



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA ENFERMERÍA

TEMA:

VULNERABILIDAD DEL ADULTO MAYOR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA 2022

Tesis previa a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería

AUTOR: Karen Marjorie Velastegui Ayala

DIRECTORA DE TESIS: Msc. Ximena Tapia Paguay

Ibarra-Ecuador

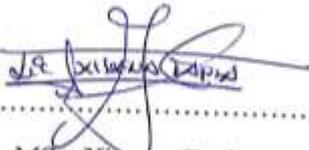
2022

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de directora de la tesis de grado titulada "VULNERABILIDAD DEL ADULTO MAYOR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA", de autoría de Karen Marjorie Velastegui Ayala, para la obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 30 días del mes de junio de 2022

Lo certifico

(Firma).....

MSc. Ximena Tapia

C.C: 1001817459

DIRECTORA 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

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

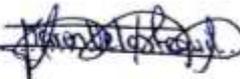
DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1004182828		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Velasgui Ayala Karen Marjorie		
DIRECCIÓN:	San Antonio -Vía Antigua Otavalo		
EMAIL:	kmvelastegua@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO:	550-265	TELÉFONO MÓVIL:	0959617201
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“VULNERABILIDAD DEL ADULTO MAYOR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA”		
AUTOR (ES):	Karen Marjorie Velastegui Ayala		
FECHA:	21 de Julio del 2022		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería		
ASESOR /DIRECTOR:	Msc. Ximena Tapia		

2. CONSTANCIAS

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 la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de esta y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 25 días del mes de Julio de 2022

LA AUTORA

(Firma) 

Karen Marjorie Velastegui Ayala
CI 1004182828

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

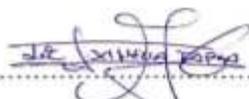
Fecha: Ibarra, a los 25 días del mes de Julio de 2022

Karen Marjorie Velastegui Ayala "VULNERABILIDAD DEL ADULTO MAYOR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA" Licenciada en Enfermería Universidad Técnica del Norte, Ibarra.

DIRECTORA: Msc. Ximena Tapia

El principal objetivo de la presente investigación fue Determinar el nivel de vulnerabilidad en los adultos mayores ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha. Entre los objetivos específicos se encuentran Describir las características socio demográficas de los adultos mayores que se encuentran en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha. Identificar pacientes con signos de vulnerabilidad en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha. Establecer factores biológicos, psicológicos, sociales, asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor durante la hospitalización en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha.

Ibarra, a los 25 días del mes de Julio de 2022



MSc. Ximena Tapia Paguay

Directora



Karen Marjorie Velastegui Ayala

Autora

DEDICATORIA

Dedico todo el esfuerzo y sacrificio reflejado en este trabajo a mis padres, quienes me han apoyado durante toda mi carrera universitaria; gracias por inculcarme el ejemplo de esfuerzo y perseverancia.

A mi hermana quien ha sido pilar fundamental en todo este proceso; por sus consejos, su apoyo, por la motivación brindada día a día, por creer en mí y por su amor.

A mi sobrino que es la razón de mis alegrías y mi refugio de paz cuando se presentan dificultades.

A mis abuelitos que ya no me acompañan terrenalmente, pero han sido mi fuente de inspiración en este trabajo de investigación, especialmente a mi abuelito Celimo quien partió de este mundo creyendo ciegamente en mí, por eso y más este logro para él.

Karen Marjorie Velastegui Ayala

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por ser bueno, darme salud y por ser mi guía en todo este proceso, A mi papá a quien siempre lo miré luchando, pero nunca lo vi rendirse por todos los esfuerzos realizados e invertidos en mí, este logro es por y gracias a el

Gracias a mi mamá que durante toda mi carrera universitaria ha sido mi sostén mi motor y mi ejemplo de resiliencia. Gracias a mi hermana que en este largo camino siempre tuvo una palabra de apoyo y fue mi recordatorio “Falta poco” “Es lo último”.

Quiero expresar mi agradecimiento a mi directora de tesis Msc. Ximena Tapia quien siempre tuvo la disposición de brindarme su ayuda, compartir su tiempo, conocimiento y me ha llevado a culminar con éxito mi tesis. También quiero agradecer a mi compañero de vida que con sus palabras de aliento y cariño me ayudó a no desistir y poder culminar esta etapa.

A todos, gracias.

Karen Marjorie Velastegui Ayala

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS**¡Error!**

Marcador no definido.

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

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO v

DEDICATORIA v

AGRADECIMIENTO vii

ÍNDICE GENERAL..... viii

INDICE DE TABLAS x

RESUMEN..... xi

ABSTRACT..... xii

CAPÍTULO I..... 1

1. El Problema de la investigación 1

1.1 Planteamiento del problema..... 1

1.2 Formulación del Problema..... 3

1.3 Justificación 4

1.4 Objetivos..... 4

1.5. Preguntas de investigación..... 6

CAPITULO II 7

2. Marco teórico. 7

2.1 Marco Referencial..... 7

2.2. Marco Contextual 11

2.3 Marco Conceptual..... 14

2.4 Marco legal 35

2.5 Marco Ético.....	38
CAPITULO III	42
3. Metodología de la investigación.....	42
3.1 Diseño de investigación.....	42
3.2 Tipo de investigación.....	42
3.3 Localización y ubicación del estudio.....	42
3.4 Población	42
3.5 Operacionalización de variables	43
3.6. Métodos de recolección de información	52
3.7. Análisis de datos	52
CAPÍTULO IV	53
4. Resultados de la Investigación	53
CAPÍTULO V	64
5. Conclusiones y Recomendaciones	64
5.1. Conclusiones	64
5.2. Recomendaciones	65
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS	71
Anexo 1.- Encuesta.....	71
Anexo 2.- Validación de la encuesta por expertos	81
Anexo 3.- Solicitud para la aplicación del proyecto de tesis.....	83
Anexo 4.- Autorización para realizar el proyecto de tesis.....	84
Anexo 5.- Fotografías aplicación de encuesta.....	86
Anexo 6.- Urkund.....	87
Anexo 7.- Abstract	88

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna.....	53
Tabla 2. Signos de vulnerabilidad del adulto mayor durante la hospitalización.....	55
Tabla 3. Factores biológicos asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor.....	57
Tabla 4. Factores psicológicos asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor.....	60
Tabla 5. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor.....	62

RESUMEN

Vulnerabilidad del adulto mayor durante la hospitalización en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha.

Karen Marjorie Velastegui Ayala

kmvelastegui@utn.edu.ec

La Hospitalización de adultos mayores conlleva un sin número de factores que afectan psicológica, física y espiritualmente al mismo, es importante estudiar esta realidad a través del estudio cuyo objetivo fue: Determinar el nivel de vulnerabilidad en los adultos mayores ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha, de diseño cuantitativo, no experimental; de tipo descriptivo y transversal. Se utilizó una encuesta validada por expertos, con preguntas de opción múltiple y diferentes dimensiones: características sociodemográficas, signos de vulnerabilidad, factores biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en la vulnerabilidad del adulto mayor hospitalizado; muestreo no probabilístico a conveniencia con usuarios de 65-100 años ingresados de Enero a Junio; Los resultados género femenino con edades de 71-80 años, afroecuatorianos, viudas, católicas con residencia en Esmeraldas, viven acompañadas de su pareja y familiares. Los adultos mayores que necesitan ayuda para realizar sus actividades diarias durante la hospitalización no es un número representativo, la mayoría tiene un cuidador durante su estancia en el hospital, mencionan no tener dinero para comprar su medicina completa, pierden el apetito durante su hospitalización, se ven afectados psicológicamente con sentimientos de intranquilidad, tristeza y depresión; posiblemente por la incertidumbre y temor a lo que pasará. Referente al factor social un alto porcentaje se sienten abandonados por sus familiares y amigos por restricción de visitas; La vulnerabilidad de estas personas es alta debido a la complejidad de la patología crónico-degenerativas de los adultos mayores que puede desencadenar en complicaciones físicas y psicológicas graves.

Palabras Claves: Adulto mayor, Vulnerabilidad, Hospitalización

ABSTRACT

Vulnerability of the elderly during hospitalization in the internal medicine service of Delfina Torres de Concha Hospital.

Karen Marjorie Velastegui Ayala

kmvelastegui@utn.edu.ec

The Hospitalization of older adults entails a number of factors that affect psychologically, physically and spiritually, it is important to study this reality through the study whose objective was: To determine the level of vulnerability in older adults admitted to the internal medicine service of Delfina Torres de Concha Hospital, with a quantitative, non-experimental design; descriptive and cross-sectional. A survey validated by experts was used, with multiple-choice questions and different dimensions: sociodemographic characteristics, signs of vulnerability, biological, psychological and social factors that intervene in the vulnerability of hospitalized older adults; non-probabilistic convenience sampling with users aged 65-100 admitted from January to June; The results female gender aged 71-80 years, Afro-Ecuadorian, widows, Catholics residing in Esmeraldas, live accompanied by relatives. The elderly who need help to carry out their daily activities during hospitalization is not a representative number, most have a caregiver during their hospital stay, they mention not having money to buy their complete medicine, they lose their appetite during their hospitalization, they are psychologically affected with feelings of restlessness, sadness and depression; possibly due to uncertainty and fear of what will happen. Regarding the social factor, a high percentage feel abandoned by their family and friends due to restriction of visits; The vulnerability of these people is high due to the complexity of the chronic-degenerative pathology of older adults that can trigger serious physical and psychological complications.

Keywords: Older adults, Vulnerability, Hospitalization

TEMA

“Vulnerabilidad del adulto mayor durante la hospitalización en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha 2022”.

CAPÍTULO I

1. El Problema de la investigación

1.1. Planteamiento del problema

La prolongación de la esperanza de vida; la prevalencia de enfermedades crónicas; los cambios fisiológicos que ocurren en el envejecimiento; el deterioro del estado funcional; y el uso frecuente de los servicios hospitalarios, exponen a los adultos mayores a complicaciones intrahospitalarias(1).

En múltiples estudios en Europa y en los Estados Unidos, se ha establecido que factores como la infección hospitalaria, el delirio (síndrome confusional agudo), el deterioro funcional hospitalario y las lesiones de piel por presión, entre otros, predisponen a peores resultados hospitalarios y, por consiguiente, a prolongar la estancia hospitalaria y al aumento de la mortalidad .Diversos factores pueden asociarse con una mayor frecuencia de complicaciones hospitalarias y algunos ya han sido claramente descritos, como la malnutrición, el deterioro cognitivo, la prescripción inapropiada de medicamentos y el detrimento del estado funcional (2) .

En Alemania, se estima que el 24% de las personas de entre 70 y 85 años presentan cinco enfermedades o más a la vez. El impacto de la multimorbilidad en la capacidad, en la utilización de los servicios de salud y en los gastos en salud de una persona mayor a menudo es considerablemente más alto de lo que se esperaría por los efectos sumados de cada afección, Además, la dinámica multifacética de la multimorbilidad, las enfermedades y los cambios fisiológicos fundamentales puede derivar en ciertos estados de salud en la vejez que no se captan en las clasificaciones tradicionales de las enfermedades. En algunos casos se trata de trastornos crónicos (por ejemplo, la fragilidad, que puede tener una prevalencia de alrededor del 10% en las personas mayores de 65 años) y, en otros trastornos agudos (por ejemplo, el síndrome confusional, que puede ser el resultado de determinantes tan diversos como una infección o los efectos secundarios de la medicación o una cirugía (3).

Al igual que en otros países latinoamericanos, en Colombia, 8 de cada 10 adultos mayores padece más de una condición crónica y, cuando presentan enfermedades agudas o descompensación de las crónicas, deben ser hospitalizados en unidades de atención convencional, ya que muy pocos centros asistenciales cuentan con unidades de geriatría. Esto provoca un incremento de los costos de atención y un mayor tiempo de hospitalización. En un estudio en Perú, se determinó que comorbilidades como el cáncer, la enfermedad pulmonar, la enfermedad cardiovascular y el deterioro del estado funcional, se asociaban con la aparición de complicaciones hospitalarias (2).

En Ecuador, según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el 2018 las ENT representaron el 53% del total de las muertes. De estas, el 48,6% correspondió a ECV, el 30% a cáncer, el 12,4% a diabetes y el 8,7% a enfermedades respiratorias crónicas (4).

En Esmeraldas, la Diabetes no Especificada, la Hipertensión, Insuficiencia Cardíaca, Neumonía, Hernia Inguinal e Hiperplasia de la Próstata son las principales causas de morbilidad de los adultos mayores en casi todos los grupos de edad (5).

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es la vulnerabilidad del adulto mayor durante la hospitalización en el servicio de medicina interna del hospital delfina torres de concha 2022?

1.3. Justificación

El uso frecuente de los servicios hospitalarios por las personas adultas mayores los expone a consecuencias adversas de la hospitalización, muchas de las cuales no están relacionadas al diagnóstico de ingreso sino a factores que afectan psicológica, física y socialmente al mismo.

El presente trabajo de investigación se enfocó en los factores biológicos, psicológicos, sociales y su asociación a la vulnerabilidad del adulto mayor durante la hospitalización en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas.

Resulta de especial interés conocer cuáles son los factores que tienen mayor asociación a la vulnerabilidad del adulto mayor ocasionando una pérdida de su capacidad funcional y disminución de su calidad de vida. Y a partir de ahí, adoptar las medidas que permitan prevenir dicha situación y evitar complicaciones que lleven al desmedro e incluso a la muerte de las personas investigadas.

El aporte académico será para la obtención del título de tercer nivel de licenciatura en enfermería; El aporte social en beneficio de los adultos mayores hospitalizados para la obtención y el mejoramiento de estrategias que minimicen el impacto de la experiencia hospitalaria; Los resultados de este estudio serán el aporte científico que la Universidad brinde a la comunidad los cuales servirán como punto de partida para otras investigaciones posteriores.

Además, busca proporcionar información que será útil a toda la comunidad para mejorar el conocimiento sobre el alcance del problema y las formas de prevenirlo, de modo que la repercusión hospitalaria en los adultos mayores que acuden al servicio de medicina interna no tenga un impacto negativo y de ser así, este sea leve.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar el nivel de vulnerabilidad en los adultos mayores ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha.

1.4.2. Objetivos específicos

- Describir las características socio demográficas de los adultos mayores que se encuentran en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha.
- Identificar pacientes con signos de vulnerabilidad en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha.
- Establecer factores biológicos, psicológicos, sociales, asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor durante la hospitalización en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha.
- Elaborar un póster científico de la vulnerabilidad del adulto mayor durante la hospitalización en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha.

1.5. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores que se encuentran en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha?
- ¿Cuántos pacientes con signos de vulnerabilidad hay en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha?
- ¿Cuáles son los diferentes factores que se asocian a la vulnerabilidad del adulto mayor durante la hospitalización en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha?
- ¿Para qué sirve el poster científico de la vulnerabilidad del adulto mayor durante la hospitalización en el servicio de medicina interna?

CAPITULO II

2. Marco teórico.

2.1. Marco Referencial

2.1.1 Factores asociados a mortalidad de adultos mayores hospitalizados en un servicio de Medicina Interna

El presente estudio prospectivo de cohorte tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la mortalidad de los adultos mayores admitidos en un servicio de Medicina Interna de un hospital público de Lima. Durante el 2019 se evaluaron consecutivamente 360 pacientes mayores de 60 años mediante la aplicación de las herramientas de la Valoración Geriátrica Integral y la revisión de sus historias clínicas. Del total, 45 (12,5%) fallecieron durante el internamiento. En el modelo multivariado, la presencia de delirio al ingreso se asoció con un mayor riesgo de mortalidad hospitalaria (RR = 3,64; IC95%: 1,51-8,76, $p = 0,004$). Hubo una mayor frecuencia de anemia ($p = 0,043$), hipoalbuminemia ($p = 0,006$), úlceras por presión ($p = 0,003$), comorbilidad alta ($p < 0,001$), dependencia funcional ($p < 0,001$) y malnutrición ($p = 0,002$) entre los pacientes fallecidos respecto a los no fallecidos. Se requieren estudios adicionales en nuestro país para evaluar el valor pronóstico del delirio, otros síndromes geriátricos sobre la mortalidad y otros desenlaces adversos (6).

2.1.2 Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos.

El ingreso hospitalario por enfermedad aguda supone para determinados ancianos de riesgo una pérdida de autonomía no siempre relacionada con la enfermedad causante de dicha hospitalización. La importancia de este problema en nuestro medio sanitario, y si existen diferencias según el servicio en que se produzca el ingreso, no se conocen suficientemente. Estudiar la incidencia de deterioro funcional, factores asociados y diferencias entre los servicios de medicina interna y geriatría, en ancianos hospitalizados por enfermedad aguda. Estudio prospectivo de cohortes. Analizamos las características sociodemográficas, la comorbilidad motivo de ingreso y gravedad,

el uso de varias prácticas hospitalarias, la tasa de mortalidad y de pérdida funcional durante el ingreso. Se definió deterioro funcional como la pérdida de autonomía para al menos una de las actividades básicas de la vida diaria, con respecto a la situación previa al ingreso. La influencia del servicio se analizó mediante un modelo de regresión logística múltiple. Resultados: estudiamos a 379 pacientes (140 en el servicio de geriatría [SG] y 239 en medicina interna [MI]). Los pacientes ingresados en SG eran mayores (87 frente a 81,5 años; $p < 0,001$), había en ellos mayor porcentaje de demencia y alteraciones visuales y eran más dependientes. La proporción de pacientes que permanecían en cama más de 48 h o recibían medicación nocturna era menor en el SG. La incidencia de deterioro funcional fue mayor en MI que en el SG (el 60,2 frente al 48%; $p = 0,04$), con una estancia hospitalaria similar (7,7 frente a 8,1; $p = 0,37$). La edad, el síndrome confusional, la ausencia de movilización, el encamamiento > 48 h, el uso de psicofármacos y sujeciones o de medicación nocturna se asociaron a deterioro funcional. En el análisis multivariable, el ingreso en MI se asoció a mayor riesgo de deterioro funcional. Conclusiones: el deterioro funcional durante la hospitalización es frecuente en los pacientes frágiles. Determinados factores asociados con la práctica clínica y, por tanto, modificables se asocian a ese deterioro. El ingreso de estos pacientes en el SG conlleva menor pérdida de autonomía que su ingreso en MI (7).

2.1.3 Análisis del riesgo de deterioro funcional y sociofamiliar en el adulto mayor hospitalizado

El adulto mayor es una persona vulnerable clínicamente, biológica, emocional y socialmente. El objetivo de este trabajo es identificar la prevalencia de riesgo de deterioro funcional, pérdida de autonomía y vulnerabilidad sociofamiliar en personas mayores hospitalizadas en una institución de salud. Metodología: Diseño de corte transversal con pacientes >65 años hospitalizados en institución de alta complejidad. Se excluyeron hospitalizados en unidad de cuidados intensivos, patología quirúrgica, oncológica y psiquiátrica. Los instrumentos de medición fueron aplicados mediante entrevista por trabajadoras sociales de la institución previo entrenamiento y estandarización en la técnica de entrevista. Se utilizó la escala de riesgo de deterioro funcional (HARP) y la versión abreviada y simplificada de la escala de valoración

sociofamiliar de GIJÓN. Resultados: Evaluamos consecutivamente 981 pacientes durante un periodo de nueve meses en el servicio de hospitalización de adultos. Edad promedio del grupo 78 años, mayor prevalencia de mujeres (63%), alta frecuencia de casados (71%) y trabajadores jubilados o pensionados (82%). El 7,5% de los pacientes egresaron al programa de hospitalización domiciliaria. La prevalencia de riesgo deterioro funcional (HARP) fue del 50% con mayor compromiso en grupo de 85+ años (74%). La valoración de GIJÓN identificó limitación de recursos sociofamiliares en 4%. Discusión: La escala HARP y GIJÓN son instrumentos de fácil aplicación y complementan la valoración clínica del adulto mayor hospitalizado(8).

2.1.4 Gestión del cuidado de enfermería en la persona mayor hospitalizada

La Gestión del Cuidado en Enfermería en las personas mayores es todo un desafío para la profesión en la actualidad. Cifras entregadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) proyectan un porcentaje de población mayor de 65 años para el año 2035 de hasta un 19%, lo que implica planificar y coordinar la entrega de cuidados interdisciplinarios seguros, especializados y de calidad a este grupo etario, considerando los riesgos y necesidades especiales de las personas mayores y de su entorno. Durante la hospitalización, características intrínsecas del envejecimiento, sumado a factores extrínsecos relacionados a la terapia o procedimientos, además de los procesos propios de la organización, podrían elevar la frecuencia de incidentes, lo que podría a su vez, aumentar la estadía hospitalaria y la ocurrencia de complicaciones. La prevención de eventos adversos durante la hospitalización de los pacientes mayores de 65 años se basa en las siguientes cinco estrategias: Identificación del riesgo, trabajo interdisciplinar, estrategias preventivas prácticas, capacitación continua y supervisión. El siguiente manuscrito tiene como objetivo describir las principales estrategias de gestión de riesgo en enfermería para el adulto mayor, que permitan evitar complicaciones y conservar su nivel de funcionalidad durante el proceso de hospitalización en la Unidad de Cuidados del Adulto Mayor (UCAM) de Clínica las Condes (9) .

2.1.5 Complicaciones de la hospitalización en personas mayores

La asistencia sanitaria puede comportar la aparición de efectos indeseados que causen un perjuicio al paciente. Su aparición depende de factores estructurales, organizativos y operacionales del entorno asistencial, de los profesionales sanitarios y de las características de los pacientes. De estas últimas, la edad es el principal factor de riesgo para presentar efectos adversos como consecuencia de la interacción entre los cambios del envejecimiento y la hospitalización. Además, se puede producir la denominada cascada iatrogénica, en la que se desarrollan una serie de múltiples complicaciones médicas que pueden ser activadas por un episodio aparentemente inocuo. Por este motivo, y puesto que las personas mayores (entendiendo como tales las de 65 años o más) representan un alto porcentaje de los pacientes hospitalizados, el presente artículo tiene como objetivo revisar las complicaciones asociadas a la hospitalización en personas mayores y su prevención, centrándonos en el delirio; la inmovilidad y el declive funcional (DF); los problemas nutricionales; las caídas; la incontinencia urinaria (IU); el estreñimiento; ~ la polifarmacia el uso inadecuado de fármacos; y las úlceras por presión (10)

2.2. Marco Contextual

2.2.1. Ubicación Geográfica

El Hospital General Delfina Torres de Concha está ubicado en la Provincia de Esmeraldas cantón Esmeraldas parroquia Simón Plata Torres fue abierto por primera vez en 1936 y en 1970 fue seriamente afectado por un incendio. Reabrió sus puertas recién en 1982. Mientras era rehabilitado, la atención fue trasladada al hospital Franklin Tello, que hoy ya no existe. La remodelación eficiente realizada en el 2016 permitió que en noviembre del 2016 fuese acreditada como “nivel oro” por parte de la Accreditation Cenada International (ACI).

2.2.2. Historia

El 23 de marzo de 1936 comenzó a ofrecer sus servicios el Hospital “Delfina Torres de Concha” en los terrenos donde se levanta actualmente su edificación. En ese sitio estaba un establo que fue acondicionado por la actual junta de asistencia pública encargada de los servicios de salud en ese período para que se acondicionaran las instalaciones para la atención, 4 años más tarde se reestructuro para dar lugar a dos salas una de hombres y otra de mujeres y niños.

En 1950 el local no contaba con agua potable ni luz eléctrica, el agua provenía de fuentes no garantizadas y la luz se obtenía por medio de Petromax. En 1958 se instalaron dos salas para niños, dos para mujeres y dos salas para hombres, un centro quirúrgico, una sala de partos y una farmacia y su construcción era mixta.

Desde 1963 a 1966 el Hospital fue dirigido por la junta militar del gobierno contaba con 5 médicos, una enfermera y dos auxiliares de enfermería y una administradora, en 1970 este local fue reducido a escombros por un incendio provocado por un enfermo mental, la atención por ese tiempo se brindaba en las instalaciones del Hospital Franklin Tello, construido por esa época, más tarde 12 años después, se reinauguró en 1982 por el Dr. Francisco Huerta Ministro de Salud de esa época, y en los años 90 a través del proyecto MODERSA se interviene para su remodelación.

Actualmente es un hospital general de referencia provincial, está previsto la creación del hospital del día, unidad de hemodiálisis, servicios complementarios de diagnóstico y terapéutico como es medicina transfusional, anatomía patológica entre otras.

2.2.3. Institucionalidad

Misión

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.

Visión

Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.

2.2.4. Infraestructura – Servicios

El Hospital General Provincial Delfina Torres de Concha en la provincia de Esmeraldas como entidad de salud referente y emblemática que atiende pacientes de toda la provincia, cuenta actualmente con 150 camas disponibles para hospitalización y 30 para emergencia durante las 24 horas, así como consulta externa desde las 08:00 hasta las 20:00 con seis especialidades y 20 subespecialidades.

Su cartera de servicios está conformada por:

- Medicina Interna con subespecialidades como Cardiología, Gastroenterología, Psiquiatría, Psicología, Dermatología, Clínica del VIH/SIDA, Neurología y Hematología. Especialidad de Cirugía General.
- Subespecialidad, Traumatología, Oftalmología y Neurocirugía. Especialidad de pediatría.

- Subespecialidad, Cirugía Pediátrica, Neonatología y Cuidados Intermedios Neonatales. Especialidad de Ginecología.
- Subespecialidad, Cirugía Ginecológica, Obstetricia y Colposcopia. Así como Emergencia, con los servicios de Triage y Observación. Unidad de Cuidados Intensivos con el servicio de Cuidados Intermedios.
- Terapia intensiva.
- Áreas de Gestión de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.
- Apoyo Diagnóstico consta de Centro Quirúrgico, Anestesiología, Central de Esterilización, Centro Obstétrico, Laboratorio Clínico, Histopatológico,
- Centro de Transfusión, Imagenología que cuenta con (Tomografía computarizada simple y contrastada, mamografía y radiografía).
- Apoyo Terapéutico, cuenta con Rehabilitación Física, Terapia de Lenguaje, Terapia Respiratoria y Audiología. Servicios que están a disposición de la ciudadanía esmeraldeña, por lo que se extiende la cordial invitación a todos los usuarios para que acudan y reciban atención de calidad y calidez tal como lo indica el modelo de atención integral de salud.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1 Definición de Adulto Mayor (11).

Se considera anciano o adulto mayor a toda persona mayor de 65 años; se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona.

- Adulto Mayor sano

Se trata de una persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada y es independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud.

- Adulto Mayor Enfermo

Es aquel anciano sano con una enfermedad aguda. Se comportaría de forma parecida a un paciente enfermo adulto. Suelen ser personas que acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único, no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales ni sociales. Sus problemas de salud pueden ser atendidos y resueltos con normalidad dentro de los servicios tradicionales sanitarios de la especialidad médica que corresponda.

- Adulto Mayor Frágil

Es aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno sociofamiliar. En estos casos, procesos intercurrentes (infección, caídas, cambios de medicación, hospitalización, etc.) pueden llevar a una situación de pérdida de independencia que obligue a la necesidad de recursos sanitarios y/o sociales. En estos ancianos frágiles la capacidad funcional está aparentemente bien conservada para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado), aunque (como ya se explicará más adelante), pueden presentar

dificultades en tareas instrumentales más complejas. El hecho principal que define al anciano frágil es que, siendo independiente, tiene alto riesgo de volverse dependiente (riesgo de discapacidad); en otras palabras, sería una situación de prediscapacidad.

2.3.2 ¿Qué es el envejecimiento?

El envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales. Se lo ha definido como: “Un deterioro progresivo y generalizado de las funciones que produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad.” En la actualidad aún no tienen respuesta muchas preguntas sobre cómo se entrelazan los factores mencionados y cómo se lleva a cabo el proceso de envejecimiento; lo cierto es que no existe una causa única que explique por qué se envejece, sino un conjunto de factores interrelacionados (12).

El envejecimiento de los seres humanos es un proceso que está caracterizado por la diversidad. Entre los factores más significativos que determinan esta diversidad se encuentran: la herencia genética, el estado de salud, el estatus socioeconómico, las influencias sociales, la educación, la ocupación laboral desempeñada, las diferencias generacionales y la personalidad. La vejez ya no puede ser entendida como una etapa homogénea para un conjunto de personas que comparten la misma edad cronológica o con una situación similar en términos de jubilación (12).

El envejecimiento humano es un proceso gradual y adaptativo de tipo biológico, psicológico y social, es consecuencia de cambios genéticamente programados (por la herencia), historia y estilos de vida, ambiente y condiciones sociales a las que estuvo expuesta la persona. En general se caracteriza por una disminución en la eficiencia del funcionamiento de los órganos y sistemas del individuo y un incremento del riesgo para adquirir enfermedades agudas y crónicas (13).

– Tipos de envejecimiento

Envejecimiento exitoso

Las personas en las que se produce este tipo de envejecimiento sólo manifiestan los cambios biológicos, psicológicos y sociales inherentes a la edad, como consecuencia de aspectos genéticos, ambiente social y estilos de vida saludables que se traduce en una disminución significativa de riesgos a enfermedades agudas y crónicas, esto aunado a una funcionalidad física, mental y social acorde con su edad y contexto sociocultural. En general, este tipo de envejecimiento lo presenta entre un 5 y 15% de la población, y este porcentaje podría incrementarse promoviendo el desarrollo de programas de envejecimiento saludable en el marco del envejecimiento activo.

Envejecimiento usual

En este tipo de envejecimiento las personas, además de los cambios inherentes a la edad, padecen alguna enfermedad crónico-degenerativa, tales como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la depresión y la osteoporosis, entre otras. No obstante, en general tienen una buena funcionalidad física, mental y social, y por lo tanto son independientes. Se estima que alrededor del 80% de la población de 60 años y más vive este tipo de envejecimiento.

Envejecimiento con fragilidad

Los adultos mayores que cursan con fragilidad, además de los cambios inherentes a la edad, muestran una disminución acentuada en la eficiencia de la respuesta funcional de los órganos y sistemas ante los cambios o riesgos, esto propicia alteraciones físicas y complicaciones ante enfermedades agudas y crónicas. En general, los ancianos frágiles padecen enfermedades crónicas descontroladas, se les describe como ancianos enfermizos, débiles y dependientes en las actividades básicas de la vida diaria (alimentación, vestido, higiene, deambulación, etc.). También manifiestan afectaciones significativas en la funcionalidad social y cognitiva. Se calcula que el envejecimiento con fragilidad se presenta en alrededor del 5% en los ancianos de 60 a 84 años, y se incrementa en un 20% o más a partir de los 85 años. Por tal motivo, es fundamental implementar programas de envejecimiento saludable en etapas tempranas y así evitar esta afectación (13).

- Teorías del envejecimiento

Desde la antigüedad se ha tratado de explicar el por qué envejecemos y por qué morimos, para lo cual se han buscado las causas de la declinación que se produce en el organismo a nivel biológico, entendiendo declinación como disminución de las posibilidades o probabilidades de subsistir (14)

Teorías estocásticas

Dentro de estas se van a estudiar un conjunto de teorías, que por un lado pueden considerar al genoma como principal protagonista del fenómeno y, por otro lado, incluyen un conjunto de fenómenos ambientalistas que consideran al entorno celular como responsable del deterioro de la homeostasis celular.

Teorías genéticas

En la actualidad se propugnan 3 teorías genéticas y estocásticas.

1. Teoría de la regulación génica: se establece que cada especie posee un conjunto de genes que aseguran el desarrollo y la reproducción; la duración de la fase de reproducción depende de la capacidad de defensa del organismo ante determinados factores adversos. De acuerdo con esta teoría, el envejecimiento es el desequilibrio entre los diferentes factores que han permitido el mantenimiento de la fase de reproducción.
2. Teoría de la diferenciación terminal: en esta teoría, el envejecimiento celular se debe también a una serie de modificaciones de la expresión genética, pero que comportan una diferenciación terminal de las células. Se hace hincapié en los efectos adversos del metabolismo sobre la regulación genética.
3. Teoría de la inestabilidad del genoma: se pone de relieve la inestabilidad del genoma como causa de envejecimiento, y pueden producirse modificaciones tanto al nivel del DNA como afectando a la expresión de los genes sobre el RNA y proteínas.

Estas 3 teorías genéticas confieren al entorno celular el papel de ser el responsable de todos los daños provocados al azar en el DNA (15).

Teoría de la mutación somática

Esta teoría fue propuesta por *Szilard* en 1959,⁷ el cual predijo que el envejecimiento ocurre como un resultado de la acumulación de mutaciones en el ADN nuclear de las células somáticas.

Comfort, en 1979,⁸ también propugnó esta idea que después se matizó por otros autores, los cuales refieren que la lesión en el ADN sería fundamentalmente al nivel mitocondrial.

Entre estos autores hay que destacar a *Miquel* y *Fleming*, al sostener que la causa fundamental del envejecimiento celular es una inestabilidad del genoma mitocondrial, por una falta de equilibrio entre la reparación mitocondrial y el efecto desorganizador de los radicales de oxígeno. De este modo, las células privadas de la capacidad de regenerar sus poblaciones mitocondriales sufrirán una disminución irreversible en su capacidad para sintetizar ATP, con la consiguiente degradación senescente del funcionamiento fisiológico y muerte final. En años posteriores muchos autores se acogieron a la idea de *Miquel* y otros.

Estas mutaciones en el ADN mitocondrial causan enfermedades humanas y están asociadas con un espectro amplio de manifestaciones clínicas incluida la demencia, los desórdenes del movimiento, el fallo cardíaco, la diabetes, la disfunción renal, la sordera, la ceguera y la debilidad (15).

Teoría de los radicales libres

Esta teoría fue propuesta por *Denham Harman* en 1956, la cual postula que el envejecimiento resulta de los efectos perjudiciales fortuitos causados a tejidos por reacciones de radicales libres. Estas reacciones pueden estar implicadas en la producción de los cambios del envejecimiento, asociados con el medio ambiente, enfermedad y con su proceso intrínseco.

Los radicales libres reactivos formados dentro de las células pueden oxidar biomoléculas y conducir a muerte celular y daño tisular. Las reacciones perjudiciales

de los radicales libres se producen sobre todo en los lípidos, los cuales son los más susceptibles.

Harman, en 1956,¹³ con esta teoría pretendía explicar varios aspectos:

1. El origen de la vida y su evolución.
2. El aumento de la longevidad en especies animales sometidas a manipulaciones dietéticas y ambientales.
3. El proceso de envejecimiento.
4. El gran número de enfermedades en cuya patogenia están implicados los radicales libres del oxígeno.

Teoría de la acumulación de productos de desecho

Sheldrake, en 1974,²³ propuso que: "el envejecimiento celular se puede explicar en términos de la acumulación de la ruptura de productos citoplásmicos, algunos de los cuales pueden ser perjudiciales para la célula; la única manera que las células podrían evitar su mortalidad inevitable sería creciendo y dividiéndose, diluyendo la ruptura acumulada de productos". *Sheldrake* sugirió que el pigmento de edad o lipofuscina podía ser un ejemplo de tal producto. Esta teoría está basada en 3 puntos:

1. Las células producen un producto de desecho que es perjudicial para la reproducción. Ahora bien, con respecto a la lipofuscina se conoce su acumulación dentro de las células, pero no está claro si la lipofuscina es perjudicial para las funciones metabólicas celulares o para las funciones reproductoras.
2. El producto de desecho no puede destruirse o transportarse a través de las membranas más externas de las células. Respecto a la lipofuscina, hay pruebas de que los lisosomas pueden degradarla.
3. Su concentración puede reducirse por la "dilución" en la división celular (15)

2.3.3 Teoría autocuidado: Dorothea Orem

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería (16).

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos:

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Dorothea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de

defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Aunque no lo define entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo (16)

2.3.4 Enfermedades Crónicas (17)

- Diabetes.

La diabetes es una enfermedad crónica que produce un aumento en los niveles de azúcar (glucosa) en sangre. La diabetes puede ser causa de enfermedad cardíaca, enfermedad vascular (de los vasos sanguíneos) y circulación deficiente, ceguera, insuficiencia renal, cicatrización deficiente, accidente cerebrovascular y de otras enfermedades neurológicas (que afectan a la conducción de los nervios). La diabetes no puede curarse, pero puede tratarse con éxito. Pueden evitarse las complicaciones ocasionadas por la diabetes mediante el control del nivel de glucosa en sangre, de la presión arterial (tensión arterial) y de los niveles altos de colesterol cuando se presenten.

Tipos de diabetes

La diabetes tipo 1, llamada también juvenil o insulino dependiente, ocurre cuando el páncreas no produce una cantidad suficiente de insulina (la hormona que procesa la glucosa). A menudo la diabetes tipo 1 se presenta en la infancia o la adolescencia y requiere tratamiento con insulina durante toda la vida.

La diabetes tipo 2, llamada también la diabetes del adulto es mucho más frecuente (por cada caso de diabetes tipo 1, existen 9 casos de diabetes tipo 2). En el caso de la diabetes tipo 2 existe una reducción en la eficacia de la insulina para procesar la glucosa (esta reducción se denomina insulinresistencia) debido a la presencia de obesidad abdominal. Por este motivo se está comenzando a ver la aparición de diabetes tipo 2 en adolescentes obesos. Cuando la diabetes tipo 2 está evolucionada (al cabo de 10-15 años), existe también una reducción en la producción de insulina por parte del páncreas.

– Enfermedad Cardiovascular.

Las enfermedades cardiovasculares son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos. En el mundo, cada cuatro segundos ocurre un infarto agudo del miocardio y cada cinco segundos un evento vascular cerebral, y al menos una de cada tres personas pierde la vida por alguna patología relacionada con enfermedades cardiovasculares. En México, el 19% de mujeres y hombres de 30 a 69 años muere de enfermedades cardiovasculares, hay más de 17 millones de hipertensos, 14 millones de dislipidémicos, 6 millones de diabéticos, 35 millones de adultos con sobrepeso u obesidad y 15 millones con grados variables de tabaquismo.

- La cardiopatía coronaria: enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco.
- Las enfermedades cerebrovasculares: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro.
- Las arteriopatías periféricas: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores.
- La cardiopatía reumática: lesiones del músculo cardíaco y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos.
- Las cardiopatías congénitas: malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento.

- Las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares: coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones (18).
- Enfermedad Renal Crónica.

La enfermedad renal crónica (ERC) es una entidad clínica bien identificada, secundaria a la vía final común de múltiples etiologías con factores de riesgo comunes a otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), con una característica particular: la existencia de la terapia renal de reemplazo (TRR) o sustitutiva (TRS) por diálisis o trasplante renal ante el daño funcional renal irreversible. Se define como el daño estructural o funcional del riñón, evidenciado por marcadores de daño (orina, sangre o imágenes) por un período igual o mayor a 3 meses, o por un filtrado glomerular teórico (FGt) menor a 60 ml/min, independientemente de la causa que lo provocó. Se estratifica en cinco estadios. La finalidad de esta clasificación es identificar a los pacientes con ERC desde sus estadios más precoces, instaurar medidas para frenar su progresión, reducir la morbimortalidad y, en su caso, preparar a los pacientes para diálisis.

En la población general adulta aproximadamente entre un 8 a 10 % tiene algún daño en el riñón, evidenciado por proteinuria o microalbuminuria, si se incluye la hematuria se incrementa hasta un 18 %. En Cuba el comportamiento es similar. La morbilidad es mucho más frecuente de lo que generalmente se cree en la práctica médica. La incidencia no es bien conocida (19)

- Enfermedades Respiratorias.
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Se la define como una ER crónica caracterizada por una limitación al flujo aéreo que no es completamente reversible y se diagnostica mediante una espirometría. Esta limitación es habitualmente progresiva y va asociada a una respuesta inflamatoria de los pulmones frente a gases y partículas nocivas se por espirometría; si es importante destacar que es prevenible y tratable. Las EPOC incluyen bronquitis crónica y enfisema (20).

Bronquitis crónica

Se la diagnostica por presencia de tos y producción de esputos la mayoría de los días durante un mínimo de 3 meses hasta al menos 2 años consecutivos o durante 6 meses a 1 año. La pérdida de elastina produce estrechamiento de los bronquiolos, lo que puede limitar el flujo de aire hacia el exterior del pulmón.

Enfisema

Implica una destrucción permanente de los alveolos, debido a la destrucción irreversible de la elastina, una proteína importante para el mantenimiento de la presión de las paredes alveolares. Se desarrolla normalmente en ancianos con una larga historia de tabaquismo, se estima que es responsable aproximadamente en el 90% por tabaquismo en los diagnosticados con EPOC.

Asma

Se caracteriza por obstrucción del flujo de aire normalmente reversible, inflamación de las vías aéreas, aumento de la producción y secreción de moco y aumento de la sensibilidad de las vías aéreas a diversos estímulos.

- Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs)

Neumonía

Es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los alveolos produciendo pus y líquido, lo que hace dolorosa la respiración y limita la absorción de oxígeno. La neumonía puede ser causada de virus, bacteria y hongos. Las infecciones virales por influenza A y B; para influenza y adenovirus son responsables de hasta el 15% de las NAC, casi siempre en forma de epidemias.

Otras enfermedades respiratorias

Tuberculosis

Existe un aumento preocupante de la tuberculosis, la resistencia a los medicamentos y la pobreza son ejes a tener en cuenta al momento de analizar los datos. En el año 2018 Según la OMS respecto a Tuberculosis (TBC), 10 millones de personas la padecían y 1,5 millones desencadenaron en la muerte (entre ellos, 251. 000 personas con VIH). Se calcula que a nivel mundial el 1,6 % de los casos de tuberculosis son atribuibles al tabaquismo (20).

– Hipertensión Arterial

La categorización de los valores de corte de la TA es de utilidad universal, tanto para simplificar el enfoque del diagnóstico como para facilitar la decisión sobre el tratamiento. La HTA se define como valores ≥ 140 mmHg TAS y/o ≥ 90 mmHg TAD La evaluación inicial de un paciente con HTA debe confirmar:

- El diagnóstico de hipertensión.
- Detectar causas de HTA secundaria.
- Evaluar el riesgo cardiovascular (CV), daño de órgano blanco y las condiciones clínicas concomitantes.

Esto requiere la medición correcta de la TA, historia clínica completa (anamnesis y examen físico), exámenes de laboratorio y otras pruebas complementarias. Algunas de los exámenes son necesarias en todos los pacientes; otros, sólo en grupos específicos de paciente (21)

– Cáncer.

El envejecimiento es el factor de riesgo individual más importante para el cáncer. Además, aumenta el riesgo de sufrir otras enfermedades y lesiones y puede afectar el bienestar, la independencia y la autoestima de una persona. Todos estos problemas deben tenerse en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre el tratamiento contra el cáncer y durante el tratamiento en sí (22).

El cáncer afecta a una de cada tres personas en los Estados Unidos. Las probabilidades nos indican que usted o alguien de su círculo de personas conocidas ha sido afectada por el cáncer. A continuación, se mencionan algunos detalles que le ayudarán a tener un mejor entendimiento del cáncer. Todos estamos compuestos de billones de células que a través del transcurso de nuestras vidas crecen y se reproducen de la manera en que corresponda. Cuando una célula presenta alguna anomalía o ha envejecido, por lo general la célula perece (muere). El cáncer surge cuando algo sale mal en este proceso, ocasionando que las células anormales se reproduzcan y las células viejas no perecen como debería suceder. A medida las células cancerosas se reproducen de forma descontrolada, eventualmente pueden superar en número a las células

sanas, Esto hace que al cuerpo le resulte difícil funcionar de la manera que debería hacerlo. Existen muchos tipos de cáncer. El cáncer se puede desarrollar en cualquier parte del cuerpo y se denomina según la parte del cuerpo corporal en el que se origina. Por ejemplo, el cáncer de seno que se origina en el seno sigue siendo cáncer de seno incluso tras haberse propagado (metástasis) a otras partes del cuerpo (23).

2.3.5 Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que afectan tanto al aspecto biológico como al psicológico de la persona. Pero, además, también se produce una importante transformación en el papel social que hasta entonces ha desarrollado esa persona (24)

- Biológicos

Visión

- Disminuye el tamaño de la pupila.
- Menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana.
- Disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores.

Audición

- Menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales. Esta es la causa de que una persona mayor tenga más problemas en oír las voces femeninas, ya que suelen ser más agudas.

Gusto y olfato

- Disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas.
- Pérdida de capacidad para discriminar los olores de los alimentos.

- a combinación de esos dos factores es una de las causas por la que la mayoría de los usuarios se quejan de las comidas servidas en las instituciones de atención socio-sanitaria.

Tacto

La piel es el órgano relacionado con la capacidad sensorial del tacto. Los cambios que se producen en la piel pueden observarse a simple vista, como son:

- Aparición de arrugas.
- Manchas.
- Flaccidez.
- Sequedad.

Estructura muscular

Se produce una importante pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso, número y diámetro. Consecuentemente, estos cambios traen consigo el deterioro de la fuerza muscular.

Sistema esquelético

- La masa esquelética disminuye, pues los huesos se tornan más porosos (menor densidad del hueso) y quebradizos.
- Debido al proceso de desmineralización, los huesos también se vuelven más frágiles y, por lo tanto, más vulnerables a la fractura.

Articulaciones

Se tornan menos eficientes al reducirse la flexibilidad. Se produce mayor rigidez articular debida a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos, que son las tres estructuras que componen las articulaciones. La principal consecuencia es el dolor

Sistema cardiovascular

- El corazón: aumento del ventrículo izquierdo, mayor cantidad de grasa acumulada envolvente, alteraciones del colágeno, que provocan un endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de contracción, entre otros cambios.
- Los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad, al aumentar de grosor y acumular lípidos en las arterias (arterioesclerosis). El estrechamiento y la pérdida de elasticidad dificultan el paso de la sangre.
- Las válvulas cardiacas se vuelven más gruesas y menos flexibles, es decir, necesitan más tiempo para cerrarse.

Sistema respiratorio

Su rendimiento queda mermado debido a diversos factores, entre los que se encuentran la atrofia y el debilitamiento de los músculos intercostales, los cambios esqueléticos (caja torácica y columna) y el deterioro del tejido pulmonar.

Sistema excretor

El riñón tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho. Por esta razón, se hace necesario para el organismo aumentar la frecuencia miccional. El deterioro del sistema excretor también hace frecuentes los episodios de incontinencia.

Sistema digestivo

En general, todos los cambios se traducen en una digestión dificultosa y en la reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado.

- Psicológicos

Para explicar los cambios psicológicos que puede sufrir el individuo al llegar a la vejez, nos vamos a basar en las dos teorías principales elaboradas sobre esta circunstancia: la teoría de Erikson y la de Peck.

Teoría de Erikson: El ser humano pasa por ocho crisis, que se corresponden con los cambios de etapa vital. En la octava etapa se produce la necesidad de aceptar el modo de vida que el sujeto ha seguido (integración). Si no se produce esa aceptación, se llega a la desesperación.

Teoría de Peck: El ser humano pasa por tres crisis, que se corresponden con los cambios de etapa vital. Es necesario resolver las tres crisis para envejecer de forma saludable y extender su identidad más allá de su trabajo, bienestar físico y existencia propia.

El apoyo que cualquier sujeto puede recibir desde su entorno puede ser de varios tipos:

- Apoyo instrumental: Se refiere al suministro de bienes materiales y servicios que puedan ayudar en la solución de problemas prácticos.
- Apoyo emocional: Se relaciona con la información que recibe el sujeto de ser respetado, amado, valorado e integrado en una red social.
- Apoyo de estima: Consiste en disponer de alguien con quien poder comentar los problemas propios
- Compañía social: La actividad social, sobre todo la de carácter lúdico, es un generador de estado de ánimo positivo. Las actividades lúdicas, formativas, deportivas, etc., son un fin en sí mismas que debemos alentar y apoyar, tanto en los hombres como en las mujeres. Todas ellas inciden positivamente tanto en la esfera psíquica de la persona como en la física. Debemos reconocer que la persona no tiene limitaciones.
- Sociales

El término muerte social aplicado a las personas mayores se refiere a la situación de aislamiento, a la sensación de soledad y a la limitación de la independencia que acompañan a la vejez.

- La disminución o ausencia de actividad social no aparece de forma repentina en los mayores. Lo habitual es que esa actividad se vaya reduciendo paulatinamente con el paso del tiempo.
- Al reducirse la frecuencia de las relaciones sociales, se refuerza su valor y se hacen más gratificantes, dedicando más tiempo a su mantenimiento.
- Se observa que la calidad de la interacción resulta ser más determinante que la cantidad

La pérdida de relaciones sociales conlleva también la pérdida de roles, de recuerdos, incluso de la propia identidad. Con la desaparición de las personas significativas

también desaparecen los anclajes de la historia personal. Sea como sea, la motivación de la persona mayor para establecer nuevas relaciones disminuye y lo hace en la misma proporción que la autonomía y la autoestima, lo que suele llevarla a aislarse y refugiarse en una soledad en la que se siente segura. De ahí la importancia de un programa de intervención adecuado para fomentar la participación en grupos, favorecer el dinamismo de las relaciones entre usuarios y aumentar la actividad social (24).

2.3.6 Complicaciones asociadas a la hospitalización

– Delirio

Por delirium se entiende a un trastorno agudo y fluctuante de la atención y la cognición, que se presenta por lo general en un paciente vulnerable, que presenta uno o más factores de riesgo o “predisponentes”, y que secundario a una patología médica aguda, uso de fármacos y/o un evento quirúrgico-anestésico electivo o de emergencia desarrolla esta condición. Existen descripciones de su relato desde la antigüedad por Hipócrates y Celso (450 AC y 81 DC), siendo conceptualizado de forma más sistemática por la psiquiatría moderna a partir de las investigaciones fenomenológicas de Z. Lipowski y su posterior incorporación a la clasificación de enfermedades psiquiátricas DSM-III, el año 1980. Desde entonces, sus criterios diagnósticos han sufrido modificaciones más bien menores que se reflejan en las versiones disponibles del DSM-IV y más recientemente del DSM-V, así como la correspondiente a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (25).

El delirium se manifiesta a través de diversos síntomas dentro de los que destaca el trastorno de la atención (entendido como capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y su curso fluctuante a lo largo del día y de la hospitalización. Dentro de sus síntomas se encuentran grados variables de cambios en el nivel de conciencia (donde existe modificación del nivel de alerta), alteraciones de memoria (problemas para recordar eventos en el hospital o dificultad para recordar las instrucciones), dificultades en la organización del pensamiento (con ideas

incoherentes, cambio de ideas, divagaciones, neologismos, entre otras), desorientación en el espacio y tiempo, trastornos del ritmo de sueño y vigilia, y la aparición de síntomas positivos como alucinaciones, ideas delirantes y actividad motora incrementada que puede llevar a la agitación física (25).

– Declive funcional (DF)

Se han empleado diferentes términos para describir la DF como la pérdida de la función o independencia, declinación en las ABVD o AIVD, estado declinante y alteración funcional. El término que se empleará en adelante será DF. La definición de mayor uso en la literatura hace mención a la pérdida de la capacidad para realizar al menos una ABVD necesarias para vivir de forma independiente y sin asistencia al alta hospitalaria, que no presentaban antes del inicio de la enfermedad aguda. Se compara la condición funcional basal dos semanas antes del inicio de la enfermedad aguda, con el momento del ingreso y el alta hospitalaria. Los cambios funcionales presentes durante el período del ingreso son un proceso dinámico que tienen diferentes transiciones, incluye desde el declinar previo al mismo, pasando por la recuperación o la progresiva declinación durante la hospitalización y finaliza con la evolución en los meses siguientes al alta (26).

– Problemas nutricionales

En la población geriátrica el deterioro del estado nutricional se ve afectado de forma negativa para el mantenimiento de la funcionalidad física y /o cognitiva, la sensación de bienestar y en general la calidad de vida; aumentando la morbimortalidad por enfermedades agudas y crónicas, incrementando el uso de los servicios de salud, la estancia hospitalaria y el costo medico en general ; ahora bien un estado nutricional adecuado será uno de los aspectos más importante para la conservación de la autonomía de los adultos mayores .

De igual manera existen cambios del envejecimiento que inciden en la alimentación y en el estado nutricional del adulto mayor tales como: Factores físicos: Los cuales comprenden problemas de masticación, salivación y deglución, discapacidad, déficit mental, deterioro sensorial, e hipofunción digestiva (27).

Factores fisiológicos: Como disminución del metabolismo basal, trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de absorción rápida, cambios en la composición corporal, interacciones de Fármacos - nutrientes, y la declinación de los requerimientos energéticos con el paso de los años.

Factores alimenticios: Debido, a la dieta de los ancianos, a menudo es restringida en frutas y verduras frescas, por esta razón, es necesario que tengan suplementos vitamínicos y minerales, ya que pueden mejorar la inmunidad y disminuir las infecciones en el adulto.

Factores psicosociales: Sobresalen la pobreza, limitación de recursos, inadecuados hábitos alimentarios, estilos de vida, soledad, depresión y anorexias.

Factores ambientales: En el caso de los adultos mayores, que conviven con sus familias, no suelen presentar malnutrición, pero si riesgo de malnutrición. El detectar problemas nutricionales en este grupo es complejo ya que, muchos de ellos no asisten a sus citas médicas, por ello van a ir aumentando los factores asociados a los problemas nutricionales (27)

– Caídas

Las caídas son un evento frecuente entre los adultos mayores de 65 años. Aproximadamente 1 de cada 3 adultos que viven en la comunidad tiene riesgo de presentar una caída en el último año. Ese riesgo también aumenta con la edad, la presencia de comorbilidades, el antecedente de caídas previas y los trastornos en la marcha, entre otros. Sus consecuencias son graves y pueden llevar a la institucionalización e incluso a la muerte. Tienen implicancias sociales y de salud pública; por este motivo se considera de fundamental relevancia que los médicos puedan adquirir conocimientos básicos acerca de las caídas en los adultos mayores, para detectarlas e intervenir adecuadamente (28) .

– Incontinencia urinaria (IU)

La incontinencia urinaria (IU) se define como la pérdida involuntaria de orina, la que puede ser clasificada como incontinencia urinaria de esfuerzo si está asociada a la maniobra de valsalva, el estornudo o la tos, cómo incontinencia de orina de urgencia

si se asocia a deseo súbito e imperioso de orinar y como mixta si se combinan ambas características. La prevalencia de cualquier tipo de IU varía entre un 25 a un 45%. Esta diferencia se explica por la poca uniformidad en la terminología y definiciones utilizadas, cuestionarios aplicados y variabilidad sociocultural entre. La evidencia epidemiológica al respecto muestra que en la medida que la población envejece, aumentan la prevalencia y la severidad de la incontinencia urinaria, siendo este efecto más notorio en pacientes sobre 65 años. Este aumento de la prevalencia de la enfermedad se describe principalmente para los síntomas relativos al síndrome de vejiga hiperactiva más que para la incontinencia urinaria de esfuerzo, la cual tiende a mantenerse estable e incluso disminuir levemente en la medida que la población envejece.

No existe una única explicación para el incremento de la incontinencia urinaria en pacientes de edad avanzada. La IU en el adulto mayor puede considerarse un síndrome geriátrico, pues las causas no necesariamente se relacionan con alteraciones del tracto genitourinario. Los cambios fisiológicos en el adulto mayor se pueden evidenciar a distintos niveles, generando alteraciones que disminuyen la posibilidad de continencia(29).

- Estreñimiento

El estreñimiento consiste en un trastorno del hábito intestinal definido subjetivamente como una disminución en la frecuencia evacuatoria de heces demasiado duras o difíciles de expulsar. Con frecuencia, las manifestaciones intestinales se asocian molestia o dolor abdominal. Este criterio varía de acuerdo a los síntomas subjetivos de cada paciente, sin embargo, se han tratado de estandarizar como se resume a continuación en la tabla 1 donde se exponen los criterios para definir el estreñimiento como funcional, en donde se debe haber demostrado la ausencia de alteraciones estructurales, metabólicas, enfermedades neurológicas o sistémicas, o la toma crónica de ciertos fármacos.² Es importante recalcar que existen tipos de estreñimiento el más frecuente es el estreñimiento crónico simple o “constipación idiopática”(30).

- Polifarmacia

Hay varias definiciones de polifarmacia, siendo la más común “el consumo de dos o más fármacos en forma simultánea, por un período mayor de 240 días durante un año”. La polifarmacia mayor es definida como el consumo de cinco o más fármacos en forma simultánea durante el mismo período de tiempo. Todos los autores consideran a la polifarmacia como un factor de riesgo que incrementa las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) y la morbimortalidad de los pacientes. También se asocia con aumento en las admisiones hospitalarias y días de internación. Se ha demostrado que con la polifarmacia el riesgo de una inadecuada administración de medicamentos aumenta significativamente, llegando a afectar entre el 25 a 50% de los pacientes. La presencia de RAM está en relación directa con el número de fármacos prescritos y administrados: 4% de RAM con 5 fármacos, 10% de RAM con 6 a 10 y 28% de RAM con 11 a 15 fármacos. La frecuencia de RAM en los mayores de 65 años es de 25%, en comparación con los pacientes entre 20 a 29 años, que es de 3% (31).

– Úlceras por presión (UP)

Las UP son lesiones localizadas en la piel o el tejido subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea, de gravedad diversa, desde un eritema no blanqueable hasta la pérdida total de tejido con exposición de estructuras óseas o musculares. Principalmente son el resultado de la presión, la fricción o el cizallamiento. En pacientes en situación de final de la vida, las úlceras pueden reflejar la incapacidad del cuerpo para mantener la integridad de la piel y ser una manifestación de los cambios dérmicos del final de la vida, sin considerarse evitables o indicadoras de un mal cuidado. Las UP afectan a un 7% de las personas mayores hospitalizadas (hasta un 25% en unidades de cuidados paliativos o intensivos) y se asocian a una mayor mortalidad hospitalaria, estancias más prolongadas, mayor tasa de readmisiones y mortalidad en los 30 días posteriores al alta, si bien el impacto de las UP de nueva aparición (hasta el 59% de las UP) es superior al de las preexistentes. Los factores de riesgo de UP son la reducción de la movilidad, las alteraciones de la piel y la presencia previa de UP, las enfermedades que dificultan la perfusión de los tejidos, los déficits nutricionales, la humedad y la edad (32)

2.4. Marco legal

– Constitución Política de la República del Ecuador

La Constitución aprobada en el 2008 constituye el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, representa un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir, el Sumak Kawsay (33)

Sección séptima

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.

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

– Ley Orgánica de Salud

Libro Primero: De las acciones de salud.

Título I

Capítulo I

Disposiciones comunes

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 particulares.

Art. 8.- Son deberes individuales y colectivos en relación con la salud:

- a) Cumplir con las medidas de prevención y control establecidas por las autoridades de salud.
- b) Proporcionar información oportuna y veraz a las autoridades de salud, cuando se trate de enfermedades declaradas por la autoridad sanitaria nacional como de notificación obligatoria y responsabilizarse por acciones u omisiones que pongan en riesgo la salud individual y colectiva.
- c) Cumplir con el tratamiento y recomendaciones realizadas por el personal de salud para su recuperación o para evitar riesgos a su entorno familiar o comunitario.
- d) Participar de manera individual y colectiva en todas las actividades de salud y vigilar la calidad de los servicios mediante la conformación de veedurías ciudadanas y contribuir al desarrollo de entornos saludables a nivel laboral, familiar y comunitario.
- e) Cumplir las disposiciones de esta Ley y sus reglamentos.

Art. 9.- Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades:

- c) Priorizar la salud pública sobre los intereses comerciales y económicos.

Art. 10.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán 33 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 esta Ley.

Art. 11.- Los programas de estudio de establecimientos de educación pública, privada, municipales y fiscomisionales, en todos sus niveles y modalidades, incluirán contenidos que fomenten el conocimiento de los deberes y derechos en salud, hábitos y estilos de vida saludables, promuevan el auto cuidado, la igualdad de género, la corresponsabilidad personal, familiar y comunitaria para proteger la salud y el ambiente, y desestimulen y prevengan conductas nocivas.

Art. 12.- La comunicación social en salud estará orientada a desarrollar en la población hábitos y estilos de vida saludables, desestimar conductas nocivas, fomentar la

igualdad entre los géneros, desarrollar conciencia sobre la importancia del autocuidado y la participación ciudadana en salud. Los medios de comunicación social, en cumplimiento de lo previsto en la ley, asignarán espacios permanentes, sin costo para el Estado, para la difusión de programas y mensajes educativos e informativos en salud dirigidos a la población, de acuerdo con las producciones que obligatoriamente, para este efecto, elaborará y entregará trimestralmente la autoridad sanitaria nacional.

Art. 61.- Las instituciones públicas y privadas, los profesionales de salud y la población en general, reportarán en forma oportuna la existencia de casos sospechosos, probables, compatibles y confirmados de enfermedades declaradas por la autoridad sanitaria nacional como de notificación obligatoria y aquellas de reporte internacional.

– ***Plan de creación de oportunidades***

Eje 5: Institucional

Objetivo 6: Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad (34).

2.5. Marco Ético

– Código Deontológico del CIE

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código internacional de ética para enfermeras en 1953. Después se ha revisado y reafirmado en diversas ocasiones, la más reciente es este examen y revisión completados en 2012 (35)

La enfermera y las personas:

- *“La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería. Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad.*
- *La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente.*
- *La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla.*
- *La enfermera demostrará valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad”.*

La enfermera y la práctica:

- *“La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua.*
- *La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados.*
- *La enfermera juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad.*
- *La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que honren a la profesión y fomenten su imagen y la confianza del público.*

- *Al dispensar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.*
- *La enfermera tratará de fomentar y mantener una cultura de la práctica profesional que favorezca el comportamiento ético y el diálogo abierto”.*

La enfermera y la práctica:

La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua. La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidado.

La enfermera y la profesión:

A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería; contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación.

La enfermera y sus compañeros de trabajo:

La enfermera mantendrá una relación de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores; adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona ponga en peligro su salud

- Código de Ética del Ministerio de Salud Pública

Artículo 1.- Objetivo.

Los objetivos del presente Código de Ética son los siguientes:

- a) Promover y regular el comportamiento de los/as servidores/as de la institución para que se genere una cultura organizacional de transparencia, basada en principios y valores éticos, que garantice un servicio de calidad a los/as usuarios/as.*
- b) Implementar principios, valores, responsabilidades y compromisos éticos en relación con la conducta y proceder de los/as servidores/as públicos/as de la salud, para alcanzar las metas institucionales.*

c) Propiciar la creación de espacios para la reflexión personal y colectiva sobre la importancia y necesidad de aplicar principios y valores éticos en la práctica del servicio público, que posibiliten, en forma progresiva, el mejoramiento continuo de la gestión institucional.

Artículo 3.- Valores

Los valores orientadores sobre los que se sustentarán las interrelaciones, decisiones y prácticas de los/as servidores/as del Ministerio de Salud Pública son:

a) Respeto. - Todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que se respetará su dignidad y atenderá sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.

b) Inclusión. - Se reconocerá que los grupos sociales son distintos, por lo tanto, se valorará sus diferencias, trabajando con respeto y respondiendo a esas diferencias con equidad

c) Vocación de servicio. - La labor diaria se cumplirá con entrega incondicional y satisfacción.

d) Compromiso. - Invertir al máximo las capacidades técnicas y personales en todo lo encomendado.

e) Integridad. - Demostrar una actitud proba e intachable en cada acción encargada.

f) Justicia. - Velar porque toda la población tenga las mismas oportunidades de acceso a una atención gratuita e integral con calidad y calidez.

g) Lealtad. - Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos.

Artículo 4.- Compromisos

l proceder ético compromete a los servidores/as del Ministerio de Salud Pública

a) Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de toda la población, entendiendo que la salud es un derecho humano inalienable, indivisible e irrenunciable, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado.

b) Administrar, utilizar y rendir cuentas del uso de los bienes del Ministerio de Salud Pública.

c) Concientizar que la principal riqueza del Ministerio de Salud Pública constituye el talento humano que está al servicio de la población en general.

- d) Cumplir rigurosamente los protocolos y normativas en los diferentes procedimientos técnicos y administrativos que sean pertinentes. e) Respetar las diferencias e identificar los derechos específicos de los/as usuarios/as que presentan diversas necesidades.*
- f) Brindar un servicio de alta calidad técnica y humana, con entrega incondicional en la tarea encomendada.*
- g) Demostrar una conducta intachable y justa, alineándose a la misión y visión de la Institución.*
- h) Garantizar atención con calidad y calidez en todo el portafolio de servicios del Ministerio de Salud Pública (36)*

CAPITULO III

3. Metodología de la investigación.

3.1. Diseño de investigación.

Cuantitativo: Los datos recolectados se interpretaron de forma numérica en frecuencias y porcentajes.

No experimental: Se limita a estudiar hechos y fenómenos relacionados con la situación de los adultos mayores en una realidad específica y sin manipular las variables del estudio (37).

3.2. Tipo de investigación.

La presente investigación es:

Transversal: Las variables se estudiaron en un determinado tiempo y en una sola ocasión.

Descriptiva: Permitió ver las características de auto percepción y datos sociodemográficos permitiendo una descripción de los factores asociados a la vulnerabilidad durante la hospitalización de los adultos mayores (38).

3.3. Localización y ubicación del estudio

El presente estudio se realizó en la provincia de Esmeraldas, cantón Esmeraldas, en el área de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha, ubicado en el sur de la provincia de Esmeraldas.

3.4. Población

3.4.1. Universo

La población objeto de estudio estuvo constituida por los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha con enfermedades que necesitaron para su restablecimiento por lo menos 15 días de hospitalización entre los meses de enero - junio del año 2022.

3.4.2. Muestra

Muestreo no probabilístico a conveniencia dando un total de 80 pacientes atendidos en el servicio de medicina interna con patologías clínicas.

3.4.3. Criterios de inclusión:

- Hombres y mujeres a partir desde los 65 años que estén ingresados en el área de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha
- Adulto mayor dispuesto a participar en la investigación, se realizará la encuesta a la persona que conozca al adulto mayor.

3.4.4. Criterios de exclusión:

- Adultos mayores de 65 años que presenten alguna enfermedad mental, que dificulte las respuestas al instrumento de investigación
- Adulto mayor que se encuentre clínicamente inestable e indispuesto a colaborar.

3.5. Operacionalización de variables

Objetivo General: Determinar el nivel de vulnerabilidad en los adultos mayores ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha.

Objetivo Específico: Describir las características socio demográficas de la población en estudio.

Variable	Tipo de variable	Naturaleza de la variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicador
Características Sociodemográficas	Variable Interviniente	Cuantitativa	Estudio estadístico de las condiciones sociales de la población de estudio	Edad	Años cumplidos	65-70 71-80 81-90 91-100
				Genero	Características sexuales	Masculino Femenino
				Etnia	Autoidentificación étnica	Mestiza Indígena Blanco Negro Otro
				Estado civil	Estado civil establecido por el registro civil	Soltero Casado Divorciado Unión Libre Viudo
				Lugar de procedencia	Donde nació	Esmeraldas Manabí Guayaquil Quito Otro

				¿Dónde Vive?	localidad	San Rafael 50 casas Voluntad de Dios Bendición de Dios Codesa Casa bonita Cananga otra
				¿Con quién vive?	Personas que habitan en la misma casa	Solo Con pareja Con Familia Otro
				Religión	Creencias religiosas	Católica Cristiana Ninguna Otra
				Nivel de escolaridad	Años aprobados	Primaria Secundaria Técnico Superior Ninguna
Objetivo Específico: Identificar pacientes con signos de vulnerabilidad en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha						

Signos de vulnerabilidad	Variable independiente	Cualitativa	La vulnerabilidad física constituye “un síndrome médico con múltiples causas y factores que contribuyen a su desarrollo, caracterizado por la disminución de la fuerza, resistencia y funciones fisiológicas reducidas, que aumentan la vulnerabilidad de un individuo en el desarrollo de la dependencia funcional y/o su muerte”. Existen diferentes procesos fisiopatológicos multisistémicos involucrados en la patogénesis del síndrome de	Vulnerabilidad	¿Durante su hospitalización depende de alguien para realizar sus necesidades diarias?	Siempre casi siempre A veces Casi Nunca Nunca
					¿Durante su hospitalización es capaz de marcar bien algunos números familiares?	Siempre casi siempre A veces Casi Nunca Nunca
					¿Durante su hospitalización tiene un cuidador que este pendiente de sus necesidades?	Siempre casi siempre A veces Casi Nunca Nunca
					¿Durante su hospitalización necesita ayuda para movilizarse?	Siempre casi siempre A veces Casi Nunca Nunca

			fragilidad, siendo uno de los más importantes la pérdida de masa muscular asociada al envejecimiento o sarcopenia (39).			
					¿Durante su hospitalización cuenta con los recursos económicos para comprar su medicina?	Siempre casi siempre A veces Casi Nunca Nunca
Objetivo Especifico: Establecer factores biológicos, psicológicos, sociales, asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor durante la hospitalización en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha.						
Establecer Factores	Variable Independiente	Cualitativa	Factor: Elemento, circunstancia, influencia, que contribuye a producir un resultado.	Factores	¿Tiene problemas de visión?	Siempre casi siempre A veces Casi Nunca Nunca
					¿Tiene dificultad para escuchar?	Siempre casi siempre A veces Casi Nunca Nunca

					¿Durante su hospitalización puede diferenciar los sabores de la comida (salados dulces y ácidos)?	Siempre casi siempre A veces Casi Nunca Nunca
					¿Durante su hospitalización puede alimentarse solo?	Siempre casi siempre A veces Casi Nunca Nunca
					¿Durante su hospitalización pierde el apetito?	Siempre casi siempre A veces Casi Nunca Nunca
					¿Durante su hospitalización tiene la capacidad de controlar sus esfínteres (micción y defecación)?	Siempre casi siempre A veces Casi Nunca Nunca

					¿Durante su estadía en el hospital tiene pensamientos negativos o siente frustración?	Siempre casi siempre A veces Casi Nunca Nunca
					¿Durante su hospitalización le informan sobre los procedimientos que le van a realizar?	Siempre casi siempre A veces Casi Nunca Nunca
					¿Durante su hospitalización ha sentido preocupación por sus bienes personales?	Siempre casi siempre A veces Casi Nunca Nunca
					¿Durante su estadía en el hospital se ha sentido deprimido o triste?	Siempre casi siempre A veces Casi Nunca Nunca

					¿Durante su hospitalización tiene visitas de familiares o amigos?	Siempre casi siempre A veces Casi Nunca Nunca
					¿Tiene buena relación con el personal de salud que lo atiende?	Siempre casi siempre A veces Casi Nunca Nunca
					¿Durante su hospitalización se ha sentido abandonado por sus familiares?	Siempre casi siempre A veces Casi Nunca Nunca
					¿Durante su hospitalización se ha sentido abandonado por sus familiares?	Siempre casi siempre A veces Casi Nunca Nunca
					¿Durante su estadía en el hospital se ha sentido seguro?	Siempre casi siempre A veces Casi Nunca Nunca

					¿Durante su hospitalización ha sentido temor de sufrir una caída mientras se moviliza?	Siempre casi siempre A veces Casi Nunca Nunca
--	--	--	--	--	--	---

3.6. Métodos de recolección de información

3.6.1 Técnica

Encuesta: En el presente estudio se aplicó una encuesta elaborada y validada por 5 profesionales expertos, la cual consta de preguntas semiestructuradas dirigida a usuarios o familiares del adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina interna, Esmeraldas; la encuesta está compuesta de 3 partes que son los datos sociodemográficos, signos de vulnerabilidad y factores biológicos, psicológicos, sociales del adulto mayor hospitalizado.

3.6.2 Instrumentos

Cuestionario. - Los datos fueron recopilados en un cuestionario, que consta de 3 partes, que son características sociodemográficas, preguntas orientadas a determinar los signos de vulnerabilidad y factores biológicos, psicológicos, sociales del adulto mayor hospitalizado, utilizando la escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta en cada pregunta.

3.7. Análisis de datos

Luego de la aplicación del instrumento de investigación, los datos obtenidos fueron ingresados en una base de datos elaborada en el programa Microsoft Excel, en el cual se procedió a la tabulación de la información para el respectivo análisis; fue resumido en gráficos y tablas para facilitar la interpretación.

CAPÍTULO IV

4. Resultados de la Investigación

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna.

Variable	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Edad	71-80	36	45%
	81-90	21	26%
Genero	Femenino	50	63%
Etnia	Mestizo	37	46%
	Afroecuatoriano	41	51%
Estado civil	Casado	14	18%
	Unión Libre	17	21%
	Viudo	33	41%
Lugar de procedencia	Esmeraldas	74	93%
	Manabí	4	5%
¿Con quién vive?	Solo	24	30%
	Con familia	27	34%
	Con pareja	24	30%
Religión	Católica	59	74%
	Cristiana	12	15%
Nivel de Escolaridad	Primaria	21	26%
	Secundaria	33	41%

Se evidencia que la mayoría de encuestados pertenece al sexo femenino con edades de 71-80 años, seguido de 65-70 años, se autodefinen como afroecuatorianos. En cuanto al estado civil en mayor porcentaje es viudo seguido de unión libre y casado. Lugar de procedencia en su mayoría de Esmeraldas. Referente a con quien vive el adulto mayor un porcentaje significativo vivir con su pareja seguido de vivir solos y con sus familiares. La religión que predomina es la católica seguida de la cristiana. El nivel de instrucción que destaca es secundario y en segundo lugar primaria y técnico con similitud en porcentajes

Los datos tienen similitud con el Instituto Nacional de Estadística y Censos: Fascículo provincial Esmeraldas; Dentro de las características sociodemográficas de los pobladores se apreciaron que en Esmeraldas hombres y mujeres tienen el mismo porcentaje en relación con el número de acuerdo con el censo 2010. Es la segunda ciudad con mayor esperanza de vida 79,9 años en varones y 83,2 años en mujeres, Según su cultura y costumbres la población se autodefine como mestiza y afroecuatoriano, el porcentaje de la población con unión libre es mayor que el casado, nivel de instrucción primaria con 44% y secundaria 30,7% (5).

Al analizar los factores sociodemográficos de los dos estudios podemos evidenciar que existe asociación entre factores sociales como la edad, estado civil, etnia, nivel de instrucción. Así también podemos afirmar que existe mayor probabilidad de que una persona adulta mayor de sexo femenino use con más frecuencia el Hospital o área de medicina interna en comparación a una persona de sexo masculino con la misma edad.

Tabla 2. Signos de vulnerabilidad del adulto mayor durante la hospitalización.

Escala	Frecuencia	Porcentaje
<i>¿Durante su hospitalización depende de alguien para realizar sus necesidades diarias?</i>		
Siempre	7	9%
casi siempre	15	19%
A veces	30	38%
Casi Nunca	27	34%
Nunca	1	1%
<i>¿Durante su hospitalización es capaz de marcar bien algunos números familiares?</i>		
Siempre	8	10%
casi siempre	9	11%
A veces	17	21%
Casi Nunca	25	31%
Nunca	21	26%
<i>¿Durante su hospitalización tiene un cuidador que este pendiente de sus necesidades?</i>		
Siempre	6	8%
casi siempre	14	18%
A veces	42	53%
Casi Nunca	14	18%
Nunca	4	5%
<i>¿Durante su hospitalización necesita ayuda para movilizarse?</i>		
Siempre	6	8%
casi siempre	18	23%
A veces	29	36%
Casi Nunca	27	34%
Nunca	0	0%
<i>¿Durante su hospitalización cuenta con los recursos económicos para comprar su medicina?</i>		
Siempre	0	0%
casi siempre	10	13%
A veces	47	59%
Casi Nunca	15	19%
Nunca	8	10%

Se evidencia que la mayoría de los adultos mayores durante la hospitalización a veces dependen de alguien para realizar sus necesidades diarias. Así mismo en mayor porcentaje casi nunca es capaz de marcar bien algunos números familiares, seguido de nunca con similar porcentaje. Referente a un cuidador que este pendiente de sus necesidades la mayoría manifestó a veces. Respecto a la movilización del adulto mayor durante su hospitalización en mayor porcentaje respondieron que a veces necesitan ayuda, seguido de casi nunca En cuanto a los recursos económicos para comprar su medicina con un porcentaje significativo respondieron a veces.

Los datos obtenidos se asemejan al estudio realizado en La Habana, Cuba. denominado Fragilidad en ancianos hospitalizados en un servicio de medicina interna en donde el 29,5% depende de otra persona para realizar sus actividades diarias y cotidianas, La frecuencia de adultos mayores con alteraciones en las pruebas de flexibilidad y movilidad fue de un 42,5 % (40). Respecto a la Participación de familiares cuidadores para el confort de personas mayores hospitalizadas en un estudio realizado en Barcelona tuvo las siguientes características: el 70% lo conformó familiares por consanguinidad (hijas, hermanas, nietas) y el 30% por afinidad (esposas); en su totalidad, mujeres entre 30 y 60 años (41). Al evaluarse los componentes económico y familiar en un estudio en adultos mayores de 75 años de un hospital de Chimbote el 39.1% vivía en un entorno familiar adecuado y sin conflicto; mientras que, el 70.1% presentaba dificultades económicas por recibir un salario mínimo vital o tener ingresos irregulares (42).

Al analizar los estudios se identificó que el porcentaje de adultos mayores que necesitan ayuda para realizar sus actividades diarias durante la hospitalización no es tan representativo, sin embargo es importante destacar que en la mayoría de los casos los adultos mayores tienen un cuidador durante su estancia en el hospital; Los cuidadores familiares son un soporte emocional continuo para los enfermos hospitalizados ya que mediante sus muestras de cariño, el entorno hospitalario se tornará positivo. Por otro lado, se puede evidenciar las dificultades económicas para adquirir la medicina, puesto que la mayoría de ellos no tienen un ingreso fijo y debido a los escasos de medicamentos en los Hospitales en muchas ocasiones se ven obligados a suspender su tratamiento o no iniciarlo.

Tabla 3. Factores biológicos asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor.

<i>¿Tiene problemas de visión?</i>			
	Escala	Frecuencia	Porcentaje
Siempre		9	11%
casi siempre		10	13%
A veces		22	28%
Casi Nunca		20	25%
Nunca		19	24%
<i>¿Tiene dificultad para escuchar?</i>			
Siempre		4	5%
casi siempre		12	15%
A veces		25	31%
Casi Nunca		23	29%
Nunca		16	20%
<i>¿Durante su hospitalización puede diferenciar los sabores de la comida (salados dulces y ácidos)?</i>			
Siempre		30	38%
casi siempre		22	28%
A veces		18	23%
Casi Nunca		9	11%
Nunca		1	1%
<i>¿Durante su hospitalización puede alimentarse solo?</i>			
Siempre		19	24%
casi siempre		30	38%
A veces		20	25%
Casi Nunca		11	14%
Nunca		0	0%
<i>¿Durante su hospitalización pierde el apetito?</i>			
Siempre		37	46%
casi siempre		23	29%
A veces		19	24%
Casi Nunca		1	1%
Nunca		0	0%
<i>¿Durante su hospitalización tiene la capacidad de controlar sus esfínteres (micción y defecación)?</i>			
Siempre		42	53%
casi siempre		14	18%
A veces		16	20%
Casi Nunca		8	10%
Nunca		0	0%

En relación con los factores biológicos se evidenció que la mayoría de los adultos mayores a veces tiene problemas de visión y dificultad para escuchar. Por otra parte, la mayoría puede diferenciar los sabores de la comida (salados dulces y ácidos), seguido de casi siempre con similar porcentaje. Referente a la alimentación durante el hospital en mayor porcentaje respondieron que casi siempre pueden alimentarse solos, seguido de a veces y siempre. Así mismo la mayoría indicó que durante su hospitalización pierde el apetito, seguido de casi siempre con similitud en porcentajes. En cuanto a la capacidad de controlar esfínteres predominó el siempre con una cantidad representativa, seguida de a veces y casi siempre

En un estudio realizado en la ciudad de Pasto, Colombia denominado Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud, se evidenció que El 62,4% tienen algún tipo de discapacidad, de ellos el 94,8% es parcial, el mayor porcentaje está dada por problemas visuales con el 40,8%, seguida de la auditiva con el 25,7%, al cruzarlo con género se encontró que todas las discapacidades se presentan en mayor porcentaje en mujeres excepto en la de habla, el 29,5% tiene la discapacidad por más de 9 años, el 17,7% depende de otra persona para realizar sus actividades diarias y cotidianas (43). Por otro lado, en un estudio realizado en Perú titulado Factores asociados a la estancia hospitalaria prolongada en adultos mayores, muestra asociación de malnutrición con estancia hospitalaria prolongada debido a que los adultos mayores pierden el apetito y no comen los alimentos suministrados del hospital ya sea por el sabor o el tipo de alimento (44).

Al comparar los estudios se evidencia que existe un deterioro en la capacidad visual y auditiva del adulto mayor en porcentajes no tan representativos, pero sin embargo es importante mencionar que estos cambios tienen relación con la edad. Las personas mayores precisan leer con una buena iluminación, ya que la cantidad de luz que llega a su retina es menor, así mismo tienen menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales (24). Así mismo es notorio que solo una minoría depende de alguien para realizar sus actividades diarias como alimentarse solo, También se evidenció que existe asociación con la estancia hospitalaria y la pérdida de apetito por

lo que es importante determinar la causa y encontrar una solución, ya que la principal consecuencia de este problema es la desnutrición, una condición que puede ser fatal en las personas adultas mayores.

Tabla 4. Factores psicológicos asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor.

<i>¿Durante su estadía en el hospital tiene pensamientos negativos o siente frustración?</i>		
Siempre	42	53%
casi siempre	28	35%
A veces	9	11%
Casi Nunca	1	1%
Nunca	0	0%
<i>¿Durante su hospitalización le informan sobre los procedimientos que le van a realizar?</i>		
Siempre	44	55%
casi siempre	27	34%
A veces	5	6%
Casi Nunca	2	3%
Nunca	2	3%
<i>¿Durante su hospitalización ha sentido preocupación por sus bienes personales?</i>		
Siempre	27	34%
casi siempre	21	26%
A veces	6	8%
Casi Nunca	7	9%
Nunca	19	24%
<i>¿Durante su estadía en el hospital se ha sentido deprimido o triste?</i>		
Siempre	27	34%
casi siempre	44	55%
A veces	5	6%
Casi Nunca	0	0%
Nunca	4	5%

Se evidencia que la mayoría de los adultos mayores tiene pensamientos negativos o siente frustración durante su hospitalización, seguido de casi siempre con similar porcentaje. Siempre le informan sobre los procedimientos que le van a realizar seguido de casi siempre. La mayoría siempre ha sentido preocupación por sus bienes personales durante su estadía en el hospital. Por otra parte, En mayor porcentaje casi siempre se ha sentido deprimido o triste durante su hospitalización.

Los datos obtenidos se asemejan al estudio realizado en Madrid, denominado Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico en donde 12 pacientes (80%), obtuvieron

puntuaciones significativas, es decir se encontraban en un nivel alto, caracterizado por estados de tristeza, angustia, desánimo, decaimiento, fatiga constante, dejando ver los efectos colaterales de una larga estancia hospitalaria, en cuanto a la ansiedad 8 pacientes de la muestra (53%) puntuaron alto, indicando una mayor probabilidad de manifestar una sintomatología ansiosa más por características pasadas que la facilitan, y 6 (40%) se ubicaron en un nivel medio, sugiriendo que los pacientes pudieron presentar ciertas características que favorecieron un estado de intranquilidad en alguna circunstancia dentro del proceso hospitalario y 1 paciente (7%) se ubicó en un nivel bajo (45).

Al analizar los estudios se evidenció que el adulto mayor se ve afectado psicológicamente debido a la larga estancia en el hospital, estrés por los procedimientos diarios realizados, como la administración de medicación, curación de herida, recanalización de vía periférica cada 3 días, sueño intermitente a causa del ruido en el ambiente hospitalario como es estar rodeado de otras personas enfermas, así también como la angustia o intranquilidad del adulto mayor referente a alguna circunstancia dentro del proceso hospitalario. Todo esto conlleva a que la hospitalización del adulto mayor tenga un impacto negativo.

Tabla 5. Factores sociales asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor.

<i>¿Durante su hospitalización tiene visitas de familiares o amigos?</i>		
Siempre	3	4%
casi siempre	6	8%
A veces	27	34%
Casi Nunca	37	46%
Nunca	7	9%
<i>¿Tiene buena relación con el personal de salud que lo atiende?</i>		
Siempre	8	10%
casi siempre	65	81%
A veces	6	8%
Casi Nunca	1	1%
Nunca	0	0%
<i>¿Durante su hospitalización se ha sentido abandonado por sus familiares?</i>		
Siempre	16	20%
casi siempre	25	31%
A veces	33	41%
Casi Nunca	2	3%
Nunca	4	5%
<i>¿Durante su estadía en el hospital se ha sentido seguro?</i>		
Siempre	5	6%
casi siempre	48	60%
A veces	25	31%
Casi Nunca	1	1%
Nunca	1	1%
<i>¿Durante su hospitalización ha sentido temor de sufrir una caída mientras se moviliza?</i>		
Siempre	11	14%
casi siempre	15	19%
A veces	43	54%
Casi Nunca	9	11%
Nunca	2	3%

En relación con los factores sociales la mayoría de los adultos mayores casi nunca tiene visitas de familiares o amigos durante su hospitalización, seguido de a veces con similar porcentaje. Un gran porcentaje casi siempre tiene buena relación con el personal de salud que lo atiende y un porcentaje menor indicó que siempre tiene buena

relación. La mayoría de los encuestados a veces se han sentido abandonados por sus familiares durante su estadía en el hospital. Referente a la seguridad en el hospital en mayor porcentaje casi siempre se han sentido seguros seguido de a veces. La mayoría de los adultos mayores a veces ha sentido temor de sufrir una caída mientras se moviliza seguido de casi siempre y siempre con similar porcentaje.

En un estudio realizado en México, denominado Percepción del Adulto Mayor Hospitalizado, en Cuanto al Abandono por sus Familiares, se obtuvieron los siguientes resultados: el 35% no se perciben abandonados, pero el 26% si se perciben abandonados y el 8% totalmente abandonados. Se observó que el 65% de los casados no se perciben abandonados, en contraste con los viudos que tienen mayor percepción de estar abandonados con 49%, también los solteros se sienten medianamente y muy abandonados en 100%, el 50% de divorciados(as) se perciben muy abandonados y totalmente abandonados. La percepción que tuvo el adulto mayor fue que el 30% perciben que sus familiares los hospitalizan porque no los pueden cuidar. El 53% siente que son una carga para su familia y de estos el 18% perciben que es por su vejez, 13% por su enfermedad, 11% porque requieren cuidados especiales, 5% porque no aporta dinero y porque necesitan tener una persona que lo cuide. Por su condición de salud, el 44% de los adultos mayores se sienten rechazados, el 74% no tiene visitas durante la estadía en el hospital (46).

Al comparar los 2 estudios se evidencia que el adulto mayor se siente abandonado por su familiares y amigos debido a que no recibe visitas durante su hospitalización, es importante mencionar que debido a la Pandemia por el COVID 19 las visitas han sido restringidas o existe miedo por parte de la población a contagiarse en el hospital. Por otra parte, es de gran interés mencionar el rol del personal de enfermería en cuanto a la relación profesional -paciente, ya que al tener una buena comunicación con el usuario se brindará la confianza y la tranquilidad en cada procedimiento, además de proporcionar un entorno hospitalario más amigable.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

En relación con el estudio realizado se concluye:

- La población estudiada pertenece en su mayoría al género femenino, con edades entre 71-80 años, de etnia afroecuatoriana, de procedencia Esmeraldas, viven acompañados de familiares, estado civil viudas, religión católica, con nivel de instrucción secundaria.
- Los signos de vulnerabilidad que predominan en el adulto mayor son la falta de recursos económicos para complementar su tratamiento. No todos los adultos mayores cuentan con un cuidador que esté pendiente de sus necesidades durante la hospitalización.
- El Factor biológico alterado asociado a la vulnerabilidad del adulto mayor es la pérdida de apetito. En cuanto al factor psicológico es la intranquilidad del adulto mayor, junto sentimientos de tristeza y depresión. Referente al factor social predomina sentirse abandonado por sus familiares y amigos ya que durante la estancia hospitalaria el adulto mayor en su gran mayoría no recibe visitas.
- El póster científico socializa resultados y brinda directrices para prevenir la vulnerabilidad del adulto mayor durante la hospitalización en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha

5.2. Recomendaciones

En base a las conclusiones se recomienda:

- A las autoridades, coordinar y planificar interinstitucionalmente actividades que conlleven a la atención y cuidado del adulto mayor especialmente al adulto mayor abandonado para que durante su estadía hospitalaria tenga el cuidado necesario, la medicación adecuada, y la medicación para complementar su tratamiento; Tomando en cuenta que son grupos vulnerables. Además, es importante incluir al cuidador del adulto mayor, brindar apoyo, cuidar la salud física mental y emocional de éste, ya que es una labor fuerte que demanda de tiempo y energía.
- Al profesional de enfermería, debe trabajar en conjunto con el paciente y sus familiares en la constante educación y enseñanza respecto a su patología, tratamiento a seguir, explicándole y utilizando un lenguaje sencillo y apropiado a su edad de forma que logren entender de mejor manera lo que se está informando, así mismo el profesional enfermero debe brindar un apoyo emocional, integrar a la familia en el cuidado del paciente con el fin de lograr un óptimo afrontamiento ante su enfermedad y entorno hospitalario positivo.
- Al cuidador del adulto mayor, tomar en cuenta las recomendaciones del personal de enfermería con la finalidad de cumplir responsablemente el rol de cuidador ya que es de gran importancia para el adulto mayor sentir el afecto, la compañía, el apoyo del familiar durante la estancia hospitalaria será de gran utilidad para evitar pensamientos negativos o sentimientos de tristeza y abandono en el adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lizarbe Castro MV, Gamarra Samaniego P, Parodi García JF. Revista Horizonte Médico. Horiz Médico [Internet]. 2015;15(1):38–48. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2015000100006&script=sci_arttext&tlng=pt
2. Coca DJ, Castelblanco SM, Chavarro-Carvajal DA, Venegas-Sanabria LC. Complicaciones en una unidad geriátrica. Biomedica. 2021;41(2):1–25.
3. Luis F, Moncayo G. No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における健康関連指標に関する共分散構造分析Title.
4. Costa R, Gutiérrez A, Valdivieso D, Carpio L, Cuadrado f, Núñez J. Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. Minist Salud Pública. 2018;2–13.
5. INEC. Fascículo provincial Esmeraldas. Resultados del censo de población y vivienda 2010. Fasc Prov Esmeraldas. 2010;0–7.
6. Lama-Valdivia J, Cedillo-Ramirez L, Soto A. Factors associated with mortality in hospitalized elders in an internal medicine department. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2021;38(2):284–90.
7. Vidán Astiz MT, García ES, Armesto MA, Errasquin BM, De La Casa AM, Ortiz FJ, et al. Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios del ingreso en el servicio de geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018;43(3):133–8.
8. Torres LA, Rivera SM, Mendivelso FO, Yomayusa N, Cardenas HM, Hernandez C. Análisis del riesgo de deterioro funcional y sociofamiliar en el adulto mayor hospitalizado. Rev Médica Sanitas. 2019;22(1):6–16.
9. Coltters C, Güell M, Belmar A. Gestión Del Cuidado De Enfermería En La Persona Mayor Hospitalizado. Rev Médica Clínica Las Condes. 2020;31(1):65–75.
10. Rojano i Luque X, Sánchez Ferrin P, Salvà A. Complicaciones de la hospitalización en personas mayores. Med Clin (Barc) [Internet]. 2016;146(12):550–4. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2015.12.015>

11. Robles, J; Miralles, R; Llorach I. Definición y objetivos de la especialidad de Geriatria. Tipología de ancianos y población diana. Tratado Geriatria para Resid. 2019;25–32.
12. Martínez H, Mitchell ME, Aguirre CG. Salud Del Adulto Mayor - Gerontología Y Geriatria. Man Med Prev y Soc I. 2015;1(2):1–19.
13. Mendoza-Núñez VM. Envejecimiento y vejez. Envejec Act y Saludab. 2017;23–4.
14. J. González. Teorías de Envejecimiento. Trib del Investig [Internet]. 2019;1–2(11):25. Available from: <http://www.tribunadelinvestigador.com>
15. Pardo Andreu G. Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento [Internet]. Vol. 22, Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Ydalsys Naranjo Hernández C, José C, Pacheco AC, Miriam L, Larreynaga R. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem The self-care deficit nursing theory: Dorothea Elizabeth Orem. 2017;19(3).
17. Batch JA, Greer RM. Respiratory disorders. Growth Disord Second Ed. 2019;317–27.
18. Prasad MG, Crocker MJ. Acoustic Modelling of Automobile Exhaust Systems. Proc - Natl Conf Noise Control Eng. 2018;27:93–8.
19. Gámez A, Montell O, Ruano V, Alfonso de León J. Enfermedad renal crónica en el adulto mayor. Rev Med Electrón. 2013;35:306–18.
20. Oyarzo Saldivia RK, Ojeda S, Ivanissevich ML. Envejecimiento y Enfermedades Respiratorias en las Personas Adultas Mayores. El caso de un centro de jubilados de Rio Gallegos. Inf Científicos Técnicos - UNPA. 2020;12(3):166–93.
21. Ministerio de salud pública. Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial 2019. Guía Práctica Clínica Hipertens Arter [Internet]. 2019;1:1–70. Available from: <https://www.google.com/search?q=Guía+de+Práctica+Clínica+de+Hipertensi>

- ón+Arterial+2019&oq=Guía+de+Práctica+Clínica+de+Hipertensión+Arterial+2019&aqs=chrome..69i57j0i22i30l2.1547j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8
22. Pérez M. Cáncer en adultos mayores. *Am Soc Clin Oncol* [Internet]. 2019; Available from:
https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/cancer_in_older_adults_esp.pdf
 23. Unidos E. ¿Qué es el cáncer? :1–4.
 24. Ramirez L. El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos psicológicos y sociales. *Atención sociosanitaria a Pers dependientes en Inst Soc* [Internet]. 2017;38. Available from: www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf
 25. Tobar E, Alvarez E. Delirium in elderly hospitalized patients. *Rev médica clínica Las Condes* [Internet]. 2020;31(1):28–35. Available from:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864019301142>
 26. Ocampo JM, Reyes-ortiz CA, Asistente P, Familiar DDM, Valle U. *V22N1a08*. 2016;22(2):49–57.
 27. Tafur J, Guerra Ramírez M, Carbonell A, Ghisays López M. Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor. *Rev Lationamericana Hipertens* [Internet]. 2018;13(5):360–6. Available from:
https://www.revhipertension.com/rlh_5_2018/factores_que_afectan_el_estado.pdf
 28. Quintar E, Giber F. Consecuencias. *Actual Osteol*. 2014;10(3):278–86.
 29. Vallejos G, Guzmán Rojas R, Pablo Valdevenito J, Fasce G, Castro D, Naser M, et al. Artículos de Revisión Incontinencia Urinaria en el Adulto Mayor. *Rev Chil Obs Ginecol*. 2019;84(2):158–65.
 30. Pérez Calvo M del M. Estreñimiento En Adultos. *Rev Medica Costa Rica Y Centroam Lxxiii* [Internet]. 2016;620(620):611–5. Available from:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc163aj.pdf>
 31. Portela Ortiz JM, Rivera Orna MA. Polifarmacia en el anciano. *Fed Argentina Asoc Anestesia, Analg Y Reanim*. 2018;66(6):524–8.
 32. Rojano i Luque X, Sánchez Ferrin P, Salvà A. Complicaciones de la hospitalización en personas mayores. *Med Clin (Barc)*. 2016;146(12):550–4.

33. Asamblea Nacional del Ecuador. Constitución Política Del Ecuador 2008 [Political Constitution of Ecuador 2008]. Quito-Ecuador [Internet]. 2008;119. Available from: <https://n9.cl/gr4e>
34. Salvador Á. Toda una vida. *Insula*. 2006;723:9–12.
35. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del Cie para la Profesión de Enfermería. 2005;1–12. Available from: <http://castellon.san.gva.es/documents/4434516/5188103/Codigo+Deontologico+CIE.pdf>
36. Código de ética. 2016;
37. Sousa V, Driessnack M, Costa I. Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. *Rev Latinoam Enferm*. 2007;15(3):6.
38. Molina Arias M, Ochoa Sangrador C. Fundamentos de medicina basada en la evidencia Estudios observacionales (I). Estudios transversales. Medidas de frecuencia. Técnicas de muestreo. Evidencias en Pediatr [Internet]. 2013;9(4):2–5. Available from: <http://archivos.evidenciasenpediatria.es/files/41-12105-RUTA/72Fundamentos.pdf>
39. Tello-Rodríguez T, Varela-Pinedo L. Frailty in older adults: Detection, community-based intervention, and decision-making in the management of chronic illnesses. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(2):328–34.
40. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos GE, Bestard Pavón LA. Fragilidad en ancianos hospitalizados en un servicio de medicina interna. *Rev Cuba Med Mil* [Internet]. 2019;48(4):723–35. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=140388749&lang=es&site=ehost-live>
41. Rodríguez SA, Díaz RJ, Cervera MF, Banda A de J, Rodríguez LD, Tejada S. Participación de familiares cuidadores para el confort de personas mayores hospitalizadas. *Gerokomos*. 2020;31(2):71–5.
42. Yábar-Palacios C, Ramos W, Rodríguez-Casamayor L, Díaz-Santisteban V. Prevalencia, características clínicas, sociofamiliares y factores asociados a fragilidad en adultos mayores de 75 años de un hospital de Chimbote. Octubre 2006-abril 2007. *Rev Peru Epidemiol* [Internet]. 2019;13(3):1–8. Available

from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203120367008>

43. Guerrero-R N, Clara Yépez-Ch M. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud Factors associated with the vulnerability of the elderly with health disorders. *Univ y Salud*. 2015;17(1):121–31.
44. Arana-Morales G. Factors associated with prolonged hospital stay in patients with acute heart failure. *Rev Colomb Cardiol*. 2021;28(6):667–8.
45. Benítez-Agudelo JC, Barceló-Martínez EA, Gelves-Ospina M. Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clinic. *Cir Plast Ibero-Latinoamericana*. 2016;42(4):391–8.
46. Ramos A, Eugenia P, Barrios P, Zamora A. Percepción del Adulto Mayor Hospitalizado en Cuanto al Abandono por sus Familiares Original. *Desarro Cientif Enferm [Internet]*. 2016;20:1–6. Available from: <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-134.pdf>

ANEXOS

Anexo 1.- Encuesta



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

Vulnerabilidad en el adulto mayor durante la hospitalización en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha.

El presente estudio tiene como objetivo determinar el nivel de vulnerabilidad en los adultos mayores ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha; mediante la aplicación de un cuestionario que ha sido diseñado y validado con anterioridad. La participación en este estudio es de carácter voluntario y el otorgamiento del consentimiento no tiene ningún tipo de repercusión legal, La información registrada será confidencial y de exclusiva utilidad para este estudio, mismo que servirá para la obtención del título de tercer nivel de licenciatura en enfermería

Instructivo

Señale la respuesta que Ud. crea correcta, a cada una de las preguntas que se le propone, si no tiene respuesta para algunas de ellas deje en blanco el espacio.

Características Socio Demográficas

1. Edad:

65-70

71-80

81-90

91-100

2. Género:

Masculino

Femenino

Otro

3. Etnia:

Mestizo

Indígena

Negro

Otro

4. Estado civil:

Soltero

Casado

Divorciado

Unión Libre

Viudo

5. Lugar de procedencia

Esmeraldas

Manabí

Guayaquil

Quito

Otra

6. ¿Dónde vive?

San Rafael

50 casas

Voluntad de Dios

Bendición de Dios

Codesa

Casa bonita

Cananga

otra

7. ¿Con quién vive?

Solo

Con pareja

Con Familia

Otro

8. Religión:

Católica

Cristiana

Otra

Ninguna

9. Nivel de Escolaridad:

Primaria

Secundaria

Técnico

Superior

Ninguna

Signos de vulnerabilidad

10. ¿Durante su hospitalización depende de alguien para realizar sus necesidades diarias?

Siempre

casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

11. ¿Durante su hospitalización es capaz de marcar bien algunos números familiares?

Siempre

casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

12. ¿Durante su hospitalización tiene un cuidador que este pendiente de sus necesidades?

Siempre

casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

13. ¿Durante su hospitalización necesita ayuda para moverse?

Siempre

casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

14. ¿Durante su hospitalización cuenta con los recursos económicos para comprar su medicina?

Siempre

casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

Factores biológicos, psicológicos, sociales

Biológicos

15. *¿Tiene problemas de visión?*

Siempre

casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

16. *¿Tiene dificultad para escuchar?*

Siempre

casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

17. *¿Durante su hospitalización puede diferenciar los sabores de la comida (salados dulces y ácidos)?*

Siempre

casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

18. *¿Durante su hospitalización puede alimentarse solo?*

Siempre

casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

19. *¿Durante su hospitalización pierde el apetito?*

Siempre

casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

20. *¿Durante su hospitalización tiene la capacidad de controlar sus esfínteres (micción y defecación)?*

Siempre

casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

Psicológicos

21. *¿Durante su estadía en el hospital tiene pensamientos negativos o siente frustración?*

Siempre

casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

22. *¿Durante su hospitalización le informan sobre los procedimientos que le van a realizar?*

Siempre

casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

23. *¿Durante su hospitalización ha sentido preocupación por sus bienes personales?*

Siempre

casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

24. *¿Durante su estadía en el hospital se ha sentido deprimido o triste?*

Siempre

casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

Sociales

25. *¿Durante su hospitalización tiene visitas de familiares o amigos?*

Siempre

casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

26. *¿Tiene buena relación con el personal de salud que lo atiende?*

Siempre

casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

27. *¿Durante su hospitalización se ha sentido abandonado por sus familiares?*

Siempre

casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

28. *¿Durante su estadía en el hospital se ha sentido seguro?*

Siempre

casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

29. *¿Durante su hospitalización ha sentido temor de sufrir una caída mientras se moviliza?*

Siempre

casi siempre

A veces

Casi Nunca

Nunca

Muchas Gracias

Anexo 2.- Validación de la encuesta por expertos



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

TEMA: “VULNERABILIDAD DEL ADULTO MAYOR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA 2022”

FORMULARIO VALIDACIÓN DE EXPERTOS: INSTRUMENTO – ENCUESTA			
CRITERIOS	SI	N O	OBSERVACIÓN
El instrumento recoge observación que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
El instrumento propuesto responde al objetivo de estudio	X		
La estructura del instrumento es adecuada	X		
Los ítems son claros y entendibles	X		

Sugerencias: Las emitidas en el instrumento (encuesta)



Firmado electrónicamente por:
DARMIN YISELA
A. T. M. A. TORRES

Msc Darmin Altafuya

Nombre del experto

C.I: 0801337544



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

TEMA: "VULNERABILIDAD DEL ADULTO MAYOR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA 2022"

FORMULARIO VALIDACIÓN DE EXPERTOS: INSTRUMENTO – ENCUESTA			
CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
El instrumento recoge observación que permite dar respuesta al problema de investigación	/		
El instrumento propuesto responde al objetivo de estudio	/		Incrementar preguntas en el factor social.
La estructura del instrumento es adecuada	/		
Los ítems son claros y entendibles	/		

Sugerencias: Las emitidas en el instrumento (encuesta)

Msc Paola Tito

Nombre del experto

C.I

MSc. Paola Tito P
DOCENTE



SENESCYT 1031-09-67467

Anexo 3.- Solicitud para la aplicación del proyecto de tesis



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001 – 073 – CEAACES – 2013 – 13
Ibarra – Ecuador
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO

Ibarra, 30 de marzo 2022
Oficio 430- D-FCS-UTN

Economista
Jenny Pozo
GERENTE DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA DE ESMERALDAS
Presente

De mi consideración:

Reciba un afectuoso y cordial saludo de la Facultad de Ciencias de la Salud, a la vez que deseo éxitos en sus funciones.

Por medio de la presente, me permito solicitar comedidamente se autorice el ingreso a la señorita estudiante, **VELASTEGUI AYALA KAREN MARJORIE**, para realizar la aplicación del estudio de investigación a fin de desarrollar el trabajo de investigación con el tema: **"VULNERABILIDAD DEL ADULTO MAYOR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA-HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA"**. como requisito previo a la obtención del título de Enfermería.

La información que se solicita será eminentemente con fines académicos y de investigación por lo que se mantendrá los principios de confidencialidad y anonimato en el manejo de la información.

Por la atención brindada, le agradezco.

Atentamente,
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO



MSc. Rocío Castillo
DECANA – FCS
Correo: decanatosalud@utn.edu.ec



15:08
13-04-22

MISIÓN INSTITUCIONAL

"Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país.
Formar profesionales comprometidos con el cambio social y con la preservación del medio ambiente".

Anexo 4.- Autorización para realizar el proyecto de tesis

 <p>República del Ecuador</p>	<p>Ministerio de Salud Pública Hospital General Esmeraldas Sur – Delfina Torres de Concha Dirección Asistencial – Docencias e Investigación</p>
<p>Memorando Nro. MSP-CZ1-HDTC-DA-DEI-2022-0052-M</p>	
<p>Esmeraldas, 14 de abril de 2022</p>	
<p>PARA: Rocio Castillo</p>	
	<p>Sr. Lcdo. Jorge David Orellana Vila Enfermero/a 3 Lider Medicina Interna HDTC</p>
	<p>Sra. Lcda. Darmin Yisela Altafuya Intriago Analista de Investigación 1 HDTC</p>
	<p>Sra. Dra. Kristell Stephanie Coello Zambrano Director/a Medico Asistencial Hdte (encargada)</p>
<p>ASUNTO: RESPUESTA A: Solicitud de autorización para que la estudiante, Velastegui Ayala Karen realice Investigación.</p>	
<p>De mi consideración:</p>	
<p>En respuesta al Documento No. MSP-CZ1-HDTC-AF-A-2022-0355-E</p>	
<p>Solicitud de autorización para que la estudiante, Velastegui Ayala Karen realice investigación.</p>	
<p><i>Doy respuesta a solicitud de investigación.</i></p>	
<p>Le saludo cordialmente.</p>	
<p>La Unidad de Docencia Investigación <i>autoriza</i> realizar investigación a la IRE, Velastegui Ayala Karen interna del octavo nivel de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica del Norte.</p>	
<p>Tema: Vulnerabilidad del adulto mayor durante la hospitalización en el servicio de medicina interna, del HDTC.</p>	
<p>La IRM debe exponer los resultados del estudio en docencia general una vez terminada la investigación.</p>	
<p>Con sentimientos de distinguida consideración.</p>	
<p>Atentamente,</p>	
<p>Dirección: Av. Del Ejército y Alfonso Quiñonez Código Postal: 080168 / Esmeraldas - Ecuador Teléfono: 593-6-2995-100 - www.hdtc.gob.ec</p>	
<p> Gobierno Juntos lo logramos del Encuentro</p>	



Ministerio de Salud Pública
Hospital General Esmeraldas Sur – Delfina Torres de Concha
Dirección Asistencial – Docencias e Investigación

Memorando Nro. MSP-CZ1-HDTC-DA-DEI-2022-0052-M

Esmeraldas, 14 de abril de 2022

Documento firmado electrónicamente

Lcda. Miryan Marjorie Giler Salvatierra
**COORDINADORA DE LA GESTIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
HDTC**

Referencias:

- MSP-CZ1-HDTC-AF-A-2022-0355-E

Anexos:

- universidad_del_norte.pdf

Anexo 5.- Fotografías aplicación de encuesta



Anexo 6.- Urkund



Document Information

Analyzed document	TESIS_VelasteguiK.pdf (D141359388)
Submitted	2022-06-28 01:18:00
Submitted by	
Submitter email	kmvelasteguis@utn.edu.ec
Similarity	2%
Analysis address	mxtapia.utn@analysis.urkund.com

Sources included in the report

SA	Urkund Report - PLAGIO.docx (D53493835) (1).pdf Document Urkund Report - PLAGIO.docx (D53493835) (1).pdf (D53494189)	3
SA	2020-08-12-JTORRES-MEDICINA INTERNA..docx Document 2020-08-12-JTORRES-MEDICINA INTERNA..docx (D77726345)	3
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / JESICA MAGALY CUMBAL IMBAQUINGO-TESIS FINAL para urkund.docx Document JESICA MAGALY CUMBAL IMBAQUINGO-TESIS FINAL para urkund.docx (D118855188) Submitted by: jmcumbali@utn.edu.ec Receiver: limafia.utn@analysis.urkund.com	4
SA	1600-4368.docx Document 1600-4368.docx (D73526552)	1
SA	Asistencia práctica en las personas mayores.pptx Document Asistencia práctica en las personas mayores.pptx (D38613224)	1
SA	CASO CLÍNICO - LABORATORIO.pdf Document CASO CLÍNICO - LABORATORIO.pdf (D137495197)	1

Entire Document

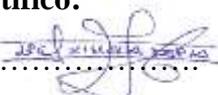
UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA ENFERMERÍA TEMA: VULNERABILIDAD DEL ADULTO MAYOR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA 2022 AUTOR: Karen Marjorie Velastegui Ayala DIRECTORA DE TESIS: Msc. Ximena Tapia Paguay Ibarra-Ecuador 2022 Tesis previa a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería
CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS En calidad de directora de la tesis de grado titulada "VULNERABILIDAD DEL ADULTO MAYOR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA", de autoría de Karen Marjorie Velastegui Ayala, para la obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe. En la ciudad de Ibarra, a los días del mes de de Lo certifico (Firma) MSc. Ximena Tapia C.C: DIRECTORA DE TESIS

<https://secure.urkund.com/view/134892872-888003-948677#/>

1/24

En la ciudad de Ibarra, a los 28 días del mes de junio del 2022.

Lo certifico:

Firma: 

Msc. Ximena Tapia Paguay

C.C: 1001817459

Directora de Tesis

Anexo 7.- Abstract



ABSTRACT

VULNERABILITY OF THE ELDERLY DURING HOSPITALIZATION IN THE INTERNAL MEDICINE SERVICE OF HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA 2022

Karen Marjorie Velastegui Ayala

kmvelastegui@utn.edu.ec

The Hospitalization of older adults entails several factors that affect them psychologically, physically, and spiritually, it is important to study this reality through the study whose objective was: To determine the level of vulnerability in older adults admitted to the internal medicine service of Delfina Torres de Concha Hospital, with a quantitative, non-experimental design; descriptive and cross-sectional. A survey validated by experts was used, with multiple-choice questions and different dimensions: sociodemographic characteristics, signs of vulnerability, biological, psychological, and social factors that intervene in the vulnerability of hospitalized older adults; non-probabilistic convenience sampling with users aged 65-100 admitted from January to June; The results female gender aged 71-80 years, Afro-Ecuadorian, widows, Catholics residing in Esmeraldas, live accompanied by relatives. The elderly who need help to carry out their daily activities throughout hospitalization is not a representative number, most have a caregiver during their hospital stay, they mention not having money to buy their complete medicine, they lose their appetite during their hospitalization, they are psychologically affected with feelings of restlessness, sadness, and depression; possibly due to uncertainty and fear of what will happen. Regarding the social factor, a high percentage feel abandoned by their family and friends due to restriction of visits; The vulnerability of these people is high due to the complexity of the chronic-degenerative pathology of older adults that can trigger serious physical and psychological complications.

Keywords: Older adults, Vulnerability, Hospitalization

Reviewed by Victor Raúl Rodríguez Viteri