



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA

TEMA:

RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y LIMITACIÓN
FUNCIONAL DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA ZULETA,
IMBABURA, PERÍODO 2014-2015.

Autora:

Enríquez Valencia Karen Anabel

Director de Tesis:

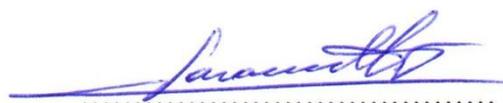
Dr. Msc. Darwin Jaramillo Villarruel

IBARRA – ECUADOR

2015

APROBACIÓN DEL DIRECTOR

En calidad de director de tesis, **“RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y LIMITACIÓN FUNCIONAL DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA DE ZULETA, IMBABURA, PERIODO 2014 - 2015”**, de autoría de la Srta. ENRÍQUEZ VALENCIA KAREN. Certifico que ha sido revisada y se autoriza su publicación.



Dr. Msc. Darwin Jaramillo Villarruel

DIRECTOR DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DEL CONTACTO	
CÉDULA DE IDENTIDAD:	100337469-9
APELLIDOS Y NOMBRES:	ENRÍQUEZ VALENCIA KAREN ANABEL
DIRECCIÓN:	RIO PASTAZA 3-121 Y AV. EL RETORNO. LOS CEIBOS.
EMAIL:	karenanabel07@hotmail.com
TELÉFONO FIJO:	TELÉFONO MÓVIL:

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y LIMITACIÓN FUNCIONAL DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA DE ZULETA, IMBABURA, PERIODO 2014 - 2015
AUTORA:	Enríquez Valencia Karen Anabel
FECHA:	2015/05/29
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
Programa:	PREGRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/>
Título por el que opta:	Licenciatura en Enfermería
Director:	Dr. MSc. Darwin Jaramillo Villarruel

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Enríquez Valencia Karen Anabel, portadora de la cédula de ciudadanía N° 100337469-9, en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizamos a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la biblioteca de la universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIA

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 29 días del mes de mayo del 2015.

LA AUTORA:

(FIRMA):.....

Nombre: Enríquez Valencia Karen Anabel

C.C: 100337469-9

ACEPTACIÓN:

(FIRMA):.....

Ing. Betty Chávez

JEFE DE BIBLIOTECA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, ENRÍQUEZ VALENCIA KAREN ANABEL, con cédula de identidad Nro. 100337469-9, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados a la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4,5 y 6 en calidad de autora de la obra o trabajo de grado denominado **“RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y LIMITACIÓN FUNCIONAL DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA DE ZULETA, IMBABURA, PERIODO 2014 - 2015”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de: **Licenciada en Enfermería**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Institución, facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos.

En mi condición de autora me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento, en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

ENRÍQUEZ KAREN

C.I. 100337469-9

DEDICATORIA

Al culminar una etapa más del transcurso de mi vida, dedico todo mi esfuerzo desplegado en este trabajo a mis padres quienes siempre estuvieron motivándome para culminar con éxito esta anhelada meta.

A mis queridos hermanos por ser mis mejores amigos y tener su compañía cuando más lo necesite, transmitiéndoles confianza y convirtiéndome en el espejo vivo de ejemplo para su futuro.

A mi esposo quien ha sido mi impulso dándome ánimo, fuerza y valor para culminar este trabajo con responsabilidad y tener un buen perfil profesional.

A mi familia quienes con sus sabios consejos y deseos de superación estuvieron día a día incentivando para culminar mi carrera con éxito.

Enríquez Karen

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por a verme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en el momento de debilidad y por brindarme una vida llena de sabiduría

Un agradecimiento especial a la Universidad Técnica del Norte y a su Facultad Ciencias de la Salud, por haberme abierto las puertas del éxito para profesionalizarme y obtener un título que me permitirá desenvolverme en el campo de la salud.

Al terminar con esfuerzo y responsabilidad expreso una eterna gratitud a mi Director de Tesis Doc. Darwin Jaramillo Villarruel quien con su paciencia y dedicación hizo posible este trabajo y a los docentes, que gracias a sus sabios conocimientos y doctrinas científicas me han conducido al triunfo para culminar mi trayectoria estudiantil.

Enríquez Karen

TABLA DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL DIRECTOR	II
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO	IV
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
TABLA DE CONTENIDOS.....	VIII
ÍNDICE DE TABLAS	XI
RESUMEN.....	XIII
TEMA:	XV
CAPÍTULO I.....	1
1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema.....	4
1.3 Justificación.....	5
1.4 Objetivos	6
1.4.1 Objetivo general.....	6
1.4.2 Objetivos específicos	6
1.5. Preguntas de Investigación	7
CAPÍTULO II	9
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Marco referencial.....	9
2.2 Marco contextual	11
2.2.1 Antecedentes históricos de la comuna Zuleta.....	11
2.3 Marco conceptual	12
2.3.1 El envejecimiento	12
2.3.2 Cambios fisiológicos al envejecer	14
2.3.3 Cambios sensoriales de la vejez.....	14
2.3.4 Envejecimiento de aparatos y sistemas.....	15
2.3.5 Características y peculiaridades del adulto mayor.....	16
2.3.6 Diferentes tipos de edad.....	17
2.3.7 Factores de riesgo en el adulto mayor	18

2.3.8 Limitación funcional.....	48
2.3.9 Estado funcional del adulto mayor	52
2.3.10 Calidad de vida en el adulto mayor	59
2.3.11 Ansiedad y depresión.....	68
2.4 Marco legal.....	69
2.4.1 Constitución de la República del Ecuador	69
2.4.2 Derechos del paciente	71
2.4.3 Derechos del buen Vivir	72
2.4.4 Manual de Atención Integral de Salud (MAIS).....	73
2.4.5 Ley orgánica de salud	74
CAPÍTULO III.....	75
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	75
3.1 Tipo de estudio y diseño.....	75
3.2 Diseño de investigación.....	76
3.3 Lugar de estudio	76
3.4 Población y muestra de estudio	76
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	76
3.6 Validez y confiabilidad.	77
3.8 Criterio de exclusión.....	77
3.9 Variables y Operacionalización de variables.	78
3.9. 1 Variable independiente	78
3.9.3 Variables intervinientes	78
3.9.3 Operacionalización de variables	79
CAPÍTULO VI.....	89
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	89
4.1 Análisis e interpretación de resultados.	89
4.1.1 Datos sociodemográficos:.....	90
4.1.2 Salud	96
4.1.3 Factores de riesgo	101
4.2 Discusión de resultados:.....	107
CAPÍTULO V	109
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	109

5.1. Conclusiones	109
5.2. Recomendaciones	111
BIBLIOGRAFÍA	112
ANEXOS	120
ANEXO 1. GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE ORIGINAN LIMITACIÓN FUNCIONAL PARA EL CUIDADOR, FAMILIA Y COMUNA ZULETA DEL CANTÓN IBARRA.....	120
ANEXO 2. FOTOGRAFÍAS	148
ANEXO 3. ENCUESTA APLICADA.....	154
ANEXO 4. FICHA DE OBSERVACIÓN	157
ANEXO 5. ESCALA GERIÁTRICA DE EVALUACIÓN FUNCIONAL	160
ANEXO 6. FOTO DE ZULETA	162

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Enfermedades frecuentemente asociadas a los síndromes geriátricos (15). .	23
Tabla 2 Interpretación de los exámenes de laboratorio (18).	27
Tabla 3 Metas para el control glicémico de los pacientes (18).	28
Tabla 4 Clasificación de la presión arterial (18).	32
Tabla 5. Medicamentos antihipertensivos (18).	33
Tabla 6 Escala para estimar la gravedad de la crisis de asma (18).	45
Tabla 7 Índice de Katz (34).	55
Tabla 8 Escala de Lawton Y Brody (34).	58
Tabla 9 Relación de la limitación funcional y las patologías crónicas de los adultos mayores de la Comuna de Zuleta (45).	98

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Determinantes sociales de la salud de las Enfermedades Crónicas (21). .	25
Gráfico 2 Clasificación de los alimentos (38).	65
Gráfico 3 Población de la Comuna Zuleta (45).	90
Gráfico 4 Categorías de edades del adultos mayores de la Comuna Zuleta (45)	91
Gráfico 5 Género de los adultos mayores de la Comuna Zuleta (45)	92
Gráfico 6 Estado civil de los adultos mayores de la Comuna Zuleta (45)	93
Gráfico 7 Nivel de instrucción de los adultos mayores de la Comuna Zuleta (45) ...	94
Gráfico 8 Características de vivienda de los adultos mayores de la Comuna Zuleta (45).	95
Gráfico 9 Prevalencia de patologías crónicas en los adultos mayores de la Comuna Zuleta (45).	96
Gráfico 10 Limitaciones funcionales	97
Gráfico 11 Relación de limitación funcional y patologías crónicas en los adultos mayores de la Comuna Zuleta (45).	99
Gráfico 12 Tiempos de comida de los adultos mayores de la Comuna Zuleta (45). 101	
Gráfico 13 Actividad física de los adultos mayores de la Comuna Zuleta (45).	102

Gráfico 14 Frecuencia de visitas al médico durante el último año de los adultos mayores de la Comuna Zuleta (45).	103
Gráfico 15 Afectación del clima a los adultos mayores de la Comuna Zuleta (45). 104	
Gráfico 16 Cumplimiento de esquemas de tratamiento del adulto mayor de la Comuna Zuleta (45).	105
Gráfico 17 Carnet del CONADIS adultos mayores de la Comuna Zuleta (45).	106

RESUMEN

La investigación fue realizada en el Cantón Ibarra, en la Comuna Zuleta que se caracteriza por su población indígena; el objetivo fue conocer la relación entre enfermedades crónicas y la limitación funcional en los adultos mayores; se formuló una guía de observación, misma que fue aplicada a la población mayor de 65 años, se empleó una encuesta estructura con el apoyo de una Escala Geriátrica de Evaluación Funcional a las personas que padecen estas condiciones de salud. Se utilizó una metodología correlacional, es un estudio descriptivo y cuali-cuantitativo, no experimental, de corte transversal y de campo. Los resultados obtenidos son: el 71% de género femenino y el 29% masculino; la mayoría está en un 56% de edades entre 75 a 89 años, la enfermedad de mayor prevalencia es Hipertensión arterial 69%, el 14% osteoartritis, el 7% enfermedades cardíacas, el 5% diabetes mellitus, el 3% asma y el 2% insuficiencia renal crónica. En cuanto a limitación funcional, la prevalencia más alta es la visual 92%, el 27% tiene solamente visual; el 24% tiene visual y auditiva, el 12% visual y física; el 12% visual, física y auditiva; el 15% visual, física, auditiva y memoria; no se halló limitación verbal.

Se determinan como factores de riesgo a la deficiente alimentación, la inactividad física, no tienen un control permanente de visitas al médico y el clima. Los pobladores de la Comuna Zuleta en su gran mayoría se ven afectados por enfermedades crónicas que originan limitación funcional, pero esto no les limita en su gran totalidad para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; se propuso aplicar medidas de prevención para evitar complicaciones y mejorar su calidad de vida.

Palabras claves: geriatría, enfermedad crónica, limitación funcional, factor de riesgo.

ABSTRACT

I developed this research in the community of Zuleta, Angochagua parish in Ibarra, this place is characterized by the local indigenous population; the purpose of this research was to know the relationship between chronic diseases and functional limitation in the elder adults. We developed an observation guide that was applied to elder people, 65 years and older, we used a survey based on the geriatric functional assessment scale for people with these health conditions. We developed a correlational methodology which gets a descriptive and quantitative study, non-experimental, cross-sectional and field.

The results were: 71% female and 29% male; the 56% aged between 75-89, most prevalent disease, hypertension with a 69%, 14% osteoarthritis, 7% heart disease, diabetes mellitus with a 5%, 3% asthma and 2% chronic renal failure. talking about functional limitations the higher prevalence is in the visual with a 92%, 27% only have visual limitations; 24% have visual and hearing limitations, 12% visual and physical; 12% visual, physical and hearing limitations; 15% visual, physical, hearing and memory limitations. Fortunately, no verbal limitation was found.

The risk factors were food, lack of exercise, climate and there is not a permanent control of doctor. In conclusion Zuleta community inhabitant are affected by chronic diseases that cause functional limitations, but it does not limit their whole to perform in basic and instrumental daily activities. Preventive care conditions were suggested to avoid complications and improve their life style.

Key words: geriatrics, chronic illness, functional limitation, risk factor.

TEMA:

**RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y LIMITACIÓN
FUNCIONAL DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA ZULETA,
IMBABURA, 2014 - 2015.**

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

El envejecimiento es un proceso progresivo que ocurre con el paso del tiempo en todos los seres humanos y culmina con la muerte. Todas las personas sufren cambios fisiológicos a causa del avance de los años, contraen enfermedades crónicas que son frecuentes en los adultos mayores.

A nivel mundial la población está envejeciendo a pasos acelerados, entre el 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo (1).

El adulto mayor es toda persona que tiene un rango de una edad de 60 años o más, que se encuentran subdivididas en categorías: tercera edad 60-74 años, cuarta edad 75-89 años, longevos 90-99 años y centenarios más de 100 años, según los criterios de la organización mundial de la salud. Las investigaciones realizadas en Cuba sobre la evolución de la geriatría manifiesta que es la atención al anciano, donde la esperanza de vida constituye un problema a escala mundial, por lo que no solo se conoce acerca del envejecimiento y sus particularidades, sino también los problemas de salud que acarrearán al adulto mayor a esta edad (2).

Al envejecer las personas sufren cambios corporales como en la estructura de la piel, en órganos y sistemas que son características fisiológicas de esta etapa. Se debe considerar que cualquier cambio fisiológico que se presenta en el adulto mayor es un

proceso natural del envejecimiento, a más de ello, se agudiza esta situación si la persona es afectada por una enfermedad, lo que conlleva a problemas y dificultades al adulto mayor, que le impiden realizar actividades, inclusive de rutina, en su vida diaria.

Los cambios de estilos de vida de las personas aumentan factores de riesgo en la salud contribuyendo al incremento de la prevalencia de diversas enfermedades, tales como la obesidad, la diabetes mellitus tipo II, la hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica (3).

En el país para el año 2013, se ubicó como primera causa de mortalidad general la diabetes mellitus con el 29,76 x c/100000 habitantes; segunda causa las enfermedades hipertensivas 26,56 x c/100000 habitantes; la cuarta causa son los accidentes cerebrovasculares 22,61 x c/100000 habitantes. En el mismo año Imbabura presentó 86 casos de muerte por diabetes, enfermedades del sistema nervioso 43, enfermedades hipertensivas 48 (4).

Se han proyectado que 41 millones de personas morirán de enfermedades crónicas en el mundo en 2015 si no se realizan acciones efectivas para su prevención y tratamiento (5).

Una vez establecido que las enfermedades crónicas son las primeras causas de mortalidad, es imprescindible identificar que la salud no puede ser medida solo en términos de la presencia o ausencia de enfermedad, pues se debe valorar también el grado de conservación de la capacidad funcional. La discapacidad acarrea el riesgo de morir, independientemente de la edad, el sexo y de la presencia de otras afecciones (3).

Las enfermedades cardiovasculares, la depresión, la artrosis, la cardiopatía isquémica y la fractura de la cadera producen el mayor número de casos con discapacidad física en adultos mayores que no están recluidas en instituciones (3).

Al igual que en el resto del mundo el Ecuador tiene una población en proceso de rápido envejecimiento cuya expectativa de vida es de 75 años, cuando hace una generación, solamente fue de 55 años, las necesidades de seguridad social, salud y económicas en la vejez aumentan significativamente, por lo que requieren medidas en materia de políticas públicas, que garanticen y estén pendientes que estas personas no caigan en la pobreza y abandono durante la última etapa de su vida (6).

Cabe recalcar que hoy en la actualidad frente a este problema que acarrea al adulto mayor, el apoyo y respaldo de la familia es muy importante, la familia es la organización de la cual los adultos mayores no deben salir pese a los cuidados que requieren por su grado de dependencia y/o discapacidades, para satisfacer sus necesidades básicas. Sin embargo el cambio en la estructura familiar es uno de los fenómenos que acompaña esta transición demográfica.

Los adultos mayores que habitan en el sector andino del Ecuador, en gran número, se ven afectados por enfermedades progresivas de diferente origen, por esta razón tienen limitaciones funcionales que les impide realizar normalmente sus actividades cotidianas siendo afectados en su calidad de vida.

De acuerdo a la observación realizada a través de la aplicación de instrumentos de investigación específicos (guía de observación), la población de adultos mayores de la Comuna Zuleta, sector rural del cantón Ibarra, provincia de Imbabura, se ve afectada por aspectos fisiológicos que limitan en su trabajo y las actividades cotidianas de las personas.

La evidencia obtenida por la observación realizada en la comuna de Zuleta, permite llevar a efecto en la realidad la presente investigación, debido a que existe el problema latente de los adultos mayores en este sector donde presentan enfermedades crónicas y limitación funcional.

Esta indagación será muy significativa ya que aportará información para la toma de decisiones locales, familiares e individuales; aspectos que favorecerán a la

población de adultos mayores de la Comuna Zuleta a través de una “Guía de atención integral de prevención de enfermedades crónicas que originan limitación funcional para el individuo, familia y Comuna Zuleta del cantón Ibarra”, para mejorar la calidad de vida, condiciones crónicas de salud y motivar a que tengan un envejecimiento activo y saludable.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la relación que existe entre las enfermedades crónicas y limitación funcional de adultos mayores, de la Comuna Zuleta, Imbabura, 2014-2015?

1.3 Justificación

El envejecimiento es un proceso biológico que forma parte de la vida, cronológicamente se envejece con el pasar del tiempo, la vejez puede durar un periodo extremadamente largo y tiene distintas manifestaciones y vivencias. Actualmente esta población se ha incrementado a nivel mundial, latinoamericano y de país lo que lleva a buscar alternativas en salud preventiva que permita ayudar a mejorar la calidad de vida de esta población.

La comuna Zuleta, caracterizada por ser una población netamente indígena se encuentra ubicada en la parroquia de Angochagua a los alrededores de la ciudad de Ibarra, beneficiada por un clima templado; tiene una población de adultos mayores numerosa, los cuales presentan enfermedades crónicas de salud relacionadas con limitaciones funcionales y con poco conocimiento de estilos de vida saludables, por lo que conlleva a una calidad de vida inadecuada para su edad.

Los adultos mayores de la Comuna Zuleta padecen de enfermedades crónicas como: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), osteoartritis, enfermedades cardiacas, enfermedades respiratorias (asma) conjuntamente con limitaciones funcionales que les impide parcial o totalmente realizar sus actividades cotidianas de una manera efectiva.

Por estas razones es necesario implementar una ***“Guía de atención integral de prevención de enfermedades crónicas que originan limitación funcional para el cuidador, familia y Comuna Zuleta del cantón Ibarra”***, donde se enfatice la importancia de mejorar cambios en los estilos de vida, en el funcionamiento social, físico y cognitivo, autocuidado y bienestar emocional. Los beneficiarios serán los adultos mayores, misma que será entregada al presidente de la Comuna Zuleta y Profesionales del área de salud, para que dicha población tenga un buen vivir.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Establecer la relación que existe entre las enfermedades crónicas y la limitación funcional del adulto mayor que habita en la Comuna Zuleta, Imbabura.

1.4.2 Objetivos específicos

- Conocer la situación socio-demográfica de la población en estudio.
- Identificar la prevalencia de las enfermedades crónicas que padecen los adultos mayores de la Comuna Zuleta.
- Determinar el número de adultos mayores con discapacidad funcional de la Comuna Zuleta y relacionarlo con las enfermedades crónicas.
- Establecer los factores de riesgo que afectan la condición de salud, para así motivar el cambio hacia una mejor calidad de vida.
- Elaborar una “Guía de atención integral de prevención de enfermedades crónicas que originan limitación funcional para el cuidador, familia y Comuna Zuleta del cantón Ibarra”, para mejorar su calidad de vida y la condición de salud con la finalidad de integrar a las familia en el proceso de cuidados prioritarios que necesita el adulto mayor para conservar su autonomía.
- Elaborar un poster científico y socializar en la Unidad de Salud Zuleta y Junta parroquial.

1.5. Preguntas de Investigación

- ¿Cuál es la condición sociodemográfica de la población en estudio?
- ¿Cuáles son las enfermedades crónicas prevalentes que padecen los adultos mayores de la Comuna Zuleta?
- ¿Cuántos adultos mayores con discapacidad funcional de la Comuna Zuleta se relacionan con enfermedades crónicas?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo que afectan la condición de salud de los adultos mayores de la Comuna Zuleta?
- ¿Qué aporte proporcionará la Guía de atención integral para mejorar la calidad de vida y la condición de salud de los adultos mayores de la Comuna Zuleta?

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco referencial

A nivel Latinoamericano los buenos resultados alcanzados en el control de las enfermedades infecciosas y la tendencia a la reducción de la fertilidad conducen inexorablemente a la transición de una estructura poblacional joven a una de mayor edad. Esta transición demográfica ocurrirá más rápidamente en los países en vías de desarrollo, que en los países desarrollados. Simultáneamente, en las Américas se observan cambios en los patrones de consumo y en los hábitos de vida de la población que llevan a una “transición en los riesgos”, la cual se manifiesta en un alarmante incremento de algunos factores de riesgo en los países de la Región. Estos riesgos están asociados con dietas abundantes en contenido graso y productos de origen animal y con poca fibra, y con la inactividad física. Todo esto contribuye al incremento de la prevalencia de diversas enfermedades, tales como la obesidad, la diabetes mellitus (DM) tipo II, la hipertensión arterial (HTA) y la cardiopatía isquémica (CI) (3).

A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes. Por lo general, las enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores no son curables y, si no se tratan adecuada y oportunamente, tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas (3).

Otros autores han encontrado una asociación entre la pobreza y la discapacidad. En estudios realizados en países europeos las desigualdades socioeconómicas han mostrado una asociación con distintos perfiles de morbilidad en adultos mayores y se

han encontrado diferencias en la prevalencia de discapacidad asociadas con distintos factores ambientales y socioculturales (3).

En México el mejoramiento en las condiciones generales de vida y el acceso a los servicios de salud han provocado el descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y el ascenso de las enfermedades crónicas como las principales causas de muerte. Los datos estadísticos muestran que se presentan con mayor frecuencia en las personas de más de 60 años (7).

La valoración geriátrica y dentro de ésta la valoración de la esfera funcional, permite diseñar tratamientos integrales y planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales de los pacientes. Hoy en día, se ha generalizado el uso de escalas con el objetivo de conocer la situación basal del paciente, determinar el impacto de la enfermedad actual, transmitir información objetiva, poder monitorizar los cambios y en último término, establecer tratamientos específicos y valorar la respuesta a los mismos (7).

En países como Colombia, las enfermedades crónicas son una causa importante de morbimortalidad y su tendencia es al aumento. Ante esta situación diversos organismos han realizado llamados para la acción; Sin embargo, persiste un bajo reconocimiento por parte de los tomadores de decisiones. Esta realidad se refleja en la ausencia de políticas públicas nacionales para la prevención de las enfermedades crónicas al igual que en la carencia de un sistema de vigilancia que provea información útil y oportuna para la toma de decisiones; panorama que encaja con lo denominado “la epidemia negada de las enfermedades crónicas” (8).

En Argentina, sobre un total de 304.525 muertes ocurridas en 2009, 89.916 fueron por causas cardiovasculares, 57.590 por cáncer, 7.701 por diabetes y 4.711 por enfermedades crónicas respiratorias. Considerando todas las ECNT, y ajustando por edad según la población estándar de la OMS, el 79,3% de las muertes en Argentina se debieron a estas enfermedades. Cabe destacar que, a pesar de este escenario, las ECNT son prevenibles y, además, la evidencia científica disponible

señala la efectividad de intervenciones de promoción, prevención y tratamiento, que justifica llevar a cabo acciones de política pública (9).

2.2 Marco contextual

2.2.1 Antecedentes históricos de la comuna Zuleta

La Comuna Zuleta pertenece a la parroquia de Angochagua, cantón Ibarra, provincia de Imbabura; la Comuna fue fundada el 11 de enero de 1943, posiblemente los primeros pobladores de este territorio fueron los Caranquis, quienes poblaron la zona desde los años 800 hasta aproximadamente el año 1470 D.C; cuando arribaron los Incas (10).

Tras luchar contra la resistencia Caranqui alrededor de ocho o nueve años, los Incas finalmente se asentaron en estas tierras por un lapso de casi cuarenta años. Después de la conquista española, los terrenos que corresponden a la hacienda y la Comuna de Zuleta fueron entregados a los misioneros jesuitas por la corona. En 1767, el rey Carlos III expulsó a los jesuitas del país y los terrenos fueron confiscados y posteriormente vendidos al canónigo Gabriel Zuleta.

En 1898 la familia de los ex presidentes ecuatorianos Leónidas Plaza y Galo Plaza Lasso, compró los terrenos, llevando con ellos a sus “Yanapas” o colaboradores, quienes eran indígenas movilizados de sus comunidades de origen a Zuleta, para trabajar en la hacienda. La primera familia se asienta a orillas del río Tahuano en el año de 1917. Posteriormente hacia el norte se registran los asentamientos mestizos y hacia el sur los asentamientos indígenas.

La Comuna Zuleta está ubicada en la parte sur oriental de la provincia de Imbabura. Administrativamente forma parte del Cantón Ibarra, Parroquia de Angochagua y tiene una superficie de 4770 hectáreas las mismas que en el año de

1995 fueron declaradas como “Bosque y Vegetación Protectora”. Zuleta tiene alrededor de 1037 habitantes distribuidos en 329 familias (10). (Ver Anexo 6)

La población es en su mayoría son indígena que habla kichwa y español. Su forma de vida es los productos agrícolas propios de la zona: maíz, trigo, cebada, papas, fréjol, arveja, lenteja, quinua, ocas, combinados con productos adquiridos en la ciudad o tienda comunal como los fideos, azúcar, arroz, avena, son la base y sustento alimenticio de la población. Las actividades pecuarias constituyen la base de la economía local, especialmente la crianza de ganado vacuno, porcino y ovino.

La historia de los bordados en Zuleta se remonta al año de 1940, cuando tres jovencitas de la comuna fueron llevadas a la Hacienda Zuleta a trabajar con Doña Avelina, esposa del ex presidente Galo Plaza Lasso. La Señora, las instruyó en el bordado de mantelería, durante el tiempo que les daba libre. Posteriormente la maestra de la escuela Doña Adela, introdujo el bordado en paneras. En la actualidad Zuleta engalana con sus bordados una gran variedad de productos como manteles, paneras, servilletas, tapetes, porta vasos, camisas, vestidos entre otras. El bordado además de ser una actividad económica para las mujeres de Zuleta, es la expresión visual del sentimiento y la identidad Zuleteña (10).

2.3 Marco conceptual

2.3.1 El envejecimiento

El envejecimiento es un proceso que ocurre en todos los seres vivos, es progresivo con el paso del tiempo y solo culmina con la muerte. Todas las personas que envejecen sufren cambios propios de envejecimiento fisiológico y contraen enfermedades crónicas que son más frecuentes en las personas mayores; es importante tener presente que cualquier declinación brusca es debida a una enfermedad y no al envejecimiento normal (11).

Todos los seres vivos pasan por esta etapa de la vida que es el envejecimiento, a lo largo de este camino sufren cambios que abarcan su bienestar físico, social, psicológico y espiritual, que con el pasar del tiempo tienden a contraer enfermedades que a acarrear su vida, impidiendo realizar las actividades diarias, necesitando ayuda permanente de sus familiares para ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad.

Es un proceso biológico, se inicia desde el momento del nacimiento, pues cronológicamente vamos envejeciendo (aumentando la edad). Las edades por las cuales debe transcurrir la vida del ser humano se dividen en lactancia, infancia y niñez, pubertad, adolescencia, juventud, madurez y vejez. Esta última puede durar un periodo extremadamente largo y tiene distintas manifestaciones y vivencias (12).

Esta etapa de la vida comprende un amplio conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vida después de la edad madura, incluyendo aspectos positivos y negativos; no se limita al declive de las estructuras y funciones corporales y a las secuelas en el funcionamiento y la participación social, también involucra aspectos como procesos patológicos previos, ganancias psicológicas (experiencia), y sociales (envejeciendo activo) en las etapas avanzadas de la vida (13).

El adulto mayor constituye un complejo constante, permanente que requiere de estrategias adecuadas para cambios en su estilo de vida y para su condición crónica de salud (patologías), que afecta psicológicamente a su vida y por ende le incapacitan a requerir de largos periodos de cuidado y de una continua y concomitante acción de prevención ante estas situaciones de salud que padece el adulto mayor.

2.3.2 Cambios fisiológicos al envejecer

Al envejecer los seres humanos, ocurren modificaciones en su salud: se alteran las estructuras y se reducen las funciones de las células y los tejidos de todos los sistemas del organismo.

Los cambios afectan: La masa metabólica activa, el tamaño y función de los músculos, el VO₂ máximo, el sistema esquelético, la respiración, el aparato cardiovascular, los riñones, las glándulas sexuales, los receptores sensoriales, la médula ósea y los glóbulos rojos (11).

2.3.3 Cambios sensoriales de la vejez

Son aquellos que se detectan a simple vista, es decir, los cambios en los órganos sensoriales (14).

1. Los ojos tienden a hundirse por disminución de la grasa orbitaria. Aparece el arco senil, de coloración grisácea ocasionada por la acumulación de líquidos. Hay un enlentecimiento de las respuestas a la luz que explica la mala adaptación a los lugares oscuros y a los cambios bruscos de iluminación.
2. Con la edad el Oído interno y el nervio auditivo sufren un proceso de degeneración con pérdida de la capacidad auditiva para altas frecuencias (presbiacusia), este trastorno impide oír las consonantes respetando el ruido ambiente y la conversación se hace incomprensible (oyen pero no comprenden). También hay un engrosamiento del tímpano y aumento del cerumen, por lo que es más frecuente la formación de tapones.
3. Las glándulas salivales disminuyen, producen menos saliva y ésta sufre cambios en sus cualidades, por lo que la boca tiende a secarse, disminuye el gusto y el reflejo nauseoso se enlentece aumentando las posibilidades de atragantamiento.

4. Las encías se adelgazan y disminuye su superficie (dificultad para soportar la presión de una prótesis dental). Los dientes tienden a separarse y oscurecerse (pérdida de esmalte y depósitos minerales).
5. En relación a la nariz, con frecuencia aumenta el tamaño. Disminuye la capacidad olfatoria.

2.3.4 Envejecimiento de aparatos y sistemas

Al nacer, cada órgano y sistema del cuerpo humano conecta con una capacidad máxima de función que habitualmente sobrepasa el rango necesario para que no se presente la enfermedad en el individuo, el envejecimiento habitualmente produce una disminución en la reserva funcional de cada sistema, generalmente a un nivel en el que no se manifiesta la enfermedad y, en cambio, sí se cuenta con capacidad para responder a situaciones de estrés como una enfermedad aguda (15).

Las múltiples comorbilidades, la desnutrición y una mala red familiar y social generan un proceso de envejecimiento acelerado o patológico, la disminución en la reserva funcional de cada sistema alcanza un punto crítico que ante cualquier situación de estrés pone en evidencia su discapacidad y un riesgo de muerte al individuo.

De acuerdo con las teorías del envejecimiento, el cuerpo humano es un sistema completo capaz de producir una gran variedad de respuestas en función del estímulo al que se vea expuesto; con el paso de los años, los cambios producidos en la reserva fisiológica simplifican el sistema, con lo que disminuye la variedad de respuestas que pueden producirse de acuerdo con cada estímulo. Esto se traduce en que múltiples enfermedades se manifiestan de la misma manera (15).

2.3.5 Características y peculiaridades del adulto mayor

En las personas mayores lo más frecuente son las múltiples patologías crónicas, cuyas repercusiones de salud afectan a diversas esferas del individuo. Los encontramos con frecuencia presentando discapacidades que no podremos evitar y nuestro énfasis irá encaminado a minimizar las mismas, y por supuesto a evitar la minusvalía. La Organización Mundial de la Salud define la discapacidad como cualquier restricción o pérdida, resultante de un deterioro de la habilidad para desarrollar una de las habilidades consideradas normales para un ser humano (16).

Las personas de la tercera edad suelen tener un diagnóstico complejo por: la difícil recogida de la historia clínica, la presentación atípica de síntomas y signos, la presencia de pluripatologías, la tendencia a evitar exploraciones diagnósticas por motivos economicistas y la propensión a menospreciar los síntomas por parte del mismo paciente, de su familia y de los profesionales. El tratamiento farmacológico tiende a ser complicado por la frecuente aparición de polifarmacia y automedicación.

El adulto mayor a los 65 años se jubila, en muchos países de nuestro entorno, hay infinidad de personas mayores con 70, 75 y 80 años, capaces de desarrollar una vida autónoma e independiente, sin que existan diferencias entre ellos por motivos únicamente de edad; por otro lado a edades previas a los 65 años, y habitualmente a consecuencia de alguna enfermedad (tromboembolismo cerebrales, o demencias seniles), presentan niveles de discapacidad y dependencia que les llevan a una necesidad que tiene pocos puntos en común con los sujetos más mayores que hemos descrito previamente (16).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. También en las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo,

actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado) (17).

2.3.6 Diferentes tipos de edad

La edad de una persona es el tiempo en que ha vivido desde que nació.

1. **Edad cronológica:** es aquella que va desde el nacimiento hasta la edad actual de la persona; es una definición referencial y arbitraria de vejez.
2. **Edad biológica:** es aquella que corresponde con el estado funcional de los órganos y sistemas, comparándolos con un patrón estándar para una edad. Es un concepto fisiológico que nos informa acerca de nuestro envejecimiento real. El proceso de envejecimiento es único en cada ser humano y así hay gente que luce más joven de lo que es. El estado de salud es el que marca el ritmo de la vejez.
3. **Edad funcional:** es el envejecimiento sin discapacidad y al que deben aspirar todos los adultos mayores. Tiene relación con la capacidad del adulto mayor, de realizar las tareas de la vida diaria sin depender de nadie. Es el nivel de competencia conductual de un anciano. Tercera edad (65 en adelante), es la vejez sin discapacidad, competente y cuarta edad (80 en adelante) se refiere a los ancianos, en su gran mayoría con discapacidad y funcionalmente inhábiles.
4. **Edad psicológica:** Conocida usualmente como “madurez emocional”, es la capacidad de adaptarse que tiene un adulto mayor, ante los hechos que le ocurren en su vida personal y en su entorno (medio ambiente que le rodea). Se la consigue con los años y con la experiencia que dan los “golpes en la vida”. Puede fomentar las relaciones con familiares y amigos y aprovechar del despertar emocional y espiritual de la vida.
5. **Edad social:** a consecuencia de la jubilación (cese del trabajo) o aunque siga trabajando pero a menor ritmo, la pertenencia a grupos sociales de cualquier índole, le llenan su vida, ocupan su tiempo libre y le hacen sentir que

“todavía es importante”, que no lo han marginado, que no es un estorbo, sino todo lo contrario (11).

Categorías de edades en el envejecimiento (adulto mayor) (2).

1. **Tercera edad:** 60 a 74 años
2. **Cuarta edad:** 75 a 89 años
3. **Longevos:** 90 a 99 años
4. **Centenarios:** más de 100 años

2.3.7 Factores de riesgo en el adulto mayor

El envejecer no es lo mismo que enfermar, si bien la denominada tercera edad aparece un gran número de enfermedades que, asociadas a las pérdidas funcionales, determinan el grado de compromiso del adulto mayor, deberán también tomarse en cuenta aspectos fisiológicos, patologías previas y tiempo de evolución de las mismas. Así también como la actividad física, la alimentación y los factores de riesgo a los que el individuo está o estuvo expuesto, con su actividad laboral, tabaquismo, alcoholismo y abuso de drogas lícitas e ilícitas. Cuanta más información obtengamos de la vida del individuo mejor comprenderemos el estado funcional, orgánico y psicológico del adulto mayor (13).

El envejecimiento, además de ser un progresivo deterioro generalizado en la función con el resultado de una pérdida de respuesta adaptativa al estrés, y el riesgo creciente de enfermedad relacionado con la edad, está asociado con cambios biológicos que aumentan el riesgo de morbilidad, discapacidad y muerte, así como con cambios en la situación económica en la composición de la familia, el hogar y las relaciones sociales; todo esto puede influenciar en los cambios de salud.

2.3.7.1 Síndrome geriátrico

Síndrome se define como el conjunto de signos y síntomas que caracterizan una enfermedad. Sin embargo, esta definición no se aplica al síndrome geriátrico, término utilizado para el síntoma o conjunto de síntomas complejos con alta prevalencia en los adultos mayores resultantes de múltiples enfermedades y factores de riesgo.

Existen distintos factores de riesgo para que un adulto mayor presente un síndrome geriátrico. En un revisión sistemática se identificó que la edad avanzada, la presencia de deterioro cognitivo y funcional crónico, así como evidencia de alteraciones en la movilidad (ya sea por trastornos en la marcha o el equilibrio), se encontraban asociados con un incremento en el riesgo de presentar úlceras por presión, incontinencia urinaria, caídas y delirium (15).

Al referirnos en la atención al anciano a los grandes síndromes geriátricos, estamos identificando unos cuadros clínicos concretos que por su importancia, frecuencia de presentación y repercusiones en caso de pasar inadvertidos, son bien conocidos. Los cuales son: (16).

- a) Inmovilidad
- b) Estreñimiento
- c) Insomnio
- d) Caídas
- e) Desnutrición
- f) Polifarmacia
- g) Iatrogenia
- h) Depresión
- i) Deterioro cognitivo
- j) Alteraciones de los órganos de los sentidos entre otros

Todos ellos presentan una prevalencia alta, habitualmente están infradiagnosticados, sino son detectados y tratados, conllevan un importante aumento de morbi-mortalidad. Sin embargo, si su tratamiento es precoz, puede ser eficaz en un elevado porcentaje de casos. En el caso de no ser identificados y tratados, las repercusiones de estos cuadros clínicos afectan a las áreas físicas, cognitivas, sociales y económicas. Afecta especialmente al anciano frágil, quien por sus características tienen un especial riesgo de padecerlos (16).

Las repercusiones en el anciano frágil, si no se abordan precozmente, pueden ser fatales, ya con frecuencia conllevan la entrada del paciente a una cascada geriátrica de complicaciones y, de perpetuarse la misma, pueden llevar a una incapacidad de remontar, a una situación que agrava el cuadro clínico y hace que aparezcan un mayor número de síndromes geriátricos.

Una caída puede conllevar, por miedo, la inmovilidad a consecuencia de ésta, puede aparecer el estreñimiento, que provoca con frecuencia náuseas y vómitos que conducen a la deshidratación, que con frecuencia precipita una infección del tracto urinario, lo cual puede condicionar un síndrome confusional agudo. El manejo inadecuado del mismo, con el uso de restricciones físicas y encamamiento puede provocar la aparición de úlceras por presión, las cuales pueden sobreinfectarse y desembocar un cuadro séptico que lleva a la muerte de un anciano frágil (16).

Los signos y síntomas generales más frecuentes de un síndrome geriátrico en el adulto mayor son: (18).

1. Dificultades sensoriales
2. Problemas de salud oral
3. Fatiga
4. Mareos
5. Caídas
6. Trastornos del sueño
7. Trastornos cardiovasculares

8. Alteraciones de la micción: En frecuencia (orinadera) y/o incontinencia urinaria
9. Cambios en el hábito intestinal
10. Afecciones osteoarticulares
11. Problemas sexuales

SÍNDROME GERIÁTRICO	ENFERMEDADES ASOCIADAS
<p style="text-align: center;">CAÍDAS</p> <p>Se define como la falla para mantener una adecuada posición estando sentado, acostado o de pie, con la recolocación abrupta e indeseada en el piso.</p> <p>Se considera que un paciente tiene caídas recurrentes cuando presenta más de tres episodios por mes.</p> <p>Los principales factores de riesgo para representar una caída son: la debilidad muscular, las alteraciones en la marcha y el equilibrio, el uso de auxiliares de la marcha de forma inadecuada como bastones y andaderas, las alteraciones visuales, la depresión, el deterioro cognitivo y la dependencia funcional.</p> <p>Algunos medicamentos como los antihipertensivos, los antiarrítmicos de clase Ia, la digoxina, los diuréticos y la insulina, particularmente las de acción rápida y ultrarrápida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Enfermedad vascular cerebral b) Enfermedad de Parkinson c) Trastorno de la marcha y equilibrio Demencia d) Delirium e) Osteoartritis f) Patología pediátrica g) Déficit visual/auditivo h) Neuropatía periférica i) Hipotensión ortostática j) Insuficiencia cardiaca aguda o crónica k) Arritmias cardiacas l) Anemia m) Diabetes mellitus descontrolada o descompensada n) Depresión o) Infecciones p) Desequilibrio hidroelectrolítico (hiponatremia, hipernatremia)
<p style="text-align: center;">DETERIORO FUNCIONAL</p> <p>Es la pérdida de la independencia en las actividades de autocuidado o deterioro de las habilidades para el autocuidado, el deterioro funcional se caracteriza por la pérdida de una o más de las actividades básicas (baño,</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Enfermedad vascular cerebral b) Enfermedad de Parkinson c) Demencia d) Cardiopatía isquémica e) Insuficiencia cardiaca aguda o crónica

<p>vestido, aseo personal, transferencias, continencia y alimentación) o instrumentales (uso del teléfono, transporte, manejo de finanzas, control de medicamentos, compras, actividades domésticas y preparación de alimentos) de la vida en un periodo de tiempo específico.</p> <p>También suelen encontrarse afectadas de forma conjunta las funciones mentales, las capacidades de comunicación y de movilidad en el medio ambiente.</p> <p>En el caso de las enfermedades crónicas, el deterioro asociado suele presentarse de forma escalonada con episodios de mayor afección.</p>	<ul style="list-style-type: none"> f) Infecciones agudas y crónicas g) Diabetes mellitus descontrolada o descompensada h) Crisis social o psicológica (muerte de pareja, ingreso hospitalario, ingreso a institución de cuidados crónicos) i) Insuficiencia renal o hepática j) Neoplasias l) Trastornos endocrinos (hipotiroidismo, hipocorticismos)
<p>INCONTINECIA URINARIA AGUDA</p> <p>Es la pérdida involuntaria de orina en suficiente cantidad o frecuencia que se convierte en un problema de salud y social, la incontinencia urinaria es uno de los síndromes geriátricos más frecuentes, siendo el más frecuente en las mujeres.</p> <p>Para ser catalogada como un síndrome geriátrico, es indispensable que se encuentre afectado el desempeño personal y social del adulto mayor que la presente.</p> <p>La incontinencia urinaria se clasifica de múltiples formas: una de ellas es en relación al tiempo de evolución del padecimiento, siendo aguda o transitoria; cuando se presenta de forma súbita y es causada por enfermedades potencialmente reversibles y/o tratables. Se considera crónica o persistente en aquellos casos con más de 6 semanas de</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Fármacos (diuréticos, sedantes, hipnóticos, etc.) b) Demencia, delirium c) Infecciones urinarias, respiratorias, cutáneas d) Vaginitis atrófica e) Intoxicación etílica f) Trastornos del ánimo (depresión, ansiedad) g) Hiperglucemia h) Hipercalcemia i) Movilidad restringida (enfermedades musculoesqueléticas, barreras ambientales, falta de asistencia por el cuidador) j) Impactación fecal

<p>evolución, cuando las causas asociadas a su desarrollo no pueden ser resueltas de forma definitiva.</p>	
<p style="text-align: center;">DELIRIUM</p> <p>Es un síndrome caracterizado por alteraciones en la conciencia, atención y percepción, acompañados de un cambio en las funciones cognitivas y que se desarrolla de forma aguda, fluctúa a lo largo del día y no es atribuible a un estado demencial, aunque puede presentarse en pacientes con deterioro cognitivo.</p> <p>Es una patología frecuente en adultos mayores que se encuentran hospitalizados, y siendo más frecuente en áreas quirúrgicas (postoperatorio).</p> <p>Existen diversos factores que predisponen a que un adulto mayor desarrolle delirium: edad mayor a 65 años, género masculino, alteraciones visuales y auditivas, demencias, deterioro cognitivo, antecedentes de delirium, depresión, dependencia funcional, inmovilidad, baja actividad física, historia de caídas, deshidratación, desnutrición, polifarmacia, abuso de alcohol, enfermedad aguda severa, múltiples comorbilidades, enfermedad renal-hepática o crónica, antecedente de enfermedad vascular cerebral, alteraciones metabólicas, fracturas, trauma y enfermedad terminal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Fármacos (sedantes, hipnóticos, narcóticos, anticolinérgicos) b) Supresión etílica c) Diabetes mellitus descontrolada o descompensada d) Enfermedad vascular cerebral e) Cardiopatía isquémica f) Insuficiencia cardíaca aguda o crónica g) Neuroinfección h) Infección de vías urinarias y respiratorias i) Hipoxia j) Desequilibrio hidroelectrolítico (hiponatremia, hipernatremia, hipercalcemia) k) Cirugía (ortopédica, cardíaca, abdominal) l) Deprivación prolongada de sueño

Tabla 1 Enfermedades frecuentemente asociadas a los síndromes geriátricos (15).

2.3.7.2 Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad (19).

Uno de los mayores temores es la incertidumbre asociada con una enfermedad crónica. La enfermedad puede ser esporádica y durar solo un tiempo breve o puede ser permanente y empeorar gradualmente con el paso del tiempo. Las enfermedades crónicas pueden forzar muchos cambios de estilo de vida potencialmente estresantes como por ejemplo, dejar de hacer actividades que disfruta, adaptarse a nuevas limitaciones físicas y necesidades especiales y pagar medicaciones y servicios de tratamiento costosos (20).

Las enfermedades crónicas son enfermedades de etiología incierta, habitualmente multicausales, con largos periodos de incubación o latencia, largos periodos subclínicos, con prolongado curso clínico, con frecuencia episódica, sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo. Durante varios años se creyó que las enfermedades crónicas eran de origen infeccioso, la investigación biomédica tendió con éxito a la identificación de microorganismos que causan una variedad de enfermedades crónicas.

Científicamente los datos fidedignos sobre la etiología de las enfermedades crónicas se derivan de la nueva tecnología, de la realización de estudios de la investigación bien diseñados y de la utilización de sistemas de la vigilancia y control tanto de las enfermedades como de los agentes patógenos, lo que ha permitido identificar vínculos causales y sus relaciones temporales (21).

Estas enfermedades afectan a todos los grupos de edades y a todas las regiones pero la evidencia muestra que más de 16 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 70 años de edad; el 82% de estas muertes prematuras ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las enfermedades no transmisibles (22). Estas enfermedades son causadas por malos estilos de vida como son: las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco o el uso nocivo del alcohol; estos factores de riesgo propician un cambio metabólico/fisiológico aumentando el riesgo de contraer enfermedades tales como: la hipertensión arterial, la diabetes, la obesidad, enfermedades cardiovasculares entre otras.

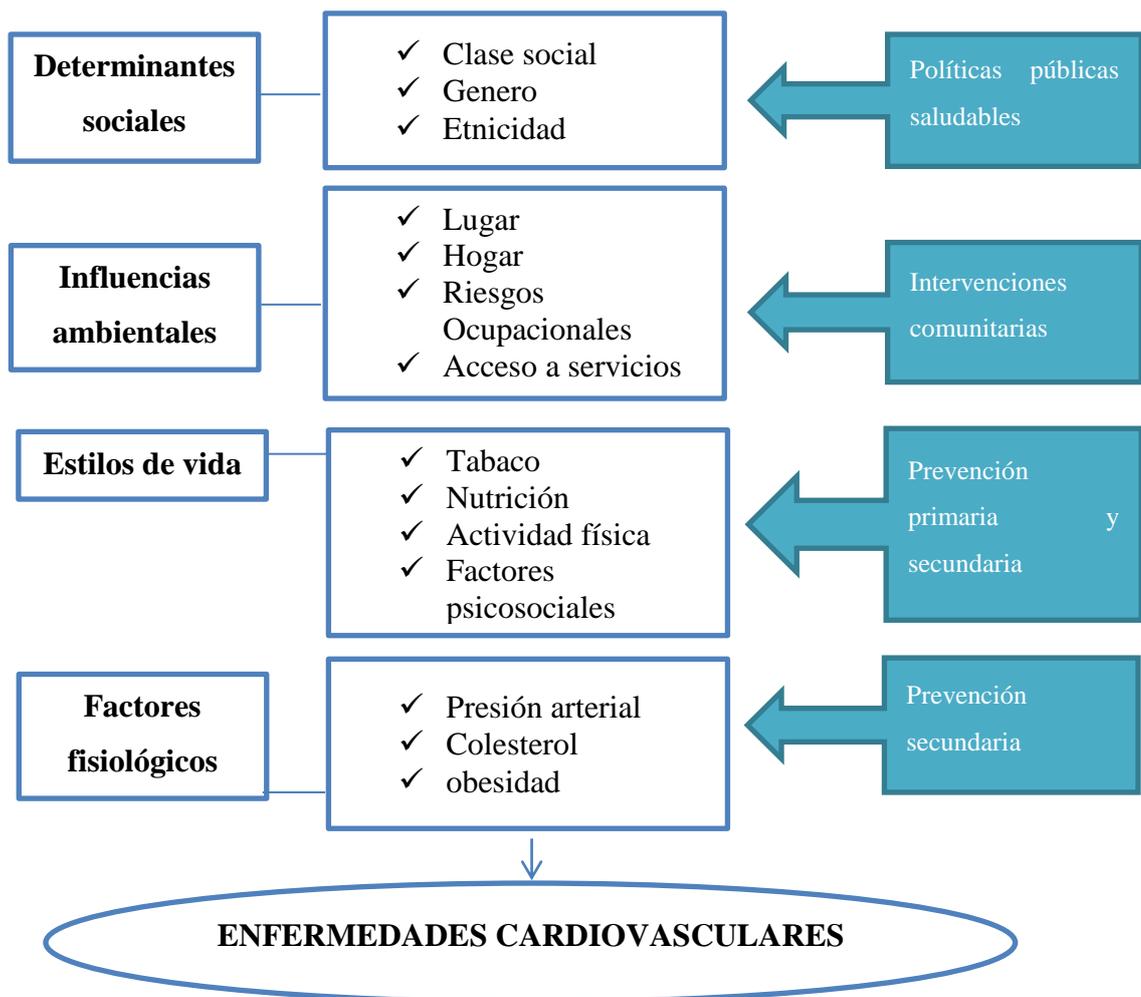


Gráfico 1 Determinantes sociales de la salud de las Enfermedades Crónicas (21).

2.3.7.2.1 Diabetes mellitus

Es una enfermedad crónica que comprende un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por un aumento de las cifras de glucosa en sangre (hiperglicemia). Comienza o se diagnostica después de los 65 años, de aquellos cuya enfermedad se inicia a edades más tempranas y hoy se encuentran con una edad avanzada. Este último grupo puede tener una diabetes tipo 1 o tipo 2 evolucionada. Sin embargo, la diabetes que aparece en la edad avanzada en general es una diabetes tipo 2, no insulino dependiente, y sólo un porcentaje muy pequeño debuta con una diabetes tipo 1 característica.

La diabetes en la edad avanzada en general es muy poco sintomática y de comienzo insidioso, debido en gran parte a la elevación del umbral renal para la glucosa que hace que hiperglucemias moderadas no se acompañen de glucosuria, lo que explica la falta de poliuria y polidipsia. Es por esta razón que en la mayoría de los casos el diagnóstico se hace a través de exámenes de laboratorio de rutina o por complicaciones de la diabetes (23).

Los factores de riesgo son: personas mayores de 40 años, obesidad, alteración previa de la glucosa, sedentarismo, antecedentes de diabetes en familiares y mujeres con antecedentes de hijas e hijos macrosómicos (más de 9 libras).

Los signos y síntomas que puede llegar a tener una persona son: polidipsia (sed intensa), disminución de peso, polifagia (aumento del apetito), poliuria (orinar frecuentemente) (18).

Diagnóstico:

- a) Realice glicemia (con glicemia sérica o glucometría), a partir de los 20 años una vez al año. Interprete los resultados de acuerdo a la tabla siguiente:

INTERPRETACIÓN	GLICEMIA EN AYUNAS MG/DL	GLICEMIA DOS HORAS DESPUÉS DE DESAYUNO ML/DL	GLICEMIA CON PRUEBA ORAL DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA (PTOG) MG/DL
Normal	70 – 100	Menor de 140	Menor de 140
Pre-diabetes	100 – 125	140 – 199	140 – 199
Diabetes	Igual o mayor 126	Igual o mayor 200	Igual o mayor 200

Tabla 2 Interpretación de los exámenes de laboratorio (18).

- b) Recuerde hacer dos pruebas para confirmar diagnóstico de diabetes.
- c) Realice orina si es necesario.
- d) Creatinina y Electrocardiograma.

Inspección y sensibilidad de los pies en cada consulta y busque la presencia de:

- a) Pulsos periféricos
- b) Pulso pedio: Se palpa en el dorso de los pies, entre el tendón del dedo gordo del pie y el segundo dedo.
- c) Reflejos Aquiliano y Patelar

Tratamiento:

Iniciar tratamiento farmacológico con hipoglucemiantes orales en los siguientes casos:

- a) Paciente con complicaciones: Infecciones, deterioro del paciente, candidiasis vaginal, entre otros.
- b) Glicemia mayor a 240 mg/dl.
- c) Hemoglobina glicosilada (HbA1c) mayor de 8.5 mg/dl.
- d) Paciente que NO haya alcanzado los parámetros de buen control glicémico con los cambios en estilo de vida luego de un período de 3 meses, ver cuadro siguiente:

NIVEL	ADECUADO	INADECUADO
Riesgo de complicaciones crónicas	Bajo	Alto
Glicemia ayuna	70 -120	Mayor de 120
Glicemia 2 horas postprandial	70-140	Mayor de 140
Hemoglobina Glicosilada (HbA1c)	Menor 6.5	Mayor de 7

Tabla 3 Metas para el control glicémico de los pacientes (18).

Medicamentos:

1. Metformina (tableta 850 mg):

- a) Primera semana: ½ tableta después de cada comida.
- b) Segunda semana: ½ tableta en el desayuno y cena y 1 tableta en el almuerzo si no se ha logrado el control adecuado de glucosa.
- c) Tercera semana: 1 tableta en el desayuno y almuerzo y ½ tableta en la cena; si persiste descontrol glicémico indicar 1 tableta después de cada comida. Dosis máxima 2,550 mg.

2. Glimepirida:

- a) 1 tableta (2 mg), diaria, vía oral, ½ hora antes del desayuno. Se puede aumentar paulatinamente dependiendo del resultado de las glicemias de control hasta 8 mgs al día.

3. Tratamiento con insulina:

- a) Niveles glicémicos y hemoglobina glicosilada (HbA1c) en valores inadecuados a pesar de recibir medicamentos combinados.
- b) Pérdida acelerada de peso.

- c) Complicaciones agudas y crónicas.
- d) Paciente con insuficiencia renal y hepática.
- e) Embarazo (18).

Recomendaciones Generales:

Oriente sobre la alimentación, ya que es la base del tratamiento, NO ES POSIBLE controlar los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad sin una adecuada alimentación, tenga en cuenta los siguientes aspectos:

1. Fraccionar en cinco porciones pequeñas diarias (desayuno, refacción, almuerzo, refacción y cena) esto mejora el cumplimiento de la dieta, se reducen los picos glicémicos postprandiales.
2. La sal deberá consumirse en cantidad moderada (1 cucharadita al día, 6 - 8 gramos) y sólo restringirse cuando existan enfermedades concomitantes (hipertensión, insuficiencia renal, Insuficiencia cardíaca).
3. No es recomendable el uso de bebidas alcohólicas, puede producir hiperglicemia, hipertrigliceridemia, entre otras patologías.
4. Es preferible que se consuma una fruta y no jugos naturales o envasados, ya que tienen un valor calórico alto.
5. Es recomendable el consumo de alimentos ricos en fibra soluble (ejemplo: naranja, pera, zanahoria, manzana, frijol, lenteja, entre otros), mejoran el control glicémico, reducen la hiperinsulinemia y reducen los niveles de lípidos.
6. Alimentos prohibidos: Azúcar, miel, panela, pan dulce, chocolate como comida o como bebida, pasteles, galletas dulces, helados, dulces, aguas gaseosas, jugos artificiales, gelatina con azúcar, cereales con miel o con azúcar añadido, vísceras (panza, hígado, riñones, mollejas, corazón, lengua, buche), chicharrones, alimentos fritos, mantequilla y margarina, tamales, tostadas, rellenitos.
7. Cambiar el hábito sedentario mediante caminatas diarias.

8. La frecuencia mínima deberá ser 3 o 4 veces por semana en días alternos, con una duración mínima de 30 minutos cada vez, conservando las etapas de calentamiento, mantenimiento y enfriamiento. Se recomienda el ejercicio aeróbico (caminar, trotar, nadar, bailar, ciclismo y otros).
9. Suprimir el hábito de fumar, o cualquier otro tipo de drogas, así como un mejor manejo del estrés.
10. Higiene y cuidado de los pies (callos, uñas).
11. Prevención de trauma (no caminar descalzo, calzado adecuado y uso de calcetines).

Complicaciones agudas

Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)

Hipoglicemia: Es la glucosa plasmática por debajo de 50 mg/dl.

Los factores de riesgo son: retrasar u omitir una comida, beber alcohol en exceso o sin ingerir alimentos simultáneamente, hacer ejercicio intenso sin haber ingerido una refacción previa, equivocarse en la dosis del hipoglucemiante y enfermedad renal concomitante.

Los signos y síntomas que llega a tener una persona son: cansancio, sudoración, temblor, confusión y pérdida de conciencia, palidez y frialdad, palpitaciones, ansiedad e insomnio, hambre repentina, cefalea y náuseas.

Tratamiento:

1. Administre una sola dosis de azúcar simple (bebida azucarada o un vaso de agua con tres cucharadas de azúcar).
2. Si la persona ha perdido el conocimiento o se encuentra obnubilada (semi inconsciente) y se niega a ingerir azúcar, administre de 100 a 300 cc de

dextrosa al 10% IV a chorro, (si no cuenta al 10%, administre dextrosa al 5%).

3. Después de haber recibido la dosis oral o parenteral de glucosa y esté en capacidad, debe ingerir alimentos ricos en carbohidratos (una porción de pan, pastel, pastas, banano, entre otros).
4. Refiera inmediatamente si el paciente no mejora o si no hay capacidad resolutive (18).

Hiperglicemia severa: Es la glucosa plasmática en ayunas mayor de 300 mg/dl.

Los signos y síntomas que tiene una persona son: cansancio, poliuria, respiración rápida, polidipsia, calambres, vómitos, rubor, pérdida de conocimiento, hipotensión y pérdida de la visión.

Tratamiento:

1. Administre solución salina 1,000 CC IV, a 60 gotas por minuto.
2. Refiera urgentemente al hospital más cercano (18).

Complicaciones crónicas:

1. Oftalmológicas: Retinopatía diabética, catarata, glaucoma, lesiones en córnea
2. Neuropatía
3. Pie Diabético
4. Nefropatía Diabética

2.3.7.2.2 Hipertensión arterial

Es el nivel de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm Hg o el nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mmHg.

Los factores de riesgo son: edad (personas mayores de 65 años tienen mayor riesgo), sexo (más frecuente en mujeres), antecedentes familiares de hipertensión, tabaquismo, sedentarismo, consumo elevado de sal, obesidad, colesterol elevado, diabetes mellitus y enfermedad renal.

Los signos y síntomas que llega a tener una persona son: cefalea, visión borrosa, mareos, opresión en el pecho, zumbido de oídos, letargia o inconsciencia, sudoración excesiva, convulsiones, edema, anuria (no orina) y sangrado por la nariz (18).

CLASIFICACIÓN	PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (MMHG)	PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA (MMHG)
Hipertensión estadio 1	140-159	90-99
Hipertensión estadio 2	Mayor o Igual que 160	Mayor o Igual que 100

Tabla 4 Clasificación de la presión arterial (18).

Tratamiento:

1. Hipertensión estadio 1

- a) Primera elección: Diuréticos Tiazídicos.
- b) Segunda elección: IECAS o ARA II más Tiazídicos.

2. Hipertensión estadio 2

- a) Las personas que presenten complicaciones cardiovasculares, renales, enfermedad hipertensiva del embarazo, se trasladaran de inmediato a un hospital cercano.
- b) Si no presenta complicaciones ni enfermedades asociadas, iniciar tratamiento con diuréticos, tiazídicos más IECAS.

- c) Si la persona tiene triglicéridos elevados, indicar ciprofibrato 100 mg, vía oral, cada 24 horas.
- d) Si la persona tiene colesterol elevado, indicar atorvastatina 10 mg, vía oral, cada 24 horas.

MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS		
ACCIÓN	MEDICAMENTO	DOSIS HABITUAL/ VIA ORAL
Diuréticos tiazídicos	Hidroclorotiazida	12.5-25 mg día/ 24 hrs.
IECA Inhibidores Enzima convertidora de angiotensina	Ramipril	2.5-10 mg día/ 24 hrs.
	Cilazapril	2.5-10 mg día/ 24hrs
	Enalapril	10-20 mg día 24 hrs.
	Captopril	25-50 mg día/ 24 hrs.
ARA II Antagonista del receptor de angiotensina II	Irbesartán	75-300 mg día / 24 hrs
	Losartán	50-100 mg día/ 24 hrs

Tabla 5. Medicamentos antihipertensivos (18).

Recomendaciones:

1. Mantener peso ideal: Estilos de vida saludable.
2. Actividad física: Durante 30 minutos, la mayor parte de los días de la semana (caminar rápido, bailar, correr, montar bicicleta), o bien incremento de actividades físicas en sus actividades diarias.

3. Alimentación saludable: Reducir el consumo de sal y limitar el consumo de alimentos procesados industrialmente, por la elevada utilización de sal en su preparación.
4. Evitar consumo de alcohol y tabaco (18).

2.3.7.2.3 Infarto agudo de miocardio (infarto cardiaco)

El infarto es un daño, necrosis o muerte de una parte del corazón, producido por una obstrucción en una de las arterias que irrigan el corazón. La isquemia o suministro deficiente de oxígeno que resulta de la obstrucción de una arteria produce angina de pecho que, si se atiende rápidamente, no se produce muerte del tejido cardíaco, mientras que si se mantiene esta anoxia (falta de oxígeno) se produce la lesión del miocardio y finalmente la necrosis; es decir el infarto. (18)

Los factores de riesgo son: hipertensión arterial, vejez, sexo masculino, tabaquismo, hipercolesterolemia, (niveles elevados LDL y bajos HDL), diabetes mellitus, obesidad (IMC mayor de 30). Muchos de los factores de riesgo cardíacos son modificables, de modo que muchos ataques al corazón pueden ser prevenidos al mantener un estilo de vida saludable

Los signos y síntomas que padece una persona son: dolor de pecho repentino: Puede propagarse a los brazos y hombros sobre todo, el lado izquierdo, la espalda, cuello e incluso los dientes y la mandíbula, disnea o dificultad para respirar, agitación, palidez generalizada, sudoración, mareos, palpitaciones, náuseas y frecuentemente con presión arterial elevada (18).

Tratamiento:

1. Refiera inmediatamente al hospital más cercano, en posición medio sentado con las rodillas dobladas

2. Oxígeno con mascarilla a dos o tres litros por minuto (si tuviera).
3. Aspirina 300 mg, vía oral, si no es alérgico (18).

2.3.7.2.4 Evento cerebrovascular (derrame cerebral)

1. **Evento cerebrovascular isquémico (es el más común):** Cuando un vaso sanguíneo resulta bloqueado por un coágulo de sangre, interrumpiendo el flujo de sangre.
2. **Evento cerebrovascular hemorrágico (derrame cerebral):** Cuando un vaso sanguíneo del cerebro se rompe, causando una filtración de sangre dentro del mismo (18).

Los factores de riesgo son: hipertensión arterial es el factor número uno, diabetes, cardiopatía, colesterol alto, edad, consumo de alcohol y tabaco y consumo de drogas.

Los signos y síntomas que presenta una persona son: los síntomas dependen de qué parte del cerebro está lesionada. También éstos se presentan súbitamente y sin aviso, pueden ser episodios (ocurren, luego se detienen) o pueden empeorar lentamente con el tiempo (18).

- a) Dolor de cabeza
- b) Náuseas y vómitos
- c) Letargo, somnolencia, estupor, retraimiento, coma
- d) Pérdida de la coordinación y equilibrio
- e) Dificultad para hablar, deglutir o leer
- f) Cambios de sensibilidad especialmente en un solo lado del cuerpo; disminución de la sensibilidad u hormigueo
- g) Confusión repentina
- h) Debilidad de cualquier parte del cuerpo

- i) Cambios de la visión (disminución repentina de la visión o pérdida total de visión)

Tratamiento:

1. Refiera inmediatamente al hospital más cercano (18).

Recomendaciones:

1. Evite el consumo de tabaco.
2. Evite deportes de sobreesfuerzo.
3. Controle su peso, no aumentar de peso.
4. Evite el consumo de bebidas alcohólicas.
5. Consuma alimentos saludables, lleve una dieta diaria.
6. Realizar actividad física.
7. No olvide seguir las recomendaciones del médico.

2.3.7.2.5 Insuficiencia Renal Crónica

Consiste en la alteración funcional o estructural del riñón, con o sin disminución de la Tasa de Filtración Glomerular (TFG), manifestada por: Anomalías en la composición de la sangre o la orina, o de los exámenes con imágenes (18).

La evidencia del daño puede encontrarse en las alteraciones persistentes del examen de orina por un plazo superior a tres meses, particularmente la presencia de albuminuria.

Los factores de riesgo son: hipertensión arterial, diabetes, infección del tracto urinario a repetición, obesidad (Índice de Masa Corporal “IMC” mayor o igual a 30), mayores de 50 años, embarazadas con historia de hipertensión durante el embarazo,

historia personal de urolitiasis (2 o más episodios), uropatía obstructiva de cualquier origen, historia de nefrotoxicidad o uso crónico de antiinflamatorios no esteroides (AINES) Ej. Aspirina, antecedentes personales y familiares de enfermedades glomerulares, vasculares, intersticiales, quísticos y familiares en diálisis, recuperación de insuficiencia renal aguda de cualquier causa (18).

Los signos y síntomas que tiene una persona son: edema, fatiga, picazón o prurito generalizado, cefalea, náusea y vómitos con sangre ocasional, pérdida de peso, anuria y nicturia.

Laboratorio:

1. Proteinuria:
2. Orina simple, tira reactiva mayor a 30 mg/dl y creatinina en orina simple mayor o igual a 0.20
3. Hematología completa
4. Creatinina en sangre

Tratamiento:

1. Refiera al hospital para confirmación de diagnóstico y tratamiento (18).

Recomendaciones:

Cuando usted padece enfermedad renal crónica, necesita hacer cambios en su alimentación.

1. **Carnes:** Se recomienda reducir la ingesta de carnes y pescados. El resto de las proteínas ya las aportarán los otros alimentos de la dieta.

2. **Grasas:** Son más indicadas las de origen vegetal (margarina, aceites vegetales, de oliva, maíz, girasol) y aceites de pescado. Deben evitarse las grasas animales (tocino, carnes grasas y embutidos).
3. **Productos lácteos:** Se recomienda tomar leche o derivados una o dos veces al día como queso o un yogurt.
4. **Pan, cereales y pastas:** Se recomienda consumirlos una vez al día y en cantidades moderadas, por ejemplo en la cena. Se pueden combinar pan con cuatro cucharadas de arroz.
5. **Azúcares refinados:** Deben reducirse porque repercuten en el nivel de azúcar y grasas en la sangre.
6. **Verduras y hortalizas:** En crudo se cortarán y se pondrán en remojo un mínimo de 3 horas. Cocidas se darán uno o dos hervores, cambiando el agua.
7. **Legumbres:** Conviene evitarlas, ya que aunque son ricas en hidratos de carbono, también lo son en proteínas de bajo valor biológico y con ellas se sobrepasa rápidamente el cupo de proteínas.
8. **Productos integrales:** Pan, arroz, galletas entre otras. Se deben tomar con precaución por su alto contenido en fósforo y potasio.
9. **Agua:** Debe seguir las recomendaciones de su médico. Normalmente, se suele recomendar beber diariamente una cantidad no superior al volumen de orina.
10. **Sal:** Debe evitar la ingesta de alimentos con alto contenido en sal, puede sustituirla por hierbas aromáticas, alguna especia o gotitas de limón.

Potasio:

En la insuficiencia renal crónica, la pérdida de funcionalidad del riñón hace que el potasio se acumule en sangre. Cuando los niveles son muy elevados pueden ocasionarle debilidad muscular, temblores, fatiga y en casos graves problemas cardíacos. El potasio se disuelve en agua, los alimentos que se pueden poner a remojo se trocearán y se podrán en agua la noche anterior, se cambiará el agua varias veces (24).

1. Los alimentos cocidos, se cocinarán en abundante agua que se cambiará a media cocción por agua nueva, con la que se finalizará la cocción.
2. Legumbres, verduras, y hortalizas de remojo se elimina el 75% del potasio.
3. No aprovechar el agua de cocción para salsas o sopas ni tampoco el agua de hervir las frutas.
4. No tomar el almíbar de las frutas porque llevan disuelto el potasio.
5. Evitar frutos secos, chocolates y bebidas carbónicas.
6. No tomar más de una pieza de fruta al día, evitando los cítricos, plátano, kiwi.
7. No se debe consumir productos integrales (incluido en los pacientes diabéticos) por su alto contenido en potasio y fósforo
8. Si su insuficiencia renal crónica está en un estadio tan avanzado, habrá de recurrir a la diálisis. Este proceso le acompañará durante toda su vida. La única alternativa existente a la diálisis es el trasplante de riñón, en el que se recibe un órgano de un donante.
9. Evitar consumo de alcohol y tabaco

2.3.7.2.6 Asma

Es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, que se caracteriza por una obstrucción bronquial variable y reversible ya sea espontáneamente o con tratamiento, que cursa con un aumento de la respuesta de la vía aérea frente a la gran variedad de estímulos: alérgenos, fármacos, ejercicio, aire frío, risa o llanto, humo, entre otros (18).

La inflamación crónica produce una condición de hiperrespuesta de las vías aéreas, que conduce a episodios recurrentes de sibilancias, falta de aire (ahogos), opresión torácica, y tos (preferentemente de noche y al despertar). Estos episodios se asocian habitualmente con una obstrucción difusa variable del flujo aéreo, que es generalmente reversible espontáneamente o con el tratamiento, pero que puede evolucionar a irreversible en relación con una remodelación de las vías aéreas (25).

En los últimos años se ha notado un aumento de la frecuencia del asma en los adultos mayores de 65 años, en especial a partir de los años ‘70 asociada al proceso de urbanización (26).

Características:

- a) Una de las principales características del asma en este grupo de pacientes es que los síntomas son poco específicos y suelen confundirse con problemas gástricos y cardiológicos.
- b) Contribuyen a la gravedad del asma en los adultos mayores la coexistencia con otras enfermedades respiratorias (bronquitis, enfermedades pulmonares laborales, tabaquismo) y cardiacas que favorecen el desarrollo de complicaciones y dificultan el tratamiento farmacológico.
- c) Además, en los adultos mayores la percepción de los síntomas está disminuida por lo cual cuando consultan el cuadro sintomático suele estar avanzado. A veces el paciente desconoce su situación pero la dificultad al respirar o los ruidos en el pecho que aparecen simultáneamente con un resfriado pueden estar indicando un asma encubierta.

Factores de riesgo:

Predisponentes:

- a) Alergia
- b) Historia familiar de asma

Causales:

- a) **En el hogar:** ácaros, animales domésticos y mohos
- b) **En el ambiente exterior:** Polen y mohos
- c) **En el lugar de trabajo:** Productos químicos, polvos, madera, harina, entre otros

d) **Medicamentos:** Aspirina y ciertos analgésicos antiinflamatorio

Desencadenantes de las crisis:

- a) Infecciones víricas de las vías aéreas superiores.
- b) El ejercicio, más frecuentemente cuando el ambiente es frío o seco.
- c) Los cambios climáticos, como descensos de la temperatura, la humedad y la niebla.
- d) El reflujo gastroesofágico.
- e) El embarazo, los períodos menstruales y la menopausia empeoran el asma en algunas mujeres.
- f) La inhalación activa y pasiva de humo, entre ellos de tabaco, leña, entre otros (18).

Los síntomas son característicos y comprenden las sibilancias, ahogos (falta de aire), opresión torácica y tos. Sin embargo, se distinguen por algunas características: ser variables e intermitentes, peores de noche y al amanecer, y frecuentemente producidos por factores gatillantes: infecciones virales, irritantes (humo de cigarrillo, aerosoles), ejercicio, aire frío, y exposición a aero-alergenos, lo que los hacen más propios del Asma. Los antecedentes de atopia en los familiares cercanos (Asma, rinitis, eccema) apoyan importantemente el diagnóstico, que es fundamentalmente clínico, existiendo en la anamnesis preguntas claves que nos orientan a pensar en Asma (25).

Los cambios en la alineación de los cuerpos vertebrales, la calcificación de los cartílagos costales y los cambios degenerativos en las articulaciones costo vertebrales, producen una disminución de la complianza de la pared del tórax de aproximadamente 31%. Estos cambios estructurales incrementan el trabajo respiratorio del diafragma y de los músculos abdominales, disminuyendo la contribución de los músculos torácicos a la respiración.

Cambios en la función pulmonar: Los cambios estructurales antes mencionados producen una disminución progresiva en la capacidad vital total debido al aumento en la rigidez de la caja torácica, así como pérdida de la capacidad elástica pulmonar y disminución de la fuerza generada por los músculos. A pesar del incremento del volumen residual resultante, la capacidad pulmonar total permanece intacta. A partir de los 44 años de edad, los cambios en el punto de cierre durante la espiración de los bronquiolos terminales se asocia con incremento progresivo del volumen de cierre que favorece la formación de cortocircuitos, los cuales condicionan la disminución en la presión parcial de oxígeno encontrada en los individuos mayores de 65 años.

Se ha estimado que el volumen espirado máximo en el primer segundo de la espiración forzada (FEV1) disminuye 32 ml/año en mujeres y 27 ml/año en varones no fumadores entre 65 y 85 años, mientras que la capacidad vital forzada (CVF) disminuye 33 ml/año en mujeres y 20 ml/año en hombres. En promedio la disminución anual tanto del FEV1 y CVF es aproximadamente de 30 ml/ año (27).

Diagnóstico

1. Tos crónica, definida como un síntoma que dura más de dos semanas, producida por:
 - a. Afecciones sinusales, con goteo nasal posterior.
 - b. Reflujo gastroesofágico, con compromiso de faringe y laringe posterior.
 - c. Afecciones de vía aérea superior: tumores, fibrosis cicatricial de traqueotomía, disfunción de cuerdas vocales.
 - d. Rinitis crónica con descarga post nasal.
 - e. Drogas inhibitoras de ECA (enzima convertidora de la angiotensina).
2. Obstrucción de vía aérea central (neoplasias benignas, malignas, estenosis cicatriciales).
3. Cuerpos extraños endobronquiales.

4. Tumores en vía aérea inferior.
5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
6. Bronquiectasias.
7. Insuficiencia cardíaca izquierda.
8. Tromboembolismo pulmonar.
9. Trastornos psiquiátricos.
10. Enfermedad Pulmonar Intersticial.
11. Obstrucción bronquial por drogas: b bloqueadores, colinérgicos (25).

El diagnóstico de asma en los ancianos, al igual que en los jóvenes, reside en una historia clínica compatible, pruebas de función respiratoria, sus características clínicas y evidencia de obstrucción reversible de la vía aérea. Sin embargo, existe un subdiagnóstico debido a que el personal médico no considera el cuadro sintomático como asma ante la creencia de que dicha enfermedad es propia de poblaciones más jóvenes o que los síntomas pueden ser atribuidos al gran número de comorbilidades u otras patologías de origen cardíaco, gastroesofágico y/o broncopulmonar (27).

Existen pruebas objetivas de función respiratoria como la espirometría o el flujo espiratorio pico son poco utilizadas en los ancianos, contribuyendo con el retraso o falta de diagnóstico. Dada la disminución de la percepción de la disnea en esta población, la realización de estas pruebas se vuelve indispensable para establecer el diagnóstico de asma. Espirometría: El uso de la espirometría en el adulto mayor para el diagnóstico y control del asma hasta el momento cuenta con poca evidencia, sin embargo si se realiza con un protocolo de control de calidad se puede asegurar que los resultados obtenidos sean útiles. En un estudio realizado en ancianos italianos funcionales sin evidencia de deterioro cognitivo, se demostró que la realización de la espirometría con un protocolo de control de calidad permite obtener hasta en 86% de los pacientes resultados que cumplan con los criterios de calidad (27).

Los cambios asociados al envejecimiento y las enfermedades prevalentes en los ancianos como la desafrentación sensorial (déficit visual y auditivo) y los problemas bucales y dentales representan un gran obstáculo para la realización adecuada de la

espirometría. El deterioro cognitivo severo se asocia con problemas para obtener estudios de calidad, evidenciándose al compararse con pruebas pasivas como la impedancia respiratoria por oscilometría de impulso. Esto condiciona una limitante relevante para poder establecer el diagnóstico de asma en pacientes con demencia (27).

Diagnóstico Diferencial

En el anciano existen múltiples enfermedades, cuyos síntomas respiratorios requieren ser diferenciados del asma. La insuficiencia cardiaca es capaz de producir obstrucción de la vía aérea e hiperreactividad bronquial, así como síntomas nocturnos asociados a la ortopnea y disnea paroxística, por ello si el paciente tiene antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y/o cardiopatía isquémica es necesario una evaluación cardiaca integral previo a establecer el diagnóstico de asma; de igual manera la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se debe sospechar en pacientes con antecedentes de exposición a tabaco o humo de leña, en pacientes con enfermedades neurológicas y reflujo gastroesofágico pueden producir espasmo bronquial y disnea, el médico deberá evaluar según sea el caso (27).

Tratamiento:

En casos de Crisis de Asma:

1. Estimar la gravedad de la crisis
2. En caso de crisis grave o paro inminente, refiera al hospital más cercano, con oxígeno, acompañado de un proveedor y con primera dosis de medicamentos indicados para casos Leves o moderados.

En caso de crisis leve o moderada:

1. Dexametasona: 1 ampolla de 40 mg, IM en dosis única.

2. Nebulizar con Salbutamol: 20 gotas (1cc) en 2 cc de suero fisiológico, se puede indicar en tres ocasiones con un intervalo de 15 a 30 minutos entre cada dosis.
3. Si el paciente no mejora refiera inmediatamente al hospital más cercano para tratamiento (18).

Recomendaciones:

1. Control ambiental para disminuir y atenuar los alérgenos que contribuyen a las crisis.
2. Características de la enfermedad y evitar los factores desencadenantes.
3. Reconocimiento de la exacerbación de las crisis, acuda al servicio de salud.
4. Consumo de medicamentos intercrisis (18).

SIGNO	LEVE	MODERADO	GRAVE	PARO INMINENTE
DISNEA	Al caminar, tolera estar acostado/a	Al hablar, prefiere estar sentado/a	Estando Acostado/a	
HABLA	Frases	Parte de frases	Palabras	No puede hablar
NIVEL DE CONCIENCIA	Puede estar agitado/a	Habitualmente agitado/a	Siempre agitado/a	Soñoliento/a o confuso/a
FRECUENCIA RESPIRATORIA	Aumentada	Aumentada	A menudo más de 30 por minuto	
TIRAJE MUSCULAR	No	Habitualmente	Habitualmente	Movimiento paradójico
SIBILANCIAS	Moderadas	Fuertes	Muy fuertes	Ausentes
PULSO	Menor de 100	100 – 120	Mayor de 120	Bradycardia

Tabla 6 Escala para estimar la gravedad de la crisis de asma (18).

2.3.7.2.7 Osteoartritis

La osteoartritis es una enfermedad de las articulaciones que por lo general afecta a las personas de mediana edad y a personas de la tercera edad. Es una enfermedad de toda la articulación, que involucra al cartílago (tejido que acolchona los extremos de los huesos entre las articulaciones), el revestimiento de la articulación, los

ligamentos, el hueso y diferentes grados de inflamación de la membrana sinovial (el revestimiento de la articulación) (28).

En la fase temprana de la enfermedad los eventos patológicos son dinámicos, presentándose transformaciones estructurales que previenen la inestabilidad de la articulación pero, a medida que avanza la enfermedad, las estructuras afectadas experimentan cambios patológicos irreversibles que llevan finalmente al deterioro funcional total de la articulación poniendo en riesgo al adulto mayor a tener una discapacidad, tiende a atacar a las articulaciones de la manos, columna, cadera, rodillas y dedos gordos del pie. La enfermedad no tiene cura existen algunos tratamientos para intentar hacer que avance con mayor lentitud para prevenir complicaciones y no sean sometidas a una artroplastia (cirugía de remplazo de la articulación).

La Osteoartritis afecta a las personas de todas las razas y de los dos géneros. Con frecuencia, se produce en personas a partir de los 40 años de edad. Los factores de riesgo son: edad avanzada, tener familiares con osteoartritis, obesidad, lesiones en la articulación o uso repetitivo (excesivo) de las articulaciones, deformidad de la articulación como longitud desigual de la pierna, rodilla (29).

Los síntomas que padecen las personas con osteoartritis son: dolor y rigidez de la articulación; hinchazón prominente en la articulación; crujidos o rechinado al mover la articulación; menor funcionamiento de la articulación.

Epidemiología:

La prevalencia de la osteoartritis se incrementa con la edad constituyendo la principal causa de enfermedad reumática en la población anciana; ocupando, además, el segundo lugar como causa de discapacidad en personas mayores de 50 años. Con el envejecimiento poblacional proyectado para los próximos años se espera un mayor incremento de la prevalencia de esta enfermedad. El género también es un factor determinante de la epidemiología de la osteoartritis: antes de los 50 años los hombres

tienen una mayor prevalencia que las mujeres y después de esta edad ellas la presentan con mayor frecuencia en las articulaciones de las manos, los pies y las rodillas; además tienen una mayor tendencia a desarrollar osteoartritis generalizada (30).

Es necesario aclarar que la osteoartritis no es una enfermedad degenerativa, es decir que progresa inevitablemente con la edad, sino que su inicio y progresión dependen de la interacción de múltiples factores importantes en la patogénesis, dentro de los cuales los más importantes determinantes son la alteración en la regulación de la matriz extracelular del cartílago, las influencias genéticas, los factores mecánicos locales y los procesos inflamatorios (30).

Han sido estudiados factores de riesgo que posiblemente determinan la susceptibilidad de desarrollar osteoartritis. Estos se pueden clasificar en sistémicos como la etnia, el estado hormonal, la densidad ósea alta, la dieta con altos contenidos de oxidantes y la carga genética; y como locales, que básicamente alteran la biomecánica como la obesidad, las lesiones articulares agudas, las deformidades congénitas, los factores ocupacionales, los deportes con impacto directo sobre la articulación, la alteración previa de la anatomía o funcionalidad de la misma y la debilidad muscular (30).

La enfermedad es clasificada en primaria o idiopática cuando se da en ausencia de algún factor predisponente conocido; y secundaria, cuando está asociada a un factor patogénico local o sistémico subyacente, aunque anatomopatológicamente son Indistinguibles (30).

Diagnóstico:

Los médicos detectan la osteoartritis por los síntomas típicos y por los resultados del examen físico. En algunos casos, las radiografías u otros exámenes de imágenes

pueden resultar útiles para ver en qué medida está desarrollada la enfermedad o contribuir a descartar otros problemas de articulación (29).

Tratamiento:

No hay ningún tratamiento comprobado que pueda revertir el daño que produce la Osteoartritis a la articulación. El objetivo del tratamiento es reducir el dolor y mejorar el funcionamiento de las articulaciones afectadas. Con frecuencia, eso es posible mediante una mezcla de medidas físicas y farmacoterapia y, a veces, cirugía. (29).

1. La pérdida de peso y el ejercicio son útiles para combatir la osteoartritis.
2. El ejercicio puede mejorar su fuerza muscular, disminuir el dolor y la rigidez de la articulación y reducir las posibilidades de sufrir discapacidad
3. Utilice dispositivos de apoyo asistenciales, como las **ÓRTESES** o los bastones, que le ayudan a realizar actividades diarias.
4. La terapia con calor o con frío puede contribuir a aliviar los síntomas de osteoartritis un tiempo.
5. Ciertos tratamientos alternativos, como spas (tinas calientes), masajes, acupuntura y manipulación quiropráctica pueden contribuir a aliviar el dolor un tiempo.
6. Posicione y apoye bien su cuello y su espalda mientras esté sentado.
7. Evite los movimientos repetidos de la articulación, en especial doblarlos con frecuencia

2.3.8 Limitación funcional

La independencia funcional o funcionalidad es la capacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir. Las actividades de la vida diaria son las acciones que realiza una persona en forma

cotidiana para mantener su cuerpo y subsistir independientemente. Cuando nuestros cuerpos y mentes son capaces de llevar a cabo actividades de la vida cotidiana se dice que nuestra funcionalidad está indemne (31).

La pérdida de la funcionalidad se puede detectar clínicamente por la pérdida de autonomía y aparición de dependencia que, poco a poco, van a limitar la calidad de vida de las personas mayores. Las enfermedades que contrae el adulto mayor origina un tipo específico de pérdida funcional: cada enfermedad afecta a un grupo concreto de actividades. Esta pérdida de la independencia y autonomía afecta inicialmente a las actividades complejas (desplazamientos fuera del hogar), pero, si se mantiene en el tiempo y no se actúa sobre ella, progresa y llega a afectar más para realizar actividades básicas de la vida que afectan al autocuidado: levantarse, vestirse, comer y desplazamiento dentro del hogar (31).

Las personas mayores con independencia funcional, presentan cambios físicos, biológicos de roles familiares, profesionales, económicos y sociales por lo que debemos procurar fomentar el envejecimiento activo y satisfactorio con el mantenimiento de todas las actividades de la vida diaria y prevención primaria y secundaria de enfermedades (31).

2.3.8.1 Envejecimiento y funcionalidad

El proceso normal de envejecimiento individual, produce una disminución de hasta un 25 a 35% de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, lo que se traduce en una disminución de la función cumplida por ese órgano y sistema. En situación de exigencia normal o habitual no tendrá repercusión, sí podrá afectar al individuo frente a una exigencia no habitual o estrés, dado que el envejecimiento fisiológico afecta las capacidades de reserva (31).

El proceso normal de envejecimiento produce cambios en la homeostasis y en la reserva, aumentando la vulnerabilidad a presentar enfermedades crónicas y

degenerativas; sumado a predisposición genética, estilos de vida inadecuados y condiciones socio-económicas precarias y ambientales nocivas, hace que el estado de salud funcional de la persona mayor aumente el riesgo de transitar desde la independencia a la dependencia (31).

En la vejez, la expresión de las enfermedades, suele ser más larvada y los síntomas se modifican, por ejemplo, aumenta el umbral del dolor, cambia la regulación de la temperatura y el balance hidroeléctrico; se modifican los mecanismos compensatorios como taquicardia y polipnea, incluso en algunas ocasiones, existiendo compromiso; los signos y síntomas clásicos aparecen normales. Los adultos mayores a los 80 años, aún en los mejores sistemas de salud, pueden presentar hasta tres enfermedades crónicas. De este modo la co-morbilidad, en el grupo de adultos mayores, dificulta establecer diferencia entre el grupo de sanos o enfermos, dado que en su gran mayoría las personas mayores presentaran alguna enfermedad crónica o degenerativa. Lo que en realidad marcará la diferencia es si esta enfermedad u otra condición física, psíquica o social han favorecido el “Estado de Salud Funcional” o llevado al compromiso del “Estado de Salud Funcional” (32).

2.3.8.2 Pérdida de la funcionalidad: proceso progresivo

Es el proceso de discapacitarse como algo gradual que pasa por etapas, en las cuales es posible intervenir para evitar, aliviar, retrasar o contrarrestar los factores que impulsan o profundizan dicho proceso. El proceso se inicia con una patología que puede causar impedimentos, los que dificultan el funcionamiento físico, mental o social. Pasando luego a producir limitaciones funcionales que equivalen a restricciones para ejecutar acciones de la vida diaria. Culminando en la discapacidad o la incapacidad de realizar las acciones del diario vivir por sí mismo. Cuando las limitaciones funcionales o incluso una discapacidad se observa a tiempo y se trata adecuadamente, se pueden retrasar, aliviar o incluso evitar la incapacidad total y la dependencia (31).

Adulto Mayor Sano: Es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfactoria personal (31).

Adulto mayor frágil: Es aquel adulto mayor vulnerable, son aquellos adultos mayores que van siendo progresivamente más dependientes, que presentan algunas patologías crónicas y que suelen precisar ayudas externas para mantener sus autocuidados. Presentando grados escalonados de discapacidad y dependencia en la realización de sus actividades de la vida diaria (16).

2.3.8.3 Factores de riesgo de perder la funcionalidad

Una segunda forma de estudiar el estado de salud de los adultos mayores es incorporando el concepto de “factor de riesgo”, se entiende aquella característica innata o adquirida del individuo que se asocia con una probabilidad de fallecer o de padecer una determinada enfermedad o condición de salud. Entre ellos se escogieron las enfermedades crónicas las que por sí solas constituyen un factor de riesgo, es decir, ellas aumentan las probabilidades del adulto mayor de perder la capacidad de funcionar por si sólo en la vida cotidiana y de morir (31).

La capacidad funcional de un individuo puede verse alterada, generalmente disminuida, por variados factores de riesgo como son: las enfermedades crónicas, los síndromes geriátricos y otros como son: la polifarmacia y los hábitos de consumo nocivos (alcohol, cigarrillo).

2.3.8.4 Factores predictivos del mantenimiento de la funcionalidad

Son factores asociados a un envejecer saludable y conservando al máximo posible las capacidades físicas y mentales, llamados también factores protectores, es decir, aquellos que aumentan la probabilidad de mantenerse saludables y en posesión de las capacidades físicas y mentales. El mejor predictor de una longevidad saludable

era la percepción subjetiva de salud, esta a su vez se correlacionaba con: ser más activo, tener un ánimo más positivo y tener relaciones sociales más allá del ámbito de la familia. El envejecimiento exitoso es un concepto multidimensional que en una primera aproximación incluyó: evitar la enfermedad y la discapacidad para mantener un alto funcionamiento físico y mental (31).

2.3.9 Estado funcional del adulto mayor

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional. Estos problemas de salud condicionantes de deterioro funcional en los adultos mayores de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) y ponen al individuo en riesgo de iatrogenia. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional (gráfico), la cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada (33).

La valoración geriátrica y dentro de ésta la valoración de la esfera funcional, permite diseñar tratamientos integrales y planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales de los pacientes. Hoy en día, se ha generalizado el uso de escalas con el objetivo de conocer la situación basal del paciente, determinar el impacto de la enfermedad actual, transmitir información objetiva, poder monitorizar los cambios y en último término, establecer tratamientos específicos y valorar la respuesta a los mismos con el objetivo de determinar la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente (34).

2.3.9.1 Componentes de la funcionalidad

1. Las actividades de la vida diaria.

2. Las actividades instrumentales de la vida diaria.
3. Marcha y equilibrio (33).

2.3.9.2 Escalas para medir las actividades de la vida diaria

Se distinguen dos tipos de ellas las que a su vez comprenden diversas actividades, a saber:

2.3.9.2.1 Actividades de la vida diaria física o básica

Son las destinadas al autocuidado, y consisten en poder realizar en forma independiente las actividades siguientes: (31).

1. Comer
2. Vestirse
3. Hacerse cargo de su apariencia física
4. Caminar
5. Levantarse de la cama
6. Bañarse
7. Hacer uso del baño

2.3.9.2.2 Actividades instrumentales

Son tareas más complejas que requieren de competencias cognitivas en la vida cotidiana, entendida esta como la habilidad para desempeñar adecuadamente aquellas tareas cognitivamente complejas que se consideran esenciales para vivir independientemente en la sociedad actual. También se consideran como indicadores de la inteligencia práctica, es decir, de su aplicación a la vida cotidiana estas son:

1. Usar el teléfono
2. Ir a lugares más allá de una distancia caminable
3. Ir de compras
4. Preparar la comida
5. Hacer las tareas de la casa
6. Responsabilizarse de tomar los medicamentos
7. Manejar el dinero

Para evaluar la salud mental se han señalado como las áreas más significativas, en lo relacionado con la pérdida funcional, las de deterioro cognitivo y la depresión (31).

2.3.9.3 Índice para evaluar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

El **ÍNDICE DE KATZ** es uno de los más ampliamente utilizados y más cuidadosamente evaluados. Se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo (33).

La escala consta de seis elementos y evalúa las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración. El instrumento se usa más eficazmente en adultos mayores, en una variedad de entornos de atención, cuando las medidas de línea de base que se toman cuando el individuo empieza a manifestar déficit funcional, son comparadas con medidas periódicamente. Esta escala de evaluación es más útil con individuos que ya manifiestan dificultades con las actividades instrumentales de la vida diaria. El propósito del índice es darle al usuario indicadores básicos para identificar cambios a través del tiempo en la autonomía del paciente, necesidades de servicio y carga de tiempo y atención para los familiares y cuidadores (33).

Descripción y normas de aplicación:

Evalúa el grado de dependencia/ independencia de las personas utilizando seis funciones básicas: baño, (esponja, ducha o bañera), vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación. En la escala se categoriza en dos niveles dependencia o independencia. Las personas se clasifican en uno de los ocho niveles de dependencia del índice de oscila entre A (independiente para todas las funciones), y G (dependiente para todas las funciones), existiendo un nivel O (dependiente en al menos dos funciones pero no clasificable como C, D, E o F) (34).

Índice de Katz

Lavado

- No recibe ayuda (entra y sale solo de la bañera si esta es la forma habitual de bañarse).
- Recibe ayuda en la limpieza de una sola parte de su cuerpo (espalda o piernas por ejemplo).
- Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo para entrar o salir de la bañera.

Vestido

- Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda.
- Se viste sin ayuda excepto para atarse los zapatos.
- Recibe ayuda para coger la ropa y ponérsela o permanece parcialmente vestido.

Uso de retrete

- Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda puede usar bastón, andador y silla de ruedas).
- Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal.
- No va al retrete.

Movilización

- Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador).
- Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta con ayuda.
- No se levanta de la cama.

Continencia

- Control completo de ambos esfínteres.
- Incontinencia ocasional.
- Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente.

Alimentación

- Sin ayuda.
- Ayuda solo para cortar la carne.
- Necesita ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos.

Independiente -----

Dependiente -----

Valoración:

- A. Independiente en todas las funciones.
- B. Independiente en todas salvo en una de ellas.
- C. Independiente en todas salvo lavado y otra más.
- D. Independiente en todas salvo lavado, vestido y otra más.
- E. Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete y otra más.
- F. Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete, movilización y otra más.
- G. Dependiente en las seis funciones.

Tabla 7 Índice de Katz (34).

2.3.9.3.1 Índice para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

La **ESCALA DE LAWTON** es útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional de los y las adultas mayores que viven en sus domicilios. Esta escala se recomienda para la evaluación del adulto mayor que se considera con riesgos de perder su autonomía, ya sea por una enfermedad crónica o por estar recuperándose de un período de inmovilidad. Si el nivel de discapacidad no se evalúa, ni se compensa con intervenciones apropiadas, ni se monitorea regularmente, la persona corre el peligro de entrar en un proceso que puede llevar a un grado acumulativo de discapacidades (33).

Descripción y normas de aplicación:

Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía.

Cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La información se le pregunta directamente al individuo o a su cuidador principal, el tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos (34).

Escala de Lawton y Brody

CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia.	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares.	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar.	
No utiliza el teléfono.	1
	0
HACER COMPRAS	
Realiza todas las compras necesarias independientemente.	1
Realiza independientemente pequeñas compras.	0
Necesita ir acompañado para cualquier compra.	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente.	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas.	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados).	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.	1
Necesita ayuda en todas las labores de casa.	1
No participa en ninguna labor de la casa.	0

LAVADO DE LA ROPA	
Lava por si solo toda la ropa.	1
Lavo por si solo pequeñas prendas.	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio carro.	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte.	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.	1
Utiliza el taxi o el automóvil solo con la ayuda de otros.	0
No viaja.	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada.	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente.	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras.	1
Incapaz de manejar dinero	0

Tabla 8 Escala de Lawton Y Brody (34).

2.3.10 Calidad de vida en el adulto mayor

La calidad de vida engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (35).

2.3.10.1 Envejecimiento con calidad de vida

El envejecimiento significa enfrentarse a nuevas situaciones y ello exige una reorientación, una aceptación de nuevas misiones y nuevos deberes y derechos. La vejez no es solamente influida por la historia individual de una persona, sino que está condicionada y modificada por los contactos sociales y familiares, así como por el papel que el individuo desempeña en la sociedad. La actitud del entorno hacia las personas adultas mayores y el modo de tratarlas, determinan de alguna manera la actividad y rendimiento físico y psico-social de los ancianos (11).

La persona anciana necesita un ambiente social y físico adecuado que le permita mantener el respeto por sí mismo, el ánimo, y las facultades físicas, psíquicas, y sociales. Para integrarlo a su ambiente social y familiar debe poner hacer uso de su domicilio y los servicios de la localidad donde vive con un mínimo de riesgos para su integridad física y psíquica.

Las personas de edad quieren continuar con su vida de participación familiar, barrial y urbana para luchar contra la soledad, favorecer los contactos, estimular los encuentros, y multiplicar los intercambios, por lo tanto las personas encargadas de planificar nuestras ciudades deben tener en cuenta estas condiciones para mantener integrado socialmente al adulto mayor.

2.3.10.2 Estilos de vida saludables

1. Tener sentido de vida.
2. Mantener la autoestima, el sentido de la pertenencia y la identidad.
3. Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
4. Brindar afecto y mantener la integración social y familiar
5. Tener satisfacción con la vida.
6. Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
7. Capacidad del autocuidado.
8. Seguridad social, salud y control de factores de riesgo: obesidad, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, estrés, hipertensión y diabetes.
9. Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
10. Comunicación y participación a nivel familiar y social.
11. Acceso a programas de bienestar, salud, educación, actividades culturales.
12. Seguridad económica (11).

2.3.10.2.1 Los beneficios del ejercicio en el adulto mayor

La actividad física y los ejercicios aeróbicos, aun cuando se comience a los 60 años, puede aumentar nuestra esperanza de vida en 2 años, la independencia funcional y ayudar a prevenir enfermedades. Dos terceras partes de personas con más de 60 años practican de forma irregular ejercicios, alguna actividad física o son sedentarias. A consecuencia de una inactividad, aparecen los riesgos de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, hipertensión, diabetes, osteoporosis y depresión. Las investigaciones recientes demuestran que la práctica física regular incrementa la habilidad de un adulto mayor en sus quehaceres diarios, reduce los riesgos de enfermedades crónicas incluyendo las enfermedades coronarias y baja la tasa de mortalidad (11).

Hace poco se investigó el estado de ánimo positivo y negativo y la fatiga de mujeres después de una serie de aeróbicos se encontró una diferencia notable entre los estados de ánimo antes y después de la clase. Es recomendable incentivar al adulto mayor a realizar actividad física a esta edad cuanto antes y no esperar a que se manifiesten totalmente los síntomas del envejecimiento mejorando así en el adulto mayor la convivencia socio familiar (mayor optimismo y auto-confianza), concentración y sueño, apetito, equilibrio y coordinación, aspecto físico (menor riesgo de sobrepeso), capacidad cardio respiratoria y la respuesta sensorial.

Los aeróbicos son los mejores ejercicios para el adulto mayor, que quiera estar sano, el corazón bombea sangre que da un aporte mayor de oxígeno a los músculos. A largo plazo ofrecen los mayores beneficios cardiovasculares y aumentan la capacidad pulmonar. Hacer ejercicios de resistencia como pasear, correr, nadar o andar en bicicleta son muy recomendables para la salud, los ejercicios anaeróbicos, como las pesas, los músculos no reciben aporte de oxígeno son de alta intensidad y no mejoran la capacidad cardio-pulmonar (11).

2.3.10.2.2 Contraindicaciones del ejercicio físico en la tercera edad

Aunque la edad, en teoría, no es ninguna contraindicación para el ejercicio físico si hay situaciones en que si se debe tomar en cuenta: enfermedades incurables, infecciones, enfermedades cardiacas, litiasis biliar y urinarias, hernias no operadas, traumatismos, procesos infecciosos banales, se aconseja actividad física pero de intensidad menor en personas con HTA y DM.

2.3.10.2.3 Importancia de la práctica de la actividad física en el adulto mayor

1. Mantener la forma, las cualidades y las capacidades físicas en óptimas condiciones.

2. Mantener la autonomía física y psíquica y la capacidad de funcionar sin ayuda de otra persona.
3. Mantener en lo posible la memoria, la capacidad de atención y retención.
4. Mantener la movilidad del aparato locomotor: huesos, músculos, ligamentos y tendones.
5. Mantener las funciones orgánicas en óptimas condiciones.
6. Mantener la alegría de vivir, planificar y programar.
7. Para ayudar a envejecer en unas óptimas condiciones físicas y psíquicas, evitando en lo posible tomar medicamentos adicionales.
8. Ayudar a mantener activas nuestras capacidades funcionales (36).

2.3.10.2.4 Aspectos del envejecimiento que podemos prevenir con una práctica adecuada de la actividad física

1. Prevenir problemas del envejecimiento
2. Prevenir posibles enfermedades
3. Prevenir posibles deformaciones
4. Prevenir posibles atrofas
5. Prevenir posibles alteraciones de la personalidad
6. Ayuda a sentirse válido y capaz de afrontar situaciones varias (36).

Diversos aspectos inciden en una mejora de la calidad de vida a través de una práctica deportiva o de actividades físicas continuadas. Si bien, a nivel fisiológico y biológico, esta comprado que hay una mejora de los órganos internos y de las capacidades físicas, la práctica deportiva influye también en diversos aspectos como: ocupación del tiempo libre, creación de unas obligaciones a realizar a lo largo del día, integración de un grupo social.

2.3.10.3 Alimentación saludable en el adulto mayor

El proceso de envejecer con éxito depende de la interacción de factores genéticos con la alimentación y la actividad física, también es importante considerar que existen otros factores que contribuyen a este proceso; tal es el caso del estado anímico, la capacidad de sentirse útiles o encontrar sentido a la vida. La alimentación es un parte importante en la vida, promoviendo nutrientes al organismo. Cuando las personas se sienten enfermas buscan alimentos adecuados que contribuyan a su bienestar.

Con el paso de los años, varios factores afectan la ingestión de alimentos y la nutrición. Los cambios en la función sensorial afectan al gusto y el olfato. Oler los alimentos preparados incrementa el apetito así como también degustar una buena comida. Una alimentación saludable incluye el consumo diario de abundantes verduras y frutas, tomar leche o yogurt con poca grasa, preferir el pescado, pavo, pollo o carnes rojas sin grasa, comer legumbres y granos enteros y beber mucha agua con la edad, la sensación de sed disminuye pero no olvidé que el agua es esencial para el buen funcionamiento de los riñones, evita la deshidratación, mantiene la temperatura corporal normal y ayuda a la digestión. Tome 6 a 8 vasos de agua al día, aunque no tenga sed (37).

Importancia de la nutrición en el adulto mayor

La nutrición en el adulto mayor es sumamente importante como en cualquier otra etapa de la vida. El objetivo más significativo de la nutrición en términos biológicos es la de mantener la estructura y función del organismo debido a que ya no hay crecimiento y desarrollo de tejidos (hiperplasia) como en las primeras etapas de la vida. No obstante, a edades avanzadas mantener la función, fomentar la hipertrofia y funcionalidad en el adulto mayor a través de la nutrición y la actividad física es una prioridad para mantener una buena salud e independencia física a largo plazo (36).

La nutrición en la tercera edad es una piedra angular para modular en proceso salud-enfermedad. Las enfermedades crónicas, los síndromes geriátricos, la desnutrición, la pérdida de la masa muscular o sarcopenia y la discapacidad son trastornos asociados a una inadecuada nutrición o componente nutricional y forman parte de las alteraciones más frecuentes de los adultos mayores.

2.3.10.3.1 La alimentación en el adulto mayor

Al considerar que los problemas más frecuentes en el adulto mayor son la soledad, la depresión, el padecimiento de algunas o varias enfermedades y la escasez de recursos económicos, y que estos tienen como consecuencia trastornos en la alimentación y en el estado de nutrición; tanto los ancianos como los familiares, el personal de las casa de asistencia o de los hospitales necesitan información y lineamientos para brindar o lograr una alimentación correcta, para detectar riesgos de alimentación incorrecta y en su caso prevenir o resolver los problemas que se presenten.

Comer varias veces al día es importante hacer de tres a cinco comidas al día, ya que a través de los alimentos se proporcionan los nutrientes que el cuerpo necesita; sino se consume una cantidad de alimentos suficientes, el organismo no recibe la energía, las proteínas, el calcio y las vitaminas necesarias (36).

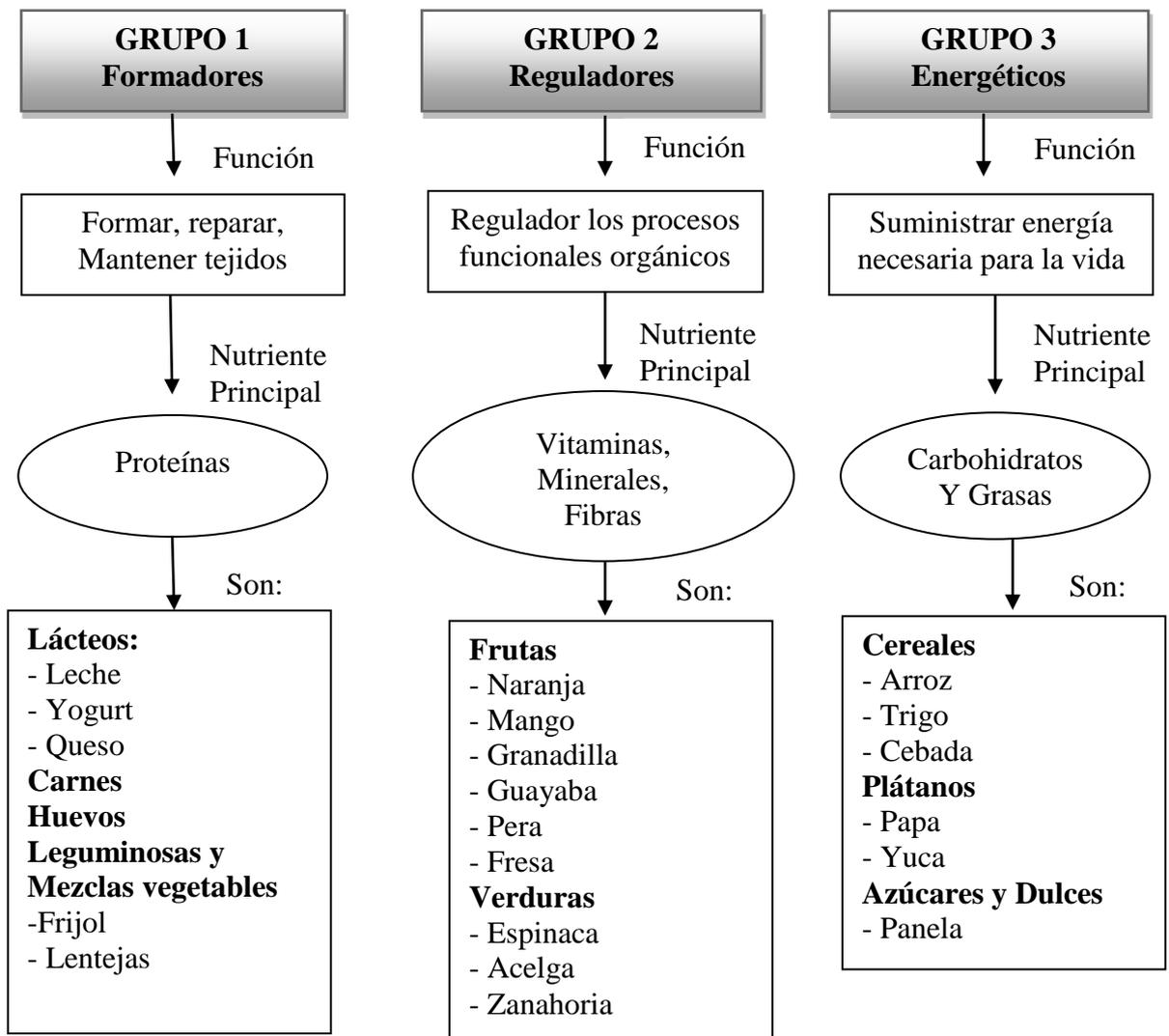


Gráfico 2 Clasificación de los alimentos (38)

2.3.10.3.2 Recomendaciones Nutricionales para la tercera edad

Las Necesidades energéticas para el adulto mayor deben estar en función de la edad, sexo, actividad física y grado de enfermedad asociada. El Gasto Energético Basal disminuye en un 3% por década a partir de los 20 años. Las proteínas deben constituir el 10-20% de las calorías totales. Se recomiendan cifras entre 0.8-1.1 gr/kg./día. En cuanto a la grasa debe ser de 30-35% de la energía total de la dieta. En

cuanto a Hidratos de Carbono el aporte debe ser de 50-55 % de las calorías totales han de ser en forma de hidratos de carbono. Fibra de 20 - 30 gr/día (39).

Necesidades de vitaminas y minerales

1. Con la edad la absorción de Calcio va disminuyendo en relación con la menor secreción ácida gástrica y los niveles más bajos de Vit D, por una menor secreción a nivel de la piel.
2. El déficit de Hierro es un problema frecuente en el anciano, sobre todo asociado al consumo prolongado de antiácidos y antiinflamatorios.
3. Determinadas carencias vitamínicas se han relacionado con enfermedades del Sistema Nervioso.
4. La administración en dosis suficientes de Vit E, Vit C, Vit B1, Vit B12, Ácido Fólico podría beneficiar el curso de las enfermedades (39).

2.3.10.3.2.1 Energía

El consumo energético se reduce conforme avanza la edad, en el anciano debe considerarse un balance neutro de energía, donde el consumo energético promedio, debe ser similar al gasto energético promedio.

2.3.10.3.2.2 Proteínas

A diferencia de los hidratos de carbono y los lípidos, de los cuales el organismo posee reservas, las proteínas no se almacenan, de modo que una disminución en los aportes exógenos de esos nutrimentos no puede ser compensada.

El consumo de proteínas del adulto mayor no debe ser menor que la del adulto joven y debe incluir proteínas con alto valor biológico. Para una utilización óptima,

las proteínas irán acompañadas de un aporte energético suficiente, sobretodo de hidratos de carbono.

2.3.10.3.2.3 Hidratos de carbono

El anciano conserva su gusto por los productos dulces ricos en hidratos de carbono simples; sin embargo su consumo de hidratos de carbono complejos tiende a disminuir. Por ello se debe insistir en el consumo de cereales integrales, ya que además de polisacáridos proveen fibra dietética, vitaminas y nutrimentos inorgánicos.

2.3.10.3.2.4 Lípidos

Los ácidos grasos indispensables son el ácido linoléico y el ácido linolénico; los cuales intervienen en el metabolismo de los triglicéridos y el colesterol, además de que regulan algunas funciones fisiológicas. El 3% de la energía total debe provenir de estos dos ácidos grasos.

2.3.10.3.2.5 Fibra

La fibra ha demostrado su eficacia para tratar el estreñimiento, así como para controlar la glicemia y reducir el colesterol en los ancianos. Se recomienda un consumo de 20 a 25 gramos diarios.

2.3.10.3.2.6 Electrolitos

En la vejez, se presentan con frecuencia problemas hidroelectrolíticos, como consecuencia de la deshidratación, la anorexia y las dietas hiposódicas. Los

requerimientos mínimos de líquidos son de 1,5 litros diarios. Este aporte debe aumentar en caso de que haya una reducción en el consumo de alimentos, en el catabolismo y durante los períodos de fiebre (39).

2.3.11 Ansiedad y depresión

2.3.11.1 Como combatir la ansiedad y la depresión

1. Procure determinar la causa de su ansiedad. Reconozca a qué hora del día se siente más ansioso, el motivo y las sensaciones que tiene.
2. Evite aislarse, busque personas con las que pueda conversar y compartir.
3. Practique ejercicio físico (si siente que no puede, realice rutinas pequeñas y poco a poco aumentelas).
4. Duerma bien, regule su sueño de manera que sea suficiente y pueda llevar a cabo sus actividades sin problema. Si le cuesta dormir, apague la luz y coloque música suave y relajante.
5. Evite el alcohol, el cigarrillo o el café.
6. Programe las actividades que deberá realizar durante el día.
7. Realice técnicas de relajación.
8. Busque actividades que le produzcan placer, manualidades, lectura o cursos (hoy muchos centros culturales y municipios los ofrecen de manera gratuita o a muy bajo precio).
9. Procure tener una dieta ligera, rica en frutas y verduras.
10. Dígale todas las mañanas algún pensamiento positivo (40).

2.4 Marco legal

2.4.1 Constitución de la República del Ecuador

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Adultas y adultos mayores

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

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
3. La jubilación universal.
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
5. Exenciones en el régimen tributario.
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

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

Personas con discapacidad

Art. 47.- El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social (41).

2.4.2 Derechos del paciente

Art. 2 “Derecho a una atención digna”.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el servicio de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3 Derecho a no ser discriminado.- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, edad, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4 Derecho a la confidencialidad.- Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter confidencial.

Art. 5 “Derecho a la información”.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del servicio de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia.

Art. 6 “Derecho a decidir”.- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el servicio de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

2.4.3 Derechos del buen Vivir

Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población

3.1 Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social

3.1.a. Normar, regular y controlar la calidad de los servicios de educación, salud, atención y cuidado diario, protección especial, rehabilitación social y demás servicios del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en sus diferentes niveles, modalidades, tipologías y prestadores de servicios.

3.1.b. Definir protocolos y códigos de atención para cada uno de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

3.2 Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas

3.2 .a. Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud para prevenir riesgos durante todo el ciclo de vida, con énfasis sobre los determinantes sociales de salud.

3.2 .b. Promover la educación para la salud como principal estrategia para lograr el autocuidado y la modificación de conductas hacia hábitos de vida saludables.

3.2 .c. Desarrollar e implementar mecanismos para la detección temprana de enfermedades congénitas y discapacidades.

3.2 .d. Impulsar la creación de programas de medicina preventiva.

3.3 Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud

3.3.a. Garantizar la gratuidad y la calidad dentro de la red pública integral de salud y sus correspondientes subsistemas (42).

2.4.4 Manual de Atención Integral de Salud (MAIS)

El Manual de Atención Integral de Salud se orienta a la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales. Pone en el centro de su accionar la garantía del derecho a la salud de las personas, las familias, la comunidad y desde este enfoque organiza las modalidades y contenidos de la prestación de servicios integrales, la articulación intersectorial y la participación ciudadana (43).

El Ministerio de Salud ha señalado, como uno de sus lineamientos fundamentales para el periodo 2002-2012, la implementación de un Modelo de Atención Integral. Esto supone, en términos generales, “priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados (43).

El objetivo para la población adulta mayor es mejorar y mantener las condiciones de salud de los adultos mayores en especial de los más excluidos y vulnerables, a través de una provisión de atención integral continua y de calidad adecuada a sus necesidades de salud y expectativas de atención, previniendo riesgos, recuperando y rehabilitando el daño, promoviendo factores de protección, el autocuidado y el reconocimiento de sus derechos en salud (43).

2.4.5 Ley orgánica de salud

Art.6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones de salud.

Art.10.- Quienes forman parte del Sistema nacional de salud aplicará las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esa ley.

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico-degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.

El ministerio de salud ha señalado, como uno de sus lineamientos para el periodo 2002-2012, la implementación de un Modelos de Atención Integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidado de la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados (44).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de estudio y diseño

Es un estudio **descriptivo** o describe las características más importantes del problema de investigación. Se observa lo que ocurre con el fenómeno en estudio en condiciones naturales. Es **correlacional** porque se ha tomado en cuenta la relación de variabilidad de la funcionalidad del adulto mayor y enfermedades crónicas variables y frecuencia tanto de la funcionalidad y enfermedades crónicas.

Según la metodología utilizada por la naturaleza de los datos es **bimodal cuali - cuantitativa** debido a que, la funcionalidad del adulto mayor se valora en función de una escala numérica (puntajes 5, 4, 3, 2, 1), se utiliza variables numéricas y estadísticas. Para la comprobación se utiliza el chi cuadrado y la p de Pearson con lo cual se logra establecer la relación entre la funcionalidad del adulto mayor y enfermedades crónicas. Y además e usa variables cualitativas como la enfermedad crónica, adherencia al tratamiento.

3.2 Diseño de investigación

El diseño del estudio realizado es **no experimental** debido a que no se utiliza grupos controles, no se aplicó ningún experimento sobre la población, ni se manipula deliberadamente las variables investigadas. De **corte transversal** ya que se estudió simultáneamente la exposición a las variables dependiente e independiente en un momento determinado y de **campo** ya que para la recopilación de la información se efectúa en la Comuna Zuleta.

3.3 Lugar de estudio

Comuna Zuleta ubicada en la parroquia de Angochagua, cantón Ibarra, provincia de Imbabura.

3.4 Población y muestra de estudio

El universo estuvo constituido por los ciento ocho (108) adultos mayores de la Comuna Zuleta. La muestra se conformó por los 41 adultos mayores quienes presentaron enfermedades crónicas y limitación funcional.

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Con la finalidad de obtener información válida, en la presente investigación se utilizó los siguientes instrumentos de investigación.

1. **Guía de observación:** Ficha de observación estructurada aplicada a los adultos mayores de la Comuna Zuleta, para sustentar la presente investigación.
2. **Encuesta:** Estructurada, con el propósito específico y acorde a la presente investigación, se aplicó una encuesta conjuntamente utilizando una Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF) estandarizada.
3. **Análisis de la información obtenida:** Los datos obtenidos a través de la encuesta para su procesamiento se utiliza una base de datos en el programa EPIINFO versión 7.

3.6 Validez y confiabilidad.

Este instrumento fue adaptado por el investigador, con el apoyo del Libro Gerontología y Nutrición del Adulto Mayor, utilizando la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF) estandarizada. Revisada por los docentes investigadores de la carrera de enfermería, con el fin de elaborar una guía integral de prevención contra las enfermedades crónicas y limitación funcional para el cuidador, familia y Comuna Zuleta.

3.7 Criterios de inclusión

- Adultos mayores con enfermedades crónicas y limitación funcional.

3.8 Criterio de exclusión

- Adultos mayores sin enfermedades crónicas y limitación funcional.

3.9 Variables y Operacionalización de variables.

3.9.1 Variable independiente

Relación entre enfermedades crónicas

3.9.2 Variable dependiente

Limitación funcional en el adulto mayor

3.9.3 Variables intervinientes

Factores sociodemográficos:

- Edad
- Género
- Estado civil
- Instrucción
- Tipo de Vivienda

Factores de riesgo

- Alimentación
- Actividad física
- Visitas al médico
- Clima
- Cumplimiento de esquemas de tratamiento
- Carnet del CONADIS

3.9.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS	ESCALA
1. Datos sociodemográficos	Estudio de la población humana y que se ocupa de su dimensión, estructura, evolución y caracteres generales considerados desde un punto de vista cuantitativo.	1.1 Edad	Rango de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • 60 a 74 años • 75 a 89 años • 90 a 99 años • Más de 100 años
		1.2 Género	Género	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
		1.3 Estado civil	Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero/a • Casado/a • Unión libre • Viudo/a • Divorciado/a
		1.4 Instrucción	Escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria incompleta • Primaria completa • Secundaria incompleta • Secundaria

					<ul style="list-style-type: none"> • completa • Superior
		1.5 Vivienda	Tipo de la vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Propia • Arrendada • Prestada • Anticresis
2. Enfermedades crónicas	Las enfermedades crónicas son el mayor problema de salud, presenta largos periodos en que el individuo convive con su enfermedad y el tiempo en que puede reinterpretar la significación de sus síntomas y de su tratamiento.	Patologías crónicas frecuentes en los adultos mayores	<ul style="list-style-type: none"> • Patologías crónicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión Arterial • Diabetes mellitus • Osteoartritis • Enfermedades cardíacas • Asma
3. Limitación funcional	Capacidad de ejecutar las acciones que componen nuestro quehacer diario de manera autónoma, es decir, de la manera deseada a nivel individual y social.	3.1 Valoración funcional global	<ul style="list-style-type: none"> • Es independiente, activo y está satisfecho de la vida que lleva. • Independiente, alguna limitación funcional para sentirse satisfecho. • Tiene limitaciones en su vida diaria, lo que exige la ayuda de otros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 • 4 • 3 • 2 • 1

			<ul style="list-style-type: none"> • Depende en su vida diaria de los cuidados de otras personas. • Está totalmente incapacitado; exige cuidados constantes. 		
		3.2 Valoración del déficit de la visión	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene visión normal. • Refiere dificultad para ver pero esto no limita en su vida cotidiana. • Dificultad para ver, que limita sus actividades cotidianas. • Problemas de la visión, le obligan a depender de otra persona. • Ciego o totalmente incapacitado por falta de visión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 • 4 • 3 • 2 • 1
		3.3 Valoración del déficit de audición	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene audición normal. • Refiere dificultad para oír, pero esto no limita en su vida cotidiana. • Dificultad para oír, con algunas 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 • 4 • 3

			<p>limitaciones en la comunicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Severos problemas de audición, que le limitan la comunicación. • Sordo o aislado por falta de audición. 		<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1
		<p>3.4 Valoración del déficit de la movilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se moviliza sin limitaciones tanto dentro como fuera del hogar. • Alguna limitación en la movilidad, en particular con transporte público. • Dificultades de movilidad que limitan satisfacer su vida cotidiana. • Para moverse depende la ayuda de otra persona. Se encuentra totalmente confinado a la cama o sillón. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 • 4 • 3 • 2 • 1

		<p>3.5 Valoración del déficit del estado emocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se mantiene usualmente con buen estado de ánimo. • Trastornos emocionales ocasionales que supera sin ayuda. • Trastornos emocionales le obligan al uso de psicofármacos. • Mantiene limitación por trastornos emocionales aún con tratamiento. • Los trastornos emocionales lo incapacitan, intento o idea suicida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 • 4 • 3 • 2 • 1
		<p>3.6 Valoración del déficit de la memoria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Buena memoria. • Refiere problemas de memoria, pero no limitan sus actividades diarias. • Trastornos evidentes de memoria, que limitan actividades de 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 • 4 • 3

			<p>su vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de memoria le hacen dependiente parte del tiempo. • La pérdida de memoria lo mantiene totalmente incapaz y dependiente. 		<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 1
		<p>3.7 Valoración de la situación familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con el apoyo familiar que demandan sus necesidades. • Existe apoyo familiar, pero tiene limitación en alguna ocasión. • El apoyo familiar está restringido a situaciones de crisis. • El apoyo familiar es escaso e inseguro, incluso en crisis. • Ausencia o abandono familiar total. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 • 4 • 3 • 2 • 1
		<p>3.8 Valoración de la situación social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Buena relación social. Apoyo total por vecinos y/o amigos. • Buena relación social. Tiene apoyo, limitado 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 • 4

			<ul style="list-style-type: none"> de vecinos o amigos. • Relación social limitada. Apoyo se limita a crisis. • Relación social limitada. Ausencia de apoyo de vecinos y/o amigos. • Ausencia de relaciones sociales y de apoyo por vecinos y amigos. 		<ul style="list-style-type: none"> • 3 • 2 • 1
		<p>3.9 Valoración de la situación económica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Niega problemas económicos. • Sus ingresos cubren sus necesidades básicas, pero no otras. • Tiene ocasionalmente dificultad para cubrir sus necesidades básicas. • Tiene habitualmente dificultad para cubrir sus necesidades básicas. • Depende económicamente de la 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 • 4 • 3 • 2 • 1

			asistencia social.		
		3.10 Valoración del uso de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • No toma medicamentos (no considerar suplementos vitamínicos). • Usa menos de 3 de forma habitual. • Usa de 3 a 5 por más de un mes o indicados por varios médicos. • Usa más de 6 medicamentos. • Se automedica o no lleva el control de los medicamentos que toma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 • 4 • 3 • 2 • 1
4. Factores de riesgo	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	4.1 Alimentación	Tiempos de comida	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez al día • 2 veces al día • 3 veces al día • Más de 3 veces al día
		4.2 Actividad física	Tipo de actividad física	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Caminata

					<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios grupales • Ejercicios en casa
		4.3 Visitas al médico al año	Frecuencia de visitas al médico	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • De una a 5 veces • De 6 a 10 veces • Más de 10 veces • No lo recuerda
		4.4 Clima	Influencia del clima en la funcionalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
		4.5 Cumplimiento de esquemas de tratamiento	Cumplimiento de esquemas de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Cuando tiene el medicamento • Cuando se acuerda
		4.6 Carnet del CONADIS	Disponibilidad del carnet del CONADIS	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

CAPÍTULO VI

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Análisis e interpretación de resultados.

Una vez que se aplicó el instrumento de investigación a los adultos mayores de la Comuna Zuleta, se logró recopilar datos que permitieron determinar de manera real y directa acerca de la calidad de vida y las condiciones de salud; fue adaptado por el investigador la guía de observación y previamente se aplicó una encuesta estructurada conjuntamente con la ayuda de una escala geriátrica de evaluación funcional estandarizada para las personas de la tercera edad.

La Escala Geriátrica de Evaluación Funcional, se aplicó a los 41 adultos mayores de la comuna, quienes respondieron de manera individualizada y con ayuda de sus familiares, con el objetivo de determinar la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente.

4.1.1 Datos sociodemográficos:

POBLACIÓN GENERAL DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA ZULETA

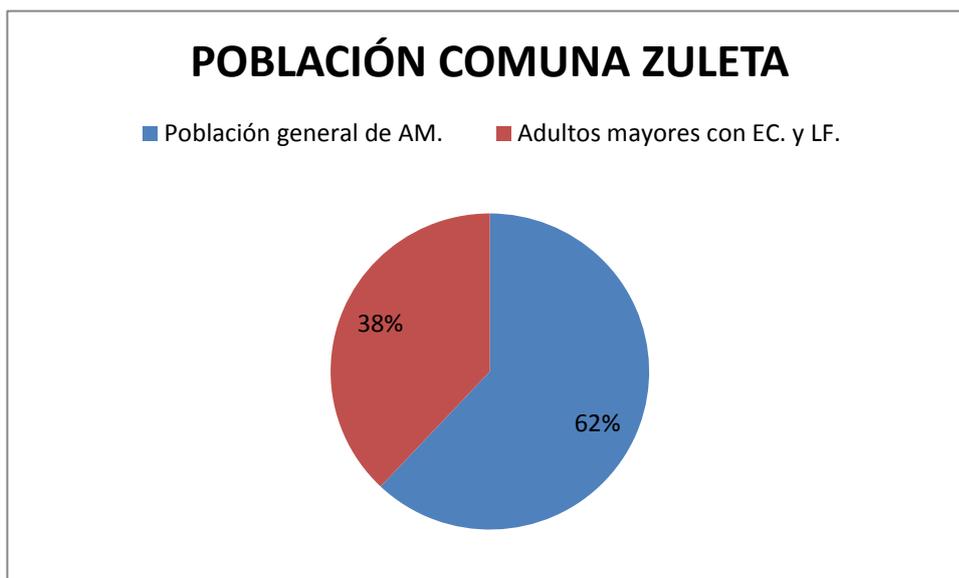


Gráfico 3 Población de la Comuna Zuleta (45).

La población general de adultos mayores de la Comuna Zuleta estuvo constituida de 108 adultos mayores y de los cuales el 38% pertenece al grupo de investigación ya que padecieron patologías crónicas y limitación funcional.

Uno de los objetivos del MAIS es acercar los servicios de salud a la comunidad reduciendo las barreras de acceso, disminuyendo la inequidad, fortaleciendo la capacidad resolutoria del primero y segundo nivel, organizando la funcionalidad del sistema de manera tal que se garantice que el primer nivel atención se constituya en la puerta de entrada obligatoria al sistema de salud y que los hospitales, dependiendo de su capacidad resolutoria se conviertan en la atención complementaria del primer nivel de atención (46). Esta población en estudio los 41 adultos mayores encontrados en el estudio necesita de esta atención.

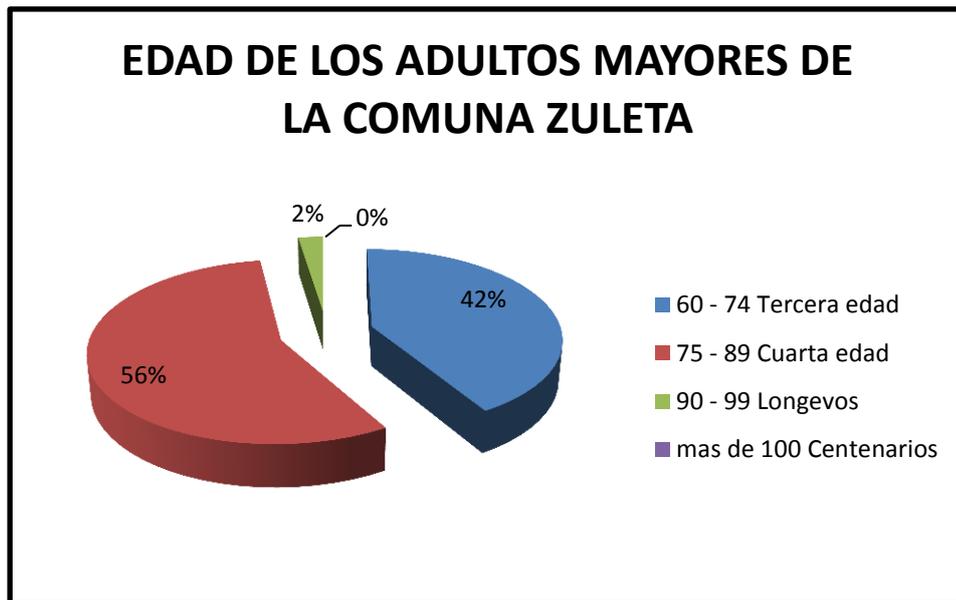


Gráfico 4 Categorías de edades del adultos mayores de la Comuna Zuleta (45) .

En cuanto a la edad se halló que la mayoría están en un 56% de adultos mayores de edades entre 75 a 89 años, según la organización mundial pertenecen a una categoría de la cuarta edad, mientras que el 42% son adultos mayores de edades menos añosa entre 60 a 74 años pertenecientes a una categoría de la tercera edad. No se halló población de más de 100 años perteneciente a los centenarios, pero si el 2% de población entre 90 a 99 años perteneciente a la categoría de longevos.

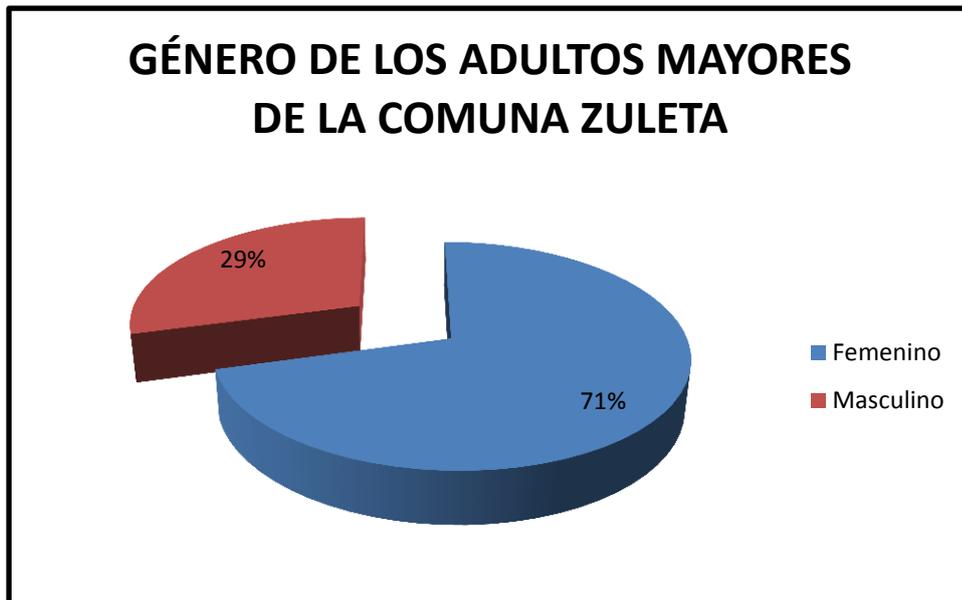


Gráfico 5 Género de los adultos mayores de la Comuna Zuleta (45) .

La población con la cual se trabajó en el presente estudio de investigación fue de 41 adultos mayores, de los cuales se observa que el 71% de la población son mujeres y el 29% hombres. Según estudios nacionales las mujeres son el género más prevalente como se evidencia en la Comuna Zuleta.

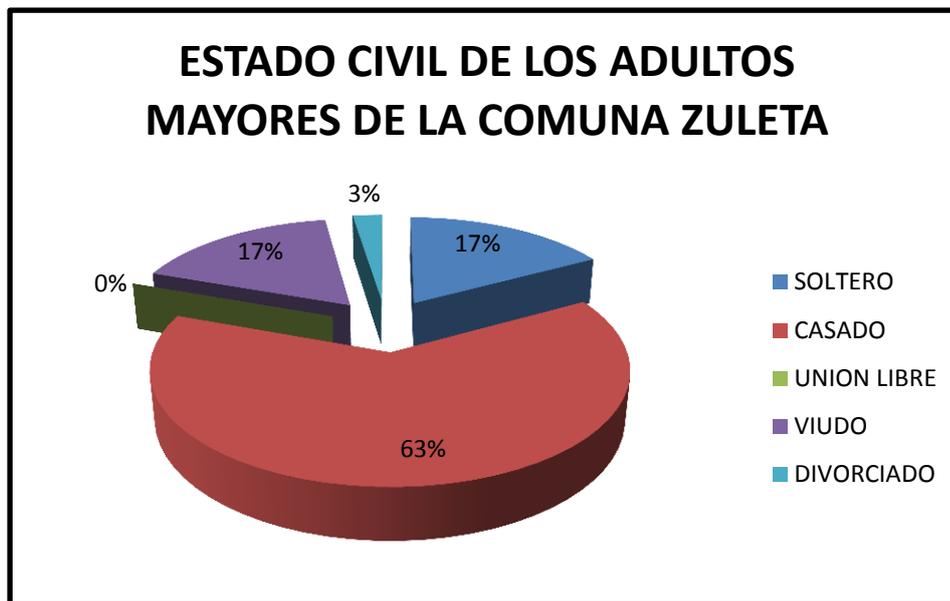


Gráfico 6 Estado civil de los adultos mayores de la Comuna Zuleta (45) .

El 63% de los adultos mayores están casados o en unión libre, lo que refiere que tienen el apoyo físico, y emocional de una pareja, que puede significar que si existe poca funcionalidad de parte de un miembro de la pareja el otro miembro puede colaborarle para poder llevar una vida normal. Sin embargo el 37% restante son adultos mayores sin apoyo de la pareja, debido a soltería, divorcios o viudez, manifiestan que cuentan con el apoyo de sus hijos/a o familiares, quienes están pendientes de sus condiciones de salud y apoyando en sus necesidades de la vida diaria, por otro lado una parte de la población viven solos pero si cuentan con el apoyo familiar en todas las situaciones que se presentan en la vida diaria.

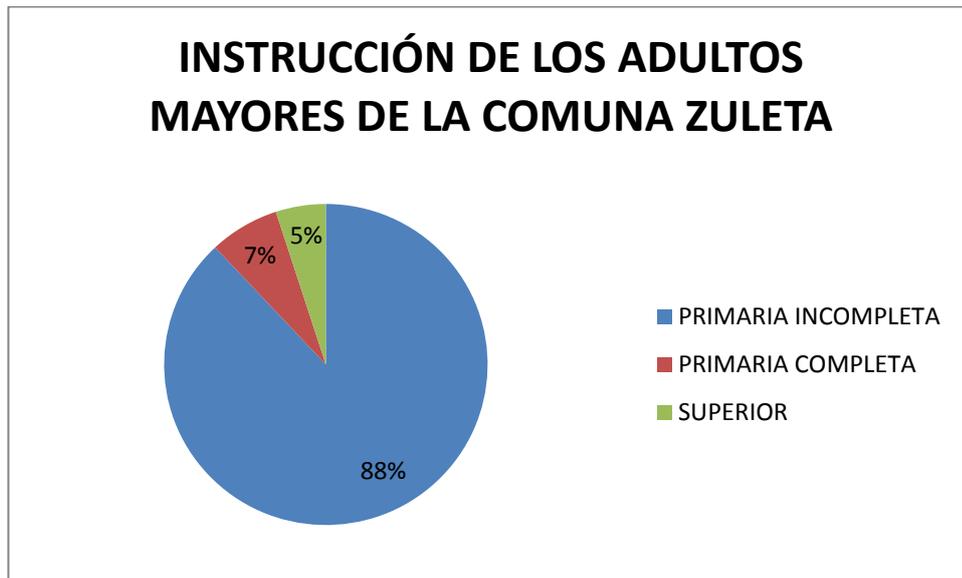


Gráfico 7 Nivel de instrucción de los adultos mayores de la Comuna Zuleta (45)

Del total de los adultos mayores encuestados, el 88% generalmente toda la población son personas que han estudiado lo básico, es decir primaria incompleta, mientras que el 7% tiene sus estudios terminados es decir primaria completa y otro porcentaje son estudiados la instrucción superior 5%. Según los indicadores de salud la instrucción influye en el cuidado de la salud por lo que es importante contar con el apoyo de la familia de los adultos mayores para garantizar prevención ante situaciones de salud que le acarrea a las personas de la tercera edad.



Gráfico 8 Características de vivienda de los adultos mayores de la Comuna Zuleta (45).

El 100% de adultos mayores tienen sus viviendas propias las mismas que son construidas de diferente material como: bloque, madera, cemento, tierra, cuentan con los servicios públicos como: agua potable, luz eléctrica, alcantarillado y línea telefónica; obras públicas como centros de salud escuela y colegio. Contar con todas las necesidades básicas para vivir satisfactoriamente es un derecho que deben tener todas las personas para vivir en armonía, los servicios que cuenta esta comuna permite a los habitantes tener una mejor calidad de vida, es decir tener todo lo necesario para desarrollarse como personas.

4.1.2 Salud

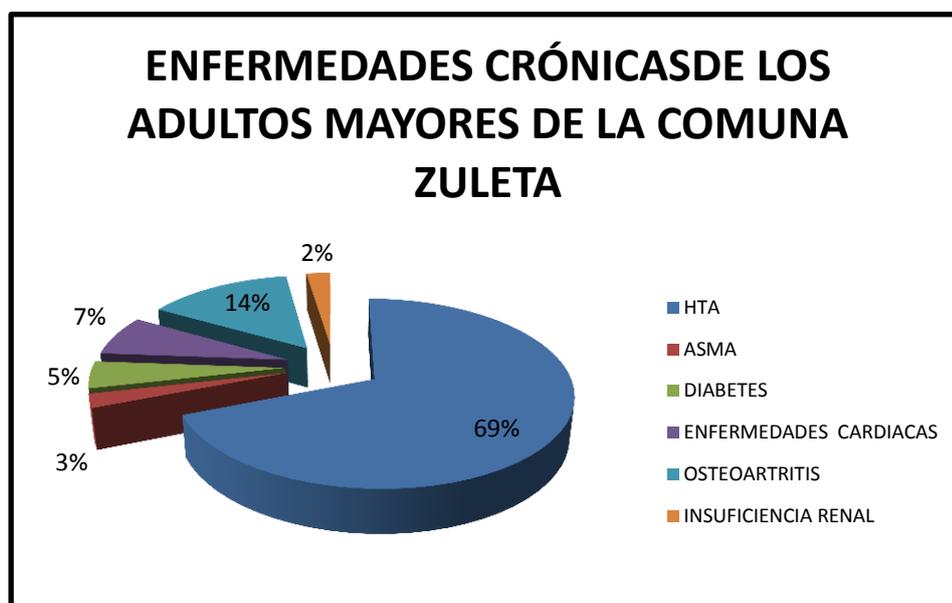


Gráfico 9 Prevalencia de patologías crónicas en los adultos mayores de la Comuna Zuleta (45).

Se halló mayor prevalencia de Hipertensión arterial 69%, seguido del 14% de osteoartritis, el 7% de enfermedades cardíacas, el 5% de diabetes mellitus, mientras que el 3% padecen de asma y el 2% de insuficiencia renal crónica. Datos similares a los que presenta el INEC en donde se manifiesta que dentro de las 10 primeras causas de mortalidad y morbilidad se hallan las patologías descritas (4).

Para confirmar las patologías se acudió a la Unidad de Salud Zuleta a la revisión de historias clínicas, donde se obtuvo resultados, que de las 41 personas encuestadas solamente el 15% de la población de adultos mayores tienen historia clínica, la gran mayoría de adultos mayores refieren que si tienen historia clínica pero no en esta unidad de salud sino por tener su seguro social acuden a chequeos médicos a las unidades de salud particulares.

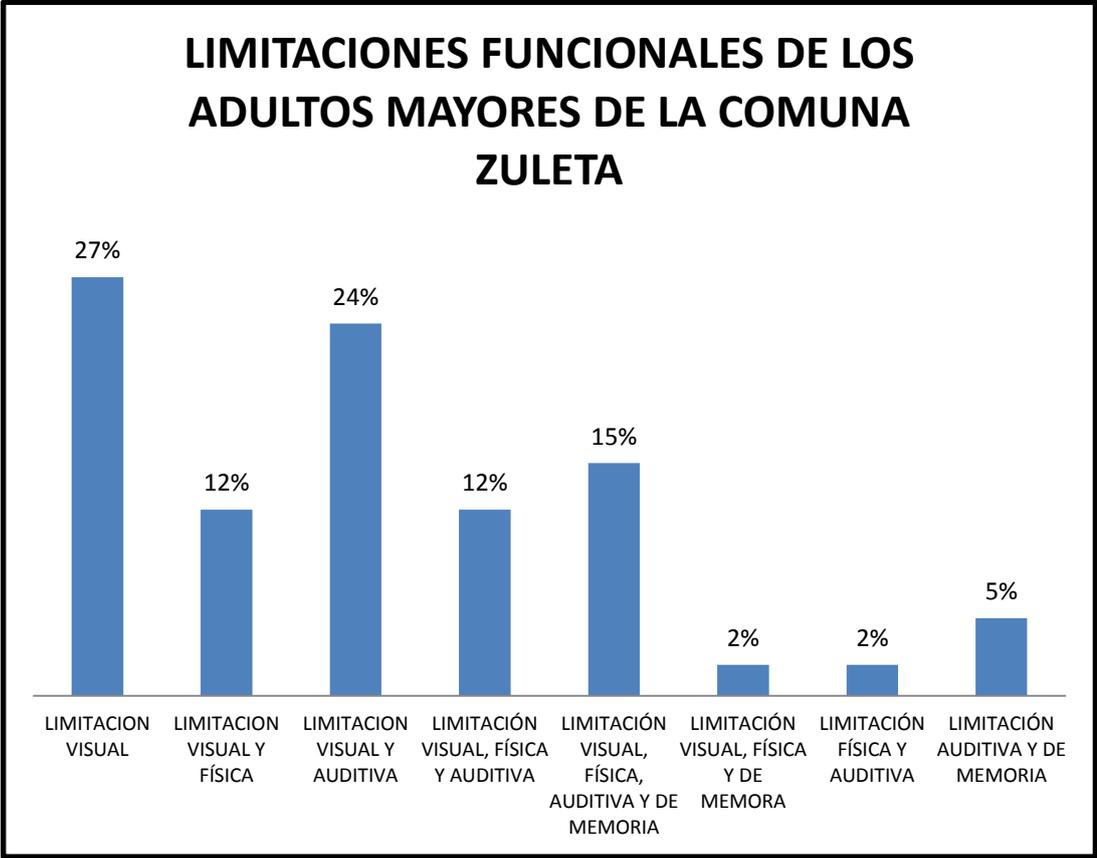


Gráfico 10 Limitaciones funcionales (45).

Se halló una alta prevalencia de deficiencias en dicha población investigada: visual 92%, y de ese porcentaje varias porcentajes son con limitaciones combinadas, por ejemplo: el 27% tiene solamente limitación visual; el 24% tiene a más de la limitación visual también la auditiva, el 12% más de la visual la limitación física; el 12% tiene limitaciones visual, física y auditiva; el 15% tiene limitación visual, física, auditiva y de memoria. No se halló limitación verbal. Cabe recalcar que los adultos mayores de esta comuna si presentan limitaciones funcionales en la gran mayoría, pero estos problemas que padecen no es afectado en su gran totalidad para realizar las actividades de la vida diaria como son: las actividades básicas (bañarse, vestirse, comer) e instrumentales (usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida); presentando también condiciones crónicas de salud (patologías).

PATOLOGÍA CRÓNICA	VISUAL		VISUAL Y FÍSICA		VISUAL Y AUDITIVA		VISUAL, FÍSICA Y AUDITIVA		VISUAL, FÍSICA, AUDITIVA Y DE MEMORIA		VISUAL, FÍSICA Y DE MEMORIA		FÍSICA Y AUDITIVA		AUDITIVA Y DE MEMORIA		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
HTA	10	24,4	2	4,9	8	19,5	3	7,3	4	9,8	0	0,0	0	0,0	1	2,4	28	68,29
Asma	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,44
Diabetes	0	0,0	1	2,4	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,88
Enfermedades cardíacas	0	0,0	0	0,0	1	2,4	0	0,0	1	2,4	1	2,4	0	0,0	0	0,0	3	7,32
Osteoartritis	1	2,4	1	2,4	1	2,4	0	0,0	1	2,4	0	0,0	1	2,4	1	2,4	6	14,63
Insuficiencia renal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,44
	11	26,82	5	12,20	10	24,39	5	12,20	6	14,63	1	2,44	1	2,44	2	4,88	41	100,00

Tabla 9 Relación de la limitación funcional y las patologías crónicas de los adultos mayores de la Comuna de Zuleta (45).

P=0,45

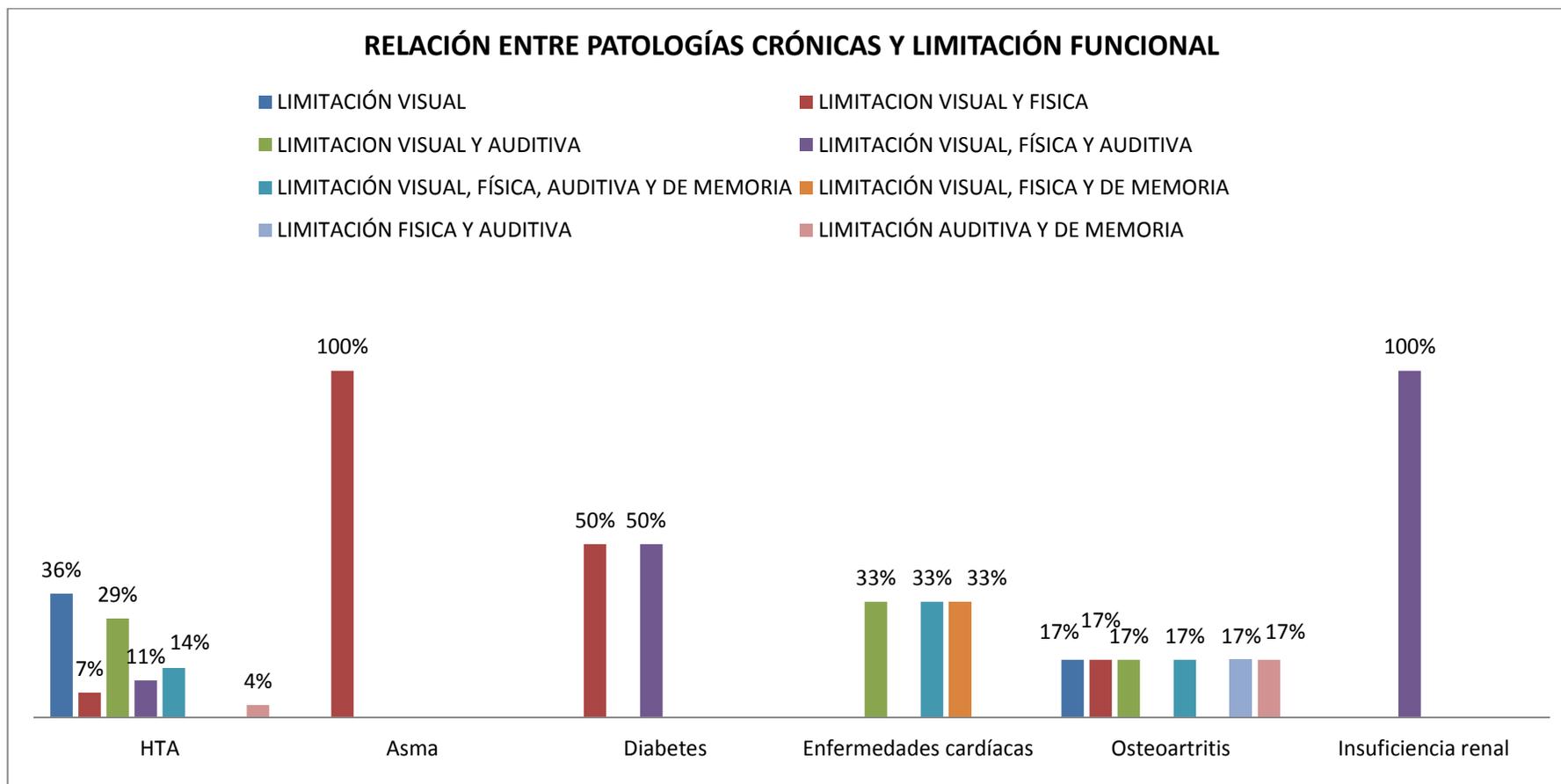


Gráfico 11 Relación de limitación funcional y patologías crónicas en los adultos mayores de la Comuna Zuleta (45).

Estadísticamente no se halló relación entre las patologías y las limitaciones funcionales valoradas, ya que se halló una $p= 0,45$.

Del 68% de personas que presentan hipertensión el 36% tiene limitación funcional visual, el 29% tiene limitación visual y auditiva, el menor porcentaje corresponde a memoria auditiva.

De quienes padecen de diabetes, que por complicaciones propias de la diabetes debería tener disfunción visual y física se presentó la proporción de 50% para quienes tienen limitación visual y física y el otro 50% para quienes tiene limitación visual, física y auditiva.

4.1.3 Factores de riesgo

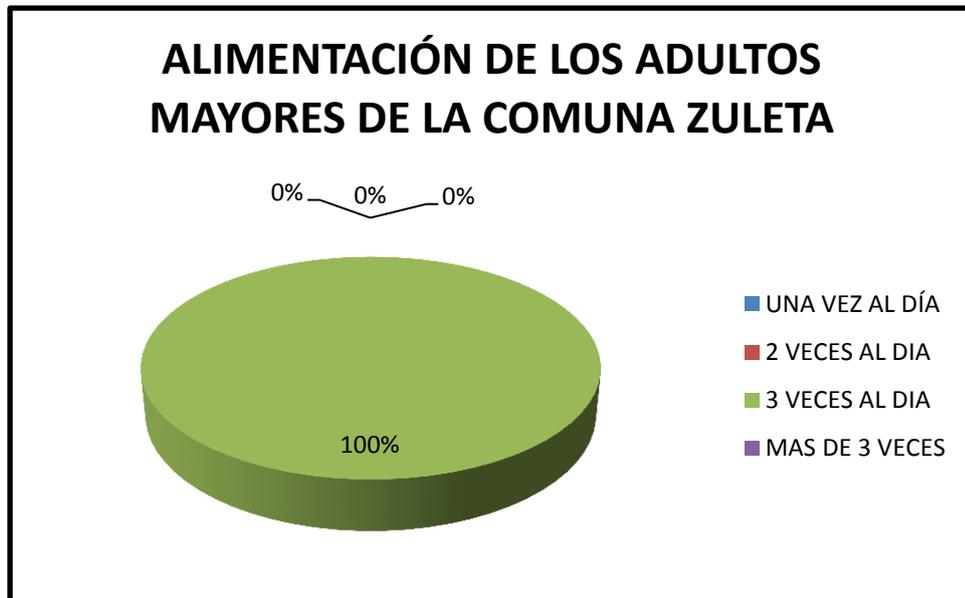


Gráfico 12 Tiempos de comida de los adultos mayores de la Comuna Zuleta (45).

El 100% de toda la población en estudio refiere consumir tres tiempos de comida al día, es decir, los tres principales: desayuno, almuerzo y merienda. Sin embargo establecer si la dieta es adecuada o no mediante este parámetro es poco objetivo. Por lo que como personal de enfermería y parte del equipo de salud el quehacer consiste en promocionar una adecuada alimentación, tomando en cuenta las patologías propias de este grupo como son la hipertensión, la diabetes, la osteoartritis, enfermedades cardíacas. La dieta debe ser balanceada, adecuada, suficiente, y de calidad. Considerando según el caso la eliminación de la sal, la reducción del azúcar, reducción de carbohidratos simples, aumento de verduras y frutas que contienen fibra, vitaminas y minerales necesarios para cumplir las condiciones mencionadas anteriormente.

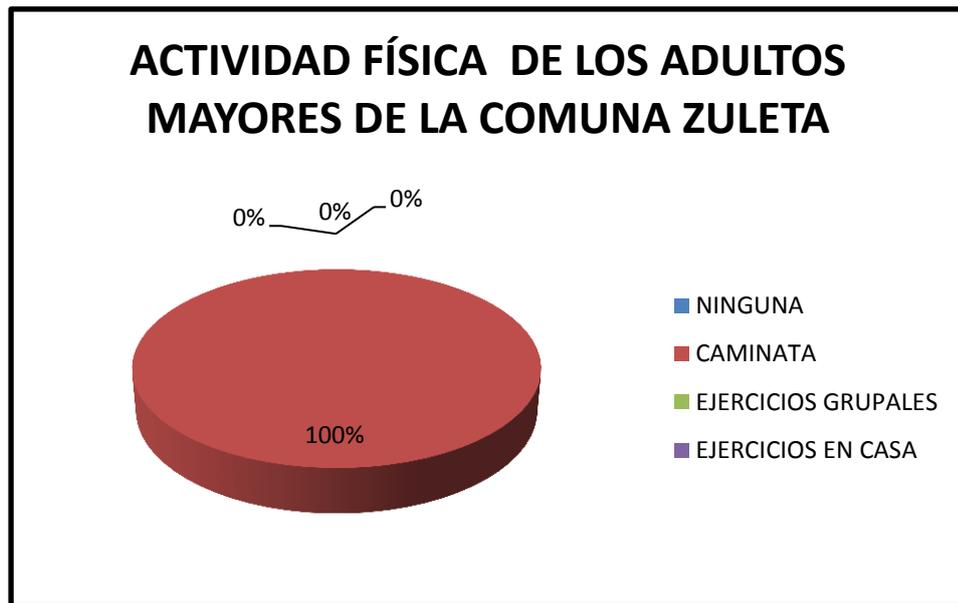


Gráfico 13 Actividad física de los adultos mayores de la Comuna Zuleta (45).

El 100% de la población en estudio de adultos mayores de esta comuna, refieren que realizan una actividad física que es una caminata diaria, por ser una población que está ubicada en un sector rural, estas personas vulnerables se dedican a la agricultura y al cuidado de animales domésticos, es por esta razón que realizan este ejercicio diario. Los adultos mayores de esta comuna no tienen un conocimiento específico de la importancia que es realizar una actividad física para mejorar sus condiciones de salud tanto respiratorias (asma), enfermedades cardíacas, diabetes, hipertensión arterial entre otras.

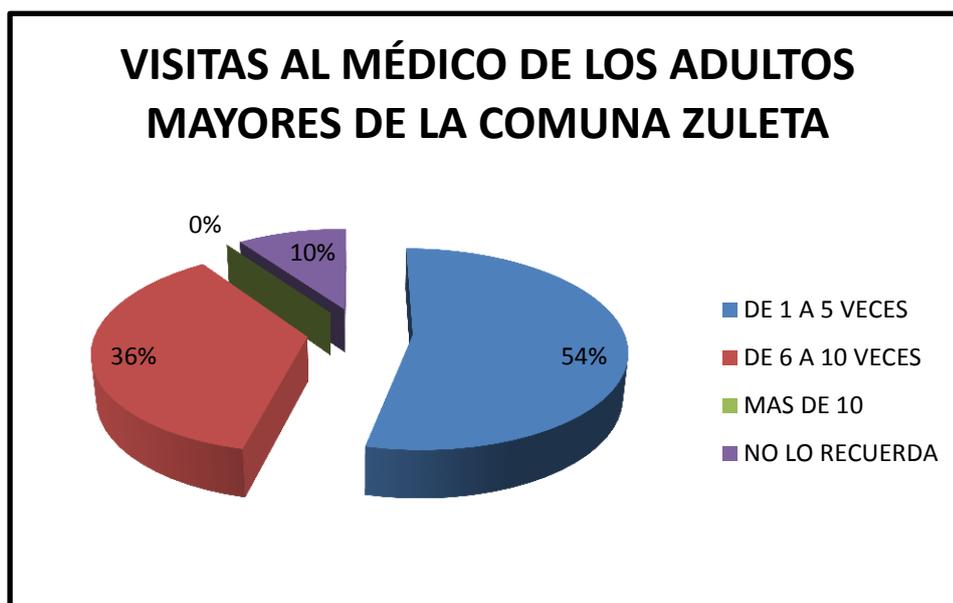


Gráfico 14 Frecuencia de visitas al médico durante el último año de los adultos mayores de la Comuna Zuleta (45).

El 54% de adultos mayores refieren visitar al médico durante el último año de 1 a 5 veces, lo que indica que hay un control de la salud y la importancia que el adulto mayor da a la salud, mientras que el 36% de la población refiere visitar al médico de 6 a 10 veces durante el último año. Los adultos mayores refieren que sus controles médicos los realizan en unidades de salud particulares. El personal de salud de Zuleta manifiesta que al mes solo asisten 11 personas por motivos como: heridas, fiebres, golpes entre otras y no por condiciones crónicas de salud, la mayoría de adultos mayores de este sector cuentan con un seguro social y es por esa razón que no vienen a esta unidad permanentemente a realizarse chequeos médicos en cuanto a sus condiciones crónicas de salud.

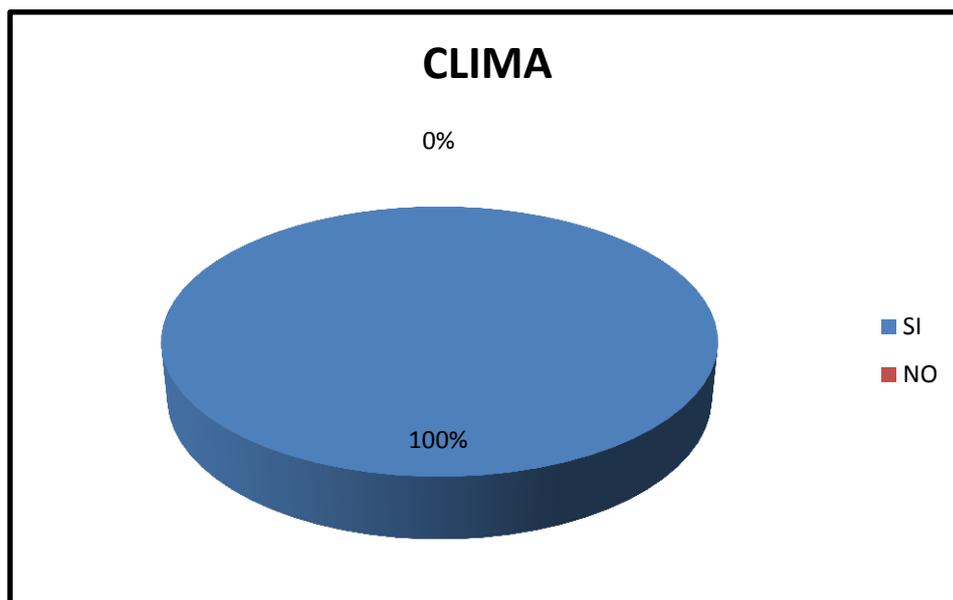


Gráfico 15 Afectación del clima a los adultos mayores de la Comuna Zuleta (45).

El 100% de la población de adultos mayores refieren que el clima es un factor de riesgo para su salud, afectando en su mayoría a tener problemas respiratorios y dolores frecuentes de los huesos, pero también manifiestan que ellos ya son acostumbrados a sobrevivir ante los cambios climáticos de la naturaleza. A medida que envejecemos se producen modificaciones del metabolismo basal que determinan cambios en la termorregulación así como en la percepción de la temperatura. A pesar que el organismo humano tiene la capacidad de mantener constante la temperatura corporal, incluso en presencia de variaciones ambientales, se ha demostrado que el adulto mayor presenta un déficit de adaptación a la temperatura externa tanto al calor como al frío, el cuerpo se enfrenta a bajas temperaturas donde se pierde más calor que el que se produce; las temperaturas invernales influyen sobre la **presión arterial** de estos pobladores que son más susceptibles a estos cambios, para quienes padecen de **osteoartritis** las bajas temperaturas les causa dolencias típicas de esta enfermedad por predisponer a las contracturas musculares y **enfermedades respiratorias**; para prevenir usar ropa cómoda y abrigada, usar cremas hidratantes (sin alcohol), tomar líquidos abundantes evita reseca la piel, controle su temperatura y lleve un termómetro junto a usted, tomar baños con agua caliente para disminuir la rigidez y evitar aquellas actividades que requieran gran esfuerzo físico (47).

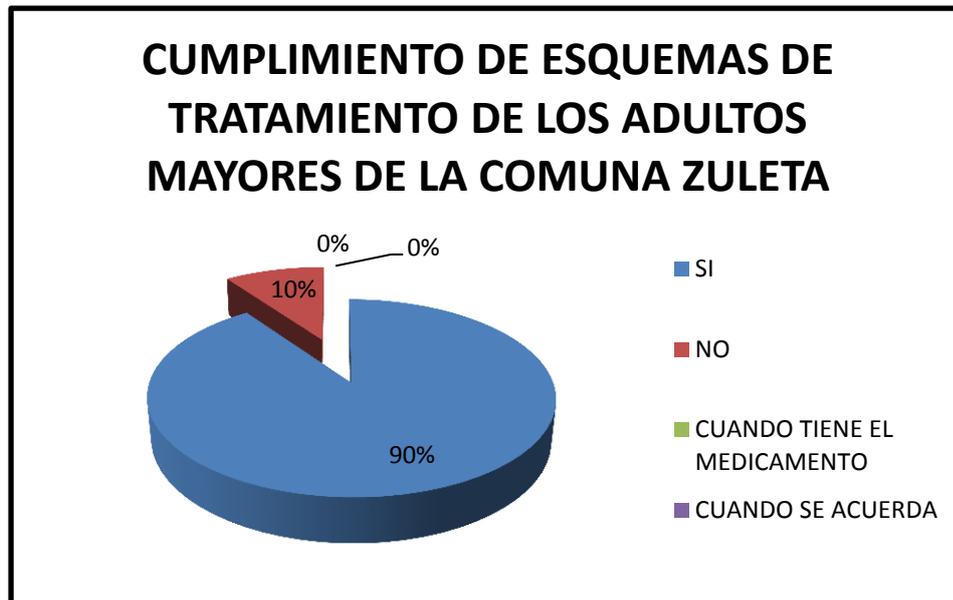


Gráfico 16 Cumplimiento de esquemas de tratamiento del adulto mayor de la Comuna Zuleta (45).

El 90% de la población investigada cumple el tratamiento por su patología presente, considerando que la gran mayoría son personas hipertensas el cumplimiento del tratamiento debe ser puntual y diario, ya que la acción de los fármacos antihipertensivos tiene un tiempo de duración y son prescritos de acuerdo al grado de hipertensión que tienen. También los diabéticos deben tomar medicación oral o administrarse la insulina dependiendo de cada caso. Las personas con problemas cardíacos más aún, ya que un evento cardiovascular solo puede ser prevenible cuando el tratamiento medicamentoso, nutricional y con buenos hábitos se cumple. El no hacerlo puede afectar la salud y traer complicaciones que pueden limitar la funcionalidad del adulto mayor.

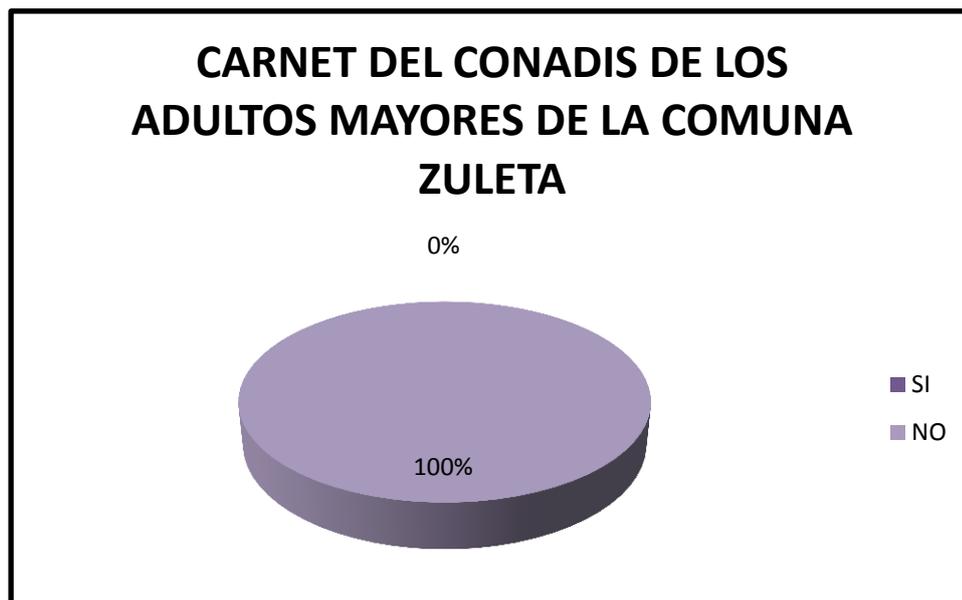


Gráfico 17 Carnet del CONADIS adultos mayores de la Comuna Zuleta (45).

El 100% de adultos mayores refirieron no tener el carnet del CONADIS, debido a que ellos no presentan un porcentaje alto de discapacidad. Los pobladores de la Comuna Zuleta presentan deficiencias físicas como: visuales, auditivas y movilidad pero estos problemas no les limita en su totalidad su autonomía. Según el Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades (CONADIS) menciona que las personas que presenten una o varias deficiencias irreversibles secundarias a enfermedad genética, congénita o adquirida, que persistan pese a tratamientos clínicos o quirúrgicos, que limiten la capacidad de realizar las actividades regulares de una persona tendrán su derecho a obtener este carnet de discapacidad (48).

4.2 Discusión de resultados:

El adulto mayor es un grupo vulnerable de la población mundial, Latinoamericana y ecuatoriana, la población ha crecido mucho y con eso las complicaciones y patologías también. Y el MAIS base fundamental del Ministerio de Salud Pública que tiene como objetivo dar cobertura de atención a grupos vulnerables como este, es importante que la población adulta mayor sea atendida integralmente.

Se halló mayoría de género femenino, tal y como lo comprueban las estadísticas del INEC y a nivel mundial en donde se identifica el incremento de la población adulta mayor sobretodo de género femenino (4).

Según Menéndez, (3), el género es un factor disponente y asociado a la limitación funcional pero ni en el estudio de este autor, ni en este se halló asociación.

La edad promedio de la población es 80 años. La población con mayor prevalencia se encuentra en el rango de 75 a 89 años. La teoría indica que mientras más edad tenga el adulto mayor, mayor es el riesgo para la salud, mayores las complicaciones y la funcionalidad se ve disminuida. Desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal según la (OMS, 1985). De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para el anciano, por ello se propone como el indicador más representativo para este grupo etario el estado de independencia funcional (49).

La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne. (49).

Los factores de riesgo para la limitación funcional en esta población, identificados como tales son: la falta de adherencia al tratamiento por patología. (49).

La edad como factor predisponente para la limitación funcional en los adultos mayores se da de relación directa. (3) En un estudio realizado en América Latina (3) predomina el género femenino y la edad promedio es 73,3 años, similar situación a este estudio, la educación es media y viven acompañados; al igual que este estudio en donde se halló que la mayoría tiene educación básica (primaria) y viven acompañados y en algunos casos viven solos pero si cuentan con el apoyo familiar.

El padecer de un mayor número de patologías está relacionado directamente con la limitación en la funcionalidad del adulto mayor, en el estudio de Menéndez (3), no se halló mayor asociación; similar situación para esta población no hay relación directa considerando que la patología más prevalente es la hipertensión, solo tienen una patología o en algunos casos se consideró solo una patología debido a que era la más crónica, la que más le afecta, siendo así que se halló porcentaje poco significativo de diabetes, problemas cardiovasculares, y osteoartritis, por lo tanto el riesgo de complicaciones disminuye al no tener patologías asociadas, son personas que han sido trabajadoras y fuertes por lo que según el análisis de la valoración geriátrica, no hay dependencia ni limitación en las funciones de la vida diaria, sobre todo con lo que tiene que ver con la valoración emocional donde el 37% refiere estar siempre de buen ánimo, el 63% ocasionalmente tiene problemas pero no limitan su funcionalidad.

En la valoración global únicamente 10% es dependiente, en la valoración visual el 37% si es dependiente, en la audición el 24% requiere de ayuda y se le dificulta la comunicación, en la movilidad el 29% tiene limitaciones, y en la memoria únicamente el 2%. En número absolutos 38 personas que representan el 93% de personas con limitación visual, el 56% tiene limitación auditiva, y el 43% limitación física, pero en un grado relativamente medio.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- a) Los adultos mayores de la Comuna Zuleta en mayoría son de género femenino, la edad de la mayoría de la población de adultos mayores oscila entre 75 – 89 años, todos viven en casa propia, el 63% tiene la compañía de su pareja y el 37% cuentan con el apoyo de sus familiares e hijos. La instrucción de mayor prevalencia es la primaria incompleta. Lo que indica que es un grupo vulnerable.
- b) Las enfermedades crónicas que padecen los adultos mayores es un problema relevante, causándoles una condición de incapacidad que requiere de largos periodos de cuidado y de una continua acción de prevención. Más del 50% de la población tiene Hipertensión arterial, seguido de adultos mayores con osteoartritis, enfermedades cardíacas, diabetes mellitus, y porcentajes poco significativos de adultos mayores con asma e insuficiencia renal crónica.
- c) La mayor limitación funcional que presentan los adultos mayores de la comuna Zuleta es la visual y auditiva, sin embargo se debe recalcar que éstas no afecta en su totalidad a los adultos al realizar actividades cotidianas, básicas e instrumentales de la vida.
- d) En la presenta investigación se identifica como factores de riesgo que afectan la condición de salud a los moradores de este sector rural: deficiente alimentación, la inactividad física, no tienen un control permanente de visitas al médico y el clima.

- e) Se elaboró una guía de atención integral de prevención de enfermedades crónicas que originan limitación funcional para el cuidador, familia y comuna para mejorar sus condiciones de salud y prevenir la dependencia del adulto mayor. La cual se entregó a la Junta parroquial y a la Unidad de Salud. Así como el poster científico con lo más relevante de la investigación para que sea socializado a la comuna.

5.2. Recomendaciones

- a) Se recomienda a los profesionales de salud de la comuna Zuleta, realizar talleres de promoción y prevención de hábitos y estilos de vida saludables para mejorar su calidad de vida y promover un envejecimiento activo y saludable, así como realizar visitas domiciliarias para dar a conocer la importancia de la guía de atención integral para el cuidador y familias responsables de adultos mayores.
- b) Se recomienda al presidente de la Comuna Zuleta, difundir a todas las familias la importancia de practicar los consejos de la guía de atención integral de prevención de enfermedades crónicas que originan limitación funcional en el adulto mayor para promover la independencia y evitar complicaciones.
- c) Se recomienda a las autoridades de la Facultad de Ciencias de la salud de la Universidad Técnica del Norte enfocar un proyecto de vinculación con la comunidad, que permita hacer grupos multidisciplinarios de enfermería, nutrición y terapia física para poder atender integralmente al adulto mayor haciendo de la atención en salud eficiente, de calidad y con calidez.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Envejecimiento y ciclo de vida. [Online].; 2014 [cited 2015 04 20]. Available from: <http://www.who.int/ageing/es/>.
2. Dra. Juana Adela Fong DJBH. GERIATRIA: ¿ES DESARROLLO O UNA NECESIDAD? Medisan. 2002;(7).
3. Menéndez J, Adialys G, Arcia N, León E, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. [Online].; 2005 [cited 2015 01 03]. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26272.pdf>.
4. INEC. Anuario de estadísticas vitales. [Online].; 2013 [cited 2015 01 21]. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf.
5. Caballero C, Alonso L. Enfermedades crónicas no transmisibles.. [Online].; 2010 [cited 2015 02 14]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a01.pdf>.
6. Lara LRE. Ministerio de Salud Publica del Ecuador - Dirección de Normatización del SNS Área de Salud del Adulto Mayor. [Online].; 2011 [cited 2015 Abril 30]. Available from: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDireccion/s/dnn/archivos/MANUAL%20PARA%20CUIDADORES%20DE%20LA%20PERSONA%20ADULTA%20MAYOR.pdf>.
7. Campos R, Torres D, Nora E. Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas Un estudio en la Ciudad de México. Río de Janeiro;; 2002.
8. Vega A, Gonzáles D. APOYO SOCIAL: ELEMENTO CLAVE EN EL AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA. 2009 Junio;(16).
9. Ferrante D, Linetsky B, Konfino J, King A, Virgolini M, Laspiur S. ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO 2009: EVOLUCIÓN

DE LA EPIDEMIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO
TRANSMISIBLES EN ARGENTINA. ESTUDIO DE CORTE
TRANSVERSAL. 2011 Marzo; 2(6).

10. comuna zuleta.com. Comunazuleta.com. [Online]. [cited 2015 03 25].
Available from: www.comunazuleta.com/historia.html.
11. Rafael V. Salud y Longevidad I El Envejecimiento. Primera ed. Quito; 2011.
12. Costa A. Sexualidad y Tercera Edad. [Online].; 2012 [cited 2015 Febrero 12].
Available from:
<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/FAMIL005.pdf>.
13. Penny E, Melgar F. GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA para el médico internista. Primera ed. La Paz - Bolivia: La Hoguera; 2012.
14. Cortés P. Auxiliar de Geriatria. Segunda ed. España: ic editorial; 2010.
15. Montaña-Álvarez M. Fragilidad y otros síndromes geriátricos.
Medigraphic.com. 2010 mayo; V(2): p. 66-78.
16. Sacramento PH, Sanches MM. Gerontología: Actualización, Innovación y Propuestas Madrid (España): Pearson Educación; 2005.
17. Salud Omdl. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2014 [cited 2015 Enero 29]. Available from:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>.
18. Dr. Ludwig Ovalle Cabrera DIGV. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - Departamento de regulación de los programas de atención a las personas - Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel. [Online]. [cited 2015 Marzo 26]. Available from:
<http://mspas.gob.gt/libreacceso/images/stories/datos/2012/diciembre/Manual%20de%20Normas%20de%20Atenci%C3%B3n%20%28numeral%206%29.pdf>.
19. Salud Omdl. Enfermedades crónicas. [Online].; 2015 [cited 2015 Marzo 17].
Available from: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.
20. American Psychological Association. [Online].; 2015 [cited 2015 Marzo 08].
Available from: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/cronicas.aspx>.

21. Diana Marcela Achury Saldaña GJSCSMRC. Cuidado al Paciente con Enfermedad Crónica. Primera ed. Bogota: Pontificia Universidad Javeriana; 2010.
22. OMS. Enfermedades no transmisibles. [Online].; 2015 [cited 2015 Febrero 06. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.
23. Estrade R. Tratamiento de la diabetes mellitus en la edad avanzada. [Online].; s/f [cited 2015 02 20. Available from: <http://www.sitiomedico.org/artnac/2004/02/02.htm>.
24. Onmeda R. Onmeda.es Para tu salud. [Online].; 2012 [cited 2015 Abril 24. Available from: http://www.onmeda.es/enfermedades/insuficiencia_renal_cronica-tratamiento-1402-6.html.
25. Revista chilena de enfermería. GUÍAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL ASMA. [Online].; 2004 [cited 2015 04 20. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482004000300005.
26. Fundación argentina del tórax. Asma en adultos mayores de 65 años. [Online].; s/f [cited 2015 04 21. Available from: <http://www.fundaciontorax.org.ar/page/index.php/asma-pacientes/122-asma-en-adultos-mayores-de-65-anos>.
27. Romero JMM. Consideraciones especiales en pacientes mayores de 60 años con asma. [Online].; 2009 [cited 2015 04 13. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2009/nts092o.pdf>.
28. Srikulmontree T. Osteoarthritis. American College of Rheumatology. 2012 febrero;(5).
29. Srikulmontree T. AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY. [Online].; 2012 [cited 2015 Marzo 22. Available from: www.rheumatology.org/REF.
30. Orozoc D, Bedoya J, Bedoya E, Cárdenas J, Ramírez L. Artritis en el anciano. [Online].; 2007 [cited 2015 04 15. Available from:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcre/v14n1/v14n1a07>.

31. Villalobos A. Gestor de Caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia. [Online].; s/f [cited 2015 01 30. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbb9a8be040010165012f3a.pdf>.
32. Courtin AV. Gestor de Caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia. [Online]. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbb9a8be040010165012f3a.pdf>.
33. Organización Panamericana de la Salud. Módulos de Valoración Clínica - Evaluación Funcional del Adulto Mayor. [Online].; s/f [cited 2015 01 05. Available from: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>.
34. María Trigás Ferrín LFGHMM. Escalas de valoración funcional en el anciano. [Online].; 2011 [cited 2015 Mayo 01. Available from: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf>.
35. Gutiérrez L, Marassa P, Aguilar S. Gerontología y Nutrición del Adulto Mayor; 2010.
36. Pont P. 3a Edad - Actividad física y Salud Teoría y Práctica. sexta ed. España: Paidotribo; 2010.
37. I. Z. Guía de Alimentación del Adulto Mayor. 2014.
38. Verónica Dapcich GS. Guía de Alimentación Saludable España: Sociedad Española de Nutrición; 2007.
39. Casanueva E. Nutriología médica. 3rd ed. México: Panamericana; 2008.
40. Paloma T. Adulto Mayor: Una Etapa Maravillosa. Primera ed. Palomino , editor. Perú; 2006.
41. Asamblea Nacional del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. [Online].; 2008 [cited 2015 03 25. Available from: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/EC/constitucion.pdf.
42. Gobierno del Ecuador. Plan Nacional del Buen Vivir. [Online].; 2013 [cited 2014 11 11. Available from: <http://www.buenvivir.gob.ec/>.

43. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). [Online].; 2012 [cited 2015 Mayo 05. Available from:
<http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/ManualMAIS-MSP12.12.12.pdf>.
44. Su Salud es Primero/Modelo de Atención Integral de Salud. [Online].; 2015 [cited 2015 Mayo 05. Available from:
<http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/MAIS/mais.asp>.
45. Karen E. Base de datos, Comuna Zuleta. 2015. Datos obtenidos de la encuesta aplicada a adultos mayores.
46. MSP. Manual del Modelo de atención integral de Salud MAIS. [Online].; 2012 [cited 2015 05 06. Available from:
<http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/ManualMAIS-MSP12.12.12.pdf>.
47. Schapira DM. DOCSALUD.COM. [Online].; 2015 [cited 2015 Mayo 06. Available from: <http://www.docsalud.com/articulo/4643/consejos-para-que-los-adultos-mayores-combatan-el-fr%C3%ADo>.
48. foros ecuador.ec. [Online].; 2014 [cited 2015 Mayo 05. Available from:
<http://www.forosecuador.ec/forum/aficiones/salud/4950-carnet-del-conadis>.
49. Sanhueza M, Castro M, Merino J. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. [Online].; 2005.
50. MSP - Ecuador. Manual para cuidadores de la persona adulta mayor dependiente. [Online].; 2011 [cited 2015 05 06. Available from:
<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20PARA%20CUIDADORES%20DE%20LA%20PERSONA%20ADULTA%20MAYOR.pdf>.
51. Elfeiben P, Houben L. Guías de Programas para el Adulto mayor. [Online].; s/f [cited 2015 05 20. Available from:
<http://www2.fiu.edu/~coa/downloads/healthy/guias.pdf>.
52. INTA. Guía de alimentación del adulto mayor INTA. [Online]. [cited 2015 05

10. Available from: http://www.inta.cl/revistas/Adulto_Mayor.pdf%20.
53. Dra. Igdany Reyes Torres DCJACH. El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. 2011.
54. Guadalupe Dorantes Mendoza JAÁFSMA. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores. [Online].; 2007.
55. Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. [Online]. Available from:
http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf?ua=1.
56. Salud OMdl. Prevención de las Enfermedades Crónicas. [Online].; 2015 [cited 2015]. Available from:
http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index8.html.
57. Salud OMdl. Prevención de las Enfermedades Crónicas-Las enfermedades crónicas: la principal causa de mortalidad. [Online].; 2015 [cited 2015]. Available from:
http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index1.html.
58. Salud OMdl. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2015 [cited 2015 Enero]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.
59. Salud Omdl. Organización mundial de la Salud. [Online].; 2013 [cited 2013 Marzo]. Available from:
http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/.
60. vital PdIECui. Prevención de las Enfermedades Crónicas: una inversión vital. [Online]. Available from:
http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf.
61. Iraeta DMD. BIODONOSTIA Instituto de Investigación Sanitaria - Epidemiología de las Enfermedades Crónicas y Transmisibles. [Online]. Available from:
http://www.biodonostia.org/areas_investigacion/epidemiologia-y-salud-publica/epidemiologia-de-las-enfermedades-cronicas-y-transmisibles/.

62. Adriana Durán LVAFUAGJMM. med.javeriana.edu.com. [Online].; 2009
[cited 2015 03 26. Available from:
<http://med.javeriana.edu.co/publi/vuniversitas/serial/V51n1/Universitas%20M%E9dica%20Vol.%2051%20No.%201/Enfermedad%20C%F3nica.%20P%E1g.%2016-28.pdf>.
63. Pública MdS. Ecuador ama lavida. [Online].; 2013 [cited 2015 03 26.
Available from: <http://www.salud.gob.ec/tag/enfermedades-cronicas/>.
64. Pública MdS. www.ies.gob.ec. [Online].; 2011 [cited 2015 03 26. Available
from:
https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011_v.pdf.
65. OPIMEC. [Online]. [cited 2015 03 26. Available from:
<http://www.opimec.org/glosario/chronic-diseases/>.
66. G. MSB. SOCHKO Sociedad Chilena de Kinesiología Oncológica. [Online].
[cited 2015 03 26. Available from:
http://www.mastologia.cl/sitio/documentos/pres_limit%20funcional%20sb.pdf
- .
67. Hernansanz. DMdlÁC. NEURODIDACTA. [Online].; 2012 [cited 2015 03 26.
Available from: http://www.neurodidacta.es/es/comunidades-tematicas/neuromusculares/enfermedades-neuromusculares/dependencia_1/aqua-entiende-por-dependencia.
68. Organización mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
[Online].; 2014 [cited 2014 Diciembre. Available from:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>.
69. CONADIS. Situación de discapacidad. [Online].; 2015 [cited 2015 04 20.
Available from: http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/11/registro_nacional_discapacidades.pdf.
70. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-Departamento de Regulación
de los Programas de Atención a las prsonas. [Online].
71. Karen E. Mapa de la Comuna Zuleta. 2015. Ubicación de la Comuna Zuleta en

el Ecuador.

72. Colectivo ciudadano palabra Mayor. En Ecuador existe más de 1'300.000 adultos mayores. [Online].; 2014 [cited 2015 05 19. Available from: <http://www.palabramayor.ec/index.php/component/content/article/28-news/pagina-principal/100-en-ecuador-existe-mas-de-1300000-adultos-mayores>.
73. CEPAL. Cambios en la estructura poblacional: Una pirámide que exige nuevas miradas. [Online].; 2005 [cited 2015 05 10. Available from: http://www.cepal.org/celade/noticias/noticias/2/23462/PyDTD_1.pdf.

ANEXOS

ANEXO 1. GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE ORIGINAN LIMITACIÓN FUNCIONAL PARA EL CUIDADOR, FAMILIA Y COMUNA ZULETA DEL CANTÓN IBARRA.

Introducción

El envejecimiento es un proceso progresivo que ocurre con el paso del tiempo en todos los seres humanos y culmina con la muerte, en esta etapa de la vida sufren cambios fisiológicos a causa del avance de los años, contraen enfermedades crónicas que son frecuentes en los adultos mayores.

Se considera que cualquier cambio fisiológico que se presenta en el adulto mayor es un proceso natural del envejecimiento, a más de ello, se agudiza esta situación si la persona es afectada por una enfermedad, lo que conlleva a problemas y dificultades al adulto mayor, que le impide realizar actividades, inclusive de rutina, en su vida diaria.

El Ecuador tiene una población en proceso de rápido envejecimiento cuya “expectativa de vida es de 75 años, cuando hace una generación, solamente fue de 55 años”, las necesidades de seguridad social, salud y económicas en la vejez aumentan significativamente, por lo requieren medidas en materia de políticas públicas, que garanticen y estén pendientes que estas personas no caigan en la pobreza y abandono durante la última etapa de su vida (6).

En la Comuna Zuleta los adultos mayores se encuentran afectados en su salud a causa de enfermedades crónicas como son: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), osteoartritis, enfermedades respiratorias (asma), enfermedades cardíacas y otros problemas como: visuales, auditivos, movilidad; esta condición crónica de salud originan limitación funcional que parcialmente las personas de la

tercera edad tienden a tener problemas para realizar sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Como una importante estrategia para mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional se plantea la presente *Guía de atención integral de prevención de enfermedades crónicas que originan limitación funcional para el cuidador, familia y Comuna Zuleta del cantón Ibarra*, el cual se constituye una herramienta practica para la prevención de enfermedades crónicas y para desarrollar las capacidades de realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, de una manera dependiente.

Justificación

La guía de atención integral de prevención de enfermedades crónicas y limitación funcional está dirigida a los cuidadores, familia y Comuna Zuleta elaborada con conocimientos básicos para el desarrollo de destrezas como: el autocuidado y actividades a ejecutarse de acuerdo a las condiciones de salud y proporciona información para incentivar a los cuidadores, familias acerca del cuidado individualizado, con calidad y calidez, con responsabilidad y respeto para el adulto mayor en situaciones de dependencia.

La realidad circundante de este grupo social en la mayoría indígenas, está marcada por una desmotivación por sus condiciones crónicas de salud, efecto de su forma de vida, de las creencias culturales, del consumo de alimento entre otros.

Esta condición crónica de salud, que atraviesan los adultos mayores de la Comuna Zuleta, constituye un aspecto incidente que relaciona a las enfermedades crónicas con la limitación funcional impidiendo parcialmente realizar actividades cotidianas, por esta razón es prioritario entregar a la Unidad de Salud Zuleta y Junta parroquial la guía de atención integral de prevención como una herramienta fundamental para el cuidador, familia y Comuna Zuleta para mejorar la calidad de

vida y promover un envejecimiento activo, independiente y saludable en el adulto mayor.

Objetivos de la propuesta

Objetivo general

Proporcionar una *“Guía de atención integral de prevención de enfermedades crónicas que originan limitación funcional para el cuidador, familia y Comuna Zuleta del cantón Ibarra”*, para mejorar su calidad de vida y condiciones crónicas de salud, previniendo la enfermedad y adaptándose a los cambios relacionados al envejecimiento.

Objetivos específicos

- ✓ Ejecutar talleres de socialización de la Guía de atención integral de prevención de enfermedades crónicas que originan limitación funcional para el cuidador, familia y Comuna Zuleta, en los diferentes sectores pertenecientes a la Comuna.
- ✓ Entregar la guía a la Unidad de Salud Zuleta y Junta Parroquial para difundir la importancia de cómo mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.
- ✓ Proporcionar material educativo (trípticos y bípticos) sobre la guía implementada en la Unidad Operativa para que sea entregado a los pacientes que acuden a recibir atención

Datos informativos:

Lugar: Unidad de Salud Zuleta – Junta Parroquial Zuleta.

Grupos beneficiados: Cuidadores y familias con responsabilidad de adultos mayores.

Responsables: Profesionales del área de salud y presidente de la Comuna Zuleta.

Plan de intervención de enfermedades crónicas que originan limitación funcional en los adultos mayores de la Comuna de Zuleta.

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TIEMPO	AUXILIARES
<p>✓ Ejecutar talleres de socialización de la Guía de atención integral de prevención de enfermedades crónicas que originan limitación funcional para el cuidador, familia y Comuna Zuleta, en los diferentes sectores pertenecientes a la Comuna.</p>	<p>✓ Perifoneo en el área geográfica de la Comuna Zuleta, para invitar a los talleres de socialización de la guía.</p> <p>✓ Entrega de trípticos de manera personal a cada líder de la Comuna y personal de salud.</p> <p>✓ Comprometer a los líderes de la Comuna y personal de salud para la motivación, promoción y asistencia a los talleres de socialización.</p>	<p>Abril 2015</p>	<p>✓ Pancartas</p> <p>✓ Infocus</p> <p>✓ Trípticos</p>
<p>✓ Entregar la guía a la Unidad de Salud Zuleta y Junta Parroquial para difundir la importancia de cómo mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.</p>	<p>✓ Difundir a los profesionales del área salud y líderes de la Comuna Zuleta la importancia que tiene implementar la guía de prevención a los cuidadores y familias que son responsables de adultos mayores para así mejorar su calidad de vida.</p>	<p>Mayo 2015</p>	<p>✓ Guía de atención integral de prevención de enfermedades crónicas que originan limitación funcional para el cuidador, familia y Comuna Zuleta.</p>

Contenido

ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL ADULTO MAYOR

Enfermedades Crónicas:

Son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta, forzando al adulto mayor a tener cambios en su estilo de vida.

Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes mellitus son las principales causas de mortalidad.

Limitación Funcional:

Es la capacidad que tiene el individuo para realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir como: bañarse, vestirse, alimentarse, usar el teléfono, ir de compras, movilizarse dentro y fuera del hogar entre otras.

DIABETES MELLITUS

Es una enfermedad crónica que comprende un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por un aumento de las cifras de glucosa en sangre (**hiperglicemia**).

Signos y síntomas:

- ✓ Polidipsia (sed intensa)
- ✓ Disminución de peso
- ✓ Polifagia (aumento del apetito)
- ✓ Poliuria (orinar frecuentemente)

Puede iniciar con:

- ✓ Deshidratación
- ✓ Respiración rápida
- ✓ Pérdida de conciencia
- ✓ Astenia (sensación de debilidad – agotamiento)

- ✓ Infecciones a repetición: candidiasis vaginal, micosis cutánea, Infecciones del tracto urinario, entre otros.

Tratamiento:

1. Refiera inmediatamente a la Unidad de salud más cercana para confirmar su diagnóstico.

Recomendaciones:

1. Fraccionar en cinco porciones pequeñas diarias (desayuno, refrigerio, almuerzo, refrigerio y cena) mejorara la dieta.
2. La sal deberá consumirse en cantidad moderada.
3. No es recomendable el uso de bebidas alcohólicas y tabaco.
4. Es preferible que se consuma una fruta y no jugos naturales o envasados, ya que tienen un valor calórico alto.
5. Consuma alimentos ricos en fibra soluble (naranja, pera, zanahoria, manzana, frijol, lenteja, entre otros), mejoran el control glicémico, reducen la hiperinsulinemia y reducen los niveles de lípidos.
6. No consuma alimentos como: Azúcar, miel, panela, pan dulce, chocolate, pasteles, galletas dulces, helados, coca cola, gelatina con azúcar, cereales con miel o con azúcar, vísceras (hígado, riñones, mollejas, corazón, lengua, buche), alimentos fritos, mantequilla y margarina.
7. Realizar ejercicio físico como: caminatas diarias con frecuencia mínima deberá ser 3 ó 4 veces por semana en días alternos, con una duración mínima de 30 minutos, ejercicio aeróbico como: caminar, trotar, nadar, bailar, ciclismo entre otros.
8. Higiene y cuidado de los pies (callos, uñas).
9. Prevención de trauma (no caminar descalzo, calzado adecuado y uso de medias cómodas).

COMPLICACIONES AGUDAS

DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)

Hipoglicemia: Es la glucosa plasmática por debajo de 50 mg/dl.

Signos y síntomas:

- ✓ Cansancio
- ✓ Sudoración
- ✓ Temblor
- ✓ Confusión y pérdida de conciencia
- ✓ Palidez y frialdad
- ✓ Ansiedad e insomnio
- ✓ Hambre repentina
- ✓ Cefalea (dolor de cabeza)
- ✓ Náusea

Tratamiento

- ✓ Administre una sola dosis de azúcar simple (bebida azucarada o un vaso de agua con tres cucharadas de azúcar).
- ✓ Después de un tratamiento farmacológico (administración de medicamentos en casas de salud), ingiera alimentos ricos en carbohidratos (una porción de pan, pastel, pastas, banano, entre otros).
- ✓ Refiera inmediatamente a la Unidad de Salud más cercana si el paciente no mejora o si no hay capacidad resolutive.

Hiperglicemia severa: Es la glucosa plasmática en ayunas mayor de 300 mg/dl.

Signos y síntomas:

- ✓ Cansancio
- ✓ Poliuria (cantidad anormal alta de orina)
- ✓ Aliento a manzana

- ✓ Respiración rápida
- ✓ Polidipsia (aumento anormal de la sed)
- ✓ Calambres
- ✓ Vómitos
- ✓ Rubor
- ✓ Pérdida de conocimiento
- ✓ Hipotensión
- ✓ Pérdida de la visión

Tratamiento:

- ✓ Refiera urgentemente a la Unidad de Salud más cercana.

COMPLICACIONES CRÓNICAS

- ✓ Oftalmológicas: Retinopatía diabética, catarata, glaucoma, lesiones en córnea
- ✓ Neuropatía
- ✓ Pie Diabético
- ✓ Nefropatía Diabética

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Es el nivel de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm Hg o el nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mmHg.

¿Cómo funciona nuestro corazón?

1. Cuando el corazón se relaja es DIÁSTOLE, es la tensión mínima.
2. Cuando el corazón se contrae es SÍSTOLE es la tensión máxima.

Signos y síntomas:

- ✓ Cefalea (dolor de cabeza)
- ✓ Visión borrosa
- ✓ Mareos
- ✓ Opresión en el pecho
- ✓ Zumbido de oídos

Puede iniciar con:

- ✓ Inconsciencia
- ✓ Sudoración excesiva
- ✓ Convulsiones
- ✓ Edema
- ✓ Anuria (falta de producción orina)
- ✓ Sangrado por la nariz

Complicaciones:

- ✓ Derrame cerebral
- ✓ Lesión del vaso sanguíneo (arterioesclerosis)
- ✓ Ataque cardíaco o insuficiencia cardíaca
- ✓ Insuficiencia renal.

Tratamiento:

- ✓ Las personas que presenten complicaciones cardiovasculares, renales, enfermedad hipertensiva del embarazo, se trasladarán de inmediato a un hospital cercano.
- ✓ Si no presenta complicaciones ni enfermedades asociadas, iniciar con el tratamiento respectivo.
- ✓ Si la persona tiene triglicéridos elevados trasladarse a un hospital cercano.
- ✓ Si la persona tiene colesterol elevados trasladarse de inmediato a una Unidad de Salud más cercana.

Recomendaciones:

1. Mantener peso ideal: Estilos de vida saludable.

2. Actividad física: Durante 30 minutos, la mayor parte de los días de la semana (caminar rápido, bailar, correr, montar bicicleta).
3. Alimentación saludable: Reducir el consumo de sal y limitar el consumo de alimentos procesados industrialmente, por la elevada utilización de sal en su preparación.
4. Evitar consumo de alcohol y tabaco.

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (INFARTO CARDIACO)

El infarto es un daño, necrosis o muerte de una parte del corazón, producido por una obstrucción en una de las arterias que irrigan el corazón.

La isquemia o suministro deficiente de oxígeno que resulta de la obstrucción de una arteria produce angina de pecho que, si se atiende rápidamente, no se produce muerte del tejido cardíaco, mientras que si se mantiene esta anoxia (falta de oxígeno) se produce la lesión del miocardio y finalmente la necrosis; es decir el infarto.

Signos y síntomas:

- ✓ Dolor de pecho repentino: Puede propagarse a los brazos y hombros sobre todo, el lado izquierdo, la espalda, cuello e incluso los dientes y la mandíbula.
- ✓ Disnea (dificultad para respirar)
- ✓ Agitación, palidez generalizada, sudoración
- ✓ Mareos
- ✓ Palpitaciones
- ✓ Náuseas
- ✓ Frecuentemente con presión arterial elevada

Tratamiento:

- ✓ Refiera inmediatamente a la Unidad de Salud más cercana, en posición medio sentada con las rodillas dobladas.

Recomendaciones:

- ✓ Consumir alimentos sanos como frutas verduras, carnes y pescado.
- ✓ Realizar ejercicio físico por lo menos 30min por día
- ✓ Evite el consumo de alcohol y tabaco.

EVENTO CEREBROVASCULAR (DERRAME CEREBRAL)

Existen dos tipos:

Evento cerebrovascular isquémico (es el más común): cuando un vaso sanguíneo resulta bloqueado por un coágulo de sangre, interrumpiendo el flujo de sangre.

Evento cerebrovascular hemorrágico (derrame cerebral): Cuando un vaso sanguíneo del cerebro se rompe, causando una filtración de sangre dentro del mismo.

Signos y síntomas:

Los síntomas dependen de qué parte del cerebro está lesionada.

- ✓ Dolor de cabeza
- ✓ Náuseas y vómitos
- ✓ Somnolencia, coma
- ✓ Pérdida de la coordinación y equilibrio
- ✓ Dificultad para hablar, deglutir o leer
- ✓ Cambios de sensibilidad especialmente en un solo lado del cuerpo; disminución de la sensibilidad u hormigueo.
- ✓ Confusión repentina
- ✓ Debilidad de cualquier parte del cuerpo
- ✓ Cambios de la visión (disminución repentina de la visión o pérdida total de visión).

Tratamiento

- ✓ Refiera inmediatamente a la Unidad de Salud más cercana.

Recomendaciones:

- ✓ Consumir alimentos sanos como frutas verduras, carnes y pescado.
- ✓ Realizar ejercicio físico por lo menos 30min por día
- ✓ Evite el consumo de alcohol y tabaco.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Es la alteración funcional o estructural del riñón, con o sin disminución de la Tasa de Filtración Glomerular (TFG), manifestada por: Anomalías en la composición de la sangre o la orina.

La evidencia del daño puede encontrarse en las alteraciones persistentes del examen de orina por un plazo superior a tres meses, particularmente la presencia de albuminuria.

Signos y síntomas:

- ✓ Edema
- ✓ Fatiga
- ✓ Picazón o prurito generalizado
- ✓ Cefalea (dolor de cabeza)
- ✓ Náusea y vómitos con sangre ocasional
- ✓ Pérdida de peso
- ✓ Anuria (falta de producción de orina)
- ✓ Nicturia (necesidad de levantarse varias veces por la noche a orinar)

Tratamiento:

- ✓ Refiera inmediatamente a una Unidad de Salud más cercana para confirmación el diagnóstico y tratamiento.

Recomendaciones:

Cuando usted padece enfermedad renal crónica, necesita hacer cambios en su alimentación.

1. **Carnes:** Se recomienda reducir la ingesta de carnes y pescados. El resto de las proteínas ya las aportarán los otros alimentos de la dieta.
2. **Grasas:** Son más indicadas las de origen vegetal (margarina, aceites vegetales, de oliva, maíz, girasol) y aceites de pescado. Deben evitarse las grasas animales (tocino, carnes grasas y embutidos).
3. **Productos lácteos:** Se recomienda tomar leche o derivados una o dos veces al día como queso o un yogurt.
4. **Pan, cereales y pastas:** Se recomienda consumirlos una vez al día y en cantidades moderadas, por ejemplo en la cena. Se pueden combinar pan con cuatro cucharadas de arroz.
5. **Azúcares refinados:** Deben reducirse porque repercuten en el nivel de azúcar y grasas en la sangre.
6. **Verduras y hortalizas:** En crudo se cortarán y se pondrán en remojo un mínimo de 3 horas. Cocidas se darán uno o dos hervores, cambiando el agua.
7. **Legumbres:** Conviene evitarlas, ya que aunque son ricas en hidratos de carbono, también lo son en proteínas de bajo valor biológico y con ellas se sobrepasa rápidamente el cupo de proteínas.
8. **Productos integrales:** Pan, arroz, galletas entre otras. Se deben tomar con precaución por su alto contenido en fósforo y potasio.
9. **Agua:** Debe seguir las recomendaciones de su médico. Normalmente, se suele recomendar beber diariamente una cantidad no superior al volumen de orina.
10. **Sal:** Debe evitar la ingesta de alimentos con alto contenido en sal, puede sustituirla por hierbas aromáticas, alguna especia o gotitas de limón.

POTASIO:

En la insuficiencia renal crónica, la pérdida de funcionalidad del riñón hace que el potasio se acumule en sangre. Cuando los niveles son muy elevados pueden ocasionarle debilidad muscular, temblores, fatiga y en casos graves problemas cardiacos. El potasio se disuelve en agua, los alimentos que se pueden poner a remojo se trocearán y se podrán en agua la noche anterior, se cambiará el agua varias veces.

1. Los alimentos cocidos, se cocinarán en abundante agua que se cambiará a media cocción por agua nueva, con la que se finalizará la cocción.
2. Legumbres, verduras, y hortalizas de remojo se elimina el 75% del potasio.
3. No aprovechar el agua de cocción para salsas o sopas ni tampoco el agua de hervir las frutas.
4. No tomar el almíbar de las frutas porque llevan disuelto el potasio.
5. Evitar frutos secos, chocolates y bebidas carbónicas.
6. No tomar más de una pieza de fruta al día, evitando los cítricos, plátano, kiwi.
7. No se debe consumir productos integrales (incluido en los pacientes diabéticos) por su alto contenido en potasio y fósforo
8. Si su insuficiencia renal crónica está en un estadio tan avanzado, habrá de recurrir a la diálisis. Este proceso le acompañará durante toda su vida. La única alternativa existente a la diálisis es el trasplante de riñón, en el que se recibe un órgano de un donante.
9. Evitar consumo de alcohol y tabaco.

ASMA

Es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, que se caracteriza por una obstrucción bronquial variable y reversible ya sea espontáneamente o con tratamiento, que cursa con un aumento de la respuesta de la vía aérea frente a la gran variedad de estímulos: alérgenos, fármacos, ejercicio, aire frío, risa o llanto, humo, entre otros.

Signos y Síntomas:

- ✓ Tos
- ✓ Silbidos en el pecho
- ✓ Secreciones (flemas)
- ✓ Disnea o dificultad respiratoria con fatiga
- ✓ Sensación de opresión

Tratamiento:

En casos de Crisis de Asma:

- ✓ Estimar la gravedad de la crisis.
- ✓ En caso de crisis grave o paro inminente, refiera inmediatamente a una Unidad de salud más cercana, con oxígeno en caso si lo tuviera, acompañado de un proveedor y con primera dosis de medicamentos indicados para casos leves o moderados.
- ✓ Si el paciente no mejora refiera inmediatamente a la Unidad de salud más cercana para tratamiento.

Recomendaciones:

1. Control ambiental para disminuir y atenuar los alérgenos que contribuyen a las crisis.
2. Evitar los factores desencadenantes, si existe la sospecha de que alguno de ellos está influyendo en su problema, es absolutamente necesario tratar de evitar o eliminar completamente ése factor.
3. Tome los medicamentos prescritos por el medico (medicamentos intercrisis).

OSTEOARTRITIS

Es una enfermedad de las articulaciones que por lo general afecta a personas de mediana edad y a personas de la tercera edad, afecta a toda la articulación (desgaste de las articulaciones), que involucra el cartílago, el revestimiento de la articulación, los ligamentos y el hueso.

Signos y síntomas:

- ✓ Dolor y rigidez de la articulación
- ✓ Hinchazón prominente en la articulación
- ✓ Crujidos o rechinado al mover la articulación
- ✓ Menor funcionamiento de la articulación

Tratamiento:

- ✓ Todavía no hay ningún tratamiento comprobado que pueda revertir el daño que produce la osteoartritis a la articulación. El objetivo del tratamiento es reducir el dolor y mejorar el funcionamiento de las articulaciones afectadas. Con frecuencia, eso es posible mediante una mezcla de medidas físicas y farmacoterapia y, a veces, cirugía.

Recomendaciones:

1. La pérdida de peso y el ejercicio son útiles para combatir la osteoartritis.
2. El ejercicio puede mejorar su fuerza muscular, disminuir el dolor y la rigidez de la articulación y reducir las posibilidades de sufrir discapacidad
3. Utilice dispositivos de apoyo asistenciales como bastones, andadores que le ayuden a moverse y a realizar actividades diarias.
4. La terapia con calor o con frío puede contribuir a aliviar los síntomas de osteoartritis un tiempo.
5. Ciertos tratamientos alternativos, como spas (tinas calientes), masajes, acupuntura y manipulación quiropráctica pueden contribuir a aliviar el dolor un tiempo.
6. Posicione y apoye bien su cuello y su espalda mientras esté sentado.
7. Evite los movimientos repetidos de la articulación, en especial doblarlos con frecuencia.

SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Conjunto de síntomas y signos complejos con alta prevalencia en los adultos mayores resultantes de múltiples enfermedades y factores de riesgo.

Signos y síntomas generales más frecuentes:

- ✓ Dificultades sensoriales (ojos, oídos, glándulas salivales, encías, nariz)
- ✓ Problemas de salud oral

- ✓ Fatiga
- ✓ Mareos
- ✓ Caídas
- ✓ Trastornos del sueño
- ✓ Trastornos cardiovasculares
- ✓ Alteraciones de la micción: En frecuencia (orinadera) y/o incontinencia urinaria
- ✓ Cambios en el hábito intestinal
- ✓ Afecciones osteoarticulares (50).

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Los cuidadores deben promover independencia de la siguiente manera (51).

Baño:

- a. Poner un pequeño banco o silla de plástico en la bañera para que la persona pueda sentarse y no se sienta fatigada/o.
- b. Abra la ducha y ayude a bañarse. Prevenga quemaduras chequeando la temperatura del agua.
- c. Coloque un rodapié en la bañera para prevenir caídas.
- d. Coloque una esponja suave para alcanzar todas las zonas del cuerpo tales como: espalda y los pies.
- e. Ayude en las partes del cuerpo de difícil acceso.
- f. Coloque una toalla suave para secarse muy bien la piel después del baño.
- g. Permita un tiempo de descanso después del baño.
- h. Limpiar la piel promueve la circulación, y ayuda a sentirse fresco y relajado.
- i. Para secar la piel palpe, no frote. Frotar vigorosamente puede irritar la piel del anciano.

- j. Dar masajes en la piel con alguna loción después del baño para darle descanso al adulto mayor recuerde la loción no debe contener alcohol porque reseca la piel.

Cuidados de los dientes

- a. Visitar al médico Odontólogo cada seis meses, aunque no presentes molestias en la cavidad bucal aparentemente.
- b. Cepillar los dientes tres veces al día después de cada comida y sobre todo antes de acostarse.
- c. Disminuir la frecuencia del consumo de caramelos, galletas, colas entre otras.
- d. Evitar actividades que dañen nuestros dientes y encías como: morder cosas duras, destapar botellas, introducir objetos punzantes a la boca, morder las uñas entre otras.
- e. Cambiar de cepillo dental cada 3 meses.
- f. Consumir alimentos saludables como: frutas, verduras, leche, pescado.

Cuidados de la Prótesis dental

- a. Lavar y masajear la mucosa cubierta por la prótesis dos veces al día.
- b. Usar un cepillo dental con filamentos suaves.
- c. Se recomienda quitar la prótesis todas las noches para descansar de la presión que puede producir este tipo de aparato.

Vestirse:

- a. Permitir que el adulto mayor escoja su ropa cuando sea posible.
- b. Proporcione ropa que es fácil de ponerse.
- c. Los zapatos deben ser firmes y satisfactoriamente ajustados. Los zapatos con cierre son más fáciles de ponerse que zapatos que tienen cordones.
- d. Usar los zapatos con medias suaves para prevenir daños en la piel de los pies.
- e. Para prevenir el resfrió colocar un saco de lana, una chompa suave o el chal.

- f. A causa de los cambios visuales que acurren con el envejecimiento, ofrezca ayuda para realizar actividades personales. Ej. Para afeitarse, peinarse y en algunas ocasiones para vestirse.

Alimentación:

- a. Permita que los adultos mayores escojan sus alimentos, comiendo sus comidas preferidas pueden aumentar su nutrición.
- b. Los adultos mayores en algunos momentos no aceptaran alimentos fríos (como bebidas con hielo) o caliente. Pregúntele como prefiere sus alimentos para satisfacer sus gustos.
- c. Coloque la cuchara, el vaso, la servilleta en lugares accesibles.
- d. Tomar 6 a 8 vasos diarios de agua o jugo preferiblemente en la mañana.
- e. Si el adulto mayor puede preparar sus alimentos, las ollas, los cucharones deben tener fácil acceso.

Movilidad

- a. Es importante que el cuidador ayude al adulto mayor todos los días al levantarse a poder realizar movimientos suaves para que poco a poco pueda moverse.
- b. Proporcione instrumentos de ayuda como bastones, andadores y colocar lo más cercano del adulto mayor, procure que estén cerca del dormitorio.

Seguridad

El adulto mayor con el pasar del tiempo tiende a sufrir cambios físicos que incrementan los riesgos de daño, aquellas personas no pueden ver un obstáculo en su camino a causa de la disminución de su **visión** o que no oiga la cercanía de un automóvil a causa de una disminución en su **audición**.

Prevención de caídas:

- a. Distribuya los muebles con amplitud suficiente que permita caminar.
- b. Asegúrese de que las alfombras estén fijadas a los pisos y escaleras.
- c. Reparar muebles rotos o inseguros como las camas muy altas del piso o los sillones hundidos que no permiten levantarse con facilidad al adulto mayor.
- d. Coloque un pasa mano fuerte en las escaleras y en escalones.
- e. Asegúrese que la habitación y escaleras tengan una buena iluminación.
- f. Coloque una lámpara fácil de encender cerca de la cama.
- g. Coloque luces nocturnas en los pasillos.
- h. Asegure que los cables eléctricos no estén en el piso evita tropiezos.
- i. Asegúrese que el adulto mayor use medias cómodamente ajustadas, que no se deslicen, para prevenir un resbalón.
- j. Ayude a la persona a levantarse de la cama lentamente para evitar el mareo.

Prevención de quemaduras:

- a. No permita al adulto mayor fumar en la cama.
- b. Mantenga los equipos eléctricos en buen estado (por ejemplo que los cables no estén por el piso sueltos).
- c. Proveer agua tibia en vez de agua caliente especialmente en el momento de bañarse.

Prevención de accidentes peatonales:

- a. Pídale al adulto mayor que mire a ambos lados de la calle antes de cruzar.
- b. Asegúrese que use ropa reflectiva o de color claro si necesita salir al anochecer.
- c. Procure que atraviese la calle por el camino peatonal (cebra) o con la luz del semáforo cuando esto sea posible.

Prevención de infecciones:

- a. Las manos deben ser lavadas con agua y jabón al menos 10 segundos. Es preferible el jabón anti-microbial.
- b. Los cuidadores deben mantener las uñas cortas, limpias y limadas para reducir los lugares donde los microbios puedan esconderse.
- c. Lavar las frutas y vegetales antes de comer.
- d. Ofrezca suficientes líquidos para promover efectivamente la función urinaria y la eliminación, y por lo tanto prevenir posibles infecciones en las vías urinarias.
- e. Usar cepillos de dientes, toallas, y toallitas individualmente.
- f. Educar a su familiar toser, estornudar o respirar, cubrirse la boca y la nariz.
- g. Coloque la ropa contaminada, y otros productos de desecho (como pañales) que contengan fluidos del cuerpo en una bolsa plástica.

Prevención de úlceras por presión (escaras):

- a. Revisar la piel diariamente, la piel debe mantenerse limpia y seca.
- b. Si la piel estuviera sucia hay que lavarla con agua tibia y jabón suave.
- c. Mantener la piel hidratada es una parte importante para la prevención de la piel seca, usar cremas humectantes y aplicar después del baño asegurarse que las cremas humectantes no contengan alcohol evitara resequeidad de la piel.
- d. Si la persona es incapaz de moverse debe ser cambiada de posición cada dos horas.
- e. Colocar en las rodillas y tobillos almohadas para separarlos. Lo mismo que debajo de las piernas, desde las pantorrillas hasta los tobillos, las almohadas no deben colocarse debajo de las rodillas porque esto puede interferir la circulación.
- f. Si el adulto mayor esta encamado, las sábanas deben estar suficientemente estiradas, no formando arrugas.

Cuidado de los pies:

- a. Revise los pies diariamente, asegúrese de que no hay áreas enrojecidas, daños o hinchazón.
- b. Lave los pies diariamente y séquelos muy bien, especialmente entre los dedos.
- c. Use crema y loción hidratantes para suavizar los callos evitar las lociones con alcohol pues resecan la piel.
- d. Lime las uñas en vez de cortarlas. Las uñas de los pies de los adultos mayores son gruesas y frágiles.
- e. Evite no usar zapatos con huecos que pueden causar escaras.
- f. Si es posible cambie sus medias diariamente, porque las medias sucias pueden causar infecciones.
- g. Evite caminar descalzo pues esto aumenta el riesgo de dañarse los pies.
- h. Ejercite los pies para mejorar la circulación. Suba los pies hacia arriba y hacia abajo y flexione los tobillos, mueva los pies en círculo.
- i. Evite medias apretadas.
- j. Si tiene los pies fríos use medias abrigadas.
- k. Vea al médico si tiene alguna llaga que no se cura en un tiempo entre 7-10 días. Si tiene algún cambio de color, temperatura, o sensación en los pies o algún otro problema que le impida caminar.**

Actividad física

Las actividades físicas que mejoran la salud son:

- a. Caminatas
- b. Natación
- c. Gimnasia/ Bailo terapia

La actividad física puede mejorar a las personas en los siguientes aspectos:

1. **Resistencia:** Participar en una actividad 30 minutos al día incrementa la resistencia promedio del corazón y la respiración.
2. **Fortaleza:** Desempeñar actividades como levantar y llevar cosas, barrer y realizar otros movimientos donde se estimula la resistencia muscular contribuye a mejorar la fortaleza muscular. Mantener la fortaleza muscular también contribuye a mejorar la fortaleza de los huesos. Todo esto ayuda a prevenir las caídas.
3. **Equilibrio:** Realizar actividades que ayudan a mantener el equilibrio pueden prevenir las caídas. Por ejemplo: pararse en un solo pie y después en el otro sin ningún apoyo; estando sentado y pararse sin usar el apoyo de las manos.
4. **Estiramiento:** Ejercicios de pie. Ej: Parado en la punta de los pies y con las manos hacia arriba como para tocar el techo. Doblarse y tocar la punta de los pies con las manos. Estos ejercicios pueden ayudar al cuerpo a mantenerse flexible y a mejorar la movilidad.

Sueño

Estrategias para las personas que no duermen lo suficiente:

- a. Acuéstese y levántese a la misma hora. Si el sueño es interrumpido por algún dolor, dele el medicamento antes de ir a la cama.
- b. Haga ejercicios en el mismo horario diariamente pero evite ejercicios extenuantes antes de ir a la cama. Los ejercicios intensos incrementan la frecuencia cardíaca y el metabolismo, haciendo más difícil la relajación y el sueño.
- c. Si el adulto mayor se despierta para ir al baño por la noche, restrinja la cantidad de líquidos durante las horas de la tarde y anime a la persona a ir al baño antes de dormir.
- d. Mantenga una temperatura ambiente agradable, ofrezca una sábana ligera si es necesario.

- e. Evite tomar bebidas que contengan cafeína (café) durante el día, la cafeína es un estimulante.
- f. Evite el uso crónico de medicamentos para dormir.
- g. Resuelva el estrés antes de ir a la cama, no vaya a la cama con ira.

Medicación

Recomendaciones para promover un adecuado uso de los medicamentos:

- a. Realice una lista de todos los medicamentos, incluyendo las medicinas sin receta como las vitaminas y remedios naturales, incluya el nombre del medicamento, la cantidad y las veces que debe tomar al día.
- b. Asegúrese que están siendo tomadas en la cantidad correcta y en el horario prescrito por el médico.
- c. No cambie los medicamentos de su envase natural.
- d. Almacene los medicamentos según las instrucciones. Algunos deben mantenerse en el refrigerador otros medicamentos pierden la efectividad si se exponen a la luz.
- e. Deseche las medicinas vencidas.
- f. Comunique al médico si tiene una complicación inesperada con el medicamento, tales como alteraciones cutáneas, dificultad en la respiración u otro síntoma inusual.
- g. No tome cantidades mayores ni menores a las recetas prescritas por el médico.
- h. Si olvida una dosis no incremente la próxima sin hablar primero con el médico.
- i. No suspenda las medicinas a menos que el medico se lo autorice.
- j. No tome bebidas alcohólicas cuando este bajo tratamiento médico.
- k. No tritura las pastillas ni abra las cápsulas a menos que el medico lo autorice.

Depresión

Estrategias para los Cuidadores que Atienden a Personas Deprimidas:

- a. Mantenga una actitud de cuidado, el cuidador debe expresar su cuidado y preocupación por el adulto mayor.
- b. Comprenda el origen de las tristezas y acéptelas. No juzgue y permita expresar las emociones.
- c. Comunique cosas positivas a la persona deprimida, demuéstrole de esta forma que ella aún tiene valor.
- d. Modifique el medio, proporcione un ambiente positivo. Tenga en cuenta las necesidades sensoriales para crear un ambiente positivo, ofrezca una iluminación adecuada, utilice especialmente la luz solar.
- e. Ofrezca aparatos de oír, andadores o bastones, para que el adulto mayor pueda interactuar positivamente con el medio ambiente.
- f. Anime a la persona a participar en actividades, permítale la mayor independencia posible.
- g. Discuta la depresión del adulto mayor con el médico.

Guía de alimentación para el adulto mayor

IMPORTANCIA DE LOS ALIMENTOS	CANTIDAD POR DIA	ALIMENTOS SALUDABLES
<p>LÁCTEOS DESCREMADOS</p> <p>Aportan proteínas, calcio, vitaminas A y B.</p>	<p>2 a 3 porciones</p>	
<p>PESCADO, CARNES Y HUEVOS</p> <p>Aportan proteínas, hierro, zinc y cobre.</p>	<p>1 porción</p>	
<p>VERDURAS</p> <p>Vitamina A, C, antioxidantes y fibra dietética.</p>	<p>3 porciones</p>	

<p style="text-align: center;">FRUTAS</p> <p>2 porciones</p> <p>Vitamina A, C, antioxidantes y fibra dietética.</p>	
<p style="text-align: center;">PAN, CEREALES Y PAPAS</p> <p>2 a 3 porciones</p> <p>Aportan calorías, hidratos de carbono, fibra dietética y proteínas.</p>	
<p>Colocar una pequeña cantidad de aceite vegetal solomante en las enceladas / Incluir una pequeña cantidad de azúcar y sal.</p>	
<p style="text-align: center;">AGUA</p> <p style="text-align: center;">Tome 6 a 8 vasos de agua al día, aunque no tenga sed.</p>	

Fuente: (52)

ANEXO 2. FOTOGRAFÍAS

COMUNA ZULETA



Casa comunal



Calles de la Comuna Zuleta



Viviendas de la Comuna Zuleta

UNIDAD DE SALUD ZULETA



Unidad de Salud Zuleta



Revisión de Historias Clínicas

GUÍA DE OBSERVACIÓN COMUNA ZULETA



Aplicación de la guía de observación



Aplicación de la guía de observación



Aplicación de la guía de observación



Aplicación de la guía de observación

APLICACIÓN DE LA ENCUESTA ADULTOS MAYORES



Aplicación de la encuesta domiciliaria



Aplicación de la encuesta domiciliaria

ANEXO 3. ENCUESTA APLICADA

	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA													
ENCUESTA SOBRE: ENFERMEDADES CRÓNICAS Y LIMITACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR DE LA COMUNA DE ZULETA.														
		<table border="1"><tr><td>FORMULARIO</td><td>Nº</td></tr></table>	FORMULARIO	Nº										
FORMULARIO	Nº													
NOMBRE DEL ENCUESTADOR: Karen Enríquez Valencia NOMBRE DEL ENCUESTADO: LOCALIDAD: Comuna Zuleta FECHA:														
OBJETIVO: Establecer la relación entre enfermedades crónicas y la limitación funcional de adultos mayores de la comuna de Zuleta, Imbabura.														
INSTRUCCIONES: <ul style="list-style-type: none">• En caso que el adulto mayor no pueda contestar, se preguntará al familiar o persona responsable de aquel.														
1.- Género de la persona seleccionada														
<table border="1"><tr><td>Femenino</td><td></td></tr><tr><td>Masculino</td><td></td></tr></table>	Femenino		Masculino											
Femenino														
Masculino														
2.- ¿Cuántos años tiene usted?														
_____ años														
3.- ¿Cuál es su estado civil?														
<table border="1"><tr><td>Soltero/a</td><td></td></tr><tr><td>Casado/a</td><td></td></tr><tr><td>Unión Libre</td><td></td></tr><tr><td>Viudo/a</td><td></td></tr><tr><td>Divorciado/a</td><td></td></tr></table>	Soltero/a		Casado/a		Unión Libre		Viudo/a		Divorciado/a					
Soltero/a														
Casado/a														
Unión Libre														
Viudo/a														
Divorciado/a														
4.- ¿Qué nivel de instrucción posee usted?														
<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">Detalle</th></tr></thead><tbody><tr><td>Primaria incompleta</td><td></td></tr><tr><td>Primaria completa</td><td></td></tr><tr><td>Secundaria incompleta</td><td></td></tr><tr><td>Secundaria completa</td><td></td></tr><tr><td>Superior</td><td></td></tr></tbody></table>	Detalle		Primaria incompleta		Primaria completa		Secundaria incompleta		Secundaria completa		Superior			
Detalle														
Primaria incompleta														
Primaria completa														
Secundaria incompleta														
Secundaria completa														
Superior														

5.- La casa en la que usted vive es:

Propia	
Arrendada	
Prestada	
Anticresis	

6.- El Material de construcción de su casa es:

Madera	
Tierra/adobe	
Cemento	
Mixta	

7.- El Material de los pisos de su casa es:

Madera	
Tierra	
Cemento	
Cerámica	
Mixta	

8.- Aproximadamente ¿Cuántos veces ha visitado a un médico durante el último año?

De una a 5 veces	
De 6 a 10 veces	
Más de 10 veces	
No lo recuerda	

9.- ¿Cuántas veces al día come usted?

Una vez al día	
2 veces al día	
3 veces al día	
Más de 3 veces al día	

10.- ¿Qué actividad física realiza?

11.- ¿Con quién vive usted?

12.- ¿Cree usted que el clima de Zuleta afecta a su salud?

SI	
NO	

13.- ¿Tiene usted alguna enfermedad crónica que tenga que vigilar de manera permanente?

SI	
NO	

Cual _____

DATO CONFIRMATORIO DE PATOLOGIA DE PACIENTE REGISTRADO EN EL SCS ZULETA

N° HCL _____ **Diagnóstico:** _____

14.- ¿Acude periódicamente al médico?

SI	
NO	

15.- ¿Toma diariamente medicación?

SI	
NO	

16.- ¿Tiene usted alguna discapacidad que le impida o limite hacer sus actividades habituales?

SI	
NO	

Cual _____

17.- ¿Tiene usted el carnet del CONADIS (Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades)?

SI	
NO	

FIRMA

ANEXO 4. FICHA DE OBSERVACIÓN

	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERÍA	
FICHA DE OBSERVACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y LIMITACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR.		
OBJETIVO	✓ Establecer la relación entre enfermedades crónicas y limitación funcional de adultos mayores de la Comuna de Zuleta, Imbabura, periodo 2014-2015	
Responsable: Karen Enríquez Valencia Fecha de observación: 22 - 01 - 2015 - 23 - 01 - 2015 - 26 - 01 - 2015 Grupo: Adultos Mayores Lugar: Comuna de Zuleta.		
CASO OBSERVADO	Datos personales: 1. Nombre y Apellido: 2. Edad: 3. Sexo: Masculino () Femenino () 4. Etnia:	
ASPECTOS A OBSERVAR	1. Estado civil: Casado/a () Soltero/a () Viudo/a () Divorciado/a () 2. Escolaridad: Primaria () Secundaria () Superior () 3. Ocupación: Trabajador () Jubilado () Ama de casa () 4. ¿Ud. cuenta con una fuente de ingreso socio económico? Si () No () -----	

	<p>5. Usted presenta hoy en la actualidad alguna enfermedad que afecte su salud. Si () No () Hipertensión Arterial () Diabetes Mellitus () Obesidad – Sobrepeso () Enfermedades respiratorias () Otras -----</p> <p>6. ¿Cuándo fue la última vez que Ud. asistió a un servicio de salud para realizarse un chequeo medico de control? Menos de 1 año () Entre 1 y 2 años () Más de 2 años ()</p> <p>7. Usted presenta alguna discapacidad. Si () No () -----</p> <p>8. Usted se considera dependiente o independiente. -----</p> <p>9. Usted vive con algún familiar: Hijo/a () Esposo/a () Nietos () Hermano/a () Otro () CUIDADOR (familiar)</p> <p>10. ¿Alguna vez había cuidado a un enfermo crónico? Si () No ()</p> <p>11. ¿Tiene alguna información acerca de la enfermedad que sufre su familiar? Si () No ()</p> <p>12. Su vivienda es: Adobe () Cemento () Bloque ()</p> <p>13. ¿Ud. cuenta con los servicios básicos? Si () No () Luz eléctrica () Agua potable () Alcantarillado () Línea telefónica ()</p> <p>14. ¿En estos momentos está haciendo algún tratamiento (medicamentos, dieta, ejercicio) indicado por un profesional de salud para controlar su enfermedad? Si () No () -----</p> <p>15. ¿Cuántas veces al día come usted? De 2 a 3 () De 3 a 5 () Una comida importante al día ()</p>
--	---

	<p>16. Que clase de alimentos consume diariamente.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>17. Tiene el hábito de ingerir agua frecuentemente.</p> <p>Si () No ()</p> <p>18. Actualmente, ¿Ud. fuma o ingiere alcohol?</p> <p>Si () No ()</p> <p>-----</p>
<p>-----</p> <p>Firma</p>	

ANEXO 5. ESCALA GERIÁTRICA DE EVALUACIÓN FUNCIONAL

ESTADO FUNCIONAL GLOBAL

DETALLE	SI	NO
Es independiente, activo y está satisfecho de la vida que lleva.		
Independiente, alguna limitación funcional para sentirse satisfecho.		
Tiene limitaciones en su vida diaria, lo que exige la ayuda de otros.		
Depende en su vida diaria de los cuidados de otra persona.		
Está totalmente incapacitado; exige cuidados constantes.		

DÉFICIT DE LA VISIÓN

DETALLE	SI	NO
Tiene visión normal.		
Refiere dificultad para ver pero esto no lo limita en su vida cotidiana.		
Dificultad para ver, que limita sus actividades cotidianas.		
Problemas de la visión, le obligan a depender de otra persona.		
Ciego o totalmente incapacitado por la falta de visión.		

DÉFICIT DE AUDICIÓN

DETALLE	SI	NO
Tiene audición normal.		
Refiere dificultad para oír, pero esto no lo limita en su vida cotidiana.		
Dificultad para oír, con algunas limitaciones en la comunicación.		
Severos problemas de audición, que le limitan la comunicación.		
Sordo o aislado por falta de audición.		

DÉFICIT DE LA MOVILIDAD

DETALLE	SI	NO
Se moviliza sin limitaciones tanto dentro como fuera del hogar.		
Alguna limitación en la movilidad, en particular con transporte público.		
Dificultades de movilidad que limitan satisfacer su vida cotidiana.		
Para moverse depende de la ayuda de otra persona.		
Se encuentra totalmente confinado a la cama o sillón.		

DÉFICIT DEL ESTADO EMOCIONAL

DETALLE	SI	NO
Se mantiene usualmente con buen estado de ánimo.		
Trastornos emocionales ocasionales que supera sin ayuda.		
Trastornos emocionales le obligan al uso de psicofármacos.		
Mantiene limitación por trastornos emocionales aún con tratamiento.		
Los trastornos emocionales lo incapacitan, intento o idea suicida.		

DÉFICIT DE LA MEMORIA

DETALLE	SI	NO
Buena memoria.		
Refiere problemas de memoria, pero no limitan sus actividades diarias.		
Trastornos evidentes de memoria, que limitan actividades de su vida.		
Trastornos de memoria le hacen dependiente parte del tiempo.		
La pérdida de memoria lo mantiene totalmente incapaz y dependiente.		

SITUACIÓN FAMILIAR

DETALLE	SI	NO
Cuenta con el apoyo familiar que demandan sus necesidades.		
Existe apoyo familiar, pero tiene limitación en alguna ocasión.		
El apoyo familiar está restringido a situación de crisis.		
El apoyo familiar es escaso e inseguro, incluso en crisis.		
Ausencia o abandono familiar total.		

SITUACIÓN SOCIAL

DETALLE	SI	NO
Buena relación social. Apoyo total por vecinos y/o amigos.		
Buena relación social. Tiene apoyo, limitado de vecinos o amigos.		
Relación social limitada. Apoyo se limita a crisis.		
Relación social limitada. Ausencia de apoyo de vecinos y/o amigos.		
Ausencia de relaciones sociales y de apoyo por vecinos o amigos.		

SITUACIÓN ECONÓMICA

DETALLE	SI	NO
Niega problemas económicos.		
Sus ingresos cubren sus necesidades básicas, pero no otras.		
Tiene ocasionalmente dificultad para cubrir sus necesidades básicas.		
Tiene habitualmente dificultad para cubrir sus necesidades básicas.		
Depende económicamente de la asistencia social.		

DÉFICIT DEL USO DE MEDICAMENTOS

DETALLE	SI	NO
No toma medicamentos (no considerar suplementos vitamínicos).		
Usa menos de 3 de forma habitual.		
Usa de 3 a 5 por más de un mes o indicados por varios médicos.		
Usa más de 6 medicamentos.		
Se automedica o no lleva el control de los medicamentos que toma.		

Fuente: Libro Gerontología y Nutrición del Adulto Mayor, utilizando la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF) estandarizada.

ANEXO 6. FOTO DE ZULETA

