

**Medicentro 1998, 2(n.esp.)**

**HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE CLINICOQUIRÚRGICO  
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

**MORBILIDAD EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. ESTUDIO DE DOS AÑOS**

Por:

Dr. Gilberto Cairo Sáez<sup>1</sup>, Dr. Durlan Vidal González<sup>2</sup>, Dr Amaury Bendoiro Madrigal<sup>1</sup> y Dr. Antonio Artiles Artiles<sup>3</sup>.

1. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico de Santa Clara, VC. Instructor. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico de Santa Clara, VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar del ISCM-VC y consultante de la cátedra de Clínica Médica del Hospital Provincial de Santa Clara, VC.

**RESUMEN**

Se realizó un estudio de los 4 322 egresados directos del servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico de Santa Clara, durante los años 1992-1993, con el objetivo de conocer la estructura y comportamiento de la morbilidad en este servicio. Para clasificar las enfermedades se utilizó la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. Se determinó la frecuencia con que se afectaron los aparatos, los diez diagnósticos al egreso más frecuentes y su relación con la edad y el sexo. Se analizó la correspondencia del diagnóstico ingreso-egreso. La edad media de la muestra fue 55,43 años, y el 41,53 % de los egresados tenía más de 65 años. Los aparatos respiratorio y cardiovascular fueron los más afectados, y resultó llamativa la morbilidad por enfermedades infecciosas. Los tres diagnósticos más frecuentes al egreso fueron : neumonía, cardiopatía isquémica y enfermedades pulmonares obstructivas ( bronquitis, enfisema y asma).

**Descriptor DeCS:** CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES/epidemiología, MORBILIDAD

**SUMMARY**

Four thousands three hundred and twenty-two direct discharged patients from the Internal Medicine Service of the Provincial Teaching Clinical-Surgical Hospital of Santa Clara city were studied during the period 1992-1993 to establish morbidity trends in this service. The 9th. Revision of the International Disease classification of the world Health Organization was used to classify the illnesses. The rate of system impairment the ten most frequently found diagnoses at the time of discharge and their relation to age and sex were established. The relationship admission-discharge diagnosis was analyzed. The mean age of studied population was 55,43 years and 41,53 % of the discharged patients were more than 65 years. The cardiovascular and respiratory systems were the most affected ones and infectious disease morbidity was remarkable. The three most frequently found diagnoses were: pneumonia, ischemic heart disease, and obstructive lung diseases (bronchitis, emphysema and asthma).

**Subject headings:** DISEASES CLASSIFICATION/epidemiology, MORBIDITY

## INTRODUCCIÓN

En épocas precedentes, los estudios de morbilidad tenían la dificultad de no realizarse por un método único. Después de los trabajos de Virchow, William Farr y otros, gran cantidad de especialistas han trabajado para unificar de forma internacional los métodos de estudio sobre la morbilidad, y se logró un consenso para obtener las fuentes y variantes de la morbilidad, en el Comité de expertos de Medicina Social y Salud Pública de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En las últimas décadas se ha observado un cambio en la estructura de la morbilidad, y actualmente el componente principal de la misma son las enfermedades crónicas. Este cambio está en relación muy directa con el aumento de la expectativa de vida, pues está plenamente demostrado que los problemas de salud en las personas jóvenes difieren de aquellos que se presentan en las de mayor edad.

Para dar una respuesta al objetivo de la OMS "Salud para Todos en el año 2000", la salud pública enfrenta ahora nuevos problemas organizativos y asistenciales. Por tanto, el estudio de la morbilidad resulta indispensable para la planificación de salud y su fundamentación científico-técnica<sup>1</sup>.

Las estadísticas de los hospitales constituyen uno de los elementos más importantes para conocer la morbilidad, pues son continuas y permiten obtener información para hacer estudios y comparar las diferencias de la estructura de la morbilidad<sup>4</sup>. Además, hay que tener en cuenta el estudio de la morbilidad hospitalaria para analizar el indicador costo-beneficio y los costos en general<sup>3</sup>. Por todas estas razones, el presente trabajo se diseñó con el objetivo de conocer la estructura de la morbilidad en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo en el servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico de Santa Clara, durante los años 1992 y 1993. En 1992 el servicio contaba con 57 camas (28 para hombres 29 para mujeres), mientras que en 1993 su número ascendió a 66, distribuidas equitativamente para ambos sexos. Se incluyeron en la investigación los egresos directos de dicho servicio entre el 1ro de enero de 1992 y el 31 de diciembre de 1993.

Se consideraron las variables : sexo, edad, diagnóstico al ingreso y diagnóstico al egreso; cuando existieron varios en este último caso, se consideró el que correspondía al motivo de ingreso.

Los diagnósticos fueron registrados de acuerdo con la nomenclatura de la novena edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS<sup>4</sup>; se determinó la frecuencia de las enfermedades por sistemas: respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, hemolinfopoyético, endocrino-metabólico, neurológico, sistema osteomioarticular (SOMA) y enfermedades del tejido conectivo juntos; el resto se consideró en misceláneas. Se hicieron aparte dos acápite: uno para las enfermedades infecciosas – que incluyó las enfermedades transmisibles, el síndrome febril agudo (SFA) y crónico, y la sepsis generalizada – , y otro para las neoplasias, en el cual se incluyeron todas las enfermedades malignas. Para el análisis de las tablas se consideraron el asma, la bronquitis y el enfisema juntos, como enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC).

Se realizaron pruebas de hipótesis para la comparación de proporciones y la prueba de Ji cuadrado en aquellos casos en que resultó de interés. Se utilizó una "Micro PC" y el sistema MICROSTAT.

## RESULTADOS

Integraron la muestra 4 322 pacientes que representaron el 19,83 % del total de egresos hospitalarios en el período estudiado (21 795). En la tabla 1 se refleja la distribución de los egresos por edades y sexo. Se observó que entre el total de hombres (2 189) y el de mujeres (2 133) no existió diferencia estadísticamente significativa ( $p > 0.05$ ); sin embargo, la prueba de Ji cuadrado demostró que no hubo

independencia entre las variables edad y sexo ( $p < 0.001$ ). La comparación de proporciones entre hombres y mujeres por grupos de edades arrojó que en los primeros predominaron las edades extremas, pero entre 35 y 74 años se encontraron más mujeres, particularmente en el grupo de 45 a 54 años. La edad media de la muestra fue de 55,43 años.

**Tabla 1:** Distribución de los egresos del servicio de medicina por edad y sexo.

Grupos de edades	Total		Hombres		Mujeres		p
	No.	%	No.	%	No.	%	
15-24	460	10,64	247	59,57	186	40,43	< 0,001
25-34	540	12,49	291	53,89	249	46,11	< 0,05
35-44	432	10,00	199	46,06	233	53,94	NS
45-54	565	13,07	251	44,42	314	55,58	< 0,01
55-64	530	12,26	245	46,23	285	53,77	< 0,05
65-74	740	17,12	359	48,51	381	51,49	NS
+ 75	1055	24,41	570	54,03	485	45,97	< 0,01
Total	4322	100,00	2189	50,64	2133	49,36	NS

$X^2 = 39,604$  GL = 6  $p = 0,00$

Fuente: Registro de ingresos y egresos del servicio de Medicina Interna.

El aparato más afectado fue el respiratorio, seguido del cardiovascular y de las enfermedades infecciosas (tabla 2).

**Tabla 2** Frecuencia de la afectación por aparatos según los diagnósticos al egreso.

Aparatos o sistemas	Total	%
Respiratorio	929	21,49
Cardiovascular	838	19,38
Enfermedades infecciosas	599	13,85
Neurológico	509	11,78
Digestivo	372	8,60
Hemolinfopoyético	210	4,85
Neoplasias	198	4,58
Endocrinometabólico	185	4,28
Genitourinario	130	3,00
Soma* y enfermedades del colágeno	76	1,76
Misceláneas	276	6,38
Total	4322	100,00

Fuente: Registros de ingresos y egresos del servicio de Medicina Interna.

\* Sistema osteomioarticular

Los diez diagnósticos al egreso más frecuentes y su distribución por grupos de edades se muestran en la tabla 3.

**Tabla 3** Distribución por grupos de edades de las enfermedades más frecuentes según los diagnósticos al egreso.

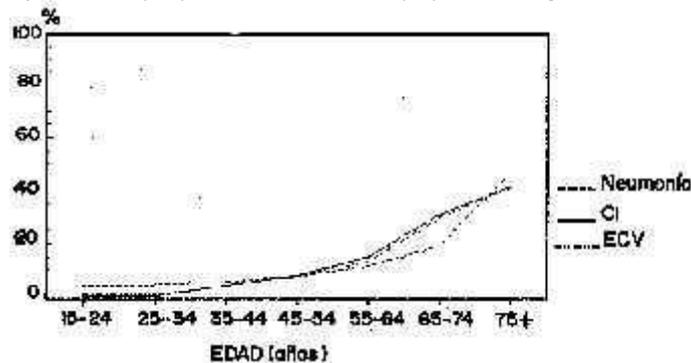
Enfermedades	Grupos de edades															
	15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		+ 75		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Neumonía	20	4,1	23	4,8	27	5,6	37	7,7	56	11,7	92	19,2	223	46,6	478	11,0
Cardiopatía isquémica	1	0,2	1	0,2	16	3,9	33	8,0	61	14,8	127	30,9	171	41,7	410	9,4
Bronquitis, enfisema y asma	48	12,8	58	15,5	43	11,5	48	12,8	50	13,3	52	13,9	75	20,5	374	8,7
Enfermedades cerebrovasculares	3	0,9	3	0,9	13	4,2	27	8,7	42	13,5	93	30,0	128	41,4	309	7,1
Leptospirosis	42	23,3	58	32,2	34	18,8	21	11,6	14	7,7	8	4,4	3	1,6	180	4,1
Enfermedad diarreica aguda	17	10,3	30	18,1	18	10,9	18	10,9	9	5,4	25	15,1	48	29,0	165	3,8
Hipertensión arterial	12	7,4	17	10,4	15	9,2	40	24,6	28	17,2	21	12,9	29	17,9	162	3,7
Diabetes mellitus	7	4,5	19	12,2	18	11,6	27	17,4	30	19,3	28	18,0	26	16,7	155	3,5
Infección vírica inespecífica	62	43,0	46	31,9	14	9,7	11	7,6	3	2,0	5	3,4	3	2,0	144	3,3
Intento suicida	35	27,3	43	33,5	17	13,2	14	10,9	8	6,2	6	4,6	5	3,9	128	3,0

Total de la muestra: 4 322.

Tasa x 100

Fuente: Registros de ingresos y egresos del servicio de Medicina Interna.

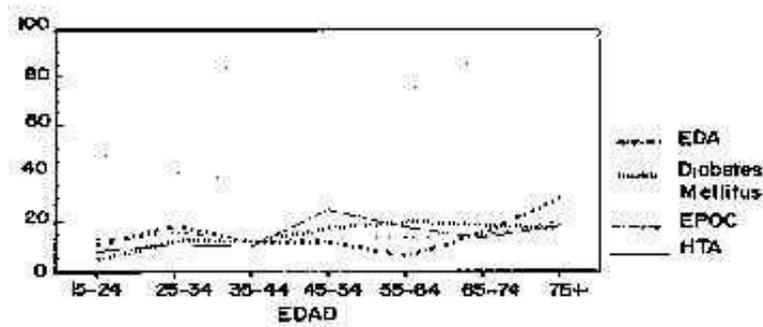
Las figuras ilustran la variación de la estructura de la morbilidad en relación con la edad: los ingresos por enfermedades cerebrovasculares (ECV), cardiopatía isquémica (CI) y neumonía tienen una tendencia a aumentar (Figura 1); la hipertensión arterial (HTA), EPOC, diabetes mellitus y enfermedad diarreica aguda (EDA), variaron poco (Figura 2), mientras que la leptospirosis, infecciones víricas inespecíficas (IVI) e intento suicida (IS), disminuyeron con la edad (Figura 3).



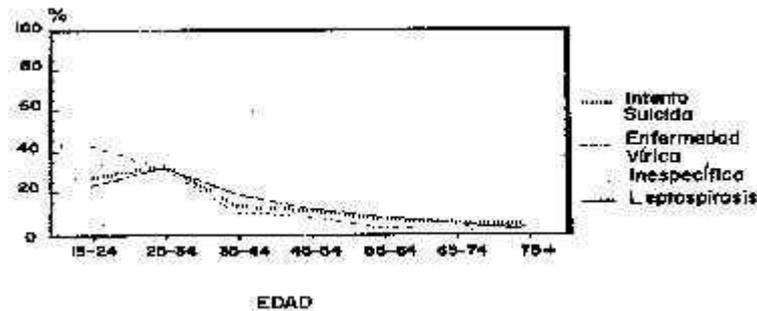
CI - Cardiopatía isquémica

ECV - Enfermedad cerebrovascular

**Figura 1** Frecuencia por grupos de edades. Enfermedades que aumentan con la edad.



EPOC - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica  
**Figura 2** Frecuencia por grupos de edades. Enfermedades que varían poco con la edad.



**Figura 3** Frecuencia por grupos de edades. Enfermedades que disminuyen con la edad.

En la tabla 4 se observa la distribución por sexo de los diez diagnósticos más frecuentes. La leptospirosis y las IVI predominaron en el sexo masculino, con una diferencia muy altamente significativa ( $p < 0,001$ ); mientras que la diabetes mellitus y los intentos suicidas se presentaron más en mujeres, también con una diferencia altamente significativa ( $p < 0,001$ ).

**Tabla 4** Distribución por sexo de las enfermedades más frecuentes según los diagnósticos al regreso.

Enfermedades	Total		Hombres		Mujeres		p
	No.	%	No.	%	No.	%	
Neumonía	478	11,05	260	54,39	218	45,61	< 0,05
Cardiopatía isquémica	410	9,48	221	55,90	189	46,10	NS
Bronquitis, enfisema y asma	374	8,65	143	38,24	231	61,76	< 0,001
Enfermedades cerebrovasculares	309	7,14	173	55,99	136	44,01	< 0,05
Leptospirosis	180	4,16	171	95,00	9	5,00	< 0,001
Enfermedad diarreica aguda.	165	3,81	95	57,58	70	42,42	< 0,05
Hipertensión arterial	162	3,74	73	45,06	89	54,94	NS
Diabetes mellitus	155	3,58	45	29,03	110	70,97	< 0,001
Infecciones víricas inespecíficas.	144	3,33	125	86,81	19	13,19	< 0,001
Intento suicida	128	2,96	26	20,31	102	76,69	< 0,001

Fuente: Registros de ingresos y egresos del servicio de Medicina Interna.

## DISCUSIÓN

La estructura y comportamiento de la morbilidad general de nuestro servicio es similar a lo informado en la mayor parte de la bibliografía consultada<sup>5-8</sup>. Nuestro trabajo reafirma la idea de Eisenberg<sup>9</sup> y de McCue<sup>10</sup> de que los pacientes que ingresan en los servicios de Medicina Interna son cada vez más viejos, pues el 41,53 % de los hospitalizados tenían más de 65 años. Esto se debe a que las causas de ingreso más frecuentes se presentaron en los pacientes de mayor edad, lo cual es un hecho esperado dada la alta esperanza de vida al nacer en nuestro país. A medida que aumenta la edad, aumenta el tiempo de exposición a los factores de riesgo y la necesidad de hospitalización por enfermedades crónicas. Montelongo<sup>7</sup> encontró una relación ingreso-edades con una proporción similar a la observada en nuestro estudio, sobre todo en mayores de 65 años.

Resultó llamativa la alta morbilidad de las enfermedades infecciosas debido a que no se encontraron entre las más frecuentes en otros trabajos realizados en el país<sup>8-10</sup>.

Según Frenk<sup>12</sup>, algunos países en vías de desarrollo de América Latina están pasando por una transición epidemiológica, que se caracteriza, entre otras cosas, por una alta incidencia de enfermedades infecciosas que ya habían sido controladas; aunque el modelo de Cuba no es exactamente éste, la base de esta paradoja es la inestabilidad económica, y en estos momentos también nuestro país atraviesa por dificultades de este tipo.

La neumonía fue el diagnóstico más frecuente al egreso. Esta enfermedad se ha mantenido durante años como la mayor morbilidad en los servicios de Medicina Interna<sup>13</sup>.

Se presentó fundamentalmente en mayores de 75 años, y la explicación puede estar relacionada con la poca actividad de los ancianos en la comunidad, la disfunción de los mecanismos de defensa, el mayor índice de ingresos y factores yatrógenos<sup>14</sup>, así como la coexistencia de otras enfermedades<sup>15</sup>. Para Ríos<sup>11</sup> y Montelongo y Fernández<sup>10</sup>, la neumonía fue también la enfermedad más frecuente.

La cardiopatía isquémica aumentó su frecuencia con la edad -sobre todo en los mayores de 55 años-, lo cual se corresponde con elementos propios de su comportamiento epidemiológico. Las enfermedades pulmonares se comportaron de forma estable para todas las edades, como se demuestra en la figura 2. Esta tendencia puede explicarse porque aunque el asma disminuye su incidencia de ingresos con la edad, la bronquitis crónica y el enfisema tienden a aumentarla<sup>16</sup>. Más del 70 % de los pacientes que sufrieron enfermedades cerebrovasculares tenían edades superiores a los 65 años. Según Walshe<sup>17</sup>, la progresión de la arteriosclerosis y el aumento del tiempo de exposición a los factores de riesgo justifican este hallazgo, que además es frecuente en la literatura médica.

La leptospirosis se observó sobre todo entre los jóvenes menores de 35 años, edades en las que se informa el mayor número de casos, al parecer por ser la edad de mayor actividad agrícola<sup>18</sup>. La enfermedad diarreica aguda afectó más a pacientes mayores de 75 años; aunque con poca variación, en sentido general, para los distintos grupos de edades, fue la sexta entre los diagnósticos al egreso y no había sido encontrada con esa frecuencia en otras investigaciones nacionales<sup>8</sup>. Sin embargo, en países como Suecia, aún constituye un motivo de ingreso importante<sup>19</sup>, y en los Estados Unidos de Norteamérica, aproximadamente 8,2 millones de pacientes solicitan atención médica por diarrea aguda por año, y 250 000 requieren hospitalización<sup>20</sup>.

Un hecho relevante fue el número de pacientes con infecciones víricas inespecíficas que egresaron de las salas de medicina, porque esta enfermedad habitualmente no requiere hospitalización. Consideramos que la causa fue un enfoque inadecuado del diagnóstico de la fiebre aguda en el servicio de urgencias, que estuvo determinado, muchas veces, por el temor al error. El ingreso excesivo de los pacientes febriles viene ocurriendo desde finales de los años setenta, a raíz de las epidemias de dengue, y más tarde de meningitis meningocócica, y ahora es sostenido por la alta incidencia de leptospirosis. En el caso de la epidemia de enfermedad meningocócica, esta posición estuvo bien argumentada, y, por lo tanto justificada, pero en el momento actual es cuestionable. El ingreso de un síndrome febril agudo que ofrece dudas después de una buena valoración, es una conducta adecuada. El problema aparece cuando se le impone al paciente un diagnóstico a toda costa, porque muchos ingresan con el diagnóstico de leptospirosis, a pesar de tratarse de afecciones virales o de otras que carecen de importancia, lo que implica un gasto inadecuado de medicamentos

y otros recursos. Por tanto, es más recomendable ingresar a estos pacientes con el diagnóstico de síndrome febril agudo y revalorarlos periódicamente, si la evaluación clínica inicial del paciente así lo aconseja, o de lo contrario seguirlo ambulatoriamente aprovechando nuestra infraestructura de salud, ya que aunque es conocida la gravedad del síndrome de Weil, la leptospirosis no tiene evolución ni un desenlace comparables a los de la enfermedad meningocócica. Consideramos, además, que por la alta incidencia de leptospirosis en nuestro país, puede resultar más científico y más práctico facilitar la realización de la prueba de leptospira y agilizar la disponibilidad del resultado por el médico de cabecera de los pacientes que ingresen por SFA.

En nuestra opinión, el riesgo no radica en no ingresar al paciente, sino en no darle un seguimiento adecuado para revalorar el diagnóstico cuantas veces sea necesario.

Tanto la neumonía como la CI, las EPOC, las ECV y la diabetes mellitus, aparecen entre los primeros diagnósticos al egreso del servicio de Medicina Interna en otras series<sup>7,8</sup>. En general, los resultados obtenidos respecto a la distribución de las diez enfermedades más frecuentes por edad y sexo, concuerda con el patrón clínico-epidemiológico propio de las mismas<sup>16</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ledo Duarte SR, Cobas Manrique J. La morbilidad y el proceso de planificación de la salud. *Rev Cubana Adm Salud* 1981;7(3):323-330.
2. Fries JJ. La comprensión de la morbilidad. *Foro Mundial Salud* 1985;6(1):55-60.
3. Amaro Chelala JR, Batista Veranes M. Los indicadores hospitalarios. *Rev Med Militar* 1989;3(2):48-52.
4. OMS. Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción. 9 ed. Washington : Organización Panamericana de la Salud, 1978:68.
5. García Saavedra V. Estudio comparativo 1984-1989 de la morbilidad en el servicio de medicina interna de un hospital general de nivel secundario. *An Med Intern* 1991;8(6):284-288.
6. Viana A. Análisis de 14 000 enfermos ingresados en un servicio de Medicina Interna durante los años 1982-1988. *An Med Intern* 1990;9(7):459-462.
7. Montelongo Masdías G, Fernández González MC. Estudio comparativo de la estructura de la morbilidad y el comportamiento de la estadía en cuatro servicios de medicina interna de Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Adm Salud* 1985;11(4):388-401.
8. Rios Massabot NE. Principales diagnósticos de egreso en los servicios de medicina interna. *Rev Cubana Adm Salud* 1975;1(3-4):175-187.
9. Eisenberg JM. The Internist as gatekeeper. *Ann Intern Med* 1985;102(9):537-543.
10. McCue JD. The Distrees of intership. *N Engl J Med* 1985;312(7):449-452.
11. Shewry MC. Variation in coronary risk factors by social status: results from the Scottish Heart Health Study. *Br J Gen Pract* 1992;428(363):406-410.
12. Frenk J. La Transición epidemiológica en América Latina. *Bol Oficina Sanit Panam* 1991;111(6):485-496.
13. González Posada J. Patrones de morbilidad hospitalaria. *Salud Pública Mex* 1986;28(4):348-353.
14. Ely EW, Haponik EF. Pneumonia in the elderly. *J Thorac Imaging* 1991;6(3):45-61.
15. Saint-Jean O. Polypathology and co-morbidity: a dynamic way for describing morbidity in aged patients. Study of 100 patients, age 80 and over in a short-stay geriatric internal medicine unit. *Ann Med Internal* 1991;142(8):563-569.
16. Stein JH. *Medicina Interna*. Barcelona : Salvat, 1987:669-682,1282-1291.
17. Walshed TM. Planteamiento de la patología cerebrovascular. En: *Manual de problemas clínicos en Medicina Geriátrica*. La Habana: Ciencias Médicas, s/a:363-367.
18. Roura Carrasco J. Estudio clínico de la leptospirosis humana: a propósito de 215 casos. *Rev Clin Esp* 1992;190(8):389-392.
19. Riverón Corteguera R. Mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años: Cuba 1959-1987. *Bol Oficina Sanit Panam* 1989;106(2):117-126.
20. Cheney CP, RKH Wong. Diarrea infecciosa aguda. *Clin Med Norteam* 1993;(5):1239-1267.