



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Título:

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A
AFECCIONES RESPIRATORIAS EN
ADULTOS MAYORES DEL HOGAR SANTA
TERESITA "DEL NIÑO JESUS" DE LOJA

**Tesis previa a la obtención del
Título de Médico General.**

Autor:

MANUEL ALEJANDRO YUNGA PACCHA

Director

DR. HECTOR POLIDARO VELEPUCHA VELEPUCHA, Mg.Sc

LOJA – ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN

Dr. Mg. Sc.

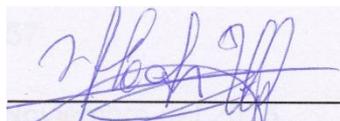
Héctor Polidaro Velepucha Velepucha

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Haber asesorado y orientado durante todo su desarrollo la tesis titulada **“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A AFECCIONES RESPIRATORIAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOGAR SANTA TERESITA “DEL NIÑO JESUS” DE LOJA”**, autoría de Manuel Alejandro Yunga Paccha, egresado de la Carrera de Medicina Humana: ha sido revisado y asesorado en todo su proceso por lo tanto autorizo su presentación para que continúe con los trámites legales para su sustentación y defensa.

Loja, Octubre del 2015



Dr. Héctor Polidaro Velepucha Velepucha, Mg. Sc

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo Manuel Alejandro Yunga Paccha, declaro ser autor 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 los contenidos de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de la presente en el repositorio Institucional – Biblioteca Virtual

Autor: Manuel Alejandro Yunga Paccha

Firma: ...



Cédula: 1104698657

Fecha: Loja, 6 de Noviembre del 2015.

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR,
PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y
PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.**

Yo, Manuel Alejandro Yunga Paccha, declaro ser autor de la tesis titulada: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A AFECCIONES RESPIRATORIAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOGAR SANTA TERESITA “DEL NIÑO JESUS” DE LOJA**, Como requisito para optar al título de Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para confines 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 puedan consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, 6 del mes de noviembre del dos mil quince, firma el autor.

Firma 

AUTORA: Manuel Alejandro Yunga Paccha

Cédula: 1104698657

Dirección: El Valle Vía nueva a Zamora

Correo Electrónico: manu.t.a.k@hotmail.com

Teléfono Celular: 099968112

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Héctor Polidaro Velepucha Velepucha, Mg. Sc

Tribunal de Grado:

PRESIDENTE: Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo, Mg.Sc.

PRIMER VOCAL: Dr. Luís Vicente Minga Ortega, Mg.Sc.

SEGUNDO VOCAL: Dra. Tania Verónica Cabrera Parra Mg. Sc

DEDICATORIA

Al culminar la presente etapa de formación académica, en primer lugar dedico el presente trabajo de investigación a Dios por su bondad, sabiduría y por tenerme con vida, quien me ha otorgado la perseverancia y fortaleza necesaria para poder vencer cualquier dificultad.

A mis padres quienes me han impulsado a seguir adelante, brindándome su apoyo y amor incondicional, condiciones que me han permitido desarrollarme tanto en el aspecto humano como en el científico

A mis familiares y amigos por enseñarme que no existen obstáculos que impidan alcanzar el éxito.

Manuel Alejandro.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi sincero agradecimiento a las autoridades del Área de la Salud Humana, y de la Carrera de Medicina Humana, por darme la oportunidad de alcanzar esta meta, y con profunda gratitud a cada uno de los docentes quienes contribuyeron con mi formación profesional.

De manera especial al Dr. Héctor Velepucha, Director de tesis, por su guía, apoyo, asesoramiento y los valiosos conocimientos, que contribuyen al desarrollo y culminación exitosa del presente trabajo investigativo.

A mi familia, por velar por mi bienestar, por su amor y varios consejos.

El Autor.

1. TÍTULO

**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A AFECCIONES
RESPIRATORIAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOGAR SANTA
TERESITA “DEL NIÑO JESUS” DE LOJA**

2. RESUMEN

El envejecimiento es un proceso universal, continuo e irreversible en el que hay una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En la presente investigación, se estableció los factores de riesgo más frecuentes como causas de afecciones respiratorias en el adulto mayor; identificar cual es el género y edad con mayor prevalencia de padecer afecciones respiratorias y diseñar una propuesta para fortalecer las actividades de cuidado del adulto mayor para afecciones respiratorias. Es un estudio tipo Cuantitativo, Descriptivo, de corte Transversal, en una muestra de 48 adultos mayores entre hombres y mujeres del Hogar Santa Teresita "Del Niño Jesús". En el estudio se demostró, que los 48 adultos mayores entre hombres y mujeres, los factores de riesgo más prevalentes para padecer afecciones respiratorias son: el Hacinamiento con un porcentaje 87,50%; seguido de animales intradomiciliarios y extradomiciliarios con un 75%; y un 72,92% que cocinaba sus alimentos en leña; la edad con mayor prevalencia de padecer enfermedades respiratorias es entre 60 a 70 años con un porcentaje de 62,50%; y por último un 77,08% no han recibido orientación o consejería para prevenir enfermedades respiratorias, indicando que el hacinamiento es el principal factor de Riesgo para padecer afecciones respiratorias y que el género femenino es el más propenso.

Palabras Claves

Afecciones respiratorias, Adulto mayor, Factores de riesgo

Abstract

Aging is a universal, continuous and irreversible process in which there is a progressive loss of adaptability. In this research, we will establish the most common risk factors as causes of respiratory illnesses in the elderly; to identify what gender and age with higher prevalence of respiratory conditions and design a proposal to strengthen the activities of senior care for respiratory conditions. It is a quantitative, descriptive study, cross-sectional, in a sample of 48 elderly men and women of Home Santa Teresita "Child Jesus". The study showed that the 48 elderly men and women, the factors most prevalent risk for developing respiratory conditions are: overcrowding with a percentage 87.50%; followed by domiciliary and extradomiciliary animals with 75%; and 72.92% who cooked their food in wood; age with higher prevalence of respiratory diseases is between 60-70 years with a percentage of 62.50%; and finally a 77.08% have received no guidance or counseling to prevent respiratory diseases, indicating that overcrowding is the main risk factor for developing respiratory conditions and that the female gender is more likely.

Keywords

Respiratory diseases, Elderly, Risk Factors

3. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades del sistema respiratorio representan una de las primeras causas de atención médica en todo el mundo, tanto en la consulta ambulatoria como en la internación, y se encuentran entre las primeras causas de mortalidad. Estas enfermedades afectan a toda la población pero, fundamentalmente, a los menores de 5 años y a las personas de 65 años y más. (Dr Bossio & Mabel, 2009). En la sociedad contemporánea el incremento en la población de ancianos es el resultado de los adelantos científicos, técnicos y las transformaciones sociales acontecidas siendo uno de los mayores logros el aumento de la esperanza de vida, lo cual no ha sucedido de forma similar en los países desarrollados y subdesarrollados. El adulto mayor omite o refiere mal sus síntomas ya sea por miedo a la hospitalización, atribución de síntomas al envejecimiento o a factores sociales y culturales. (García Castañeda, Valdés Díaz, & Eberto, 2009).

El envejecimiento no solo afecta las funciones fisiológicas de los pulmones (ventilación o intercambio gaseoso), sino también su capacidad de defensa. La relación de la obstrucción de vías aéreas con la edad podrían tener como base las lesiones inflamatorias: la alteración repetida del equilibrio de mediadores inflamatorios y protección humoral (elastasa/anti-elastasa, oxidante/antioxidante), que termina con la destrucción inflamatoria del pulmón y la obstrucción, esto sucede en los fumadores. Las lesiones oxidantes ambientales podrían determinar una destrucción pulmonar similar, aunque menos extensa que en los fumadores. La principal finalidad de la prevención en las personas de edad avanzada es lograr una mejor calidad de vida. Se pretende reducir la morbilidad y mortalidad, por tanto se debe considerar como focos de atención las causas de mortalidad que encontramos en nuestro medio.

La vejez es un factor de riesgo, el más importante para la aparición de estos padecimientos, los cuales inician en el quinto decenio de la vida, de ahí la importancia de hacer hincapié en la prevención desde temprana edad. Para poder hablar de prevención es necesario aclarar que el envejecimiento es un proceso continuo, irreversible, ineluctable, progresivo, propio de cada especie y que acerca cada día más al organismo a la muerte. El envejecimiento al ser un proceso continuo e irreversible no se puede impedir como tal, lo que se debe lograr es el envejecimiento exitoso de cada uno de los integrantes de la sociedad, es decir la suma de factores intrínsecos y extrínsecos positivos. La prevención busca reducir los riesgos de enfermedades o alteraciones que pongan en riesgo la calidad de vida de la persona; los diferentes niveles de prevención ayudarán a tratar de impedir, detectar a tiempo o tratar las alteraciones que se presenten de tal forma, que no existan complicaciones a través del tiempo.

La prevención primaria está dirigida a la promoción de la salud y a la protección específica, mediante la educación de estilos de vida que permitan a la persona conservar su salud y modificar los factores de riesgo existentes en cualquier posible enfermedad (d'Hyver & Luis, 2010).

Con esta realidad situacional, para la realización del presente trabajo se planteó como objetivo general: Determinar cuáles son los factores de riesgo para presentar afecciones respiratorias en el adulto mayor del hogar Santa Teresita "Del niño Jesús" de la ciudad de Loja en el periodo Julio-noviembre del 2014, y, como objetivos específicos: 1) Establecer los factores de riesgo más frecuentes como causas de afecciones respiratorias en el adulto mayor, 2) Identificar cuál es el género y edad con mayor prevalencia de padecer afecciones respiratorias, 3) Diseñar una propuesta

para fortalecer las actividades de cuidado del adulto mayor para afecciones respiratorias.

En cuanto a la revisión de la literatura se profundizó en los cambios anatómicos y fisiológicos del aparato respiratorio, sus causas, factores de riesgo que pudieran desencadenar dichas enfermedades, además de la prevención. La investigación fue de tipo Cuantitativo, Descriptivo, de corte Transversal, en una muestra de 48 adultos mayores entre hombres y mujeres. Los resultados obtenidos en el estudio demostraron que, los factores de riesgo más prevalentes para padecer afecciones respiratorias son: Hacinamiento con un porcentaje 87,50%; seguido de animales intradomiciliarios y extradomiciliarios con un 75%; seguido de un 72,92% que cocinaba sus alimentos en leña; un 45,83% los cuales se dedicaban a la agricultura; y finalmente con igual porcentaje de 43,75% para los factores de riesgo de tener antecedentes de enfermedades respiratorias graves como la neumonía y tener el hábito de fumar; de los cuales el 58,34% son de género femenino, y un 41,66% de género masculino; la edad con mayor prevalencia de padecer enfermedades respiratorias es entre 60 a 70 años con un porcentaje de 62,50%; y por último un 77,08% no han recibido orientación o consejería para prevenir enfermedades respiratorias.

Con estos resultados se concluye, que los factores de riesgo más prevalentes como causas de afecciones respiratorias en el adulto mayor son en altos porcentajes el Hacinamiento, haber tenido animales intradomiciliarios y extradomiciliarios, y tener el hábito de cocinar en leña, de los cuales el género más propenso a padecer enfermedades respiratorias es el género femenino y las edades es entre los 65 a 70 años. Con ello se da por cumplido el presente trabajo académico, el cual guarda

todo el rigor científico que impone las políticas educativas emitidas por la Universidad Nacional de Loja

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.1 MARCO CONCEPTUAL

La valoración subjetiva del estado de salud es el primer paso en el acercamiento al conocimiento del estado de salud de las personas mayores. Su importancia es definitiva, ya que en los numerosos estudios de opinión sobre este tema, la salud representa siempre la principal preocupación de las personas de más de 65 años. (Vicente López, 2011)

- ❖ **ADULTO MAYOR:** este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etario que comprende las personas que tienen más de 65 años de edad, y por lo general se consideran como personas de la tercera edad a los individuos que alcanzaron esta edad. (Mendoza, 2010)
- ❖ **FACTORES DE RIESGO:** Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. (OMS, 2015)
- ❖ **AFECCIONES RESPIRATORIAS:** son enfermedades que afectan el aparato respiratorio. Pueden tener su origen en procesos infecciosos, mecánico-obstructivos y alérgicos. (Lic. Quezada de los Santos, 2010)

A medida que avanza la edad, se va produciendo un deterioro de la salud, un incremento de las enfermedades crónicas y una mayor demanda de la asistencia hospitalaria. Actualmente, los mayores manifiestan una gran preocupación por los hábitos de vida saludables, son menos consumidores de alcohol y tabaco que otros grupos de población, pero sin embargo suelen ir ganando peso corporal por relajación de hábitos alimentarios y sedentarismo. Aunque se ha producido una importante disminución en el consumo de tabaco entre la personas mayores, todavía un 10% de la población entre 65 y 75 años mantienen este hábito y un 7% de los

mayores de 75 años. En cuanto al consumo de alcohol, a diferencia de lo señalado respecto al tabaco, la disminución es reducida a medida que aumenta la edad. Finalmente los datos demuestran que solo en porcentaje pequeño de la población realiza ejercicio físico de forma regular, porcentaje que no supera el 4% de las personas mayores de 65 años y que entre el 50 y 60% manifiestan que no realizan ningún tipo de ejercicio físico. (EL PACIENTE GERIÁTRICO, 2009)

El concepto de anciano sano implica que la persona mayor es capaz de mantener un equilibrio con el medio, que le permite ser funcionante activo a pesar de las numerosas modificaciones que lleva consigo el proceso de envejecimiento. Esto significa que un elevado número de personas mayores es capaz de adaptarse a los procesos crónicos que padecen y disfrutan de suficiente autonomía para ejecutar sus necesidades.

De esta manera, se diferencian el envejecimiento fisiológico y el patológico. El envejecimiento se convierte en un proceso patológico cuando la presencia de enfermedad, aguda o crónica, dificulta o impide la adaptación física, psíquica y social de la persona mayor al medio que le rodea, provocando situaciones de pérdida de autonomía o de total dependencia. Lo fundamental del proceso de envejecer es la disminución de la capacidad de adaptación y de reserva que tiene la persona mayor, de manera que cualquier situación que suponga una sobrecarga física, psicológica y/o social podría provocarle un desequilibrio, haciéndose presente la enfermedad. Muchos de los procesos patológicos que se presentan con alta incidencia en la vejez son consecuencia inmediata del deterioro funcional y orgánico que implica el envejecimiento. No hay que olvidar que un 60% de las personas mayores de 65 años presentan algún tipo de problema de salud, generalmente crónico, y casi un 30% dos o más procesos crónicos. (Vicente López, 2011)

4.1.1 ENVEJECIMIENTO DEL SISTEMA RESPIRATORIO

Es importante mencionar que la mayoría del personal de salud está familiarizado con las distintas patologías más comunes, no solo del aparato respiratorio, del que estamos hablando, sino de todos los aparatos y sistemas, pero en personas no geriátricas. De esta manera no tienen idea o noción de los cambios que llegan a presentar los pacientes geriátricos, lo que hace que lo normal en una patología ya no sea normal para este tipo de pacientes, nos referimos a que existen cambios normales fisiológicos, lo que ocasiona que no presenten síntomas o que los valores para poder diagnosticar una enfermedad, para ellos sean normales en condiciones normales. Y en el sistema respiratorio pasa lo mismo, pocos son conocedores de los cambios fisiológicos normales asociados con el envejecimiento, los cuales pueden determinar la presencia o ausencia de síntomas, el nivel de funcionamiento y el resultado de exámenes diagnósticos aparentemente anormales. El aparato respiratorio se encuentra expuesto de forma constante a contaminantes y agresores del medio ambiente; a pesar de la función de barrera que ejerce la vía aérea superior, hay una alta predisposición a presentar patologías transmisibles y ocupacionales. Debido a lo anterior, un sistema que está expuesto por seis o más décadas a un gran número de contaminantes y tóxicos ambientales, puede presentar grandes cambios a nivel estructural y funcional que hacen difícil la diferenciación entre envejecimiento pulmonar normal y patológico. La mayoría del conocimiento que existe a nivel del envejecimiento pulmonar proviene de estudios anatómicos realizados entre los años 1950 a 1960. Sin embargo, una mejor comprensión de este proceso reviste gran importancia en la medida que permitirá una mayor interpretación y comprensión del impacto de enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en este grupo de población como son las infecciones del tracto respiratorio y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Las principales características del envejecimiento del sistema respiratorio reflejan cambios anatómicos y estructurales a nivel de: el retroceso elástico pulmonar, la distensibilidad de la pared torácica y la fuerza de los músculos respiratorios. Muchos de los cambios funcionales asociados con la edad están relacionados con estos tres fenómenos. La razón principal para definir los cambios normales del sistema respiratorio asociados con el envejecimiento, aquellos que se presentan después del desarrollo normal en ausencia de una enfermedad establecida o exposición a tóxicos, es la interpretación adecuada de síntomas, signos y estudios diagnósticos en ancianos para evitar intentos inapropiados de medicalizar fenómenos normales. (DocSlide, 2015)

4.1.1.1 CAMBIOS A NIVEL ESTRUCTURAL

Celular

A nivel celular no se ha encontrado evidencia que demuestre cambios en la función de los neumocitos tipo II, como tampoco en la cantidad o calidad del surfactante que producen. Aunque sí se han documentado cambios en la población de células y componentes del líquido del lavado broncoalveolar (LBA), que reflejan cambios en el revestimiento epitelial de los pulmones. Encontrando que el grupo de ancianos de 70 a 80 años tiene un porcentaje mayor de neutrófilos y menor de macrófagos, al compararlo con el grupo de personas jóvenes de entre 19-34 años. Todo lo anterior podría explicar el alto riesgo que tienen los ancianos de presentar infecciones del tracto respiratorio inferior.

Anatómicos

El pulmón humano tiene cerca de 300 millones de alvéolos, cuyo número no se disminuye con el envejecimiento; sin embargo, la geometría

pulmonar en esta zona se distorsiona, en una parte porque, los alveolos tienden a dilatarse y aplanarse. El aplanamiento de la superficie interna del alvéolo está asociado con una disminución en la superficie alveolar (una reducción de 0.27 m² por año). Un hallazgo que se encuentra con frecuencia en la mayoría de los ancianos es el cambio en la forma del tórax, el cual es producido por:

- Fracturas vertebrales parciales o completas asociadas con osteoporosis
- Calcificación de los cartílagos costales
- Cambios degenerativos a nivel de las articulaciones costo-vertebrales, que aumentan la cifosis dorsal y el diámetro antero-posterior del tórax originando el conocido tórax en tonel.

Estos cambios de la pared torácica no sólo alteran su distensibilidad sino también la curvatura del diafragma, lo que tiene un efecto negativo en su capacidad para generar fuerza.

4.1.1.2 CAMBIOS A NIVEL FUNCIONAL

Hay una compleja interrelación de cambios que se presentan a nivel pulmonar y en la mecánica de la pared torácica, los cuales contribuyen a que se altere la función muscular, los volúmenes pulmonares, las tasas de flujo ventilatorio y el control de la respiración.

Función muscular

Para vencer las resistencias ofrecidas por el pulmón, las paredes del tórax y del abdomen, los músculos respiratorios deben realizar un trabajo mecánico, durante el cual consumen una gran cantidad de oxígeno (O₂)

proporcional a la magnitud del trabajo realizado. Al analizar la reserva ventilatoria es importante mencionar que el trabajo ventilatorio es ineficiente debido al gran consumo de energía que hace. En condiciones de reposo, el 90% de la energía se utiliza para que los músculos de la respiración puedan realizar su metabolismo y sólo el 10% restante es utilizado para transportar O₂ y bióxido de carbono (CO₂) a través del espacio aéreo. En situaciones de estrés en las que se requiere un aumento en la ventilación, el O₂ adicional que se obtiene termina siendo utilizado por los músculos de la respiración, lo cual hace que ancianos con una baja reserva funcional pulmonar o una enfermedad pulmonar crónica de base estén en un alto riesgo de desarrollar falla respiratoria aguda cuando se les superpone un evento estresante que incrementa las demandas metabólicas y ventilatorias, como son los procesos infecciosos a nivel tracto respiratorio y la insuficiencia ventricular izquierda.

Con el envejecimiento se presentan cambios a nivel de los músculos esqueléticos, en parte producidos por algún grado de sarcopenia que probablemente afecta también la función de los músculos esqueléticos respiratorios. La sarcopenia hace referencia a la pérdida de la masa muscular por debajo de un umbral crítico que puede llevar al anciano a discapacidad física; está dada por el menor número de células en los órganos y la falta de uso en el tejido muscular estriado. A los 70 años el músculo esquelético ha perdido el 40% de su peso máximo obtenido en la edad adulta, comparado con el 18% para el hígado, 11% para el pulmón y 9% para el riñón. Esta situación es más dramática después de los 80 años y parece ser la razón por la cual se aumenta la vulnerabilidad en este grupo poblacional puesto que la sarcopenia influencia, en forma notable, la disminución de fuerza y movilidad y contribuye a la fragilidad.

Los principales determinantes en la disminución de la fuerza muscular asociados con la edad son: la disminución en la masa muscular, disminución en el número de fibras musculares especialmente las tipo II (contracción rápida) y las unidades motoras, alteraciones en las uniones neuro-musculares y pérdida de las neuronas motoras periféricas con denervación selectiva de las fibras tipo II. Otros factores a tener en cuenta que se han relacionado con la capacidad para generar fuerza por los músculos respiratorios son el estado nutricional y la presencia de diferentes patologías, entre las cuales se tienen: insuficiencia cardíaca, enfermedad de Parkinson y secuelas de enfermedad cerebrovascular.

Los cambios presentados durante el envejecimiento en los músculos respiratorios son descritos en la Tabla 1.

Tabla 1. Cambios en los músculos respiratorios con el envejecimiento

- Disminución de la fuerza muscular
- Mayor predisposición a la fatiga cuando se incrementa el trabajo respiratorio (ejercicio, neumonía)
- Incremento en la relación del metabolismo glucolítico (anaerobio) al compararlo con el oxidativo (aerobio)
- Disminución en el riego sanguíneo muscular
- Disminución en las presiones inspiratorias y espiratorias máximas

Mecánica pulmonar y de la pared torácica

La mecánica de la respiración se hace por dos movimientos: la inspiración y la espiración. La fase de la inspiración es un proceso activo, producido por acción de la contracción del diafragma que origina un aplanamiento de la base del tórax y de los músculos intercostales externos que causan una elevación de las costillas, produciendo así un aumento en el volumen pulmonar, disminución en la presión intrapleurales y generando el flujo necesario para la inspiración. La fase de la espiración es un proceso pasivo, resultado de la retracción del pulmón y de los músculos por su elasticidad propia proveniente de las fibras elásticas del parénquima pulmonar y de la tensión superficial producida por el líquido que cubre el epitelio alveolar.

La elasticidad se define como la propiedad que tiene la materia de retornar a su forma original luego de ser deformada por una fuerza externa. Al inicio de la espiración se establece un gradiente entre el alvéolo y el exterior donde la presión intra-alveolar es mayor, lo cual genera un flujo de aire de adentro hacia fuera hasta llegar al punto donde las presiones se igualan y posteriormente se aumentan las presiones alrededor de la vía aérea originando su cierre (presión de cierre). En condiciones normales de reposo, hay un equilibrio entre las fuerzas que traccionan el pulmón hacia adentro compensado por las fuerzas que traccionan la pared del tórax hacia fuera, lo cual permite que los volúmenes pulmonares se mantengan.

La distensibilidad se define como el cambio de volumen por unidad de presión sobre el pulmón, la cual es medida con la presión de retroceso elástico por manometría esofágica. Con el envejecimiento se produce una disminución de la distensibilidad de la pared del tórax, mientras que la

distensibilidad del pulmón se aumenta. Al cambiar las propiedades elásticas del pulmón con el proceso del envejecimiento, el cierre de la vía aérea se establece de forma más temprana, lo que produce retención de aire. Lo anterior se puede entender al realizar una analogía entre el pulmón y un globo de aire: cuando éste está nuevo es elástico, poco distensible y expulsa por completo el aire que hay en su interior, mientras que cuando está desgastado (envejecido), es menos elástico y no expulsa completamente el aire que hay en su interior (retención de aire).

Las propiedades elásticas del pulmón dependen en parte de la elastina y del colágeno, que son proteínas extracelulares insolubles, cuyas características son su longevidad, fuerza y resistencia a la degradación. Estas proteínas forman una red fibrosa la cual está en continuidad desde el hilio a los ductos alveolares. En el bronquio y grandes bronquiolos las fibras están organizadas de forma longitudinal, más distal, a nivel de los bronquiolos respiratorios y ductos alveolares se organizan de forma helicoidal. Los cambios relacionados con el envejecimiento de estas proteínas han sido sujeto de investigaciones y de forma llamativa a pesar de la disminución en el retroceso elástico, varios estudios han demostrado un incremento de la concentración de la elastina con la edad.

El colágeno representa entre el 15 al 20% del peso seco pulmonar, el cual es aproximadamente el doble del de la elastina y su concentración promedio parece cambiar poco con la edad. Con el envejecimiento se produce un incremento en los entrecruzamientos del colágeno pulmonar que producen cambios a este nivel, entre los cuales se encuentran: aumento en el tamaño de los ductos alveolares, reducción en el área de superficie y disminución en la capacidad de difusión. (DocSlide, 2015)

4.1.2 ENFERMEDADES RESPRATORIAS

La probabilidad de que una persona adquiera estas enfermedades depende de varios factores: edad, genética, hábitos, intensidad y duración de la exposición al virus y si ha formado anticuerpos contra éste, acudir a lugares muy concurridos, el frío, la humedad, errores en la dieta, la anatomía de los adultos mayores.

➤ RECOMENDACIONES

- Ofrezca abundante líquido. Como es probable que no tenga apetito, incluya sopas y jugos de fruta que no sólo lo hidraten, sino también lo nutran.
- Mantenga la habitación a temperatura agradable.
- Si tiene fiebre, no lo abrigue en exceso.
- Recorra al vaporizador para humedecer el ambiente y alivianar los ataques de tos seca.
- Si se encuentra muy congestionado, recurra a una nebulización. Evite que otras personas se acerquen al enfermo para impedir el contagio.
- Lavarse las manos y sonarse la nariz con total aseo.
- Evite los enfriamientos súbitos (por viento o corrientes de aire, después del baño o la piscina).
- Limpieza y aseo del hogar, piso, alfombras, muñecos de peluche, utensillos. (Guevara, 2011)

4.2.3.1.1 NEUMONÍA

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en el adulto mayor es un cuadro de evolución aguda, caracterizado por compromiso del estado general, fiebre, escalofríos, tos, expectoración mucopurulenta y dificultad respiratoria; asociado en el examen físico a taquicardia, taquipnea, fiebre y signos focales en el examen pulmonar. Cabe recalcar que la NAC en adultos mayores tienen generalmente una presentación clínica “atípica” con pocos síntomas específicos como los mencionados anteriormente, en cambio sí una importante afectación del estado general y de conciencia.

El adulto mayor (mayor de 65 años) suele tener neumonías de presentación clínica atípica que dificultan el diagnóstico y atrasan el inicio del tratamiento afectando el pronóstico de los enfermos. Estos pacientes no suelen presentar los síntomas respiratorios clásicos y/o fiebre, consultando por síntomas inespecíficos como decaimiento, anorexia, estado mental alterado, o por descompensación de enfermedades crónicas.

La neumonía en el adulto mayor históricamente se ha reconocido como “la mayor enemiga de la vejez o del fin natural del viejo”. (Miguel & Dr. Rosero Herrera, 2013)

4.2 FACTORES DE RIESGO MÁS IMPORTANTES

Se debe buscar de manera expresa toda la información relativa a los factores de riesgo para las enfermedades pulmonares con objeto de disponer de una base de datos completa. Los antecedentes de consumo de tabaco actual y pasado, en especial el del cigarrillo, deben recogerse en todo enfermo. Los antecedentes sobre el tabaco deben incluir el número de años que el paciente lleva fumando, la intensidad (es decir el número de

cajetillas diarias) y, si el paciente ha dejado de fumar, el intervalo que ha transcurrido desde entonces. El riesgo de cáncer del pulmón disminuye de manera progresiva en los años siguientes a la interrupción del hábito; la pérdida de la función respiratoria con respecto a la previsible para la edad cesa al dejar de fumar.

Asimismo, es conveniente averiguar si existe antecedentes de exposición pasiva e importante a los humos del tabaco, ya sea en los domicilio o en el lugar de trabajo, ya que puede constituir un factor de riesgo para la neoplasia o agudizar la enfermedad de las vías respiratorias.

La Organización Mundial de la Salud, instituyó su Primer Día Mundial sin Tabaco en 1988, convertido posteriormente en un acontecimiento celebrado el 31 de mayo de todos los años con temas diversos y se han otorgado medallas conmemorativas a los países que se han distinguido por su lucha contra el tabaquismo.

Algunos pacientes se exponen a otras sustancias inhaladas que producen enfermedad pulmonar y actúan por medio de una toxicidad directa a través de los mecanismos inmunitarios. Este tipo de exposición tiene un carácter profesional o recreativo, lo que subraya la importancia de obtener los antecedentes laborales y personales detallados, que revelan posición relacionada con las actividades al aire libre o el entorno doméstico. Entre las sustancia más detalladas se encuentran los polvos inorgánicos asociados a la neumoconiosis (sobre todo los polvos de amianto y sílice) y los antígenos orgánicos asociados a la neumonitis por hipersensibilidad (en especial, los antígenos de los mohos y las proteínas animales). El asma, que es más frecuente en las mujeres que en los varones, suele

exacerbarse tras la exposición a los alérgenos ambientales (ácaros de polvo, caspa de animales domésticos o alérgenos de las cucarachas domésticas, o bien alérgenos del exterior como el polen y la ambrosia) o a exposiciones profesionales (diisocianatos).

Se puede pensar en la exposición a agentes infecciosos concretos cuando se tiene contacto con personas que padecen infecciones respiratorias conocidas (en especial tuberculosis) o se reside en una zona con patógenos endémicos (histoplasmosis, coccidioidomicosis, blastomicosis).

El antecedente de una enfermedad no respirativa asociada, los factores de riesgo o el tratamiento previo de esta enfermedad son muy importantes por que predisponen al enfermo a las complicaciones respiratorias infecciosas y no infecciosas. El tratamiento de la enfermedad no respiratoria puede asociarse a complicaciones respiratorias, bien por sus efectos sobre los mecanismos de defensa del hospedador (inmunosupresores, quimioterapia contra el cáncer) con la infección consiguiente, o por los efectos directos sobre el parénquima pulmonar (quimioterapia contra el cáncer, radioterapia o tratamiento con otras sustancias como la amiodarona) o sobre las vías respiratorias (los beta bloqueadores B obstruyendo el flujo de aire y los inhibidores de la enzima convertidor de la angiotensina ocasionan tos).

Los antecedentes familiares son importantes en el estudio de las enfermedades con un componente genético, como la fibrosis quística, la deficiencia de antitripsina α_1 , hipertensión y fibrosis pulmonar y el asma. (Lipson & Weinberger, 2009)

- ✓ **Tabaquismo, activo y pasivo:** la exposición crónica al humo del tabaco produce en todos los fumadores inflamación de la mucosa bronquial tanto por el daño directo que ocasiona en la barrera de

defensa como por la alteración que produce en el funcionamiento de algunas células inflamatorias. Se ha podido constatar que en los fumadores existe inflamación en la vía aérea, en el parénquima pulmonar y en el lecho vascular, desde los estadios más precoces de la enfermedad, implicándose en este fenómeno, diversos tipos de células y numerosos mediadores inflamatorios.

- ✓ **Contaminación ambiental y en espacios cerrados:** en la atmósfera nos encontramos gran cantidad de sustancias tóxicas derivadas del progreso industrial, que conlleva una mayor concentración de partículas y gases tóxicos, como son el dióxido de nitrógeno y monóxido de carbono. La mala ventilación, trabajar en espacios cerrados y el calor aumentan el riesgo de enfermedad.
- ✓ **Alérgenos:** los alérgenos son sustancias capaces de inducir una reacción de hipersensibilidad en personas susceptibles y que hayan tenido un contacto previo con el alérgeno, produciendo una respuesta excesiva frente a ellos y liberando una serie de sustancias que alteran la homeostasis del organismo.
- ✓ **Exposición a sustancias nocivas, como el polvo y productos químicos:** ocurre principalmente asociado a determinadas actividades laborales. Estas sustancias producen una gran reactividad del árbol bronquial y un aumento excesivo de las secreciones, por lo que puede haber infecciones, que, como se explica a continuación, también son factor de riesgo para las enfermedades respiratorias.
- ✓ **Infecciones de las vías respiratorias:** la infección se presenta habitualmente por la inhalación de microorganismos presentes en el ambiente y si bien no se multiplican en el aire, ésta es la vía por la que se transmiten, la repetición de estas infecciones hace que la persona sea más susceptible de padecer enfermedades respiratorias.

- ✓ **Reactividad de las vías respiratorias:** la reactividad bronquial es una respuesta normal del organismo para producir mucosidad, por tanto, la hiperreactividad es un importante elemento para pronosticar el deterioro ulterior de la función de reactividad normal de las vías. Por todo ello, la hiperreactividad sería un factor de riesgo ya que una hipersecreción bronquial hace al sujeto más propenso y vulnerable a infecciones y a la cronicidad de la enfermedad.
- ✓ **Predisposición genética:** Hay un factor genético poco frecuente, el déficit de alfa - 1-antitripsina, que puede ser causa de algunos casos de EPOC, aunque otros factores genéticos podrían estar implicados en el hecho de que ciertos fumadores sean más susceptibles a padecer EPOC. La hipertensión arterial pulmonar hereditaria (HTAPH) se relaciona con la mutación del receptor de la proteína morfogénica del hueso (BMPR-), se hereda como una enfermedad autosómica dominante con penetrancia incompleta y se manifiesta con anticipación genética. También se dice que existe una predisposición genética en las personas que sufren de alergias y asma. (Muñoz, 2012)

Son muchos los factores que pueden intervenir en el desarrollo de estas enfermedades (factores de herencia, fallo en los mecanismos de defensa pulmonares, contaminación atmosférica, etc.); sin embargo, el tabaco es el más importante. Baste decir que el número de muertes por bronquitis crónica o enfisema es diez veces mayor en fumadores que en no fumadores, y sobre todo en los que consumen cigarrillos. La interrupción del hábito de fumar conduce a una disminución del riesgo de mortalidad del 50% al año de dejar de fumar.

Es, por tanto, el abandono del hábito tabáquico la medida más eficaz para la prevención de estas enfermedades. Junto a ello, es muy importante la detección precoz para poder establecer las medidas necesarias para evitar o reducir la progresión de la enfermedad. (Lima, 2008)

ALERGIA

Es, junto a las infecciones, una de las causas desencadenantes más frecuentes del asma. Los alérgenos más comunes son los ácaros del polvo de casa, pólenes, animales domésticos, hongos y alimentos. Los ácaros son alérgenos comunes en zonas cálidas y húmedas y la sintomatología es perenne. Los pólenes dan sintomatología de tipo estacional. Las alergias a hongos se pueden relacionar con zonas húmedas (bodegas, fábricas de quesos, etc.). ASMA PROFESIONAL Algunas profesiones pueden dar síntomas por alergia o por irritación. Cuando es por alergia los síntomas suelen aparecer tras un periodo de latencia, cuya duración depende del grado de predisposición individual y del tipo y grado exposición. Las manifestaciones clínicas son variadas, desde clínica inmediata a la exposición a clínica tardía durante la noche lo cual hace difícil su relación. El diagnóstico se hace por la clínica, monitorización del PEF antes, durante y después del trabajo y por prueba de provocación.

EJERCICIO

El esfuerzo y la hiperventilación pueden desencadenar asma. Estos desencadenantes están presentes en la mayoría de enfermos crónicos y pueden ser la única manifestación de asma en personas con enfermedad leve. El aire frío, la pérdida de calor, grado de humedad y cambios osmóticos (pérdida de agua) producidos por la hiperventilación pueden activar los mastocitos y liberar mediadores. En general la broncoconstricción se produce al cabo de unos minutos de acabar el ejercicio, aunque se puede producir en pleno ejercicio. Existe un periodo refractario de una hora, por lo cual el precalentamiento suave de 30-60 minutos antes del ejercicio puede inducir este periodo refractario. Los antileucotrienos, prostaglandina E₂ y los broncodilatadores pueden prevenir el asma de esfuerzo. (Martínez Almaza & Menéndez, 2009)

4.2.1 CAUSAS DE LOS PROBLEMAS RESPIRATORIOS EN EL TRABAJO

Hay un mayor número de bronquitis crónica debido a la inhalación, especialmente en el medio laboral, de humos y vapores diversos como disolventes, barnices, productos de limpieza, aguafuerte, e isocianatos. El aguafuerte, que contiene cloro, es un producto muy perjudicial para las vías respiratorias. Hemos visto más de una persona quedarse casi sin aire por limpiar en sitio cerrado con aguafuerte concentrado. También hay una gran proporción de bronquitis crónica en las personas que trabajan con granos de cereales, paja. Las reacciones que se producen en las vías respiratorias y los pulmones de los trabajadores que inhalan sustancias y partículas en su trabajo se dividen en tres categorías principales:

- ✓ Muchas enfermedades conocidas, como la asbestosis o la silicosis, son provocadas por fibras y partículas que se depositan en el conducto respiratorio.
- ✓ Diversos tipos de agentes naturales y sintéticos utilizados en el lugar de trabajo pueden provocar también enfermedades respiratorias de tipo alérgico, asma de origen laboral, rinitis o alveolitis, las cuales han aumentado de forma constante en los últimos años.
- ✓ Las sustancias irritantes del aparato respiratorio, como el humo del tabaco en el ambiente, el cloro, el polvo en general e incluso el aire frío puede provocar crisis en personas que ya padecen asma. En estos casos, aunque la persona no muestra una hipersensibilización ante el agente específico, la crisis sigue estando relacionada con el trabajo. (Flores & Solís, 2010)

4.2.2 Consecuencias del Hacinamiento.

El hacinamiento refiere a la relación entre el número de personas en una vivienda o casa y el espacio o número de cuartos disponibles. Dado que el acceso de los pobres a los recursos es limitado, las instalaciones de vivienda que ocupan tienden a ser menos apropiadas que aquellas disponibles para las personas no pobres. En general, esto se refiere a la ubicación, la infraestructura, equipamientos y servicios colectivos y de la vivienda. La idea del hacinamiento depende de un juicio normativo acerca de los niveles apropiados de ocupación, densidad y privacidad. Las normas que se aplican varían considerablemente entre sociedades diferentes.

La ocupación se determina a partir de identificar el número de personas por unidad de alojamiento. Cuando múltiples ocupantes de diferentes hogares tienen que compartir los servicios, esto puede interpretarse como un problema de espacio o como evidencia de “hogares ocultos”, una forma de “no tener domicilio fijo”. Dado que los servicios son compartidos, altos niveles de ocupación pueden llevar implícitos problemas relacionados con la higiene y la sanidad.

La densidad se determina en referencia al espacio (personas por metro cuadrado) o la ocupación por habitación (personas por habitación). El número de personas por habitación es por lo general utilizado en las estadísticas nacionales como un indicador básico simple de proximidad forzada, estableciendo un límite de 1,5 o 2 personas por habitación. Pero en países desarrollados, esta medida ha sido complementada con estándares adicionales. Las Naciones Unidas toman en cuenta la superficie de las habitaciones para sus indicadores de desarrollo sustentable, mientras que su división de estadística utiliza la medida de personas por habitación.

Los estándares de privacidad también varían, pero muchas normas incluyen distinciones respecto a personas de diferente sexo, no casadas y menores de cierta edad. Otra aplicación de estos estándares se observa en la distribución de viviendas.

El problema del hacinamiento causa serias consecuencias dentro de las cuales encontramos que personas viviendo en esta situación, son más propensas a contagios de enfermedades infecto contagiosas pero, además, limita considerablemente el desarrollo de las personas.

Riesgos a la salud relacionados a los procesos mórbidos Diversos agentes microbianos penetran al ambiente interior de la vivienda en la forma de enfermedades de las mascotas (vg: toxoplasmosis en los gatos o conejos, psitacosis en las aves), los cuales se transmiten a los humanos por la manipulación de los animales domésticos. Asimismo algunos virus animales (vg: virus de la leucemia del gato) resultarían también transmisibles. La susceptibilidad individual tiene un papel destacado en la cuantificación del riesgo de desarrollar infecciones. Los defectos genéticos del sistema inmune, la infancia, la vejez se asocian a los incrementos en la susceptibilidad. Aunque la inmunización puede jugar un papel paliativo, las condiciones que incrementan la susceptibilidad serían: · enfermedades preexistentes (enfermedad crónica del pulmón, inmunosupresión debida a la quimioterapia, cáncer, SIDA, diabetes) · hábito de fumar · consumo de alcohol · dieta (baja en los nutrientes necesarios, vitaminas y minerales) · exposición ocupacional a los irritantes de las vías aéreas · exposición ambiental a los irritantes de las vías aéreas En cuanto a los alérgenos, en los individuos predispuestos a la alergia o al asma, se puede remarcar que el riesgo de sensibilización depende de: · la potencia del alérgeno , el nivel de exposición, la duración de la exposición Altos niveles de exposición a alérgenos por cortos períodos de tiempo pueden resultar más peligrosos que una dosis similar distribuida a lo largo de un período de tiempo más largo. En cuanto a los antígenos se puede señalar que su potencia

depende de las proteínas antigénicas involucradas en particular. Los ácaros del polvo doméstico y los antígenos de las cucarachas son usualmente considerados como potentes, el polen relativamente potente y los antígenos del moho menos potentes. Las endotoxinas liberadas por las bacterias pueden distribuirse a través del ambiente doméstico por el sistema de ventilación. Su inhalación puede causar síntomas de fiebre, sudoración, dolor de cabeza, rinitis, asma y falta de aire unas horas luego del contacto y la duración se extiende a lo largo del día.

4.2.3 DESNUTRICIÓN

Cada vez se hace más evidente la importancia de la buena alimentación para el envejecimiento saludable. Es necesario reconocer la importancia de la desnutrición para poner en práctica estrategias adecuadas de prevención e intervención en personas de edad avanzada. La desnutrición es uno de los principales factores relacionados con el deterioro de la función inmunitaria en el mundo entero. Mientras este fenómeno afecta sobre todo a la niñez en países subdesarrollados, en los industrializados el problema se concentra en los ancianos.

La desnutrición en la tercera edad pueden presentarse como un problema de deficiencia calórica global, deficiencia proteínica, deficiencia de micronutrientes (vitaminas, minerales) o ambas. No solo la desnutrición es un problema que favorece el desarrollo de infecciones, también por otra parte, la infección conlleva un desgaste calórico importante y por ende puede originar un estado de desnutrición. (Carlos d'Hyver, 2010)

La desnutrición en ancianos está relacionada con múltiples consecuencias, que incluyen: alteración en la función muscular, disminución de la masa ósea, disfunción inmunitaria, anemia, repercusión en el estado cognitivo,

pobre cicatrización, pobre recuperación posterior a una cirugía, incremento del riesgo de institucionalización, mayor estancia hospitalaria, fragilidad, mortalidad y reducción en la calidad de vida.

En promedio, el peso corporal y, por consiguiente, el índice de masa corporal (calculado como el peso del individuo en kilogramos dividido entre la estatura en metros al cuadrado) se incrementan a lo largo de la vida adulta hasta, aproximadamente, los 50-60 años de edad, después sobreviene un declive. La pérdida de peso se relaciona con mal pronóstico. Por ejemplo, en el estudio SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Program) los pacientes que perdieron 1.6 kg/año o más tuvieron tasas de mortalidad 4.9 veces más altas que quienes no tuvieron un cambio de peso significativo. La pérdida de peso en un anciano con peso corporal bajo inicial se asocia con peor resultado. La pérdida de peso en ancianos con obesidad se asocia con mejor calidad de vida; sin embargo, cuando se pierde peso hay una propensión a perder masa magra, al mismo tiempo que tejido graso. La pérdida de masa magra tiene muchos efectos adversos en los ancianos. Aún cuando el peso se recupera, la masa magra no se recupera a los niveles previos al inicio de la pérdida de peso. Por lo tanto, la indicación de perder peso en una persona de edad avanzada debiera darse cautelosamente y solo para lograr una meta específica (por ejemplo, mejorar la movilidad). Lo ideal es que la pérdida de peso se alcance preservando el tejido magro tanto como sea posible, incluido un componente de ejercicio y optimizando la protección ósea con una ingestión adecuada de calcio y vitamina D.

Tratamiento de la desnutrición

Algunas intervenciones apropiadas en pacientes con desnutrición pueden ser: asesoría dietética, suplementos por vía oral, estimulación del apetito, alimentación a través de una sonda enteral, o nutrición parenteral. La

nutrición especializada puede incluir agentes anabólicos, fórmulas enterales estimulantes del sistema inmunológico, triglicéridos de cadena media, probióticos y otros. La intervención inicial comienza con la determinación de los requerimientos calórico-proteicos de cada paciente. (García & Villalobos S, 2012)

4.2.4 COCINAR CON LEÑA

El uso de la leña como combustible para cocinar es una bomba de tiempo capaz de causar severos daños a la salud y al medio ambiente. el otorrinolaringólogo, Dr. Carlos Linares, sentencia que el problema puede llegar hasta un enfisema pulmonar si no se siguen las recomendaciones dictadas: “La inflamación de la mucosa que se encuentra en su aparato respiratorio puede darle problemas de bronquios, vías respiratorias y pulmones, en definitiva lo que él debe hacer es dejar el humo”.

La OMS afirma en su sitio web que el humo que se emite con el uso de la leña es siete veces más tóxico al límite determinado por la Agencia de Protección al Medio Ambiente, (EPA, por sus siglas en inglés). En el mismo informe se dice que una persona muere cada veinte segundos como resultado de esta polución.

La combustión de estos materiales genera una mezcla peligrosa de cientos de contaminantes principalmente monóxido de carbono y partículas pequeñas también se encuentran óxidos de nitrógeno, benceno, butadieno, formaldehído, hidrocarburos poliaromáticos y muchos otros productos químicos nocivos para la salud. Cuando se usa carbón, en el aire también pueden estar presentes contaminantes adicionales como el azufre, el arsénico y el flúor.

El aire contaminado en el interior de las viviendas crea problemas respiratorios como EPOC (enfermedad pulmonares obstructivas crónicas, por ejemplo bronquitis crónica o enfisema), problemas de irritación en ojos y cataratas; además, se aumenta el riesgo de neumonía y otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores. El uso del carbón duplica el riesgo de cáncer de pulmón, en particular en las mujeres. Por otra parte, algunos estudios han vinculado la exposición al humo en el interior de las viviendas con asma, tuberculosis, etc. Se sabe que estas partículas pueden causar inflamación de las vías respiratorias y los pulmones, y deteriorar la respuesta inmunitaria. (Naranjo, 2010)

4.3 PREVENCIÓN

La principal finalidad de la prevención en las personas de edad avanzada es lograr una mejor calidad de vida. Se pretende reducir la morbilidad y mortalidad, por tanto se debe considerar como focos de atención las causas de mortalidad que encontramos en nuestro medio.

La vejez es un factor de riesgo, el más importante para la aparición de estos padecimientos, los cuales inician en el quinto decenio de la vida, de ahí la importancia de hacer hincapié en la prevención desde temprana edad. Para poder hablar de prevención es necesario aclarar que el envejecimiento es un proceso continuo, irreversible, ineluctable, progresivo, propio de cada especie y que acerca cada día más al organismo a la muerte. El envejecimiento al ser un proceso continuo e irreversible no se puede impedir como tal, lo que se debe lograr es el envejecimiento exitoso de

cada uno de los integrantes de la sociedad, es decir la suma de factores intrínsecos y extrínsecos positivos. La prevención busca reducir los riesgos de enfermedades o alteraciones que pongan en riesgo la calidad de vida de la persona; los diferentes niveles de prevención ayudarán a tratar de impedir, detectar a tiempo o tratar las alteraciones que se presenten de tal forma, que no existan complicaciones a través del tiempo.

La prevención primaria está dirigida a la promoción de la salud y a la protección específica, mediante la educación de estilos de vida que permitan a la persona conservar su salud y modificar los factores de riesgo existentes en cualquier posible enfermedad. Uno de estos factores es la alimentación que debe ser variada, completa y suficiente de acuerdo a las necesidades económicas de cada quien, así como a la factibilidad de conseguir los alimentos. Podría variar con los tipos de carbohidratos, grasas y proteínas, así como en la proporción de los mismos y más aún en los que tienen factores de riesgo de enfermedades crónico-degenerativas.

Las modificaciones en la dieta son un recurso terapéutico o de manejo integral en una gran parte de los procesos patológicos que se presentan en la edad avanzada. Aunque forma parte del tratamiento preventivo de cualquier persona, ya que el aporte adecuado de nutrientes es básico para que las actividades del organismo se lleven a cabo, así como para que se efectúen los mecanismos de defensa contra el medio ambiente.

El ejercicio también forma parte de la prevención primaria del individuo, ya que el uso adecuado del sistema musculoesquelético favorece a su vez el funcionamiento cardiopulmonar; la movilidad es factor importante en la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria que a su vez serán reflejo de la calidad de vida que cada uno desea. (Carlos d'Hyver, 2010)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue de tipo cuantitativo, porque en el proceso de la investigación de datos se contempla la recolección de datos a través de la encuesta, que luego serán tabulados y presentados en tablas y gráficos estadísticos que reflejan el problema a investigar. Descriptivo porque identifica los factores de riesgo que influyen para adquirir afecciones respiratorias en el adulto mayor. De corte Transversal.

El área de estudio en la que se realizó la investigación fue en el Hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús” de la ciudad de Loja, el universo corresponde a 60 adultos mayores que se encuentran conviviendo durante el periodo de estudio, se tomó una muestra, solo aquellas personas que tengan afecciones y estén en condiciones neurológicas de manifestarlas como antecedentes o que las padezcan actualmente (48 adultos mayores).

Los criterios de inclusión lo conformaron: todas las personas que tienen 65 años de edad que estén viviendo en el hogar, adultos mayores con afecciones respiratorias pasadas o presentes, adultos mayores con antecedentes de tabaquismo, con hábitos pasados o presentes perjudiciales para su salud y que son beneficiarias de las prestaciones de servicios gratuitos y adultos mayores que quieran colaborar con el estudio. Mientras que los criterios de exclusión lo conformaron: aquellas que no cumplan los criterios de inclusión y que tengan problemas neurológicos (12 adultos mayores).

Para la recolección de los datos de la presente investigación se procedió a realizar una visita a los adultos mayores (ancianos), para reunirse con la directora de la casa Hogar, para solicitar el permiso respectivo para ejecutar la encuesta respectiva y planificar una reunión con las personas que son los responsables del cuidado de los convivientes.

El instrumento utilizado para la recolección de la información fue, la

aplicación de una encuesta de mi autoría que contara de preguntas cerradas fáciles de contestar, la misma que permitirá obtener datos precisos, sobre los factores de riesgo para padecer afecciones respiratorias, las mismas que fueron revisadas y aprobadas por mi director de tesis para su ejecución.

Con la utilización de la estadística descriptiva, se procedió a organizar, graficar e interpretar los resultados. Además en este estudio se pudo determinar los factores de riesgo más prevalentes que están en relación con las afecciones respiratorias. El trabajo investigativo fue financiado a cargo del autor.

6. RESULTADOS

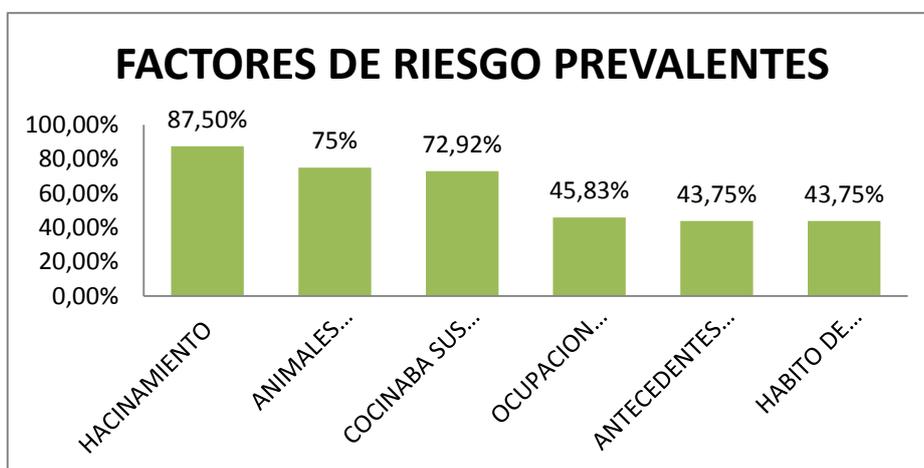
Cuadro 1

FACTORES DE RIESGO MAS PREVALENTES

FACTORES DE RIESGO PREVALENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HACINAMIENTO	42	87,50%
ANIMALES INTRADOMICILIARIOS Y EXTRADOMICILIARIOS	36	75%
COCINABA SUS ALIMENTOS EN LEÑA	35	72,92%
OCUPACION (AGRICULTURA)	22	45,83%
ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS GRAVES (NEUMONÍA)	21	43,75%
HABITO DE FUMAR	21	43,75%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Manuel Alejandro Yunga Paccha



Interpretación: podemos observar que los factores de riesgo con mayor prevalencia para padecer afecciones respiratorias en los adultos mayores del Hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús” de Loja son: hacinamiento con un porcentaje 87,50%; seguido de animales intradomiciliarios y extradomiciliarios con un 75%; seguido de un 72,92% que cocinaba sus alimentos en leña.

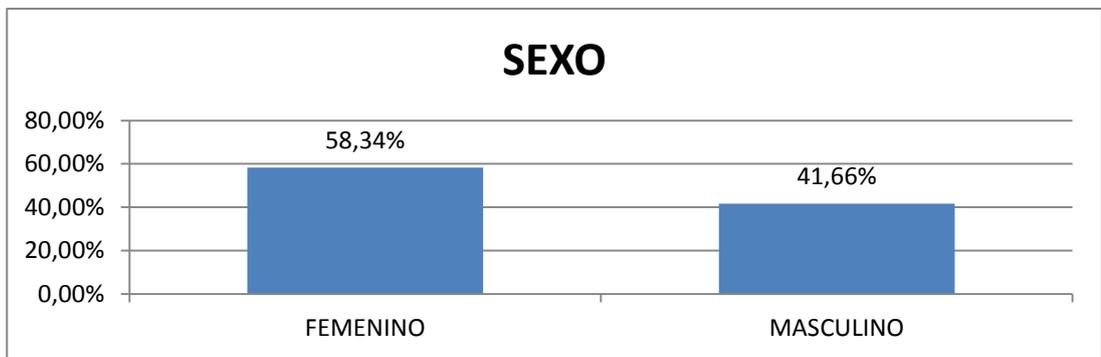
Cuadro 2

CLASIFICACIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN GÉNERO

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	28	58,34%
MASCULINO	20	41,66%
TOTAL	48	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Manuel Alejandro Yunga Paccha



Interpretación: del total de adultos mayores que se les aplico la encuesta, 28 de sexo femenino correspondiendo al 58,34 %; y, 20 son de sexo masculino correspondiendo al 41,66%.

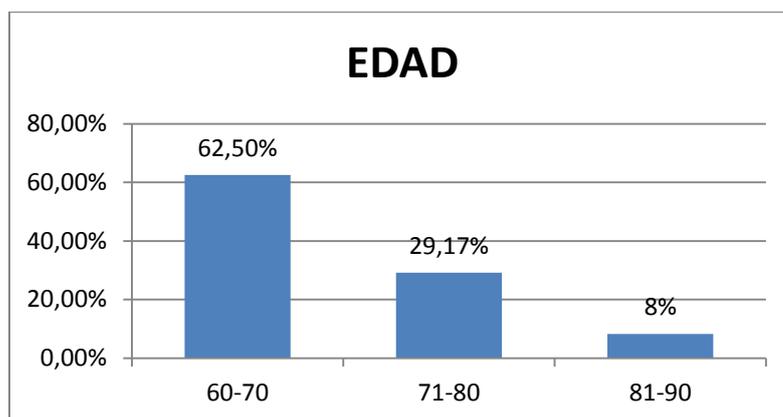
Cuadro 3

PREVALENCIA DE ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60-70	30	62,50%
71-80	14	29,17%
81-90	4	8%
TOTAL	48	100

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Manuel Alejandro Yunga Paccha



Interpretación: de los adultos mayores entre hombres y mujeres, que conviven en este hogar de adultos mayores; 30 adultos mayores tienen entre 60 a 70 años con un porcentaje de 62,50%; 14 adultos mayores tienen 71 a 80 años con un porcentaje de 29,17%; seguido de 4 adultos mayores que tienen entre 81 a 90 años: pudiendo considerar que existe un alto número de adultos mayores entre las edades de 60 a 70 años entre hombres y mujeres que conviven en este hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús.

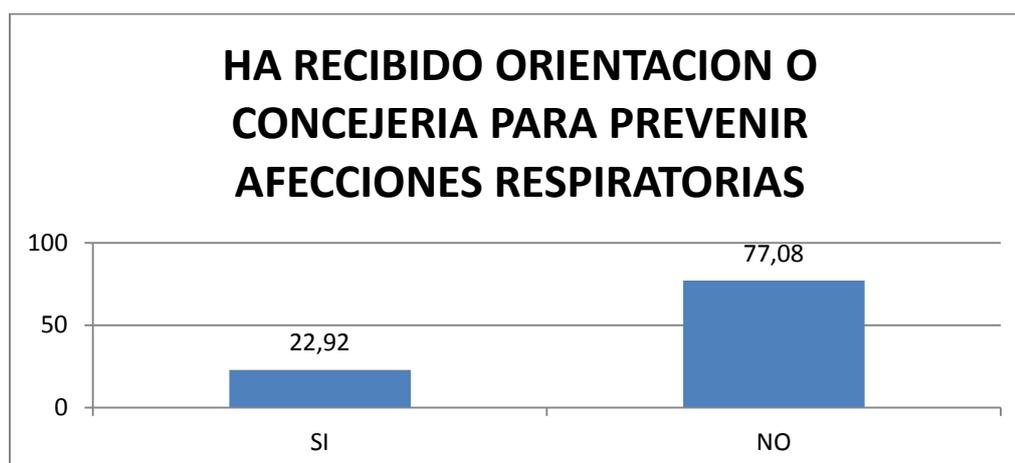
Cuadro 4

ORIENTACIÓN O CONSEJERÍA PARA PREVENIR AFECCIONES RESPIRATORIAS

HA RECIBIDO ORIENTACION O CONCEJERIA PARA PREVENIR AFECCIONES RESPIRATORIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	11	22,92
NO	37	77,08
TOTAL	48	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Manuel Alejandro Yunga Paccha



Interpretación: se puede observar que los adultos mayores entre hombres y mujeres: 37 adultos mayores con un porcentaje de 77,08% nunca han recibido consejería u orientación de cómo prevenir afecciones respiratorias; y 11 adultos mayores con un porcentaje de 22,92% si han recibido consejería.

7. DISCUSIÓN

El envejecimiento no solo afecta las funciones fisiológicas de los pulmones (ventilación o intercambio gaseoso), sino también su capacidad de defensa. La relación de la obstrucción de vías aéreas con la edad podría tener como base las lesiones inflamatorias. Las lesiones oxidantes ambientales podrían determinar una destrucción pulmonar similar, aunque menos extensa que en los fumadores. La principal finalidad de la prevención en las personas de edad avanzada es lograr una mejor calidad de vida. Se pretende reducir la morbilidad y mortalidad, por tanto se debe considerar como focos de atención las causas de mortalidad que encontramos en nuestro medio.

El presente estudio tiene como finalidad determinar los factores de riesgo relacionados a afecciones respiratorias en adultos mayores del Hogar Santa Teresita "Del niño Jesús". Así se pudo determinar que los factores de riesgo más prevalentes son: con un porcentaje de 87,50% el hacinamiento en primer lugar ; en segundo lugar animales extradomiciliarios e intradomiciliarios con un 75%; en tercer lugar con un 72,92% que cocinaba sus alimentos con leña; en cuarto lugar con un 45,83% su ocupación era la agricultura; y en quinto lugar con un mismo porcentaje de 43,75% para los adultos mayores con antecedentes de enfermedades respiratorias graves como la neumonía y tener el hábito de fumar. Los resultados son similares al estudio publicado por la Revista Cubana de Medicina Integral en el 2009, estudio analítico, retrospectivo de controles, en donde se demostró que los factores de riesgo de infecciones respiratorias crónicas en adultos mayores del Hogar La Yaba, de entre 65 y 85 años, fue en primer lugar el hacinamiento pues un 60% de los casos presentaba este factor y en segundo lugar estuvo con un 37,7% con

antecedentes de padecer alguna enfermedad respiratoria grave en este caso con asma bronquial. (E., Guadalupe, & Lorena, 2009)

El estudio cualitativo de prevalencia en adultos mayores que viven en el asilo Sagrado Corazón de Jesús del cantón de Ambato de Ecuador en el 2011 encontró que el 44% de los ancianos de una población de 30, han padecido alguna enfermedad respiratoria. De ellos el 55% eran del género masculino y el 45% del género Femenino, el 50% tenía entre 76 y 85 años de edad. En relación a las enfermedades agudas las Infecciones respiratorias agudas altas ocuparon el 70% seguido de neumonía. (MUÑOZ, 2011). De la misma forma el artículo sobre “Conocimientos, creencias y prácticas respecto a las infecciones respiratorias crónicas en adultos mayores de 65 años” de Cuba en el 2010, determino que el 63% tenían una edad entre 70 a 80 años quienes padecían enfermedades respiratorias, pertenecían al sexo femenino el 65% mientras que el género masculino era 35%. (De la Cruz & Jose, 2010). Estos resultados no concuerdan con los obtenidos en el presente trabajo investigativo ya que los 48 adultos mayores de nuestra muestra han padecido alguna enfermedad respiratoria, de los cuales el 58,34% eran del género femenino mientras los del género masculino era un 41,66%; con un 62,50% prevalecían entre las edades de 60 a 70 años; en el caso de adultos mayores que han padecido enfermedades respiratorias el 43,75% han presentado Neumonía en primer lugar.

Otro de los factores de riesgo más prevalentes para presentar afecciones respiratorias es el hábito de fumar, que en nuestro estudio ocupa el quinto lugar con un porcentaje de 43.75%, este resultado es diferente al obtenido en otro estudio de tipo descriptivo analítico, de corte transversal por que se obtuvo como resultado

que el 55% de los adultos mayores del asilo León Ruales de la ciudad de Ibarra, tienen el hábito de fumar ocupando el segundo lugar en la lista de factores de riesgo para padecer enfermedades respiratorias (Ruales & Montalvo, 2011), en otro artículo sobre “Conocimientos, creencias y prácticas respecto a las infecciones respiratorias crónicas en adultos mayores de 65 años” de Cuba en el 2010 el cual el 36% de los adultos mayores tenían el hábito de fumar ocupando el tercer lugar en la lista de factores de riesgo para padecer enfermedades respiratorias. (De la Cruz & Jose, 2010).

En un estudio experimental de intervención educativa sobre infecciones respiratorias crónicas en una población de 104 adultos mayores del Consejo Popular Lenin-Albaisa perteneciente al municipio Camagüey en Cuba en el 2010, se determinó que el 63,7% no tenían el conocimiento adecuado de cómo prevenir afecciones respiratorias. (Dra. Rodríguez Heredia, 2010), Este resultado concuerda con el estudio realizado ya que el 77,08% nunca han recibido consejería u orientación de cómo prevenir afecciones respiratorias.

8. CONCLUSIONES

El presente trabajo investigativo, ha permitido determinar las siguientes conclusiones:

- Se determinó que los factores de riesgo más frecuentes como causa de afecciones respiratorias en el adulto mayor (hombres y mujeres) del Hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús” de la ciudad de Loja fueron; en primer lugar fue el hacinamiento con un número de 42 adultos mayores con un porcentaje de 87,50%; en segundo lugar antecedentes de tener animales intradomiciliarios y extradomiciliarios con un número de 36 adultos mayores con un porcentaje de 75%; en tercer lugar se encuentra 35 adultos mayores con antecedentes de cocinar sus alimentos en leña con un porcentaje de 72,92%; el cual nos indica que tienen un alto porcentaje de padecer afecciones respiratorias por todos sus antecedentes.
- Se puede concluir que el género y edad con mayor frecuencia de padecer afecciones respiratorias en el Hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús” de Loja es: el género femenino con un porcentaje de 58.34%, mientras que la edad es entre 65 a 70 años con un porcentaje de 62,52%.
- Se determinó que un 77,08% de los adultos mayores entre hombres y mujeres no ha recibido orientación o consejería para prevenir afecciones respiratorias con lo cual nos indica en realizar charlas educativas en prevenir afecciones respiratorias.

9. RECOMENDACIONES

Al finalizar la presente investigación se recomienda lo siguiente:

- Al Hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús”; para que dentro de su presupuesto anual implemente recursos necesarios para un mejor cuidado, promoción, prevención de afecciones respiratorias, para que el personal de cuidado de estos adultos mayores tomen todas las medidas necesarias para protección de ellos y de los demás adultos mayores implementando: guantes, mascarillas, y materiales para aseo personal para cada miembro de esta casa de salud.
- Al equipo médico que solidariamente prestan sus servicios gratuitos a este Hogar, realizar campañas de prevención de enfermedades respiratorias y promoción de buenos hábitos de vida para un bienestar de los adultos mayores.
- A la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana, la carrera de Medicina, y a los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja para que dentro del programa de vinculación con la colectividad, tomen en cuenta este grupo de personas para mejorar su estilo de vida realizando charlas educativas para motivar a los estudiantes brindando información sobre el cuidado y manejo emocional y humanístico hacia este grupo de personas que necesitan una mano solidaria, ya que este grupo de personas merece la importancia, dedicación y respeto en igual condiciones que las demás personas.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. EL PACIENTE GERIÁTRICO. (12 de JULIO de 2009). Obtenido de Autopercepción de la salud en las personas mayores: https://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2_asignatura/temas/unidad3/11/tema11.pdf
2. Berkman, B. (19 de Septiembre de 2009). Manual de Merck de Geriatria. Obtenido de <http://www.msd.ve>.
3. d'Hyver, C., & Luis, G. R. (2010). Geriatria. Mexico: Manual moderno.
4. Daubin, C. (3 de Octubre de 2010). ENFERMEDADES CRONICAS RESPIRATORIAS. Obtenido de <http://enfermedadesrespiratoriascronicas.salucm.es>
5. De la Cruz, A., & Jose, B. (2010). Conocimientos, creencias y prácticas respecto a las Infecciones Respiratorias Agudas en adultos Mayores de 65 años. 853.
6. Desktop, A. (14 de MAYO de 2012). INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. Obtenido de INFECCIONES DE VIAS AEREAS: <file:///D:/Alejandro/Desktop/tesis/Untitled%20Document.htm>
7. DocSlide. (30 de Junio de 2015). TRABAJO-ENVEJECIMIENTO DEL SISTEMA RESPIRATORIO. Obtenido de <http://myslide.es/documents/trabajo-envejecimiento-del-sistema-respiratorio.html>
8. Dr Bossio, J. C., & Mabel, D. M. (2009). Diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda del adulto. Guia para el Equipo de Salud, Argentina, 5-7.

9. Dra. Rodríguez Heredia, O. M. (2010). Intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas en adultos Mayores. Revista Archivo Médico de Camaguey, 1-4.
10. Flores, C., & Solís, M. (2 de Junio de 2010). Sintomatología respiratoria. Obtenido de Revista Chilena de enfermedades respiratorias:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482010000200002
11. Garcia Castañeda, H., Valdés Díaz, S., & Eberto, D. G. (2009). "Problemas de Salud Pulmonar en Adultos Mayores. Hogar de. GEROINFO. PUBLICACIÓN DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA, 1-2-3.
12. Guevara, A. (2011). Conocimiento sobre el manejo ambulatorio de las infecciones respiratorias agudas en adultos mayores del centro comunitario "SAN" ORI del canton de Ibarra. MANEJO AMBULATORIO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS , 45-49.
13. Lic. Quezada de los Santos, a. (13 de Octubre de 2010). Slideshare. Obtenido de ENFERMEDADES RESPIRATORIAS:
<http://es.slideshare.net/akhaena/enfermedades-respiratorias>
14. Lipson, D., & Weinberger, S. (2009). Estudio del paciente con enfermedades respiratorias. En Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, y otros, HARRISON, PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA 17° edición (págs. 1583-1584). McGraw Hill.
15. Martinez Almaza, L., & Menendez, J. (20 de Febrero de 2009). Las Personas de edad en Cuba. Obtenido de Principales tendencias demográficas y morbimortalidad:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_2_99/res05299.htm

16. Mendoza, J. (13 de OCTUBRE de 2010). LOS ADULTOS MAYORES Y EL EJERCICIO. Obtenido de <http://www.jcmendoza.com/2010/10/los-adultos-mayores-y-el-ejercicio.html>
17. Miguel, D. G., & Dr. Rosero Herrera, C. (2013). LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD DEL ADULTO MAYOR. En II COMITÉ CONSENSO SOBRE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS NEUMONIAS DE LA SOCIEDAD ECUATORIANA DEL TORAX (págs. 105-106). Quito: INKPRIMA.
18. Muñoz, C. (14 de Agosto de 2012). Enfermedades Respiratorias. Factores de Riesgo. Obtenido de <http://encolombia.com7medicina/revistas-medicas/neumologia-1737neumologia17305-envejecimiento2#5thush.OgR9ST.dpuf>
19. OMS. (15 de ABRIL de 2015). ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Obtenido de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
20. Terrie, W. (1 de Abril de 2012). Enfermedades Respiratorias Crónicas. Obtenido de enfermedades-respiratorias-cronicas.blogspot.com.es/2012/04/1.-introducción.html
21. Vicente López, J. M. (20 de Enero de 2011). ENVEJECIMIENTO ACTIVO. Obtenido de http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf
22. Yumpu. (24 de Agosto de 2010). FISILOGIA Y ENVEJECIMIENTO APARATO RESPIRATORIO. Obtenido de <https://www.yumpu.com/es/document/view/14630991/fisiologia-y-envejecimiento-aparato-respiratorio/7>
23. Zapata, J. (2009). Los adultos también tienen hábitos nocivos. Revista de salud coomeva.

11. ANEXOS.

1. ENCUESTA

Señor (a) reciba un cordial saludo de la carrera de Medicina de la UNL, a la vez, le solicito de la manera más comedida se sirva contestar la siguiente encuesta.

DATOS DE IDENTIFICACION

Edad.....años
asilo:.....

Tiempo de permanencia en el

1.-Genero:

Masculino () Femenino ()

2.- Usted ha tenido alguna enfermedad respiratoria grave como:

- Neumonía
- EPOC
- Tuberculosis
- Asma
- Otras

Hace que tiempo.....

3.- Usted fumaba o fuma

- Si
- No

Cuantos tabacos:

Tiempo.....

4.- Usted cocinaba sus alimentos en:

- Leña
- A Gas

- No recuerda
Tiempo:.....

5.- Su ocupación era:

- Carpintería
- Agricultura
- Albañilería
- Otros:
Cual:

6.- Recuerda si tiene alergia a alguna sustancia o polvo:

- Si
- No
- Desconoce
Cuál

7.- Alguno de sus familiares ha tenido enfermedades respiratorias graves:

- Si
- No
- No recuerda

8.- Con cuántas personas comparte su dormitorio:

- con 1 persona
- con 2 personas
- con 3 personas
- más de 3 personas

9.- Su alimentación diaria es:

- 1 vez

- 2 veces
- 3 veces
- Más de 3 veces

10.- Usted tenía mascotas:

- Si
 - No
- Cuál

11.- Ha recibido orientación o consejería para prevenir afecciones respiratorias:

Si () No ()

2. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Introducción

El envejecimiento es un proceso universal, continuo e irreversible en el que hay una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. Las personas adultas mayores sanas conservan su funcionalidad, pero al presentarse un desgaste progresivo en su capacidad y sus funciones físicas, se vuelven más vulnerables a las enfermedades y condiciones propias de la edad que pueden llevarlo a la fragilidad y la dependencia.

Al igual que en el resto del mundo el Ecuador tiene una población en proceso de rápido envejecimiento cuya “expectativa de vida es de 75 años, cuando hace una generación, solamente fue de 55 años“, las necesidades de seguridad social, salud y económicas en la vejez aumentan significativamente, por lo que requieren medidas en materia de políticas públicas, que garanticen y estén pendientes que estas personas no caigan en la pobreza y abandono durante la última etapa de su vida. En este proceso el apoyo y respaldo absoluto de la familia es muy importante, la familia es la organización de la cual los adultos mayores no deben salir pese a los cuidados que requieran por su grado de dependencia y/o discapacidad, para satisfacer sus necesidades básicas. Sin embargo el cambio en la estructura familiar es uno de los fenómenos que acompaña esta transición demográfica.

El envejecimiento mundial es un triunfo pero también un desafío, ya que está provocando importantes cambios sociales y políticos e impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los niveles y, en concreto, en los sistemas sanitarios.

La buena salud es uno de los pilares de una sociedad próspera económica y socialmente, y conseguir años de vida libres de discapacidad tiene que ser uno de los objetivos para nuestra sociedad.

La salud de las personas mayores se debe medir en términos de función y no de enfermedad pues es aquella la que determina la expectativa de vida, la calidad de vida y los recursos o apoyos que precisará cada población. El objetivo es mantener un nivel de función que permita el mayor grado de autonomía posible en cada caso. Frente a esta situación he creído conveniente en realizar una propuesta de intervención para fortalecer las actividades de cuidado del adulto mayor ante posibles afecciones, documento que provee de información a los cuidadores, para brindar atención individualizada, con calidad y calidez, con dignidad y respeto a las personas adultas mayores en situación de dependencia, con el propósito de mejorar su calidad de vida y prevenir complicaciones.

Es una herramienta práctica que permitirá a los cuidadores desarrollar la capacidad de asistir a las personas adultas mayores en la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria: asearse, bañarse, vestirse, comer, andar, usar el servicio higiénico y capacidad para realizar las tareas domésticas y otras actividades relacionadas con sus hábitos y costumbres. En situación de dependencia, las personas adultas mayores requieren atención personalizada e individualizada por parte de sus cuidadores, quienes proporcionarán dichos cuidados respetando en todo momento su dignidad; pero al mismo tiempo tienen que considerar el no caer en la sobreprotección, por lo que deben permitir siempre que sea posible, que las personas adultas mayores conserven su autonomía en los cuidados que ellas puedan realizarlo y motivarla a participar en otros cuidados junto con su cuidador, de acuerdo a su condición de salud, para recuperar su

independencia si es posible, en caso de no ser así, mantenga sus capacidades residuales intactas, evitando el deterioro y la dependencia total.

OBJETIVOS

- Proporcionar conocimientos básicos para el desarrollo de destrezas de cuidados para la asistencia a las personas adultas mayores dependientes, a nivel institucional, asegurando en lo posible una buena calidad de vida, conjuntamente con el equipo profesional de los diferentes centros de cuidado.
- Asegurar que los cuidados de higiene que reciba la persona adulta mayor dependiente sean individualizados, oportunos, eficaces y orientados a recuperar la independencia de acuerdo a la condición de salud, previniendo mayores complicaciones.
- Educar a los adultos mayores para prevenir afecciones que causen el deterioro funcional y la dependencia para sus actividades.

DESARROLLO

La relación que establece cuidador – persona adulta mayor exige una preparación física, mental, emocional, espiritual y social del cuidador, ya que son personas que realizan un trabajo a veces agotador, pues mantienen un estado de alerta constante, comunicación permanente y agilidad para resolver las diversas situaciones que preocupan a la persona adulta mayor. Muchos cuidadores sacrifican su vida personal, familiar y

afectiva por el ritmo de trabajo que tienen y con frecuencia terminan con alteraciones de su salud.

Por lo mencionado, el cuidador debe aprender a reconocer las manifestaciones de desgaste físico, mental, emocional y social que puede padecer, a fin de tomar medidas correctas de prevención.

En su estado físico:

- No tiene apetito, por tanto no se alimenta bien.
- Tiene cansancio, no realiza ejercicio, descuidando su figura y apariencia, desmejorando su salud.
- Es propenso a adquirir enfermedades y no se preocupa por recibir pronta atención médica.
- Su sueño no es reparador y puede llegar al insomnio. Puede tener problemas con su pareja por no dedicar tiempo de calidad a su familia.

LA COMUNICACIÓN CON LA PERSONA ADULTA MAYOR.

Mejore sus habilidades para comunicarse con la persona adulta mayor, recordando y poniendo en práctica todos los días lo siguiente:

Llame a la persona adulta mayor por su nombre, para ganarse la confianza y mantener buena relación, utilice el nombre de ella, con respeto. No se le ocurra llamarlo nunca “abuelito, papito o viejita”. Generalmente éstas que a usted le parecen expresiones de cariño, a las persona adultas mayores les incomodan y desagrada mucho este trato.

Evite criticarlo y culparlo, la forma más segura de destruir la simpatía que la persona adulta mayor le tiene a usted, es haciéndole sentir mal por el comportamiento que tiene frente a su dependencia, al cuidado que recibe, a la tristeza, al mal genio, a la soledad. Siempre trate de comprenderlo y de ponerse en el lugar de la persona adulta mayor. ¿Cómo se sentiría usted si tuviera esa edad, y las limitaciones que tienen ellas?

No grite para hacerse entender, más bien háblele despacio, en forma clara, pronunciando bien las palabras de modo que la persona adulta mayor le entienda y sienta que lo trata con respeto y afecto. Piense frecuentemente que él o ella ya no escuchan con claridad y que tienen que hacer doble esfuerzo para entender lo que usted le explica.

Mantener el aseo y limpieza de la piel, cabello, uñas, cavidades corporales así como todos los objetos de uso personal y los que utilizan los adultos mayores en las actividades de su vida diaria, son aspectos importantes para mantener su salud física; por lo tanto los cuidadores deben tomar en cuenta algunos aspectos básicos de cómo mantener una buena higiene, permitiendo y/o asistiendo a la persona adulta mayor, en situación de dependencia de acuerdo a su condición de salud, para que se mantenga limpia, con buena presentación e imagen corporal, todo esto encaminada a mantener su autoestima.

LAVADO DE MANOS

SE REALIZA PARA:

Mantener la limpieza de las manos.

Prevenir y controlar la propagación de enfermedades.

ADVERTENCIAS:

Indique a la persona adulta mayor lo que le va a realizar y motíVELO a lavarse las manos las veces que sean necesarias, sobre todo antes de comer, luego de cualquier actividad en que haya topado los genitales externos, región anal o sustancias que haya eliminado el cuerpo.

CÓMO DEBE REALIZAR EL LAVADO DE MANOS

> Retire el reloj y anillos.

> Acerque a la persona adulta mayor frente al lavabo y ayúdelo a mantener las manos y brazos apartados de esta superficie.

- > Abra la llave, regule el flujo de agua y ayúdelo a lavarse la palma y el dorso (lado contrario a la palma). Desde la muñeca hacia los dedos.
- > Utilice el jabón, tenga cuidado de lavarlo antes y después de utilizarlo y antes de colocar en la jabonera. Si es jabón líquido tome la cantidad suficiente.
- > Masajee el dorso y las palmas de las manos, muñecas, dedos, por lo menos cuatro veces.
- > Limpie la suciedad debajo de las uñas con un palillo.
- > Enjuague las manos con abundante agua, manteniendo siempre los dedos hacia abajo, NO sacuda las manos luego del enjuague.
- > En caso de que exista mucha suciedad repita el procedimiento.
- > Seque detenidamente las manos con toalla, desde las muñecas hacia los dedos, especialmente entre los dedos.
- > Aplique crema hidratante en las manos.

HIGIENE DE LA BOCA

Procedimiento que proporciona sensación de bienestar, previene infecciones en la cavidad oral. Se realiza para mantener higiene y humedad de las mucosas y evitar infecciones.

QUÉ IMPLEMENTOS NECESITA

- > Lavacara pequeña.
- > Toalla.
- > Gasas limpias o algodón.
- > Baja lengua (se compra en farmacia).
- > Bolsa pequeña para desechos.
- > Agua hervida fría.
- > Agua de manzanilla.
- > Agua con bicarbonato (si presenta hongos).
- > Lubricantes como:(vaselina, manteca de cacao).

CÓMO SE REALIZA LA HIGIENE BUCAL

- > Lávese las manos.
- > Prepare todo el material que necesita y lleve a la habitación de la persona adulta mayor, de acuerdo a condición motívelo a participar.
- > Infórmele sobre los cuidados que va a recibir.
- > Ponga a la persona adulta mayor en posición cómoda (semisentado), siempre y cuando su condición lo permita.
- > Coloque la toalla sobre el tórax (pecho) para protegerlo.
- > Tome una gasa húmeda en el agua (hervida fría, o con manzanilla y/o con bicarbonato) según condición de la persona adulta mayor. Limpie los labios sin fregar (repita las veces que sean necesarias).
- > Realizando movimientos circulares limpie la pared interna de la cavidad bucal y encías.
- > Para la lengua envuelva la gasa en el extremo inferior del baja lengua y humedezca con una de las soluciones indicadas y limpie desde la base hacia el extremo, arrastrando la materia saburral que la cubre.
- > Lubrique los labios y déjelo cómodo.
- > Lávese las manos.

BAÑO

Medio y forma de asear el cuerpo. Baño con regadera o de ducha: aquí se lava todo el cuerpo con agua corriente que cae de una regadera o ducha, con ayuda del cuidador/a si lo requiere.

Se realiza para: mantener limpia la piel y darle comodidad, observar el estado de la piel y la capacidad de movimiento y establecer una forma de comunicación entre el cuidador y la persona adulta mayor.

QUÉ IMPLEMENTOS NECESITA

Toalla de baño, toallas pequeñas (esponjas), algodón, jabón con pH neutro (ejemplo glicerina o avena), cepillo y pasta dental, recipiente para el aseo

bucal, vaso, desodorante, crema humectante, peine o cepillo, cortaúñas, zapatillas, ropa limpia personal y de cama, protector impermeable para proteger la cama.

ADVERTENCIAS

- > Observe que actividades puede realizar la persona adulta mayor sin ayuda como preparar la bañera, desvestirse, meterse en la bañera, enjabonarse, enjuagarse, salir de la bañera.
- > Dejar en orden el baño (que puede hacer y que no).
- > Indique a la persona adulta mayor lo que le va a realizar y motíVELO a participar.
- > Respete el pudor.
- > Reúna todo el equipo necesario para evitar pérdida de tiempo.
- > Evite enfriamientos prolongados o corrientes de aire.
- > Pida a la persona adulta mayor que orine antes de bañarlo.
- > Lávese las manos y de preferencia use guantes para bañarlo.
- > Luego del baño, estimúlele a secarse (las partes del cuerpo que puede) y a vestirse las prendas que puede.

CÓMO DEBE REALIZAR EL BAÑO CON REGADERA O DUCHA

- > Asegúrese de tener todos los implementos listos antes de comenzar el baño.
 - > Incluya los implementos que él acostumbra: crema hidratante, loción, talco, desodorante.
 - > Utilice el apoyo de una silla de plástico para que se siente la persona adulta mayor.
 - > Lave el cuerpo con una esponja o bien un trozo de tela suave, deteniéndose en pliegues y zonas que sudan como axilas, ingles y pies.
 - > Enjuague con agua corriente el cuerpo con una regadera tipo teléfono.
 - > Apóyelo para salir del baño, seque el cuerpo bien, particularmente los pies. Recuerde la humedad favorece el desarrollo de microorganismos (hongos).
- Vístale con ropa limpia.

- > Péinelo, córtele las uñas de las manos y los pies.
- > Arréguele la cama y déjele cómodo a la persona adulta mayor. Motívela a caminar y/o permanecer en el sillón y no en la cama.

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN LA PERSONA ADULTA MAYOR.

CONSEJOS PARA QUE RECUERDEN LOS CUIDADORES.

- > Bríndele un ambiente agradable siempre y con mayor razón cuando se va a servir los alimentos, debe ser libre de malos olores, sin distracciones visuales ni auditivas.
- > Es importante que el cuidador promueva la independencia y autonomía tanto como sea posible.
- > Proporciónele una dieta variada y adecuada para cada persona.
- > Permita que las personas adultas mayores escojan entre los alimentos indicados por el médico y/o nutricionista; esto contribuye a dar una sensación de control sobre sus vidas.

SI LA PERSONA NO TIENE APETITO:

- Motívelo a realizar actividades físicas y/o de recreación según condición de la persona adulta mayor, a lo largo del día.
- Considere como comida principal la del mediodía, pero evite poner demasiada comida en el plato, disminuya la cantidad de comida en otros horarios.
- Tenga presente que en ocasiones la persona adulta mayor tiene falta de apetito, porque se encuentra enojado, triste, siente dolor de algo y no lo expresa, si está en la posibilidad de solucionar hágalo, caso contrario comunique a quien corresponda (familiar, médico, enfermera, etc.).

INTERVENCIÓN PREVENTIVA

El primer paso para poder intervenir sobre el deterioro funcional de la persona mayor que vive en la comunidad, es detectar el grupo de población que más se puede beneficiar de una intervención que retrase o revierta la discapacidad y dependencia. Este grupo es el de las personas mayores frágiles.

Muchos estudios han comprobado que en pacientes geriátricos el ejercicio es benéfico a múltiples niveles fisiológicos. El ejercicio de resistencia contrarresta la pérdida muscular relacionada al envejecimiento, porque se logra un aumento del 11.4% en el área transversal de la pantorrilla y del 100% en el área transversal del extensor de la rodilla tras 12 semanas de entrenamiento.

En pacientes frágiles, el participar en grupos de ejercicio físico supervisado mejora de manera significativa los marcadores de fragilidad. De entre los diferentes programas de ejercicio, aquellos que se llevan a cabo de forma supervisada, durante 30 a 45 min 3 veces a la semana, durante al menos 4 meses, han sido los más efectivos para mejorar los marcadores de fragilidad.

Muchos adultos mayores no consumen la cantidad de proteína suficiente para disminuir la pérdida de la masa muscular; el consumo de proteínas recomendado en personas de la tercera edad es de 0.8 g/kg/día. El consumo de suplementos calórico proteicos en residentes de asilos con un aporte extra de 360 kcal diarias por 10 semanas mejoró la fuerza muscular en miembros inferiores. El consumo de suplementos proteicos en conjunto con un programa de resistencia física mejoró la fuerza muscular. Sin embargo, el uso de suplementos alimenticios podría disminuir el consumo voluntario de alimentos y ser de difícil apego.

3. MARCO INSTITUCIONAL

ASPECTO GEOGRAFICO DEL LUGAR



Ubicación del Hogar Santa Teresita “Del niño Jesús”

El hogar de adultos mayores Santa Teresita “Del niño Jesús” de la ciudad de Loja, se encuentra ubicado al norte de la ciudad de Loja en la avenida Salvador Bustamante Celi a continuación de SOLCA y frente al parque recreacional Jipiro, tienen una extensión de cinco hectáreas de espacio físico que se distribuye en el área de construcción, patios, jardines y terreno para sembrar, las mismas que dentro de su marco de historia constan como donadas por el señor Daniel Álvarez Burneo, espacio físico que en la antigüedad formaba parte de una finca de la señora Amalia Auguren de Álvarez, esposa del señor Daniel Álvarez Burneo, filántropo lojano, quien después de fallecer su esposa y su hijo donó todos sus bienes al pueblo de Loja, este asilo por largo tiempo fue administrado directamente por el Municipio de Loja y actualmente está a cargo de la comunidad religiosa católica de las misioneras de la Caridad, anteriormente conocido como Hogar de Indigentes Santa Teresita del Niño Jesús.

Dinámica Poblacional

Actualmente el hogar de Adultos Mayores Santa Teresita del Niño Jesús acoge a 60 personas entre ellos 48 ancianos, de los cuales son 28 mujeres y 20 hombres y a 12 indigentes adultos discapacitados entre hombres y mujeres, la mayoría de ellos tanto los ancianos como los indigentes llevan viviendo en este hogar de 2 a 5 años y padecen de enfermedades crónicas y discapacidades físicas o mentales, o las dos al mismo tiempo, muchos de ellos no pueden valerse por sí mismos; son ancianos que han sido abandonados y olvidados por sus familiares y en otros casos no tienen familiares, son personas completamente desprotegidas que carecen de un hogar han sido excluidos completamente de la sociedad y son acogidos en este asilo bien llamado hogar, donde les proporcionan techo y alimento y cuidados para sus necesidades biológicas e higiene.

MISION INSTITUCIONAL

La misión de esta institución de caridad, es ofrecer una familia e integrarles a un hogar a los adultos mayores en abandono, desamparados y en pobreza extrema, proporcionando servicios de alojamiento, alimentación y aseo, vestido, terapias de rehabilitación y ocupacionales, así como apoyo espiritual y todas las necesidades básicas que requieren.

VISION DE LA INSTITUCION

La visión es fomentar la integración de los adultos mayores a una vida familiar afectiva para que formen parte de una sociedad productiva.

ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

El asilo y el cuidado de los adultos mayores están bajo la responsabilidad de cinco misioneras de la comunidad Religiosa de la Caridad, que a la vez se encuentran bajo la supervisión y la orden de autoridades religiosas superiores a nivel provincial, nacional y mundial, cuentan con 7 cuidadoras que proporcionan ayuda en la cocina preparando y sirviendo los alimentos y asistiéndoles a las mujeres ancianas e indigentes imposibilitadas, de igual manera cuentan con un colaborador que proporciona la misma ayuda y les asiste a los hombres, todos ellos económicamente dependen de una remuneración de las contribuciones que recibe la comunidad religiosa y además cuenta con colaboradores ocasionales de buen corazón y la colaboración de los mismos adultos mayores que aún pueden valerse por sus propias fuerzas y ayudan a las actividades de limpieza, cuidado de los jardines y huertos en el hogar así como también un adulto mayor ayuda atendiendo en horario laborable del hogar en la portaría.

SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCION

Las religiosas de la caridad, los cuidadores y colaboradores, que forman parte de esta institución y cumplen estas loables tareas en esta noble institución prestan sus servicios, ayuda y asistencia personalizada para que los ancianos e indigentes asilados en este hogar puedan cumplir con sus funciones vitales como alimentación, ayudarles a sus necesidades biológicas, aseo personal, vestido, atención médica, medicamentos, terapias de rehabilitación dentro de sus alcances y actividades recreativas, atención espiritual, cuidados especiales y amor.

CARACTERISTICAS GEOFISICAS DE LA INSTITUCION

El espacio físico en el que se encuentran albergados los 50 indigentes, es grande cuenta con una buena infraestructura adaptada a la función que desempeña, tiene patios grandes y amplios jardines, una buena extensión de terreno en donde cultivan sus propios productos para la alimentación diaria y tienen sus criaderos de aves.

POLITICAS DE LA INSTITUCION

La política de este asilo es servir y cuidar a los ancianos, personas en estado de indigencia, referidos por una institución gubernamental, que avale la condición del anciano mediante condición socioeconómico, estudio médico y psicológico, constituyéndose en requisitos inquebrantables para que los indigentes permanezcan bajo el techo y cuidado en este lugar.

4. FOTOGRAFIAS



Grafico # 1 Puerta de Ingreso al Hogar Santa Teresita "Del Niño Jesús"



Grafico # 2 Parte externa del Hogar Santa Teresita "Del Niño Jesús"



Grafico # 3 Pasillos del Hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús”



Grafico # 4 Personal colaborador en el cuidado del Adulto Mayor del Hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús”



Grafico # 5 Adulta Mayor del Hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús”



Grafico # 6 Recolección de los datos por parte de los Adultos Mayores del Hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús”



Grafico # 7 Recolección de los datos por parte de los Adultos Mayores, género masculino del Hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús”



Grafico # 8 Ejecución de la encuesta a los Adultos Mayores, género masculino del Hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús”



Grafico # 9 Adultos Mayores en su almuerzo del Hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús”



Grafico # 10 Huertas del Hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús”, donde los Adultos Mayores dedican su tiempo

Loja, 25 de Septiembre del 2015

DIRECTORA DEL HOGAR SANTA TERESITA "DEL NIÑO JESUS" DE LOJA

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Yo **MANUEL ALEJANDRO YUNGA PACCHA**, con cedula de identidad N° 1104698657, egresado de la carrera de Medicina Humana, por medio de la presente me dirijo ante su digna autoridad para solicitarle muy comedidamente se conceda la autorización de intervenir por medio de una encuesta a todos los miembros de esta casa hogar, ya que mi tema de tesis es: **"FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A AFECCIONES RESPIRATORIAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOGAR SANTA TERESITA "DEL NIÑO JESUS" DE LOJA"**;

Por su favorable atención que se digne dar a la presente le antelo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente:



Manuel Alejandro Yunga
C.I 1104698657

Hna. Manu Lisa me

ÍNDICE

Portada	
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de Autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
1. Título.....	1
2. Resumen/Abstract.....	2
3. Introducción.....	4
4. Revisión de literatura.....	8
5. Materiales y métodos.....	32
6. Resultados.....	34
7. Discusión.....	38
8. Conclusiones.....	41
9. Recomendaciones.....	42
10. Bibliografía.....	43
11. Anexos.....	46