



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

**“PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES DEL ADULTO MAYOR
HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL “SAN
JUAN DE DIOS” DE PISCO EN EL 2014”**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR EL BACHILLER:

MUÑANTE NIMA JESUS ENRIQUE

PISCO -PERÚ

2016

DEDICATORIA

A Dios que me ha dado la vida y la fortaleza para seguir adelante, a mis Padres por su gran apoyo me ayudaron a seguir adelante; y mi querido hijo que me da la fortaleza.

AGRADECIMIENTO

A Dios el ser maravilloso que me dio la fortaleza y fe para creer lo que me parecía imposible terminar.

A mi familia por ayudarme con mi hijo y por estar a mi lado en cada momento de mi vida.

A todos los docentes de la Universidad Alas Peruanas por su enseñanza y dedicación a formarnos un buen futuro.

ÍNDICE

CARATULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	viii
INTRODUCCION	x
	Pág.
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	13
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.3.1. Objetivo General	13
1.3.2. Objetivo Específico	14
1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	14

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION	15
---	----

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	16
2.2. BASES TEÓRICAS	22
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	39
2.4. HIPÓTESIS	44
2.4.1. Hipótesis general.....	44
2.4.2. hipótesis específica.....	44
2.5. VARIABLES	44
2.5.1. Definición conceptual de la Variable	44
2.5.2. Definición operacional de la Variable	44
2.5.3. Operacionalización de la variable.....	45

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

3.1 Tipo Y Nivel De La Investigación.....	47
3.2. Descripción Del Ámbito De La Investigación.....	47
3.3. Población Y Muestra.....	48
3.4. Técnicas E Instrumentos Para La Recopilación De Datos.....	49

CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....50

CAPÍTULO V: DISCUSION.....58

CONCLUSIONES..... 61

RECOMENDACIONES..... 62

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... 63

Bibliografías

Páginas web

ANEXOS..... 69

RESUMEN

Prevalencia de las enfermedades del adulto mayor hospitalizado en el servicio de Medicina del hospital "San Juan de Dios" de Pisco en el 2014.

Objetivo: Se realizó un estudio en el Hospital San Juan de Dios de Pisco con el objeto de determinar la prevalencia de las enfermedades de los pacientes adultos mayores hospitalizados en dicho hospital en el 2014. **Material y métodos:** Se evaluó 220 historias clínicas de pacientes que fueron hospitalizados en este nosocomio durante ese año llegando a las siguientes conclusiones: Los pacientes adultos mayores son del sexo masculino 56.4% y 43.6% del sexo femenino.

Las enfermedades prevalentes de los adultos mayores en el sexo masculino se presentan con mayor frecuencia entre los 60 a 65 años, mientras que en las mujeres estas enfermedades se presentan con mayor frecuencia entre las edades de 70 a 85 años y en menor proporción en los extremos de las edades. La hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, la depresión y las enfermedades respiratorias están entre las primeras causas de hospitalización de los pacientes adultos mayores. En el sexo masculino la distribución en orden de frecuencia, la hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, depresión, úlceras de decúbito, desnutrición, hemiplejias, y enfermedades respiratorias, diabetes, tuberculosis, enfermedad de Alzheimer, infección urinaria, artritis y cáncer; mientras que en las mujeres el perfil es diferente, las infecciones urinaria, infecciones respiratorias, la depresión, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, tuberculosis, diabetes, úlceras de decúbito, desnutrición, artritis, hemiplejias y cáncer. Desde el punto de vista de salud pública, la importancia de este grupo de enfermedades, está relacionado no solo con la magnitud de su frecuencia y los costos que demandan la atención médica, sino también, con las grandes posibilidades que existen de disminuir la incidencia y mortalidad de algunas de ellas, a través de intervenciones dirigidas a modificar los estilos de vida en la población. Este hecho hace factible la prevención y control, a pesar de la compleja multicausalidad que las caracteriza.

PALABRAS CLAVES: PREVALENCIA ENFERMEDADES ADULTO MAYOR

ABSTRACT

Prevalence of diseases of the elderly hospitalized in the health service hospital "San Juan de Dios" Pisco in 2014.

Objective: A study realized in the Hospital God's San Juan of Pisco in order to determine the prevalencia of the diseases of the adult major patients hospitalized in the above mentioned hospital in 2014. Material and methods: there were evaluated 220 patients' clinical histories that were hospitalized in this nosocomio during this year coming to the following conclusions: The adult major patients are of the masculine sex 56.4 % and 43.6 % of the feminine sex.

The diseases prevalentes of the major adults in the masculine sex appear with major frequency between the 60 to 65 years, whereas in the women these diseases appear with major frequency between the ages from 70 to 85 years and in minor proportion in the ends of the ages. The arterial hypertension, cardiovascular diseases, the depression and the respiratory diseases are between the first reasons of hospitalization of the adult major patients. In the masculine sex the distribution in order of frequency, the arterial hypertension, cardiovascular diseases, depression, sores of decubitus, malnutrition, hemiplegias, and respiratory diseases, diabetes, tuberculosis, Alzheimer's disease, urinary infection, arthritis and cancer; whereas in the women the profile is different, the infections urinary, respiratory infections, the depression, cardiovascular diseases, hypertension, tuberculosis, diabetes, sores of decubitus, malnutrition, arthritis, hemiplegias and cancer.

From the standpoint of public health, the importance of this group of diseases is related not only to the magnitude of the frequency and costs demanding medical care, but also with the great possibilities that exist to reduce the incidence and some mortality through interventions aimed at modifying lifestyles in the population.

This makes possible the prevention and control, despite the complex multiple causes that characterizes them.

KEY WORDS: PREVALENCIA DISEASES MAJOR ADULT

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas la disminución mundial de la natalidad y mortalidad ha llevado progresivamente al incremento de la población adulta mayor. En el Perú el ritmo de crecimiento poblacional se viene incrementando desde hace tres décadas. Esto significa que en los próximos 20 años este grupo poblacional llegara casi a duplicarse.

El envejecimiento de la población peruana es una situación demográfica cuyos efectos sociales y económicos requieren de una respuesta activa de los diferentes sectores de la sociedad en general y del sector salud en particular, involucrados en la temática el adulto mayor. En el sentido, el sistema de salud producto del cambio demográfico y epidemiológico que se observa en nuestra población nacional. ¹

El Ministerio de Salud presenta los “ lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores”, con el objetivo de brindar un marco referencial así como un conjunto de orientaciones que puedan construirse en la base de las acciones para atención integral de salud de las personas adultas mayores, que conlleve a la configuración de un sistema moderno, eficaz y eficiente de los servicios de salud, con nuevas propuestas de provisión de servicios, capaces de satisfacer las necesidades de salud de nuestros adultos mayores y que favorezcan un envejecimiento activo y saludable. En los últimos años se han producido importantes cambios en los perfiles de mortalidad y morbilidad de nuestro país. La tasa de mortalidad a causa de las enfermedades crónicas no trasmisibles está superando a la tasa de mortalidad por enfermedades trasmisibles; constituyéndose como causa principal de muerte y morbilidad en la población adulta. ²

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aumento de la esperanza de vida de la población hace que aumente la prevalencia de las enfermedades crónicas y la discapacidad particularmente en los mayores de 75 años. Debido a su pobre estado de salud, es este grupo el que más utiliza los servicios médicos, lo cual se hace evidente también en los servicios de hospitalización donde las personas mayores de 65 años ocupan anualmente del 30% al 50% de todas las camas hospitalarias, siendo más notorio en algunos servicios como los de medicina interna donde los mayores de 65 años constituyen el 55 a 60% de los pacientes hospitalizados.³

Actualmente hay en el mundo unos 600 millones de personas mayores de 60 años. Ese número se habrá duplicado en 2025, y en 2050 se habrá transformado en 2000 millones, la mayoría de las cuales se encontrarán en el mundo en desarrollo. Este envejecimiento acelerado de la población

mundial aumentará las demandas económicas y sociales en todos los países. ⁴

Las oportunidades perdidas por los sistemas de salud para afrontar o gestionar las enfermedades no transmisibles relacionadas con la edad se traducirán en aumentos de la incidencia, de la prevalencia y de las complicaciones asociadas a estas enfermedades. Los trastornos cardiovasculares representan el 13% de la carga de morbilidad en adultos de 15 años o más. La cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares son las dos causas que más contribuyen a la carga de mortalidad y morbilidad en los adultos de edad avanzada (mayores de 60 años). En los países desarrollados, las cardiopatías isquémicas y las enfermedades cerebrovasculares causan conjuntamente más del 36% de las muertes, siendo las tasas de mortalidad más elevadas para los varones que para las mujeres.

En las regiones en desarrollo, en cambio, la mortalidad y la morbilidad atribuibles a esas afecciones están aumentando rápidamente. De los 7,1 millones de muertes causadas por el cáncer que, según se estima, se produjeron en 2002, el 17% son atribuibles al cáncer de pulmón, y tres cuartas partes de ese porcentaje corresponden a varones. El cáncer de estómago, que hasta hace poco ocupaba el primer puesto mundial en lo que a mortalidad causada por el cáncer se refiere, ha retrocedido en todos los lugares del planeta donde es posible evaluar de un modo fiable las tendencias y provoca actualmente 850 000 muertes anuales, es decir, casi una tercera parte menos que el cáncer de pulmón. Los cánceres de hígado y de colon y recto son la tercera y cuarta causas.

Se realizó un estudio en Unidades de Medicina Familiar del IMSS donde se reportó una prevalencia de 3.5% de demencia en mayores de 60 años de predominio en mujeres (2.3%) y 30.5% de deterioro cognitivo leve. ⁵

Así, la presente investigación contempla una muestra significativa de adultos mayores que concurren al hospital San Juan de Dios de Pisco; y

donde su diagnóstico de ingreso determina la prevalencia de la causal de su internamiento.

Además, el tema es considerado uno de los más prioritarios en el área por lo tanto, los datos pueden colaborar con la educación a la salud de los adultos mayores, familia, equipo de salud, incluyendo al enfermero, responsable por el cuidado integral a los mayores.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema Principal

¿Cuál es la prevalencia de las enfermedades de los pacientes adultos mayores hospitalizados en el Hospital “San Juan de Dios” de Pisco en el 2014?

1.2.2. Problemas Secundarios

PS 1 ¿En qué medida se da la prevalencia según género de las enfermedades de los pacientes adultos mayores?

PS 2 ¿De qué manera se presenta la prevalencia según grupo etáreo de las enfermedades de los pacientes adultos mayores?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivos General

Determinar la prevalencia de las enfermedades de los pacientes adultos mayores hospitalizados en el Hospital “San Juan de Dios” de Pisco en el 2014.

1.3.2. Objetivos Específicos

OE1 Indicar la prevalencia según género de las enfermedades de los pacientes adultos mayores.

OE2 Precisar la prevalencia según grupo etéreo de las enfermedades de los pacientes adultos mayores.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

En el pasado, los esfuerzos en investigación y promoción de la salud se han enfocado en las enfermedades materno-infantiles y en las enfermedades infecto-contagiosas. Sin embargo, el cambio demográfico que ha ocurrido en Honduras en los últimos años ocasiona que las enfermedades crónicas no prevenibles se conviertan en una prioridad.

La mejoría en las condiciones socio-sanitarias ha facilitado un sustancial crecimiento de la población de adultos mayores en el país. Se estima que actualmente viven alrededor de 700,000 personas mayores de 60 años en los países latinoamericanos. Es precisamente este grupo el que mayor riesgo tiene de padecer enfermedades crónicas.

Las principales causas de mortalidad en los adultos mayores son las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Sin embargo, son diversas las afecciones que atañe al adulto mayor una de las principales causas es su discapacidad a la movilización, y la incidencia de afecciones a la cronicidad que notablemente ocasionan un costo humano y financiero.⁶

Las principales afecciones son enfermedades generalmente crónicas e incurables, que conllevan a deterioro intelectual, particularmente de memoria, cambios neuro psiquiátricos y un deterioro en la independencia instrumental y funcional.⁷

A nivel Latinoamericano el costo de cuidados directos e indirectos en las múltiples afecciones de la población de la tercera edad es sumamente alto. Se estima un costo mundial anual de \$315.4 mil millones de dólares americanos, en lo que corresponde a nuestro país. ⁸

En el Perú tenemos diversos estudios realizados en otra regiones del país ; pero desconocemos la prevalencia real de las diversas afecciones que se presentan en nuestros adultos mayores, básicamente en un área de Hospitalización en la que corresponde a la Provincia de Pisco, y donde el personal profesional de enfermería tiene un protagonismos muy especial en el proceso de su atención durante las 24 horas de día que, resulta de suma importancia conocer de forma objetiva cuales son las de mayor incidencia y con ello disminuir la brecha de desconocimiento que nos impide una adecuada planificación de los recursos financieros y organizacionales para una adecuada atención del paciente hospitalizado. ⁹

Los datos obtenidos en este estudio permitirán sensibilizar a las diversas instancias en la toma de decisiones para el desarrollo de políticas públicas y programas que ayuden a la prevención de las afecciones de mayor prevalencia y reducción del impacto individual, familiar, social y económico de las mismas.

1.5. LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Que el área de estadísticas no cuenta con la adecuada recolección de los resultados, ya que existe la demora de la consolidación de los resultados procesados, donde no existe cifra exacta de cuantos adultos mayores tienen conocimientos de las enfermedades que acatan en su grupo etáreo.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Existen antecedentes internacionales, nacionales, regionales donde cada país, departamento provincia e institución pública (MINSA) privadas (ESSALUD, CLINICAS) tienen sus diferentes incidencias y prevalencias con respecto a las enfermedades en los adultos mayores.

Internacionales

Espinoza Espinoza M, año 2013, Cuenca – Ecuador, en su estudio; *Prevalencia y Factores Asociados a Malnutrición en adultos mayores hospitalizados en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso*, con el **objetivo**. Determinar la prevalencia y factores asociados a malnutrición en adultos mayores hospitalizados en el departamento de Clínica del Hospital Vicente, utilizó un estudio transversal de manera aleatoria y que cumplieron con los criterios de inclusión en 446 adultos

mayores hospitalizados, el estado nutricional se valoró utilizando el Mini Nutritional Assessment (MNA). Para el análisis se utilizó la estadística descriptiva, medidas de tendencia central, la asociación estadística se midió con el OR, el intervalo de confianza al 95% y se consideró estadísticamente significativo valores de $p < 0,05$. **Resultados.** La prevalencia de malnutrición fue de 32.06% (IC 28 – 36), incrementándose en los mayores de 75 años con un OR 1.86 (IC: 1.24 – 2.81 valor $p < 0.003$). Se observó asociación estadística como factor de riesgo el no uso de prótesis dental OR 1.86 (IC. 1 12 – 2.51 valor $p < 0.012$) y dificultad para alimentarse OR 3.44 (IC: 2.19 – 5.42 $P < 0.000$), llegando a **Concluir** la prevalencia de malnutrición en adultos mayores fue de 32.06% y está asociada al no uso de prótesis dental y a la dificultad para alimentarse como factor de riesgo. Se observó que a mayor edad existe mayor tendencia a malnutrición. ¹⁰

Silva Fhon R; Coelho Fabrício-Wehbe C, Ramos Pereira T, Marques S, Partezani Rodríguez S; 2011- México en su *estudio Enfermedades Prevalentes en el adulto mayor en Latinoamérica, causal de Hospitalización*, **objetivo** estimar la prevalencia de caídas en adultos mayores y su relación con la capacidad funcional, **método** estudio transversal, se calculó una muestra de 240 individuos, lo que garantizó un error máximo de 6,3%, con 95% de probabilidad. Para llegar al valor de $n=240$, se planeó sortear 20 sectores censitarios entre los 650 existentes. La muestra fue determinada por conglomerado en doble estadio, los datos fueron importados al aplicativo SPSS versión 11.5, **Resultados** Se observa que de los 240 adultos mayores entrevistados, el 25% pertenecían al grupo etario de 80 años y más, siendo la edad mínima de 60 y la máxima de 94 años, con un promedio de edad de 73,5 años y desvío estándar $\pm 8,4$; el 62,9% eran del sexo femenino; en lo que se refiere al estado conyugal, el 57,4% eran casados y el 31,3% viudos; el 48,8% frecuentaron el colegio entre 1 a 4 años y el 14,6% eran analfabetos. Se **concluye** la prevalencia de caídas con relación a los últimos seis meses anteriores a la entrevista fue del 33,3%; entre ellos, la mayoría

era del sexo femenino y considerados adultos mayores más jóvenes (60 a 79 años).¹¹

Duquesne Alderete A' López Medina A, 2010, La Habana, en su estudio *Factores de riesgo aterogénicos en dos grupos adultos mayores*, **Objetivos:** comparar la prevalencia de factores de riesgo aterogénicos en dos grupos de adultos mayores, uno con complicaciones ateroscleróticas y el otro sin ellas. **Métodos:** estudio descriptivo retrospectivo y comparativo en seis consultorios del médico de la familia del policlínico "19 de Abril" en los años 2007 y 2008. Cada grupo estuvo formado por 80 adultos mayores, los que fueron vistos en consulta o en terreno. Se tuvieron en cuenta los requerimientos éticos de una investigación. Teniendo **Resultados:** el tabaquismo fue el único factor de riesgo que se observó con mayor prevalencia en los hombres no complicados en relación con los complicados. La hipertensión arterial fue el único factor que se observó con mayor prevalencia en mujeres que en hombres. En los hombres complicados primó la presencia de dos factores de riesgo y solo uno en las mujeres. **Conclusiones:** los factores de riesgo se observan con mayor frecuencia en los adultos mayores que han sufrido alguna complicación ateroscleróticas y de ellos, en el sexo masculino.¹²

Friedrich von Mühlenbrock F , Gómez D, González V, Alberto Rojas A, Vargas L, Von Mühlenbrock P. 2011 Santiago, en su investigación. *Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago*, con los **Objetivos:** Describir la prevalencia de la depresión en pacientes adultos mayores, **Métodos:** Los pacientes fueron entrevistados entre el 2-06-2009 y el 6-09-2009. **Criterios de inclusión:** Mayores de 60 años y admitidos en las últimas 24 horas. **Criterios de exclusión:** Pfeiffer > 3, Glasgow < 15, afasias, VAS >5, enfermedad mental y Terminal. **Resultados:** Se entrevistó 131 pacientes, 64 mujeres y 67 hombres, edad media de 74,35 (DE 8,23) años.

La prevalencia de la depresión fue de 22,13% (29), 28,12% (18) en mujeres y 16,41% en hombres. **Conclusiones:** La depresión en pacientes adultos mayores admitidos en un Servicio de Medicina Interna es común y a menudo no detectada o no tratada. ¹³

Alfredo D. Espinosa Brito A, Figueiras Ramos B, Rivero Berovides J, Del Sol Padrón L, Santos Peña M, Rocha Quintana M, 2010 Habana, en su estudio *Diagnósticos clínicos al ingreso y al egreso de pacientes hospitalizados en Medicina Interna, Geriátría e Infecciosos*, a partir de asumir que una coincidencia entre el diagnóstico inicial al ingreso y el definitivo al egreso, refleja alta calidad en el cumplimiento de ese paso esencial del método clínico, se revisaron los resultados de dos series de pacientes hospitalizados en Medicina Interna, Geriátría e Infecciosos, para precisar factores asociados con dicha correspondencia. Se constató total coincidencia en más de las dos terceras partes de los casos, con porcentajes elevados en los más jóvenes, los que tuvieron menor estadía y los que ingresaron en el horario de las guardias. Se destacan los altos valores para enfermedades respiratorias e infecciosas y más bajos para diagnósticos menos precisos, como anemias, síntomas y signos mal definidos y para los ingresados en Geriátría. Se hacen consideraciones sobre el error diagnóstico y la trascendencia de estos resultados para los pacientes y la organización de la atención hospitalaria. ¹⁴

NACIONALES

Claudia Rebagliati Tirado C, Runzer Colmenares F, Horruitiniere Izquierdo M, Lavaggi Jacobs G, Parodi García F, Año 2011 – Callao – Perú, en su estudio *Caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar Naval, Lima – Callao, en una población* de 711 pacientes de 60 años o más, de uno y otro sexo, hospitalizados entre Enero del 2010 y Noviembre del 2011, con el

objetivo de determinar la prevalencia de algunas características de los pacientes hospitalizados, utilizando un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se utilizó la base de datos de la Unidad de Agudos del Centro Geriátrico Naval de los pacientes hospitalizados durante este periodo. Se midió riesgo de malnutrición (MNA), funcionalidad (Índice de Barthel), riesgo de problema social (Escala de Gijón), depresión (Escala Geriátrica de depresión de Yesavage) y deterioro cognitivo (MMSE). El análisis se realizó con el programa STATA versión 11. **Resultados:** la edad promedio fue: $78 \pm 8,2$ años. Se registró polifarmacia en 650 (91,4%) casos, hipertensión en 492 (69,2%), estreñimiento en 399 (56,1%), diabetes mellitus tipo 2 en 329 (46,3%), malnutrición y caídas en 250 (35,2%), incontinencia urinaria en 199 (28%) e hipotiroidismo en 113 (16%). En el aspecto social, se registró 264 (37,1%) casos de dependencia funcional y 252 (35,4%) casos con problema social. Finalmente, en el aspecto mental, se encontró una prevalencia de 422 (62,2%) casos de depresión y 244 (34,4%) de deterioro cognitivo. Concluyendo: Los adultos mayores hospitalizados tienen una alta prevalencia de distintas condiciones clínicas como el estreñimiento, la hipertensión arterial, la depresión. Con riesgo de deterioro durante la hospitalización. Los servicios geriátricos actuales deben interferir en la prevención para una mejor calidad. ¹⁵

B.Rojas D: 2010, Lima- Perú realizó una investigación científica titulada: *Morbilidad y Mortalidad del adulto mayor en un servicio de medicina de un Hospital General del Perú, con el objetivo* Determinar si existen diferencias en la morbilidad y mortalidad de los adultos mayores de 60 a 79 años hospitalizados, (adultos mayores más jóvenes), comparados con los adultos mayores de 80 años o más (adultos mayores más ancianos). **Material – Métodos,** Se realizó un estudio transversal en los adultos mayores ingresados al servicio de Medicina 11C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2007. Se tomó los datos de las hojas de epicrisis de dicho servicio, las variables de estudio fueron: diagnóstico de egreso,

género y edad. Se realizó el análisis descriptivo de la morbilidad y mortalidad por subgrupo de adulto mayor y por género, además se realizó la prueba para la comparación de proporciones entre los adultos mayores más jóvenes y los más ancianos. **Resultados:** La morbilidad en el grupo de adultos mayores de 60 a 79 años estuvo conformada por el desorden cerebrovascular (6.7%), neumonía (5.6%), sepsis (5.6%) e infección urinaria (5%). La morbilidad en el grupo de adultos mayores de 80 años estuvo conformada por neumonía (10.2%), desorden cerebrovascular (8.9%), sepsis (6.8%) e infección urinaria (5.5%). Neumonía, insuficiencia respiratoria aguda, EPOC y las crisis hipertensivas fueron más frecuentes en los adultos mayores de 80 años a más ($p < 0.05$). **Conclusiones:** Las patologías de tipo infeccioso fueron las más frecuentes en ambos grupos. Existen diferencias en la frecuencia de algunas enfermedades entre los adultos mayores más jóvenes y los más ancianos. La mortalidad en el periodo de estudio y en ambos grupos de adultos mayores no mostró grandes diferencias y sus principales causas también fueron las enfermedades infecciosas. ¹⁶

Mancini Bautista, P, Oyanguren Rubio, R, 2014, Perú, en su investigación *Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados*. La población de adultos mayores generalmente presentan muchos problemas de salud a la vez; encontrándose subreportadas las Úlceras Por Presión (UPP), por ello existen pocos estudios a nivel regional sobre esta patología. El **objetivo** del estudio es determinar los factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados. **Materiales y Métodos:** Estudio de Casos y Controles anidado en una cohorte realizado en adultos mayores hospitalizados en diferentes servicios del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Mayo a Setiembre 2012. Se realizó un muestreo probabilístico por densidad de incidencia, obteniéndose 61 casos y 122 controles. Se calcularon medidas de frecuencia y asociación y se aplicó la prueba de X² para variables cualitativas. **Resultados:** El número de adultos

mayores hospitalizados en el período mayo – setiembre que componen la muestra recolectada es de 189 con una media de edad de 76.8 ± 9.97 años. La incidencia acumulada es 3% y la densidad de incidencia es 45 por 1000 personas/día. **Conclusiones:** Las variables asociadas al desarrollo de Úlceras por Presión son: edad, sujeción mecánica, escala de Norton alta y muy alta. ¹⁷

2.2. Bases Teóricas

ESTADÍSTICAS

El envejecimiento de la población mundial avanza inexorablemente. En el planeta viven aproximadamente 600 millones de adultos mayores y se proyecta que en el año 2025 se duplicara y en el 2050 se cuadruplicara. La tendencia es clara, existe disminución de nacimiento y la población envejece. Cada vez con menos niños y más adultos mayores. El vuelco más relevante ha sido la caída de la fecundidad. En América Latina en solo 40 años los índices reproductivos, que se contaban entre los más altos del planeta, cayeron a niveles por debajo de la medida mundial de 6.7 hijos por mujer en 2005 a menos de la mitad del siglo XX. ¹⁸

GERIATRÍA

La Geriatria es la rama de la medicina que se ocupa de atender a las personas mayores de 60 años. Aunque existen médicos geriatras, que son los especialistas en la materia, todos los profesionales de la salud reconocen que la atención de los adultos mayores, representa una proporción cada vez mayor de la atención primaria a la salud.

El enfermero(a) de atención primaria necesita conocer la peculiaridad de los aspectos del envejecimiento, que incluyen la presentación atípica de enfermedades, las cuales demandan un abordaje específico y una evaluación y manejo integral. ¹⁹

El estudio de los procesos de atención en salud, así como el conocimiento de las características y perfiles de los adultos mayores, es uno de los aspectos al que las autoridades de salud, especialmente los enfermeros de muchos centros asistenciales, han prestado gran interés pues permite, entre otras ventajas, no sólo garantizar los recursos necesarios para la atención del paciente, sino realizar ajustes respecto a la oferta y demanda de los servicios de salud. Actualmente son numerosas las definiciones sobre el envejecimiento, con ciertos matices de diferencia dependiendo de la rama en que se observe. Entre algunas definiciones están:

Según el antes denominado Ministerio de Salud de la República de Perú (actualmente Ministerio de la Protección Social).

Definió la vejez como una edad cronológica arbitraria, haciéndose notar que la relación entre la edad cronológica y los criterios biológicos, sociales y económicos varían de una cultura a otra. La asamblea mundial sobre el envejecimiento convocada por las Naciones Unidas en Viena en 1982 fijó en 60 años la edad de transición a la vejez.²⁰

Gerontología (gerontos, los más viejos; logia, estudio)

Aquella disciplina que se ocupa de lo que normalmente ocurre durante el proceso de envejecimiento y el estudio propio de la vejez. Este fenómeno de envejecimiento de la población, considerado tanto en términos absolutos como relativos, se debe principalmente a tres factores: disminución de la mortalidad, aumento de la esperanza de vida, descenso de la tasa de natalidad (que afecta en mayor medida a algunos países).²¹

En biología

Conjunto de modificaciones inevitables e irreversibles que se producen en un organismo con el paso del tiempo, y que finalmente conducen a la muerte.

En psicología

Empieza en el momento en que la capacidad físico– psicológica supera su momento más álgido y comienza un paulatino proceso de declive. Debido a que este declive se produce en cada individuo de forma distinta, sólo es posible manifestar generalidades acerca del envejecimiento en sí.

En significado fisiológico

Se centra en los sistemas orgánicos y sus Interacciones, resaltando el momento en donde comienza una pérdida marcada de la capacidad funcional de los diferentes sistemas.

Criterio Cronológico

Edad en años; relacionado con el retiro o jubilación Obligatoria.

Criterio Físico

Se toman en cuenta los cambios físicos producidos en la persona, como cambios en la postura, forma de caminar, facciones, color del pelo, piel, capacidad visual y auditiva, disminución en la capacidad del almacenamiento de la memoria que afecta a los tres tipos de memoria (a corto, mediano y largo plazo) de forma directa, sueño alterado, etc. Todo esto relacionado a la alteración en forma notable de las actividades cotidianas.

Criterio Social

Según el papel o rol que desempeñan en la sociedad.

De lo anterior podemos definir el envejecimiento, como la suma total de los cambios que se dan en el transcurso del tiempo, que ocurren durante la vida de un individuo, después de que este haya alcanzado la madurez de talla, forma, y función, y que además, son comunes a todos los miembros de la misma clase o especie.²²

FISIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO

LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS AL ENVEJECER

A medida que las personas envejecen, se producen modificaciones en su estado de salud, en todos los sistemas del organismo aparecen alteran las estructuras y se reducen las funciones de las células y los tejidos de todos los cambios que afectan:

- La masa metabólica activa
- El tamaño y función de los músculos
- El volumen de oxígeno máximo
- El sistema esquelético
- La respiración
- El aparato cardiovascular
- Los riñones
- Las glándulas sexuales
- Los receptores sensoriales
- La médula ósea y los glóbulos rojos.

Variaciones de peso y talla

Se estima que la talla disminuye un centímetro por década a partir de la edad adulta. El peso aumenta entre los 40 y los 50 años decreciendo a partir de los 70 años.

Modificación en la composición corporal

Aumento del tejido adiposo y disminución de tejido muscular, masa magra (6,3% cada década a partir de los 30 años).

- Disminución del volumen plasmático (8%)
- Disminución del agua corporal total (17%)
- Disminución del agua extracelular (40%)

- Disminución de la densidad ósea (entre un 8 y un 15%) en especial las mujeres entre 45 y 70 años.²³

Disminución de la sensibilidad del centro de la sed y de los osmoreceptores

Lo cual produce una tendencia a la deshidratación. Hidratar constantemente constituye la primera y más eficaz medida terapéutica a tomar. En terapéutica, habrá que tener especial cuidado con el uso de diuréticos, no solo por problemas de deshidratación sino también por los trastornos electrolíticos que se puedan producir.²⁴

Atenuación de la respuesta inmune

Tanto humoral como celular, relacionándose este dato con una mayor frecuencia de infecciones, patología autoinmune en el anciano.

Disminución de la capacidad de homeostasis interna y de adaptación externa a los cambios

Se produce un descenso en la eficacia de los mecanismos de control (normalmente regulados por hormonas y por el sistema nervioso autónomo) que se reflejan por un enlentecimiento de las respuestas complejas que requieren la coordinación entre diferentes Sistemas orgánicos.

Existe una tendencia natural al estreñimiento debido a distintos factores

- Alteraciones del tubo digestivo
- Baja ingesta de líquidos
- Hábitos sedentarios.

Cambios morfológicos (atrofia) y funcionales del aparato digestivo

(Disminución de la secreción y de la motilidad), lo que origina además de estreñimiento alteraciones en la digestión y absorción de nutrientes y por tanto menor aprovechamiento de los alimentos ingeridos. Con estos cambios se asocian déficit de algunas vitaminas del grupo B (la B12) que junto a una menor ingesta de alimentos proteicos y ricos en hierro aumentan el riesgo de anemia de tipo mixta.

Se observan también cambios en la flora bacteriana intestinal lo que influye en la absorción de algunos nutrientes y una importante disminución de la barrera defensiva.²⁵

La "intolerancia a los hidratos de carbono" aumenta con la edad.

Convendría aquí recalcar que la intolerancia a la lactosa se produce normalmente por ausencia de lactasa que es un enzima que desdobla en el intestino la lactosa. En glucosa y galactosa. Esta enzima es adaptable, de forma que un individuo que no consume habitualmente lactosa es incapaz de hidrolizarla por falta de lactasa.²⁶

PATOLOGÍAS MÁS COMUNES

Se ha encontrado que las dos terceras partes de las personas con más de 60 años practican de manera irregular alguna actividad física o son totalmente sedentarios. Por causa de la inactividad aparecen los riesgos de Enfermedades crónicas como las cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus, osteoporosis y depresión.

Hipertensión arterial

La propuesta actual considera que la presión arterial es normal cuando es menos de 120 mmHg la PAS y de 80 mmHg la PAD; entre 120 y 139 mmHg de PAS u 80 a 89 mmHg de PAD se considera prehipertensión. Es absurdo tener presiones de 140/90 mmHg y realizar mediciones de 24 horas para

diagnosticar que el paciente es hipertenso. Este criterio introduce la idea de la prevención. Las cifras entre 130/80 y 139/89 mmHg doblan el riesgo de progresión hacia la hipertensión arterial y la PAS es un factor de riesgo cardiovascular mayor que la PAD. En Colombia, según las últimas estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud, la prevalencia de la hipertensión entre la población mayor es de 12,6% y esta enfermedad constituye el primer factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, las cuales son la segunda causa de muerte en hombres y mujeres mayores de 45 años. Es más, la mortalidad de índole cardiovascular en Colombia alcanza una cifra de 176 por 100.000 habitantes. ²⁷

Enfermedad de Alzheimer

La Enfermedad de Alzheimer fue descrita por primera vez en 1907 por Alois Alzheimer. Es una demencia con un inicio insidioso y con un curso generalmente progresivo y deteriorante e irreversible que afecta al cerebro en las áreas que controlan la memoria, el pensamiento y el lenguaje.

La enfermedad de Alzheimer es la más común de las causas de demencia, con el 50 a 70% de los casos, caracterizada por un deterioro continuo y progresivo de la función cognitiva, pensar, recordar y razonar, que puede llegar a ser tan severa que interfiera con las funciones individuales y sociales de la persona.

Generalmente la enfermedad de Alzheimer aparece después de los 65 años de edad y es mucho más frecuente en mujeres que en varones; en Colombia según el doctor Álvaro Monterrosa Castro, profesor titular del departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena y Vice-Presidente Nacional de la Sociedad Colombiana de Menopausia, la enfermedad de Alzheimer viene a ser la forma más común de demencia en los ancianos, presentándose aproximadamente entre el 5 y el 10% de la población mayor de 65 años de edad. Aunque algunas formas poco frecuentes de esta enfermedad se presentan antes de los 50 años, sobre todo entre parientes en primer grado y con evidencias de las

alteraciones genéticas, el riesgo de la enfermedad se incrementa a medida que se avanza en la edad, y es así como a los 65 años el riesgo es del 10%, a los 75 años de edad del 20% y a los 85 años del 40 al 50%.²⁸

La Depresión

El Estado Depresivo Mayor se puede definir como un período de por lo menos 2 semanas de duración en el que la persona experimenta cambios en su estado de ánimo durante la mayor parte del día, como pueden ser: el sentirse triste o con pérdida del interés en las actividades placenteras, además de otros síntomas.

Según la Organización Mundial de la Salud, el crecimiento de la población adulta mayor trae consigo inevitablemente un aumento de las enfermedades relacionadas con la edad, como las demencias y la depresión, siendo considerada esta última como el principal problema de salud mental que enfrentará el mundo del futuro. Los trastornos mentales y conductuales perturban la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias¹⁷.

La demencia tipo Alzheimer es casi exclusiva de los adultos mayores, pero también se observan altas tasas de prevalencia de depresión, ansiedad, trastornos psicóticos, suicidio y uso indebido de sustancias. Colombia por estar en la etapa de transición demográfica plena ya empieza a enfrentarse al problema, como lo demuestran los resultados del Segundo Estudio Nacional de Salud Mental para la población mayor de 60 años, la cual presenta una proporción de prevalencia de 25.2% de depresión frente a un 19.6% para todos los grupos poblacionales.

La depresión en el adulto mayor se presenta con algunos síntomas que son infrecuentes en personas jóvenes: deterioro cognitivo que simula una demencia, ansiedad, insomnio y somatización.

Se sabe que el adulto mayor tiene un mayor riesgo de depresión en relación a los cambios del envejecimiento cerebral, la mayor prevalencia de enfermedades invalidantes, el uso de algunos fármacos, la inmovilización, el luto y los problemas sociales y económicos que afligen a este grupo etareo.

El reconocimiento precoz de esta entidad es crucial en el pronóstico así como también el inicio del tratamiento antidepresivo con fármacos y medidas psicoterápicas. ²⁹

Caídas

Con el paso de los años, las articulaciones pierden movilidad y los cartílagos se erosionan; estas alteraciones junto con la desmineralización ósea, colocan al paciente anciano en elevado riesgo de sufrir dolor, inmovilidad, caídas y fracturas. Estas son la causa más común de muerte accidental en el anciano.

La tasa de incidencia anual de caídas es aproximadamente de 30% en personas mayores de 65 años que son independientes y viven en comunidad, esta tasa aumenta con la edad y si el paciente reside en una casa de reposo o se encuentra hospitalizado. Los principales factores de riesgo para caídas son: edad mayor de 75 años, demencia, depresión, uso de psicofármacos o antihipertensivos, inmovilización reciente y alteraciones del equilibrio. En la evaluación se consideran causas intrínsecas, es decir que dependen del paciente así como también extrínsecas o ambientales. Las consecuencias pueden ser variadas, desde la pérdida de la confianza hasta la muerte secundaria a fracturas e inmovilización.

Con el paso de los años, las articulaciones pierden movilidad y los Cartílagos se erosionan; estas alteraciones junto con la desmineralización ósea, colocan al paciente anciano en elevado riesgo de sufrir dolor, inmovilidad, caídas y fracturas. Estas son la causa más común de muerte accidental en el anciano. ³⁰

Constipación

Es la queja más frecuente en consulta externa. No hay una definición precisa sobre este problema, aunque se considera que existe constipación cuando hay esfuerzo al defecar o movimientos intestinales infrecuentes o incompletos. Las causas más frecuentes de este síndrome son: afectación

del llenado rectal, dietas inadecuadas, inactividad, enfermedades, medicamentos e idiopáticas. La evaluación de los pacientes deberá ser integral y el manejo incluir medidas generales y farmacológicas.

Las causas más frecuentes de este síndrome son: afectación del llenado rectal, dietas inadecuadas, inactividad, enfermedades, medicamentos e idiopáticas. La evaluación de los pacientes deberá ser integral y el manejo incluir medidas generales y farmacológicas.³¹

Deprivación Sensorial

La afectación de la agudeza visual y auditiva se consideran entre los problemas más frecuentes en geriatría y que predisponen a la aparición de Síndromes geriátricos como: caídas, inmovilización, demencia, delirio y depresión.

Estas funciones son evaluadas con el test del susurro y la tarjeta estándar de Jaeger. Una de las formas más frecuentes de derivación neuro sensorial en nuestros hospitales y quizás la menos reconocida es el empleo de la sujeción mecánica, mediante barras, lazos y férulas que desencadenan o agravan condiciones como: estasis venosa, ulceraciones, delirio o incluso asfixia por estrangulamiento.

Incontinencia Urinaria y Fecal

La incontinencia urinaria es considerada uno de los grandes síndromes Geriátricos y se define como la pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y/o social y que se puede demostrar objetivamente. Es un síndrome con serias consecuencias médicas (infecciones, úlceras de presión, caídas), afectivas (ansiedad, depresión, pérdida de autoestima), sociales y económicas (aislamiento, mayor necesidad de cuidados y recursos). La prevalencia es de 10 - 15% en mayores de 65 años en la comunidad y aumenta a 50 - 60% en pacientes de casas de reposo, mientras que la incidencia en hospitalizados por un proceso agudo es de 30 - 40%. El enfoque debe ser amplio, determinando el tipo o los tipos de incontinencia

involucrados en cada paciente (urgencia, esfuerzo, rebosamiento y funcional), la etiología del síndrome e instaurando apropiadas medidas de modificación de los estilos de vida y medicamentos.³²

Inmovilización

Se estima que el 18% de las personas mayores de 65 años tienen problemas para moverse sin ayuda y que a partir de los 75 años la cifra sube al 50%. La inmovilización es más frecuente en los pacientes institucionalizados y reconoce diferentes causas: enfermedades reumatológicas (osteoartritis, osteomalacia, artritis reumatoide), neurológicas, cardiovasculares, respiratorias y neoplasias en fase terminal. Las consecuencias son múltiples y serias como: disminución de la tolerancia al esfuerzo, hipotensión ortostática, enfermedad trombo embólica, atelectasias pulmonares, neumonías, debilidad muscular, osteoporosis, constipación, incontinencia urinaria, delirio, depresión y úlceras de presión.

El manejo comprenderá: determinar y tratar la causa o causas de la inmovilización, iniciar un plan de rehabilitación con el apoyo de un equipo multidisciplinario, modificaciones y ayudas en el hogar y prevención de complicaciones.

Síncope

Viene definido como la pérdida transitoria de la conciencia y del tono postural, con recuperación completa y sin secuelas neurológicas. En el adulto mayor aumentan en prevalencia los síncope debidos a causas cardiacas y cerebro vasculares, medicamentos y metabólicas. La razón sería una disminuida homeostasis con dificultad para mantener niveles adecuados de presión arterial ante cualquier evento patológico.

Trastornos de sueño

Los trastornos del sueño son comunes en la tercera edad y pueden ser divididos en trastornos primarios (síndrome de apnea durante el sueño,

mioclono nocturno, síndrome de piernas inquietas, movimiento periódico de extremidades) y secundarios (depresión ansiedad, tos, disnea, dolor, medicamentos, mala higiene del sueño, etc.). En ambos casos el médico deberá diferenciar los cambios debidos al envejecimiento de la patología, recordando que las principales modificaciones en el sueño de los adultos mayores son: mayor tiempo en la cama, sueño total disminuido, mayor número de despertares nocturnos y menor rendimiento del sueño por disminución de las fases 3 y 4 del sueño no REM.

Los trastornos del sueño son comunes en la tercera edad y pueden ser divididos en trastornos primarios (síndrome de apnea durante el sueño, mioclono nocturno, síndrome de piernas inquietas, movimiento periódico de extremidades) y secundarios (depresión ansiedad, tos, disnea, dolor, medicamentos, mala higiene del sueño.³³

Deterioro Cognitivo Crónico o Demencia

Este síndrome es uno de los más frecuentes en geriatría y a menudo se le confunde con el proceso normal del envejecimiento. La demencia se caracteriza por un profundo y gradual deterioro de las funciones cognitivas del paciente, con compromiso de su capacidad para efectuar las actividades de la vida diaria y aparición de dependencia funcional. La causa más frecuente de demencia en el adulto mayor es la enfermedad de Alzheimer (la prevalencia aumenta con la edad de 3% a 65 años a 40% a los 90), seguida de otras causas como: infartos cerebrales múltiples, uso de fármacos psicotrópicos, alteraciones metabólicas (hipo e hipertiroidismo, diabetes, hipo e hiperparatiroidismo, etc.), déficit nutricionales (carencia de vitamina B12 y ácido fólico), infecciones (sífilis, infección por VIH), hidrocefalia, hematoma subdural. El diagnóstico comprende una evaluación clínica completa, el uso de tests psicológicos que pongan en evidencia el déficit cognitivo (test de Pfeiffer, Mini Mental State Examination), así como exámenes auxiliares (neuro imágenes, exámenes hemato químicos, etc.³⁴

Delirio o Síndrome Confusional Agudo

Este síndrome afecta al 15 - 30% de los ancianos hospitalizados y se debe a la interacción por parte de la vulnerabilidad del paciente y la presencia de algún factor desencadenante. El delirio se caracteriza por el inicio brusco y curso fluctuante, generalmente en horas o días, de un profundo deterioro cognitivo, una alteración en el nivel de conciencia, atención, percepción y actividad psicomotriz.

Los pacientes con delirio usualmente tienen alguno de los siguientes factores Predisponentes: demencia, inmovilización, dependencia funcional, desnutrición, derivación neuro sensorial, polifarmacia o deshidratación.

Diabetes o hiperglicemia

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.³⁵

Úlceras por Presión

Podemos definir las úlceras por presión como zonas localizadas de necrosis que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos, uno las prominencias óseas del propio paciente y otro una superficie externa, aplastamiento tisular producido por el sometimiento del tejido a una compresión que exceda la presión capilar normal (entre 16 y 32 mmHg).³⁶

Etiopatogenia.

Las úlceras pueden aparecer cuando se mantiene una posición determinada por un período de tiempo de dos horas o más, una presión superior a 20 mmHg. entre dos y cuatro horas conduce a la aparición de la úlcera ya que

los tejidos blandos están comprimidos entre dos planos, las prominencias óseas del propio paciente y una superficie externa, esta presión interfiere en el riego sanguíneo, se origina una isquemia de la membrana vascular, lo que produce vasodilatación de la zona (aspecto enrojecido), extravasación de los líquidos e infiltración celular.

En algunas ocasiones se produce una isquemia local intensa en los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, las cuales conducen, finalmente, a una necrosis y ulceración. Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios. El tamaño de estas úlceras puede variar desde pequeñas y superficiales a grandes y profundas. Se presentan principalmente en individuos inmovilizados, ya sea en silla de ruedas o encamados. Es importante señalar que el tejido muscular es más sensible a la isquemia que la piel, de manera que los músculos profundos pueden estar necrosados antes que se afecte la piel que los recubre.

Causas de la formación de úlceras por presión

Presión:

Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.).

La presión capilar oscila entre 6- 32 mmHg. Una presión superior a 32 mmHg; cluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos.

Fricción

Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. En los pacientes hospitalizados o encamados, se puede producir fricción al tirar de las sábanas en los cambios de postura, esta acción puede erosionar el estrato córneo, y la piel pierde su función de barrera. Estiramiento: desgarramiento del tejido que puede

producirse al “resbalar” el paciente de la cama al estar sentado. Este deslizamiento hace que los tejidos externos se mantengan apegados a las sábanas mientras que los profundos se deslizan hacia abajo. Los tejidos estirados en direcciones opuestas producen estiramiento, obstrucción o desgarro del tejido.

Localización

Habitualmente en las zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo. La localización de estas úlceras depende de la posición adoptada por el individuo, así tenemos las áreas de mayor riesgo son:

- **Decúbito dorsal:** cabeza, omóplato, codo, sacro y talones.
- **Decúbito lateral:** oreja, acromion, costillas, trocánter, cóndilos y maléolos.
- **Decúbito prono:** mejillas, acromion, mamas en mujeres, órganos genitales en hombres, rodillas y dedos.

Estadios o grados de las úlceras por presión.

Según la evolución de la úlcera, estas se pueden calificar en cuatro grados:

- **Grado 1**

Zona enrojecida en la piel que no recupera su color normal después de 15-20 minutos de aliviar la presión (ejemplo: giro del paciente). La piel está intacta, pero la piel puede permanecer pálida al eliminar la presión.

- **Grado 2**

Pérdida de la capa superficial de la piel. La úlcera suele ser superficial, con una base rosada y se puede observar tejido blanco o amarillo.

- **Grado 3**

Úlceras profundas que se extienden a la dermis y tejidos subcutáneos. Suele existir tejido blanco, gris o amarillo en el fondo de la úlcera y el cráter de la úlcera puede presentar un labio o reborde. Es frecuente la secreción purulenta.

- **Grado 4**

Úlceras profundas que se extienden al músculo y al hueso, estas úlceras tienen mal olor y el tejido es marrón o negro, es frecuente la secreción purulenta

Tratamiento

El tratamiento de las UPP debe abarcar tres esferas, sin las cuales será imposible la cicatrización de la misma:

a) ESFERA CLÍNICA.

Como siempre en la actividad clínica deberemos de empezar por una historia clínica completa con anamnesis, exploración y valoración geriátrica completa, antecedentes personales, tratamiento actual, grado de incapacidad mental y funcional son factores que van a determinar las posibilidades de curación de la UPP.

No podemos olvidar que tanto la aparición como la curación de la UPP será una consecuencia de muchos factores clínicos asociados, por ello estaremos obligados a mejorar la situación clínica global del paciente, del mismo modo, tendremos en cuenta que existen fármacos con gran riesgo de dificultar la curación de la UPP como son los que afectan al SNC, anti hipertensivos, diuréticos y corticoides, fármacos todos ellos que deberemos usar con mesura en este tipo de pacientes.

b) ESFERA NUTRICIONAL.

Es esencial para la resolución de la UPP que se mantenga un buen estado nutricional, la UPP en si misma supone un catabolismo importante en el paciente, y si no somos capaces de aportar la suficiente cantidad de calorías y de proteínas estaremos ante balances negativos que en nada favorecerán el proceso de cicatrización.

Empezaremos por realizar una valoración nutricional, tras lo cual, determinaremos las necesidades calóricas del pacientes y si son necesarios suplementos alimenticios e incluso la administración de dieta enteral completa.

c) ESFERA AMBIENTAL DE LA ÚLCERA POR PRESIÓN.

Deberemos atender a todos los factores que pueden alargar las distintas fases de cicatrización, como tejido necrótico, exudados, infecciones, presiones y desecación. Tratando siempre la eliminación rápida del tejido lesionado y favoreciendo el crecimiento y actividad de los fibroblastos, para ello, deberemos mantener en el lecho de la UPP un ambiente húmedo y limpio. A estas tres esferas debemos añadir otro apartado más del tratamiento que es el control del dolor.³⁷

Valoración nutricional

Para determinar el estado nutricional no existe ninguna prueba Standard sino que se valorarán múltiples factores como la historia clínica y exploración que ya vimos antes, y el estudio de parámetros antropométricos y bioquímicos.

Parámetros antropométricos:

Peso, Talla, Índice de Masa Corporal, Pliegue tricipital, Circunferencia del brazo, Circunferencia muscular del brazo; Otros parámetros analíticos: Albúmina, Linfocitos, Colesterol, Hemoglobina, Niveles de oligoelementos y vitaminas, hierro, zinc.

Como mencionamos al principio, a pesar de no existir ningún parámetro que por sí mismo determine el estado nutricional, si recurrimos a la exploración detenida del paciente, tomamos parámetros antropométricos como peso y talla si es posible, con lo que obtendremos el índice de masa corporal; el pliegue tricipital y la circunferencia del brazo lo que nos permitirá obtener la circunferencia muscular del brazo y hacemos una analítica básica con nº de linfocitos, albúmina y colesterol, podremos tener una idea bastante aproximada de cuál es la situación nutricional del paciente.

Es evidente que si disponemos del resto de los parámetros existentes podremos hilar más fino, pero en ningún caso debemos complicar en exceso la valoración nutricional, entre otras cosas porque en los que tenemos una actividad clínica diaria con pacientes de este tipo debemos realizarla en todos los casos, y no podremos dejar de hacerla alegando la no posibilidad de obtener todos los parámetros vistos ya que la incidencia en la morbi mortalidad de la desnutrición es decisiva.³⁸

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

CONSTIPACIÓN

Es la queja más frecuente en consulta externa. No hay una definición precisa sobre este problema, aunque se considera que existe constipación cuando hay esfuerzo al defecar o movimientos intestinales infrecuentes o incompletos.

DEPRIVACIÓN NEUROSENSORIAL

La afectación de la agudeza visual y auditiva se consideran entre los problemas más frecuentes en geriatría y que predisponen a la aparición de Síndromes geriátricos como: caídas, inmovilización, demencia, delirio y depresión.³⁹

DETERIORO COGNITIVO CRÓNICO O DEMENCIA

Este síndrome es uno de los más frecuentes en geriatría y a menudo se le confunde con el proceso normal del envejecimiento. La demencia se caracteriza por un profundo y gradual deterioro de las funciones cognitivas del paciente, con compromiso de su capacidad para efectuar las actividades de la vida diaria y aparición de dependencia funcional:

DELIRIO O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

Este síndrome afecta al 15 - 30% de los ancianos hospitalizados y se debe a la interacción por parte de la vulnerabilidad del paciente y la presencia de algún factor desencadenante. El delirio se caracteriza por el inicio brusco y curso fluctuante, generalmente en horas o días, de un profundo deterioro cognitivo, una alteración en el nivel de conciencia, atención, percepción y actividad psicomotriz.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La Enfermedad de Alzheimer fue descrita por primera vez en 1907 por Alois Alzheimer. Es una demencia con un inicio insidioso y con un curso generalmente progresivo y deterioro ante e irreversible que afecta al cerebro en las áreas que controlan la memoria, el pensamiento y el lenguaje.⁴⁰

GERONTOLOGÍA (GERONTOS, LOS MÁS VIEJOS; LOGIA, ESTUDIO)

Aquella disciplina que se ocupa de lo que normalmente ocurre durante el proceso de envejecimiento y el estudio propio de la vejez. Este fenómeno de envejecimiento de la población, considerado tanto en términos absolutos como relativos, se debe principalmente a tres factores: disminución de la mortalidad, aumento de la esperanza de vida, descenso de la tasa de natalidad (que afecta en mayor medida a algunos países).⁴¹

GERONTO EN PSICOLOGÍA

Empieza en el momento en el que la capacidad físico– psicológica supera su momento más álgido y comienza un paulatino proceso de declive⁴².

GERONTO EN BIOLOGÍA

Conjunto de modificaciones inevitables e irreversibles que se producen en un organismo con el paso del tiempo, y que finalmente conducen a la muerte.

GERONTO EN EL SIGNIFICADO FISIOLÓGICO

Se centra en los sistemas orgánicos y sus Interacciones, resaltando el momento en donde comienza una pérdida marcada de la capacidad funcional de los diferentes sistemas.⁴²

GERONTO EN EL CRITERIO CRONOLÓGICO

Edad en años; relacionado con el retiro o jubilación Obligatoria.⁴³

GERONTO EN CRITERIO SOCIAL

Según el papel o rol que desempeñan en la sociedad. De lo anterior podemos definir el envejecimiento, como la suma total de los cambios que se dan en el transcurso del tiempo.⁴⁴

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La propuesta actual considera que la presión arterial es normal cuando es menos de 120 mmHg la PAS y de 80 mmHg la PAD; entre 120 y 139 mmHg de PAS u 80 a 89 mmHg de PAD se considera pre hipertensión.

HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización es una modalidad de tratamiento médico para pacientes con síntomas o problemas emocionales y/o de conducta que requieran un ambiente especial durante un tiempo limitado.

La hospitalización se recomienda para los pacientes con situaciones agudas que requieran una mayor supervisión y cuidado, o para el inicio o modificación de un tratamiento farmacológico que deba contar con un mayor control médico y por enfermería.

También está indicado en casos que requieran de un estudio diagnóstico, ya sea mediante exámenes para clínicos u observación clínica, por ejemplo, para la formulación de planes terapéuticos en casos difíciles.

INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL

La incontinencia urinaria es considerada uno de los grandes síndromes Geriátricos y se define como la pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y/o social y que se puede demostrar objetivamente. Es un síndrome con serias consecuencias médicas.

INMOVILIZACIÓN

Se estima que el 18% de las personas mayores de 65 años tienen problemas para moverse sin ayuda y que a partir de los 75 años la cifra sube al 50%. La inmovilización es más frecuente en los pacientes institucionalizados y reconoce diferentes causas: enfermedades reumatológicas (osteoartritis, osteomalacia, artritis reumatoide), neurológicas, cardiovasculares, respiratorias y neoplasias en fase terminal.

MORTALIDAD

Estado de muerte o ausencia de las funciones vitales del paciente.

MORBILIDAD

Estado de enfermedad aguda o crónica que presenta el paciente y en el cual se hace de necesidad su hospitalización.

PREVALENCIA

Es la probabilidad de que un individuo sea un caso en un momento o edad determinados .Se utiliza en estudios etiológicos para identificar los factores de riesgo; especialmente cuando la incidencia no se puede estimar correctamente; y en planificación sanitaria para cuantificar las necesidades o demandas de servicios.

SÍNCOPE

Pérdida transitoria de la conciencia y del tono postural, con recuperación completa y sin secuelas neurológicas.

ULCERAS POR PRESIÓN

Son aquellas zonas localizadas de necrosis que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos, uno las prominencias óseas del propio paciente y otro una superficie externa, aplastamiento tisular producido por el sometimiento del tejido a una compresión que exceda la presión capilar normal.

VALORACIÓN NUTRICIONAL.

Para determinar el estado nutricional no existe ninguna prueba Standard sino que se valorarán múltiples factores como la historia clínica y exploración que ya vimos antes, y el estudio de parámetros antropométricos y bioquímicos. Parámetros antropométricos: Peso, Talla, Índice de Masa Corporal, Pliegue tricipital, Circunferencia del brazo, Circunferencia muscular del brazo; Otros parámetros analíticos: Albúmina, Linfocitos, Colesterol, Hemoglobina, Niveles de oligoelementos y vitaminas, hierro, zinc.

2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL

El estudio es descriptiva cuyo objetivo son estimar por lo que la hipótesis no aplica

2.4.2 HIPÓTESIS SECUNDARIOS

HS1 La prevalencia según género sería una de las enfermedades de los pacientes adultos mayores.

HS2 La prevalencia según grupo etáreo sería una de las enfermedades de los pacientes adultos mayores.

2.5. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES

- Enfermedades en el Adulto Mayor: Afecciones que presenta la persona a partir de los 60 años a más.
- Género: Se entiende por el tipo de sexo que presenta la población siendo este masculino y femenino.
- Grupo etáreo: Rango de edad establecido dentro del cual se considera Adulto mayor.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE

VARIABLE INDEPENDIENTE: Enfermedades en el Adulto Mayor.

VARIABLE DEPENDIENTE: Genero y Grupo etáreo.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Tipo	Naturaleza	Escala	Indicador	Instrumento	Fuente
Enfermedades	El termino enfermedad proviene del latín <i>infirmitas</i> , que significa literalmente “falto de firmeza”. la definición de enfermedad según la OMS es la de “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Dx. Definitivo Dx. Presuntivo	Cuestionario	Historia Clínica del paciente
Genero	Se define de otra manera, una que da entrada a <i>más</i> de las dos únicas alternativas que produce el sexo. Genero es definido como la <i>manera</i> en la que la persona ejerce su sexualidad y que se presupone puede ser diversa. El género es como una variable de opción múltiple que contrasta con el sexo que sólo tiene dos opciones. Esas opciones múltiples de género, se dice, son roles o papeles sociales que la persona desarrolla desde su infancia y que definen a lo masculino y a lo femenino dentro de una sociedad.	Dependiente	Cualitativa	Dicotómica	Masculino Femenino	Cuestionario	Historia Clínica del paciente

Edad	Edad , con origen en el latín <i>aetas</i> , es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Dependiente	Cuantitativa	Continua	Edad. 60-65 65-70 70-75 75-80 80-85 85 a mas	Cuestionario	Historia Clínica del paciente
------	--	-------------	--------------	----------	--	--------------	----------------------------------

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACION

TIPO DE INVESTIGACIÓN

No experimental no se modificaron las variables, es Descriptiva tiene una variables, transversal debido a que la variable se midió en una sola vez, retrospectiva la medición de las variables son tomadas de historias clínicas.

NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva, el objetivo es estimar la prevalencia de las enfermedades de los pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital "San Juan de Dios" de Pisco.

3.2. DESCRIPCION DEL AMBITO DE LA INVESTIGACION

EL Hospital San Juan de Dios establecimiento perteneciente al ministerio de salud el cual realizare mi presente. El departamento de Ica se encuentra ubicado en la costa sur central del litoral peruano, abarcando una superficie de 21 328km², equivalente al 1,7 por ciento del territorio nacional, la que incluye 22 km² de superficie insular oceánica. Limita por el norte con Lima, por el este con Huancavelica y Ayacucho, con Arequipa por el sur y al oeste con el océano pacifico. Políticamente de encuentra dividido en 5 provincias y 43

distritos, siendo su capital la ciudad de Ica que se encuentra a 406 m.s.n.m. y a 303 km de Lima.

1. La población total de adultos mayores a partir de 60 años que asisten al hospital san juan de dios de pisco es de 1391.
2. La población total de adultos mayores a partir de 60 años de la provincia de pisco es de 7221. ³⁵

3.3. POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1 POBLACIÓN

La población está constituida por todos los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital “San Juan de Dios” de Pisco durante el año 2013, que asciende a 520 pacientes.

3.3.2 MUESTRA:

$$n = \frac{N(Z)^2 pq}{d^2(N-1) + (Z)^2 pq}$$

Dónde:

N= total de población

Z=1.96 con una seguridad del 95%

P=proporción esperada (en este caso

50% = 0.5)

q=1-p (en este caso 1- 0.5 = 0.5)

d= precisión (5 %)

$$n = \frac{520(1.96)^2(0.5)(0.5)}{0.05^2(520-1)+(1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

N = 220

n= 220

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 TÉCNICAS

Se empleó la técnica documental, se revisarán las historias clínicas de pacientes hospitalizados adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital san Juan de Dios de Pisco 2014.

Criterio de inclusión: Historias clínicas completas

Criterio de exclusión: Historias clínicas incompletas

3.4.2. INSTRUMENTOS

Se utilizó una ficha de recolección de datos

CAPITULO IV
RESULTADOS

Tabla N° 01

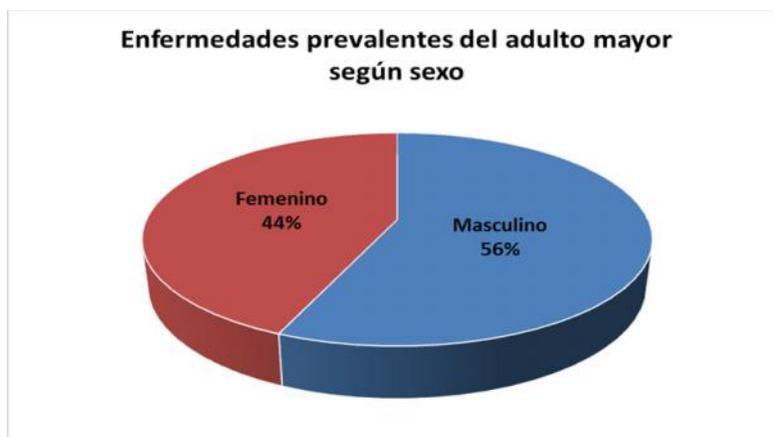
“PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL “SAN JUAN DE DIOS” DE PISCO EN EL 2014”

Sexo	Fr	fr%
Masculino	124	56.4%
Femenino	96	43.6%
Total	220	100%

Fuente: Hospital SJD Pisco

La tabla muestra que la mayoría de los pacientes adultos mayores hospitalizados en el Hospital San Juan de Dios de Pisco son del sexo masculino con 56.4%, en relación al 43.6% del sexo femenino.

Gráfico N° 01



Fuente: Hospital SJD Pisco

Tabla N° 02

“PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL “SAN JUAN DE DIOS” DE PISCO EN EL 2014”

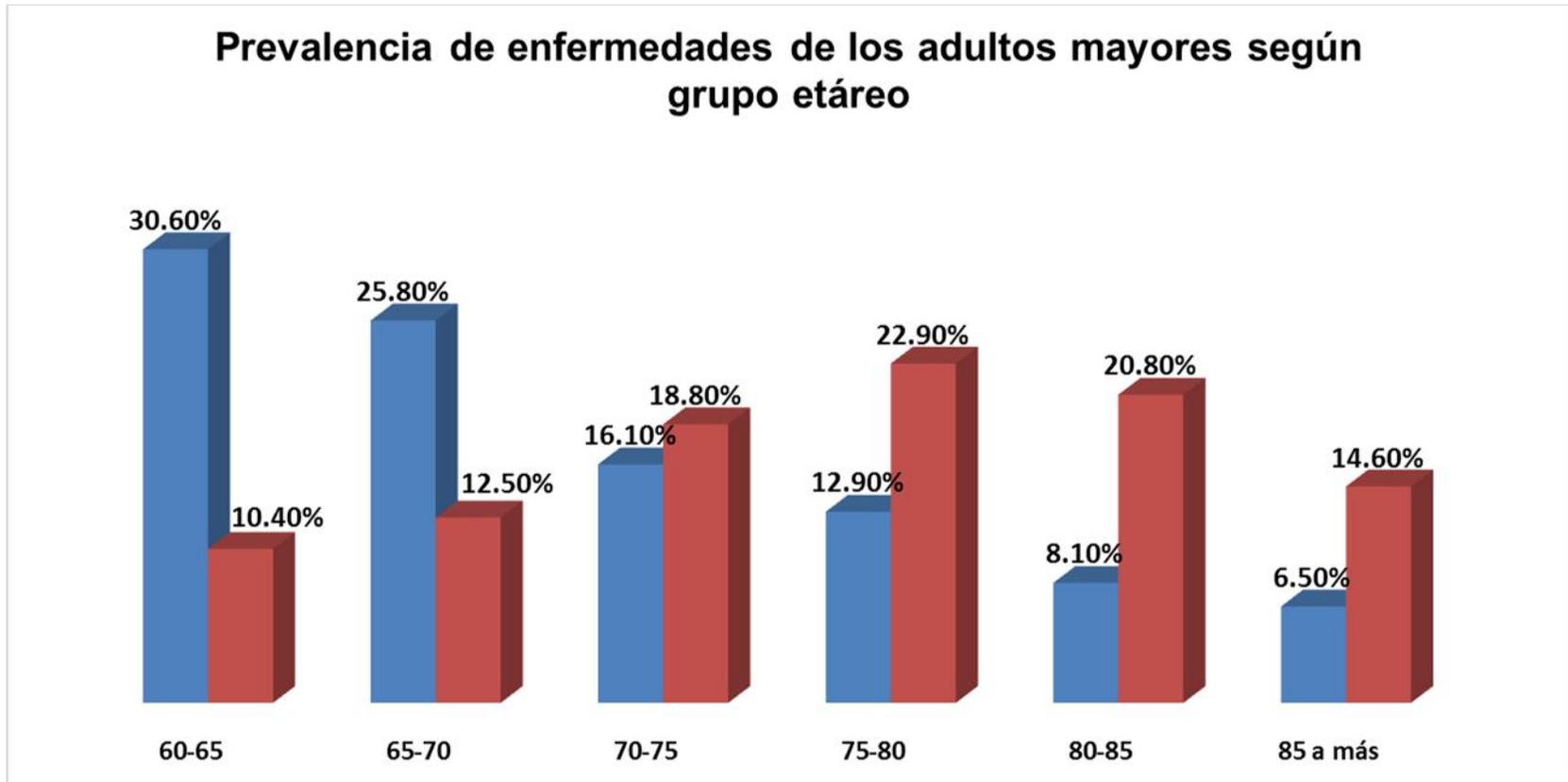
Según grupo etáreo

Grupo etáreo	Masculino	%	Femenino	%
60-65	38	30.6%	10	10.4%
65-70	32	25.8%	12	12.5%
70-75	20	16.1%	18	18.8%
75-80	16	12.9%	22	22.9%
80-85	10	8.1%	20	20.8%
85 a más	8	6.5%	14	14.6%
TOTAL	124	100%	96	100%

Fuente: Hospital SJD Pisco

La tabla muestra que las enfermedades prevalentes de los adultos mayores masculinos se presentan con mayor frecuencia entre los 60 a 65 años seguido de los años siguientes, mientras que en las mujeres estas enfermedades se presentan con mayor frecuencia entre las edades de 70 a 85 años y en menor proporción en los extremos de las edades.

Gráfico N° 02



Fuente: Hospital SJD Pisco

Tabla N° 03

“PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL “SAN JUAN DE DIOS” DE PISCO EN EL 2014”

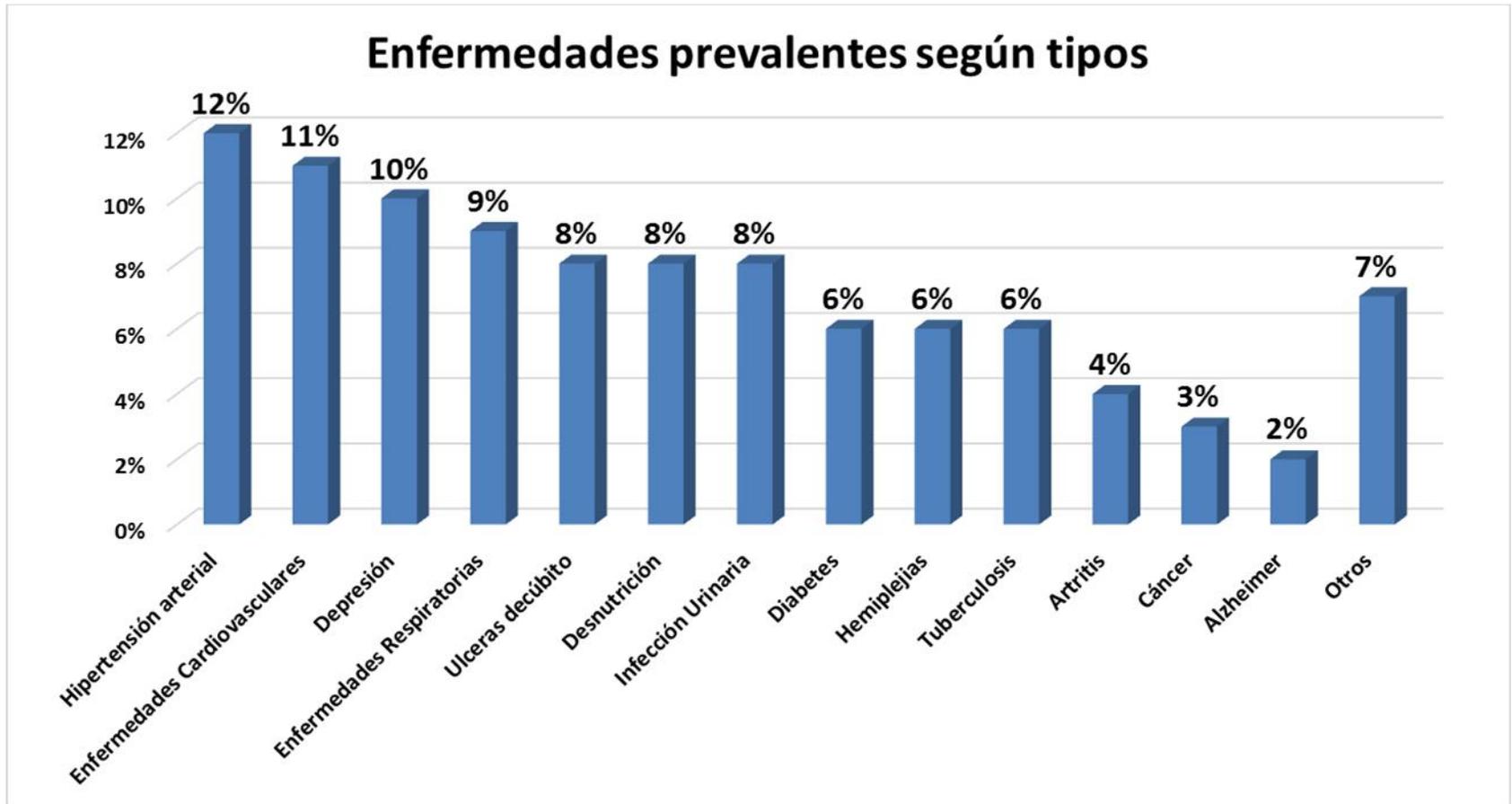
Según tipo de enfermedades

ENFERMEDADES	Porcentaje
Hipertensión arterial	12%
Enfermedades Cardiovasculares	11%
Depresión	10%
Enfermedades Respiratorias	9%
Ulceras decúbito	8%
Desnutrición	8%
Infección Urinaria	8%
Diabetes	6%
Hemiplejias	6%
Tuberculosis	6%
Artritis	4%
Cáncer	3%
Alzheimer	2%
Otros	7%
TOTAL	100%

Fuente: Hospital SJD Pisco

En la tabla se observa que la hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, la depresión y la enfermedades respiratorias están entre las primeras causas de hospitalización de los pacientes adultos mayores.

Gráfico N° 03



Fuente: Hospital SJD Pisco

Tabla N° 04

“PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL “SAN JUAN DE DIOS” DE PISCO EN EL 2014”

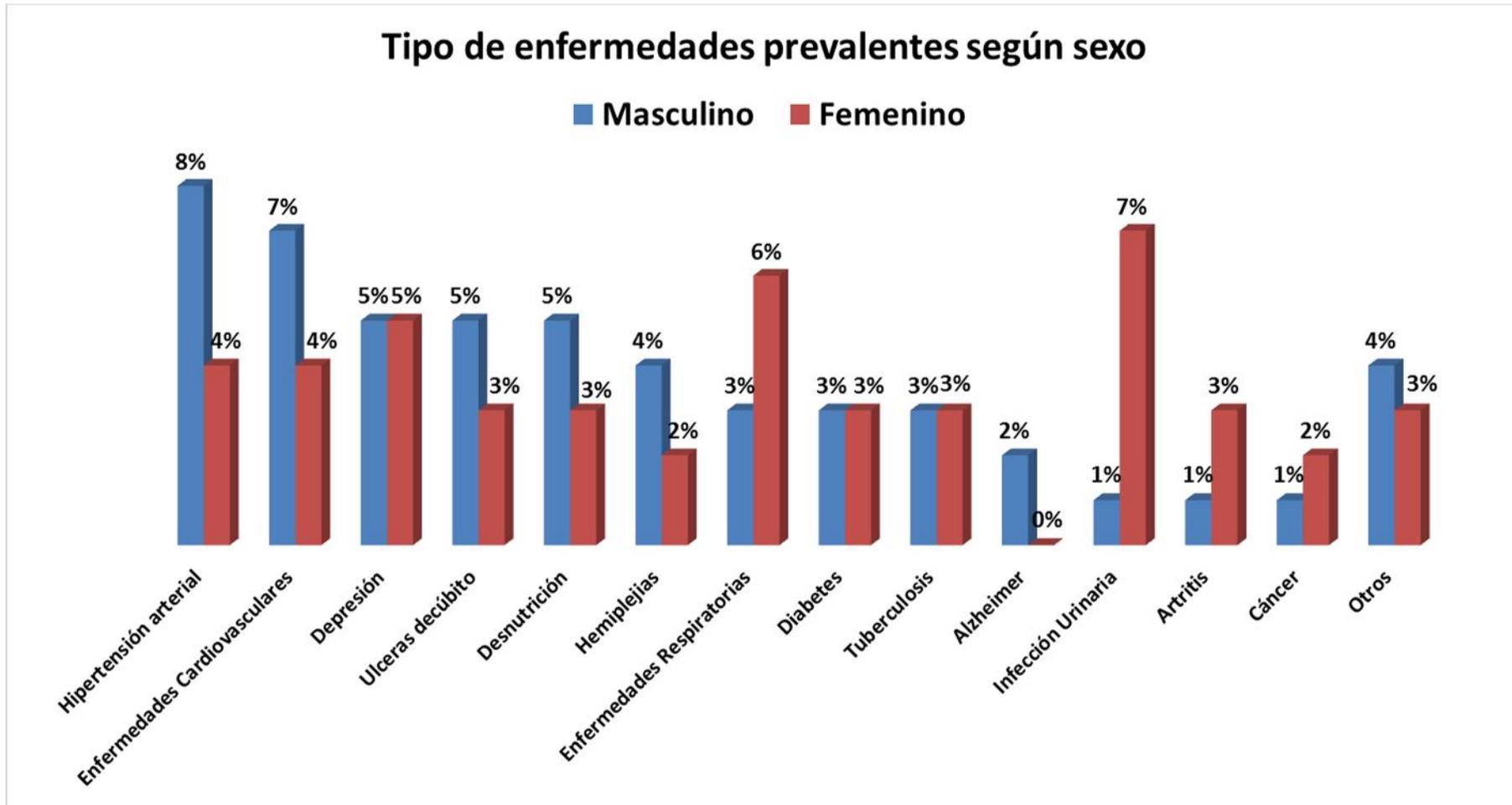
Tipo de enfermedades Según sexo

ENFERMEDADES	Masculino	Femenino	%
Hipertensión arterial	8%	4%	12%
Enfermedades Cardiovasculares	7%	4%	11%
Depresión	5%	5%	10%
Enfermedades Respiratorias	3%	6%	9%
Ulceras decúbito	5%	3%	8%
Desnutrición	5%	3%	8%
Infección Urinaria	1%	7%	8%
Diabetes	3%	3%	6%
Hemiplejias	4%	2%	6%
Tuberculosis	3%	3%	6%
Artritis	1%	3%	4%
Cáncer	1%	2%	3%
Alzheimer	2%	0%	2%
Otros	4%	3%	7%
TOTAL	52%	48%	100%

Fuente: Hospital SJD Pisco

En la tabla se observa que la prevalencia de enfermedades en los adultos mayores no tienen distribución similar en ambos sexos.

Gráfico N° 04



Fuente: Hospital SJD Pisco

CAPITULO V

DISCUSIÓN

En la investigación se encontró que la distribución por sexos en los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital san juan de Dios de Pisco tiene una prevalencia mayor en el sexo masculino, así, del sexo masculino son 56.4%, y el femenino es de 43.6%. Sin embargo la población nacional incluyendo provincias, se observa una distribución según sexo una ligera predominancia del sexo femenino. Ello se puede explicar que en las etapas finales de la vida se observa un mayor descuido del sexo masculino que del femenino lo que aumenta la probabilidad de enfermarse en este género. Jack Roberto Silva Fhon “Enfermedades prevalentes en el adulto mayor; en latinoamerica; causal de hospitalizacion. hospital federal, méxico año 2011 encontró una prevalencia mayor en el sexo femenino con 62.5%, también CHIGNE, Oscar; en su investigación: “Aplicación de Escala de Norton para Evaluar riesgo de úlceras por presión en

pacientes adultos mayores hospitalizados"- 2004-2005 encuentra una mayor prevalencia en el sexo femenino.

Se evaluó además que la prevalencia de enfermedades según grupos etáreos para lo cual se dividió la muestra en grupos con amplitud del intervalo de 5 años, encontrando que la distribución en ambos sexos no es homogéneo, así las enfermedades son mas prevalentes en los intervalos menores que en los mayores en caso de los masculino, explicable por que el tiempo de vida medio de este grupo es menor que la del sexo femenino, por lo tanto la población masculino en etapas mayores es menor. Mientras que en las mujeres la prevalencia predomina en las etapas superiores que en la inferiores con una mayor frecuencia en los grupos de 70 a 75, de 75 a 80 y de 80 a 85 años. Resultados similares encontraron Jack Roberto Silva Fhon encontró que el 25% pertenecían al grupo etaria de 80 años y en el estudio este porcentaje es de 28.9%.

Al examinar el tipo de enfermedad que ocasionó la hospitalización se encontró que en forma global la frecuencia es, la hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, la depresión y la enfermedades respiratorias. Explicable por el desgaste de los órganos por la edad sobre todo el cardiovascular, pues la incidencia de hipertensión es frecuente en nuestra población, así mismo las enfermedades infecciosas como la neumopatías indican que el anciano se encuentra con depresión de su estado inmunológico lo que determina la adquisición de estas enfermedades.

Pero al analizar por grupos etáreos esta prevalencia tiene algunas diferencias, así se encontró que en el sexo masculino esta distribución es similares predominando la hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, depresión, úlceras de decúbito, desnutrición, hemiplejias, y enfermedades respiratorias, mientras que en las mujeres el perfil es diferente problemente por que las actividades laborales durante su vida es de otra índole, siendo el trabajo manual la que predomina, por lo que tenemos una alta prevalencia de artritis en relación al sexo masculino, también es frecuente las infecciones urinaria por la proximidad de la uretra al

orificio anal y el descuido de la higiene que suele haber en estos grupos etáreos, además, infecciones respiratorias por la inmunodepresión, la depresión por el estado de abandono y la pérdida de la independencia de estos pacientes, le sigue enfermedades cardiovasculares, hipertensión y tuberculosis. Jordan y Clark; "Prevalencia de las úlceras por presión (UPP) entre los ancianos que residen en nuestro Hospital Insular de Lanzarote" encuentra una 12% de prevalencia de úlceras de decúbito siendo mas frecuente en el sexo femenino que el masculino sin embargo nosotros encontramos un 8% de prevalencia a predominio del sexo masculino.

CONCLUSIONES

1. Los pacientes adultos mayores hospitalizados en el Hospital San Juan de Dios de Pisco son del sexo masculino con 56.4%, en relación al 43.6% del sexo femenino.
2. Las enfermedades prevalentes de los adultos mayores en el sexo masculino se presentan con mayor frecuencia entre los 60 a 65 años, mientras que en las mujeres estas enfermedades se presentan con mayor frecuencia entre las edades de 70 a 85 años y en menor proporción en los extremos de las edades.
3. La hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, la depresión y las enfermedades respiratorias están entre las primeras causas de hospitalización de los pacientes adultos mayores.
4. En el sexo masculino la distribución en orden de frecuencia, la hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, depresión, úlceras de decúbito, desnutrición, hemiplejias, y enfermedades respiratorias, diabetes, tuberculosis, enfermedad de Alzheimer, infección urinaria, artritis y cáncer; mientras que en las mujeres el perfil es diferente, las infecciones urinaria, infecciones respiratorias, la depresión, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, tuberculosis, diabetes, úlceras de decúbito, desnutrición, artritis, hemiplejias y cáncer.

RECOMENDACIONES

1. Evaluar periódicamente el perfil epidemiológico del servicio de medicina a fin de conocer las enfermedades más prevalentes y poder socializar actualizando los tratamientos en equipos de trabajo
2. Realizar campañas de despistaje o diagnóstico precoz de las principales enfermedades prevalentes.
3. Promover el autocuidado de las personas a fin de evitar enfermedades que podrían ser mortales.
4. Fomentar el cuidado del paciente adulto mayor por parte de los familiares.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística INE.PERU 2013.- Afecciones Prevalentes en Población Adulto Mayor.
2. Organización Mundial de Salud (OMS). Caídas, nota descriptiva n 344. 2010.
3. Instituto Brasileiro de Geografía e Estadística – IBGE. Indicadores socio demográficos e de saúde no Brasil. 2010.
4. Fiedler MM, Peres KG. Capacidad funcional e factores asociados em idosos do Sul do Brasil: un estudio de base poblaciones. Cad Saúde Pública. 2008;24(2):409-15.
5. V.Rojas D: 2010, Lima- Perú realizo una investigación científica titulada: *Morbilidad y Mortalidad del adulto mayor en un servicio de medicina de un Hospital General del Perú, Revista Peruana de Epidemiología Vol, 14, núm. 2, agosto , 2010, pp. 99 – 107.*
6. Cerejeira J, Firmino H, Vaz-Serra A, Mukactova-Ladinska EB. The neuroinflammatory hypothesis. Acta Neuropathology. 2010; 119: 737-54.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed.. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.ADI report 2009
8. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Instrumentos de valoración, Parte III, Geneve, Switzerland, Santos RL, Virtuoso Jr JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. RBPS. 2008;21(4):290-6.
9. www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304
10. Espinoza Espinoza M, **Espinoza Espinoza M, año 2013, Cuenca – Ecuador**, en su estudio; Prevalencia y Factores Asociados a Malnutrición en adultos mayores hospitalizados en el departamento de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso 6. Lloyd-Sherlock P, McKee M, Ebrahim S,

Gorman M, Greengross S, Prince M et al. Population ageing and health. Lancet 2012;379(9823):1295-1296.

11. **Silva Fhon R; Coelho Fabrício-Wehbe C, Ramos Pereira T, Marques S, Partezani Rodríguez S; 2011- México** en su estudio *Enfermedades Prevalentes en el adulto mayor en Latinoamérica, causal de Hospitalización* in an area with intensive use of pesticides in Brazil. By Meyer A, Koifman S, Koifman RJ, Moreira JC, de Rezende Chrisman J, Abreu-Villaca Y. In *J Toxicol Environ Health A*. 2010; 73(13-14):866-77. Enlace a PubMed; fue modificada por última vez el 30 ene 2015.
12. **Duquesne Alderete A' López Medina A, 2010, La Habana**, en su estudio *Factores de riesgo aterogénicos en dos grupos adultos mayores* Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. *J Psychiatr Res*. 1982-1983;17(1):37-49. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. 2010; 73(13-14):866-77 *Rev. Latino-Am. Enfermagem*
13. **Friedrich von Mühlenbrock F , Gómez D, González V, Alberto Rojas A, Vargas L, Von Mühlenbrock P. 2011 Santiago**, en su investigación. *Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago*. fue modificada por última vez el 28 dic 2014
14. **Alfredo D. Espinosa Brito A, Figueiras Ramos B, Rivero Berovides J, Del Sol Padrón L, Santos Peña M, Rocha Quintana M, 2010 Habana**, en su estudio *Diagnósticos clínicos al ingreso y al egreso de pacientes hospitalizados en Medicina Interna, Geriátría e Infecciosos, a partir de asumir que una coincidencia entre el diagnóstico inicial al ingreso y el definitivo*. Brooks/Cole. ISBN 0-534-40842-7
15. **Claudia Rebagliati Tirado C, Runzer Colmenares F, Horruitiniere Izquierdo M, Lavaggi Jacobs G , Parodi García F.** Año 2011 – Callao – Perú, en su estudio *Caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar Naval*, *Rev. Horiz Med* 12 (2), Abril – Junio 2012.

16. B. Rojas D: 2010, Lima- Perú realizo una investigación científica titulada: *Morbilidad y Mortalidad del adulto mayor en un servicio de medicina de un Hospital General del Perú*. Res 1975; 12: 189-98.
17. Mancini Bautista, P, Oyanguren Rubio, R, 2014, Perú, en su investigación *Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados*.
18. Aguiar CF, Assis M. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao idoso da UNATI/UERJ. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2009; 12(3):391-404.
19. Moreira MD, Costa AR, Felipe LR, Caldas CP. The association between nursing diagnoses and the occurrence of falls observed among elderly individuals assisted in an outpatient facility. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007;15(2):311-7.
20. Bonardi G, Souza VBA, Moraes JFD. Incapacidade funcional e idosos: Um desafio para os profissionais de saúde. Sci Med. 2007;17(3):138-44.
21. Silva MJ, Lopes MVO, Araujo MFM, Morales GLA. Avaliação do grau de dependência nas atividade da vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará. Acta Paul Enferm. 2011; 19(2):201-6.
22. Octubre de 2012- «Fastest Skydiver Joseph Kittinger» (en inglés). aerospaceweb.org. Consultado el 13 de enero de 2010. Serway, Raymond A.; Jewett, John W. (2004). *Physics for Scientists and Engineers* (en inglés) (6ª edición). Brooks/Cole. ISBN 0-534-40842-7.
23. Thompson CA, Spilsbury K, Hall J, Birks Y, Barnes C, Adamson J (2007). «Systematic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia». *BMC Geriatr* 7: 18. doi:10.1186/1471-2318-7-18. PMC 1951962. PMID 17662119; fue modificada por última vez el 26 ene 2015
24. Gómez-Traveso, T. Valoración del síndrome confusional agudo en pacientes ancianos ingresados en un servicio de medicina interna. Revista española de

- geriatria y gerontología [Internet]. 2013 [citada 4 Mar 2014]; 48; (2)95-96.
Disponible en: <http://dialnet/unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4253600>
25. Nutrición y envejecimiento En2 6a an +, 5rlin 6 T rause Nutrición y dietoterapia (>H! 6\$#ico D! !2 Interamericana 6c9raJ1Gill,
 26. Susan J. Shepherd, Peter R. Gibson. Fructose Malabsorption and Symptoms of Irritable Bowel Syndrome: Guidelines for Effective Dietary Management. *J Am Diet Assoc.* 2006;106:1631-1639.
 27. Franklin SS. Aging and hypertension: the assessment of blood pressure indices in predicting coronary heart disease. *J Hypertens.* 1999;17(Suppl 5):S29-S36.
 28. González CG, Marín LPP, Pereira ZG. *Características de las caídas en el adulto mayor que vive en la comunidad.* *Rev Méd Chile.* 2001;129(9):1021-1026.
 29. Carnero-Pardo, C., Montoroso Ríos, MT. Evaluación preliminar de un Nuevo test de cribado de demencia (EROTEST). *Rev Neurol* 38: 201-209
 30. Martínez IP, Bravo BN, Pretel FA, Muñoz JND, Molina RPE, Hidalgo JL. *Miedo a las caídas en las personas mayores no institucionalizadas.* *Gac Sanit.* 2010;24(6):453-9.
 31. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. *J Psychiatr Res.* 1982-1983;17(1):37-49. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report.
 32. Van Gool WA, van de Beek D, Eikelenboom P. Systemic infection and delirium: when cytokines and acetylcholine collide. *Lancet.* 2010 Feb 27; 375(9716):773-5.
 33. <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/>
 34. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7.
 35. American Diabetes Association. <http://www.diabetes.org> Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: full text: The Task

- Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Lars Rydén et al. Eur Heart J Suppl 9: C3-C74. Nuevos datos, perspectivas renovadas: Diabetes Atlas. Peter Bennet. 2007. 3a edición. Artículo propiedad de Universo Médico Escrito por el Dr. José de Jesús Pérez Verano www.universomedico.com.mx
36. Rodríguez M et al. Cuidados de Enfermería al paciente con Upp.: Guía de Prevención y Tratamiento. Hospital U. Puerta del Mar (Cádiz) 2003. http://www.saludmultimedia.net/guests/gneaupp_files/guia_cadiz.pdf
- Angeles Caballero, César Augusto (1989). *Peruanidad del pisco*. p. 11.
37. Pruebas de cribado en Atención Primaria. Autores: Miguel Ángel Fuentes Pérez, Eliseu Castell Fríguls y Laura Belmonte Calderón. CAP Maragall. Barcelona (España). Comunicación oral. 24º congreso de la SEMFYC. Sevilla, 2004. fue modificada por última vez el 21 sep 2014
38. Folstein MF 1. , Folstein SE, McHugh PR. 'Mini-mental state'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 189-98.
39. Mengibar CL. Patogénesis y etiología del Síndrome confusional agudo o delirio. En Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento. Asociación Universitaria de Educación y Psicología [Internet]. 2013 [citada 21 Mar 2014]: 85-90. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4323694>
40. Mittal VMuralee S. Delirium in the elderly: a comprehensive review. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2011 Mar; 26(2):97-109.
41. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH, Jr., Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. J Gerontol 1982; 37: 32-9.
42. MORAGAS MORAGAS, R. (1992). Gerontología, profesiones y enfoque interdisciplinario. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 27 (2), 57-59

43. Parker KH, Jones CJ. Forward and backwards running waves in the arteries; analysis using the method of characteristics. J Biochem Eng. 1990;112:322-6.
44. García Barreto D. Hipertensión arterial. Colección La Ciencia Para Todos. México D.F: Ed. Secretaría de Educación Pública, Fondo de Cultura Económica, CONACYT; 2000. p. 19-20

ANEXOS

MATRÍZ DE CONSISTENCIA.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	FUENTE
<p>PRINCIPAL:</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de las enfermedades de los pacientes adultos mayores hospitalizados en el Hospital “San Juan de Dios” de Pisco en el 2014?</p> <p>SECUNDARIO:</p> <p>A. ¿Cuál es la prevalencia según género de las enfermedades de los pacientes adultos mayores?</p> <p>B. ¿Cuál es la prevalencia según grupo etáreo de las enfermedades de los pacientes adultos mayores?</p>	<p>GENERAL:</p> <p>Determinar la prevalencia de las enfermedades de los pacientes adultos mayores hospitalizados en el Hospital “San Juan de Dios” de Pisco en el 2014</p> <p>ESPECÍFICOS:</p> <p>A. Indicar la prevalencia según género de las enfermedades de los pacientes adultos mayores</p> <p>B. Precisar la prevalencia según grupo etáreo de las enfermedades de los pacientes adultos mayores</p>	<p>El estudio es descriptiva cuyo objetivo son estimar por lo que la hipótesis no aplica</p>	<p>VARIABLES INDEPENDIENTE</p> <p>Enfermedades</p>	Enfermedad	Historia clínica
			<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Género</p> <p>Grupo etáreo</p>	<p>Masculino</p> <p>Femenino</p> <p>60-65</p> <p>65-70</p> <p>70-75</p> <p>75-80</p> <p>80-85</p> <p>85 a mas</p>	Historia clínica

CUESTIONARIO

PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL "SAN JUAN DE DIOS" DE PISCO en el 2014

Dicho Cuestionario permitirá obtener la información objetiva de las historias clínicas de los pacientes Adultos Mayores Hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital San Juan de Dios de Pisco, la misma que seguirá con el procesamiento establecido para su validez y confiabilidad del presente proyecto.

1.- Edad del paciente Hospitalizado

60-65	<input type="text"/>
65-70	<input type="text"/>
70-75	<input type="text"/>
75-80	<input type="text"/>
80-85	<input type="text"/>
85 a más	<input type="text"/>

2.- Sexo (Genero)

Masculino	<input type="text"/>
Femenino	<input type="text"/>

3.- ENFERMEDADES

Artritis reumatoide

Cardiopatías	
Caídas	<input type="text"/>
Constipación	<input type="text"/>
Diabetes Mellitus	<input type="text"/>
Delirio o síndrome confusional agudo	<input type="text"/>
Deterioro cognitivo crónico o demencia	<input type="text"/>
Deprivación neurosensorial	<input type="text"/>
Depresión	<input type="text"/>
Desbalances Nutricionales.	<input type="text"/>
Enfermedad de Alzheimer.	<input type="text"/>
Estreñimiento.	<input type="text"/>
Enfermedades Respiratorias diversas.	<input type="text"/>
Hipertensión Arterial	<input type="text"/>
Incontinencia Urinaria o Fecal	<input type="text"/>
Neuropatías.	<input type="text"/>
Osteoartritis, Osteomalacia,	<input type="text"/>
Neoplasias en Fase Terminal	<input type="text"/>
Sincope	<input type="text"/>
Trastornos del Sueño	<input type="text"/>
Úlceras por presión.	<input type="text"/>