



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ADULTO Y ANCIANO**

EL TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO EN EL ANCIANO HIPERTENSO

Autores:

Álvarez Murdocco, Daniela
Fumero Moré, Soledad
Lascano Ruiz Díaz, Agustina
Morelle Leivas, César

Tutoras:

Prof. Adj. Bracco, Alicia
Prof. Adj. Lic. Vellozo, Rosa

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

Montevideo, 2001

AGRADECIMIENTOS.-

Este trabajo de investigación ha sido posible gracias a la colaboración de diversas personas. En primer lugar queremos agradecer a nuestras tutoras por su apoyo, confianza y orientación durante todo el proceso; a Licenciadas expertas en el tema por el interés y la colaboración brindada, Asistente Licenciada Alba González y Asistente Licenciada Agata Reolon.

También damos las gracias al equipo multidisciplinario de la Policlínica de Geriátrica, por su recibimiento y apoyo en nuestro trabajo.

Finalmente tenemos presente el apoyo incondicional de nuestras familias a quienes también queremos agradecer.

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

INDICE.-

	Pág.
• Resumen	1-
• Introducción	2-
• Proyecto de Investigación	3-
Problema, Objetivo	3-
Justificación	4-
Situación del Anciano en el Uruguay	6-
Marco Teórico	12-
Método	38-
• Resultados	44-
Comentarios	55-
Análisis	57-
• Conclusiones	61-
• Bibliografía	62-
• Anexos	64-

RESUMEN.-

En el mes de marzo del 2001, se realizó un estudio descriptivo transversal cuali-cuantitativo en la Policlínica de Geriátrica con los Ancianos Hipertensos, donde los investigadores se plantearon determinar como influyen las características socioeconómico- culturales en el cumplimiento de su tratamiento farmacológico.

Se trabajo con una población de 42 adultos mayores, donde la metodología empleada para abordar al usuario fue una entrevista semiestructurada, utilizando como instrumentos un formulario y la historia clínica. Los resultados obtenidos muestran que el 62% de los usuarios cumplen con su tratamiento, siendo el principal motivo para el no cumplimiento el factor económico.

De lo social, se puede destacar que el mayor porcentaje forma parte de un núcleo familiar, observándose en los datos obtenidos que esta variable afecta el cumplimiento del tratamiento. Se detectó a nivel de los usuarios la carencia de información brindada por un Profesional de Enfermería.

La investigación realizada será de gran aporte al equipo multidisciplinario que trabaja en la Policlínica de Geriátrica, para que éstos emprendan medidas en la atención que brinden a los Ancianos Hipertensos.

INTRODUCCION.-

Para el abordaje del tratamiento medicamentoso en el anciano hipertenso, existe una amplia y variada bibliografía sobre farmacología, geriatría e hipertensión arterial, pero las obras de enfermería que se disponen en el medio, no siempre responden a las necesidades inmediatas del anciano.

El grupo etareo de 65 años y más de edad corresponde a 12,6% de la población total del país, porcentaje que va en aumento, teniendo un gran peso a nivel de la estructura socio- demográfica, incidiendo en el enfoque de la atención que se brinda en la actualidad a nivel nacional.

Dentro de las patologías que causan mayor morbimortalidad en el anciano, las enfermedades cardiovasculares y dentro de éstas la hipertensión arterial, ocupan un lugar predominante, siendo dentro de su tratamiento el cumplimiento de la medicación, la base en el manejo de su patología.

Por lo anteriormente mencionado sobre la situación del anciano en nuestro medio, es que surgió el interés de investigar, planteándonos el siguiente el objetivo:

“Determinar en los ancianos Hipertensos, que concurren a la Policlínica de Geriatría del Hospital de Clínicas, en el período que comprende segunda quincena del mes de marzo del 2001, las características socioeconómico- culturales que influyen en la realización del tratamiento medicamentoso prescrito vía oral, con el fin de aportar datos al equipo multidisciplinario, para que éste trabaje con la población asistida minimizando factores de riesgos, complicaciones, disminuyendo costos sociales, mejorando así la calidad de vida de los usuarios”.

Al finalizar nuestro estudio con el cual se abarco a 42 usuarios, se realizó la tabulación y análisis de los datos obtenidos con las correspondientes conclusiones, logrando responder al objetivo planteado en nuestra investigación.

La elaboración y ejecución de la investigación nos llevó muchas horas de trabajo y discusión, y es allí donde hemos encontrado una gran satisfacción por el Rol que desempeña Enfermería en la Investigación.

PROYECTO DE INVESTIGACION.-

Problema.

¿ Qué relación existe entre las características socioeconómico- culturales del Anciano Hipertenso y el cumplimiento del tratamiento medicamentoso prescrito vía oral?

Objetivo.

- Determinar en los ancianos Hipertensos, que concurren a la Policlínica de Geriátrica del Hospital de Clínicas, en el período que comprende segunda quincena del mes de marzo del 2001, las características socioeconómico- culturales que influyen en la realización del tratamiento medicamentoso prescrito vía oral, con el fin de aportar datos al equipo multidisciplinario, para que éste trabaje con la población asistida minimizando factores de riesgos, complicaciones, disminuyendo costos sociales, mejorando así la calidad de vida de los usuarios.

JUSTIFICACION.-

La importancia que reviste el tema seleccionado está dada desde distintos puntos de vista. Comenzando que nuestro trabajo de investigación será llevado a cabo en el primer nivel de atención, éste tiene atributos esenciales que deben ser aprovechados, debido a que es el primer contacto entre un individuo y un trabajador de la salud, es donde se expresa el 80% de los problemas de salud de toda la población, en el cual los principales usuarios son los adultos mayores.

El grupo adultos mayores está compuesto por unas 330.000 mil personas de 65 años y más de edad (11% de la población total del país). Esta situación señala al Uruguay como el país Latinoamericano con población más envejecida.

El peso de este grupo etario en la estructura demográfica es un nudo social, económico y político, destacándose la crisis de seguridad social. Además de ésta, el sistema de Salud del Uruguay debe adaptarse rápidamente a una población cada vez más envejecida (se proyecta que para el año 2010 habrá unos 102.000 mil ancianos más en el Uruguay).

El problema del envejecimiento a llegado en cierto grado al debate público y a las plataformas políticas pero aún no está claro que esfuerzos emprender y que mecanismos coordinar, ya que se ha identificado el aislamiento social como un problema de gran relevancia.

Teniendo en cuenta la anatomía y fisiología del anciano es esperable que éste grupo etario presente patología de distinta entidad ya que experimentan cambios fisiológicos irreversibles e inevitables los cuales conjuntamente a la presencia o no de factores de riesgos causan trastornos de distinta índole.

Hay una serie de patologías que ocupan sistemáticamente la cabecera a la hora de evaluar las enfermedades de mayor prevalencia entre la población de edad más avanzada. Entre ellas se destacan las enfermedades cardiovasculares, endocrinas, patologías del aparato locomotor y del respiratorio, entre otras.

Los procesos cardiovasculares están dentro de los más frecuentes en los adultos mayores y ocupan uno de los primeros lugares en prácticamente todo el mundo en lo que se refiere a éste grupo etario.

Las principales enfermedades cardiovasculares en el país son las coronariopatías, hipertensión arterial y los accidentes cerebrovasculares encefálicos.

La hipertensión arterial es una de las patologías más concreta de carácter crónico, constituyendo un factor de riesgo sanitario y un problema de Salud Pública que afecta al 25% de la población adulta y adulta mayor. Siendo uno de los factores de riesgos mayores vinculados a la mortalidad cardiovascular que implica entre un 20 – 50% del total de defunciones por todas las causas, la hipertensión arterial corresponde al 3% del total de muertes por año, es ésta un factor de riesgo mayor de morbilidad cardiovascular, por que contribuye a muchos casos de discapacidad y a costos elevados a consecuencias de la demanda asistencial.

Dado su alto índice de morbilidad es importante el cumplimiento de su tratamiento, donde el pilar fundamental en el adulto mayor es el cumplimiento del tratamiento medicamentoso.

Como profesionales integrantes del equipo de salud multidisciplinario que trabaja en conjunto con el usuario, consideramos relevante, conocer, las características socioeconómico- culturales que influyen en la realización del tratamiento medicamentoso prescrito vía oral, con el fin de aportar datos al equipo multidisciplinario, para que éste trabaje con la población asistida minimizando factores de riesgos, complicaciones, disminuyendo costos sociales, mejorando así la calidad de vida de los usuarios.

Es viable de abordar el estudio sobre el tratamiento medicamentoso en el anciano hipertenso ya que contamos con el aval del equipo multidisciplinario de la Policlínica de Geriatria del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y de un espacio físico dentro de ésta, también contamos con los recursos humanos para llevarlo a cabo, ya que la totalidad de investigadores de nuestro grupo (4 Estudiantes de Licenciatura en Enfermería) participarán en forma activa de dicho trabajo; en lo que se refiere a los recursos materiales es viable ya que los recursos son insumos de oficina, los cuales serán aportados por los propios investigadores.

Con respecto a la factibilidad de intervención contamos con el apoyo docente y de expertos sobre el tema.

Situación del Anciano en el Uruguay.-

Crecimiento y distribución geográfica.-

La población total del Uruguay, registrada el 22 de mayo de 1996 en VII Censo general de Población, III de Hogares y V de Viviendas, alcanzó a 3.163.763 personas. En el término de 11 años la población aumentó en 208.522 personas, lo que equivale a una tasa anual media de crecimiento de 6,44 por mil.

En el cuadro siguiente, se presenta la evolución de la población en los últimos censos, y las tasas anuales medias de crecimiento. Como se observa, aún dentro de valores modestos, como ha sido la característica dominante en la evolución demográfica del país, se registra en este último período un incremento significativo del ritmo de crecimiento poblacional, con relación a lo ocurrido entre 1975 y 1985.

Población Total y Tasa Anual Media de Crecimiento Intercensal Según Censo

Censo	Pob. Total	Tasa Anual Media de Crecimiento Intercensal (por mil)
1996	3.163.763	6,4
1985	2.955.241	5,6
1975	2.788.429	6,2
1963	2.595.510	

Este crecimiento, dista mucho de homogéneo al dividir el espacio territorial interno en áreas urbanas y rurales. La población urbana crece a una tasa anual promedio del 10 por mil, mientras que las áreas rurales pierden población a un ritmo del 21,2 por mil anual.

El envejecimiento poblacional.

Descensos de la fecundidad y también de la mortalidad, junto al agotamiento de los flujos inmigratorios internacionales, marcan ya desde las primeras décadas del siglo el inicio de un proceso de envejecimiento poblacional.-

La composición por edades muestra una población con alta proporción de personas en las edades adultas mayores (13 por ciento), mientras que los jóvenes alcanzan sólo al 25 por ciento. El gráfico de la distribución por edades es muy ilustrativo al respecto.

Como la población femenina envejece en mayor medida que la masculina, el porcentaje de mujeres adultas mayores (personas de 65 años o más) es superior al de los varones de las mismas edades, alcanzando una importancia relativa del 15 y 11 por ciento respectivamente. Por otra parte de la evolución de los pesos relativos de los grandes grupos de edades, entre 1985 y 1996, muestra la acentuación de dicho proceso.

Población En Los Censos De 1985 y 1996 Por Sexo, Según Grandes Grupos De Edades.

GRANDES GRUPOS DE EDADES (en años)	POBLACION TOTAL					
	1985			1996		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
TOTAL	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0
0 - 14	26,7	28,0	25,5	25,1	26,3	24,0
15 - 64	62,1	62,4	61,9	62,1	62,9	61,4
65 o mas	11,2	9,6	12,6	12,6	10,8	14,6

En el total del país se censaron 1.532.288 hombres y 1.631.475 mujeres. El predominio femenino se produce exclusivamente a expensas de la relación existente en las áreas urbanas, ya que en el medio rural los hombres representan una amplia mayoría.

La participación en la actividad económica:

En la encuesta familiar de Salud solamente el 25,7% de los hombres de 60 y más años declara ser económicamente activo, en tanto que entre las mujeres dicho porcentaje alcanza al 5%.

El proceso de deterioro del valor real de jubilaciones y pensiones (aún mayor que el de los salarios) que se experimenta debe, muy probablemente, haber puesto en balance la

conveniencia del retiro frente a los ingresos de las posibles actividades económicas que los distintos sectores de personas de 60 y más años pueden obtener. Tal podría constituir la explicación del aumento de la participación hacia 1975, como resultado de una postergación de la edad de retiro.

Hacia 1982, las importantes y crecientes tasas de desocupación que afectan la población económicamente activa en general han de constituir indudablemente un nuevo factor decisivo en el balance entre pasividad y la actividad en este sector de población. El descenso de la tasa de participación observado en los datos de la encuesta Familiar de Salud expresaría, de acuerdo a esta interpretación, una tendencia hacia una jubilación más temprana dentro del grupo analizado, como recurso de acceso a un ingreso frente a la inestabilidad y deterioro ocupacional o a una desocupación de larga duración.

Lo anterior no implicaría necesariamente la pasividad total, sino la realización (o por lo menos la búsqueda de actividades remuneradas como complemento de los ingresos por jubilación o pensión, aspectos éstos presumiblemente no recogidos en su totalidad en la información analizada.

Hacia fines del año 1982, el 65,1% de los hombres de 60-74 años declararon ser jubilados o pensionistas, subiendo dicho porcentaje a 90,4% entre los de 75 y más años, los mismos componen la casi totalidad de los que declararon ser económicamente inactivos.

Entre las mujeres las proporciones de jubiladas o pensionistas son relativamente similares en los grupos de edad analizados 68,3% en las de 60-74 y 87,1% en las de 75 y más años. A diferencia de los hombres la composición de las mujeres económicamente inactivas se compone también con proporciones importantes de personas dedicadas exclusivamente a los cuidados del hogar: 23,9% y 10,6% respectivamente entre las de 60-74 y 75 y más años de edad.

La Instrucción:

La expansión de la educación observada en el país a lo largo del siglo se manifiesta a nivel de los diferentes grupos de edad de la población adulta en un progresivo mejoramiento de los niveles de educación alcanzada a medida que se descende en la edad.

Tal situación , que determina, sin duda, un proceso de crecimiento del nivel de instrucción del sector de los de 60 y más años a lo largo del tiempo y a medida que nuevas generaciones entran en dichas edades, constituye también determinante de una condición permanente de desventaja relativa en materia de educación de los de mayor edad con respecto al resto de la población.

Mientras que entre quienes no tienen todavía 60 años de edad sólo el 3,5% carece de instrucción, en el grupo de mayor edad ese nivel se eleva hasta el 14,2%. Dentro de éste también se observan diferencias, en tanto que los de 60-74 años tienen un 11,4% de integrantes sin instrucción, este porcentaje alcanza a 22,5%, en los de 75 y más años de edad .

Si a los anteriores agregamos los que tienen un nivel de primaria no finalizada, podemos también observar que cerca del 51% de las personas de 60-74 años y el 60% de las de 75 y más años de edad tienen un nivel de instrucción en extremo escaso o nulo.

Como contrapartida de lo anterior puede también apreciarse que solamente algo más del 16 y 12% entre los de 60-74 y 75 y más años respectivamente tienen un nivel superior al primario.

El Hogar:

Una información que adquiere gran importancia en esta caracterización de un grupo de riesgo surge del hecho de que el 60,5% de las 821 personas encuestadas, integrando hogares unipersonales, tienen 60 o más años de edad, ello deriva del hecho de que el 13,4% de este sector de personas viven solas en tanto que entre los menores de 60 años, esa proporción es de apenas el 1,7% .

Las diferencias a ese respecto entre hombres y mujeres son especialmente significativas dentro del grupo de los de 60-74 años donde la proporción de mujeres viviendo solas es más del doble de la de los hombres (8% y 16,8% entre hombres y mujeres respectivamente).

Tales proporciones evidencian un crecimiento con la edad en ambos sexos, mostrando el grupo de 75 y más años de edad los extremos más altos. En esas edades el 15,3% de la población viviendo en hogares particulares lo hace sola, siendo del 12,5% entre los hombres y del 17,4% entre las mujeres.

Enfermedades Crónicas:

La prevalencia de enfermedades crónicas declaradas en la Encuesta alcanza a 233 casos por 1.000 encuestados en el total de la población.

En tanto existe una alta asociación positiva con la edad, la prevalencia de enfermedades crónicas alcanza su máximo entre los grupos etarios mayores. Más de la mitad de las personas de 60 y más años padecen de enfermedades crónicas (530 casos por 1.000 personas), sin embargo, aún dentro de este grupo los valores de la misma son crecientes con la edad, 582 enfermos crónicos de cada 1.000 personas de 75 y más años. Por otra parte, también puede observarse que dentro de estos grupos etarios, al igual que en el resto de las edades adultas la prevalencia de enfermedades crónicas es más alta entre las mujeres, con diferencias de 21% y 18% con respecto a los hombres en los grupos de 60-74 y 75 y más años respectivamente.

El reumatismo y las enfermedades del corazón constituyen las causas características de los padecimientos crónicos percibidos por las personas de 60 y más años de edad. Dichas causas absorben alrededor del 50% del total de causas enumeradas dentro de este grupo.

La prevalencia de acuerdo al sexo, indicada por las tasas respectivas, muestra que las enfermedades del corazón afectan con similar nivel tanto a hombres como a mujeres de 60 o más años de edad: 131-136 por mil personas.

Por el contrario, el reumatismo y la hipertensión, que si bien figuran en ambos sexos entre las tres primeras enfermedades crónicas declaradas, la prevalencia es más alta entre las mujeres. El reumatismo afecta a 159,4 de cada 1.000 mujeres, en tanto que lo hace a 95,8% entre 1.000 hombres. En el caso de la hipertensión la tasa alcanza a 105,3 por mil en las mujeres contra 58,4% en los hombres de 60 o más años de edad.

Consumo de Medicación:

De acuerdo a la Encuesta Familiar de Salud las personas de 60 y más años de edad consumen más del 34% de todos los medicamentos utilizados por el total de la población.

La estrecha relación con los factores antes mencionados, tanto en lo que respecta a las condiciones de salud como en cuanto a la utilización de los servicios médicos, el nivel de consumo de medicamentos muestra también una asociación positiva con la edad de la persona.

Tal proporción surge, de la alta proporción de consumidores de medicamentos entre dichas personas así como del también alto índice de medicamentos consumidos por los mismos, en relación al resto de la población.

Cerca del 62% de los de 60 y más años de edad declararon haber consumido por lo menos un medicamento durante un período de referencia de dos semanas.

Como resultado de todo lo anterior pudo observarse en la Encuesta Familiar de Salud que en el subconjunto de población de 60 y más años de edad el consumo promedio de medicamentos por persona es cerca del triple (2,76) del declarado por el resto de la población.

El hábito de consumo de medicamentos por automedicación, derivado entre otros por factores culturales, del nivel de accesibilidad a los mismos, así como de la presión publicitaria que se ejerce sobre los consumidores, podría explicar el 17% de los medicamentos consumidos por autoprescripción por el total de la población entrevistada de acuerdo a sus declaraciones, (si agregamos los medicamentos indicados por farmacéuticos y personal sanitario no médicos, dicha proporción alcanza a 18,3%).

La influencia de estos factores parece, sin embargo, tener menor importancia entre las personas de edades más avanzadas.

Se pudo observar que la prescripción de los medicamentos consumidos se encuentra crecientemente reservada a los profesionales a medida que avanza la edad. Entre el grupo de personas de 60 y más años el 88,6% de las prescripciones están suscritas por profesionales, proporción que incluso supera el 91% entre los de 75 y más años de edad, tal como se desprende de su mayor concurrencia a la atención profesional.

Como elemento comparativo puede citarse que entre los encuestados menores de 60 años la prescripción médica alcanza al 78%.

MARCO TEORICO.-

La ancianidad es la etapa final de nuestro ciclo vital, no siendo esta de menor importancia que las otras etapas del ciclo.

Cada individuo que llega a la ancianidad enfrenta una serie de cambios a nivel biopsicosociocultural, por la importancia que esto implica es abordada de forma integral por una ciencia denominada *Gerontología*.

La misma estudia los procesos de envejecimiento y los problemas de las personas mayores. Es una ciencia aplicada, en la cual participan múltiples disciplinas, como bioquímica, fisiología, farmacología, psicología, sociología, antropología, economía, trabajo del sector salud y otros.

El proceso de envejecimiento tiene implicaciones fisiológicas, psicológicas y sociales para el individuo, y es a través de la gerontología donde logramos comprenderlas, y con ello ofrecer una mejor perspectiva y entendimiento del envejecimiento como proceso normal e integral.

La Enfermería Gerontológica es la especialidad cuyo foco de interés está en la valoración de las necesidades biosicosocioculturales y espirituales del usuario anciano.

El énfasis está en optimizar el nivel de independencia y autosuficiencia de la persona en cuanto a las actividades del diario vivir, en prevenir la enfermedad o invalidez; en promover, mantener y restaurar la salud y mantener la vida con dignidad, comodidad y bienestar hasta que llegue la muerte.

Hay una ciencia, rama de la medicina, dedicada al estudio del diagnóstico y tratamiento de enfermedades propias o frecuentes en la vejez, denominada *geriatria*.

La enfermería geriátrica está limitada al cuidado del anciano, es en si el proceso de atención.

Este tipo de atención se otorga en forma intuitiva y custodial. Tiene una fuerte orientación a la solución de estados de crisis o enfermedad aguda, donde el enfoque está orientado al alivio de síntomas o enfermedades que padecen los ancianos.

La ancianidad es un período de decadencia al igual que de oportunidades para el desarrollo. Siendo parte del proceso normal de cambios relacionados con el paso del tiempo, se inicia con el nacimiento y continúa a lo largo de la vida.

Así podemos definir al anciano sano como “aquel sujeto con alteraciones funcionales, al límite entre lo “normal” y lo “patológico”, en equilibrio inestable y con adaptación de los trabajos funcionales a sus posibilidades reales de rendimiento”.

Este transcurre el envejecimiento como un proceso secuencial, acumulativo, irreversible, no patológico, de deterioro del organismo maduro, propio de todos los miembros de una especie, de manera que, con el tiempo, se vuelve incapaz de hacer frente al estrés del entorno, y por ende, aumenta su posibilidad de morir.

En realidad se trata de la experiencia física, intelectual y de desarrollo que el adulto vive de forma global hasta el momento de su muerte. El envejecimiento progresa con dispar rapidez según el individuo, aunque la mayoría de las personas llegan a experimentar los mismos cambios. Debido a que el envejecer está constituido por el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

Esta serie de modificaciones y cambios constituye el denominado “proceso de envejecimiento”. Este involucra cambios en la célula, en el tejido y en los organismos. Se cree que dicho proceso se inicia por procesos internos, tales como una programación genética e influido por factores externos. Hay otro tipo de contribuyentes, como lo son los estresores del medio ambiente, estilo de vida, capacidad de adaptación, existencia o falta de apoyos sociales y sensación de utilidad y bienestar consigo mismo. Los cambios, modificaciones y factores externos que contribuyen en el proceso de envejecimiento tienen base con fundamento en las denominadas teorías del envejecimiento.

La identificación de las teorías sobre el envejecimiento y la explicación de las causas subyacentes al mismo tendrán gran importancia a medida que se vayan acumulando conocimientos sobre este tema. La justificación para utilizar una teoría es que proporciona bases para el razonamiento, ayuda a integrar los actuales conocimientos a cerca del envejecimiento y señala directrices para investigaciones.

Las teorías existentes no tienen ideas opuestas, sino que muestran una gran superposición y relación entre las mismas.

Teorías del Envejecimiento:

1- Teorías Psicosocilógicas :

- a) Teoría del Desligamiento
- b) Teoría de la Actividad

c) Teorías del Curso de la Vida

d) Teoría de la Continuidad.

2- Teorías Biológicas.

a) Teoría Genética

b) Teoría No Genética

3- Teoría que suponen la existencia previa de un plan maestro

4- Teorías basadas en conocimientos aleatorios.

1- El envejecimiento psicológico se caracteriza sobre todo por los cambios conductuales. Estrechamente relacionados con las ciencias psicológicas y biológicas, se encuentran los cambios sociológicos, que se relacionan con

las influencias ambientales que contribuyen y afectan a las personas que envejecen.

Cada persona mayor es un individuo, y cada experiencia vital y cada modificación en el entorno de una persona ejerce un efecto sobre ella.

a) Teoría del Desligamiento:

Esta teoría se consideró una teoría de sentido común. El desligamiento se contemplaba como un "proceso inevitable en el que muchas de las relaciones entre una persona y otros miembros de la sociedad se rompen y se altera la calidad de las que se mantienen". El proceso puede ser iniciado por las personas que envejecen o por otros miembros de la sociedad. Cuando se produce el abandono, éste puede ser parcial o total; es decir, las personas que envejecen necesitan que nadie de su entorno les abandone. Es posible que ellos mismos abandonen selectivamente a algunos grupos de personas y no a otros.

Aunque la teoría del desligamiento ha sido rotundamente criticada y se reconocen sus limitaciones, incluso quienes al combaten admiten que ha estimulado importantes debates e investigaciones y que ha ejercido un efecto duradero sobre el desarrollo de la teoría en la gerontología social. Se reconoce como la primera teoría formal que intentó explicitar el proceso del envejecimiento.

b) Teoría de la actividad:

La teoría del desligamiento no es la única teoría de sentido común que describe el proceso del envejecimiento psicosocial. La teoría implícita del envejecimiento, más recientemente denominada teoría de la actividad, contempla y considera el fenómeno del envejecimiento de una forma bastante diferente a la anterior.

La teoría de la actividad resalta la importancia de mantener la actividad social; como consecuencia de ella, los adultos mayores desarrollan un concepto positivo de sí mismo. A medida que se envejece, es de esperar que cambien los roles, pero para mantener un sentido positivo de uno mismo, la teoría de la actividad supone que se deben sustituir los perdidos a causa de la edad por otros nuevos; por tanto, el bienestar en la última etapa de la vida depende de la actividad en los roles recién adquiridos.

La actividad social por sí misma resulta beneficiosa para los adultos mayores y contribuye a que éstos alcancen un mayor grado de satisfacción con su vida. Entre la actividad y bienestar de los adultos mayores existe una relación la cual depende del tipo de actividad en la que éstos intervienen.

c) Teoría del curso de la vida:

Las teorías de la duración de la vida de las décadas de 1950 y 1960 hicieron valiosas contribuciones; sus opiniones sobre el desarrollo humano desde la infancia hasta la edad adulta han sido un estímulo para nuevas investigaciones.

E.H. Erikson (1963) abordó la madurez como un proceso. Percibía el desarrollo de cada persona como un organismo biológico y como un ser social. Por lo que definió ocho etapas diferentes y propuso que cada persona progresa a través de las mismas desde el nacimiento hasta la madurez; en cada etapa identificó características del desarrollo completo e incompleto.

Erikson sostiene que todas las crisis pueden resolverse avanzando hacia otra etapa del desarrollo o permaneciendo fijo en un nivel de desarrollo incompleto.

Havighurst (1972) aportó algunas ideas relacionadas con el desarrollo y sugería que si las personas mayores (de 60 años o más) desean experimentar satisfacción al final de la vida han de completar con éxito las siguientes tareas:

- Adaptación al empeoramiento de la salud y a la disminución de la fuerza.
- Adaptación a la vida de jubilado y a la disminución de los ingresos.
- Adaptación a la muerte del cónyuge, de los miembros de la familia y de otros seres queridos.
- Adaptación a las formas de vida diferentes a las que han estado acostumbrados.
- Adaptación a los placeres que acompañan al envejecimiento, como el mayor tiempo de ocio o jugar con los nietos.

Passuth y Bengtson (1988) han abordado la perspectiva del discurrir de la vida, que es un desarrollo conceptual en un análisis social y conductual del envejecimiento. Esta perspectiva es percibida como un " marco conceptual para llevar a cabo investigaciones e interpretar datos ", más que como una teoría exacta. Los elementos fundamentales de este marco son :

- el envejecimiento se produce desde el nacimiento hasta la muerte.
- en el envejecimiento intervienen procesos biológicos, psicológicos y sociológicos.
- Las experiencias durante el envejecimiento son moduladas por factores históricos.

d) Teoría de la continuidad:

La premisa central de ésta teoría es que los adultos mayores intentan conservar y mantener las estructuras internas y externas mediante estrategias que mantengan la continuidad; es decir, que las personas mayores tal vez pretendan utilizar estrategias familiares en los terrenos conocidos. La continuidad es una percepción subjetiva y cada persona debe adaptarse de modo individual a los cambios, estableciendo vínculos personales para ligar las nuevas experiencias con las anteriores.

La continuidad está en gran parte *orientada a la persona*, es decir, orientada al ser humano individual.

Una premisa fundamental de ésta teoría es que la evolución se produce cuando la persona envejece y que el cambio puede integrarse en el contexto histórico de una persona sin generar un desequilibrio importante.

La continuidad se define como la "coherencia o consistencia de los patrones con el paso del tiempo". Se refiere a éste tema como un concepto dinámico de continuidad y lo aplica al problema de la adaptación al envejecimiento normal.

La continuidad se contempla más fácilmente en una vida larga que en una corta, por tanto, los cambios que se producen en el desarrollo humano al final de la vida parecen ser más sutiles que los anteriores.

2) Teoría Biológicas:

Brookbank (1990) ha clasificado las teorías del crecimiento celular como genéticas y no genéticas, con la sugerencia de que las genéticas parecen ser las más prometedoras en términos de llegar a respuestas a través de la investigación. Entre las teorías genéticas se encuentran las del Acido Desoxiribonucleico (ADN), del error y la fidelidad, la mutación somática y la glucación.

Entre las teorías no genéticas se encuentran la del “desgaste”, la privación de nutrientes y la acumulación del pigmento del envejecimiento.

3) Teorías que suponen la existencia previa de un plan maestro:

Esta teoría sugiere la presencia de un *reloj biológico* regido por una serie de acontecimientos químicos. En esta idea tiene especial importancia la secreción de hormonas por el hipotálamo o la glándula hipofisaria del encéfalo.

La liberación de hormonas a la sangre humana genera muchas actividades en el organismo. Las hormonas pueden acelerar algunos procesos del envejecimiento y enlentecer otros.

El papel que desempeña el sistema neuroendocrino es importante en la reproducción y en la presencia y la función de los relojes biológicos. Sin embargo a pesar de los diversos intentos de la investigación para definir la relación de lo endocrino y el envejecimiento, las conclusiones solo pueden señalar el hecho de que el sistema neuroendocrino ejerce un efecto sobre nuestro organismo; no hay pruebas concluyentes de que éste sea el origen de los cambios que se producen con la edad.

4) Teorías basadas en acontecimientos aleatorios:

- Teoría del Desgaste.
- Teoría de la Velocidad de la Vida.
- Teoría de la Acumulación de Desechos.
- Teoría de los Enlaces Cruzados.

La tarea de definir las teorías del envejecimiento es compleja. La biología utiliza la genética y la evolución como conceptos para organizar datos, mientras que las ciencias sociales utilizan conceptos de cultura, estructura social y socialización (normalmente denominado crianza). Cada ser humano es un producto de ambos dominios; de ahí que las teorías que se pueden llamar “teorías psicológicas” tengan dimensiones de genética (naturaleza) y también sociales (crianza). Para desarrollar una teoría en las ciencias de la conducta deben considerarse numerosos factores, cada uno de los cuales a de ser cuidadosamente especificados para definir el proceso del envejecimiento.

El desafío del ejercicio de la gerontología es de que nadie envejece a un paso igual, no se puede predecir el proceso, y sus manifestaciones varían mucho de una a otra persona; esto es, no sigue un patrón determinado. Se dice que es un proceso irregular y asincrónico.

La influencia que sobre el envejecimiento tienen la cultura, la sociedad y los cambios propios del proceso en la sensación de bienestar de la persona vieja, son muy complejos; sin embargo, vale la pena mencionar las siguientes consideraciones:

1. La diversidad sociocultural y psicológica del anciano requiere de una valoración más completa, más allá de suposiciones, sólo por el hecho de ser anciano.
2. Existe la posibilidad de que pudieran haber cambios en los roles a desempeñar, que afectaran el comportamiento, la autopercepción y la existencia o falta de apoyos sociales (jubilación, viudez, etc).
3. La familia y los contactos sociales son fuentes esenciales de apoyo para el anciano.
4. La identificación con un grupo étnico puede ser, en culturas diversificadas, otra fuente de apoyo social valiosa.
5. La sociedad (todas, en general), se ve afectada por el aumento de gente mayor.
6. El estado de salud es un determinante de estado de comodidad o bienestar en la vejez.

Todas las consideraciones deben mantenerse en las interacciones con la población anciana, para otorgar atención de enfermería de calidad y forma integral para la persona que ha de recibirla.

CAMBIOS FISCOS ASOCIADOS AL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Para que un organismo inicie el proceso de envejecimiento, dicho organismo debió haber alcanzado un grado de madurez completo, antes de iniciar el cambio. El proceso de envejecimiento en el humano se inicia en la década de los 20. Esto es madurez física, pues en esta década la persona aún no logra su madurez psicológica, laboral, familiar, etc. Por ello, el proceso es en sí normal e irreversible, progresivo, y no es notorio hasta muchos años después. También, es altamente individual: unas personas tienen una serie de manifestaciones, mientras otras tienen otras muy diferentes; por ejemplo, unas encanecen en edad temprana, otras tienen problemas auditivos o de la vista, y otras no tienen este problema.

Factor de interés es la capacidad de la persona para adaptarse a las crisis, situaciones nuevas y riesgos durante el ciclo vital, lo que puede utilizarse como

predicador de una vejez sana o no. Esa capacidad de adaptación de la persona, tiene que ver con la habilidad de la misma para enfrentar la demanda o el factor estresante en un momento dado.

Las personas mayores enfrentan cambios físicos que generan limitantes, cambios laborales, sociales, económicos, etc., que en muchas ocasiones sobrecargan esta habilidad de adaptación. Esto genera ajustes en su vida cotidiana, impuestas por limitantes, posibles enfermedades crónico-degenerativas, muerte a su alrededor (sus congéneres), etc.

Todos estos factores sumados hacen de la persona, en situación normal, una más fuerte; pero con mucha frecuencia la sobrecarga es tal, que hacen del anciano una persona vulnerable.

Cambios normales que desde el punto de vista físico debemos tener en cuenta al interactuar con el anciano:

- a) Control Neural
- b) Manutención de la fuerza muscular y ósea.
- c) Manutención de una nutrición adecuada
- d) Manutención de una circulación adecuada
- e) Manutención adecuada del intercambio de gases en el pulmón
- f) Manutención en el balance ácido-base de líquidos y electrolitos
- g) Manutención en la integridad de la piel

- a) Control Neural.

Al incrementar la edad, aparecen cambios en los órganos sensoriales (los que más permiten un contacto con el mundo que nos rodea), una disminución en el número de unidades funcionales del sistema nervioso, así como una disminución en la conducción de los impulsos nerviosos. Como resultado, la función integradora del sistema nervioso y la capacidad de reserva hacia la presencia del estrés se encuentran significativamente afectadas.

Cambios:

- 1- Tiempo de reacción prolongado; hay disminución en las reacciones conductuales, físicas y psicológicas.
- 2- La persona requiere de más tiempo para captar información, sortearla y procesarla, y luego movilizar respuestas físicas o psicológicas correctas adecuadas.

- 3- Disminución en la capacidad para responder en forma adecuada y efectiva ante estímulos complejos y múltiples.
- 4- Disminución en la capacidad auditiva.
- 5- Disminución en la capacidad de percibir frecuencias altas; distorsión generada por algunas consonantes (S-SH-F-T-G); dificultad para percibir el origen de algunos sonidos.
- 6- Los cambios auditivos generan tres tipos de deficiencias:
 - a) conductiva
 - b) sensoneural
 - c) mixta
- 7- Disminución en la capacidad visual.
- 8- Las pupilas son más pequeñas, lo cual hace que la cantidad de luz que entra a la retina sea menor.
- 9- Disminución de la visión nocturna
- 10- Desarrollo de zona opaca en el cristalino, lo cual ocasiona problemas con respecto a la luz y reflejos.
- 11- El cristalino se torna amarillo, generando disminución en la discriminación de colores; filtra los colores verde, azul y los tonos claros
- 12- Problemas para enfocar, reduciendo la eficiencia para situaciones que requieren mayor agudeza visual.
- 13- Problemas para distinguir profundidad y distancia de objetos.
- 14- Disminución del campo visual periférico.
- 15- Disminución en cuanto al gusto y olfato.
- 16- Disminución en la habilidad para percibir el dolor, así como discriminar los cambios de temperatura.
- 17- Puede haber daño a tejido mucho antes que la persona lo perciba a través de dolor, presión o calor.
- 18- Con frecuencia hay infartos, embolias pulmonares, peritonitis, de tipo silencioso. La ausencia de dolor no debe descartar la posibilidad de patologías.
- 19- Hay una disminución en el flujo sanguíneo cerebral, así como en la capacidad de filtrar sustancias tóxicas a nivel de la barrera sangre-cerebro.
- 20- Factores fisiológicos que influyen en el comportamiento de la persona; acumulaciones tóxicas o efectos colaterales de medicamentos, hiper-hipotermia,

hiper-hipoglicemia, hipoxemia, anemia, desnutrición, deshidratación.

21- Los cambios sutiles de conducta pueden ser: fatiga, inquietud, irritabilidad, agitación, depresión, cefalea, adinamia y otros. Estos pueden ser la primera manifestación de una interferencia en el riego circulatorio cerebral.

22- Los cambios de conducta en la vejez son, con mucha frecuencia, tratados con sujetadores físicos o medicamentos, contribuyendo ambos a la generación de cuadros confusionales y restringiendo la captación sensorial.

b) Manutención de la fuerza muscular y ósea

La capacidad de autosuficiencia está dada, en gran parte, por la eficiencia y fuerza con la que cuenta la persona mayor. Dicha eficiencia de tipo músculo-esquelética se encuentra disminuida por desgaste, y afecta a la persona en su movilidad e independencia en el desarrollo de las actividades del diario vivir.

La movilidad se define como la capacidad independiente de moverse o de ser movido (un cuerpo capaz de locomoción) esta definición no excluye el uso de dispositivos de ayuda (silla de ruedas, bastones, muletas, miembros artificiales, etc.).

Los componentes necesarios para la movilización son:

- 1- conocimiento y motivación
- 2- sistema esquelético (capaz de soportar el peso corporal)
- 3- sistema muscular (músculos con suficiente fuerza para mover el cuerpo)
- 4- sistema neurológico (capaz de interactuar con el sistema músculo- esquelético).

Los factores que impiden la movilidad del adulto mayor pueden ser físicos, psicológicos, sociales o ambientales. Miles de cambios físicos relacionados con la edad, como el enlentecimiento de la respuesta neurológica y de la fuerza muscular, pueden convertir la movilidad en un reto físico para el adulto mayor. La marcha nómada o el mal equilibrio aumentan el desafío de una movilidad segura en los adultos mayores.

Un proceso psicológico que afecta algunos adultos mayores es el miedo a lastimarse o lesionarse dado el riesgo que implica la movilización en los adultos mayores que han sufrido de los cambios relacionado con la edad.

Cambios:

- 1- Declinación general en cuanto a la eficiencia y fuerza muscular con el aumento de la edad.

- 2- La inmovilidad el estar encamado pueden ser la causa de serios impedimentos físicos y psicológicos
- 3- Los problemas causados por la inmovilidad son: contracturas, pérdida del tono muscular y debilidad, debido a atroñas musculares.
- 4- Contracturas y rigidez de las articulaciones, debido al acortamiento de los ligamento y fibras musculares.
- 5- Hipotensión postural (ortostática).
- 6- Descalcificación de los huesos, lo cual puede producir fracturas por osteoporosis, así como formación de cálculos renales y vesiculares.
- 7- Desarrollo de úlceras de decúbito, debido a estasis circulatoria y presión prolongada.
- 8- Desarrollo de trombosis venosa y embolia pulmonar, como resultado de la estasis venosa, así como hemoconcentración por cuadros de deshidratación.
- 9- Desarrollo de neumonía hipostática debido a movimientos ineficientes
- 10- Incontinencia urinaria, retención de orina e infecciones urinarias, sucede debido a la pérdida de tono muscular de la vejiga
- 11- Disminución de la capacidad de retención urinaria (150 a 200 ml) en vejiga.
- 12- La postura general del anciano es de flexión.
- 13- El pie tiene cambios con la edad debido al peso impuesto a través de los años y el uso de zapatos inadecuados.
- 14- Disminución en la capacidad ósea de la médula para producir leucocitos y eritrocitos.

Cambios relacionados con la edad en el sistema musculo-esquelético y en la movilidad:

- 1- Pérdida gradual de masa ósea.
- 2- Fuerza muscular disminuida.
- 3- Disminución en el tiempo de reacción.
- 4- Disminución en la velocidad de movimiento

c) Manutención de una nutrición adecuada.

La capacidad de una ingesta nutritiva adecuada se verá influenciada en gran parte por cambios que afecten uno o más de los procesos de ingestión, digestión, secreción y absorción.

Debemos tener presente que las influencias culturales y los factores socioeconómicos juegan un papel de gran importancia en los hábitos y costumbres alimenticias.

Recordar que, a través del proceso de alimentación, se propicia la socialización.

Cambios:

- 1- Hay 248 corpúsculos gustativos en el joven; en los ancianos 88, más o menos.
- 2- La nutrición se encuentra altamente afectada por la falta de dentición adecuada, existencia de puentes y presencia de caries. La enfermedad periodontal es común, origina aflojamiento y caídas de los dientes, disminuye*la salivación, con lo que suele experimentar sequedad de la boca. El dolor que ocasiona esta enfermedad afecta la nutrición del anciano.
- 3- La nutrición se limita por falta de estímulos sensoriales: vista, olor y sabor.
- 4- Disminución en la producción de saliva (xerostomía)
- 5- Disminución en la calidad y cantidad de enzimas digestivas, bilis, ácido gástrico, así como en la motilidad.
- 6- Constipación. Problema muy frecuente que lleva a la impactación fecal.
- 7- Se necesitan 33 calorías por kg. de peso para mantener el peso ideal y 44 calorías por kg. para aumentar de peso.

d) Manutención de una circulación adecuada

A través del aparato circulatorio, las células del organismo reciben el aporte de sangre requerida para el desarrollo de su actividad. Es importante recordar que, por orden de importancia, el cerebro, el corazón y el riñón son los órganos más demandantes.

Con la edad hay una disminución en el gasto cardíaco, una recuperación tardía poscontracción y un aumento en la irritabilidad cardíaca. Con mucha frecuencia por depresión de la médula ósea, hay además anemia.

Cambios:

- 1- Disminución del gasto y reserva cardíaca.
- 2- Aumento de la resistencia periférica al paso del flujo sanguíneo, lo cual produce un aumento en la presión arterial.
- 3- Cambios vasculares periféricos, debido a arterioesclerosis y incompetencia valvular venosa.
- 4- La circulación en las extremidades inferiores suele estar dificultada.

5- Es frecuente el uso de hipotensores digitálicos, diuréticos, vasodilatadores, etcétera.

6- Los problemas circulatorios periféricos, son: úlceras varicosas, úlceras de decúbito, pie diabético y golpes o rasguños en los que se pierde la continuidad de la piel que causó y deterioró una herida difícil de cicatrizar.

e) **Manutención adecuada del intercambio de gases en el pulmón.**

El aparato respiratorio es el responsable de proveer un intercambio en gases, O₂ y CO₂, adecuado para los requerimientos del organismo.

La mayor diferencia de este aparato ocurre por la pérdida de las propiedades elásticas del tejido pulmonar, lo cual reduce la eficiencia expiratoria, y por ende, la capacidad pulmonar total y la reserva respiratoria.

Cambios.

- 1- Disminución de la capacidad total pulmonar, así como de la reserva respiratoria.
- 2- La capacidad máxima respiratoria está reducida en un 50% aproximadamente a la edad de 80 años.
- 3- Disminución en el movimiento de la caja torácica por rigidez de ésta y los músculos respiratorios. Hay también disminución en el efecto positivo de la tos.
- 4- La rigidez incrementada de la pared torácica, más la fuerza de los músculos respiratorios, disminuyen el efecto de propulsión de la tos.
- 5- Disminución del tejido pulmonar, así como del número de alvéolos, aunque éstos sean más grandes, lo cual produce una retención en la cantidad espirada y, por ende, de CO₂.

f) **Manutención en el balance ácido-base de líquidos y electrolitos.**

Los problemas asociados con el proceso de eliminación renal, se encuentran relacionados con una marcada disminución en el funcionamiento renal, lo cual, a su vez, se produce por una disminución en el flujo renal sanguíneo, en la frecuencia del filtrado glomerular y en las capacidades de reabsorción y excretora.

Cambios:

- 1- Las funciones de reabsorción y excreción del túbulo renal, reducen la eficiencia de concentración y dilución de la orina.
- 2- El túbulo renal tiene gran deficiencia en la reabsorción de la glucosa.

- 3- La hiperglucemia en el anciano puede ser peligrosa, pues se asocia con problemas como trombosis cerebral, infarto al miocardio y hemorragia renal.
- 4- La capacidad de adaptación a cambios en el balance electrolítico está disminuida.
- 5- Como la mayoría de los medicamentos se excretan por la orina, hay deficiencia en el funcionamiento del túbulo renal, lo cual causa desbalance, reacciones de incompatibilidad y efectos acumulativos y tóxicos a los medicamentos.
- 6- Hay una reducción muy marcada en la capacidad de retención de la vejiga (150 a 200 ml de orina).
- 7- Disminución en la resistencia de procesos infecciosos.
- 8- Hay problemas de adaptación y manutención del balance de electrolitos.

g) Manutención en la integridad de la piel.

La piel es la que ofrece la capa protectora del medio ambiente.

Entre los cambios a considerar, están aquellos del tejido subcutáneo, los cuales son responsables del cambio en la apariencia del individuo. Por ello, hay flaccidez cutánea, lo que genera la presencia de arrugas al disminuir las capas epiteliales y grasa.

Hay protuberancias en los lóbulos de la oreja, nariz y encías por lo mismo.

Cambios.

- 1- Gran disminución en el grosor y cantidad del tejido adiposo, lo cual tiene como resultante un adelgazamiento de la piel y, por ende, pérdida del panículo adiposo.
- 2- Aumento en la susceptibilidad a la rotura de la piel.
- 3- Las protuberancias óseas se hacen más prominentes con la edad.
- 4- La disminución de grasa subcutánea en miembros inferiores y tobillos puede estar enmascarada por edema.
- 5- La pérdida de tono muscular, válvulas incompetentes de las venas y varicosidades, contribuyen a una retención venosa de la sangre y, por ende, al desarrollo de edema.
- 6- La pérdida de grasa subcutánea y la falta de elasticidad de la piel, produce bolsas y arrugas en la misma.
- 7- La temperatura normal en el anciano es generalmente mucho más baja (35.5 a 37°C).
- 8- La temperatura en número y actividad de las glándulas sebáceas, hace que falte lubricación en la piel.

9- El cabello y vello corporal encanecen y hay menos producción.

10- La uñas se endurecen y tienen más grosor. Las de las manos tienden a quebrarse, las de los pies son más duras.

Valoración del anciano.

Partiendo del concepto de hombre como ser bio-psico-social, observamos desde tres perspectivas interrelacionadas los cambios que se producen a lo largo del proceso de envejecimiento: la dimensión social y la dimensión biológica, que en conjunto caracterizarán el perfil del adulto mayor; éstos son abordados a través de la valoración geriátrica.

Se denomina valoración geriátrica al proceso estructurado de valoración global, con frecuencia multidisciplinaria, en el que se detectan, describen y aclaran los múltiples procesos físicos, funcionales, psicológicos y socioambientales que el usuario anciano presenta; durante este proceso se registran los recursos y posibilidades del usuario, se valora las necesidades, intereses y problemas y, finalmente, se elabora un plan de cuidados progresivo, continuado y coordinado dirigido a satisfacer las necesidades del usuario.

Los aspectos a tener en cuenta en dicha valoración son:

- **Motivo de consulta:** debe preguntársele porque concurre. Pedirle que describa los signos y síntomas, el momento de aparición, qué estaba haciendo entonces, si el inicio fue brusco o gradual y cuánto tiempo duró cada uno de ellos. Debe tenerse presente que las personas de edad a menudo presentan múltiples problemas de salud y no uno solo.
- **Antecedentes familiares:** debe averiguarse la salud de sus familiares inmediatos; por ejemplo, hermanos, hijos, etc. Investigar si sufrían alguna enfermedad especial y las causas de fallecimiento de padres y abuelos. Esa información nos orientará sobre una predisposición familiar a padecer determinados procesos, como por ejemplo diabetes mellitus y alteraciones cardiovasculares. Por otro lado, la historia familiar nos proporcionará información acerca de los recursos con que cuenta el usuario.
- **Antecedentes personales:** deben determinarse algunos parámetros básicos del usuario tales como peso y talla. Investigar fecha de nacimiento, nivel de instrucción y con discreción sus disponibilidades económicas y de mantenimiento, también sobre su entorno habitual, con quien vive solo/a o con su familia.
- **Antecedentes patológicos:** interrogar sobre cualquier enfermedad que haya sufrido (incluidas las de la infancia), hospitalizaciones anteriores y si tiene las vacunas vigentes.
- Asimismo, debe preguntársele sobre su rutina diaria, si forma parte de algún grupo de actividades, si practica ejercicio físico regularmente.

■ **Antecedentes medicamentoso:** averiguar qué medicamentos está tomando, nombre, dosis, vía de administración y frecuencia de cada uno de ellos, qué sabe sobre dicho medicamento, si alguien lo ayuda en el control del tratamiento medicamentoso. Si desconoce el nombre del medicamento, debemos preguntar que describa su color, forma y por qué lo toma, investigar si toma la medicación con la frecuencia prescrita.

Dado que los usuarios geriátricos metabolizan los medicamentos de forma especial (metabolismo enlentecido y disminución del funcionalismo renal y hepático), tienen mayor predisposición a las reacciones medicamentosas. Puesto que toman varios medicamentos distintos, es mayor la probabilidad de interacciones medicamentosas adversas.

Además debe preguntársele si toma algún medicamento que no le haya prescrito el médico, incluyendo vitaminas, jarabes para la tos o tónicos. Entre los medicamentos que suelen emplearse de forma incorrecta se destacan enemas y laxantes (que pueden dar lugar a depleción de potasio y malnutrición), los tranquilizantes y las pastillas para dormir. Por último, hay que saber si ha dejado de tomar algún medicamento prescrito por el médico y si se lo comunico a éste.

Sistema nerviosa.

Se valorará el estado de conciencia: orientación en tiempo y espacio, desorientado, obnubilado, excitado; deterioro intelectual.

El envejecimiento del sistema nervioso condiciona el comportamiento del anciano y su vida cotidiana se debe tener en cuenta que las neuronas se constituyen al nacer y son incapaces de compensar, por proliferación, las destrucciones celulares que pueden acarrear el envejecimiento o la enfermedad, desembocando en la muerte celular.

Sistema respiratorio.

Los cambios se deben tanto a alteraciones del sistema preliminar como a cambios en la pared torácica. Se observa un descenso en la capacidad del tórax debido a la cifosis progresiva, disminución en la movilidad costal por la calcificación de cartilagos y contractura parcial de algunos grupos musculares.

Se valorará: frecuencia respiratoria; presencia de disnea; coloración de piel y mucosas; movimientos torácica.

Cabe recordar que el envejecimiento acarrea modificaciones constantes en el sistema respiratorio.

Estas modificaciones repercuten en la capacidad de adaptación a un aumento patológico de la función respiratoria, por ejemplo: broncopatía, neumopatía, embolia pulmonar.

Sistema digestivo.

Al realizar la valoración se debe tener en cuenta en todo momento los cambios asociados al proceso de envejecimiento mencionados anteriormente.

Se valorará:

- Boca: presencia de piezas dentarias y la calidad de las mismas, presencia de focos sépticos, enfermedad periodontal.
- Trastornos de la deglución, reflujo gástrico (por hernia hiatal), presencia de vómitos, eliminación, estreñimiento, incontinencia.
- El envejecimiento del tubo digestivo no tiene consecuencias funcionales graves. Cabe recordar la labilidad hidroelectrolítica del adulto mayor frente a alteraciones mínimas, como aumento en la eliminación o ingestas insuficientes, que se producen por cuadros graves de deshidratación.

Sistema nefrouinario.

Existe incapacidad para filtrar la orina cuando el flujo plasmático renal desciende a niveles mínimos, producidos por vasoconstricción funcional.

Se valorará: diuresis (detectar oliguria), características de la orina (olor, color y aspecto), características de la emisión de la orina (continuidad del chorro, presencia de ardor miccional), presencia de incontinencia o retención de orina.

Recordar que el envejecimiento del riñón es de origen vascular, es decir isquémico, y a menudo complicado por una afección inflamatoria. Así, el riñón senil es siempre un riñón en el que el valor funcional resulta inferior al del adulto.

Sistema músculo-esquelético.

Durante el proceso de envejecimiento, el número de células musculares y el tejido elástico se hace menor.

Se valorará:

- Huesos: presencia de deformaciones y/o fracturas anteriores. La frecuencia de deformaciones óseas y fracturas está ligada a la desmineralización del esqueleto.

- **Articulaciones:** presencia de deformaciones articulares y/o dolor y su localización. El envejecimiento articular es, en principio, un envejecimiento del cartilago. Este se adelgaza, pierde elasticidad y es propenso a fragmentarse.
- **Músculo:** estado de masas musculares, atrofia o retracción; presencia de calambre o dolor.

La disminución de la fuerza es consecuencia progresiva del envejecimiento. Los músculos del esqueleto se atrofian, la fuerza y tamaño disminuyen.

Sistema Tegumentario.

Se valorará: humedad, temperatura, textura, turgencia, presencia de lesiones y/o prurito.

Con el envejecimiento se produce una pérdida de la grasa subcutánea y elasticidad, dando como resultado una piel arrugada. Las glándulas sudoríparas disminuyen en actividad y número. Los capilares se vuelven más frágiles debido a la pérdida de protección de la grasa subcutánea.

Genitales.

Se debe realizar la valoración de genitales externos: características, presencia de lesiones, de exudado, de dolor y/o ardor. Prolapso en la mujer y/o hernias en el hombre. La uretra generalmente se invagina en la vejiga y es causa de uretritis a repetición.

Se complementará con la valoración de la sexualidad.

Sistema cardiovascular.

Se valorará:

- **Sistema cardiovascular central:** frecuencia cardíaca, ritmo, presión arterial.
- **Sistema cardiovascular periférico:** pulsos de los cuatro miembros, coloración de la piel.

Se debe tener en cuenta que las enfermedades del sistema arterial son las principales causas de muerte después de los sesenta años, particularmente por sus localizaciones coronarias y pulmonar.

Este sistema se ve afectado por arterioesclerosis, la repetición de la isquemia, carencia transitoria, da lugar a áreas de fibrosis e infartos de miocardio, aumento de la presión arterial, esclerosis y calcificación de las válvulas cardíacas.

La progresión de la edad tiene muchos efectos sobre el sistema cardiovascular. Con esta progresión tanto el miocardio como el sistema vascular sufren multitud de cambios anatómicos y celulares que alteran la función del miocardio y el sistema vascular periférico.

Las modificaciones estructurales y funcionales en el sistema vascular periférico dan lugar a los cambios en la presión sanguínea que ocurren con la edad.

Presión arterial: parámetro biológico. Se mide la respuesta que ofrecen las paredes arteriales ante la presión de la sangre a su paso por la luz arterial.

Aunado al proceso aterosclerótico relacionado con la edad la pérdida de elasticidad del tejido conectivo y la disminución de la relajación del músculo liso vascular reducen la capacidad de los vasos para distenderse y recuperarse. Por consiguiente, la aorta y otras arterias de gran calibre se ajustan en menor grado al volumen sistólico, con lo que se reduce el gasto cardíaco y aumenta la resistencia periférica. Aumentando la prevalencia de hipertensión arterial en el adulto mayor.

Hipertensión arterial no es propiamente una enfermedad, sino una anomalía hemodinámica (en el 90% de los casos de causa desconocida), que cursa con una elevación persistente de la presión arterial (mayor de 140/90 mmHg según criterios establecidos por la O.M.S.), como consecuencia de un aumento del flujo sanguíneo o de la resistencia arterial periférica.

Se clasifica de acuerdo a la etiología en:

primaria o esencial : esta engloba el 90% de los casos, no se identifican las causas que la desencadenan, aunque pueden influir factores como herencia, raza, sexo, obesidad, ingesta de sodio y hábitos (alcohol, tabaco).

La hipertensión secundaria (el 10% restante), es consecuencia de un factor etiológico conocido, susceptible a una modificación, como por ejemplo: enfermedad renal, trastornos vasculares, trastornos endocrino, etc.

Otra forma de clasificarse es en relación a las cifras de presión sanguínea elevada:

- Presión arterial normal: menor o igual a 140/90 mmHg.
- Bordeando los límites: sistólica entre 140-159 mmHg.
- Hipertensión sistólica aislada: mayor o igual a 160 mmHg.

AEROSOLTERAPIA DISCONTINUA

Recursos materiales:

- ❖ Una jeringa
- ❖ Un nebulizador
- ❖ Solución fisiológica y/o fármaco:
 - enzimas
 - mucolíticos
 - broncodilatador
- ❖ Fuente de O₂ o aire
- ❖ Una tubuladura conectora.
- ❖ Vaso de paciente con agua.

Procedimiento:

- ❖ Lávese las manos.
- ❖ Explique el procedimiento al paciente.
- ❖ Lleve a la unidad del paciente el balón de oxígeno y el nebulizador preparado con la solución indicada.
- ❖ Coloque al paciente semisentado
- ❖ Conecte por medio de una tubuladura la fuente de oxígeno al nebulizador.
- ❖ Pruebe el nebulizador abriendo la fuente de oxígeno.
- ❖ Introduzca el extremo libre del nebulizador dentro de la boca semiabierta del paciente sobre los incisivos inferiores directamente encima de la lengua, los labios no deben estar cerrados sobre el nebulizador, pues conviene que exista una fuente extra de entrada de aire, que aumenta el volumen de gas inspirado.
- ❖ Indique al paciente que sostenga el nebulizador con su mano y que inicie una inspiración profunda y lenta y seguida de varios segundos de respiración contenida en la etapa inspiratoria máxima.
- ❖ Preceder la inspiración, con una espiración lenta y forzada (para evitar el atrapamiento de aire en pacientes con asma o bronquitis crónica)
- ❖ Este procedimiento lo realizara cada 8 o 10 ciclos inspiratorios para evitar el agotamiento del paciente.
- ❖ Nebulize durante 10 minutos.
- ❖ Pida al paciente que se enjuague la boca y beba agua si lo desea
- ❖ Cierre el balón de oxígeno y desconecte el nebulizador de la tubuladura.
- ❖ Ordene el equipo.
- ❖ Lávese las manos.
- ❖ Registre en historia clínica:
 - Fecha
 - Tratamiento indicado
 - Hora
 - Observaciones
 - Firma

La apertura lateral que presentan los nebulizadores, permite aumentar la densidad de la nebulización.

u otros síntomas; el profiláctico intenta prevenir la instauración de la enfermedad; el causal se dirige a atajar la etiología del proceso; el conservador evita los procedimientos y técnicas radicales o intervencionista; el empírico se vale de procedimientos cuya eficacia está probada por la experiencia; el racional se basa en el conocimiento del proceso morboso y el modo en el cual actúan las medidas terapéuticas empleadas. Puede ser farmacológico, utilizando medicamentos; quirúrgico, aplicando técnicas de esa índole; o tratamiento de apoyo, ayudando al mantenimiento del paciente. Puede ir dirigido específicamente a atajar el proceso morboso o a tratar sólo los síntomas sin actuar sobre la causa.

En el caso de las personas mayores, hay que tener un extremo cuidado, ya que concurren una serie de hechos que pueden hacer cambiar, en comparación con el adulto, el índice terapéutico de un fármaco determinado y potenciar las interacciones con otros fármacos, produciéndose reacciones adversas. Un Fármaco es cualquier sustancia que se administra por vía oral, se inyecta en un músculo, en la piel, en un vaso sanguíneo o en una cavidad corporal o se aplica tópicamente para tratar o evitar una enfermedad.

En general se puede afirmar que los hechos mencionados tienen causas diferentes que no son fáciles de determinar; se pueden citar como algunas de ellas las siguientes:

- 1- El mismo proceso de envejecimiento que lleva a modificaciones importantes de la farmacocinética y/o de la farmacodinámica.

La distribución de los fármacos depende de la composición del organismo y de las propiedades físico-químicas de aquéllos. Con el aumento de la edad, se incrementa el contenido de grasa y desciende la concentración de agua intracelular, lo que altera la disposición del fármaco.

El hígado senil presenta una disminución de la capacidad para metabolizar fármacos, que también afecta al aclaramiento de algunos de éstos.

La filtración glomerular disminuye progresivamente con el envejecimiento. En la tabla adjunta se resumen los cambios relacionados con la edad de la farmacocinética de los fármacos

Se afirma que existen cambios relacionados con la edad en la farmacodinámica. La *farmacodinámica* es la respuesta farmacológica o fisiológica a un fármaco que tiene lugar después que éste interactúe con sus receptores en la membrana plasmática.

Cambios Relacionados con la Edad en la Farmacocinesia		
Parámetros Farmacocinéticos	Definiciones	Cambios Relacionados con la Edad
Absorción	Par receptor o absorción difusa del fármaco en el tejido.	Disminución del área de superficie absorbente del intestino delgado. Disminución del flujo sanguíneo esplénico. Aumento del pH del ácido gástrico. Disminución de la motilidad gastrointestinal.
Distribución	Espacio teórico (tejido) o compartimiento corporal en el que se distribuye la forma libre del fármaco	Disminución de la masa muscular corporal y del agua corporal total. Aumento de la grasa corporal total. Disminución de la concentración de albúmina sérica. Aumento de la glucoproteína alfa ácida.
Metabolismo	Cambio químico del fármaco que lo hace activo o inactivo.	Disminución de la masa hepática. Disminución de la actividad del sistema enzimático microsómico metabolizador de fármacos. Disminución del flujo sanguíneo hepático total.
Excreción	Salida del fármaco a través de un órgano eliminador, que suele ser el riñón; algunos fármacos se excretan por la bilis o las heces, en la saliva o por los pulmones.	Disminución del flujo sanguíneo renal y de la filtración glomerular. Disminución de la función secretora tubular renal distal.

- 2- Las alteraciones de la homeostasis del individuo por el propio proceso de envejecimiento o por la incidencia de patologías.
- 3- Un grado considerable de pluripatología, con un porcentaje elevado de enfermedades de larga duración que requieren un tratamiento múltiple.
- 4- La polimedicación, que incrementa el riesgo de yatrogenia, de interacción y de seguimiento incorrecto del tratamiento.

- 5- Los episodios de pérdida de memoria o de confusión, y los cuadros depresivos, que son muy frecuentes, pueden dificultar el seguimiento de las recomendaciones farmacológicas.
- 6- Las pérdidas sensoriales (vista y oído), la artrosis y el temblor pueden dificultar el manejo de ciertos envases, y las frecuentes dificultades en la deglución pueden alterar un tratamiento oral.

Problemas de la medicación en los ancianos.

La *polimedicación* y la *automedicación* son los problemas derivados del consumo de medicación, más frecuentes entre la población anciana. La enfermera que conoce las características y los factores que favorecen su aparición contribuye en mejor manera a prevenir las complicaciones que éstos producen en los ancianos.

Polimedicación.

Las personas mayores consumen un porcentaje más elevado de medicamentos que cualquier otro sector de la población; al mismo tiempo, un solo anciano consume más cantidad de medicamentos a la vez, polimedicación.

La polimedicación, es en parte consecuencia del incremento de patologías, pluripatologías, que concurren a la vez en un mismo individuo, y también del carácter de larga duración que tienen muchas de estas afecciones en el anciano.

La patología de las personas de edad avanzada es cualitativamente diferente de la del resto de la población. Por tanto, los patrones de prescripción (que reflejan los patrones de problemas clínicos) son diferentes a los del adulto más joven, de tal forma que, al padecer mayor cronicidad, los ancianos tratamiento durante períodos de tiempo indefinido. No sorprenderá el ejemplo de un anciano con insuficiencia cardíaca congestiva que debe tomar: digoxina para mejorar la contractilidad, furosemida para eliminar los líquidos retenidos, cloruro potásico para reponer el potasio perdido debido ala acción del diurético e ibuprofén como analgésico y antiinflamatorio pasar el dolor producido por la artritis que también padece. A todo ello se podrían añadir otros problemas como estreñimiento, hipertensión, etc., que, de solucionarlos con medicación, pasarían a engrosar el listado. Además, a todos estos problemas hay que añadir los

condicionamientos sociales o culturales, factores que incidirán en el consumo y que hay que saber diferenciar para garantizar que el medicamento cumpla su función terapéutica.

Automedicación.

Son indiscutibles los beneficios terapéuticos que en los últimos tiempos se han logrado con una serie de fármacos realmente activos, pero de los que se abusa con frecuencia y especialmente los ancianos debido a su pluripatología.

METODO.-

Diseño:

Es un estudio Descriptivo, Cualitativo- Cuantitativo Transversal.

Universo:

La población total de ancianos que concurren a la Policlínica de Geriatría del Hospital de Clínicas. (Ver anexo 1).

Muestra:

Todos los ancianos hipertensos con tratamiento medicamentoso prescrito, que concurren a la Policlínica de Geriatría del Hospital de Clínicas, turno mañana, en el período que comprende la segunda quincena de marzo del 2001.

Recolección de Datos .

El investigador acondicionará un espacio físico dentro de la Policlínica de Geriatría donde se desarrollará la entrevista semiestructurada, método a emplear en la investigación. Previo comienzo de la entrevista se informará al usuario sobre el estudio solicitando su consentimiento. (Ver anexo 2)

Los instrumentos a utilizar serán la historia clínica de cada uno de los usuarios involucrados y un formulario (Ver anexo 3) que contiene las siguientes variables:

1-Edad: es el tiempo transcurrido desde la fecha del nacimiento del usuario a la fecha de realizada la entrevista, medido en años.

Es una variable cuantitativa continua. Su representación gráfica es a través: histograma, polígono de frecuencia, curvas de FAA.

2-Nivel de instrucción: es el grado de educación formal finalizado por el usuario.

Para su clasificación se darán categorías :

primaria C - I secundaria C- I terciaria C- I analfabeto.

C: completa – es aquel individuo que ha culminado el nivel superior de esta categoría

I: incompleta – no fue alcanzado por el individuo el nivel máximo de la categoría.

Analfabeto: individuo que no sabe leer ni escribir (excluyendo nombre y firma).

Es una variable cualitativa ordinal. Su representación gráfica diagrama de barras, diagrama de sectores o pictograma.

3- Información brindada por Enfermería: es la instancia de encuentro del usuario con Enfermería, donde recibió información sobre la importancia de realizar el tratamiento medicamentoso

Es una variable cualitativa nominal. Su representación gráfica es a través de: diagrama de barras, diagrama de sectores y pictograma.

4-Situación ocupacional: Es la posición actual del usuario con respecto a su actividad laboral. Se clasificará en : activo - pasivo.

Activo: es aquel individuo que recibe remuneración por actividad laboral actual.

Pasivo: no recibe remuneración por la actividad que realiza actualmente.

Se define actividad laboral como la tarea que realiza a cambio de dinero.

Es una variable cualitativa nominal. Su representación gráfica es a través de: diagrama de barras, diagrama de sectores y pictograma.

5-Residencia: Es el lugar donde reside actualmente el usuario.

Se categorizará en: Montevideo - Interior – Otros departamentos

Es una variable cualitativa nominal. Su representación gráfica es a través del diagrama de barras, de sectores y pictograma.

6-Composición del Núcleo familiar: Persona/s con las cuales convive bajo un mismo techo.

Es una variable cualitativa. Su representación gráfica es a través del diagrama de barras, de sectores y pictograma.

7-Tiempo acompañado en horas: Expresado en horas, es el tiempo que el usuario permanece al cuidado de otra persona.

Es una variable cuantitativa continua. Su representación gráfica será a través de: histograma, polígono de frecuencia, curva de FAA.

8-Antecedentes personales: Son todas aquellas patologías e intervenciones quirúrgicas preexistentes a la entrevista. Se categorizará dando relevancia a los sistemas : músculo-esquelético , neurológico y aspectos psicoemocionales.

Es una variable cualitativa. Su representación gráfica es a través del diagrama de barras, de sectores y pictograma.

9-Tratamiento medicamentoso indicado: Es el plan farmacológico prescrito por el médico.

Para tener en cuenta ésta variable compleja se tomaron en cuenta variables simples: dosis – horarios (número de veces por día) – fármacos.

Es una variable cualitativa y su representación gráfica es a través del diagrama de barras, de sectores y pictograma.

10-Tratamiento medicamentoso realizado: Es el plan farmacológico llevado a cabo por el usuario . Para tener en cuenta ésta variable compleja se tomaron en cuenta variables simples: dosis – horarios (veces por día) – fármacos.

Es una variable cualitativa y su representación gráfica es a través de diagrama de barras, sectores y pictograma.

11-Cumplimiento: Es el grado en el que el comportamiento del usuario frente al tratamiento medicamentoso coincide con la prescripción médica.

Se categorizará en: Si - No

Si: es cuando el usuario sigue el plan farmacológico prescrito en hora, dosis y fármaco.

No: es cuando el usuario no cumple con alguno de los items de la indicación (hora, dosis, fármaco).

Es una variable cualitativa nominal, su representación gráfica es a través del diagrama de barras, de sectores y pictograma.

12-Efecto Colateral: Sensación de malestar percibida por el usuario al consumir la medicación.

Es una variable cualitativa nominal, su representación gráfica es a través del diagrama de barras, de sectores y pictograma..

13- Motivo: Impulso que induce al anciano a una acción consiente y voluntaria en el cumplimiento o no del tratamiento medicamentoso.

Es una variable cualitativa nominal, su representación gráfica es a través del diagrama de barras, de sectores y pictograma.

Procesamiento de Datos.

Con la información recogida se realizará una confrontación de los datos y un análisis de los mismos. La tabulación será por medio de tablas de frecuencias y aquellas que lo justifiquen se hará una representación gráfica.

Recursos Humanos:

Cuatro estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería generación 94 – 95.

Recursos Materiales:

Papel – útiles de oficina – computadora – impresora – Historia Clínica – libros – planta física, etc.

Recursos Financieros:

- Paquete hojas tamaño carta	-----	\$ 128.
- Cartucho tinta negro y color, impresora Epson 440	-----	\$ 400.
- Ocho lapiceras	-----	\$ 34.
- Energía eléctrica	-----	\$ 800.
- Viáticos	-----	\$ 500.
- Encuadernación	-----	\$ 120.
- Otros	-----	<u>\$ 400.</u>
- Total		\$2.382.

Actividades a realizar:

1-Recolección de Información (entrevista – historia clínica)

2-Tabulación de la información.

3-Análisis.

4-Conclusiones.

DIAGRAMA DE GANTT.-

Actividades	Agosto				Setiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1- Elaboración del Protocolo																								
2- Presentación del Protocolo a Lic. en Enfermería Tutoras																								
3- Aceptación del Protocolo y comienzo de la investigación.																								
4- Tabulación y Análisis de la Información.																								
5- Entrega del Trabajo de Investigación.																								
6- Defensa																								
7- Conflicto.																								
8- Recesión.																								

Actividades realizadas (no hubo devolución del protocolo hasta febrero 2001).

Actividades que no se realizaron en el tiempo programado.

Tiempo que la investigación estuvo detenida por conflicto y recesión.

Dado los imprevistos que surgieron en el transcurso de la elaboración y aceptación del protocolo, los investigadores debieron elaborar un nuevo diagrama de Gantt para el desarrollo de la investigación.

DIAGRAMA DE GANTT.-

Actividades	Febrero				Marzo				Abril				Mayo			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1- Elaboración del protocolo																
2- Aceptación del protocolo y comienzo de la investigación																
3- Tabulación y análisis de la información.																
4- Elaboración del informe final																
5- Entrega del trabajo de investigación																
6- Defensa																

RESULTADOS.-

Tabla N° 1- Distribución de la variable edad en intervalos, expresado en frecuencia absoluta y porcentual.

Edad	FA	F%
66 – 70	6	14
71 – 75	8	19
76 – 80	12	28.5
81 – 85	10	24
86 – 90	5	12
91 – 95	1	2.5
Total	42	100.0%

X= 79años.

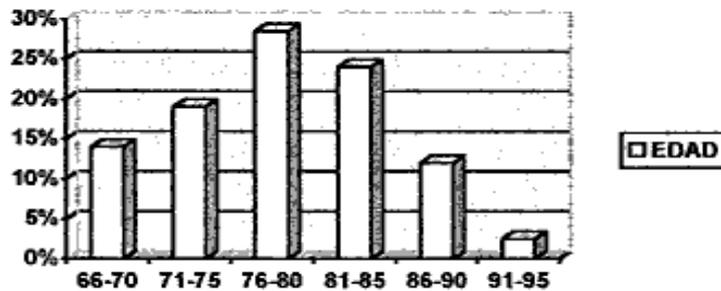


Tabla N° 2- A continuación se presenta la variable nivel de instrucción con sus diferentes categorías expresadas en frecuencias.

Nivel de Instrucción	FA	F%
Primaria Incompleta	16	38,5
Primaria Completa	14	33
Secundaria Incompleta	6	14
Secundaria Completa	4	9.5
Terciaria Incompleta	1	2.5
Analfabeto	1	2,5
Total	42	100.0 %

NIVEL DE INSTRUCCION.

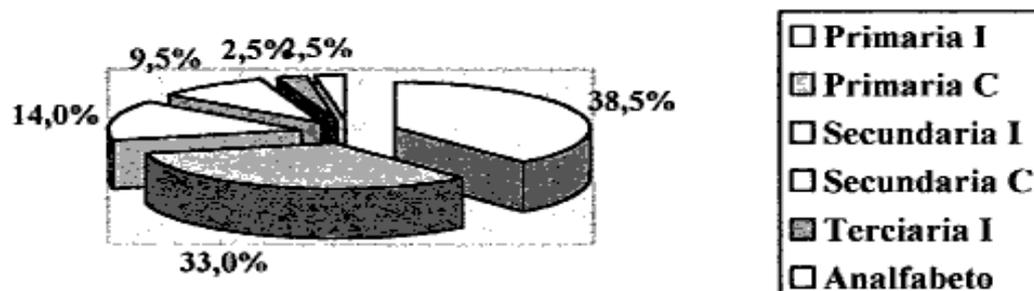


Tabla N° 3- Información Brindada por Enfermería es una variable que mide en dos categorías la presencia o no de dicha información.

Información Brindada Por Enfermería.	FA	F%
Si	4	9.5
No	38	90.5
Total	42	100.0%

Información Brindada por Enfermería.-

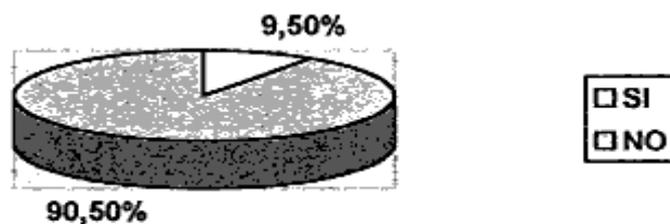


Tabla N° 4- La situación ocupacional de los usuarios toma dos categorías y se expresa en frecuencias (absoluta y porcentual).

Situación Ocupacional	FA	F%
Activo	4	9.5
Pasivo	38	90.5
Total	42	100.0%

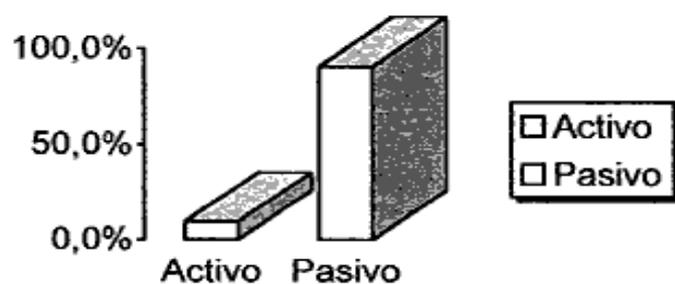


Tabla N° 5- El lugar donde reside el usuario es una variable que tomó tres categorías para su distribución y se expresó en frecuencias.

Residencia.	FA	F%
Montevideo	34	81
Canelones	7	16.5
Otros	1	2.5
Total	42	100.0%

Residencia.

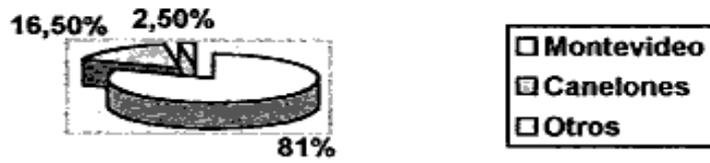


Tabla N° 6- La variable composición del núcleo familiar se expresa en dos categorías, en frecuencias absoluta y porcentual los valores obtenidos.

Composición del Núcleo Familiar	FA	F%
Vive Sola/o	19	45
Vive con Otros	23	55
Total	42	100%

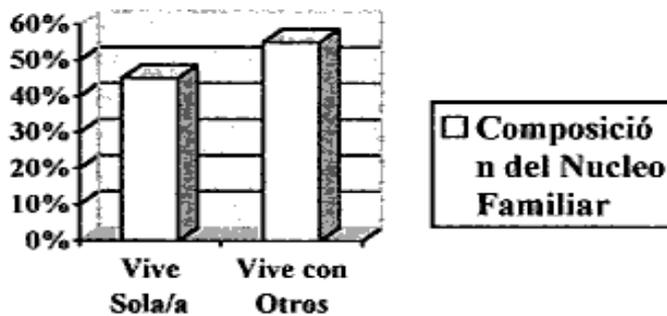


Tabla N° 7- No importando la composición del núcleo familiar la siguiente variable representa las horas que el usuario permanece acompañado durante el día, se distribuye en intervalos y expresado en frecuencias.

Tiempo que Permanece Acompañado en Horas	FA	F%
0 – 3	15	36
4 – 7	7	16.5
8 – 11	1	2.5
12 – 15	1	2.5
16 – 19	1	2.5
20 – 23	0	-
24	17	40
Totales	42	100.0%

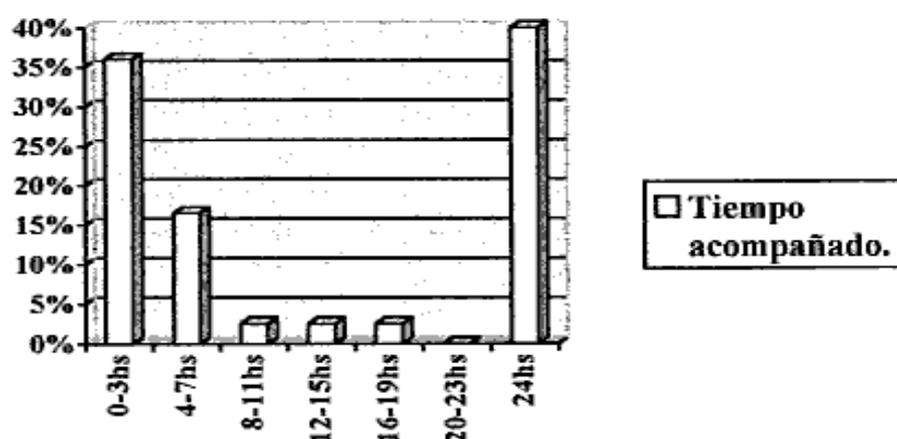


Tabla N° 8- Se presentan a continuación los antecedentes personales de relevancia para el estudio.(El total 64 no corresponde a la muestra n=42 dado que un mismo usuario podía presentar más de un antecedente personal).

Antecedentes Personales	FA	F%
Neurológicos	29	45
Músculo Esqueléticos	25	39
Psicoemocional	10	16
Total	64	100%

Antecedentes Personales

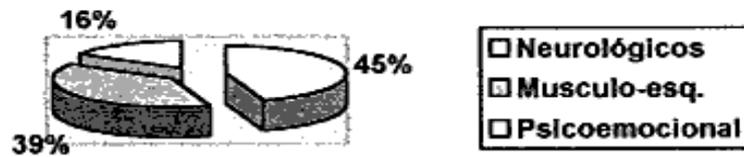


Tabla N° 9- El cumplimiento del tratamiento es una variable que toma dos categorías para su distribución.

Cumplimiento Tratamiento	FA	F%
Si	26	62
No	16	38
Total	42	100%

Cumplimiento del Tratamiento.



Tabla N° 10- A continuación se presentan los diferentes motivos expresados por los usuarios para el no Cumplimiento del Tratamiento Medicamentoso prescrito v/o.

Motivos Manifestados Del No Cumplimiento	FA	F%
Económico	6	37.5
Efectos Colaterales	4	25
Sintomatología Revertida.	4	25
Desconocimiento	2	12.5
Total	16	100.0%

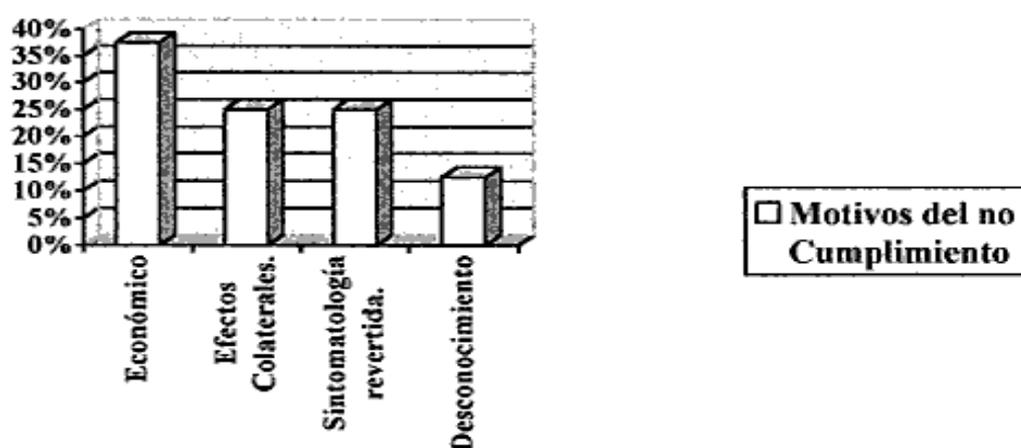


Tabla N° 11- A continuación presentamos la relación existente entre las variables edad y cumplimiento del tratamiento expresado en frecuencia porcentual.

Edad	Cumplimiento del Tto.	
	Si lo Cumple.	No Cumple.
	FA (F%)	FA (F%)
66-70	5 (19.2)	1 (6.2)
71-75	5 (19.2)	3 (18.8)
76-80	8 (31)	5 (31.2)
81-85	6 (23)	3 (18.8)
86-90	1 (3.8)	4 (25)
91-95	1 (3.8)	-
Total	N=26 (100.0%)	N=16 (100.0%)

Tabla N°12- La variable nivel de instrucción se relacionó en una tabla con el cumplimiento del tratamiento, donde se pudo observar el comportamiento de dichas variables.

Nivel de Instrucción	Cumplimiento del Tto.	
	Si lo Cumple.	No Cumple.
	FA (F%)	FA (F%)
Primaria Incompleta	10 (38.4)	5 (31.2)
Primaria Completa	8 (31)	5 (31.2)
Secundaria Incompleta	6 (23)	3 (18.8)
Secundaria Completa	1 (3.8)	2 (12.6)
Terciaria	1 (3.8)	-
Analfabeto	-	1 (6.2)
Total	N=26 (100.0%)	N=16 (100.0%)

Tabla N°13- En esta tabla de doble entrada se establece la relación entre las variables información brindada por Enfermería y cumplimiento del tratamiento medicamentoso.

Información brindada por Enfermería	Cumplimiento del tratamiento		Totales
	Si lo Cumple	No lo Cumple	
Si	2 (50%)	2 (50%)	4 (9,5%)
No	24 (63%)	14 (37%)	38 (90,5%)
Totales	26 (62%)	16 (38%)	42 (100%)

Tabla N° 14- En la siguiente tabla se presenta la situación ocupacional de cada uno de los usuarios relacionado al cumplimiento del tratamiento.

Situación Ocupacional.	Cumplimiento del Tratamiento.	
	Si lo Cumple	No lo Cumple
	FA (F%)	FA (F%)
Pasivo	24 (92.7)	14 (87.5)
Activo	2 (7.3)	2 (12.5)
Total	N=26 (100.0%)	N=16 (100.0%)

Tabla N°15- La residencia actual del usuario con sus respectivas categorías también fue relacionada con el cumplimiento del tratamiento buscando determinar la influencia que dicha variable puede tener sobre el mismo.

Residencia.	Cumplimiento del Tratamiento.	
	Si lo Cumple	No lo Cumple
	FA (F%)	FA (F%)
Montevideo	20 (77)	14 (87.6)
Canelones	6 (23)	1 (6.2)
Otros	-	1 (6.2)
Total	N=26 (100.0%)	N=16 (100.0%)

Tabla N° 16- Como se puede observar, la siguiente tabla muestra la relación de las variables: composición del núcleo familiar y del cumplimiento del tratamiento medicamentoso prescrito v/o.

Composición del Núcleo Familiar	Cumplimiento del Tratamiento		Totales
	Si lo Cumple	No lo Cumple	
Vive Solo/a	11 (58%)	8 (42%)	19 (45%)
Vive con Otros	15 (65%)	8 (35%)	23 (55%)
Total	26 (62%)	16 (38%)	42 (100%)

Tabla N°17- A los antecedentes personales se les asignaron categorías de relevancia a nuestro estudio, la distribución en dichas categorías fue relacionado con el cumplimiento del tratamiento (El total 64 no corresponde a la muestra n=42 dado que un mismo usuario podía presentar más de un antecedente personal).

Antecedentes Personales.	Cumplimiento del Tratamiento.	
	Si lo Cumple.	No lo Cumple.
	FA (F%)	FA (F%)
Neurológico.	19 (51)	10 (37)
Musculoesquelético.	14 (38)	11 (41)
Psicoemocional.	4 (11)	6 (22)
Total	N=37 (100%)	N=27 (100%)

Cumplimiento del Tratamiento Medicamentoso Relacionado al tiempo que el Usuario Permanece Acompañado (horas al día) Independientemente de la Composición del Núcleo Familiar.-

Tabla N° 18- Esta tabla representa a los usuarios que viven solos.

Tiempo que Permanece Acompañado en Horas Pero <u>Vive Sólo</u>	FA	F%
0 hs.	6	55
2 hs.	3	27
4 hs.	1	9
10 hs	1	9
Total	11	100%

Tabla N° 19- La tabla representa a los usuarios que viven con otras personas.

Tiempo que Permanece Acompañado en Horas <u>Vive con Otros</u>	FA	F%
0 hs	1	6.7
4 hs	1	6.7
14 hs.	1	6.7
16 hs.	1	6.7
24 hs.	11	73
Total	15	100.0%

Incumplimiento del Tratamiento Medicamentoso Relacionado al Tiempo que el Usuario Permanece Acompañado (horas al día) Independientemente de la Composición del Núcleo Familiar.-

Tabla N° 20- Esta tabla representa a los usuarios que viven solos.

Tiempo que Permanece Acompañado en Horas <u>Pero Vive Sólo</u>	FA	F%
0 hs.	3	37.5
3 hs.	2	25
4 hs.	1	12.5
6 hs.	2	25
Total	8	100.0%

Tabla N° 21- La tabla representa a los usuarios que viven con otras personas.

Tiempo que Permanece Acompañado en Horas <u>Vive con Otros</u>	FA	F%
4 hs.	2	25
24 hs.	6	75
Total	8	100%

COMENTARIOS.-

La investigación fue llevada a cabo en la Policlínica de Geriatria, la cual cita a 8 usuarios diariamente, de los cuales concurren un 75%; de éstos un 67% son ancianos hipertensos con tratamiento medicamentoso prescrito vía oral, por lo que pasaron a formar parte de la muestra de nuestra investigación.

A través de los datos recabados y tabulados se obtuvo, que del total de ancianos hipertensos que concurren a la Policlínica de Geriatria (n=42) en el periodo que comprendió la última quincena de marzo, las edades oscilaron entre 66 y 94 años, dándose el mayor porcentaje (28.5%) en el intervalo de 76 a 80 años y siendo la media de edad de 79 años.

En lo que refiere al nivel de instrucción, cabe destacar que el 97.5% de la población tiene algún grado de instrucción, de los cuales el mayor porcentaje con un 38,5% posee primaria incompleta.

El 90.5% de los usuarios se encuentra en una situación ocupacional pasiva, residiendo en Montevideo el 81%.

En esta etapa de la vida que el usuario transcurre, se pudo observar que en un porcentaje casi igualitario se encuentran viviendo solos un 45% y formando parte de un núcleo familiar en un 55%, lo que no quiere decir que si el anciano vive solo no permanezca acompañado algunas horas durante el día, o si bien, éste se encuentra formando parte de un núcleo familiar permanezca varias horas al día solo.

Al hallar la media del tiempo que el usuario permanece acompañado diariamente se obtuvo que ésta corresponde a 11³⁰ hs.

Dentro de la clasificación otorgada a los antecedentes personales para la investigación se identificó, que los sistemas más afectados fueron neurológico y músculo-esquelético, con un 45 y 39 % respectivamente.

Al momento de evaluar el cumplimiento o no del tratamiento medicamentoso prescrito vía oral, se observó que el 62% de los usuarios cumplía con el mismo, manifestando con diferentes expresiones verbales que lo realizaba por su propio bienestar.

El 38% que no cumple con el tratamiento medicamentoso indicado lo atribuyeron a diferentes motivos, donde el factor económico fue el preponderante con

un 37.5. El 25% no lo realizaba porque percibía que la medicación indicada le causaba diferentes efectos colaterales (acidez gástrica, náuseas, cansancio).

Otro 25% manifestó que al percibir que la sintomatología había revertido no necesitaba de la medicación indicada por su Médico, identificando los investigadores que éste era el motivo para el incumplimiento del mismo.

Al indagar si el usuario en alguna oportunidad había tenido contacto con Enfermería donde se le brindara información sobre la importancia de realizar el tratamiento medicamentoso prescrito vía oral, éste respondió que no en un 90,5%.

Del 9.5% que sí había recibido información por Enfermería, el 50% de éstos cumple con el tratamiento medicamentoso indicado en el momento de la investigación.

Lo anteriormente presentado es una descripción del comportamiento de cada una de las variables incluidas en la investigación, de su cruzamiento y análisis surgirán las respuestas al problema, pudiendo así lograr el objetivo planteado por los investigadores.

ANALISIS.-

Luego de tabular y gráficar los datos recabados es necesario un análisis bivariado de las variables más relevantes para el estudio, y así establecer la relación que existe entre las características socioeconómico- culturales y la influencia de éstas en el cumplimiento del tratamiento medicamentoso prescrito vía oral en el Anciano Hipertenso.

Al investigar nos encontramos con una realidad diferente a lo que empíricamente los investigadores esperábamos, donde el mayor porcentaje de los ancianos cumplía con el tratamiento medicamentoso.

El proceso de envejecimiento no se da igual en todas las personas, es individual, irregular y asincrónico, así es el comportamiento del anciano frente al tratamiento medicamentoso. Al confrontar la edad con el cumplimiento del tratamiento los datos que se obtuvieron demuestran que el cumplimiento no depende de la edad de cada persona sino del momento que éste transcurre en su proceso de envejecimiento.

Al analizar los datos referentes al nivel de instrucción éste se asemeja al material teórico manejado al “de la situación actual del anciano en el Uruguay” donde su nivel de instrucción alcanza entre un 12-16% un nivel superior al primario. No encontramos una relación causal entre el nivel de instrucción y el cumplimiento del tratamiento que nos habíamos planteado como interrogante al incluir dicha variable en el estudio.

Al integrar la situación ocupacional como variable de nuestro estudio buscábamos establecer la situación actual del anciano dentro de lo laboral y luego relacionarlo con el cumplimiento del tratamiento, para así establecer si de alguna manera el mantenerse activo o pasivo influye o no en el cumplimiento del mismo, los resultados obtenidos se distribuyeron equitativamente en las diferentes categorías de las variables demostrando que no influye la situación ocupacional del anciano en el cumplimiento de éste.

En lo que respecta a la residencia suponíamos que ésta podía influir de alguna manera en el cumplimiento del tratamiento, porque la accesibilidad geográfica a la policlínica varía dependiendo del lugar que reside cada anciano, siendo una limitante para concurrir a la policlínica para el seguimiento y control de su tratamiento y acceder a la medicación en forma gratuita.

Se considera importante para otras investigaciones tener en cuenta los motivos que tuvieron los ancianos que no concurrieron a las consultas marcadas, para así identificar si la residencia es una limitante en el momento de acceder a la policlínica.

El antecedente personal de cada anciano fue considerado como variable para nuestro estudio asignándosele categorías de relevancia: sistema neurológico, músculo esquelético y aspecto psicoemocional. Los investigadores creíamos que la presencia de éstas podrían influir en el cumplimiento del tratamiento medicamentoso del anciano, porque las afecciones en el sistema músculo esquelético alteran su movilidad e independencia, en lo neurológico la disminución de la audición, visión y alteración de la memoria (asociación, retención), y en lo psicoemocional una disminución en la capacidad de adaptación a los cambios psicosociales, situaciones estresantes y los problemas de la vida cotidiana. Todo lo anteriormente mencionado interviene en el desarrollo de las actividades del diario vivir.

Los antecedentes personales si bien no fueron identificados como motivos para el incumplimiento del tratamiento medicamentoso, podemos decir que por los datos obtenidos el aspecto psicoemocional fue el único que presentó el mayor porcentaje de ancianos en la categoría que no cumplían el tratamiento

Al abordar la composición del núcleo familiar encontramos una diferencia entre el material consultado sobre la situación del anciano en el Uruguay y el grupo de ancianos que formó parte de nuestro estudio, donde el mayor porcentaje vive formando parte de un núcleo familiar (55%).

Analizando la composición del núcleo familiar y el tratamiento medicamentoso se obtuvo que el 58% de los usuarios que viven solos cumplen con el tratamiento medicamentoso. Con respecto a los usuarios que viven con otras personas el 65% cumple el tratamiento prescrito. (Ver tabla N° 16)

Lo anteriormente mencionado demuestra, que la composición del núcleo familiar en cierta forma afecta al cumplimiento del tratamiento medicamentoso debido a que se adhieren al tratamiento un 7% más los usuarios que viven con otras personas. Dentro del grupo de los usuarios que no cumplen el tratamiento medicamentoso, el mayor porcentaje se da en los usuarios que viven solos. (Ver tabla N°16)

Profundizando en el aspecto social independientemente de la composición del núcleo familiar, se indagó el tiempo que éstos permanecían acompañados (en horas)

diariamente y lo relacionamos con el cumplimiento del tratamiento medicamentoso; donde se obtuvo que del 62% que lo cumple tenemos que un 65% (15 usuarios) viven con otros, permaneciendo acompañado un 73% (11 usuarios) las 24 hs del día. (Ver tabla N° 16 – 19). El 58% que viven solos, en un 55% (6 usuarios) permanecen 0hs acompañado diariamente, demostrando esto la responsabilidad con la que asumen su tratamiento medicamentoso.(Ver tabla N°16 - 18). Lo que se puede observar es que el tiempo que permanecen acompañados no inciden en el cumplimiento del tratamiento porque como se expresa en las tablas referidas tanto los que permanecen acompañados las 24hs o 0hs al día cumplen con el tratamiento.

En lo que respecta al 38% de los usuarios que no cumplen el tratamiento, el 35% (8 usuarios) viven con otras personas, un 75% (6 usuarios) de éstos están acompañados las 24 hs del día (Tabla N° 16 – 21), donde el factor económico fue el motivo manifestado por cuatro usuarios y los dos restantes no cumplen el tratamiento medicamentoso dado que percibían que la sintomatología había revertido.

El 42% (8 usuarios) que viven solos y no cumplen el tratamiento, permanecen 0 hs acompañados en un 37,5% (Tabla 16 - 20) expresando los efectos colaterales, el desconocimiento y la percepción de que la sintomatología había revertido como motivos del no cumplimiento de su tratamiento.

Continuando con el análisis bivariado, relacionamos el cumplimiento del tratamiento medicamentoso y la información brindada por Enfermería, donde se encontró que el mayor porcentaje (90,5%) de los usuarios no habían recibido dicha información, de éstos el 37% no cumple con el tratamiento medicamentoso. (Ver Tabla N° 13)

Solo el 9,5% del total de la muestra manifestó haber recibido información por parte de Enfermería sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento medicamentoso, del cual el 50% (2 usuarios) cumple con el mismo. Cabe destacar que ésta información fue brindada por el nivel Auxiliar de Enfermería.(Ver tabla N°13).

Durante el período que fue llevada a cabo nuestra investigación en un Primer Nivel de Atención, se observó que éste tiene atributos esenciales que no están siendo aprovechados, siendo éste el primer contacto del usuario con el equipo de Salud donde se expresan el 80% de los problemas de salud de la población. Los investigadores percibieron en la Policlínica de Geriatria la necesidad de un Licenciado en Enfermería ,

que mantenga instancias de encuentro, de intercambio de información con el usuario, enfocando su atención en el desarrollo de los pilares fundamentales del Primer Nivel de Atención. La Promoción y Prevención de Enfermedades son el lema fundamental de dicha lucha, promoviendo actividades que fortalezcan el bienestar, interactuando de manera activa con la población.

Los Ancianos son una población vulnerable, que necesitan de una atención integral y aun más éstos que contienen en su plan terapéutico el consumo de medicamentos. Uno de los roles fundamentales de la Enfermera en este nivel es conocer la situación del usuario frente al tratamiento medicamentoso, trabajando en forma continua en la realización de educación sanitaria, seguimiento y control de los usuarios, con el fin de lograr modificaciones en la actitud y el comportamiento que determinan cambios positivos en el proceso Salud- Enfermedad.

CONCLUSION.-

En base a nuestro objetivo planteado, el cual fue determinar como influyen las características socioeconómico- culturales, en la realización del tratamiento medicamentoso prescrito vía oral, llegamos a la conclusión que no todas influyen en el cumplimiento o no del mismo.

El mayor porcentaje de la muestra cumple con el tratamiento, observándose que el comportamiento de algunas de las variables incluidas en el estudio como son edad, nivel de instrucción y situación ocupacional no influyen en el cumplimiento del mismo.

Desde el punto de vista social la mayoría de los usuarios se encontraban formando parte de un núcleo familiar, variable que por los datos obtenidos concluimos que en cierta forma incide en el cumplimiento del tratamiento; no sucediendo así con la variable tiempo que permanece acompañado diariamente el usuario, la cual no afecta el cumplimiento del mismo.

En lo que respecta al factor económico, éste fue el motivo preponderante en el incumplimiento del tratamiento, manifestado por los usuarios.

Los investigadores detectamos a nivel de los usuarios la carencia de información, realización de educación sanitaria, seguimiento y control de su tratamiento medicamentoso brindada en forma continua por un profesional de Enfermería.

Se cree conveniente y necesario incluir en el equipo multidisciplinario dicho profesional que brinde una atención integral a los ancianos hipertensos, ya que la hipertensión es una patología de carácter crónico, que constituye uno de los mayores factores de riesgo vinculados a la morbi-mortalidad cardiovascular, contribuyendo a muchos casos de discapacidad y a costos elevados a consecuencia de la demanda asistencial.

Es muy importante hacer hincapié en que el equipo multidisciplinario debe procurar elevar al máximo las funciones y recursos del anciano, para mantener en lo posible su nivel de autosuficiencia. Al ejecutar acciones con la intención de propiciar esta autosuficiencia, el equipo debe llevar a cabo sus acciones en forma por demás consciente y con ese propósito específico, teniendo en cuenta el peso de éste grupo etareo en la estructura demográfica de nuestro país.

Finalmente, destacamos que para nosotros este trabajo ha sido de gran aprendizaje, ya que logramos aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera para llevar a cabo la investigación de nuestro interés, y así, cumplir nuestro objetivo como estudiante de poder realizar una investigación como requisito final de nuestra carrera.

BIBLIOGRAFIA.-

- Aguirrezabala, L; Avellaneda, I; Bracco, P; Consul, A; Mongelos, P; Obispo, M. Control prenatal – Influencia de edad, nivel de instrucción, situación de la pareja, policlínica de Colón, enero – mayo 1999. Montevideo, INDE, 1999. Tesis de grado.
- Babb, P. Manual de enfermería gerontológica. México, Interamericana, 1998. 40p.
- Ballesteros Pérez, H. Enfermería geriátrica. Barcelona, Científicas y Técnicas, 1993.
- Beare, PG; Myers, JL. Enfermería médico-quirúrgica. Madrid, Mosby/Doyma, 1995.
- Bentancourt, C; Ipar, A; Lopetegui, A; Setaro, A; Videla, A. Recurrencia de caídas relacionado a la automedicación en los adultos mayores de hogares diurnos de la Intendencia Municipal de Montevideo, de noviembre 1999 a enero de 2000. Montevideo, INDE, 2000. Tesis de grado.
- Burke, MM; Walsh, MS. Enfermería gerontológica “cuidados integrales del adulto mayor”. 2ª Ed. Madrid, Harcout Brace, 1998. 650p.
- Caligaris, M; Calleros, A; Lejvitz, E. Estudio de prevalencia: rotación de zonas corporales de administración de insulina en niños diabéticos insulino dependientes. Montevideo, INDE, Tesis de grado.
- Cañedo, L. Investigación clínica. México, Interamericana, 1987. 276p.
- Costabel, M. Temas de enfermería médico-quirúrgica. Montevideo, AEM, 1997. 137p.
- De Nicola, P. Fundamentos de gerontología y geriatría. Barcelona, Jims, 1979. 159p.
- Departamento Nacional de Estadística. “Manual del empadronador”, VII censo general de población, III de Hogares y V de vivienda, 1996.
- Exton-Smith, AN; Weksler, ME. Tratado de geriatría. Barcelona, Editorial Pediatrica, 1988. 550p.
- Eco, U . Cómo se hace una tesis. Barcelona, Gedisa, 1977. 267p.
- Gonzalez Mas. Rehabilitación médica de ancianos. Barcelona, Masson, 1995. 361p.
- Ham, FJ; Sloane, PH. Atención primaria en geriatría. “casos clínicos”. 2ª Ed. Madrid Mosby Doyma, 1995. 710p.
- Hernández de Canales, F; Alvarez, E; Pineda, E. Metodología de la investigación. Washinton, Organización Panamericana de la Salud. Washinton, 1994. 327p.

- Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, C; Baptista Lucio, P. Metodología de la Investigación . México, McGraw, Hill. 486p.
- Hulley, SB; Cummings, S. Diseño de la investigación clínica. “un enfoque epidemiológico”. Barcelona, Doyma, 1993. 260p.
- Langarica Salazar, R. Geriátría y gerontología. México, Interamericana, 1985. 298p.
- Mc Van, B. Cuidados geriátricos en enfermería. Barcelona, Doyma, 1985.
- Morelli, A; Alvarez Martínez, J. Temas al día en geriatría. Montevideo, Librería Médica, 1979. Vol 2
- Notter, LE; Hott, R. Principios de la investigación en enfermería. 1ª Ed. Barcelona, Doyma, 1992. 196p.
- Pardell, H; Cobo, E; Canela, J. Manual de bioestadística. Barcelona, Masson, 1986. 263p.
- Polit, D; Hungler, B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4^{ta}. Ed. México, Interamericana, 1994. 701p.
- Polit, D; Hungler, B. Investigación científica. 5^{ta} Ed. México, Interamericana. 1997.
- Smelzer, SC; Bera, BG. Enfermería médico-quirúrgica. 7ª Ed. México, Interamericana, 1994. v. 1

ANEXOS.-

INDICE DE ANEXOS.-

- **Anexo 1-**
 - 1.1 Presentación del Hospital de Clínicas.**
 - 1.2 Policlínica de Geriatría.**
 - 1.3 Mapa de la Policlínica.**

- **Anexo 2-**
 - Consentimiento Informado.**

- **Anexo 3-**
 - Formulario.**

ANEXO 1.-

1.1 Presentación del Hospital de Clínicas.

1.4 Policlínica de Geriatria.

1.5 Mapa de la Policlínica de Geriatria.

El material que a continuación se presenta es una breve reseña que pretende ubicar al lector en el lugar donde fue llevada a cabo la investigación.-

ANEXO 1-1

Presentación de la Institución:

El Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" es un Hospital general para adultos, donde trabajan especialistas de todas las ramas de la medicina.

Es el centro de referencia para toda la salud de nuestro país, siendo una dependencia de Facultad de Medicina de la Universidad de la República que funciona como Hospital Público y Universitario.

Está ubicado en Avenida Italia entre Avenida Centenario y calle las Heras en el Parque Batlle, ciudad de Montevideo, Uruguay.

Objetivos de la Institución:

A)- Prestar asistencia médica a los internados en el Hospital, en consultorios externos y a domicilio organizando el funcionamiento de sus servicios para facilitar la docencia.

B)- Hacer efectiva la educación de :

- los estudiantes de medicina
- los médicos graduados, para su especialización y perfeccionamiento.
- los estudiantes y egresados de profesiones afines a la medicina.

C)- Contribuir a la prevención de las enfermedades y a promover la salud.

D)- Prestar educación sanitaria general.

E)- Promover y contribuir al desarrollo de la investigación científica.

Finalidad de la Institución:

Contar con un lugar donde se realice correctamente la docencia clínica, donde los uruguayos aprendan sus disciplinas en contacto directo con los enfermos.

Cobertura:

Es un Hospital Público y Universitario. Asiste a todo tipo de enfermos, orientando a la asistencia de las personas de bajos recursos económicos, incapaces de pagarse su atención médica.

No obstante y por excepción puede asistir a otras personas en calidad de pagantes a los siguiente casos:

A)- si la asistencia a de prestarse mediante recursos que solo el Hospital de Clínicas posee.

B)- En casos de emergencias.

Además de su específica especialidad docente y asistencial, el Hospital coopera en la política nacional de Salud Pública, extiende los beneficios de su organización al resto de las Instituciones de Atención Médica y encausa sus funciones hacia el perfeccionamiento de la técnica médica y paramédica.

Presta atención en los 3 niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria.

Dirección del Hospital:

La Dirección es responsable de la planificación, organización, dirección, control y evaluación de las actividades de la institución.

El órgano de gobierno es la Comisión Directiva formada por representantes docentes, egresados, estudiantes y funcionarios del Hospital. Es presidida por un profesor designado por la Asamblea del Claustro de Facultad de Medicina. Dicha dirección cuenta con un asesoramiento Jurídico.

Personal:

El Hospital tiene aproximadamente unos 3.000 trabajadores, incluyendo profesionales de las diferentes ramas de la medicina, técnicos, empleados de oficina, obreros y ayudantes de servicios generales.

El departamento de personal es el encargado de seleccionar, orientar, ubicar y adiestrar continuamente a todos los trabajadores.

Arquitectura:

El Hospital está constituido por un edificio principal de 22 plantas con un servicio de medicina y algunas policlinicas.

Su principal material es el hormigón armado, con doble pared de acuerdo al sistema incombustible y aísla de las temperaturas exteriores.

Los pisos se han construido con un sistema antiacústico, con un sistema de celdas.

Las ventanas tienen marcos metálicos y los vidrios de doble contacto.

La circulación vertical se hace por medio de ascensores, escaleras y montacamillas, tiene un sistema de pararrayos con una cinta de torno a los 22 pisos.

El subsuelo está designado a las calderas, máquinas y morgue.

En basamento está urgencia, registro de enfermos, cocina, fisioterapia, gineco-obstetricia, medicina nuclear, lavadero, registros médicos, geriatría, recaudación, alimentación.

Planta baja tiene 2 entradas (norte y sur) y consultorios externos (191).

El 25 de Octubre de 1999 se hace una reubicación de la capacidad instalada de salas y camas del Hospital.

Servicios:

El Hospital cuenta con 65 servicios diferentes incluyendo:

- Un departamento de Emergencias para atención de heridos, traumatizados, quemados, que requieren atención inmediata.
- Tiene 191 consultorios externos de clínicas de todas las especialidades.
- Aproximadamente 538 camas para Hospitalización en las diferentes especialidades incluyendo Recuperación Post-anestésica, Centro de Tratamiento Intensivo, 3 unidades de Cuidados Intermedios, Centro de Nefrología, Centro de Asesoramiento en Toxicología, Centro Nacional de Quemados y Cirugía Plástica.
- Dispone de Quirófanos, Sala de Partos y unidades de atención de Recién Nacidos, Laboratorios Clínicos, servicios de Radiodiagnósticos y radioterapia, departamento de Imagenología, Banco de Organos y Tejidos, Anatomía Patológica, Fisioterapia y Rehabilitación, Odontología y Anestesia, servicios de Enfermería, Dietoterapia, Asistencia Social, Farmacia, Psicología y Registros Asistenciales.
- Cuenta con una cocina que prepara unas 4.500 raciones al día.
- El abastecimiento está a cargo del departamento de compras del Hospital.

- El lavadero, lava y plancha aproximadamente 1.000 Kg. de ropa al día.
- 12 ascensores centrales, 2 camilleros en el ala este y 2 en el ala oeste, un ascensor en piso 2 (Morgue), uno frente a Dirección y otro para ascender a la DUS. Total 19 ascensores.
- Central telefónica con 2 líneas directas (487 1515 - 487 2922) con aproximadamente 400internos.
- Talleres de Carpintería, Electricidad, Mecánica, Sanitaria, Vidriería, Pintura, Electromedicina, Herrería.
- Departamento de procesamiento de la información.
- Generadores de vapor, electricidad, gas, agua, central de oxígeno líquido y compresores para aire de uso médico e industrial.
- Servicio de RRHH, compras, almacenes, contabilidad y secretaría general.

Características Etareas de la Población Designada:

En un Hospital en el cual la atención está dirigida fundamentalmente a personas adultas, cabe destacar que también existen áreas para niños como Neonatología, Neurocirugía y otras.

Programas:

El Hospital desarrolla 5 programas:

- Programa de Atención Médica.
- Programa de Educación.
- Programa de Investigación.
- Programa de Servicios Generales.
- Programa de Administración General.

Normas y Disposiciones:

- El Hospital cuenta con Normas de trabajo referidas a sanciones e instrucción y sumarios por inasistencia. (Anexo I).
- También cuenta con normas para pacientes y acompañantes y derechos de los pacientes. (Anexo II).
- Los requisitos para ser atendido son:

Para ser atendido en el Hospital el usuario debe contar con su carné de asistencia vigente.

Deberá presentar documento de identidad y carné de registros médicos, allí le entregan una tarjeta con sus datos de identificación y el número de registro con que será asistido.

Con la tarjeta anterior (tarjeta gris) y el carné de asistencia abona en recaudación.

Para ser asistido en policlínica o internación hay varias categorías que son carné sin arancel y arancelarios en un 30% y un 60%.

Si el usuario no presenta carnet debe abonar en policlínica y también por internación (con un valor aproximado de U\$S 100 diarios).

Historia:

En 1926 se aprueba la ley de creación del Hospital Dr. Manuel Quintela quien consiguió la aprobación del proyecto.

El 24 de Diciembre de 1930 se colocó la piedra fundamental para esta obra dirigida por el arquitecto Surraco.

Fue inaugurada el 21 de Setiembre de 1953.

Presupuesto:

Nuestro país otorga a todo el sistema educativo el 2,8% del P.B.I., de éste la Universidad de la República recibe el 0,56% del porcentaje de la educación incluido en él el Hospital de Clínicas.

ANEXO 1.2

Presentación de la Policlínica de Geriatria.-

Reseña histórica:

La Policlínica de Geriatria fue fundada en el año 1978 por el Profesor Dr. Morelli y el Dr. Eninguer que a su vez fue el primer médico con la especialidad de Geriatria. La misma comenzó funcionando en el primer piso pero por reformas debió ser trasladada, y la Cátedra de Fisiatria cedió un espacio para que ésta continuara funcionando hasta terminadas las reformas.

Terminadas las reformas no fue devuelto su espacio en primer piso por lo que continúa hasta el momento en el mismo lugar, ubicada en ala oeste de basamento.

Actualmente está a cargo del Profesor Dr. Alvaro Pintos desde el año 1993, quien ha realizado muchos aportes a la Policlínica.

La Policlínica tiene por objetivos:

- Brindar atención al usuario mayor de 65 años que concurre en forma espontanea o referida, para realizar una evaluación y/o control geriátrico.
- Fomentar dentro del área asistencial la docencia y la investigación de los profesionales del servicio.

Población que se asiste:

Es el adulto mayor de 65 años que concurre a la Policlínica en forma ambulatoria para satisfacer sus necesidades intereses y problemas detectados ya sea por el personal sanitario como por el involucrado.

Requisitos:

Debe ser mayor de 65 años, con documentación vigente de cédula de identidad, carnet y/o tarjeta del hospital.

Funcionamiento de la Policlínica:

Funciona de lunes a viernes en el horario de 8 a 12 hs en la mañana para consulta general, en la tarde funcionan policlínica para consulta específica:

Consultas en el horario de la tarde.

DIAS	POLICLINICA	TECNICO
Lunes	diabetes	Dra. Sappia
Martes	caídas	Dr. Italo Savio
Miércoles	deterioro cognitivo	Dra. Ceppi
Jueves	psicogeriatría	Dra. Ferrari
Viernes	HTA	Dra. Casco

Los días martes y jueves de 14 a 17 hs funciona un centro diurno que brinda atención a usuarios con demencias vasculares y mal de Alzheimer, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de los usuarios, mantenerlo orientado en tiempo y espacio y brindar apoyo familiar. Para asistir al centro el usuario debe ser derivado por un profesional.

Actualmente existe un proyecto para poner en funcionamiento el hospital de día, con el mismo se pretende que el usuario asista a éste para realizar distintas actividades como por ejemplo: manualidades, fisioterapia, recreación, etc, posibilitando así salir del medio habitual y potenciar sus habilidades.

Fluxograma del usuario:

El usuario llega aproximadamente a las ocho de la mañana y se dirige:

1° Admisión: en caso de que consulte por primera vez.

2° Recaudación: se abona un ticket que depende del tipo de carnet que tenga el usuario:

a) tarjeta gris 10 pesos, b) carnet con arancel: según nivel socioeconómico, c) usuario pagante: tiene un presupuesto fijo.

3° Ventanilla: se confirma la consulta para que luego la archivera lleve la historia a la Policlínica para la consulta.

4° Se le realiza el control de los signos vitales, peso y talla por parte de Enfermería.

5° Es llamado a la consulta médica.

6° Se retira en la mayoría de los casos con fecha de nueva consulta.

RRHH:

La policlínica cuenta con:

- Equipo medico (1 Prof. Grado 5; 1 grado 4; 1 grado 2, Post-gradados; aspirantes).
- Licenciada Enfermera Supervisora del servicio
- Licenciada Enfermera Jefe del sector
- Auxiliar de enfermería
- Asistente Social
- Nutricionista
- Psiquiatra
- Psicólogo
- Auxiliar de servicio
- Técnico en Registros Médicos
- Damas Rosadas

RRMM:**Planta Física:**

El área cuenta con: una sala de espera, con bancos, un estar medico y seis consultorios separados por tabiques que no llegan al techo y tres cuentan con camillas, existiendo un espacio donde se guarda la medicación en la Enfermería.

En otra área se encuentra la parte administrativa de la Policlínica contando con lockards para el vestuario medico, una sala de reuniones, otra con computadora, biblioteca y salón de clases.

Las paredes y techos son de material y duravol, el ambiente se encuentra en condiciones de higiene aceptable.

De uso:

- | | | |
|----------|--------------------------|------------------------------|
| - estufa | - tarjetero | - accesorios de coordinación |
| - sillas | - retroproyector | - escritorios |
| - bancos | - balanza con tallometro | - libros |
| - mesas | - placard | - fotocopidora |

De consumo:

- | | |
|--|-----------------|
| - material blanco: algodón, gasa, etc. | - jeringas |
| - papel camilla | - riñones |
| - ropa | - bandeja |
| - medicación | - hoja exámenes |
| - bolsa residuos | - pañales |

La policlínica se provee de los RRMM a través de una centralizadora que hay en basamento, que es común para las policlínicas de: Geriatria, Ginecología, Fisiatria, y Medicina Nuclear.

RRFF:

La policlínica se financia por un lado, por el presupuesto del Hospital de Clínicas y por otro el mantenimiento se debe en parte al apoyo brindado por los Laboratorios (siendo los visitantes médicos los que en forma gratuita brindan medicación al servicio), por el propio personal del servicio (profesores).

ANEXO 2.-

Previo a cada entrevista se les realizó a cada uno de los usuarios un Consentimiento Informado, que a continuación se presenta .-

ANEXO 3.-

La entrevista semiestructurada fue el método elegido para el abordaje al usuario, y el formulario que a continuación se presenta fue el instrumento utilizado para recabar los datos .-

Tratamiento Medicamentoso Indicado	Tratamiento Medicamentoso Realizado
.....
.....
.....
.....

¿ Cumple el tratamiento ? Si No

Información Brindada por Enfermería: Si ----

No ----

Efecto Colateral: -----

Motivos -----

ALVAREZ, DANIELA
FUMERO, SOLEDAD
LASCANO, AGUSTINA
MORELLE, CESAR

Estudiantes Generación 94-95.-

Montevideo, 3 de mayo del 2001.-

Universidad de la República.
Instituto Nacional de Enfermería,
Asimilado a Facultad.
Profesora Directora del DIBA Licenciada Fanny Rocha.

De nuestra mayor consideración:

Por medio de la presente quienes suscriben estudiantes de generación 94-95 solicitan ante el DIBA fecha para la defensa del trabajo de investigación realizado en la Policlínica de Geriátrica sobre el tratamiento medicamentoso en el anciano hipertenso; frente al tribunal que se disponga.

Desde ya nuestros agradecimientos y a la espera de una pronta respuesta les saludan muy atentamente:

Agustina Lascano

Cesar Morelle

Daniela Alvarez

Soledad Fumero