

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
Recinto Universitario Rubén Darío
UNAN – MANAGUA
Facultad de Medicina



Informe Final de investigación
Para optar a título de Médico y Cirujano
“CARACTERIZACIÓN DE LA MORBILIDAD DE LOS ADULTOS
MAYORES QUE VIVEN EN EL ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO DE
SAN RAFAEL DEL SUR – MANAGUA. II SEMESTRE 2015.”

Autores

Br. Greyvel Leonor Hernández Flores.

Br. Arlen Verónica Avilés Silva.

Br. Álvaro Antonio Barahona López

Tutor

Dr. Eladio Meléndez. MSSR.

Responsable Dpto. de Epidemiología.

HAJN Granada.

Managua 2015.

DEDICATORIA

A Dios

quien ha guiado nuestros pasos durante estos años

A nuestro seres queridos,

por su comprensión ante tanta ausencia

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer principalmente:

A Dios por darnos la fortaleza y energía para seguir adelante cada día.

A nuestras familias por el apoyo incondicional.

A los profesores y compañeros de clases que con sus orientaciones, críticas y sugerencias constructivas nos ayudaron a la superación de los problemas surgidos en el trayecto.

Opinión del tutor

Tengo a bien presentar el trabajo monográfico “Caracterización de la morbilidad de los Adultos Mayores que viven en el área urbana del municipio de San Rafael del Sur. Managua en el II Semestre del 2015.”

Los Br. Greyvel Leonor Hernández Flores, Arlen Verónica Avilés Silva, Álvaro Antonio Barahona López. Son los autores de dicho trabajo. Ellos desde que iniciaron el proceso de investigación demostraron responsabilidad, creatividad, ética y sensibilidad para tratar el tema.

Entre los resultados se destacan:

El mayor porcentaje de los entrevistado son población pobre carentes de recursos económicos e incluso son pocos los pensionados, con historia de padecer principalmente de HTA mas que DM Tipo 2 producto de un numero considerado de pacientes con padecimiento de ERC y cardiopatías generando el efecto secundario de HTA. Muchos son los que consumen Polifarmacias que probablemente son contraproducente para su problema de base y generando otros problemas de salud que empeora su calidad de vida. También los resultados demuestran muchos padecimientos asociados a su condición de vida y muy relevante los estados de ánimos y estados de depresión y ansiedad.

Los resultados de este trabajo es la muestra del comportamiento de la morbilidad y sus necesidades que viven los adultos mayores del municipio de San Rafael del Sur del Municipio de Managua. Se espera que los resultados de este trabajo logren de alguna manera sensibilizar a las autoridades u organismos influyentes para tratar de darle importancia a estas problemáticas que viven los ancianos.

Felicito a los Bachilleres por su compromiso con el trabajo y les insto a seguir preparándose para dar un mejor servicio a la población que les demanda.

Dr. Eladio Meléndez A. MSSR

Epidemiólogo del Hospital Amistad Japón Nicaragua.

Granada



RESUMEN

Los estereotipos negativos asociados con la vejez comienzan a desaparecer cuando las personas de edad continúan siendo activas. Esto es esencial para crear una comunidad armoniosa e intergeneracional. En el mundo contemporáneo se les da cada vez más importancia a las personas que envejecen, debido a los cambios ocurridos en la pirámide poblacional, puesto que se incrementa.

En Nicaragua los indicadores demográficos para el 2011 evidenciaron 370.977 adultos mayores de 60 años, el 4.51% de la población total del país, en correspondencia a la relación de incremento con las primeras cuatro causas de defunción que se da mayormente en estos grupos poblaciones como es; enfermedades isquémica del corazón, Diabetes Mellitus, Enfermedades cerebrovasculares, Insuficiencia renal. Los adultos mayores del municipio de San Rafael de Sur, no necesariamente tienen una particularidad diferente al resto de la población mayor de 60 años que viven en otros departamentos del país. Se reconoce la falta de existencia de un plan de atención integral a los Adultos Mayores y se carece del fortalecimiento y financiamiento de los programas a los adultos mayores.

Como una forma de contribuir en dar a conocer y sensibilizar sobre el problema de salud de los adultos mayores, para que se tomen iniciativas dirigida a mejorar sus condiciones. Se realizó un estudio de tipo descriptivo en el área urbana del municipio de San Rafael del Sur del departamento de Managua en la zona del pacifico ubicada a 47Km de la capital hacia el sector sur occidental. La población en estudio está constituida por adultos mayores de 60 años. Para determinar la muestra de un universo constituido de 1587 se utilizó fórmula para población finita concretando que el número a entrevistar fueron 309 adultos mayores. La información se recolecto directamente de la misma unidad de análisis a través de entrevista estructurada, dicho instrumento de recolección de la información fue previamente elaborado bajo el patrón de otros estudios similares a nivel internacional y nacional. La información se procesó en el sistema estadístico SPSS 21.0 para Windows.

Los resultados encontrados demuestran que: Los adultos mayores entrevistados el 41.4% tenían 60 a 71 años de edad, el 58.3% eran del sexo masculino. El 68.9% de los adultos mayores tenían en nivel de escolaridad de primaria incompleta. El 45.0% dijo ser



beneficiado por pensión. Los adultos mayores señalaron como antecedente familiar el padecimiento del 63.1% la hipertensión arterial, seguido del 51.5% con el padecimiento de Diabetes Mellitus. El 51.4% (59) y 50.8% (157) de adulto mayores entrevistado viven molesto y disgustados todo el tiempo, lloran y se deprimen. Siendo más frecuente el enojo y la molestia en 32.7% de los hombre, mientras que las mujeres lo más frecuente es la depresión. El 44.6% (138) de los adultos mayores tienen dificultad para conciliar el sueño padeciéndolo más el 26.3% de los varones.

Conclusión: En relación a todos los problemas de salud actual de los adultos mayores entrevistados exceptuando las lesiones en la piel, el hecho de llorar y deprimirse fácilmente que se da en mujeres, los otros problemas son más frecuentes en los hombres. Todas estas patologías son menos frecuentes en los adultos que trabajan.

LISTA DE ACRÓNIMOS

- ADN: Acido desoxirribonucleico
- ACTH: Hormona adenocorticotropica
- BHC: Biometría Hemática Completa
- CPN: Control Pre – Natal
- CID: Coagulación intravascular diseminada
- CPG: Concentrado de paquete globular
- DM Diabetes Mellitus
- ECG: Electroencefalograma
- EKG: Electrocardiograma
- HTA Hipertensión Arterial
- IVU Infección de Vías Urinarias
- ITS: Infección de transmisión sexual
- LDH: Lactato deshidrogenasa
- MINSA: Ministerio de Salud
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- UNFPA: United Nations Population Fund
- USAID: Agencia de Estados Unidos para el desarrollo internacional.
- SNC: Sistema nervioso central
- TA: Tensión Arterial

ÍNDICE

	Pág.
I. Introducción.....	9
II. Antecedentes	11
III. Justificación.....	15
IV. Planteamiento del Problema	16
V. Objetivos	17
Objetivo General	17
Objetivos Específicos.....	17
VI. Marco Referencial.....	18
6.1. Envejecimiento y los cambios sociales	18
6.2. Transición Epidemiológica	20
6.3. Envejecimiento y Enfermedad	21
6.4. Cambio Fisiológico	21
6.5 Patologías Múltiples	28
VII. Diseño Metodológico	34
7.1 Tipo de Estudio	34
7.2 Área de estudio.....	34
7.3 Población de estudio y muestra.....	34
7.4 Operacionalización de variables.....	36
7.5 Técnica y Procedimientos	41
7.6 Plan de tabulación y análisis	42
7.7 Cruce de variables	42
7.8 Aspectos éticos	42
VIII. Resultados	43
IX. Discusión	46
X. Conclusiones	50
XI. Recomendaciones	51
XII. Bibliografía.....	52
XIII. Anexos.....	54

Anexo 1. Instrumento de recolección de la información.

Anexo 2. Hoja del Consentimiento Informado.

Anexos 3. Tablas de Resultados.

Anexos 4. Gráficos de Resultados

.



I. INTRODUCCIÓN

Los estereotipos negativos asociados con la vejez comienzan a desaparecer cuando las personas de edad continúan siendo activas. Esto es esencial para crear una comunidad armoniosa e intergeneracional en la cual las personas de edad puedan contribuir plenamente en la sociedad. (OMS, 2001)

En el mundo contemporáneo se les da cada vez más importancia a las personas que envejecen, debido a los cambios ocurridos en la pirámide poblacional, puesto que se incrementa la proporción de ancianos y adultos mientras disminuye la de niños y adolescentes. Según las Naciones Unidas en 1950, existía en el mundo 200 millones de personas mayores de 60 años, pero ya en 1975 esta cifra alcanzó los 300 millones. En el año 2000 se previó 600 millones. Cifra que se espera se duplique en el año 2025.

El último reporte anual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que incluyó las más recientes estadísticas de expectativa de la vida en el planeta reveló que Cuba tiene el mayor promedio de vida de Latinoamérica, mientras que África registra el menor de todo el planeta.

En Latinoamérica, como ya se menciona, la mayor media de vida se encuentra en Cuba con 78 años. Le siguen Chile y Costa Rica con 77 años y luego Argentina, Uruguay y Venezuela con 75 años. Posteriormente se ubican México con 74 años y Perú con 71 años. Los países más pobres de la región como Bolivia, Nicaragua y El Salvador no llegan siquiera a los niveles bajo de expectativa de vida que existe en África. Bolivia, con una media de 65 años, es el que más bajos se ubica en la región. (O. M. Palomino, 2011). Se sabe que los países en desarrollo son quienes tienen el 60% de la población más vieja del mundo y no como se piensan que son los países más industrializados los que concentran a esta población.

El rápido aumento en el número de las personas de edad en los países desarrollados como en los países en desarrollo, hace también que el número de personas con ciertas enfermedades crónicas sea mayor. Hacia el año 2020, tres de cada cuatro muertes podrían



estar relacionadas con el envejecimiento (cáncer, diabetes y enfermedades del aparato cardiovascular). En Nicaragua los indicadores demográficos para el 2011 evidenciaron 370.977 adultos mayores de 60 años, el 4.51% de la población total del país, en correspondencia a la relación de incremento con las primeras cuatro causas de defunción que se da mayormente en estos grupos poblaciones como es; enfermedades isquémica del corazón, Diabetes Mellitus, Enfermedades cerebrovasculares, Insuficiencia renal. (OPS - OMS - MINSA Nicaragua. , 2011)

Comparando los resultados de investigaciones por parte de la OMS y los problemas de Morbimortalidad así como los problemas sociales que viven los adultos mayores en el país los exponen a una mayor vulnerabilidad de inequidades. El panorama que se visiona para dar respuesta a sus necesidades es un reto bastante arduo para el Ministerio de Salud como para otras instituciones de carácter social que están comprometidas en mejorar las condiciones de vida de esta población.

Los adultos mayores del municipio de San Rafael de Sur, no necesariamente tienen una particularidad diferente al resto de la población mayor de 60 años que viven en otros departamentos del país las situaciones de desigualdades a la atención en salud, el abandono familiar, falta de integración a los sectores productivos y la discriminación social son generalizados en todo el país, aunque no contamos con cifras exactas de estos hechos relevantes es algo notorio en la convivencia y la información de sucesos ocurridos en esta población.



II. ANTECEDENTES

A nivel internacional.

Se realizó un trabajo para caracterizar el acceso a la Atención Primaria de Salud (APS) y cuantificar la morbilidad y funcionalidad de los adultos mayores de la comuna de Quintero, Valparaíso, Chile. Donde se incluyeron 161 adultos de 60 años y más, durante el segundo semestre del año 2006. Se midieron variables para el acceso a la salud, funcionalidad y morbilidad crónica y aguda de los adultos mayores.

Se estableció que el nivel socioeconómico de esta población es precario, existiendo un 24,2% de pobreza, un 5,6% de indigencia y un 31% ubicado en el Quintil I de ingresos monetarios. Se encontró que el 49,7% presenta dificultad en la movilización a la APS y el mayor problema para movilizarse tanto en el sector urbano como en el rural es la falta de dinero en un 25% y 20,7% respectivamente.

La prevalencia de morbilidad aguda es de 52,2%. Alcanzando en el sector rural un 55,2%, siendo levemente mayor que la prevalencia de morbilidad aguda del sector urbano que alcanzó un 47,7%, no existiendo diferencia significativa.

Al analizar la variable tipo de morbilidad aguda, se encontró que las patologías de mayor porcentaje fueron las infecciones respiratorias con un 52,6% y problemas osteoarticulares con un 11,8%. Se observó que las patologías crónicas con mayor prevalencia en ambos sectores fueron: hipertensión arterial con un 36%, diabetes con un 12,3% y artritis/artrosis con un 14%, respectivamente. (Reyes, 2008)

El estudio descriptivo de corte transversal que incluyó a pacientes adultos mayores, pertenecientes al área de salud del Policlínico Federico Capdevila en el municipio Boyeros, Cuba. Grupo Básico de Trabajo (GBT 2). El objetivo de la investigación era caracterizar la población de 60 años y más, atendida por este Grupo y determinar las principales causas de morbilidad. Se aplicó una encuesta a 452 (15.6%) pacientes incluidos en el estudio previa su aceptación, se estudiaron las variables edad, sexo, principales causas de morbilidad; se procesaron los datos y se realizaron los análisis estadísticos correspondientes con un nivel



de significación $p < 0.05$. Se agruparon mayor número de adultos mayores pertenecientes a la tercera edad (60-74 años), con 345 ancianos (76.3%); seguido del grupo de la cuarta edad (75-89 años) 107 pacientes, (23.7%).

En cuanto al sexo, predomina el femenino con 229 pacientes (50.7%). Al analizar el estado de salud de los adultos mayores, predominaron las personal con algún padecimiento de salud, 360 en total (79.6%). Las afecciones cardiovasculares fueron las que afectaron a la mayor proporción de pacientes, con 73 de estos 360 (16,1%) para una tasa de morbilidad específica de 160.0 por 1 000 habitantes, seguidas por las afecciones del Sistema Osteomioarticular, con 68 (15%) para una tasa de morbilidad 149.4 por 1 000 habitantes y las del aparato respiratorio con 66 pacientes (14,6%) para una tasa de morbilidad específica de 145.0 por 1 000 habitantes, los portadores de enfermedades de estos tres sistemas ocupan 45% del total de pacientes del estudio. (González & Palma , 2008).

A nivel nacional.

Con el objetivo de evaluar seis hogares de personas adultas mayores del centro-norte de Nicaragua, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y se utilizaron tres dimensiones del Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos (SERA) para evaluar las características físicas y arquitectónicas, las características organizativas y de funcionamiento y una escala de valoración. Asimismo, se describen las condiciones socioeconómicas y de salud del universo de residentes, 165 en total y se analizó el perfil general. Se encontraron características heterogéneas entre las condiciones físicas y organizativas y servicios que estas ofrecen, el estado general y de salud en que se encuentran sus residentes.

En general los hogares no favorecen la intimidad de sus residentes; no cuentan con suficientes niveles de difusión de información y comunicación de ideas; y los servicios de salud de los hogares es muy precaria.

El universo de personas adultas mayores que viven en los hogares del centro-norte de Nicaragua es de 165 personas, cuya edad promedio y años de vivir en el hogar es de 79 años y 6 años respectivamente; albergan en su mayoría a hombres (52.1% de hombres,



frente a 47.9% de mujeres); el 69.1% son analfabetos y el 59.4% de ellos ingresaron al hogar por no tener familiares que cuidaran de ellos.

La atención a la salud bucal entre los residentes es prácticamente nula, más de la mitad de los residentes perciben su salud como regular (43%) y mala (23%), casi todos dicen estar enfermos o padecen de alguna enfermedad (92.1%) y la tasa de prevalencia de la incontinencia urinaria y fecal es del 17% y 13.9% respectivamente. Un tercio de los residentes de los hogares del centro-norte de Nicaragua tienen dificultad para realizar las actividades de la vida diaria (bañarse, vestirse, comer, usar servicio sanitario, cruzar cuarto caminando y tomar medicamentos).

Existe una asociación estadísticamente significativa entre la necesidad de ayuda para realizar actividades de la vida diaria y la presencia de incontinencia urinaria y fecal. La necesidad de ayuda para realizar algunas de las actividades de la vida diaria es más frecuente a medida que la edad aumenta en personas adultas mayores. A mayor edad es peor la percepción de la salud en personas que viven en los hogares y aquellos que padecen de enfermedades, perciben peor su estado de salud. (Norori, 2008).

Estudio realizado por Lara y López sobre la morbilidad de los adultos mayores de municipio de Carazo entre Enero a Mayo de 2014. Fue un estudio de descriptivo de corte transversal donde se incluyeron 250 Adultos que viven en el área urbana de la ciudad. Los resultados demuestran que el 12.4% dijeron que fumaban y el 4.8% lo hacen desde los 16 años y después de los 20 años. El 6.8% consume licor y el 4.4% lo iniciaron el consumo de los 16 a 20 años, el 99.6% consumen actualmente café/te y solo 3.2% consumen algún tipo de droga y el 2.0% inicio su consumo entre los 16 a 20 años. De los antecedentes patológicos que presentaban los adultos mayores el 77.2% (193) señalaron hipertensión arterial, seguido del 34.4% (86) padecen de diabetes mellitus tipo 2 y 18.8% (47) de artritis reumatoide. El 4.4% (11) son los que dijeron padecer de alguna cardiopatía. Según el estado de salud actual de los adultos mayores el 16.8% tienen problema para reconciliar el sueño y de ellos el 9.2% toman Diazepam para dormir. El 5.2% de las mujeres presentan más incontinencia urinaria que los hombres. El 34.4% tienen problema para deambular. Se



encontrón que 11.6% se deprimen y lloran fácilmente siendo más frecuente en mujeres. (Lara & López , 2014)

Los temas de salud en el adulto mayor es un campo de la medicina en Nicaragua poco explorado, solo fueron identificados los estudio anteriormente mencionados en relación al mismo campo de investigación, realizados entre el 2008 y 2014 respectivamente.



III. JUSTIFICACIÓN

El cambio demográfico de la población en el mundo tiene varias consecuencias para la salud pública. Gozar de buena salud es fundamental para que las personas mayores mantengan su independencia y puedan tener un lugar en la vida familiar y en su comunidad. Cuidar la salud a lo largo de la vida y prevenir la enfermedad pueden evitar o retrasar la aparición de enfermedades crónicas y no transmisibles, como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer, que generan alto costo para el individuo y los sistema de salud, un desafíos para los próximos siglos. (OMS., 2012).

Se ha reconocido que el país no está preparado para enfrentar el envejecimiento ni a corto, mediano ni a largo plazo, ya que no existe un plan de atención integral a los Adultos Mayores y se carece del fortalecimiento y la falta de financiamiento de programas de atención de la tercera edad, así como a la sistematización de la información relacionada a la epidemiología en esto grupos.

En Nicaragua muy poco se investiga sobre la salud en esta población, no existen muchos estudios sobre las principales determinantes relacionados a las discapacidades y muerte en estos grupos de personas, tampoco existe en el campo de la enseñanza especializada ninguna institución formadora de recurso que vea con interés realizar avances en el conocimiento a la salud del adulto mayor.

Antes estas situaciones planteadas y como una forma de contribuir a la problemáticas de salud de la gente de mayor edad, nuestro estudio permitirá describir comparativamente elementos que tienen que ver de manera importante en lograr sensibilizar y generar estrategias de intervención por lo menos en el municipio de San Rafael del Sur, que sean pertinentes y oportunas para favorecer el cuidado de los adultos mayores por la familia, comunidad y el estado, esperando encontrar eco en otras áreas e instituciones del país o bien en actores sociales importante que puedan intervenir de manera muy significativa.



IV. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

El promedio de vida media incrementa al igual que la cantidad de adultos mayores de 60 años en Nicaragua, que incluye obviamente a la población del área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Lógicamente ante esto también aumenta las demandas insatisfechas de esta población para mejorar su calidad de vida, actualmente se han hechos esfuerzo por reivindicar sus derecho, pero quedan aún brechas muy amplias para dar repuesta por parte de las instituciones responsable.

Desde el punto de vista a la salud, el beneficio en la atención médica en los servicios públicos demuestra una falta de programa específico y especializado relacionado a la falta de medicina o a la dispensarización de algunos fármacos que tienden a descontinuar los adultos mayores por otros mejores que el MINSA no proporciona, también se carece de recursos profesionalizados en geriatría y gerontología. El MINSA establece su prioridad a los servicios y programa materno infantil sin tomar en cuenta que la morbimortalidad en la población está cambiando.

La otra alternativa a la atención a los problemas de salud que es dirigido a la población cotizante al INSS, el beneficio esta reducido al 27.0% de los adulto mayores en relación al total que existe en la nación. (Rugama, 2015). Esto es debido a los problemas relacionados al mercado laboral y la falta de empleo que históricamente ha vivido la población que antes era económicamente activa y actualmente es dependiente.

Otro elemento fundamental que deja en vulnerabilidad a los adultos mayores para atender y darle repuesta a sus enfermedades es producto del abandono familiar o la discriminación tanto por la familia como por la sociedad. Todas estas situaciones las vemos a diario pero hay poca documentación al respecto que lleve a la reflexión y análisis sobre esta situación y las necesidades de esta población, así como nos lleva a la búsqueda de conocer. *¿Cuáles son las características de la morbilidad de los Adultos Mayores que viven en el área urbana del municipio de San Rafael del Sur. Managua en el II Semestre del 2015?*



V. OBJETIVOS

- **Objetivo General:**

Determinar las características de la morbilidad de los Adultos Mayores que viven en el área urbana del municipio de San Rafael del Sur. Managua. En el segundo semestre del 2015.

- **Objetivos Específico:**

1. Caracterizar Socio - demográficamente a la población de adultos mayores.
2. Identificar los antecedentes patológicos familiares y personales así como los hábitos tóxicos de la población incluida.
3. Conocer los problemas actuales de salud que presentan los adultos mayores entrevistado.
4. Conocer las condiciones de la atención medica ofertada a los adultos mayores que viven en el casco urbano del municipio de San Rafael del Sur Managua.



VI. MARCO REREFENCIAL

6.1 El envejecimiento y los cambios sociales

En las últimas décadas las continuas tendencias mundiales hacia una menor fecundidad y una mayor esperanza de vida han elevado el fenómeno del envejecimiento poblacional a un nivel jamás alcanzado. El rápido aumento en la población mayor de los países en desarrollo, la identificación de necesidades específicas en la población de 60 años de edad y más, ciertas circunstancias desestabilizadoras de la vida actual y futura como son la migración, el desempleo, la violencia y la pobreza, entre otras, colocan a las personas adultas mayores como un grupo de alto riesgo en seguridad social y económica, principalmente a las mujeres por ser un grupo mayoritario al de los hombres, esto dentro de un marco de coexistencia con padecimientos crónicos, traumáticos y con necesidades de atención a padecimientos agudos y afecciones psicosociales en un grupo poblacional con limitaciones funcionales propias de su proceso de envejecimiento.

Es importante reconocer que una gran mayoría de personas adultas mayores entre los 60 y los 79 años de edad son independientes y con autonomía pero con la necesidad de recibir apoyos para que continúen desenvolviéndose dentro de la sociedad y en su comunidad y contribuyan al desarrollo del país considerando sus conocimientos y experiencia. (Instituto Nacional de las persona Adultas Mayores , 2004)

La vejez es un proceso de cambios determinados por factores fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales. La mayoría de las definiciones sobre la vejez enfatizan el aspecto biológico y plantean que es: "un proceso progresivo desfavorable de cambio a nivel fisiológico y anatómico, producto del paso del tiempo y que concluye invariablemente con la muerte." Aunque resulta una definición restringida porque va más allá de considerar la vejez como una serie de fenómenos conductuales limitantes, o una mayor probabilidad de muerte.

Tradicionalmente la edad cronológica ha constituido el parámetro que determina el inicio de la vejez y se refiere a la edad calendario o número de años que un individuo ha vivido.



Sin embargo, esto no constituye el mejor parámetro para determinar cuán productivo y capaz puede ser un sujeto tanto para sí mismo como con su familia y la sociedad.

En la vejez se da una reducción de la capacidad funcional del individuo, declinación en funciones intelectuales tales como: análisis, síntesis, razonamiento aritmético, ingenio e imaginación, percepción y memoria visual inmediata. El anciano presenta menor deterioro de estas facultades siempre y cuando se mantenga activo y productivo, cualquiera que sea la actividad laboral que realice. En el adulto mayor se genera también temor, depresión y regresión por la percepción de pérdidas de capacidades funcionales generando aislamiento social como una forma de no demostrar su inconformidad a que se le dificulta entablar nuevas relaciones significativas.

Si bien es cierto que todas las edades son portadoras de opiniones sociales, sin dudas la Tercera Edad constituye una etapa de la vida muy influenciada, más bien determinada por la opinión social, por la cultura donde se desenvuelve el anciano. Hasta hoy día la cultura, de una forma u otra, tiende mayoritariamente a estimular para la vejez el sentimiento de soledad, la segregación, limitaciones para la vida sexual y de pareja, y de la propia funcionalidad e integración social del anciano.

Se ha llegado a considerar además, que los elementos conformadores de identidad son tomados generalmente de los prejuicios que la cultura ha reservado como tendencia para la vejez.

Un resultado de depresión e inseguridad puede ser el intento del anciano por regresar a etapas anteriores de la vida. La persona dependiente e insegura en momentos de tensión tenderá a regresar a conductas infantiles y a no realizar esfuerzos constructivos para resolver los problemas.

El anciano experimenta una necesidad creciente de seguridad, en un momento de la vida en que los recursos físicos y psicológicos están en rápida decadencia. Existe un sentimiento de impotencia para satisfacer sus necesidades, lo cual le provoca frustración, miedo e infelicidad.



El anciano debe valorarse como un individuo que posee un cúmulo preciado de experiencia que puede transmitir a los jóvenes en el interactuar diario. Debe dársele la oportunidad de seguir siendo parte del sistema productivo en actividades que le permitan sentirse útil, enfocadas sobre todo a la formación y la capacitación de nueva fuerza laboral. (Flores, 2005)

Vivir más años es a la vez un logro y un desafío perpetuo. El desafío por una mejor calidad de vida llama a las personas de edad a disfrutar de su independencia, tener relaciones sociales, participar en la vida comunitaria y tener acceso a servicios de salud. Se debe percibir el envejecimiento no como una catástrofe sino como un proceso natural. (OMS, 2001).

6.2 Transición epidemiológica en el contexto del adulto mayor

La transición de la salud como concepto amplio, integra según algunos autores dos transiciones específicas. La primera es la transición en las condiciones de salud, es decir, la transición epidemiológica en el sentido estricto y referido a los cambios en la frecuencia, magnitud y distribución de las condiciones de salud, expresadas en términos de muerte, enfermedad e invalidez.

La segunda, es la transición sanitaria que ha influido de gran manera en la transición epidemiológica y tiene que ver con la respuesta social y el desarrollo del reciente enfoque integral de atención primaria de la salud basada en la comunidad.

La transición epidemiológica se refiere a los cambios a largo plazo en los patrones de muerte, enfermedad e invalidez que caracterizan a una determinada población que presenta un conjunto de transformaciones demográficas, sociales y económicas. El cambio en una dirección predominante lo han constituido las enfermedades infecciosas asociadas con carencias primarias a las enfermedades degenerativas y crónicas, lesiones y padecimientos mentales, todos ellos relacionados con factores genéticos y carencias secundarias.

La clasificación epidemiológica de los países latinoamericanos puede dividirse en tres grupos básicos:



I Grupo: Representado por las naciones que se encuentran en una etapa de transición avanzada y el modelo tardío de transición (Cuba, Costa Rica y Chile).

II Grupo: Conformado por los países que se encuentran todavía en una etapa inicial, con tasas de mortalidad altas, infecciones comunes y desnutrición (Haití, Bolivia y Perú).

III Grupo: Compuesto por los países que se ubican en el medio de los dos anteriores y que están experimentando un nuevo modelo de transición, diferente a la de los países desarrollados (El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Honduras, entre otros). Las defunciones de las personas de 60 años y más, las principales; Infarto agudo al miocardio, ACV, DM, HTA, IRC, entre otras no infecciosa. (Mifamilia, INSS, OPS, 2000)

6.3 Envejecimiento y Enfermedad

Existe una relación epidemiológicamente demostrada entre la enfermedad y el envejecimiento, esto no quiere decir que todas las enfermedades aumenten en función de la edad. Brody señaló dos grupos: enfermedades que se relacionan con la edad, las cuales se asocian con más frecuencia a una edad específica y las enfermedades que dependen de la edad, las que aumentan su incidencia de forma exponencial en la medida que aumenta la edad. Hay ciertos desórdenes asociados con los cambios intrínsecos que acompañan al envejecimiento y a los cuales el adulto mayor es particularmente proclive: los trastornos motores del esófago y la osteoartritis.

Algunas complicaciones de enfermedades comunes ocurren sólo décadas después de iniciado el proceso y son por ende más frecuentemente observadas en el adulto mayor (manifestaciones neoplásicas del sprue celíaco, las complicaciones de la hipertensión arterial o las manifestaciones tardías de la diabetes). (OPS - OMS).

6.4 Cambios Fisiológicos

Un adulto mayor comúnmente (a diferencia de uno más joven) puede presentar a la vez varias patologías (agudas o crónicas) que dificultan aún más el reconocimiento de una enfermedad actual. A esto se suma que muchas veces el paciente está consumiendo



numerosos fármacos a la vez, los que pueden presentar efectos adversos o agravar enfermedades de base.

En algunos casos el paciente geriátrico puede manifestar muchos síntomas a la vez lo que dificulta la tarea del médico en determinar los síntomas más relevantes y cuáles son propios de cada patología. No se debe dejar de lado el área emocional del paciente ya que el estrés emocional o depresión se pueden manifestar como síntomas físicos. Sin embargo, no se debe atribuir síntomas a la esfera emocional sin descartar antes una causa orgánica.

Entre los 30 y los 40 años se alcanza el máximo de altura, disminuyendo luego 5 cm por año; este cambio es más acentuado en las mujeres. Se explica por cambios posturales (mayor flexión de cadera y rodillas), disminución de la altura de los cuerpos vertebrales y alteración de los discos intervertebrales.

El peso alcanza su máximo a los 50 años y luego disminuye. El compartimento de tejido graso sufre un aumento de 15 a 30% entre los 40 y 55 años para luego disminuir a aproximadamente un 20 % promedio.

Piel y Fanéreos: La piel, por su extensión, es el órgano más susceptible de recibir daño ambiental a través de los años, en especial por la acción de la luz solar. Con el tiempo se hace más delgada, más seca, más transparente y se vuelve menos elástica, arrugada y de tinte amarillento.

La epidermis sufre depresiones irregulares por pérdida de la polaridad de los queratinocitos, hay disminución de los melanocitos y existe tendencia a la displasia celular.

La dermis pierde parte de su contenido colágeno produciéndose arrugas, la pérdida de la elastina e incremento de los glicosaminoglicanos inducen la formación de pseudo elastina que da el color amarillento a la piel. La hipodermis se ve adelgazada por la disminución del tejido graso.

Los folículos pilosos se atrofian y disminuyen su densidad, se pierde la producción de pigmentos por el decremento de los melanocitos.



Las uñas reducen su velocidad de crecimiento, aumentan su grosor y se vuelven opacas y más duras por aumento proporcional de la queratina, llegando a presentar onicogriposis.

El tejido conectivo disminuye su contenido colágeno y los fibroblastos reducen su recambio. Por pérdida del soporte elástico los traumatismos pueden provocar la ruptura de vasos capilares apareciendo y existe trasvasación de sangre con menor degradación. A los 90 años el 70% de los adultos mayores presentan el llamado púrpura senil.

Sistema Músculo Esquelético: entre los 30 y los 80 años se pierde un 30 a 40% de la masa muscular. Dicha pérdida no es lineal y se acelera con la edad. La fuerza muscular disminuye asimismo con los años ya que las fibras tipo II (rápidas) disminuyen más que las fibras tipo I y las unidades motoras reducen su densidad. Las enzimas glicolíticas reducen su actividad más que las oxidantes.

La menor actividad de la hormona de crecimiento y andrógenos contribuye a la disfunción muscular. La remodelación de tendones y ligamentos se vuelve más lenta.

Los cambios óseos son de particular importancia por las implicancias clínico-epidemiológicas que pueden tener.

Hay disminución en la actividad osteoblástica, decremento de la masa ósea, reducción del grosor de la cortical. En los hombres la masa ósea es mayor a través de toda la vida y la pérdida de los estrógenos femeninos termina con el efecto inhibitor de éstos sobre los osteoclastos.

Se produce osteoporosis (pérdida de la masa ósea con composición normal del hueso) típicamente en caderas, fémures y vértebras. También puede aparecer osteomalacia (falla en la calcificación de la matriz ósea y acumulación de hueso no calcificado) lo cual se asocia a déficit de vitamina D.

Sistema Nervioso: el sistema nervioso se afecta de manera importante con el paso del tiempo. El peso cerebral disminuye con la edad y el flujo cerebral se reduce en un 20% produciendo alteraciones de los procesos de autorregulación de flujo.



Existe pérdida de neuronas no generalizada. La circunvolución temporal superior pierde la mitad de su masa neuronal, mientras que la inferior sólo un 10%. Las mayores pérdidas son de los grupos de neuronas largas como los haces piramidales, células de Purkinje, haces extrapiramidales; por el contrario los grupos de núcleos del tronco, neuronas pontinas e hipotalámicas tienen pérdidas reducidas.

La mielina disminuye al igual que la densidad de conexiones dendríticas enlenteciendo al sistema. Aparecen inclusiones de lipofucsina en el hipocampo y la corteza frontal.

Hay disminución de la síntesis de catecolaminas, VIP y sustancia P. Los receptores de catecolaminas, serotonina y opioides se reducen. Estos cambios en los neurotransmisores y sus receptores no se traducen necesariamente en cambios intelectuales y conductuales, sino que es el conjunto de cambios lo que provoca dichas variaciones. Los reflejos osteotendíneos disminuyen en intensidad de respuesta.

La arquitectura del sueño se altera con reducción de la fase 3 y en especial de la fase 4 de sueño profundo, con lo cual se observa dificultad en la conciliación del sueño, despertar precoz, reducción del número de horas de sueño y disminución del efecto reparador del mismo.

Sistema Endocrino:

Glándula Pituitaria: existe tendencia a la formación de adenomas, la ADH se encuentra más activa frente a fenómenos de alteración osmótica mientras que la renina disminuye y la aldosterona aumenta. La hormona del crecimiento (GH) disminuye su actividad, la prolactina no sufre mayores cambios.

Glucosa e Insulina: no hay disminución de la secreción pancreática de insulina; pero se observa mayor resistencia de los tejidos periféricos a su acción, el ciclo de Krebs se encuentra preservado mientras que la vía de glicolisis anaeróbica se ve mucho menos activa. La secreción y efecto del glucagón están conservados.

Tiroides: con los años el tiroides se vuelve más fibroso y nodular. Disminuye la secreción de T4 pero su depuración también disminuye hasta un 50%, los niveles de TBG se



mantiene constantes, la conversión de T4 a T3 se ve reducida mientras que la conversión reversa está incrementada. Con los años aumenta la tendencia a presentar nódulos tiroideos así como la incidencia de fenómenos autoinmunes contra el tiroides.

Paratiroides: el nivel de hormona paratiroidea se encuentra incrementado para mantener los niveles de calcio, por otro lado la calcitonina aunque disminuye su concentración mantiene su actividad.

Suprarrenales: el envejecimiento provoca incremento en la proporción de tejido conectivo y lipofucsina, apareciendo pérdida del contenido de esteroides en la zona fasciculata y disminución de la secreción de hormonas esteroidales, las que se mantienen en el plasma por decremento de su metabolización. Se pierde la capacidad de tolerar el estrés por disminución de la secreción de glucocorticoides.

Sistema Inmune: la inmunidad del anciano presenta cambios que se traducirán en efectos clínicos mediados por su respuesta frente a los agentes infecciosos.

El timo: se transforma en un órgano vestigial y puede presentar a edades avanzadas algunos nódulos funcionales, pero en general no hay cambios en los órganos linfoides. A nivel celular el Stem-Cell no evidencia reducción de su función pero pierde capacidad para reparar efectos deletéreos de radiaciones ionizantes. Los macrófagos no presentan alteraciones pero debido a la reducción de los linfocitos T y a la reducción de la respuesta humoral, su función se ve deprimida. Estos cambios se traducen en un aumento de la tasa de infecciones, alteraciones autoinmunes diversas e incapacidad de ejercer control adecuado de clones celulares.

Sangre y coagulación: aunque la anemia se asocia al envejecimiento una adecuada nutrición y la ausencia de patologías que conlleven a esta condición debería evitar la aparición de recuentos disminuidos de glóbulos rojos por el momento es controversial que la edad per se esté ligada al aumento de la ferritina o a la disminución de la hemoglobina.

El tiempo de protrombina y el tiempo parcial de protrombina no cambian con la edad. Pero el fibrinógeno aumenta sustancialmente, así como los factores VII, VIII y el dímero D que



se encuentran en valores que alcanzan el doble de los hallados en jóvenes. La VHS puede incrementarse con la edad sin traducir patología.

Sistema Cardiovascular: a nivel del sistema cardiovascular es sumamente difícil discernir entre los cambios propios de la edad y las alteraciones derivadas de diversas patologías que se manifiestan a través de los años.

El corazón aumenta su tamaño y peso, presentando aumento del grosor de ambos ventrículos como respuesta a la resistencia periférica aumentada del adulto mayor. A nivel miocárdico se deposita lipofucsina, hay degeneración celular con infiltración grasa que puede comprometer al sistema excitoconductor. Puede aparecer infiltración amiloide, incremento de los depósitos de colágeno que provoca fibrosis y por ende rigidez ventricular.

El endocardio se adelgaza difusamente, las válvulas presentan calcificaciones y el tejido conductor tiene pérdida progresiva de su actividad marcapasos.

El corazón del anciano es en términos generales capaz de mantener adecuadamente un gasto cardíaco suficiente para suplir las necesidades del paciente, pero su adaptación al estrés se reduce paulatinamente con el paso de los años. El consumo de O₂ máximo disminuye así como las frecuencias máximas en ejercicio.

Hay disminución de la respuesta de los receptores β a lo cual contribuye la reducción de la actividad de la enzima adenilato ciclasa del músculo cardíaco.

El incremento de las presiones sistólicas y diastólicas con la edad es un hecho cuestionable, este fenómeno se observa en varios estudios de poblaciones de países desarrollados, pero no se ha objetivado en comunidades rurales del mismo modo.

Sistema Respiratorio: junto al envejecimiento aparecen alteraciones anatómicas y funcionales del sistema respiratorio.

Los cartílagos costales presentan calcificaciones y la columna a menudo presenta cifosis marcada con aumento del diámetro antero-posterior del tórax, por cuanto la compliance de



la pared muscular disminuye. Hay aumento de la secreción mucosa de la pared bronquial, disminuye la elastina de la misma así como el colágeno.

La capacidad vital y el VEF disminuyen hasta un 30% a los 80 años. El esfuerzo espiratorio independiente de la voluntad disminuye por pérdida de elasticidad del árbol bronquial, el esfuerzo espiratorio dependiente de la ventilación disminuye en la medida que se pierde fuerza muscular en los músculos respiratorios. Todos estos cambios repercuten en una disminución de la PaO₂. (E., 2000).

Hipotermia: La desregulación de la temperatura en los ancianos, es una muestra más de lo estrecho de la homeostasia que se produce al envejecer. Los ancianos, no son capaces de adaptarse bien a los extremos de temperatura. Esta falla produce una alta mortalidad que es subreportada por los médicos. Es más común en los más ancianos y en los más enfermos y muchas veces hay procesos infecciosos de base.

El centro de la termorregulación mantiene la temperatura a través del control de la vasodilatación y vasoconstricción, sudoración, termogénesis metabólica y calofríos entre otros. A mayor edad hay menor percepción de la temperatura y sudoración (hipertermia) y respuesta anormal al frío (hipotermia).

Se define cuando la temperatura central del organismo (rectal, esofágico, timpánico) es menor de 35°C por causa deliberada o accidental y debe medirse con un termómetro especial ya que los comunes-ordinarios no sirven. Lo importante es sospecharlo precozmente y conocer los factores predisponentes para minimizar sus complicaciones. Se subdividen en PRIMARIA cuando tiene normales los mecanismos de termorregulación pero es sometido a una muy baja temperatura y SECUNDARIO son las que ocurren con temperaturas no muy bajas y es por falla intrínseca (muy comunes en >75 años). (L., 2000)

Inmovilidad: es una entidad sindromática que deteriora de manera significativa la calidad de vida de los adultos mayores. Obedece a diversas etiologías y cursa con síntomas y signos asociados a la disminución de la capacidad motriz del adulto mayor.



Estas alteraciones darán a su vez cuenta de otras patologías que continuarán con el deterioro de la calidad de vida del paciente, es por esto que dicha condición debe ser siempre estudiada a fin de hallar etiologías y factores corregibles y asimismo debe ser tratada como un problema médico relevante en la atención del paciente mayor. Existen pacientes que estando en condiciones de movilidad total caen en inmovilidad abruptamente como es el caso de aquellos que sufren accidentes vasculares encefálicos o traumatismos incapacitantes.

Las principales causas de inmovilidad en el adulto mayor son la falta de fuerza o debilidad, la rigidez, el dolor, alteraciones del equilibrio y problemas psicológicos. La debilidad puede deberse a desuso de la musculatura, mal nutrición, alteraciones de electrolitos, anemia, desórdenes neurológicos o miopatías. La causa más común de rigidez es la osteoartritis; pero el parkinsonismo, la artritis reumatoide, gota y pseudogota también ocurren en este grupo etáreo.

6.5 Patologías Múltiples

1. La caída es una afección común, asociada a una elevada morbi-mortalidad, en el adulto mayor y conduce a la internación en clínicas u otras instituciones. Un quinto de los adultos mayores de entre 65 a 69 años, y hasta dos quintos de los mayores de 80, relatan al menos una caída en el último año.

Se ha definido caída como la ocurrencia de un evento que provoca inadvertidamente la llegada al suelo del paciente o un nivel inferior al que se encontraba. Algunos autores no incluyen en la definición aquellas caídas que son secundarias a hechos médicos mayores tales como un accidente cerebro vascular, una convulsión o un síncope por bajo débito; sin embargo creemos que al no existir claridad absoluta de la etiología de uno de estos eventos deben considerarse caídas a estas situaciones para contemplarlas en el estudio posterior de su origen.



Es sabido que las caídas son más frecuentes en personas con más años, ya que existen cambios propios del envejecimiento que predisponen a estos eventos y suelen anteceder a un período de declinación gradual de las funciones de la vida diaria y al desarrollo de estados confusionales agudos.

Las caídas en el anciano suelen ser de etiología multifactorial, asociando factores ambientales, patologías y/o medicamentos.

Factores Predisponente: Suelos resbaladizos, Camas altas, Escalas sin barandillas, Escalones altos y estrechos, Iluminación deficiente. Muebles u objetos mal ubicados (obstáculos para el desplazamiento inseguro). Ropa y calzado inapropiado.

Las consecuencias de una caída en el adulto mayor: 80% son lesiones leves o no existen, 1% presentan fractura de fémur y luego, en orden de frecuencia, fracturas de antebrazo, húmero y pelvis. A mayor edad más riesgo de caídas, y al menos, 20 veces más de fracturas costales, traumatismo encefalocraneano, hematoma subdural crónico. Síndrome post caída o miedo a volver a caer que incapacita al anciano. (H. Gac, 2000)

2. Incontinencia Urinaria en el adulto mayor: La incontinencia urinaria se define como la “condición en el cual se produce una pérdida involuntaria de la orina por la uretra suficiente para constituirse en un problema social/médico”. Este es un síntoma-problema heterogéneo que es frecuente de encontrar en los adultos mayores. Su presencia produce en la persona múltiples problemas psicológicos y sociales ya que se ha demostrado que siempre contribuye a: promover al aislamiento social producir trastornos psíquicos producir abrasiones cutáneas producir infecciones urinarias, es una razón frecuente de ingreso a instituciones.

Fisiopatología de la incontinencia urinaria. Para mantener la continencia urinaria es básico que estén indemnes las estructuras anatómicas que participan en la micción, como ser la vejiga, uretra, músculos del piso pelviano, pero también la médula espinal y los nervios periféricos que inervan el aparato urinario. Lo anterior debe ser acompañado a un estado cognitivo que permita reconocer la necesidad de la micción y una adecuada movilidad. Además, debemos tener presente los factores ambientales (tipo de habitación, calidad de los



baños, etc.) y los iatrogénicos (fármacos, amarras, etc.) que son frecuentes de observar en los pacientes de edad.

No se sabe exactamente como el proceso de envejecimiento afecta a la morfología y funcionamiento del sistema urinario.

Clasificación clínica de las incontinencias. Los síntomas, pueden ser producidos cuando se afecta la vejiga y la uretra por: procesos inflamatorios, problemas de almacenamiento, disfunción del vaciamiento, vejiga neurogénica y nicturia.

Para un manejo clínico - práctico la incontinencia urinaria se subdividen en: Incontinencia urinaria aguda, Incontinencia urinaria persistente.

3. Síndrome de confusión aguda: llamado también delirio corresponde a una alteración en el estado mental que se caracteriza por ser aguda y reversible. El delirio es uno de los desórdenes cognitivos más importantes en el adulto mayor, tanto por su prevalencia como por su implicancia pronostica.

El desarrollo de un síndrome confusional agudo no rara vez es el primer signo de compromiso de la función cerebral, además puede ser la forma clínica de presentación de una enfermedad física grave.

El delirio tiene también consecuencias importantes en los aspectos económico y social. Los enfermos con confusión requieren mayor atención del personal de salud. No se conoce con certeza el mecanismo por el cual se produce un síndrome confusional agudo en respuesta a ciertas noxas que sufre nuestro organismo. Característicamente no hay daño cerebral estructural, a pesar de los evidentes trastornos conductuales y cognitivos. La lesión cerebral sería funcional.

El delirio se considera una manifestación neuropsiquiátrica no específica de un desorden generalizado del metabolismo cerebral y los neurotransmisores. La vía final común sería un desequilibrio entre éstos, principalmente entre GABA, acetilcolina y dopamina.



4. Enfermedad de Alzheimer y Depresión: Miraremos el problema desde el lado contrario. Sabemos que 10 a 30% de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer (EA) presentan concomitantemente depresión, y hasta un 50% tiene al menos síntomas depresivos. Se ha mostrado asimismo que la tendencia a aislarse precede el diagnóstico de la EA en alrededor de 30 meses, en tanto que la aparición de ideación suicida y el diagnóstico de depresión son vistos comúnmente alrededor de 20 meses antes de diagnosticar EA.

La dificultad para identificar casos leves de EA agrega a la frecuente comorbilidad con depresión el hecho de que ambos trastornos pueden tener una presentación que incluye síntomas que les son comunes, por ejemplo:

Apatía y pérdida de interés.

Dificultad para pensar y concentrarse.

Retardo o agitación psicomotora.

Trastornos del sueño.

En resumen, la coexistencia de Depresión Mayor y cuadros demenciales en los adultos mayores es una realidad frecuente, de hecho, los cuadros depresivos de inicio en la tercera edad, esto es, sin antecedentes previos, suelen ser la antesala de la Enfermedad de Alzheimer. Más allá de las complejidades del diagnóstico diferencial en los casos señalados, se debe ser enérgico en tratar tanto las "demencias reversibles de origen depresivo" como las depresiones que coexisten con cuadros demenciales, ya que la respuesta terapéutica es comparable a la de las depresiones que podríamos llamar "puras", en el sentido de no estar enturbiadas por síntomas de demencia. (T, 2000)

5. Discapacidad Sensorial: Visión y Oído: La disminución de la visión y audición es un problema muy común en las personas de edad, teniendo más de la mitad de los mayores de 75 años algún tipo de disfunción auditiva y una mayor proporción disfunción visual. Son patologías muy importantes de considerar dado que conllevan graves efectos psicosociales.

La pérdida de audición puede ser producida por una alteración de cualquier componente del sistema auditivo, pero lo más frecuente es que se deba a un trastorno relacionado con la



edad llamado presbiacusia. Esta es una hipoacusia de tipo sensorio neural, es decir del oído interno y/o nervio acústico, en que se observa una disminución de la percepción de frecuencias altas (agudas). Esto produce que se escuchen mal las consonantes que tienen frecuencias más altas y predomine la percepción de las vocales, lo que tiene efectos importantes en la comprensión del paciente.

Esta enfermedad se caracteriza por ser bilateral, simétrica y progresiva y generalmente se inicia después de los 40 años. Suele acompañarse de tinitus, motivo de consulta frecuente en estos pacientes. La etiología de la enfermedad no está clara, pero se relaciona a la pérdida de neuronas del nervio acústico y degeneración del órgano de Corti en la cóclea.

El envejecimiento produce una serie de cambios en el ojo, sin embargo puede ser difícil distinguir estos cambios fisiológicos de algunos cambios patológicos. Algunos cambios propios del envejecimiento son ptosis, entropión o ectropion, alteraciones del cristalino, iris y cornea así como también alteraciones neurales y de la presión intraocular. Todo esto facilita la aparición de múltiples patologías que afectan la visión en el adulto mayor. Es importante pesquisar estas alteraciones con el fin de evitar su progresión a patologías más complejas y a eventual pérdida de la visión.

Presbicia. Es una patología muy frecuente en el anciano y consiste en la dificultad de acomodación del cristalino para enfocar objetos cercanos. Se debe a esclerosis nuclear del cristalino y atrofia del músculo ciliar.

Ojo seco. Se produce por la disminución de secreción de lágrimas, trastorno muy frecuente en adultos mayores. Esto lleva a sequedad ocular produciendo irritación que a largo plazo puede dañar la córnea.

Ceguera. Es una patología frecuente en el adulto mayor teniendo distintas etiologías. Se puede presentar en forma progresiva o súbita. Las causas de ceguera súbita son principalmente oclusión arterial, desprendimiento de retina, hemorragia y glaucoma agudo.

Cataratas: Esta patología tiene una alta prevalencia en el adulto mayor y se debe a una opacificación del cristalino. Su etiología no está del todo clara, pero se cree que la luz UVB



está implicada, probablemente por degradación de proteínas del cristalino. Otros factores de riesgo para cataratas son antecedentes familiares, diabetes mellitus y uso de esteroides. (H. Gac, 2000)



VII. DISEÑO METODOLOGICO

7.1. Tipo de estudio

Descriptivo, de corte transversal.

7.2. Área de estudio

Se realizó en el área urbana del municipio de San Rafael del Sur del departamento de Managua en la zona del pacifico, ubicado a 47Km de la capital. Dicho municipio tiene 58 comunidades rurales pero solo 4 zonas urbanas que será el área del estudio, con una población general de 33.002 habitantes. (INIDE, 2008)

7.3. Población de Estudio

Está constituida por toda la población de Adulto mayor de 60 años que vive en el área urbana del municipio. Se conoce según censo de los Equipo básico de salud familiar y comunitaria 2014 que es de 1.587 en el municipio. (MINSa, Centro de Salud San Rafael del Sur, 2015)

- **Muestra**

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para población finita, la cual es la siguiente:

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

DONDE:

n= Tamaño de la muestra a calcular.

N= Población finita, para nuestro estudio es 1587 adultos mayores.

Z= Desviación estándar que corresponde al intervalo de confianza deseado, así para un 95% el valor de Z es 1.96.

p= A la proporción de casos con característica similares a estudiar, le asignamos un valor del 50% por que no existe un estudio preliminar previo en la región.



q= El complemento de p donde $p + q = 1$ por tanto $q = 0.5$

d= Se refiere a la precisión deseada en un estudio y deseamos una precisión de 5% que es igual a 0.05.

SUSTITUYENDO VALORES:

$$n = \frac{1587 \times (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}{(0.05)^2 \times (1586) + (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}$$

n= 309 Adultos Mayores.

- **Muestreo**

El total de los adultos mayores que se incluyeron en este estudio fue escogido al azar, mediante la realización de visitas casa a casa en cada uno de las 4 zonas urbanas, encontrando en cada una el 25% del total de los adultos mayores, que correspondió a 77 a 78 adultos mayores respectivamente. (1er sector; El Granero, La Shell, Julio Buitrago, La Bolsa. 2do Sector; Los Hurtados. 3er Sector; El Tulip, El Pinol y El Calvario, 4to sector; El Rastro, Las Piedrecita)

Criterios de inclusión:

- ✓ Se incluyeron los adultos mayores de 60 años de ambos sexos de manera voluntaria su participación previo consentimiento informado.
- ✓ Que residían en el casco urbano del municipio de San Rafael Sur.
- ✓ Con o sin actividad laboral remunerada.
- ✓ Sin importar credo religioso, etnia, estado civil y condición social política.
- ✓ Sin importar si eran dependiente e independiente de su familia.
- ✓ En los casos que los adultos mayores tuvieron imposibilidad de comunicarse, el familiar más cercano, el que los cuida y tiene mayor conocimiento fue el que brindo la información.



Criterios de exclusión:

- ✓ Se excluyeron los adultos mayores que no desearon participar o el familiar no accedió a la entrevista, también a los que en el momento de realizarle la entrevista desistieron de continuar con la misma. Se excluyó también los que no cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

7.4.Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Escala o valor
Objetivo No1				
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta la edad cumplida en años actualmente.		Años	60 a 71 años 72 a 81 82 a 91
Sexo	Expresión fenotípica que caracteriza al individuo y lo diferencia entre hombre y mujeres		Observación del fenotipo	Masculino Femenino
Estado Civil	Condición social de índole legal que puede tener una persona en relación a otra		La condición que refieran	Casado Soltero Acompañado Viudo
Numero de Hijos	Cantidad de números progenes descendiente de su estado reproductivo natural		Números	Ninguno 1 a 5 6 a10 más de 10
Religión	Credo religiosos que profesa socialmente aceptable		Credo que refirieron	Católico Evangélico Mormón Ninguna Protestante Testigo de Jehová
Escolaridad	Año escolar cursado que integran el nivel académico de formación establecido por pensum nacional		Nivel Académico	Analfabeta Primaria incompleta Secundaria incompleta Universitario/a Técnico Bachiller
	Realización de alguna			



Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Escala o valor
Trabaja actualmente	actividad laboral remunerada o no que desempeña en el momento que se da la investigación el sujeto entrevistado		Trabaja	Si No
Profesión	Oficio relaciona o no a su nivel académico o desempeño emperico que realizan o lo hacían laboralmente		Oficio referido	Agricultor Ama de c Comerciante Ninguna Otras
Pensionado	Remuneración monetaria por cotizaciones realizada en su vida económicamente productiva		Pensionado	Si No
Objetivo No2				
Antecedentes	Se señalan los hábitos tóxicos, Antecedentes patológicos personales y familiares que tiene los adultos mayores incluidos en el estudio	Hábitos tóxicos	Fuma Consume Licos Consumo de café y te Uso de Drogas estupefaciente	Si No
		Patológicos personales/ tiempo de padecerla	HTA DM Tipo 2 Osteoartritis Cardiopatía Enf. Renales Epilepsia Trastorno Mentales Trastorno visuales y auditivos Gastrointestinal es Hipercolesterolemia TB Pulmonar EPOC	Si /No
		Patológicos Familiares /Familiar que la padece	HTA DM Tipo 2 Osteoartritis Cardiopatía	si/no



Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Escala o valor
			Enf. Renales Epilepsia Trastorno Mentales Trastorno visuales y auditivos Gastrointestinales Hipercolesterolemia TB Pulmonar EPOC	
Fármacos	Esta relacionados a los antecedentes patológicos personales que lo han inducido a tomar medicamento crónicamente	Antihipertensivo Hipoglucemiante E Insulina Antiagregante Plaquetario Anticonvulsivantes Antiasmaticos Protectores de la Mucosa Gástrica AINES Ignosedantes	Enalapril Captopril Lozartan Atenolol Glibenclamida Metformine NPH Cristalina ASA Clopidogrel Carabamazapina Bromuro de Ipatorpio Salbutamol Omeprazol Lanzoprazol Ranitidina Ibuprofen Diclofenac ASA Diazepan Lorazepna	Si No
Objetivo No3				
Datos del estado de salud actual	Esta referido a la percepción de padecimiento de alteración a la salud o estados concomitantes de su enfermedad de base que percibe el adulto mayor	Estado nutricional Alteración del Sueño.	Percibe problema del peso corporal Padece de falta de apetito Problema para conciliar el sueño Toma alguna	Si No



Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Escala o valor
		Alteraciones gastrointestinales.	medicina para dormir Tiene problema para defecar Incontinencia fecal	
		Problema genitourinario	Incontinencia urinaria Impotencia sexual	
		Alteraciones del sistema locomotor	Tiene dificultad para caminar Usa medios auxiliares Se caído en los últimos 3 meses	Si No Silla de rueda Bastón Andarivel
		Alteraciones Neurológica	Tiene secuela de ACV Intolerancia al esfuerzo leve a moderado Alzheimer	Si No Si No
		Alteraciones de Visuales y auditivos	Problemas visuales Problemas de audición	Si No
		Alteraciones cutáneas	Lesiones en la piel, piel enrojecida o úlceras en alguna parte del cuerpo	Si No
		Alteraciones Psicológicas, Psiquiátricas	Depresión Ansiedad Desesperanza Hablan incoherencia o no se entiende lo que dice Llora todo el tiempo	Si No
		Afectaciones	No muestra dentaduras Muestra dentadura	Si



Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Escala o valor
		dentales	incompleta	No
Objetivo No4				
Atención medica Recibidas	Se refiere a la frecuencia y razones por la que necesitaron ser valorado por facultativo así como también el tipo de atención brindada	Frecuencia Razones de la Atención Lugar donde fue atendidos	Ultima vez que visito al medico Causas Publico Privado Hospitalizaciones Garantizado el tratamiento gratuito o procedimiento quirúrgico necesario Percepción de la atención Acompañante	Dentro de los 7 días Entre 7 a 30 días Entre 1 a 12 meses Más 1 año Por control de rutina Por alguna cita Porque se sintió mal Por alguna emergencia Hospital Publico Centro de Salud Consultorio Privado Clínica médica Previsional Si No Si No Buena Regular Mala Si No



7.5. Técnicas y Procedimientos:

Fuente de información

Fue primaria; recolectada directamente del adulto mayor o de sus familiares que participaron en el estudio.

Método e Instrumento

Para cumplir con los objetivos del estudio se formuló un instrumento de recolección de la información con indicadores de acuerdo a los objetivos específicos que se desean alcanzar, este contiene preguntas en su mayoría cerradas sobre datos generales, antecedentes que incluyeron hábitos tóxicos personales, también patológicos y familiares patológico, otros elementos de la información fue el padecimiento de la enfermedad actual y la atención medica que han recibido. Se tomó como banco de preguntas otros instrumentos de estudios similares que se han realizado a nivel internacional y uno en Nicaragua, adecuando las preguntas a nuestro lenguaje y léxicos populares utilizados en la población de la región.

El instrumento cuenta con preguntas cerradas en su mayoría que permitió realizar la entrevista dirigida de forma más rápida, debido a que fue bastante la cantidad de personas a entrevistar y la extensión territorial que se tuvo que recorrer.

Validación del instrumento

Para validar el instrumento se requirió al menos un 10% de la muestra, se solicitó la participación de 30 adultos mayores para entrevistarlos, esto previamente antes de decidir el levantamiento definitivo. Se observó que todos los ítems fueron llenados de manera satisfactoria.

Procedimientos

Se solicitó el consentimiento informado de los participantes al visitarlos en cada domicilio o donde estaban realizando diferentes actividades, una vez que se les explico la importancia del mismo y la forma en que se iban a entrevistar así como debieron de responder en caso de repuesta dirigida.



7.6. Plan de tabulación y análisis:

Una vez que se obtenga la información mediante la ficha de recolección de la misma, se elaborará base de datos en el programa SPSS 21.0 para Windows, posteriormente se establecerá análisis de frecuencias para todas las preguntas y cruces de variables de aquellas de interés para cumplir con los objetivos planteados.

7.7. Cruce de variables

- Hábitos tóxicos e inicio de consumo de los adultos mayores.
- Antecedentes patológicos personales y fármacos que consumen los adultos mayores
- Estado de salud actual según características generales que refirieron los adultos mayores

7.8. Aspectos éticos:

La información recolectada fue utilizada con fines solo investigativos y académico, se tomó en cuenta el consentimiento informado por escrito. Los datos obtenidos se mantienen íntegros como lo expusieron los adultos mayores. Cabe destacar que la entrevista fue anónima, los resultados se esperan darlos a conocer a las autoridades de salud del SILAIS Managua para que contribuya de alguna manera a mejora el acceso y las problemática de salud encontrada en este estudio.



7. RESULTADOS

Los adultos mayores entrevistados el 41.4% tenían 60 a 71 años de edad, el 58.3% eran del sexo masculino y su estado civil del 45.0% eran casados. El 51.5% señalaron tener 1 a 5 hijos y refirieron el 39.2% pertenecer a la religión católica, Seguido del 34.0% de Evangélicos. (Ver Tabla 1).

El 68.9% de los adultos mayores tienen el nivel de escolaridad de primaria incompleta, el 23.9% actualmente trabajan, el 4.5% mencionaron que se dedican al comercio como actividad más frecuente que realizan todavía, El 45.0% dijeron ser beneficiados por pensión otorgada por el INSS. (Ver Tabla 2).

Al preguntar a los adultos mayores sobre los hábitos tóxicos que más frecuentan realizar y el tiempo del consumo el 17.8% fuman, el 5.1% lo hacen después de los 40 años. El 17.2% consume licor, donde el 8.4% lo iniciaron entre los 26 a 40 años. (Ver Tabla 3).

Los adultos mayores señalaron como antecedente familiar el padecimiento del 63.1% la hipertensión arterial, seguido del 51.5% con el padecimiento de Diabetes Mellitus. El 3.2% de los familiares de los adulto mayor entrevistados que tuvieron cáncer y fue principalmente el de mamas en las mujeres. (Ver Tabla 4).

Cuando preguntamos qué antecedentes patológicos presentaban los adultos mayores el 53.7% (166) señalaron hipertensión arterial, seguido del 44.6% (138) que padecían Diabetes Mellitus. Otro padecimiento que presentaron el 46.6% (144) de artritis reumatoide y el 22.9% (71) dijeron padecer de alguna cardiopatía.

El 10.3% de los adultos mayores que padecen de HTA son tratados solo con Enalapril y el 16.2% de los que padecen DM se aplican solo insulina. El 7.7% toman Glibenclamida mas Metformine acompañado de Enalapril porque padecen de HTA acompañada. Hay otros adultos mayores que además de padecer HTA tienen artritis reumatoide consumiendo el 8.1% Enalapril mas los AINES como ibuprofeno. Se identificó que estos que padecen de artritis 20.4% con artritis solo consumen AINES (Ibuprofeno Diclofenac e Indometacina).



Los pacientes que señalaron padecimiento de cardiopatías lo más frecuente que consumen es Atenolol más Aspirina. (Ver Tabla 5).

El 20.7% (64) de los adultos entrevistado dijeron padecer de ERC. Los fármacos que acostumbran tomar el 5.2% es Enalapril mas Aspirina más Omeprazol. Las enfermedades gastrointestinales fue referida por 25.8% (80) de los adultos mayores, donde el 5.8% consume Omeprazol mas Aspirina esta última no como terapia del problema señalado, pero si como un problema que puede empeorar el trastorno Gastrointestinal. El 11.3% (35) Adultos mayores padecen de EPOC, siendo 5.5% la utilización de Bromuro de Ipatropio y como padecen de HTA consumen Enalapril. El 39.4% de los adultos mayores tienen problemas visuales y 23.6% tiene problema de audición pero no se relacionó con el consumo de alguna medicina para mejorar esta situación de salud. (Ver Tabla 6).

De acuerdo a los problemas de salud el 44.6% (138) de los adultos mayores tienen dificultad para conciliar el sueño padeciéndolo más el 26.3% de los varones, el 34.7% de los que no trabajan aun y el 19.8% que tienen edades de 60 a 71 años.

De los Adultos mayores que toman medicina para dormir el 9.7% refirieron usar Lorazepam. La falta de apetito fue frecuente en el 50.1% (155) de los adultos mayores, de estos el 27.2% eran los hombres y el grupo de edad más afectado los que tenían 60 a 80 años y el 37.9% de los que no trabajan. El 31.7% (98) tienen problemas para defecar, más frecuente en 18.1% de los varones (Ver Tabla 7).

Otros elementos identificados en los adultos mayores fue que el 44.1% (136) tienen dificultad para caminar. Afectando el 15% de pacientes que tenían 72 años y más. El 9.7% con este problema aun trabajan. El 14.9% de los adultos mayores entrevistados utilizan como medio auxiliar el bastón seguido del 6.8% por los que utilizan silla de rueda. El 22.3% (69) padecen de incontinencia urinaria, el 14.6% de los hombre más lo padecen. (Ver Tabla 8).

La Disnea de leve a moderado esfuerzo se identificó en el 50.8% de los entrevistado, el 29.4% más en hombres que mujeres, demostrado quienes más padecen son los de edades de 72 a 81 años en el 21.4% de ellos y en el 11.7% de los que trabajan todavía. De 51.4% (159) y 50.8% (157) de los adulto mayores entrevistado viven molesto y disgustados todo el



tiempo, lloran y se deprimen. Siendo más frecuente el enojo y la molestia en el 32.7% en hombres, mientras que las mujeres el 29.1% es más frecuente la depresión. En ambos casos más del 37% no trabajan. El 27.2% de los pacientes refirieron como problema visual la catarata. (Ver Tabla 9)

Hay 43.3% (134) adultos mayores que se entrevistó hablan incoherencia, el 28.5% más en hombre y el 15.9% entre las edades 60 a 71 años. El 29.4% (91) son los que no demostraron dentadura y 46.6% (144) la dentadura era incompleta, Siendo este problema más en los hombre en ambas situaciones. (Ver Tabla 10)

Al investigar sobre la atención en salud que reciben; se encontró que el 35.9% de los adultos mayores había sido atendido entre los 7 a 30 días previo a la entrevista. El 20.1% (62) son las mujeres quienes más han demandado atención médica.

El 37.2% habían visitado al médico por cita subsecuente, el 33.0% fue atendido en los centros de salud y el 38.2% en hospitales.

Cuando se les pregunto si habían estado hospitalizados en los últimos 3 meses 16.5% refirió que sí, y el 55.0% afirmaron que les han garantizado el tratamiento en la unidad asistencial que fueron atendidos.

El 6.8% han requerido según lo señalado de algún proceso quirúrgico. El 52.4% mencionaron que la atención que les brindaron fue buena. (Ver tabla 11).



8. DISCUSIÓN

La cantidad de adulto mayores entre la edades de 60 a 71 año que concentra a más 41.4% de los entrevistado no es una casualidad, lógicamente es el resultado de la expectativa de vida que tiene la población en nuestro país que es una de las más baja en la región latinoamericana con declinación en frecuencia en los siguientes grupos de mayor edad. (O. M. Palomino, 2011). Otros elementos importante de mencionar sobre las características de los adultos mayores, es la relación no intencionada entre hombres y mujeres que comparativamente, es 1.4 hombre por cada mujer, relación que ante de la tercer edad la proporción de mujeres es mayor hasta 4 o 5 veces más, consideraríamos en este caso las mujeres están presentado una mayor tasa de mortalidad que llega a tener una comparación similar.

El nivel educativo bajo que predomina en la mayoría de los adultos mayores es parte históricamente a las condiciones de accesibilidad que mucha de la población en Nicaragua que en los años 50 hasta los 70 vivieron. Actualmente generan situaciones de alta dependencia porque inclusive se asociaban a la poca oportunidad de empleo que ha existido que no les permitió el cotizar para su jubilación. Hay otros estudio realizados en Cuba por Reyes y Gonzales en Chile, (Reyes, 2008) (A. M. González Rodríguez, 2008) que tienen características similares que son parte del contexto social que vivió en aquel entonces esta población de adulto mayores.

En nuestro estudio encontramos que algunos de los adultos mayores que aún trabajan es porque persisten responsabilidades familiares de crianza de nietos que se dedican a la labor informar como el comerciό no de grandes movimiento de dinero sino el hecho de venta de helado, algodón de azúcar, frituras y frutas como lo logramos observar al momento de la entrevista, nos llama mucho la atención que solo el 13% de todos los entrevistado, son beneficiado por pensión, diríamos que por esta situación también tienen que laborar de esta manera.

Al adulto mayor debe dársele la oportunidad de seguir siendo parte del sistema productivo en actividades que le permitan sentirse útil. (Flores, 2005) Sin perder la objetividad de mejorar su calidad de vida no bajo presión u obligatoriedad.



Recordemos que son población que alguna patología crónica degenerativa asociada a los cambios fisiológicos que reduce sus capacidades, se encuentran datos acerca de la salud de estos adultos y como secuencia de sus posibles herencia genética el padecimiento de HTA Crónica curiosamente más que el padecer de DM tipo 2. Pero hay estudio que refiere que la mayor prevalencia es la DM Tipo 2 y no la HTA, (Mifamilia, INSS, OPS, 2000) Se piensa que la característica de este resultado puede deberse al número de pacientes que es considerable que presenta ERC y cardiopatías que influyen inicialmente en el padecimiento de HTA sin establecer el diagnóstico definitivo principalmente.

En ambos casos el padecimiento de una o la otra tiene que ver mucho con el desarrollo del reciente enfoque integral de la atención primaria de la salud basada en la comunidad, también son enfermedades basadas a los cambios en los patrones de muerte enfermedad e invalidez producto de transformaciones sociales económicas, pasan de los procesos meramente infecciosos a procesos degenerativos y crónicos asociados a factores genéticos que se pueden sospechar según como muestran nuestros resultados.

Otros elementos que interfieren en la aparición de los cambios de los patrones de enfermedad y muerte, los hábitos tóxicos que aunque muchos a esta edad dejaron de frecuentar, hay otros que aún siguen consumiendo tabaco y licor y consumen café como parte de la dieta sin ningún aporte nutricional. Se sabe que el consumo del alcohol, fumar y uso de droga dejan marcadas secuelas en estas edades sumado también con daños a órganos importantes causados generando HTA y la DM tipo 2 que actúan de manera silenciosa y el individuo se da cuenta que la padece demasiado tarde o bien contribuyen en acelerar el rápido proceso de degeneración de las enfermedades ya existentes.

Es lógico pensar que si son pocos los pensionados la gran mayoría asiste a los sistemas públicos de salud donde son pocas las alternativas farmacológicas en inclusive pacientes que presentan asociadas tres patologías y por tal razón el consumo de Enalapril, Glibenclámido o Metformina es evidente que lo más que consumen además que son las enfermedades como ya lo mencionamos más prevalentes de la población estudiada. De acuerdo a los resultados también se identificó el uso de estos fármacos con la combinación



de múltiples fármacos que es un problema propio de la edad, la polifarmacia aumenta el posible riesgo de descompensación de su enfermedad de base.

Los resultado de la polifarmacia se contraponen a los efectos deseables de otro fármaco como el consumo de antiácidos y antihipertensivo o hipoglucemiante donde se reduce la capacidad de absorción y por ende su efecto benéfico. O el consumo de dos fármacos que deteriora la salud con la aparición de efectos colaterales, uso de ibuprofeno o diclofenaco junto con aspirina o cualquiera que irrita la mucosa gástrica. También hay combinaciones de carbamazepina con alprazolam.

Queremos mencionar que no logramos identificar el tiempo de padecimiento que tienen los adultos mayores sobre estas enfermedades descritas posiblemente se deba a un sesgo de memoria por parte de ellos ya que mucho no recordaban el tiempo de padecerla, ni tampoco obtuvimos información sobre esto de parte de sus familiares.

Los estados patológicos actuales que presentan los adultos mayores como procesos agudos infecciosos en el 8.8% de ellos fueron procesos gripales que hay que recordar que la población está expuesta a presentar más de tres episodios en el año.

Los otros estados de salud señalados que presentan son las alteraciones en el sueño, falta de apetito, problema de defecación, incontinencia urinaria, dificultad para caminar, el ponerse de mal humor y llorar o deprimirse fácilmente, quienes la presentan en su gran mayoría son mujeres.

Muchas de estas situaciones son debidas a los procesos degenerativos propios de la edad unos contribuyen sobre otros deteriorando más su estado psicológico y a la vez su estado físico y emocional generando mayor dependencia.

Según estos datos de salud actual se puede decir que la necesidad de muchos de estos va requiriendo la atención especializada que en nuestro país no es suficiente para ir asumiéndola aunque va incrementando el número de más adultos mayores.

También la necesidad de incrementar la cobertura de atención por clínicas de odontología y psicología es importante se observa como entre 90 a 144 adultos mayores no tienen



dentadura o la tienen incompleta y el sistema de salud nacional no garantiza dicho servicios a esta población vulnerable e inclusive por los altos costo que tienen tratarse de manera particular el problema odontológico.

Aunque se demostró que la gran mayoría en los últimos 7 a 30 días han visitado las unidades de salud y lo han hecho por citas de seguimiento, recordemos que la mayoría padecen de enfermedad crónica degenerativa, recibiendo el beneficio de una buena consulta y la gratuidad de los medicamentos según ellos así lo expresaron, esto con el sistema de atención pública, sin embargo cuando evaluamos uso de medicamento en relación a la patología que presentaban se observó un uso irracional de combinaciones terapéutica que probablemente no sea una indicación especializada bajo el reconocimiento individual de cada uno de los adultos mayores que la padecen, basado más en los requerimiento que tienen el sistema de salud que de las necesidades de la población afectada.



9. CONCLUSIONES

1. La población de adultos mayores que se logró entrevistar en su mayoría son de la tercera edad. Predominantemente con bajo nivel de escolaridad, dependiente económicamente las dos terceras parte de los ellos y son pocos los que tienen el beneficio de ser pensionado. De los que aun trabajan se dedican al comercio de bajos ingresos.
2. La HTA crónica se presenta en dos terceras parte de los adultos entrevistados y casi un tercio refirió que también sus familiares la padecieron. En segundo lugar de antecedentes patológico es la DM tipo 2 que no corresponde a los reconocido que esta patología es más frecuente que la anterior pero el resultado puede deberse al padecimientos de patología inicial que causa incremento de la presión. La artritis reumatoide las cardiopatías y las enfermedades gastrointestinales son también los padecimiento concomitante con las dos anteriores.
3. Debido al padecimiento concomitante de múltiples patología los adultos entrevistados están expuesto al uso de polifarmacia que muchos se contraponen a los efectos beneficiosos y general mayor daño a la salud.
4. Los adultos mayores presentan en orden de frecuencia; problemas para conciliar el sueño, la falta de apetito y dificultad para caminar en los individuos de menor edad, frecuente más en mujeres. Los problema para defecar y la incontinencia urinaria se da más en los adultos entre 72 a 81 año pero siempre en mujeres. Todas estas patologías son menos frecuentes en los adultos que trabajan y son independientes.
5. Los adultos mayores entre 60 a 71 años de edad principalmente los varones menos de 12% se deprimen y lloran más fácilmente que las mujeres. También otro problema a la salud es la afectación de la dentadura. Se reconoce como problema agudo que manifestaron al momento de la entrevista en bajo porcentaje es la gripe.
6. Se reconoce que el sistema de atención en salud pública es el que más hacen uso los adultos mayores que consideran buena, donde se le garantizan su medicamento algunos sin racionalización y exposición a mayores daños.



10. RECOMENDACIONES

Las instituciones públicas como Mi familia, MINED, MINSA

1. Promover la creación de clubes de ancianos que permitan la iniciativa de crear alternativas recreativa, educativa, así como valorar la posibilidad de integrarlo a la productividad e integración social sin obligaciones ni compromisos que mantengan su independencia y puedan tener un lugar en la vida familiar en unión con la comunidad.

El Ministerio de Salud.

2. Ir visionando la posibilidad de brindar sistema de salud integrar para el adulto mayor a través de la contratación de especialista en geriatría y ampliación de cobertura para los programas de odontología y salud mental que garantice atenciones más acorde a la necesidad del adulto mayor.

A nivel de la Universidades que crean recurso en atención en salud.

3. Promover la formación de especialista en gerontología y geriatría basado en la necesidad de cobertura nacional para la atención de los adultos mayores.

A nivel de las autoridades comunales del municipio de San Rafael del Sur.

4. Colocar en primer plano o de orden de prioridad la población de grupo vulnerable en las obras o proyecto conociendo que son las mujeres de la tercera edad, a beneficios que brinda la alcaldía bajo la supervisión de las instituciones como Mi familia y el MINSA. Al generar sistema de comedores o generación de empleos artesanales acorde a la capacidad de los adultos mayores.

A nivel social de asociaciones.

5. Proponer la afiliación a la asociación del adulto mayor aquellas personas que su demanda sea también por permitir mejoras sociales y reivindicación de su integración social en todos los aspectos de sus necesidades.



11. BIBLIOGRAFÍA

- Flores, L. C. (10 de Junio de 2005).
<http://www.monografias.com/trabajos23/tercera-edad-educacion/tercera-edad-educacion.shtml>.
- Gonzáles , A. R., & Palma , M. L. (Abril - Junio de 2008).
<http://www.redalyc.org/pdf/1804/180418959007.pdf>. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*.
- H. Gac, M. T. (2000). *Manual de Geriatria y Gerontologia* . Chile : Universidad Catolica de Chile .
- INIDE. (2008). *San Rafael del Sur en Cifras* . Managua .
- Instituto Nacional de las persona Adultas Mayores . (2004). *Modelo de Atención en Gerontología* . Mexico D,F.
- L., P. P. (2000). *Capítulo IV. Grandes Síndromes Geriátricos. Hipotermia*. Valparaiso. Chile: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE.
- Lara , N. O., & López , L. C. (2014). *Caracterización de la Morbilidad de los adultos mayores que viven en el casco urbano del Municipio de Jinotepe - Carazo* . Jinotepe .
- M., M. T. (2000). *Envejecimiento Biológico*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Catolica de CHile.
- Mifamilia, INSS, OPS. (2000). *Caracterización del Adulto Mayor en Nicaragua*. Managua.
- MINSA, Centro de Salud San Rafael del Sur. . (2015). *Censo de la Población*. San Rafael de Sur .



- Norori., M. L. (Enero de 2008).
http://www.pacificu.edu/chp/international/nicaragua/beforeYouGo/Investigacion_Hogares_en_Nicaragua_copy.pdf.
- O. M. Palomino, D. F. (Agosto - Diciembre de 2011). Problemática de la vida cotidiana en la tercera edad. Cineguilla., Perú.
- OMS - OPS . (2011). *Problema de Salud en grupo específico de Población Nicaragua* . Managua .
- OMS. (2001). *Campaña de la OMS por un envejecimiento activo*.
- OMS. (2012). *10 datos sobre el envejecimiento de la población*. Washington DC.
- OPS - OMS - MINSA Nicaragua. . (2011). *Indicadores Demograficos Nicaragua 2005 - 2010*. Managua: Dirección General de Planificación y Desarrollo Oficina Nacional .
- OPS - OMS. (s.f.). Valoración Clínica del Adulto Mayor. *Valoración Clínica* .
- Popolo, F. d. (Noviembre 2001 de 2001).
<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/9259/LCL1640.pdf>.
- Reyes, L. A. (2008). *http://www.facso.uchile.cl/observa/tesis_arias.pdf*.
- Rugama, H. M. (29 de Mayo de 2015). Gobierno aumenta la pensión reducida para los adultos mayores. *El Nuevo Diario*.
- T, J. S. (2000). *Tópicos de Psicogeriatría. Capítulo III. Conceptos generales sobre práctica clínica geriátrica. Manual de Geriatria* . Valpaso : PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE.



XIII. ANEXOS



**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
FACULTAD DE MEDICINA**

Tema: Caracterización de la Morbilidad de los Adultos Mayores que viven en el área urbana del municipio de San Rafael del Sur - Managua. II Semestre 2015.

Nota: La información será recolectada por los mismos investigadores de la entrevista estructura que se le hará a los adultos mayores

I. Datos generales

- a. Edad años
- b. Sexo
- c. Estado civil
- d. No de Hijos
- e. Religión
- f. Escolaridad alcanzada
- g. Trabaja actualmente: Si No Es dependiente o independiente:
- h. Profesión que desempeñaba)
- i. Recibe el beneficio de la pensión del INSS Si NO

II. Hábitos tóxicos y antecedentes familiares y personales

1. Fuma Si No desde cuándo?
2. Consume licor Si No desde cuándo?
3. Consumo de café o té
4. Ha usado tipo de droga Si No desde cuándo?

Antecedentes Familiares	Respuesta		Familiar que la padeció	Antecedentes Familiares	Respuesta		Tiempo de padecerla
	Si	No			Si	No	
HTA				HTA			
Diabetes				Diabetes			
Artritis reumatoidea				Artritis reumatoidea			
Cardiopatía				Cardiopatía			
Enfermedad renal				Enfermedad renal			
Epilepsia				Epilepsia			
Trastornos mentales				Trastornos mentales			
Trastornos visuales				Trastornos visuales			
Trastornos auditivo				Trastornos auditivo			
Enf. Gastrointestinal				Enf. Gastrointestinal			
Hipercolesterolemia				Hipercolesterolemia			
Osteoporosis				Osteoporosis			
Canceres Cuál				Canceres Cuál			
Tb pulmonar				Tb pulmonar			
EPOC				EPOC			
Otras cuál				Otras cuál			



III. Datos del estado de salud actual. Marque de acuerdo a lo solicitado

1. Ud. Está muy gordo o delgado si no
2. Tiene problemas para conciliar el sueño si no
3. Toma alguna medicina para dormir si no
4. Padece de falta de apetito si no
5. Tiene problema para defecar si no
6. Tiene actividad sexual si no
7. Se orina sin querer si no
8. Se defeca sin querer si no
9. Tiene dificultad para caminar si no que medio auxiliar usa si no
10. Tiene secuela de ACV si no
11. Se cansa fácilmente al realizar actividades de leve a moderado esfuerzo si no
12. Que problemas de visión tiene
13. Qué enfermedad aguda tiene actualmente
14. Tiene lesiones en la piel, piel enrojecida o úlceras en alguna parte del cuerpo si no
15. Si tiene alguna lesión en su piel quien lo cura
16. Se ha caído en los últimos 3 meses todo el tiempo si no
17. Vive molesto y disgustado todo el tiempo Si no
18. Lloro y se deprime fácilmente Si no
19. Hablan incoherencia o no se entiende lo que dice Si no
20. No muestra dentaduras si no pero es incompleta

IV. Atención medica

Preguntas	Respuesta una sola
Cuando fue la última vez que fue atendido por un medico	Dentro de los últimos 7 días__entre 7 a 30 días__entre 1 a 12 meses__más de 1 año
Porque fue atendido	Por el control de rutina__por alguna cita__por que se sintió mal__ por alguna emergencia
Donde fue atendido	En CS__en Hospital__en la CMP__medico particular o privado__
Ha estado hospitalizado en los últimos 3 meses	Si__NO__
Le han garantizado el tratamiento al buscar atención	Si__NO__
Si requirió de algún procedimiento quirúrgico. Se lo realizaron	Si__NO__no requirió__
La atención fue	Buena__Regular__Mala__
Quien lo acompaño	

Muchas Gracias!!!!



Hoja de Consentimiento Informado
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua
Recinto Universitario Rubén Darío.
UNAN – MANAGUA
Facultad de Medicina

“Caracterización de la Morbilidad de los Adultos Mayores que viven en el Área Urbano del Municipio de San Rafael del Sur – Managua. II. Semestre 2015.”

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Caracterizar la morbilidad de los adultos mayores del municipio de San Rafael del Sur demostrara las verdades condiciones y necesidades que deben de ser visualizadas. Para crear conciencia, sensibilizar a las autoridades decisoras.

Su colaboración y participación en este estudio nos será de mucha ayuda, y es totalmente voluntaria y no necesita dar a conocer su nombre en el cuestionario a llenar. Usted puede elegir participar o no hacerlo en este momento o en cualquier otro mientras estemos en el proceso de recolección de la información.

El tiempo estimado para llenar el cuestionario es de 15 a 20 minutos.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme en el transcurso del llenado del cuestionario por mi descuerdo si existiera alguna razón.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____



ANEXOS 3

Tabla. 1.

Características Generales de los Adultos Mayores que viven en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.

		n= 309	
Datos Generales		Frec.	%
Edad			
	60 a 71 años	128	41.4
	72 a 81	116	37.5
	82 a 100	65	21.0
<hr/>			
Sexo			
	Masculino	180	58.3
	Femenino	129	41.7
<hr/>			
Estado civil			
	Casado	139	45.0
	Soltero	80	25.9
	Acompañado	12	3.9
	Viudo	71	23.0
	Divorciado	7	2.3
<hr/>			
Numero de hijo			
	Ninguno	13	4.2
	1 a 5	159	51.5
	6 a10	123	39.8
	mas 10	14	4.5
<hr/>			
Religión			
	Católico	121	39.2
	Evangélico	107	34.6
	Mormón	1	0.3
	Ninguno	53	17.1
	Protestante	21	6.8
	Testigo jehovás	6	1.9

Fuente. Entrevista a los adultos mayores.



Tabla No. 2

Características Generales de los Adultos Mayores que viven en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.

n= 309

Datos Generales	Frec.	%
Escolaridad		
Analfabeta	15	4.9
Alfabetizada	24	7.8
Primaria incompleta	213	68.9
Secundaria incompleta	36	11.7
Universitario/a	21	6.8
Trabajan Actualmente		
Si	74	23.9
No	235	76.1
Profesión a la que se dedica actualmente		
Agricultor	7	2.3
Ama de c	8	2.6
Comerciante	14	4.5
Ninguna	236	76.4
Otras	44	14.2
Beneficiario por pensión de Jubilación		
Si	139	45.0
No	170	55.0

Fuente. Entrevista a los adultos mayores.



Tabla No. 3

Hábitos tóxicos e inicio de consumo de los Adultos Mayores que viven en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.

n= 309

Hábitos Tóxicos	Inicio de consumo (en años)									
	Total		15 a 25		26 a 40		Después 40		No consumen	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fuman	55	17.8	15	4.8	24	7.7	16	5.1	254	82.2
Consumen licor	53	17.2	15	4.8	26	8.4	12	3.8	256	82.8

Fuente. Entrevista a los adultos mayores.



Tabla No. 4

Antecedentes patológico familiares de los Adultos Mayores que viven en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015. .

n= 309

Hábitos Tóxicos	frec	%
HTA Crónica	195	63.1
Dm tipo 2	159	51.5
Artritis R	65	21.0
Cardiopatía	56	18.1
Enfermedad Renal crónica	51	16.5
Epilepsia	22	7.1
Trastorno Mentales	30	9.7
Trastornos visuales	41	13.3
Trastorno Auditivo	25	8.1
Trastorno Gastrointestinales	51	16.5
Hipercolesterolemia	22	7.1
Osteoporosis	23	7.4
Cáncer	36	11.7
TB pulmonar	7	2.3

Fuente. Entrevista a los adultos mayores.



Tabla No. 5

Antecedentes patológicos personales y fármacos que consumen de los Adultos Mayores que viven en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.

n=309

Fármaco que consumen	Patología que padece							
	HTA n = 166		Diabetes n = 138		Artritis Reumatoide n = 144		Cardiopatías n = 71	
	n	%	n	%	N	%	N	%
Solo Enalapril	32	10.3	9	2.9	12	3.9	8	2.6
Enalapril + Glibenclamida	17	5.5	17	5.5	-	-	-	-
Enalapril + Ibuprofeno + aspirina	23	7.4	2	0.6	25	8.1	8	2.6
Enalapril + Insulina	23	7.4	22	7.1	2	0.6	-	-
Enalapril + Glibenclamida + Metformine	29	9.4	24	7.7	-	-	-	-
Lozartan + Ibuprofeno	11	3.6	6	1.9	11	3.6	9	2.9
Lozartan + hipoglicemientes o insulina	3	0.9	-	-	-	-	-	-
Solo Lozartan	10	3.2	-	-	-	-	9	2.9
Atenolol + ASA	8	2.6	-	-	5	1.6	15	4.8
Solo AINES	6	1.9	5	1.6	63	20.4	6	1.9
No toman nada	3	0.9	3	0.9	5	1.6	2	0.6
Solo insulina	1	0.3	50	16.2	19	6.1	8	2.6
Omeprazol	-	-	-	-	2	0.6	-	-

Fuente. Entrevista a los adultos mayores.



Tabla No. 6

Antecedentes patológicos personales y fármacos que consumen de los Adultos Mayores que viven en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.

n=250

Patología que padece	Fármaco que consumen							
	Enf. Renal n = 64		Epilepsia n = 5		Enf Gastrointestinal n = 80		EPOC n = 35	
	n	%	n	%	N	%	N	%
Solo Enalapril	6	1.9	-	-	10	3.2	6	1.9
Enalapril + aspirina	-	-	-	-	20	6.4	-	-
Enalapril + Bromuro de Ipatropio	-	-	-	-	2	0.6	17	5.5
Enalapril + Aspirina + Omeprazol	16	5.2	-	-	18	5.8	-	-
Aspirina + ibuprofeno + Omeprazol	8	2.6	-	-	15	4.8	2	0.6
Enalapril + furosemida	-	-	-	-	1	0.3	-	-
Enalapril + ibuprofeno	8	2.6	-	-	5	1.6	-	-
Lozartan + ASA	11	3.6	2	0.6	5	1.6	-	-
Lozartan + Salbutamol	-	-	-	-	-	-	7	2.3
Carbamazepina + Enalapril	-	-	3	0.9	-	-	-	-
Solo AINES	10	3.2	-	-	-	-	-	-
No toma nada	3	0.9	-	-	2	0.6	3	0.9
Omeprazol	2	0.6	-	-	2	0.6	-	-

Fuente. Entrevista a los adultos mayores.



Tabla No. 7

Estado de salud actual según Características Generales de los Adultos Mayores que viven en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.

n= 309

Características Generales	Estado de salud Actual									
	Percibe alteración de su peso n = 119		Problema para conciliar el sueño n = 138		Toma medicina para dormir n = 61		Tienen falta de apetito n = 155		Problema de defecación n = 98	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad										
60 a 71 años	36	11.7	61	19.8	27	8.7	56	18.1	35	11.3
72 a 81	51	16.5	44	14.3	14	4.5	57	18.4	37	12.0
82 a 91	32	10.4	33	10.7	20	6.5	42	13.6	26	8.4
Sexo										
Masculino	72	23.3	81	26.3	36	11.7	84	27.2	56	18.1
Femenino	47	15.2	57	18.5	25	8.1	71	23.0	42	13.6
Estado Civil										
Casado	45	14.6	56	18.2	27	8.7	55	17.8	41	13.3
Soltero	32	10.4	43	14.0	21	6.8	59	19.1	34	11.0
Acompañado	5	1.6	6	1.9	2	0.6	7	2.3	5	1.6
Viudo	32	10.4	29	9.4	10	3.2	32	10.4	18	5.8
Divorciado	5	1.6	4	1.3	1	0.3	2	0.6	-	-
Trabajan Actualmente										
Si	24	7.8	31	10.1	13	4.2	38	12.3	24	7.8
No	95	30.7	107	34.7	48	15.5	117	37.9	74	23.9
Reciben Pensión										
Si	56	18.1	64	20.8	25	8.1	65	21.0	32	10.4
No	63	20.4	74	24.0	36	11.7	90	29.1	66	21.4

Fuente. Entrevista a los adultos mayores.



Tabla No. 8

Estado de salud actual según Características Generales de los Adultos Mayores que viven en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.

n= 309

Características Generales	Estado de salud Actual									
	Tienen actividades sexuales n = 64		Incontinencia urinaria n = 69		Incontinencia intestinal n = 25		Dificultad para caminar n = 136		Tienen secuela de ACV n = 35	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad										
60 a 71 años	43	13.9	21	6.8	6	1.9	39	12.6	10	3.2
72 a 81	18	5.8	21	6.8	4	1.3	49	15.9	13	4.2
82 a 91	3	1.0	27	8.7	15	4.9	48	15.5	12	3.9
Sexo										
Masculino	49	15.9	45	14.6	15	4.9	79	25.6	23	7.4
Femenino	15	4.9	24	7.8	10	3.2	57	18.4	12	3.9
Estado Civil										
Casado	41	13.3	27	8.7	10	3.2	56	18.1	17	5.5
Soltero	12	3.9	21	6.8	6	1.9	36	11.7	11	3.6
Acompañado	4	1.3	6	1.9	1	0.3	7	2.3	2	0.6
Viudo	5	1.6	15	4.9	6	1.9	34	11.0	4	1.3
Divorciado	2	0.6	-	-	2	0.6	3	1.0	1	0.3
Trabajan Actualmente										
Si	24	7.8	15	4.9	3	1.0	30	9.7	4	1.3
No	40	12.9	54	17.5	22	7.1	106	34.3	31	10.0
Reciben Pensión										
Si	33	10.7	32	10.4	9	2.9	55	17.8	13	4.2
No	31	10.0	37	12.0	16	5.2	81	26.2	22	7.1

Fuente. Entrevista a los adultos mayores.



Tabla No. 9

Estado de salud actual según Característica Generales de los Adultos Mayores que viven en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.

n= 309

Características Generales	Estado de salud Actual									
	Disnea de leve a moderada n = 157		Lesiones en piel incluida ulcera n = 25		Han sufrido caídas n = 51		Vive molesto o disgustado todo el tiempo n = 159		Lloran y se deprimen fácilmente n = 157	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad										
60 a 71 años	51	16.5	7	2.3	13	4.2	65	21.0	57	18.4
72 a 81	66	21.4	9	2.9	19	6.1	61	19.7	59	19.1
82 a 91	40	12.9	9	2.9	19	6.1	33	10.7	41	13.3
Sexo										
Masculino	91	29.4	11	3.6	33	10.7	101	32.7	67	21.7
Femenino	66	21.4	14	4.5	18	5.8	58	18.8	90	29.1
Estado Civil										
Casado	70	22.7	9	2.9	29	9.4	77	24.9	56	18.1
Soltero	41	13.3	7	2.3	13	4.2	54	17.5	50	16.2
Acompañado	8	2.6	3	1.0	-	-	6	1.9	5	1.6
Viudo	36	11.7	6	1.9	7	2.3	20	6.5	43	13.9
Divorciado	2	0.6	-	-	2	0.6	2	0.6	3	1.0
Trabajan Actualmente										
Si	36	11.7	6	1.9	12	3.9	42	13.6	38	12.3
No	121	39.2	19	6.1	39	12.6	117	37.9	119	38.5
Reciben Pensión										
Si	64	20.7	8	2.6	19	6.1	64	20.7	61	19.7
No	93	30.1	17	5.5	32	10.4	95	30.7	96	31.1

Fuente. Entrevista a los adultos mayores.



Tabla No. 10

Estado de salud actual según Característica Generales de los Adultos Mayores que viven en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.

n= 309

Características Generales	Estado de salud Actual					
	Hablan incoherencia n = 134		No muestra dentadura n = 91		Dentadura incompleta n = 144	
	n	%	n	%	n	%
Edad						
60 a 71 años	49	15.9	42	13.6	59	19.1
72 a 81	47	15.2	34	11.0	57	18.4
82 a 91	38	12.3	15	4.9	28	9.1
Sexo						
Masculino	88	28.5	51	16.5	84	27.2
Femenino	46	14.9	40	12.9	60	19.4
Estado Civil						
Casado	59	19.1	44	14.2	66	21.4
Soltero	45	14.6	21	6.8	35	11.3
Acompañado	9	2.9	2	0.6	7	2.3
Viudo	20	6.5	20	6.5	35	11.3
Divorciado	1	0.3	4	1.3	1	0.3
Trabajan Actualmente						
Si	30	9.7	23	7.4	33	10.7
No	104	33.7	68	22.0	111	35.9
Reciben Pensión						
Si	56	18.1	36	11.7	71	23.0
No	78	25.2	55	17.8	73	23.6

Fuente. Entrevista a los adultos mayores.



Tabla No. 11

Atención medica recibida de los Adultos Mayores que viven en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.

n= 309

Datos Generales	Frec.	%
Cuando fue la última vez que fue atendido por un médico?		
Últimos 7 días	56	18.1
Entre 7 a 30 días	111	35.9
Entre 1 a 12 meses	67	21.7
Más de 1 año	75	24.3
Porque fue atendido?		
Control de rutina	71	23.0
Por alguna cita	115	37.2
Se sintió mal	74	23.9
Por una emergencia	49	15.9
Donde fue atendido?		
Centro de salud	102	33.0
hospital	118	38.2
en CMP	45	14.6
M/ particular o privado	44	14.2
Ha estado hospitalizado en los últimos 3 meses		
Si	51	16.5
No	258	83.5
Le han garantido el tratamiento al buscar atención		
Si	170	55.0
No	139	45.0
Si requirió de algún procedimiento quirúrgico se lo realizaron		
Si	21	6.8
No	288	93.2
La atención fue?		
Buena	162	52.4
Regular	116	37.5
Mala	31	10.0

Fuente. Entrevista a los adultos mayores.

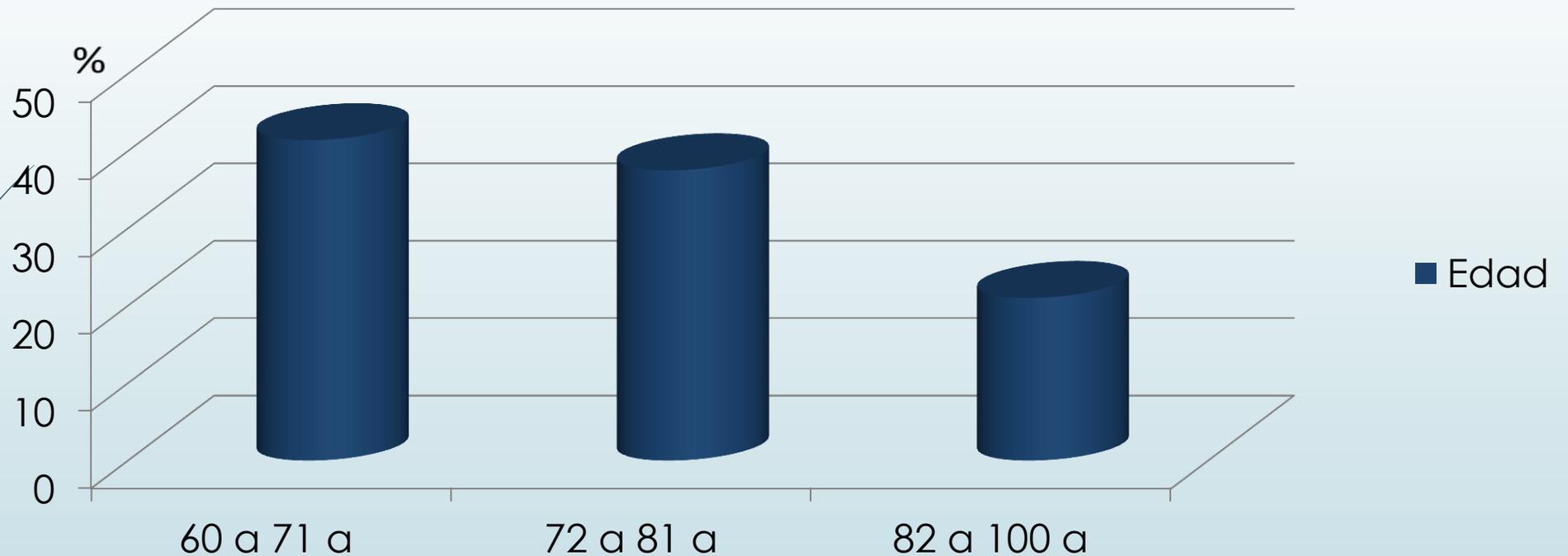
Anexos 3

RESULTADOS

Grafico 1.

Edad de los adultos mayores que viven en el en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.

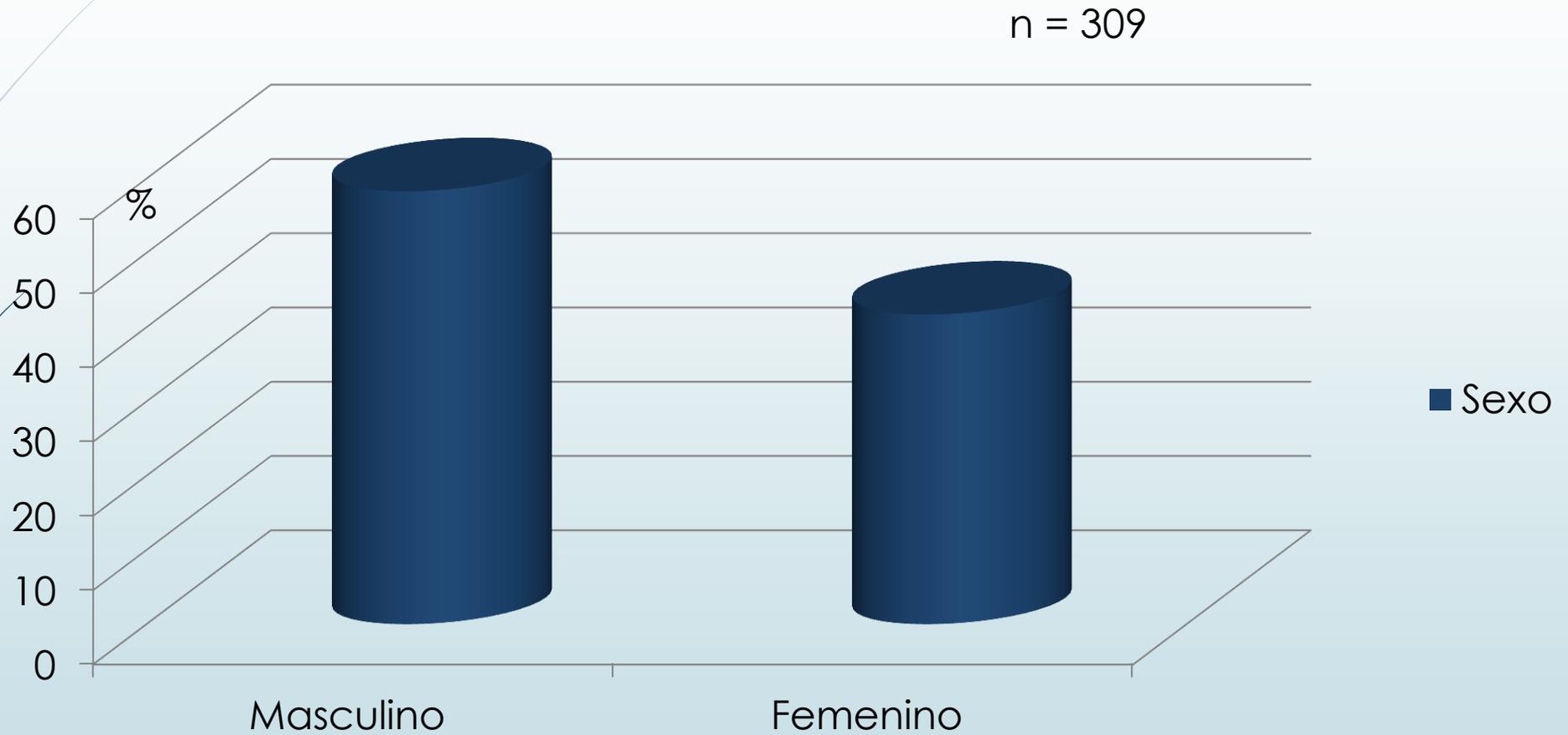
n = 309



Fuente: Tabla 1.

Grafico . 2

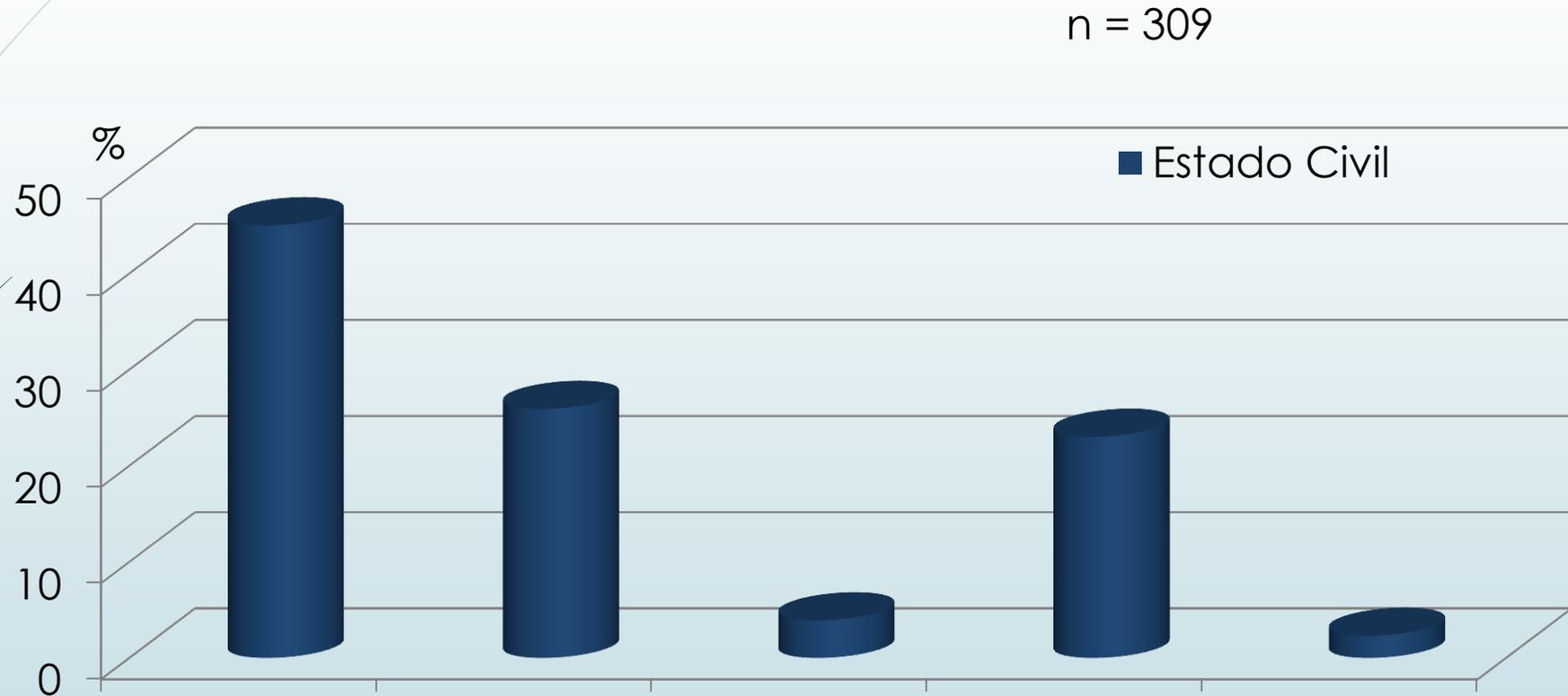
Sexo de los adultos mayores que viven en el en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.



Fuente: cuadro 1.

Grafico . 3

Estado Civil de los adultos mayores que viven en el en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.

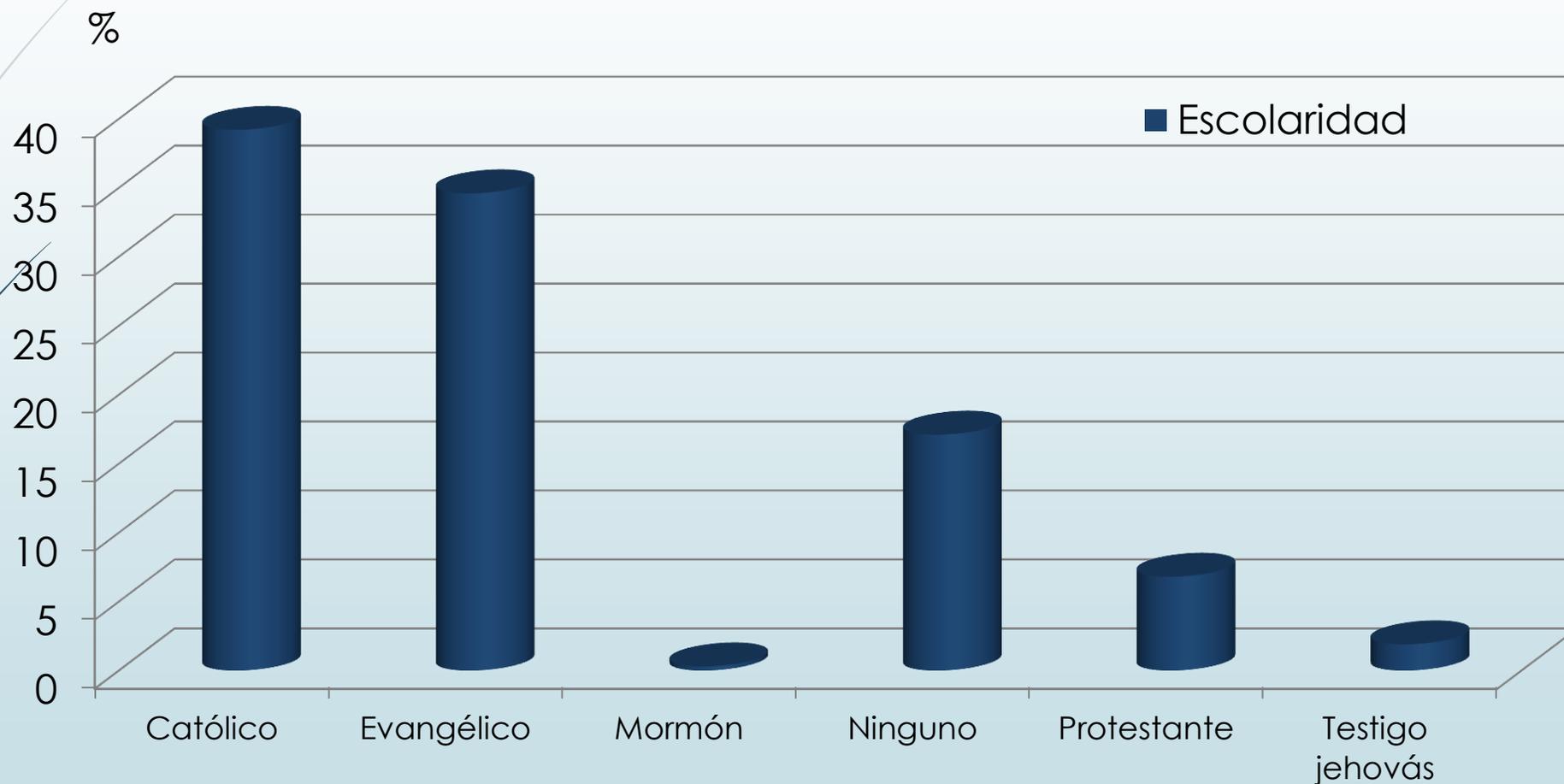


Fuente: cuadro 1.

Grafico. 4

Religión de los adultos mayores de los adultos mayores que viven en el en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.

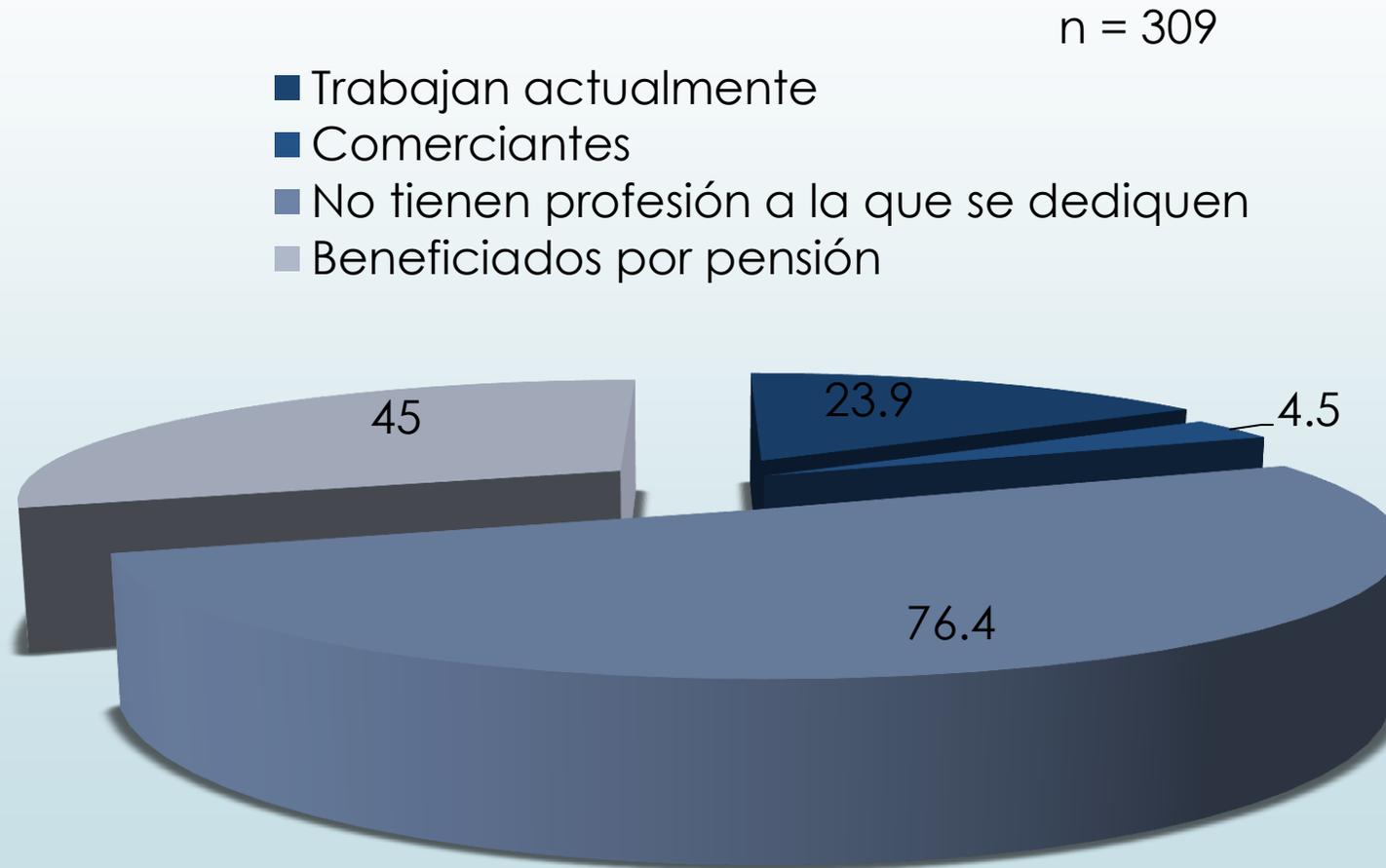
n = 309



Fuente: cuadro 2.

Grafico . 5

Elementos de adquisición económica de los adultos mayores que viven en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.



Fuente: cuadro 2.

Grafico . 7

Hábitos tóxicos de los adultos mayores que viven en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.

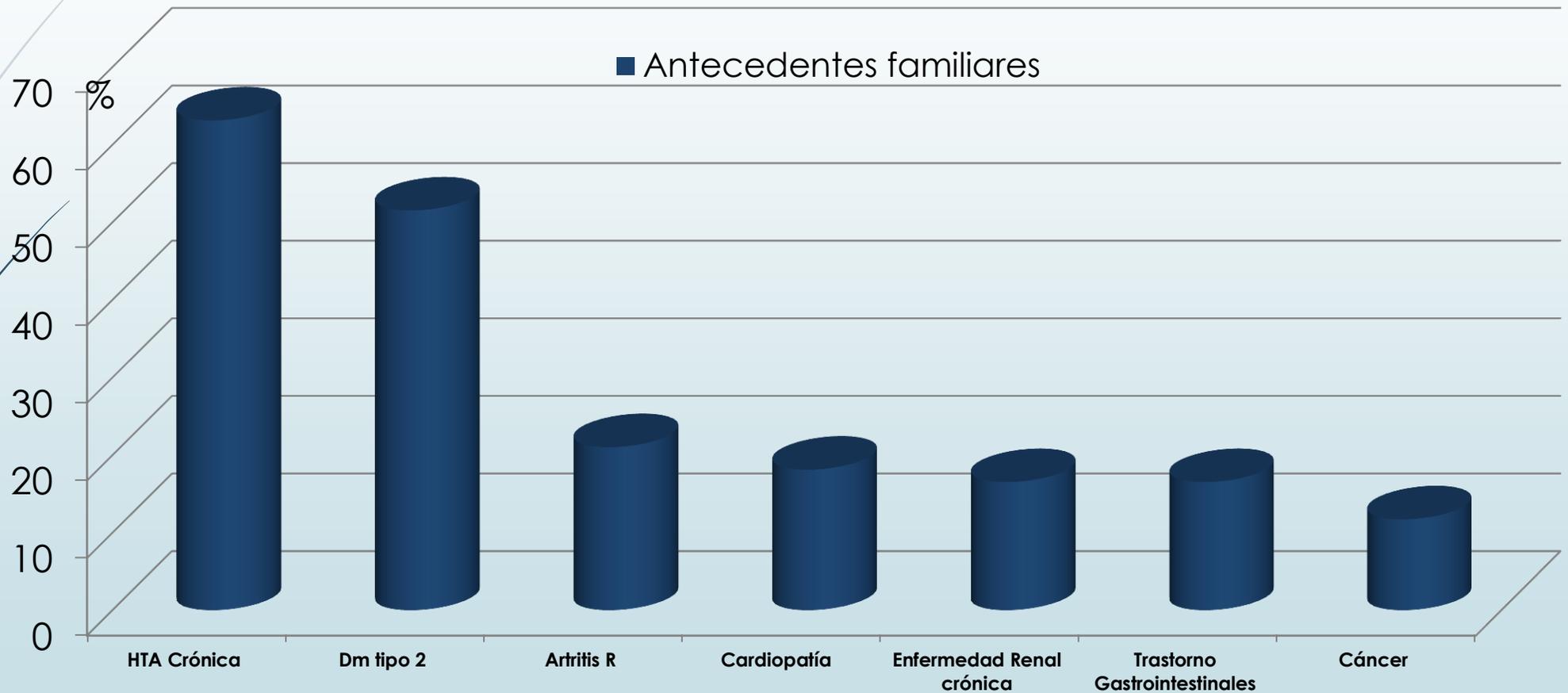


Fuente: cuadro 3.

Grafico . 7

Antecedentes patológico familiares de los adultos mayores viven en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.

n = 309

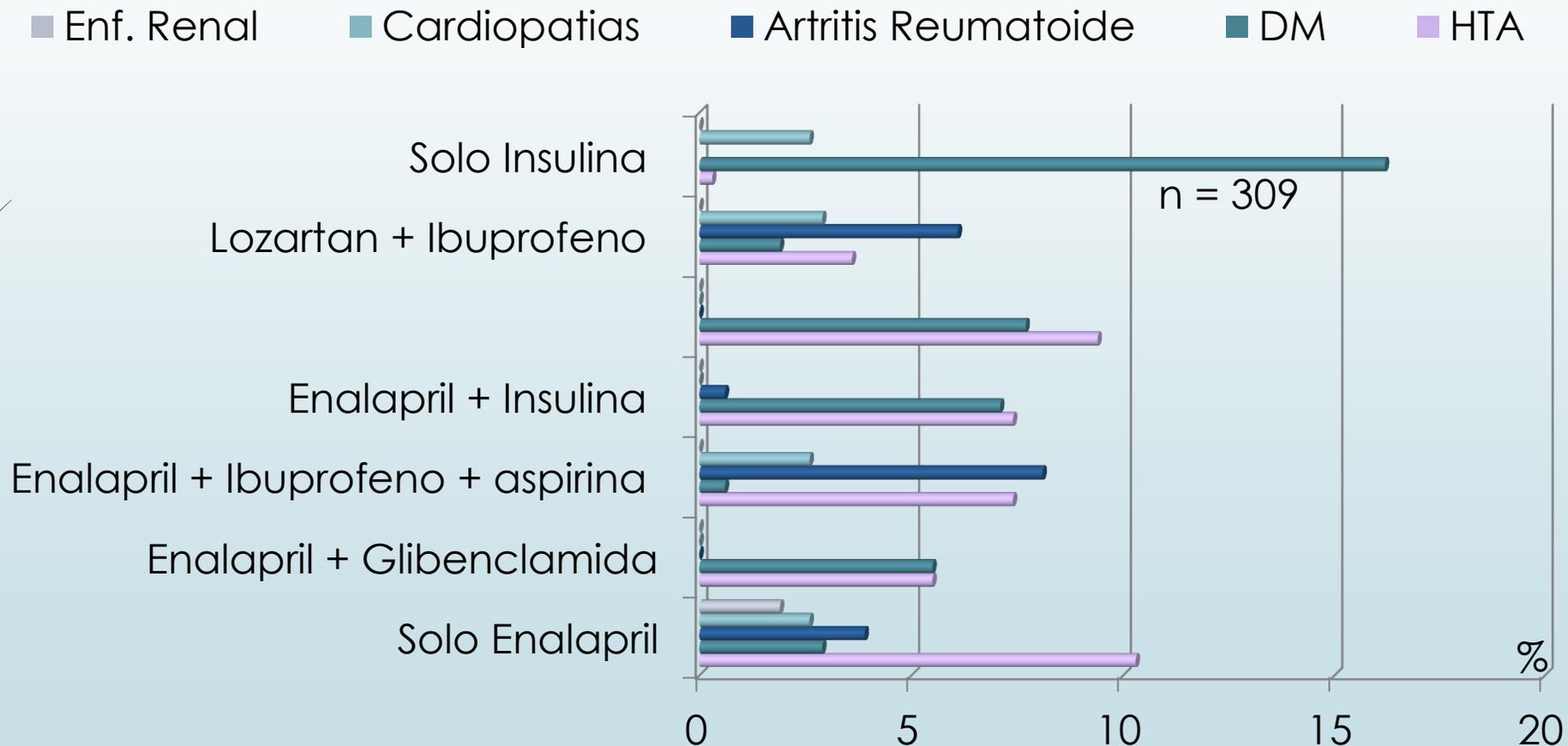


Fuente: cuadro 4.

Grafico . 8

Antecedentes patológicos personales y fármacos que consumen los adultos mayores que viven en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.

n = 309

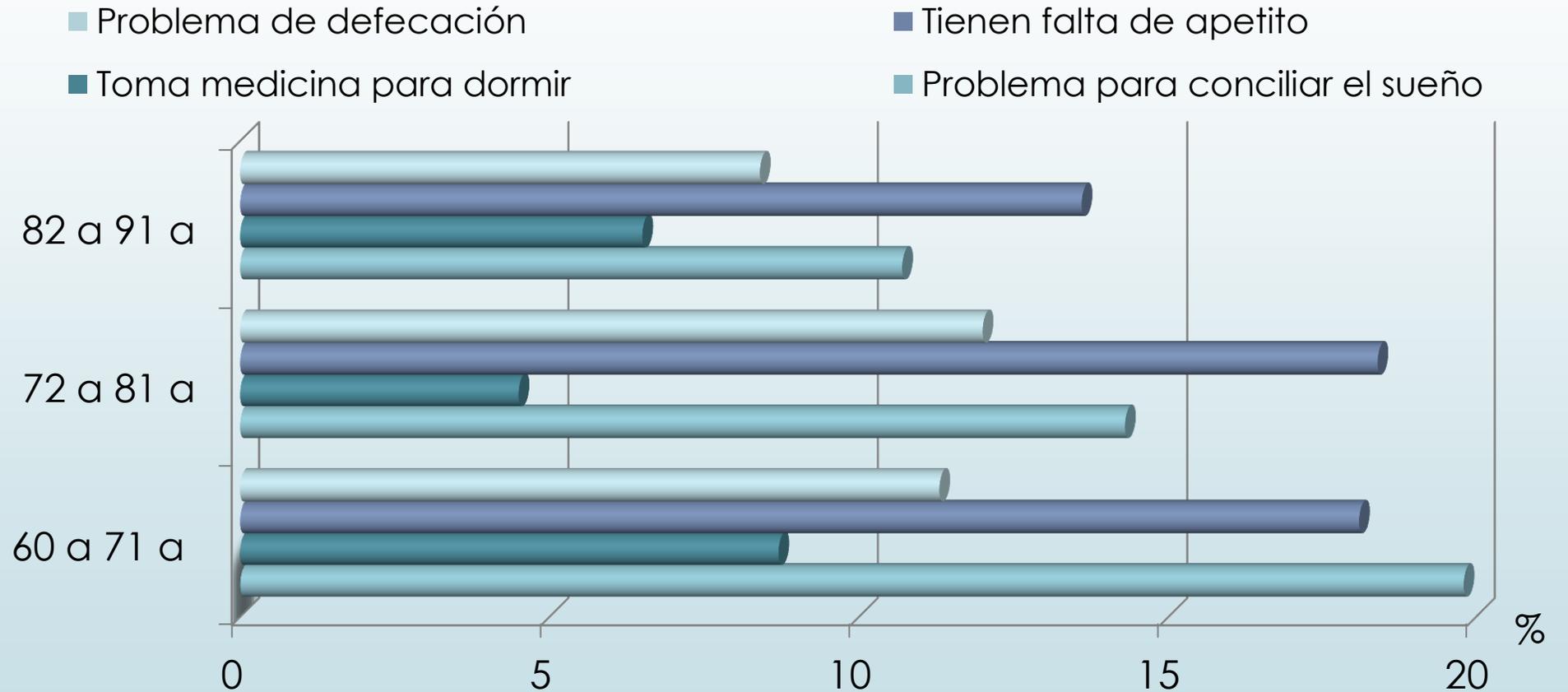


Fuente: cuadro 5 y 6

Grafico . 9

Estado de salud actual según Edad que refirieron los adultos mayores que viven en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.

n = 309



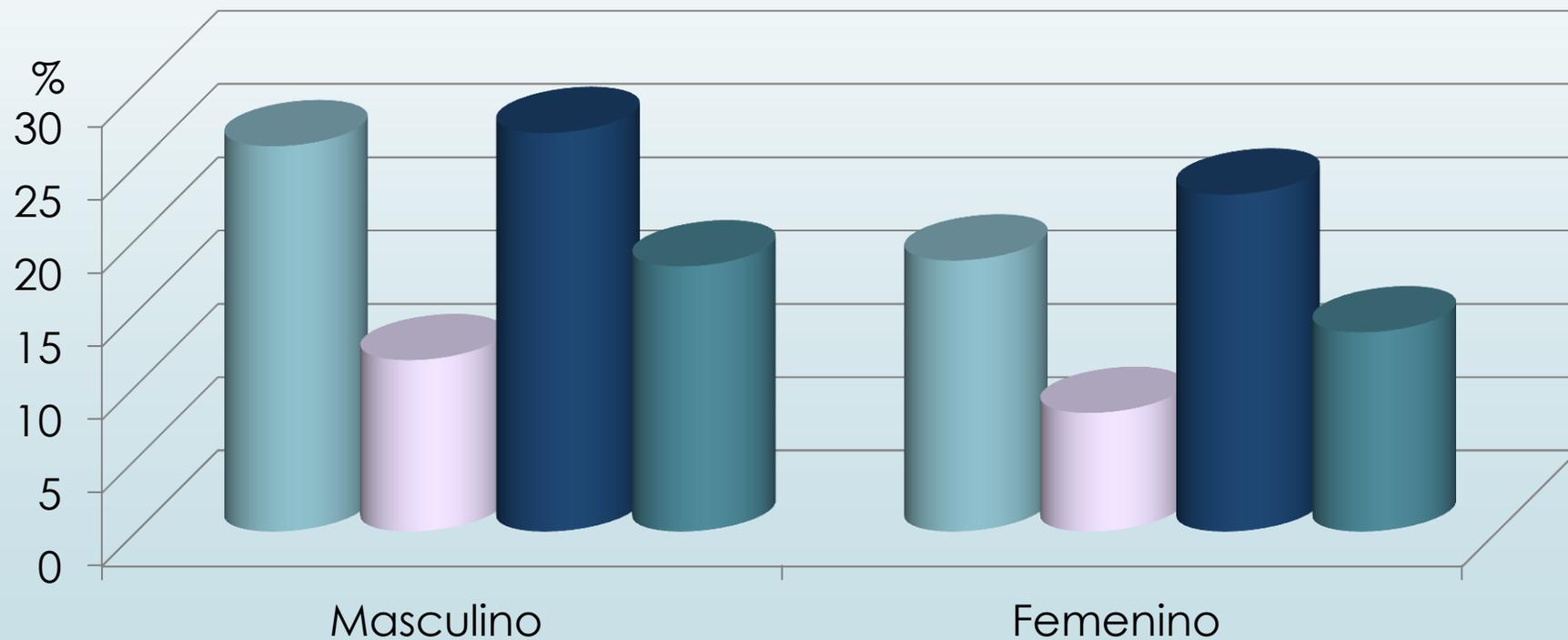
Fuente: cuadro 7

Grafico . 10

Estado de salud actual según sexo que refirieron los adultos mayores que viven en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.

n = 309

- Problema para conciliar el sueño
- Tienen falta de apetito
- Toma medicina para dormir
- Problema de defecación

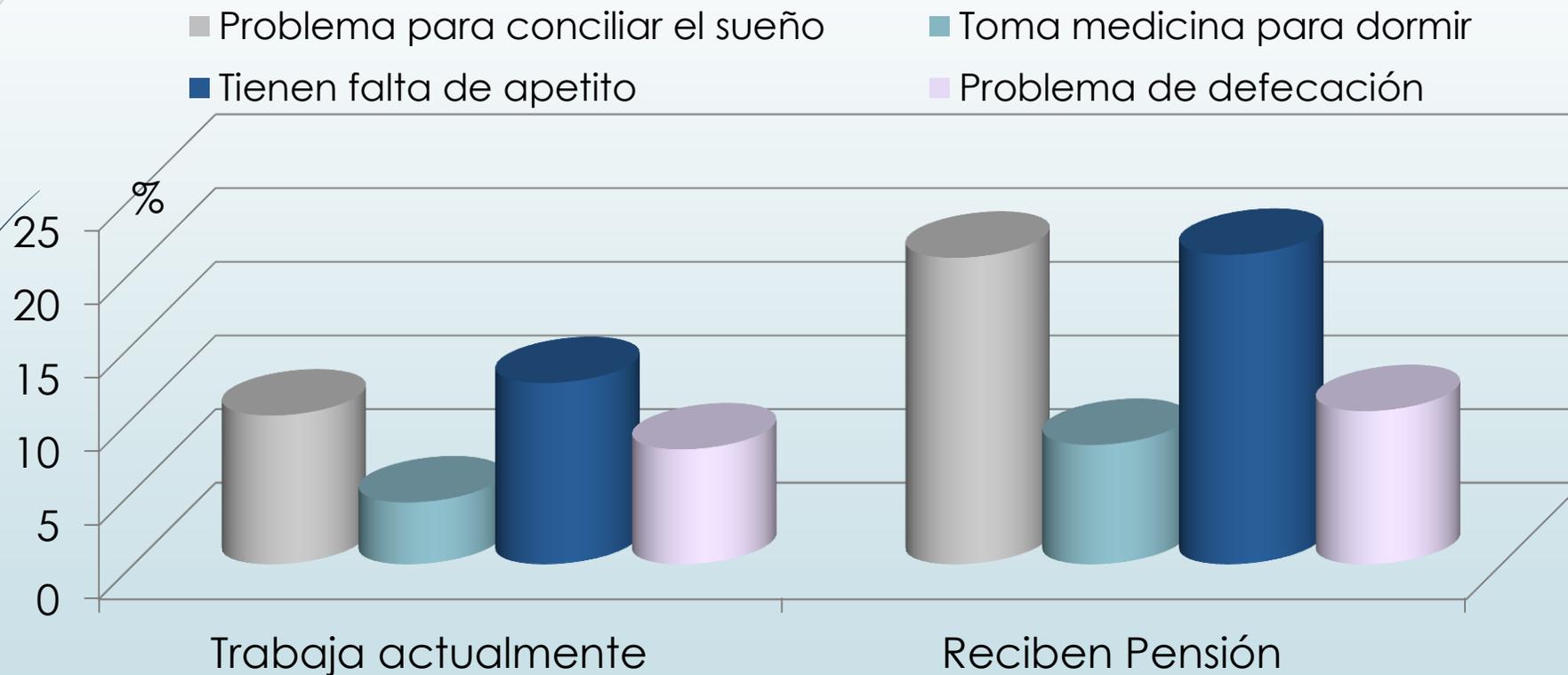


Fuente: cuadro 7

Grafico . 11

Estado de salud actual según Adquisición económica que refirieron los adultos mayores que viven en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.

n = 309

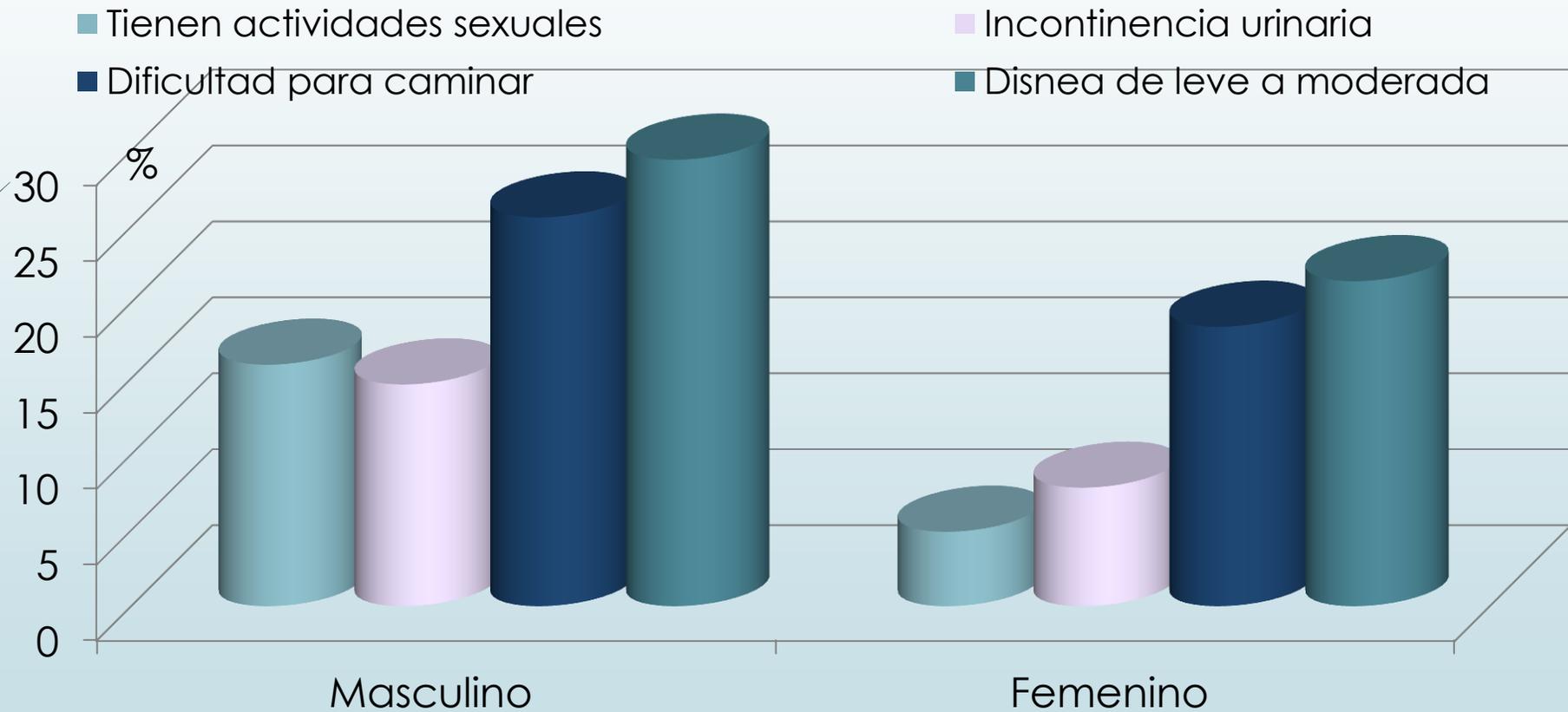


Fuente: cuadro 7

Grafico . 12

Estado de salud actual según sexo que refirieron los adultos mayores que viven en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.

n = 309

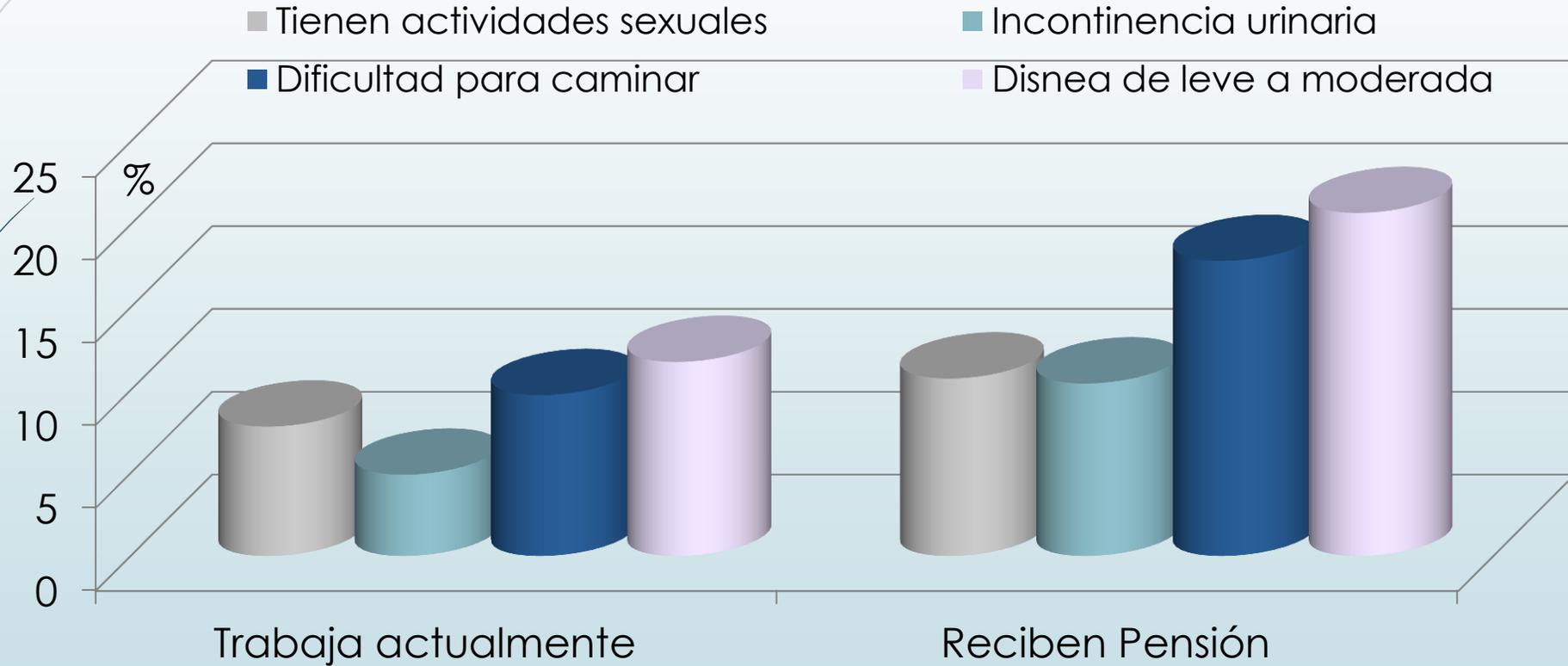


Fuente: cuadro 8

Grafico . 13

Estado de salud actual según Adquisición económica que refirieron los adultos mayores que viven en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.

n = 309

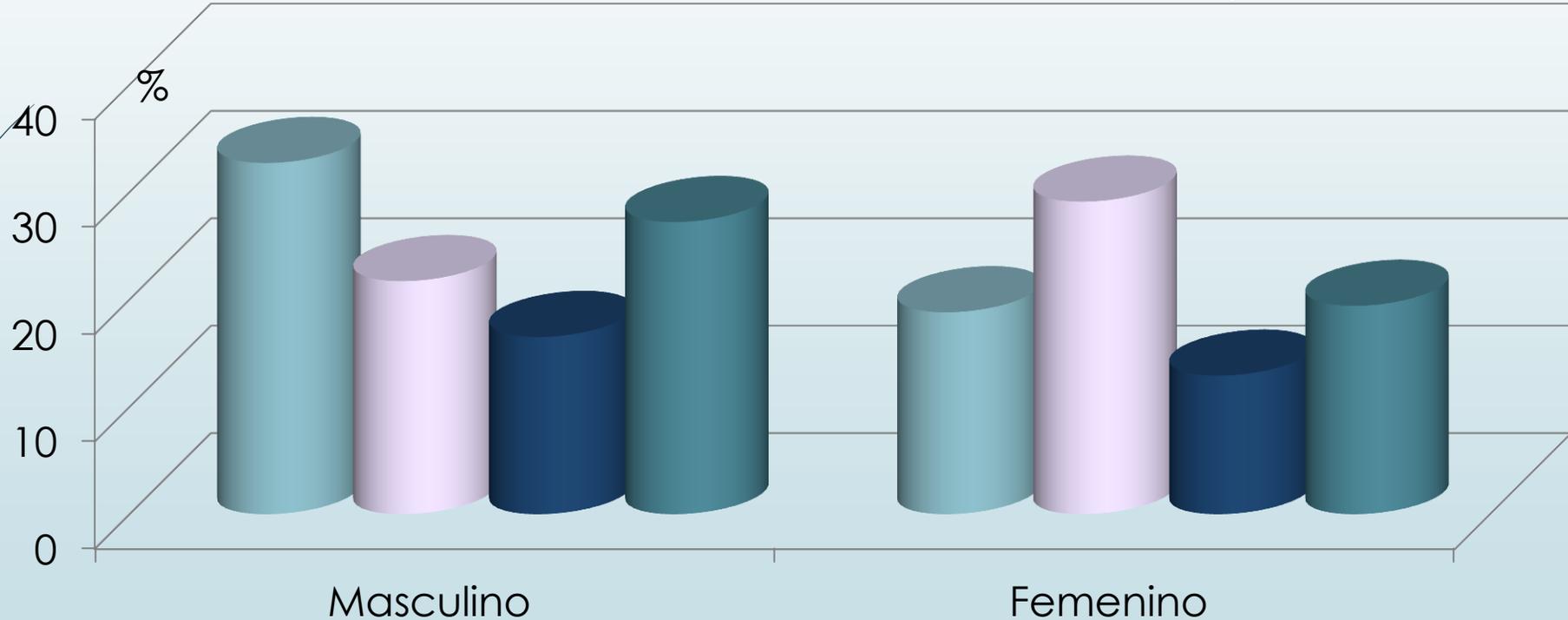


Fuente: cuadro 8

Grafico . 14

Estado de salud actual según sexo que refirieron los adultos mayores que viven en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015. n = 309

- Vive molesto o disgustado todo el tiempo
- Lloran y se deprimen fácilmente
- No muestra dentadura
- Dentadura incompleta



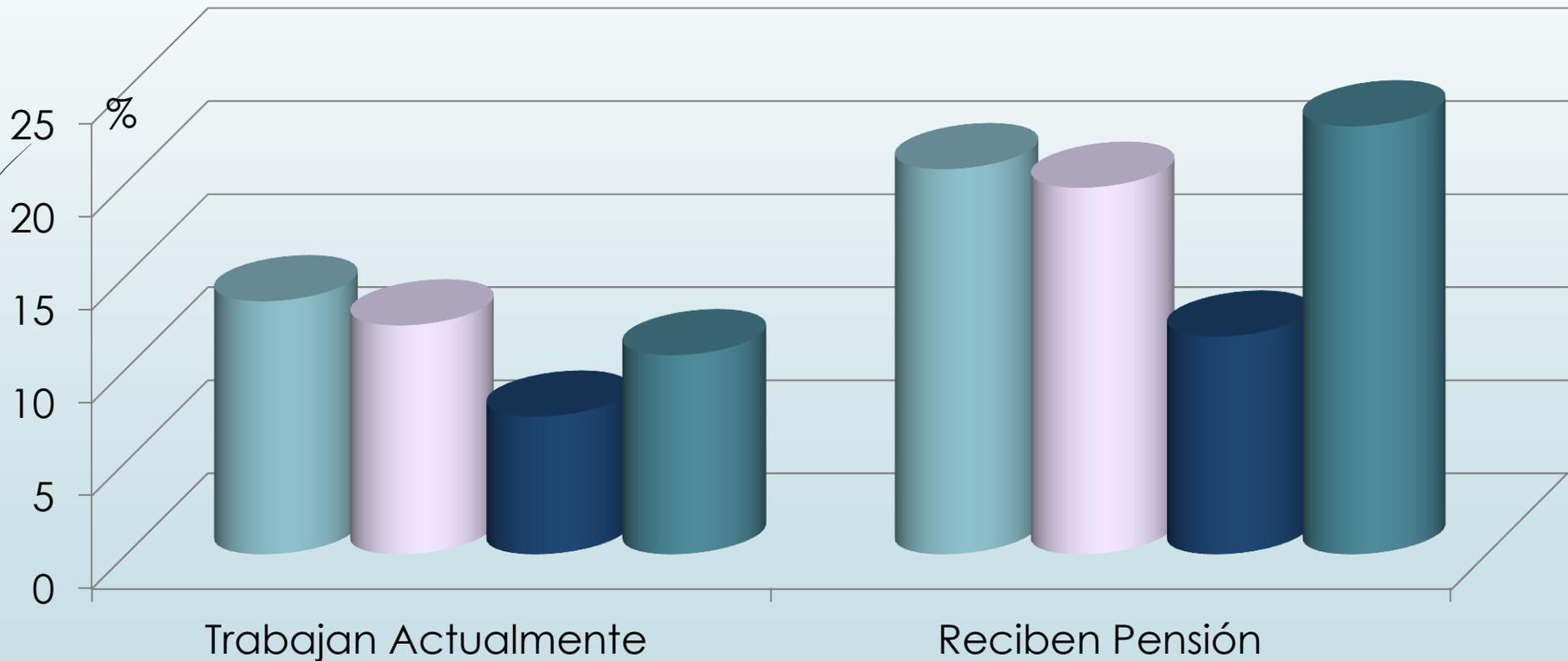
Fuente: cuadro 9 y 10

Grafico . 15

Estado de salud actual según sexo que refirieron los adultos mayores que viven en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.

n = 309

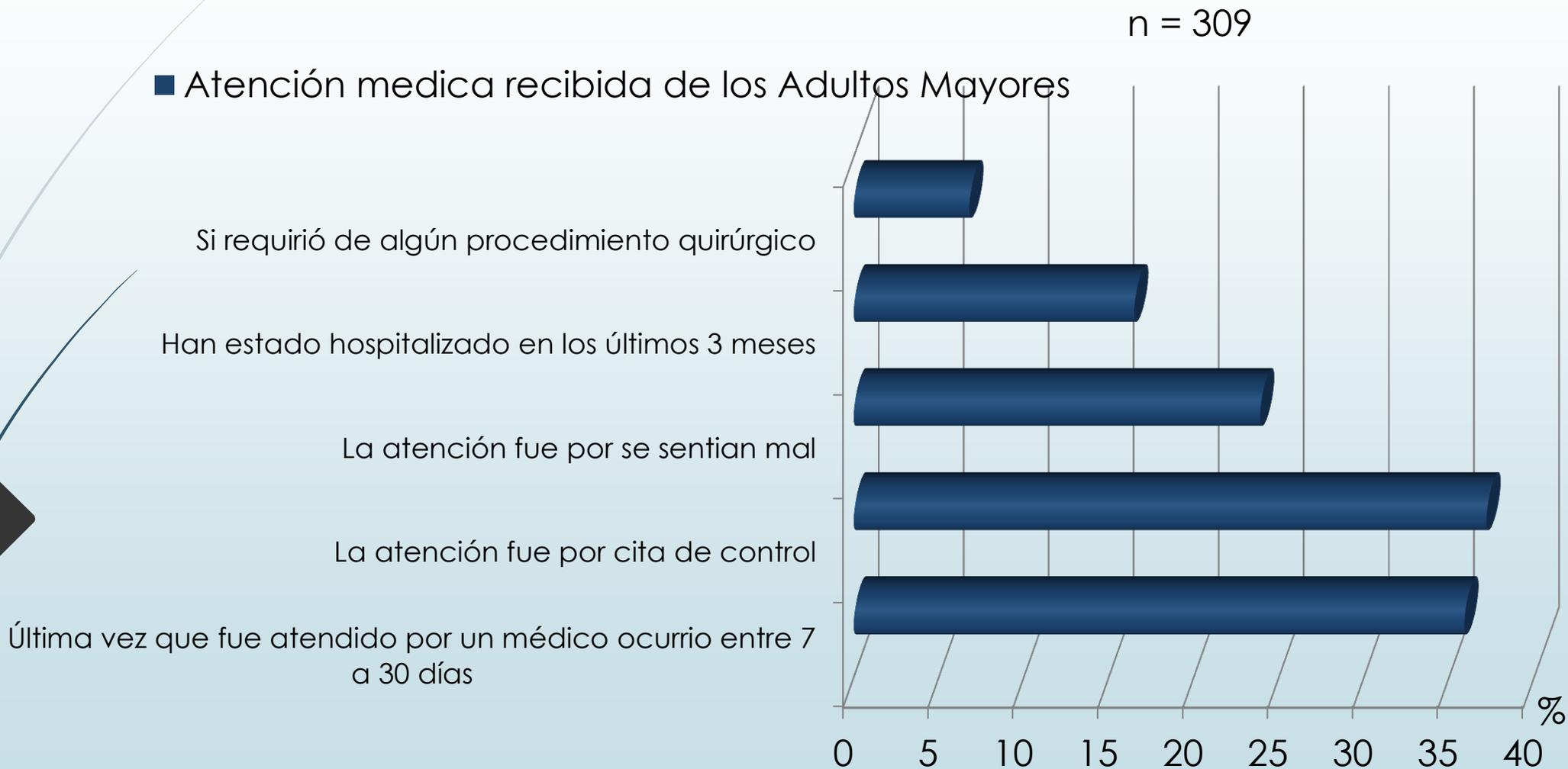
- Vive molesto o disgustado todo el tiempo
- Lloran y se deprimen fácilmente
- No muestra dentadura
- Dentadura incompleta



Fuente: cuadro 9 y 10

Grafico . 16

Atención medica recibida los adultos mayores que viven en el área urbana del Municipio de San Rafael del Sur. Managua. Segundo semestre del 2015.



Fuente: cuadro 11.