

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



INFORME FINAL

Factores de riesgo y su impacto en la funcionalidad de los adultos mayores en UCSFI Lourdes durante Noviembre-Diciembre/2017.

PRESENTADO POR:

LEA MADAI CONTRERAS CANIZALEZ

YULY BEATRIZ CARRILLO CERNA

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

ASESORA:

DRA. BLANCA MARGARITA CRUZ DE MIRANDA

CIUDAD UNIVERSITARIA, MARZO DE 2018.

INDICE

RESUMEN-----	i
INTRODUCCIÓN-----	ii-iii
OBJETIVOS-----	1
MARCO TEÓRICO-----	2 – 33
DEFINICIONES-----	2-3
TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO-----	3-5
ADULTOS MAYORES EN EL MUNDO-----	5-7
SITUACION DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL SALVADOR—	7-10
CAPACIDAD FUNCIONAL-----	10 -13
POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR-----	14 – 15
DIABETES MELLITUS EN EL ADULTO MAYOR-----	15 – 16
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL ADULTO MAYOR-----	16 -18
ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES EN EL ADULTO MAYOR-	19-20
SALUD MENTAL EN EL ADULTO MAYOR-----	20
DEPRESIÓN -----	20-21
ANSIEDAD-----	22-24
ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR-----	24
OBESIDAD-----	25-26
NEOPLASIAS EN EL ADULTO MAYOR-----	26-28
INFECCIONES FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR-----	28-33
DISEÑO METOLÓGICO-----	34-40
RESULTADOS-----	41-47
DISCUSIÓN-----	48-49

CONCLUSIONES-----	50
RECOMENDACIONES-----	51
BIBLIOGRAFÍA-----	52-55
ANEXOS-----	56-67

RESUMEN

El envejecimiento hace parte del ciclo vital, conformado por cambios progresivos que repercuten en la funcionalidad física de la persona, representada como la suma de las capacidades que le permiten realizar actividades por sí mismo.

Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional, la cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada.

El presente trabajo de investigación se realizó utilizando un diseño metodológico descriptivo, de corte transversal, y por medio de un muestreo aleatorio simple de una cantidad representativa de la población en estudio, se identificaron los principales factores de riesgo sociodemográficos, tales como sexo femenino, edad mayor de 70 años, dependencia económica y bajo nivel de escolaridad, como los más frecuentes en la población estudiada.

Además, las enfermedades crónicas más frecuentes fueron la hipertensión arterial y las enfermedades osteomusculares.

Es importante resaltar, que pese a presentar con gran frecuencia los factores de riesgo anteriormente mencionados, la población estudiada fue clasificada como funcional, o independiente, respecto a sus actividades diarias, sin embargo, un porcentaje cercano a la mitad de la población estudiada requiere asistencia en sus actividades instrumentales.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de tesis que lleva por título “Factores de riesgo y su impacto en la funcionalidad de los adultos mayores en la UCSF Lourdes durante noviembre – diciembre 2017”, se realizó con la finalidad de comprobar que existe una relación directa entre las diferentes enfermedades que padecen los adultos mayores y la capacidad funcional que éstos mismos tienen para realizar las diferentes actividades tanto de la vida diaria como actividades instrumentales.

Actualmente en América Latina y El Caribe, la población de 60 años y más suma algo más de 53 millones de personas, lo que equivale al 9% de la población total. De esos 53 millones, 29 millones son mujeres que representan el 55% de la población adulta mayor y el 10% de la población femenina.

El Salvador presenta un cambio progresivo y acelerado de su pirámide poblacional; donde la población mayor de 60 años corresponde a un 56.2% del sexo femenino y 43.8% del sexo masculino; siendo de la población total un 12.4% (1) según la Encuesta de hogares de propósitos múltiples (EHPM), realizada en 2016 por la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC).

La valoración del estado de salud y calidad de vida del adulto mayor se mira más por la capacidad funcional que por la prevalencia de enfermedades.

La OMS estableció desde 1999 que la capacidad funcional es el mejor indicador de salud y calidad de vida; por lo tanto, si existe un buen nivel o estado de salud, habrá una buena capacidad funcional y, por consiguiente, una buena calidad de vida. (3). En El Salvador la esperanza de vida al nacer es de 69 años en hombres y 78 años en mujeres, según la OMS en 2015.

La disminución de la reserva funcional en el adulto mayor está asociada a diversos factores tales como género y cultura, salud y sistema de servicios sociales, factores económicos, ambiente físico, factores personales, del comportamiento y ambiente social.

Se buscó, a través del presente estudio, el objetivo de comprobar que existe una relación directa entre factores de riesgo sociodemográficos, biológicos, psicológicos y de polifarmacia con el deterioro de la funcionalidad de los adultos mayores, mediante la aplicación de test para determinar dicha capacidad, con la finalidad de que con los resultados obtenidos de ésta investigación, puedan proporcionar elementos que permitan emprender acciones de mejora, en beneficio de los adultos mayores.

Esperamos que con éste trabajo presentado sirva de base para continuar con futuras líneas de investigación del tema analizado.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los principales factores de riesgo y su impacto en la capacidad funcional de los adultos mayores que consultan en la UCSF Barrio Lourdes, durante Noviembre-Diciembre/2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Enumerar los principales factores de riesgo sociodemográficos de la población en estudio.
2. Detallar los principales factores de riesgo tanto biológicos, psicológicos y la polifarmacia en la población en estudio.
3. Establecer la capacidad funcional de la población en estudio.

MARCO TEÓRICO.

ASPECTOS IMPORTANTES ACERCA DEL ADULTO MAYOR.

DEFINICIONES.

En la “Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento” convocada por la Organización Mundial de Las Naciones Unidas en 1982, se acordó considerar como ancianos a la población de 60 años y más. Posteriormente a este grupo poblacional se le dio el nombre de “Adultos Mayores” (7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adultos mayores a quienes tienen edad mayor o igual de 60 años en países en vías de desarrollo y 65 años y más a quienes viven en países desarrollados. Estas diferencias cronológicas obedecen a características socioeconómicas que tienen unos y otros países.

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. Para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años. En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. (9)

La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado, por lo que todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico (29)

De conformidad con lo dispuesto en una decisión de la Asamblea Mundial de la Salud en

2015, la OMS está en proceso de elaborar una Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud, en consulta con los Estados Miembros y otros asociados. La estrategia y plan de acción se fundamentan en los datos científicos del informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, y se basan en las actividades ya iniciadas para abordar cinco ámbitos de actuación prioritarios que son: Compromiso con un envejecimiento saludable; Alineamiento de los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores; Establecimiento de sistemas para ofrecer atención crónica; Creación de entornos adaptados a las personas mayores y la Mejora de mediciones, seguimiento y comprensión, a través de investigaciones más centradas, nuevos mecanismos de medición y métodos analíticos para una amplia selección de cuestiones relacionadas con el envejecimiento. (29)

En el pasado, en la actualidad o en el futuro, bien sea rápido o lentamente, todas las naciones del mundo lo han enfrentado, enfrentan o enfrentarán de manera ineludible el envejecimiento demográfico. La creencia de que éste fenómeno y sus consecuencias son preocupación exclusiva de los países desarrollados se opone a las realidades y previsiones sobre la escala, características y heterogeneidad que asume este proceso en los países en desarrollo. Las sociedades envejecidas están apareciendo gradualmente por todos los rincones del mundo. (19)

TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO.

La geriatría es la «rama de la medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los adultos mayores». La gerontología «es la ciencia básica que estudia el envejecimiento de los seres vivos». La geriatría se ocupa de los aspectos clínicos, preventivos y sociales de la enfermedad en el individuo adulto mayor, y su principal objetivo es prevenir y superar la pérdida de autonomía, a la cual estas personas son especialmente susceptibles. (11)

El envejecimiento podría definirse como la pérdida de la capacidad del organismo para adaptarse al medio ambiente, lo que requiere especial atención sanitaria. Esta etapa

comprende un amplio conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vida después de la edad madura, incluyendo aspectos positivos y negativos; no se limita al declive de las estructuras y funciones corporales y a las secuelas en el funcionamiento y la participación social, también involucra aspectos como procesos patológicos previos, ganancias psicológicas (experiencia) y sociales (envejecimiento activo) en las etapas avanzadas de la vida. (12)

Se han propuesto varias teorías y conceptos sobre cómo se vive el envejecimiento hasta la vejez. Dentro de ellas están: las teorías biológicas, las cuales intentan explicar el envejecimiento desde un desgaste natural de todos los órganos y sistemas corporales, como una consecuencia natural y normal de todos los seres vivos (13). Asimismo, la constante agresión del medio ambiente y la permanente necesidad del organismo de producir energía a través de las funciones metabólicas generan productos tóxicos que ponen en peligro la función normal del cuerpo y la reparación celular (14).

Las teorías psicológicas se han centrado en aspectos cognitivos, de personalidad y de estrategias de manejo. La teoría del desarrollo de Erikson (1950) plantea la etapa de la vejez desde los 65 años en adelante, contemplando factores individuales y culturales. Su teoría menciona que la crisis esencial es integridad frente a desesperación, donde las principales virtudes son la prudencia y la sabiduría (15). Otra teoría es la “continuidad”, la cual afirma que no existe ruptura radical entre la edad adulta y la tercera edad: se basa en el paso a la vejez, es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida. La personalidad y el sistema de valores se mantienen prácticamente intactos. Al envejecer los individuos aprenden a utilizar estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar favorablemente ante las dificultades de la vida (14).

Las teorías sociales tratan de comprender y predecir la adaptación satisfactoria de los adultos mayores en la sociedad. Entre ellas están: la teoría de la desvinculación o la de la disociación, las cuales consideran que el retirarse de la interacción social constituye una forma de adaptación natural a la vejez. (16) El adulto mayor aumenta su preocupación por sí mismo, disminuyendo el interés emocional por los demás, acepta con agrado su

retiro y contribuye voluntariamente a él (16).

Por otro lado, la teoría de la actividad afirma que un alto grado de participación es la clave para lograr un buen envejecimiento y autorrealización; quienes viven esto tienen más capacidad de adaptación y están más satisfechos con la vida; la teoría de la continuidad plantea que el comportamiento de la población adulta mayor está determinado por su estilo de vida previo, hábitos y gustos desarrollados en etapas anteriores de la vida. Esta perspectiva puede verse como un incentivo para la movilización a promover estilos de vida saludables que favorezcan la felicidad (17).

LOS ADULTOS MAYORES EN EL MUNDO.

Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. A diferencia de la mayoría de los cambios que experimentarán las sociedades durante los próximos 50 años, las tendencias fundamentales hacia el envejecimiento son en gran medida, previsible. Se sabe que se producirá una transición demográfica hacia poblaciones de mayor edad, y es posible hacer planes para aprovechar al máximo esta situación.

Las personas mayores hacen aportes a la sociedad de muchas maneras, ya sea en el seno de sus familias, en la comunidad local o en la sociedad en general. Sin embargo, el alcance de esos recursos humanos y sociales y las oportunidades que se tendrán al envejecer dependerán en gran medida de algo fundamental: su estado de salud. Si las personas viven esos años adicionales de vida en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran apenas tendrá límites. Pero si esos años adicionales se caracterizan por la disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad serán mucho más negativas. (18)

Uno de los grandes problemas de diseñar atención al envejecimiento para mejorarlo resulta que éste es un proceso universal (todo envejece), pero absolutamente individual y el grupo de los adultos mayores, ofrece una diversidad amplísima por lo que los proyectos que se diseñen deben tener como característica central una gran flexibilidad y

deberán enfocarse a la funcionalidad, que se traduce en la capacidad de independencia y en la calidad de vida. La gerontología y su derivado de la salud, la geriatría siempre privilegiará la calidad de vida, la prevención y el autocuidado, permeando en todos los ámbitos humanos y sociales sin excepción. (19)

La calidad de vida a la que pueden aspirar los adultos mayores depende de factores sociales y emocionales. Los adultos mayores que tienen recursos económicos suficientes tienen acceso a múltiples servicios tanto de salud como recreativos; y los adultos mayores con un nivel económico bajo, tienen que pasar por una serie de necesidades que, de no encontrarles solución en el núcleo familiar extendido, no se pueden satisfacer. Pero los adultos mayores con recursos o sin ellos, requieren de relaciones familiares de calidad que les permitan pasar sus años de menor autonomía, rodeados de la comunicación y relación emocional que sólo proporcionan los seres queridos. Asimismo, la vida social y las reuniones con amigos que al igual que ellos, han sobrevivido a edades mayores, se convierten en una fuente de satisfacción y conectividad con el mundo actual. (19)

Otro aspecto relevante es la capacitación sobre el autocuidado a las personas de edad y a los cuidadores (proceso que está asociado a discapacidad más que a mortalidad y por lo tanto a un grave impacto en la economía y dinámica familiar). La influencia de la educación, permitirá a una sociedad en su conjunto, aceptar prepararse para atender con calidad a las personas de este grupo de edad.

Hay que admitir que a pesar de los esfuerzos que se han desarrollado en servicios de atención a este grupo de personas, continúa siendo, en general limitado y los programas y actividades para atenderlos necesitan de mayor apoyo.

Conforme las poblaciones vayan envejeciendo, será un reto contar con personal de salud capacitado para atender problemas de adultos mayores. Se tendrán que diseñar servicios comunitarios de rehabilitación y atención de largo plazo para los adultos mayores.

Los programas de salud, en el primer nivel de atención, deberán incluir grupos o clubes

para ayudar a los adultos mayores a lograr estilos de vida saludables, valorando individualmente a las personas.

La educación en el autocuidado de la salud es un elemento clave para lograr un mayor bienestar de los adultos mayores y para reducir, en parte, la carga de los servicios de salud.

En la actualidad, la investigación está mayormente dirigida a otorgar años con mejor calidad de vida para los adultos mayores. Una vez que todas las piezas de este rompecabezas estén armadas para lograr un envejecimiento saludable y se difundan al personal de salud, a los adultos mayores y a la población en general; permitirá hacer más eficiente las estrategias para la atención al envejecimiento.

Un dato de suma importancia en la demografía del envejecimiento, es que las mujeres ocupan el mayor porcentaje en las poblaciones envejecidas. Las adultas mayores viven solas y pobres, además de que, aún en países ricos, la gran mayoría vivirán esos años adicionales, dependiendo de alguien y además necesitarán servicios de salud de largo plazo. (20)

SITUACION DE SALUD DEL ADULTO MAYOR EN EL SALVADOR.

Las personas adultas mayores constituyen uno de los grupos poblacionales en mayores condiciones de vulnerabilidad. Según los datos del último censo nacional (2007) cerca de la mitad de las personas adultas mayores son pobres. La precariedad del mercado de empleo y de trabajo, determinan que la mayoría de la población carezca de prestaciones laborales, y por tanto una vez alcanzan la edad de jubilación, de pensión básica que les permita una vejez digna e independiente. Las mujeres enfrentan de forma particular estas condiciones de precariedad ya que son ellas quienes tienen menos oportunidades de acceso a fuentes de generación de ingreso, y cuando lo logran se sitúan en mayor medida en empleos y trabajos informales, con elevados niveles de precariedad y carencia de prestaciones sociales. (36)

Por esta razón, muchas personas adultas mayores, particularmente las que viven en condiciones de pobreza, se ven obligados a trabajar en actividades precarias e informales para sobrevivir. En muchos casos, les toca además asumir, particularmente a las mujeres, el cuidado de sus nietas y nietos cuando la madre y/o el padre emigran del país, o no se responsabilizan de ellos. Con frecuencia las personas adultas mayores se convierten en proveedores únicos del grupo familiar, lo que sumado a los factores anteriores determina que vivan en condiciones de pobreza y exclusión social. Obviamente para este sector de la población los servicios de salud son escasos y poco accesibles, lo cual impacta negativamente en la duración de la vida, y la calidad con la que pueden vivir. (36)

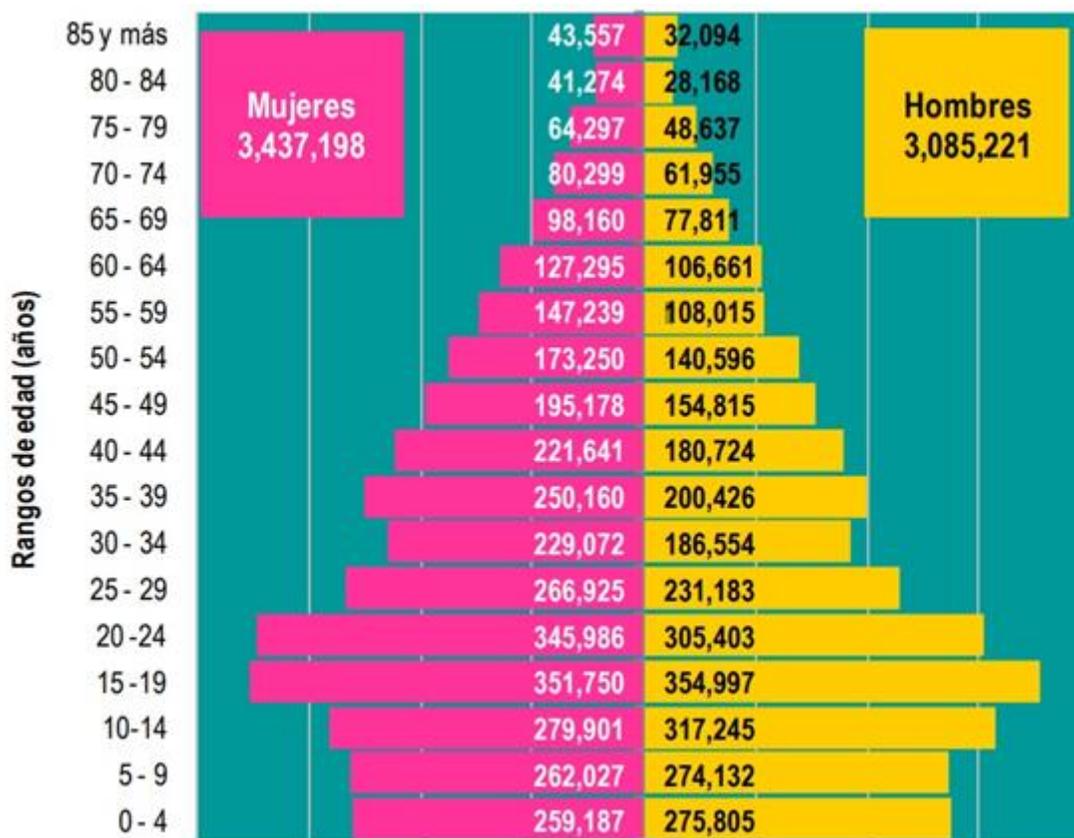
El Salvador presenta un cambio progresivo y acelerado de su pirámide poblacional; (TABLA 1) donde la población mayor de 60 años corresponde a un 6.97% del sexo femenino y 5.44% del sexo masculino, siendo un 12.4% de la población total (1) según la Encuesta de hogares de propósitos múltiples (EHPM), realizada en 2016 por la Dirección General de Estadísticas Y Censos (DIGESTYC). Por lo cual el país se encuentra en un proceso de transición demográfica, con tendencia a ser cada vez más una población envejecida. (31)

De acuerdo con los criterios de las Naciones Unidas, una población puede considerarse envejecida, si más del 5% de sus miembros tienen más de 65 años, o si más del 10% tiene 60 años o más. (19). Por otra parte, la relación de dependencia se estima en 69 de cada 100. Esto significa que por cada 100 personas en edad productiva dependen 69 personas. Estas últimas se componen principalmente por niños, niñas, adolescentes y adultos mayores.

La expectativa de vida también ha cambiado y eso debe relacionarse con la feminización del envejecimiento. En términos generales, la esperanza de vida al nacer es de 69 años en hombres y 78 años en mujeres, según la OMS en 2015 (8), lo cual incide directamente en el número de mujeres adultas mayores, que se estima en un 56.2% del total de este grupo. Sin embargo, la mujer enfrenta el envejecimiento en mayores condiciones de precariedad, debido principalmente a que ha tenido un ciclo de vida con

mayores desventajas y discriminación, menor participación en el mercado laboral, menores pensiones, etc.; los cuales impactan directamente en la calidad de vida durante la vejez.

Tabla 1: PIRÁMIDE POBLACIONAL SEGÚN SEXO. EL SALVADOR. EHPM 2016.



Fuente: Encuesta de hogares de propósitos múltiples (EHPM 2016) Realizada por Dirección general de estadísticas y censos (DIGESTYC).

Según datos del Programa Nacional de Atención Integral en Salud para la persona Adulta Mayor, aprobado por el Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL) en 2008, de cada 10 personas adultas mayores, 8 tienen problemas de salud. (31)

La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas no transmisibles del adulto de El Salvador (ENEC-ELS 2015) reveló que hay cinco enfermedades que están afectando

grandemente a los ciudadanos. Una de ellas, la principal, es la hipertensión arterial (HTA), que está afectando a 1.4 millones de salvadoreños mayores de 20 años; es decir, dos de cada tres ciudadanos tienen esta enfermedad. (28)

TABLA 2: POBLACIÓN AFECTADA SEGÚN ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN POBLACIÓN ADULTA DE EL SALVADOR.

	Morbilidad					
	Obesidad	Dislipidemias	Diabetes mellitus	HTA	ERC	IRC
Nivel nacional	1,059,469	1,051,424	487,875	1,446,381	459,114	334,285
Por Regiones de salud						
Occidental (Ahuachapán, Santa Ana, Sonsonate)	182,607	231,902	86,524	296,275	74,181	54,891
Central (Chalatenango, La Libertad)	118,285	114,787	52,274	141,189	23,634	10,701
Paracentral (Cuscatlán, La Paz, Cabañas, San Vicente)	119,212	130,288	53,799	180,519	82,133	54,795
Oriental (Usulután, San Miguel, Morazán, La Unión)	238,091	198,452	101,084	297,210	150,990	104,385
Metropolitana (San Salvador)	401,274	375,994	194,194	531,187	128,176	109,511
Por área						
Urbana	717,525	652,046	326,166	916,778	237,630	188,463
Rural	341,944	399,378	161,709	529,602	221,484	145,821
Por Sexo						
Masculino	326,780	482,606	179,708	604,184	283,905	222,462
Femenino	732,689	568,818	308,167	842,196	175,210	111,823

FUENTE: ENECA-ELS 2015

CAPACIDAD FUNCIONAL.

Un enfoque de curso de vida hacia el envejecimiento saludable y activo, está basado, por lo tanto, en comportamientos individuales, así como en las políticas que influyen esos comportamientos y que determinan el entorno en el cual viven las personas.

Actualmente la evaluación del adulto mayor debe de ser multidimensional con la inclusión del área física, mental, social y funcional; esta última siendo un eje fundamental para identificar la función, ya que es una de las dimensiones más sensibles en la evaluación del paciente geriátrico dado que traduce la condición general de salud del paciente y se identifica el grado de independencia o dependencia. Conviene recordar que el objetivo de la geriatría es mantener la función cuando el paciente puede valerse por sí mismo o recuperarla cuando se ha deteriorado (9).

Por lo que una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional, la cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada.

Como se ha determinado hasta el momento la funcionalidad es multidimensional; sin embargo, para el aspecto particular de funcionalidad física, Rikli R en: Lobo y cols. 2007, la consideran como "la capacidad fisiológica y/o física para ejecutar las actividades de la vida diaria de forma segura y autónoma, sin provocar cansancio" (8); la funcionalidad o independencia funcional es aquella en la cual se pueden cumplir acciones requeridas en el vivir diario, para mantener el cuerpo y poder subsistir independientemente; por tanto, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la capacidad funcional está indemne.

La capacidad funcional del adulto mayor es definida como "el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno". Dicha capacidad viene determinada, fundamentalmente, por la existencia de habilidades psicomotoras, cognitivas y conductuales. La habilidad psicomotora, entendida como la ejecución de habilidades prácticas que requieren la actividad coordinada muscular, junto con un proceso cognitivo de intencionalidad, que son las bases para las actividades de la vida diaria. (11)

La funcionalidad es fundamental dentro de la evaluación geriátrica pues permite definir

el nivel de dependencia y plantear los objetivos de tratamiento y rehabilitación, así como instruir medidas de prevención para evitar mayor deterioro. La capacidad del paciente para funcionar puede ser vista como una medida de resumen de los efectos globales, de las condiciones de salud en su entorno y el sistema de apoyo social, y que progresivamente debe incorporarse dentro de la práctica clínica habitual y ser el pilar fundamental para sus cuidados. (28)

La evaluación del estado funcional es necesaria en virtud de que, el grado de deterioro funcional no puede estimarse a partir de los diagnósticos médicos en un adulto mayor, además el deterioro de la capacidad funcional constituye un factor de riesgo para numerosos eventos adversos como las caídas y la institucionalización.

Por esta razón la importancia de implementar políticas que garanticen rehabilitación y condiciones que permitan adaptación a los entornos físicos, puesto que se ha demostrado que mejora en gran medida el umbral de discapacidad, en pocas palabras esto se resume en la reducción notoria del nivel de deterioro de la persona. Dichas estrategias deben estar orientadas a ambientes adecuados para estas personas, acceso al transporte público, disponibilidad de rampas, utensilios de cocina que sean fácil de manipulación, entre otros. (20) Ya que un aspecto importante del adulto mayor que posee pocos recursos, es asegurar las necesidades básicas, proporcionado el acceso fácil a recursos de agua potable, ya que lo hace independiente a través de estrategias por las cuales se adapte el entorno para las personas mayores con discapacidades, especialmente para las personas mayores cuya capacidad funcional ya no puede recuperarse. Y así, en este sentido se busca mantener estilos de vida saludable, que mejoren su capacidad funcional y de este modo su calidad de vida. (20)

Para estimar la capacidad funcional se debe preguntar al adulto mayor por las actividades realizadas en el mismo día de la entrevista; si hay deterioro cognoscitivo la información se corroborará con el acompañante.

Si se identifica deterioro funcional se debe precisar la causa del mismo, asimismo se

debe precisar su tiempo de evolución (esto determina la potencial reversibilidad).

Para la evaluación funcional se deberá interrogar sobre lo normal y lo anormal en cuanto a su función social, ya que el deterioro funcional no debe de atribuirse al proceso de envejecimiento, porque se corre el riesgo de omitir el verdadero origen. Todos los cambios en el estado funcional deben conducir a una nueva evaluación diagnóstica.

La herramienta Katz Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) evalúa las actividades básicas de la vida diaria, sin evaluar actividades más avanzadas. El índice de Katz es muy útil para la creación de un lenguaje común acerca del funcionamiento del individuo para todo el equipo involucrado en la atención de salud del adulto mayor.

El Índice Para Evaluar Las Actividades Instrumentales De La Vida Diaria (AIVD) es la escala de Lawton es útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional de los y las adultas mayores que viven en sus domicilios. Esta escala se recomienda para la evaluación del adulto mayor que se considera con riesgos de perder su autonomía, ya sea por una enfermedad crónica o por estar recuperándose de un período de inmovilidad.

La observación directa de la funcionalidad es el método más exacto para la evaluación funcional, pero es impráctico a partir de los modelos de atención médica por lo que el autoinforme de las ABVD y las actividades instrumentales o intermedias de la vida diaria (AIVD) se deben corroborar, si es posible, por un informante, acompañante o cuidador.

Según Lazcano (2007) la clasificación habitual para la función es la siguiente (9):

1. Funcional o independiente: tiene la capacidad de cuidar de sí mismo y mantiene lazos sociales.
2. Inicialmente dependiente: requiere de cierta ayuda externa, como transporte o para las compras.
3. Parcialmente dependiente: necesita ayuda constante en varias de las actividades de la

vida cotidiana, pero aún conserva cierta función.

4. Dependiente funcional: requiere de ayuda para la mayor parte de las actividades de la vida cotidiana y necesita que alguien le cuide todo el tiempo.

POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR

En los últimos años se ha configurado el concepto de polifarmacia como consecuencia del empleo de múltiples fármacos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “El uso concomitante de tres o más fármacos”. (23)

La polimedición o polifarmacia se define como: la administración de varios medicamentos durante un tiempo prolongado. No parece haber consenso en dónde establecer el límite a partir del cual estaríamos hablando de polimedición, y en cualquier caso casi siempre son criterios arbitrarios. Para algunos autores tomar tan sólo dos medicamentos ya sería polimedición. Rollason y Vogt hablan de 4 para los pacientes ambulatorios y 10 para los institucionalizados. Monane y Cols, ponen el límite en cinco medicamentos, criterio que parece ser el más extendido. Además, se ha comprobado que un consumo por encima de 5 fármacos guarda una relación independiente con el uso inadecuado de los mismos. Bjerrum y Cols, consideran tres niveles: Polimedición menor, si se toman 2 ó 3 fármacos, moderada, de 4 a 5 medicamentos, y mayor si se toman más de 5 fármacos. (34)

La polifarmacia genera un gasto innecesario a nivel de presupuesto hospitalario, además de presentar la grave situación de que los pacientes se encuentran con un riesgo aumentado de sufrir reacciones adversas por dichos fármacos, falta de adherencia al tratamiento, interacciones farmacológicas y otras alteraciones relacionadas con el incumplimiento terapéutico.

La población geriátrica tiene gran prevalencia hacia la polifarmacia el cual aumenta en forma proporcional a la edad.

Es en Estados Unidos, Cuba y España, donde se han realizado más estudios descriptivos

al respecto de la polifarmacia. En un estudio cubano, se concluyó que el grupo de edades predominante para polifarmacia fue el de 65-69 años y el sexo el femenino. Predominó la hipertensión arterial, la osteoartritis y la cardiopatía isquémica como causas de morbilidad. Se constató un promedio de 3,1 fármacos prescritos como promedio por cada uno; y los grupos de fármacos más frecuentemente indicados fueron los hipotensores, los diuréticos, los psicofármacos, los analgésicos y los antidiabéticos; aunque también se evidenció que la auto prescripción estuvo al nivel de 2,3 preparados por adulto mayor. (42)

La mayoría de los estudios demuestra que las personas mayores de 65 años toman un promedio de 5 a 7 medicamentos, casi todos innecesarios. La incidencia de caídas y de otros efectos adversos aumenta sensiblemente con más de 4 drogas; además la adherencia al tratamiento es inversamente proporcional al número de las mismas.

Según el estudio de tesis de la Universidad de El Salvador, “Polifarmacia en adultos mayores en Hospital Regional de Sonsonate” publicado en 2014, (42) la prevalencia de polifarmacia en los adultos mayores fue en mujeres del 95% y para los hombres del 92%.

Las mujeres adultas mayores consumen 8.05 medicamentos en relación a los hombres que consumen 6.99 fármacos y en total un promedio 7.52 medicamentos por paciente.

Los diagnósticos más relacionados a la polifarmacia en los adultos mayores en orden decreciente fueron la hipertensión arterial, las musculoesqueléticas, endocrinológicas, gastrointestinales y oftalmológicas.

LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL ADULTO MAYOR

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es una de las enfermedades con mayor prevalencia, una de las principales causas de discapacidad y una de las primeras razones por las que muere la población adulta mayor. El incremento en la esperanza de vida, unida a factores genéticos y a una mayor exposición a factores de riesgo relacionados con cambios en el

estilo de vida (sedentarismo, obesidad, cambios nutricionales y estrés), son algunas de las explicaciones que se le han dado al incremento de la morbilidad y mortalidad por DM2, evidente principalmente a partir de los años 60. Además, la DM2 es un desorden metabólico complejo que se asocia con otros factores de riesgo para demencia como la edad, hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad y depresión, estos factores unidos a otros, de tipo socio demográficos y genéticos pueden ser determinantes importantes del incremento en el riesgo de demencia con la diabetes.

La DM2 conlleva un mayor riesgo de deterioro cognoscitivo, otra de las condiciones que aparece con la edad y que emerge como un problema de salud pública.

TABLA 3. INCIDENCIA DE NOTIFICACIÓN DE DIABETES MELLITUS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO, AÑOS 2013-2014, EL SALVADOR

Edad	Año 2013		Año 2014	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
<1 año	1	0.8	7	6.0
1 a 4 años	2	0.2	10	1.0
5 a 9 años	14	2.3	8	1.4
10 a 19 años	178	14	164	13
20 a 29 años	593	54	580	53
30 a 39 años	1921	227	1710	199
40 a 49 años	3394	529	3017	461
50 a 59 años	3790	820	3474	735
> 60 años	4641	686	4328	613
Sexo	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Hombres	4721	160	4328	146
Mujeres	9813	294	8970	267
Total	14534	231	13298	210

Fuente: Boletín epidemiológicos semana 8 2015. Resultados relevantes. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Población Adulta en El Salvador. ENECA-ELS (2014-2015) Publicada en marzo 2017.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL SALVADOR.

La hipertensión o presión arterial alta, es el principal factor de riesgo de muerte y enfermedad en todo el mundo.

El diagnóstico de hipertensión arterial en el adulto mayor sigue los mismos lineamientos que en el adulto más joven, es decir se deben realizar al menos tres tomas de la presión arterial (PA) en condiciones adecuadas y en visitas realizadas en días diferentes, considerando el brazo con la presión arterial más elevada. De acuerdo a los hallazgos obtenidos se considerarán pautas a seguir (Tabla 4), incluyendo en todas ellas los cambios en estilos de vida.

TABLA 4: SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS MAYORES.

ESTADIO	mm Hg	ACCION A SEGUIR
Optima	<120/80	Valorar anualmente en >75 años
Normal	120-130/80-85	Valorar anualmente en >75 años
Normal alta	130-139/85-89	Valorar anualmente
Grado I	140-159/90-99	Confirmar en 2 meses
Grado II	160-179/100-109	Confirmar antes de 1 mes
Grado III	>180/>110	Confirmar antes de 1 semana

FUENTES: Rev Med Hered. 2016; 27:60-66

De acuerdo a la estratificación del riesgo del paciente adulto mayor se decidirá el inicio de tratamiento farmacológico (Tabla 5). La fuerza de la asociación entre PA y riesgo de enfermedad cerebrovascular (ECV), isquémica y hemorrágica, se incrementa con la edad, siendo la HTA sistólica aislada un importante componente del riesgo de ECV relacionado con la PA.

TABLA 5: INDICACIONES PARA TRATAR PACIENTES ADULTOS MAYORES Y OBJETIVOS DE PRESION ARTERIAL BASADOS EN MEDICIONES CLINICAS Y EVIDENCIA DE ENSAYOS CLINICOS.

EDAD	PA (mm Hg)	Riesgo CV Alto	Inicio de tratamiento con fármacos
60-79 a	PAS \geq 160 o PAD \geq 100	Si o No	Si
60-79 a	PAS \geq 140 o PAD \geq 90	Si	Si
60-79 a	PAS \geq 140-159 o PAD \geq 90-99	No	Juicio clínico
\geq 80 a	PAS \geq 160	No	Si

FUENTE: *Rev Med Hered. 2016; 27:60-66*

La hipertensión arterial no controlada, es la principal causante de las enfermedades cardiovasculares, en particular infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares, también puede originar insuficiencia renal, ceguera, vasculopatía periférica e insuficiencia cardíaca.

Según la encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles en la población adulta en El Salvador, ENECA-ELS (2014-2015) la hipertensión arterial es la enfermedad no transmisible más prevalente. Con predominio en la Región Metropolitana. (28)

TABLA 6. INCIDENCIA DE NOTIFICACION DE HIPERTENSION ARTERIAL POR GRUPO DE EDAD Y SEXO, AÑOS 2013-2014, EL SALVADOR.

Edad	Año 2013		Año 2014	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
<1 año	5	4.2	1	0.9
1 a 4 años	7	0.7	2	0.2
5 a 9 años	10	1.7	10	1.7
10 a 19 años	252	19.6	226	18
20 a 29 años	1564	143.5	1451	131
30 a 39 años	3949	466.8	3158	368
40 a 49 años	6226	970.6	4997	764
50 a 59 años	6072	1314	5079	1075
> 60 años	10138	1500	8427	1193
Sexo	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Hombres	10547	357	8758	295
Mujeres	17676	530	14593	434
Total	28223	449	23351	369

FUENTE: BOLETIN EPIDEMIOLOGICO SEMANA 7 2015. Resultados relevantes. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Población Adulta en El Salvador. ENECA-ELS (2014-2015) Publicada en marzo 2017.

ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES EN EL ADULTO MAYOR.

Los problemas de salud relacionados con sistema osteomuscular constituyen hoy por hoy un problema que afecta a millones de personas sin diferenciar raza, clase social, sexo o edad, con importantes consecuencias a nivel económico y social. Abarcan músculos, tendones, esqueleto óseo, cartílagos, ligamentos y nervios; y dependiendo del nivel de afectación comprenden desde molestias leves y pasajeras hasta lesiones irreversibles, que pueden incluso dificultar o imposibilitar a la persona para trabajar y llevar una vida productiva y satisfactoria. (44)

La alta prevalencia de estas condiciones, hecho acentuado por el incremento inherente de la población mundial y de su expectativa de vida, así como la necesidad de atención y tratamientos médicos prolongados, intervenciones quirúrgicas y programas de rehabilitación, convierte a las enfermedades y trastornos del sistema osteomuscular en una de las categorías médicas más costosas, representando, según datos de la

Organización Mundial de la Salud – OMS (2008), un costo global aproximado de un cuarto del total de los presupuestos gubernamentales destinados al área de salud de países desarrollados y en vías de desarrollo.

De la gran diversidad de trastornos asociados al sistema músculo esquelético, cerca de ciento cincuenta enfermedades y síndromes, los mayor incidencia son aquellos relacionados con dolor severo constante y discapacidad: enfermedades de las articulaciones (osteoartritis, artritis inflamatoria, artritis reumatoide y espondilopatías seronegativas); osteoporosis; dolor de espalda y enfermedades de la columna; patologías y enfermedades infantiles; y lesiones causadas por accidentes de tránsito y laborales (OMS, 2008; IHME,2010; BJD, 2012).

Según el estudio “Enfermedades Frecuentes En El Adulto Mayor Dependiente” publicado en El Salvador en 2015 las enfermedades osteomusculares más frecuentes son Artrosis, osteoporosis, aplastamientos vertebrales, enfermedades por depósito de cristales (gota, pseudogota), enfermedad de Paget, fracturas (cadera) y traumatismos.

SALUD MENTAL EN EL ADULTO MAYOR.

Más de un 20% de las personas adultas mayores sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6.6% de la discapacidad de este grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. Los trastornos de ansiedad afectan al 3.8% de la población adulta mayor. (37)

DEPRESION

Según la OMS, la depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (37) Es una enfermedad grave que trastorna vidas, familia y trabajo, llegando a afectar la salud física; de no tratarse podría incluso ocasionar la muerte.

La etiología es multifactorial, incluyendo factores biológicos, psicológicos y sociales. Las causas de depresión pueden ser además primarias o secundarias. Dentro de las primarias se encuentran las causas biológicas, de la cual la teoría más popular es la de alteración en aminos cerebrales: serotonina, dopamina y noradrenalina; además muchos autores postulan que, en las depresiones, sobre todo en las de menor intensidad, es de mayor importancia la presencia de factores psicógenos, ya sean dinámicos o conductuales. (37)

Las causas secundarias comprenden el uso de drogas, ya que se han descrito al menos 200 medicamentos que pueden ocasionar depresión, pero la gran mayoría de ellos solo la produce ocasionalmente. También dentro de las causas secundarias se encuentran las enfermedades orgánicas, ya que cualquier enfermedad, especialmente las graves, pueden causar una depresión como reacción psicológica, siendo especialmente cierto en SIDA, neoplasias, enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Además, los trastornos neurológicos tanto de la corteza cerebral como de las estructuras subcorticales (Alzheimer, Parkinson, Huntington). Asimismo, trastornos endocrinos, de los cuales los principales son tiroideos, y de ellos, el hipotiroidismo. (37)

En el estudio “Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana” realizado en Guadalajara, México, en 2001, se encontró una prevalencia de depresión del 36.2%; 43,2% de las mujeres y 27,1% de los hombres. En la condición de hábitat urbano, la falta de empleo y la viudez representaron altos valores como factores de riesgo; por lo que es posible considerar que estos dos factores representan pérdidas y que la pérdida es uno de los principales elementos en la etiología de la mayoría de las depresiones. (44)

Según Tanner, en 2005, se estima que de 30% a 50% de todos los adultos mayores tendrán un episodio de depresión durante el transcurso de sus vidas. (45)

En el estudio “Depresión en ancianos: prevalencia y factores de riesgo” realizado en 2013, en Barcelona, España, se realizó diagnóstico de depresión a un 34.5% de los

adultos mayores estudiados en base a la escala de depresión geriátrica abreviada de Yesavage. (46)

ANSIEDAD

La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, mal adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades.

Los trastornos de ansiedad han sido encontrados con una alta prevalencia en el paciente adulto mayor en todos los estudios recientes. Pero quizás sea el de Beekman y cols. (43) El más ilustrativo tras estratificar la muestra por edad y sexo, cifrando su prevalencia en el 10,2%. Clásicamente se han asociado a unos denominados factores de vulnerabilidad (sexo femenino, bajo nivel educativo, vivir en soledad, enfermedad crónica concomitante y limitación funcional), que también se corroboran en este estudio. Otra característica de gran interés es su asociación con dos síndromes geriátricos: depresión y demencia. De hecho, hasta el 80% de los pacientes con diagnóstico primario de trastorno depresivo tienen niveles altos de ansiedad y alrededor del 50% de los diagnosticados de ansiedad generalizada presentaban a su diagnóstico síndrome depresivo. Paralelamente, hasta el 35% de los pacientes con demencia presentaba síntomas de ansiedad que, sin embargo, no se correlacionaba con la propia gravedad de la demencia.

TABLA 7: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DEPRESIÓN-ANSIEDAD Y ANSIEDAD ÚNICA

Depresión asociada con ansiedad		Ansiedad única
INICIO Y EMPEORAMIENTO	Tardío por la mañana	Precoz por la tarde
Sentimientos	Desesperanza	Indefensión
Sueño	Despertar temprano	Sueño tardío
Ansiedad	Acerca del pasado	Acerca del futuro
Gravedad De Los Síntomas	Importante	No incapacitante
Suicidio	Riesgo alto	Riesgo bajo

FUENTE: Manuel Antón Jiménez Noemí Gálvez Sánchez Raquel Esteban Saiz. *SINDROMES GERIÁTRICOS. Depresión y ansiedad (41)*

FORMAS CLÍNICAS

Siguiendo la clasificación DSM IV, y por orden de frecuencia de presentación en el adulto mayor:

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA. Se caracteriza por ansiedad anticipatoria, hipervigilancia, tensión emocional y temores excesivos. Se asocia al menos con seis de los siguientes síntomas: temblor, desasosiego, tensión muscular, fatiga (tensión motora) disnea, taquicardia, sudoración, sequedad de boca, mareos, tiritona, disfagia (hiperactividad autonómica) insomnio, dificultad de concentración, irritabilidad (hipervigilancia). Suele debutar muchos años antes, siendo considerado como un rasgo de personalidad, pero el propio envejecimiento o circunstancias relacionadas con él pueden exacerbarlo hasta hacerlo claramente patológico.

TRASTORNO FÓBICO. Consiste en un temor persistente hacia un objeto, situación o actividad. Quizás la más destacable y frecuente en el adulto mayor sea la agorafobia, pero ya se suele presentar en edades previas y simplemente se agudiza. La fobia social es persistente en el adulto mayor por causas físicas (adenticia, temblor, etc.) o psíquicas, con maniobras de evitación (demencias). Por tanto, a veces son la única expresión de una patología de base que hay que investigar.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Se describe como obsesiones recurrentes, de entidad suficiente como para interferir la rutina o las relaciones laborales o sociales del individuo. Las obsesiones pueden consistir en ideas, impulsos o incluso imágenes recurrentes que se experimentan de forma inapropiada; es decir, no son simples preocupaciones; lo realmente patológico es la propia vivencia de esas sensaciones. Quizás la ideación obsesiva religiosa sea la más frecuente en adultos mayores.

TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO. Es idéntico al de otras edades, y existen muy pocos datos en edades avanzadas.

El tratamiento idóneo del trastorno de ansiedad en el adulto mayor debe contemplar ineludiblemente la psicoterapia y el tratamiento farmacológico, muchas veces de forma conjunta.

ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR

En el envejecimiento se produce cambios biológicos, psicológicos y sociales y un descuento de la capacidad de reserva de todos los órganos, presentando un mayor riesgo de padecer enfermedades, que trascienden de la interacción de factores genéticos y ambientales, que encierran estilos de vida, hábitos alimentarios, actividad física y presencia de enfermedades. Siendo la nutrición un factor importante en el proceso de envejecimiento, el estado nutricional de los adultos mayores es expresado por los requerimientos y la ingesta. Cualquier estimación del estado nutricional, por lo tanto, corresponde incluir información sobre estos factores, con la entidad de ayudar a deducir la etiología de posibles privaciones, plantear las intervenciones corregidoras y evaluar su efectividad. Los requerimientos energéticos declinan con la edad en asociación con la pérdida de masa magra y la disminución de la actividad física.

Los adultos mayores representan una población de mayor riesgo de presentar problemas en el estado nutricional, tanto por el propio proceso de envejecimiento, que aumenta las necesidades de algunos nutrientes y produce una menor capacidad de regulación de la ingesta de alimentos, como otros factores asociados a él: cambios físicos, psíquicos,

sociales y económicos. (44)

El estado nutricional de la población adulta mayor está determinado por los requerimientos y la ingesta; ellos a su vez están influenciados por otros factores, como la actividad física, los estilos de vida, la existencia de redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de salud o enfermedad y restricciones socioeconómicas. (45)

La valoración clínica del estado nutritivo mediante técnicas simples, pretende obtener una aproximación de la composición corporal de un individuo, conociendo la dieta habitual, cambios en la ingesta o cambios en el peso como asimismo la capacidad funcional del individuo. De esta forma, la evaluación del estado nutricional debe incluir antropometría, algunos parámetros bioquímicos, indicadores de independencia funcional y actividad física, como asimismo evaluar patrones de alimentación, ingesta de energía y nutrientes.

Métodos antropométricos para evaluar el estado nutricional. Las mediciones antropométricas más comunes utilizadas son: peso, talla, pliegues tricípital, subescapular y supra ilíaco, circunferencias de brazo, cintura y caderas y diámetros de muñeca y rodilla. El IMC para los adultos mayores se estima actualmente entre 23-28 kg/m², cuyos niveles elocuentemente más altos o bajos que este rango son claramente no recomendables.

OBESIDAD

- La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

- Alguna vez considerados problemas de países con ingresos altos, la obesidad y el sobrepeso están en aumento en los países con ingresos bajos y medios, especialmente en las áreas urbanas.
- La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial. Cada año mueren, como mínimo, 2.6 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso. En 2008, 1500 millones de adultos (de 20 y más años) tenían sobrepeso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos.
- Para frenar la epidemia mundial de obesidad es necesaria una estrategia poblacional, multisectorial, multidisciplinaria y adaptada al entorno cultural. El Plan de Acción de la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, señala una ruta para el establecimiento y fortalecimiento de iniciativas de vigilancia, prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles, entre ellas la obesidad.

Con un compromiso político sostenido, el empoderamiento de la población y la colaboración intersectorial será posible lograr una regulación adecuada de la industria alimenticia y la publicidad engañosa; un equilibrio entre la actividad física periódica y los hábitos alimentarios más saludables; incidiendo de esta manera en la reducción de las enfermedades crónicas relacionadas.

NEOPLASIAS EN EL ADULTO MAYOR.

El factor de riesgo individual más importante para el cáncer es el envejecimiento. De hecho, más del 60% de los casos de cáncer en los Estados Unidos ocurren en las personas de 65 años o más. Dado que los adultos mayores con cáncer y sus familias a menudo tienen necesidades distintas que en el caso de los adultos jóvenes y los niños, las personas de este grupo etario deben tener en cuenta dichas necesidades al tomar decisiones sobre su atención médica y su tratamiento. (45)

Ciertas afecciones médicas que son comunes en los adultos mayores, como la cardiopatía, la artritis y la presión arterial elevada, a menudo afectan el tratamiento

contra el cáncer y la recuperación. A menudo las afecciones coexistentes aumentan el riesgo de sufrir complicaciones luego de la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. Además, quizás deba tener en cuenta factores adicionales como la expectativa de vida y la interacción entre fármacos. Las condiciones que son potencialmente reversibles, como la depresión, pueden tratarse antes o durante el tratamiento contra el cáncer. Otro factor a tener en cuenta son las cuestiones prácticas y emocionales. Por ejemplo, los individuos más viejos pueden depender de otros para el transporte y el acceso al tratamiento. Esta dependencia puede demorar o interrumpir el tratamiento. Cada adulto mayor con cáncer se enfrenta a desafíos distintos, ya que cuando se trata de los adultos mayores con cáncer, la edad es solo un número. Cada adulto mayor tendrá niveles de salud y de independencia, distintos y una expectativa diferente de tratamiento. Por eso, la edad de una persona no debe ser el único factor a tener en cuenta a la hora de determinar las opciones de tratamiento contra el cáncer.

El problema del diagnóstico precoz de la enfermedad tiene características particulares e interesantes. Entre las más importantes, podemos señalar: (45)

- El envejecimiento per se no parece ser la causa fundamental de la enfermedad; generalmente se acepta que a medida que se prolonga la vida del individuo, aumenta proporcionalmente el período de exposición a numerosos cancerígenos, lo cual incrementa el riesgo para el cáncer.
- La presencia de síntomas de varias enfermedades crónicas puede enmascarar las manifestaciones tempranas de las neoplasias malignas.
- En muchos casos, los adultos mayores no reciben todos los beneficios de los programas de detección precoz para el cáncer. Ello se debe a diversas razones (insuficiencia del seguro médico para cubrir las acciones diagnósticas del pesquizado, autoaislamiento del individuo, inadecuada educación sanitaria y la existencia de una política de salud que, en líneas generales, está más dirigida a la terapéutica que a la prevención de la enfermedad).

Con los constantes avances en la ciencia médica y sus especialidades, cada vez existen más tratamientos para la enfermedad neoplásica lo que implica, para muchos tumores, una mayor supervivencia. Dicho de otro modo, a igual número de pacientes con cáncer la mortalidad real ha descendido, pero el aumento considerable de la población mayor, con relación a otros grupos de edad, aparece el cáncer como que provoca mayor mortalidad global.

Sin embargo, mientras mayor es el adulto mayor, parece que la prevalencia de cáncer disminuye. Así, se tiene una prevalencia de cáncer en autopsias:

75 a 85 años = 36 %

> 95 años = 20 %

>100 años = < 10 %

Con la excepción del cáncer de vía biliar, todas las demás neoplasias disminuyen al avanzar la edad, dentro del grupo de los adultos mayores. Es la segunda causa de muerte entre los 65 y 85 años, y sólo la 4ª en los mayores de 95 años.

La diferencia principal del cáncer en las personas mayores con respecto a los más jóvenes es su localización. Así, en los hombres maduros los cánceres más frecuentes son el cáncer de próstata, de colon y recto y de pulmón. En las mujeres de más de 50 años el cáncer más frecuente es el de mama, seguido del de ovario, pulmón, colon y recto.

INFECCIONES FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR.

La presentación de enfermedades infecciosas en los adultos mayores es causa de preocupación debido a que las prevalencias, las manifestaciones clínicas, la etiología, la sensibilidad y especificidad de pruebas diagnósticas, el diagnóstico diferencial, el tratamiento y la respuesta al tratamiento son distintos a las de otros grupos etarios. (48)

Por otro lado, a los adultos mayores de 80 a más años de edad se les relaciona con mayor riesgo de fragilidad por la disminución de la capacidad funcional y por sus características de morbilidad y mortalidad asociada.

El proceso de envejecimiento demográfico va acompañado de un cambio en el perfil epidemiológico de la población, observándose que de un predominio de las enfermedades infecciosas se evoluciona hacia un predominio de enfermedades crónicas no transmisibles en edades más avanzadas, este proceso se denomina transición epidemiológica.

Existiría también una etapa en que ambos tipos de enfermedades coexistirán, por lo que se espera una doble carga de enfermedad dentro de este grupo etario. Por lo tanto, los adultos mayores tendrán mayor probabilidad de presentar enfermedades crónicas no transmisibles y consecuentemente requerirán de más servicios de salud.

Ciertas infecciones tienen mayor prevalencia en el adulto mayor que en los jóvenes. En el caso de las neumonías adquiridas en la comunidad, la frecuencia se triplica, mientras que las infecciones urinarias se multiplican por 20.

Las infecciones más comunes se deben a bacterias piógenas, en particular vías urinarias, neumonías, diverticulitis, endocarditis, bacteriemias e infecciones de tejidos blandos, sobre todo pie diabético. La frecuencia de infecciones nosocomiales se incrementa con la edad, no solo por un mayor número de hospitalizaciones, sino también por una mayor susceptibilidad a la infección por día de internamiento.

Los internamientos en casa de reposos o asilos favorecen también la frecuencia de infecciones, tanto como por el tipo de pacientes en ellas como por condiciones de hacinamiento; otras infecciones importantes son las causadas por la tuberculosis, *Legionella pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*, en relación con los cambios de inmunidad celular ya mencionados.

Entre las infecciones virales de mayor frecuencia se encuentran los cuadros de influenza, herpes zóster y gastroenteritis viral. La meningitis reportada como de relativa frecuencia

en el adulto mayor es la consecutiva a neumococos, mientras que las infecciones por meningococos y *Haemophilus influenzae* son raras.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Entre los datos clínicos más específicos de infección en la población general se halla la presencia de fiebre y leucocitosis, fenómenos muchas veces ausentes en el paciente adulto mayor.

La presencia de leucocitosis disminuye hasta en 40%. En consecuencia, su ausencia no descarta la presencia de una infección.

En el caso de la temperatura, la media de la temperatura basal en las personas adultas mayores es con frecuencia menor de 37° C y la respuesta febril se encuentra atenuada, en particular en individuos aquejados de fragilidad. Para una mejor valoración de los cambios de temperatura en el paciente de edad avanzada se ha propuesto que la fiebre se defina como:

- Cualquier elevación persistente de la temperatura de al menos 1.1° C sobre la temperatura basal.
- Temperaturas en la cavidad bucal de 37.2° C o mayores de forma persistente.
- Temperaturas rectales de 37.5° C o mayores.

La presentación del cuadro infeccioso varía en grado considerable de acuerdo a la edad del individuo y su grado de comorbilidad y discapacidad, ya sea ésta mental o funcional.

NEUMONIA:

Es una de las principales infecciones de la persona adulta mayor; su presentación clínica muestra una serie de cambios que ejemplifican las dificultades diagnósticas presentadas por este tipo de pacientes. La tos, fiebre e incluso la frecuencia de esputo no son en definitiva la regla; no es apropiado esperar un antecedente de dolor torácico, escalofrío y expectoración. La observación de los cambios del estado mental, actitud física,

movilidad e ingestión puede arrojar indicios para el diagnóstico oportuno de un proceso consolidación pulmonar.

TUBERCULOSIS:

La reactivación de la infección de la tuberculosis, en particular en pacientes en casas de reposo, se catalogó como un problema epidemiológico desde hace 25 años. La presentación como síndrome de fragilidad es común, por lo que la aparición de fatiga, debilidad, hiporexia y pérdida de peso requiere estudios y radiografías pertinentes. Una última nota: la tuberculosis en el adulto mayor, de manera más común que en otras poblaciones, puede presentarse en cualquier órgano.

En un estudio de morbilidad y mortalidad del adulto mayor en un servicio de medicina de un hospital general del Perú, en el año 2010 se encontró lo siguiente: dentro de las patologías infecciosas encontradas, la neumonía adquirida en la comunidad fue la segunda enfermedad en frecuencia en los adultos mayores de 60 a 79 años y la primera en los adultos mayores arriba de 80, además en éstos la neumonía fue más frecuente siendo esta diferencia estadísticamente significativa. (49)

Algunos estudios no reportan diferencias importantes en la presentación y frecuencia de esta enfermedad en ambos grupos de adultos mayores; sin embargo, otros informan diferencias en la incidencia (cinco veces mayor en adultos mayores de 65 a 69 comparado con mayores de 90 años), mortalidad (dos veces mayor en mayores de 90 años), factores de riesgo, presentación clínica, y resultado luego del tratamiento.

Sin embargo, es conocido que en ambos grupos de adultos mayores existen cambios en la respuesta inmunológica y en la fisiología respiratoria; que son propias del proceso de envejecimiento y los hacen más propensos a desarrollar neumonía.

Respecto al agente etiológico, estudios reportan agentes similares en ambos grupos.

Dentro de los factores de riesgo que hacen más propensos a los adultos mayores más ancianos tenemos: malnutrición, procesos aspirativos y la comorbilidad asociada, como

la enfermedad cardíaca crónica, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y la demencia.

Respecto a la presentación clínica esta es semejante en ambos grupos, sin embargo, los adultos mayores de 80 años a más presentan menos dolor y menos síntomas respiratorios, pero presentan con mayor frecuencia episodios afebriles y alteración del estado de conciencia.

Respecto a la evolución en adultos mayores, un tercio de los mayores de 80 años hospitalizados por neumonía desarrolló una o más complicaciones como insuficiencia cardíaca y confusión aguda. Otro estudio prospectivo en mayores de 80 años, encontró 25% de mortalidad al año del alta y 53% de readmisión.

Los procesos sépticos resultaron ser la segunda causa infecciosa de morbilidad y la primera causa de defunción en el grupo estudiado.

Estos procesos se han estudiado de manera comparativa con el resto de población adulta; sin embargo, su estudio de manera comparativa entre adultos mayores se ha reportado en escasas oportunidades.

Un estudio reporta a la edad como factor predictor de mortalidad en adultos con sepsis, además reporta que los sobrevivientes a un proceso séptico requieren mayores cuidados de rehabilitación y cuidados especializados de enfermería luego de la hospitalización.

Un estudio prospectivo en adultos mayores muestra que el daño orgánico fue renal y respiratorio, siendo los puntos de partida más frecuentes en vías urinarias, infección de vías respiratorias bajas y bacteriemia primaria. Se observó además que en adultos mayores de 80 a más años se observó más frecuentemente; leucocitosis con desviación izquierda, agentes causales polimicrobianos, mayor frecuencia de alteración de la conciencia y shock séptico, así como mayor tendencia a tratamiento antibiótico inadecuado por los síntomas y signos irregulares, no específicos y de presentación tardía.

La literatura médica muestra que existen diferencias en la incidencia, en los factores de riesgo, en las manifestaciones clínicas y la evolución en ambos grupos de adultos mayores. El grupo de adultos mayores de 80 años a más es más susceptible a presentar patología infecciosa respiratoria o séptica y una mayor mortalidad luego de un proceso infeccioso.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- Descriptivo, de corte Transversal.

PERÍODO DE INVESTIGACIÓN:

- 01 de Noviembre de 2017 a 31 de Diciembre de 2017

UNIVERSO (UNIDADES DE OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS):

- Adultos mayores (60 años y más) que consultaron en la UCSFI Lourdes en el período del 01 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2017.

MUESTRA:

- Se realizó un muestro aleatorio simple del total de adultos mayores (60 años y más) que consultaron en la UCSFI Lourdes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Durante el período de los meses de enero a agosto de 2017, la población adulta mayor que consultó es de 1773 personas, por lo que se tomó ese valor como total de la población adulta mayor que consulta en la UCSFI Lourdes.

Con una población de 1773 personas, con un nivel de confianza del 95%, proporción esperada de 0.05% y con un error aceptable del 5%, el tamaño muestral resultó igual a 70 personas.

El cálculo se detalla a continuación, utilizando la fórmula para poblaciones finitas

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- N = Total de la población equivalente a 1773

- $Z_{\alpha} = 1.96$ al cuadrado (ya que la seguridad es del 95%)
- $p =$ proporción esperada (en este caso $5\% = 0.05$)
- $q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.05 = 0.95$)
- $d =$ precisión (5%).

$$n = \frac{1773 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.05^2(1773-1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95}$$

$$n = 70$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Que los pacientes se encontraran en edades de 60 años y más sin distinción de sexo.
- Que los adultos mayores hayan consultado la UCSFI Lourdes por enfermedades crónico-degenerativas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no pertenecen al área geográfica de Lourdes.
- Personas que no deseen participar en dicho estudio.

COMPONENTES	TÉCNICA	FUENTES DE INFORMACIÓN
- Los principales factores de riesgo socio-demográficos.	-Por medio de la entrevista.	Información brindada por los pacientes que consultan la UCSF Lourdes.
-Los principales factores de riesgo biológicos, psicológicos y la polifarmacia.	- Por medio de la entrevista y la Escala de depresión geriátrica (EDGA).	-Resultado de los diferentes test utilizados para medir la funcionalidad de los adultos mayores que consultan la UCSF Lourdes.
-La capacidad funcional de los adultos mayores.	-Por medio de Escala de Katz modificada y de Lawton.	-Expedientes clínicos de los pacientes en estudio.

Técnicas de obtención de información:

- Se obtuvo la información a partir de un instrumento, el cuál contenía algunos test autorizados para medir la capacidad funcional de cada adulto mayor.

El método utilizado fue:

1. Captar a los adultos mayores mientras se encontraban en la sala de espera para su consulta con médico geriatra.
2. Solicitarles con todo respeto su participación en el presente trabajo de investigación y obtener su aprobación, explicando con detalle de que se trata dicho estudio y la importancia de su colaboración, a la vez garantizarle la debida confidencialidad respecto a la información. Agregando que dicha participación es meramente voluntaria y que puede retirarse en cualquier momento si así lo desea, sin ninguna repercusión en la atención brindada.
3. Posteriormente se les solicitó a los adultos mayores que firmasen el instrumento de consentimiento informado, el cual se entregó juntamente con el instrumento de

recolección de datos.

4. Se les pidió responder las interrogantes establecidas en el instrumento de recolección de datos con la mayor veracidad posible.
5. Al terminar el llenado de instrumento se les agradeció su participación.
6. Posteriormente se procedió a la revisión de expediente clínico de ser necesario.

Mecanismos de confidencialidad y resguardo de los datos:

- Posterior a la recolección de la información se elaboró una base de datos de ésta, en donde no se exponen números de expedientes de los pacientes, ni datos personales de los mismos, ya que esta información se manejó sólo por los investigadores y luego fue almacenada por números correlativos por cinco años para su posterior eliminación.

Procesamiento y análisis de información:

- Siguiendo a la aprobación del protocolo de investigación se realizaron las entrevistas a los adultos mayores, mediante el llenado del instrumento de recolección de datos. Posteriormente se analizaron los datos mediante una distribución o tabla de frecuencias relativas y absolutas, haciendo uso de Microsoft Excel para la tabulación y gráficas de los resultados.

CONTROL DE SESGOS.

Como estrategia de control de sesgos, en el presente estudio, se hizo uso de la aleatorización, la cual consiste en asignar, de forma aleatoria, los individuos a los diferentes grupos de estudio, garantizando así que todos los individuos tengan la misma probabilidad de pertenecer a cualquiera de los dos grupos. Con lo cual se garantizó la homogeneidad de los grupos respecto a las variables de confusión, tanto conocidas como no conocidas.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	RECOLECCIÓN DE DATOS	VALORES	
Enumerar los principales factores de riesgo socio demográficos	-Edad	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio. 	-Respuesta espontánea del entrevistado.	Instrumento de recolección de datos.	EDAD :	
	-Sexo	<ul style="list-style-type: none"> Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer. 			60-70 a	SEXO:
	-Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto 			70-80 a	F o M
	-Escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente 			>80 a	ESTADO CIVIL:
Dependencia económica.					Soltero Casado Viudo Acompañado ESCOLARIDAD Primaria Básica Bachillerato Universidad Ninguno DEPENDENCIA ECONÓMICA: -Dependiente	

<p>Detallar los principales factores de riesgo biológicos, psicológicos y la polifarmacia.</p>	<p>Diabetes Mellitus</p> <p>Hipertensión Arterial</p> <p>Enfermedades Osteomusculares.</p> <p>-Depresión</p> <p># de fármacos utilizados.</p>	<p>Evento estresante (enfermedad, cambios en el medio ambiente o en el ritmo de vida, etc) que puede provocar que el organismo no sea capaz de dar respuesta ante un aumento de las necesidades corporales.</p> <p>Es todo evento estresante que provoque un deterioro de las funciones mentales de una persona</p> <p>Se define como el uso de 3 o más fármacos en forma simultánea.</p>	<p>Expediente clínico y respuesta espontánea del entrevistado.</p> <p>Escala de Depresión Geriátrica Abreviada (EDGA)</p>	<p>Instrumento de recolección de datos</p>	<p>-Independiente.</p> <p>HGT: 70-130 mg/dl.</p> <p>P/A: Estadio 1: 140-159 (Ps) ó 90-99 (Pd). Estadio 2: >60 (Ps) ó >100 (Pd).</p> <p>ENF. OSTEO-MUSCULARES</p> <ul style="list-style-type: none"> -Artritis -Fracturas -Lumbalgias <p>>2 puntos: Sugiere Depresión</p> <p><2 puntos Normal</p> <p>3 o más (Polifarmacia)</p> <p>Menos de 3 Normal</p>
--	---	---	---	--	--

<p>Establecer la capacidad funcional de los adultos mayores</p>	<p>Evaluación de las actividades básicas de la vida diaria.</p> <p>Evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria.</p>	<p>Está estrechamente ligado al concepto de autonomía, definida como el grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como desean hacerlo, esto implica, tomar las propias decisiones, asumir responsabilidades y reorientar sus propias acciones.</p>	<p>Mediante: Escala de Katz Modificada</p> <p>Escala de Lawton</p>		<p>KATZ Y LAWTON</p> <p>-Independiente</p> <p>-Requiere asistencia</p> <p>-Dependiente</p>
---	--	--	--	--	--

RESULTADOS

Para dar respuesta al primer objetivo específico: enumerar los principales factores de riesgo sociodemográficos de la población en estudio, se analizó la información obtenida en los datos generales del instrumento utilizado y en las preguntas 4 y 5, de dicho instrumento, presentándose los siguientes resultados:

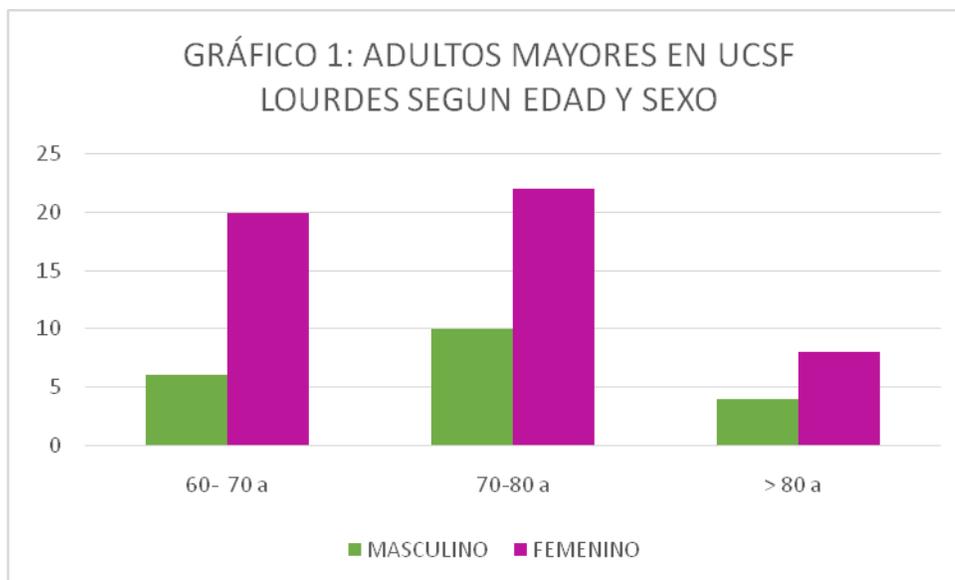
- Edad

La población adulta mayor que asiste a la UCSF Lourdes se encuentra principalmente en el rango de edad de 70 a 80 años, como se describe en la siguiente tabla de frecuencia:

- Sexo

La población estudiada es prevalentemente femenina, conformando un porcentaje de 72 %, frente a un 28% de pacientes masculinos.

A continuación, una representación gráfica por edad y sexo.



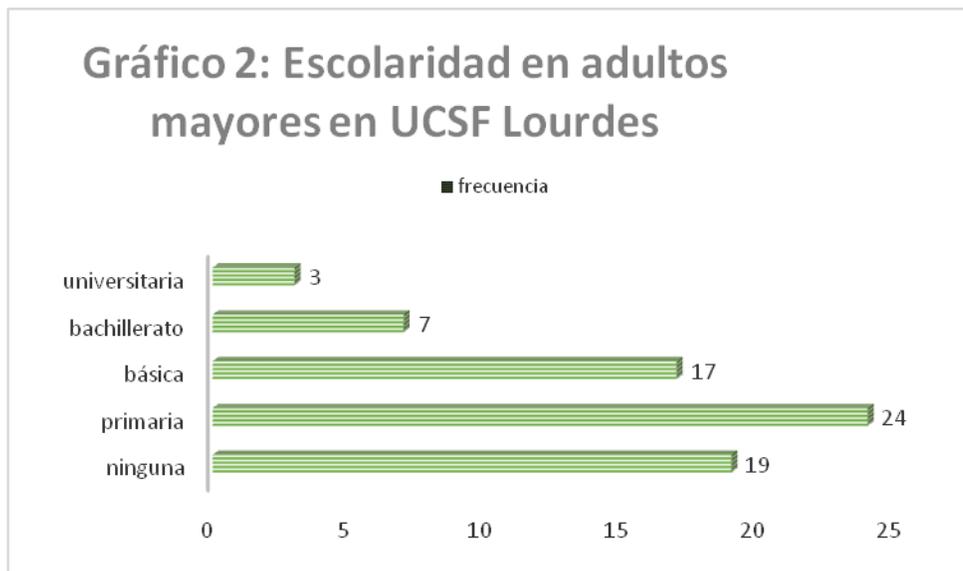
Fuente: Instrumento “Factores de riesgo y su impacto en la funcionalidad de los adultos mayores en el período de noviembre – diciembre de 2017”

- **ESTADO CIVIL**

La población adulta mayor estudiada es principalmente soltera, constituyendo el 49%, seguido de la población casada que representa el 17 %.

- **ESCOLARIDAD**

La mayoría de la población estudiada ha cursado estudios de primaria, representando el 34%, aunque cabe resaltar que la población que no ha cursado ningún estudio representa el 27%.



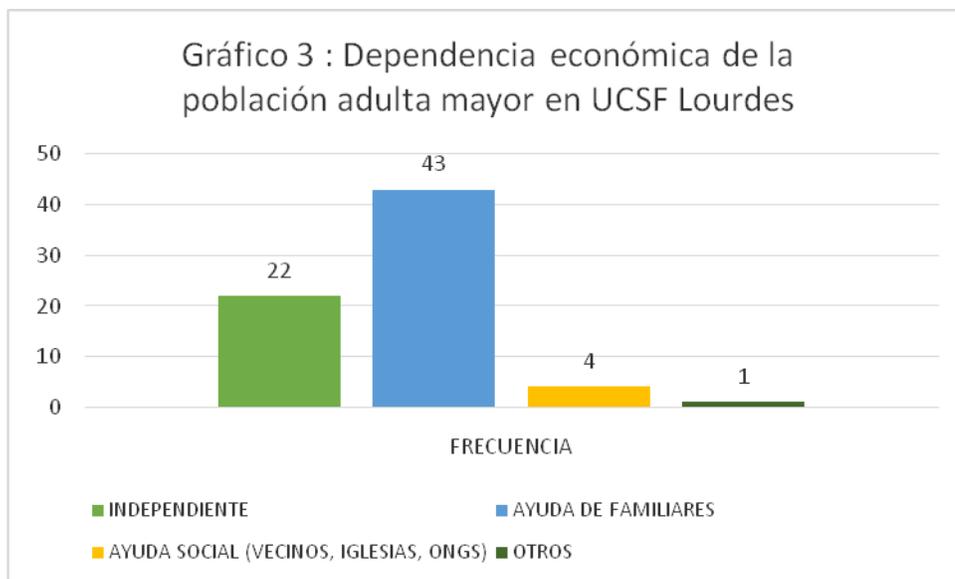
Fuente: Instrumento “Factores de riesgo y su impacto en la funcionalidad de los adultos mayores en el período de noviembre – diciembre de 2017”

- **ABANDONO**

Dentro de la población estudiada, la mayoría, representando el 71.4% vive en compañía, principalmente de familiares, tales como hijos, nietos ó hermanos, siendo del total un 54%, mientras que el restante 46% vive en compañía de su cónyuge. Solamente el 28.6 % vive solo.

- **DEPENDENCIA ECONÓMICA**

La mayoría de la población es dependiente de sus familiares, ya sea estos, hijos, hermanos o nietos, representando el 61 %; seguida de la población independiente, que, dedicándose al comercio, o con empleos informales, e incluso por medio de pensiones de retiro laboral constituye el 31%. Mientras que un 6% de la población refiere ser sostenida económicamente por ayuda social procedente de vecinos, iglesias y organizaciones no gubernamentales (ONG).



Fuente: Instrumento “Factores de riesgo y su impacto en la funcionalidad de los adultos mayores en el período de noviembre – diciembre de 2017”

Para darle respuesta al segundo objetivo **“Principales factores de riesgo biológicos, psicológicos y de polifarmacia en la población estudiada”**, tomaremos como referencia, la pregunta 1, la cual puede determinarse de la siguiente manera:

- **DIABETES MELLITUS TIPO 2**

La población diabética es del 24.3% de todos los adultos mayores entrevistados, de los cuáles son en su mayoría del sexo masculino.

- HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La población de adultos mayores con Hipertensión Arterial tiene una proporción significativa del 60%, siendo el sexo femenino el que prevalece con un 45%.

La población que padece de Hipertensión Arterial corresponde a un 60% del total de adultos mayores entrevistados. Con una frecuencia mayor del sexo femenino.

- ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES

De nuestra población adulta mayor con padecimientos osteomusculares, entre los cuáles pueden mencionarse la artritis, fracturas, osteoporosis, entre otras, más del 50% padecen alguna de éstas, siempre predominando el sexo femenino.

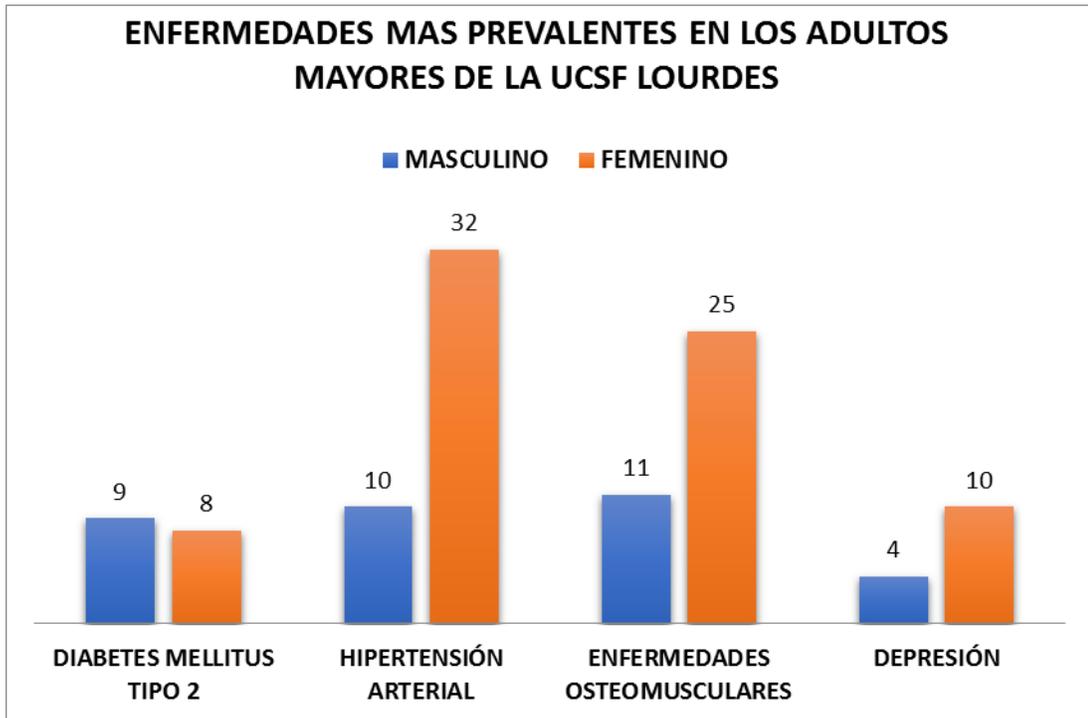
DEPRESIÓN

De los adultos mayores entrevistados que presentaron síntomas de Depresión, se obtuvo un porcentaje del 20% en ambos sexos, partiendo de la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada de Yesavage.

Se obtuvieron resultados satisfactorios, ya que es un porcentaje bajo el que presentó síntomas de depresión entre nuestros adultos mayores estudiados, con un porcentaje del 20%, al igual que la misma frecuencia de ambos sexos.

A continuación, se muestra una gráfica comparativa de las diferentes enfermedades encontradas en los adultos mayores estudiados, los cuáles consultaron la UCSF Lourdes, ordenadas por frecuencia de sexo:

GRÁFICA 4: ENFERMEDADES MÁS PREVALENTES EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA UCSF LOURDES



Fuente: Instrumento “Factores de riesgo y su impacto en la funcionalidad de los adultos mayores en el período de noviembre – diciembre de 2017”

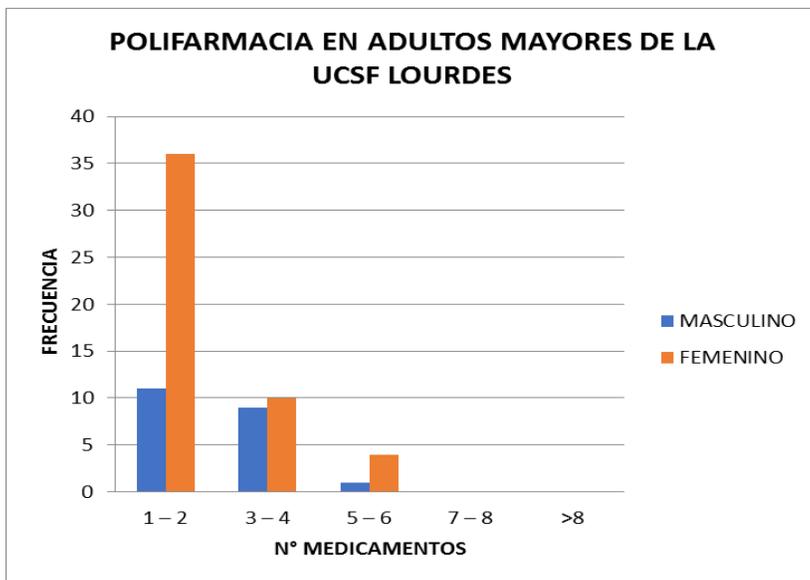
POLIFARMACIA

La polifarmacia se entiende como el uso concomitante de 3 o más medicamentos por una misma persona.

Es posible clasificar la polimedicación en base al número de medicamentos; si se consumen de 2 a 3 medicamentos, como polimedicación menor, moderada si se consumen de 4 a 5 y mayor si se utilizan más de 5 medicamentos. En la población estudiada, la polimedicación más frecuente es menor.

A continuación, se presenta una gráfica que muestra la frecuencia de polifarmacia en los adultos mayores que consultaron la UCSF Lourdes.

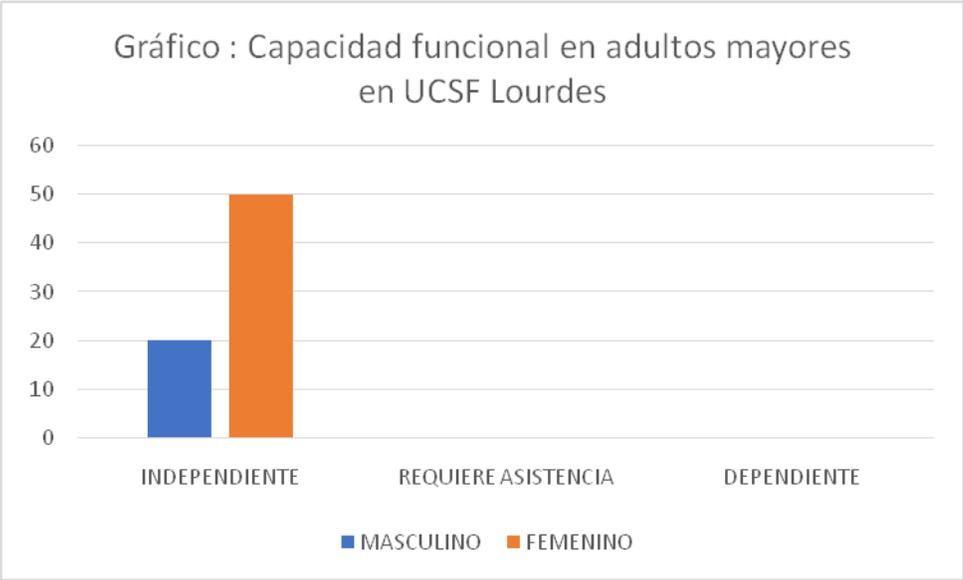
GRÁFICA 5: POLIFARMACIA EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA UCSF LOURDES



Fuente: Instrumento “Factores de riesgo y su impacto en la funcionalidad de los adultos mayores en el período de noviembre – diciembre de 2017”

Para el tercer objetivo: “**Establecer la capacidad funcional de los adultos mayores, se hizo uso de las escalas de actividades básicas de la vida diaria -de Katz- y de actividades instrumentales de la vida diaria -de Lawton**”, estableciéndose el 100% de la población estudiada, como independiente, en ambas escalas, sin embargo cabe resaltar, que de los indicadores de la escala de Lawton, un porcentaje representativo del 48% requiere asistencia en uno o dos de dichos indicadores, con más frecuencia requieren asistencia en el uso del teléfono y en el uso de medios de transporte.

GRÁFICA 6: CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE LA UCSF LOURDES



Fuente: Instrumento “Factores de riesgo y su impacto en la funcionalidad de los adultos mayores en el período de noviembre – diciembre de 2017”

DISCUSIÓN

Los datos encontrados en el presente estudio, reflejan que el sexo que predominó fue el sexo femenino, con un total de 50 mujeres, que equivalen a un 72%, en comparación con un total de 20 hombres, que representan el 28%; esto coincide con los datos estadísticos a nivel de América Latina y El Caribe, donde existe un predominio del 55% de adultos mayores del sexo femenino, en comparación de un 45% del sexo masculino.

Con relación a la edad, se observa un predominio en el rango comprendido entre los 70 y 80 años, que corresponde a un porcentaje del 46%.

La zona de procedencia de los adultos mayores estudiados es en un 100% perteneciente a la zona urbana.

La mayoría de la población estudiada, de ambos sexos, refiere como estado civil ser soltero en un 49%, y con mucha menor frecuencia ser casados que equivale a un 17%.

Con respecto al nivel de educación encontrado en los adultos mayores se obtuvo que un 34% ha cursado estudios de primaria, mientras que un 27% no ha realizado ningún curso educativo.

La condición económica de los adultos mayores que en este estudio fue más predominante es el desempleo con ayuda familiar que representa el 61%. Sin dejar de lado, que existen adultos mayores económicamente productivos, equivalente a un 31%.

La hipertensión arterial fue la enfermedad crónica más prevalente en la mayoría de los adultos mayores, con un porcentaje del 60%, seguida de las enfermedades osteomusculares con un 51%.

Un 20% de la población tanto femenina, como masculina, presenta depresión, en base a la escala de depresión geriátrica abreviada de Yesavage.

Un 34.3% de la población estudiada presenta polifarmacia, siendo más frecuente en el sexo masculino, con un 50% de todos los hombres que utilizan 3 ó más fármacos, lo que equivaldría a una polimedicación menor, contra un 28% de mujeres; principalmente

fármacos hipotensores y analgésicos.

Respecto a la funcionalidad de los adultos mayores se concluyó que el 100% de los estudiados eran funcionales en base a la escala de actividades básicas -de Katz-. Con respecto a la escala de actividades instrumentales -de Lawton- se encontró un porcentaje del 48% que requiere asistencia para realizar actividades, principalmente el uso del teléfono y de medios de transporte.

CONCLUSIONES

- Se determinó que la población de adultos mayores en estudio cumple con las siguientes características: sexo femenino, en un porcentaje del 72%; con un rango de edad más frecuente entre los 70 y los 80 años, siendo éste del 46%; además con bajo nivel de escolaridad ya que el 34% ha realizado únicamente estudios de primaria, mientras que un 27% no ha cursado ningún grado escolar.
- La condición económica de los adultos mayores estudiados fue predominantemente el desempleo con ayuda familiar.
- La hipertensión arterial fue la enfermedad crónica más prevalente en la mayoría de los adultos mayores, seguida de las enfermedades osteomusculares.
- Un 20% de la población tanto femenina como masculina presenta depresión, según la escala de Yesavage.
- Un 34.3% de la población estudiada presenta polifarmacia, siendo más frecuente en el sexo masculino con un 50 % de todos los hombres que utilizan 3 ó más fármacos, lo que equivaldría a una polimedicación menor, contra un 28% de mujeres, principalmente el uso de fármacos hipotensores y analgésicos.
- Los test estandarizados de evaluación funcional son de utilidad clínica al permitir clasificar a la población adulta mayor respecto a su estado de salud.
- Al aplicar los test de funcionalidad en la población adulta mayor es posible clasificarla como independiente.
- El impacto que tienen los diferentes factores de riesgo estudiados (sociodemográficos, biológicos y psicológicos) en la funcionalidad del adulto mayor, es un impacto menor en dicha población, ya que la mayoría de personas son independientes de acuerdo a los test utilizados para medir la antes mencionada.

RECOMENDACIONES

- Que los resultados obtenidos en la presente investigación sean una base para posteriores estudios de alto impacto en relación a la atención integral del adulto mayor.
- Que se haga efectiva de manera obligatoria, en el primer nivel de salud, la estrategia operativa de atención integral del adulto mayor que ordena la creación de clubes del adulto mayor, y que éstos sean liderados por médico geriatra.
- Se recomienda a la Unidad Comunitaria en Salud Familiar Lourdes que se incluya en el trabajo comunitario, las visitas domiciliarias para dar mayor cobertura a la población adulta mayor.
- Se hace necesaria la inclusión de los test estandarizados de capacidad funcional, en el control de atención integral en salud de la población adulta mayor.
- Establecer estrategias de IEC (Información, educación y comunicación) orientados a la atención integral de la población adulta mayor, con énfasis en la capacidad funcional como indicador de su salud y su correcta evaluación, por medio de test estandarizados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dirección general de estadísticas y censos. Encuesta de hogares de propósitos múltiples (EHPM 2016). Disponible en: <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/ehpm/publicaciones-ehpm.html>
2. Organización Panamericana de la Salud. El envejecimiento, cómo superar mitos. Washington, DC: OPS; 1999. p. 1-15.
3. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. Septiembre/2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
4. Roxana Gisela Cervantes Becerra, Enrique Villarreal Ríos, Liliana Galicia Rodríguez, Emma Rosa Vargas Daza y Lidia Martínez González. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. Science Direct 2013 Elsevier España, Journal Atención Primaria Volume 47, Issue 6, June–July 2015, Pages 329-335.
5. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos. México 2007. Disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S003636342007001000004&script=sci_arttext
6. MORALES, Nancy Beatriz. Estado nutricional y factores de riesgo en adultos mayores, Unidad Comunitaria de Salud Familiar, Ilopango, San Salvador, Enero-Mayo 2013. Universidad de El Salvador, 2013.
7. Varela LF. Valoración geriátrica integral, Geriatría 1ª parte. Revisión y diagnóstico. Vol 42 No 2, Marzo- Abril 2003. Disponible en <http://www.fihu-diagnostico.orgpe/revista/numeros/2003/marabro03/38-42.html>.
8. Organización Mundial de la Salud. Perfil de Países. País El Salvador. OMS 2017. Disponible en: <http://www.who.int/countries/slv/es/>
9. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Envejecimiento. OMS 2017. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
10. Organización Mundial de la Salud. Programas y Proyectos. Envejecimiento y ciclo de vida. OMS 2017. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/>

11. ABELLÁN VAN KAN, Gabor; ABIZANDA SOLER, Pedro; ALASTUEY GIMÉNEZ, Carmen (et all) Coordinación editorial: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C) Alberto Alcocer, 13, 1º D, 28036 Madrid. Tratado de Geriatria para Residentes. Organización Española de Geriatria y Geriologia. Capítulo 1: DEFINICIÓN Y OBJETIVOS DE LA ESPECIALIDAD DE GERIATRÍA. Pág 26.
12. MELGAR. Felipe Grupo Editorial La Hoguera, 2012. Geriatria y gerontología para el médico internista. Capítulo 1: Características del envejecimiento. Teorías. Envejecimiento exitoso. Pag. 27
13. Baltes P. Behavioral health and aging: Theory & research on selective optimization with compensation. The Gerontologist 2004; 44: 190.
14. Birren J, Schroots J. History, concepts, and theory in the psychology of ageing. En: Birren J, Schaie K, editores. Handbook of the psychology of aging. 4.ª ed. San Diego: Academic Press; 1996
15. Erikson E. El ciclo vital completado. Barcelona: Paidós; 2000, pp. 66-71.
16. Gómez Montes JF. Valoración integral del anciano sano. Manizales: Artes Gráficas Tizan; 2002, pp. 500.
17. Dulcey-Ruíz E. Psicología del envejecimiento. En: López J, Cano C, Gómez J, editores. Geriatria Fundamentos de Medicina. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB; 2006, pp. 64-8.
18. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre envejecimiento y salud. Publicado por Organización Mundial de la Salud, 2015. Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza
19. REBARREN, Alberto. Proyecto de Ley: Creación del Programa de Atención a los Adultos Mayores. Provincia de Mendoza, Argentina. Disponible en: <http://www.hcdmza.gov.ar/proy/viewer.php?nro=43677>
20. FRENK MORA, Julio; RUELAS BARAJAS, Enrique; TAPIA CONYER, Roberto; Et. all. Programa de Acción: Atención Al envejecimiento, México 2001.

21. Fernandez. E y Sanchez Gomez. C. Estudio de la capacidad funcional y calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor institucionalizado. TOG (A Coruña) Revista de terapia ocupacional Galicia. 2014. 11(20): 14p. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num20/pdfs/original2.pdf>
22. Marín-Larraín P. Manual de geriatría y gerontología. Chile: Universidad Católica de Chile; 2002
23. Martín-Alcalde M, Espinosa-Gilmeno E, Yela-Gonzalo G. La farmacoterapia en el paciente anciano. Boletín farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha 2008;9(3). Disponible en http://sescam.jccm.es/web1/profesionales/farmacia/usoRacional/documentos/IX_03_FarmacoterapiaAnciano.pdf
24. Martínez-Querol C, Pérez-Martínez VT, Carballo Pérez M, Larrondo-Viera JJ. Polifarmacia en los adultos mayores. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005;21(1-2). Texto libre en <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v21n1-2/mgi121-205.pdf>
25. Velázquez G, Madrid Y, Quick JD. Reforma sanitaria y financiación de los medicamentos. Organización Mundial de la Salud; 1999. p. 4-9. Texto libre en <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ime10568.pdf>
26. Grupo de Estudio de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental. Hombres, envejecimiento y salud. Conservar la salud a lo largo de la vida. Ginebra; Organización Mundial de la Salud; 2001. Texto libre en <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-hombres-01.pdf>
27. Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Mundo-Rosas V, Morales-Ruán C, Cervantes-Turrubiates L, Villalpando-Hernández S. Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. Salud Publica, Mex. 2008;50(5):383-89. Texto libre en <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v50n5/a11v50n5.pdf>

28. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Decretos: Fechas conmemorativas. Decreto 144. Diario Oficial N° 23 Tomo N° 314. 5 de febrero de 1992.
29. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Decretos Legislativos ⁵⁴ materia de Derecho de Familia. Decreto 717. CAPITULO I: OBJETO DE LA LEY, DERECHOS Y DEBERES; CAPITULO II: ATENCION INTEGRAL. Diario Oficial. N° 231, Tomo 357, del 09 de diciembre del 2002.
30. Forttes VP. Las Personas Mayores en Chile: Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. Ed. Libro Blanco; 2009. Disponible en: <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/ENVEJECIMIENTO%20ACTIVO.pdf>
31. RODRIGUEZ Daza, Karen. VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO. Grupo de Investigación en Actividad Física y Desarrollo Humano, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Bogotá, Colombia. Editorial Universidad del Rosario 2011.
32. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre el envejecimiento y la salud. Mayo 2017. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
33. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) GUÍA CLÍNICA PARA ATENCIÓN PRIMARIA A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES. Primera edición. Marzo, 2002. Módulo 3: Evaluación funcional del Adulto Mayor.
34. Colegio de farmacéuticos de la provincia de Santa Fe. ACTUALIDAD FARMACÉUTICA. CONCEPTO Y FACTORES DETERMINANTES DE LA POLIMEDICACIÓN. 2012.

ANEXO 1: ESCALAS DE EVALUACIÓN DE FUNCIONALIDAD.

Para el caso ABVD y AIVD se elegirá la letra que más predomine en ambos test, para colocarlo en la ficha de inscripción y en la hoja de control.

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)¹

ÍNDICE DE KATZ MODIFICADO

Información obtenida:		Actividad	Guía para evaluación
Paciente	Informante		
I A D	I A D	Bañarse	I = Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para una parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda. A = Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera. D = Completamente incapaz para darse un baño por sí mismo.
I A D	I A D	Vestirse	I = Capaz de escoger ropa, vestirse/desvestirse, manejar cinturones/sujetadores; excluido el atarse los zapatos. A = Necesita ayuda pues solo está parcialmente vestido. D = Completamente incapaz de vestirse/desvestirse por sí mismo.
I A D	I A D	Apariencia Personal	I = Capaz de peinarse, afeitarse sin ayuda A = Necesita ayuda para peinarse, afeitarse D = Completamente incapaz de cuidar su apariencia
I A D	I A D	Usar el inodoro	I = Capaz de ir al inodoro, sentarse y pararse, ajustar su ropa, limpiar órganos de excreción; usa orinal solo por la noche. A = Recibe ayuda para acceder a y usar el inodoro, usa orinal regularmente. D = Completamente incapaz de usar el inodoro.
I A D	I A D	Continencia	I = Micción/defecación autocontrolados. A = Incontinencia fecal/urinaria parcial o total, o control mediante enemas, catéteres, uso regulado de orinales. D = Usa catéter o colostomía.
I A D	I A D	Trasladarse	I = Capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama/silla sin asistencia humana o mecánica A = Necesita ayuda humana o mecánica. D = Completamente incapaz de trasladarse; necesita ser levantado.
I A D	I A D	Caminar	I = Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón. A = Necesita asistencia humana/andador, muletas D = Completamente incapaz de caminar; necesita ser levantado.
I A D	I A D	Alimentarse	I = Capaz de alimentarse completamente a sí mismo. A = Necesita ayuda para cortar o untar el pan, etc. D = Completamente incapaz de alimentarse a sí mismo o necesita alimentación parenteral.

CÓDIGOS: I = INDEPENDIENTE A = REQUIERE ASISTENCIA D = DEPENDIENTE

¹ Traducido y adaptado con permiso de *Modules in Clinical Geriatrics* by Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society.

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)¹

ESCALA DE LAWTON

Información obtenida de:		Actividad	Guía para evaluación
Paciente	Informante		
I A D	I A D	Capacidad para usar el teléfono	I = Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada. A = Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda en marcar los números. D = Totalmente incapacitado para realizar una llamada por teléfono por sí mismo.
I A D	I A D	Uso de medios de transporte	I = Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio auto. A = Sólo viaja si lo acompaña alguien. D = No puede viajar en absoluto.
I A D	I A D	Ir de compras	I = Realiza todas las compras con independencia. A = Necesita compañía para realizar cualquier compra. D = Totalmente incapaz de ir de compras.
I A D	I A D	Preparación de la comida	I = Organiza, prepara y sirve las comidas adecuadamente y con independencia. A = Calienta, sirve y prepara comidas ligeras, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda. D = Necesita que le preparen y sirvan las comidas.
I A D	I A D	Control de sus medicamentos	I = Es capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta. A = Toma su medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis. D = No es capaz de administrarse su medicación.
I A D	I A D	Manejo de sus asuntos económicos	I = Maneja los asuntos económicos con independencia. A = Realiza los gastos cotidianos pero necesita ayuda para manejar su cuenta de banco y hacer grandes compras, etcétera. D = Incapaz de manejar su dinero.
Códigos: I = independiente A = requiere asistencia D = dependiente			

¹ Traducido y adaptado con permiso de Modules in Clinical Geriatrics by Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society.

ANEXO 2: ESCALA DE DEPRESION GERIÁTRICA ABREVIADA DE YESAVAGE

1. ¿Se siente básicamente satisfecho con su vida? Si___ No___
2. ¿Se aburre con frecuencia? Si___ No___
3. ¿Se siente inútil frecuentemente? Si___ No___
4. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas? Si___ No___
5. ¿Se siente frecuentemente desvalido y que no vale nada? Si___ No___

SUGIERE DEPRESIÓN: UN PUNTAJE $> 6 = 2$.

Fuente: Sheikh JL, Yesavage, JA. "geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version" Clinical Gerontology 1986,5: 165-172.

ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UCSF BARRIO LOURDES

Este consentimiento informado se dirige a hombres y mujeres adultos mayores que son atendidos en la UCSF (Unidad Comunitaria en Salud Familiar) Lourdes y que se les invita a participar en la investigación: **“Factores de riesgo y su impacto en la funcionalidad de los adultos mayores en el período de Octubre-Noviembre de 2017”** realizada por Médicos del Servicio Social de la UCSF Lourdes, procedentes de la Universidad de El Salvador.

Ésta investigación incluye el llenado de consentimiento informado y posteriormente el instrumento de recolección de datos compuesto por un #3 hojas.

Estamos invitando a todos los adultos mayores que son atendidos en la UCSF Lourdes para participar en el presente trabajo de investigación, su participación es totalmente voluntaria, usted puede elegir participar o no hacerlo, y de no hacerlo continuarán todos los servicios que reciba en ésta unidad de salud y nada cambiará. Además usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.

Le pediremos su colaboración respondiendo una serie de interrogantes sobre las enfermedades que padece, algunos datos generales y medicamentos que utiliza. Además responderá test en #2 destinados a clasificar la capacidad funcional que usted posee al momento, con preguntas básicas sobre sus actividades diarias.

El llenado del instrumento solo se hará una vez por cada paciente y no lo compromete a visitas posteriores a ésta unidad de salud, ni le generará ningún costo económico.

Si usted participa puede que no haya beneficio para usted, pero es probable que su participación nos ayude a encontrar una respuesta a la pregunta de la investigación, a la vez es probable que generaciones futuras se beneficien.

La información recogida se mantendrá confidencial, y sólo los investigadores tendrán acceso a verla, así como Personal designado para evaluación y aprobación de dicho trabajo de investigación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado a participar en la investigación sobre los factores de riesgo y mi capacidad funcional, además he sido informado de que no existen riesgos para mi salud, ni recibiré recompensa económica por participar.

He leído la información proporcionada ó me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente colaborar en ésta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

Fecha y Hora: _____

En caso de incapacidad para el llenado del instrumento:

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo: _____

Firma: _____

Fecha y Hora: _____

Huella dactilar del participante:

Investigador:

UCSF LOURDES, SAN SALVADOR

Fecha: _____

Expediente: _____ Edad: _____

Sexo: F ___ M ___ Área: Urbana ___ Rural ___

Estado civil: Soltero ___ Casado ___ Divorciado ___ Viudo ___ Acompañado ___

Nivel de escolaridad: Primaria ___ Básica ___ Bachillerato ___ Universidad ___ Ninguno ___

1. ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?

- Diabetes Mellitus 2: sí _____ no _____
- Hipertensión arterial: sí _____ no _____
- Enfermedades osteomusculares (artritis, fracturas, lumbalgias, osteoporosis)
sí _____ no _____
- VIH: Sí _____ No _____
- Otras _____ ¿cúal(es)? _____

2. ¿CUÁNTOS MEDICAMENTOS UTILIZA?

1-2 ___ 3-4 ___ 5-6 ___ 7-8 ___ 8 ó + ___

3. ¿PARA QUE TIPO DE ENFERMEDADES UTILIZA MEDICAMENTOS?

HIPERTENSION ARTERIAL ___ DIABETES MELLITUS ___

ENF. TIROIDEAS ___ ENF. OSTEOMUSCULARES ___

ENF. CARDIOVASCULARES ___ ANTIRETROVIRALES ___

OTROS ___ ¿CUÁLES? _____

4. ¿Vive solo? Sí ___ No ___ ¿Con quién vive? _____

5. ¿De quién depende económicamente? Independiente ____ Ayuda de familiares (hijos, hermanos, nietos) ____ Ayuda social (vecinos, iglesia, ONG's) _____
Otros ____ ¿Quién? _____

ESCALA DE DEPRESION GERIÁTRICA ABREVIADA DE YESAVAGE

1. ¿Se siente básicamente satisfecho con su vida? Si ____ No ____
2. ¿Se aburre con frecuencia? Si ____ No ____
3. ¿Se siente inútil frecuentemente? Si ____ No ____
4. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?
Si ____ No ____
5. ¿Se siente frecuentemente desvalido y que no vale nada?
Si ____ No ____

SUGIERE DEPRESIÓN: UN PUNTAJE DE 2 Ó MÁS

Fuente: Sheikh JL, Yesavage, JA. "geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version" Clinical Gerontology 1986,5: 165-172.

ANEXO 4: RESULTADOS

Fuente: Instrumento “Factores de riesgo y su impacto en la funcionalidad de los adultos mayores en el período de noviembre – diciembre de 2017”

TABLA 1: EDAD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE UCSF LOURDES.

EADAES	FRECUENCIAS ABSOLUTAS		FRECUENCIAS RELATIVAS	
	SIMPLE	ACUMULADA	SIMPLE	ACUMULADA
60-70 años	26	26	37%	37%
70-80 años	32	58	46%	83%
>80 años	12	70	17%	100%

TABLA 2: POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN UCSF LOURDES SEGÚN SEXO.

SEXO	FRECUENCIA ABSOLUTA		FRECUENCIA RELATIVA	
	SIMPLE	ACUMULADA	SIMPLE	ACUMULADA
MASCULINO	20	20	28%	28%
FEMENINO	50	70	72%	100%

TABLA 3: POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN UCSF LOURDES SEGÚN ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA ABSOLUTA		FRECUENCIA RELATIVA	
	SIMPLE	ACUMULADA	SIMPLE	ACUMULADA
SOLTERO	34	34	48.6%	48.6%
CASADO	12	46	17.1%	65.7%
ACOMPañADO	5	51	7.1%	72.8%
DIVORCIADO	4	55	5.8%	78.6%
VIUDO	15	70	21.4%	100%

TABLA 4: ABANDONO EN POBLACION ADULTA MAYOR EN UCSF LOURDES.

¿VIVE SOLO?	FRECUENCIA ABSOLUTA		FRECUENCIA RELATIVA	
	SIMPLE	ACUMULADA	SIMPLE	ACUMULADA
SI	20	20	28.6%	28.6%
NO	50	70	71.4%	100%

TABLA 5: DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA UCSF LOURDES

¿TIENE DIABETES?	FEMENINO				MASCULINO			
	FRECUENCIA ABSOLUTA		FRECUENCIA RELATIVA		FRECUENCIA ABSOLUTA		FRECUENCIA RELATIVA	
	SIMPLE	ACUMULADA	SIMPLE	ACUMULADA	SIMPLE	ACUMULADA	SIMPLE	ACUMULADA
SÍ	8	8	16%	16%	9	9	45%	45%
NO	42	50	84%	100%	11	20	55%	100%
TOTAL DE DIABÉTICOS					17		24.3%	

TABLA 6: HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES DE LA UCSF LOURDES

¿TIENE HTA?	FEMENINO				MASCULINO			
	FRECUENCIA ABSOLUTA		FRECUENCIA RELATIVA		FRECUENCIA ABSOLUTA		FRECUENCIA RELATIVA	
	SIMPLE	ACUMULADA	SIMPLE	ACUMULADA	SIMPLE	ACUMULADA	SIMPLE	ACUMULADA
SÍ	32	32	64%	64%	10	10	50%	50%
NO	18	50	36%	100%	10	20	50%	100%
TOTAL DE HIPERTENSOS					42		60%	

TABLA 7: ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA UCSF LOURDES

¿TIENE ENF. OSTEOMUSC.??	FEMENINO				MASCULINO			
	FRECUENCIA ABSOLUTA		FRECUENCIA RELATIVA		FRECUENCIA ABSOLUTA		FRECUENCIA RELATIVA	
	SIMPLE	ACUMULADA	SIMPLE	ACUMULADA	SIMPLE	ACUMULADA	SIMPLE	ACUMULADA
SÍ	25	25	50%	50%	11	11	55%	55%
NO	25	50	50%	100%	9	20	45%	100%
TOTAL					36		51.4%	

TABLA 8: DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA UCSF LOURDES

¿TIENE DEPRESIÓN??	FEMENINO				MASCULINO			
	FRECUENCIA ABSOLUTA		FRECUENCIA RELATIVA		FRECUENCIA ABSOLUTA		FRECUENCIA RELATIVA	
	SIMPLE	ACUMULADA	SIMPLE	ACUMULADA	SIMPLE	ACUMULADA	SIMPLE	ACUMULADA
SÍ	10	10	20%	20%	4	4	20%	20%
NO	40	50	80%	100%	16	20	80%	100%
TOTAL					14		20%	

TABLA 9: POLIFARMACIA EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA UCSF LOURDES

N° MEDICAMENTOS	MASCULINO	%	FEMENINO	%
1 – 2	11	55%	36	72%
3 – 4	9	45%	10	20%
5 – 6	1	5%	4	8%
7 – 8	0	0	0	0
>8	0	0	0	0
POLIFARMACIA	10		14	
PORCENTAJE DE POLIFARMACIA		50%		28%

TABLA 10: CAPACIDAD FUNCIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA UCSF LOURDES SEGÚN ESCALA DE LAWTON

CAPACIDAD FUNCIONAL	FRECUENCIA ABSOLUTA		FRECUENCIA RELATIVA	
	SIMPLE	ACUMULADA	SIMPLE	ACUMULADA
INDEPENDIENTE	36	36	52%	52%
REQUIERE ASISTENCIA	34	70	48%	100%
DEPENDENCIA	0	0	0	0