1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

Enfermedades Crónicas y su relación con limitaciones funcionales en pacientes que pertenecen a la Asociación "Pro Defensa del Adulto Mayor de Vilcabamba" en el periodo mayo – octubre 2013.

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTORA:

Gabriela Lucía Sánchez Gahona

DIRECTORA:

Dra. M. Lorena Vallejo Delgado

Loja - Ecuador

2013

ENFERMEDADES CRÓNICAS Y LIMITACIÓN FUNCIONAL

CERTIFICACIÓN

Dra. M. Lorena Vallejo Delgado

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNL.

DIRECTORA DE TESIS

Certifico:

Que el presente trabajo de investigación titulado: Enfermedades Crónicas y su relación con limitaciones funcionales en pacientes que pertenecen a la Asociación "Pro Defensa del Adulto Mayor de Vilcabamba" en el periodo mayo – octubre 2013, de autoría de la Srta. Gabriela Lucía Sánchez Gahona, ha sido revisada y se ajusta a los requisito legales exigidos por la Carrera de Medicina del Área de la Salud Humana, por lo que autorizo su presentación y doy mi consentimiento para que se continúe con los trámites necesarios para la obtención del grado.

Loja, 21 de octubre de 2013

Dra. Lorena Vallejo Delgado

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Gabriela Lucía Sánchez Gahona declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autor: Gabriela Lucía Sánchez Gahona

Firma:_____

Cédula: 1104175565

Fecha: 31 de octubre del 2013

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo **Gabriela Lucía Sánchez Gahona** declaro ser autora de la tesis titulada: Enfermedades Crónicas y su relación con limitaciones funcionales en pacientes que pertenecen a la Asociación "Pro Defensa del Adulto Mayor de Vilcabamba" en el periodo mayo – octubre 2013, como requisito para optar al grado de Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 31 días del mes de octubre del dos mil trece, firma el autor.

Firma _____

Autor: Gabriela Lucía Sánchez Gahona

Cédula: 1104175565

Dirección: Brasil y Pio Jaramillo Correo electrónico: gabilusaga@gmail.com

Teléfono: 2583996 Celular: 0997130697

Director de Tesis: Dra. M. Lorena Vallejo Delgado

Tribunal de Tesis:

Presidente: Dr. Germán Vélez

Miembro de Tribunal: Dra. Sandra Cuenca

Miembro de Tribunal: Dra. Verónica Vélez

DEDICATORIA

Me encantaría ver tu cara de orgullo al saber que con este proyecto se define uno de mis más grandes sueños. Pues fue justamente en ti en quien yo aprendí a valorar y a entender las necesidades de los adultos mayores, de donde surgió este reto de realizar esta investigación.

Gracias por creer en mí, por darme fuerzas cuando ya pensé que todo estaba perdido. En realidad fue muy poco lo que pude hacer por ti. Me hubiese gustado aliviar mucho más tus dolencias. Pues más a tu lado me sentía impotente.

Pero sin embargo y a pesar de todo. Para ti siempre fui tú Para: médico.

Todo esto es por ti.

JM.

Loja, 16/10/2013

AGRADECIMIENTO

Agradecida infinitamente con Dios, quien bajo su bendición puso en mi camino un reto que parecía casi imposible de cumplir y que ahora se constituye en mi vocación.

No puedo dejar de lado a mis Padres quienes siempre han sido mi ejemplo y mi inspiración para salir adelante sola. A pesar de las distancias y circunstancias que tuvimos que pasar. Su respaldo, principios y bendiciones siempre me acompañaron. Gracias por su esfuerzo.

A mi hermana Viviana quien ocupa un lugar muy importante en el desarrollo de mi vida, A Juan Luis que desde la distancia y su poca expresividad siempre supe que estabas feliz por lo que yo podía lograr.

A mis sobrinos, tíos, abuelos, primos y amigos, que de una u otra forma supieron apoyarme a cumplir mi objetivo y confiaron en mí.

A mis compañeros que más que eso se constituyeron en hermanos. Ya que nos vimos en situaciones de tristeza y de alegría. Pero caminamos juntos.

A la UNL, prestigiosa institución por permitirnos crecer y formarnos como profesionales al servicio de nuestra sociedad, basándonos siempre en principios éticos.

A la Dra. Lorena Vallejo, que a pesar de no haber tenido la oportunidad de conocerla antes como docente, ha demostrado responsabilidad y conocimiento durante la revisión del presente documento.

A la Asociación de adultos mayores, con quien tuve la oportunidad de compartir un viaje muy motivador y quienes desinteresadamente abrieron sus puertas y me dieron cabida para desarrollar mí proyecto.

TÍTULO

Enfermedades Crónicas y su relación con limitaciones funcionales en pacientes que pertenecen a la Asociación "Pro Defensa del Adulto Mayor de Vilcabamba" en el periodo mayo – octubre 2013.

I. RESÚMEN

Las intervenciones destinadas a prevenir, controlar condiciones crónicas y enfermedades asociadas a la edad avanzada, están en demanda, no sólo debido a un imperativo demográfico, sino también como resultado de los avances científicos, la migración, la disminución de la tasa de fecundidad, la mayor esperanza de vida, nos ponen frente a una población que envejece con rapidez, comparada con la de los países desarrollados. La vejez no es una enfermedad, pero un hecho si indiscutible es que características específicas del anciano, conllevan a una mayor morbilidad. El presente estudio fue diseñado con el objetivo de determinar las limitaciones funcionales producidas por las enfermedades crónico degenerativas en los adultos mayores que pertenecen a la Asociación "Pro Defensa del Adulto Mayor de Vilcabamba". Se realiza la presente investigación de tipo Descriptivo- Correlacional, de corte transversal. Muestra constituida por 100 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión. Los instrumentos utilizados fueron el test de Katz (ABVD) y el índice de Lawton y Brody (AIVD). Las tres enfermedades más frecuentes fueron: hipertensión arterial 43.37 a 47.61%, diabetes 21.68 a 23.80% y artropatías entre un 11.9 a 21.68%. La patología que generó mayor dependencia para la realización de las ABVD fue la diabetes. Para las AIVD existió algún grado de dependencia para todas las patologías. Existe la necesidad que se realice una real evaluación, sistemática e integral de los pacientes, que se introduzcan planes individualizados, que permitan a las personas ancianas, lograr, su autonomía y reintegración tanto familiar como a la comunidad, garantizando calidad de vida digna, del paciente Geriátrico.

Palabras claves: Adulto mayor, Limitación funcional, Enfermedades Crónico - Degenerativas.

II. SUMARY

Interventions to prevent, manage chronic conditions and diseases associated with old age, are in demand not only because of a demographic imperative, but also as a result of scientific advances, migration, declining fertility rates, the longer life expectancy, put us in front of a rapidly aging population, compared to developed countries. Old age is not a disease, but if undisputed fact is that specific characteristics of the elderly, leading to increased morbidity. The present study was designed with the objective of determining the functional limitations caused by chronic degenerative diseases in older adults belonging to the Association "Pro Defense Vilcabamba Elderly". This research is performed Descriptive - correlational. Sample consisted of 100 older adults who met the inclusion criteria. The instruments used were the Katz test (ADL) and Lawton and Brody Index (IADL). The three most common diseases were: hypertension 40 %, diabetes 20 % and arthropathies between 11-21 %. Pathology that generated greater dependence for performing ADL was diabetes. To some degree IADL dependency existed for all conditions. There is a need to carry out an assessment actual, systematic and comprehensive of patients, individualized plans are introduced which enable the elderly, achieve autonomy and reintegration both family and community, ensuring decent quality of life, the Geriatric patient.

Keywords: Elderly, functional limitation, Chronic Disease - Degenerative.

III. INTRODUCCIÓN

Durante muchos siglos, los ancianos constituyen una pequeña minoría dentro de un mundo que no estaba interesado en el estudio y solución de sus problemas, ni tenía manera de hacerlo aunque quisiese; lo que históricamente reforzó el criterio pesimista sobre el envejecimiento[1]

La vejez no es una enfermedad, pero un hecho si indiscutible es que características específicas del anciano, conllevan a una mayor morbilidad, pues casi todas las afecciones se hacen más frecuentes en la segunda mitad de la vida; además en esta etapa adquieren particular importancia los factores psicológicos y sociales.[2] Envejecer de manera saludable implica no solamente tener la posibilidad de tener los cuidados médicos ante los problemas de salud que se presenten en esta etapa de la vida, implica también reconocer a los ancianos como seres humanos con necesidades y posibilidades especiales.

Por lo general, las enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores no son curables y, si no se tratan adecuada y oportunamente, tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS, 1982), definen a la salud del anciano por su capacidad para funcionar, y no por las limitaciones, discapacidad o enfermedad presente, en tanto que el estado de salud es definido entre los envejecidos no en términos de déficit sino de mantenimiento de la capacidad funcional.

La independencia funcional se ha definido como “el desempeño de las tareas de cuidado personal sin supervisión, dirección o asistencia personal activa”. Por su parte, en 1998 el Consejo de Europa definió la dependencia como “el estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de

[1]Ruceguines Mederos IC, Prieto Ramos O. Gerontología y Geriatría. La Habana – Editorial Ciencias Médicas, 1991:27.
[2] Colina D. El concepto de salud en el anciano. Rev Cubana Salud Pública 1995 52-3.

asistencia o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana".

Un envejecimiento sin apoyo, cuidado e información de los servicios de salud, provoca sufrimiento no solamente de la persona que la padece, sino también de la familia. La adaptación del sistema familiar a las enfermedades que se presentan en esta etapa, el acceso a la alimentación, medicamentos y controles, es muy importante en el cuidado de este grupo etario.

La población de adultos mayores proyectada para el año 2008 en nuestro país fue de 836.171, que representa el 6.0 %, para el año 2025 llegará a 1.153.152, que representará el 9.0 % (INEC Censo 2001); de este grupo el 29 % son jubilados, el 2 % tienen seguros privados, y el 69 % se encuentran desprotegidas (CEPAL 2003).

Según algunos estudios, las enfermedades crónicas más comunes son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la osteoartrosis, la artritis reumatoidea, las enfermedades cardiovasculares, como las cardiopatías isquémicas, la dislipidemia y las enfermedades cerebrovasculares.[3]

En un estudio comparativo realizado en siete ciudades de Latinoamérica y el Caribe, se encontró que las enfermedades crónicas causaban mayor alteración en las actividades instrumentales, como son prepararse una comida, controlar el dinero, salir solo a la calle, subir o descender de un vehículo, realizar las compras de los alimentos, llamar por teléfono, hacer los quehaceres ligeros o pesados de la casa y tomar los medicamentos; mientras que, en las actividades como caminar por la casa, vestirse, bañarse, comer, acostarse o pararse de la cama y usar el baño, se encontró que no había ninguna alteración significativa ni en hombres ni en mujeres.

La alteración en las actividades instrumentales se puede deber a que requieren mayor habilidad para el uso de instrumentos específicos, al igual que mayor

[3] Menéndez J., Guevara A., Arcial N., León EM, Marín C., Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2005; 17:3, 53-61.

integración y mejor equilibrio; se requiere un funcionamiento adecuado de la cognición, la percepción y los sentidos, así como de habilidades motoras adecuadas, para poder realizarlas.

En estos casos, se ha demostrado que una intervención temprana es fundamental para mejorar las actividades de los adultos mayores y, de esta manera, evitar la pérdida de independencia, el riesgo de hospitalización y de muerte; es importante tener en cuenta la edad del paciente. El éxito de la intervención se basa en la identificación de los factores de riesgo de la discapacidad, en promover un cambio en el comportamiento para reducir estos factores de riesgo y en el autocontrol de las condiciones crónicas.[4]

El presente estudio fue diseñado con el objetivo de Determinar las limitaciones funcionales producidas por las enfermedades crónico degenerativas en los adultos mayores que pertenecen a la Asociación "Pro Defensa del Adulto Mayor de Vilcabamba". Identificar las enfermedades crónicas más comunes, así como determinar las limitaciones funcionales que presentan los adultos mayores con enfermedades crónico – degenerativas. Todo esto con el fin de elaborar un plan de intervención, dirigido a los cuidadores, familiares y adultos mayores de la Asociación para evitar que las complicaciones de las enfermedades crónicas produzcan limitaciones funcionales. Permitiendo que la mayoría de las personas ancianas, logren, su autonomía y reintegración tanto familiar como a la comunidad, garantizando calidad de vida digna, del paciente Geriátrico.

[4] García G. Perfil epidemiológico en el adulto mayor. Rev. Fac Med UNAM, 2000.

IV. REVISIÓN LITERARIA

CAPITULO I

ADULTO MAYOR

Por iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud la expresión "adulto mayor" sustituye las denominaciones de "anciano", "persona de edad" o "persona de la tercera edad" y designa a las personas de 60 años y más. "

- Adulto Mayor (Anciano) sano: aquella persona de 60 años o más que no presenta patología problemática funcional, mental o social.
- Adulto Mayor Enfermo: aquel que padece alguna enfermedad (aguda o crónica) pero que no cumple criterios de anciano frágil.
- Adulto Mayor Inmovilizado: aquel que pasa la mayor parte de su tiempo en la cama (que sólo puede abandonar con la ayuda de otra persona) y personas con dificultad importante para desplazarse.
- Adulto Mayor Frágil o de Alto Riesgo: es aquel que cumple con tres o más de los siguientes criterios: edad superior a 60 años, preferiblemente mayor de 75 años, con presencia de pluripatología relevante (problemas médicos múltiples y complejos)".

El Manual de Atención al Adulto mayor (2010) establece que "el envejecimiento es un proceso natural, que se produce a través de todo el ciclo de vida, no todas las personas envejecen de la misma manera, se describió que la calidad de vida y la funcionalidad está relacionado con los estilos de vida y geografía en que se ha desarrollado".[5]

[5] Instituto Nacional de Estadísticas y Censo INEC – AÑO 2006, PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN EL ADULTO MAYOR ECUATORIANO. QUITO, ECUADOR/JULIO 2009.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DEL ADULTO MAYOR

El envejecimiento poblacional, producto de la transición demográfica y epidemiológica y la consecuente elevación en la frecuencia y número de enfermedades crónico degenerativas causantes de invalidez, plantea retos importantes al Sistema de Salud por la gran demanda de servicios especializados, pues tendrá que atender a un número creciente de población adulta mayor con limitados recursos y con un sistema tradicional aún no acondicionado a un alto costo.[6]

A nivel mundial todas las poblaciones son cada vez más viejas. Los progresos en los factores ambientales (como agua limpia y mejores medidas sanitarias) y conductuales (nutrición y menor exposición a riesgos) y el tratamiento y la prevención de enfermedades infecciosas, han sido los factores que explican en gran medida la ampliación de la esperanza de vida (en los últimos 30 años) desde 1900. En Estados Unidos para el año 2030 una de cada cinco personas tendrá más de 65 años.[7]

El incremento de la proporción de adultos mayores, es uno de los cambios demográficos más significativos que ha impactado a los países en desarrollo y, América Latina empieza a observar esos cambios. Esta transición es consecuencia del descenso de la mortalidad y de la tasa de natalidad, producto de los avances de la atención a la salud específicamente en la medicina preventiva en sus diferentes niveles. Visto de esa manera se considera un logro de las sociedades desarrolladas, que requieren programar acciones políticas, económicas y sociales considerando la proporción en aumento de este grupo poblacional.

El envejecimiento de la población representa un reto para el sistema de salud, no sólo porque el gasto per cápita aumenta con la edad, sino por los cambios en infraestructura, espacios para la atención geriátrica así como la necesidad

[6]. Alma Rosa., Cortés N., Villarreal E., Galicia L., Martínez G. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. Rev. méd. Chile. 2011, vol. 139, n.6, pp. 725 -731.

[7] Dan L. Longo., Denmis L. Kasper., J. Larry Jameson., Anthony. S. Fauci., Stephen L. Hauser., Joseph Loscalzo., Eds. HARRISON, Principios de Medicina Interna, 17 edición, México, McGraw – Hill, 2009.

.

de profesionales especialistas en el área. Del mismo modo se necesita un cambio cualitativo en la atención y cuidado de la salud que priorice el enfoque preventivo.

Las acciones de prevención para una vejez saludable buscan el mantenimiento de la independencia así como la prevención y la demora de discapacidades mejorando así la calidad de vida en esta etapa.[8]

Los ancianos constituyen el grupo más grande de personas beneficiarias de la asistencia social en el mundo entero. En los países desarrollados y en muchos en desarrollo, el número de ancianos institucionalizados se encuentra en constante crecimiento, y aun cuando son todavía minoría dentro de la población sus necesidades de atención son grandes. La gran mayoría de los ancianos son funcionales e independientes; sin embargo, los ancianos dependientes, a pesar de ser minoría, absorben una porción significativa de los gastos en salud y requieren frecuentemente de cuidados prolongados administrados por personal experimentado. Ellos tienen alto riesgo de institucionalización en asilos de estancia prolongada, donde las condiciones óptimas son difícilmente alcanzadas y por tanto su evolución suele ser desfavorable.

SITUACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL ECUADOR

La Constitución Política del Ecuador contiene normas de protección que se traducen en igualdad de derechos y garantías a favor de todos, ecuatorianos y extranjeros independientemente de su edad.

El 28 de Septiembre de 1984 se crea la Dirección Nacional de Gerontología (DINAGER), unidad técnica operativa del Ministerio de Bienestar Social (MBS). Se encarga de formular, ejecutar, supervisar y evaluar los planes, programas y proyectos en beneficio de la tercera edad, garantizando así su atención integral y protección social.

[8]. Namkee A, Alonso MJ y Herce San MJA: Gasto Sanitario y envejecimiento de la población en España. Unidas, Nueva York, 2002. En Documentos de Trabajo de la Fundación BBVA, No.7. Fundación BBVA. Bilbao 2003:26http://www.un.org/spanish/envejecimiento.

El 17 de octubre de 1991 se crea la Ley Especial del Anciano según la cual el Estado garantiza "el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, vivienda, asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa" art. 2

Al momento se cuenta con 77 Centros Gerontológicos públicos y privados en todo el País, subvencionados con aportes económicos para gastos de operación con una cobertura de 3.822 adultos mayores.[9]

ASPECTOS BIOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO

La vejez es un proceso normal del individuo el cual se caracteriza por la disminución del 25 a 30% de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo, produciendo un cambio en la homeostasis y una afectación en la vitalidad orgánica, aumentando la vulnerabilidad para presentar enfermedades crónicas y degenerativas.

El envejecimiento es la disminución progresiva e ineludible en la reserva funcional, en primer término, y después, de la función de todos los órganos, con el transcurso del tiempo. Es una situación heterogénea; varía ampliamente con la persona y con el órgano en el mismo sujeto. No constituye una enfermedad, pero en ella aumenta la posibilidad de que surjan diversos males, a menudo impresionantemente conforme envejece la persona. La composición bioquímica de los tejidos cambia con el envejecimiento; disminuye la capacidad fisiológica y también la capacidad de conservar la homeostasia como mecanismo de adaptación a elementos de estrés, y con la senectud se agrava la vulnerabilidad a que surjan cuadros patológicos. Después de la madurez la tasa de mortalidad aumenta exponencialmente con la edad. [10]

El deterioro que va ocurriendo asociado al proceso de envejecimiento ha dado lugar a la creencia errónea de que éste en sí mismo corresponde a una

[9]Baquerizo Freile Julieta. SITUACIÓN DE LA TERCERA EDAD EN EL ECUADOR. (Diapositiva). Quito – Ecuador: Dirección Nacional de Gerontología Ministerio de Bienestar Social; 2005. 18 diapositivas.

[10] Dan L. Longo., Denmis L. Kasper., J. Larry Jameson., Anthony. S. Fauci., Stephen L. Hauser., Joseph Loscalzo., Eds. HARRISON, Principios de Medicina Interna, 17 edición, México, McGraw – Hill, 2009.

patología, la situación de salud del adulto mayor, imagen incompleta considerando que se conforma por datos inevitablemente de mortalidad, en los que obviamente no se reflejan los problemas que no conducen a la muerte, los de morbilidad que se expresan por la demanda de consulta. Por otra parte, estos señalan la patología que el médico o el paciente mismo consideran como principal motivo de consulta, dejando pasar entidades patológicas particulares de mayor frecuencia en esta etapa de la vida.

ENVEJECIMIENTO FISIOLÓGICO Y PATOLÓGICO

El envejecimiento fisiológico se considera un hecho normal, siempre que posibilite el disfrute de una buena calidad de vida, adaptada a las diferentes situaciones funcionales y orgánicas que acontecen a lo largo de la existencia.

Cuando se instauran una o varias enfermedades en el proceso fisiológico de envejecimiento y modifica el curso del mismo, se habla de envejecimiento patológico.

La vejez no es una enfermedad, aún cuando cierto porcentaje de adultos mayores desarrollan discapacidades como consecuencia o complicación de enfermedades crónico -degenerativas provocadas por el envejecimiento, pero es necesario tomar en cuenta que algunas de las enfermedades base, ya se encuentran en el organismo treinta años antes por ej: diabetes, artritis, cardiopatías, disturbios cognitivos, etc.

VARIABLES QUE AFECTAN LA PRESENTACIÓN DE ENFERMEDADES

1. **LA CO-MORBILIDAD**: La insuficiencia en un sistema puede llevar a la insuficiencia en otro; es un efecto de cascada.

2. INSUFICIENCIA ORGÁNICA MÚLTIPLE: Pluripatología.

3. LA PRESENTACIÓN DE UN PROBLEMA PSICOLÓGICO O SOCIAL: Obscurece una enfermedad subyacente o complica su manejo. Depresión que cursa con somatización.

4. EL USO DE MÚLTIPLES MEDICAMENTOS: Puede complicar el manejo. Algunos medicamentos pueden curar y en otras ocasiones sus efectos secundarios son más perjudiciales.

5. CAUSAS MÚLTIPLES DEL MISMO SÍNTOMA: Muchas enfermedades pueden presentarse bajo la misma sintomatología, como la fatiga y anorexia presentes en múltiples patologías geriátricas.[11]

[11]MSP y OPS (2008). Guías Clínicas Geronto Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor. Quito – Ecuador.

CAPITULO II

ENFERMEDADES CRÓNICAS

ANTECEDENTES DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

A lo largo de la historia, y hasta los años 70 de este siglo las enfermedades infectocontagiosas han sido las más importantes a nivel de morbilidad y mortalidad. A partir de la década de los años setenta empieza a ponerse de manifiesto la importancia de las enfermedades de origen no infeccioso. En este cambio se marcan diferencia entre los países desarrollados y los países subdesarrollados.

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que constituye un proceso incurable, con una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tiene una etiología múltiple y con un desarrollo poco predecible que puede persistir durante largo tiempo. La enfermedad crónica dejada a su evolución natural o con una intervención inadecuada comporta una gran repercusión sobre el estilo de vida del paciente e incluso alto grado de incapacitación.

La OMS (2001) en un boletín de salud establece que “Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta”, la salud del adulto mayor está estrechamente ligada a la calidad de vida, se estima que uno de cada tres adultos mayores presenta algún tipo de enfermedad crónica.

Las más frecuentes son las enfermedades cardíacas, cáncer, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades pulmonares, diabetes, hipertensión arterial, deterioro cognitivo y depresión. Según la encuesta nacional de salud, bienestar y envejecimiento SABE Ecuador 2010 informa que una la alta proporción de adultos mayores presentan trastornos visuales, trastornos auditivos así como

alteraciones que influyen negativamente en su calidad de vida o en su funcionamiento diario.[12]

La frecuencia, severidad y discapacidad provocada por las enfermedades crónicas aumenta conforme incrementa la edad del adulto mayor, aproximadamente es 70% de todas las muertes de los adultos mayores causada por enfermedades crónicas. (Kimberly and MaccLane, 2006).

Los adultos mayores constituyen el grupo con mayor contribución a la mortalidad y a las enfermedades crónicas. Se realizó un estudio descriptivo de la mortalidad por algunas de estas enfermedades en población de 60 y más años en el período 2002-2009. Se seleccionaron siete de las enfermedades crónicas que ocuparon las principales causas de muerte. Más del 75% de los fallecidos fueron adultos mayores con mayor riesgo en el grupo 75 y más años. Para el período ascendió casi sostenidamente la mortalidad por Enfermedad Hipertensiva, Tumores malignos, Diabetes Mellitus, Demencia y Enfermedad de Alzheimer y en los últimos años, los Accidentes y Enfermedades Cerebrovasculares. Las enfermedades crónicas continúan siendo rectoras en el patrón de mortalidad de los adultos mayores, por lo que la prevención de factores de riesgo, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, prevención y adecuado manejo de sus complicaciones, constituirán pilares fundamentales para disminuir la morbimortalidad en adultos mayores.[13]

ENFERMEDADES CRÓNICAS COMO CAUSA DE FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA.

El menoscabo fisiológico multisistémico es la característica distintiva en la patogenia de la fragilidad.

La sarcopenia es la pérdida de masa muscular asociada con el envejecimiento que hace que disminuyan la fuerza y el desempeño físico. La mayoría de las

[12] MIESS 1ra. Edición (2010) Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE. Ecuador.

[13] Ranero Aparicio Virginia, Brenes Hernández Ludmila, Guevara González Adyalis, Álvarez Pérez Edith: Mortalidad por enfermedades crónicas seleccionadas en los adultos mayores. Cuba, 2002-2009. Publicación Periódica de Gerontología y Geriatría. Vol.6. No.1. 2011.

personas mayores frágiles tienen sarcopenia, y muchos adultos mayores con sarcopenia también son frágiles.

Durante los últimos años se ha descrito una asociación importante entre diabetes mellitus y fragilidad. Teóricamente existen múltiples vías que justifican tal asociación, especialmente si la diabetes ha sido diagnosticada en la adultez temprana. La insulinorresistencia es un predictor de fragilidad y la diabetes mellitus acelera la sarcopenia y la disminución de la fuerza muscular. Las razones para el incremento de la fragilidad en los diabéticos ancianos son multifactoriales: neuropatía que afecta el equilibrio y disminuye la función muscular, enfermedad macrovascular coronaria, cerebral y periférica que provoca cardiopatía isquémica, deterioro cognitivo y atrofia muscular.

La insuficiencia cardiaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica pueden contribuir a la declinación funcional y a la fragilidad en los adultos mayores al afectar el aporte de oxígeno al tejido muscular. El índice de fragilidad y la función son predictores importantes de mortalidad en los adultos mayores con insuficiencia cardiaca.

Aunque los mecanismos subyacentes que relacionan la enfermedad renal crónica y la fragilidad se desconocen, algunos estudios documentan una prevalencia de fragilidad de 20.9%, más elevada que en la población general de adultos mayores.[14]

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Se define por la presencia de los valores de la presión arterial superiores a la normalidad de manera persistente. Considerando que la presión normal es de 120/80 mm de Hg, cifras iguales o mayores de 140/90 se considera hipertensión arterial.

La Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica, incurable, tiene una prevalencia del 60% en los adultos mayores a nivel mundial, es el primer motivo de consulta de todas las patologías crónicas. Recientes resultados del

[14] Romero Cabrera Angel J: Fragilidad y enfermedades crónicas en los adultos mayores Med Int Mex 2011;27(5):455-462

Framinghan Heart Study sugieren que los individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90% de probabilidad de riesgo de desarrollar HTA.

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

- **Factores genéticos hereditarios:** de padres a hijos hay una predisposición a desarrollar Hipertensión. Se desconoce su mecanismo exacto, pero se ha demostrado que cuando una persona tiene un progenitor hipertenso, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble.
- **Sobrepeso:** A medida que se aumenta de peso se eleva la tensión arterial. No se sabe con claridad si es la obesidad por si misma la causa de la hipertensión o si hay un factor asociado que aumente la presión en personas con sobrepeso.
- **Edad y etnia:** A medida que las personas van envejeciendo se produce un endurecimiento de las arterias que dificulta el paso de la sangre por las arterias y conlleva al aumento de la presión arterial. Hay un factor de riesgo que es a partir de los 65 años. En cuanto a la etnia, los individuos de etnia negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión.
- **Sexo:** Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que estas llegan a la edad de la menopausia, a partir de la cual la frecuencia en ambos sexos es igualada.
- **Estrés:** Se considera que el estrés permanente suele producir muchas veces ésta enfermedad.
- **Alcohol y tabaco:** Un uso no moderado de alcohol conlleva a un aumento de la presión arterial y la posibilidad de caer en el alcoholismo. El tabaco es uno de los peores enemigos del aparato circulatorio. Además de producir numerosas enfermedades vasculares, impide que los tratamientos o las sustancias sean absorbidas por el organismo.[15]

[15]FARRERAS, Medicina Interna 1997, 13 Edición, tomo I, España.

SINTOMATOLOGÍA

- Dolor de cabeza (cefalea)
- Zumbido de oídos
- Adormecimiento de la mitad del cuerpo
- Visión borrosa o visión de "luces"
- Mareos al levantarse o al cambiar de posición

LESIÓN DE ÓRGANO BLANCO POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- Hipertrofia de ventrículo izquierdo
- Angina, infarto de miocardio previo
- Revascularización coronaria
- Insuficiencia cardiaca
- Enfermedad cerebro vascular
- Nefropatía
- Arteriopatía periférica
- Retinopatía

La mayoría de los hipertensos adultos mayores son asintomáticos. Es frecuente identificar la patología al encontrar manifestaciones de las complicaciones crónicas, desarrolladas a partir de una hipertensión sin tratamiento: insuficiencia cardiaca congestiva, hipertrofia de ventrículo izquierdo, nefropatía, trastornos visuales por retinopatía o problemas neurológicos por enfermedad cerebro vascular. Es más común aún identificar a casos reconocidos como hipertensos, pero cuyo tratamiento ha sido irregular y que sufren las consecuencias de tal situación.

La hipertensión arterial, es el principal factor de riesgo para los accidentes cerebro vasculares, insuficiencia cardíaca y cardiopatía coronaria en las personas adultas mayores. La hipertensión tiene remedio y su control logra no solo salvar vidas sino también reducir significativamente las limitaciones funcionales y la discapacidad en las personas de edad. Sin embargo, la

hipertensión no debe considerarse una consecuencia normal del envejecimiento.[16]

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es disminuir la presión arterial por debajo de 140/90, con la finalidad de disminuir la morbi - mortalidad a causa de las complicaciones cardiovasculares.

El tratamiento antihipertensivo considera dos componentes importantes:

- Modificaciones del estilo de vida y
- Tratamiento Farmacológico.

MODIFICACIONES EN ESTILO DE VIDA EN EL MANEJO DEL HIPERTENSO		
Modificación.	**Recomendación.**	**Reducción aproximada P.A.S. (rango).**
Reducción de peso.	Mantenimiento de peso corporal (IMC. 18,5-24,9Kg/m).	5-20 mmHg por 10 Kg de reducción de peso.
Dieta tipo DASH.	Consumo de dieta rica en frutas, vegetales, y pocas grasas saturadas totales.	8 - 14 mm Hg.
Reducción de Sodio en la dieta	Reducir consumo de sodio, no más de 100mmol /día (2,4 gr sodio o 6 de cloruro de sodio).	2 - 8 mmHg
Actividad física.	Hacer ejercicio físico aeróbico regular como caminar rápido (30 minutos al día casi todos los días de la semana).	4 - 9 mm Hg.
Moderación en el consumo de alcohol.	Limitar el consumo a 30 ml en la mujer y 60 ml en el hombre por día.	2 - 4 mm Hg.

[17]

[16] ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2010) Oficina Regional de la Organización Mundial De La Salud: Hipertensión Arterial Guía de diagnóstico y manejo.

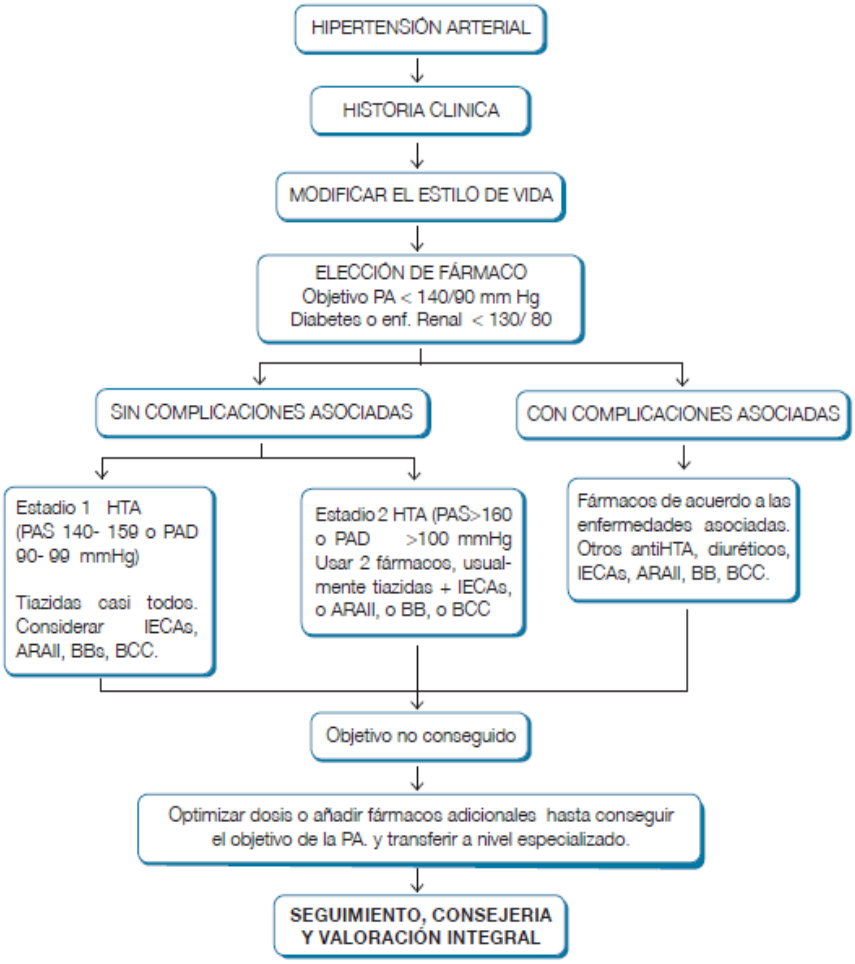
[17] MSP y OPS (2008). Guías Clínicas Geronto Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor. Quito – Ecuador.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Clasificación de la PA.	PAS mm Hg.	PAD mm Hg.	Estilo de vida.	Medicación.
Normal.	< 120.	< 80.	SI.	NO.
PREHIPERTENSIÓN	120-139.	80- 89.	SI.	NO.
HTA: ESTADIO 1.	140- 159	90- 99.	SI.	Iniciar con diurético (tiazida) o IECA, ARA, BB, BCC.
HTA: ESTADIO 2.	> 160.	>100.	SI.	Medicamentos en asociación: usualmente tiazida más un IECA, ARA, BB, BCC.

[18]

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



[18] MSP y OPS (2008). Guías Clínicas Geronto Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor. Quito – Ecuador.

DIABETES MELLITUS TIPO 2

Es una enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia, secundaria a la acción inadecuada y/o secreción deficiente de insulina, con tendencia a desarrollar complicaciones especificas. Analíticamente la podemos conceptuar como presencia de glucemia basal en dos ocasiones mayor a 126 o una glucemia mayor de 200 mg/dl al azar.

ETIOLOGÍA

Se conocen dos causas fundamentales. Una de ellas es la destrucción completa de las células beta. Y la otra causa es una combinación de efectos provocados por una resistencia a la insulina, que ocurre en los tejidos (graso, muscular, hepático).

FACTORES DE RIESGO

- Edad superior a 45 años
- Diabetes durante un embarazo previo
- Obesidad
- Antecedentes familiares de diabetes
- Estilo de vida sedentario, es decir no hace ejercicio
- Alimentación no saludable
- Algunos grupos étnicos (particularmente afroamericanos, nativos americanos, asiáticos.

El diagnóstico de Diabetes Mellitus se establece por medio de la medición de glicemias plasmáticas, de acuerdo a alguno de los siguientes criterios estrictos:

- Síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia, baja de peso no explicada o un aumento de peso) asociada a glicemia tomada al azar > 200 mg/dl
- Glicemia plasmática en ayunas > 126 mg/dl
- Glicemia plasmática 2 horas después de una carga de 75 g glucosa > 200 mg/dl.

TRATAMIENTO

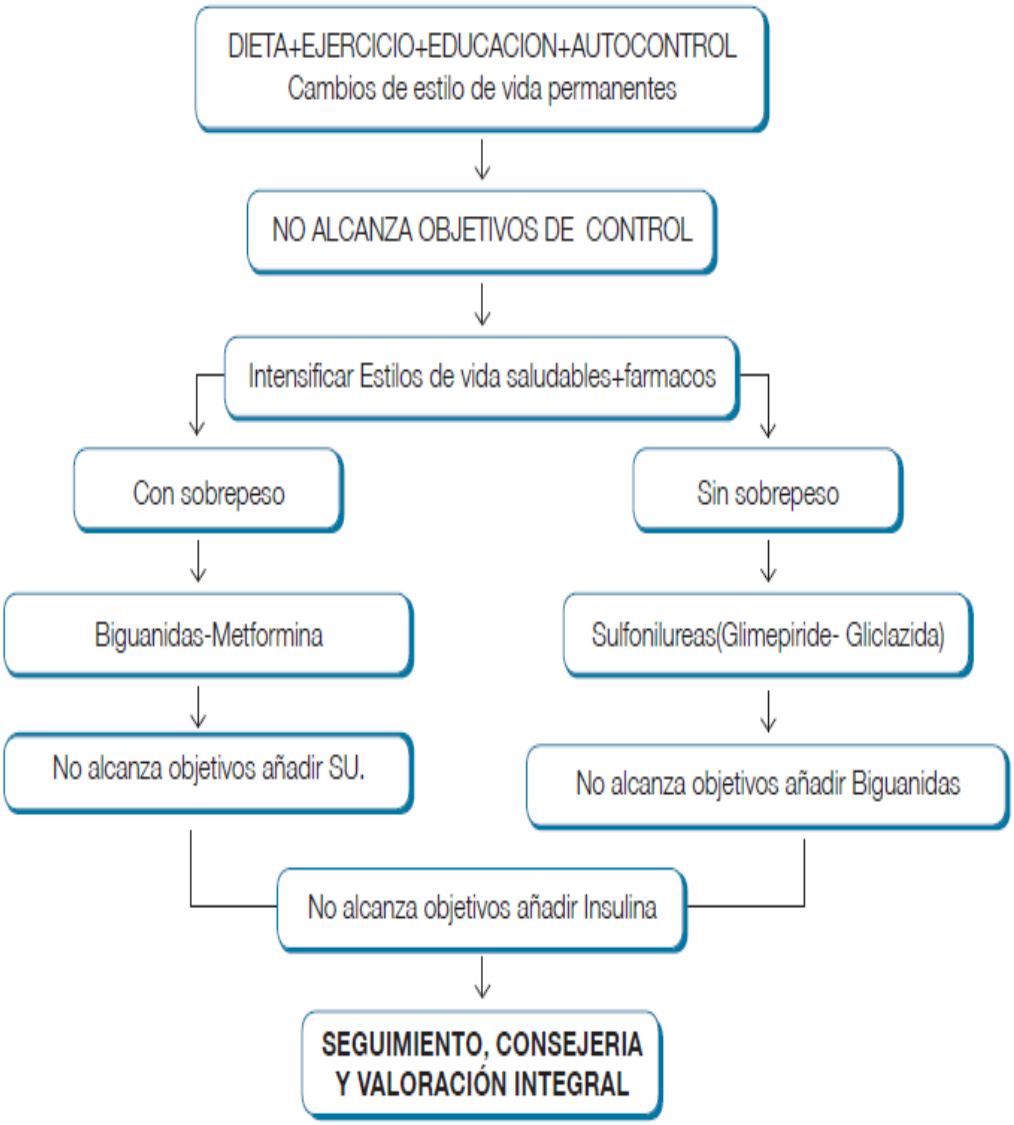
1. Dieta y Ejercicio.
2. Antidiabeticos orales: Sulfonilureas con menor riego de hipoglucemia: Glimepiride Gliclazida. Biguanidas: Metformina de existir sobrepeso, controvertido en mayores de 70 años.
3. Insulina: mejora la sensación de bienestar e induce cambios antieaterogenicos. Sin embargo también produce aumento de peso y riesgo de hipoglucemias.

COMPLICACIONES:

- Neuropatía diabética: afecta aproximadamente al 40% de los pacientes con DM2. Dentro de este grupo de afecciones se encuentra la polineuropatía diabética, que afecta al 40% de los pacientes con 10 años de evolución.
- Retinopatía diabética: Se presenta entre el 15% y 60% de los pacientes diabéticos. Además pueden presentar otras afectaciones oculares, tales como: cataratas y glaucoma de ángulo abierto.
- Nefropatía: aproximadamente un 50% de los pacientes diabéticos tiene algún tipo de afectación renal. En la DM2 la prevalencia de microalbuminuria puede acercarse al 25%, la de macroalbuminuria al 5% y la de insuficiencia renal al 9%.
- Cardiopatía isquémica: en los pacientes con esta patología, la prevalencia de DM2 se encuentra entre el 2,4 y el 25,3%.
- Accidente cerebrovascular: se estima que aproximadamente el 40% de los pacientes que desarrollan un episodio de accidente cerebrovascular son diabéticos.[19]

[19] MSP y OPS (2008). Guías Clínicas Geronto Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor. Quito – Ecuador.

20



[20] MSP y OPS (2008). Guías Clínicas Geronto Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor. Quito – Ecuador.

ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, sistémica, de etiología desconocida, que afecta de forma predominante a las articulaciones periféricas produciendo una sinovitis inflamatoria con distribución simétrica. Se produce destrucción del cartílago con erosiones óseas y deformidades articulares en fases tardías.

La incidencia varia entre 2-26 casos/100.000 habitantes /año. Es más habitual que se inicie en el cuarto y quinto decenios de la vida, siendo la afectación en las mujeres más frecuente (3:1), aunque esta tendencia se hace menor en las edades avanzadas y en las formas seropositivas de la enfermedad.

ETIOLOGÍA

La artritis involucra la degradación del cartílago, el cual normalmente protege la articulación, permitiendo el movimiento suave. El cartílago también absorbe el golpe cuando se ejerce presión sobre la articulación, como sucede cuando la persona camina. Sin la cantidad usual de cartílago, los huesos se rozan, causando dolor, inflamación y rigidez.

SINTOMATOLOGÍA

- Dolor articular
- Inflamación articular
- Rigidez especialmente en la mañana
- Calor alrededor de una articulación
- Enrojecimiento de la piel alrededor de una articulación
- Disminución de la capacidad para mover la articulación[21]

[21]MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Artritis Reumatoidea. Santiago: Minsal, 2007.

COMPLICACIONES

- En las manos como sinovitis, tenosinovitis o como un síndrome de compresión del nervio mediano en el túnel del carpo. Se observa atrofia muscular leve, edema con inflamación y aumento de la vascularización.
- El antepié puede ser el primer sitio en dar síntomas en la AR. Las MTF suelen presentar los primeros cambios Rx, aunque sean asintomáticas. Los síntomas son dolor, incomodidad al levantarse en la mañana con dolor en los dedos de los pies al caminar y al calzarse. Esto es por sinovitis en las MTF y en las bursas entre los huesos. Aparece una deformación en los dedos de los pies (dedos en garra).
- Es común el compromiso precoz en una o ambas rodillas; la sinovitis se observa como derrame. A veces se desarrollan quistes (en el hueco poplíteo se llaman quistes de Baker) que extruyen hacia posterior o se rompen.
- En la columna cervical aparece sinovitis de las articulaciones espinales. Se puede desarrollar una lesión especialmente grave por subluxación cervical en el nivel C1-C2 (atlanto-axial). Los síntomas de la mielopatía por AR son habitualmente de comienzo lento, no siempre acompañado de dolor cervical. Lo más frecuente son parestesias de las manos y, al examen físico, aparece hiperrreflexia, acompañada o no de signo de Babinski.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la artritis depende de la causa particular, la gravedad de la enfermedad, las articulaciones comprometidas y la forma como esta dolencia afecta las actividades diarias.

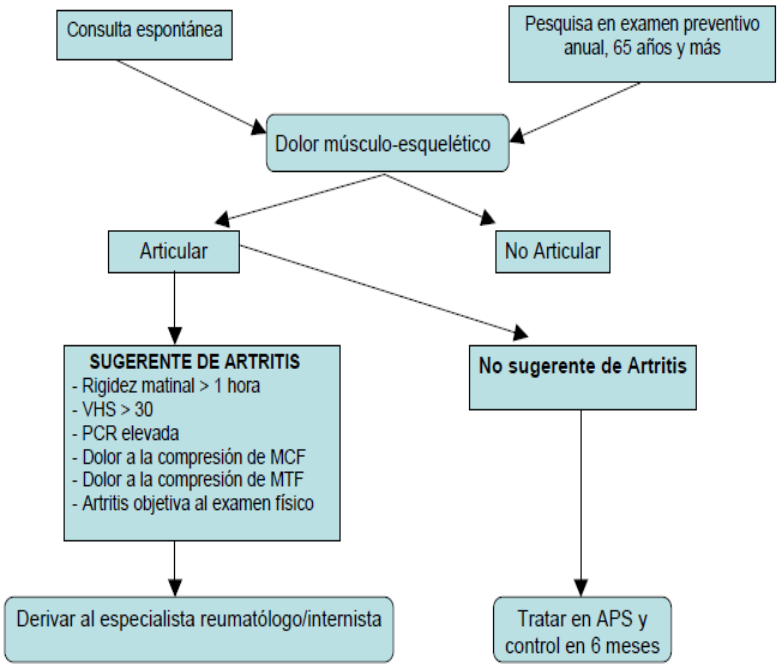
Ejercicio

El ejercicio para la artritis es necesario para mantener las articulaciones saludables, aliviar la rigidez, reducir el dolor y la fatiga, y mejorar la fortaleza ósea y muscular.

El descanso es tan importante así como el ejercicio. De hecho, dormir de 8 a 10 horas cada noche y hacer siestas durante el día puede ayudar a la persona a recuperarse más rápidamente de un recrudecimiento de la enfermedad.

FÁRMACOS

- Analgésicos y AINES
- Corticoides
- Fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs)Se incluyen:
    - Metotrexato
    - Sulfasalazina
    - Antipalúdicos
    - Leflunomida
    - Sales de oro y D-penicilamina
- Agentes biológicos
- Inmunosupresores[22]



[22]FARRERAS, Medicina Interna 1997, 13 Edición, tomo I, España.

OSTEOPOROSIS

Es una enfermedad sistémica del esqueleto producida por una pérdida de masa ósea y una alteración de la microarquitectura del tejido óseo que provoca un aumento de la fragilidad del mismo y del riesgo de fracturas.

El diagnóstico clínico de la osteoporosis se hace por la consecuencia de la enfermedad: la fractura. En el caso de la fractura de cadera, el cuadro es obvio. En cambio, las fracturas vertebrales pueden cursar en forma asintomática o provocar dolor. Siendo necesario y fundamental una historia clínica minuciosa con investigación de factores de riesgo para osteoporosis y para fractura.

A continuación indicamos estos factores de riesgo que se dividen en mayores y menores.

Factores de Riesgo Mayores

- Fractura anterior causada por pequeño trauma.
- Sexo femenino.
- Baja masa ósea.
- Raza blanca o asiática.
- Mayor de 65 años en ambos sexos.
- Historia familiar de osteoporosis o fractura de cuello de fémur.
- Menopausia precoz (antes de los 40 años); no tratada.
- Uso de corticoides.

Factores de Riesgo Menores

- Enfermedades que inducen a la pérdida de masa ósea.
- Amenorrea primaria o secundaria.
- Menarquia tardía, nuliparidad.
- Hipogonadismo primario/secundario
- Baja estatura y peso (IMC < 19 Kg/m2).
- Pérdida importante de peso después de los 25 años
- Baja ingesta de calcio, alta ingestión de sodio.
- Alta ingestión de proteína animal.
- Poca exposición al sol, inmovilización prolongada, caídas frecuentes.

• Sedentarismo, tabaquismo y alcoholismo.

• Uso de medicamentos como: heparina, ciclosporina, hormonas tiroideas, anticonvulsivantes y litio.

• Alto consumo de xantinas (café, gaseosas).

TRATAMIENTO

El objetivo principal es la prevención de las fracturas. En el adulto mayor debemos tener en cuenta: edad, riesgo de fractura, la densidad mineral ósea (DMO), las contraindicaciones, el cumplimiento por parte del paciente, la duración.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS:

Corregir deficiencias nutricionales, asegurando unos aportes de calcio y vitamina D. Los requerimientos diarios para los adultos mayores son 1.500 mg/día de calcio y 800 UI de vitamina D.

• Modificación del estilo de vida. Hay que evitar la inmovilidad, recomendando actividad física. Evitar el alcohol y el tabaco ya que interfieren en el metabolismo del calcio y tienen acción tóxica sobre los osteoblastos.

• Actuaciones sobre el riesgo de caída y la fuerza del impacto. Hay causas de caídas en el adulto mayor que se pueden modificar: valoración de los fármacos, corregir los déficit visuales, la hipotensión postural, terapia ocupacional para valorar los riesgos en domicilio y soporte social.

• Apoyo sicológico. El miedo a caer es mayor en los adultos mayores que han caído anteriormente y han sufrido una fractura.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

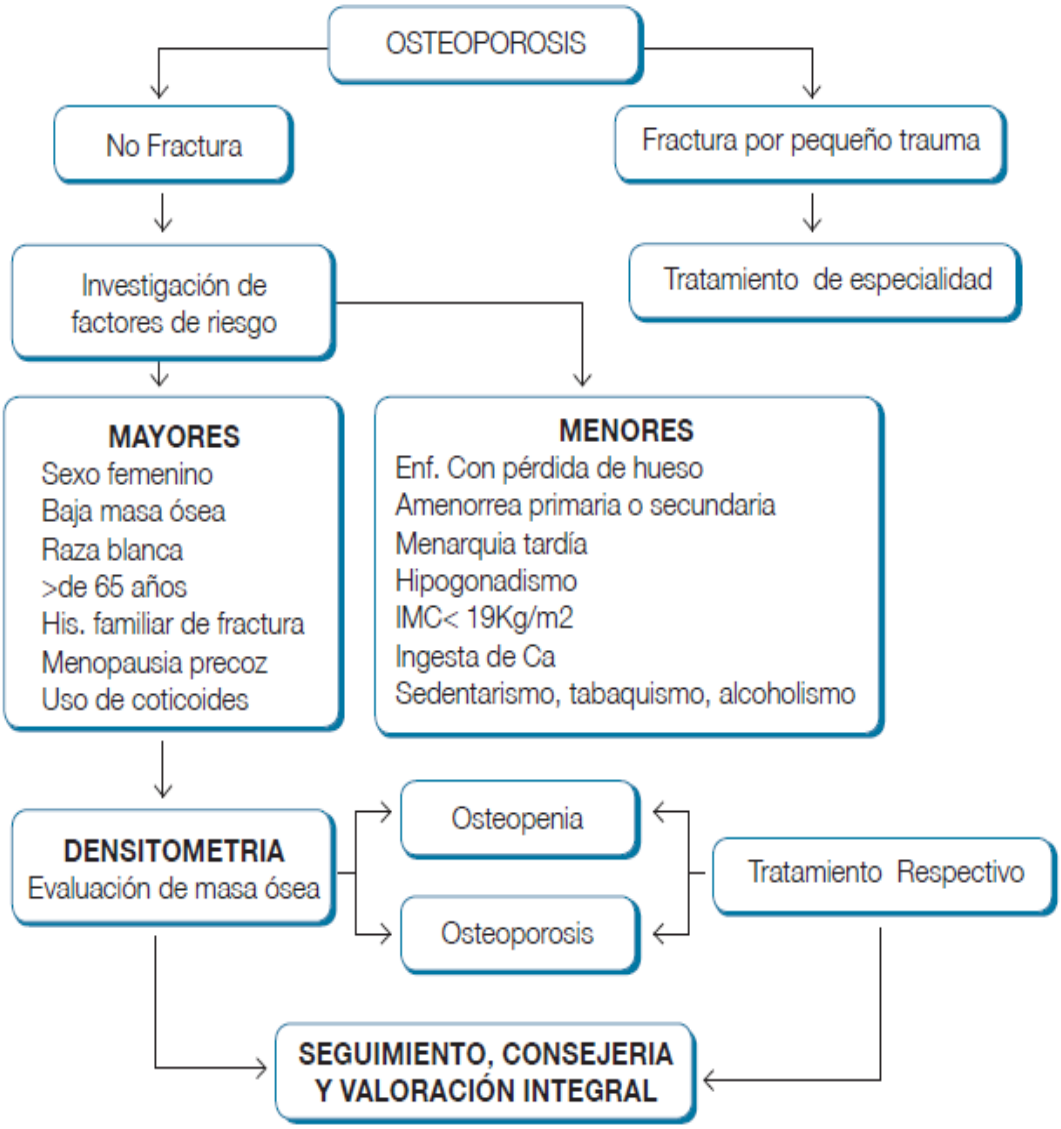
• Calcio y Vitamina D. Debemos suplementar con calcio cuando con la dieta no se alcanzan las cantidades recomendadas.

• Fármacos antirresortivos: Actúan disminuyendo la resorción ósea. Los podemos clasificar:

a) Moduladores selectivos de receptores estrogénicos: Raloxifeno.

b) Bifosfonatos: etidronato, alendronato, risedronato, ibandronato

c



[23]MSP y OPS (2008). Guías Clínicas Geronto Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor. Quito – Ecuador.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

La EPOC es un trastorno que se caracteriza por la reducción del flujo espiratorio máximo (obstrucción al flujo aéreo) que no cambia de modo significativo durante meses o años de observación.

En el momento actual, la EPOC agrupa a tres trastornos bien caracterizados:

- la bronquitis crónica,
- el enfisema pulmonar y
- la enfermedad de las pequeñas vías aéreas.

Estos tres procesos pueden aparecer de forma aislada, aunque frecuentemente coexisten en diferente grado en el mismo paciente.

- La bronquitis crónica es un concepto clínico, que se define como la existencia de tos productiva crónica la mayoría de los días durante por lo menos tres meses al año, y durante al menos dos años consecutivos.
- El enfisema es un concepto anatomopatológico que se define como una dilatación de los espacios aéreos distales al bronquiolo terminal (acino), junto con destrucción de las paredes, sin fibrosis significativa.
- La enfermedad de las pequeñas vías aéreas hace referencia a un proceso en el que existe un estrechamiento de los bronquiolos terminales y respiratorios.

ETIOLOGÍA

- Tabaco. El consumo de cigarrillos es, sin ninguna duda, el principal factor de riesgo de EPOC. Los fumadores de cigarrillos tienen una tasa de disminución anual del FEV1 mayor y una prevalencia más alta de EPOC que la población general.
- Contaminación ambiental. Los contaminantes ambientales urbanos son perjudiciales para las personas con enfermedades cardiopulmonares, pero su papel en la etiología de la EPOC no está claro.
- Profesión. Se ha demostrado una interacción entre el tabaco y ciertas exposiciones laborales (trabajadores de plásticos expuestos a disocianato de tolueno, algodón, minería y grano).

- Alcohol. Aunque son conocidos los efectos del alcohol sobre la función de los macrófagos y las células ciliadas, no hay evidencias que demuestren que altere la función pulmonar de modo independiente al tabaco.
- Sexo, raza y nivel socioeconómico. Incluso considerando el tabaco, hay una mayor prevalencia en hombres. La tasa de mortalidad en EPOC es más alta en blancos. La morbimortalidad se relaciona de modo inverso con el estatus socioeconómico.
- Infecciones. Varios estudios han documentado la asociación entre una historia de enfermedad de vías respiratorias bajas con una disminución de la función pulmonar.
- Factores genéticos. El déficit de alfa-1-antitripsina (AAT) o alfa-1-proteasa inhibidor es la única anomalía genética conocida que conduce a EPOC y justifica al menos el 1% de los casos.

CLÍNICA

Es muy frecuente evidenciar una historia de tabaquismo de por lo menos 20 cigarrillos diarios durante al menos 20 años (20 paquetes-año). La disnea suele aparecer en la sexta década y tiene un desarrollo progresivo. Casi siempre hay historia de tos y expectoración previa a la disnea. En la bronquitis crónica puede haber hemoptisis.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO

Abandono del tabaco. Los esfuerzos del médico deben dirigirse a alentar al paciente a dejar de fumar, ya que esto y la oxigenoterapia domiciliaria son las únicas medidas que mejoran la supervivencia, si bien el éxito con los mejores programas no supera el 30% al año. Los irritantes ambientales deben evitarse. Otras medidas eficaces son la vacunación antigripal.

FÁRMACOS

Broncodilatadores. Son el pilar fundamental. Incluyen:

- Agonistas beta adrenérgicos.
- Anticolinérgicos.
- Teofilina.

Corticoides[24]

<table>
<tr><th>Estadio 0</th><th>Estadio I</th><th>Estadio II</th><th>Estadio III</th><th>Estadio IV</th></tr>
<tr><td>Síntomas crónicos
Espirometría normal
Factores de riesgo</td><td>FEV1/CVF < 70%
FEV1 = 80%
Con/sin síntomas</td><td>FEV1/CVF < 70%
FEV1 50-79%
Con/sin síntomas</td><td>FEV1/CVF < 70%
FEV1 < 50%
Con/sin síntomas</td><td>FEV1/CVF < 70%
FEV1 < 30% ó
FEV1 <50% con IRC</td></tr>
<tr><td colspan="5">Evitar factor(es) de riesgo; abandono hábito tabáquico; vacunación antigripal</td></tr>
<tr><td rowspan="4"></td><td colspan="4">Añadir broncodilatador acción corta a demanda</td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td colspan="3">Añadir broncodilatador(es) acción larga pautado;
Añadir rehabilitación</td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td colspan="2">Añadir glucocorticoide inhalado si reagudizaciones frecuentes</td></tr>
<tr><td></td><td>Añadir OCD;
Considerar cirugía</td></tr>
</table>

[24] Dan L. Longo., Denmis L. Kasper., J. Larry Jameson., Anthony. S. Fauci., Stephen L. Hauser., Joseph Loscalzo., Eds. HARRISON, Principios de Medicina Interna, 17 edición, México, McGraw – Hill, 2009.

FARRERAS, Medicina Interna 1997, 13 Edición, tomo I, España.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Es la pérdida gradual y progresiva de la capacidad renal de excretar desechos nitrogenados, de concentrar la orina y de mantener la homeostasis del medio interno, causada por una lesión estructural renal irreversible presente durante un período largo de tiempo, habitualmente meses o años. La condición de cronicidad viene establecida por la estabilidad de la función durante más de dos semanas y por la ausencia de oliguria.

Las características del síndrome de insuficiencia renal crónica son:

- Función renal reducida, debido a disminución en el número de nefronas.
- Deterioro funcional a un ritmo determinado por la pérdida de nuevas nefronas funcionantes.
- Situación funcional estable en el curso de semanas o meses, pero con empeoramiento progresivo a lo largo de meses o años hasta conducir finalmente a la uremia.

La reducción de la función renal por pérdida de masa renal produce una hipertrofia “compensadora” estructural y funcional de las nefronas que quedan, con hiperfiltración a nivel de cada nefrona remanente. Estos mecanismos son una mala adaptación, dado que predisponen a la esclerosis glomerular por un aumento de la carga de los glomérulos poco afectados, lo cual conduce a su destrucción final.[25]

ETIOLOGÍA

- Diabetes 41%
- HTA, vascular 28%
- Glomerulonefritis 11%
- Enf. quísticas y hereditarias 3%
- Otras 12%
- Desconocida 5%

[25] Torres Z. César: Insuficiencia Renal Crónica Rev Med Hered 14 (1), 2003.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las enfermedades que producen IRC tienden a manifestarse inicialmente a través de otro síndrome (sd. nefrítico, sd. nefrótico, alteraciones del sedimento, insuficiencia renal aguda...) o por sus expresiones sistémicas (diabetes mellitus, hipertensión crónica).

Cuando la tasa de filtrado glomerular se ha reducido al 35%-50% de lo normal, la función residual mantiene al paciente asintomático. En fases posteriores, cuando el filtrado es del 25%-35% de lo normal, se produce hiperazoemia y aparecen las manifestaciones iniciales. Si el filtrado glomerular (FG) es del 20%-25% de lo normal, aparece una insuficiencia renal manifiesta.

El diagnóstico de IRC en las fases iniciales es habitualmente casual, debido a una determinación rutinaria de urea o creatinina o al estudiar otra enfermedad intercurrente (diabetes, lupus, hipertensión, arterioesclerosis...) Una vez establecida la uremia, la clínica de la IRC es la correspondiente a la afectación de los distintos órganos y aparatos. El término azoemia (síndrome urémico, uremia) se emplea para referirse, en sentido general, a la constelación de signos y síntomas que se asocian a la IRC, independientemente de su etiología.[26]

TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento médico conservador, en la IRC, consisten en evitar las complicaciones severas que pueden producirse al estar deteriorada la función renal.

1. Dieta y balance hidroelectrolítico.
2. Sodio y agua. Hay que reducir el aporte en fases avanzadas de la IRC.
3. Potasio. En fases avanzadas, hay que disminuir el aporte.

[26] Montoliu J, Lorenzo V. Insuficiencia renal cronica. En Manual de Nefrologia Clinica. Diálisis y Trasplante renal. Ed: Lorenzo V y Cols. Harcourt Brace 1998; 7:183-213.

4. Calcio. Hay que dar carbonato cálcico cuando las cifras son inferiores a 7,5 mg%. Las cifras de aporte de calcio oscilan entre 6 y 12 g/día.
5. Fósforo. En la actualidad, se está dando carbonato cálcico por vía oral. Hay que disminuir el aporte de fósforo en la dieta con aclaramientos entre 30 y 40 ml/minuto.
6. Equilibrio ácido-base. Existe generalmente una acidosis metabólica con anión gap elevado. Hay que mantener el bicarbonato en cifras de 17 a 20 mEq/l, dando para ello bicarbonato sódico oral.
7. Control de la anemia. Se trata con eritropoyetina recombinante humana (rHuEPO) en dosis de 80-120 U/Kg/semana vía subcutánea ó 120-180 U/Kg/semana vía IV, repartida en 1, 2 ó 3 dosis semanales, para mantener el hematocrito entre 33 y 36% (Hgb 11-12 g/dl).
8. Control de la HTA. Juega un papel muy importante para evitar la progresión de la IRC. Los IECAs son especialmente beneficiosos.
9. Diálisis o trasplante: cuando el tratamiento conservador es insuficiente o cuando hay signos de uremia terminal.[27]

[27] Dan L. Longo., Denmis L. Kasper., J. Larry Jameson., Anthony. S. Fauci., Stephen L. Hauser., Joseph Loscalzo., Eds. HARRISON, Principios de Medicina Interna, 17 edición, México, McGraw – Hill, 2009.

CAPÍTULO III

LIMITACIÓN FUNCIONAL Y SU VALORACIÓN

Un aspecto de extraordinaria importancia en los ancianos es la disminución de la capacidad física conforme avanza la edad, un fenómeno previsible y que puede detenerse o ralentizarse poniendo especial atención sobre el nivel de condición física y de actividad física. Muchos ancianos, debido a sus estilos de vida sedentarios, están peligrosamente cerca de su nivel de capacidad máxima durante actividades normales de la vida diaria. Una pequeña disminución del nivel de actividad física en estas personas podría provocar el paso de un estado de independencia a un estado de discapacidad, que se caracterizará por la necesidad de asistencia para la realización de las actividades cotidianas.[28]

El objetivo esencial de la asistencia Geriátrica es el mantenimiento óptimo de la función es decir, que la persona sea capaz de llevar una vida independiente, con máximo rendimiento físico, intelectual y social posible.

La capacidad funcional es la habilidad de un individuo para actuar y funcionar en la vida diaria, con autonomía e independencia.

La autonomía se define como “el grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como desean hacerlo”, esto implica tomar las decisiones propias, asumir las consecuencias y responsabilidades y reorientar las decisiones propias.

La independencia se refiere a la capacidad de realizar tareas y asumir roles sociales en la cotidianidad, en un amplio rango de complejidad, sin necesidad de dirección, supervisión o asistencia.

Limitación funcional. Se entiende por limitación funcional a las pérdidas que se producen en el adulto mayor con respecto a actividades tales como:

[28]Delgado Valeria, Pinguil Norma, Pulla Nora, Urgilés María. Módulo educativo para la promoción de salud del adulto mayor Facultad de Ciencias Médicas - Universidad de Cuenca, 2010.

rendimiento y de tareas necesarias para una vida socialmente satisfactoria, actividades instrumentales (necesarias para vivir de manera independiente) y actividades básicas, (imprescindibles para sobrevivir), bien entendido que poseen una estructura jerárquica: su complejidad va descendiendo conforme descendemos de nivel.

La valoración funcional de la persona mayor es el proceso diagnóstico multidimensional y usualmente multidisciplinario, destinado a detectar los problemas funcionales con la intención de elaborar un plan de promoción, prevención, atención y/o rehabilitación, según corresponda.[29]

El realizar la tarea más sencilla que nos podamos imaginar va a exigir unos mínimos de capacidad física (fuerza, capacidad aeróbica, elasticidad), de capacidad cognitiva (conveniencia, organización, planificación y ejecución) y de capacidad emotiva (deseo), así como un entorno y unos recursos sociales que lo permitan. Cuando cualquiera de estos componentes fallan, el realizar la tarea se convertirá en algo difícil o imposible: se habrá alterado la capacidad funcional.

Un 40% de los mayores de 80 años sean funcionalmente robustos, significa que elevada edad y deterioro funcional no son de ningún modo sinónimos. Y las implicaciones que la capacidad funcional tiene sobre el bienestar y la calidad de vida no son desdeñables. Los datos de las encuestas realizadas a los mayores, que señalan que uno de sus mayores temores es la pérdida del autovalimiento, no son sino la constatación popular de un fenómeno que paulatinamente se va desentrañando a nivel del conocimiento científico. El incluir a la capacidad funcional en el concepto "calidad de vida", no sólo amplia la concepción tradicional de "salud", sino que añade nuevos objetivos terapéuticos y nuevos servicios al quehacer hasta ahora tradicional.[30]

La evaluación funcional permite detectar, prevenir e intervenir precozmente en los factores de riesgo que causan deterioro funcional, posibilita el diseño de un

[29] MSP y OPS (2008). Guías Clínicas Geronto Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor. Quito – Ecuador.

[30] Ramos Ericka. Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. Revista de Valoración Geriátrica Integral, 2004.

tratamiento adecuado e individualizado en cada adulto mayor, eliminando o disminuyendo las causas reversibles de discapacidad, o mediante la rehabilitación y/o el tratamiento sintomático de patologías irreversibles.

LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y EL ENVEJECIMIENTO

La capacidad humana en relación con muchas funciones tales como la capacidad de ventilación, la fuerza muscular, el rendimiento cardiovascular, aumentan desde la niñez y alcanzan un punto máximo en la edad adulta temprana. Tal punto es seguido eventualmente por una declinación. Sin embargo, la pendiente de la declinación a lo largo del curso de la vida está determinada en gran parte por factores externos como el fumar, la nutrición poco adecuada o la falta de actividad física por mencionar sólo algunos de los factores relacionados a los comportamientos individuales.

La declinación natural en la función cardíaca, por ejemplo, puede acelerarse a causa del hábito de fumar, dejando al individuo aun nivel de capacidad funcional más bajo de lo que se esperaría normalmente para la edad de la persona. Sin embargo, la aceleración en la declinación puede ser reversible a cualquier edad. El dejar de fumar y los pequeños aumentos en la actividad física, por ejemplo, reducen el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria del corazón.

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional.

LA FUNCIONALIDAD SE DEFINE POR MEDIO DE TRES COMPONENTES

1 Las Actividades Básicas de la Vida Diaria. (ABVD) Bañarse, vestirse, usar el inodoro, movilizarse (entrar y salir de la cama), continencia y alimentarse.

2 Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. (AIVD) Uso de transporte, ir de compras, uso del teléfono, control de fármacos, capacidad para realizar las tareas domésticas.

3 Marcha y equilibrio.

LA EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL ES NECESARIA EN VIRTUD DE:

- El grado de deterioro funcional no puede estimarse a partir de los diagnósticos médicos en un adulto mayor.
- El deterioro de la capacidad funcional constituye un factor de riesgo para numerosos eventos adversos como las caídas y la institucionalización.
- Permite diseñar un tratamiento individualizado tendiente a recuperar, o mantener la capacidad funcional de la persona mayor.

GRADOS DE LIMITACIÓN FUNCIONAL

- **Alteración Leve:** dificultad para deambular distancias largas o subir escaleras.
- **Alteración Moderada:** dificultad para realizar en forma independiente su movilización dentro del hogar.
- **Alteración Severa:** Va desde la dificultad para la movilización independiente de su cama para realizar ABVD, hasta la inmovilidad total.[31]

Para realizar evaluaciones funcionales en los ancianos, es necesario aplicar aquellos test ya conocidos, de fácil aplicación y que estén debidamente validados. Su uso debe servir como punto de partida para la prescripción individualizada de ejercicio físico y para situar el nivel del sujeto evaluado respecto de sus coetáneos.

Según (Quintanilla 2000, p. 497) a continuación se enumeran 4 tipos de test funcional:

- Índice de Katz
- Índice de Barthel
- Escala de la cruz roja
- Escala de Philadelphia Geriatric Center (Lawton y Brodie)

[31]MSP y OPS (2008). Guías Clínicas Geronto Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor. Quito – Ecuador.

- **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

Las actividades de la vida diaria son conductas sensoriales y motoras de base, que incluyen actividades de supervivencia y auto cuidado. El índice de Katz es uno de los más ampliamente utilizados y más cuidadosamente evaluados. Se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo.

- **ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA**

Las actividades instrumentales de la vida diaria hacen referencia a la ejecución de actividades complejas necesarias para la vida independiente en la comunidad. Incluye actividades perceptivo – motoras que permiten la interpretación de información sensorial para manejarse a sí mismo y a los objetos del entorno inmediato, exige también habilidades de procesamiento para manejar eventos en el ambiente, manejar y resolver problemas y habilidades de comunicación.

- **ESCALA DE BARTHEL**

Se centra más en tareas dependientes de extremidades inferiores. Además añade más información que el índice de Katz. Ésta evalúa 10 ABVD: alimentarse, lavarse, vestirse, arreglarse, contener esfínteres y heces, ir al baño, trasladarse a cama / silla, deambular y subir /bajar escaleras. Esta escala tiene la ventaja de focalizar sobre aspectos concretos, en el caso de movilidad, para la rehabilitación.

- **ESCALA DE LA CRUZ ROJA**

Valora la incapacidad física a través del grado de movilidad que tiene la persona mayor o el nivel de restricción de la movilidad. Además valora la capacidad de continencia de los esfínteres y clasifica al adulto mayor en seis categorías, siendo el 0 el grado de mejor nivel funcional y el 5 el grado de peor nivel funcional. Es un tipo de escala simple, sencilla y rápida para aplicar. (Quintanilla, 2000).

- **ESCALA DE PHILADELPHIA**

Se aplica a los adultos mayores que viven solos y nos disponen de ayuda de sus familiares, este puede ser un(a) candidato (a) para ser institucionalizado. Esta escala se utiliza para completar la información obtenida por el índice de Katz o de Barthel.

- **TEST SF 36**

Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales.[32]

VALORACIÓN DE EQUILIBRIO Y MARCHA

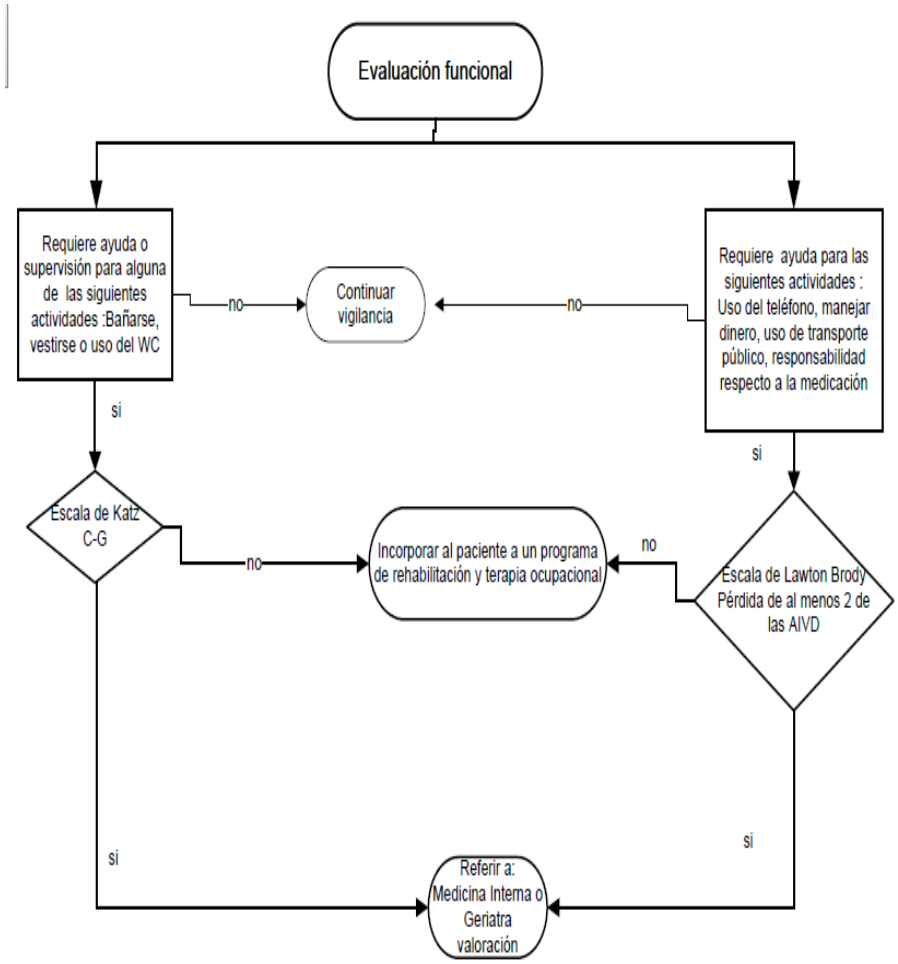
El movimiento es un componente esencial en la vida del adulto mayor, pues todos sus sistemas corporales funcionan con mayor eficacia cuando está activo. La pérdida de capacidad de marcha y equilibrio son indicadores de alto riesgo para la salud del individuo.

- **Movilidad:** La capacidad de las personas de edad para preservar su funcionalidad depende en buena medida de su motricidad. La detección temprana de incapacidades en esta área posibilita la intervención rehabilitadora.
- **Equilibrio:** Una evaluación clínica de la marcha debe incluir la observación del equilibrio utilizando la escala de Tinetti como guía. Para los pacientes que ya no son ambulatorios puede ser útil observar su capacidad para efectuar transferencias de la cama al sillón o al servicio sanitario y observar su estabilidad en la posición de sentados.[33]

---

[32] González Montalvo JI. Principios básicos de la valoración geriátrica integral. En: Valoración Geriátrica Integral. Barcelona: Glosa Ediciones; 2001. p. 15 27.

[33]MSP y OPS (2008). Guías Clínicas Geronto Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor. Quito – Ecuador.


Evaluación funcional
Requiere ayuda o supervisión para alguna de las siguientes actividades :Bañarse, vestirse o uso del WC
no
Continuar vigilancia
no
Requiere ayuda para las siguientes actividades : Uso del teléfono, manejar dinero, uso de transporte público, responsabilidad respecto a la medicación
si
si
Escala de Katz C-G
no
Incorporar al paciente a un programa de rehabilitación y terapia ocupacional
no
Escala de Lawton Brody Pérdida de al menos 2 de las AIVD
si
si
Referir a: Medicina Interna o Geriatra valoración

CAPITULO IV

PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES Y REHABILITACIÓN

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la rehabilitación como un proceso activo por el que aquellas personas discapacitadas como consecuencia de una enfermedad o una lesión alcanzan una recuperación total o desarrollan su máximo potencial físico, psíquico y social y son integradas en el entorno más apropiado.

La rehabilitación es una forma de intervención sobre el proceso discapacitante de la persona mayor en la transición enfermedad deterioro-actividad (discapacidad, deterioro funcional). Participación. Es capaz de prevenir o revertir el paso de deterioro a discapacidad y de discapacidad a participación.

El mantenimiento de la capacidad funcional y su expresión en la autosuficiencia o autonomía, como condición básica de la calidad de vida, es objetivo central de esta rehabilitación.

FACTORES Y PRINCIPIOS A RESPETAR AL APLICAR REHABILITACIÓN AL ADULTO MAYOR

1. Necesidad absoluta de un tratamiento precoz y muy a menudo preventivo, toda deficiencia motriz, de origen nervioso o articular debe ser objeto de una urgente reeducación.
2. Adaptación a la psicología individual del anciano y a su mayor lentitud para asimilar los elementos de la reeducación.
3. Utilización de un máximo de métodos activos y de un mínimo de aparatos y accesorios, sino es con finalidad ocupacional (del tipo ergoterapia).
4. Creación de un ambiente psicológico favorable y mucha paciencia por parte del terapista.
5. Si es posible ejercicios diarios pero sin fatiga y dar constantemente impulso a la actividad.

6. Necesidad en la medida de lo posible, de la continuidad del tratamiento por el mismo terapista.
7. Toda reeducación en institución geriátrica debe efectuarse con mucha prudencia y en colaboración estrecha con todos los miembros del equipo de valoración geriátrica.
8. Los objetivos han de ser muy a menudo modestos y una de las metas principales será la readquisición de una independencia real tan completa como sea posible, teniendo en cuenta las capacidades reales del paciente.

En el proceso de rehabilitación física en Geriatría, se deben identificar y modificar factores de riesgo que afecten al paciente. Se consideran factores de riesgo el sedentarismo, la obesidad, la inactividad, el hábito de fumar, el alcoholismo y los malos hábitos nutricionales, fundamentalmente.

Se han de tener en cuenta numerosos factores que pueden condicionar el curso y el resultado de la rehabilitación:

- Edad, situación funcional previa.
- Comorbilidad y polifarmacia.
- Dolor no controlado.
- Déficit sensorial.
- Patología causal (ACV, fractura de cadera, etc.).
- Gravedad de la discapacidad (ni demasiado leve, ni demasiado severa) y tiempo de adquisición (deterioro agudo y subagudo).
- Presencia de deterioro cognitivo, delirium o depresión.
- Situación socio-familiar (determina el nivel asistencial en que se debe realizar el tratamiento rehabilitador).

VALORACIÓN EN REHABILITACIÓN

Ha de ser multidimensional puesto que de esa naturaleza es el objetivo de la rehabilitación en la persona mayor. No todos los pacientes se van a beneficiar de esta intervención. Existen ciertos parámetros que nos pueden ayudar a identificar actividades afectadas.

Maniobra de screening.	Músculos y articulaciones implicadas.	AVD afectadas.
Agarrarse las manos detrás de la cabeza.	Rotación externa y abducción del hombro, flexión del codo.	Vestido superior, arreglarse, bañarse y tareas de casa.
Agarrarse las manos detrás de la espalda.	Rotación interna del hombro.	Vestido superior, baño y tareas de la casa.
Colocar tobillo sobre rodilla opuesta.	Rotación externa de la cadera, flexión cadera y rodilla.	Marcha, baño, aseo, vestido inferior, subir escaleras y equilibrio
Con la pierna extendida, flexión de rodilla hacia el pecho (miembro opuesto a 90ª apoyado en el suelo).	Extensión de cadera y rodilla en la extensión y flexión de ambas en la otra.	Equilibrio y marcha.
Dorsiflexión de tobillo 90ª.	Fuerza y rango de movimiento del tobillo.	Equilibrio y marcha.
Agarrar una hoja y evitar que se lo quiten.	Fuerza de la pinza.	Cocinar, alimentarse, arreglarse y tareas de la casa.
Levantarse de la silla y sentarse 3-5 veces.	Fuerza de miembros inferiores (cadera y rodilla).	Equilibrio, marcha, baño y aseo.
Ponerse de puntillas 5-10 veces.	Fuerza de miembros inferiores (tobillos).	Equilibrio, subir escaleras.
Empuje esternal ligero.	Tobillo, cadera y fuerza del tronco.	Equilibrio.

[34]

EL EJERCICIO FÍSICO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR

La actividad física se define como cualquier movimiento del cuerpo producido por la actividad muscular y que provoca consumo de energía.

El ejercicio físico se define como los movimientos del cuerpo realizados para mantener y o mejorar uno o más aspectos de la condición o forma física de forma planificada, estructurada y repetitiva.

[34] MSP y OPS (2008). Guías Clínicas Geronto Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor. Quito – Ecuador.

El ejercicio físico regular se caracteriza por que:

1. Aumenta la fuerza muscular, la flexibilidad y la capacidad para el ejercicio.
2. Disminuye la mortalidad de origen cardiovascular.
3. Disminuye la pérdida de masa ósea.
4. Mejora el perfil lipídico y metabolismo de carbohidratos.
5. Disminuye el porcentaje de grasa corporal y favorece el control del peso.
6. Disminuye la ansiedad, insomnio, depresión.
7. Mejora la sensación de bienestar y la percepción de la propia imagen.

Los objetivos del ejercicio físico regular son:

1. Aumentar la capacidad aeróbica máxima para mejorar así la resistencia a la fatiga.

2. Mejorar la potencia de la musculatura de las extremidades y en consecuencia favorecer y mantenerla independencia en la deambulación y en las AVD.

Para la correcta realización del programa de ejercicio se necesita previamente evaluar al paciente. En esta evaluación es importante reconocer si se trata de un paciente portador de patologías, si hace dieta, si usa medicamentos.

La valoración física deberá incluir el estado neurológico en busca de neuropatías periféricas y alteraciones del equilibrio. Debe evaluarse el estado de las articulaciones de carga, la estabilidad y potencia muscular y además el estado oftalmológico y cardiovascular.

PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO

Debe ser equilibrado y reunir ciertas condiciones:

1. Incluir ejercicios para aumentar la flexibilidad musculo - tendinosa y la movilidad articular, la potencia muscular, la resistencia cardiovascular y mejorar la coordinación y el equilibrio.

2. Debe resultar atractivo para el individuo y adecuado a sus características personales y nivel de actividad física previa, para conseguir la máxima colaboración y seguimiento del mismo.
3. Debe iniciarse de forma gradual en función del nivel de actividad física previa del individuo, añadiendo progresivamente distintos ejercicios y aumentando progresivamente su intensidad y duración.
4. Se debe utilizar ropa y calzado cómodo además de ingerir líquidos, y no hacerlo nunca en lugares demasiado fríos o calurosos, evitar la fatiga extrema y realizarlos en grupo o pareja.
5. En los individuos frágiles o muy sedentarios se instaurará inicialmente ejercicios de flexibilización, equilibrio y potenciación, en cambio en los sanos se iniciará con ejercicios aeróbicos moderados.

En la resistencia cardiovascular se debe tener en cuenta el tipo de actividad la intensidad del esfuerzo, la duración, frecuencia y ritmo de progresión.

a) Tipo de actividad: es adecuada toda actividad que utilice grandes grupos musculares (más del 60% de la masa muscular) que pueda ser mantenida por largos períodos de tiempo y que sea de naturaleza rítmica y aeróbica.

b) Intensidad del esfuerzo: se recomienda que se alcance 40 – 60% de la frecuencia cardíaca máxima. No son aconsejables ejercicios que superen 60 % de la frecuencia cardíaca máxima.

c) Duración: se considera que la duración de la sesión no debe pasar de 20 min. y aumentar hasta alcanzar un tiempo en forma progresiva de hasta una hora. En los individuos muy desacondicionados se puede empezar trabajando 5 a 10 min.

d) Frecuencia: se recomienda una frecuencia de tres sesiones por semana y en los muy desacondicionados 5 min 3 o 4 veces por día según su tolerancia.

e) Ritmo: de progresión. Dependerá del estado de salud, de la capacidad funcional y de las necesidades y metas que se deseen alcanzar.

Como es lógico cada sesión irá precedida de una fase de calentamiento, estiramiento y flexibilización articular y concluirá con una fase de enfriamiento y relajación.

El ejercicio debe interrumpirse si aparecen: disnea, dolor torácico, dolor músculo esquelético mareo o fatiga excesiva.

DEPORTES Y ESPARCIMIENTOS

La práctica de un deporte constituye una prevención frente al envejecimiento acelerado.

Antes de iniciar o reiniciar una práctica se debe realizar un chequeo médico y una prueba de esfuerzo con la finalidad de buscar las fallas orgánicas.

Los efectos del deporte en la tercera edad son:

1. Influencia benéfica sobre el envejecimiento fisiológico.
2. Mejora la capacidad pulmonar.
3. Adaptación cardíaca al esfuerzo.
4. Mejora de la fuerza muscular y la flexibilidad articular.

Entre los deportes más conocidos en nuestro medio tenemos la marcha, natación, (recordar que se debe evitar situaciones de competencia.)

Los accidentes que pueden sobrevenir en estas practicas especialmente son: contracturas, calambres, traumatismos articulares y óseos, tendinitis en las articulaciones artríticas o artrósicas.[35]

[35]MSP y OPS (2008). Guías Clínicas Geronto Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor. Quito – Ecuador.

V. MATERIAL Y MÉTODOS

Para el desarrollo de la presente Tesis, es preciso indicar, que se utilizaron distintos métodos, procedimientos y técnicas, que la investigación científica proporciona, partiendo del método científico, como el medio más adecuado para llegar al conocimiento de los fenómenos que se desarrollan en la naturaleza y en la sociedad, de esta manera se puede demostrar la validez de este proyecto.

TIPO DE ESTUDIO:

La presente investigación fue de tipo Descriptivo- Correlacional, porque me permitió especificar y describir las características y rasgos importantes, de este grupo poblacional, al mismo tiempo asociar y relacionar las variables propuestas para el estudio; es decir si las enfermedades crónico - degenerativas se relacionan con las limitaciones funcionales.

POBLACIÓN O MUESTRA:

El área de estudio, para el desarrollo de la presente investigación, fue la Asociación Pro Defensa de Adultos Mayores, la misma que nace como un proyecto de Ministerio de Inclusión Económica y Social en la Provincia de Loja y se encuentra ubicada en la parroquia de Vilcabamba, localizado en la región suroriente de la provincia de Loja.

UNIVERSO Y MUESTRA:

- Universo.-260 Adultos mayores hombres y mujeres, que pertenecen a la Asociación Pro – Defensa del Adulto Mayor de Vilcabamba.
- Muestra.- Se seleccionará una muestra, no probabilística compuesta por, 100 adultos mayores, hombres y mujeres, que cumplan con los criterios de Inclusión, que a continuación se establecen:

  Criterios de Inclusión:

- Hombres y Mujeres mayores de 60 años de edad que pertenecen a la Asociación "Pro Defensa del Adulto Mayor de Vilcabamba"
- Que no presente deterioro cognoscitivo, para que la información recopilada sea confiable.
- Que sean miembros activos de la Asociación "Pro Defensa del Adulto Mayor de Vilcabamba"
- Que deseen participar voluntariamente o que les sea autorizado por sus familiares y/o la autoridad de la institución.

Criterios de Exclusión:

- Aquellos que no pertenezcan a la Asociación "Pro Defensa del Adulto Mayor de Vilcabamba", o tienen menos de dos meses en la misma.
- A pesar de cumplir con el criterio de edad, presentan Alteraciones Mentales Severas.
- Pacientes con Enfermedades Terminales.
- Pacientes que no deseen participar.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La información se obtuvo mediante un instrumento de recolección de datos, en el que se incluía índice de Katz y Lawton y Brody, e información acerca de las enfermedades crónicas recopilada de Historias clínicas pertenecientes a la Asociación.

Se utilizó el Modelo de Evaluación geriátrica para el Adulto Mayor, propuesto por el Ministerio de Salud Pública, mediante las guías clínicas Geronto-Geriátricas de atención primaria, que incluye las actividades de la vida diaria (bañarse, vestirse, comer, levantarse e ir al baño) y actividades instrumentadas de la vida diaria (gimnasia, actividades recreativas y socialmente útiles, adaptación a la vida en colectivo).

- EL ÍNDICE DE KATZ, Es un índice con buena consistencia interna y validez. Su concordancia con otros test de ABVD básica es alta. Su fiabilidad ha sido valorada en múltiples estudios presentando coeficientes de correlación (> 0. 70) y test-retest (>0. 90) altos, siendo mayor en los pacientes menos deteriorados. Está validado en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos. Incluso algunos autores lo han utilizado para validar sus propias escalas.[36]

  Se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones sociobiológicas. Su carácter jerárquico permite evaluar de forma sencilla el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo. Cabe señalar que tiene valor predictivo sobre la estancia media hospitalaria, la institucionalización y la mortalidad a corto y largo plazo.
- ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY: Presenta un coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto (0. 94). No se han reportado datos de fiabilidad. Su principal limitación es la influencia de aspectos culturales y del entorno sobre las variables que estudia, siendo necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona. Se considera una escala más apropiada para las mujeres puesto que muchas de las actividades que mide la escala han sido realizadas tradicionalmente por ellas pero también se recomienda su aplicación en hombres aunque todavía están pendientes de identificar aquellas actividades instrumentales realizadas por ellos según los patrones sociales.

  Esta escala permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales. La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado. Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno, sencilla de administrar, validada en nuestro país, su administración es rápida.

[36] Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011; 72 (1): 11-16.

Para evaluar el nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria e instrumentales, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica, y
- Dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad por otro.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

Para el análisis e interpretación de datos. Se presentaron cuadros y gráficos EN EXCEL, para el análisis e interpretación de resultados se apoyó de la literatura del marco conceptual.

VI. RESULTADOS

TABLA NO. 1

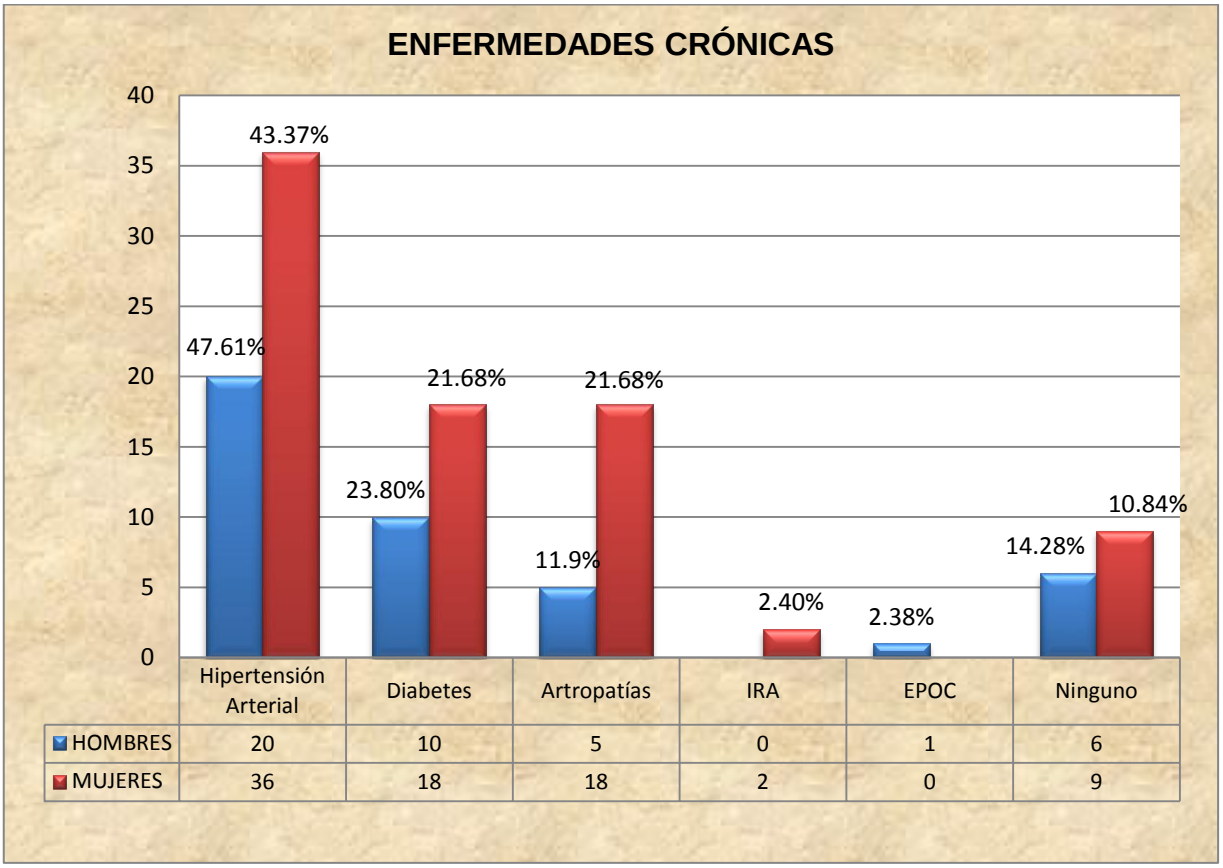
Enfermedades crónicas en los adultos mayores de la "Aso. Pro defensa del Adulto Mayor de Vilcabamba".

ENFERMEDAD CRÓNICA	HOMBRES	PORCENTAJE	MUJERES	PORCENTAJE
HTA	20	47.61%	36	43.37%
DM2	10	23.80%	18	21.68%
ARTROPATÍAS	5	11.9%	18	21.68%
IRA	0	0%	2	2.40%
EPOC	1	2.38%	0	0%
NINGUNO	6	14.28%	9	10.84%
TOTAL	**42**	**100%**	**83**	**100%**

Fuente: Historias Clínicas de la Asociación "Pro defensa del Adulto Mayor de Vilcabamba", 2013.

Autora: Gabriela L. Sánchez G.

GRÁFICO NO. 1



Fuente: Historias Clínicas de la Asociación "Pro defensa del Adulto Mayor de Vilcabamba", 2013.

Autora: Gabriela L. Sánchez G.

De la población en estudio en lo que corresponde a las enfermedades crónicas, se puede observar en el gráfico que el mayor porcentaje corresponde a la Hipertensión Arterial que ocupa el primer lugar en ambos sexos, con un porcentaje alrededor del 43.37 a 47.61%, siendo mayor en el sexo femenino.

TABLA NO. 2

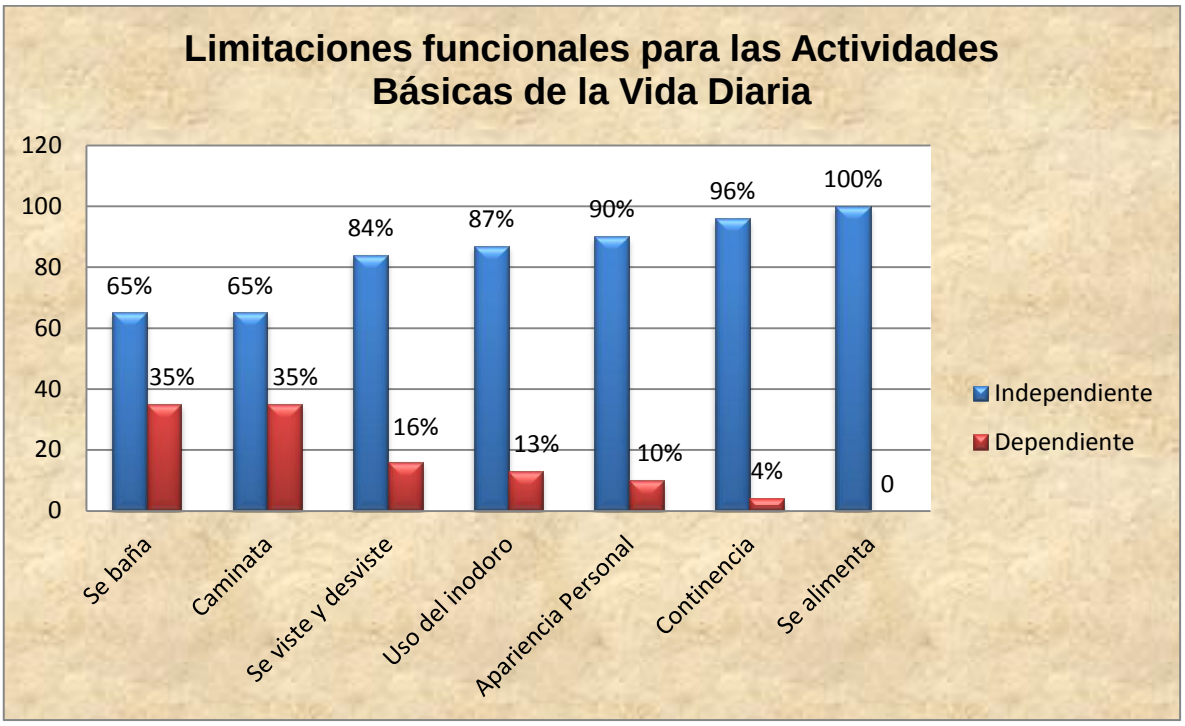
LIMITACIONES FUNCIONALES PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA en los adultos mayores la "Aso. Pro defensa del Adulto Mayor de Vilcabamba".

	Independiente		Dependiente		
ABVD	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**TOTAL**
Se baña	65	65%	35	35%	100
Caminata	65	65%	35	35%	100
Se viste y desviste	84	84%	16	16%	100
Uso del inodoro	87	87%	13	13%	100
Apariencia personal	90	90%	10	10%	100
Continencia	96	96%	4	4%	100
Se alimenta	100	100%	0	0%	100

Fuente: Encuesta, 2013

Autora: Gabriela L. Sánchez G.

GRÁFICO NO. 2



Fuente: Encuesta, 2013

Autora: Gabriela L. Sánchez G.

En lo que corresponde a las Limitaciones para las Actividades Básicas de la Vida Diaria, se puede observar que el mayor porcentaje de los encuestados son autosuficientes. Mencionando algún grado de dificultad para actividades relacionadas con el baño y caminata alcanzando un porcentaje del 35%.

TABLA NO. 3

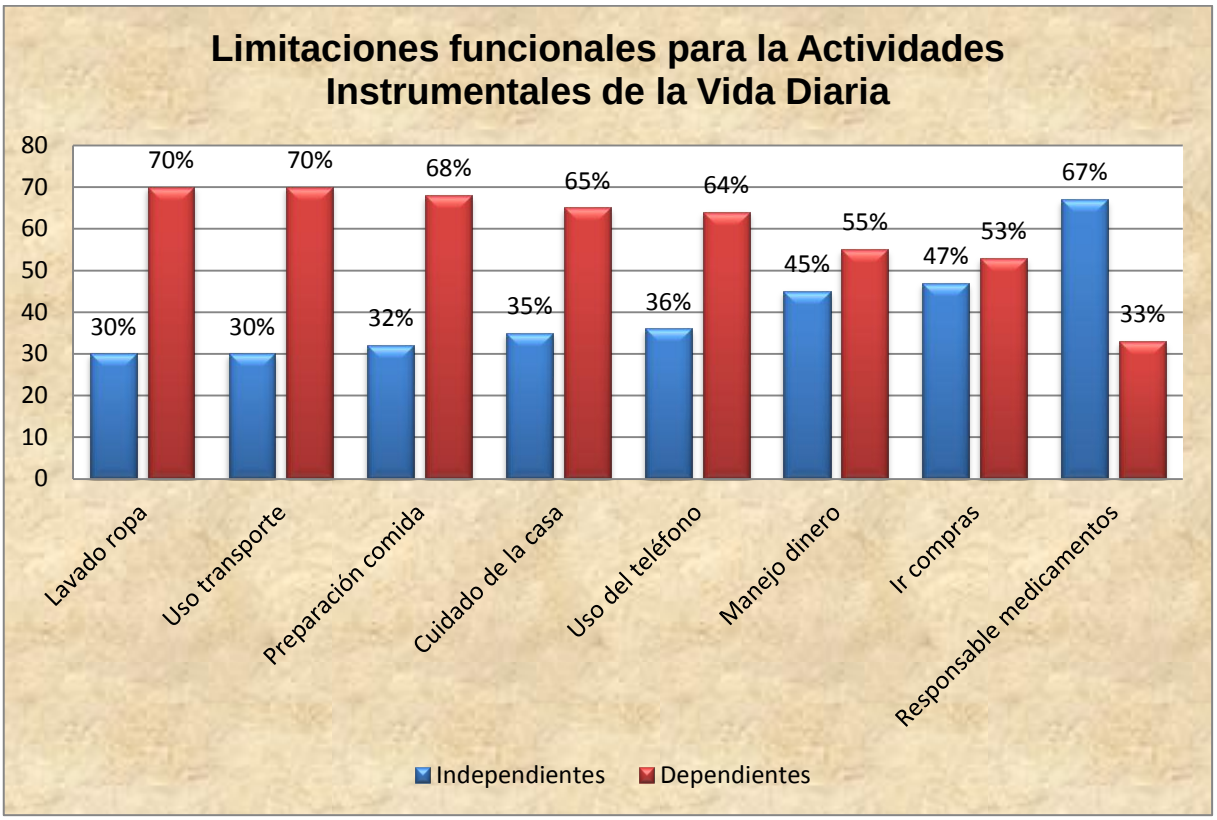
LIMITACIONES FUNCIONALES PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA en los adultos mayores la "Aso. Pro defensa del Adulto Mayor de Vilcabamba".

	Independientes		Dependiente		
AIVD	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**TOTAL**
Lavado de ropa	30	30%	70	70%	100
Uso del transporte	30	30%	70	70%	100
Preparación de la comida	32	32%	68	68%	100
Cuidado de la casa	35	35%	65	65%	100
Uso del teléfono	36	45%	64	55%	100
Manejo del dinero	45	36%	55	64%	100
Ir de compras	47	47%	53	53%	100
Responsable de los medicamentos	67	67%	33	33%	100

Fuente: Encuesta, 2013

Autora: Gabriela L. Sánchez G.

GRÁFICO NO. 3



Fuente: Encuesta, 2013

Autora: Gabriela L. Sánchez G.

En el gráfico se aprecia que existen limitaciones funcionales para casi todas las actividades instrumentales de la vida diaria, con excepción de la responsabilidad para la toma de medicamentos en donde el porcentaje de personas independientes fue mayor alcanzando un total de 67%. Las actividades que indicaron tener mayor dificultad o limitación funcional fueron el lavado de ropa, uso de transporte con porcentajes del 70%, Así como el cuidado de la casa y la preparación de la comida con porcentajes de 68 y 65% respectivamente.

TABLA NO. 4

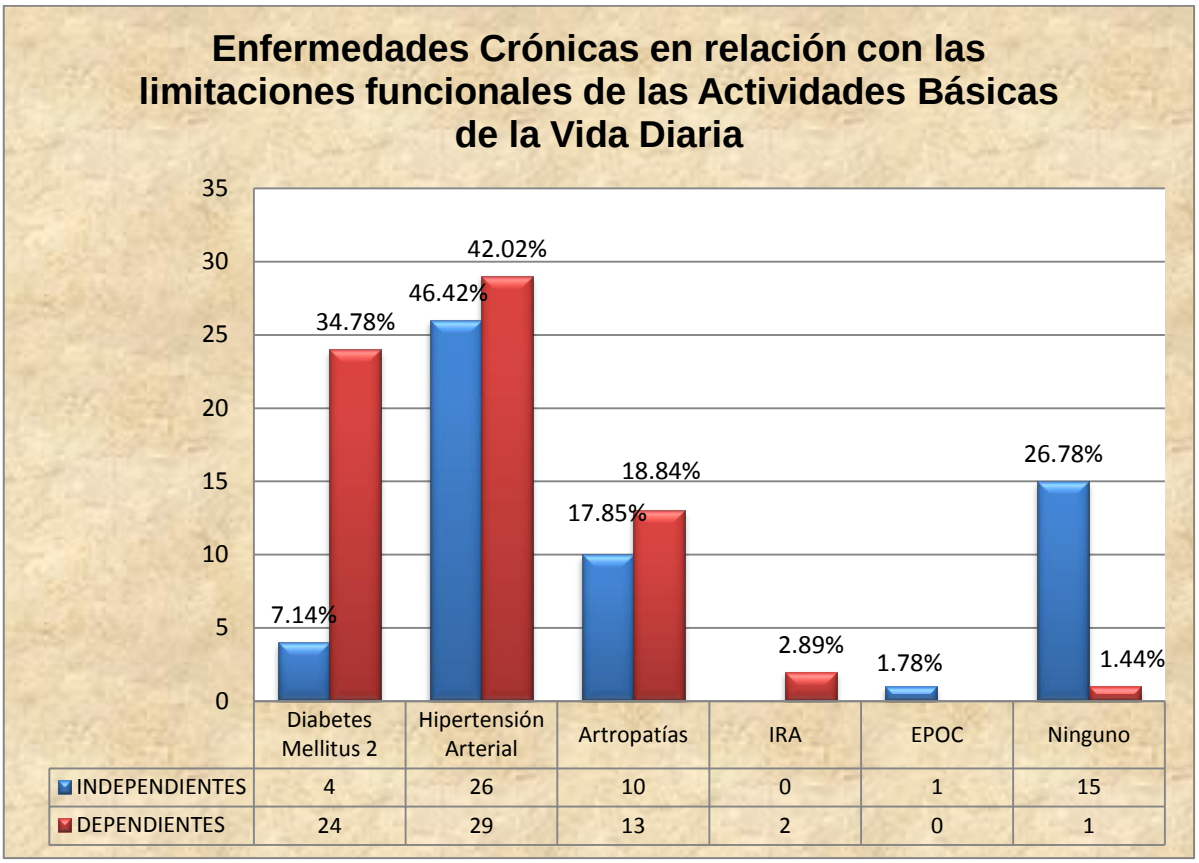
Relación entre las enfermedades crónicas y limitaciones funcionales (ABVD), en los adultos mayores la "Aso. Pro defensa del Adulto Mayor de Vilcabamba".

ENFERMEDAD CRÓNICA	INDEPENDIENTES	%	DEPENDIENTE	%
DM2	4	7.14%	24	34.78%
HTA	26	46.42%	29	42.02%
Artropatías	10	17.85%	13	18.84%
EPOC	1	1.78%	0	0
IRA	0	0%	2	2.89%
Ninguno	15	26.78%	1	1.44%
TOTAL	56	100%	69	100%

Fuente: Encuesta, 2013.

Autora: Gabriela L. Sánchez G.

GRÁFICO NO. 4



Fuente: Encuesta, 2013.

Autora: Gabriela L. Sánchez G.

En el cuadro se aprecia la intima relación existente entre la dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, en patologías tales como diabetes e hipertensión con un porcentaje de 34.78% y 42.02% respectivamente.

TABLA NO. 5

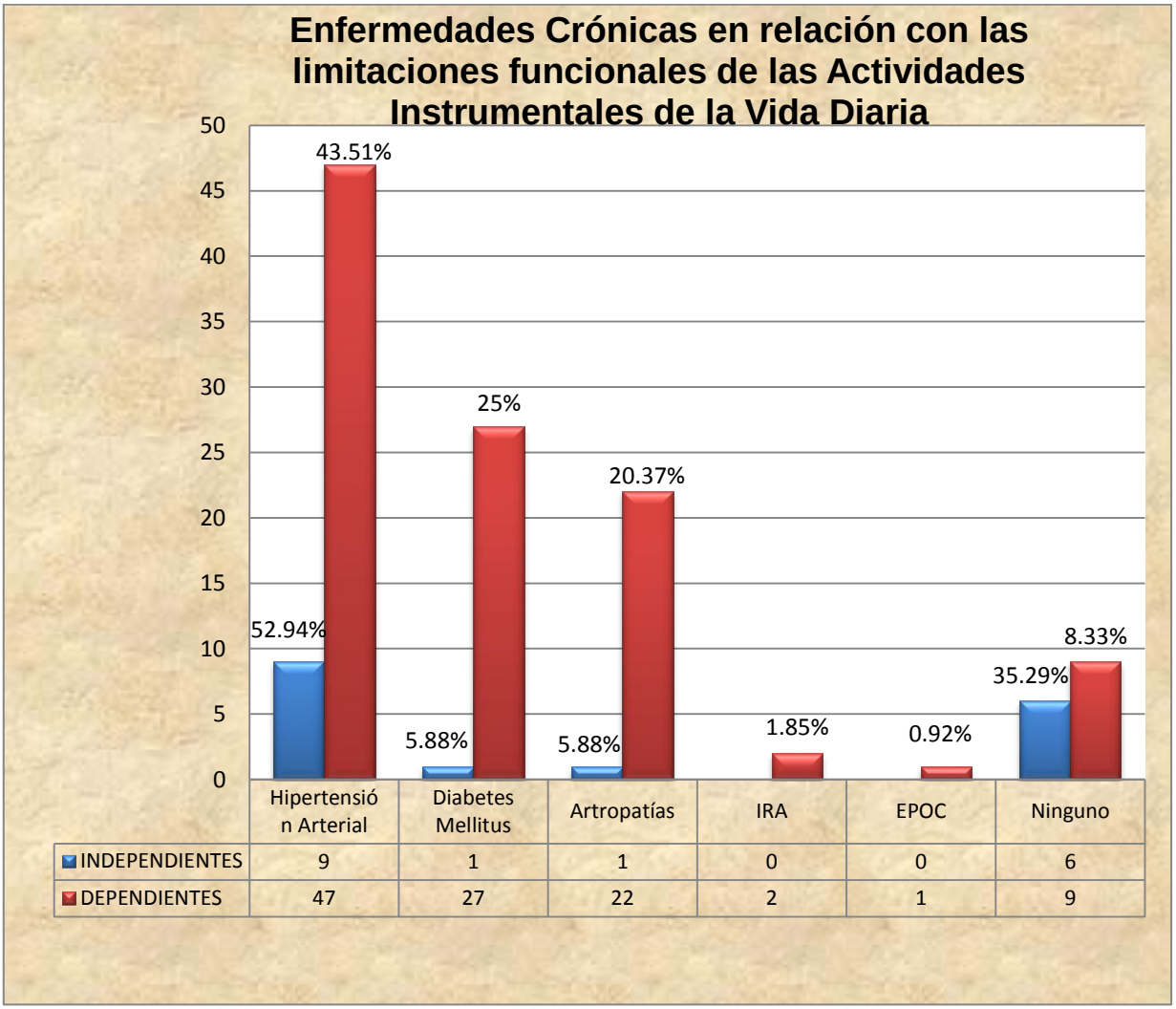
Relación entre las enfermedades crónicas y limitaciones funcionales (AIVD), en los adultos mayores la "Aso. Pro defensa del Adulto Mayor de Vilcabamba".

ENFERMEDAD CRÓNICA	INDEPENDIENTES	%	DEPENDIENTE	%
HTA	9	52.94%	47	43.51%
DM2	1	5.88%	27	25%
Artropatías	1	5.88%	22	20.37%
IRA	0	0%	2	1.85%
EPOC	0	0%	1	0.92%
Ninguno	6	35.29%	9	8.33%
TOTAL	17	100%	108	100%

Fuente: Encuesta / Historias Clínicas, 2013.

Autora: Gabriela L. Sánchez G.

GRÁFICO NO. 5



Fuente: Encuesta / Historias Clínicas, 2013.

Autora: Gabriela L. Sánchez G.

En el cuadro se aprecia la íntima relación existente entre la dependencia para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria, en patologías tales como diabetes e hipertensión con un porcentaje 25% y 43.51% respectivamente.

VII. DISCUSIÓN

La presencia de las enfermedades crónicas en el adulto mayor es uno de los factores que más preocupa a los diferentes profesionales de la salud, principalmente, debido a que cada vez más la sociedad actual enfrenta el desarrollo continuo de enfermedades que en un gran porcentaje son causantes de muertes y de discapacidades mundiales, ya que cerca de 46% de la población mundial tiene alguna enfermedad crónica y, aproximadamente, 60% de las muertes anuales son causadas por las mismas.[37]

Muchas de las patologías recurrentes que enfrentan los mayores los hacen más vulnerables a la dependencia. Por ejemplo, la diabetes mellitus puede derivar en una amputación, la hipertensión arterial puede traer como consecuencia un accidente vascular, etc. El hecho de poner atención en las prevalencias de las enfermedades en las personas de edad, puede proveer un panorama de la fragilidad y la vulnerabilidad ante la dependencia que enfrenta este grupo.

La enfermedad crónica más frecuentemente declarada por los encuestados en un estudio realizado en México, fue la hipertensión arterial, con un porcentaje de 38.3%.[38] Este resultado es muy parecido al de una investigación realizada en España, que registró una prevalencia de 37%. En Chile en el estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores en el año 2009 asignó a la Hipertensión Arterial un porcentaje aun mayor de 62,1%.[39] En este sentido, otros estudios realizados, especialmente en Cuba, también registraron a la hipertensión arterial como la enfermedad crónica más frecuente, sólo que con prevalencias, que oscilaron entre 40 y 49%[40]. Estadísticas que se corroboran con nuestro estudio en donde ocupa el primer lugar con un porcentaje

[37] Buendía J. Familia y psicología de la salud. Madrid: Ediciones Pirámide; 1999.

[38] Castro V. Prevalencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores residentes de la colonia las Granjas, de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. Revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, 1996.

[39] Francisco González M, Cristián Massad T, Felipe Lavanderos. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores, Chile 2009.

[40] Arjona MC, Criado VJ, Sánchez SL. Enfermedades crónicas y consumo de fármacos en mayores de 65 años. Medicina general. 2002; 47:684-695.

alrededor del 43 al 47%, cifras similares a las registradas en México, España y Cuba.

La HTA es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo. Representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades. Las tendencias mundiales al incremento de la expectativa de vida en la mayoría de los países ha propiciado que una gran cantidad de personas transite hacia el envejecimiento. En la mayoría de los países, la prevalencia se encuentra entre el 15 y el 30 %. La frecuencia de HTA aumenta con la edad, y se ha demostrado que después de los 50 años casi el 50 % de la población la padece.[41]

Con relación a la DM, su prevalencia mundial se ha incrementado en grado impresionante durante los 2 últimos decenios, aumenta con la edad. En el año 2000 en los individuos de más de 65 años la prevalencia de DM fue de 20,1 %.

En chile la Diabetes con una prevalencia de 21,8%, ocupa el segundo lugar entre las enfermedades crónicas, porcentaje que está íntimamente correlacionado con nuestra investigación, en donde también ocupa el segundo lugar con un porcentaje del 21 al 23%.

Específicamente, en Medellín, Colombia, los datos son similares, ya que, según la caracterización que se realizó durante 1997-2002, las enfermedades que más reportaron los adultos mayores fueron hipertensión (38,1%), diabetes (13,2%), artritis (6,8%) y osteoporosis (5,0%).[42]

Las artropatías fueron los problemas de salud que ocuparan el tercer lugar, con cerca del 18%, una cifra inferior a la reportada por un estudio brasileño que registró un 41%.[43] En nuestro caso se puede decir que igual se relaciona al

[41]Comisión Nacional de Hipertensión Arterial. Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. Rev Cubana Med. 1999;38(3):160-9.

[42] Durán A., Valderrama L., Uribe A. F. González A., Molina J. M. Enfermedad crónica en adultos mayores Univ. Méd. Bogotá (Colombia), 51 (1): 16-28, enero-marzo, 2010.

[43]López–Torres HJ, Cerda DR, Fernández OC, Requena GM, Fernández CC, Otero PA. Factores asociados al consumo de medicación crónica en personas ancianas. Medicina clínica. 1997; 108: 572-576.

ocupar el tercer lugar en prevalencia, pero con un porcentaje entre el 11 al 21%.

Por lo tanto, se puede decir que la presencia de las enfermedades crónicas es el resultado de diferentes variables, entre las que se puede mencionar un inadecuado estilo de vida, el consumo de medicamentos, la soledad, la vida sedentaria.

Según datos del estudio Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores realizado en siete ciudades de América Latina y el Caribe se encontró una mayor asociación entre tener varias enfermedades crónicas y la dificultad para realizar AIVD (en todas las ciudades) que entre tener varias enfermedades crónicas y la dificultad para realizar ABVD (en cuatro ciudades). Varios autores han encontrado una asociación directa entre la presencia de discapacidad y de enfermedades crónicas en conjunto o con cada enfermedad por separado, en particular la DM, la artrosis, las ECV y el deterioro cognoscitivo.[44] Con los resultados de nuestra investigación se corrobora la información de estos estudios ya que en el caso de nuestros encuestados, existe una mayor dependencia funcional para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, especialmente relacionada con la HTA y la Diabetes con un porcentaje 43 y 25% respectivamente.

La artrosis y los padecimientos ligados a esta enfermedad también se encuentran entre las ENT de mayor prevalencia en personas de edad avanzada y su relación con la dificultad para realizar ABVD y AIVD está bien documentada. En este estudio, la artrosis se asoció en todas las ciudades con las ABVD (excepto en Montevideo) y con las AIVD (excepto en México, D.F.). Los datos obtenidos en nuestra investigación demuestran una mayor asociación con las AIVD, mayor dependencia o limitación funcional con un porcentaje que alcanza el 20.37%.

[44] Menéndez J., Guevara A., Arcial N., León EM, Marín C., Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2005;17:353-61.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) enfatiza que la salud del adulto mayor debe medirse en términos de conservación de funcionalidad y no en razón de lo que se ha perdido, por lo tanto en este estudio se encontró un mayor porcentaje de independencia para las actividades de la vida diaria, ya que la mitad son autosuficientes.

Debido a que las actividades instrumentales son más sensibles al cambio debido a su mayor complejidad, un pequeño aumento en las exigencias del ambiente o una leve disminución de las habilidades de una persona puede provocar cambios considerables en el desempeño de AIVD sin afectar significativamente al desempeño de ABVD. Esto pudiera explicar el patrón observado en este estudio, en donde existe mayor dependencia para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.

Los cambios asociados con el envejecimiento, la disminución de las reservas biológicas y el aumento relativo de las exigencias del ambiente (barreras arquitectónicas, uso de medios de transporte, etc.) pueden explicar en parte esta asociación, principalmente con relación a las actividades instrumentales.

VIII. CONCLUSIONES

Al término de esta investigación se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

1. A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes. Concluyendo que el porcentaje de enfermedades crónicas en esta población estudiada fue elevado, siendo las tres enfermedades más frecuentes: hipertensión arterial con un porcentaje alrededor del 43.37 a 47.61%; diabetes entre 21.68 a 23.80% y artropatías alcanzando 11.90 a 21.68%. Perfil que es igual para ambos sexos.

2. En lo que corresponde a la realización para las Actividades Básicas de la Vida Diaria, se pudo determinar que el mayor porcentaje de los encuestados son autosuficientes. Sin embargo se pudo concluir que las actividades con mayor grado de dependencia o limitación funcional fueron las relacionadas con el baño y caminata alcanzando un porcentaje del 35%.

3. Respecto a las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) se noto la marcada dependencia para la realización de estas actividades en los adultos mayores. Encontrándose mayor grado de limitación funcional para actividades como: lavado de ropa, uso de transporte con porcentajes del 70%, Así como el cuidado de la casa y la preparación de la comida con porcentajes de 68 y 65% respectivamente.

4. En lo que corresponden a las limitaciones funcionales para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), la patología que marco una asociación directa de dependencia fue la diabetes, ya que de un total de 28 adultos mayores que padecen de esta enfermedad, 27 contestaron tener algún grado de dependencia. Mientras que para la Hipertensión, Artropatías y otras la diferencia no fue tan acentuada entre los que eran dependientes e independientes.

5. Para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en relación a las enfermedades crónicas, el patrón fue distinto ya que fue mayor el número de personas con algún grado de dependencia, y no fue solamente para el caso de la hipertensión, sino para todas las patologías. Así pues de 28 adultos mayores con diabetes 27 tienen dificultad para las AIVD, de 56 hipertensos 47 son dependientes, de 23 con problemas de artropatías 22 muestran dificultad o dependencia para este tipo de actividades.

6. La dependencia funcional está directamente relacionada con el envejecimiento y depende de múltiples factores determinantes. En esta investigación se confirmó que poseer alguna enfermedad crónica genera algún grado de dependencia para realizar tanto ABVD como AIVD en los adultos mayores. Así mismo que las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria son las que se ven principalmente afectadas y las primeras limitaciones en aparecer.

IX. RECOMENDACIONES

1. La incidencia de la enfermedad crónica en el adulto mayor es evidente. Por lo tanto, lo importante es establecer estrategias para prevenir su aparición o disminuir sus complicaciones. Esto debe trabajarse en las diversas etapas del ser humano, incorporando estilos de vida saludables.

2. Tomando en cuenta que las dificultades para realizar AIVD son las primeras en aparecer, se deben establecer mecanismos de seguimiento, tales como sistemas de vigilancia, que permitan detectar adultos mayores en riesgo de perder su autonomía e implementar intervenciones dirigidas a detener o revertir ese proceso.

3. Los organismos competentes deben intervenir con programas de capacitación dirigidos a los familiares o cuidadores del adulto mayor con el fin de suplir de manera eficaz y pertinente los cuidados necesarios.

4. Conviene realizar varias charlas acerca de los hábitos saludables relacionados con las enfermedades crónico - degenerativas en esta población y así lograr que tengan un mejor conocimiento y manejo acerca de las mismas.

5. Es necesario diseñar campañas con programas de ejercicio físico y esparcimiento que inciten a las personas al deporte para evitar el sedentarismo. Y así mejorar la potencia de la musculatura de las extremidades y en consecuencia favorecer y mantener la independencia en la deambulación y en la AVD.

6. Se recomienda hacer uso adecuado de las Guías Clínicas Geronto Geriátricas, proporcionadas por el MSP ya que constituyen un apoyo fundamental para el adecuado manejo de los adultos mayores, además que permite fortalecer la capacidad de la atención primaria y poder

responder más eficientemente a los problemas de salud prevalentes y consecuentemente prevenir discapacidades.

7. Uno de los retos emergentes a los que se deben enfrentar las universidades es formar recursos humanos profesionales para la prevención, detección y control de las enfermedades crónicas, para lo cual es indispensable difundir los conocimientos científicos actualizados de dichas enfermedades en los ámbitos biológicos, clínico y epidemiológico y promover estrategias innovadoras y modelos de atención comunitaria para hacer frente a dicho desafío.

X. BIBLIOGRAFÍA:

1. Alma Rosa., Cortés N., Villarreal E., Galicia L., Martínez G. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. Rev. méd. Chile. 2011, vol.139, n.6, pp. 725-731.
2. Álvarez., Pazmiño., Villalobos y Villacis. (2010). Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores. Quito – Ecuador.
3. Aspiazu M., Cruz A., Villagrasa J., Abanades J., García N, Alvear F. Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. Rev. Esp Salud Pública. 2002, vol 119,n8, 105-120.
4. Baquerizo Freile Julieta. SITUACIÓN DE LA TERCERA EDAD EN EL ECUADOR. (Diapositiva). Quito – Ecuador: Dirección Nacional de Gerontología Ministerio de Bienestar Social; 2005. 18 diapositivas.
5. Buendía J. Familia y psicología de la salud. Madrid: Ediciones Pirámide; 1999.
6. CARRASCOSA Lorenzo. Informe: Consecuencias del Envejecimiento de la población. INE http://www.ine.es/daco/daco42/sociales/infosoc_envej.pdf.
7. CELADE. América Latina y el Caribe. Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050. Boletín Demográfico.
8. Colina D. El concepto de salud en el anciano. Rev Cubana Salud Pública 1995 52-3.
9. Comisión Nacional de Hipertensión Arterial. Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. Rev Cubana Med. 1999;38(3):160-9.
10. Dan L. Longo., Denmis L. Kasper., J. Larry Jameson., Anthony. S. Fauci., Stephen L. Hauser., Joseph Loscalzo., Eds. HARRISON, Principios de Medicina Interna, 17 edición, México, McGraw – Hill, 2009.
11. Delgado Valeria, Pinguil Norma, Pulla Nora, Urgilés María. Módulo educativo para la promoción de salud del adulto mayor Facultad de Ciencias Médicas - Universidad de Cuenca,2010.

12. Díaz T., Rojas C., Novogrodsky R. Evaluación geriátrica en la atención primaria. Rev Med Chile 2003; 131: 895-901.
Disponible en: http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20agosto%202002/PDFs_agosto_2002/Cambios%20Sistemicos%20en%20el%20Paciente%20Adulto%20Mayor...%20.
13. Dorantes Mendoza G., Ávila Funes J., Mejía Arango S., Gutiérrez Robledo L. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Rev Panam Salud Publica. 2007;22(1):1-11.
14. Durán A., Valderrama L., Uribe A. F. González A., Molina J. M. Enfermedad crónica en adultos mayores Univ. Méd. Bogotá (Colombia), 51 (1): 16-28, enero-marzo, 2010.
15. FARRERAS, Medicina Interna 1997, 13 Edición, tomo I, España.
16. Francisco González M, Cristián Massad T, Felipe Lavanderos:. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. (Tesis Doctoral). Chile 2009.
17. Gamarra P., Gómez M., La necesidad de la evaluación geriátrica integral. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna 1997; 10: 143-52.
18. García G. Perfil epidemiológico en el adulto mayor. Rev. Fac Med UNAM, 2000.
19. GARCÍA GJJ: Perfil epidemiológico en el adulto mayor. Rev. Fac Med UNAM, 2000.
20. González Montalvo JI. Principios básicos de la valoración geriátrica integral. En: Valoración Geriátrica Integral. Barcelona: Glosa Ediciones; 2001. p. 15 27.
21. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo INEC – AÑO 2006, PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN EL ADULTO MAYOR ECUATORIANO.
22. L. Salvador Carulla., A. Cano Sánchez., J.R.Cabo Soler; longevidad" Tratado Integral sobre Salud en la Segunda Mitad de la Vida;" hipertensión arteria ", "osteoporosis" ;Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires Bogotá - Caracas, Madrid- México Sao Paulo; 2010.

23. Landrove O, Gámez AI. Transición epidemiológica y las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas y en Cuba: el programa de intervención cubano. Reporte Técnico de Vigilancia. 2005;10(6):1-18.
24. Menéndez J., Guevara A., Arcial N., León EM, Marín C., Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2005;17:353-61.
25. MIESS 1ra. Edición (2010) Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE. Ecuador.
26. MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Artritis Reumatoidea. Santiago: Minsal, 2007.
27. Montenegro Saldana L., Salazar Roque., Claudia De La Puente., Olortegui Carlos. et al. Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores. Acta méd. peruana, jul./set. 2009, vol.26, no.3, p.169-174.
28. MSP y OPS (2008). Guías Clínicas Geronto Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor. Quito – Ecuador.
29. Piedrola G. Rey Calero, J.; Domínguez Carmona, M.: Medicina Preventiva y Salud Pública. 91 edición. Madrid: Masson-Salvat; 1994.
30. Ramos Ericka. Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. Revista de Valoración Geriátrica Integral, 2004.
31. Ranero Aparicio Virginia, Brenes Hernández Ludmila, Guevara González Adyalis, Álvarez Pérez Edith: Mortalidad por enfermedades crónicas seleccionadas en los adultos mayores. Cuba, 2002-2009. Publicación Periódica de Gerontología y Geriatría. Vol.6. No.1. 2011.
32. Rodríguez A, Álvarez L. Repercusiones del envejecimiento de la población cubana en el sector salud. Rev Cubana Salud Pública. 2006;32(2):118-22.
33. Ruceguines Mederos IC, Prieto Ramos O. Gerontología y Geriatría. La Habana – Editorial Ciencias Médicas, 1991:27.
34. Salinas-Martínez R, Vázquez-García A, Pérez-Chávez F, Garza-Cantú M, Barragán-Berlanga Aj: Evaluación geriátrica de la población de jubilados de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Revistas Médicas

Mexicanas, 2003; 5 (21): 221-7. Disponible en: www.revistamedicasmexicanas.com.mx.

35. San Martin C, Villanueva J: Cambios Sistémicos en el Paciente Adulto Mayor. 2002.
36. Viveros Madariaga, Alberto: Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y acciones de la sociedad. CEPAL, serie Población y desarrollo Nº 22, Santiago de Chile, diciembre de 2001.
37. Zavala M., Vidal D, Castro M, Klassen G. Funcionamiento social del Adulto mayor, 2006.

ANEXOS

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE MEDICINA

El presente instrumento de recolección servirá para obtener información sobre las enfermedades crónicas degenerativas y limitaciones funcionales. Los datos obtenidos se utilizaran para el desarrollo de tesis previa obtención del título de médico general.

EDAD: ☐ GÉNERO: ☐

1. **EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) ÍNDICE DE KATZ MODIFICADO**

ACTIVIDADES	I	A	D
Se baña			
Se viste y desviste			
Apariencia personal			
Uso del inodoro			
Continencia micción/defecación			
Caminata			
Se alimenta			

Independiente = 2 Ayuda = 1 Dependiente = 0

Puntuación _____ Fecha _____

2. EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD) ESCALA DE LAWTON Y BRODY MODIFICADO

CUIDA LA CASA		**USO DEL TELÉFONO**	
Cuida la casa sin ayuda	1	Capaz de utilizarlo sin problemas	1
Hace todo, menos el trabajo pesado	2	Solo para lugares muy familiares	2
Tareas ligeras únicamente	3	Para contestar pero no para llamar	3
Necesita ayuda para todas las tareas	4	Incapaz de utilizarlo	4
Incapaz de hacer nada	5		
LAVADO DE ROPA		**USO DEL TRANSPORTE**	
Lo realiza personalmente	1	Viaja en transporte público o conduce	1
Solo lava pequeñas prendas	2	Solo en taxi, no en autobús	2
Es incapaz de realizarlo	3	Necesita acompañamiento	3
		Es incapaz de usarlo	4
PREPARACIÓN DE LA COMIDA		**MANEJO DEL DINERO**	
Planea, prepara y sirve sin ayuda	1	Lleva cuentas, va a bancos, etc.	1

Prepara si le dan los ingredientes	2	Sólo maneja cuentas sencillas	2
Prepara platos precocinados	3	Incapaz de utilizar dinero	3
Tienen que darle la comida hecha	4		
IR DE COMPRAS		**RESPONSABLE DE LOS MEDICAMENTOS**	
Lo hace sin ninguna ayuda	1	Responsable de su medicación	1
Sólo hace pequeñas compras	2	Hay que preparárselos	2
Tienen que acompañarle	3	Incapaz de hacerlo por sí mismo	3
Es incapaz de ir de compras	4		

Puntuación:

Hasta 8 puntos	Independiente	
8 a 20 puntos	Necesita cierta ayuda	
>a 20 puntos	Necesita mucha ayuda	

MATRIZ DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

ASOCIACIÓN "PRO DEFENSA DEL ADULTO MAYOR DE VILCABAMBA"

ENFERMEDAD CRÓNICA:

ENFERMEDAD CRÓNICA	
• Diabetes	
• Artritis	
• Hipertensión	
• Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	
• Insuficiencia Renal Crónica	
• Ninguna	

TIEMPO DE EVOLUCIÓN:

< 3 años	
3 a 5 años	
5 a 8 años	
>10 años	

ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO:

Si	
No	

MEDICAMENTOS QUE CONSUME:

Antidiabéticos Orales	
Antihipertensivos	
Otros	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

-Declaración del Voluntario-

Yo: ……; he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá en una evaluación tipo test a través de entrevista personal.

La investigación a realizarse es: E**nfermedades Crónicas y su relación con limitaciones funcionales en pacientes que pertenecen a la Asociación "Pro Defensa del Adulto Mayor de Vilcabamba" en el periodo mayo – octubre 2013, previo a la obtención de título de médico general**.

La persona responsable de mi participación es la Srta. Gabriela Lucía Sánchez Gahona estudiante del último año de la carrera de Medicina; quien además me ha garantizado la confidencialidad de la información que de mi obtenga, la cual será utilizada exclusivamente para los objetivos de la citada investigación. Podré abandonar este estudio en cualquier momento, sin que ello tenga repercusión alguna sobre mi persona. Entiendo que este estudio no implica ningún tipo de intervención sobre mi situación de salud. Además tendré la potestad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. No seré sujeto a recibir remuneración alguna.

Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas la respuestas recibidas a las mismas.

Paciente:……
C.c. No. ……
Fecha:……

PROPUESTA

PROPUESTA

GUÍA DE CUIDADOS EN ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS EN EL ADULTO MAYOR

AUTORA: Gabriela Sánchez

"Envejecer es como escalar una gran montaña: mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena"

Ingmar Bergman

INTRODUCCIÓN:

Durante muchos siglos, los ancianos constituyen una pequeña minoría dentro de un mundo que no estaba interesado en el estudio y solución de sus problemas, ni tenía manera de hacerlo aunque quisiese; lo que históricamente reforzó el criterio pesimista sobre el envejecimiento.

La vejez no es una enfermedad, pero un hecho si indiscutible es que características específicas del anciano, conllevan a una mayor morbilidad, pues

casi todas las afecciones se hacen más frecuentes en la segunda mitad de la vida; además en esta etapa adquieren particular importancia los factores psicológicos y sociales. Envejecer de manera saludable implica no solamente tener la posibilidad de tener los cuidados médicos ante los problemas de salud que se presenten en esta etapa de la vida, implica también reconocer a los ancianos como seres humanos con necesidades y posibilidades especiales.

Los estilos de vida, incluyendo la alimentación y la actividad física ocupan un papel importante entre las condiciones ambientales que determinan la velocidad de envejecimiento. Una alimentación saludable y una actividad física que contribuya a mantener la masa corporal, son partes fundamentales de una estrategia costo-efectiva para vivir mejor.

La atención de salud constituye un componente central en cualquier red de apoyo, ya que la mayoría sufre de problemas cardiovasculares, sistema osteomuscular y enfermedades mentales las cuales adquieren mayor importancia porque influyen fuertemente a la posibilidad de mantenerse socialmente autónomo.

JUSTIFICACIÓN:

La presente Guía tiene como finalidad brindar información sobre los hábitos saludables relacionados con las enfermedades Crónico Degenerativas en el adulto mayor. Debido al peso que para ellos tiene las enfermedades tales como enfermedades cardiovasculares, diabetes, artropatías que se asocian con mayor discapacidad física. Es evidente la presencia de enfermedades crónico degenerativas en los adultos mayores de la Asociación Pro defensa del adulto mayor de Vilcabamba y su innegable relación con las limitaciones funcionales que estas producen. Por consiguiente se pretende aportar al cambio de actitud, para planificar el envejecimiento con oportunidades, partiendo de entender qué es el autocuidado y una adecuada calidad de vida.

OBJETIVOS:

- Educar al Adulto Mayor y Familiares sobre cada uno de los cuidados para ayudar a mejorar su calidad de vida tanto en su aspecto físico, psicológico, emocional y así reducir el porcentaje de Enfermedades Crónico Degenerativas
- Informar sobre el tipo de alimentación, actividad física que se debe y puede realizar en ésta etapa de la vida.
- Enseñar a identificar los signos y síntomas de éstas enfermedades para de ésta manera poder prevenir y si éstas se presentan se tenga como referencia la manera de actuar para controlarlas a su debido tiempo.
- Lograr el acercamiento del equipo de salud a la realidad de vida del adulto mayor.

RECURSOS:

1. Presentar propuesta a la autoridad de la Asociación Pro Defensa del Adulto mayor de Vilcabamba.
2. A través de Clubes de Adulto Mayor organizados, realizar proyecto para resolver sus necesidades.
3. Concientizar a las organizaciones públicas y privadas a otorgar el apoyo necesario a la Asociación.

FORTALEZAS

- Existencia de un programa nacional del Adulto Mayor.
- Existencia de políticas de salud a nivel Ministerial con enfoque a mejorar la calidad de vida del adulto mayor.
- Capacitación permanente de los equipos territoriales sobre el programa del adulto mayor.
- Existencia de monitoras para la atención del adulto mayor.
- Los clubes de adulto mayor cuentan con espacio físico para las reuniones.

DEBILIDADES:

- Falta de coordinación intersectorial.
- Dificultad para la accesibilidad a los centros de salud.
- Falta de sensibilización de algunos integrantes de equipo de salud.
- Desinformación de las autoridades locales de la realidad del adulto mayor.
- Desconocimiento del perfil biopsicosocial del adulto mayor que asisten a los clubes.
- Baja cobertura al programa del adulto mayor.
- Desconocimiento de las redes de apoyo social.

CONTENIDO:

	OBJETIVOS	CONTENIDO	ACTIVIDAD	TIEMPO	MATERIAL	RESPONSABLE
MOTIVACIÓN	-Lograr una actitud positiva ante la importancia del autocuidado. -Conocer la importancia del autocuidado en salud.	▪ Concepto de autocuidado. ▪ Concepto de salud.	▪ Dinámica motivadora. ▪ Exposición con material de apoyo. ▪ Participación del grupo en su experiencia de vida en el tema. ▪ Talleres de estimulación de memoria. ▪ Actividades de fortalecimiento cognitivo. ▪ Actividades de mantenimiento psicomotriz: manualidades, arte y pintura. ▪ Talleres de autoestima	2 horas	-Video Presentaciones en Power Point. (Diapositivas) -Juegos de mesa. -Libros.	Equipo de Salud Asistente Social
PROMOCIÓN DE LA SALUD	-Promover conductas que contribuyan a formas de estilo de vida favorable para la salud del adulto mayor.	▪ Revisar hábitos de vida rutinarios del adulto mayor y compararlos con los que favorecen la salud. ▪ Señalar lo positivo y lo negativo de los hábitos.	▪ Participación de cada integrante en su rutina diaria y comparación de lo expuesto. ▪ Evaluación personal para internalizar las conductas adecuadas. ▪ Dramatizaciones	2 horas	-Video Papelógrafos -Plumones	Equipo de Salud Asistente Social

NUTRICIÓN	-Señalar los beneficios de una alimentación saludable para el adulto mayor. -Conocer las orientaciones de la pirámide alimenticia.	▪ Concepto de alimentación saludable para el adulto mayor. ▪ Recomendaciones nutricionales para el adulto mayor.	▪ Puesta en común de hábitos alimentarios. ▪ Posibilidades de cambio. ▪ Compromiso. ▪ Talleres de cocina dietética. ▪ Talleres para grupos de riesgo de obesidad y de alteraciones metabólicas. ▪ Valoraciones y control de peso.	2 horas	-Video -Papelógrafo -Plumones -Báscula -Cinta métrica -Alimentos de consumo diario	Equipo de Salud Asistente Social
SEDENTARISMO	-Lograr que conozcan los peligros del sedentarismo. -Incentivar una actividad física programada como respuesta al sedentarismo.	▪ Concepto de sedentarismo. ▪ Análisis de la actividad física del adulto mayor y sus beneficios.	▪ Gimnasia general de mantenimiento. ▪ Caminatas, gimnasia en el agua. ▪ Gimnasia correctiva y de fortalecimiento para personas con problemas degenerativos. ▪ Puesta en común de la actividad física habitual realizada por cada uno. ▪ Análisis de adulto mayor deportista y logros. ▪ Tarea de la organización como apoyo al tema	2 horas	-Video -Papelógrafo -Plumones	Equipo de Salud Asistente Social .

AUTOCUIDADO EN LA ENFERMEDAD CRÓNICA.	-Conocer y practicar el autocuidado en relación a su enfermedad crónica. - Estimular la autovalencia del adulto mayor.	▪ Concepto de Enfermedad crónica ▪ Automedicación ▪ Concepto de autocuidado en relación al tema. ▪ Tratamiento farmacológico y no farmacológico.	▪ Relato de los enfermos crónicos de su enfermedad y tratamiento. ▪ Lluvia de ideas en relación al autocuidado en enfermedades crónicas. ▪ Fomentar hábitos de vida saludable ▪ Talleres relacionados con el envejecimiento sano.	1 hora	-Papelógrafo -Plumones	Equipo de Salud Asistente Social .
ESPARCIMIENTO	-Lograr una integración social y participación	▪ Importancia de las actividades de ocio y esparcimiento	▪ Turismo ▪ Actividades sociales culturales y recreativas ▪ Formación de voluntariado ▪ Participación comunitaria	2 horas	-Papelógrafo -Plumones	Equipo de Salud Asistente Social
EVALUACIÓN	-Evaluar los conocimientos adquiridos en el taller. - Adoptar un compromiso de autocuidado en cada uno de los temas expuestos.	▪ Compromiso de Incorporar actividades de autocuidado al programa anual de la organización.	▪ Compromiso personal y grupal con el autocuidado.	1/2 hora	-Actas de compromiso	-Todos los que han participado en el taller.

ÍNDICE

Título.....1
I. RESÚMEN 2
II. SUMARY..... 3
III. INTRODUCCIÓN 4
IV. REVISIÓN LITERARIA..... 7
CAPITULO I 7
ADULTO MAYOR 7
CAPITULO II 13
ENFERMEDADES CRÓNICAS..... 13
CAPÍTULO III 35
LIMITACIÓN FUNCIONAL Y SU VALORACIÓN..... 35
CAPITULO IV..... 42
PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES Y REHABILITACIÓN 42
V. MATERIAL Y MÉTODOS 48
VI. RESULTADOS 52
VII. DISCUSIÓN 62
VIII. CONCLUSIONES 66
IX. RECOMENDACIONES..... 68
X. BIBLIOGRAFÍA:..... 70
ANEXOS 74