

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**" CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS Y DEMANDA
DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LA JURISDICCIÓN DEL
C.S. METROPOLITANO I-3 DE LA RED DE SALUD DE TACNA, JUNIO
2021-JULIO DEL 2022"**

TESIS

PRESENTADA POR:

Henry Eduardo Laura Aguilar

ASESOR:

Mg. Méd. Gilberto Manuel Calizaya Copaja

**PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

TACNA – PERÚ

2022

DEDICATORIA

A mi familia, que gracias a la bendición de Dios aún los tengo conmigo en este tiempo tan difícil; por ser el pilar de mi vida, por acompañarme y guiarme en este largo camino.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, doy gracias a Dios por darme salud y la fuerza suficiente para alcanzar este objetivo.

A mi familia; en especial a mis padres, a mi hermana Estefani; que sin su ayuda no hubiese podido llegar hasta este punto.

A mis docentes, quienes con su conocimiento y consejos aportaron en mi formación como médico.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las características clínico-epidemiológicas y demanda de atención del adulto mayor en la jurisdicción del C.S. Metropolitano I-3 (primer nivel de atención) de La Red de Salud de Tacna Metropolitana, julio 2021-junio del 2022

Material y Método: se siguió un estudio observacional retrospectivo de corte transversal, se recopiló la información registrada en historias clínicas de acuerdo con los criterios de selección se trabajó con una muestra representativa de 207 historias clínicas correspondiente a pacientes de 60 a más años de edad.

Resultados: La edad promedio de los varones fue 71.8 años, y las mujeres: 67.8 años. El 71.5% tenía como principal ocupación “su casa”. El 54.1% tenía educación primaria y no se halló diferencias marcadas según mes de demanda.

El 84.1% demandó el servicio de medicina. El 46.9% tenía 2 comorbilidades, el 36.2% demandó por hipertensión arterial, seguido de diabetes mellitus no insulino dependiente, gastritis aguda, ansiedad, problemas dentales, principalmente.

Conclusión: las principales demandas de atención fueron Hipertensión Arterial seguido de diabetes mellitus, gastritis aguda, ansiedad, caries, covid – 19, lumbociática, dislipidemias, faringitis y artritis principalmente. Los sistemas de mayor demanda fueron por enfermedades cardiovasculares, endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas. Seguido del sistema digestivo, osteomuscular y las vías respiratorias superiores e inferiores.

Palabras clave: demanda de atención, adulto mayor, tercera edad, anciano, características clínicas, características epidemiológicas.

ABSTRACT

Objective: To identify the clinical-epidemiological characteristics and the demand for care of the elderly in the jurisdiction of the C.S. Metropolitan I-3 (first level of care) of the Tacna Metropolitan Health Network, July 2021-June 2022

Material and Method: a retrospective cross-sectional observational study was followed, the information recorded in medical records was collected according to the selection criteria, a representative sample of 207 medical records corresponding to patients aged 60 years and older was collected.

Results: the average age of the men was 71.8 years, and the women: 67.8 years. 71.5% had "home" as their main occupation. 54.1% had primary education and no marked differences were found according to the month of demand.

84.1% demanded the medicine service. 46.9% had 2 comorbidities, 36.2% sued for high blood pressure, followed by non-insulin dependent diabetes mellitus, acute gastritis, anxiety, dental problems, mainly.

Keywords: demand for care, older adults, elderly, elderly, clinical characteristics, epidemiological characteristics.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT	6
ÍNDICE	7
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I.....	12
1 EL PROBLEMA	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.2.1 PREGUNTA GENERAL	13
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	13
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
1.4 JUSTIFICACIÓN	14
CAPÍTULO II	16
2 REVISIÓN DE LA LITERATURA	16
2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION.....	16
2.1.1 INTERNACIONALES.....	16
2.2 MARCO TEÓRICO	23
2.2.1 EL ADULTO MAYOR.....	23
2.2.1.1 Definición del adulto mayor según la OMS.....	23
2.2.1.2 Envejecimiento.....	24

2.2.1.3	Independencia Funcional.....	26
2.2.1.4	Geriatría.....	28
2.2.1.5	Causas de deterioro en el envejecimiento	30
2.2.1.6	Calidad de vida en la vejez.....	30
2.2.1.7	Diagnóstico equivocado o demorado	31
2.2.1.8	Polimedicación	31
2.2.1.9	Problemas con los cuidadores	31
2.2.2	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DEL ADULTO MAYOR	32
2.2.2.1	Aspectos fisiológicos del adulto mayor.....	32
2.2.3	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DEL ADULTO MAYOR	35
2.2.3.1	Aspectos biológicos del adulto mayor.....	36
2.2.3.2	Aspectos sociales del adulto mayor.....	47
2.2.3.3	Función motora y Coordinación.....	48
2.2.3.4	Aspectos psicológicos del adulto mayor	49
2.2.3.5	Enfermedades más frecuentes	50
2.2.3.6	Comorbilidades y enfermedades múltiples	57
2.2.4	DEMANDA DE ATENCIÓN PARA EL ADULTO MAYOR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	60
2.2.4.1	Niveles de atención.....	61
2.2.4.2	Atención especializada	62
2.2.4.3	Modelo de atención de salud para el adulto mayor, rol de la familia	63
2.2.4.4	Sistema de referencia y contrarreferencia	63
2.2.4.5	Prevención primaria.....	64

2.2.4.6	Atención primaria de la salud.....	64
2.2.4.7	Valoración geriátrica	65
2.2.4.8	Componentes de la valoración geriátrica integral	66
2.2.4.9	Valoración Nutricional	66
2.2.4.10	Valoración Funcional como única manifestación	67
2.2.4.11	Valoración del estado mental y afectivo	68
2.2.4.12	Examen físico	69
2.2.4.13	Signos vitales.....	71
2.2.4.14	Promoción de la salud	71
CAPÍTULO III.....		73
3	HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	73
3.1	HIPÓTESIS	73
3.2	VARIABLES	73
3.2.1	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	73
CAPÍTULO IV.....		79
4	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	79
4.1	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	79
4.2	ÁMBITO DE ESTUDIO	79
4.3	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	79
4.3.1	Población.....	79
4.3.2	Muestra	80
4.3.2.1	Criterios de inclusión.....	80
4.3.2.2	Criterios de exclusión.....	80
4.4	TECNICA Y FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	81

4.4.1	TECNICA.....	81
4.4.2	INSTRUMENTOS (ver anexos)	81
CAPÍTULO V		82
5	PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS.....	82
5.1	PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS.....	82
5.2	PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	82
5.3	CONSIDERACIONES ÉTICAS	83
RESULTADOS.....		84
DISCUSIÓN		102
CONCLUSIONES		107
RECOMENDACIONES		109

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento presenta una variedad de desafíos para todos los aspectos de la sociedad, las familias y las personas. Es muy peculiar observar que los adultos mayores a menudo sufren de problemas de salud física y emocional, como la depresión, pena, aislamiento social y sus relaciones con los demás están limitadas por su lugar en el grupo social, una condición exacerbada por la reducida responsabilidad, y las oportunidades y conexiones para las personas que llevan una vida activa, por lo que su curiosidad intelectual disminuye, se sienten inadecuados y pierden sus roles sociales. Y en lo físico es peculiar observar ancianos con algún tipo de dolencia osteomusculares, digestivos, cardiovasculares, entre otros.

El Perú cuenta con una población aproximada de más 31 millones de pobladores, del cual bastante más de 4 millones 140 mil son pobladores de 60 a más años, los mismos que componen la población más grande en el territorio. En el Informe del Instituto Nacional de Estadísticas e Informática, entre otros aspectos, se sugiere que en 44 de 100 hogares de la nación poseen entre sus residentes usuales, por lo menos una persona de 60 y más años de edad. (1)

Desde una perspectiva fisiológica, sociocultural y psicológica, la atención integral que requieren las personas mayores les permite vivir sus últimos años de manera positiva y saludable (2), porque la naturaleza funcional de las personas mayores, vista desde diferentes perspectivas, enfrentan condiciones preocupantes por falta de acceso a pensiones, inadecuado seguro de salud y atención en otras áreas que les brindan beneficios, en muchos casos se encuentran en el mercado laboral, servicios y comunidades en su trato diario y en sus familias perjudica directamente el mejoramiento de su calidad de vida (3). Por lo que en este estudio se pretende conocer qué demandas de atención de salud presentan los adultos mayores en un centro de atención de primer nivel para conocer las necesidades de atención que requiere el adulto mayor y se puedan tomar mejores decisiones para su atención así como prevenir las enfermedades crónicas en esta etapa de vida. Las historias clínicas revisadas fueron en el periodo de pandemia por Covid - 19 y por tal motivo no se cotejo las historias clínicas del adulto mayor porque no estaban presentes.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como parte de una realidad demográfica, el envejecimiento de la población se ha convertido en una preocupación para los sistemas de salud más exitosos y las sociedades más desarrolladas. Asimismo, está influida por los desarrollos económicos y los niveles de equidad que los caracterizan. La inquietud de este estudio se refiere a la respuesta del sistema de salud a la creciente demanda de atención, la capacidad para enfrentar estos cambios y los desafíos que enfrentan los mecanismos para brindar atención de calidad a un número creciente de adultos mayores con crecientes problemas de salud (4) Conforme con la Organización Mundial de Salud (OMS) en el año 2000 en el planeta vivían 600 millones de individuos de más de 60 años de edad, lo cual representaba en ese entonces el 10 por ciento aproximado poblacional total del mundo. Para 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá al menos 60 años. En consecuencia, la población de 60 años o más aumentará de 1.000 millones de personas en 2020 a 1.400 millones de personas. Para 2050, la población mundial de esta edad se duplicará (2100 millones). Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique a 426 millones entre 2020-2050.(5)

El crecimiento de la población en estas edades tiene una seria consecuencia con respecto a las carencias materiales y de otra índole que pide la atención integral de los adultos mayores con el objeto de asegurar un mejoramiento en la calidad de vida de éste fundamental segmento poblacional. El SIS (Sistema Integral de Salud) tiene como objetivo el aseguramiento de las personas en situación de pobreza consideradas como

más vulnerables y que por tanto presentan mayores tasas de morbimortalidad; dentro de este grupo también se establece prioridades como son las madres y sus hijos en edad temprana y los adultos mayores. El incremento poblacional de ancianos se viene dando de forma apresurada y tiene como consecuencia el crecimiento de las solicitudes de atención de salud, en todos los establecimientos sanitarios(6). Es de esta forma que los servicios de salud debieran considerar las solicitudes de atención de salud más frecuentes del adulto mayor, y cuyas prestaciones de salud tienen que brindarse de forma eficiente, conveniente y completa. El adulto mayor tiene derecho a una atención de salud de calidad, para que haya igualdad e integración social, puesto que el envejecimiento es un estado natural al que todo individuo llegará inevitablemente.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PREGUNTA GENERAL

¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas y demanda de atención del adulto mayor en la jurisdicción del C.S. Metropolitano I-3 de La Red de Salud de Tacna, junio 2021-julio del 2022?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las características clínico-epidemiológicas y demanda de atención del adulto mayor en la jurisdicción del C.S. Metropolitano I-3 de La Red de Salud de Tacna Metropolitana, junio 2021-julio del 2022

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar las principales características sociodemográficas del adulto mayor en la jurisdicción del C.S. Metropolitano I-3 de La Red de Salud de Tacna, junio 2021-julio del 2022.

- b) Medir el perfil de demanda según características sociodemográficas y de diagnóstico clínico del adulto mayor en la jurisdicción del C.S. Metropolitano I-3 de La Red de Salud de Tacna , junio 2021-julio del 2022.

- c) Relacionar el diagnóstico de demanda por sistemas y características sociodemográficas presentes del adulto mayor en la jurisdicción del C.S. Metropolitano I-3 de La Red de Salud de Tacna, junio 2021-julio del 2022.

1.4 JUSTIFICACIÓN

El crecimiento de la población de individuos de 60 años de edad y más, caracteriza a un número importante de territorios y zonas del mundo, que incluye a territorios desarrollados como en vías de desarrollo; aunque gran parte de las naciones luchan por conseguir niveles de desarrollo económico y social sustentable (7).

La importancia de este estudio radica precisamente en clarificar la demanda de atención integral de estas personas, empero se pretende contribuir, con el mejoramiento de la calidad de vida de este segmento de la población, luego de dos años de una pandemia que atacó principalmente a la población adulta mayor quienes fueron considerados en mayor riesgo para contraer COVID-19.

Este estudio es relevante para tener evidencia y que el personal médico esté preparado para prevenir las enfermedades crónicas en esta etapa de vida.

Los resultados de esta investigación son interesantes porque puede ayudar a mejorar la gestión de los establecimientos de salud de atención primaria.

De ese modo se dé cumplimiento a la norma técnica de atención integral de salud en personas adulto mayores.

Conociendo las principales demandas de atención se podrá identificar los factores de riesgo para enfermedades no transmisibles y transmisibles, los principales síndromes y problemas geriátricos.

Las características sociodemográficas nos dan nociones de problemas sociales y de funcionalidad del adulto mayor, información que podrá ayudarnos en acciones educativas como acciones para mejorar el estilo de vida saludable de autocuidado y corresponsabilidad familiar.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

2.1.1 INTERNACIONALES

La Foucade et al en su investigación “The socio-economic determinants of multimorbidity among the elderly population in Trinidad and Tobago” estimar la prevalencia de la multimorbilidad e investigar los factores socioeconómicos que se asocian con la multimorbilidad entre las personas de 70 años o más en Trinidad y Tobago. Los datos se obtuvieron de una encuesta transversal integral representativa a nivel nacional realizada en 2014 entre las personas mayores del grupo de edad objetivo. Se estimó la prevalencia de la multimorbilidad entre la población de edad avanzada. Los resultados del estudio muestran que la multimorbilidad en la población anciana está fuertemente asociada a la edad, la etnia, el nivel educativo más bajo, los antecedentes de tabaquismo, la ausencia de actividad física y el hecho de ser mujer. Un hallazgo interesante es que los ancianos del quintil más rico son, en general, más propensos a la multimorbilidad. Los resultados sugieren que las intervenciones para reducir la multimorbilidad entre la población de edad avanzada deben fomentar mayores niveles de actividad física, proporcionar educación sobre los factores de riesgo de la multimorbilidad y desalentar el tabaquismo (8)

Chan et al en su trabajo “Socio-economic inequalities in life expectancy of older adults with and without multimorbidity: a record linkage study of 1.1 million people in England” refiere que la edad de inicio de la multimorbilidad y su prevalencia están bien documentadas. Sin embargo, aún no se ha cuantificado su contribución a las desigualdades en la esperanza de vida. Realizó un seguimiento de una cohorte de 1,1 millones de ingleses mayores de 45 años desde 2001 hasta 2010. La multimorbilidad se definió como el hecho de tener 2 o más de 30 enfermedades crónicas principales. Las tasas desiguales de aparición de la multimorbilidad y la posterior supervivencia contribuyeron a una mayor esperanza de vida a los 65 años para los menos (Q1) en comparación con los más (Q5): hubo una diferencia de 2 años en la esperanza de vida saludable para los hombres [Q1: 7,7 años (intervalo de confianza del 95%: 6. 4-8,5) frente a Q5: 5,4 (4,4-6,0)] y una diferencia de 3 años para las mujeres [Q1: 8,6 (7,5-9,4) frente a Q5: 5,9 (4,8-6,4)]. Las desigualdades se atenuaron, pero no fueron totalmente atribuibles a las diferencias socioeconómicas en la prevalencia del tabaquismo: el inicio de la multimorbilidad fue más tardío para los nunca fumadores y la supervivencia posterior fue mayor para los nunca y los ex fumadores. La asociación entre la desventaja social y la multimorbilidad es compleja. Al cuantificar las contribuciones sociodemográficas y relacionadas con el tabaquismo a la aparición de la multimorbilidad y a la supervivencia posterior, proporcionamos pruebas para una asignación más equitativa de los recursos de prevención y atención sanitaria para satisfacer las necesidades locales (9)

Se encontró también un estudio que evalúa el uso de medicamentos donde además nos muestra cuáles son las demandas de atención más frecuentes en adultos mayores en un hospital de enseñanza especializada en Etiopía.

Tesfaye et al en su estudio evaluó a 219 pacientes de 65 años o más en seguimiento de tratamiento. Encontró que las principales demandas de atención en adultos mayores fueron. El asma [AOR = 0,03, $p < 0,001$], la hipertensión [AOR = 2,10, $p = 0,04$], la diabetes mellitus [AOR = 2,26, $p = 0,04$], la cardiopatía isquémica [AOR = 2,84, $p = 0,04$], la neuropatía periférica [AOR = 10,61, $p < 0,001$] y la polifarmacia [AOR = 6,10, $p < 0,001$] fueron la principal demanda de servicio (10)

Brito et al “Diagnósticos de enfermagem representativos da demanda de cuidados em pessoas idosas hospitalizadas” Realizaron un estudio para identificar la demanda de atención en un grupo de pacientes hospitalizados, seleccionaron una muestra de 112 ancianos que fueron identificados como demandantes de atención durante su estancia en el hospital. Estos datos fueron recolectados con el fin de identificar los diagnósticos de las demandas de cuidado de los ancianos. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson y la regresión logística para identificar los diagnósticos de enfermería. Entre estos estaba la ansiedad, que fue evaluada por entrevistas y estadísticas en un nivel alto. Las personas que no se cuidan a sí mismas en el baño, comen mal, luchan con la movilidad, la integridad de la piel o se bañan corren el riesgo de depender del cuidado. Los enfermeros también utilizan la clasificación de la dependencia del cuidado para identificar a los ancianos que necesitan cuidados en el hospital. Un trabajo de investigación elaborado por profesionales de enfermería identificó o más frecuente fue la ansiedad en el 95%, luego un 91,1%, de los ancianos, requería de autocuidado en el baño, 75,9% problemas urinarios 74,1% con déficit de alimentación, 47,3% de integridad de la piel comprometida, 33,9% de movilidad física comprometida y 30,4% de integridad de la piel comprometida. Este artículo también afirmó que

la identificación de estos diagnósticos y la demanda de atención fueron de importancia esencial para apoyar a la enfermería.(11)

Pires Nunes Et al “Idoso e demanda de cuidador: proposta de classificação da necessidade de cuidado” Las personas mayores necesitan cuidados específicos cuando se determina su funcionalidad. Es por ello que se desea clasificar las necesidades de atención en tres categorías. El estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento es un estudio transversal que involucró a 1.413 adultos mayores mayores de 60 años. Utilizó el método Guttman Scaling y la necesidad de cuidados que los participantes clasificaron en cuatro niveles: sin necesidad, necesidad mínima, necesidad moderada y el participante requería un cuidador de tiempo completo. A la hora de crear una línea de atención a pacientes de la tercera edad, los profesionales sanitarios tienen en cuenta la familia y los recursos a los que tienen acceso. Esto se debe a que los pacientes adultos mayores son vulnerables y necesitan opciones de atención adicionales para mejorar sus condiciones de atención. Además de esto, los profesionales de la salud consideran el historial de adaptación de cada paciente y adaptan las opciones de atención en consecuencia.(12)

Tavares et al. “Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos” se realizó un estudio de investigación que tuvo como objetivo identificar las condiciones sociodemográficas y de salud de los ancianos que viven en áreas urbanas del interior de Minas Gerais. Esto se logró a través de un estudio observacional que utilizó un método de muestreo estratificado. El estudio involucró a 2924 participantes que fueron entrevistados en sus hogares. Los ancianos que viven en los Distritos 1, 2 y 3 representaron un 33,5%, 35,7% y 30,8% combinados, respectivamente. De estos tres distritos, Distrito I tenía el mayor

porcentaje de ancianos, seguido por Distrito II y luego Distrito III. En DSI, 52,7% de los ancianos viven con pareja o cónyuge. Adicionalmente, el 45% de los adultos mayores en Distrito II vive con su pareja o cónyuge, y solo el 45,8% vive con su pareja o cónyuge en Distrito III. Los ancianos Distrito II y Distrito III tenían desafíos de atención médica similares a los de Distrito I. Sin embargo, los ancianos Distrito III estaban más satisfechos con su atención médica y los hospitales (13)

Pinto y Silva (14) “*Primary Care Assesment Tool (PCAT): a construção de uma nova linha de base para avaliação dos serviços de saúde no Brasil*” En Brasil, en el ámbito del Sistema de seguridad social SUS, la Atención primaria de salud ganó relevancia a partir de la estructuración de la Estrategia de Salud de la Familia entre las décadas de 1990/2000. Existen numerosos instrumentos para la evaluación de estos servicios en el mundo. Entre ellos, destaca la familia de instrumentos Primary Care Assessment Tool (PCAT), desarrollada y difundida por Starfield y Shi para evaluar la existencia y extensión de las características de los servicios de atención primaria de salud. Reforzando la importancia del uso de este instrumento en Brasil, el Ministerio de Salud publicó en 2020 una nueva edición de la versión brasileña que informa la metodología utilizada, rescatando el papel del IBGE como gran evaluador externo del SUS. El IBGE incluyó, de forma pionera, en su principal encuesta domiciliaria por muestreo, la Encuesta Nacional de Salud, un módulo de preguntas de la versión reducida del PCAT para usuarios adultos. Los principales resultados globales encontrados (puntuación general=5,9) informan que quienes más utilizan los servicios de APS (adultos con morbilidades referidas) son también los que evalúan más positivamente estos servicios. También se

observaron diferencias entre los residentes de los hogares registrados por los equipos de Salud de la Familia, entre los que reciben visitas de agentes comunitarios y agentes endémicos y, por grupo de edad (las personas mayores evalúan más positivamente los servicios). Sin embargo, cuando se estratifican los resultados por características sociodemográficas o presencia de morbilidades relevantes para la APS, se encuentran variaciones. Las mujeres utilizaron más el servicio de APS que los hombres. Sin embargo, su valoración fue similar para ambos sexos, generando una puntuación global de 5,9 y 5,8 para mujeres y hombres, respectivamente. Sin embargo, cuando se observaron los resultados por grupo de edad, hubo variación. Los mayores, a partir de los 60 años, valoran mejor los servicios que los más jóvenes, con un aumento progresivo de la puntuación general a medida que aumenta el grupo de edad. Los valores fueron 5,6 en el rango entre 18 y 39 años, 5,9 entre 40 y 59 años y 6,1 a partir de los 60 años. Los resultados fueron idénticos para las poblaciones blanca y negra/morena declaradas, y ambas indicaron una puntuación general de 5,9 para la APS. La evaluación de la APS tampoco varió según el estado civil, alcanzando una puntuación global de 5,9 en todos los grupos.

Almeida (15) “*Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros*” El envejecimiento de la población es un fenómeno actual y exige la reconfiguración de los servicios de salud y la ampliación del acceso de los ancianos. en Brasil evaluaron a 6624 mayores de 60 años para evaluar el acceso a la atención sanitaria midiendo la falta de acceso y describiendo la trayectoria de la atención. Las variables se analizaron según la naturaleza de la financiación para acceder al servicio. La prevalencia de la falta de acceso fue del 2,5% para las hospitalizaciones, del 2,1% para las urgencias y del 0,6% para las visitas médicas. El Seguro representó la mayor parte de la atención prestada. El sistema privado destaca

por el corto tiempo de espera y la mayor frecuencia de derivaciones. Los resultados destacan la importancia del seguro para promover igualdad y universalidad pese a deficiencias existentes. Tanto en el sistema público como en el privado, es necesaria una mayor articulación entre los niveles asistenciales para la atención integral de los ancianos.

2.2.2 NACIONALES

Hernando (16) “Factores asociados a la demanda curativa y preventiva de los servicios de salud del primer nivel de atención distrito de Pichinaki 2014”. La demanda de servicios va en aumento y desarrollándose en los últimos años al igual que las medidas preventivas, ya que es un medio eficaz y rentable para mejorar el estado de salud de la población, sin embargo, se acompaña de factores que pueden explicar el bajo nivel de de servicios preventivos. El objetivo del estudio fue identificar factores relacionados con la necesidad de tratamiento y prevención en el Establecimiento Médico Nivel 1 de Pichanaki (MINSa). Se han analizado retrospectivamente varios determinantes de la demanda de servicios de salud, entre ellos: nivel de educación, ingreso económico per cápita, estado del seguro, cobertura integral de salud, confiabilidad en un centro médico y tiempos de espera. Análisis bidireccional utilizando la prueba X^2 con intervalos de confianza del 95%. Según los resultados obtenidos, la medicina tiene la mayor demanda de servicios médicos - 86,7%. Los factores relacionados con la demanda de servicios tanto preventivos como médicos son el ingreso económico per cápita ($p = 0,042$) y la confiabilidad de las instalaciones médicas ($p = 0,013$).

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 EL ADULTO MAYOR

2.2.1.1 Definición del adulto mayor según la OMS

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años se consideran viejas, las personas entre 75 y 90 años se consideran viejas y las personas mayores de 90 años se denominan cool, viejas o longevas. Cualquier persona mayor de 60 años sería vagamente definida como anciana. Un grupo de personas mayores, aunque el hecho de que este no sea la mayor parte de la población, pero es el número más grande, la gran cantidad de servicios de salud afecta la calidad de vida, entre los problemas. Llevándolos, podemos mencionar la escucha, la intimidad, motor, motor, enfermedad articular y cognitivas y /o emociones de inmediato; Sin embargo, a pesar de estas amenazas y demandas, de manera paradójica, no sabemos mucho sobre la realidad de la inhinción de la salud de los ancianos en nuestro país.(17)

En cuanto a la respuesta del sistema de salud a las crecientes necesidades de atención, existen preocupaciones sobre su capacidad para hacer frente a estos cambios, así como problemas con el mecanismo de prestación de atención de alta calidad para la creciente proporción de personas mayores con problemas de salud. En la formación de especialistas en especialidades asistenciales, gerontología y geriatría o en la formación en puntos específicos de la actividad de este grupo de edad, no solo médicos de familia, sino también cada vez más especialidades médicas y expandirse a otras profesiones donde los profesionales y técnicos requieren habilidades especiales para las personas mayores. Hay estudiosos comentando sobre las cuestiones éticas del cuidado del adulto mayor, los autores

compartieron que se debe prestar especial atención a las cuestiones éticas y bioéticas tanto en la atención clínica, la promoción de la salud y la selección de elección de profesión, pero considera la necesidad de una mayor gestión de cuidado, considera su relevancia, calidad y optimización continua como atributos éticos fundamentales. reforzar las estrategias de formación de los geriatras que actúan en todos los ámbitos sanitarios, así como de los gerontólogos de otras especialidades que inciden en la atención geriátrica (ortopedistas, médicos, cirujanos, cardiólogos, terapeutas y médicos generales integral) y otras profesiones en el campo, como enfermería y rehabilitación.(4)

Tradicionalmente, tomamos la edad de una persona en orden cronológico, edad al nacer y fecha actual; Sin embargo, asumimos que la edad cronológica nos muestra la estructura de la información solo en forma numérica, algunos estudios sobre la definición del envejecimiento humano incluyen la edad biológica (crecimiento esquelético), la edad psicológica (percepción y acción relacionada con la memoria), la edad social (socialización adicional y autodeterminación) y la edad económica (cambio de estatus social) (17)

2.2.1.2 Envejecimiento

Los estudios de evaluación de la función a menudo tienen en cuenta la edad biológica y fisiológica asociada con la función del órgano. Se puede notar una diferencia significativa en cada persona, pero en general es importante recordar que las personas de la misma edad suelen tener grandes diferencias de percepción. Por lo tanto, no solo se debe tener en cuenta la edad de registro, sino también las condiciones mentales, físicas y de estilo de vida.(18)

a) Cambios:

La OMS, califica la cronología del anciano estableció el comienzo del envejecimiento a la edad de 60 a 65 años, la tercera edad de 65 a 85 Años, y cuarta edad de 85 a más años, donde las propiedades resultan muy notorias.(19)

En general, los cambios relacionados con la edad se caracterizan por el hecho de que son diferentes de los factores que pueden afectar el nivel más alto o más bajo, en el que podemos mencionar la sociedad, la razón mental, el estilo de vida, el genotipo, la actividad física, los hábitos alimenticios y otros.(20)

A medida que aumenta la edad, existe una pérdida de trabajo físico y limitaciones en las industrias de la vida diaria, esto causa problemas con el movimiento. Los cambios en las capacidades motoras se caracterizan por un bajo rendimiento físico, Los cambios en las habilidades motoras se caracterizan por una baja efectividad física, la disminución comienza por perder la coordinación debido a la falta de habilidades y la capacitación de 35 a 45 años y reduciendo gradualmente la coordinación de 60 años. Alta, la igualdad disminuyó después de 70 años.(21)

b) Movilidad:

Otro cambio que se genera con el envejecimiento es la movilidad; la velocidad irá reduciendo cada década, después de los 70 años su disminución es muchísimo más instantánea, Se observará limitaciones de movilidad en el sector de cabeza, cuello y tronco, así como en las articulaciones; dependiendo del nivel de envejecimiento además se limita la movilidad de la cadera y los hombros; se ha visto además que las damas muestran una mejor movilidad que los varones, en

otras palabras viable a los elevados niveles de estrógeno y de resistencia general, por lo cual es primordial el deporte o ejercicio en los ancianos.(22)

c) Necesidades básicas:

Las ocupaciones de la vida cotidiana son recursos bastante relevantes para medir la calidad de vida y el estatus servible en el anciano, tiene relación con un grupo de labores diarias usuales que es necesario para el autocuidado personal. El deterioro servible en el anciano viene hacer el declive en la función de realizar una o bastante más de las ocupaciones de la vida cotidiana las cuales permanecen enormemente correlacionadas con las funcionalidades y coordinación motora el índice de Katz y el índice de Barthel miden la libertad en el anciano en la ingesta de alimentos, continencia, movilidad, uso del escusado, vestido y aseo personal.(23)

2.2.1.3 Independencia Funcional

La libertad servible viene a ser la capacidad que tiene el individuo para gobernarse uno mismo. Esto quiere decir que la libertad servible es capacidad y independencia para hacer sus actividades(24).

La dependencia se puede conceptualizar como la falta de libertad, a partir de un criterio sencillo y desarraigado de cualquier fuente filosófica. Y la dependencia servible nos posibilita conocer en qué nivel la ancianidad está más vulnerable o en peligro, aunque el deterioro servible fue referente al envejecimiento indudable del individuo, puesto que ciertos estudios mostrarían que son las patologías agudas las que colaborarán en más grande proporción al deterioro de la libertad servible.(25)

La dependencia funcional generalmente se inicia o se agrava gracias a cada una de las patologías, tenemos la posibilidad de

nombrar, ejemplificando: En los ancianos las razones de dependencia acostumbran ser variadas, de esta forma además tenemos la posibilidad de nombrar a los provocados por el mismo envejecimiento, es común en el anciano situaciones como(26):

La hospitalización, es otro componente asociado a la dependencia servible, una vez que la hospitalización pasa por alguna patología, principalmente en el servicio de atención al paciente de la tercera edad, este suele ser secundado por un personal técnico preparado para cada situación, situación que frecuentemente suele ser dañino para los ancianos, convirtiéndose en casusa de dependencia que se suma a las anteriores, la hospitalización suele frecuentemente prolongarse por descuidos del propio paciente o por la evaluación acelerada y no general por el profesional de la salud(26).

La vivienda hogar, asilo o albergue de ancianos; en algunas ocasiones para el anciano, el ingreso no planificado o inclusive no anhelado a una organización donde les tocará residir, suele ser percibido como un acto de castigo o de desamparo a causa del núcleo familiar, aunando esto a los desórdenes psicológicos tienen la posibilidad de empeorar su estado de dependencia.

La falta de funcionalidad en el anciano puede traer monumentales secuelas:

- a) En la vida diaria: Sin embargo, una vez que el apoyo procede de individuos que son ajenas a el núcleo familiar, como amas de casa, se tiene que conseguir derrotar una secuencia de barreras, como la renuencia a ser atendido por alguien más, alguien a quien no se sabe y, no obstante, de enorme ayuda.
- b) Desamparo del hogar: Frecuentemente el nivel de dependencia del anciano causará el desamparo del hogar, realizando viable que el núcleo familiar o la soledad los realice

pensar en un cambio el integrarse a otra forma de vida, la que les brindaría un albergue para ancianos o semejantes, frecuentemente esto suele pasar tras una hospitalización, debido a que el anciano necesitaría del apoyo del personal doctor o preventivo o la ayuda generalmente (27).

c) Vida emocional: La aprobación de que se está ingresando a la fase de envejecimiento no suele ser de forma fácil permitido por los ancianos, por lo cual influye en su historia emocional, el individuo con la época vino adquiriendo rutinas o hábitos y que frecuentemente es reacio a cambiarlas, respecto a las conductas infantiles, cada persona expresa sus propios aspectos de personalidad y según aquellas personalidades la necesidad de ayuda suele ser vista en forma dolorosa.

d) Percepción de emociones: La dependencia servible suele perjudicar en enorme medida el estado emocional en el anciano, como el mirar gestos en el núcleo familiar que lo atiende, o en los cuidadores, el anciano siente que es rechazado puede sentir que es una molestia para quienes lo rodean, realizando que la interacción entre ellos oscile en cambios emocionales a partir de la revolución hasta la sensibilidad.

e) Peligro de violencia: La intolerancia, la carencia de paciencia y las emociones afectivos, podrían llevar al abuso o violencia en el anciano, por lo cual es aconsejable cualquier mecanismo de prevención.

2.2.1.4 Geriatría

Rama de la medicina que se encarga de la atención integral del anciano en la salud y patología tomando en cuenta puntos clínicos terapéuticos, preventivos y rehabilitación precoz. La atención

Integral del adulto mayor superior a que se refiere la definición comprende: la evaluación, diagnóstico y proyecto de cuidado, tomando en cuenta las esferas física, psicológica, social y servible. La rehabilitación precoz se refiere al proceso de aprendizaje, simultáneo al procedimiento de enfermedades, que estima las 4 esferas mencionadas, siendo su meta restablecer la funcionalidad y mejorar la calidad de vida (28). Son objetivos de la geriatría:

- Evadir la aparición de patología por medio de prevención y promoción de salud; si ésta surge, prevenir que evolucione a la cronicidad e invalidez.
- Dar ayuda integral, donde la rehabilitación juega un papel importante.

Valoración Geriátrica Integral: Niveles de Atención, Grupos de Salud. Es un instrumento elemental hecha por el esfuerzo coordinado del equipo de salud, que posibilita una aproximación sistemática a todos esos datos que facilitan una evaluación del estado de salud y funcionamiento servible, pudiendo una estrategia de cuidado universal, optimizando la utilización de recursos y garantizando continuidad de cuidados. Con el término de fragilidad se refiere a una condición personal en la que se ven dañados los puntos fisiológicos y neurosensoriales de un sujeto, implicando pérdida de las reservas que permiten conservar la igualdad con el medio y/o recuperarlo después de un acontecimiento negativo(29). El estado de fragilidad se define por la afectación de 5 magnitudes y se comprueba que el compromiso de al menos 2 de ellas, establece que un Anciano sea frágil (30).

2.2.1.5 Causas de deterioro en el envejecimiento

La responsabilidad en el deterioro de construcciones y funcionalidades corporales de los ancianos sigue la llamada “Regla de los Tercios”: 1/3 de las razones corresponde a malos hábitos de vida; 1/3 a patologías y 1/3 a deterioro regular por la edad, ligado a la genética de la especie(28).

-La pesquisa de los componentes de peligro o predisponentes a contraer patologías, discapacidades y muertes.

-Una evaluación del ambiente en que se desenvuelve el paciente.

El propósito final es, por un lado, la evaluación integral de toda la problemática de cada paciente más grande, y por otro, la identificación de esos que se hallan en situación de elevado peligro (sicofísico).

Conforme con la Organización Mundial de la Salud, los conjuntos de adultos más grandes en situación de peligro son:

-Los que poseen restricciones severas o discapacidades.

-Las parejas de ancianos en las que uno de los cónyuges es minusválido o está bastante enfermo.

2.2.1.6 Calidad de vida en la vejez

La OMS planteó la necesidad de incrementar vida a los años, para enfatizar que lo importante es calidad de vida, que, a diferencia de la duración de la vida, es un conjunto de condiciones que pueden hacer feliz, afectuoso o satisfactorio vivir. La calidad de vida en esta etapa está además relacionada con la autonomía e independencia del sujeto(5).

Actividades de la vida cotidiana: Si el individuo requiere ayuda para recortar la carne, extender la mantequilla, sin embargo, es capaz de ingerir solo si el individuo depende o sea requiere ser alimentado por

otra persona. Requiere cualquier tipo de ayuda o supervisión. y da 0 aspectos si depende es decir requiere cualquier tipo de ayuda. si el individuo requiere ayuda, una vez que es capaz de manejarse con una pequeña ayuda es capaz de utilizar el cuarto de baño puede limpiarse solo. Requiere supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona o usa andador(31).

2.2.1.7 Diagnóstico equivocado o demorado

Los doctores tienen que usar la anamnesis, el test físico y pruebas de laboratorio primordiales para evaluar activamente en busca de trastornos que solo ocurren o que se generan con más frecuencia en adultos más grandes; una vez que se detectan en forma temprana, estas patologías tienen la posibilidad de tratarse más de forma sencilla. A menudo, los primeros signos de un trastorno físico son conductuales, mentales o emocionales. Si el doctor desconoce esta probabilidad y atribuye dichos signos a demencia, el diagnóstico y el procedimiento tienen la posibilidad de demorarse.

2.2.1.8 Polimedición

Los medicamentos recetados y de venta libre utilizados deben revisarse con frecuencia, en particular para identificar las interacciones entre medicamentos y el uso de aquellos que se consideran inapropiados para los adultos mayores. El manejo con seguimiento de historia clínica es más efectivo cuando se usan múltiples medicamentos al mismo tiempo(32).

2.2.1.9 Problemas con los cuidadores

A veces, los problemas con los pacientes mayores están relacionados con la negligencia o el abuso por parte de sus cuidadores. Los médicos deben considerar el potencial de abuso de drogas por parte de los pacientes y cuidadores si las circunstancias y los hallazgos

sugieren lo contrario. Algunos patrones de lesiones o el comportamiento del paciente son más sospechosos que otros, como: hematomas frecuentes, especialmente en áreas de difícil acceso, hematomas en los brazos por presión manual, hematomas genitales, quemaduras extrañas, inexplicables de los paramédicos(32)

2.2.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL ADULTO MAYOR

2.2.2.1 Aspectos fisiológicos del adulto mayor

El envejecimiento no es parecido de persona a persona ni de órgano a órgano. El individuo envejece en funcionalidad de cómo haya vivido: si la vida fue innovadora, sociable, autónoma, el senescente mantendrá estas propiedades.

-Cambios en los compartimentos corporales: Los cambios más evidentes en la edad avanzada ocurren en los compartimentos corporales: reduce el hueso, el número de células y el compartimento del agua del cuerpo total, que baja de 61 a 53%.

-Cambios en la masa de los órganos: La masa de ciertos órganos como el hígado, el bazo o el páncreas puede ir experimentando una disminución por medio de los años, lo cual no continuamente se correlaciona con disminución de la funcionalidad, excepto en condiciones críticas, como un ejercicio extenuante en la situación del corazón, deshidratación o sobrehidratación extrema en la situación del riñón.

-Cambios farmacodinámicos: Hay disminución de los receptores de la dopamina y en el sistema de la acetilcolina reduce el número de células colinérgicas; en el sistema adrenérgico posiblemente reduce el número y afinidad de los β receptores. El pH gástrico se incrementa; existe aclorhidria relativa, según si hay o no atrofia gástrica por una contestación autoinmune o por cualquier

medicamento; se retarda el vaciamiento gástrico, más que nada para líquidos; hay disminución del flujo esplácnico y de la motilidad intestinal; reducen la masa y el flujo hepáticos.

-Cambios en el sistema nervioso central: Todo lo mencionado podría describir pequeñas alteraciones en la sabiduría "cristalizada" y en la sabiduría "dinámica". Generalmente, se altera la rapidez de contestación a un definido estímulo, el procesamiento de la información es un poco más retardado, sin embargo, no se altera tanto la calidad final de la contestación.

-Cambios en el sistema nervioso autosuficiente: No hay down-regulation del adrenérgico en condiciones fisiológicas; se puede subir la noradrenalina periférica, y se altera el barorreceptor como control hemodinámico. Además, se altera la variabilidad de cada latido o de cada R-R del electrocardiograma: existe una variabilidad fisiológica llamada arritmia sinusal, en la que se genera un acortamiento del R-R a lo largo de la inspiración y un alargamiento en la espiración; dicha variabilidad del R-R se altera, lo cual da origen inclusive a tests especializados para establecer la igualdad simpático-vagal, que frecuentemente está alterado con el envejecimiento y que no somos capaces de identificar. En los ancianos, los cambios en la variabilidad de la frecuencia cardíaca pueden ser un indicador de desequilibrio vagal parasimpático.

- Cambios en el contenido: Se sabe que los niveles de azúcar en sangre en ayunas y posprandiales aumentan después de los 60 años, pero dentro de los límites que no alcanzan los diabéticos. Hay cierta reducción en la sensibilidad a la insulina periférica como lo demuestra la prueba de tolerancia a la glucosa. Hay una disminución de la dehidroepiandrosterona (DEGAS), un andrógeno y sulfato natural, que representa el 50 % de la disminución de los andrógenos en los hombres; cambios funcionales en ancianos mayores de 80

años se correlacionan con niveles bajos de DEGRAS debido al sulfato de testosterona; El eje hipotálamo-pituitario-cortisol también se retrasa en la respuesta y la glándula tiroides puede disminuir T3 y T4. Los cambios metabólicos que se producen en el sistema del calcio, que conducen a la osteoporosis posmenopáusicas en las mujeres, también se producen en los hombres debido a un aumento de la hormona paratiroidea.

- Cambios pulmonares: La distensibilidad del tórax disminuye y el volumen residual aumenta. Aumento de la obstrucción de las vías respiratorias pequeñas. La PaO₂ disminuyó, lo que explica el aumento del gradiente alveolo-arterial con la edad; así que siempre ajustamos la PaO₂ para la edad. Disminuyendo de ese modo la capacidad pulmonar total.

- Cambios cardiovasculares: La presión del pulso aumenta debido a la arteriosclerosis. Hay una tendencia al aumento de la presión arterial sistólica; Ahora se sabe que la hipertensión sistólica aislada en el anciano debe ser tratada porque si bien es un cambio fisiológico debido al aumento de la impedancia aórtica, se asocia con riesgo cardiovascular. En la medida en que el corazón disminuye durante los períodos de inflación rápida porque los ventrículos son menos elásticos, la contribución de la contractilidad auricular es extremadamente importante; A lo largo de los años, las aurículas han representado una parte mayor del volumen diastólico final. Por lo tanto, un paciente anciano con fibrilación auricular puede desarrollar disnea muy rápidamente y disminuir la reserva fisiológica cardíaca.

-Cambios de la función global: Los cambios fisiológicos descritos se traducen en cambios funcionales globales. Estos cambios se reflejan en las actividades de la vida diaria: caminar, hacer ejercicio, ir al baño, higiene personal, comer. Curiosamente, los mayores problemas son caminar, arreglarse y moverse; curiosamente en los

ancianos varones, los procesos cognitivos son los que más influyen en su capacidad de percepción. Curiosamente, en las mujeres, la depresión, las arritmias o los trastornos emocionales afectan más.

2.2.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL ADULTO MAYOR

En América Latina y el Caribe, la población de 60 años y más crece sostenidamente, proceso que actualmente se caracteriza por al menos tres rasgos importantes. En todos los países de la región, la población de 60 años y más, tanto absoluta como relativa, ha crecido sustancialmente. Además, la región está envejeciendo más rápido que en la historia de los países desarrollados. Los posibles efectos negativos del envejecimiento de la población no solo están relacionados con su número, sino también con altos índices de pobreza, desigualdades sociales persistentes y severas, baja cobertura de seguridad social y una posible tendencia al deterioro de las estructuras familiares. Como resultado, la región enfrenta los desafíos tanto del desarrollo como del envejecimiento de la población.

En el contexto anterior, el apoyo familiar y comunitario tiene un gran impacto en las condiciones de vida de los adultos mayores. Este apoyo puede adoptar muchas formas, desde la asistencia económica directa hasta el cuidado personal en caso de enfermedad o discapacidad o mediante el apoyo emocional (visitas, llamadas telefónicas, etc.). Dada la falta de apoyo para los adultos mayores en el sistema, es probable que las familias y las comunidades continúen siendo los principales apoyos de los adultos mayores. Sin embargo, en la mayoría de los países, el impacto de estos apoyos o su

variabilidad en diferentes contextos sociales y culturales no se comprende completamente.

Sin embargo, a juzgar por los resultados de la encuesta SABE, existe un problema de acceso de los adultos mayores a estas instancias, que podrían deberse a dificultades de la oferta propiamente tal o bien a la demanda existente, es decir que los adultos mayores tengan una imagen negativa de estos servicios, y por ello no acudan a los mismos. Además, interesa conocer el grado de interacción que tienen los adultos mayores ya sea con sus pares, con los demás miembros de su familia, y/o con el resto de la sociedad.

2.2.3.1 Aspectos biológicos del adulto mayor

El envejecimiento es un proceso biológico que provoca ciertos cambios en los órganos y sistemas del cuerpo, lo cual es difícil por la complejidad de los fenómenos asociados, y conduce no sólo a un deterioro físico sino también a un marcado deterioro de la salud mental. Salud, una serie de enfermedades que conducen a una capacidad de trabajo reducida. Al mismo tiempo que estos cambios, también se están produciendo otros en su vida social. Causado en ocasiones por la jubilación, se observa en los adultos mayores que al ser separados de uno de los grupos sociales más importantes, se produce un proceso de aislamiento, lo que conlleva cambios psicológicos muy adversos que pueden afectar en gran medida su autoestima e integración a la sociedad. Desconociendo los hechos de justa medida, la importancia de la actividad física, el impacto en la calidad de vida. La vejez es una etapa normal e inevitable del propio desarrollo del cuerpo.

A continuación un panorama de las principales afectaciones.

- a) Sistema Nervioso Central: Desde los experimentos clásicos de principios de siglo del eminente fisiólogo Pavlov, se sabe

que el envejecimiento provoca muchos cambios en la actividad nerviosa superior. En particular, hay una creación más lenta de conexiones temporales entre diferentes áreas o centros del cerebro. Esta condición hace que el reflejo condicionado se desarrolle mucho más lentamente. Otro aspecto importante es la escasa adaptabilidad a los cambios del medio externo que existe a esta edad, consecuencia directa de una fuerte reducción de la plasticidad, como característica de los centros neurales.

- b) **Sistemas Sensoriales:** Durante la vejez se debilitan los sistemas sensoriales, lo cual se pone de manifiesto en una pérdida de la visión, la audición y la disminución de la sensibilidad de los receptores de la piel. En general los umbrales de excitabilidad aumentan. El envejecimiento provoca también alteraciones en la regulación de las distintas funciones.
- c) **Funciones Motoras:** Al envejecer el organismo, se va provocando una paulatina disminución de la excitabilidad de aquellos centros motores que gobiernan la musculatura esquelética. La rapidez de los movimientos disminuye considerablemente, produciéndose los cambios más significativos después de los 50 años. En las edades avanzadas también disminuyen tanto la fuerza muscular absoluta como relativa a la masa corporal. Existen datos acerca de la fuerza de los extensores de la espalda (dinamometría) que señalan que el valor promedio a los 35 años es de 165 Kg. aproximadamente, descendiendo a los 61 años hasta 129 Kg. El envejecimiento del organismo disminuye de igual forma, la resistencia (capacidad de luchar contra la fatiga). Básicamente la resistencia ante los esfuerzos estáticos y el trabajo muscular anaerobio. Se

pierden con la vejez la coordinación espacial y temporal de los movimientos, la ubicación y orientación de los miembros, así como de objetos en movimiento, etc.

- d) **Metabolismo:** Con la edad se producen alteraciones complejas de diversas índoles en el metabolismo proteico de los carbohidratos y las grasas. De igual forma se alteran los procesos relacionados con los minerales: Rasgo característico de la vejez es cursar más lento de los procesos oxidativos celulares. Con la edad se eleva la sensibilidad del organismo ante la insulina (uno de los reguladores más importante del metabolismo de los carbohidratos) y como resultado de ellos en las personas de edad avanzada una determinada inestabilidad del nivel de azúcar en sangre.
- e) **Funciones Vegetativas:** Las modificaciones que provoca la vejez se reflejan ampliamente en el sistema cardiovascular. En la edad avanzada disminuye la excitabilidad y conductibilidad del sistema de transmisión de la excitación del músculo cardíaco, por tal motivo el corazón del anciano se caracteriza por un ritmo más lento de funcionamiento. Esta particularidad funcional provoca otras: Un movimiento más lento de la circulación sanguínea e incluso un menor volumen de sangre circulante, lo que, de acuerdo a la disminución de la concentración de hemoglobina, provoca que la capacidad oxigénica sanguínea disminuya de 9 a 12 %. En estas edades se observa también un incremento de la presión arterial. El envejecimiento provoca además una disminución de las funciones respiratorias. Disminuye la capacidad vital pulmonar y la máxima ventilación pulmonar, aumenta la frecuencia respiratoria (entre un 20 y un 30%) y disminuye la profundidad, siendo entonces menos eficiente la mecánica respiratoria. Como señalamos, el envejecimiento

se traduce en una mala adaptación ante la insuficiencia de oxígeno: Como consecuencia, la retención voluntaria de la respiración en las edades avanzadas no es prolongada. Y aunque no se han tratado el aparato digestivo, urinario, renal, etc., no puede dejar de verse el organismo como un sistema integrado. Algunos consideran que los problemas de mayor importancia en esta edad lo constituyen la osteoporosis, llegando a existir datos alarmantes, tales como una disminución del 30 y el 50% de la masa ósea en mayores de 60 años.

2.2.3.1.1 Deterioro de los órganos y sistemas

- a) Piel y uñas: En la inspección inicial puede evaluarse el color (rubor común, palidez, cianosis). En los ancianos, tienen que considerarse los próximos recursos: Las equimosis tienen la posibilidad de aparecer de forma sencilla en la dermis lesionada, comunmente en el antebrazo, ya que la piel se adelgaza con el envejecimiento; El bronceado dispar podría ser usual gracias a la pérdida progresiva de melanocitos con el envejecimiento; Los surcos longitudinales sobre las uñas y la falta de lúnulas a modo de medialuna son hallazgos tradicionales en los ancianos; -Pueden identificarse fracturas de la placa ungueal gracias a su adelgazamiento asociado con el paso de los años; Las hemorragias negras en astilla en el tercio medio o distal de la uña son más comunes gracias a traumatismos que a bacteriemia; -El descubrimiento de una uña del dedo del pie amarillenta y engrosada sugiere onicomycosis, que es una infección micótica; Los bordes de las uñas de los pies que se curvan hacia adentro y hacia abajo sugieren una "uña encarnada" (onicriptosis); Las uñas blanquecinas que se descaman con facilidad, algunas

- veces con área puntiforme, indican psoriasis: Los hematomas de causa desconocida tienen la posibilidad de indicar abusos.
- b) Cara: Los hallazgos tradicionales involucrados con la edad tienen la posibilidad de integrar los próximos: Cejas que caen por abajo del borde orbitario preeminente; Bajón del mentón; -Pérdida del ángulo entre la línea submandibular y el cuello; Arrugas: Piel seca; Vello terminales gruesos en las orejas, la nariz, sobre el labio preeminente y el mentón; Las arterias temporales tienen que palpase en busca de dolor y engrosamiento, que tienen la posibilidad de indicar una arteritis de células enormes, cuya supone necesita una evaluación y un procedimiento inmediatos.
 - c) Nariz: El bajón progresivo de la punta de la nariz es un descubrimiento regular.
 - d) Ojos: Los hallazgos clásicos involucrados con la edad son: Pérdida de la grasa orbitaria: puede provocar un hundimiento gradual de los ojos en dirección siguiente en la órbita (enofthalmos). Este símbolo se asocia con profundización del párpado preeminente y ligera obstrucción de la perspectiva periférica; seudoptosis; entropión; ectropión; arco senil; con el envejecimiento surge la presbicia; el cristalino pierde elasticidad y reduce su capacidad de modificar de manera a lo largo de la perspectiva de objetos cercanos. El test ocular debería enfocarse en la evaluación de la agudeza visual (p. Algunas veces, se hace una tonometría en los sitios de atención primaria, aunque esta prueba suele estar a cargo del oculista o el optometrista como parte del examen ocular usual o del oculista una vez que obtiene al paciente derivado gracias a un factible glaucoma sospechado en la evaluación clínica. Los hallazgos tienen la posibilidad de ser irrelevantes salvo en presencia de una patología, ya que la apariencia de

la retina no cambia bastante con el envejecimiento. En todos los ancianos, se sugiere un examen ocular al mando de un oculista o un optometrista cada 1 o 2 años ya que este examen podría ser muchísimo más sensible para identificar ciertas patologías oculares ordinarios.

- e) Oídos: Debe examinarse para detectar cerumen, en especial si se encuentra un problema de audición durante la consulta. Si un paciente usa un audífono externo, este debe retirarse y evaluarse. Para evaluar la audición, los examinadores deben susurrar 3 a 6 palabras o letras al azar en ambos oídos del paciente sin que éste mire sus labios. Los pacientes con presbiacusia (deficiencia auditiva gradual, bilateral, simétrica y a predominio de altas frecuencias relacionada con la edad) tienen más dificultades para escuchar un diálogo que para escuchar sonidos. Se recomienda también realizar una evaluación con un audioscopio portátil, si es posible, porque los sonidos de prueba están estandarizados; por lo tanto, esta evaluación puede ser útil cuando el paciente es cuidado por varias personas.
- f) Boca: Se revisa para detectar inflamación de las encías, pérdida o rotura de partes dentarias, infecciones micóticas y signos de cáncer (p. Los hallazgos tienen la posibilidad de integrar: Oscurecimiento de los dientes: gracias a colorantes extrínsecos y a disminución de la transparencia del esmalte, que se asocian con el envejecimiento; fisuras en la boca y la lengua, la lengua se pega a la mucosa yugal: xerostomía; encías eritematosas y edematosas que sangran de forma fácil: generalmente, indican una patología gingival o periodontal. Los cambios más comunes involucrados con la edad son las várices venosas en el área ventral, la glositis migratoria benigna (lengua geográfica) y la atrofia de las papilas en las

caras laterales de la lengua. En pacientes edéntulos, la lengua puede agrandarse para facilitar la masticación. Sin embargo, este incremento de tamaño además puede indicar amiloidosis o hipotiroidismo. El dolor en una lengua de textura lisa puede indicar una deficiencia de vitamina B12. Las prótesis dentales tienen que extraerse antecedente de analizar la boca. En los pacientes edéntulos que no utilizan prótesis, tienen la posibilidad de identificarse fisuras dolorosas e inflamadas en las comisuras labiales (queilitis angular), generalmente similares con una infección micótica.

- g) Articulación temporomandibular: Debe examinarse para identificar artrosis, que es un cambio frecuente relacionado con la edad. La articulación puede degenerarse a medida que se van perdiendo dientes y las fuerzas compresivas que actúan sobre ella aumentan. La degeneración puede detectarse por la percepción de un sonido crepitante articular en la cabeza del cóndilo cuando el paciente sube y baja la mandíbula o si los movimientos mandibulares desencadenan dolor.
- h) Cuello: La glándula tiroidea, localizada en la porción inferior del cuello en los ancianos, a menudo debajo del esternón, debe examinarse para determinar si está aumentada de tamaño y si contiene nódulos. Los soplos carotídeos debidos a la transmisión de soplos cardíacos pueden diferenciarse de los generados por la estenosis de la arteria carótida moviendo el estetoscopio hacia arriba en el cuello: un soplo cardíaco transmitido se vuelve más suave, mientras que el soplo de la estenosis de la arteria carótida se hace más intenso. Los soplos debidos a estenosis de la arteria carótida sugieren una aterosclerosis sistémica. No se ha definido con precisión si los pacientes asintomáticos con soplos carotídeos requieren evaluación o tratamiento para enfermedad cerebrovascular. A

continuación, debe comprobarse la flexibilidad del cuello. La resistencia a la flexión, la extensión y la rotación lateral pasivas puede indicar un trastorno de la columna vertebral cervical. También puede aparecer resistencia a la flexión y la extensión en pacientes con meningitis, pero salvo que esta se asocie con un trastorno de la columna cervical, la rotación pasiva del cuello de un lado a otro puede llevarse a cabo sin resistencia.

- i) Tórax y espalda: Pueden auscultarse estertores basilares en pulmones de pacientes sanos, pero deben desaparecer después de varias respiraciones profundas. También debe registrarse la extensión de las excursiones respiratorias (movimiento del diafragma y capacidad de expandir el tórax). La espalda debe examinarse para detectar escoliosis y dolor a la palpación. El dolor intenso en la región lumbar, la cadera y la pierna con marcado dolor sacro a la palpación pueden indicar fracturas osteoporóticas espontáneas del sacro, que pueden encontrarse en ancianos.
- j) Corazón: El tamaño del corazón puede evaluarse palpando la punta. No obstante, su desplazamiento por cifoescoliosis puede complicar la evaluación. La auscultación debe realizarse en forma sistemática (frecuencia, regularidad, soplos, chasquidos y frotos). Una bradicardia sinusal asintomática de causa desconocida en una persona mayor aparentemente sana puede no tener importancia clínica. Un ritmo irregularmente irregular sugiere una fibrilación auricular. En adultos mayores, un soplo sistólico auscultado en la base (entre la punta y el esternón) indica más comúnmente. Insuficiencia mitral: Este soplo suele ser más intenso en la punta e irradia a la axila.; -Miocardiopatía hipertrófica obstructiva: Este soplo se encuentra cuando el paciente realiza una maniobra de Valsalva; Los soplos diastólicos son anormales en personas de cualquier edad.; El

cuarto ruido cardíaco es frecuente en ancianos sin signos de enfermedad cardiovascular y suele estar ausente en aquellos con evidencia de enfermedad cardiovascular; Si un paciente con un marcapasos presenta síntomas neurológicos o cardiovasculares nuevos, debe realizarse una evaluación en busca de alteraciones de los ruidos cardíacos y los pulsos, soplos e identificar la presencia de hipotensión arterial e insuficiencia cardíaca. Estos signos y síntomas pueden deberse a la pérdida de la sincronía auriculoventricular.

- k) Mamas: Deben evaluarse anualmente para hallar irregularidades y nódulos.(Sean Varones o mujeres) En las mujeres ≤ 74 años, la mamografía de cribado también se recomienda, en especial cuando hay antecedentes familiares de cáncer de mama. Si los pezones están retraídos, debe aplicarse presión alrededor de ellos para evertirlos; la presión evierte los pezones cuando la retracción se debe al envejecimiento, no así cuando existe una lesión subyacente.
- l) Aparato gastrointestinal: El abdomen se palpa en busca de debilidad de los músculos abdominales, que es frecuente en ancianos y puede predisponer al desarrollo de hernias. La mayoría de los aneurismas de la aorta abdominal se palpan como un tumor pulsátil; no obstante, sólo es posible evaluar su dimensión lateral durante el examen físico. En algunos pacientes (en particular delgados) es posible palpar la aorta normal, pero el vaso y sus pulsaciones no se extienden en dirección lateral. La ecografía de la aorta se recomienda como estudio de cribado para todos los hombres mayores que han fumado alguna vez. El hígado y el bazo deben palparse para determinar si están aumentados de tamaño. También debe comprobarse la frecuencia y las características de los ruidos intestinales y percutir el área suprapúbica para identificar la

presencia de dolor a la palpación, molestias o signos de retención urinaria.

- m) Aparato reproductor masculino y femenino: Debe palparse la próstata en busca de nódulos y dolor a la palpación y para definir su consistencia. La estimación del tamaño de la próstata con tacto rectal es imprecisa y el tamaño no se correlaciona con la presencia de obstrucción uretral; no obstante, el tacto rectal permite una evaluación cualitativa. En las mujeres la reducción posmenopáusica de la concentración de estrógenos produce atrofia de las mucosas vaginal y uretral; la mucosa vaginal se encuentra seca y sin pliegues. Los ovarios no deben poder palparse 10 años después de la menopausia; la presencia de ovarios palpables sugiere un cáncer. También debe examinarse el introito para detectar prolapso de la uretra, la vagina, el cuello uterino y el útero. Se debe pedir a la paciente que tosa para evidenciar un escape de orina y un prolapso intermitente. No se recomienda la prueba de Papanicolaou (pap) para mujeres ≥ 65 años que hayan tenido resultados normales en los 10 años anteriores.
- n) Sistema musculoesquelético: Se examinará las articulaciones para identificar dolor espontáneo o a la movilización, tumefacción, subluxaciones, crepitación, calor, eritema y otras alteraciones que podrían sugerir una enfermedad: Artrosis, Artritis reumatoide crónica.
- o) Pies: El diagnóstico y el tratamiento de los problemas de los pies, cuya frecuencia aumenta con el envejecimiento, ayudan a las personas ancianas a mantener su independencia. Los hallazgos más frecuentes relacionados con la edad son la deformidad en valgo del primer metatarsiano, la prominencia medial de la cabeza del primer metatarsiano con desviación lateral y rotación del primer dedo y la desviación lateral de la

cabeza del quinto metatarsiano. Las deformidades de los dedos del pie pueden ser el resultado de muchos años de calzado incorrecto o de enfermedades como artritis reumatoide, diabetes o neurológicas. En ocasiones, los problemas en los pies indican otras enfermedades sistémicas.

verificar el nervio de los pacientes mayores, como probar cualquier adulto. Los signos encontrados durante el examen deben evaluarse según la edad, el historial y otros datos. En los ancianos se pueden observar hallazgos simétricos no relacionados con la pérdida funcional u otros signos y síntomas neurológicos. El médico debe decidir si estos resultados justifican una evaluación cuidadosa del daño nervioso. Los pacientes deben ser reevaluados periódicamente para detectar cambios en la función, asimetría y nuevos síntomas. Nervios craneales: puede ser difícil de evaluar. Los adultos mayores a menudo tienen pupilas pequeñas, reflejos pupilares más lentos y una respuesta pupilar disminuida a la visión de cerca. Mirar hacia arriba y en menor medida puede ser algo limitado. Los movimientos oculares, medidos por el dedo del examinador durante la prueba del campo visual, pueden ser torpes e irregulares. El sentido del olfato se ve afectado en muchos adultos mayores debido a una disminución del número de neuronas olfatorias o antecedentes de infección del tracto respiratorio superior o rinitis crónica. Sin embargo, la pérdida asimétrica (pérdida del olfato en una fosa nasal) no es normal. El gusto puede cambiar debido a la disminución del sentido del olfato o debido al uso de medicamentos que reducen la salivación.

En otras palabras, podemos decir que desde la Edad Media y principalmente en edad avanzada, hay muchos cambios diferentes en el cuerpo relacionados con el metabolismo, reduciendo la efectividad de todos los efectos. Agencias y sistemas, reduciendo

las funciones metabólicas en las que los procesos de recuperación que dominan El proceso de oxidación, así como diferentes variedades del movimiento de osteomuscular. También aparecen diferentes síntomas patológicos en dispositivos cardiovasculares y respiratorios. Ambos se consideran los más beneficiosos para el ejercicio.

2.2.3.2 Aspectos sociales del adulto mayor

- a) La vejez es una etapa que exige esfuerzos adaptativos biológicos, no obstante, en la población no puede separarse de la vida social. El ámbito socio familiar, la colaboración social activa, el hábitat, la apariencia económica, los puntos culturales y las prácticas. La colaboración social activa, que está relacionada con la adhesión social y los vínculos interpersonales e intergeneracionales podría ser evaluadas por medio de las ocupaciones avanzadas de la vida cotidiana); la función de autocuidado por medio de las ocupaciones primordiales de la vida cotidiana; y la función de soberanía por medio de las ocupaciones instrumentales de la vida cotidiana El resultado de esta evaluación geriátrica integral determinará si la senectud está predominantemente en: Situación de salud, situación de patología, situación de vulnerabilidad por pobreza o retiro o en situación de dependencia servible.
- b) Las intervenciones para los que se hallan en situación de salud son la promoción, la defensa, la vigilancia y la prevención de enfermedades biopsico sociales. Las intervenciones para el caso patología son el diagnóstico temprano, procedimiento conveniente y la rehabilitación. Las intervenciones para el caso vulnerabilidad van a ser facilitar la entrada a tratamientos, nutrición, hábitat seguro,

etcétera. Las intervenciones para el caso de dependencia integran atención domiciliaria: sanitaria y de soporte, sistemas de atención diurna (hogar de día, centros de día, nosocomio de día), formación y cuidado de cuidadores y finalmente la institucionalización definitiva.

- c) Cambios en el papel personal: Dependerá de la capacidad y de la personalidad del sujeto para hacer frente los cambios de papel que le tocará vivir (como abuela, al perder a su pareja, al tener que renunciar a su hogar, etcétera.). Sin embargo, con el progreso de los años emergen inconvenientes de fragilidad, dependencia y patología que condicionan a el núcleo familiar y al más grande en el cambio de papeles de cuidado.
- d) Cambios en el papel social: La jubilación que observaremos después es un cambio fundamental por cada una de las implicaciones que tiene.

2.2.3.3 Función motora y Coordinación

Fuerza muscular: Los ancianos, en especial los que no practican entrenamiento de resistencia en forma regular, tienen la posibilidad de exponer postración a lo largo de una evaluación de rutina. Ejemplificando, a lo largo de la prueba físico el doctor puede prolongar de forma sencilla el codo del paciente pese a sus esfuerzos por conservar la contracción. Tal postración es tratable con entrenamiento de resistencia; en especial para las extremidades, se puede mejorar la movilidad y minimizar el peligro de caídas. El crecimiento del tono muscular, medido por medio de la flexión y la expansión del codo o la rodilla, es un descubrimiento usual en los ancianos, aunque los movimientos bruscos a lo largo de la prueba y la rigidez en rueda dentada se piensan anómalos.

Coordinación motora:

- a) Marcha y postura: evaluar los aspectos de la marcha, el ancho de la zancada y la postura de la marcha. Además, se debe determinar la sensibilidad, el control musculoesquelético y motor y la atención necesaria para realizar una marcha coordinada sin adicción. Pasos más cortos, posiblemente debido a la debilidad de los músculos de las piernas o a la pérdida del equilibrio.

Pequeños cambios en la postura al caminar (por ejemplo: por ejemplo, más rotación en la parte inferior de la pelvis, posiblemente debido a un aumento de la grasa abdominal, abdominales débiles y flexores de la cadera demasiado estirados; capacidad ligeramente mayor para rotar los dedos de los pies hacia afuera, posiblemente debido a la incapacidad para rotar la cadera internamente o para aumentar el equilibrio lateral)

Las personas con velocidad de marcha <1 m/s tienen un riesgo significativamente mayor de muerte. El envejecimiento ejerce muy poco efecto sobre el ritmo de la deambulación o la postura, y en general los ancianos suelen caminar erguidos excepto cuando existe una enfermedad que se los impide.

- b) El control general de la postura se evalúa con la prueba de Romberg (el paciente se para con los pies juntos y los ojos cerrados). Con el paso de los años, el control postural suele deteriorarse y el balanceo postural (movimiento en el plano anteroposterior con el paciente en estado estacionario y en posición erguida) puede aumentar.

2.2.3.4 Aspectos psicológicos del adulto mayor

- a) Valoración del campo mental

La evaluación cognitiva incluye probar habilidades en las siguientes áreas: percepción, autoexpresión, posicionamiento, memoria, etc.; en el estudio de una importante enfermedad: la demencia.

En general, la capacidad cognitiva decae y se ralentiza con la edad, aunque con una gran variabilidad en función de una serie de factores (nivel de estudios, dedicación, actividad física, etc.).

- b) Inteligencia: se mantiene estable a lo largo de la vejez, aunque suele ser más lenta y prolongada en el tiempo y en la respuesta a los problemas. Hay dos tipos de inteligencia: dinámica y cristali
- c) Memoria: La memoria inmediata aún está relativamente bien conservada. Se conserva la memoria a largo plazo. Es una memoria reciente que apenas comienza a mostrar un déficit para que la persona pueda recordar hechos recientes. Estos pequeños olvidos diarios suelen ser el signo más significativo de los cambios mentales en los adultos mayores.
- d) Lenguaje: se conserva la capacidad de hablar. La apariencia (sintaxis) no ha cambiado, la comunicación sigue siendo bastante buena, aunque puede ser lenta.
- e) Afecto: La vejez se caracteriza por pérdidas (familiares, laborales, sociales, físicas, etc.). El optimismo depende de la personalidad y la capacidad del individuo para hacer frente al cambio y la pérdida.

2.2.3.5 Enfermedades más frecuentes

- a) En esta etapa de su vida, usted es el más vulnerable y está en riesgo de contraer una amplia gama de enfermedades. Los ancianos son aún más sensibles, y es importante saber qué condiciones son más comunes en ancianos y adultos. Desde dolencias comunes hasta enfermedades más graves. Lo mismo ocurre con los ancianos, pero en ambos casos, la condición puede ser más grave debido a que su cuerpo humano no ha sido preparado durante mucho tiempo. Todo

este conjunto de situaciones nos incita a ver a los mayores como un colectivo peligroso. Por esta razón, es muy importante cuidar y consolar a los ancianos. Si bien estas enfermedades son muy comunes en las personas mayores, todo el cúmulo de avances, innovaciones tecnológicas y avances en la optimización de la calidad de vida nos ha permitido enfrentar estos problemas, esta patología tiene un gran potencial.

b) Presión arterial alta: Las personas mayores a menudo tienen presión arterial alta. Para realizar un seguimiento de estos indicadores, debe seguir una dieta saludable y hacer ejercicio. Las recomendaciones actuales consideran normal la presión arterial cuando la PAS es inferior a 120 mmHg. y la PAD es inferior a 80 mm Hg; PAS de 120 a 139 mm Hg. Pieza. o PAD de 80 a 89 mm Hg. Pieza. considerada prehipertensión. No tiene sentido tener una presión de 140/90 mm Hg. Pieza. y tomar medidas dentro de las 24 horas para diagnosticar pacientes hipertensos. Este criterio introduce la idea de redundancia. Lectura de 130/80 a 139/89 mmHg. Pieza. duplica el riesgo de desarrollar hipertensión, y la PAS es un factor de riesgo cardiovascular más alto que la PAD. (33).

c) Enfermedad de Alzheimer: Es una demencia con un inicio insidioso y con un curso generalmente progresivo y deteriorante e irreversible que afecta al cerebro en las áreas que controlan la memoria, el pensamiento y el lenguaje. La enfermedad de Alzheimer es la más común de las causas de demencia, con el 50 a 70% de los casos, caracterizada por un deterioro continuo y progresivo de la función cognitiva, pensar, recordar y razonar, que puede llegar a ser tan severa que interfiera con las funciones individuales y sociales de la persona. Generalmente la

enfermedad de Alzheimer aparece después de los 65 años de edad y es mucho más frecuente en mujeres que en varones; aunque algunas formas poco frecuentes de esta enfermedad se presentan antes de los 50 años, sobre todo entre parientes en primer grado y con evidencias de las alteraciones genéticas, el riesgo de la enfermedad se incrementa a medida que se avanza en la edad, y es así como a los 75 años de edad del 20% y a los 85 años del 40 al 50%. El Alzheimer se integra dentro de las patologías cognitivas. En definitiva, se trata de un deterioro cognitivo que sufre la persona y que su máxima expresión es la pérdida de memoria progresiva. Al igual que el cuerpo, el cerebro también envejece y las células nerviosas se van debilitando (34).

- d) La Depresión: El Estado Depresivo Mayor se puede definir como un período de por lo menos 2 semanas de duración en el que la persona experimenta cambios en su estado de ánimo durante la mayor parte del día, como pueden ser: el sentirse triste o con pérdida del interés en las actividades placenteras, además de otros síntomas. Según la Organización Mundial de la Salud (35), el crecimiento de la población adulta mayor trae consigo inevitablemente un aumento de las enfermedades relacionadas con la edad, como las demencias y la depresión, siendo considerada esta última como el principal problema de salud mental que enfrentará el mundo del futuro. Los trastornos mentales y conductuales perturban la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias. La demencia tipo Alzheimer es casi exclusiva de los adultos mayores, pero también se observan altas tasas de prevalencia de depresión, ansiedad, trastornos psicóticos, suicidio y uso indebido de sustancias. Muchas personas mayores, como consecuencia del ritmo de vida, acaban viviendo su vida en un estado de soledad.

Esto puede llegar a provocar episodios de depresión que es necesario atender y cuidar para conseguir un estado de bienestar en el día a día. La depresión en ancianos es algo habitual y por eso se requiere la ayuda de profesionales, cuidadores de mayores y especialistas para tratar estas situaciones.

- e) Enfermedad de Parkinson: La Enfermedad de Parkinson es un síndrome causado por una lesión de los ganglios basales, predominantemente de la sustancia negra, que produce déficit de los movimientos motores. Dentro de la sintomatología clásica están el temblor en reposo, la rigidez, la falta o disminución en los movimientos y los cambios en los reflejos posturales. Generalmente empieza entre los 40 y 70 años de edad con un pico en la sexta década de la vida. Aproximadamente el 1% de la población de la tercera edad se encuentra afectada y es más frecuente en el hombre que en la mujer en una proporción de 3:2. El Parkinson es otra de esas enfermedades que más sufren las personas mayores. En parte porque afecta directamente al sistema neurológico. Es una pérdida de neuronas progresivas. ¿Cómo afecta el Parkinson en mayores? Al afectar al sistema nervioso genera temblores en la persona, movilidad reducida, y alteración del equilibrio(36).
- f) Enfermedad Cerebro Vascular: La Organización Mundial de la Salud, define la enfermedad cerebro vascular como el rápido desarrollo de signos focales o globales de compromiso de la función cerebral, con síntomas de veinticuatro horas o más de duración o que lleven a la muerte, sin otra causa que el origen vascular. Las causas pueden ser la ruptura súbita de un vaso (Hemorragia cerebral) o un coágulo formado ahí mismo por aterosclerosis o transportado de algún otro sitio (Embolia Cerebral) que obstruya la circulación sanguínea hacia el tejido

cerebral dando por resultado la muerte de estas células nerviosas llamadas neuronas (Infarto Cerebral) (37).

- g) La Diabetes Mellitus: La Diabetes según American Diabetes Association es una enfermedad en la que el cuerpo no produce o utiliza inadecuadamente la insulina, una hormona necesaria para convertir el azúcar, los almidones y otros alimentos en la energía necesaria para vivir diariamente. Juegan un papel importante factores genéticos y ambientales, como la obesidad y la falta de ejercicio (38,39)
- h) Limitaciones Visuales: Son frecuentes en la vejez y van aumentando conforme a la edad. Los estudios de población han reportado un 16 % en aquellos individuos mayores de 80 años y hasta un 39 % en los mayores de 90 años de edad. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud, la ceguera en los países en vía de desarrollo está entre 0.5 y 1.5%. El 50% de los casos se debe a cataratas curables, el 25% se debe a afecciones incurables y el otro 25% se hubiera podido prevenir mediante cuidados primarios efectivos (40). Se define de manera cuantitativa dependiendo de la limitación visual que se presente ya que no se puede evaluar solamente si una limitación es parcial o total, pues se debe tener en cuenta la función que desempeña la capacidad visual residual. Quien distingue la luz y los colores no se considera una persona totalmente ciega, pues conserva algo de visión. En cuanto a la vista, la edad también influye en este sentido. Desde la pérdida de nitidez en la vista (presbicia), hasta la aparición de cataratas. Unas cataratas en ancianos que pueden tratarse con cirugía.
- i) Limitación auditiva: La pérdida de la audición es una de las condiciones crónicas más prevalentes en la tercera edad. Este problema afecta al 90% de aquellos por arriba de los 80 años, debido a que la pérdida de la audición en su naturaleza es

progresiva pero gradual es que generalmente el diagnóstico se hace tarde o se retrasa. La audición cobra un especial interés en la tercera edad pues tiene un potencial muy importante en la calidad de vida que podemos tener, pues es una de las herramientas diarias que sin querer utilizamos para nuestra comunicación. Sin la audición, la comunicación es muy difícil y usualmente nos retraemos y aislamos del resto de nuestro entorno. La pérdida de audición en mayores es uno de los problemas que más afecta en la vejez. Cualquier sentido va perdiendo eficiencia al pasar el tiempo y las capacidades sensoriales como el oído y la vista son una de las que más sufren. Es un proceso degenerativo que no tiene solución (41).

- j) La Osteoporosis: La osteoporosis fue definida por el Comité para el Consenso del Congreso Mundial de Osteoporosis, en Ámsterdam en 1996, como "una enfermedad sistémica caracterizada por una disminución de la masa ósea, deterioro de la microarquitectura ósea, con el consecuente incremento en la fragilidad ósea y susceptibilidad para las fracturas"(42). La osteoporosis en sí es una enfermedad degenerativa que se entiende como una disminución de la densidad ósea. ¿Cómo afecta la osteoporosis a las personas mayores? Principalmente, en lo que más puede llegar a afectar es en caídas y golpes que deriven en roturas de huesos. Una de las más habituales tiene que ver con la rotura de cadera de personas mayores.
- k) La Enfermedad Articular Degenerativa u Osteoartritis: La Osteoartritis se ha conocido también como Osteoartrosis o Enfermedad Articular Degenerativa. Esta progresa lentamente y en general tiene un curso benigno, sin embargo, puede ocasionar mucho dolor, rigidez y gran limitación, en algunas personas tiene un curso progresivo con destrucción articular rápida. Se clasifica como primaria o idiopática cuando no existe un factor

predisponente conocido y, secundaria, cuando se puede identificar su factor local o sistémico que desencadena la osteoartritis. La enfermedad en general se presenta después de los cuarenta años de edad, es de comienzo insidioso, con pocas manifestaciones sistémicas. Compromete en especial las articulaciones interfalángicas distales, las proximales, el trapecio metacarpiano, la cadera, la rodilla, la primera metatarsofalángica y las articulaciones de la columna cervical y lumbar. El síntoma predominante de la osteoartritis es el dolor, el cual aparece cuando se utiliza la articulación y desaparece cuando está en reposo.

- l) La Enfermedad Isquémica del corazón: La enfermedad isquémica del corazón es un riego sanguíneo deficiente al corazón, y es hoy la principal causa de muerte en el mundo; la etiología principal es la enfermedad de las arterias coronarias resultante del aterosclerosis. Cuando se forman placas ateroscleróticas en la luz de los vasos, se produce su estrechamiento. Esto disminuye el aporte de oxígeno y nutrientes altos en energía necesarios para que el corazón satisfaga las demandas ejercidas en él. Este trastorno se conoce como enfermedad de las arterias coronarias (EAC), el resultado de EAC y de la enfermedad isquémica del corazón es el infarto de miocardio o ataque al corazón. Esto sucede cuando el flujo sanguíneo a través de las arterias coronarias hacia el miocardio se bloquea por completo y el músculo cardíaco no puede recibir ninguna de las sustancias necesarias para su funcionamiento normal. Si el proceso no se revierte de inmediato, el área afectada del corazón muere, se necrosa y deja de funcionar.
- m) Ictus: El ictus (enfermedad cerebro vascular) es, sin duda, una de las enfermedades más habituales en ancianos. Su origen reside en la obstrucción o rotura de algún vaso sanguíneo

encargado de llevar sangre al cerebro. Se reduce así el flujo de sangre al cerebro y las células nerviosas dejan de funcionar. Conocido también como infarto cerebral, los síntomas más habituales cuando una persona sufre un ictus son los hormigueos en algún lado del cuerpo o cara, pérdida del habla, dificultad en la visión y pérdida de coordinación, así como dolor de cabeza.

n) Infarto: Hay diferentes tipologías de infartos, siendo el más común el infarto de miocardio. Suele estar iniciado por un dolor incipiente en el pecho y brazos. Acompañado de dificultad respiratoria, náuseas o mareos.

o) Artrosis y artritis: Se podría decir que casi toda la población de la tercera edad sufre de artritis. Que no es otra cosa que la inflamación en articulaciones. Esto lo que provoca es dolor al realizar ciertos movimientos o gestos. La artritis puede tratarse a base de rehabilitación e inflamatorios.

En los casos más severos esta artritis puede llegar a desembocar en una artrosis como degeneración del cartílago. Se hace latente la rigidez muscular que imposibilita llevar una vida mucho más llevadera e independiente.

p) Fibromialgia en mayores: La fibromialgia es una enfermedad crónica que puede afectar a cualquier persona. Sin importar el género o la edad. Por tanto, también la pueden sufrir las personas mayores. Se caracteriza por un extremo cansancio, dolencia muscular, trastornos de sueño, pies inquietos y dolores fuertes de cabeza. No tiene un diagnóstico claro ni fármaco que ayude a solventar este conjunto de dolencias.

2.2.3.6 Comorbilidades y enfermedades múltiples

La patología de un dispositivo o sistema puede dañar otro dispositivo o sistema, degradar la condición de ambos dispositivos y causar

discapacidad, adicción y muerte si no está involucrada. La presencia de ciertas comorbilidades complica el diagnóstico y el manejo, y las consecuencias se ven exacerbadas por condiciones sociales desfavorables (p. ej.: ej., delirio, mareos, desmayos, caídas, dificultad para moverse, pérdida de peso o necesidad de orinar), que pueden ser secundarios a una enfermedad visceral. Reposo en cama, cirugía, medicación), ya que tratar la afección médica subyacente sin tratar otras comorbilidades puede acelerar el empeoramiento de la afección. Por ejemplo, con el reposo en cama, los adultos mayores pueden perder del 1 al 3 % de su masa muscular y fuerza por día (lo que lleva a la pérdida de masa muscular y a una reducción severa de la movilidad), y los efectos del reposo El reposo en cama puede eventualmente llevar al agotamiento del paciente. hasta la muerte(43).

Las enfermedades coexistentes y multimórbidas son un problema frecuente en las personas mayores y son un componente peligroso de los eventos adversos para la salud (invalidez, invalidez, adicción, hospitalización, hospitalización, etc., mala calidad de vida, mortalidad), aunque no la causa. Una condición comórbida ayuda a sobrellevar las dificultades de un paciente anciano. El tratamiento de algunas condiciones puede exacerbar otras o causar otras nuevas, y el problema se exagera en los adultos mayores, en los que la disfunción fisiológica preclínica regula la respuesta al medicamento(43).

Los resultados de las comorbilidades en los ancianos no deben interpretarse de forma aislada, sino que deben interpretarse en un entorno de evaluación holístico que integre la disfunción preclínica relacionada con el envejecimiento, la puntuación de la debilidad, los aspectos funcionales, psiquiátricos y psicosociales. Los indicadores

de deterioro fisiológico o subclínico son herramientas prometedoras para el futuro que deben probarse en cohortes longitudinales.

- En el infarto de miocardio, la historia debe indicar si el paciente fue hospitalizado por este motivo o datos sobre cambios en enzimas y/o electrocardiograma.

- Insuficiencia cardíaca con antecedentes de disnea de esfuerzo y/o síntomas de insuficiencia cardíaca al examen físico con respuesta positiva al tratamiento con diuréticos o vasodilatadores. Los pacientes en este tratamiento que no tengan una mejoría clínica en sus síntomas y/o signos no serán contados como tales. Los pacientes en este tratamiento que no tengan una mejoría clínica en sus síntomas y/o signos no serán contados como tales.

Enfermedad vascular, pacientes con mínimas consecuencias o ictus transitorio.

- Demencia, el paciente tiene antecedentes de signos clínicos de deterioro cognitivo crónico.

- Enfermedad respiratoria, antecedentes, examen físico y exámenes adicionales deben mostrar signos de cualquier enfermedad respiratoria crónica, incluidas la EPOC y el asma. Las enfermedades del tejido conectivo incluyen lupus, polimiositis, enfermedad mixta, polimialgia reumática, arteritis de células gigantes y artritis reumatoide.

- Las úlceras estomacales y duodenales incluyen personas que han sido tratadas por úlceras y personas que han tenido sangrado por úlceras. - Hepatopatía crónica leve sin hipertensión portal, incluidos pacientes con hepatitis crónica.

- Diabetes, incluido tratamiento con insulina o hipoglucemiantes, pero sin complicaciones tardías; No se incluirá el tratamiento de solo

dieta. - Hemiplejía, síntomas de hemiplejía o hemiplejía por ictus y otras enfermedades.

- Insuficiencia renal crónica moderada/grave, incluyendo pacientes en diálisis o con creatinina > 3 mg/dL, repetidas veces y de forma continua. - Diabetes con daño de órgano blanco, síntomas de retinopatía, neuropatía o neuropatía. También se incluyeron antecedentes de cetoacidosis o descompensación hiperosmolar. - Un tumor o un tumor sólido, incluso en pacientes con cáncer, pero metástasis indeterminadas.

- Leucemia, incluida la leucemia mieloide crónica, la leucemia linfocítica crónica, la policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas. Linfomas, incluidos todos los linfomas, Waldenström y mieloma.

- Enfermedad hepática crónica moderada/grave con síntomas de hipertensión portal (ascitis, várices esofágicas o encefalopatía). - Tumor metastásico o cáncer.

2.2.4 DEMANDA DE ATENCIÓN PARA EL ADULTO MAYOR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El primer nivel más cercano a la población, es el primer nivel de contacto. Por tanto, se considera una organización que proporciona recursos para satisfacer las necesidades de atención más universales y básicas que pueden ser satisfechas a través de intervenciones de salud, prevención de enfermedades y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema sanitario. Se caracteriza por la presencia de instituciones de baja complejidad como clínicas, dispensarios, centros médicos, etc. Alrededor del 85% de los problemas comunes

han sido resueltos. Este grado garantiza la plena accesibilidad a la población, la capacidad de brindar una asistencia oportuna y eficaz.

2.2.4.1 Niveles de atención

Hay un pequeño porcentaje de personas que necesitan institucionalización a medida que se mudan de sus familias y su hogar principal. Sin embargo, a medida que las personas envejecen, estas culturas cambian y no es raro que las personas sean desplazadas permanentemente. Incluso uno de los estereotipos o percepciones más comunes sobre la vejez es que la mayoría de las personas mayores viven en complejos de apartamentos.

La investigación muestra que existe y habrá una gran demanda de este tipo de servicio y que la cantidad de personas que vivirán en edificios residenciales aumentará en los próximos años. La función que debe procurar el geriatra es brindar un hogar permanente y una atención integral y permanente de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales.

La atención en los albergues geriátricos se divide en:

- Autónomos o autónomos: servicios para soberanos psicofisiológicos en función de su edad.
- Dependencias Parciales: Son servicios recomendados a medida para personas que necesitan supervisión para realizar sus tareas diarias.
- Dependientes: son los servicios que se prestan a las personas con discapacidad que necesitan ayuda para cubrir cada una de sus necesidades.
- Con supervisión psiquiátrica: Proporcionar alojamiento, alimentación, actividades recreativas, supervisión médica y psiquiátrica periódica a las personas con enfermedad mental que no

presenten agresividad. Las residencias de mayores son denominadas por algunos autores como "instituciones totales" porque en ellas una persona duerme, come y descansa continuamente en el mismo ambiente, con las mismas personas y con actividades planificadas.

No se tuvo en cuenta la heterogeneidad del grupo de pacientes hospitalizados. En consecuencia, las personas mayores intentarán participar en el sistema organizativo y sentirán que la única forma de lograrlo es adaptándose a él aceptando las reglas establecidas por la organización y siguiendo el calendario de eventos. excepto. Tus opciones serán limitadas.

Esta situación no es ni buena ni mala, ya que depende de la institución y del individuo, pero aumenta la dependencia de los ancianos. El hecho de estar en un hospital en una pensión, geriátrico, hogar, orfanato, o lo que sea, genera controversia no solo entre los ancianos y sus familias, sino también entre los autores que tratan de explicar esta situación.

La población sigue teniendo una imagen negativa de estas instituciones, ya que las considera el final inevitable de la vida.

2.2.4.2 Atención especializada

Los servicios geriátricos (generalmente parte de un hospital) brindan unidades de atención interdisciplinaria, especialmente para "pacientes geriátricos", además de apoyo y educación de atención primaria.

Los albergues o salas crónicas continúan sirviendo a las personas mayores con discapacidades crónicas que no pueden quedarse en casa para recibir la atención y las comodidades que necesitan. Un hospital de día geriátrico es un centro de día de hospitalización general para la atención de pacientes frágiles, a menudo con discapacidad física, con fines de atención integral y/o evaluación

geriátrica y regreso a casa; y de esta forma, para pacientes que consiguen vivir en casa, pero necesitan continuar con la terapia rehabilitadora o padecen procesos crónicos leves que requieren un examen más detenido.

2.2.4.3 Modelo de atención de salud para el adulto mayor, rol de la familia

En la investigación de las instituciones sociales resulta común dialogar del núcleo familiar que, en tanto realidad social e histórica, es ya hace diversos miles de años, una de las maneras de organización elemental de las comunidades, debido a que en ella se originan las primeras protestas de la sociabilidad humana, se lleva a cabo la personalidad y la calidad de las colaboraciones suele ser más fuerte que en cualquier otra organización(44).

Esta pluralidad expresa métodos diversos de implantar interacciones y vínculos legales, religiosos, de implantar alianzas políticas y económicas, de repartir responsabilidades y de conceder labores. Alrededor del núcleo familiar se han desarrollado diversos tipos de interrelaciones sociales y categorías culturales: el matrimonio, la herencia, la filiación, el vínculo, la separación social y sexual del trabajo, etcétera. En este instante los adultos más grandes deben llevar a cabo las modificaciones en los papeles, las funcionalidades y los vínculos parientes que son elaboradas por las condiciones económicas, políticas y socioculturales.

2.2.4.4 Sistema de referencia y contrarreferencia

Para que todos los niveles de atención funcionen correctamente, debe existir un sistema de derivaciones y derivaciones que asegure la abstinencia o la operatividad de todos ellos.

Una alusión es un método de asistencia administrativa por el cual un establecimiento de salud (por consentimiento con un grado

apropiado de autoridad) transfiere la responsabilidad de la atención del paciente o la realización de pruebas de diagnóstico al paciente. las instalaciones médicas tienen una resolución más alta. La remisión cruzada es un método de asistencia administrativa en el que un centro de atención médica transfiere la responsabilidad de la atención médica del paciente o los resultados de las pruebas de diagnóstico al centro una vez que se ha resuelto un problema de salud. implicados (menos complicados) a su control y seguimiento básico.

2.2.4.5 Prevención primaria

La prevención primaria tiene como objetivo fomentar la actividad física, la alimentación equilibrada, la estimulación cognitiva y el desarrollo y mantenimiento de las redes sociales necesarias para la independencia, la salud y la calidad de vida de los niños. sólo su familia, sino todo su entorno, su comunidad. Los clubes y centros para mayores que existen en España no sólo contribuyen al mantenimiento de las redes sociales y familiares, sino que también permiten a las personas mayores crear nuevas redes(45). Calendario de vacunación para personas mayores de 60 años en los Estados Unidos. aprobada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), incluye cuatro vacunas: tétanos/difteria, culebrilla, influenza y neumococo (46).

El calendario de vacunación del MINSA para adultos mayores incluye la vacuna antigripal.

2.2.4.6 Atención primaria de la salud

Se trata de un conjunto de procedimientos y servicios que se brindan a los adultos mayores con el fin de mejorar su salud, prevenir enfermedades y derivar oportunamente a los servicios médicos para su atención temprana y rehabilitación cuando sea necesario. La Atención Primaria de Salud formará parte de los servicios que ofrece

Los Puestos de Salud, aunque estas personas podrán acceder a este tipo de planes ofrecidos por las compañías de seguros de salud.

2.2.4.7 Valoración geriátrica

La valoración geriátrica integral (VGI) se ha consolidado como un instrumento que, junto con la historia clínica del individuo adulta más grande, posibilita detectar las necesidades de atención, tanto de inconvenientes doctores habituales como de esos donde se ve involucrado la apariencia psicológica, de capacidad de la mente, la nutrición, puntos sociales y peligros de dependencia, lo que posibilita diseñar tácticas de mediación(47).

Asimismo, nos hace rememorar que la atención multidisciplinaria es un camino centrado en el proteger, donde las ocupaciones que se hacen permanecen orientadas a conservar la salud, mantener el control de los componentes de peligro presentes; tienden a mantener la soberanía del individuo, y a conservar y mejorar la funcionalidad física, psicológica, social y familiar.

Edad mayor a los 60 años de edad (algunos piensan bastante más de 75 años gracias a las expectativas de vida de cada país).

Problemática social relacionada con su condición de salud.

Las metas de la VGI son: Mejorar la precisión del diagnóstico (contempla superficies clínicas, funcionales, mentales y sociales); detectar problemáticas en relación no diagnosticadas anteriormente, entablar un desempeño integral (cuádruple) conveniente y adaptado a las necesidades particulares del individuo, mejorar la funcionalidad física y de la mente, con mediciones objetivas , mejorar la calidad de vida, conocer y reconocer los recursos del paciente y su ámbito social, accesibilidad a las ocupaciones que promuevan la salud,

colocar al paciente en el grado doctor social correcto a sus necesidades.(47)

Esto nos lleva a tener una secuencia de metas claras y exactas: Crear nuevos diagnósticos, reconociendo inconvenientes previamente no considerados, al egresar, obtener superiores resultados basado en la evaluación del estado servible y evaluación cognitiva/afectiva, reducir los días de estancia en instituciones de salud, reducir precios de atención médica, minimizar el número de medicamentos al manejar la participación multidisciplinaria, mejorar la calidad y supervivencia del paciente.

2.2.4.8 Componentes de la valoración geriátrica integral

2.2.4.9 Valoración Nutricional

La cantidad de masa del cuerpo magra y de grasa del cuerpo cambia. Pese a dichos cambios involucrados con la edad, el índice de masa del cuerpo (IMC) todavía es eficaz en los ancianos, aunque subestima la obesidad. Sin embargo, se usa la circunferencia de la cintura y la interacción cintura-cadera. Se estima que hay peligro incrementado una vez que la circunferencia de la cintura es > 102 centímetros (> 40 pulg) en los hombres o > 88 centímetros (> 35 pulg) en las féminas, o si la interacción cintura-cadera es $> 0,9$ en los hombres y $> 0,85$ en las féminas(48).

Por cierto, hablamos de un colectivo que no solamente muestra una alta prevalencia de patologías crónicas, sino que suele tomar varios fármacos y, generalmente, lleva una vida bastante sedentaria, componentes todos que contribuyen a variar el estado de nutrición.

Dichos integran a partir del sobrepeso y la obesidad potenciados, en cierta medida, por la carencia de actividad, y con sus conocidas y

temibles secuelas en la presentación de patologías cardiovasculares, diabetes y cáncer, a los déficits de micronutrientes, como la enorme prevalencia de déficit de vitamina B12 y anemia posterior o el decrecimiento de la síntesis de vitamina D y sus secuelas sobre las patologías óseas, o al desarrollo de desnutrición calórico proteica y sarcopenia (49).

Un estado nutricional sana ayuda, sin ni una duda, a mejorar el estado de la mente del sujeto y por ende ayuda a mejorar la calidad de vida del mismo, algo demasiado fundamental en dichos tiempos en que se han incrementado evidentemente los años de supervivencia.

Si bien es una realidad que al referirnos a malnutrición en el anciano no tenemos la posibilidad de limitarnos únicamente a dialogar de la desnutrición, además lo es que la desnutrición comporta constantemente una peor calidad de vida, una evolución más tórpida de las patologías, estancias hospitalarias más prolongadas y más reingresos hospitalarios, y, en conclusión una más grande grabación económica y social, que podría en cierta medida evitarse si se llevaran a cabo cada una de esas maniobras destinadas a prevenir el desarrollo de la desnutrición o a tratarla precozmente(50,51).

2.2.4.10 Valoración Funcional como única manifestación

Las patologías tienen la posibilidad de presentarse únicamente con deterioro servible. Ejemplificando, una vez que se le pregunta a un paciente con artritis grave por indicios articulares, puede no informar el dolor, edema ni rigidez, empero si se le pregunta sobre cambios en las ocupaciones, puede informar, ejemplificando, que ya hace bastante tiempo no ejecuta caminatas ni concurre a la clínica para hacer labores voluntarias. La búsqueda sobre la duración del deterioro servible puede dar información eficaz. La identificación de los pacientes que comienzan a experimentar problemas para realizar

ocupaciones simples de la vida diaria u ocupaciones instrumentales de la vida diaria puede contribuir a restaurar la funcionalidad o prevenir un deterioro adicional y, de modo que, conservar la libertad del paciente(52).

-Miedo: Los ancianos tienen la posibilidad de mostrarse reticentes a informar indicios ya que temen la hospitalización, que tienen la posibilidad de asociar con el deceso.

2.2.4.11 Valoración del estado mental y afectivo

Los datos que el médico pueda obtener sobre las preocupaciones diarias del paciente anciano, su situación social, sus funciones mentales, su estado emocional y su bienestar ayudan a orientar y encaminar la entrevista. La descripción de un día típico proporciona información sobre la calidad de vida, las funciones mentales y físicas. Este enfoque es especialmente útil durante la primera visita. Se debe dar al paciente el tiempo necesario para discutir asuntos que son importantes para él. Los médicos también deben preguntar sobre inquietudes específicas, como el miedo a caerse. La información obtenida puede ayudar a los médicos a comunicarse mejor con los pacientes y sus familias. Es posible que se requiera una verificación del estado mental al comienzo de la consulta para determinar si la información que brinda el paciente es precisa; Este examen debe realizarse con delicadeza para que el paciente no se sienta incómodo, ofendido o a la defensiva. La detección de rutina para trastornos físicos y mentales debe realizarse anualmente, a partir de los 70 años (53). Las señales verbales y no verbales a menudo brindan información, como se muestra a continuación:

Depresión: Los adultos mayores pueden ignorar o negar los síntomas de ansiedad o depresión, pero los expresan en voz baja, con entusiasmo e incluso con lágrimas.

- Salud física y mental: La información de los pacientes sobre el sueño y los antojos puede ser muy reveladora.

- Aumento o pérdida de peso: los médicos deben buscar cambios en los vendajes o las dentaduras postizas. Si no hay deterioro en la salud mental, el paciente debe ser entrevistado solo para alentarlos a discutir temas personales. Es posible que los médicos también necesiten hablar con un miembro de la familia o un cuidador, que puede revisar la actividad y la salud mental y emocional. Estas entrevistas pueden realizarse en ausencia o presencia del paciente.

El médico debe obtener el consentimiento del paciente antes de convocar a un familiar o tutor para que esté presente para la entrevista y debe explicar que esto es aceptable. Si la entrevista con el cuidador se lleva a cabo en ausencia del paciente, se le debe asignar una tarea al paciente. Siempre que sea posible, los médicos deben considerar el potencial de abuso de drogas por parte de los pacientes y por parte de los cuidadores(54).

2.2.4.12 Examen físico

La evaluación de los ancianos suele ser distinto de la evaluación médica usual. En ellos, y en particular los bastante ancianos o debilitados, la anamnesis y la prueba físico tienen la posibilidad de desarrollarse en diferentes instantes, y el propio examen puede solicitar 2 consultas, ya que los pacientes se cansan rápidamente. Los ancianos muestran diversos problemas de salud, comúnmente más complicados, como diversas patologías, por lo que suelen solicitar diversos fármacos (polimedicación) y más grande posibilidad de prescripción de un fármaco de elevado peligro(32).

Por lo cual, ciertos ancianitos, en especial los más frágiles y los que muestran patologías crónicas, son valorados mejor utilizando un abordaje geriátrico completo, que incluye un examen de la

funcionalidad y la calidad de vida, mejor efectuado por un equipo interdisciplinario. Si el paciente se cansa, el test físico puede detenerse y seguir en otra consulta. Los pacientes ancianos tienen la posibilidad de solicitar más tiempo para desvestirse y transportarse a la camilla; no tienen que ser apurados. Los pacientes debilitados no tienen que dejarse solos en la camilla. Ciertas piezas del examen tienen la posibilidad de ser más cómodas con el paciente sentado en una silla. (55)

Si el test se hace en la cama, debería tomarse nota del uso de cojines o colchones protectores, barandas (parciales o completas), limitaciones físicas, sonda urinaria o pañal para adultos. En estas evaluaciones se van a tener presente situaciones que permanecen en relación a la dependencia servible y a la necesidad de cuidados a extenso plazo: síndrome de movilidad y escaras, síndrome confusional agudo, síndrome de incontinencia esfinteriana, síndrome de inestabilidad y caídas, síndrome de malnutrición y síndrome de iatrogenia medicamentosa.

La entrevista y la evaluación de los ancianos suele solicitar más tiempo, en cierta forma pues poseen propiedades que interfieren sobre la evaluación.

Sub informe de los indicios: Los pacientes ancianos tienen la posibilidad de no informar indicios que piensan parte de su envejecimiento usual (p. No obstante, ningún síntoma debería atribuirse al envejecimiento regular salvo que se haga una evaluación meticulosa y se excluyan otras probables razones.

-Manifestaciones no comunes de un trastorno: Los ancianos tienen la posibilidad de no experimentar las protestas típicas de la patología.

2.2.4.13 Signos vitales

- a) A medida que se presentan, pacientes con inconvenientes de equilibrio tienen la posibilidad de tener que sostenerse de barras ubicadas cerca o sobre la báscula.
- b) Los pulsos y la presión arterial tienen que medirse en los dos brazos. Ya que varios componentes tienen la posibilidad de variar la presión arterial, ésta debería medirse numerosas veces tras descansos de > 5 min.
- c) La presión arterial puede sobreestimarse en los pacientes ancianos pues sus arterias son más rígidas. Esta rara condición, llamada pseudohipertensión arterial, debería sospecharse si el paciente experimenta mareos luego de iniciar a recibir antihipertensivos o de incrementar sus dosis para intentar la hipertensión arterial sistólica persistente.
- d) En todos los pacientes ancianos, debería medirse la hipotensión ortostática ya que es recurrente. La presión arterial se mide con el paciente en decúbito supino y después, tras haber permanecido parado a lo largo de 3 a 5 min. Si la presión arterial sistólica reduce ≥ 20 mmHg cuando el paciente se pone parado o se detectan indicios de hipotensión, se diagnostica hipotensión ortostática.
- e) La frecuencia respiratoria regular en los ancianos podría ser de hasta 25 respiraciones/minuto. (32)

2.2.4.14 Promoción de la salud

La promoción en salud es la modificación de las conductas humanas y situaciones del ambiente, es decir, no se puede cambiar el comportamiento del tercer ciclo de vida sin tener en cuenta su ámbito; esta promoción se expone por medio de actividades que directa o de forma indirecta promueven la salud y previenen la patología. La promoción de salud implica a 3 actores: los usuarios,

en esta situación, los adultos más grandes, los proveedores de salud y la sociedad (56).

Los ancianitos son receptivos a las ocupaciones de promoción de la salud, ya que anhelan tener buena calidad de vida y ser independientes; cada una de las ocupaciones de promoción dirigidas a ellos son efectivas una vez que se detectan temprano los inconvenientes, empero no sirven una vez que hay inconvenientes de dependencia; en este sentido, la visita domiciliaria es una estupenda táctica (57). Los programas de promoción de salud en personas de la tercera edad poseen diversos beneficios para ellos: aumentan la actividad física; aumentan el autocuidado y la función de desarrollar sus ocupaciones en forma libre; incrementan los contactos sociales y previenen uno de los problemas geriátricos más comunes, en especial en damas, son las caídas.

Las primordiales barreras para la promoción de salud son: primero, la composición del servicio de salud a grado de atención primaria, donde se pide consumir coberturas y metas en la población asignada, por lo cual la composición no constantemente posibilita contar con los tiempos, espacios y ocupaciones correctas (57).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

Por ser un estudio observacional no se considerará hipótesis

3.2 VARIABLES

3.2.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
Edad	Años cumplidos	<ol style="list-style-type: none">1. 60 a 65 años2. 66 a 70 años3. 71 a 75 años4. 76 a 80 años5. 81 a 85 años6. Más de 85 años	Razón
Sexo	Género	<ol style="list-style-type: none">1. Masculino2. Femenino	Nominal
Tipo de Servicio	Codificación de servicios que fue demandado por el paciente de la tercera edad	<ol style="list-style-type: none">1. Medicina2. Enfermería3. Obstetricia4. Odontología5. Psicología	Nominal

Característica de atención	Condición de asistencia al servicio según número de veces de demanda en el año	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nuevo 2. Continuador 3. Reingreso 	Nominal
Ocupación	Modalidad de ingreso u manutención	<ol style="list-style-type: none"> 1. Su casa 2. Artesano 3. Profesional 4. Comerciante 5. Agricultor 6. Estudiante 7. Chofer 8. Constructor 9. Predicador religioso 10. Panificador 11. Cocinero 12. Reciclador de botellas 4. Reo _____ 	Nominal
Nivel de Instrucción	Máximo grado alcanzado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 5. Superior 	Nominal
Condición de aseguramiento	Acceso a programa de aseguramiento de salud con registro corroborado en sistema nacional de seguros de salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. SIS 2. ESALUD 3. Privado 4. Sin Seguro 	Nominal
Mes de atención	Registro mensual en base de datos MINSA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enero 2. Febrero 3. Marzo 4. Abril 5. Mayo 	Nominal

		6. Junio 7. Julio 8. Agosto 9. Setiembre 10. Octubre 11. Noviembre 12. Diciembre	
Atención por trimestre	Registro mensual en base de datos MINSA	Se considerara los trimestres : I: Enero – Marzo 2022 II: Abril Junio 2022 III. Julio Setiembre 2021 IV. Octubre- diciembre 2021	Nominal
Comorbilidades	Se evaluará las comorbilidades del paciente	1. Cardiopatía isquémica 2. Insuficiencia cardiaca congestiva 3. Enfermedad vascular periférica 4. Enfermedad cerebrovascular 5. Demencia senil 6. Enfermedad pulmonar crónica 7. Tuberculosis 8. Enfermedad reumática (Artritis reumatoide) 9. Hipo-Hiper tiroidismo 10. Úlcera péptica 11. Enfermedad hepática moderada o grave 12. Hipertensión arterial 13. Diabetes mellitus 14. Obesidad	Nominal

		15. Alcoholismo 16. Hemiplejia o paraplejia 17. Postrado crónico 18. Enfermedad renal crónica 19. Tumores malignos 20. Tumor sólido metastásico 21. SIDA	
Número de comorbilidades	Número de comorbilidades que acompañaron previamente a causa básica de muerte	1. 0 comorbilidades 2. 1 comorbilidad 3. 2 comorbilidades 4. 3 comorbilidades 5. 4 comorbilidades	Nominal
Diagnósticos Principales	Historia Clínica	1. Hipertencion 2. Diabetes 3. Gastritis 4. Ansiedad 5. Caries 6. Covid 19 7. Lumbociática 8. Dislipidemias 9. Faringitis 10. Gastritis 11. Obesidad 12. Hipertrofia de próstata 13. Infección urinara 14. otros	Nominal
Sistema afectado	<ul style="list-style-type: none"> Clasificación por sistemas. 	1. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES 2. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRONICAS 3. INFECCIONES Y AFECCIONES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES E INFERIORES 4. ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES	Nominal

		<p>5. TRASTORNOS DEL SISTEMA RESPIRATORIO</p> <p>6. ENFERMEDADES DE LA PIEL</p> <p>7. ENFERMEDADES ENDOCRINAS, METABÓLICAS, HEMATOLÓGICAS E INMUNOLÓGICAS</p> <p>8. ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO</p> <p>9. ENFERMEDAD DEL SISTEMA GENITO-URINARIO</p> <p>10. ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO</p> <p>11. TRASTORNOS MENTALES Y ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO</p> <p>12. TUMORES MALIGNOS</p> <p>13. OTROS TUMORES (NEOPLASIAS Y TUMORES BENIGNOS)</p> <p>14. SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE</p>	
Referencia	Referencia a hospital según servicio	1. Diagnóstico principal de referencia (s)	Nominal

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio observacional de corte transversal, retrospectivo y analítico, porque no hubo manipulación de variables y los datos fueron recogidos en un solo momento.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la demanda atendida del Centro de Salud Metropolitano. Dicho establecimiento pertenece al Ministerio de Salud de nivel 1-III. Consta con atención de medicina general, Obstetricia, Odontología, Psicología, Atención integral del niño, Atención de Tópico, Servicio Social y Saneamiento Ambiental

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 Población

Población de adultos mayores atendidos en el periodo (Junio 2021 – Julio 2022) siendo 450 según el registro institucional. Las historias clínicas revisadas fueron en el periodo de pandemia por Covid - 19 y por tal motivo no se cotejó las historias clínicas del adulto mayor porque no estaban presentes.

4.3.2 Muestra

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

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Total de la población

Z_α = Nivel de confianza o seguridad (95%)

p = Proporción esperada mínima con complicaciones (9%)

q = 1-p

E = Error de estimación

- N= 450
- Z= 1.96
- p= 0.5
- q=0.5
- d= 5%

$$n = 207$$

4.3.2.1 Criterios de inclusión

- a. Adulto mayor de ambos sexos
- b. Atendidos de todo servicio asistencial
- c. Adulto mayor referido y/o trasferido

4.3.2.2 Criterios de exclusión

- a. Adulto mayor sin registros completos
- b. Procedentes de nacionalidad extranjera
- c. Transeúntes sin registro de historia clínica institucional

4.4 TECNICA Y FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

4.4.1 TECNICA

Cuestionario semiestructurado de levantamiento de datos informatizado.

4.4.2 INSTRUMENTOS (ver anexos)

a) Ficha semiestructurada

Se trata de instrumento que indaga los antecedentes personales de la población estudiada, características sociodemográficas, económicas, educaciones, laborales y de demanda atendida y referenciada en el establecimiento seleccionado para el estudio (ver anexos)

CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

5.1 PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS

El proyecto fue aprobado por un dictaminador correspondiente de la Universidad. Las autoridades del establecimiento fueron informadas sobre la importancia del estudio.

Se solicitó los permisos del jefe del Centro de Salud, luego, se procedió a la revisión de las historias clínica de los pacientes adultos mayores.

Los datos fueron volcados de las historias clínicas a una ficha de registro y de allí a una base de datos en excel, y se siguió con el análisis estadístico mediante el programa spss.

5.2 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los resultados se presentan en tablas y gráficos de doble entrada. Los datos se codificaron en EXCEL. Se utilizaron pruebas univariadas para determinar las principales variables. Se indagó variables asociadas según diagnóstico de atención y diagnóstico de referencia mediante chi cuadrada con un intervalo de confianza del 95%

Se consideró un valor p significativo menor a 0.05.

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La primera consideración ética que presenta este estudio es la del respeto de las personas que participan en este estudio; porque en este estudio se guarda absoluta confidencialidad de la identidad de los pacientes y de la información que se registra en las historias clínicas, ya que sólo se tiene en cuenta a la información que como grupo de estudio se brinda.

En segundo lugar, la selección justa de los participantes del estudio, mediante un muestreo aleatorio simple y al azar.

RESULTADOS

TABLA 01

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN EDAD Y SEXO DEL
ADULTO MAYOR EN LA JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO
I-3 (PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN) DE LA RED DE SALUD DE
TACNA METROPOLITANA, JULIO 2021-JUNIO DEL 2022**

Grupo etario		Sexo			
		Masculino		Femenino	
		n	%	n	%
Edad	60 a 69 años	29	37.2%	82	63.6%
	70 a 79 años	44	56.4%	42	32.6%
	80 a 89 años	2	2.6%	5	3.9%
	90 a más	3	3.8%	0	0.0%
	Total	78	100.0%	129	100.0%
Estadísticos descriptivos		Masculino		Femenino	
Media		71.8		67.8	
Máximo		90.0		89.0	
Mínimo		60.0		60.0	
Desviación típica		6.7		6.3	

En la tabla 01 podemos observar la distribución de frecuencia según edad y sexo de la muestra de adultos mayores sujetos de estudio. Podemos evidenciar que el 63.6% del grupo de mujeres tenía de 60 a 69 años seguido de un 32.6% entre 70 a 79 años, principalmente. Del grupo de varones, el 56.4% tenía de 70 a 79 años seguido de un 37.2% entre 60 a 69 años, principalmente.

TABLA 02

DEMANDA SEGÚN TIPO DE SERVICIO Y CARACTERÍSTICA DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LA JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO I-3 (PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN) DE LA RED DE SALUD DE TACNA METROPOLITANA, JULIO 2021-JUNIO DEL 2022

		n	%
Tipo de servicio	Medicina	174	84.1%
	Enfermería	1	0.5%
	Obstetricia	4	1.9%
	Odontología	16	7.7%
	Psicología	12	5.8%
	Total	207	100.0%
Característica de atención	Nuevo	22	10.6%
	Continuador	176	85.0%
	Reingreso	9	4.3%
	Total	207	100.0%

En la tabla 02 podemos evidencia la distribución de frecuencia según tipo de servicio y característica de atención. El 84.1% demandó el servicio de medicina seguido del 7.7 el servicio de odontología y el 5.8% de psicología. El 85% eran pacientes continuadores en el año y el 10.6% tuvo la condición de nuevo en el establecimiento.

TABLA 03

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN OCUPACIÓN, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ASEGURAMIENTO DEL ADULTO MAYOR EN LA JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO I-3 (PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN) DE LA RED DE SALUD DE TACNA METROPOLITANA, JULIO 2021-JUNIO DEL 2022

		n	%
Ocupación	Sin ocupación	8	3.9%
	Su casa	148	71.5%
	Comerciante	46	22.2%
	Chofer	2	1.0%
	Constructor	3	1.4%
	Total	207	100.0%
Nivel de instrucción	Ninguno	7	3.4%
	Primaria	112	54.1%
	Secundaria	79	38.2%
	Superior	9	4.3%
	Total	207	100.0%
Condición de aseguramiento	SIS	207	100.0%
	Essalud	0	0.0%
	Privado	0	0.0%
	Sin seguro	0	0.0%
	Total	207	100.0%

En la tabla 03 podemos observar que el 71.5% de la muestra representativa en estudio tenía como principal ocupación “su casa” seguido de un 22.2% de “comerciante”. Sólo el 3.9% refería no realizar ninguna ocupación. Según nivel de instrucción, el 54.1% tenía “primaria”, seguido de un 38.2% con nivel “secundario” y sólo el 4.3% con nivel “superior”. El 100% de la muestra contaba con la condición de aseguramiento del SIS del MINSA.

TABLA 04

**DEMANDA DE ATENCIÓN SEGÚN MES DEL AÑO DEL ADULTO
MAYOR EN LA JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO I-3
(PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN) DE LA RED DE SALUD DE TACNA
METROPOLITANA, JULIO 2021-JUNIO DEL 2022**

	n	%	
Enero	16	7.7%	
Febrero	18	8.7%	
Marzo	28	13.5%	
Abril	21	10.1%	
Mayo	8	3.9%	
Junio	11	5.3%	
Mes de atención	Julio	16	7.7%
	Agosto	12	5.8%
	Setiembre	22	10.6%
	Octubre	17	8.2%
	Noviembre	19	9.2%
	Diciembre	19	9.2%
	Total	207	100.0%

En la tabla 04 se evidencia la demanda de atención por mes del año. Se puede observar que 13.5% demandó principalmente en el mes de marzo, seguido por un 10.6% y un 10.1% durante los meses de setiembre y abril, respectivamente. El mes con menor demanda fue el mes de mayo con un 3.9% y el mes de junio con un 5.3%, principalmente (meses coincidentes con la primera y segunda “ola de la pandemia de COVID 19 en Tacna)

TABLA 05**FRECUENCIA DE COMORBILIDADES DEL ADULTO MAYOR EN LA JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO I-3 (PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN) DE LA RED DE SALUD DE TACNA METROPOLITANA, JULIO 2021-JUNIO DEL 2022**

	N	%
Ninguna	81	39.1%
Hipertensión arterial	112	54.1%
Diabetes mellitus	27	13.0%
Insuficiencia cardiaca congestiva	6	2.9%
Enfermedad hepática moderada o grave	5	2.4%
Hipo-hiper tiroidismo	4	1.9%
Obesidad	4	1.9%
Enfermedad reumatoide	3	1.4%
Cardiopatía isquémica	3	1.4%
Enfermedad vascular periférica	2	1.0%
Enfermedad Pulmonar crónica	1	0.5%
Úlcera péptica	1	0.5%
Tumores malignos	1	0.5%

En la tabla 05 se puede observar la frecuencia de las principales comorbilidades que presentaba el adulto mayor integrante de la muestra representativa. El 39.1% no mostraba comorbilidad. El 54.1% evidenciaba como comorbilidad la Hipertensión arterial, seguido de un 13% la diabetes mellitus y el 2.9% Insuficiencia cardiaca congestiva, principalmente. Cabe destacar que no se representan los totales en la tabla porque un paciente pudo haber tenido más de una comorbilidad

TABLA 06

NUMERO DE COMORBILIDADES DEL ADULTO MAYOR EN LA JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO I-3 (PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN) DE LA RED DE SALUD DE TACNA METROPOLITANA, JULIO 2021-JUNIO DEL 2022

	n	%
Ninguna	81	39.1%
2,0	97	46.9%
Número de comorbilidades 3,0	27	13.0%
4,0	2	1.0%
Total	207	100.0%

En la tabla 06 se observa el número de comorbilidades que se logró consolidar en la muestra de estudio. Se pudo evidenciar que el 46.9% tenía 2 comorbilidades seguido de un 13% con 3 comorbilidades. El 1% de la población en estudio tenía hasta 4 comorbilidades

TABLA 07

PRINCIPALES DIAGNOSTICOS DE DEMANDA DEL ADULTO MAYOR

	N	%
Hipertensión Arterial	75	36.2%
Diabetes no insulino dependiente	35	16.9%
Gastritis aguda	19	9.2%
Ansiedad	17	8.2%
Caries/ daño raíz dental	15	7.2%
Covid-19	14	6.8%
Lumbo ciática	12	5.8%
Dislipidemia	12	5.8%
Faringitis	11	5.3%
Artritis/Artralgia	11	5.3%
Obesidad/ obesidad morbida	10	4.8%
Trastorno depresivo	9	4.3%
Hipertrofia de próstata/prostatitis	8	3.9%
Litiasis vesicular	8	3.9%
Gingivitis/periodontitis	8	3.9%
Infección urinaria	9	4.3%
Rinitis alérgica	7	3.4%
Neuropatía periférica	5	2.5%
Traumatismo/cabeza/miembros	5	2.4%
Bronquitis aguda /traquitis	4	1.9%
Constipación	4	1.9%
Deterioro cognitivo/demencia senil	4	1.9%
Otitis media/impacto serumen	4	1.9%
Arritmia cardíaca	3	1.4%
Micosis/ungueal	3	1.4%
Hipotiroidismo	3	1.4%
Ojo seco	3	1.4%
Disminución de agudeza visual	2	1.0%
Conjuntivitis	2	1.0%
Alergia/urticaria	2	1.0%
Bronconeumonía	2	1.0%
Prolapso uterino	2	1.0%
Várices en miembros inferiores	2	1.0%
Gonartrosis	2	1.0%
Dermatitis atópica	2	1.0%
Asma	2	1.0%
Insuficiencia cardíaca congestiva	2	1.0%
Vaginosis/vaginitis	2	1.0%
Otros	21	10.5%

En la tabla 07 se consolidó los principales diagnósticos de demanda del adulto mayor. Se pudo evidenciar que el 36.2% el diagnóstico de demanda fue la hipertensión arterial, seguido de un 16.9% la diabetes mellitus no insulino dependiente, el 9.2% por gastritis aguda, el 8.2% ansiedad, el 7.2% problemas dentales, el 6.8% por COVID 19, principalmente. El resto de diagnóstico representó el 5.8% o menos.

TABLA 08

**DEMANDA SEGÚN SISTEMAS DEL ADULTO MAYOR EN LA
JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO I-3 (PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN) DE LA RED DE SALUD DE TACNA METROPOLITANA,
JULIO 2021-JUNIO DEL 2022**

	N	%
Enfermedades Cardiovasculares	91	44.0%
Enfermedades endocrinas, metabólicas hematológicas e inmunológicas	46	22.2%
Enfermedades del sistema digestivo	46	22.2%
Enfermedades del sistema osteomuscular	42	20.3%
Infecciones y afecciones de las vías respiratorias superiores e inferiores	35	16.9%
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	31	15.0%
Caries y otras odontológicas	11	5.3%
Enfermedades de la piel	9	4.3%
Otros tumores (neoplasias y tumores benignos)	3	1.5%
Síntomas, signos malignos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificado en otra parte	3	1.4%
Sistema génito urinario	3	1.4%
Sistema Ocular	3	1.4%

En la tabla 08 se representa los principales diagnósticos agrupados por sistemas. Dicha consolidación permitiría un mejor planeamiento de recursos en el establecimiento y satisfacción de la demanda. Podemos observar que el 44% fueron problemas cardiovasculares, seguidos de un 22.2% de enfermedades endocrinas, metabólicas hematológicas e inmunológicas y enfermedades del sistema digestivo con un 22.2%, respectivamente. El 20.3% de la demanda lo

representó enfermedades del sistema osteomuscular y el 16.9% enfermedades de las vías respiratorias, principalmente.

Tabla 09

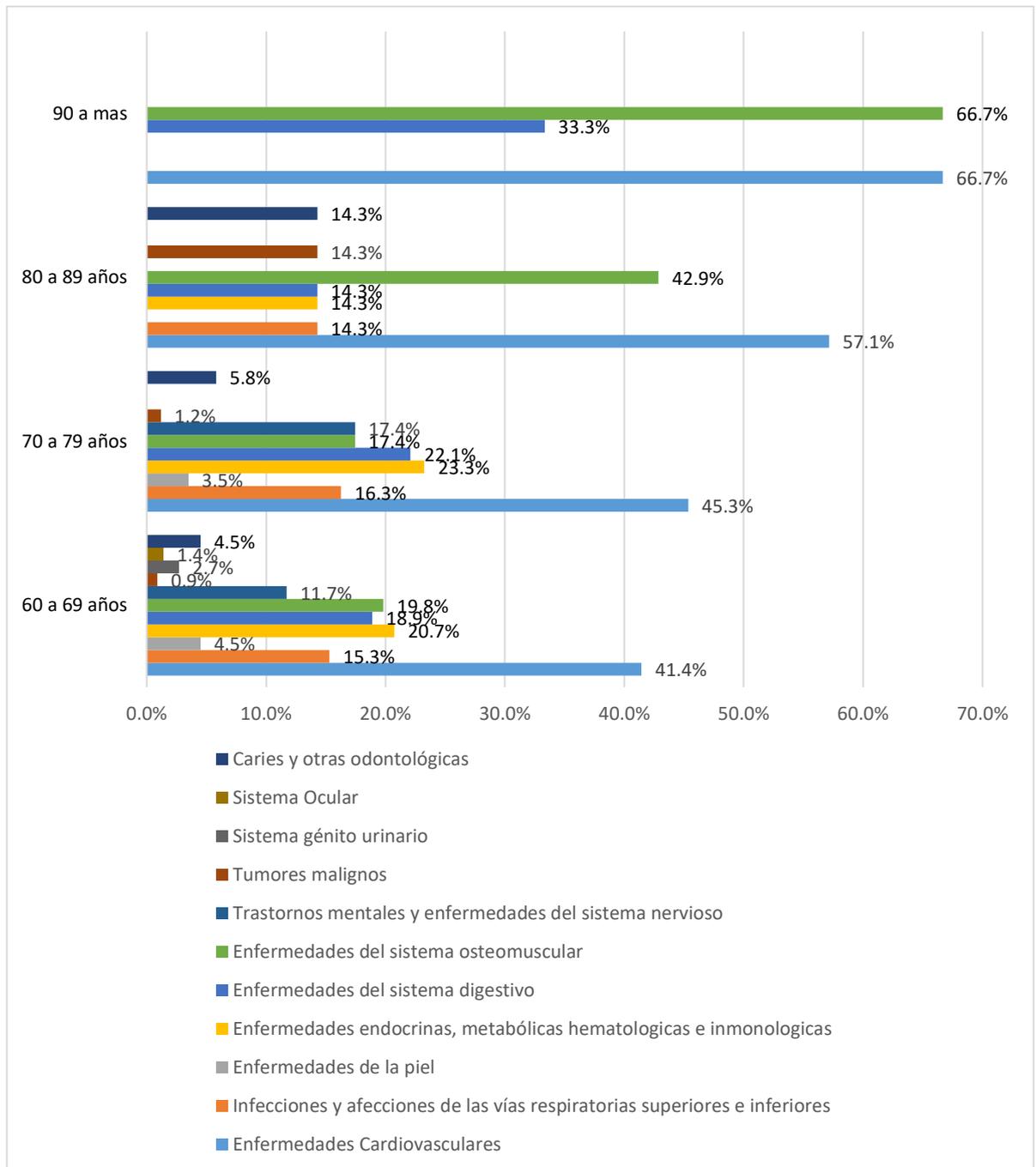
FECUENCIA DE REFERENCIAS A ESTABLECIMIENTOS DE MAYOR COMPLEJIDAD DEL ADULTO MAYOR EN LA JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO I-3 (PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN) DE LA RED DE SALUD DE TACNA METROPOLITANA, JULIO 2021-JUNIO DEL 2022

	n	%
Sin referencias	152	73.4%
Cardiología	6	2.9%
Cirugía	5	2.4%
Oftalmología	5	2.4%
Urología	5	2.4%
Neurología	4	1.9%
Otorrinolaringología	4	1.9%
Endocrinología	3	1.4%
Ginecología	3	1.4%
Ecografía	2	1.0%
Psiquiatría	2	1.0%
Neurocirugía	2	1.0%
Reumatología	2	1.0%
Gastroenterólogo	2	1.0%
Radiología	2	1.0%
Oncología	2	1.0%
Medicina Interna	1	.5%
Nefrología	1	.5%
Traumatología	1	.5%
Psicología	1	.5%
Nutrición	1	.5%
Centro mental	1	.5%

En la tabla 10 podemos observar la distribución de frecuencia según los servicios donde los pacientes fueron referidos para la resolución de su principal demanda de atención o por ayuda al diagnóstico. Se pudo observar que el 73.4% no necesito de alguna referencia a un establecimiento de mayor complejidad. El 2.9% fue referido a cardiología, el 2.4% a cirugía, oftalmología y urología, principalmente. Los demás

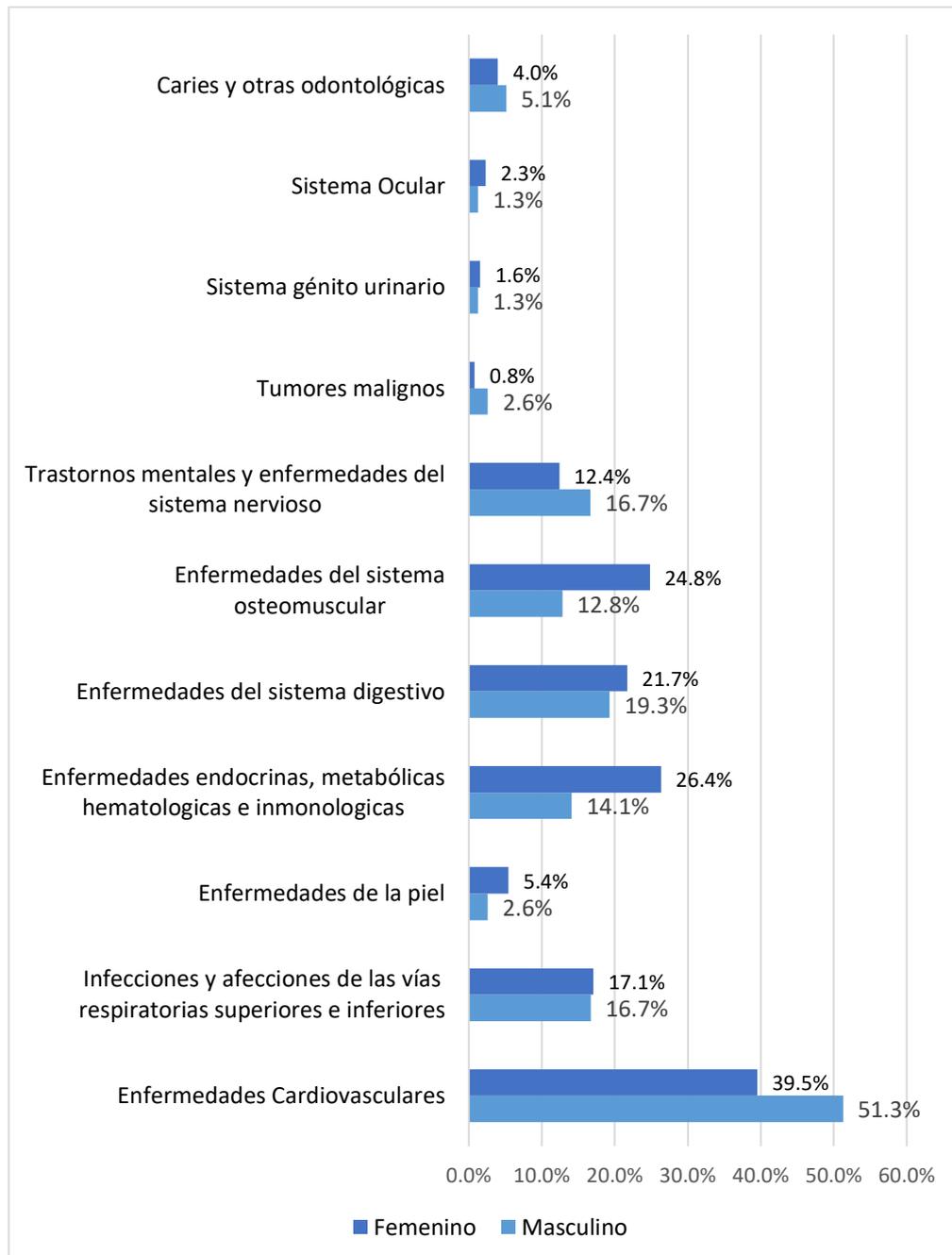
servicios fueron demandados en referencia por debajo del 2% de la población en estudio.

GRAFICO 01 RELACIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO DE DEMANDA POR SISTEMAS SEGÚN EDAD DEL ADULTO MAYOR EN LA JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO I-3 (PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN) DE LA RED DE SALUD DE TACNA METROPOLITANA, JULIO 2021-JUNIO DEL 2022



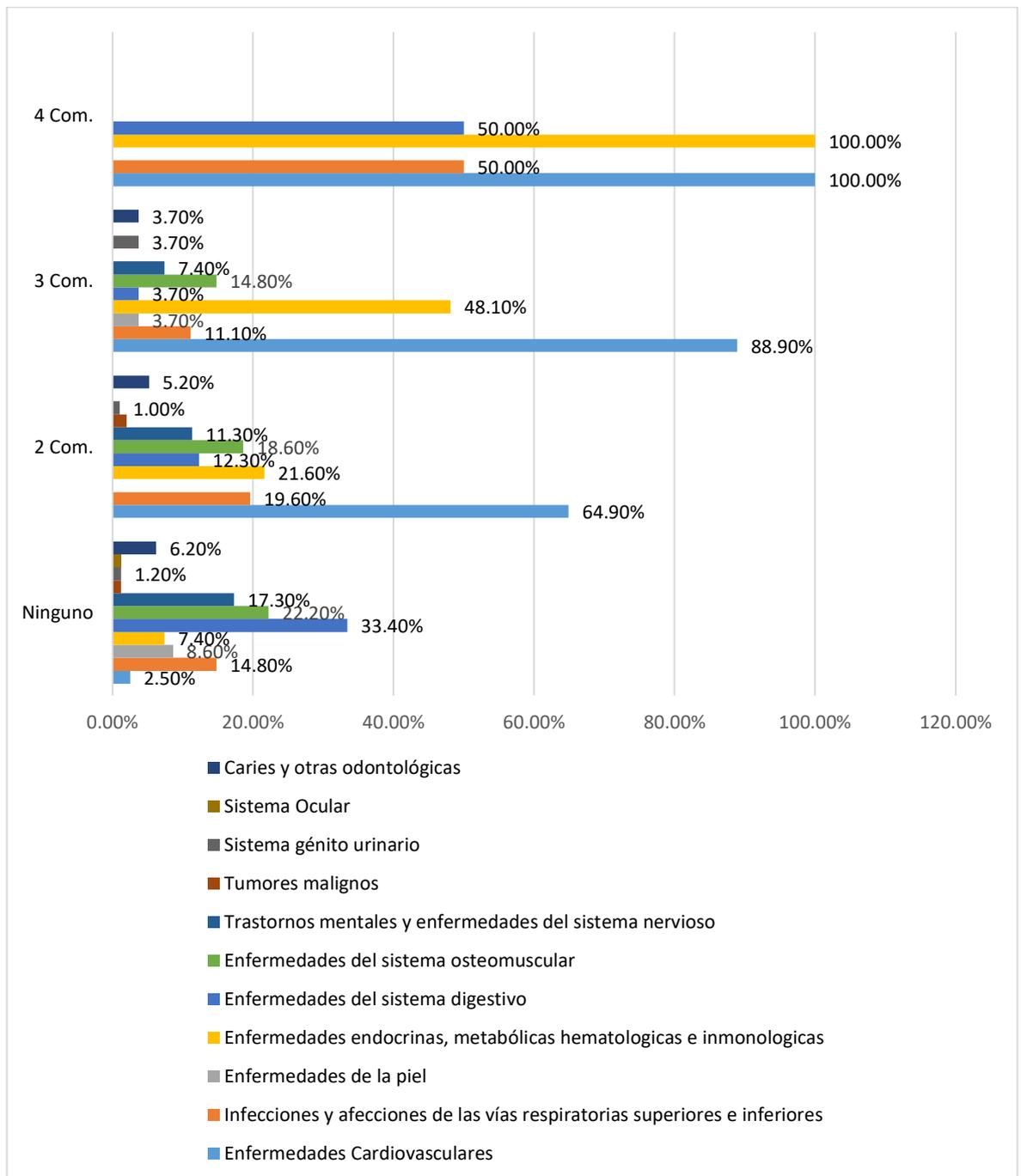
En el gráfico 01 se representa la relación de los principales sistemas demandados según edad del paciente. Podemos ver que, en el grupo de 90 años a más, el servicio mayormente demandado fueron las enfermedades del sistema osteomuscular (66.7%) así como también lo fue en el grupo de 80 a 89 años con un 42.9%, pero que en este grupo etario fue superado por las enfermedades cardiovasculares con un 57.1% y este sistema predominó en los demás grupos de edad, con un 45.3% y 41.4% en los grupos de 70 a 79 años y 60 a 69 años, respectivamente. Las enfermedades del sistema endocrino predominó en los grupos de 70 a 79 años y en el grupo de 60 a 69 años con una proporción de 23.3% y 20.7%, respectivamente.

GRAFICO 02 RELACIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO DE DEMANDA POR SISTEMAS SEGÚN SEXO DEL ADULTO MAYOR EN LA JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO I-3 (PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN) DE LA RED DE SALUD DE TACNA METROPOLITANA, JULIO 2021-JUNIO DEL 2022



En la gráfica 02 presentamos la relación de los sistemas demandados según sexo. Podemos evidenciar que, en el grupo de sexo femenino, los sistemas más demandados fueron enfermedades del sistema osteomuscular (24.8%), Enfermedades del sistema digestivo (21.7%) enfermedades endocrinas (26.4%), principalmente respecto al sexo masculino. En el grupo de varones predominó las enfermedades cardiovasculares (51.3%) y trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso central (16.7%). En los demás sistemas, la diferencia proporcional no fue relevante.

GRAFICO 03 RELACIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO DE DEMANDA POR SISTEMAS SEGÚN NÚMERO DE COMORBILIDADES DEL ADULTO MAYOR EN LA JURISDICCIÓN DEL C.S. METROPOLITANO I-3 (PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN) DE LA RED DE SALUD DE TACNA METROPOLITANA, JULIO 2021-JUNIO DEL 2022



En la gráfica 03 podemos observar la relación de los sistemas demandados según número de comorbilidades de los pacientes sujetos de estudio. En el grupo con 4 comorbilidades los sistemas mayormente demandados fueron enfermedades cardiovasculares (100%) y enfermedades del sistema endocrino (100%). En el grupo de 3 comorbilidades los sistemas demandados también fueron el cardiovascular (48.1%) y el sistema endocrino (88.9%). En los pacientes con 2 comorbilidades principalmente destaca también el sistema demandado de enfermedades cardiovasculares (64.9%) y enfermedades del sistema endocrino (21.6%). En los pacientes sin comorbilidades, el sistema mayormente afectado fue el digestivo (33.4%)

DISCUSIÓN

Existen crecientes necesidades de atención, así como preocupaciones sobre la capacidad para hacer frente a cambios para mejorar la calidad sanitaria del país. Se hace necesario reforzar las estrategias de formación de geriatras que actúan en todos los ámbitos sanitarios, así como otras especialidades que inciden en la atención geriátrica (ortopedistas, médicos, cirujanos, cardiólogos, terapeutas y médicos generales) (4). Los cambios relacionados con la edad se caracterizan por ser diferentes debido a factores que pueden influenciar en mayor o menor grado entre los que podemos mencionar las influencias sociales, psicológicas, la forma de vida, el genotipo, la actividad física, los hábitos alimenticios, entre otros. (20) donde las ocupaciones de la vida cotidiana son recursos bastante relevantes para medir la calidad de vida y funcionalidad del adulto mayor. Hacer sentir al adulto mayor un ser que tiene la capacidad para gobernarse uno mismo es la tarea final de todo sistema sanitario. Los establecimientos de salud cobran cada año nuevas exigencias en sus planes respecto a los grupos vulnerables. Las estrategias sanitarias proponen manuales y mejoras que pocas veces llegan a cristalizarse en la tarea diaria en un establecimiento de salud. El adulto mayor tiene sus propias características de demanda sanitaria y estas han sido poco exploradas puesto que en el sistema nacional sanitario no se ha priorizado adecuadamente a esta población vulnerable.

Además Almeida (15) refiere que el envejecimiento de la población es un fenómeno actual y exige la reconfiguración de los servicios de salud y la ampliación del acceso de los ancianos pero afirma que tanto en el sistema público como en el privado, es necesaria una mayor articulación entre los niveles asistenciales para la atención integral de los ancianos. La Foucade et al, estima la prevalencia de la multimorbilidad entre las personas de 70. Los resultados de su estudio muestran que la multimorbilidad está fuertemente asociada a la edad, la etnia, el nivel

educativo más bajo, los antecedentes de tabaquismo, la ausencia de actividad física y el hecho de ser mujer (8).

Chan et al en su trabajo refiere que la edad de inicio de la multimorbilidad y su prevalencia están bien documentadas (9) y que los adultos mayores muchas de sus patologías son detectables tempranamente. Tesfaye et al refiere que los pacientes adultos mayores son propensos al uso potencialmente inapropiado de la medicación cuando evidencia poca atención en su establecimiento de salud y es proclive a la polifarmacia especialmente en patologías como el asma, la hipertensión, la diabetes mellitus, la cardiopatía isquémica y la neuropatía periférica (10). Chan et al refiere que no se ha cuantificado la contribución de la morbilidad a las desigualdades en la esperanza de vida del anciano y esos estudios aún no se realizan exitosamente y concluye que la asociación entre la desventaja social y la multimorbilidad es aún compleja (9). Pinto y Silva (14) refiere que los mayores, a partir de los 60 años, valoran mejor los servicios que los más jóvenes y que se debe de aprovechar esta ventaja comparativa. Los establecimientos deberían reforzar sus estrategias para coberturar la atención de esta población. Estudios como el presente pretende identificar esas brechas y oportunidades que caracteriza a la demanda. La toma de decisiones de la labor gerencial debería estar potenciada con lecturas o estudios periódicos de demanda, en especial d grupos vulnerables donde el silencio es su característica. Rojas-Marín (58) concluye que emplear una estrategia de intervención disminuye significativamente el número de errores en los planes estratégicos.

Borba et al, afirma la necesidad de acciones educativas interdisciplinarias que incluyan aspectos socioeconómicos, psicoemocionales y educativos para mantener la autonomía y funcionalidad de los ancianos es clave (12).

Campos de Sousa et al refiere que en su estudio de demanda de atención en ancianos, predominaron las mujeres (68,2%), con edades comprendidas entre los 70 y 79 años (43,9%), casadas o en pareja (41,6%), que vivían con sus hijos (43,2%), con ingresos de un salario mínimo (52,4%), con 4 - 7 años de estudios (32,8%) (13).

Brito et al(11) identificó la demanda de atención en un grupo de pacientes hospitalizados, diagnósticos de ansiedad, en el 95% de los pacientes, pues si bien nuestro estudio no contempló a hospitalizados, podemos ver que la ansiedad también estuvo presente en nuestra investigación fue el cuarto diagnóstico de mayor presentación, después de la hipertensión, diabetes y gastritis. Brito también pudo observar la necesidad de higiene, alimentación, así como maltrato en la piel. En nuestro estudio no se incluyeron esas variables, y en la revisión de historias clínicas tampoco se pudo observar ese tipo de referencias en el centro de salud metropolitano.

Para Brito et al el 75,9% evidenciaba problemas urinarios a diferencia de nuestro estudio que los problemas del sistema génito urinario solo representaban al 1.4% de los estudiados

Por otro lado se encontró el estudio de Pires Nunes (12) quien evaluó la necesidad de atención de los adultos mayores clasificándolos en tres categorías: El estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento logrando determinar que los pacientes adultos mayores son vulnerables y necesitan opciones de atención adicionales para mejorar sus condiciones de atención. Además de esto, los profesionales de la salud consideran el historial de adaptación de cada paciente y adaptan las opciones de atención en consecuencia según su vulnerabilidad. En nuestro caso, hemos podido evaluar la fragilidad del adulto mayor en base a la edad, al número de comorbilidades y por su independencia en el desplazamiento, según registran las historias clínicas, si acudían acompañados, o eran ayudados por otros.

En nuestro estudio encontramos que el 63.6% del grupo de mujeres que demandaron el servicio en el periodo de estudio tenía de 60 a 69 años seguido de un 32.6% entre 70 a 79 años, principalmente. Del grupo de varones, el 56.4% tenía de 70 a 79 años seguido de un 37.2% entre 60 a 69 años, principalmente. El 84.1% demandó el servicio de medicina seguido del 7.7% el servicio de odontología y el 5.8% de psicología. A diferencia de otros estudios, en el nuestro logramos identificar comorbilidades además de la demanda por la que acudieron al establecimiento. Tal es así que el 46.9% de los adultos mayores tenía 2

comorbilidades seguido de un 13% con 3 comorbilidades. El 1% de la población en estudio tenía hasta 4 comorbilidades. El 36.2% el diagnóstico de demanda fue la hipertensión arterial, seguido de un 16.9% la diabetes mellitus no insulino dependiente, el 9.2% por gastritis aguda, el 8.2% ansiedad, el 7.2% problemas dentales, el 6.8% por COVID 19, principalmente. El resto de diagnóstico representó el 5.8% o menos.

Existen pocos estudios publicados acerca de demanda de atención en adultos mayores, más sin embargo nos interesó el trabajo de Tavares et al. (13) que si bien no evaluó demanda de atención, si mostró las características sociodemográficas que presentan los adultos mayores en los servicios de salud de Minas Gerais al evaluar a tres distritos de esa ciudad observó que algunas poblaciones tenían mayor cantidad de adultos que otras y que en general el 45% de los adultos mayores vive con su pareja o cónyuge, y que se encontraban satisfechos con la atención médica. Sin embargo, estos resultados no pudieron compararse con lo encontrado en este estudio ya que las informaciones de nuestras historias clínicas no son tan minuciosas, como el hecho de indagar condiciones sociodemográficas que nos permitan evaluar acerca del apoyo social o familiar que puede estar recibiendo el adulto mayor, lo que nos hace pensar en la necesidad de cumplir a cabalidad con la norma técnica de atención integral al adulto mayor,

En Perú, Hernando (16) refiere que la demanda de servicios de personas de la tercera edad va en aumento y desarrollándose en los últimos años sin embargo, se acompaña de factores que pueden explicar el bajo nivel de servicios preventivos. Según los resultados obtenidos, la medicina tiene la mayor demanda de servicios médicos - 86,7%. Los factores relacionados con la demanda de servicios tanto preventivos como médicos son el ingreso económico per cápita ($p = 0,042$) y la confiabilidad de las instalaciones médicas ($p = 0,013$). Rodríguez (59) mide la prevalencia de demanda de atención de salud mental en el adulto mayor y encuentra que las dimensiones evaluadas el trastorno con mayor prevalencia fue la depresión con un índice de incidencia 61.9%.

Aún existe mucha posibilidad de diversificar los temas de investigación en este grupo de estudio. Se hace necesario tener estudios que creen la línea de base para conocer un servicio y que con la evidencia recopilada en este inmenso esfuerzo sirva para mejorar el acceso a una población vulnerable como la estudiada.

CONCLUSIONES

- a) Las principales características epidemiológicas de los adultos mayores son: El 63.6% del grupo de mujeres tenía de 60 a 69 años seguido de un 32.6% entre 70 a 79 años, principalmente. Del grupo de varones, el 56.4% tenía de 70 a 79 años seguido de un 37.2% entre 60 a 69 años, principalmente. (Media en varones: 71.8 años, Media en mujeres: 67.8 años). El 71.5% tenía como principal ocupación “su casa”. Según nivel de instrucción, el 54.1% tenía “primaria”, seguido de un 38.2% con nivel “secundario”. El 100% contaba con la condición de aseguramiento del SIS del MINSA. No hubo diferencias marcadas según mes de demanda.
- b) El perfil de demanda de atención en el centro de salud fue como sigue: El 84.1% demandó el servicio de medicina seguido del 7.7% el servicio de odontología y el 5.8% de psicología. El 46.9% tenía 2 comorbilidades seguido de un 13% con 3 comorbilidades. El 36.2% demandó por hipertensión arterial, seguido de un 16.9% la diabetes mellitus no insulino dependiente, el 9.2% por gastritis aguda, el 8.2% ansiedad, el 7.2% problemas dentales, el 6.8% por COVID 19, principalmente. El resto de diagnóstico representó el 5.8% o menos. El 58.5% de los adultos mayores tenían la condición de “frágiles” seguido de un 41.5% de “No frágiles”. El 73.4% no necesitó de alguna referencia a un establecimiento de mayor complejidad. El 2.9% fue referido a cardiología, el 2.4% a cirugía, oftalmología y urología, principalmente.
- c) Las características relacionadas con los diagnósticos de demanda se presentan de la siguiente manera:
- En el grupo de 90 años a más, el servicio mayormente demandado estuvo relacionado a enfermedades del sistema osteomuscular (66.7%). En el grupo de 80 a 89 años las enfermedades cardiovasculares con un

57.1%. Las enfermedades del sistema endocrino predominó en los grupos de 70 a 79 años y en el grupo de 60 a 69 años con una proporción de 23.3% y 20.7%, respectivamente.

- Según sexo, los sistemas más demandados por las mujeres fueron enfermedades del sistema osteomuscular (24.8%), Enfermedades del sistema digestivo (21.7%) enfermedades endocrinas (26.4%). En el grupo de varones predominó las enfermedades cardiovasculares (51.3%) y trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso central (16.7%). En los demás sistemas, la diferencia proporcional no fue relevante.
- En el grupo con 4 comorbilidades los sistemas mayormente demandados fueron enfermedades cardiovasculares (100%) y enfermedades del sistema endocrino (100%). En el grupo de 3 comorbilidades los sistemas demandados también fueron el cardiovascular (48.1%) y el sistema endocrino (88.9%). En los pacientes con 2 comorbilidades principalmente destaca también el sistema demandado de enfermedades cardiovasculares (64.9%) y enfermedades del sistema endocrino (21.6%). En los pacientes sin comorbilidades, el sistema mayormente afectado fue el digestivo (33.4%)
- En el grupo con 4 comorbilidades los sistemas mayormente relacionados fueron enfermedades cardiovasculares (100%) y enfermedades del sistema endocrino (100%). En el grupo de 3 comorbilidades también fueron el cardiovascular (48.1%) y el sistema endocrino (88.9%). En los pacientes con 2 comorbilidades principalmente las enfermedades cardiovasculares (64.9%) y enfermedades del sistema endocrino (21.6%). En los pacientes sin comorbilidades, el sistema mayormente relacionado fue el digestivo (33.4%).

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los profesionales y autoridades de la salud, priorizar la atención integral del adulto mayor, que, si bien existe normas y protocolos de atención, el plan de atención integral contempla 9 aspectos: Evaluación general (Funcional, mental, social y físico), administración de vacunas, Evaluación bucal, intervenciones preventivas, administración de micronutrientes, consejería integral, visita domiciliaria, temas educativos, y atención de prioridades sanitarias; estos no se efectivizan en la práctica real.
2. Dadas las características cambiantes que suelen sufrir los adultos mayores coma a veces con poca paciencia, tristes, alegres, deprimidos, incomprensidos, enfadados pesimistas, insoportables, desagradecidos, coquetos, etc. se sugiere a la jefatura de los centros de atención organizar una atención privilegiada, para que en su visita el adulto mayor se sienta atendido sin largas horas de espera, donde se destine a un profesional que se encargue del tour de los ancianitos por los distintos consultorios, al menos una vez al año, considerando también que el paquete de atención integral que se les ofrece sea efectivo, dado que actualmente en el programa de adulto mayor solo se cuenta con 30 personas.
3. A la comunidad científica en general se sugiere realizar estudios para identificar variables asociadas al costo económico representa para el adulto sus principales demandas de atención, así como la valoración de la independencia funcional y de apoyo familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. INEI. Población adulta mayor [Internet]. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2020 [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores-12356/>
2. Organización Panamericana de la Salud., Barrera Paz L, Rubio Herrera R, Rubio Rubio L, Falque Madrid L, Zambrano Gonzáles R, et al. La salud de los adultos mayores: una visión compartida. Washington, D.C.: OPS [Internet]. 2da edición. Quintero Osorio M, editor. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 2011 [citado 1 de junio de 2022]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=237668>
3. Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables. Planpam 2013-2017. Plan Nacional para las personas adultas mayores. por un envejecimiento activo. Decreto Supremo aprueba el Plan Nacional para las personas Adultas Mayores 2013-2017 N°002-2013-MIMP [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>
4. Lima Gutiérrez H, Brito Pérez I, Álvarez Escobar M del C, Casanova Barreto A, Martínez González BM, Lima Gutiérrez H, et al. Geriatria vs Geriatria. Una mirada ética y sistémica a los recursos humanos para la atención especializada al anciano. Rev Médica Electrónica [Internet]. febrero de 2021 [citado 28 de mayo de 2022];43(1):3023-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242021000103023&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021 [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
6. Gonzales Hunt C. Los Servicios de Salud Dirigidos a Atender a los Adultos Mayores del Perú Los Servicios de Salud Dirigidos a Atender a los Adultos Mayores del Perú. Derecho & Sociedad, (46), 427-433. 2015 [citado 1 de junio de 2022]; Disponible en: <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechosociedad/article/view/18864>
7. Huenchan S. Envejecimiento, personas mayores y agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos [Internet]. Naciones Unidas, Santiago; 2018 [citado 28 de mayo de 2022]. (Desarrollo Social). Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf

8. La Foucade A, Davis G, Baboolal N, Bethlemi, Lapiste, Ali. The socio-economic determinants of multimorbidity among the elderly population in Trinidad and Tobago | PLOS ONE. Plos One [Internet]. [citado 5 de junio de 2022]; Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0237307>
9. Chan MS, van den Hout A, Pujades-Rodriguez M, Jones MM, Matthews FE, Jagger C, et al. Socio-economic inequalities in life expectancy of older adults with and without multimorbidity: a record linkage study of 1.1 million people in England. *Int J Epidemiol*. 1 de agosto de 2019;48(4):1340-51.
10. Tesfaye B, Tessema M, Yizengaw M, Bosho D. Uso de medicamentos potencialmente inapropiados entre pacientes adultos mayores en seguimiento en la clínica de atención crónica de un hospital universitario especializado en Etiopía. Un estudio transversal - PubMed. *BMC Geriatria* [Internet]. 2021 [citado 5 de junio de 2022];21(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34620116/>
11. Brito FM, Oliveira J dos S, Leadebal ODCP, Fernandes M das G de M, Santos KFO dos. Diagnósticos de enfermagem representativos da demanda de cuidados em pessoas idosas hospitalizadas. *Rev Pesqui Univ Fed Estado Rio J Online* [Internet]. 2021 [citado 10 de septiembre de 2022];912-8. Disponible en: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9636/10080>
12. Pires Nunes D. Idoso e demanda de cuidador: proposta de classificação da necessidade de cuidado. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(2):897-904. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ZN8VJmGM7fqt8Hfg4w3BSyN/?lang=en>
13. Tavares DM dos S, Guidetti GECB, Saúde MIBM. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2008 [citado 10 de septiembre de 2022];299-309. Disponible en: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442008000200001
14. Pinto LF, Silva VSTM. Primary Care Assesment Tool (PCAT): a construção de uma nova linha de base para avaliação dos serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 12 de febrero de 2021 [citado 28 de mayo de 2022];26:651-6. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/csc/a/4NmgnQjqBWRZcLW5sq3qXRb/?lang=pt>
15. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Lima R de CD, Facchini LA. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. junio de 2020 [citado 28 de mayo de 2022];25(6):2213-26. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000602213&tlng=pt

16. Hernando Ortíz LV. Factores asociados a la demanda curativa y preventiva de los servicios de salud del primer nivel de atención distrito de Pichinaki 2014 [Internet] [Tesis de Máster]. [Lima, Perú]: Universidad San Martín de Porres; 2016. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2597/HERNANDO_LV.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Gil DD. ¿Cuál es nuestra edad biológica? [Internet]. Vitónica. 2011 [citado 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.vitonica.com/anatomia/cuales-nuestra-edad-biologica>
18. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Estados Unidos; 2015 [citado 30 de mayo de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
19. Besdine R. Cambios corporales relacionados con el envejecimiento - Salud de las personas de edad avanzada - Manual MSD [Internet]. 2019 [citado 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/envejecimiento-del-organismo/cambios-corporales-relacionados-con-el-envejecimiento>
20. Pan American Health Organization. Manual para la atención y manejo integral de los usuarios de drogas viviendo con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 2006 [citado 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=237668>
21. Landinez Parra NS, Contreras Valencia K, Castro Villamil Á. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. diciembre de 2012 [citado 30 de mayo de 2022];38(4):562-80. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662012000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. Medline Plus, Dugdale D. Cambios en huesos, músculos y articulaciones por el envejecimiento: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Medline Plus. 2020 [citado 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004015.htm>
23. Amado CO, Flórez KH, Rodríguez AP, Mora AF, Reales J, Quintero MV. Evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria en los adultos

mayores residentes en un hogar geriátrico del distrito de Barranquilla. *Rev Salud Mov* [Internet]. 12d. C.;4(1):10. Disponible en: <https://xdoc.mx/preview/33-evaluacion-de-las-actividades-instrumentales-de-5ede9f189d54a>

24. Valdés Díaz C del C. Acerca del ejercicio de la capacidad de personas discapacitadas: una aproximación desde la realidad cubana. En: *Protección jurídica patrimonial de las personas con discapacidad*, 2007, ISBN 84-9725-766-9, págs 461-506 [Internet]. Cuba: Wolters Kluwer; 2007 [citado 30 de mayo de 2022]. p. 461-506. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2239980>
25. Mazo Álvarez HMM. La autonomía: principio ético contemporáneo | *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*. *Rev Colomb Cienc Soc* [Internet]. 2012 [citado 30 de mayo de 2022];3(1). Disponible en: <https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/RCCS/article/view/880>
26. Laguado Jaimes E, Camargo Hernández K del C, Campo Torregroza E, Martín Carbonel M de la C. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos* [Internet]. 2017 [citado 1 de junio de 2022];28(3). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135
27. Segovia Díaz de León MG, Torres Hernández EA. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos* [Internet]. diciembre de 2011 [citado 1 de junio de 2022];22(4):162-6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2011000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
28. Martínez HD, Mitchell ME, Aguirre CG. *Manual de Medicina Preventiva y Social I: Salud del Adulto Mayor- Gerontología y Geriátrica* [Internet]. Argentina; 2013. Disponible en: <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/Unidad-5-Salud-Adulto-Mayor-V-2013.pdf>
29. Ministerio de Desarrollo social, Secretaría Nacional de a niñas, adolescencia y Familia, Dirección Nacional de Políticas, para adultos mayores. Curso de formación y capacitación de Mediación para Adultos Mayores. Módulo 5: Escalas de valoración geriátrica. (Caminos de convivencia).
30. Penny Montenegro E, Melgar Cuellar F. *Geriatría y Gerontología para el internista* [Internet]. 1ra. edición. Bolivia: La hoguera investigación; 2012 [citado 1 de junio de 2022]. 644 p. (Salud). Disponible en: http://www.medicinainterna.net.pe/sites/default/files/geriatria_para_el_internista.pdf

31. Sanabria Hernández MS. Calidad de vida e instrumentos de medición [Internet] [Tesis]. [San Cristobal de la Laguna España]: Universidad de la Laguna; 2016 [citado 1 de junio de 2022]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3842/CALIDAD%20DE%20VIDA%20E%20INSTRUMENTOS%20DE%20MEDICION.pdf?sequence=1>
32. Besdine W. Evaluación del paciente anciano - Geriatría [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2019 [citado 1 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/geriatr%C3%ADa/abordaje-del-paciente-geri%C3%A1trico/evaluaci%C3%B3n-del-paciente-anciano>
33. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 27 ago. 2019]. Prevención de la presión arterial alta. [actualizado 1 mayo 2019; revisado 30 oct. 2018; consulta 30 ago. 2019]; [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/howtopreventhighbloodpressure.html> [Internet]. MedlinePlus. National Library of Medicine; [citado 5 de junio de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/howtopreventhighbloodpressure.html>
34. Organización Mundial de la Salud. Demencia [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 5 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
35. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021 [citado 5 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
36. Gonzalez-Usigli H. Enfermedad de Parkinson - Enfermedades cerebrales, medulares y nerviosas [Internet]. Manual MSD versión para público general. 2022 [citado 5 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/trastornos-del-movimiento/enfermedad-de-parkinson>
37. Pérez GE. Enfermedad cerebrovascular, ¿es necesario un glosario? Rev Fac Med [Internet]. 2006 [citado 5 de junio de 2022];54(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112006000200002
38. CDC centros para el control y la prevención de enfermedades CDC 24/7: Salvamos Vidas protegemos a la gente. Información sobre la diabetes | Información Básica | Diabetes | CDC [Internet]. Centro para el control y la prevención de enfermedades. 2022 [citado 5 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/basics/diabetes.html>

39. American Diabetes Association. Understanding A1C | ADA [Internet]. American Diabetes Association. 2022 [citado 5 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.diabetes.org/diabetes/a1c>
40. Jiménez Navascués L, Hajar Ordovas CA. Los ancianos y las alteraciones visuales como factor de riesgo para su independencia. Gerokomos [Internet]. marzo de 2007 [citado 5 de junio de 2022];18(1):16-23. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2007000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
41. Centro de Información del NIDCD, National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. Pérdida de audición relacionada con la edad [Internet]. NIDCD. 2016 [citado 5 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.nidcd.nih.gov/es/espanol/perdida-de-audicion-relacionada-con-la-edad>
42. Rabanaque Mallén G, García-Testal A, Plá Torres MI. Osteoporosis en Atención Primaria: realidades y espejismos. Med Integral [Internet]. 15 de junio de 2000 [citado 5 de junio de 2022];36(1):8-21. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-osteoporosis-atencion-primaria-realidades-espejismos-11668>
43. Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento Ciclo Vital. Manual de Geriatria para médico. Actualización 2019 [Internet]. Primera edición. Chile: Ministerio de Salud; 2019 [citado 5 de junio de 2022]. 4444 p. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/2019.08.13_MANUAL-DE-GERIATRIA-PARA-MEDICOS.pdf
44. Placeres Hernández JF, De León Rosales L, Delgado Hernández I. La familia y el adulto mayor. Rev Med Electrón [Internet]. 2011 [citado 5 de junio de 2022];33(4). Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:F6EN_veKCDMJ:scielo.sld.cu/scielo.php?script%3Dsci_arttext%26pid%3DS1684-18242011000400010&hl=es-419&gl=pe&strip=1&vwsr=0
45. INMERSO. La participación social de la Personas Mayores [Internet]. Madrid, España: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, Instituto de mayores y Servicios Sociales; 2008 [citado 5 de junio de 2022]. (Colección Estudios Serie Personas Mayores). Disponible en: <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/11005partsocialmay.pdf>
46. CDC. Información de los CDC para los adultos con enfermedad pulmonar [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2021 [citado 5 de junio

de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/adults/rec-vac/health-conditions/lung-disease-sp.html>

47. D'Hyver de las Deses C. Valoración geriátrica integral. Rev Fac Med México [Internet]. 2017 [citado 5 de junio de 2022];60(3). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422017000300038&script=sci_arttext
48. Oleas Galeas M, Barahona A, Salazar Lugo R. Índice de masa corporal y porcentaje de grasa en adultos indígenas ecuatorianos Awá. [citado 5 de junio de 2022]; Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222017000100006
49. Warsaw L, Messite J. Protección y Promoción de la Salud. En: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo Capítulo 15 [Internet]. Ministerio de Trabajo y Economía Social. Madrid; Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/161958/Cap%C3%ADtulo+15.+Prot+ecci%C3%B3n+y+promoci%C3%B3n+de+la+salud>
50. Fernández A, Martínez R, Carrasco I, Palma A. Impacto social y económico de la doble carga de la malnutrición. :191.
51. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral. Valoración nutricional en el Anciano. Recomendaciones prácticas de los exertos en geriatría y nutrición [Internet]. 2008 [citado 5 de junio de 2022]. Selenitas. (Documentos de consenso). Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/CentrosDia/valoracion_nutricional_anciano.pdf
52. Cuideo.com. Artritis: Enfermedad frecuente en personas mayores [Internet]. Cuideo. 2021 [citado 5 de junio de 2022]. Disponible en: <https://cuideo.com/blog/artritis-enfermedad-frecuente-ancianos/>
53. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [citado 3 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
54. Hernandez G. Consentimiento Informado [Internet]. Ética psicológica. 2022 [citado 5 de junio de 2022]. Disponible en: <http://eticapsicologica.org/index.php/info-investigacion/item/1-consentimiento-informado?showall=1>
55. Sanjoaquin Romero AC, Fernández Arín E, Mesa Lampré MP, García-Arilla Calvo E. Valoración Geriátrica integral. En: Tratado de Geriatria para

residentes [Internet]. España: Sociedad Española de Geriátría; p. 59-68. Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html>

56. Aliaga-Díaz E, Cuba-Fuentes S, Mar-Meza M. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 17 de mayo de 2016 [citado 1 de junio de 2022];33(2):311-20. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2143>
57. Arechabala MC. Promoción en salud y envejecimiento activo. Medwave [Internet]. 1 de mayo de 2007 [citado 1 de junio de 2022];7(04). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Enfgeriatrica/3/2738>
58. Rojas-Marín MZ, Marín-Morales NA, Cárdenas Montilla ML. Estrategia para las prácticas seguras en la administración de medicamentos en cuatro instituciones geriátricas. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2021 [citado 28 de mayo de 2022];29(2):75-85. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/1184/1154
59. Rodríguez Azañero M Luz, Henostroz Mota CR. Salud Mental del Adulto Mayor de un Centro Hospitalario del Distrito de San Juan de Lurigancho [Internet] [Tesis]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Federico Villareal; 2020. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4378/RODRIGUEZ%20AZA%C3%91ERO%20MARIA%20LUZ%20-%20TITULO%20PROFESIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº _____

Historia clínica: _____

Edad: _____

Sexo

1. Masculino
2. Femenino

Tipo de Servicio

1. Medicina
2. Enfermería
3. Obstetricia
4. Odontología
5. Psicología

Característica de atención

1. Nuevo
2. Continuador
3. Reingreso

Ocupación

1. Su casa
2. Artesano

3. Profesional
4. Comerciante
5. Agricultor
6. Estudiante
7. Chofer
8. Constructor
9. Predicador religioso
10. Panificador
11. Cocinero
12. Reo
13. Sastre

Nivel de Instrucción

1. Ninguno
2. Primaria
3. Secundaria
4. Superior

Condición de aseguramiento

1. SIS
2. ESALUD
3. Privado
4. Sin Seguro

Mes de atención

1. Enero
2. Febrero
3. Marzo
4. Abril
5. Mayo
6. Junio
7. Julio
8. Agosto
9. Setiembre
10. Octubre
11. Noviembre
12. Diciembre

Comorbilidades

1. Cardiopatía isquémica
2. Insuficiencia cardíaca congestiva
3. Enfermedad vascular periférica
4. Enfermedad cerebrovascular
5. Demencia senil
6. Enfermedad pulmonar crónica
7. Tuberculosis
8. Enfermedad reumática (Artritis reumatoide)
9. Hipo-Hiper tiroidismo
10. Úlcera péptica
11. Enfermedad hepática moderada o grave
12. Hipertensión arterial
13. Diabetes mellitus
14. Obesidad
15. Alcoholismo
16. Hemiplejia o paraplejia
17. Postrado crónico
18. Enfermedad renal crónica
19. Tumores malignos
20. Tumor sólido metastásico
21. SIDA

Número de comorbilidades

1. 0 comorbilidades
2. 1 comorbilidad
3. 2 comorbilidades
4. 3 comorbilidades
5. 4 comorbilidades

Diagnóstico (s) de demanda

1. Diagnóstico 1: _____
2. Diagnóstico 2: _____
3. Diagnóstico 4: _____
4. Diagnóstico 5: _____
5. Diagnóstico 6: _____
6. Diagnóstico 7: _____

Sistema afectado

1. Enfermedades cardiovasculares
2. Enfermedades respiratorias crónicas
3. Infecciones y afecciones de las vías respiratorias superiores e inferiores
4. Enfermedades pulmonares intersticiales
5. Trastornos del sistema respiratorio
6. Enfermedades de la piel
7. Enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas
8. Enfermedades del sistema digestivo
9. Enfermedad del sistema génito-urinario
10. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo
11. Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso
12. Tumores malignos
13. Otros tumores (neoplasias y tumores benignos)
14. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte

Condición de fragilidad

1. Frágil
2. No Frágil
3. No realizado

Referencia (diagnóstico principal de referencia)

1. Referencia 01: _____
2. Referencia 02: _____
3. Referencia 03: _____
4. Referencia 04: _____

CONSOLIDADO DE VALIDACION POR EXPERTOS CALCULO DEL
COEFICIENTE V DE AIKEN

El coeficiente V de Aiken permite estimar cuantitativamente la evidencia de validez basada en el contenido de los ítems que componen un instrumento en base a las calificaciones obtenidas mediante el método de criterio de expertos (jueces) este coeficiente presenta valores entre 0 y 1, siendo los valores cercanos a la unidad aquellos que indican un mayor acuerdo entre jueces y que se traduce en una mayor evidencia de validez de contenido

Número de jueces: 03

Calificación máxima: 25

calificación mínima: 05

JUEZ	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Importancia	Pertinencia	Total
JUEZ 01	4	4	4	4	4	20
JUEZ 02	4	4	4	5	5	22
JUEZ 03	4	4	4	5	4	21

Coeficiente V de Aiken:

Ecuación V de Aiken = (promedio de las calificaciones de los jueces – la calificación mínima) / (la resta de la calificación máxima – la calificación mínima)

$$V = \frac{\bar{X} - l}{k}$$

$$V = 0.80$$

COEFICIENTE V DE AIKEN = 0.80

INTERVALO DE CONFIANZA AL: 95% (0.68 - 0.88)

INTERVALO DE CONFIANZA AL: 99% (0.64 – 0.90)

Dado que el valor de Aiken obtenido es de 0.80 significa que existe una validez por criterio de expertos del 80%, lo cual hace nuestro instrumento aceptable para su aplicación.

OTRAS TABLAS ESTADISTICAS

Principales diagnósticos de demanda del adulto mayor

	N	%
Hipertensión Arterial	75	36.2%
Diabetes no insulino dependiente	35	16.9%
Gastritis aguda	19	9.2%
Ansiedad	17	8.2%
Caries/ daño raíz dental	15	7.2%
Covid-19	14	6.8%
Lumbo ciática	12	5.8%
Dislipidemia	12	5.8%
Faringitis	11	5.3%
Artritis/Artralgia	11	5.3%
Obesidad/ obesidad morbida	10	4.8%
Trastorno depresivo	9	4.3%
Hipertrofia de próstata/prostatitis	8	3.9%
Litiasis vesicular	8	3.9%
Gingivitis/periodontitis	8	3.9%
Infección urinaria	9	4.3%
Rinitis alérgica	7	3.4%
Neuropatía periférica	5	2.5%
Traumatismo/cabeza/miembros	5	2.4%
Bronquitis aguda /traquitis	4	1.9%
Constipación	4	1.9%
Deterioro cognitivo/demencia senil	4	1.9%
Otitis media/impacto serumen	4	1.9%
Arritmia cardíaca	3	1.4%
Micosis/ungueal	3	1.4%
Hipotiroidismo	3	1.4%
Ojo seco	3	1.4%
Disminución de agudeza visual	2	1.0%
Conjuntivitis	2	1.0%
Alergia/urticaria	2	1.0%
Bronconeumonía	2	1.0%
Prolapso uterino	2	1.0%
Várices en miembros inferiores	2	1.0%
Gonartrosis	2	1.0%
Dermatitis atópica	2	1.0%
Asma	2	1.0%
Insuficiencia cardíaca congestiva	2	1.0%
Vaginosis/vaginitis	2	1.0%
Otros	21	0.5%
Hipotiroidismo	1	0.5%
Insuficiencia renal crónica	1	0.5%
Parkinson	1	0.5%
Sd. Maltrato	1	0.5%
Hepatitis	1	0.5%

Sinusitis	1	0.5%
Bursitis de hombro	1	0.5%
Prolapso intravaginal no especifica	1	0.5%
Hernia epigastrio	1	0.5%
Retinopatía diabética	1	0.5%
Anemia	1	0.5%
Parasitosis intestinal	1	0.5%
Esquizofrenia	1	0.5%
Tuberculosis	1	0.5%
Hemorroides	1	0.5%
Poliquistosis uterina	1	0.5%
Sarcoma Kaposi	1	0.5%
Cáncer de mama	1	0.5%
Úlcera de presión	1	0.5%
Herpes zóster	1	0.5%
