



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ADULTO Y ANCIANO**



Vulnerabilidad de los adultos mayores hipertensos y diabéticos que residen en complejos del Banco de Previsión Social, relacionada a la adhesión al cumplimiento del tratamiento medicamentoso

Autores:

Br. Deschenaux Bettina
Br. Díaz Baladón Valeria
Br. Ribeiro Florencia
Br. Rodríguez Magdalena
Br. Sandes Emiliano

Tutor:

Prof. Adj. Lic. Enf. Virginia Aquino

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo 2013

Agradecimientos:

A nuestra tutora, Profesora Adjunta Virginia Aquino por la orientación y apoyo brindado durante el proceso.

Al la Profesora Adjunta (s) Diana Rundie por el apoyo y la ayuda brindada en bioestadística.

A la Directora de la Cátedra Adulto y Anciano profesora Magister Miriam Costabel y a la Decana de nuestra Facultad, Doctora en Enfermería Profesora Mercedes Pérez por el apoyo brindado.

A familiares, amigos y compañeros por acompañarnos.

A los residentes de los complejos BPS, por recibimos.

Índice

	Pag. N°
1- Glosario	4
2- Abreviaturas.....	5
3- Resumen	6
4- Palabras clave.....	6
5- Introducción.....	7
6- Problema.....	8
7- Justificación	8
8- Objetivos.....	11
9- Marco teórico.....	12
10- Metodología.....	26
11- Tablas y Gráficas	32
12- Análisis y Discusión.....	48
13- Conclusión	51
14- Sugerencias.....	52
15- Bibliografía.....	53
16- Anexos.....	57

Glosario:

- Vulnerabilidad: "Potencialidad de que se produzca un riesgo o daño"¹
- Anciano: "Persona entre los 65 y 79 años de edad."²
- Hipertensión: "presión sanguínea arterial sistémica persistentemente elevada. En base a múltiples lecturas (determinación de la presión sanguínea), habitualmente se considera hipertensión cuando la presión sistólica es mucho mayor a 140 mm Hg o cuando la presión diastólica (presión sanguínea) es de 90 mm Hg o mas."²
- Diabetes Mellitus: "Grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por hiperglucemia e intolerancia a la glucosa."²
- Cumplimiento de la medicación: "Cooperación voluntaria del paciente en la toma de drogas o medicamentos como se los recetan. Esto incluye el tiempo, dosis y frecuencia."²

¹ Diccionario de la Real Academia Española

² Descriptores en Ciencias de la Salud URL disponible en: <http://docs.bvs.br/E/homepage.htm>

Abreviaturas:

ETSA: Estudio Transversal Sociodemográfico del Adulto Mayor

OMS: Organización Mundial de la Salud

HTA: Hipertensión Arterial.

PA: Presión Arterial.

ACV: Accidente Cerebrovascular.

INE: Instituto Nacional de Estadísticas.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

DM: Diabetes Mellitus

ADU: Asociación de Diabéticos del Uruguay.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

HGT: Hemoglucotest.

BPS: Banco de Previsión Social.

1. Resumen

Este trabajo se realizó por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, cursando el cuarto ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería correspondiente al Trabajo Final de Investigación.

El objetivo fue identificar si existía relación entre la vulnerabilidad de los adultos mayores diabéticos y/o hipertensos, y la adhesión al tratamiento medicamentoso.

Debido a que existe un aumento demográfico significativo en la población adulta mayor en Uruguay y que no existe suficiente información que relacione las variables en estudio es que se decidió seleccionar dicho tema.

Fue un estudio relación, descriptivo que contiene elementos de correlación, de corte transversal, no probabilístico, intencional.

El universo estaba conformado por todos los adultos mayores que residen en los complejos BPS de Montevideo, y la muestra no probabilística fueron todos los adultos mayores diabéticos y/o hipertensos de los complejos BPS asignados, y que cumplan con los criterios de inclusión.

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario, instrumento ETSA, del cual se obtuvieron las variables de investigación, aplicándose el Test de Barber y el Test de Morisky Green Levine.

Se procesaron los datos a través de una planilla excel 2010, luego se realizó el test estadístico de chi cuadrado, se graficó los datos, obteniendo como resultado que no existe relación entre las variables.

Palabras Clave (según los Descriptores en Ciencias de la Salud)³

Anciano, Hipertensión, Diabetes Mellitus, Cumplimiento de la medicación.

³ <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>

2. Introducción

Este informe corresponde al Trabajo Final de Investigación, el cual fue elaborado por un grupo de cinco estudiantes pertenecientes a la carrera Licenciatura en Enfermería, plan 93, Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Montevideo-Uruguay.

Se llevó a cabo una investigación a través de un estudio socio - demográfico. El mismo se realizó en Uruguay, en 4 complejos BPS pertenecientes a diferentes barrios de la ciudad de Montevideo.

El objetivo de la investigación fue identificar si existe o no relación entre la vulnerabilidad del adulto mayor hipertenso y/o diabético y la adhesión al tratamiento medicamentoso, en el periodo comprendido entre el 2 y el 7 de setiembre del año 2013.

La metodología utilizada fue un diseño de tipo descriptivo, no experimental, de corte transversal, cualitativo, no probabilístico intencional, se realizó a través de la aplicación de un cuestionario, otorgado por la Cátedra de Adulto y Anciano, Facultad de Enfermería.

3. Problema

¿Existe correlación entre la vulnerabilidad de los Adultos Mayores hipertensos y/o diabéticos que residen en los cuatro complejos habitacionales del Banco de Previsión Social en la ciudad de Montevideo-Uruguay y su adhesión al tratamiento medicamentoso?

4. Justificación

Como se refleja en el censo uruguayo del año 2011 realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), el 14,1% (463.370 personas) de la población de nuestro país (3.286.314 personas) tienen 65 años y más. De estos 463.370 adultos mayores, el 15,4% reside en Montevideo. Cabe destacar que Uruguay es el país latinoamericano más envejecido⁴.

La *Diabetes Mellitus* y la *Hipertensión arterial* están fuertemente ligadas ya que la evidencia sugiere que ambas son factores predisponentes para presentar la otra, aumentando así las complicaciones negativas sobre el sistema cardiovascular. Más del 80 % de la prevalencia de estas enfermedades se da en los países sub-desarrollados. A pesar de ser problemas totalmente evitables y de haberse reducido en algunos países, la prevalencia de la *Hipertensión Arterial* en los adultos mayores en países de América Latina varía entre un 26 y 42%, mientras que para la *Diabetes Mellitus* la prevalencia es del 5 a 9%⁵.

En América Latina el 13% de las muertes se atribuyen a la *hipertensión arterial*, mientras que en Uruguay la prevalencia es de 33% de la población, donde de este porcentaje el 11% pertenece a la población no controlada al año 2010.

⁴ www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/analisispaís.pdf pág. 8 y 12.

⁵ Revista chilena de cardiología- Vol. 29 N°1, 2010. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial- pág. 117

"La hipertensión arterial constituye un serio problema de salud pública en nuestro medio, dado que 33% de la población adulta la padece, y que solamente 12-14% del total de los hipertensos tienen su presión arterial controlada. Esto permite entender la elevada mortalidad por accidente cerebro vascular en nuestro medio, 104 fallecimientos por 100.000 habitantes por año, cifra que es casi el doble de la observada en los EE.UU."⁶

La Diabetes Mellitus contribuye a un 70% de las complicaciones cardiovasculares en Latinoamérica. Mientras que el 73% de las personas que presentan esta afección, presentan cifras tensionales mayores o iguales a 130/80 milímetros de mercurio o utilizan medicación recetada para la Hipertensión arterial⁷.

"En Uruguay, el 8,2 % de la población es diabética. De ellos, un 20% desconoce que padece de esta enfermedad. Además existe otro 8% de la población que tiene grandes probabilidades de ser diabético. De ahí que los estudios de prevalencia sitúen en 16,2 el porcentaje de uruguayos con diabetes, aproximadamente 534.600 uruguayos."⁸

Según un informe presentado por la Licenciada en Enfermería L. Uturbey en la XXII Jornada de Enfermería, en el Congreso de Cirugía, en el marco de la seguridad del paciente mayor de 65 años y la polifarmacia, de una muestra de 120 pacientes el 83% eran mujeres, y el 17% hombres, de los cuales el 31% toman antihipertensivos, y el 15% toman hipoglucemiantes. De la muestra, un 84% padecían enfermedades cardiovasculares, predominando la HTA con un 33%.⁹

Acciones muestran que manteniendo el tratamiento adecuado, prescripto por un médico, es vital para evitar reacciones adversas y prevenir la larga

⁶ http://www.scielo.edu.uy/fscielo.php?script=sci_arttext&pid=s0797-00482005000200007. Revista uruguaya de cardiología. Versión impresa issn 0797-0048. Vol 20 n2, Montevideo 2005. "elementos asociados a buen control de la presión arterial en individuos hipertensos"

⁷ Revista chilena de cardiología- Vol. 29 N°1, 2010. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial- pág. 117

⁸ <http://archivo.presidencia.gub.uy/web/noticias/2008/04/2008040310.htm>. Aud

⁹ Uturbey, L; Seguridad del paciente de 65 años u la polifarmacia: congreso de cirugía 2012; torre de los profesionales, Montevideo-Uruguay.

estadía que esto conlleva en el hospital, causando gastos y complicaciones en la condición de salud del paciente adulto mayor¹⁰.

La polifarmacia es definida por la OMS como "la administración de más de tres medicamentos simultáneamente", resultando en un aumento de las interacciones farmacológicas y una mayor tendencia de inducción al error.

"De manera general, prácticamente el 87% de los individuos con 75 años de edad o más siguen un tratamiento regular con fármacos, y no menos del 44% toman tres o más drogas regularmente"¹¹.

En base a estos datos se realizó un estudio apuntando a la población objetivo, *Adultos Mayores* que cumplan con los criterios de inclusión (los mismos serán nombrados posteriormente), ya que en Uruguay no hay suficiente información que relacione a las variables vulnerabilidad y adhesión al tratamiento medicamentoso. Esto servirá de ayuda para que en un futuro enfermería conjuntamente con el Banco de Previsión Social realice un Plan de Cuidado de los Adultos Mayores en los complejos BPS.

¹⁰ M. Paredes, M. Ciampiello, N. Brunet, *Indicadores Sociodemográficos de Envejecimiento y Vejez en Uruguay*. Editorial Lucida. Año 2010.

¹¹ http://scielo.lscii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2009000100004&script=sci_arttext. Revista uruguaya de cardiología. Gerokomos, versión Impresa issn 1134-928x, gerokomos vol20, n1, Madrid, marzo 2009. "farmacología de la tercera edad: medicamentos de uso continuo y peligro de la interacción medicamentosa"

5. Objetivos

Objetivo General:

- Identificar si existe correlación entre la vulnerabilidad y la adherencia a los tratamientos medicamentosos en los adultos mayores hipertensos y/o diabéticos pertenecientes a cuatro complejos del BPS en los días comprendidos del 2 al 6 de setiembre 2013.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar a los adultos mayores a través del instrumento ETSA.
- Identificar adultos mayores portadores de diabetes y/o hipertensión arterial.
- Conocer el grado de vulnerabilidad aplicando el Test de Barber a la población de estudio.
- Determinar la adhesión al tratamiento medicamentoso de la población aplicando el test de Morisky-Green-Levine a la población de estudio.

6. Marco teórico

La OMS define la salud como "El estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente en la ausencia de afecciones o enfermedades"¹², para llegar a cumplir esta definición como profesionales de enfermería es necesario, no solo actuar con individuos enfermos, sino también con aquellos que están sanos para la prevención y promoción en salud.

Enfermería es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona-familia, grupo poblacional). La capacidad reaccional del Hombre está dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones bio-psicosociales. Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria¹³

De esta manera si nos centramos en la promoción y prevención, y no solo en la rehabilitación o tratamiento, tendríamos beneficios económicos en cuanto a la disminución de gastos en recursos en los tres niveles de atención, sino que también mejoraría la calidad de vida de nuestros ancianos y de la población en general.

En este proceso de salud el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad racional y a la situación Salud-Enfermedad en que se encuentre. La conservación de la salud y de la independencia funcional son los aspectos más importantes de la promoción de la salud en los adultos de edad avanzada.

La geriatría es quien se ocupa de prevenir y tratar las diferentes patologías de los adultos mayores y ancianos, así como también los estándares sociales, económicos, el comportamiento, el ambiente entre otros.

¹² <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html> consultado 25 de febrero de 2013

¹³ <http://www.grupomonitevidoo.edu.uy/escala/images/PLa/UDELAR/Enfermeria93.pdf>

La enfermería geriátrica se basa en la aplicación del proceso de atención en enfermería pasando por sus diferentes etapas: valoración, diagnóstico, acciones y evaluaciones, teniendo en cuenta el proceso normal de envejecimiento, en los tres niveles de atención.

El envejecimiento se define como: "transformación del organismo humano tras la edad de la madurez física, de forma que las probabilidades de supervivencia disminuyen constantemente, lo que se acompaña con una permanente transformación del aspecto, la conducta, la experiencia y los roles sociales."¹⁴

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de mortalidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo etario en la mayoría de los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social.¹⁵

En la etapa de la vejez el individuo se ve vulnerable frente a muchos factores, en muchos casos, en esta etapa aumentan las limitaciones físicas y prevalecen las enfermedades, y a consecuencia disminuye la auto-valía; de ser así los adultos mayores que viven solos, como son la mayoría de la población objetivo de esta investigación, se ven como un grupo particularmente vulnerable.

El adulto mayor como ser "independiente" es autónomo, tiene la capacidad de controlar, afrontar y tomar por la propia iniciativa, decisiones personales, tales como la de vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar actividades básicas de la vida diaria, como es el cumplimiento del tratamiento medicamentoso.

¹⁴ M.M. Burke – Mary B. Walsh; "Enfermería Gerontológica"; Segunda Edición; Madrid, España; Editorial Harcourt Brace; 1998; 672 pág. (Pág. 80).

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud; "Envejecimiento"; consultado el 23 de octubre de 2012; www.who.int/topics/ageing/es/

En cuanto a la Tipología del *Adulto Mayor y Anciano*, la población mayor de 65 años no es una población homogénea; es evidente que no todos los ancianos son iguales y que las personas mayores pueden ser radicalmente diferentes unas de otras, aunque tengan una edad similar. En la práctica clínica, se diferencian distintos perfiles de ancianos, estos son:

- *Anciano sano*: se trata de una persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada y es independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud.
- *Anciano enfermo*: es aquel anciano sano con una enfermedad aguda. Suelen ser personas que acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único, no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales ni sociales.
- *Anciano frágil*: es aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar.
- *Paciente geriátrico*: es aquel paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado), precisan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social.^{16, 17}

¹⁶ González-Montalbo JL, Pérez del Molino J, Rodríguez Mañas L, Salgado Alba A, Guillén Llera F. Geriatria y asistencia geriátrica: para quién y cómo (I). *Med Clin (Barc)* 1991; 96: 183-8.

¹⁷ Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age Ageing* 1997; 26: 315-8.
Cruz-Jentoft AJ. Características específicas del enfermo mayor. *An Med Interna (Madrid)* 2000; 17 (monogr. 2): 3-8.

Para esta investigación, el modelo de enfermería a utilizar es el modelo de *Virginia Henderson*, ya que es una teoría que está basada en las 14 necesidades básicas y las mismas se ven afectadas a medida que transcurre el proceso normal de envejecimiento.

Henderson nombra 14 necesidades que contribuyen con el elemento integrador de aspectos físicos, espirituales, sociales y psicológicos. Donde influyen o afectan, factores como la edad, la situación social, la formación cultural, el estado emocional y las capacidades físicas e intelectuales de cada persona, y cada una de estos, se deben tener en cuenta para determinar cuáles de estas son fuentes de dificultad que tienen los individuos para cubrir sus necesidades.

Las necesidades son:

- 1- Respirar normalmente.
- 2- Alimentarse e hidratarse.
- 3- Eliminar por todas las vías corporales.
- 4- Moverse y mantener posturas adecuadas.
- 5- Dormir y descansar.
- 6- Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
- 7- Mantener la temperatura corporal adecuada.
- 8- Mantener la higiene y la integridad de la piel.
- 9- Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
- 10- Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores, alegrías, etc.
- 11- Vivir de acuerdo a los valores propios.

12- Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.

13- Participar en actividades recreativas.

14- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.¹⁸

Según este modelo, el individuo es un ser integral, con componentes biológicos, socioculturales, espirituales y psicológicos que interactúan entre sí. Este habla de la salud como calidad de vida, el fomentar la salud es más importante que el cuidado de la enfermedad, por lo que el ser humano debe tener autonomía para poder satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria. Esto se relaciona con la definición de salud citada anteriormente, que nos habla del cuidado del ser humano desde un punto de vista integral y de la promoción en salud.

Estas necesidades adquieren un significado pleno cuando son abordadas teniendo en cuenta que son comunes y esenciales para todos los individuos, y se manifiestan de distinta forma en cada uno de ellos.

Definiendo así a la vulnerabilidad desde el punto de vista social como: "el resultado de la exposición a riesgos, aunado a la incapacidad para enfrentarlos y la inhabilidad para adaptarse activamente"¹⁹

Dentro de lo que es la vulnerabilidad social, también tendremos en cuenta la vulnerabilidad social específicamente en el *adulto mayor*; "La población adulta mayor enfrenta una serie de factores de riesgo que potencian su *vulnerabilidad social* como individuos. El primer factor es la edad. Desde el punto de vista fisiológico, los individuos con la edad aumentan situaciones que los van haciendo gradualmente dependientes; por ejemplo la disminución de algunas capacidades como la visual, auditiva, cognitiva; la disminución de

¹⁸ Raile, Marta; Marriner, Ann; "Modelos y Teorías en Enfermería"; Séptima Edición; Madrid, España; Editorial Elsevier Mosby; 2006.

¹⁹ CEPAL-ECLAC "Vulnerabilidad Sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas", Brasilia, Brasil, ONU, LC/R 2006, 22 de abril de 2002.

habilidades que les impide tener una vida independiente, desde el alimentarse y vestirse por sí mismos, hasta saber orientarse en la vía pública.²⁰

Se define como *anciano frágil* o de riesgo a la persona mayor que, por determinadas características o condiciones físico clínicas, mentales o sociales, presenta una disminución en su funcionalidad y reserva fisiológica que conlleva una mayor probabilidad de presentar un deterioro progresivo, con mayor pérdida de función, y de padecer eventos adversos de salud.²¹

Se utilizó la escala de Barber la cual fue creada y comenzó a utilizarse en Inglaterra al inicio de los años ochenta para detectar a los *Adultos Mayores* con riesgo de dependencia, inicialmente como cuestionario postal, aunque posteriormente ha tenido diversas modificaciones por otros autores, tanto en contenido como en la vía de aplicación. El mismo consta de 8 ítems, cada uno de los cuales representa un importante aspecto de la salud y bienestar de los *Adultos Mayores*; fue formulado de manera que las respuestas a cada pregunta sean dicotómicas ("sí" o "no"). Cada ítem puede ser considerado como un factor de riesgo de deterioro funcional, es decir el paciente estaría en situación de necesitar ayuda. Se considerara *adulto mayor de riesgo* (vulnerable) aquel que en el test responda afirmativamente al menos un ítem.²²

La *Hipertensión Arterial* y la *Diabetes Mellitus* son enfermedades crónicas, y ambas, son los principales factores de riesgos cardiovasculares. Tienden a asociarse con frecuencia ya que existen mecanismos comunes para ambas.

Estadísticamente en Uruguay existen dos grandes causas de muerte, en primer lugar están las enfermedades del sistema circulatorio que corresponden al 31% del total. En los *Adultos Mayores* de entre 65 y 74 años de edad es la

²⁰ Caro, Elizabeth. "La vulnerabilidad social como enfoque de análisis de la política de asistencia social para la población adulta mayor en México", 51 Congreso Internacional Americanistas, Santiago de Chile Julio 2003, pag. 3 y 4.

²¹ Gerontología, Universidad de Maimonides, detección de ancianos de riesgo en atención primaria <http://weblog.maimonides.edu/gerontologia/archivos/001945.html>, consultado 25 de febrero de 2013

²² <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/124/124v40n06a13080802pdf001.pdf>

segunda causa de muerte con un 30%. Y en los *Adultos Mayores* de 75 años, pasa a ser la principal causa de muerte con un 37%.²³

La *Hipertensión arterial* es el principal factor de riesgo cardiovascular, tanto para enfermedades coronarias como para enfermedades cerebrovasculares.

La OMS define a la *Hipertensión Arterial* como "un trastorno que causa un aumento de la presión diastólica y sistólica, así como alteraciones del lecho vascular y alteraciones funcionales de los tejidos afectados", es una enfermedad silenciosa y que se progresa lentamente dañando los órganos blancos.

El término *Hipertensión Arterial*, se designa a la elevación crónica de la presión arterial sistólica (mayor o igual a 140 mmHg), o diastólica (mayor o igual a 90 mmHg) o de ambas.

La *Hipertensión arterial* es un factor independiente de riesgo que está íntimamente ligada con el valor de las cifras tensionales. Por lo tanto tener un control de la *hipertensión arterial* significa tener un control sobre la prevalencia del riesgo y mejorar la calidad de vida en las edades adultas.

La *Diabetes Mellitus* es una enfermedad crónica, que se caracteriza por alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono, azúcares, proteínas y grasas. Los mecanismos por los cuales estas alteraciones aparecen están relacionados a la deficiencia de la producción y, o de liberación de la insulina.

La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. Uno de los efectos de la *Diabetes* no controlada es la Hiperglucemia (es el aumento del azúcar en sangre), que con el tiempo va dañando la fisiología normal de órganos y sistemas. Las alteraciones producidas son potencialmente

²³ MSP, 2008. <http://www.elabrojo.org.uy/documentos/ccpaVenve1.pdf>

reversibles si el estado metabólico se corrige, de lo contrario, aumentan las lesiones, aumentando la morbimortalidad²⁴.

Los valores normales de glucosa en sangre según la OMS son de 85 a 135 mg/dl.

La *Diabetes tipo 1*, también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia. Se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la *diabetes de tipo 1*, y no se puede prevenir con el conocimiento actual.

Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso (adelgazamiento), trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.

La *Diabetes tipo 2*, también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta. Se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.

Los síntomas pueden ser similares a los de la *diabetes de tipo 1*, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse sólo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones. Hasta hace poco, este tipo de diabetes sólo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños.²⁵

Según la Asociación de Diabéticos del Uruguay (ADU), el 8% de nuestra población tiene grandes probabilidades de ser diabética, en la actualidad según los últimos estudios realizados por la ADU, un 20% de los uruguayos desconoce que padece esta enfermedad. Pero en el año 2008 estudios del

²⁴ Brunner, Suddarth, "Enfermería Médico Quirúrgica", Editorial MC Graw Hill Interamericana, 10ª Edición, Volumen 1, 2005.

²⁵ Romero, Prof. Carlos; Ventura, Prof. José; Ambrosini, Prof. Pablo; "Hipertensión arterial en la Diabetes Mellitus y Síndrome Metabólico"; Sindicato Médico del Uruguay, Suplemento de la revista de noticias, Octubre 2006.

Ministerio de Salud Pública (MSP) afirman que un 8,2% de la población es diabética, por lo que se estima que un 16,2% de la población padece diabetes.²⁶

Prevalencia de la Hipertensión y la Diabetes.

La prevalencia de la *Hipertensión* es de dos a tres veces mayor en personas obesas. La *Hipertensión* es dos veces más frecuente en personas con *Diabetes Mellitus*, así como la Diabetes y la intolerancia a la glucosa son más frecuentes en personas con *hipertensión*. Según un estudio realizado en Octubre del 2006, en Uruguay el 72% de los pacientes con *Diabetes* presentan *hipertensión*.²⁷

Tratamiento:

El objetivo del tratamiento del paciente hipertenso es lograr tener cifras de P/A < 135/85 mmHg.

El tratamiento tanto del diabético como del hipertenso debe ir acompañado de un plan alimentario adecuado y realización de actividad física, así como también en muchas ocasiones de un tratamiento farmacológico.

Tratamiento no farmacológico:

Aspectos nutricionales:

En la *Diabetes Mellitus* y la *hipertensión*:

- Mantener un peso adecuado o deseable.
- Disminuir el consumo de cloruro de sodio.
- No ingerir alcohol.
- Elegir alimentos de bajo índice glicémico, disminuir el consumo de hidratos de carbono, de ácidos grasos, y ácidos grasos trans.
- Controlar el consumo de proteínas.

²⁶ MSP, 2006. ADU, 2009.

²⁷ <http://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias137/consenso.pdf> Hipertensión arterial en la diabetes mellitus y el síndrome metabólico. Consultado 4 julio 2013.

- En la DM de tipo 1: se deberá tener en cuenta el plan insulínico indicado, adecuándolo a una rutina de alimentación prestando mucha atención en los hidratos de carbono ya que de ellos depende la dosis de insulina.

Tratamiento farmacológico.

El **tratamiento farmacológico** es obligatorio empezar cuando no se logran las metas alcanzadas con los controles.

Según la OMS entre un 65% y un 90% ancianos consumen varios fármacos.

Las patologías más prevalentes en ancianos donde se prescriben 2 o más drogas son; cardiopatía isquémica (52.40%), *Diabetes* (36,10%) y *Hipertensión* (28,10%)²⁸.

Los *adultos mayores* (en muchos casos) hacen uso excesivo e innecesario de medicamentos, consumen promedialmente tres veces más medicamentos que los jóvenes. Por lo que esto provoca o predispone al aumento potencial de interacciones y errores en el cumplimiento del tratamiento farmacológico²⁹.

Una polifarmacia exitosa exige el conocimiento racional de cada fármaco, la evaluación riesgo/beneficio de cada droga, la evaluación del usuario por parte de un geriatra.

El incumplimiento del *tratamiento medicamentoso*, con polifarmacia está dado por; no iniciar la indicación, cumplirla parcial o irregularmente o abandonarla en forma prematura.

El incumplimiento se estima por parte del *Adulto Mayor* en un 50%.³⁰

²⁸ www.who.int/es

²⁹ Caffette, Virginia; García, Jonathan; Marchal, Sebastián; Márquez, Simón; Vicente, María; Vulnerabilidad de los Adultos Mayores diabético e hipertensos residentes en complejos del BPS, relacionada con el cumplimiento terapéutico medicamentoso; Montevideo, Uruguay; Noviembre, 2012.

³⁰ Moutia Tauna, Marcos. "Poli medicación en el Adulto Mayor" [Diapositiva], Uruguay 2009, 32 diapositiva.

Para referirnos a tratamiento medicamentoso debemos tener en cuenta las Consideraciones Farmacodinámicas y Farmacocinéticas en el *Adulto Mayor*.

Donde la farmacodinamia "es el estudio de los efectos bioquímicos y fisiológicos de los fármacos, así como su mecanismo de acción. Analiza la interacción de la molécula del fármaco con el receptor"³¹.

A medida que se va dando el proceso normal de envejecimiento los receptores sufren modificaciones tanto en su número, como en su sensibilidad y respuesta celular, así como también sufre modificaciones en el sistema central, periférico y autónomo (por diferentes patologías), modificándose la respuesta a determinados medicamentos.

"La farmacocinética es el estudio de la absorción, distribución, metabolismo y excreción de los medicamentos en el organismo".³²

Todos estos procesos están alterados en mayor o menor medida en el anciano. La farmacocinética sugiere que los cambios en la respuesta a medicamentos con la edad se deben a diferentes alteraciones.

La absorción enteral de un fármaco está determinada por su solubilidad, la dosis, el flujo sanguíneo, y la motilidad gastrointestinal.

A partir de los 65 años, se producen cambios morfológicos y fisiológicos que pueden modificar la absorción de un medicamento, tales como: aumento del pH gástrico, disminución de la producción de ácido gástrico, disminución de la velocidad de vaciamiento gástrico, disminución del flujo sanguíneo, disminución de la motilidad intestinal, y disminución de la superficie de absorción.

³¹ Ariola Riestra I, Santos Marino J, Martínez Rodríguez N, Barona Dorado C, Martínez-González JM. Consideraciones "farmacodinámicas y farmacocinéticas en los tratamientos habituales del paciente gerontológico." Av.

³² Ariola Riestra I, Santos Marino J, Martínez Rodríguez N, Barona Dorado C, Martínez-González JM. Consideraciones "farmacodinámicas y farmacocinéticas en los tratamientos habituales del paciente gerontológico." Av.

Una posible causa de la disminución de la absorción sería la interacción de los fármacos con la comida, ya que la ausencia de alimentos en el intestino mejora la absorción de algunas drogas.

En el anciano, por acción de los medicamentos, hay una disminución en la salivación que implica dificultad en la deglución, y disminución de la disolución de medicamentos administrados por vía sublingual.

Con respecto a la administración de fármacos por vía intramuscular, debemos considerar la menor proporción de masa muscular y de flujo sanguíneo en el paciente anciano.

En relación a la distribución, una vez que el fármaco está absorbido se vehiculiza a todo el organismo aprovechando la corriente sanguínea. Este transporte del fármaco por vía sanguínea desde el lugar de entrada lo lleva al líquido extravascular, de modo reversible (distribución) o irreversible (eliminación).

El metabolismo, se define como los cambios que se producen en las moléculas de los fármacos mediante la acción de sistemas enzimáticos que se encuentran localizados en distintos lugares del organismo, principalmente el hígado.

En el anciano se producen una serie de cambios fisiológicos que pueden modificar el metabolismo farmacológico, tales como: disminución del flujo sanguíneo hepático, disminución de la masa hepática (menos hepatocitos funcionales) y disminución de la capacidad metabólica hepática.

Esta disminución es variable de un medicamento a otro y de un individuo a otro y determina una mayor vida media de algunas drogas en el organismo, por enlentecimiento de su metabolismo.

El comportamiento de las drogas va a depender además, del consumo de tabaco y alcohol ya que afectan al metabolismo hepático.

Con relación a la excreción, la vía más importante de eliminación de los fármacos es la renal.

Las modificaciones fisiológicas que se producen en los ancianos y que podrían afectar a la eliminación renal de los fármacos, incluyen: disminución del flujo sanguíneo renal, disminución de la filtración glomerular y disminución de la capacidad de secreción tubular renal.³³

El test de Morisky, Green y Levine, que fue puesto a prueba en una investigación científica por X. Nogués Solán, M. L. Sorli Redó, J. Villar García, "Instrumentos de medida de *adherencia al tratamiento*, Tools to measure treatment adherence", será usado para valorar el cumplimiento que tienen los ancianos respecto a su *adherencia al tratamiento medicamentoso*. Se pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación al tratamiento para su patología

Dicho test está validado para diversas enfermedades crónicas; fue desarrollado originalmente para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con *hipertensión arterial*. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento.

El *cumplimiento del tratamiento medicamentoso* de forma responsable implica varios factores, donde la información acerca del tratamiento y el control regular de los valores de Presión Arterial y el control de Glicemia Capilar (HGT), en este caso, son fundamentales. Muchas veces la falta de información es una razón válida para el bajo grado de *adhesión al tratamiento*. En general los usuarios *adultos mayores* y ancianos son los que tienen menor adhesión al tratamiento prescrito, menos aun cuando viven solos. Los factores que se relacionan al cumplimiento del tratamiento en realidad pueden estar relacionados con el usuario, con el médico, con la patología, entre otros y así mismo pueden ser evitados.³⁴

³³ Arriola Riestra I, Santos Marino J, Martínez Rodríguez N, Barona Dorado C, Martínez-González JM. Consideraciones farmacodinámicas y farmacocinéticas en los tratamientos habituales del paciente gerontológico." Av.

³⁴ Torresani, Dra. Marina; "Falta de Adhesión al Tratamiento" [Diapositiva] Consultorios Asociados de Endocrinología, UBA, 77 diapositivas.

Fármacos antihipertensivos.

Los antihipertensivos son sustancias utilizadas para el tratamiento de la hipertensión arterial. Actúan sobre diversos mecanismos fisiopatológicos, situados en el sistema nervioso y en el sistema cardiovascular, e influyen sobre el funcionamiento renal y el equilibrio hidroelectrolítico. Pueden actuar también por vía enzimática.

Los ancianos tienden a tener múltiples patologías, en su mayoría crónicas, por lo que deben administrarse a diario y en diferentes horarios durante el día varios medicamentos para tratar esas patologías que los acogen, ese estado de múltiples patologías lleva a que el anciano tenga una polifarmacia o poli medicación.

7. Metodología

La investigación presenta un diseño de tipo descriptivo, no experimental de corte transversal, cualitativo, no probabilístico intencional.

Universo de estudio.

Todos los Adultos Mayores residentes en los cuatro complejos BPS asignados, de la ciudad de Montevideo.

Muestra.

Fue no probabilístico intencional de 20 Adultos Mayores que residen en los cuatro complejos asignados donde se llevo a cabo la recolección de datos, que cumplieran con los criterios de inclusión y que aceptaron ser encuestados (los cuales serán nombrados posteriormente).

Para la etapa de recolección de datos se utilizo un cuestionario donde se aplica el instrumento ETSA, el cual fue completado por los investigadores mediante la visita domiciliaria, y del cual se obtuvieron las variables de estudio.

Criterios de inclusión de la muestra:

Adultos Mayores que recibían tratamiento medicamentoso para Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus, que se encontraban en su hogar los días de recolección de datos, que aceptaron ser encuestados; además de estar regularizados con BPS.

Definición Conceptual y Operación de variables

<i>Variable</i>	<i>Definición Conceptual</i>	<i>Definición Operacional</i>	<i>Nivel de Medición</i>	<i>Valores o Categorías</i>
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales	Caracteres secundarios de los usuarios encuestados	Cualitativa nominal	Masculino o femenino
Edad	Tiempo cronológico transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Periodo en años, desde el nacimiento hasta el momento de la recolección de datos	Cuantitativa discreta	75 años y más.
Ocupación	Trabajo, empleo u oficio que realiza una persona	Actividad actual que realiza el usuario	Cualitativa nominal	Jubilado Pensionista Empleado
Obesidad	Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud	Se distribuye a la población según su índice de masa corporal	Cualitativa nominal	Infra peso Normal Sobrepeso Obesidad
Tabaquismo	Adicción al tabaco provocada por sus componentes	Manifestación de ser fumador o no	Cualitativa nominal	Fuma No fuma
Sedentarismo	Aquella persona que realiza menos de 30 minutos diarios 3 veces por semana algún tipo de ejercicio	Manifestación de realizar alguna actividad física o no.	Cualitativa nominal	Sedentario No sedentario
Diabetes	Enfermedad crónica, provocada por el descenso en la producción de insulina o esta no es utilizada eficazmente	Patología tratada con medicamentos o con la dieta correspondiente	Cualitativa nominal	Diabético tipo 1 Diabético tipo 2 Ninguna de las dos
Hipertensión	Presión arterial igual o mayor a 140 90 mmHg	Patología tratada con medicamentos o con la dieta correspondiente.	Cualitativa nominal	Hipertenso No hipertenso
Control medico	Medida preventiva que consiste en un chequeo de las funciones vitales, análisis de sangre, etc	Acción de ir a consultar con un médico de forma preventiva.	Cualitativa nominal	Con control Sin control
Medicación	Sustancias con propiedades para el tratamiento o prevención de las	Sustancias prescritas por un medico	Cualitativa nominal	Toma medicación No toma medicación

	enfermedades,			
Olvido del consumo de la medicación	Descuido del consumo de la medicación que debería ingerir	Manifestación de poseer tratamiento medicamentoso	Cualitativa nominal	Si No
Con quien vive	Individuo con el que convive la mayor parte del tiempo	<u>Conyugue</u> : con quien tiene vínculo matrimonial <u>Familiar</u> : cualquier familiar, se excluye el conyugue <u>Otro</u> : otra persona	Cualitativa nominal	Conyugue Familiar Otro
Descuido de la medicación	Omisión, negligencia y falta de cuidado a la hora de la toma de medicación	Olvido del consumo de las dosis prescritas	Cualitativa nominal	Si No
Estando bien abandona el tratamiento	Acción de abandonar el tratamiento cuando se tiene una prescripción al encontrarse con buen estado de salud	Cesar el consumo de la medicación por propia voluntad	Cualitativa nominal	Si No
Estando mal abandona el tratamiento	Acción de abandonar el tratamiento cuando se tiene una prescripción al encontrarse con mal estado de salud	Cesar el consumo de la medicación por propia voluntad	Cualitativa nominal	Si No
Cuando esta solo/a necesita ayuda	Quien no tiene que lo ampare, socorra o consuele en sus necesidades o aflicciones	Quien esta solo a la hora de necesitar ayuda.	Cualitativa nominal	Si No
Necesita alguien que le ayude	Aquello en lo cual es dificultoso o imposible sustentarse para las tareas	Persona que necesita ayuda para realizar las tareas	Cualitativa nominal	Si No
Tiene dificultad en la visión que le impide valerse por si mismo	Alteración sensorial (visión) para la realización de las tareas	Dificultad en la realización de las tareas debido a la dificultad en la visión	Cualitativa nominal	Si No
Le impide su salud salir a la calle	Imposibilitar la ejecución de salir a la calle debido a su salud	Impedimento de salir a la calle debido a su Salud	Cualitativa nominal	Si No
Tiene problema de	Conjunto de hechos o circunstancias de su salud que dificultan	Percepción del estado de salud que impide	Cualitativa nominal	Si No

salud que le impide valerse por si mismo	valerse por si mismo	valerse por si mismo		
Tiene dificultad en la audición que le impide una correcta comunicación	Alteración sensorceptiva (auditiva) que impiden un adecuado dialogo	Dificultad en el dialogo debido a la inadecuada audición	Cualitativa nominal	Si No
Ingreso al hospital en el último año	Acción de ingresar a un centro hospitalario	Acción de ingresar a un centro hospitalario en el ultimo año	Cualitativa nominal	Si No

Unidad de análisis y observación.

Son los *Adultos Mayores, Hipertensos y/o Diabéticos* que residían en el momento de la recolección de datos en los complejos BPS asignados. La organización de éste grupo, se realizo a partir de los criterios de inclusión, en el momento que se visitaron los complejos de BPS para la realización de la entrevista.

Se recolectaron los datos a través del instrumento ETSA, test de Barber y test Morisky-Green-Levine.

Se procesaron los datos obtenidos en la tabla dinámica, utilizando una planilla Excel 2010, Microsoft Office, teniendo en cuenta las variables de interés para la investigación.

Se realizo tabulación y gráficas de los datos obtenidos, teniendo en cuenta la frecuencia absoluta y frecuencia relativa porcentual.

Se utilizó el chi cuadrado para determinar si existía o no relación entre ambas variables, vulnerabilidad de los adultos mayores y adhesión al tratamiento medicamento.

Procedimiento para la recolección de datos.

Se realizó una entrevista estructurada utilizando como instrumento ETSA, proporcionado por la Cátedra de Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería.

La recolección de datos se llevó a cabo desde el día 2 al 6 de setiembre de 2013 en los diferentes complejos.

Recolección de datos y control de calidad

La recolección de datos se llevó a cabo mediante una visita domiciliaria, donde inicialmente se entregó un consentimiento informado que debió ser firmado voluntariamente para poder proceder con la aplicación del cuestionario ETSA, Test de Barber y Test de Morisky Green, según los criterios de inclusión mencionados anteriormente.

Luego de haber recabado los datos a través de los instrumentos ya mencionados se pasó al análisis de los mismos, ingresándolos en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel 2010, luego realizó el test estadístico de Chi cuadrado que demostró si existe o no relación entre las variables.

Aspectos Éticos Legales

La presente investigación contó con las garantías éticas y de confidencialidad de la información que se proporcionó al grupo. Quedó especificado a través del consentimiento informado que los datos obtenidos no fueron divulgados, solo utilizados con fines didácticos y se mantuvo la confidencialidad de la misma. Se solicitó a cada encuestado su autorización para ingresar a su hogar y recabar los datos necesarios para llevar a cabo dicha investigación.

Además se informó a cada residente sobre los procedimientos para la obtención de datos (medir presión arterial, glicemia capilar, talla, peso y perímetro abdominal).

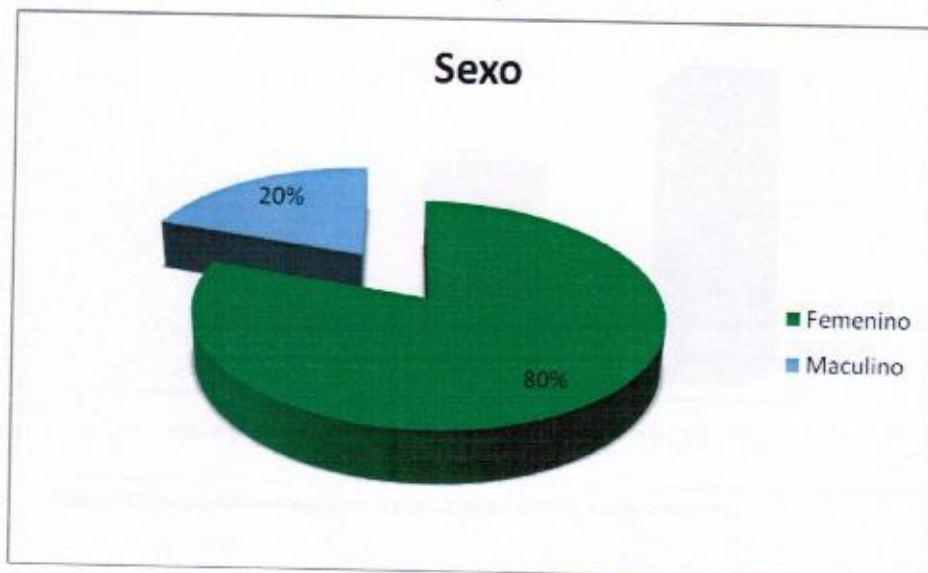
8. Tablas y Gráficos

Tabla 1: Distribución de la población según sexo.

Sexo	FA	FR%
Femenino	16	80
Masculino	4	20
Total	20	100

Fuente: Usuarios entrevistados en setiembre 2013

Gráfico 1: Distribución de la población según sexo.



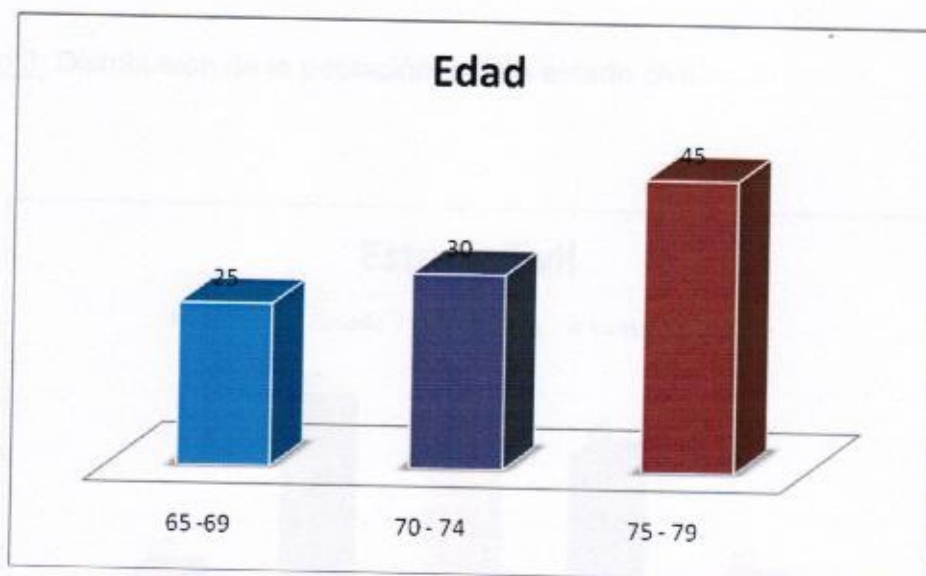
Fuente: Usuarios entrevistados en los complejos de BPS, Setiembre 2013.

Tabla 2: Distribución de la población según edad.

Edad	FA	FR%
65 -69 años	5	25
70 - 74 años	6	30
75 - 79 años	9	45
total	20	100

Fuente: Usuarios entrevistados en setiembre 2013

Grafico 2: Distribución de la población según edad.



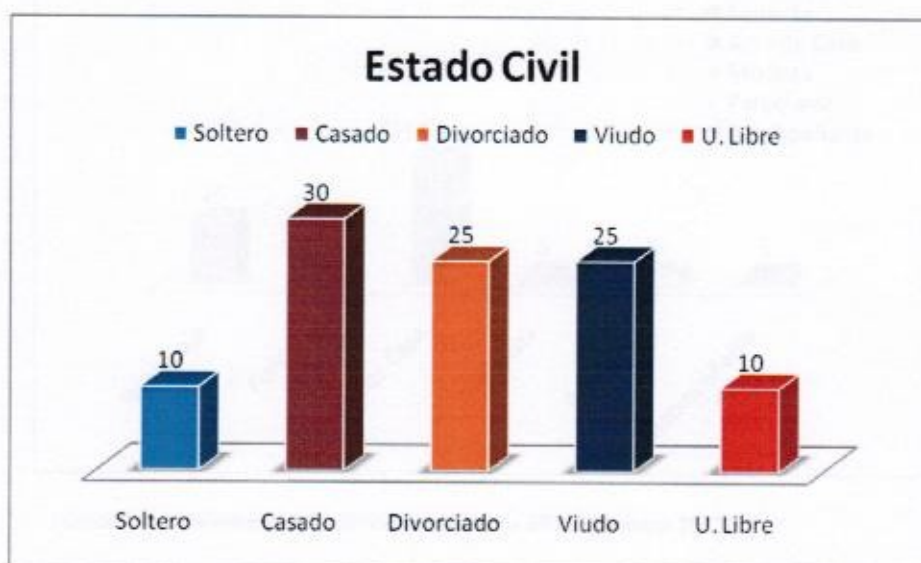
Fuente: Usuarios entrevistados en los complejos de BPS, Setiembre 2013.

Tabla 3: Distribución de la población según su estado civil.

Estado Civil	FA	FR%
Soltero	2	10
Casado	6	30
Divorciado	5	25
Viudo	5	25
U. Libre	2	10
Total	20	100

Fuente: Usuarios entrevistados en setiembre 2013

Grafico 3: Distribución de la población según estado civil.



Fuente: Usuarios entrevistados en los complejos de BPS, Setiembre 2013.

Tabla 4: Distribución de la población según ocupación.

Ocupación	FA	FR%
No trabaja	5	25
Feriante	2	10
Ama de Casa	10	50
Modista	1	5
Peluquera	1	5
Acompañante	1	5
Total	20	100

Fuente: Usuarios entrevistados en setiembre 2013

Gráfico 4: Distribución de la población según ocupación.

Gráfico 4: Distribución de la población según ocupación.



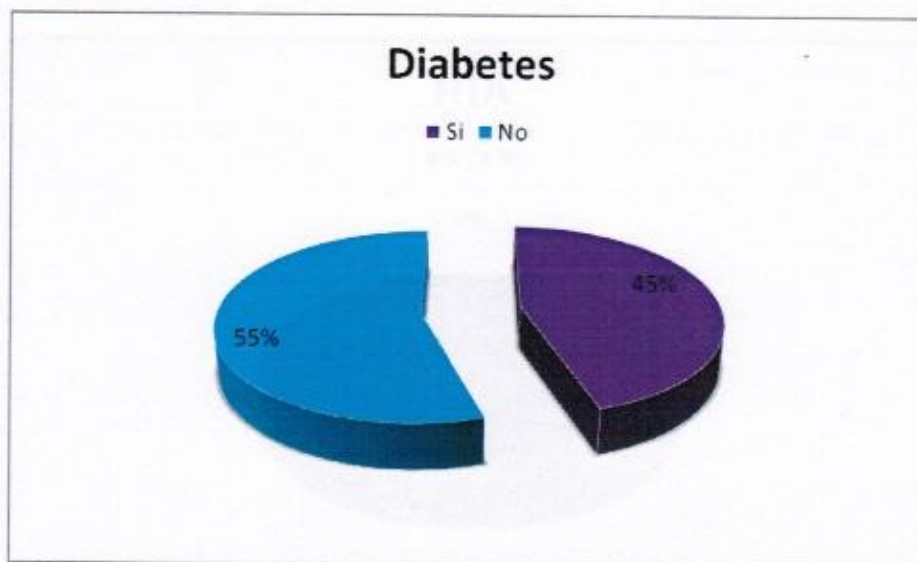
Fuente: Usuarios entrevistados en los complejos de BPS, Setiembre 2013..

Tabla 5: Distribución de la población según residentes diabéticos.

Diabetes	FA	FR%
Si	9	45
No	11	55
Total	20	100

Fuente: Usuarios entrevistados en setiembre 2013

Grafico 5: Distribución de la población según residentes diabéticos.



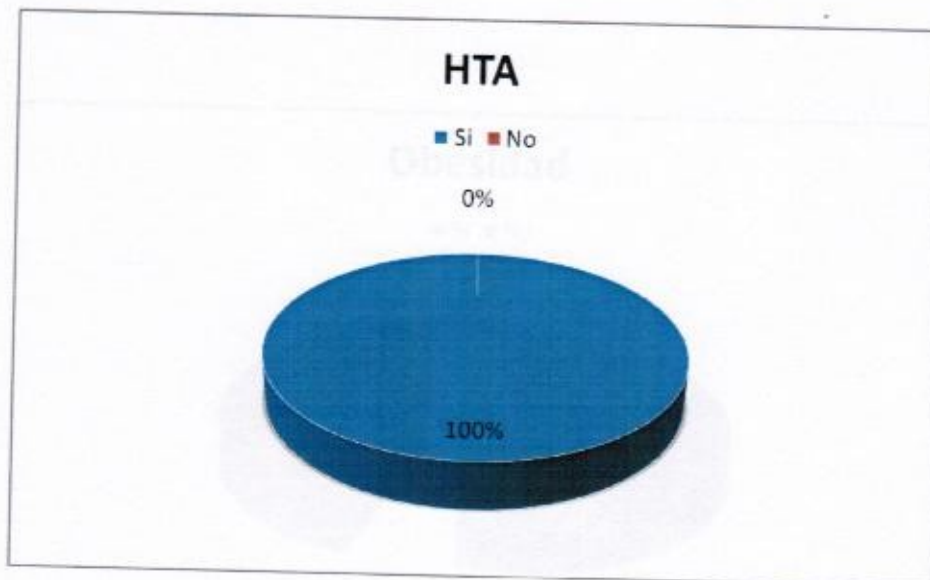
Fuente: Usuarios entrevistados en los complejos de BPS, Setiembre 2013.

Tabla 6: Distribución de la población según residentes hipertensos.

HTA	FA	FR%
Si	20	100
No	0	0
Total	20	100

Fuente: Usuarios entrevistados en setiembre 2013

Grafico 6: Distribución de la población según residentes hipertensos.



Fuente: Usuarios entrevistados en los complejos de BPS, Setiembre 2013.

Tabla 7: Distribución de la población según antecedentes personales de obesidad.

Obesidad	FA	FR%
Si	11	55
No	9	45
Total	20	100

Fuente: Usuarios entrevistados en setiembre 2013

Grafico 7: Distribución de la población según antecedentes personales de obesidad.



Fuente: Usuarios entrevistados en los complejos de BPS, Setiembre 2013.

Tabla 8: Distribución de la población según antecedentes personales de tabaquismo

Tabaquismo	FA	FR%
Si	2	45
No	18	55
Total	20	100

Fuente: Usuarios entrevistados en setiembre 2013

Grafico 8: Distribución de la población antecedentes personales de tabaquismo.



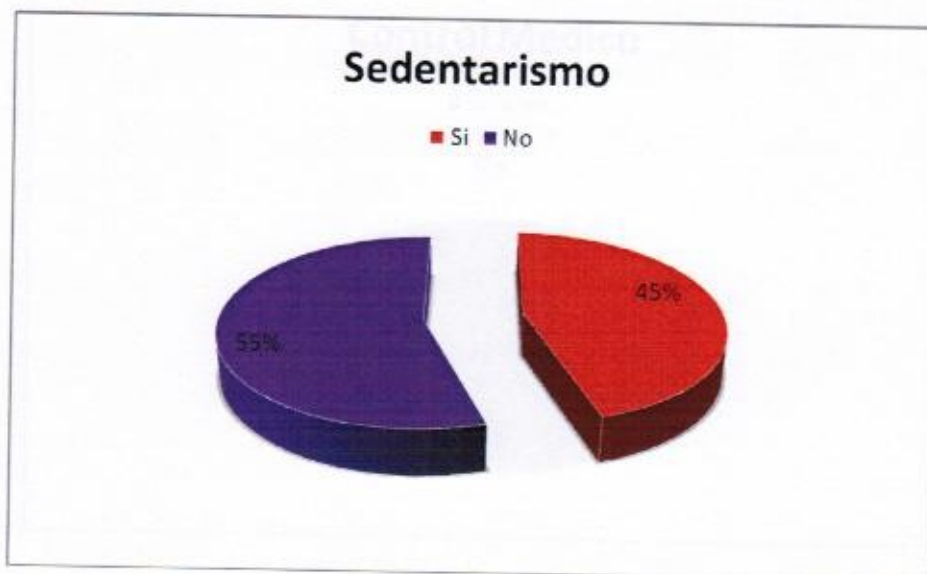
Fuente: Usuarios entrevistados en los complejos de BPS, Setiembre 2013.

Tabla 9: Distribución de la población según antecedentes personales de sedentarismo.

Sedentarismo	FA	FR%
Si	9	45
No	11	55
Total	20	100

Fuente: Usuarios entrevistados en setiembre 2013

Grafico 9: Distribución de la población según antecedentes personales de sedentarismo.



Fuente: Usuarios entrevistados en los complejos de BPS, Setiembre 2013.

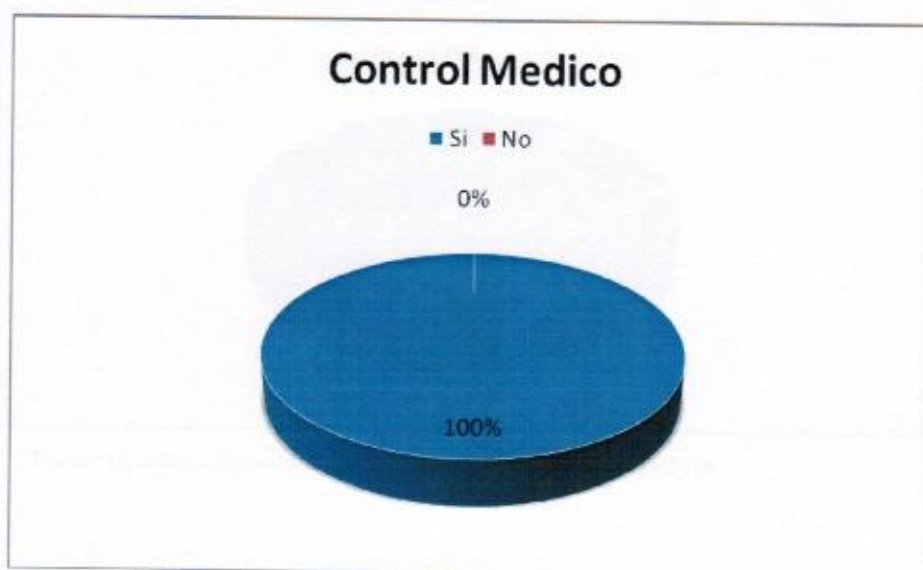
Tabla 10: Distribución de la población según si se realizan controles médicos.

Control Medico	FA	FR%
Si	20	100
No	0	0
Total	20	100

Fuente: Usuarios entrevistados en setiembre 2013

Grafico 10: Distribución de la población según si se realizan controles médicos.

Grafico 10: Distribución de la población según si se realizan controles médicos.



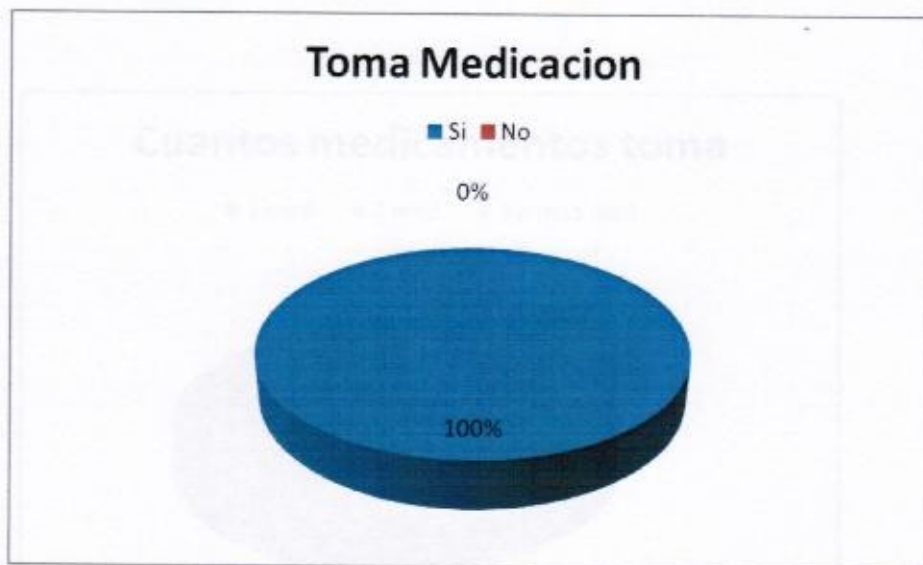
Fuente: Usuarios entrevistados en los complejos de BPS, Setiembre 2013.

Tabla 11: Distribución de la población según si toman medicación.

Toma de med.	FA	FR%
Si	20	100
No	0	0
Total	20	100

Fuente: Usuarios entrevistados en setiembre 2013

Grafico 11: Distribución de la población según si toman medicación.



Fuente: Usuarios entrevistados en los complejos de BPS, Setiembre 2013.

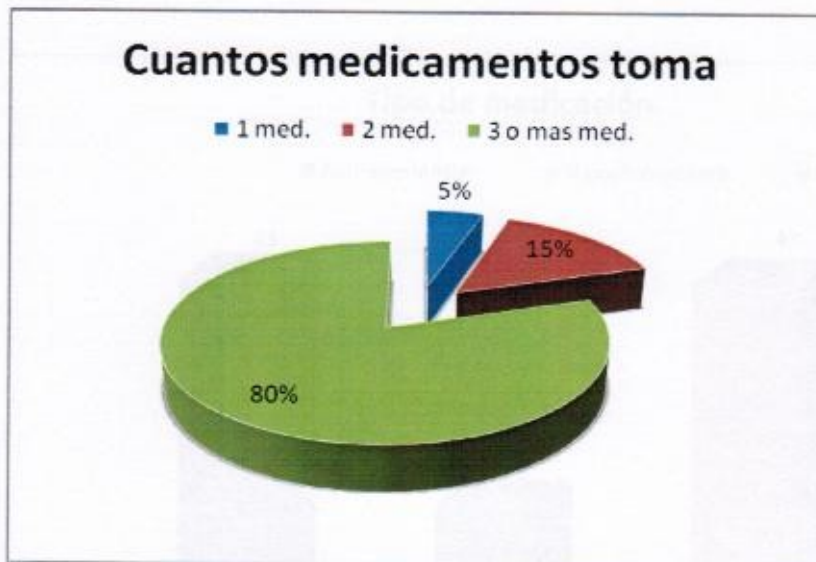
Tabla 12: Distribución de la población según cuantos medicamentos toman.

Cant. de med.	FA	FR%
1 med.	1	5
2 med.	3	15
3 o mas med.	16	80
total	20	100

Fuente: Usuarios entrevistados en setiembre 2013

Grafico 12: Distribución de la población según cuantos medicamentos toman.

Grafico 12: Distribución de la población según cuantos medicamentos toman.



Fuente: Usuarios entrevistados en los complejos de BPS, Setiembre 2013.

Tabla 13: Distribución de la población según tipos de medicación.

Medicación	FA	FR%
Antihipertensivo	17	43
Hipoglucemiante	6	14
Otros	17	43
Total	40	100

Fuente: Usuarios entrevistados en setiembre 2013

Gráfico 13: Distribución de la población según tipos de medicación.

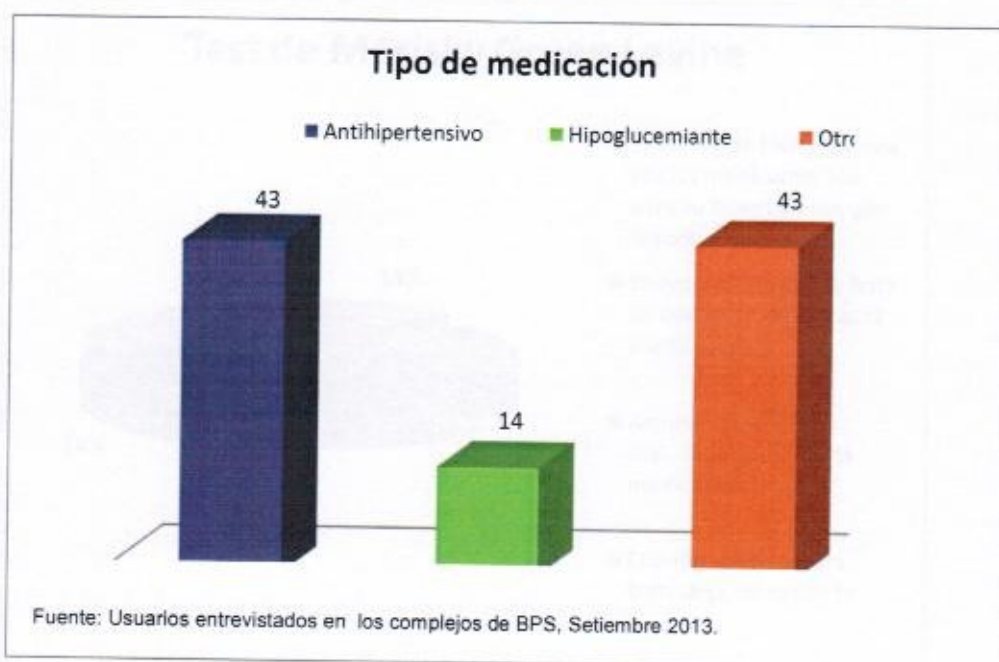
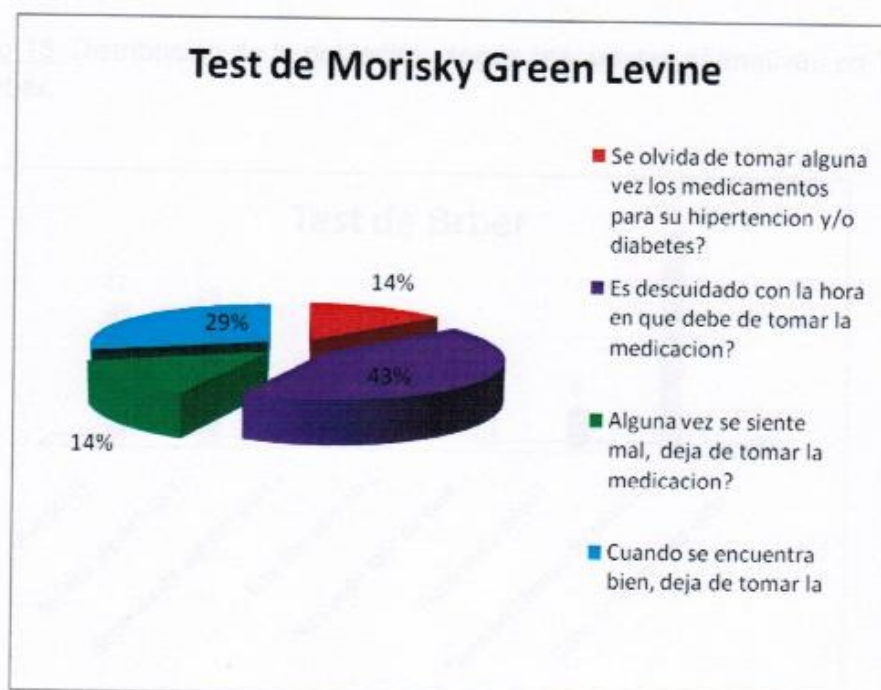


Tabla 14: Distribución de la población según respuestas afirmativas en Test de Morisky Green Levine.

Test de Morisky Green Levine	FA	FR
Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertencion y/o diabetes?	1	14
Es descuidado con la hora en que debe de tomar la medicacion?	3	43
Alguna vez se siente mal, deja de tomar la medicacion?	1	14
Cuando se encuentra bien, deja de tomar la	2	29
Total	7	100

Fuente: Usuarios entrevistados en setiembre 2013

Grafico 13: Distribución de la población según respuestas afirmativas en Test de Morisky Green Levine.



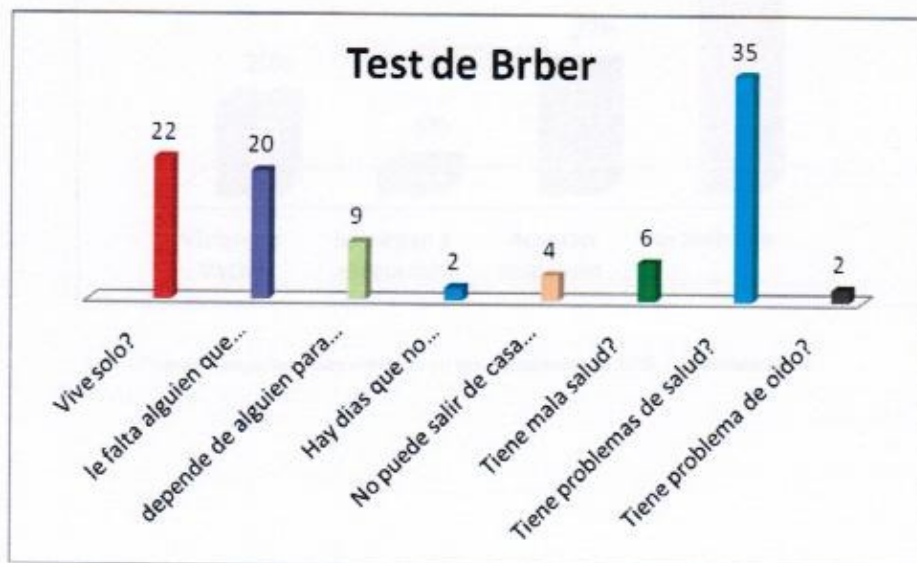
Fuente: Usuarios entrevistados en los complejos de BPS, Setiembre 2013.

Tabla 14: Distribución de la población según respuestas afirmativas en Test de Barber.

TEST DE BARBER	FA	FR%
Vive solo?	10	22
Le falta alguien que pueda ayudar si lo necesita?	9	20
Depende de alguien para sus necesidades diarias?	4	9
Hay días que no consigue comer algo caliente?	1	2
No puede salir de casa por alguna enfermedad?	2	4
Tiene mala salud?	3	6
Tiene problemas de salud?	16	35
Tiene problema de oído?	1	2
Total	46	100

Fuente: Usuarios entrevistados en setiembre 2013

Grafico 13: Distribución de la población según respuestas afirmativas en Test de Barber.



Fuente: Usuarios entrevistados en los complejos de BPS, Setiembre 2013

Tabla 14: Distribución de la población según Viviendas Visitadas

Viviendas visitadas	FA	FR%
Viviendas Vacías	36	20%
Se niegan a responder	11	6%
Aceptan responder	49	27%
No atienden	84	47%
Total	180	100%

Fuente: Usuarios entrevistados en setiembre 2013

Grafico 14: Viviendas visitadas



Fuente: Usuarios entrevistados en los complejos de BPS, Setiembre 2013

9. Análisis y Discusión

Basándose en un método científico y en la Teoría de Virginia Henderson, el individuo es un ser integral y autónomo capaz de satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria, las mismas se ven afectadas por determinados factores tales como: edad, situación social, formación cultural, estado emocional y las capacidades físicas e intelectuales. Dichas necesidades pueden manifestarse de distintas formas y la incapacidad de enfrentarlas los expone a riesgos potenciando su vulnerabilidad social como individuos.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa ETSA (hoja de cálculo de excel). Luego mediante el planteamiento de una hipótesis nula la cual marca la no asociación entre la adhesión al tratamiento medicamentoso y la vulnerabilidad del adulto mayor; y una hipótesis alternativa la cual muestra la existencia de asociación entre dichas variables. Las hipótesis se aceptan o rechazan luego del cálculo del test estadístico chi cuadrado mediante el programa SSPS 19.0.

Se visitaron cuatro complejos pertenecientes a BPS, con un total de 180 viviendas, de las cuales 36 (estaban vacías, 11 se negaron a responder, 84 no atendieron, y 49 respondieron).

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión para la investigación contamos con una muestra de (N) 20 residentes. Del total de los residentes encuestados vemos que un 80% corresponden al sexo femenino, mientras que el 20% restante es masculino.

En cuanto a la distribución por edades el límite superior es de 79 años y el límite inferior de 65 años según los descriptores en ciencias de la salud (DECS). Aquí vemos que el rango de edades que predomina es de 75 a 79 años con un 45% de la población, siendo la media 73 años, la moda 76 y la mediana 74 años. Con una varianza de 19 y una desviación estándar de 4,378.

Como se refleja en el censo uruguayo de 2011 realizado por el instituto nacional de estadística el 14,1% de la población de nuestro país tienen 65 años

y más, mientras que de estos el 15,4% residen en Montevideo. En el estudio realizado se observa que de este porcentaje de adultos mayores residentes en Montevideo, un 2,8% está incluido dentro de la muestra tomada para el mismo.

La diabetes mellitus y la hipertensión arterial están fuertemente ligadas ya que la evidencia sugiere que ambas son factores pre-disponentes para presentar la otra aumentando así las complicaciones negativas sobre el sistema cardiovascular. Dentro de la población estudiada vemos que el 45% de esta presentan ambas patologías.

Se observó que el 44% de los residentes diabéticos en estudio presentaban cifras tensionales mayores a 130/80 mmhg. En Latino América vemos que la diabetes mellitus constituye el 70% de las complicaciones cardiovasculares, mientras que el 73% de la población que posee esta afección, presentan cifras mayores o iguales a 130/80 mmhg.

De acuerdo al proceso normal de envejecimiento y observando los resultados de la escala de Barber se puede decir que el 100% de la población estudiada es vulnerable, esto se despliega del gran porcentaje (80%) que respondió afirmativamente la pregunta número 7 (¿tiene problemas de visión?).

Es esencial que el adulto mayor logre adherirse a los tratamientos medicamentosos para evitar complicaciones en su calidad de vida. La no adherencia a los mismos nos refiere un problema para dichos componentes aumentando así el gasto sanitario.

El ser descuidado con la hora en la que debe tomar la medicación es la pregunta que arrojó más respuestas afirmativas con un 43%, esto produce la pérdida anticipada del efecto terapéutico.

Cabe destacar como restricción en dicho estudio que los datos recabados en algunos casos no son los datos esperados, ya que la información puede ser alterada si los adultos mayores no fueron veraces con las respuestas.

Se observó que mediante el test Morisky Green Levine que el 80% de los residentes se adhiere al tratamiento medicamentosos.

Según el test de Barber el 100% de la muestra es vulnerable, ya que al obtener una respuesta positiva de la aplicación del mismo, el individuo fue considerado como vulnerable, por lo que se observó que dicha variable se manifiesta de forma constante, se decidió clasificarla en tres categorías según la cantidad de respuestas positivas obtenidas en dicho test. Las categorías asignadas fueron; poco vulnerable (una respuesta positiva), medianamente vulnerable (dos o tres respuestas positivas), muy vulnerable (cuatro o más respuestas positivas).

Al cruzar las variables edad y vulnerabilidad del adulto mayor, y edad con la adhesión al tratamiento farmacológico, donde se observó que no existe asociación entre dichas variables (χ^2 calculado=0; y con un $gl=2$, un nivel de exigencia de 0,05 y el χ^2 teórico=5,99).

Mientras que al cruzar el sexo y vulnerabilidad del adulto mayor, y sexo con adhesión al tratamiento farmacológico, se obtuvo un χ^2 calculado=0; y con un $gl=1$, un nivel de exigencia de 0,05 el χ^2 teórico=3,84. Aquí tampoco se observó una asociación entre las variables.

Se observó el comportamiento de las variables adhesión al tratamiento y vulnerabilidad del adulto mayor en forma individual y luego se las relacionó entre sí, respaldado por el cálculo del χ^2 se determinó que no existe asociación entre las mismas.

Si bien la muestra de dicho estudio es tomada por conveniencia, no probabilística y no significativa. Se utiliza de igual manera el programa SSPS 19.0 para realizar el cruce de dichas variables, y de esta forma descartar una de las hipótesis planteadas.

10. Conclusión

Se pudo cumplir con los objetivos planteados para la investigación.

Se observó que la muestra obtenida es no significativa, relacionándolo con la situación actual de inseguridad que atraviesa el país, igualmente se logró caracterizar a la población en estudio mediante la aplicación del instrumento ETSA, identificando así los que padecían hipertensión arterial y/o diabetes.

Al aplicar el Test de Morisky Green Levine y el Test de Barber se determinó que, la mayoría de los adultos mayores se adhieren al tratamiento farmacológico y que todos son vulnerables en mayor o menor medida.

Dicho estudio arrojó como resultado la NO existencia de la relación entre la vulnerabilidad de los adultos mayores hipertensos y/o diabéticos residentes de los complejos BPS, y la adherencia al tratamiento medicamentoso mediante el resultado obtenido del cálculo del test estadístico de chi cuadrado. Por lo tanto se acepta la hipótesis nula que establece que ambas variables son independientes. Estas pruebas de hipótesis son de la estadística inferencial que obtienen un verdadero sentido al ser utilizadas cuando se manejan muestras probabilísticas; la muestra en estudio es no probabilística y resulta no significativa, el hecho de que ambas variables no estén correlacionadas puede deberse justamente a este hecho.

11. Sugerencias

Se propone que a partir de este estudio se continúe investigando para poder relacionar ambas variables con un número de muestra mayor y así determinar si existe o no la relación entre las mismas, de esta forma poder intervenir en la salud del adulto mayor que residen en los complejos de BPS de la ciudad de Montevideo.

Otra de las propuestas es que se mantenga un control en salud continuo para realizar un seguimiento de dicha población, para mejorar las condiciones sanitarias de los mismos.

12. Bibliografía

- Ballesteros, H. "Bases Científicas de la Administración", Editorial MC Graw Hill Interamericana, México 1997.
- Brunner, Suddarth, "Enfermería Médico Quirúrgica", Editorial MC Graw Hill Interamericana, 10° Edición, Volumen 1, 2005.
- Castellano-Muñoz, Pilar; Miranda-Ruiz, Antonia; Sojo-González, Guadalupe; Perea-Milla, Emilio; Javier García-Alegria, José; Dolores Santos-Rubi. Unidad de Consultas Externas. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.
- Diccionario de la Real Academia Española.
- Dr. Moulia Tauna, Marcos. "Polimedición en el Adulto Mayor" [Diapositiva], Uruguay 2009, 32 diapositiva.
- Farmanuario 2012; pág. 254
- Ferrero Petean RT, García MV. Encuesta de prevalencia de la diabetes en Uruguay. Primera fase: Montevideo Año 2004
- Florez Jesús. "Farmacología Humana" 3era. Edición, Facultad de Medicina, Universidad de Cantabria, Santander. Edit. Masson, S.A., año 1999.
- "Guía Latinoamericana de Hipertensión Arterial", Revista Chilena de Cardiología. Chile 2012; 29 (1): 117.
- Hernandez Sampieri, R. "Metodología de la Investigación", Editorial MC Graw Hill, Año 2008.
- Leddy, S. Y Col. "Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional", Cap. IX: 47-60, 181-200.
- Uturbey, L; Seguridad del paciente de 65 años y la polifarmacia: Congreso de Cirugía- 2012; Torre de los profesionales, Montevideo, Uruguay.
- Manual sobre indicadores de la salud en la vejez, CELADE, 2006. 2
- Raile, M., Marriner, A. "Modelos y Teorías de Enfermería", 7° Edición, Editorial Elsevier Mosby.
- Revista Chilena de Cardiología - Vol. 29 N°1, 2010. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial- pág. 117

- Romero, Prof. Carlos; Ventura, Prof. José; Ambrosioni, Prof. Pablo; "Hipertensión arterial en la Diabetes Mellitus y Síndrome Metabólico"; Sindicato Médico del Uruguay, Suplemento de la revista de noticias, Octubre 2006
- Torresani, Dra. Marina; "Falta de Adhesión al Tratamiento" [Diapositiva] Consultorios Asociados de Endocrinología, UBA, 77 diapositivas.

Páginas Web:

-American Diabetes Association

Margaret Grey

URL disponible en: <http://www.diabetes.org/assets/pdfs/spanish/Datos-2008-spanish.pdf>

Fecha de Actualización: Febrero de 2013

Fecha de Acceso: 15 de Marzo de 2013.

-Biblioteca Digital Repositorio Institucional

Deisy Rosa Solera Barros

URL disponible en:

<http://www.bdigital.unal.edu.co/3922/1/deisyrosasolerarestrepo.2011.pdf>

Fecha de Acceso: 26 de Febrero de 2013.

-Biblioteca Virtual en Salud: Descriptores en Ciencias de la Salud

Definición de Anciano, Hipertensión, Diabetes Mellitus tipo I, Diabetes Mellitus tipo II y Cumplimiento de la Medicación.

URL disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

Fecha de acceso 3 de Julio de 2013

-Centro de Referencia Estatal de San Andrés del Rabanedo (León)

Discapacidad y Dependencia.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

URL disponible en:

http://www.crediscapacidadydependencia.es/cresanandres_01/auxiliares/discapacidad_dependencia/index.htm

Última Actualización: 29 de enero de 2013.

Fecha de Acceso: 4 de Febrero de 2013.

-Dossier de Autonomía

URL disponible en: <http://www.plusesmas.com/diccionario/palabra/autonomia/>

Última Actualización: 4 de febrero de 2013

Fecha de Acceso: 4 de febrero de 2013.

-Instituto Nacional de Estadísticas

URL disponible en:

www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/analispais.pdf pag 8 y 12¹

Fecha de Acceso: 12 de Marzo de 2013

-Instituto Nacional de Estadísticas

URL disponible en:

www.ine.gub.uy/biblioteca/uruguayencifras2012/cap3Adultos/Poblacion.pdf
pag 19

Fecha de Acceso: 13 de marzo 2013

-Ministerio de Salud Pública

Programa del Adulto Mayor

URL disponible en: www.msp.gub.uy/programadeladultomayor

Fecha de Acceso: Marzo de 2012

-Organización Mundial de la Salud

URL disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js5422s/4.3.html>.

Formulario Modelo de la OMS 2004.

Fecha de última actualización: 13 de Febrero de 2013

Fecha de Acceso: 20 de Febrero de 2013

-Organización Mundial de la Salud, Uruguay.

Dr. Eduardo Lecovitz

URL disponible en: www.who.int/countries/ury/es

Fecha de Acceso: 23 de marzo de 2013

-Organización Mundial de la Salud

Definición de Salud

URL disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>¹⁰

Fecha de Acceso: 25 de Febrero de 2013

-Organización Mundial de la Salud

Nota descriptiva N°312, Setiembre de 2012.

URL disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>

Fecha de Acceso: Diciembre de 2012

-Organización Panamericana de la Salud, OPS. Oficina de Información Pública.
"Enfermedades Cardiovasculares: más allá del corazón", 2005.
URL disponible en: www.ops.org.bo/servicios
Fecha de acceso 12 de Noviembre de 2012

-SUAT
Dr. Oscar López
URL disponible en:
<http://www.suat.com.uy/novedad/36-dia-mundial-de-la-diabetes-y-sus-aspectos-epidemiologicos>⁶
Fecha de Acceso: Diciembre de 2012

-Tango, traducido de Health Day, "Salud: Hispanos Hipertensos", 2008.
URL disponible en: www.terra.com/salud/articulo/html/sal18675.htm
Fecha de acceso 13 de Noviembre de 2012

-Universidad de Maimonides, ética y excelencia, gerontología.
Detección de ancianos de Riesgo en Atención Primaria
Definición de Anciano Frágil
URL disponible en:
<http://weblog.maimonides.edu/gerontologia/archives/001945.htm>¹⁵
Fecha de Actualización: Octubre de 2005
Fecha de Acceso: 25 de febrero de 2013

ANEXOS

Anexo N°1

Test de Morisky Green Levine

SI

NO

1- Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión, o diabetes?		
2- ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar dicha medicación?		
3- alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación?		
4- Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		

Test de Barber

SI

NO

1- ¿Vive sólo/a?		
2- ¿Le falta alguien que le pueda ayudar si lo necesita?		
3- ¿Depende de alguien para sus necesidades diarias?		
4- ¿Hay días en que no consigue comer algo caliente?		
5- ¿No puede salir de casa por alguna enfermedad?		
6- ¿Tiene mala salud?		
7- ¿Tiene problemas de visión?		
8- ¿Tiene problemas de oído?		

Anexo N°2

Consentimiento Informado

Por medio del presente documento declaro que los Estudiantes de la Facultad de Enfermería, de la Universidad De La República, los cuales desarrollan un trabajo de investigación en el complejo de BPS N°... acerca de la vulnerabilidad y adaptación al tratamiento farmacológico de hipertensos y/o diabéticos, me ha (n) informado sobre el mismo y sobre todo lo que el mismo implica.

Declaro estar completamente informado sobre;

- ❖ Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo respondiendo cual ha sido mi proceder frente a la toma de medicamentos antihipertensivos y/o hipoglucemiantes.

- ❖ Permito que los estudiantes de la Facultad de Enfermería utilicen la información de forma anónima y que la misma sea utilizada con el fin que postula en su investigación.

- ❖ Dejo constancia en consecuencia que me encuentro suficientemente informado y que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento sea previo o durante la entrevista.

.....
Firma

.....
Fecha

Anexo N°3

Diagrama de Gantt

	Año 2012												Año 2013											
	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N		
Elaboración de protocolo	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Tutorías		■											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Aprobación del protocolo																								
Solicitud de permiso para recolección de datos de BPS																								
Recolección de datos																								
Procesamiento de datos																								
Conclusión de la investigación																								
Aprobación para la defensa																								
Solicitud de tribunal de defensa																								
Defensa																						■		



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

DATOS DEL ENTREVISTADO

Nombre		C.I.	
--------	--	------	--

Indique el dato que corresponda																	
Montevideo			Interior			Barrio			Manzana/Solar		Calle		Número				
Fecha entrevista						Número de visitas											
Sexo		Edad		Trabaja		Tipo Ocupación Anterior			Tipo Ocupación Actual			Jubilado		Pensionista			
F	M																
Con quien vive																	
Solo			Cónyuge			Hijo/a			Nieto			Otros					
Nivel de educación			Primaria completa			Secundaria completa			Terciaria completa								
Cobertura médica			Si			No											
Servicio de emergencia móvil																	
Inmunización vigente			Si			No			No sabe								
Vacunas			Si			No			Neumococo			Antigripal			Antitetánica		
Estado Civil																	
Soltero			Casado			Divorciado			Viudo			Unión Libre					
Mayor de 65 años			Si			No			Carnet de salud de adulto mayor			Si			No		

Antecedentes Familiares														
Padres fallecidos por enfermedad cardiovascular						Si			No			No sabe		
Edad al fallecer			Padre			Madre			Tíos					

	Obesidad			Tabaquismo			Sedentarismo			Estrés			Diabetes			Hipertensión Arterial			Dislipemia			
	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	Padre	Madre	Tíos	
Si																						
No																						

Antecedentes Personales											
Factores de riesgo modificables											
	Obesidad	Tabaquismo	Sedentarismo	Estrés	Diabetes	Hipertensión Arterial	Dislipemia	Enfermedades Respiratorias			
Si											
No											

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO



I) FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR (C.V.)

Patologías (si es portador de estas patologías marque con una X lo afirmativo)					
	Se controla		Toma medicación		Nombre el fármaco
	Si	No	Si	No	
Hipertenso					
Diabético					
Obeso					
Hipercolesterolemia					

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Estilo de vida - Hábitos Alimenticios

	Si	No	Todos los días	3 veces/semana	1 vez al mes
Consume carnes rojas					
Consume pollo					
Consume cerdo o derivados					
Consume pescado					

Realiza ejercicio físico

	Si	No	Diariamente	3 veces /semana	Cant. minutos
Bicicleta					
Concurre al gimnasio					
Camina					
Corre					
Otro tipo de actividad					

	Si	No	Hiposódico	Le agrega sal	Normal
Come con sal					
	Si	No	Diariamente	3 veces /semana	1 vez al mes
Come comida rápida (pizza, hamburguesas, etc.)					
Consume comidas elaboradas (embutidos, ya preparadas, etc.)					

Actividad laboral

	Si	No
Trabajo rural		
Trabajo con productos químicos (anilinas, barniz, cadmium)		

CONTROL MÉDICO

	Si	No	6 meses	2 años
Tiene carnet de salud vigente				

Realiza control médico										Preventivo	Rutina
Cardiólogo	Si	No	Geriatra	Si	No	Medicina Gral.	Si	No	Otros		



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

Exámenes	Control P/A (1)	ECG (2)	ECOCAR (3)	HOLTER (4)	Orina (5)	ECO. Ap. Urinario (6)	Dopler de vasos de cuello (7)	Sangre (8)	R. TX. (9)	Alterado (reg. n°)
Si										
No										

	Si	No	Cada cuanto
Examen ginecológico			
Papanicolau (PAP)			
Ecografía ginecológica			
Colposcopia			
Ecografía Transvaginal			
Mamografía			
Eco de mama			

Presenta alguno de estos síntomas (marque el dato afirmativo)	Si	No
Confusión repentina, dificultad al hablar o del entendimiento del habla		
Dificultad repentina para ver en uno o en ambos ojos		
Dificultad repentina al caminar, vértigo, o pérdida del equilibrio o de la coordinación		
Dolores de cabeza fuertes, repentinos y sin causa conocida		
Visión doble		
Somnolencia		
Otros		

EXÁMEN FÍSICO

	Valor	Fecha
Talla		
Peso		
IMC		
Perímetro de la cintura		
Cifra de glucemia		
Cifra de colesterolemia		
P/A	Valor último	

Realizar escalas de adulto mayor (mayor de 65 años)			
Pfeiffer		Lawton y Brody	

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO



II) FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

Antecedentes Personales CÁNCER DE BOCA

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Antecedentes Familiares				Padres fallecidos Enf. A. Digestivo			
Si		No		Si		No	

Antecedentes Familiares

Padre	Si	No	Madre	Si	No	Tíos	Si	No	No sabe

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Consumo alcohol		Frecuencia		Fumador		Cuantos cigarrillos diarios	
Si	No	1 vaso diario (70 cm ³)	Más de 70 cm ³	Si	No		

Mala higiene bucal		Uso de prótesis		Alto consumo de hidratos de carbono	
Si	No	Si	No	Si	No

Observaciones

Antecedentes Personales CÁNCER DE ESÓFAGO

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Antecedentes Familiares				Padres fallecidos			
Si		No		Si		No	

Antecedentes Familiares

Padre	Si	No	Madre	Si	No	Tíos	Si	No

	Antecedentes Familiares			
	Si	No	Si	No
Acalasia				
Radioterapia previa				
Esofagitis Cáustica				
Divertículos esofágicos				

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Presenta ud. reflujo gastro esofágico	Si	No

Observaciones

Consumo de alimentos muy calientes	Si	No

EXÁMEN SÍNTOMAS

Síntomas (marque Si o No)	Si	No	A veces
Disfagia para sólidos			
Retención para líquidos			
Hemorragia digestiva			
Diarrea o estreñimiento			
Dolor precordial			
Pérdida de peso			
Tos			
Disfonía			



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO

Antecedentes Personales CÁNCER DE ESTÓMAGO E INTESTINO

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Antecedentes Familiares				Padres fallecidos				
Si		No		Si		No		
Infección por Helicobacter pylori		Anemia megaloblástica o perniciosa (causada por la deficiencia de vitamina B12)		Gastritis aguda o crónica				
Si	No	Si	No	Si	No			
Antecedentes Familiares								
Padre	Si	No	Madre	Si	No	Tíos	Si	No
Tiene sangre tipo A			Si		No		Quien	
Cáncer de estómago			Si		No			
Cirugía previa del estómago								
Cáncer de colon no polipósico								
Poliposis familiar Adenomatosa								
Observaciones								

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Consuma una dieta que incluye:	Si	No
Cantidades elevadas de alimentos carnes y pescados curados con sal		
Alimentos con alto contenido de almidón y con poca fibra		
Vegetales en vinagre		
Alimentos y bebidas que contienen nitratos y nitritos (acelga, lechuga, sin 3 veces lavados)		
El abuso del tabaco		
El abuso del alcohol		
Exposición a factores ambientales como polvos y vapores en el lugar de trabajo		

EXÁMEN SÍNTOMAS

Síntomas (marque Si o No)	Si	No
Malestar o dolor en el abdomen		
Náuseas y vómitos		
Diarrea o estreñimiento		
Pesadez abdominal después de las comidas		
Pérdida del apetito		
Fatiga y debilidad		
Vómitos con sangre o sangre en las heces		

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO



III) FACTORES DE RIESGO PARA PATOLOGÍA DE PROSTATA - CP (Cáncer de próstata)

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Antecedentes de patologías neoplásicas		Raza Negra		Antecedentes Familiares de C.P.	
Si	No	Si	No	Si	No

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Actividad física		Actividad sexual		Dieta		Hábitos: Tabaquismo/Alcohol	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Obesidad

Peso	Talla	IMC > 25

EXÁMENES PREVENTIVOS A PARTIR DE LOS 40 AÑOS

	Si	No
Control con Urólogo 1 vez al año		
PSA (Antígeno prostático específico)		
Tacto rectal		

PRESENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS

	Si	No
Hematuria		
Disuria		
Nicturia		
Trastornos en la micción (dificultad en inicio, chorro débil, entrecortado, micción prolongada, urgencia)		
RAO		
Polaquiuria		
Incontinencia		

IV) FACTORES DE RIESGO DE LA PIEL

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

			Antecedentes Familiares		Padres fallecidos	
	Si	No	Si	No	Si	No
Cáncer de cualquier origen						
Piel blanca						
Piel negra						
Piel asiática						
Tiene protuberancias o manchas que cambien de color, duelan o sangren			Si	No		

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Exposición al medio ambiente	Si	No
Horas de exposición al sol a horas inapropiadas		
Uso de sombra como protección		
Exposición a RX ej.: laborales		
Exposición a sustancias químicas		
Tiene en cuenta el índice de radiación ultravioleta		

V) FACTORES DE RIESGO OFTALMOLÓGICO

FACTORES DE RIESGO

	Si	No
Presenta signos y síntomas de disminución de la visión		
Antecedentes Familiares patología ocular		
Antecedentes Personales patología ocular (aclare cual)		
Antecedentes Familiares patologías crónicas		
Cirugías oculares previas		
Uso lentes (registre Artigmatismo - Presbicia - Miopía)		
Trabajo donde se expongan los ojos o tengan riesgo, o mucho esfuerzo visual		
Traumas peri oculares y oculares (anteriores)		
	Especifique cuales	
Ingesta de medicamentos (Amiodarona, Isotretinoín, Sumatripan, Clonidina, etc.)		
Alergias y hospitalizaciones	Si	No
Última consulta	Fecha	
Otros datos		