



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 27
TIJUANA BAJA CALIFORNIA**



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

MORBILIDAD DE EL ADULTO MAYOR EN SAN LUIS RIO COLORADO

TESIS

Para obtener la especialidad en Medicina Familiar

PRESENTA

DR. URENDA MARQUEZ LUIS FERNANDO

ASESOR:

DRA. MARIA CECILIA ANZALDO CAMPOS

DICIEMBRE 2015

INDICE

Resumen	
Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema.....	6
Justificación del estudio.....	7
Objetivos.....	8
Material y métodos.....	9
Resultados.....	11
Discusión.....	14
Bibliografía.....	19
Tablas.....	22
Clasificación operacional de variables.....	26
Anexo hoja de recolección de datos.....	39

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme culminar mi especialidad con salud y cumplir una de tantas metas en mi vida.

A mis padres, por haber otorgado la vida y enseñarme a ser una persona con valores.

A mi novia Lily, por su apoyo, amor durante el inicio y final de la especialidad.

A los médicos tutores, por su contribución de conocimientos, apoyo y paciencia, para a Formación como especialista en Medicina Familiar.

“No hay mayor alegría que alcanzar una meta que exigió lo mejor de nosotros”

MORBILIDAD DE EL ADULTO MAYOR EN SAN LUIS RIO COLORADO, SONORA

Urenda-Marquez Luis Fernando, Zonana Nacah Abraham, Duarte Melgoza Maria Eugenia, H. G. R. No. 20, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tijuana, B. C.

Objetivo:

Conocer cuales son las enfermedades que prevalecen en los adultos mayores de 60 años y mas de San Luis Río Colorado, Sonora.

Material y Métodos:

Se realizo un estudio de tipo descriptivo, de Marzo a Agosto de 2003, se consultaron por medio de cuestionario y expediente clínico del turno matutino y vespertino.

Resultados:

El numero de pacientes estudiados fue de 230, de los cuales 62.2% pertenecían al sexo femenino. Se reporto 63.5% de los pacientes con hipertensión como los antecedentes heredo familiares mas importantes, el 46.5% contaban con inmunización antineumococcica y antigripal, el 94.3% presento polifarmacia, con una ingesta de medicamentos de 3.6 ± 1.72 . Dentro de los antecedentes ginecobstetricos el 69.2% se le había realizado detección oportuna de cáncer cervicouterino y el 56.6% detección de cáncer de mama. El mayor numero de padecimientos de consultas subsecuentes correspondió a las cardiovasculares con 70.9%, de las cuales el 67% presenta hipertensión arterial, seguidas de reumatológicas (37.4%) y endocrinas (31.7%), prevaleciendo la enfermedad articular degenerativa y la diabetes mellitus. Los principales motivos de consulta de primera vez fueron las gastropatías con 23.3% (gastroenteritis) seguidos de urológicos (IVU) y otorrinolaringologicos (faringoamigdalitis) en un 18.3% cada uno. La obesidad fue reportada en un 40.4% y 82.2% con actividad física leve.

Conclusiones:

Actualmente en San Luis Río Colorado presenta un panorama de morbilidad similar al resto de la republica mexicana y el mundo dada por la transición demográfica y epidemiológica que se caracteriza por enfermedades no transmisibles, principalmente enfermedades crónico degenerativas, lo que representa un problema de salud publica, por lo que es necesario periodizar los sistemas de recolección de información de las patologías y llevar a cabo programas de prevención y fomento a la salud en todos los grupos erarios.

ANTECEDENTES

El envejecimiento de la población del mundo representa uno de los cambios más significativos y notables de la civilización moderna llamada transición demográfica y su aparición determinan un reto en el diseño, instrumentación y aplicación de las políticas de salud en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo (1,2).

La Organización Mundial de la Salud define al adulto mayor como a toda aquella población igual a 60 años o más. El envejecimiento es un proceso fisiológico que se inicia en el momento de la concepción y se hace más evidente después de la madurez (2).

De acuerdo con la actual tendencia demográfica, la población mayor de 60 años de edad, se ha incrementado en el continente europeo, los EEUU, Canadá, Japón, y en algunas naciones de Latino América, como en el caso de nuestro país (2).

La prevalencia mundial experimento un desarrollo sin precedentes durante la segunda mitad del siglo XX, el número de personas en el planeta se incremento de 2,500 a 6,000 millones, la dinámica del envejecimiento demográfico se acelerará en las próximas décadas y provocara que, al llegar al año 2050, los adultos mayores constituyan poco más de la cuarta parte de los residentes de todos los países. Se estima que para el 2020, el 12% de la población mundial tendrá más de 60 años (2,3).

La población de adultos mayores en el mundo se ha incrementado de 150 a 370 millones solo en los últimos 20 años. Si las tendencias no cambian, se espera que para el año 2004 el número de personas mayores de 60 años sea de 590 millones (2,3).

En 1950 la población de 60 años y más representaba en México el 5.6% de la población total; en 1990 ascendía al 6.2% y para el año 2030 se calcula que será el 12.6%; lo que representa pasar de 5, 016,000 ancianos en 1990 a 6, 253,677 de la población total de ese grupo de edad; el 53% tiene derecho a algún tipo de seguridad social (3,4,6).

Los adultos mayores en el estado de Sonora representan aproximadamente 39,386, que de acuerdo al ámbito nacional representa el 9no lugar. San Luis Río Colorado cuenta con una población total de 148,691 de los cuales se estiman 6,278 adultos mayores. En el Instituto Mexicano del Seguro Social se atienden a 3,961, 3.5% de la población derechohabiente (6,9,29).

No hay duda alguna que la mayor población de México estará compuesta por adultos mayores; si hoy en día uno de cada veinte tiene 60 años o más, en el 2030 representaran uno de cada ocho, y en el 2050 uno de cada cuatro. Y se espera que las cifras de los que tienen más de 80 años (“adultos mayores de mayor edad”) se quintuplique (2,5).

Este cambio en la estructura poblacional se debe a la disminución en la fecundidad y al aumento de la esperanza de vida debido al descenso de la mortalidad (2,6).

El aumento de la esperanza de vida y los cambios demográficos registrados en nuestro país en las últimas décadas han producido un incremento progresivo en el número absoluto y proporcional de los adultos mayores. Hace 1000 años las personas vivían como promedio 25 años, en 1990 la esperanza de vida era de 65 años, de 75 a 84 años

entre 2000 y 2050, es decir que la vida media de los mexicanos al final del horizonte de la proyección será similar a la observada en Japón en fechas recientes (2,4,6).

Esto se acompaña, por lo general de enfermedades crónicas, y en numerosas ocasiones, de tal grado de minusvalía y dependencia, que produce sufrimiento para el propio paciente, así como a sus familiares. Los que se refieren a morbilidad, que son medidos por la demanda de servicios y por investigaciones poblacionales, evidencian de manera general, una mayor frecuencia para el sexo femenino. La evaluación geriátrica es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que pretende cuantificar las capacidades y problemas médicos, psicológicos, sociales y funcionales del anciano, con la intención de elaborar un plan exhaustivo para el tratamiento y seguimiento a largo plazo. Una de las primeras acciones es identificar de manera precisa su situación de salud y enfermedad, la infraestructura que existe para su atención médica y social, el volumen de los recursos humanos que esta en posibilidad de proporcionar esta atención y los nuevos requerimientos que la civilización nos exigirá cumplir en los terrenos anteriores (5, 7,8).

En primer lugar, aumentaban los padecimientos crónico-degenerativos y la discapacidad por el incremento poblacional de las personas de edad avanzada. Esta nueva situación se caracteriza por modos inadecuados de industrialización y urbanización, injusticia social, aumento de la violencia y consumo excesivo, que con frecuencia pueden traducirse en problemas de contaminación atmosférica, accidentes laborales y de tránsito, trastornos mentales, consumo de sustancias nocivas como alcohol y el tabaco, hábitos inadecuados de alimentación y sedentarismo (23, 25,26).

Dentro de las peculiaridades de salud de la población de edad avanzada se pueden distinguir las siguientes, una mayor fragilidad y susceptibilidad ante el medio ambiente (social, económico, físico, emocional, etcétera), la combinación de los efectos del

envejecimiento con la aparición o agravamiento de procesos patológicos, la multimorbilidad de un mismo individuo, la combinación de enfermedades no transmisibles (diabetes, hipertensión, cáncer) con enfermedades transmisibles (diarreas e infecciones respiratorias agudas) y con accidentes, el aumento de la población con problemas de incapacidad o invalidez, por la aparición de secuelas discapacitantes, muchos de los procesos patológicos de esta población se han iniciado en etapas tempranas de la vida o en la adultez, y actualmente se encuentran en estados avanzados con complicaciones y secuelas (10,21).

En México, más de la mitad de los egresos hospitalarios corresponden a enfermedades no transmisibles, y entre las 10 primeras causas de morbilidad, las enfermedades trasmisibles están representadas solo por neumonías, en ambos sexos, y por infecciones intestinales, en los hombres. Cuando padecen más de una enfermedad crónico-degenerativa se traduce en una mayor demanda de servicios de atención médica, duplicidad de esfuerzos y la derrama excesiva de recursos financieros. El cuidado geriátrico se ha enfocado hacia la evaluación global, la prevención de discapacidades y la protección de la independencia, por lo tanto, se requiere una adaptación de los sistemas de salud a las nuevas demandas (12).

Los problemas que comúnmente se presentan en las instituciones de salud son egresos prematuros que generan complicaciones, reingresos y alta probabilidad de morbi-mortalidad, estancias prolongadas mas allá de lo necesario, que propician estados físicos y psicológicos perjudiciales, tratamientos tecnificados y agresivos que aumentan la iatrogénica, limitación de los servicios de salud, por los altos costos de los tratamientos gerontológico, consulta externa en la que se solicitan estudios en cada entrevista, gran numero de medicamentos prescritos y en ocasiones el regreso del paciente que no mejora o empeora (12).

El cambio de la pirámide de población en México acelerara la transición hacia un perfil Epidemiológico dominado por los padecimientos crónico-degenerativos, según estimaciones de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) en 1995, las principales causas de mortalidad en adultos mayores las patologías que destacan son las enfermedades del corazón, los tumores, los accidentes, la diabetes, la enfermedad cerebro vascular y la cirrosis hepática. De acuerdo a las principales causas de morbilidad el sistema único de información para la vigilancia epidemiológica en el año 2000 en México del adulto mayor fueron las enfermedades del aparato genitourinario (16%), las enfermedades del aparato digestivo (13.8%) y las enfermedades del aparato respiratorio (9.5%). Se estima que el numero de personas con algún rasgo de deterioro funcional en la vejez crecerá de 2 millones en el 2000 a 7.3 millones en 2030 y a 15.1 millones en 2050.

El incremento de la población de la tercera edad en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de 1992 al 2002 fue de 87%. Esta tendencia señala un incremento en la demanda de servicios de salud de alta especialidad, de alto costo, larga evolución y atención medica continua (3, 4, 5,6).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La morbilidad del adulto mayor constituye un problema de salud pública en todo el mundo. La morbilidad esta asociada en el adulto mayor, con enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles, las enfermedades crónico-degenerativas se han identificado como las principales causas de mortalidad y morbilidad en todos los países, debido a la transición epidemiológica, es por ello que la principal importancia en el área de la salud sea identificarlas, prevenirlas y llevar a cabo programas que garanticen la promoción y fomento a la salud.

El costo de atención de los problemas de salud de morbilidad que distingue a los individuos de este segmento de la población, aumenta en forma constante debido al incremento económico que hay en el tratamiento y rehabilitación dentro del modelo de atención a la salud que rige en la actualidad; además las oportunidades para prevenir e identificar los problemas de salud que tienen los ancianos son menores, en comparación con los otros grupos etarios.

En México, en general, la información existente sobre la salud de la población envejecida esta muy fragmentada, no aborda todos los problemas de salud y no permite, en la mayoría de los casos periodizarla, por lo que se dificulta ofrecer un panorama integral que capte la complejidad del proceso salud-enfermedad de dicha población.

Esta situación plantea la necesidad de mejorar los sistemas de captación y sistematización de la información en salud que se genera y de realizar estudios que aborden integralmente los problemas de salud.

JUSTIFICACIÓN

México ocupa el séptimo lugar entre los países en envejecimiento acelerado, con un 7 por ciento de la población de 60 años y más. Lo que significa que enfrenta además de los problemas de los jóvenes, la pobreza y las consecuencias del envejecimiento (INEGI 2000).

La transición demográfica en combinación con el éxito en el control de múltiples enfermedades infecciosas o transmisibles y los profundos cambios en el estilo de vida, han impactado en la salud pública de manera determinante en el patrón de morbilidad de nuestro país en el adulto mayor.

Una de las características de la transición epidemiológica en México y en el mundo es la situación de las enfermedades transmisibles por las enfermedades crónico-degenerativas, lo que obliga a analizar la magnitud del proceso salud-enfermedad desde la perspectiva del incremento de la prevalencia, las necesidades de rehabilitación y la planeación de los servicios médicos tanto primarios como especializados, de alto costo, dependientes de la tecnología y de bajo impacto en la salud poblacional.

Dada la importancia de las causas de morbilidad en la tercera edad, este trabajo motiva conocer la prevalencia regional de estos padecimientos y a la vez identificar la situación sociodemográfica.

OBJETIVO GENERAL

Conocer cuales son las enfermedades que prevalecen en los adultos mayores de 60 años en San Luis Río Colorado, Sonora.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo de Marzo a Agosto de 2003. El universo de trabajo fueron adultos mayores de 60 años de edad y más adscritos a la Unidad Medica Familiar No. 12 de Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de San Luis Río Colorado, Sonora.

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes adultos mayores de 60 años de edad y más adscritos que acudían al servicio de consulta externa de Medicina Familiar, del turno matutino y vespertino.

Se les invito a participar en el estudio informándoles el motivo de la investigación y los objetivos del mismo. Aquellos pacientes que accedieron a participar en el estudio se les aplicó un cuestionario estructurado a través de una entrevista directa o indirecta en el consultorio medico. Dicho cuestionario consta de 60 variables que incluyeron datos sociodemográficos (sexo, edad, religión, ocupación, escolaridad, estado civil, ingreso familiar, tipo de población, lugar de nacimiento, tiempo de residencia), tipo de vivienda (material de construcción, hacinamiento, servicios intradomiciliarios), antecedentes heredo familiares (diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer), antecedentes personales patológicos (inmunizaciones, tabaquismo, alcoholismo, toxicomanías o uso de drogas, zoonosis, toma de medicamentos, número de medicamentos, alergias, transfusiones, cirugías), antecedentes ginecobstetricos

(menarca, menopausia, detección oportuna de cáncer cervicouterino, detección oportuna de cáncer de mama, gestaciones, para, abortos, cesárea), uso de terapia hormonal de reemplazo, toma de vitamina D, además se realizó exploración física y evaluación de los siguientes parámetros de laboratorios los cuales fueron biometría hemática (plaquetas, hematocrito, hemoglobina, leucocitos), química sanguínea (colesterol, triglicéridos, glucosa, urea y creatinina) y examen general de orina.

RESULTADOS

Fueron incluidos un total de 230 pacientes adultos mayores de 60 años y más de un total de 3,961 derechohabientes adscritos del turno matutino y vespertino de la Unidad Medica Familiar No. 12 de San Luis Río Colorado, Sonora.

De los 230 pacientes 170 (73.9%) acudieron a consulta subsecuente, 143 (62.2%) fueron del sexo femenino con una edad promedio de 69 ± 6 (60-90), 168 (73%) son originarios de otros estados, el tiempo de residencia fue de 46.01 ± 21.1 años (3-87). Doscientos veinticinco (97.8%) son de religión católica, 151 (65.7%) son casados, 100 (43.5%) reciben un salario mínimo mensual. Las características antropométricas fueron peso de 74.09 ± 12.7 Kg. (40-122), la talla de 1.59 ± 9.3 cm (1.40-1.82) y un índice de masa corporal de 28.97 ± 4.84 (17-41.83). 189 (82.2%) tenían actividad física leve, obesidad 93 (40.4%) y escolaridad con primaria completa 172 (74.8%) como se puede observar en la tabla 1.

La tabla 2, muestra los tipos de vivienda, de los cuales 211 (91.7%) es propia, 155 (67.4%) construidas de ladrillo, 36 (15.7) vivían en hacinamiento, de los servicios intradomiciliarios 228 (99.1%) cuenta con agua potable, 229 (99.6%) luz eléctrica, 194 (84.3%) drenaje, 163 (70.9%) cuenta con teléfono.

La tabla 3, muestra los antecedentes heredo familiares de importancia, la hipertensión arterial en 146 (63.5%), 107 (46.5%) se encuentran con inmunización completa, 66 (28.7%) son fumadores activos, 47 (20.4%) presentan alcoholismo, ninguno usa drogas

o toxicomanías, 69 (30%) tienen zoonosis, 217 (94.3%) toma medicamentos, el número total de medicamentos fue de 3.67 ± 1.72 (1-10), 36 (17.7%) presenta alergias, 13 (5.7%) han recibido transfusión sanguínea, 64 (27.8%) se les ha realizado cirugías de tipo abdominal, de las cuales predomina la hernio plastia con 17 pacientes.

La tabla 4, muestra los antecedentes ginecoobstetricos, 40 (28%) toman terapia hormonal de reemplazo, 31 (21.7%) toma vitamina D, 99 (69.2%) se ha realizado papanicolau, 81 (56.6%), se ha realizado detección oportuna de cáncer de mama, la menarca fue de 13 ± 1.66 años (9 -18), menopausia fue de 44 ± 4.24 años de edad (34-55), tuvieron 6.52 ± 2.78 gestaciones (1-15), 6 ± 2.62 para (1-14), abortos $1.76 \pm .44$ (1-3), cesáreas $1.89 \pm .30$ (1-2).

La tabla 5, muestra los padecimientos por órganos y sistemas en 170 pacientes (73.9%) que fueron vistos como subsecuentes, endocrinos 73 (31.7%), cardiovascular 163 (70.9%), gastrointestinales 21 (9.1%), psiquiátricos 5 (2.2%), dermatológicos 4 (1.7%), oftalmológicos 3 (1.3%), reumatológicos 86 (37.4%), nefrologicos 6 (2.6%), urológicos 7 (3%), fracturas 8 (3.5%), neurológicos 14 (6.1%), ginecológicos 10 (4.3%), otorrinolaringología 3 (1.3%), neumología 6 (2.6%), angiología 22 (9.6%), y oncológicos 5 (2.2%) respectivamente.

La tabla 6, presenta las enfermedades que motivaron consulta de primera vez en 60 pacientes (26.1%), gastrointestinal 14 (23.3%) (Gastroenteritis 7, síndrome de intestino irritable 5, gastritis 1, colédoco litiasis 1), neurológicos 11 (18.3%) (Infección de vías urinarias 7, pielonefritis 3, cólico renoureteral 1), otorrinolaringologicos 12 (18.3%) (Vértigo 4, faringoamigdalitis 3, rinofaringitis 3, hipoacusia bilateral 1), traumatológicos 9 (15%) (Osteocondritis 3, lumbalgia pos-esfuerzo 2, gonartrosis 2, síndrome de hombro doloroso 2), cardiovascular 5 (8.3%) (Angor pectoris 3, epistaxis 1, urgencia hipertensiva 1), neurológicos 2 (3.3%) (Migraña 1, cefalea tensional 1),

oftalmológicos 2 (3.3%) (Pterigion 1, síndrome de ojo seco 1), dermatológicos 3 (5%) (Herpes simple 1, dermatitis por contacto 1, quiste pilonidal 1), ginecológicos 2 (3.3%) (Sangrado uterino anormal 2).

La tabla 7, muestra las frecuencias de las enfermedades crónicas mas frecuentemente observadas en los 230 adultos mayores estudiados, la hipertensión arterial fue de 154 (67%), de los cuales 149 (96.8%) tenían tratamiento medico; enfermedad articular degenerativa 94 (40.9%) con 83 (88.3%) en tratamiento medico; diabetes mellitus 67 (29.1%) de los cuales 66 (98.5%) tenían tratamiento medico y obesidad 143 (62.2%) con 25 (17.5%) en tratamiento medico.

DISCUSION

Los resultados de nuestro estudio dejan constancia de numerosas peculiaridades en la consulta a los pacientes mayores de 60 años o adultos mayores, es evidente el envejecimiento poblacional en el ámbito de la seguridad social, producto de la transición demográfica. Las necesidades de atención de los adultos mayores suelen tener origen en las enfermedades crónico-degenerativas, situación resultante de la transición epidemiológica, ambas condiciones que el país experimenta. Las mujeres asisten más a consulta que los hombres, fenómeno multifactorial presente en todo el mundo (1,2).

Los resultados del análisis de los motivos de consulta fueron congruentes con los de estudios anteriores, en relación con la alta prevalencia de enfermedades crónicas en esta población. Llama la atención la hipertensión arterial (67%), diabetes mellitus (29%) y enfermedad articular degenerativa (40%) respectivamente como causa de consulta (3, 4,12).

La información que se proporciona sobre la morbilidad de enfermedades crónicas en uno de los grupos de mayor riesgo como son los ancianos, resulta de gran utilidad para la elaboración de políticas de educación en salud y de los programas preventivos, ya que muchos de estos padecimientos están asociados con el tipo de dieta, el tabaquismo, la falta de ejercicio y, en general, con los estilos de vida. Las enfermedades crónicas adquieren una connotación distinta en las personas de tercera edad, debido a su latencia prolongada, a los daños irreversibles que provocan y a que es muy factible encontrar una alta morbilidad y discapacidad. Todo ello provoca una demanda

constante y especializada de servicios de salud, tanto en primer, segundo y tercer nivel. La preponderancia femenina con una relación de 3:2 sobre los hombres, es consistente con los hallazgos de otros trabajos (4, 10,12).

A lo largo de la vida, el género implica distintos riesgos y desventajas frente a la salud; los padecimientos crónicos tienen mayor frecuencia e impacto en las mujeres de la tercera edad, puesto que es en ellas donde se detectan las prevalencias más altas, asociadas normalmente con otros padecimientos. Por otra parte, las mujeres se enfrentan a desventajas educacionales, económicas y sociales, lo que las hace más vulnerables dentro del grupo de ancianos (13).

El pronunciamiento de consenso sobre políticas de atención a los ancianos en América Latina, señaladas por la OMS y OPS, destaca la necesidad de mejorar cuantitativamente y cualitativamente la información relevante al tema proceso de envejecimiento, asegurar su difusión adecuada y oportuna y estimular su análisis, pero sobre todo, su utilización en la toma de decisiones. La interacción de la epidemiología y la gerontología ha conducido a producir resultados científicos y clínicos. Es un hecho que la morbilidad en los ancianos varía en forma considerable entre los países y regiones. Por ejemplo la morbilidad por enfermedades cardiovasculares ha disminuido en los países desarrollados como EUA y Finlandia, gracias a que se han efectuado programas eficaces de nutriciones antiarterioesclerosis, y a que se ha adquirido mayor toma de conciencia de la causalidad, de la discapacidad y de la necesidad de una acción preventiva en el ámbito comunitario. La información disponible en América Latina y el Caribe refiere que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbilidad, seguida por tumores malignos y las enfermedades cerebro vasculares, los accidentes y los homicidios. Estudios recientes en México señalan que las

principales causas de morbilidad fueron las enfermedades del corazón, los tumores malignos y la diabetes mellitus (2, 3,13).

De acuerdo con las características de las diferentes etapas de la transición epidemiológica que se reflejan en las causas de enfermedad y muerte y como consecuencia de variables sociales y económicas, es necesario valorar los promedios encontrados en las estadísticas nacionales e institucionales, ya que pierden su sentido de realidad y relevancia cuando se hacen interpretaciones regionales y, sobre todo, en la aplicación práctica de las políticas sobre salud y bienestar en el ámbito local; por lo anterior, en estudios futuros será necesario presentar panoramas epidemiológicos y estadísticas que reflejen características regionales y por clases sociales, de tal manera que los indicadores de enfermedad sean más significativos y por consecuencia de más utilidad.

Cabe resaltar que de la población asegurada de adultos mayores se ha estado incrementado el grupo de jubilados y pensionados. Este grupo es importante puesto que es objeto de programas y acciones específicos de promoción y fomento de salud, y ciertamente los hace una población diferente en cuanto a los factores de riesgo (6).

Con base a lo anterior, se cumplen los aspectos se cumple uno de los aspectos más importantes de la seguridad social “la solidaridad intergeneracional y de consenso”, es decir, que los trabajadores activos contribuyen al financiamiento de las pensiones de los extrabajadores. El panorama de la morbilidad en la población derechohabiente estudiada coincide con el del ámbito nacional, donde se aprecia una clara transición epidemiológica, con predominio en las enfermedades crónico-degenerativas (hipertensión, diabetes, enfermedad articular degenerativa y obesidad), específicamente consideradas como problema de salud pública en el adulto mayor (3, 4,12).

Respecto al análisis de la morbilidad, es cierto que en México los sistemas de estadísticas vitales presenten fallas, que tienen que ver con el desarrollo de sistemas de información de salud desde las fuentes primarias y secundarias, con diferencias en los resultados finales de las estadísticas de morbilidad. En el caso del IMSS, se ha informado de un subregistro de enfermedades que padecen los adultos mayores (12).

La falta de información sobre enfermedades que no necesariamente son motivo de consulta constituye una limitación del presente estudio, por ejemplo, las enfermedades demenciales, nutricionales, odontológicas y otras discapacitantes, es indispensable buscar estrategias para complementar este diagnóstico y obtener una evaluación integral del proceso salud-enfermedad en el adulto mayor y conocer mejor sus necesidades prioritarias. Es aquí donde los estudios epidemiológicos y su vínculo con la gerontología son excelente alternativa para enriquecer el conocimiento científico. Actualmente, la atención se ha enfocado a la restauración del daño y se ha subestimado la importancia de la identificación oportuna de factores de riesgo, a pesar de que esta estrategia ha mostrado beneficios en la población al disminuir la morbilidad por padecimientos propios del adulto mayor y lograr el impacto en el costo económico y social. Por citar algunos ejemplos, se mencionan para las enfermedades infecciosas, factores tales como la falta de higiene personal, de la vivienda y de saneamiento ambiental, y para las enfermedades crónicas, el sobrepeso, la obesidad y los hábitos nocivos a la salud. Las mejores medidas de prevención y control de estos padecimientos resultan de una buena higiene personal, alimentación adecuada, ejercicio, manejo de estrés y, sobre todo de la modificación de ciertos estilos de vida (2,16). Es importante privilegiar el enfoque de riesgo, de prevención, promoción y fomento de la salud con la participación de los adultos mayores, grupos voluntarios, así como estrategias educativas y de promoción a la salud a favor de esta población

para que sea capaz de explotar al máximo su potencial genético de longevidad en ausencia de incapacidad. Conviene fortalecer y estrechar la coordinación intra y extrainstitucional con fin de intercambiar información epidemiológica y proponer programas y acciones de capacitación multidisciplinaria en atención primaria a la salud.

Este análisis de la información deja ver que aun existen insuficientes fuentes de datos, así como falta de evaluación y seguimiento, por lo que es muy importante establecer lineamientos para un sistema de vigilancia epidemiológica que permita contar con información confiable, completa oportuna y sistemática.

Es importante establecer indicadores que ayuden a medir las necesidades de salud y permitan evaluar la efectividad de las intervenciones y que apoyen en la toma de decisiones para la atención integral de la población adulta mayor. El reto es establecer planes de acción integral con la posibilidad de aplicar medidas de intervención en el grupo de jóvenes, con el fin de prevenir los riesgos y disminuir los grados de invalidez en la población en general, así se fomenta la calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Lawrence M., Stephen J., Maxine A., Diagnostico, clínico y tratamiento, 35^a. Edición, 2000; 38:45-68
- 2.-Ruy Laurenti, OPS Perfil Epidemiológico de la Salud del Hombre en la región de las Américas, Una contribución para el enfoque de género. Proyecto presentado a la División de Promoción y Protección de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud 2002
- 3.-Arregui R., Márquez R., Características de la morbilidad en la población mexicana de edad avanzada: un análisis de la Encuesta Nacional de Salud 1988:38:6:430-37
- 4.-Rodríguez L., Martínez G., Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Salud Publica Méx., 1996; 38:448-457
- 5.-Aceves G., Celis J., Cermeno M., Salud del Adulto Mayor, Rev. Salud Publica, IMSS, 1999; 2:401-411
- 6.-Gómez H., Vázquez J., Tamez E., La salud del adulto mayor en el IMSS y su impacto institucional, Rev. Salud Publica, 2002; 12:41:19
- 7.-Cárdenas F., El medico familiar en la atención primaria a la salud, Rev. Med. IMSS, 1999; 33:173-176
- 8.-Moreno S., Cervantes M., Franco L., Curvas de supervivencia en México, Instituto Nacional de Salud Publica, Facultad de Medicina, UNAM, 1999; 25:386-389
- 9.-Gutiérrez R., Envejecimiento, Rev. Fac. Med. UNAM, 1999; 41:5:198-206
- 10.-Sepúlveda J., La salud de la población en edad avanzada en México, Int. J. Med. Science. Phycis. Activity. Sport, 1999; 1:764-71

- 11.-Carrillo G, García R., La atención Integral en Medicina Familiar, Rev. Med. Del IMSS (Méx.) 1999; 33:167-171
- 12.-Castro V., Dantes H., Sánchez J., Tapia R., Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. Salud Publica Méx., 1996; 38:438-447
- 13.-Gutiérrez H., German M., Sánchez P., Salud en las Américas, Organización Panamericana de la Salud, 1999; 1:569-79
- 14.-Sánchez M., Núñez R., Gutiérrez G., Evaluación integral en el adulto mayor por medicina familiar, 2000; 1:430-39
- 15.-Martínez C., Epidemiología de la obesidad: estado actual en los países desarrollados, 2000; 38:45-68 (Medicina Geriátrica, Asociación Española)
- 16.-Rave G., Abellan V., Indicaciones y sugerencias sobre el entrenamiento de fuerza y resistencia en ancianos, Rev. Int. Med.cienc.act.fis.deporte, 2000; 1:423-42
- 17.-González V., Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 2 en México, Med. Int. Méx., 1999; 14:S5-7
- 18.-Gutiérrez R., Envejecimiento, Rev. Fac. Med. UNAM, 1999; 41:5:198-206
- 19.-Rojas F., Lara M., Vázquez S., Prescripción de naproxen en el adulto mayor, Rev. Med IMSS 2002; 40:5:409-414
- 20.-González L., Ríos E., Calderón N., Percepción del adulto mayor sobre el proceso de la muerte, IMSS, Delegación Querétaro, Rev. Salud Publica, 2000; 26: 351-359
- 21.-Siller S., Villafuente B., Serrano M., Una aproximación a las experiencias del proceso de envejecimiento en contextos de pobreza y ruralidad según condición de genero, Rev. Instituto Nacional de Salud Publica, Marzo 2003; 24: 251-60
- 22.-Cárdenas L., Cortes A., Paredes A., Millán F., Lazcano G., Asociación entre el síndrome de caídas y la presencia de enfermedades crónicas en ancianos de Querétaro, UIESS, IMSS, 2002; 16:186-91

- 23.-Espinosa M., Romero Y., Auto cuidado de la Salud para el adulto Mayor, OPS/OMS, 2003; 06:201-229, Lima Perú
- 24.-The practical guide: identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. National Institutes of health, 2000:1:81-94
- 25.-Sarmientos G., Pagola J., Oramas L., Geriatric and the limits of medicine, N. England J. Med 1999;;341:768-769
- 26.-Michael J., Thompson K., New ways to care for older people: Building systems based on evidence, J. Rev. S. y Sociedad, 1999; 5:29-32
- 27.-Almanza M., Mendez J., Manso E., Vega E., Ramos O., The elderly in Cuba: Main demographic trends, mobility and mortality, Rev Cuban Health Public, 1999;12:2:77-90
- 28.-http://www.gob.edo.sonora_ssa.com
- 29.-Norma Oficial Mexicana-167-SSA1-1997, para la atención en servicios de asistencia social a menores y adultos mayores
- 30.-Norma Oficial Mexicana-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica
- 31.-Norma Oficial Mexicana-168-SSA1-1998, del expediente clínico
- 32.-Norma Oficial Mexicana-173-SSA1-1998, para la atención integral a personas con discapacidad

Tabla 1: Antecedentes sociodemográficos del adulto mayor en San Luis Río

Colorado

N = 230

Edad, $X \pm DE$ (rango), años	69 \pm 6 (60-90)
Sexo, femenino, n (%)	143 (62.2)
Estado civil, casado, n (%)	151 (65.7)
Religión, católica, n (%)	225 (97.8)
Ocupación, pensionado, n (%)	121 (52.6)
Salario mínimo mensual, igual, n (%)	100 (43.5)
Originario, otro estado, n (%)	168 (73)
Tiempo de residencia, $X \pm DE$ (rango)	46.01 \pm 21.1 (3-87)
Consulta, subsecuente, n (%)	170 (73.9)
Peso, $X \pm DE$ (rango) Kg.	74.09 \pm 12.7 (40-122)
Talla, $X \pm DE$ (rango) mts.	1.59 \pm 9.3 (1.40-1.82)
Índice de masa corporal, $X \pm$ (rango) Kg. /mt ²	28.87 \pm 4.84 (17-41.83)
Actividad física, leve, n (%)	189 (82.2)
Obesidad, n (%)	93 (40.4)
Educación, primaria completa, n (%)	172 (74.8)

Tabla 2: Tipo de viviendas observadas en San Luis Río Colorado

N = 230

Tipo de vivienda, propia, n (%)	211 (91.7)
Material de construcción, ladrillo, n (%)	155 (67.4)
Hacinamiento, n (%)	36 (15.7)
Agua potable, n (%)	228 (99.1)
Luz eléctrica, n (%)	229 (99.6)
Drenaje, n (%)	194 (84.3)
Teléfono, n (%)	163 (70.9)

Tabla 3: Antecedentes heredo familiares en el adulto mayor en San Luis Río

Colorado

N = 230

Antecedentes heredo familiares de importancia, n (%)	146 (63.5)
Inmunizaciones, n (%)	107 (46.5)
Tabaquismo, n (%)	66 (28.7)
Alcoholismo, n (%)	47 (20.4)
Uso de drogas/toxicomanías, n	0
Zoonosis, n (%)	69 (30)
Toma medicamentos, n (%)	217 (94.3)
Cantidad de medicamentos, $X \pm DE$ (rango)	3.67 ± 1.72 (1-10)
Alergias, n (%)	36 (17.7)
Transfusiones, n (%)	13 (5.7)
Quirúrgicos, n (%)	80 (34.8)
Cirugía, abdominal, n (%) *	64 (27.8)

*Hernio plastia 17 casos.

Tabla 4: Antecedentes ginecoobstetricos de las mujeres en San Luis Río Colorado

N = 143

Terapia hormonal de reemplazo, n (%)	40 (28)
Toma vitamina D, n (%)	31 (21.7)
Detección oportuna de cáncer Cervico-uterino, n (%)	99 (69.2)
Detección oportuna de cáncer de mama, n (%)	81 (56.6)
Menarca, X ± DE (rango), anos	13 ± 1.66 (9-18)
Menopausia, X ± DE (rango), edad de inicio	44 ± 4.24 (34-55)
Gestaciones, X ± DE (rango)	6.52 ± 2.78 (1-15)
Para, X ± DE (rango)	6 ± 2.62 (1-14)
Abortos, X ± DE (rango)	1.76 ± .44 (1-3)
Cesáreas, X ± DE (rango)	1.89 ± .30 (1-2)

Tabla 5: Padecimientos observados en pacientes con consultas subsecuentes

N = 170

Endocrinopatias, n (%)	73 (31.7)
Cardiovasculares, n (%)	163 (70.9)
Gastropatías, n (%)	21 (9.1)
Psiquiátricos, n (%)	5 (2.2)
Dermatológicas, n (%)	4 (1.7)
Oftalmopatias, n (%)	3 (1.3)
Reumatológicas, n (%)	86 (37.4)
Nefropatias, n (%)	6 (2.6)
Uropatias, n (%)	7 (3)
Traumatológicas y ortopédicas, n (%)	8 (3.5)
Neurológicas, n (%)	14 (6.1)
Ginecológicas, n (%)	10 (4.3)
Otorrinolaringopatias, n (%)	3 (1.3)
Neumopatias, n (%)	6 (2.6)
Angiopatias, n (%)	22 (9.6)
Oncológicas, n (%)	5 (2.2)

Tabla 6: Enfermedades que motivaron consulta de primera vez

N = 60

Gastrointestinal, n (%) (Gastroenteritis 7, síndrome de intestino irritable 5)	14 (23.3)
Nefro-urológicas, n (%) (Infección de vías urinarias 7, pielonefritis 3)	11 (18.3)
Otorrinolaringología, n (%) (Vértigo 4, faringoamigdalitis 3, rinofaringitis 3)	12 (18.3)
Traumatología y ortopedia, n (%) (Osteocondritis 3, lumbalgia 2, gonartrosis 2, fracturas 2)	9 (15)
Cardiovascular, n (%) (Angor pectoris 3, urgencia hipertensiva 1, epistaxis 1)	5 (8.3)
Dermatológicos, n (%) (Dermatitis por contacto 1, herpes simple 1, quiste 1)	3 (5)
Ginecológicos, n (%) (Sangrado uterino anormal)	2 (3.3)
Oftalmológicos, n (%) (Pterigion 1, síndrome de ojo seco 1)	2 (3.3)
Neurológicos, n (%) (Migraña 1, cefalea tensional 1)	2 (3.3)

**Tabla 7: Frecuencia de las enfermedades crónicas más frecuentemente observados en
en el adulto mayor**

N = 230

Hipertensión arterial, n (%)	154 (67)
Tratamiento medico antihipertensivo, n (%)	149 (96.8)
Enfermedad articular degenerativa, n (%)	94 (40.9)
Tratamiento médico para enfermedad articular degenerativa, n (%)	83 (36)
Diabetes mellitus, n (%)	67 (98.5)
Tratamiento diabetes mellitus, n (%)	66 (29)
Obesidad, n (%)	93 (40.4)
Tratamiento obesidad, n (%)	25 (17.5)

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Cita	Señalamiento, asignación de día, hora y lugar.	Consulta atendida por el medico tratante.	Cualitativa nominal	1.Primer vez 2.Subsecuente
Folio	Hoja de libro o cuaderno.	Numero asignado al cuestionario del paciente.	Cuantitativa	Numero
Nombre	Palabra con la que se designa una persona o cosa.	Palabra por la que se conoce a los pacientes.	Cualitativa nominal	Se escribe
Cedula	Numero de registro de un documento oficial.	Numero de documento oficial registrado al derechohabiente adscrito al IMSS.	Cuantitativa nominal	Numero
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Tiempo que ha vivido una persona.	Cuantitativa	Numero
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho y a la hembra.	Condición orgánica que distingue al hombre y mujer.	Cualitativa nominal	1.Femenino 2.Masculino
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Grado escolar máximo que tiene una persona.	Cualitativa nominal	1.Primaria 2.Secundaria 3.Preparatoria 4.Profesional 5.Técnicos
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad.	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad.	Cualitativa	Se escribe
Ocupación	Tipo de trabajo principal que efectúa una persona independientemente de su rama de actividad económica.	Tipo de actividad que realiza una persona independientemente si obtiene o no un ingreso económico.	Cualitativa nominal	1.Empleado 2.Desempleado 3.Pensionado 4.Jubilado

Estado civil	Es la situación de la persona en relación con las leyes y costumbres matrimoniales del país.	Estado de las personas ante la sociedad.	Cualitativa nominal	1.Casado 2.Soltero 3.Viudo 4.Unión libre 5.Divorciado
Ingreso familiar	Acción y efecto de ingresar dinero al seno materno.	Total de la reenumeración por el ejercicio de un empleo en un mes por cada uno de los miembros.	Cuantitativa nominal	1.Menor al SM 2.Igual al SM 3.Mayor al SM
Lugar de nacimiento	Es la entidad federal, país o territorio extranjero donde nació la persona.	Lugar de origen de una persona.	Cualitativa	Numero
Tiempo de residencia.	Intervalo de tiempo medido en años cumplidos, vividos por una persona en el lugar donde reside.	Numero de meses, días, años, que las personas viven en un lugar determinado.	Cuantitativa ordinal	Numero
Tipo de población	Conjunto de seres de una misma especie que habitan en un determinado lugar.	Caracterizadas por económicamente activas o inactivas.	Cualitativa nominal	1.Activa 2.Inactiva
Tipo de vivienda	Edificio construcción o habitación realizado de diversos materiales y que son adecuados para que vivan las personas.	Es la que se refiere a la tenencia de la vivienda donde habitan los pacientes.	Cualitativa nominal	1.Propia 2.Renta 3.Otra forma

Material de construcción	Cualquiera de los materiales que se necesitan para construir una obra.	Materiales con los que se encuentra construidas las viviendas.	Cualitativa nominal	1.Ladrillo 2.Madera 3.Mixta
Hacinamiento	Amontonamiento o acumulación de personas en una habitación familiar.	Aglomeración en un mismo lugar de un numero de personas que se considera excesivo (>2).	Cualitativa nominal	1.Si 2.No
Servicios intradomiciliarios	Casa donde uno habita o se hospeda y cuenta con servicios públicos o privados.	Categorizadas por: agua potable, luz eléctrica, drenaje y teléfono.	Cualitativa nominal	1.Si 2.No
Antecedentes heredo familiares	Conjunto de caracteres anatómicos y fisiológicos que los seres vivos heredan de sus progenitores.	Enfermedades patológicas crónicas que se heredan.	Cualitativa nominal	1.HAS 2.DM 3.CANCER 4.HAS+DM 5.HAS+DM+CANCER 6. Ninguna.
Tipo de alimentación	Cualquier sustancia que sirve para nutrir el organismo.	Cualquier sustancia que sirve para nutrir al organismo indicada por el medico.	Cualitativa nominal	1.Si 2.No
Inmunizaciones	Proceso por el que se induce o aumenta la resistencia a una enfermedad infecciosa.	Aplicación de vacunas antineumococcica y antiinfluenzae.	Cualitativa nominal	1.Si 2.No
Tabaquismo	Intoxicación crónica producida por el tabaco.	Consumo diario de tabaco de un individuo.	Cualitativa Nominal.	1.Si 2.No

Alcoholismo	Enfermedad ordinariamente crónica, ocasionada por el abuso o dependencia de alcohol.	Abuso de bebidas alcohólicas en el individuo.	Cualitativa nominal	1.Si 2.No
Toxicomanías.	Habito patológico de intoxicarse con sustancias que procuran sensaciones agradables o que suprimen el dolor.	Habito patológico de intoxicarse con sustancias nocivas a la salud del individuo.	Cualitativa nominal	1.Si 2.No
Zoonosis	Enfermedad propia de los animales, que a veces se comunica a las personas.	Enfermedades transmitidas por los animales domésticos del individuo en su hogar.	Cualitativa nominal	1.Si 2.No
Interrogatorio	Serie de preguntas, comúnmente formuladas por escrito.	Acto de dirigirlas a quien las ha de contestar.	Cualitativa nominal	1.Directo 2.Indirecto
Menarca	Primera menstruación que marca el comienzo de la función menstrual cíclica.	Edad en la que aparece el primer periodo menstrual.	Cuantitativa ordinal	Numero
Menopausia	Periodo de climaterio femenino por el termino de las menstruaciones.	Edad en la que se presenta el último periodo menstrual.	Cuantitativa ordinal	Numero
Terapia Hormonal de Reemplazo	Tratamiento medico hormonal femenino en mujeres menopausicas.	Tratamiento medico hormonal femenino en mujeres menopausicas.	Cualitativa nominal	1.Si 2.No

Tratamiento Vitamina D	Vitamina hiposoluble relacionada con los esteroides esenciales para la formación normal de huesos y dientes y la absorción de calcio y fósforo en el conducto gastrointestinal.	Tratamiento medico indicado en mujeres deficientes de vitamina D.	Cualitativa nominal	1.Si 2.No
Detección oportuna de CACU	Método simple para el examen de células exfoliadas tenidas para detectar cáncer de cerviz.	Realización de papanicolau en el sexo femenino.	Cualitativa nominal	1.Si 2.No
Detección oportuna de cáncer de mama.	Exploración física estática y dinámica para la detección de cáncer de mama.	Realización de exploración física estática y dinámica en el sexo femenino.	Cualitativa nominal	1.Si 2.No
Gestaciones.	Numero de embarazos en la mujer	Numero de embarazos en la mujer	Cuantitativa ordinal	Numero
Para	Intervención vaginal que tiene por objeto extraer el producto de la concepción (vivo o muerto) después de la semana 20	Extracción del producto de la concepción después de la semana 20 de embarazo	Cuantitativa ordinal	Numero
Aborto	Expulsión del producto mayor de 499 gr. de la gestación durante las primeras 20 semanas	Expulsión del producto de la gestación durante las primeras 20 semanas	Cuantitativa ordinal	Numero

Tacto rectal	Exploración física digital rectal para la detección de cáncer de próstata	Exploración física rectal para la detección de prostatitis	Cualitativa nominal	1.Si 2.No
Antecedentes quirúrgicos y tipo de cirugías	Tratamiento medico utilizado por medio de técnicas quirúrgicas que requieren anestesia	Tratamiento medico quirúrgico practicado en el paciente	Cualitativa y cuantitativa nominal	1.Si 2.No y 1.Cabeza 2.Tórax 3.Abdomen 4.Extremidades
Antecedentes transfusionales	Introducción a la corriente sanguínea de sangre completa o componentes de la misma, como plasma, plaquetas o eritrocitos	Introducción a la corriente sanguínea de componentes de la sangre	Cualitativa nominal	1.Si 2.No
Alergias	Reacción de hipersensibilidad frente a ciertos antígenos inocuos en si mismos	Reacción de hipersensibilidad frente a ciertos antígenos	Cualitativa nominal	1.Si 2.No
Medicamentos	Fármaco u otra sustancia que se utiliza como medicina	Uso automedicado o prescrito por medico de una sustancia que se utiliza como medicina	Cualitativa nominal	1.Si 2.No
Numero de medicamentos	Administración de una medicina en cantidad y dosis	Cantidad de medicamentos automedicados o prescritos por medico	Cualitativa nominal	1.Si 2.No

Motivo de consulta	Visita del paciente que recibe el medico en su consultorio	Padecimiento que atiende el medico en su consultorio	Cualitativa	Se escribe
Antecedentes personales patológicos	Antecedentes de enfermedades del paciente que afectan la salud	Padecimientos del paciente que acude a consulta en el expediente clínico e interrogatorio	Cualitativa	Se escribe
Hipertensión arterial	Cifras tensionales arteriales iguales o superiores a 140/90 mmHg	Cifras tensionales arteriales iguales o superiores a 160/90 mmHg en el expediente clínico del paciente	Cuantitativa nominal	1.Si 2.No
Tratamiento HAS	Tratamiento medico farmacológico o no farmacológico de HAS (NOM)	Tratamiento medico farmacológico o no farmacológico de HAS	Cuantitativa nominal	1.Si 2.No
Diabetes Mellitus	Valores de glicemia venosa iguales o superiores a 120mg/dl en ayunas o iguales o superiores a 200mg/dl en toma casual	Valores de glicemia venosa iguales o superiores a 120mg/dl en ayunas en el expediente clínico del paciente	Cuantitativa nominal	1.Si 2.No
Obesidad	Situación en la que una acumulación anormal o excesiva de grasa perjudica a la salud	Se determina la obesidad en el adulto con un índice de masa corporal = o > 30	Cuantitativa nominal	1.<18 bajo peso 2.18-24.9 normal 3.25-29.9 sobrepeso 4.30-34.9 obesidad G I 5.35-39.9 obesidad GII 6.40 o > GIII

Enfermedad articular degenerativa	Alteración crónica no inflamatoria de las articulaciones móviles que se caracteriza por degeneración del cartílago articular, formación de osteofitos marginales	Diagnóstico clínico por exploración física y expediente clínico del paciente	Cualitativa nominal	1.Si 2.No
Tratamiento medico para obesidad, diabetes mellitus y enfermedad articular degenerativa	Tratamiento medico farmacológico o no farmacológico de los padecimientos DM, EAD y Obesidad de acuerdo a la NOM	Tratamiento medico farmacológico o no farmacológico de los padecimientos de DM, EAD y Obesidad en el expediente clínico del paciente	Cualitativa nominal	1.Si 2.No
Peso	Resultado de la acción de la gravedad sobre el cuerpo humano	Total de kilogramos con gramos en el paciente por medio de bascula	Cuantitativa	Numero
Talla	Estatura o longitud del cuerpo humano desde la planta de los pies hasta el vértice de la cabeza	En metros con centímetros	Cuantitativa	Numero
Índice de masa corporal	Relación constante que existe entre peso y la talla al cuadrado en individuos	Se expresa como peso (Kg.)/talla (cm.) ²	Cuantitativa nominal	Numero

Perdida de peso	Es la disminución del peso corporal sin una causa deliberada	Es la establecida al comparar el peso actual con un registro previo en el expediente clínico	Cuantitativa nominal	1.Si 2.No
actividad física	Es el estado de permanecer activo (con acción o movimiento)	La categorizada dependiendo del tipo de actividad realizada diariamente por el paciente	Cuantitativa nominal	1.Leve 2.Moderada 3.Intensa
Frecuencia cardiaca	Frecuencia del pulso calculada mediante el recuento del numero de contracciones ventriculares por unidad de tiempo	Frecuencia del pulso o auscultación cardiaca en un minuto en el paciente	Cuantitativa	Numero de veces por minuto
Frecuencia respiratoria	Numero de respiraciones en reposo	Numero de respiraciones en un minuto por medio de auscultación	Cuantitativa	Numero de veces por minuto
Temperatura	Nivel de calor producido y mantenido por los procesos metabólicos	Cuantificación en grados centígrados axilar en tres minutos	Cuantitativa	Numero en grados centígrados
Tensión arterial sistólica	Presión en el manguito existente en las grandes arterias por primera vez al tono cardiaco	Auscultación con esfigomanometro en mmHg	Cuantitativa	MmHg
Tensión arterial diastolita	Presión en el manguito existente en las grandes arterias al dejarse oír los tonos	Auscultación con esfigomanometro en mmHg	Cuantitativa	MmHg

Exploración física	Investigación de los distintas partes del organismo para determinar su estado de salud con la ayuda de las técnicas de inspección, palpación, percusión, auscultación y olfacción	Investigación por aparatos y sistemas del paciente por medio de inspección, palpación, percusión, auscultación y olfacción	cualitativas	Se escriben
Biometría hemática	Mide el #GR, cantidad total hb, la fracción compuesta de GR (hto), el tamaño de GR (VCM)	Determinar los valores de leucocitos, hemoglobina, hematocrito y plaquetas del expediente clínico	Cuantitativas nominal	1.Normal 2.Alto 3.Bajo
Química sanguínea	Mide los compuestos orgánicos sanguíneos de la biotransformación de CH, aminoácidos, lípidos, etc.	Determinar los valores de glucosa, urea, creatinina, colesterol y triglicéridos del expediente clínico	Cuantitativas nominal	1.Normal 2.Alto 3.Bajo
Examen general de orina	Examina por medios físicos o químicos y comprende una serie de exámenes químicos y microscópicos que ayudan el tamizaje de IVU, renal y enfermedades de otros órganos que hace que aparezcan los metabolitos anormales sangre	Determinar los valores de bacterias y leucocitos del expediente clínico	Cuantitativas nominal	1.No Patológico 2.Patológico

CAPTACION DE DATOS EN ADULTOS >60 A.DE EDAD S.L.R.C. marzo-ago. 2003

1.CITA PRIMERA VEZ (1)SI (2)NO CONSULTORIO _____
1.FOLIO. _____ 2.NOMBRE: _____

3.CEDULA: _____ 4.EDAD: _____ 5.SEXO: (1)FEMENINO (2)MASCULINO

6.ESTADO CIVIL:(1)CASADO (2)SOLTERO (3)VIUDO (4)UNION
LIBRE(5)DIVORCIADO _____

7.ESCOLARIDAD: (1)ANALFABETA (2)PRIMARIA (3)SECUNDARIA
(4)PREPARATORIA (5)TÉCNICA (6)PROFESIONAL (7)MAESTRIA

8.RELIGIÓN: (1)SI (2)NO CUAL _____

9.OCUPACIÓN:(1)EMPLEADO (2)DESEMPLEADO(3)PENSIONADO(4)JUBILADO

10.INGRESO FAMILIAR: SALARIO MINIMO MENSUAL (1)BAJO (2)SM (3)ALTO

11.LUGAR DE
NACIMIENTO: _____

12.TIEMPO DE RESIDENCIA SLRC:
(ANOS) _____

13.TIPO DE POBLACIÓN: (1)ECON.ACTIVA (2)ECONÓMICAMENTE INACTIVA

14.TIPO DE VIVIENDA: (1)PROPIA (2)RENTA(3)OTRO PRESTADA
MAT. DE CONSTRUCCIÓN: (1)LADRILLO (2)MADERA (3)MIXTO
HACINAMIENTO: (1)SI (2)NO

15.SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS: AGUA:POTABLE (1)SI (2)NO
LUZ:ELECTRICA (1)SI (2)NO
DRENAJE: (1)SI (2)NO
TELEFONO: (1)SI (2) NO

16.AHF: (1)HTA (2)DM (3)CARDIOPATIAS (4)TBP (5)DEMENCIA (6)DEPRESIÓN
(7) CANCER(8)OTRAS(SI),(NO): _____

17.TIPO ALIMENTACIÓN: (1)SI DIETA MEDICA (2)NO

18.INMUNIZACIONES: 1(SI), 2(NO): SI CUALES? _____

19.TABAQUISMO:(1)SI (2)NO _____

20.ALCOHOLISMO: (1)SI (2)NO _____

21.TOXICOMANIAS: (1)SI (2)NO _____

22.ZOONOSIS: (1)SI (2)NO _____

23.DROGAS: (1)SI (2)NO _____ TIPO: _____

24.INTERROGATORIO: (1)DIRECTO (2)INDIRECTO _____

24.MENARCA _____ ANOS, MENOPAUSIA _____ ANOS, THR (1)SI (2)NO VITAMINA D (1)SI
(2)NO PAP: (1)SI (2)NO DOM: (1)SI (2)NO
G _____ P _____ C _____ A _____

TACTO RECTAL: (1)SI (2)NO
25.QUIRÚRGICOS:(1)SI (2)NO _____

26.TRANSFUNCIONALES: (1)SI (2)NO _____

27.ALERGIAS: (1)SI (2)NO _____
TIPO DE ALERGIA: _____

TOMA MEDICAMENTO: (1)SI (2)NO

#MEDICAMENTOS: _____

NOMBRE MEDICAMENTO(S)Y DOSIS _____
