalizados de 60 años o más durante el periodo de 2006 a 2009, mostró que el rango etario de mayor predominio fue de 60 a 69 años, lo cual es menor al hallado en nuestro estudio, donde el rango más frecuente fue de 70 a 79 años. Además, en este estudio mexicano se observó una predominancia del sexo femenino, alcanzando un 58,42%.

Asimismo, en el año 2000, Suárez García et al. llevaron a cabo un estudio sobre el estado de salud en poblaciones ancianas en Toledo, España (9). En este estudio, se siguió durante 18 meses una cohorte de pacientes de 64 años o más con el objetivo de identificar los ingresos y estancias hospitalarias en hospitales públicos de la zona. Allí, la edad media fue de 74,1 años, muy cercana a la obtenida en nuestro estudio, y predominó el sexo femenino, con un 56,3%.

Por otro lado, Sánchez Delgado y Sánchez Lara (17) observaron que el sexo femenino predominó con un 54,6% frente al masculino (45,4%), y el grupo más representado en su investigación fue el de 60 a 64 años.

A pesar de que en todos estos estudios se observa un predominio de pacientes femeninas, este resulta ser leve.

Es sabido que el envejecimiento aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo. La progresión natural de las enfermedades crónicas conduce a una mayor carga de atención y múltiples hospitalizaciones. En nuestro estudio, se destacó que la hipertensión arterial, la diabetes y las enfermedades neurodegenerativas fueron las más frecuentes, seguidas en menor medida por la insuficiencia renal crónica y la insuficiencia cardíaca.

Contreras et al. (2022), en un estudio observacional similar realizado en dos hospitales del norte de México (11), incluyeron un total de 111 pacientes mayores de 65 años y encontraron que las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (59,5%), enfermedad cardiovascular (52,3%), diabetes mellitus (30,6%), enfermedades endocrinas (29,7%) y enfermedad renal crónica (20,7%). Estos hallazgos son coherentes con nuestro trabajo, que también indica la hipertensión como la causa principal, así como la diabetes y la insuficiencia renal como comorbilidades predominantes.

Zteinmeyer y colaboradores (10) determinaron que las principales comorbilidades de los pacientes eran: cáncer no avanzado (definido como la ausencia de un cáncer metastásico, o un cáncer con tratamiento de segunda línea o más, o recaída del cáncer), deterioro cognitivo (según la historia clínica del paciente o si este presentó criterios DSM-IV para demencia durante la hospitalización), enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardíaca y enfermedades autoinmunes. Estos datos presentan grandes diferencias en comparación con lo recabado en nuestra investigación.

La mayoría de los pacientes hospitalizados provenían de su domicilio; solo un pequeño porcentaje, cercano al 13%, provenía de instituciones geriátricas, resultado similar al de Zteinmeyer, donde menos del 20% de los pacientes provenían de geriátricos. Al considerar la procedencia y la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas, encontramos que los pacientes institucionalizados tenían una mayor prevalencia de este tipo de afecciones.

Además, encontramos que la geriatrización no guardó relación con la mortalidad. En este sentido, es preciso citar a Huesa Arnade y colaboradores (18), quienes tampoco encontraron diferencias en la mortalidad entre pacientes institucionalizados y aquellos provenientes de su domicilio en un estudio publicado en 2021.

La principal causa de internación fue la neumonía, con poco más del 25% de los casos, seguida por el accidente cerebrovascular y las infecciones del tracto urinario, ambas con porcentajes menores al 10%. En el estudio realizado por Contreras y colaboradores, la neumonía también fue el motivo de ingreso más frecuente (18,9%), seguida por las infecciones urinarias y las infecciones por COVID-19. Estos datos coinciden con la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria de 2022 (19) realizada en España, que reportó un aumento del 35,9% en enfermedades del aparato respiratorio en comparación con el año previo. Según un informe del Ministerio de Salud de la Nación (14), publicado en 2022 sobre mortalidad en personas mayores durante el período 2010-2019, los diagnósticos más frecuentes, a diferencia de nuestro trabajo, fueron los relacionados con el sistema cardiovascular (32,4%), respiratorio (14,4%) y digestivo (13,8%), lo que difiere en cierto grado de lo observado en nuestra investigación.

Al analizar la asociación entre el principal diagnóstico de ingreso (neumonía) y la procedencia de los pacientes, se observó que aquellos residentes en instituciones geriátricas tenían una mayor probabilidad de ingresar por este cuadro clínico, diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p=0,005$). Resultados similares fueron reportados por Lee y Kim en 2012 (20), quienes estudiaron a 303 pacientes ingresados por neumonía y hallaron que el 43% provenía de geriátricos, mientras que el resto provenía de su hogar o de otras instituciones de cuidados.

Asimismo, en 2010, Takayama y col. (21) realizaron un estudio comparativo sobre las características de adultos mayores con neumonía adquirida en la comunidad y neumonía asociada a los cuidados de la salud. Encontraron que 54 pacientes provenían de un hogar de ancianos y 47 de su domicilio, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. En contraste, un estudio multicéntrico realizado en Alemania por Santiago y col. (22) en 2011 examinó las diferencias en la procedencia de los pacientes con neumonía, observando que aproximadamente el 16% de los pacientes provenía de una institución geriátrica previo a su ingreso.

Por otra parte, en un estudio desarrollado en Cuba por Pérez y colaboradores (23) en 2021, sobre factores de riesgo y evolución de pacientes ancianos hospitalizados por neumonía, se reclutaron solo 220 pacientes (23,15%) provenientes de geriátricos, de un total de 950 ingresos. Además, un

análisis comparativo entre neumonía adquirida en la comunidad y neumonía en hogares de ancianos, publicado en 2001 por Lim y Macfarlane (24), reportó que únicamente el 9% de los 437 pacientes procedía de un hogar de ancianos.

Estos resultados contrastan con los nuestros, ya que, si bien en dos de los estudios analizados la mayoría de los pacientes provenía de instituciones, la diferencia no alcanzó significancia estadística.

La mayoría de los pacientes fueron externados. Por otro lado, el 14% falleció, mientras que un poco más del 10% permaneció internado tras finalizar el estudio. Tello y colaboradores (25), en un estudio en el que se buscó determinar la mortalidad y la estancia hospitalaria de pacientes adultos mayores en un hospital general de Lima, entre 1997 y 2008, evidenciaron una mortalidad del 14,3% en mayores de 60 años, muy similar al porcentaje obtenido en nuestra institución. En el estudio de Contreras et al., se constató que la mortalidad fue del 17%, dato que se asemeja al obtenido en nuestro trabajo.

Se demostró que la neumonía es la causa más frecuente de mortalidad, afectando a casi la mitad de los pacientes fallecidos (46%). Este dato contrasta con el informe del Ministerio de Salud de la Nación, que citó que las principales causas de óbito en adultos mayores son las enfermedades del sistema circulatorio (32,6%), las enfermedades del sistema respiratorio (19,3%) y los tumores malignos (17,7%), lo cual plantea ciertas diferencias con respecto a nuestros resultados.

Se estableció también 58,3% de quienes murieron presentaban enfermedades neurodegenerativas previas y que los pacientes que tenían dicha comorbilidad tuvieron una mayor mortalidad. En este sentido, un informe desarrollado en 2022 por la Universidad de California (7) destacó que entre el 30 y el 40% de los pacientes ancianos que consultan al departamento de emergencias presenta compromiso cognitivo, un porcentaje mayor al encontrado en nuestro estudio, que apenas supera el 20%. Cabe tener en cuenta que el presente sólo incluyó pacientes internados a cargo del servicio de clínica médica. Por otra parte, Thomas et al., (12) identificaron que el deterioro cognitivo se asoció a un 50% de mortalidad.

LIMITACIONES:

Entre las limitaciones de nuestro estudio, destacamos que se centró únicamente en pacientes internados que fueron evaluados por el servicio de clínica médica, ya sea porque estaban bajo su responsabilidad o por solicitud de evaluación de otro servicio. Se excluyeron aquellos pacientes cuya internación fue exclusivamente a cargo de los servicios de cardiología, cirugía, entre otros, lo que podría introducir un sesgo en los datos relativos a los motivos de ingreso y a la mortalidad por causas cardiológicas y/o quirúrgicas. Además, dado que el estudio se llevó a cabo durante los meses de invierno (agosto y septiembre), es posible que esto haya influido en un mayor número de patologías respiratorias.

CONCLUSIÓN:

En nuestro estudio se observó una notable paridad en cuanto al sexo de los pacientes, con una edad promedio de 76 años. Se demostró una alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares como comorbilidades, destacando principalmente la hipertensión arterial y, en menor proporción, la insuficiencia cardíaca. La diabetes ocupó el segundo lugar en la frecuencia de comorbilidades.

Las principales causas de internación fueron de origen infeccioso, con la neumonía destacándose en primer lugar, siendo también la causa número uno de mortalidad. El accidente cerebrovascular ocupó el segundo lugar. Además, cabe destacar que la fractura de cadera, como causa traumatológica, presentó un porcentaje significativo de internaciones. La mayoría de los pacientes fueron externados.

Se observaron también algunas características en relación con la procedencia de los pacientes, notándose una mayor prevalencia de enfermedades neurodegenerativas en aquellos institucionalizados, así como una mayor probabilidad de ingreso por neumonía en comparación con los pacientes que provienen de su domicilio. En cuanto a la mortalidad, no se encontró una diferencia significativa entre ambos grupos de pacientes. Además, se encontró una relación estadísticamente significativa entre la presencia de enfermedad neurodegenerativa y mortalidad.

Consideramos que este trabajo es fundamental para comprender las características y el perfil de los pacientes adultos mayores que requieren internación en nuestra ciudad, así como sus principales causas de ingreso y de muerte. Subrayamos la importancia de la identificación temprana de riesgos y la implementación de intervenciones preventivas, que pueden contribuir a reducir la necesidad de internaciones y mejorar la calidad de vida. Asimismo, es crucial contar con una planificación adecuada y la adaptación de los servicios de salud para abordar las necesidades específicas de este grupo poblacional.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Organización Mundial de la Salud. "Envejecimiento Y Salud." *Www.who.int*, 1 Oct. 2024, www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health.
2. Ministerio de Justicia de la Nación. "Protección de Los Derechos Humanos de Los Adultos Mayores." *Argentina.gob.ar*, 12 July 2019, www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/proteccion-de-los-derechos-humanos-de-los-adultos-mayores.
3. "INDEC: Instituto Nacional de Estadística Y Censos de La República Argentina." *Indec.gob.ar*, 2018, www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-21-130.
4. Vásquez-Morales, Andrea, and Luisa Fernanda Horta Roa. "Enfermedad Crónica No Transmisible Y Calidad de Vida. Revisión Narrativa." *Revista Facultad Ciencias de La Salud: Universidad Del Cauca*, vol. 20, no. 1, 2018, pp. 33–40, dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6482759.
5. Martín-Sánchez, F.J, et al. "El Paciente Geriátrico En Urgencias." *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, vol. 33, 2025, pp. 163–172, scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272010000200017&script=sci_abstract. Accessed 21 July 2025.
6. Adamowicz, David H., and Ellen E. Lee. "Predicting and Improving Hospital Outcomes for Older Adults." *International Psychogeriatrics*, vol. 33, no. 3, Mar. 2021, pp. 205–207, <https://doi.org/10.1017/s1041610220003580>.

7. Bakerjian, Debra. "Atención Hospitalaria En Los Ancianos." *Manual MSD Versión Para Profesionales*, Manuales MSD, 3 Oct. 2022.
8. Camerino– Hernandez, Edgar, et al. "Caracterización Del Adulto Mayor Hospitalizado: Un Estudio Retrospectivo." *Revista Enfermería Herediana*, vol. 9, no. 1, 8 Aug. 2016, p. 36, <https://doi.org/10.20453/renh.v9i1.2861>. Accessed 31 May 2022.
9. Contreras, María Fernanda. *CONSULTA GERIÁTRICA de PACIENTES FRÁGILES EN EL SERVICIO de MEDICINA INTERNA Y SU ASOCIACIÓN CON LA MORTALIDAD HOSPITALARIA, LA ESTANCIA HOSPITALARIA Y EL INGRESO a UNIDAD de CUIDADOS INTENSIVOS. UN ESTUDIO OBSERVACIONAL*. J. res. appl. med., Volumen 2, Número 2, Artículo 8, 2019.
10. Steinmeyer, Zara, et al. "Mortality in Hospitalised Older Patients: The WHALES Short-Term Predictive Score." *BMJ Supportive & Palliative Care*, vol. 14, no. e1, 25 Nov. 2021, pp. e1096–e1103, <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-003258>. Accessed 21 July 2025.
11. Francisco Suárez García, et al. "Estado de Salud de Las Personas Ancianas Y Hospitalización En Servicios Geriátricos, Médicos Y Quirúrgicos. Estudio Poblacional En Toledo." *Revista Espanola de Salud Publica*, vol. 74, no. 2, 1 Apr. 2000, <https://doi.org/10.1590/s1135-57272000000200006>. Accessed 9 Nov. 2023.

12. Thomas, John M., et al. "Systematic Review: Health-Related Characteristics of Elderly Hospitalized Adults and Nursing Home Residents Associated with Short-Term Mortality." *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 61, no. 6, 20 May 2013, pp. 902–911, <https://doi.org/10.1111/jgs.12273>. Accessed 2 July 2020.
13. Rojano i Luque, Xavier, et al. "Complicaciones de La Hospitalización En Personas Mayores." *Medicina Clínica*, vol. 146, no. 12, June 2016, pp. 550–554, <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2015.12.015>. Accessed 21 July 2025.
14. Ministerio de Salud de la Nación. *Análisis Sobre Mortalidad En Personas Mayores Durante El Período 2010-2019*. 2 Mar. 2022, www.argentina.gob.ar/noticias/salud-presento-analisis-sobre-mortalidad-en-personas-mayores-durante-el-periodo-2010-2019.
15. Organización de Estados Americanos. *CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE LA PROTECCIÓN de LOS DERECHOS HUMANOS de LAS PERSONAS MAYORES*. 2017.
16. Gainza de los Ríos, Francisco Javier. "Insuficiencia Renal Aguda | Nefrología al Día." *Nefrologiaaldia.org*, 15 Mar. 2023, nefrologiaaldia.org/es-articulo-insuficiencia-renal-aguda-317.
17. Armando, Julio, et al. "Caracterización Del Ingreso Hospitalario En Adultos Mayores, Banes -2019." *CCM*, vol. 26, no. 1, 2022. Accessed 21 July 2025.

18. Huesa Andrade, Macarena, et al. "Diferencias Entre Pacientes Institucionalizados Y Pacientes En Atención Domiciliaria En La Provincia de Sevilla." *Atención Primaria*, vol. 52, no. 7, Aug. 2020, pp. 488–495, <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.002>. Accessed 26 Mar. 2022.
19. "Instituto Nacional de Estadística." *INE*, 2022, www.ine.es/dyngs/Prensa/EMH2022.htm.
20. Hoo Lee, Jong, and Yee Hyung Kim. "Comparison of Clinical Characteristics between Healthcare-Associated Pneumonia and Community-Acquired Pneumonia in Patients Admitted to Secondary Hospitals." *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, vol. 16, no. 4, July 2012, pp. 321–328, www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413867012000682, <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2012.06.019>. Accessed 24 July 2019.
21. Maruyama, Takaya, et al. "Community-Acquired Pneumonia and Nursing Home-Acquired Pneumonia in the Very Elderly Patients." *Respiratory Medicine*, vol. 104, no. 4, Apr. 2010, pp. 584–592, [www.resmedjournal.com/article/S0954-6111\(09\)00429-6/fulltext](http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111(09)00429-6/fulltext), <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2009.12.008>.
22. Ewig, Santiago, et al. "Nursing-Home-Acquired Pneumonia in Germany: An 8-Year Prospective Multicentre Study." *Thorax*, vol. 67, no. 2, 5 Nov. 2011, pp. 132–138, <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2011-200630>. Accessed 10 Mar. 2020.

23. Santos Pérez, Luis Alberto, et al. "Neumonías En El Paciente Anciano. Factores de Riesgo Y Mal Pronóstico." *Acta Médica Del Centro*, vol. 15, no. 3, 1 Sept. 2021, pp. 350–365, scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272021000300350.
24. Lim, W.S., and J.T. MacFarlane. "A Prospective Comparison of Nursing Home Acquired Pneumonia with Community Acquired Pneumonia." *European Respiratory Journal*, vol. 18, no. 2, 1 Aug. 2001, pp. 362–368, <https://doi.org/10.1183/09031936.01.00204401>.
25. Tello-Rodríguez, Tania, et al. "Estancia Hospitalaria Y Mortalidad En Adultos Mayores Hospitalizados En Un Hospital General de Lima Metropolitana, 1997-2008." *Revista Medica Herediana*, vol. 22, no. 1, 2025, pp. 23–28, www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000100005.

