



## RESUMEN

**Objetivo.** La presente investigación pretende determinar los estilos de vida de los adultos mayores con problemas crónico-degenerativos en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso.

**Método y Materiales.** Es un estudio descriptivo y cuantitativo, se trabajo con un universo finito de 100 adultos mayores hospitalizados en el último semestre del año 2010.

La muestra fue aleatoria, la misma que fue obtenida mediante la fórmula  $n = \frac{m}{c2(n-1)+1}$  lo que nos dio un marco muestral de 50 usuarios hospitalizados con enfermedades crónico degenerativas.

Para la recolección de información se utilizó la entrevista mediante la aplicación del formulario previamente validado, en el que se enfoca básicamente el conocimiento de los estilos de vida de los pacientes asociados a la patología crónico – degenerativo que les afecta.

Los datos obtenidos son presentados en cuadros, gráficos estadísticos analizados a la luz de las categorías conceptuales tratando de demostrar la relación entre estilos de vida asociados a la patología crónico – degenerativa.

**Resultados y conclusiones.** El análisis de este estudio establecen que hay una mayor predominación de las enfermedades crónico degenerativas en el sexo femenino que el masculino, los adultos mayores en estudio practican buenos estilos de vida, hay falta de educación del personal hacia los pacientes acerca de sus cuidados, tratamiento de la enfermedad y hay mayor prevalencia de la Diabetes Mellitus en relación a la Hipertensión Arterial y enfermedades reumáticas.

**PALABRAS CLAVE:** Estilos de vida, adultos mayores, enfermedades crónico degenerativo, hipertensión arterial, diabetes mellitus II, enfermedades reumáticas, calidad de vida.



---

## INDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>11</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>13</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	<b>16</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>16</b>
<b>1.1 EL ENVEJECIMIENTO</b>	<b>16</b>
1.1.1 Introducción	16
1.1.2 Definición	17
1.1.3 “Fisiología del envejecimiento”	17
1.1.4 Características del envejecimiento	18
1.1.5 Envejecimiento y sus factores	19
1.1.6 “Teorías del envejecimiento”	19
1.1.7 Tipos de cambios con el envejecimiento	21
1.1.8 Consecuencias de las enfermedades	23
<b>1.2 CALIDAD DE VIDA Y ESTILOS DE VIDA</b>	<b>24</b>
1.2.2 Desarrollo Humano	24
<b>1.3 Calidad de vida</b>	<b>26</b>
1.3.2 Dimensiones de la calidad de vida	27
1.3.3 Características de la calidad de vida	27
1.3.4 Calidad de vida y salud.	28
<b>1.4 ESTILOS DE VIDA</b>	<b>28</b>
<b>1.5 ESTILOS DE VIDA SALUDABLES</b>	<b>29</b>
<b>1.6 ENFERMEDADES CRONICO –DEGENERATIVAS</b>	<b>32</b>

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



---

<b>1.7 DIABETES MELLITUS</b>	<b>33</b>
1.7.1 Epidemiología de la DMT2	33
1.7.2 Clasificación de la DM	34
1.7.3 Diabetes Mellitus tipo 2	35
1.7.4 Fisiopatología de la DMT2	35
1.7.5 Anormalidades metabólicas	36
1.7.6 Signos y Síntomas de la DM tipo 2	37
1.7.7 Factores de riesgo de la Diabetes Mellitus tipo 2	37
1.7.8 Características demográficas	38
1.7.9 Complicaciones	38
1.7.10 Directrices para la atención de la DM tipo	39
1.7.11 Tratamiento	39
1.7.12 PIE DIABETICO	40
1.7.13 Etiología	40
1.7.14 Clasificación del Pie Diabético	40
1.7.15 Prevención del pie diabético	41
1.7.16 Tratamiento de la ulcera del pie diabético	42
1.7.17 Factores de riesgo	43
1.7.18 Como evitar las lesiones del pie diabético	43
1.7.19 Cuidado de las lesiones ya existentes	44
1.7.20 Tratamiento del pie diabético	44
<b>1.8 HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b>	<b>44</b>
1.8.1 Prevalencia	44
1.8.2 Concepto	46
1.8.3 Clasificación de la Presión Arterial en los adultos	46

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



---

<b>1.8.4 Clasificación etiológica</b>	<b>46</b>
<b>1.8.5 Hipertensión primaria o esencial</b>	<b>47</b>
<b>1.8.6 Hipertensión secundaria</b>	<b>48</b>
<b>1.9 Factores predictores de hipertensión arterial</b>	<b>48</b>
<b>1.10 Causas</b>	<b>49</b>
<b>1.11 Síntomas</b>	<b>50</b>
<b>1.12 Diagnóstico</b>	<b>50</b>
<b>1.13 Tratamiento</b>	<b>51</b>
<b>1.13.1 Tratamiento farmacológico</b>	<b>52</b>
<b>1.13.2 Tratamiento de la hipertensión secundaria</b>	<b>52</b>
<b>1.14 ENFERMEDADES REUMÁTICAS</b>	<b>52</b>
<b>1.15 Signos y Síntomas</b>	<b>52</b>
<b>1.16 TIPOS DE PROCESOS REUMÁTICOS EN LOS MAYORES</b>	<b>53</b>
<b>1.16.1 Artrosis</b>	<b>53</b>
<b>1.16.2 Causas de la Artrosis</b>	<b>54</b>
<b>1.16.3 Síntomas de Artrosis</b>	<b>55</b>
<b>1.16.4 Tipos de Artrosis</b>	<b>55</b>
<b>1.16.5 Prevención de la Artrosis</b>	<b>56</b>
<b>1.16.6 Diagnóstico de la Artrosis</b>	<b>56</b>
<b>1.16.7 Tratamiento</b>	<b>57</b>
<b>1.17 ARTRITIS REUMATOIDEA</b>	<b>57</b>
<b>1.17.1 Clasificación</b>	<b>58</b>
<b>1.17.2 Patogenia de la Artritis Reumatoide</b>	<b>58</b>
<b>1.17.3 Causas de la Artritis Reumatoidea</b>	<b>58</b>
<b>1.17.4 Manifestaciones clínicas</b>	<b>59</b>

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.

MARIELA BONETE MUÑOZ.



---

<b>1.17.5 Diagnóstico de la Artritis Reumatoidea</b>	<b>59</b>
<b>1.17.6 Tratamiento</b>	<b>59</b>
<b>1.17.7 El papel del reumatólogo en el tratamiento de la AR</b>	<b>60</b>
<b>1.18 REUMATISMOS DE PARTES BLANDAS</b>	<b>60</b>
<b>1.18.1 Tumores fibroblásticos</b>	<b>61</b>
<b>1.18.2 Tumores de células adiposas</b>	<b>61</b>
<b>1.18.3 Tumores de histiocitos</b>	<b>61</b>
<b>1.18.4 Tumores de vasos sanguíneos</b>	<b>62</b>
<b>1.18.5 Tumores de vasos linfáticos</b>	<b>62</b>
<b>1.18.6 Tumores de músculo liso</b>	<b>63</b>
<b>1.18.7 Tumores de músculo esquelético</b>	<b>63</b>
<b>1.18.8 Tumores de cartílago</b>	<b>63</b>
<b>1.18.9 Tumores de hueso</b>	<b>63</b>
<b>1.18.10 Caracteres Generales de los Sarcomas</b>	<b>63</b>
<b>1.19 LUMBALGIA O LUMBAGO</b>	<b>64</b>
<b>1.19.1 Causas</b>	<b>64</b>
<b>1.19.2 Factores de Riesgo</b>	<b>65</b>
<b>1.19.3 Diagnóstico de Lumbalgia</b>	<b>65</b>
<b>1.19.4 Tratamiento</b>	<b>65</b>
<b>1.19.5 Actividad física</b>	<b>66</b>
<b>1.19.6 Fármacos</b>	<b>66</b>
<b>1.19.7 Neuroestimulación eléctrica percutánea</b>	<b>66</b>
<b>1.19.8 Cirugía</b>	<b>67</b>
<b>1.20 LA OSTEOPOROSIS</b>	<b>67</b>
<b>1.20.1 Fisiopatología de la Osteoporosis</b>	<b>67</b>
<b>1.20.2 Causas</b>	<b>68</b>

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



---

<b>1.20.3 Incidencia de esta enfermedad</b>	<b>69</b>
<b>1.20.4 Factores relacionados con la Osteoporosis</b>	<b>69</b>
<b>1.20.5 Síntomas</b>	<b>70</b>
<b>1.20.6 Diagnóstico</b>	<b>70</b>
<b>1.20.7 Tratamiento</b>	<b>71</b>
<b>1.20.8 Decálogo de la osteoporosis</b>	<b>72</b>
<b>1.21. OSTEOARTRITIS</b>	<b>73</b>
<b>1.21.1 Etiología</b>	<b>74</b>
<b>1.21.2 Patología</b>	<b>74</b>
<b>1.21.3 Causas</b>	<b>74</b>
<b>1.21.4 Diagnóstico</b>	<b>75</b>
<b>1.21.5 Tratamiento</b>	<b>75</b>
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>77</b>
<b>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>77</b>
<b>CAPÍTULO III</b>	<b>78</b>
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>78</b>
<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>80</b>
<b>ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	<b>80</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>106</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>107</b>
<b>REFERENCAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>108</b>
<b>ANEXOS</b>	



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

---



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**TEMA:**

“ESTILOS DE VIDA ASOCIADOS A PROBLEMAS CRÓNICO-DEGENERATIVOS DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO” 2010

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE LICENCIADAS EN ENFERMERÍA.**

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.

**DIRECTORA:**

MGT. LCDA. ADRIANA VERDUGO SANCHEZ.

**ASESORA:**

MGT. LCDA. CARMEN CABRERA CÁRDENAS.

**CUENCA –ECUADOR**

**2011**

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



## DEDICATORIA

En primer lugar quiero agradecer a Dios por darme la vida, sabiduría, inteligencia, cariño y paciencia para poder seguir esta carrera que necesita de todo eso en conjunto de valores para así poder brindar una atención de calidad y calidez hacia los enfermos necesitados.

A mis padres y hermanas por el apoyo incondicional que me brindaron en el camino de este proyecto y por ser esas personas que nunca fallan y siempre están ahí cuando uno más los necesita.

A mi esposo Paul y mi hijo Sebastián por ser mis dos grandes amores que poseo, amigos fieles y aquellas personas que me brindan todo su amor en su esencia más pura.

**TATIANA**





UNIVERSIDAD DE CUENCA

---

## DEDICATORIA

Primeramente agradecer a Dios por darme todo lo necesario para desenvolverme en el campo profesional con ética científica y humana, luego a mis padres por todo el apoyo moral y económico que me han brindado durante todo el trayecto de mi carrera universitaria que han hecho posible alcanzar uno de mis sueños.

A mis hermanos Wilmer y Byron quienes me motivaron y fueron un ejemplo a seguir adelante en los momentos que se me hacían difíciles continuar así como también a mi cuñada y sobrinita que es mi tesoro máspreciado.

**MARIELA**

### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

---

## AGRADECIMIENTO

Primeramente, gracias a Dios por poner en nuestro camino a tantas personas, quienes han contribuido de forma significativa en este trabajo.

De manera muy especial, queremos agradecer a nuestra directora, la licenciada ADRIANA VERDUGO SANCHEZ, vaya para ella nuestra gratitud por ser una maestra ejemplar, una gran amiga, quien en todo momento nos brindó su confianza y apoyo.

También agradecemos a la licenciada CARMEN CABRERA por la asesoría brindada para la elaboración de nuestra tesis.

**LAS AUTORAS**



## INTRODUCCIÓN

El mundo de hoy se desarrolla vertiginosamente, se presentan avances en la ciencia y la técnica, la medicina, la industria y esto es un aliciente para aquellos que desean vivir más, de hecho la esperanza de vida al nacer ha aumentado y por consiguiente cada día aumenta el envejecimiento poblacional.

Dada las dimensiones de este fenómeno el incremento de la ancianidad se ha calificado de epidemia moderna, término que muestra la representación que prima acerca de la tercera edad, la vejez no es sinónimo de plaga ni de enfermedad, el anciano constituye parte importante de la sociedad.

Podemos darnos cuenta que el fenómeno del envejecimiento resulta un campo interesante para la investigación. Qué experimentan las personas en esta etapa de la vida, cómo estimularlos, viendo el envejecimiento como un proceso inherente al hombre que ocurre a lo largo de la vida pero que requiere de atención debido a los cambios que se producen y a las representaciones que se tienen de la vejez.

La mayoría de las definiciones sobre la vejez enfatizan el aspecto biológico y plantean que es: " un proceso progresivo desfavorable de cambio a nivel fisiológico y anatómico, producto del paso del tiempo y que concluye invariablemente con la muerte"

En los ancianos se puede detectar diferencias individuales debido a características de la personalidad y acentuados por el cúmulo de experiencias de cada cual.

En la vejez se da una reducción de la capacidad funcional del individuo. Puede encontrarse declinación en funciones intelectuales tales como: análisis, síntesis, razonamiento aritmético, ingenio e imaginación, percepción y memoria visual inmediata.

Es importante hacer notar, que el anciano presenta menor deterioro de sus facultades intelectuales siempre y cuando se mantenga activo y productivo, cualquiera que sea la actividad laboral que realice.

En el anciano se incrementa el temor a lo desconocido, porque tener conciencia de las crecientes pérdidas físicas e intelectuales le produce un gran sentimiento de inseguridad.

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

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

### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



Con relación a la vejez como última etapa, habría que incluir los principales eventos que los autores han descrito para la misma, a saber: la viudez, la abuelita, el papel de los cuidadores del anciano y del anciano como cuidador, la jubilación, y la muerte.

La calidad de vida de los pacientes geriátricos es fundamental para evitar que se produzcan complicaciones en cada uno de los órganos y sistemas disfuncionales logrando así un envejecimiento con calidad y calidez.

Los estilos de vida se definen como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y precauciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Según las proyecciones de la OMS la población de adultos mayores irá en aumento en los siguientes 10 años, dado las mejores condiciones de vida en los países industrializados con la llegada de nuevos tratamientos médicos, nuevas ramas de la medicina que abarcan patologías y prevención de enfermedades en los grupos de edad considerados como adultos mayores, además a los niveles culturales y económicos que se han desarrollado en los países industrializados.

El adulto mayor se caracteriza por su alta morbilidad, las presentaciones atípicas de la enfermedad, la lenta respuesta al tratamiento y la necesidad de soporte social. Estas características, junto con el envejecimiento progresivo de la población, abogan por especialidades médicas específicas y respaldan el desarrollo de una atención especializada.



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento es un fenómeno multifactorial, que afecta todos los niveles de organización biológica, desde las moléculas a los sistemas fisiológicos, que llevan a que la persona tenga una mayor predisposición a desarrollar ciertas enfermedades y como consecuencia final presente un mayor riesgo de muerte.

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

Las enfermedades crónico degenerativas, son padecimientos regularmente asociadas con la edad y el envejecimiento. De este grupo cabe resaltar las más importantes y que son un problema de salud pública como: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y las Enfermedades Reumáticas.

Existen otros factores asociados a ellos como son edad, el exceso de peso, factores hereditarios, hábitos nocivos que atentan contra su salud.

Estos padecimientos pueden estar presentes sin que la persona que los tiene pueda sentir alguna molestia o síntoma, de ahí que se recomienda que en las personas con riesgo como mayores de 35 años, personas con sobrepeso, personas que tienen familiares con estas enfermedades, etc., se realicen por lo menos una o dos veces al año un examen de detección de enfermedades.

“En nuestro país según datos del INEC la proyección de adultos mayores que comprenden las edades entre 60 años a mayores de 80 años para el 2009 es de 1.235.704 habitantes que corresponde al 8.83% de la población total del país, la proyección para el 2010 de adultos mayores que comprenden las edades entre 60 años a mayores de 80 años es de 1.282.774 que corresponde al 9.03% nos representa a un crecimiento de 0.20% anual que para nuestra población general es un gran crecimiento en un grupo determinado de edad.

En el Azuay según datos del INEC revelan que la población total del Azuay es de 691.054 hbs, de los cuales 70.202 son adultos mayores representando el 10.15% de la población en estudio”<sup>1</sup>.

La realidad de nuestro país en la actualidad se basa principalmente en un difícil acceso de atención médica, alimentación, vivienda, actividades recreativas, afecto y apoyo psicológico siendo estos los desencadenantes de la disminución

de la calidad de vida del adulto mayor y haciendo que asomen estilos de vida poco saludables.

### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

---

El presente trabajo se realizo debido a que durante el periodo universitario tuvimos la oportunidad de compartir y brindar nuestros conocimientos éticos, científicos y humanos que hizo posible transcurrir en diversas aéreas de la salud como el servicio de Clínica observando una mayor incidencia de enfermedades crónicas en adultos mayores.



## JUSTIFICACIÓN

En el Ecuador el grupo de mayor vulnerabilidad en adquirir enfermedades crónico-degenerativas y desarrollar complicaciones son los adultos mayores por lo que la Organización Mundial de la Salud sugiere que: Podemos envejecer con dignidad si los países, las regiones y las organizaciones internacionales promulgan políticas y programas de “envejecimiento activo” que mejoren la salud, la autonomía y la productividad de los ciudadanos de más edad.

“Los cambios demográficos producidos en el Ecuador, en razón de la disminución de la tasa de mortalidad infantil, de natalidad, fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, obliga a reflexionar sobre el cambio de perfil epidemiológico en la población, la misma que va aumentando a partir de 65 y más años, por tanto el fenómeno del envejecimiento, tanto en el ámbito individual como poblacional, es un tema que ha sido tratado en foros mundiales en los cuales se ha dado directrices y políticas, que constituyen valiosos insumos técnicos para nuestro país.

Por primera vez en la historia del Ministerio de Salud se incluyó en su orgánico estructural por procesos, la micro área de adultos y adultos mayores, dentro de la Dirección de Normatización técnica del Sistema Nacional de Salud (SNS) según el Marco Teórico para el Nuevo Enfoque de la Gestión Pública, Publicada en Marzo del 2004 por SENRES, en la que desarrollará actividades para dar cumplimiento a la obligación del Estado, para este grupo etáreo de especial atención, para permitir y viabilizar las medidas pertinentes para que las personas adultas y adultas mayores se mantengan sanas y económicamente activas hacia un envejecimiento saludable”.<sup>2</sup>

Los estilos de vida tienen influencia positiva o negativa sobre el perfil de salud – enfermedad dependiendo si son saludables o nocivos, por lo que la Enfermera cumple un rol fundamental dentro del área de salud promoviendo estilos de vida saludables que promuevan la salud y prevenir el desarrollo de enfermedades crónico degenerativas o disminuir las complicaciones derivadas de la cronicidad y deterioro de los adultos mayores con la finalidad de mantener su calidad de vida, desarrollar independencia evitando el aceleramiento de su deterioro que puede causar discapacidad y altos costos hospitalarios y dependencia.

Por ello consideramos que la presente investigación tiene relevancia porque permitirá conocer los estilos de vida de los adultos mayores para diseñar programas de atención, vigilancia epidemiológica para conservar la función, mantener su independencia, bienestar individual para un envejecimiento con dignidad.

### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



## CAPÍTULO I

### MARCO TEÓRICO

#### 1.1 EL ENVEJECIMIENTO

##### 1.1.1 Introducción

“Con el avance de la medicina y la mejoría de la calidad de vida, se está produciendo un aumento progresivo del grupo de personas mayores en nuestra sociedad. La mayoría de ellos son personas con muchas potencialidades por desarrollar, a los cuales nuestra sociedad tiende a desestimar por el solo hecho de haber llegado a cierta edad cronológica.

De hecho, se sabe que de todos los adultos mayores, el 60 - 70% son personas independientes, el 30% se clasifica como frágiles o en riesgo, y sólo un 3% son adultos mayores postrados o inválidos.

A medida que sobrepasamos los 65 años aumenta progresivamente la probabilidad que en los próximos años aparezca una limitación en la funcionalidad. Por ello es tan importante el papel de la geriatría en tratar de prevenir o minimizar esta pérdida de independencia para las actividades de la vida diaria, muy especialmente en relación a los adultos mayores más frágiles”<sup>3</sup>

“Según la Unión Europea, el envejecimiento es uno de los grandes problemas contemporáneos, a más de la globalización y el calentamiento global. Para enfrentarlo, convoca a la comunidad internacional a la adopción de políticas globales para evitar problemas sociales y económicos insostenibles.

El envejecimiento de la población obedece al aumento de los índices de esperanza de vida, el descenso de las tasas de natalidad, los movimientos migratorios, entre otros factores.

Según el Instituto Latinoamericano de Gerontología, en los próximos 25 años, en América Latina habrá más personas mayores de 65 años que menores de 15 años. Un estudio de la ONU establece que la expectativa de vida en Latino América ha subido a 74 años, mientras que los índices de fertilidad se han desplomado en toda la región.

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.





En el Ecuador, el crecimiento poblacional es del 2.4% anual y la población mayor de 65 años se acerca al 10% de la población nacional. Según informe de las Naciones Unidas, el envejecimiento de la población ecuatoriana será mayor al 15%.

Ese mismo informe señala que en el Ecuador existe un elevado margen de desprotección jurídico social, pues la mayoría no tiene acceso a los servicios de seguridad social y a los sistemas de salud pública. Sólo el 21% de la población nacional se halla bajo un sistema de seguridad social, mientras que el 79% no tiene ningún sistema de protección.”<sup>4</sup>

### 1.1.2 Definición.

“El envejecimiento es un proceso continuo, universal e irreversible que se inicia con el nacimiento y es de naturaleza multifactorial, lo que implica una pérdida de vitalidad (capacidad que tiene el organismo para realizar distintas funciones biológicas), produciendo un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante cualquier agresión, que en un último término llevara a la muerte.

A medida que el hombre envejece, va perdiendo vitalidad a través de un deterioro progresivo de casi todas las funciones fisiológicas las mismas que ocurren en ausencia de enfermedad”<sup>5</sup>.

### 1.1.3 “Fisiología del envejecimiento”<sup>6</sup>

A diferencia de los cambios de la adolescencia que son predecibles dentro de unos pocos años, cada persona envejece a una velocidad única.

Algunos sistemas comienzan a envejecer incluso a los 30 años, mientras que otros procesos de envejecimiento no son comunes hasta mucho después, aunque hay cambios que se presentan típicamente con el envejecimiento, ocurren a diferentes tasas y en diferentes grados. No hay una manera confiable de predecir específicamente como envejecerá una persona, incluyendo su edad en años (edad cronológica). En efecto, aún en la misma persona los diferentes sistemas orgánicos 'envejecen' a una velocidad diferente.

- **Atrofia:** Las células se encogen. Si una cantidad suficiente de células disminuye su tamaño, todo el órgano se atrofia. Éste es, con frecuencia, un cambio normal por envejecimiento que se puede presentar en cualquier tejido. Es más común en el músculo esquelético, el corazón, el cerebro y los órganos sexuales secundarios (tales como las mamas).

Se desconoce la causa de la atrofia, pero puede incluirse la reducción del uso, la reducción de la carga de trabajo, la reducción del suministro de sangre o nutrición de las células y la disminución de la estimulación nerviosa u hormonal.

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



- **Hipertrofia:** Las células se agrandan. Este aumento de tamaño es causado por un aumento de las proteínas celulares, como la pared celular y las estructuras internas de la célula y no es un aumento del líquido celular. Cuando algunas células se atrofian, otras pueden hipertrofiarse en un intento por compensar la pérdida de masa celular.

- **Hiperplasia:** Se aumenta el número de células y hay un aumento en la velocidad de la división celular. La hiperplasia se presenta generalmente como un intento de compensar la pérdida de células y permite que algunos órganos y tejidos se regeneren, incluyendo la piel, el revestimiento de los intestinos, el hígado y la médula ósea. El hígado es especialmente bueno para la regeneración, ya que puede reemplazar hasta el 70% de su estructura en dos semanas después de una lesión. Los tejidos que tienen una capacidad limitada de regeneración incluyen el hueso, cartílago y músculo liso (como los músculos que rodean los intestinos).

Los tejidos que rara vez o nunca se regeneran incluyen los nervios, el músculo esquelético, el músculo cardíaco y el cristalino del ojo. Cuando estos se lesionan, son reemplazados con tejido cicatrizal.

- **Displasia:** El tamaño, forma u organización de las células maduras se hace anormal; esto también se denomina hiperplasia atípica y es muy común en las células del cuello uterino y el recubrimiento del tracto respiratorio.

- **Neoplasia:** Es la formación de tumores cancerosos malignos y puede ser una extensión de los procesos que producen hiperplasia e hipertrofia. Las células se reproducen rápidamente y pueden tener formas poco comunes y funcionamiento anormal.

#### 1.1.4 Características del envejecimiento

- **“Universal:** Propio de todos los seres vivos.

- **Irreversible:** A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.

- **Heterogéneo e individual:** Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.

- **Deletéreo:** Lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



• **Intrínseco:** No debido a factores ambientales modificables. En los últimos 2000 años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de fijo alrededor de los 118 años. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades, y se han mejorado los factores ambientales, la curva de sobrevivida se ha hecho más rectangular. Se observa que una mayoría de la población logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud, y muere generalmente alrededor de los 80 años.”<sup>7</sup>

### 1.1.5 Envejecimiento y sus factores

- “Genéticos
- Enfermedades en el curso de la vida
- Salud mental
- Antecedentes laborales
- Condiciones ambientales
- Estilo de vida
- Alimentación “<sup>8</sup>

### 1.1.6 “Teorías del envejecimiento”<sup>9</sup>

Se han propuesto muchas teorías para explicar el proceso de envejecimiento, Goldstein y colaboradores las han revisado extensamente y finalmente las han dividido en dos grandes categorías: Las que afirman que el proceso de envejecimiento sería el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo (teorías estocásticas), y las que suponen que el envejecimiento estaría predeterminado (teorías no estocásticas).

**1.1.6.1 Teorías estocásticas:** Envejecimiento como consecuencia de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo.

**A. Teoría del error catastrófico:** Orgel, 1963 (poca evidencia científica lo apoya). Esta teoría propone que con el paso del tiempo se produciría una acumulación de errores en la síntesis proteica, que en último término determinaría daño en la función celular.

Se sabe que se producen errores en los procesos de transcripción y translación durante la síntesis de proteínas, pero no hay evidencias científicas de que estos errores se acumulen en el tiempo.

**B. Teoría del entrecruzamiento:** Esta teoría postula que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad.

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



Se sabe que el desarrollo de "cataratas" es secundario a que las proteínas del cristalino sufren glicosilación y comienzan a entrecruzarse entre ellas, lo que lleva a opacificación progresiva de éste. También se ha observado entrecruzamiento de las fibras de colágeno entre ellas, pero su significado clínico no es del todo claro.

**C. Teoría del desgaste:** Esta teoría propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables, y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo. La capacidad de reparación del ADN se correlaciona positivamente con la longevidad de las diferentes especies. Faltan aún más estudios para saber si realmente se acumula daño en el ADN con el envejecimiento.

**D. Teoría de los radicales libres:** Denham Harman, 1956. Esta es una de las teorías más populares. Propone que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres.

Vivimos en una atmósfera oxigenada, y por lo tanto oxidante. El oxígeno ambiental promueve el metabolismo celular, produciendo energía a través de la cadena respiratoria (enzimas mitocondriales). Como la utilización y manejo del O<sub>2</sub> no es perfecta, se producen radicales libres, entre ellos el radical superóxido. Los radicales libres son moléculas inestables y altamente reactivas con uno o más electrones no apareados, que producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas. Se cree que este tipo de daño podría causar alteraciones en los cromosomas y en ciertas macromoléculas como colágeno, elastina, mucopolisacáridos, lípidos, etc. La lipofucsina, llamada también "pigmento del envejecimiento", corresponde a la acumulación de organelos oxidados.

Lo que sí es claro, es el importante papel que juega el daño producido por la liberación de radicales libres en ciertas patologías relacionadas con el envejecimiento, tales como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, cataratas, Enfermedad de Alzheimer, y otras.

Según la evidencia con la que contamos hasta el momento, si logramos disminuir la generación de radicales libres o neutralizamos su daño, lograríamos disminuir estas enfermedades. Entonces, seríamos capaces de prevenir una muerte precoz por estas patologías.

#### **1.1.6.2 Teorías no estocásticas (Genéticas y del desarrollo)**

Estas teorías proponen que el envejecimiento sería la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación, y correspondería a la última etapa

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma. Hasta el momento no existe evidencia en el hombre de la existencia de un gen único que determine el envejecimiento, pero a partir de la Progeria (síndrome de envejecimiento prematuro), se puede extrapolar la importancia de la herencia en el proceso de envejecimiento.

**A. Teoría del marcapasos:** (Poco probable) Los sistemas inmune y neuroendocrino serían "marcadores" intrínsecos del envejecimiento.

Su involución está genéticamente determinada para ocurrir en momentos específicos de la vida. El timo jugaría un rol fundamental en el envejecimiento, ya que al alterarse la función de los linfocitos T, disminuye la inmunidad y aumenta, entre otros, la frecuencia de cánceres.

"Reloj del envejecimiento", según Burnet, 1970.

**B. Teoría genética:** Es claro que el factor genético es un importante determinante del proceso de envejecimiento, aunque no se conocen exactamente los mecanismos involucrados.

Evidencias del control genético de la longevidad:

- ✓ Existen patrones de longevidad específicos para cada especie animal.
- ✓ Existe una mucho mejor correlación en la sobrevivencia entre gemelos monocigotos, que entre hermanos.
- ✓ La sobrevivencia de los padres se correlaciona con la de sus hijos.
- ✓ La relación peso cerebral / peso corporal x metabolismo basal x temperatura corporal, mantiene una relación lineal con la longevidad en los vertebrados.
- ✓ En los dos síndromes de envejecimiento prematuro (S. de Werner y Progeria), en los cuales los niños mueren de enfermedades relacionadas al envejecimiento, hay una alteración genética autosómica hereditaria.

En conclusión, existe fuerte evidencia de un control genético del proceso de envejecimiento, tanto a nivel celular como del organismo en su totalidad.

### 1.1.7 Tipos de cambios con el envejecimiento

1.- "Pérdidas totales de determinadas funciones. Quizá el ejemplo más claro sea la pérdida de la capacidad reproductora en la mujer pasada la edad de la menopausia, pérdida que, en menor medida y de forma más tardía e irregular, también ocurre en el hombre.

2.- Cambios funcionales secundarios a otros estructurales. Son los más comunes y, en menor o mayor grado, afectan a todos los órganos y sistemas.

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



La norma es que las alteraciones funcionales sigan a las pérdidas anatómicas, aunque no siempre está claro que éste sea el orden y no el inverso. Muchas de estas pérdidas pueden ser parcialmente suplidas durante un tiempo a través de los mecanismos de reserva fisiológicas del organismo.

Un ejemplo podría ser la pérdida progresiva en el funcionalismo renal secundaria a la disminución de la población de nefronas, disminución que, probablemente, se deba, al menos en gran medida, como en el caso de otros parénquimas nobles, a la reducción del flujo vascular del riñón. Probablemente, muchas de las alteraciones en el comportamiento o en la función mental del individuo tienen también su origen en las pérdidas de población neuronal y sináptica asociada a la edad.

**3.-**Perdidas o limitaciones funcionales sin alteraciones estructurales demostrables. Son mucho menos frecuentes. Su ejemplo más típico lo constituye la reducción con la edad en la velocidad de conducción de la fibra nerviosa periférica sin acompañamiento de cambios morfológicos en el nervio.

**4.-**Cambios secundarios a fallos o interrupción de los mecanismos de control. Así, se elevan mucho los niveles de gonadotropinas en la mujer, como consecuencia del sistema de retroacción de regulación, cuando, tras la menopausia, hay una caída en la producción de hormonas sexuales.

**5.-**Respuestas por exceso con aumento de la función. El sistema endocrino puede ofrecer algunos ejemplos, como el aumento de la secreción de hormona anti diurética en respuesta a las modificaciones con la osmoralidad. Muchos de estos cambios, y de los expuestos en los apartados anteriores, se acompañan de otros que contribuyen a complicar la interpretación de las manifestaciones clínicas del anciano y su manejo terapéutico. Así en la relación con la propia regulación hidroelectrolítica, es necesario tener en cuenta que el anciano presenta menor sensibilidad para la sed. Lo que contribuye a facilitar su deshidratación ante estímulos como la sudación excesiva o la pérdida de líquidos a través de diarreas o de medicamentos diuréticos.

**6.-**Cambios que solo ocurren en circunstancias no basales. Esto es muy típico en los órganos de los sentidos. La presbicia es la limitación para la visión de cerca, que se manifiesta en la lectura cuando la letra es muy pequeña o el texto está muy próximo, lo mismo que la presbiacusia, que solo se manifiesta cuando la intensidad del sonido se reduce considerablemente. Es también el caso de la frecuencia cardíaca, que se mantiene prácticamente inalterada en reposo pero que, con el ejercicio, es incapaz de alcanzar las altas frecuencias que pueden lograrse en los individuos de menor edad<sup>10</sup>.

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



### 1.1.8 Consecuencias de las enfermedades

“La geriatría es la especialidad médica que se ocupa de las personas de edad avanzada y de las enfermedades que padecen, y la gerontología es el estudio del envejecimiento. No existe una edad específica que convierta al individuo en "anciano", aunque ésta se establezca frecuentemente en 65 años, debido a que es la edad habitual de la jubilación.

Ciertas enfermedades, denominadas algunas veces síndromes geriátricos o enfermedades geriátricas, se presentan casi exclusivamente en adultos de edad avanzada. En cambio, otros trastornos afectan a los individuos de cualquier edad, aunque en la vejez sean más frecuentes o más graves, o puedan causar diferentes síntomas o complicaciones.

El fallecimiento de la gente mayor ya no se produce por afecciones agudas como un infarto cardíaco, una fractura de cadera o una neumonía. Hoy en día se pueden tratar y controlar estas enfermedades aunque sean incurables.

Una afección crónica no implica necesariamente la invalidez; de hecho, muchos pacientes pueden seguir con sus actividades y no depender de los demás a pesar de tener Diabetes, Hipertensión Arterial, Enfermedades Reumáticas, alteraciones renales, enfermedades del corazón y otras enfermedades crónicas.

Los factores socioeconómicos modifican con frecuencia la forma en que las personas mayores buscan y reciben cuidados; a menudo tienden a ocultar los problemas cuando son poco importantes; tampoco solicitan atención médica hasta que los trastornos se vuelven más graves.

En la edad avanzada, se tiende además a padecer más de una enfermedad a la vez, y cada enfermedad puede influir en las otras. Por ejemplo, la depresión puede empeorar la demencia y la diabetes puede agravar una infección.

También es frecuente que, debido a los factores sociológicos, las enfermedades se compliquen en las personas de edad avanzada. Este grupo de personas puede deprimirse si la afección implica una pérdida de independencia temporal o permanente y, en consecuencia, necesitan atención por parte de los servicios sociales, al igual que ayuda psicológica. De ahí que los geriatras recomienden con frecuencia los tratamientos multidisciplinarios bajo la dirección de un médico principal, quien a su vez cuenta con la colaboración de un equipo de personal sanitario compuesto de médicos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas, farmacéuticos y psicólogos, los cuales planifican y aplican el tratamiento correspondiente.

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



## 1.2 CALIDAD DE VIDA Y ESTILOS DE VIDA

### 1.2.1 Introducción

“Desde épocas remotas, el hombre siempre ha querido vivir más y mejor, sin aceptar los cambios que el tiempo y la edad van produciendo sobre su salud tanto física como emocional llevándolo al envejecimiento y a la muerte. Las enfermedades, las dolencias, las pérdidas, son procesos difíciles de aceptar en la cultura de hoy que quiere vivir una eterna juventud.

Es imposible hablar de estilo de vida sin enmarcarlo dentro del concepto de modo de vida, ya que ambos determinan la forma como se desarrolla el hombre dentro de la sociedad y su relación con el proceso salud-enfermedad. Ambos conceptos, modo y estilo de vida, comienzan a ser objeto de las ciencias médicas en la segunda mitad del siglo XX, a partir del momento cuando se redimensiona el concepto de salud y, por ende, se redimensionan también los conceptos de los determinantes de salud.

Tienen sus orígenes en la década de los 50, cuando simultáneamente se establecieron en los EE.UU. las primeras escuelas de medicina preventiva en las que se recomendaba prestar atención a la prevención de salud y, por tanto, se comenzó el estudio de los elementos que intervienen en su cuidado, aunque aún no se identificaban el estilo y modo de vida dentro de estos elementos. También sus orígenes se encuentran en Inglaterra, cuando H Sigesrist (1945) definió las cuatro tareas principales de la medicina: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, lo que impulsó el estudio de los elementos no biológicos que intervienen en la salud.

El camino para arribar, en forma general, a estos nuevos conocimientos en medicina, se produjo a partir del cambio del estado de salud en poblaciones con un avanzado desarrollo socioeconómico, donde las enfermedades infecciosas ya no eran las principales causas de muerte, y aparecieron otros elementos que inciden en la aparición de enfermedades y muertes, como por ejemplo: un sistema de cuidados de la salud inadecuado, factores conductuales o estilos de vida poco sanos, riesgos ambientales para la salud y factores biológicos. De esta forma, se comenzó a concebir que la determinación de la salud es un proceso complejo, multifactorial y dinámico en que los factores enunciados interactúan no sólo para deteriorar la salud, sino para incrementarla y preservarla.

Los estudios epidemiológicos han mostrado la relación existente entre el estilo de vida que las personas exhiben y el proceso salud-enfermedad. Un estilo de

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.





vida saludable constituye un importante factor en la configuración del perfil de seguridad”<sup>11</sup>.

“IncurSIONAR en la temática de Estilos de Vida Saludables, no es posible hacerlo a través a un listado de comportamientos individuales y colectivos que definen el que hacer o no hacer para vivir más o menos años, independiente de como se viven. Es necesario en primera instancia, adentrarnos en el concepto de Calidad de Vida y un poco más allá en este como componente del desarrollo humano orientado hacia qué hacer, individual y colectivamente, para la satisfacción de las necesidades humanas.

### **1.2.2 Desarrollo Humano**

El desarrollo debe entenderse como un proceso de transformación que persigue el mejoramiento de las condiciones de vida para lograr mejor calidad de vida, alcanzar y mantener la dignidad de la persona humana en la sociedad. Esta transformación exige la participación de la población.

Inicia con la identificación de las necesidades humanas y su objetivo final será humanizar y dignificar al ser humano a través de la satisfacción de sus necesidades de expresión, creatividad, participación, igualdad de condiciones de convivencia, y autodeterminación entre otras. En esta forma el desarrollo está íntimamente ligado con las oportunidades de autorrealización de las personas como individuos o como grupos.

Como el desarrollo implica satisfacción de necesidades, muchos investigadores del área biológica, psicológica y social, se han preocupado por el estudio de éstas. En el artículo Calidad de Vida y Desarrollo de la Vejez (Ps Zemirower, N.P. y otro. 1992), los autores, psicólogo y médico, exponen que los tres componentes del desarrollo humano siguen siendo la longevidad (esperanza de vida), el conocimiento (la educación) y los niveles de vida decentes (ingresos). El desarrollo humano, según estos autores, no se puede realizar si no hay vida y salud. Las personas no solo desean vivir y poder desarrollarse, también anhelan tener conocimientos y una vida decente, la cual no este permanentemente sujeta a situación de pobreza extrema y de preocupaciones constantes en relación con la subsistencia. Los investigadores sociales, han establecido otras categorías de necesidades, definiéndolas como: de existencia, de relacionamiento, de crecimiento, físicas, sociales, culturales, políticas, de subsistencia y de formación humana. Es así como el desarrollo a escala humana implica compromiso generalizado de todos los sectores: político, económico, religioso, social, cultural, individual, colectivo, etc.”<sup>12</sup>.

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



### 1.3 Calidad de vida

“El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

Transcurridos 20 años, aún existe una falta de consenso sobre la definición del constructo y su evaluación. Así, aunque históricamente han existido dos aproximaciones básicas: aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios, todavía en 1995, Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de Calidad de Vida. A las tres conceptualizaciones que ya había propuesto Borthwick-Duffy en 1992, añadieron una cuarta. Según éstas, la Calidad de Vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es: ‘La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per cápita, el nivel educativo o las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan, como la salud, el consumo de alimentos, la seguridad social, la ropa, el tiempo libre, los derechos humanos, etc. Parece como si el concepto de calidad de vida apareciera cuando está establecido un bienestar social como ocurre en los países desarrollados.

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



El concepto de calidad de vida representa un “término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades.

### 1.3.2 Determinantes de la calidad de vida

“El conocimiento objetivo de la salud y sus problemas debe relacionar las formas de vida o reproducción social que caracterizan a los diferentes grupos a sociales, sus patrones de trabajo y consumo , sus modalidades de actividad práctica, sus formas organizativas y su cultura con el comportamiento de sus organismos y las enfermedades que lo afectan , las modalidades de vida en cuyo seno cobran existencia los procesos destructivos o determinantes, cuanto los patrones de enfermedad que los expresan son característicos en cada conglomerado o clase social.

Los miembros de cada clase social, de acuerdo a su especial modo de inserción en la esfera productiva, a sus patrones característicos de consumo, a sus formas específicas de organización y cultura, se desenvuelven en medio de un sistema contradictorio, en el que se oponen por un lado, los bienes o fuerzas benéficas que protegen y perfeccionan su salud y el avance de sus procesos biológicos y por otro los aspectos destructivos que los constriñen y deterioran.

La reproducción social se interpreta en dos dimensiones: la gran reproducción en el nivel general, que en el caso de nuestras sociedades adquiere el carácter histórico de acumulación de capital y, dentro de esta, las formas de reproducción social particulares de los grupos o clases específicos que lo conforman. Estas últimas constituyen un sistema multidimensional que abarca como eje de determinación el movimiento de producción-consumo mediado por la distribución y que incluye las relaciones con el entorno y medio geográfico o territorio”<sup>13</sup>.

### 1.3.3 Características de la calidad de vida

En lo relativo a las características de la calidad de vida, en general, podemos expresarlas a partir de su conceptualización:

**Concepto universal.** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.

**Concepto holístico.** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



**Concepto dinámico.** Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en períodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.

**Interdependencia.** Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

#### **1.3.4 Calidad de vida y salud.**

Los profesionales de la salud siempre hemos considerado que la calidad de vida y el bienestar de nuestros pacientes es un parámetro muy importante en nuestro trabajo.

Sin embargo, no es hasta hace pocos años cuando ha comenzado a considerarse que dichos factores debían ser objeto de cuantificación, de medida. Cuando dicha preocupación ha nacido, lo ha hecho con extremada fuerza, como lo demuestra la gran cantidad de publicaciones al respecto que encontramos en los últimos años en revistas especializadas con un elevado índice de impacto. Hay que tener en cuenta, no obstante, que gran parte de este interés deriva del hecho de que, especialmente en la neurología, con frecuencia nos encontramos ante enfermedades de evolución crónica, o al menos prolongada, y en las cuales resulta difícil observar grandes cambios en cortos períodos”<sup>14</sup>.

### **1.4 ESTILOS DE VIDA**

“Refiriéndose al estilo se plantea que en el mismo se reflejan tanto las condiciones económico-sociales de la vida de la sociedad como las peculiaridades y las tradiciones de tal o más cual pueblo, sería pues la forma como se comporta o manifiesta una determinada cultura, por lo que cada pueblo, nación, o aún diferentes grupos sociales pueden tener diferentes estilos de vida y aún haciéndolo más particular, una comunidad, una familia o un individuo pueden tener un estilo de vida en particular dependiendo de sus conocimientos, necesidades reales, posibilidades económicas , etc. Es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y, por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares.

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: **el material, el social y el ideológico.**

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.

En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.

En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto es dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar.

Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial espiritual y como componente de la calidad de vida”<sup>15</sup>.

## 1.5 ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

“El Estilo de Vida Saludable es la manera como la gente se comporta con respecto a la exposición a factores nocivos que representan riesgo para la salud.

Los Comportamientos o Conductas son determinantes decisivos de la salud física y mental y del estado de la salud pública, estando fuertemente vinculados al bienestar. Se calcula que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento”<sup>16</sup>.

Al hablar de estilo de vida saludable, nos referimos a comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, tales como: un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, sueño y distracción; el control y la evitación del abuso de sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol; una correcta distribución y aprovechamiento del tiempo, etc.

El análisis de los estilos de vida adquiere un interés creciente, ya que el conjunto de pautas y hábitos de comportamientos cotidianos de las personas tienen un efecto importante en su salud y, además, cada día aumenta la prevalencia del conjunto de enfermedades relacionadas con los malos hábitos comportas mentales.

Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables podrían ser:

### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



**1. “Practicar ejercicio físico.** Realizar una actividad física de modo regular (ej., dar largos paseos) es el vehículo más adecuado para prevenir el comienzo de las principales patologías físicas y psicológicas que afectan a la sociedad desarrollada. También es útil para atenuar el grado de severidad cuando el sujeto ya presenta la enfermedad (Haskell, 1984). Una actividad física moderada, realizada regularmente, repercute beneficiosamente en la salud. Los principales beneficios del ejercicio sobre la salud tienen que ver con la prevención de los problemas cardiovasculares. Las personas que realizan asiduamente ejercicio físico corren menos riesgo de desarrollar y de morir de una dolencia coronaria. También ayuda a controlar el peso, a normalizar el metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos.

También aporta beneficios psicológicos, pues se ha visto que la realización de una actividad física regular reporta beneficios considerables a la persona. En primer lugar, una actividad física enérgica practicada regularmente reduce los sentimientos de estrés y ansiedad. El ejercicio y la buena forma física puede por los efectos perjudiciales del estrés sobre la salud.

**2. Nutrición adecuada.** En términos de efectos en la salud, los hábitos alimentarios de las personas que viven en las sociedades desarrolladas, han pasado desde los estragos de las deficiencias dietéticas de principios de siglo, a los estragos derivados del exceso, en las últimas décadas. Una nutrición correcta se hace imprescindible para lograr un estado saludable. De hecho, la mayor parte de las enfermedades actuales guardan una estrecha relación con la dieta alimenticia (ej., la diabetes, la caries dental). Una buena práctica nutricional se caracteriza por una dieta equilibrada, que contenga todas las sustancias nutritivas esenciales (ej., minerales, vitaminas, proteínas), y un consumo adecuado, evitando una ingesta excesiva de alimentos. O dicho de otro modo, la dieta saludable es aquella que minimiza el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con la nutrición. Las dietas saludables proporcionan una cantidad adecuada de todos los nutrientes esenciales para las necesidades metabólicas del organismo. Además de agua, los alimentos contienen cinco tipos de componentes químicos que aportan nutrientes específicos para el buen funcionamiento del organismo: carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales (Holum, 1987).

Las dos principales causas de morbilidad y mortalidad de la década de los 90, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, se deben en gran medida a comportamientos nutricionales inadecuados. Por ejemplo, enfermedades como el cáncer de colon, el estreñimiento y la diverticulosis se han relacionado con dietas pobres en fibras. Dietas ricas en grasa y sal favorecen la hipercolesteremia y la hipertensión, dos importantes factores de riesgo de la enfermedad cardíaca (Costa y López, 1986).

Cabe señalar que entre los hábitos alimenticios más recomendables para implantar, se encuentran la disminución del consumo de grasas animales, aumento del consumo de leche, patatas y especialmente verduras, frutas y alimentos de alto contenido en fibra, reducir el consumo de azúcar, dulces y

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



harinas refinadas y evitar el consumo excesivo de alcohol. Esto es, nuestra dieta para que sea equilibrada debe aportarnos todos los nutrientes básicos y la fibra necesaria a nuestras necesidades, a base de ingerir diversos alimentos de los cuatro grupos básicos: cereales, frutas y vegetales, productos lácteos y carnes y pescados (Nelson, 1984).

**3. Adoptar comportamientos de seguridad.** Las tasas de muerte por accidentes persisten como la tercera causa de muerte en los países desarrollados. La mayor parte de los accidentes podrían ser evitados, pues la mayoría de ellos son ocasionados por la conducta de los individuos. Comportamientos inapropiados en el manejo de automóviles, medicamentos, armas blancas y de fuego, sustancias tóxicas, fuego, etc, son una fuente considerable de lesiones (Robertson, 1984). Aproximadamente las dos terceras partes de las muertes por accidente no son intencionadas. La mayor parte de las lesiones se deben a los accidentes automovilísticos y a los ocurridos por fuego.

**4. Evitar el consumo de drogas.** Uno de los tres problemas que más preocupan a nuestros ciudadanos son las drogas. En la sociedad actual el uso de drogas ilegales (heroína, cocaína, marihuana, etc.) y legales (alcohol, tabaco y drogas de prescripción) es un fenómeno que ha adquirido gran relevancia. Estas sustancias son una fuente de problemas de salud, dando lugar a diferentes clases de cánceres, enfermedades del aparato respiratorio, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebro vasculares, etc.

Tanto las drogas legales como las ilegales representan un peligro potencial para la salud. Sin embargo, las drogas ilegales presentan ciertos riesgos a diferencia de las legales, sin tener en cuenta los efectos farmacológicos. Por ejemplo, este tipo de sustancias pueden ser vendidas como un tipo de droga cuando realmente son otra; contienen otro tipo de sustancias que pueden ser por sí mismas peligrosas para la salud; falta de medidas higiénicas durante la administración; el consumidor no tiene asegurada la dosis por motivos económicos o de demanda y un largo etcétera. También son un foco de problemas de índole social, pues los consumidores producen inseguridad ciudadana, tráfico de drogas, crímenes, robos, etc. Otros problemas importantes que generan las mismas son de tipo laboral y económico.

**5. Sexo seguro.** Cada año millones de personas, la mayoría de ellos jóvenes, contraen enfermedades transmitidas sexualmente (ej., gonorrea, herpes). Estas enfermedades han sido siempre potencialmente peligrosas, pero durante los últimos 40 años, la mayoría pueden ser tratadas eficazmente. Sin embargo, en la década de los años 80 la irrupción en escena del SIDA cambió completamente el panorama.

**6. Desarrollo de un estilo de vida minimizador de emociones negativas.** Las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud. Estas influyen sobre la salud a través de diferentes mecanismos. Quizás el más conocido es el Síndrome General de Adaptación (SGA), también denominado

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



estrés. Labrador (1992) define el estrés como: "Se considera que una persona está en una situación estresante o bajo un estresor cuando debe hacer frente a situaciones que implican demandas conductuales que le resultan difíciles de realizar o satisfacer. Es decir, que el individuo se encuentre estresado depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él; o, si avanzamos un poco más, depende de las discrepancias entre las demandas del medio, externo e interno, y la manera en que el individuo percibe que puede dar respuesta a esas demandas.

**7. Adherencia terapéutica.** Para que el consejo médico tenga repercusiones beneficiosas sobre la salud del paciente, se deben tener en cuenta dos aspectos. En primer lugar, el consejo debe ser acertado. En segundo lugar, debe ser seguido por el individuo (Pues bien, la realidad parece bien distinta, coincidiendo plenamente con lo que expresa un acertado adagio castellano "de lo dicho a lo hecho hay un trecho").

En el caso de las enfermedades crónicas (ej., hipertensión, diabetes mellitus tipo II, enfermedades reumáticas), las consecuencias de la falta de adhesión al tratamiento acarrear consecuencias muy negativas en la esfera física, psicológica y social de los clientes, además de derivar en un coste importante para la sociedad. Por tanto, el incumplimiento y no seguimiento de las prescripciones genera unos costes personales importantes, en especial, en la calidad de vida que puede gozar la persona.<sup>17</sup>

Como investigadoras hemos creído conveniente realizar un análisis descriptivo sobre las enfermedades crónicas degenerativas que se presentan en los adultos mayores.

## **1.6 ENFERMEDADES CRONICO –DEGENERATIVAS**

“Las enfermedades crónico degenerativas, son padecimientos regularmente asociadas con la edad y el envejecimiento. De este grupo cabe resaltar las más importantes y que son un problema de salud pública como la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial y las Enfermedades Reumáticas. Existen otros factores asociados a ellos como son edad, el exceso de peso, factores hereditarios, hábitos nocivos que atentan contra su salud.

Estos padecimientos pueden estar presentes sin que la persona que los tiene pueda sentir alguna molestia o síntoma, de ahí que se recomienda que en las personas con riesgo como mayores de 35 años, personas con sobrepeso, personas que tienen familiares con estas enfermedades, etc., se realicen por lo menos una o dos veces al año un examen de detección de las dos primeras enfermedades, en las unidades médicas del Sector Salud que incluyen instituciones públicas y privadas mediante los programas de Detección Oportuna.

### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.





Es preciso señalar, que se ha demostrado en grandes estudios que un control adecuado de estos padecimientos crónico-degenerativos, retarda la aparición de las complicaciones propias de la enfermedad mejorando no solo la esperanza de vida sino incluso la calidad de vida que la medicina quiere para nosotros”<sup>18</sup>

## 1.7 DIABETES MELLITUS

### 1.7.1 Epidemiología de la DMT2

“Tanto la Diabetes tipo I como la II está aumentando en todo el mundo a causa de la obesidad creciente y reducción de la actividad física. En el año 2000 se estima que la diabetes era de 0,19% en personas menores de 20 años y de 8,6% en las mayores de esa edad.

En los individuos de más de 65 años la prevalencia de la DM fue de 20,1%. La prevalencia es semejante tanto en hombres como mujeres pero ligeramente elevada en los varones mayores de 60 años, varía entre las diferentes poblaciones étnicas dentro de un país determinado.

La Diabetes Mellitus comprende un grupo de trastornos metabólicos que comparten el fenotipo de la hiperglucemia. Existen diferentes tipos de DM entre genética, factores ambientales y elecciones respecto al estilo de vida factores que contribuyen a la hiperglucemia puede ser descenso de la secreción de insulina, decremento del consumo de la glucosa o aumento de la producción de esta”<sup>19</sup>.

“Es una enfermedad crónica caracterizada por un desorden en los niveles de glucosa (azúcar) en sangre. Durante la digestión el organismo metaboliza los azúcares, almidones e hidratos de carbono, transformándolos en azúcares simples, esta va al torrente sanguíneo y con la ayuda de la insulina que es una hormona secretada por el páncreas, la glucosa se transforma en energía que es aprovechada por las células del cuerpo.

Cuando no existe insulina o cuando esta no es producida en forma efectiva, la glucosa se acumula en sangre aumentando los niveles de azúcar, esto es la diabetes.

El trastorno de la regulación metabólica provoca alteraciones fisiopatológicas secundarias en muchos o sistemas orgánicos y supone una pesada carga para el individuo que padece la enfermedad y para el sistema sanitario.

Dado que esta aumenta do su incidencia en todo el mundo, seguirá siendo una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en el futuro próximo.

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



Alrededor de 1 de cada 10 diabéticos es insulino dependiente. De ahí el nombre de Diabetes Mellitus Insulino dependiente. El resto tiene una Diabetes Mellitus No Insulino dependiente. La diabetes mellitus insulino dependiente es también llamada de tipo I, juvenil o principio juvenil de diabetes. Pero nos referiremos a ella como DMID, el nombre que más claramente describe esta enfermedad”<sup>20</sup>.

### 1.7.2 Clasificación de la DM

“Se clasifica con base en el proceso patógeno que culmina en hiperglucemia. Las dos categorías amplias de la DM se designan tipo I y II.

La DM I-Insulino dependiente es el resultado de la destrucción auto inmune de las células beta que ocasiona deficiencia de la insulina, carecen de un proceso auto inmunitario destructivo de las células beta del páncreas.

La DM II-no insulino dependiente es un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por resistencia a la insulina trastorno de la secreción de esta y aumento de la producción de la glucosa. Diversos mecanismos genéticos y metabólicos de la acción de la insulina, su secreción o ambas y generan el fenotipo común de la DM de tipo 2.

La DM de tipo 2 es precedida por un periodo de homeostasis anormal de la glucosa clasificado como trastorno de la glucosa en ayunas o trastorno de la tolerancia a la glucosa.

1. Diabetes de tipo 1 (destrucción de las células beta, que habitualmente provoca déficit absoluto de insulina )
  - A. Inmunitaria
  - B. Idiopática
2. Diabetes de tipo 2 (varía entre resistencia a la insulina predominante con déficit relativo de insulina y defecto secretor de insulina predominante con resistencia a la insulina)
3. Otros tipos específicos de diabetes:
  - A. Defectos genéticos de la función de las células beta caracterizados por mutación.
  - B. Defectos genéticos en la acción de la insulina.
  - C. Enfermedades del páncreas exocrino.
  - D. Endocrinopatías.
  - E. Inducida por fármacos o agentes químicos.
  - F. Infecciones.

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



- G. Formas infrecuentes de diabetes inmunitaria.
- H. Otros síndromes genéticos”<sup>21</sup>

### **1.7.3 Diabetes Mellitus tipo 2**

“La resistencia a la insulina y la secreción anormal de esta son aspectos centrales del desarrollo de DM de tipo 2. En la mayor parte de estudios se inclinan a favor que la resistencia a la insulina precede a los defectos de su secreción y a que la diabetes se desarrolla solo si se torna inadecuada la secreción de la insulina.

Se trata de una enfermedad poligénica y multifactorial, contribuyen a la vulnerabilidad y factores ambientales como nutrición y actividad física en muchos casos existe resistencia a la insulina demostrada por una menor por una menor utilización de glucosa por el musculo esquelético.

### **1.7.4 Fisiopatología de la DMT2**

Se caracteriza por tres alteraciones fisiopatológicas:

1. Trastorno de la secreción de la insulina.
2. Resistencia periférica a esta.
3. Y producción hepática excesiva de glucosa.

La resistencia a la insulina que acompaña a la obesidad aumenta a la resistencia a la insulina determinada genéticamente de la DM de tipo 2. Los adipocitos secretan cierto número de productos biológicos (leptina, factor de necrosis tumoral alfa, ácidos grasos libres, resistina adiponectina) que modulan la secreción de insulina, la acción de la insulina y el peso corporal y pueden contribuir a la resistencia a la insulina.

En las fases tempranas del trastorno, la tolerancia a la glucosa permanece normal a pesar a la insulina, porque las células beta pancreáticas compensan aumentando la producción de insulina.

A medida que avanzan la resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia compensadora, los islotes pancreáticos se tornan incapaces de mantener el estado de hiperinsulinismo. Se desarrolla entonces IGT, caracterizado por elevación de glucemia postprandial.

Cuando declina más todavía la secreción de insulina y aumenta la producción hepática de la glucosa aparece la diabetes manifestada por hiperglucemia en ayuno. Finalmente ocurre el fallo de las células beta, están elevados los marcadores de la inflamación como IL<sub>6</sub> y proteína C reactiva en la diabetes de tipo 2.

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



### 1.7.5 Anormalidades metabólicas

#### **Resistencia a la insulina:**

La capacidad de la insulina para actuar sobre los tejidos diana en particular hepática y muscular y es el resultado de la combinación de la genética y obesidad. La resistencia es relativa, porque los niveles supranormales de insulina circulante normalizaran la glucemia plasmática.

La resistencia a la acción de la insulina altera la utilización de glucosa por los tejidos sensibles a la insulina y aumenta la producción hepática de glucosa, ambos efectos contribuyen a la hiperglucemia de la diabetes. El aumento de la producción hepática de glucosa es responsable de elevados niveles de FPG, mientras que el decremento de la utilización periférica de glucosa produce hiperglucemia posprandial. En el musculo esquelético existe un trastorno mayor del uso no oxidativo de la glucosa (formación de glucógeno) que del metabolismo oxidativo de la glucosa por la glucólisis.

Los polimorfismos pueden asociarse a intolerancia a la glucosa lo cual suscita la posibilidad de que se combinen polimorfismos en diversa moléculas posreceptor para crear el estado de resistencia a la insulina.

Como consecuencia, la hiperinsulinemia puede incrementar la acción de la insulina lo que acelerara los trastornos relacionados con la diabetes. En la DM tipo 2 las concentraciones elevadas de ácidos grasos libres pueden obstaculizar el empleo de la glucosa por el musculo esquelético, promover la producción de este azúcar por el hígado y trastornar la función de la célula beta.

#### **Trastorno de la secreción de insulina:**

La secreción de insulina y la sensibilidad a ella están relacionadas entre sí. En la DM tipo 2 la secreción de insulina aumenta inicialmente en respuesta a la insulinoresistencia con el fin de mantener una tolerancia normal a la glucosa. Al principio de la secreción de insulina es leve y afecta de manera selectiva la secreción de insulina estimulada por glucosa. Finalmente, el defecto de la secreción de insulina avanza a un estado de secreción de insulina visiblemente inadecuada. El polipeptido amiloide de los islotes o amilina es cosecretado por la célula beta y probablemente forma el depósito de fibrillas amiloides que se encuentran en los islotes de diabéticos tipo n2 de larga evolución. La hiperglucemia altera a función de los islotes y lleva a un empeoramiento de la hiperglucemia, además los ácidos grasos libres también empeoran el funcionamiento de los islotes.

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



### **Aumento de la producción hepática de glucosa:**

En la DM tipo 2 la resistencia hepática de la insulina refleja la incapacidad de la hiperinsulinemia de suprimir la gluconeogénesis lo que produce hiperglucemia en ayunas y disminución del almacenamiento de glucosa en el hígado en el periodo posprandial. El aumento de la producción hepática de glucosa ocurre en una fase temprana de la evolución de la diabetes”<sup>22</sup>.

#### **1.7.6 Signos y Síntomas de la DM tipo 2**

- “Nausea y vomito.
- Poliuria, polidipsia y polifagia.
- Disnea.
- Sequedad de la mucosa y la disminución de la turgencia de la piel.
- Proteinuria.
- Dislipidemia.
- Hiperglucemia
- Pérdida de peso.
- Cansancio y debilidad.
- Visión borrosa.
- Infecciones superficiales frecuentes (vaginitis, micosis cutáneas)
- Cicatrización lenta de las lesiones cutáneas.

#### **1.7.7 Factores de riesgo de la Diabetes Mellitus tipo 2:**

- Antecedentes familiares de diabetes.
- Obesidad.
- Inactividad física habitual.
- Raza o etnicidad.
- Antecedentes de GDM o nacimiento de un niño que pesa MENOS DE 4 Kg.
- Hipertensión.
- Concentración de colesterol de HDL mas o menos 35 mg/100ml, concentración de triglicéridos más 250mg/100ml.
- Síndrome de ovario poli quístico.
- Antecedentes de enfermedad vascular”<sup>23</sup>.

#### **Factores pre disponente que hacen que se desarrolle la enfermedad**

- “Autoinmune
- Virales

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



- Obesidad
- Tabaquismo
- Estrés
- Sedentarismo
- Embarazo
- Antecedentes familiares
- Malos hábitos alimenticios

### Factores genéticos

- Se estima que las personas que tienen un hermano o un familiar con diabetes tipo II corre un riesgo de un 40% de desarrollar diabetes a lo largo de su vida. Estos factores de riesgo genéticos hasta el momento no se pueden modificar.
- Los estudios sobre gemelos aportan evidencias adicionales de la participación de factores genéticos en la diabetes tipo II. Los informes iniciales mostraron que había una concordancia del 60 al 100% respecto a la enfermedad entre gemelos idénticos (de una única placenta)<sup>24</sup>

### 1.7.8 Características demográficas

**“Edad.** Antes de los 30 años de edad son pocos los pacientes con diabetes tipo II, pero a manera que incrementa la edad, también incrementan los pacientes con diabetes tipo II.

**Sexo.** A pesar de las inconsistencias en los estudios, los datos nacionales indican que la frecuencia de los pacientes diagnosticados con diabetes tipo II después de los 20 años de edad es similar entre mujeres y hombres

**Raza.** Las personas de origen hispano tienen de 2 a 3 veces mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo II que las personas de origen caucásico<sup>25</sup>.

### 1.7.9 Complicaciones

#### Agudas:

- “Cetoacidosis diabética.
- Estado hiperosmolar hiperglucémico.
- Hipoglucemia.

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



### Crónicas:

- Crónicas como: microvasculares (Enfermedades oculares, neuropatías) y macrovasculares (Arteriopatía coronaria, enfermedad vascular periférica, cerebral) y otras como del tubo digestivo, genitourinarias, dermatológicas, infecciosas, cataratas, glaucoma.
- Complicaciones de las extremidades inferiores.

#### 1.7.10 Directrices para la atención de la DM tipo 2:

- Autovigilancia de la glucemia.
- Educación al paciente sobre el tratamiento de la diabetes (anual)
- Terapia nutricional médica y educación nutricional (anual)
- Exploración ocular (anual)
- Exploración del pie ( 1-2 veces al año por el médico y diaria por el paciente)
- Prueba de detección de nefropatía diabética (anual)
- Medición de la presión arterial (trimestral)
- Perfil lipídico (anual)
- Inmunizaciones contra influenza y neumococo.
- Considerar tratamiento antiplaquetario<sup>26</sup>.

#### 1.7.11 Tratamiento

- “En principio, la insulina es una droga utilizada por diabéticos menores de 40 años, mientras que los hipoglucémicos orales los utilizan personas que han desarrollado la diabetes después de esta edad.
- Como su nombre indica, los pacientes con DMID requieren insulina, y aquellos con DMNID pueden o no requerir medicación. De todas formas, en todos los diabéticos, el factor más importante en el uso y dosis de los medicamentos es la voluntad individual de seguir la dieta y los ejercicios.
- Además de control glucémico, dieta y modo de vida, ejercicio, medicación.
- Tratamiento de trastornos asociados: Hiperlipidemia, hipertensión, obesidad, coronariopatía.
- Detección y tratamiento de las complicaciones: Retinopatía, enfermedad cardiovascular, nefropatía, neuropatía y otras complicaciones<sup>27</sup>.

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



### 1.7.12 PIE DIABETICO

“Es una alteración clínica de base etiopatogenia neuropática inducida por hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático, se produce lesión y/o úlcera en el pie”<sup>28</sup>.

“La cronología para la aparición de lesiones es la siguiente: mal control metabólico; neuropatía y/o vasculopatía; traumatismo externo o interno; lesión pre ulcerativa; úlcera; infección; necrosis y muerte”<sup>29</sup>.

### 1.7.13 Etiología

“El pie del paciente diabético es muy sensible a todas formas de traumatismos: el talón y las prominencias óseas resultan especialmente vulnerables.

Los daños a los nervios periféricos de los pies provocan trastornos sensoriales, úlceras de la planta del pie, atrofia de la piel, etc. y debido a la oclusión de las arterias que llevan sangre a los pies se puede producir gangrena.

Es frecuente en los pacientes diabéticos que las lesiones propias del denominado pie diabético trascurren sin dolor, debido a lo cual se suele agravar la lesión antes de que el paciente pida ayuda especializada.

Deformidades del pie: Alteraciones estructurales del pie como la presencia de dedo de martillo, dedos en garra, hallux valgus, cabezas metatarsianas prominentes, amputaciones u otra cirugía del pie”<sup>30</sup>.

### 1.7.14 Clasificación del Pie Diabético

El Pie Diabético se puede clasificar en grados de riesgo: Bajo y Alto.

El paciente de Bajo Riesgo es aquel que solo tiene diabetes sin alteraciones artropáticas, neuro o vasculopatía.

El de Alto Riesgo se caracteriza por:

- \*Pérdida de las sensaciones protectoras
- \*Ausencia de pulsos pedios
- \*Deformidad del pie
- \*Historia previa de úlcera
- \*Amputación previa

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.





La curación de las heridas en los pies de los pacientes diabéticos se altera por hiperglucemia, isquemia, malnutrición, neuropatía, infección y una supresión de la respuesta inmune por lo que es importante evaluar el medio microscópico y macroscópico de la herida (necrosis, perfusión, infección, estado metabólico, valoración nutricional y balance de humedad del tejido).

Las alteraciones de la biodinámica del pie, el aumento de la presión plantar, con deformaciones óseas y la limitación de la movilidad articular, aumentan el riesgo de úlceras y amputaciones.

El manejo del pie diabético debe ser integral, no pensando solo en infección y manejo con antibióticos.

El pie diabético se desencadena muchas veces por alteraciones del apoyo del pie, no cura o se retrasa su curación por alteraciones del apoyo que no se corrigen y es muy frecuente la recidiva por no solucionarse las alteraciones ortopédicas. Debe recordarse que si hay una úlcera en el pie existe un 80% de posibilidades que se forme una nueva úlcera.

Se pueden prevenir las lesiones a través del excelente control de la diabetes, la evaluación mensual del pie por el especialista, el uso de medidas correctoras en caso de neuropatía o artropatía, la utilización de vaso activos si el paciente presenta arteriopatía o si es necesario revascularización quirúrgica y la actividad física programada para cada caso particular<sup>31</sup>.

#### **1.7.15 Prevención del pie diabético**

“En primer lugar hay que dejar claro, que un correcto control de la diabetes es capaz por si solo de prevenir, retrasar y disminuir la aparición de estos serios cuadros cuya existencia justifica todos los esfuerzos para la consecución de niveles de glucemia en sangre cercanos a la normalidad.

Como buenas prácticas de prevención, se citan a continuación las recomendaciones siguientes:

- Inspección diaria del pie para detectar lesiones ampollosas, hemorragias, maceraciones o excoiaciones interdigitales. Se utilizará un espejo para la inspección de la planta y talón.
- Cambiar los calcetines y los zapatos dos veces al día.
- No caminar nunca sin calzado. Utilizar zapatillas amplias en lugares como la playa o piscina.
- No utilizar nunca bolsas de agua caliente o almohadillas eléctricas para calentarlos.

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



- No utilizar nunca la resección de uñas encarnadas o callosidades. Acudir al podólogo.
- No apurar el corte de las uñas, sino hacerlo de forma recta y limarlas suavemente.
- Lavar los pies con agua y jabón durante cinco minutos. Proceder a un buen aclarado y un exhaustivo secado, sobre todo entre los dedos.
- Antes de utilizar agua caliente en la higiene de los pies, medir la temperatura con el codo.
- Aplicar crema hidratante después del baño, pero no en los espacios interdigitales por el riesgo de maceración
- Procurar caminar a diario.
- No fumar.
- Notificar a su enfermera o médico de familia la aparición de hinchazón, enrojecimiento o aceración aunque sea indolora.
- Evitar la presión de la ropa de la cama de los pies.

#### **1.7.16 Tratamiento de la úlcera del pie diabético**

El tratamiento local de la úlcera tiene como objetivo principal:

- Eliminar el tejido necrótico.
- Controlar la carga bacteriana.
- Controlar el exudado.
- Facilitar el crecimiento del tejido sano.

Para eliminar el tejido necrótico lo primero que habrá que hacer es la limpieza de la lesión con suero fisiológico a temperatura ambiente realizando el secado posterior con la mínima fuerza para no dañar el nuevo tejido.

El desbridamiento se hará cuando exista tejido necrótico ya que este constituye un medio favorable para la infección impidiendo el proceso de cicatrización.

Según el estado general del paciente y de la clase del tejido, la técnica de desbridamiento a realizar será:

- Desbridamiento cortante. Mediante la utilización de bisturí o tijeras estando indicado en úlceras venosas cuando aparecen signos de infección.
- Desbridamiento enzimático. Consiste en la utilización de enzimas exógenas en la herida para eliminar el tejido muerto, como la colagenasa (Irujol mono).

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



Resulta especialmente útil en úlceras de patología arterial y diabético-isquémica.

Este tipo de desbridamiento presenta la ventaja de la retirada selectiva del tejido muerto sin dolor y sin provocar sangrado, utilizándose en cuidados a largo plazo.

- Desbridamiento autolítico. Son las curas húmedas que favorecen el desbridamiento natural del organismo<sup>32</sup>.

#### 1.7.17 Factores de riesgo

- “Poli neuropatía sensitiva: Insensibilidad al dolor.
- Neuropatía autonómica: sudoración disminuida y grietas.
- Neuropatía motora: Atrofia muscular, “pie en garra”.
- Enfermedad micro vascular.
- Hiperglucemia
- Infecciones locales<sup>33</sup>.

#### 1.7.18 Como evitar las lesiones del pie diabético

“A los pacientes de riesgo (ancianos y aquellos que tienen mala circulación), se les recomienda los siguientes cuidados rutinarios de los pies:

- Cada día, los pies deben ser lavados (aunque no empapados) en agua caliente, cuya temperatura ha sido probada previamente con la mano. Se deben secar con meticulosidad, prestando una atención especial a los espacios interdigitales (entre los dedos).
- Las uñas de los pies deben cortarse con cuidado. Los pacientes con mala vista o manos temblorosas deben pedir a otras personas que se las corten. Las uñas no deben ser más cortas que el extremo del dedo.
- Los pies se deben inspeccionar con frecuencia, buscando detenidamente zonas reseca y fisuras en la piel, sobre todo alrededor de las uñas y en los espacios interdigitales. Deben espolvorearse con talco, si la piel está húmeda, o recubrirse con crema hidratante, si la piel está seca. Las plantas deben ser inspeccionadas con un espejo o por otra persona. Debe tenerse un cuidado especial con los callos y las durezas, que deben ser atendidas por un podólogo. No se deben utilizar antisépticos potentes (yodo), ni callicidas.
- Si aparecen ampollas o infecciones, debe consultarse inmediatamente al médico.
- No deben utilizarse bolsas de agua caliente. Es preferible utilizar unos calcetines.

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



- Pueden emplearse mantas eléctricas, pero deben apagarse antes de meterse en la cama.
- Los zapatos deben ajustar bien (sin apretar) y ser confortables, dejando espacio para que los dedos descansen en su posición natural.
- Los zapatos nuevos deben calzarse progresivamente, cada vez durante un tiempo un poco más largo.
- Se deben utilizar calcetines de algodón o lana, mejor que de nylon. Deben ser de la talla adecuada y no tener zurcidos ni costuras que puedan producir presiones. Deben cambiarse diariamente.
- Caminar con los pies descalzos es peligroso, ya que una pequeña herida puede tardar mucho en curarse.
- Dejar de fumar. El tabaco es muy perjudicial para los diabéticos, porque produce vasoconstricción.
- Otro aspecto de la prevención que merece cierta atención, es el diseño de calzado a medida para los diabéticos con pies muy vulnerables. Estos zapatos deben estar diseñados para redistribuir las fuerzas que soporta el pie.

### 1.7.19 Cuidado de las lesiones ya existentes

- Se debe hacer un examen detallado de ambos pies, con una inspección cuidadosa de los talones y los espacios interdigitales.
- El estado de la circulación, y sensibilidad deben evaluarse con detalle.
- Deben tenerse en cuenta la temperatura y el color de la piel, la respuesta vascular a la elevación del miembro, es decir si se producen cambios en el color según la postura de la extremidad, el cambio en la cantidad de pelo de la pierna.
- Una fotografía en color es útil para poder juzgar la progresión de la falta de riego.

### 1.7.20 Tratamiento del pie diabético

- Protección contra el daño que se asocia a la pérdida de sensibilidad causada por lesión de los nervios periféricos.
- Tratamiento de la infección que pueda aparecer.
- Mejoría de la circulación evitando el uso de calzado o prendas ajustadas.
- Control médico de la diabetes, es decir, comprobar que los niveles de glucosa se encuentran dentro de los límites permitidos<sup>34</sup>.

## 1.8 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

“La hipertensión arterial es probablemente el problema de salud pública más importante en los países desarrollados. Es una enfermedad frecuente, asintomática, fácil de detectar, casi siempre sencilla de tratar y que con frecuencia tiene complicaciones letales si no recibe tratamiento. Como consecuencia de los amplios programas educativos de finales de los decenios

### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



de 1960 y 1970, realizados por organismos privados y gubernamentales, el número de pacientes no diagnosticados o no tratados disminuyó significativamente a finales de la década de 1980 hasta aproximadamente el 25%, con una disminución concomitante de la mortalidad cardiovascular. Por desgracia, a mediados de 1990 esta tendencia favorable comenzó a desvanecerse. El número de hipertensos no diagnosticados se elevó a casi 33%, la curva de disminución de mortalidad cardiovascular se aplanó y el número de individuos con enfermedades crónicas e hipertensión no tratada o mal tratada aumentó.

Como consecuencia de ello, en la mayoría de los casos la hipertensión se trata de forma inespecífica, lo que conlleva un gran número de efectos colaterales leves y una incidencia relativamente elevada (50 a 60%) de incumplimientos terapéuticos”<sup>35</sup>.

### 1.8.1 Prevalencia

“Las enfermedades cardiovasculares, entre estas la hipertensión, son las principales causas de muerte en el mundo. En América Latina representa el 30% de fallecimientos. En el Ecuador, según el Estudio de Prevalencia de Hipertensión Arterial, tres de cada 10 personas son hipertensas”<sup>36</sup>.

“La prevalencia en las mujeres se relaciona estrechamente con la edad y aumenta considerablemente a partir de los 50 años. Probablemente, este incremento depende de los cambios hormonales de la menopausia. Así pues, la relación de la hipertensión entre el sexo femenino y masculino pasa de 0.6 a 0.7 a los 30 años a 1.1 a 1.2 a los 65.

La prevalencia de las diversas formas de hipertensión secundaria depende de la naturaleza de la población. No se dispone de datos para valorar la frecuencia de la hipertensión secundaria en la población general, aunque se ha comunicado que en varones de mediana edad es de 6%. Por otra parte, en centros de referencia, en los que se somete a los pacientes a una valoración exhaustiva, se han comunicado cifras de hasta 35%.”<sup>37</sup>

“La hipertensión si es un problema de salud se ubica en el sexto puesto con una tasa de 17.1 en los hombres con relación a las diez principales causas de mortalidad en nuestro país según los datos del INEC del 2003 y en el quinto puesto en las mujeres con relación a los mismos datos estadísticos.

Es una de las enfermedades crónicas más importantes y que más impacto tienen sobre la vida de los pacientes después de la diabetes”<sup>38</sup>.

### 1.8.2 Concepto

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



“La hipertensión arterial se define como la tensión arterial mayor o igual a 140/90mmHg obtenida mediante 3 tomas, separadas al menos por dos semanas de intervalo, para pacientes mayores de 18 años sin tratamiento y libres de enfermedad aguda”<sup>39</sup>.

La presión arterial óptima para minimizar el riesgo de trastornos cardiovasculares se sitúa por debajo de 120/80 mm Hg. Deben evaluarse, sin embargo, las mediciones demasiado bajas.

Categoría	Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica
Hipertensión arterial normal	Inferior a 130mmHg	Inferior a 85 mmHg
Hipertensión arterial elevada normal	130-139	85-89
Hipertensión (leve) fase 1	149 -159	90- 99
Hipertensión (moderada) fase 2	160- 179	100-109
Hipertensión(grave) fase 3	180-209	110-119
Hipertensión ( muy grave) fase 4	Igual o superior a 210	Igual o superior a 120” <sup>40</sup>

Fuente: Hipertensión Arterial: [www.msd.com.ec](http://www.msd.com.ec)

### 1.8.3 Clasificación de la Presión Arterial en los adultos

#### 1.8.4 Clasificación etiológica

##### “Hipertensión sistólica con presión diferencial amplia

- I. Disminución de la distensibilidad de la aorta (arteriosclerosis)
- II. Aumento del volumen sistólico

- A. Insuficiencia aórtica
- B. Tirotoxicosis
- C. Síndrome de hipercinesia cardíaca
- D. Fiebre
- E. Fístula arteriovenosa
- F. Conducto arterioso permeable

##### Hipertensión sistólica y diastólica (aumento de la resistencia vascular periférica)

- I. Renal
  - A. Pielonefritis crónica
  - B. Glomerulonefritis aguda y crónica

##### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



- C. Poliquistosis renal
  - D. Estenosis vascular renal o infarto renal
  - E. La mayor parte de las restantes enfermedades renales graves (nefroesclerosis arteriolar, nefropatía diabética, etc.)
  - F. Tumores productores de renina
- II. Endocrina
- A. Anticonceptivos orales
  - B. Hiperfunción corticosuprarrenal
    1. Enfermedad y síndrome de Cushing
    2. Hiperaldosteronismo primario
    3. Síndromes adrenogenitales congénitos o hereditarios (déficit de 17 -hidroxilasa y 11 -hidroxilasa)
  - C. Feocromocitoma
  - D. Mixedema
  - E. Acromegalia
- III. Neurógena
- A. Psicógena
  - B. Síndrome diencefálico
  - C. Disautonomía familiar (Riley-Day)
  - D. Polineuritis (porfiria aguda, intoxicación por plomo)
  - E. Hipertensión intracraneal (aguda)
  - F. Sección medular (aguda)
- IV. De causas diversas
- A. Coartación de la aorta
  - B. Aumento del volumen intravascular (exceso de transfusiones, policitemia vera)
  - C. Poliarteritis nudosa
  - D. Hipercalcemia
  - E. Fármacos, por ejemplo, glucocorticoides, ciclosporina
- V. Etiología desconocida
- A. Hipertensión esencial (>90% de todos los casos de hipertensión)
  - B. Toxemia del embarazo
  - C. Porfiria aguda intermitente

### 1.8.5 Hipertensión primaria o esencial

Cuando un paciente padece hipertensión arterial sin una causa evidente se dice que sufre de hipertensión primaria, esencial o idiopática. Indudablemente, la dificultad principal para descubrir los mecanismos causales en estos pacientes es la gran variedad de sistemas que participan en la regulación de la presión arterial: el adrenérgico periférico, central o ambos, renal, hormonal y vascular.

Además, estos sistemas se interrelacionan de manera compleja, recibiendo la información de genes múltiples. Se han descrito distintas alteraciones en pacientes con hipertensión esencial, a menudo con la pretensión de que una o más de ellas sean las causantes primarias de la hipertensión. Aunque todavía no se sabe si estas alteraciones son primarias o secundarias, expresiones

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



variables de un único proceso patológico o reflejo de distintas entidades independientes, los datos existentes cada vez apoyan más la última hipótesis. Por tanto, de la misma forma que la neumonía puede ser causada por muy diversos agentes infecciosos, aunque el cuadro clínico sea muy similar, la hipertensión esencial probablemente se deba a distintas causas. Así pues, la distinción entre hipertensión primaria y secundaria se ha difuminado, y se ha modificado el enfoque tanto del diagnóstico como del tratamiento de pacientes hipertensos. Por ejemplo, cuando un grupo de pacientes con hipertensión esencial se separa en un subgrupo distinto (p. ej., hipertensión esencial con renina baja), no se reclasifica al grupo como una forma de hipertensión secundaria, sino que permanece en el grupo de hipertensos esenciales. En este capítulo se considera que padecen hipertensión *secundaria* los individuos con un defecto específico de un órgano o de un gen que es causante de la hipertensión. Por el contrario, aquéllos en los que las alteraciones generalizadas o funcionales pueden ser causantes de hipertensión, incluso si dichas alteraciones son discretas, se definen como hipertensos esenciales<sup>41</sup>.

### 1.8. 6 Hipertensión secundaria

“Conocido es que la hipertensión arterial (HTA) constituye una afección crónica que afecta en nuestro país a casi la tercera parte de la población adulta. Entre 90 y 95 % de los hipertensos diagnosticados están dentro del concepto de hipertensión arterial primaria o esencial, de manera que un porcentaje reducido, 5 a 10 % corresponde a hipertensión secundaria, es decir, aquellos casos cuya elevación la presión arterial está dada por otra enfermedad o condición bien definida. La importancia de conocer la causa de estas hipertensiones secundarias, estriba en que la mayoría de estos pacientes son posibles de curar o controlar con medidas terapéuticas, clínicas o quirúrgicas, efectivas.

Entre las principales causas de hipertensión arterial secundaria con posibilidades de curación, una vez que han sido correctamente diagnosticadas están:

- Hipertensión renovascular
- Hiperaldosteronismo primario
- Feocromocitoma
- Coartación de la aorta<sup>42</sup>

### 1.9 Factores predictores de hipertensión arterial

- “Herencia y factores genéticos
- Factores gestacionales y natales

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.





- Sobrepeso y obesidad
- Factores nutricionales (exceso de sal y calorías)
- Alcohol
- Sedentarismo
- Factores psicosociales<sup>43</sup>

### 1.10 Causas

“En aproximadamente el 90 por ciento de las personas con presión arterial elevada, la causa es desconocida. Tal situación se denomina hipertensión esencial o primaria. La hipertensión esencial puede tener más de una causa. Probablemente, una combinación de diversos cambios en el corazón y en los vasos sanguíneos produce la subida de la presión arterial.

Cuando la causa es conocida, la afección se denomina hipertensión secundaria. Entre el 5 y el 10 por ciento de los casos de hipertensión arterial tienen como causa una enfermedad renal. Entre el uno y el dos por ciento tienen su origen en un trastorno hormonal o en el uso de ciertos fármacos como los anticonceptivos orales (píldoras para el control de la natalidad). Una causa poco frecuente de hipertensión arterial es el feocromocitoma, un tumor de las glándulas suprarrenales que secreta las hormonas adrenalina y noradrenalina.

La obesidad, un hábito de vida sedentario, el estrés y el consumo excesivo de alcohol o de sal probablemente sean factores de riesgo en la aparición de la hipertensión arterial en personas que poseen una sensibilidad hereditaria. El estrés tiende a hacer que la presión arterial aumente temporalmente, pero, por lo general, retorna a la normalidad una vez que ha desaparecido. Esto explica la "hipertensión de bata blanca", en la que el estrés causado por una visita al consultorio del médico hace que la presión arterial suba lo suficiente como para que se haga el diagnóstico de hipertensión en alguien que, en otros momentos, tendría una presión arterial normal. Se cree que en las personas propensas, estos breves aumentos en la presión arterial causan lesiones que, finalmente, provocan una hipertensión arterial permanente, incluso cuando el estrés desaparece. Sin embargo, esta teoría de que los aumentos transitorios de la presión arterial puedan dar lugar a una presión elevada de forma permanente no ha sido demostrada.

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



### 1.11 Síntomas

Habitualmente, la hipertensión arterial es asintomática, a pesar de la coincidencia en la aparición de ciertos síntomas que mucha gente considera (erróneamente) asociados a la misma: cefaleas, hemorragias nasales, vértigo, enrojecimiento facial y cansancio.

Aunque las personas con una presión arterial elevada pueden tener estos síntomas, también pueden aparecer con la misma frecuencia en individuos con una presión arterial normal.

En caso de hipertensión arterial grave o de larga duración que no recibe tratamiento, los síntomas como cefaleas, fatiga, náuseas, vómitos, disnea, desasosiego y visión borrosa se producen por lesiones en el cerebro, los ojos, el corazón y los riñones. Algunas veces, las personas con hipertensión arterial grave desarrollan somnolencia e incluso coma por edema cerebral (acumulación anormal de líquido en el cerebro). Este cuadro, llamado encefalopatía hipertensiva, requiere un tratamiento urgente.

### 1.12 Diagnóstico

La presión arterial se determina después de que la persona haya estado sentada o acostada durante 5 minutos. Una lectura de 140 /90 mm Hg o más es considerada alta, pero el diagnóstico no se puede basar en una sola medición. A veces, incluso varias determinaciones elevadas no son suficientes para efectuar el diagnóstico. Cuando se registra una medición inicial elevada, debe determinarse de nuevo y luego dos veces más en días diferentes, para asegurarse de que la hipertensión persiste. Las lecturas no sólo indican la presencia de hipertensión arterial sino que también permiten clasificar su gravedad.

Cuando se ha establecido el diagnóstico de hipertensión arterial, habitualmente se valoran sus efectos sobre los órganos principales, sobre todo los vasos sanguíneos, el corazón, el cerebro y los riñones. La retina (la membrana sensible a la luz que recubre la superficie interna de la parte posterior del ojo) es el único lugar donde se pueden observar directamente los efectos de la hipertensión arterial sobre las arteriolas. Se cree que los cambios en la retina son similares a los de los vasos sanguíneos de cualquier otra parte del organismo, como los riñones. Para examinar la retina, se emplea un oftalmoscopio (un instrumento que permite visualizar el interior del ojo). El grado de deterioro de la retina (retinopatía) permite clasificar la gravedad de la hipertensión arterial.

Los cambios en el corazón (particularmente una dilatación debido al incremento de trabajo requerido para bombear sangre a una presión elevada) se detectan con un electrocardiograma y una radiografía de tórax. En las fases iniciales, es más útil el ecocardiograma (una prueba que utiliza ultrasonidos para obtener una imagen del corazón). Un ruido

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



anómalo, denominado el cuarto ruido cardíaco, que se ausculta con un fonendoscopio, es una de las primeras alteraciones cardíacas causadas por la hipertensión.

Las lesiones iniciales del riñón se detectan mediante un examen de la orina. La presencia de células sanguíneas y albúmina (un tipo de proteína) en la orina, por ejemplo, puede indicar la presencia de tal afección.

Así mismo, es necesario buscar la causa de la presión arterial elevada, sobre todo si el paciente es joven, aun cuando la causa es identificada en menos del 10 por ciento de los casos. Cuanto más elevada es la presión arterial y más joven es el paciente, más extensa debe ser la búsqueda de la causa. La evaluación incluye radiografías y estudios de los riñones con isótopos radiactivos, una radiografía de tórax y determinaciones de ciertas hormonas en la sangre y en la orina.

Otras causas raras de hipertensión arterial pueden detectarse con ciertas pruebas sistemáticas. Por ejemplo, la medición de la concentración de potasio en la sangre facilita la detección de hiperaldosteronismo y la determinación de la presión arterial en ambos brazos y piernas ayuda a detectar una coartación de la aorta.

### 1.13 Tratamiento

La hipertensión esencial no tiene curación, pero el tratamiento previene las complicaciones. Debido a que la presión arterial elevada en sí misma no produce síntomas, el médico trata de evitar los tratamientos incómodos, molestos o que interfieran con los hábitos de vida. Antes de prescribir la administración de fármacos, es recomendable aplicar medidas alternativas.

En caso de sobrepeso y presión arterial elevada, se aconseja reducir el peso hasta su nivel ideal. Así mismo, son importantes los cambios en la dieta en personas con diabetes, que son obesas o que tienen valores de colesterol altos, para mantener un buen estado de salud cardiovascular en general. Si se reduce el consumo de sodio a menos de 2,3 gramos o de cloruro de sodio a menos de 6 gramos al día (manteniendo un consumo adecuado de calcio, magnesio y potasio) y se reduce el consumo diario de alcohol a menos de 750 mililitros de cerveza, 250 mililitros de vino, o 65 mililitros de whisky, puede que no sea necesario el tratamiento farmacológico. Es también muy útil hacer ejercicios aeróbicos moderados. Las personas con hipertensión esencial no tienen que restringir sus actividades si tienen controlada su presión arterial. Por último, los fumadores deberían dejar de fumar. Es recomendable que las personas con presión arterial elevada controlen su presión en su propio domicilio. Dichas personas probablemente estarán más dispuestas a seguir las recomendaciones del médico respecto al tratamiento.

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



### 1.13.1 Tratamiento farmacológico

En teoría, cualquier persona con hipertensión arterial puede llegar a controlarse dado que se dispone de una amplia variedad de fármacos, pero el tratamiento tiene que ser individualizado. Además, es más eficaz cuando ambos, paciente y médico, tienen una buena comunicación y colaboran con el de tratamiento.

Diversos tipos de fármacos reducen la presión arterial a través de mecanismos diferentes. Por ello, algunos médicos suelen utilizar un tratamiento escalonado. Se inicia con un fármaco al cual se agregan otros cuando es necesario. Así mismo, también puede realizarse una aproximación secuencial: se prescribe un fármaco y, si no es eficaz, se interrumpe y se administra otro. Al elegir el fármaco, se consideran factores como la edad, el sexo y la etnia del paciente, el grado de gravedad de la hipertensión, la presencia de otros trastornos, como diabetes o valores elevados de colesterol, los efectos secundarios probables (que varían de un fármaco a otro) y los costos de los fármacos y de las pruebas necesarias para controlar su seguridad.

### 1.13.2 Tratamiento de la hipertensión secundaria

El tratamiento de la hipertensión secundaria depende de la causa del aumento de la presión arterial. El tratamiento de una enfermedad renal puede, a veces, normalizar la presión arterial o al menos reducirla, de modo que en este último caso el tratamiento farmacológico sea más eficaz. Una arteria obstruida que llega al riñón puede dilatarse mediante la inserción de un catéter con un balón que luego se infla. También puede solucionarse mediante una cirugía derivativa del segmento estrechado; con frecuencia este tipo de cirugía cura la hipertensión. Los tumores que provocan hipertensión arterial, como los feocromocitomas, en general pueden extirparse quirúrgicamente<sup>44</sup>.

## 1.14 ENFERMEDADES REUMÁTICAS

“Las articulaciones que con mayor frecuencia se ven afectadas son las regiones lumbar y cervical de la columna vertebral, las rodillas, los hombros y las caderas. Éstas son las áreas fundamentales en que la artrosis o “desgaste de los huesos” o los trastornos de las llamadas partes blandas (músculos, tendones, ligamentos, etc.) se manifiesta que el 60% de las personas que padecen alguna enfermedad reumática tiene algún tipo de limitación para llevar a cabo sus actividades habituales.

### 1.15 Signos y Síntomas

Son más frecuentes a medida que aumenta la edad y son prácticamente universales, es decir, que afectan a todas las personas mayores de 75 años, siendo más frecuentes en las mujeres que en los hombres.

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



- Dolor en la articulación.
- Hinchazón en una o varias articulaciones.
- Rigidez de la articulación que se prolonga durante al menos una hora en las primeras horas de la mañana.
- Dolor o molestias crónicas en una o varias articulaciones.
- Calor y enrojecimiento en la zona de la articulación.
- Limitación de la movilidad en la articulación o articulaciones afectadas.
- Fatiga.

Factores que juegan un papel importante en el desarrollo o empeoramiento de algunos tipos de enfermedades reumáticas:

- La genética y la historia médica familiar (por ejemplo, la debilidad hereditaria de los cartílagos).
- El estilo de vida (por ejemplo, la obesidad).
- Los traumas físicos.
- Las infecciones.
- Las alteraciones neurogénicas.
- Las alteraciones metabólicas.
- El desgaste, los desgarros o la tensión excesivos en una o varias articulaciones.
- Los provocadores ambientales.
- La influencia de determinadas hormonas en el cuerpo.

Se considera que existen en la actualidad más de 200 padecimientos capaces de producir manifestaciones calificables como reumáticas.

## **1.16 TIPOS DE PROCESOS REUMÁTICOS EN LOS MAYORES**

A continuación analizaremos un poco más detenidamente los cuatro grandes procesos reumáticos que afectan a las personas mayores: artrosis, reumatismos de partes blandas, lumbalgias o lumbagos y osteoporosis.

### **1.16.1 Artrosis**

La artrosis es una enfermedad degenerativa articular que afecta, esencialmente, al cartílago hialino que recubre la superficie ósea de las llamadas articulaciones sinoviales (rodilla, cadera, articulaciones de las manos). Lejos de ser un proceso estático, la artrosis se produce por un desequilibrio entre los mecanismos de regeneración y degeneración de dicho cartílago. Como consecuencia de un grupo heterogéneo de factores, se produce una alteración del metabolismo del condrocito que conlleva un adelgazamiento del cartílago, asociado a cambios óseos regenerativos, que, en

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



conjunto, determinarán las manifestaciones clínicas de la enfermedad que veremos más adelante.

En algunos textos traducidos del inglés se confunde el término "osteoartritis" con "artritis", cuando realmente se refiere a la "artrosis". Esto produce

confusión y algunos pacientes creen que padecen "artritis", cuando en realidad sufren de "artrosis". Es recomendable vigilar este aspecto cuando se leen páginas mal traducidos del inglés.

En España, más de un tercio de la población mayor de 60 años padece artrosis, siendo la enfermedad reumática más prevalente. Aunque es considerada una enfermedad "banal" en la percepción popular, lo cierto es que es causa de dolor y alteraciones importantes de la funcionalidad en muchos casos.

El reumatólogo, que es el médico del aparato locomotor es el profesional adecuado para el diagnóstico y tratamiento de la artrosis que afecta en España a más de 7 millones de personas y que es la causa más frecuente de incapacidad laboral.

### **1.16.2 Causas de la Artrosis**

La lesión inicial en la artrosis se localiza en el cartílago articular, que es un tejido mono componente, es decir formado por una sola célula, el condrocito, que segrega una matriz extracelular que dota al cartílago de especiales propiedades de elasticidad y resistencia. Este tejido es dinámico y tiene procesos de construcción y destrucción que cuando se desajustan favorecen el desarrollo de la artrosis.

El hueso que está justo por debajo del cartílago, llamado "hueso subcondral", también parece tener un importante papel, aun no precisado, en el origen de la artrosis. Una alteración genética en la mitocondria (organela encargada de la producción de energía en las células), parece ser una de las causas genéticas de la artrosis (enlace externo a la cita), lo que parece confirmar que existen personas genéticamente predispuestas a sufrirla. Así, el haplogrupo (conjunto de haplotipos) U, en pacientes con artrosis de rodilla, serían los más predispuestos a la destrucción del cartílago, en tanto que los que tienen el haplotipo J, estarían protegidos frente a la misma. Esto se debería a que las personas con haplogrupo J producen menos radicales libres de oxígeno. Al parecer, las personas con artrosis, producen menos SOD2 (Superóxido dismutasa mitocondrial), que se encarga de destruir los radicales libres.

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



A diferencia de los que siempre se piensa, la artrosis es más frecuente en climas cálidos, ignorándose si existen factores genéticos ligados a la actividad mitocondrial, que influyan en esta selección.

### 1.16.3 Síntomas de Artrosis

El síntoma fundamental es el dolor, de inicio insidioso, profundo y mal localizado, que típicamente aumenta con el movimiento y mejora con el reposo. Conforme avanza la enfermedad, el dolor se hace continuo y puede aparecer hasta en reposo. Puede aparecer, además, rigidez articular agravada después del reposo.

Las deformidades articulares aparecen a lo largo de la evolución de la enfermedad como consecuencia del aumento del componente óseo y capsular. A la exploración física se aprecian estas deformidades así como una limitación de la movilidad con dolor a la presión, chasquidos y crepitación de la articulación afecta. La radiología en las fases iniciales puede ser normal, aunque lo más típico es observar un estrechamiento del espacio articular asociado a esclerosis ósea y aparición de osteofitos marginales (prominencias óseas). No existen alteraciones de laboratorio controlan el dolor, empleando siempre la dosis mínima eficaz. Los AINE tópicos pueden ser útiles, como apoyo al tratamiento, en articulaciones superficiales. Si el dolor no remite con AINE y limita de forma considerable la actividad diaria, debe considerarse la utilización de Tramadol, ya sea solo o asociado a Paracetamol.

El tratamiento quirúrgico debe ser indicado por el reumatólogo e incluye diferentes procedimientos. Primero, si es factible la osteotomía (con el fin de evitar la distribución irregular de cargas), que aliviará el dolor y limitará probablemente la progresión de la enfermedad.

### 1.16.4 Tipos de Artrosis

- La artrosis produce dolor en las partes interna o frontal de la rodilla cuando se la obliga a un esfuerzo. Por este dolor, y por la evolución degenerativa, puede producir cojera cuando la enfermedad alcanza un estadio severo. Además, en cualquier momento de la enfermedad, el movimiento de la articulación suele causar chasquidos.
- La artrosis en las manos puede estar ligada al sexo femenino y a la herencia genética. Empieza por una articulación y se va extendiendo al resto: el dolor acompaña la evolución de la enfermedad, siendo más fuerte al principio, y mitigándose a medida que aparecen los “nódulos”. Las molestias suelen desaparecer a medida que la deformación se

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



completa. La funcionalidad de la mano es normal salvo que la articulación quede un poco flexionada o desviada.

- La artrosis en el pulgar puede coartar los movimientos de presión. Suele afectar al sexo femenino.
- La artrosis de cadera provoca dolor en la ingle y la zona interna del muslo, aunque a veces se puede “reflejar” en la rodilla —sin molestias en otra zona—. En estadios avanzados, puede dar lugar a dolor nocturno (por la posición de descanso), o dificultades para flexionar las piernas o caminar. La artrosis que afecta a la cadera se suele asociar a personas que desempeñan labores agrícolas, sin maquinaria adecuada y desde muy temprana edad.

#### **1.16.5 Prevención de la Artrosis:**

Son varios los consejos que pueden recibir las personas mayores para prevenir este trastorno, entre los que destacamos los siguientes:

- Evitar el sobrepeso y la obesidad ya que estos son uno de los principales factores en el desarrollo de la enfermedad y pueden perjudicar seriamente las llamadas articulaciones de carga como las rodillas, las caderas, los pies o la espalda.
- Mantener posturas adecuadas y evitar aquellas que producen sobrecarga de las articulaciones (flexión excesiva del cuello, arrodillarse mucho tiempo, etc.). Por lo tanto, conviene cambiar con frecuencia de postura y descansar.
- Evitar cargar excesivo peso e intentar repartirlo en los dos brazos.
- Practicar ejercicios físicos no violentos (nadar, caminar, bicicleta, tablas de gimnasia o gimnasia suave) de forma regular.

Si la enfermedad ya se ha desarrollado el tratamiento consiste en aliviar el dolor con analgésicos o antiinflamatorios, fisioterapia y en los casos más graves, la cirugía con la implantación de una prótesis articular en la articulación dañada.

#### **1.16.6 Diagnóstico de la Artrosis**

Con una entrevista con el paciente y una exploración articular se suele conseguir la diagnosis. Si el especialista quiere confirmar el diagnóstico y determinar cuál es el estadio de la enfermedad, se pueden realizar pruebas que consisten en la aspiración del líquido articular mediante una artroscopia

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.





(suele utilizarse sólo en la articulación de la rodilla) o la realización de radiografías u otras técnicas de imagen (ecografía, escáner, etc).

### 1.16.7 Tratamiento

Existen medicamentos, antiinflamatorios y analgésicos, que pueden ayudar a aliviar los síntomas producidos por la artrosis: tanto el dolor como la rigidez de la articulación. Estos fármacos tienen el inconveniente de que pueden producir problemas gástricos como las úlceras. Por otra parte, el sulfato de glucosamina puede ayudar a ralentizar la progresión de la enfermedad.

La rehabilitación de la articulación dañada es otro procedimiento habitual en el tratamiento de la artrosis.

Fisioterapia y tratamiento con calor local: para aliviar el dolor de los dedos es recomendable, por ejemplo, calentar cera de parafina mezclada con aceite mineral a una temperatura de 48 a 51 °C, para luego mojar los dedos, o tomar baños tibios o calientes.

Tratamientos quirúrgicos: la cirugía también resuelve los casos en que las articulaciones de carga (cadera) estén muy dañadas debido a un estado muy avanzado de la enfermedad. Sin embargo, como todas las intervenciones quirúrgicas, éstas tampoco están exentas de riesgo. Los problemas principales que pueden aparecer después de una operación son: desprendimiento de la prótesis, debido a que ésta no encaja bien, o las infecciones<sup>45</sup>.

### 1.17 ARTRITIS REUMATOIDEA

“La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad crónica que origina dolor, rigidez, hinchazón y pérdida de función en las articulaciones y puede también acompañarse de inflamación en otros órganos. Se da en la tercera o la cuarta década de la vida, pero puede ocurrir en cualquier edad.

Las articulaciones afectadas son las extremidades que suelen estar comprometidos de manera simultánea y a menudo en forma bilateral. Las manifestaciones clínicas varían desde apenas identificadas hasta formas severas destructivas y mutilantes.

La artritis reumatoidea y sus variantes se caracteriza histológicamente por la proliferación gradual de la sinovial que con el tiempo destruye el cartílago y conduce a una osteoartritis severa como común denominador final de la destrucción articular.

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



### 1.17.1 Clasificación

La artritis reumatoidea es caracterizada una enfermedad carente de marcador biológico específico

La AR afecta al menos del 1% de la población adulta su incidencia es mayor en mujeres que en los hombres con una relación de 3 a 1 es decir el 60%, entre 20 y 45 años de edad.

### 1.17.2 Patogenia de la Artritis Reumatoide

La causa de artritis reumatoide se desconoce, no se ha detectado bacterias o virus patógenos en articulaciones de pacientes con esta enfermedad aunque en estudios animales se ha encontrado fragmentos de pared bacteriana han generado sinovitis crónica.

Los linfocitos y las células plasmáticas, células cuya cantidad en la sinovial aumenta, producen inmunoglobulinas sobre todo la Ig G. Es posible detectar depósitos de inmunoglobulinas y componentes del complemento en el cartílago articular y la sinovial. Si bien no se ha demostrado que un virus puede provocar artritis reumatoidea se han registrado estructuras semejantes a virus en una fase temprana de la edad.

El factor reumatoide representa varios anticuerpos sobre todo la Ig M dirigidos contra el fragmento Fc de la Ig G. Los factores Ig M son detectados mediante pruebas de fijación del látex. Según la prueba utilizada hasta un 80% de pacientes con artritis reumatoide clásica son positivos para el factor reumatoide.

### 1.17.3 Causas de la Artritis Reumatoidea

La causa de la aparición de esta enfermedad es desconocida. Se han estudiado agentes infecciosos como las bacterias o los virus y, aunque se han encontrado datos sugerentes en algunos casos, aún no hay evidencias que confirmen su implicación. Los especialistas creen que puede tener un origen genético puesto que el propio sistema inmune ataca a las articulaciones porque no las reconoce como propias y por ello se inflaman. Asimismo, se cree que ciertas proteínas que se transmiten de forma hereditaria podrían predisponer a la enfermedad.

### 1.17.4 Manifestaciones clínicas

En esta incluye edema y acumulación de células plasmáticas linfocitos y macrófagos.

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



Se aprecia un aumento concomitante de vascularización y exudación de fibrina en el espacio articular.

Los depósitos de fibrina pueden resultar en la formación de nódulos de fibrina que flotan en la articulación y son conocidos como granos de arroz.

Entre las células sinoviales a menudo se encuentran células gigantes multinucleares. El resultado final es un revestimiento sinovial que produce numerosas vellosidades y pliegues frondosos que ocupan recesos periféricos de la articulación.

### **1.17.5 Diagnóstico de la Artritis Reumatoidea**

Debido a que la aparición de los síntomas de esta enfermedad no son muy claros durante su inicio, el diagnóstico precoz puede resultar difícil. Sin embargo, es muy importante que se diagnostique pronto ya que de ello depende la evolución de la patología. Por ello, cuando se sospeche que se pueda padecer esta patología es importante acudir a un reumatólogo que determine cuál es el tratamiento más eficaz. Cuando la AR evoluciona, las radiografías detectan la erosión en las articulaciones. Asimismo, los análisis de sangre detectan la presencia de un anticuerpo característico de la enfermedad.

### **1.17.6 Tratamiento**

Agentes antiinflamatorios, inmunosupresores. Los primeros incluyen aspirina, drogas antiinflamatorias no esteroideas e incluso corticoides intraarticulares administrados en forma inyectable. Los agentes inmunosupresores son utilizados en aquellos pacientes con enfermedad progresiva severa que no responden al tratamiento anterior.

La vida de una persona con artritis reumatoide tiene que adaptarse a su enfermedad. Así, hay que evitar una vida agitada, movimientos bruscos, conviene dormir una media de 10 horas y evitar aquellos trabajos que requieran un ejercicio físico intenso. Durante la jornada laboral, hay que mantener una posición recta en el asiento y evitar permanecer con el cuello o la espalda doblados durante mucho tiempo. Asimismo, durante el reposo es conveniente mantener una postura adecuada, evitar las doblar las articulaciones y mantener los brazos y las piernas estirados.

El calzado tiene que ser elástico, firme y de piel. El talón debe llevarse sujeto, la puntera ancha y el empeine lo suficientemente alto para que no se produzcan rozaduras. La obesidad puede provocar un sobrepeso sobre las

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



articulaciones, por ello, hay que intentar llevar una dieta sana e equilibrada y evitar aumentar de peso.

La artritis reumatoide es una enfermedad frecuente puesto que una de cada diez personas la padece (entre 130.000 y 400.000 en España). Esta enfermedad se da con más frecuencia entre mujeres y no necesariamente de edad avanzada, aunque también pueden padecerla los hombres.

### **1.17.7 El papel del reumatólogo en el tratamiento de la AR:**

La AR constituye el objetivo principal de la investigación en Reumatología. La naturaleza crónica de la enfermedad y la complejidad del diagnóstico y del tratamiento determinan un especial entrenamiento de los Reumatólogos en esta enfermedad y su insustituible papel en el cuidado de este tipo de pacientes. Es particularmente importante la necesidad de una amplia experiencia en el manejo de las drogas modificadoras de la enfermedad”<sup>46</sup>.

### **1.18 REUMATISMOS DE PARTES BLANDAS**

“Las partes blandas comprenden el conjunto de tejidos extraesqueléticos que cubren los huesos de la cabeza, tronco y extremidades, y los tejidos blandos internos. En consecuencia, las partes blandas están formadas por los músculos voluntarios, por el tejido adiposo, tejido conectivo y vasos que rellenan los espacios entre músculos y entre aparatos y sistemas. Se incluyen también regiones como la dermis profunda e hipodermis, retroperitoneo, órbita ocular, etc.

Entre los reumatismos de las partes blandas se encuentra el hombro doloroso, las alteraciones del codo (codo del tenista o del golfista) y de la mano (síndrome del túnel carpiano o compresión de un nervio a su paso por la muñeca o la mano), las tendinitis (inflamación de los tendones), bursitis (inflamación de las bolsas de líquido sinovial que protegen a las articulaciones en diversas localizaciones).

Son problemas muy comunes derivados de las actividades diarias como cargar peso, pequeños o grandes traumatismos, actividades deportivas, trabajos manuales con traumatismos repetidos, etc. Muchos de estos trastornos se podrían prevenir adoptando medidas protectoras en el desempeño de determinados trabajos, realizando las actividades deportivas acorde con la edad y el grado de entrenamiento de la persona. De todas maneras, cuando se producen con frecuencia son necesarias medidas como el reposo, el calor y los tratamientos médicos (analgésicos, antiinflamatorios, infiltraciones) o rehabilitadores. Tumores de este grupo:

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



### **1.18.1 Tumores fibroblásticos:**

El fibroma es un tumor benigno de fibroblastos, bien delimitado, en el que las células neoplásicas producen mayor o menor cantidad de fibras colágenas. Ejemplo: fibroma ovárico.

El fibrosarcoma es un tumor maligno, más frecuente en partes blandas profundas, formado por fibroblastos heterotípicos que producen cantidad variable de fibras colágenas.

Se denomina fibromatosis a un grupo de proliferaciones de fibroblastos del tejido conectivo que tienen crecimiento infiltrativo, tendencia a la recidiva, sin heterotipía ni metástasis. Las fibromatosis superficiales, por ejemplo las de la aponeurosis palmar o plantar, son de crecimiento lento y de pequeño tamaño. Las fibromatosis profundas, por ejemplo de las aponeurosis intermusculares de la extremidad inferior o del mesenterio, son de crecimiento más rápido, alcanzan un mayor tamaño y pueden comprimir estructuras adyacentes, como ocurre con los uréteres en la fibromatosis retroperitoneal. Las fibromatosis profundas se denominan actualmente tumores desmoides o fibrosarcomas de bajo grado de malignidad.

### **1.18.2 Tumores de células adiposas**

El lipoma es un tumor benigno, frecuente en la hipodermis, rodeado por una muy delgada cápsula de tejido conectivo. Formado por adipocitos maduros que no se agrupan en lobulillos con vascularización variable.

El liposarcoma es un tumor maligno, más frecuente en partes blandas profundas de las extremidades o retroperitoneo. Formado por células adiposas con mayor o menor heterotipía: las mejor diferenciadas contienen lípidos en el citoplasma.

### **1.18.3 Tumores de histiocitos**

El histiocitoma benigno es frecuente en la dermis, mal delimitado, formado por células redondeadas o fusadas, algunas pueden tener lípidos en su citoplasma con aspecto espumoso. También puede haber células gigantes multinucleadas.

El histiocitoma maligno se observa en partes blandas profundas en extremidades. Formado por elementos celulares heterotípicos equivalentes a los del histiocitoma benigno.

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



#### 1.18.4 Tumores de vasos sanguíneos

El hemangioma es un tumor benigno, frecuente en la piel, menos frecuente en hígado y bazo. Su parénquima consta de células endoteliales que forman estructuras capilares en racimos: en el lumen de ellas hay sangre, pues estos tumores están conectados con los vasos que irrigan la zona.

Macroscópicamente es mal delimitado, rojo o rojo vinoso y esponjoso al corte. Existen otras lesiones incluidas bajo el término hemangioma, que están constituidas por un conjunto de vasos capilares, vasos venosos y arteriales de paredes gruesas. Estas lesiones corresponden más bien a malformaciones y se denominan hamartomas vasculares.

El hemangiosarcoma o angiosarcoma es un tumor maligno que se encuentra en piel, partes blandas de otras zonas, mama. Está constituido por células endoteliales heterotípicas que forman conjuntos de capilares con sangre en el lumen.

El denominado sarcoma de Kaposi es una proliferación vascular secundaria a una infección por virus herpes tipo 8. Si bien se discute la naturaleza neoplásica de esta lesión, su comportamiento se aproxima al de un angiosarcoma de bajo grado de malignidad. Es frecuente en Africa, poco frecuente en su forma esporádica en Occidente. Ha aumentado en frecuencia por su aparición en pacientes inmunodeprimidos, en particular en SIDA. Se presenta como múltiples lesiones cutáneas, generalmente en zonas distales de extremidades inferiores en forma de manchas rojo violáceas que evolucionan a nódulos dermohipodérmicos, algunos de los cuales pueden ulcerarse. Microscópicamente se observa proliferación de células fusadas con áreas angiomatoides, hemorragia y depósitos de hemosiderina.

#### 1.18.5 Tumores de vasos linfáticos

El linfangioma es un tumor benigno formado por acúmulos de vasos linfáticos de pared muy delgada que contienen linfa. Se ve en partes blandas del tronco y extremidades, lengua, mejillas, vísceras. El linfangiosarcoma es el equivalente maligno, muy raro, que aparece en áreas con linfedema crónico, en particular como complicación de una extirpación quirúrgica radical de linfonodos axilares en cáncer de mama (síndrome de Stewart-Treves).

#### 1.18.6 Tumores de músculo liso

El leiomioma es un tumor benigno bien delimitado, firme. Muy frecuente en útero, mucho menos frecuente en tubo digestivo y partes blandas. Formado por

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



haces desordenados de músculo liso, lo que le confiere un aspecto macroscópico fasciculado en la superficie de corte. El leiomioma es un tumor maligno, se observa en útero, tubo digestivo, retroperitoneo, otras partes blandas, pared de vasos grandes. Formado por haces de células musculares lisas heterotípicas, con numerosas mitosis.

#### **1.18.7 Tumores de músculo esquelético**

El rabdomioma es un tumor benigno muy infrecuente, considerado por algunos una malformación que puede aparecer especialmente en la lengua y en el miocardio. El rabdomiosarcoma es un tumor maligno ubicado preferentemente en envolturas testiculares, retroperitoneo, extremidades, órbita. Formado por células musculares estriadas, en general inmaduras y polimorfos.

#### **1.18.8 Tumores de cartílago**

El condroma es un tumor benigno que se encuentra preferentemente en los huesos. Formado por células que producen matriz cartilaginosa en la que quedan atrapadas en lagunas desordenadas. El condrosarcoma es un tumor maligno de los huesos formados por células heterotípicas que pueden formar una matriz cartilaginosa, a veces de consistencia mixoidea.

#### **1.18.9 Tumores de hueso**

El osteoblastoma es un tumor benigno de los huesos, constituido por células que producen trabéculas desordenadas de matriz osteoide, en la que quedan incluidas y que puede calcificarse. El osteosarcoma es el tumor maligno de los

huesos. Está constituido por células malignas capaces de formar matriz osteoide, que eventualmente se calcifica.

#### **1.18.10 Caracteres Generales de los Sarcomas:**

Los sarcomas son los tumores malignos de tejidos de sostén, músculo y vasos.

Son poco frecuentes y pueden aparecer en cualquier edad, pero en promedio los pacientes son más jóvenes que en el caso de los carcinomas. Se diseminan por invasión local y por metástasis hematógenas. Las metástasis linfógenas son menos frecuentes.

Macroscópicamente pueden ser redondeados o de contorno policíclico, pero siempre son infiltrantes en el examen microscópico. Su aspecto y consistencia varía según los elementos de diferenciación propios de los productos de las

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



células parenquimatosas (lípidos, fibras colágenas, matriz extracelular), y de las áreas de necrosis y hemorragia que presenten.

En general, a mayor anaplasia, peor pronóstico. Los sarcomas menos diferenciados suelen estar compuestos por células fusadas o redondas pequeñas, o bien grandes y muy polimorfas. Aquéllos en que no pueden encontrarse elementos de diferenciación se denominan sarcomas indiferenciados o anaplásticos”<sup>47</sup>

## 1.19 LUMBALGIA O LUMBAGO

“El dolor lumbar es uno de los trastornos más frecuentes y frustrantes que afectan a la especie humana. Su frecuencia es muy elevada y se estima que afecta a una entre seis o siete personas.

### 1.19.1 Causas

Las causas de la lumbalgia son múltiples. Puede deberse a malas posturas, factores relacionados con la actividad física del individuo o factores psicológicos. De todos modos, pueden establecerse dos causas fundamentales que pueden ocasionar el lumbago: las causas de origen mecánico y las de origen inflamatorio.

- De origen mecánico: Son las más frecuentes. Se debe a una alteración de las estructuras que forman la columna lumbar. Así, la degeneración del disco vertebral que evita el contacto directo entre las vértebras de la columna, la aparición de artrosis en las vértebras lumbares, la existencia de osteoporosis o una alteración de las curvaturas normales de la columna son las causas más frecuentes del dolor lumbar. Las malas posturas también pueden provocar lumbalgia. Además, la práctica deportiva sin un entrenamiento adecuado puede producir lumbago. La práctica clínica también ha observado que determinados factores psicológicos pueden provocar dolores de la columna en general.
- De origen inflamatorio: Tienen su origen en determinadas enfermedades que producen una inflamación de las vértebras, de los tendones o de las articulaciones próximas. Asimismo, otras patologías no inflamatorias pero que podrían causar lumbago son las infecciones o los tumores malignos. Estos últimos son muy poco frecuentes.
- En cuanto a los pacientes con "señales de alerta", estos síntomas preocupantes serían:

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.





- Posible enfermedad sistémica: dolor en una persona menor de 55 años y no influido por posturas, movimientos o esfuerzos, mal estado general, pérdida de peso, fiebre....
- Caso para derivar a cirugía: pérdida de fuerza muscular, anestesia en silla de montar, dolor no lumbar (radicular) que persiste más de seis semanas, o que aparece sólo al caminar, etc.
- En muchos de ellos una simple radiografía y un análisis de sangre descartarán que exista una enfermedad sistémica tras el dolor lumbar. "Se recomienda la resonancia magnética si existen señales de alerta para la derivación a la cirugía, sospecha de discitis [inflamación de un disco] o cáncer", dicen las guías.

### 1.19.2 Factores de Riesgo

Son los traumatismos, las profesiones físicamente duras (levantar pesos con frecuencia), las profesiones con inclinaciones o giros del tronco y la exposición a vibraciones. En cualquier caso, la causa más frecuente del lumbago son las malas posiciones en las actividades cotidianas como sentarse, agacharse, mover objetos, etc. Es una fuente muy importante de incapacidad laboral y de baja por enfermedad.

### 1.19.3 Diagnóstico de Lumbalgia

Al igual que otras enfermedades reumáticas, el diagnóstico del lumbago no ofrece dificultad debido a que los síntomas de la enfermedad son muy claros. Para determinar la causa que ha producido esta dolencia es preciso realizar un interrogatorio amplio sobre los hábitos de vida del paciente así como su situación anímica.

A la hora de prevenir este frecuente problema son tres las actuaciones fundamentales: adoptar posturas correctas de la espalda, aprender a manipular las cargas y realizar ejercicios.

### 1.19.4 Tratamiento

El tratamiento de la lumbalgia consiste en la administración de analgésicos, relajantes musculares y aplicación de calor en la zona dolorida. Asimismo, el paciente debe guardar reposo en una cama dura. En el caso de la lumbalgia laboral, algunos expertos.

- Evitar el reposo

-Para acelerar la recuperación y reducir el riesgo de que se repita en el futuro, es importante que el paciente evite el reposo en cama y mantenga el mayor grado de actividad física que el dolor le permita", comentan las guías. Como

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



mucho, se admite un máximo de 48 horas en cama si el dolor impide al paciente adoptar otra postura.

#### **1.19.5 Actividad física**

El paciente debe mantener el mayor grado de actividad física que le permitan sus molestias. El ejercicio no está recomendado en plena crisis de lumbalgia (donde sólo es aconsejable mantenerse lo más activo posible), pero sí cuando el dolor perdura más de seis semanas.

Sin embargo, los estudios que se han realizado hasta el momento no permiten decantarse por determinada actividad física o por ejercicios específicos de la espalda.

#### **1.19.6 Fármacos**

Es posible consumir fármacos para el dolor, ya sea paracetamol (solo o en combinación con opiáceos débiles como la codeína), antiinflamatorios o miorrelajantes durante un máximo de tres meses, tanto una lumbalgia aguda como en las crisis de los casos crónicos.

En personas con lumbalgia crónica intensa se recomiendan también antidepresivos clásicos (tricíclicos y tetracíclicos), estén deprimidas o no, y parches de capsaicina. Como tratamiento de tercera línea, podrán prescribirse los opiáceos (sobre todo, tramadol) en los agravamientos de lumbalgias crónicas.

#### **1.19.7 Neuroestimulación eléctrica percutánea**

Esta estrategia sólo se recomienda como "última opción terapéutica", pues sus posibles efectos secundarios son graves (sangrado, infección, neumotórax). De hecho, los autores de las guías recomiendan que este tratamiento se realice "exclusivamente por médicos bien entrenados y experimentados".

La técnica en cuestión utiliza agujas similares a la acupuntura y situadas en los tejidos blandos para administrar un estímulo eléctrico en nervios periféricos superficiales. Es decir, que sería una técnica a medio camino de la acupuntura (estimulación de ciertos puntos del organismo mediante agujas) y la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea o TENS (se estimula fibras nerviosas de la piel mediante una suave corriente eléctrica que administran unos parches).

#### **1.19.8 Cirugía**

Los autores de estas guías son muy cautos en cuanto a las intervenciones quirúrgicas. De hecho, recuerdan que los tratamientos cognitivos más ejercicio "obtienen resultados similares con menos riesgo". En el caso de que el

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



paciente no tenga acceso a estas terapias y lleve más de dos años con dolor, sin respuesta a otros tratamientos, podrá recurrirse a la fusión vertebral o artrodesis”<sup>48</sup>.

## 1.20 LA OSTEOPOROSIS

“Es una enfermedad muy frecuente (en España afecta a 2,5 millones de mujeres) que se caracteriza por una disminución de la densidad de los huesos por pérdida del tejido óseo normal. Aunque no es la única enfermedad del metabolismo óseo, sí es la más frecuente. El hueso está correctamente calcificado, pero existe menor cantidad de hueso por unidad de volumen. Esto conlleva una disminución de la resistencia del hueso frente a los traumatismos o la carga, con la consiguiente aparición de fracturas.

Según la OMS, es uno de los problemas de salud más importantes y la ha calificado como "epidemia intolerable".

El hueso es un tejido vivo, en constante renovación. Por un lado se forma hueso nuevo (formación ósea), y, simultáneamente, se destruye hueso envejecido (reabsorción ósea). Aparece osteoporosis cuando se rompe el equilibrio entre ambas, porque disminuya la formación de hueso nuevo, porque aumente la reabsorción, o por ambas causas simultáneamente.

### 1.20.1 Fisiopatología de la Osteoporosis

Es consecuencia de la pérdida del hueso por cambios normales relacionados con la edad que se producen en la remodelación ósea así como por factores intrínsecos y extrínsecos.

El esqueleto aumenta de tamaño mediante el crecimiento lineal, el fenómeno de modelación permite que los huesos largos se adapten en su forma a las fuerzas que actúan sobre ellos. El incremento de producción de las hormonas sexuales en la pubertad es imprescindible para que se produzca la maduración máxima del esqueleto que alcanza su nivel máximo de masa y densidad al principio de la edad adulta. La nutrición y el estilo de vida son importantes en el crecimiento, aunque los factores genéticos son los principales determinantes de la masa ósea máxima y densidad esquelética.

Los estudios de enlace sugieren que hay un locus genético sobre el cromosoma 11 relacionado con la masa ósea elevada.

La remodelación ósea tiene 2 funciones principales:

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



- Reparar las microlesiones óseas para conservar la resistencia del esqueleto.
- Obtener calcio del esqueleto para conservar la concentración sérica de este ion.

También por varias hormonas como estrógenos, andrógenos, vitamina D, hormona paratiroidea y factores de crecimiento.

La citosina encargada de la comunicación entre el osteoblasto y el osteoclasto se ha denominado RANK. El resultado final es que el hueso reabsorbido es sustituido por una cantidad equivalente de tejido óseo nuevo. De este modo el esqueleto permanece relativamente constante después de alcanzar su punto máximo en la edad adulta. Sin embargo después de los 30 – 45 años el proceso de resorción y formación se desequilibra y la resorción excede a la formación. La pérdida excesiva de hueso puede deberse a incremento de la actividad osteoclastica, disminución de la actividad de osteoblastos o ambos.

Además el incremento de la frecuencia de activación de la remodelación puede magnificar el pequeño desequilibrio que se observa en cada actividad remodeladora.

El hueso trabecular, si los osteoclastos penetran en la trabécula, no dejan espacio para que se forme hueso nuevo y por lo tanto pueden provocar pérdida rápida de la masa ósea. En el hueso cortical el incremento de la actividad de remodelación crea un hueso más poroso. El efecto de este aumento de la porosidad sobre la fuerza del hueso.

### **1.20.2 Causas**

Sólo en un pequeño porcentaje de los casos conocemos las causas de la osteoporosis. Son las osteoporosis secundarias, en las que ésta aparece como consecuencia de otra enfermedad. Es el caso de enfermedades endocrinológicas, como la diabetes, el hipertiroidismo o los hipogonadismos, enfermedades reumáticas, como la artritis reumatoide, enfermedades hematológicas como el mieloma o la mastocitosis, o los casos de osteoporosis relacionados con el uso de algunos fármacos como los corticoides o la heparina. En el 70% de los casos, la influencia genética es muy importante.

Sin embargo, la gran mayoría de enfermos tienen una osteoporosis primaria, en la que distinguimos tres grandes grupos, la osteoporosis idiopática juvenil o del adulto, sin causa conocida, la osteoporosis tipo I o postmenopáusica, en la que influye decisivamente la falta de estrógenos que se produce en la mujer en

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



ese periodo de su vida, y la osteoporosis tipo II o senil, que es la producida por el envejecimiento.

Existen también numerosos factores que aumentan la pérdida de masa ósea que acompaña la edad, y que, por tanto, multiplican el riesgo de padecer osteoporosis y sus consecuencias. Entre ellos cabe destacar la inmovilización, el tabaco y el alcohol.

Recientes investigaciones, atribuyen un aumento en la frecuencia de fractura de cadera en aquellas pacientes que han tomado, durante más de un año (ingesta prolongada), fármacos para la acidez del estómago de los llamados "Inhibidores de la bomba de protones (IBP)" (JAMA, 2006; 296:2947-53).

Al parecer, y aunque no se ha comprobado en humanos, la disminución de la acidez gástrica, afecta a la absorción de las sales de calcio, lo que podría conducir a una disminución de la densidad mineral ósea. En estos enfermos se recomienda incrementar la ingesta de calcio.

### **1.20.3 Incidencia de esta enfermedad**

Se trata de una enfermedad que puede afectar a cualquier persona. Con el paso de los años todas las personas van perdiendo masa ósea, por lo que la osteoporosis es especialmente frecuente a partir de los 70 años.

También las mujeres en los primeros años después de la menopausia son un grupo especialmente afectado por esta enfermedad. A partir de los 50 años, muchas mujeres sufren la enfermedad sin saberlo.

Las personas delgadas parecen tener más predisposición genética para sufrir osteoporosis. Se calcula que sólo un 10 % de enfermos con Osteoporosis, reciben el adecuado tratamiento para esta enfermedad.

### **1.20.4 Factores relacionados con la Osteoporosis**

- Antecedente de fractura o fracturas a partir de los 50 años.
- Fractura materna del fémur.
- Edad avanzada (> 65 años)
- Bajo peso (< 50 Kg.)
- Menopausia precoz, espontánea o quirúrgica (< 45 años)
- Baja ingesta de calcio
- Inactividad física prolongada
- Fármacos: corticoides, inhibidores de la aromatasa (utilizados en el cáncer de mama y de las gonadotropinas), hidantoína.

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



- Enfermedades que favorecen la osteopenia: hipertiroidismo, trasplantes, síndrome de Cushing, enfermedades del hígado, hiperparatiroidismo, enfermedades inflamatorias crónicas y anorexia nerviosa, entre otras.

### 1.20.5 Síntomas

La osteoporosis no produce síntomas, no duele ni causa ninguna alteración en sí misma. Sin embargo, al producirse gran fragilidad en los huesos, aparecen con gran frecuencia fracturas óseas, que son las que condicionan los síntomas en estos enfermos.

Hasta hace poco se pensaba que la causa de esta osteoporosis postmenopáusica era el déficit de estrógenos pero recientes investigaciones sugieren que el incremento de la actividad de la hormona folículo estimulante (FSH), puede jugar un papel importante, lo que abra una vía a nuevas posibilidades terapéuticas.

Las fracturas más frecuentes en la osteoporosis de la mujer postmenopáusica son las fracturas vertebrales, que producen dolores muy agudos en la espalda y condicionan la aparición progresiva de deformidades de la misma, fundamentalmente disminución progresiva de la talla por aplastamientos vertebrales. Este dolor puede dar paso a un dolor sordo y más continuo, producido por microfracturas, y que muchas veces es el síntoma que lleva al diagnóstico. La osteoporosis del anciano produce típicamente fracturas en los huesos largos, sobre todo en la muñeca, y más aún en el fémur, siendo la responsable de las típicas fracturas de cadera de las personas mayores.

### 1.20.6 Diagnóstico

No existen alteraciones de los análisis básicos que permitan hacer el diagnóstico. Aun cuando el diagnóstico de certeza se obtiene con el estudio de la biopsia del hueso, en la práctica habitual se utilizan diversas técnicas radiológicas para el diagnóstico, que además son también útiles para valorar la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento, siendo la más importante de ellas la Densitometría, que debería realizarse en todas las mujeres postmenopáusicas, aún sin factores de riesgo específicos.

Las más inespecíficas son las radiografías simples de los huesos afectados, que muestran osteoporosis cuando ésta ya está bastante avanzada. En los últimos años se han introducido los distintos modelos de densitómetros, que son capaces de medir la densidad del hueso respecto a un patrón determinado.

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



### 1.20.7 Tratamiento

Como medidas generales, es necesario hacer mención de la dieta, rica en calcio y baja en proteínas, la abstención de tóxicos como el tabaco y el alcohol, y el ejercicio físico habitual. Cuando la dieta no garantiza una cantidad adecuada de calcio, deben administrarse suplementos, teniendo en cuenta que las necesidades de calcio son de unos 1000 mg al día, y aumentan en el embarazo o en la menopausia (hasta 1200-1550 mg/día). Es importante recordar que el calcio sólo no ha demostrado eficacia en disminuir las fracturas de las enfermas con osteoporosis.

En los últimos años se han acumulado datos suficientes para demostrar la importancia que la Vitamina D, a dosis elevadas, tiene a la hora de evitar las pérdidas excesivas de masa ósea que se producen por causa de la edad así como para reconocer su papel fundamental en la función muscular.

La Vitamina D no se obtiene con facilidad a través de la dieta, sino que su principal fuente es la luz del sol y pese a las abundantes horas de sol en España, la insuficiencia de Vitamina D en las personas mayores es generalizada. La exposición solar adecuada de unos 15-20 minutos al día, al menos 3 días a la semana es importante para mantener la síntesis de Vitamina D.

Hoy en día se recomienda suplementar el tratamiento de la osteoporosis con Vitamina D. La Vitamina D se obtiene de los pescados grasos (salmón, atún, sardinas...), de sus enlatados y conservados, yema de huevo, leche, queso y mantequilla o margarina. La dosis diaria recomendada oscila entre las 400 y 600 UI/día (aumenta a medida que aumenta la edad), y la dosis media que ingiere la población española está entre las 60 y 200 UI/día.

En el tratamiento de la osteoporosis, y también en su prevención, se utilizan fármacos que disminuyen la reabsorción de hueso. Entre ellos se encuentran los anticatabólicos y antiresortivos, bisfosfonatos, alendronato, risedronato, ibandronato, los moduladores selectivos de los receptores estrogénicos, como el raloxifeno o las calcitoninas, los anabólicos u osteoformadores, como los análogos de la PHT (ver más adelante) y los llamados de "acción mixta", como el ranelato de estroncio. Estos fármacos permiten llegar a detener la pérdida de masa ósea y evitar o retrasar las fracturas, que son la principal consecuencia de la enfermedad. Los estrógenos, antes ampliamente utilizados, han perdido papel en el tratamiento de la osteoporosis, esencialmente por sus efectos secundarios (aumento de riesgo de cáncer de mama, cardiopatía isquémica, accidente cerebral vascular y tromboembolismo venoso).

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



Aunque teóricamente el flúor es un fármaco que puede aumentar la formación de hueso, el hueso producido parece tener una menor calidad y, por tanto, una menor resistencia, por lo que su uso no se ha extendido y no existen en España preparados disponibles.

La lucha contra el sedentarismo mediante la práctica de una actividad física moderada es un aspecto relevante en el tratamiento de la enfermedad.

Nuevas formulaciones galénicas, como por ejemplo el Ibandronato, permiten mejorar el cumplimiento de la medicación, pues son de una sólo toma oral mensual.

En la osteoporosis grave se utiliza actualmente la Terapia (vía subcutánea), pero una nueva molécula específicamente formadora de hueso, la PTH (Hormona Paratiroidea Humana Endógena), que se administra por vía subcutánea, parece llamada a sustituirla.

El Ácido Zolendrónico, se administra de forma endovenosa, durante 15 minutos y en una sola aplicación anual, lo que permite una gran adhesión al tratamiento. Presenta efectos secundarios frecuentes, como arritmias, inusuales en otros tratamientos para la osteoporosis. Mejora la densidad ósea y disminuye el riesgo de fractura vertebral y de cadera de forma muy significativa.

### **1.20.8 Decálogo de la osteoporosis**

1. Nunca se debe atribuir al envejecimiento fisiológico. Es una alteración patológica del proceso de renovación del hueso (remodelado).
2. Puede afectar a ambos sexos. Aunque es una enfermedad que afecta predominantemente a la mujer, los hombres mayores también pueden padecerla.
3. Su complicación más grave y frecuente son las fracturas por fragilidad. Las fracturas disminuyen la capacidad funcional del anciano, pudiendo llegar a ser causa de dependencia y, además, acortan su vida.
4. La producción de una fractura por fragilidad es causa suficiente para establecer el diagnóstico. Actualmente ya no se considera necesaria la medición de la masa ósea para establecer el diagnóstico tras una de estas fracturas.
5. Una dieta rica en calcio y vitamina D es esencial para su prevención. El pico máximo de masa ósea se alcanza en la tercera década de la

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.





vida. No obstante, sigue siendo importante el contenido de calcio de la dieta a todas las edades. Para las personas mayores, ésta debe contener entre 1.200 y 1.600 mg/día.

6. El ejercicio físico también es indispensable. Una persona inmóvil pierde calcio por orina disminuyendo la densidad del hueso. Por tanto, debe ser prioritario mantenerse activo y en forma.

7. Se deben evitar tóxicos como el café, alcohol y tabaco. Todos ellos favorecen la desmineralización del tejido óseo.

8. Las caídas favorecen las fracturas por fragilidad. Detectar factores de riesgo de caídas prevendrá muchas complicaciones. Por ello es conveniente no acumular fármacos, revisar periódicamente la tensión arterial, la vista y el oído, acudir al médico en caso de inestabilidad y retirar todos los obstáculos que puedan entrañar algún peligro.

9. Hay que tratarla siempre. Una vez diagnosticada la enfermedad, es absolutamente necesario instaurar un tratamiento adecuado, sea cual sea la edad del paciente.

10. La instauración de un tratamiento específico no evita la aplicación de las medidas preventivas antes comentadas.

El ejercicio físico y la ingesta de dosis suplementarias de calcio y vitamina D son medidas preventivas complementarias que hay que mantener siempre<sup>49</sup>.

## 1.21 OSTEOARTRITIS

“La osteoartritis (OA) es una de las enfermedades más antiguas y comunes entre los seres humanos.

Es una degeneración lentamente progresiva del cartílago articular que en general se manifiesta en las articulaciones que soportan mayor peso y en los dedos de las manos de sujetos de edad avanzada.

La incidencia de 75 a 79 años es de un 85%, esta enfermedad abarca un grupo de trastornos que tienen como común la destrucción mecánica de una articulación, debido a la degradación progresiva del cartílago articular que conduce a un estrechamiento del espacio articular, a un engrosamiento del hueso subcondral y con el tiempo a una articulación doloroso no funcional además es posible una reacción inflamatoria leve dentro de la sinovial y la

### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



aparición de nódulos óseos periféricos voluminosos denominados osteofitos que refleja el intento del hueso de generar una nueva superficie articular.

### **1.21.1 Etiología**

Incluye un incremento de la unidad de carga sobre los condrocitos, disminución de la elasticidad del hueso esponjoso subcondral y aumento de la rigidez del hueso esponjoso de la epífisis. Estos factores pueden conducir a un aumento de la degradación del cartílago articular, acompañado de un incremento focal de la síntesis de la matriz cartilaginosa e incluso de una mayor replicación de condrocitos, anormalidades que reflejan un intento de reparar el cartílago articular. Sin embargo, el aumento de la síntesis matricial y de la replicación celular no es suficiente para compensar el estrés continuo y el curso del tiempo del cartílago articular es degradado y desaparece.

### **1.21.2 Patología**

Se relacionan con la pérdida de proteoglucanos en la superficie del cartílago articular que se manifiesta por la disminución de la tinción metacromática, la presencia de algunas lagunas vacías indican la muerte de condrocitos.

La enfermedad puede detenerse de progresar por un proceso de fibrilación es decir fisuras superficiales paralelas al eje mayor de la superficie articular.

A medida que las fisuras se extienden en profundidad hacia el frente de calcificación y eventualmente lo cruzan vasos provenientes de la epífisis del hueso subcondral se extiende en las zonas de las fisuras e inducen reabsorción ósea osteoclastica subcondral.

También es posible apreciar engrosamiento de la placa ósea subcondral en el área correspondiente a la fisura: A medida que los vasos sanguíneos se extienden en forma progresiva, en el área de la fisura ocurre una nivación de células mesenquimáticas que provoca la formación de fibrocartílago como un sustituto ineficaz del cartílago hialino articular.

### **1.21.3 Causas**

Por lo general la osteoartritis aparece gradualmente, con el paso del tiempo. Puede ser causada por los siguientes factores de riesgo:

- El sobrepeso
- El envejecimiento
- Las lesiones de las articulaciones
- Los defectos en la formación de las articulaciones

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



- Un defecto genético en el cartílago de la articulación
- La fatiga de las articulaciones como consecuencia de ciertos trabajos o deportes.

#### 1.21.4 Diagnóstico

La osteoartritis puede ocurrir en cualquier articulación. Ocurre más a menudo en las manos, las rodillas, las caderas y la columna.

Las señales de alerta de la osteoartritis incluyen:

- Rigidez en una articulación al levantarse de la cama o después de estar sentado por mucho tiempo
- Hinchazón o sensibilidad al tacto en una o más articulaciones
- Sensación de ruptura o el crujido de huesos rozando el uno contra el otro.

No existe una prueba específica para diagnosticar la osteoartritis. La mayoría de los médicos usan varios métodos para diagnosticar la enfermedad y eliminar la posibilidad de otros problemas, tales como:

- Antecedentes médicos
- Examen físico
- Radiografías
- Otras pruebas tales como análisis de sangre o exámenes del líquido de las articulaciones.

#### 1.21.5 Tratamiento

Los médicos a menudo combinan varios tratamientos que se ajustan a las necesidades, el estilo de vida y la salud del paciente. El tratamiento de la osteoartritis tiene cuatro objetivos principales:

- Mejorar el funcionamiento de la articulación
- Mantener un peso saludable
- Controlar el dolor
- Lograr un estilo de vida saludable.

El plan de tratamiento para la osteoartritis puede incluir:

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

---

- Ejercicio
- Control de peso
- Descanso y cuidado de las articulaciones
- Técnicas para controlar el dolor sin medicamentos
- Medicamentos
- Terapias complementarias y alternativas
- Cirugía<sup>50</sup>.



## CAPÍTULO II

### OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### OBJETIVO GENERAL

- Identificar los estilos de vida asociados a problemas crónico-degenerativos de los adultos mayores que acuden al servicio de Clínica del Hospital “Vicente Corral Moscoso”

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los estilos de vida de los pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de Clínica del Hospital “Vicente Corral Moscoso”
- Analizar la relación de los estilos de vida del adulto mayor con los problemas crónicos – degenerativos y el deterioro de la calidad de vida por las complicaciones.
- Identificar los factores de riesgo y protectores de los estilos de vida de los adultos.



---

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de estudio que se desarrollo fue de método descriptivo y cuantitativo, en el que se enfatiza los estilos de vida de los pacientes geriátricos hospitalizados. La investigación se llevará a cabo en el área de Clínica del “Hospital Vicente Corral Moscoso” durante los meses de Enero y Junio del año 2010.

#### TIPO DE ESTUDIO

El estudio descriptivo por que se describió los estilos de vida de los adultos mayores y analizar su influencia sobre su patología crónico-degenerativa.

#### UNIVERSO

Se trabajo el universo finito de 100 pacientes hospitalizados en el último semestre del año 2010.

#### TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Las técnicas de investigación que se utilizó fue la entrevista que se desarrollo con los adultos mayores y así se conoció sus estilos de vida y sus problemas crónicos-degenerativos.

#### PLAN DE ANÁLISIS

El análisis de los datos se realizó con el programa Microsoft Excel 2007. El análisis e interpretación de los datos se realizará por medio de frecuencias y se presentará en tablas estadísticas.

#### RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos lo realizo el equipo investigador, en base a la entrevista que duro de quince a veinte minutos por individuo estudiado, la misma que se documento en formularios validados en los que constan las variables a ser estudiadas. La observación será no participativa, con una duración de dos meses.

Para la ejecución del trabajo se utilizo un formulario basado en preguntas de opción múltiple con un lenguaje claro y conciso, el mismo que se aplico a los adultos mayores con Enfermedades Crónico Degenerativas que se encontraban hospitalizados en el área de Clínica del Hospital “Vicente Corral Moscoso” durante el periodo de octubre-diciembre del 2010. La entrevista aplicada duro aproximadamente de 15 a 20 minutos con su debido consentimiento con la ayuda de sus familiares en algunos casos. La información recopilada fue analizada y presentada en cuadros, gráficos, estadísticos.

#### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



## ASPECTOS ÉTICOS

Considerando la importancia que tiene este estudio para el cuidado de los pacientes consideramos oportuno solicitar el consentimiento informado a quienes van a ser entrevistados; la información obtenida será utilizada protegiendo la identidad del paciente, la confidencialidad y la privacidad a la que tiene derecho. Del mismo modo se solicitara el permiso a las autoridades del Hospital Vicente Corral Moscoso.



## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Una vez compilado la información se procedió a presentarlos en tablas y gráficos estadísticos.

**TABLA N.- 1**  
**DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL**  
**HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN SEXO**  
**CUENCA 2010.**

Sexo	N°	%
Masculino	24	48
Femenino	26	52
Total	50	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de

Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

### ANÁLISIS.

La salud de la mujer es una síntesis de la biología propia de su sexo y del lugar que la sociedad le asigna en un determinado contexto histórico y cultural. Ambos determinantes se integran en el concepto de género, que no sólo se refiere al sexo biológico, sino también a la amplia gama de conductas, expectativas y roles atribuidos a hombres y mujeres por las estructuras sociales.

Los condicionantes biológicos corresponden a la anatomía y a la fisiología de la mujer es decir órganos y tejidos únicos diferentes a los del sexo masculino que influyen directamente sobre la salud constituyendo factores de riesgo o protectores ante la enfermedad.

Según la Tabla N° 1 de los 50 pacientes encuestados en el servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso encontramos que 26 pacientes representan el 52% sexo femenino y 24 pacientes representan el 48% sexo masculino. Teniendo como resultado una mayor prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas en mujeres que en varones, la misma que está estrechamente relacionada con la edad.

### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.

MARIELA BONETE MUÑOZ.





**TABLA N° 2**  
**DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL**  
**HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” DE ACUERDO A SU ESTADO**  
**CIVIL.**  
**CUENCA 2010.**

<b>Estado civil</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Unión libre	1	2
Soltero	3	6
Casado	29	58
Divorciado	2	4
Viudo	15	30
Total	50	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de

Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

### **ANÁLISIS.**

El estado civil del adulto mayor puede convertirse en un factor protector debido a que tener una pareja ha sido fundamental no solo por el hecho de formar una familia o tener hijos sino por mantener un vínculo amoroso ya sea dentro de un estatus legal o informal, con la finalidad de así compartir cada una de las etapas que tiene una pareja y cada uno convertirse en un pilar fundamental para los momentos de dificultad y de riesgo ya que al estar en un ambiente de soledad puede influir en el tratamiento y cuidado que requiere el adulto mayor con enfermedades crónicas degenerativas.

De los 50 pacientes encuestados en el servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso encontramos que el 58% de casados siendo el grupo de mayor predominación, 30% viudos, 6% de solteros, 4% de divorciados, 2% de unión libre.

### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



**TABLA N° 3**  
**DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES, DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL**  
**HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN DIAGNOSTICO,**  
**CUENCA – ECUADOR, 2010.**

<b>Diagnostico</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
DMT2	14	28
HTA	14	28
DMT2+HTA	18	36
DMT2+ARTRITIS	1	2
OSTEOPOROSIS	1	2
ARTRITIS		
REUMATOIDEA	2	4
TOTAL	50	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de

Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

### **ANÁLISIS.**

Las enfermedades crónico degenerativas, son padecimientos regularmente asociadas con la edad y el envejecimiento. De este grupo cabe resaltar las más importantes y que son un problema de salud pública como la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial y las Enfermedades Reumáticas. Existen otros factores asociados a ellos como son edad, el exceso de peso, factores hereditarios, hábitos nocivos que atentan contra su salud.

Estos padecimientos pueden estar presentes sin que la persona que los tiene pueda sentir alguna molestia o síntoma, de ahí que se recomienda que en las personas con riesgo como mayores de 35 años, personas con sobrepeso, personas que tienen familiares con estas enfermedades, etc., se realicen por lo menos una o dos veces al año un examen de detección de las dos primeras enfermedades, en las unidades médicas del Sector Salud que incluyen instituciones públicas y privadas mediante los programas de Detección Oportuna.

### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



De los 50 pacientes encuestados en el servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso encontramos que 28 casos de hipertensión arterial, 29 diabéticos y 2 adultos mayores presentan enfermedades reumáticas.

**TABLA N°4**

**DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN CUANTAS VECES SE ALIMENTA EN EL DÍA. CUENCA 2010.**

<b>Cuántas veces se alimenta en el día</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Una	0	0
Dos o tres	50	100
Ninguna	0	0
Total	50	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de

Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

### **ANÁLISIS**

Los hábitos alimentarios de las personas de la tercera edad suelen ser inadecuados porque se adquirieron en épocas de la vida en que las demandas de energía eran muy superiores a las que tienen en la actualidad. Además, el metabolismo se torna más lento con los años, lo que también contribuye a que la carga energética normal en otras edades sea excesiva en edades avanzadas. Por tanto, convendrá que coman con moderación, lo que también les ayudará a evitar la obesidad o a reducirla si la tienen, y a disminuir el riesgo de complicaciones futuras en pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

Dado que las necesidades de proteínas, vitaminas y minerales siguen siendo las mismas, lo que deben reducir es la ingestión de hidratos de carbono y, en particular, la de grasas, dulces y toda clase de frituras.

Las personas que llegan a una cierta edad se enfrentan a problemas físicos, psíquicos y sociales que derivan de cambios biológicos propios de la edad y que condicionan de manera muy estricta la capacidad para llevar a cabo un acto tan natural como es el comer diariamente. Pero es muy importante

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.

MARIELA BONETE MUÑOZ.



recalcar que dentro del grupo estudiado hay un mayor número de adultos mayores que si pueden satisfacer esta necesidad tres veces al día con una dieta conformada con los principales grupos de comida y en casos especiales siguen su dieta según indicaciones de su médico.

Según el régimen de alimentación de los pacientes el 100% se alimenta dos a tres veces por día de acuerdo a sus hábitos alimenticios.

**TABLA N°5**

**DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGUN SU DIFICULTAD PARA INGERIR SUS ALIMENTOS. CUENCA 2010.**

<b>Dificultad para ingerir alimentos</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Hemiplejia	1	2
Prótesis	1	2
hipersensibilidad en las encías	1	2
Falta de dentición	2	4
Total	5	10

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de

Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

**ANÁLISIS.**

Durante la etapa del envejecimiento uno de los cambios en el organismo del adulto mayor es la disminución de la función intestinal, si agregamos la presencia de alguna discapacidad física se podrá encontrar problemas nutricionales significativos, lo que intervendrá en su alimentación normal, en el caso de pacientes encuestados podemos observar que existe un porcentaje del 40% de pacientes que no tienen ninguna dificultad y un 10% que presenta dificultades tales como hemiplejia, prótesis, hipersensibilidad en las encías y falta de dentición.

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.

MARIELA BONETE MUÑOZ.



**TABLA N°6**

**DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN QUIEN PREPARA SUS ALIMENTOS. CUENCA 2010.**

<b>Quien prepara sus alimentos.</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Usted	15	30
Hijos	19	38
Nietos/as	3	6
Empleada	1	2
Otros	12	24
Total	50	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de

Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

**ANÁLISIS**

El deterioro funcional que acompaña al envejecimiento puede posponerse manteniendo una vida física, mental y social activa. Para ello hay que mantener a las personas lo más activas posible y capaces de cuidarse a sí mismas casi hasta su muerte.

Para el adulto mayor sentirse valorado por los que le rodea es una parte fundamental para un envejecimiento con calidez por lo tanto el hecho que sus familiares lo demuestren de distintas formas es importante para ellos para así no sentirse abandonados y el hecho de sentir que todavía pertenecen a una familia es lucrativo así sean personas independientes o dependientes. En la actualidad ya no se fomenta el amor y respeto por las personas de la tercera edad es así que en su mayoría viven solos y tienen que preparar sus alimentos por si solos o contratar a otras personas.

De acuerdo a la tabla se puede observar que el 30% de los adultos mayores prepara los alimentos sus hijos el 38% al 6% sus nietos, el 2% empleada y 24% otros como vecinos, sobrinos y nueras. Actividades que nos muestran el grado

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.

MARIELA BONETE MUÑOZ.



de independencia y dependencia de las actividades diarias de los adultos mayores siendo mayor la dependencia lo que contribuye a un factor de riesgo.

**TABLA N°7**

**DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN COMO REALIZA SUS ACTIVIDADES FISICAS. CUENCA 2010.**

<b>Actividad que realiza</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Camina	28	56
realiza ejercicio	3	6
asiste algún grupo	8	16
Ninguno	4	8
Otro	7	14
Total	50	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

**ANÁLISIS.**

El realizar actividades físicas en la tercera edad se ha convertido en una de las metas de la geriatría para poder así reducir las tasa de morbilidad y mortalidad, además es importante porque el realizar cualquier actividad de la índole que sea satisface una de las necesidades vitales que posee el ser humano llenándose de vitalidad, para que se cumpla a cabalidad se necesita del apoyo familiar como de los medios para que impulsen estas actividades y así siga disminuyendo el sedentarismo como lo es en nuestro grupo de estudio que el 56% de las personas realizan ejercicio físico lo que constituye un factor protector porque previene la inmovilidad que tiende a ser un problema para los adultos mayores ayudando al funcionamiento como caminatas y los demás son sedentarios lo que constituye a un factor de riesgo porque puede llevar a perdida de su funcionalidad osea.

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



**TABLA N°8**

**DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN LOS EVENTOS RECREACIONALES A LOS QUE ASISTE. CUENCA 2010.**

<b>Eventos recreacionales a los que asiste</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
P. Barriales	8	16
Fiestas de pueblo	12	24
Eventos culturales	0	0
R. De jubilados	8	16
Paseos	4	8
Ninguno	18	36
Total	50	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de

Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

**ANÁLISIS**

En nuestro grupo de estudio hemos encontrado que el 36% no asiste a ningún evento social, el 24% asisten a fiestas de pueblo, 16% a programas barriales, 16% a reuniones de jubilados y un 8% asiste a paseos, lo que constituye un factor de riesgo porque una característica de la vejez es la tendencia al aislamiento lo que acelera la fragilidad del adulto mayor que forma parte de una sociedad o un grupo es fundamental para un adulto mayor ya que así se siente importante y no una persona sola es esencial que participen de los mismos.

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.

MARIELA BONETE MUÑOZ.



**TABLA N°9**

**DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES, DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, SEGÚN LOS EVENTOS RELIGIOSOS QUE ASISTE, CUENCA – 2010.**

<b>E. Religiosos</b>	<b>N°</b>
Misa	40
Asambleas bíblicas	3
Grupos de oración	0
Novenas	1
Santísimo	9
Semana santa	5
Funerales	6
Ninguno	11

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de

Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

**ANÁLISIS**

La religiosidad promueve conductas positivas para la salud y un estilo de vida saludable en los adultos mayores las creencias religiosas se asocian con disminución de actitudes suicidas, consumo de alcohol y estrés. La religión también se asocia con prohibiciones del hábito de fumar, invitación a tener un buen estado físico y recibir consejería o apoyo socioemocional.

La religiosidad promueve mecanismos psicológicos adaptativos ante el envejecimiento, la enfermedad y el sufrimiento. La religiosidad se asocia con alta autoestima, y deseo de vivir. La religiosidad provee esperanza, sentido de trascendencia o continuidad entre la vida y la muerte. La esperanza es un sentimiento esencial del ser humano, alimento del deseo de vivir; lo contrario, la desesperanza se asocia con aumento de la mortalidad y con mala calidad de vida.

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.





**TABLA N°10**

**DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES, DEL ÁREA DISTRIBUCION DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, SEGÚN LAS REUNIONES FAMILIARES QUE ASISTE, CUENCA – 2010.**

<b>R. Familiares</b>	<b>N°</b>
Carnaval	12
Navidad	32
Cumpleaños	2
Santos	1
Bautizos	10
Primera comunión	10
Confirmación	10
Matrimonios	18
Ninguno	12

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de

Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

**ANÁLISIS**

Las reuniones familiares se considera un factor protector porque promueve las relaciones sociales que se han vuelto en una parte fundamental para que se dé un envejecimiento con calidad. El adulto mayor se vuelve una persona vulnerable y al no sentirse importante o tomado en cuenta hace que emita pensamientos y actitudes negativas, además recrearse es una actividad vital que cada ser humano.

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



**TABLA N°11**  
**DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES, DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN CON QUIEN VIVE, CUENCA – 2010.**

<b>CON QUIEN VIVE</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Solo	4	8
Familia	46	92
Amigos	0	0
Asilo	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de

Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

#### **ANALISIS.**

A lo largo del tiempo según investigaciones de acuerdo a sus culturas, condiciones socioeconómicas, físicas u otros factores de riesgo encontramos que los adultos mayores necesitan de otras personas para sentirse parte de un grupo familiar el cual le brinde amor, respeto, compañía y apoyo en sus actividades alcanzando un envejecimiento con calidad y calidez.

Las entrevistas realizadas identificando que la mayoría de los adultos mayores entrevistados vive con la familia con un porcentaje del 92% y un 8% viven solas, constituye un factor protector para que realice su dependencia e independencia del adulto mayor.

#### **AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



**TABLA N°12**

**DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN LA FRECUENCIA QUE VISITA AL MEDICO CUENCA 2010.**

<b>Frecuencia que visita al medico</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Semanal	0	0
Mensual	6	12
Trimestral	6	12
Semestral	1	2
Anual	0	0
Presentan síntomas	37	74
Total	50	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010  
**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

**ANÁLISIS**

El visitar el médico es parte fundamental para llevar una vida sana y así prevenir enfermedades, lo ideal es que cada uno de los adultos mayores visitan a su médico una vez al mes y no solo cuando se presenten síntomas pero hay que tener en cuenta factores importantes como la educación, economía y cultura de los mismos que influye mucho para tomar decisiones. En nuestro grupo de estudio podemos concluir que el 74% de pacientes acuden al médico solo cuando presentan síntomas y en un bajo porcentaje 12% acuden de forma mensual y trimestral constituyéndose de esta manera un factor de riesgo si consideramos el deterioro funcional o patológico del órgano.



**TABLA N°13**

**DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES, DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN CONSUMO DE ALCOHOL. CUENCA 2010**

<b>Consumo</b>	<b>Numero</b>	<b>porcentaje</b>
Si	10	20
No	40	80
Total	50	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de

Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

**ANÁLISIS**

La prevalencia del consumo patológico de alcohol en mayores de 65 años es de aproximadamente el 5.3%. Los adultos mayores tienen mayor vulnerabilidad a los efectos nocivos del alcohol. Ciertas enfermedades frecuentes en la tercera edad, como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, empeoran con el consumo de alcohol y muchas medicinas que toman estos pacientes pueden provocar graves efectos adversos si se toman junto a bebidas alcohólicas.

Soledad, problemas económicos, asilamiento, abandono o dejación familiar del anciano, carencia de apoyo familiar o allegados, enfermedad orgánica grave, dolor físico, trastornos psiquiátricos, insomnio son factores que llevan a beber más alcohol.

Se observa que el 80% de pacientes no consumen alcohol mientras que el 20% si consume, siendo un porcentaje positivo ya que en la actualidad los índices del consumo de alcohol han incrementado en la sociedad. Entre un 2 y un 3 por ciento de los alcohólicos tiene más de 65 años. En algunos casos el alcoholismo es el resultado de una larga historia de abuso, pero en la mayoría adopta la forma de un escape a una realidad difícil de asumir.

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.

MARIELA BONETE MUÑOZ.



TABLA N°14

**DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES, DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, SEGÚN SU FRECUENCIA DEL CONSUMO SE ALCOHOL, CUENCA – 2010.**

<b>¿Cada qué tiempo consume alcohol?</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Una vez a la semana	2	4
Dos o tres veces en el mes	7	14
Todos los días	1	2
No consume	40	80
TOTAL	50	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de

Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

**ANÁLISIS**

Las visitas o un saludo desempeña un papel importante tanto en las reuniones sociales y otras formas especiales que son las principales actividades de entretenimiento, festejos o ceremonias como las bodas, los entierros y los bautizos, etc. que son indispensables en la vida una persona del mismo grupo de edad independientemente de la relación que tengan, haciendo de esta manera que exista un mayor número de personas que no consumen alcohol por lo tanto su frecuencia va ser menor por lo tanto hacen de estos bebedores sociales con un porcentaje del 80%, los que consumen todos los días con 2% de personas, dos a tres veces por mes que lo consumen con el 14% y una vez por semana con el 4%.

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.

MARIELA BONETE MUÑOZ.



TABLA N°15

**DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES, DEL ÁREA CLÍNICA DEL HOSPITAL  
“VICENTE CORRAL MOSCOSO” DE ACUERDO AL CONSUMO DE  
CIGARRILLOS, CUENCA – 2010.**

<b>¿Consume cigarrillo?</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Si	4	8
No	46	92
TOTAL	50	100

<b>Consumo de cigarrillos por día</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Uno-dos	3	6
Tres-cuatro	1	2
Cuatro-cinco	-	-
Más de cinco	-	-
Total	4	8

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de

Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

**ANÁLISIS.**

En Ecuador solo el 20% de la población fuma, es decir, dos millones de habitantes. En el país un promedio de nueve personas diarias mueren por efectos del consumo excesivo del cigarrillo constituyéndose un factor de riesgo porque puede conllevar a complicaciones en adultos mayores como EPOC, Ca pulmonar u otros procesos respiratorios. La Asamblea tomo medidas para disminuir tasas de morbilidad y mortalidad.

En el caso de los adultos mayores en estudio se debe a su calidad de instrucción o grado de desarrollo que hace que exista un menor conocimiento para la concientización del daño u efectos secundarios que puede provocar el mismo por lo tanto existe su consumo en cierto porcentaje según las entrevistas realizadas se define que el 92% no consume cigarrillo y el 8% de

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.

MARIELA BONETE MUÑOZ.



los pacientes si lo consume por lo tanto tenemos un porcentaje positivo con el mayor porcentaje que no consume cigarrillos.

**TABLA N°16**

**DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES, DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN ACTIVIDADES DE DEPENDENCIA E INDEPENDENCIA, CUENCA – 2010.**

ACTIVIDADES FÍSICAS	DEPENDIENTES		INDEPENDIENTES	
	N°	%	N°	%
Baño	14	100	36	100
Vestido	14	100	36	100
Cuidado personal	14	100	36	100
Comer	14	100	36	100
Compras	14	100	36	100
Hacer comida	14	100	36	100
Limpieza domestica	14	100	36	100
Uso de teléfono	14	100	36	100
Faenas domesticas	14	100	36	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de

Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

**ANÁLISIS.**

Aunque a las personas mayores se les suelen aplicar los estereotipos de débiles en muchos sentidos las personas mayores se encuentran en desventaja y dependientes de las generaciones más jóvenes a menudo tienen un gran nivel de moralidad, satisfacción de la vida y autoestima. Las sociedades modernas tienen la obligación de garantizar a las personas mayores que tengan cubiertas sus necesidades básicas y que dispongan de los recursos suficientes para seguir viviendo de forma útil y satisfactoria, en la

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.

MARIELA BONETE MUÑOZ.



entrevista realizada se ha encontrado que el mayor porcentaje de los pacientes son independientes con un 93% es decir 36 pacientes y el 7% que corresponde a 14 pacientes son dependientes debido a múltiples factores que son las causas principales para su discapacidad como la edad, problemas físicos, etc. Por lo que requieren de otra persona para realizar sus actividades vitales dentro de los parámetros normales.

**EVALUAR LOS CUIDADOS COMO EL AREA DEL PIE, FUE FUNDAMENTAL PARA PRECISAR MAS ATENCION EN AQUELLOS ADULTOS MAYORES QUE PRESENTARON COMO DIAGNOSTICO DE DMT2**

Aplica solo a 33 pacientes con diagnóstico de DMT2.

**TABLA N°17**

**DISTRIBUCION DE 29 ADULTOS MAYORES CON DX DE DMT2 SEGÚN EL CUIDADO DE LOS PIES, CUENCA – 2010.**

<b>¿Se lava los pies?</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
SI	33	100
NO	0	0
TOTAL	33	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010  
**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

**ANÁLISIS.**

En grupo de adultos mayores entrevistados el 100% se realiza el lavado de los pies, cambia los calcetines y los zapatos dos veces al día, no camina descalzo, no aplican bolsas de agua caliente, lavan los pies con agua midiendo su temperatura con el codo, durante cinco minutos con un buen secado, aplican crema hidratante excepto entre los espacios interdigitales, no fuman, cortan sus uñas identificando signos de peligro de forma correcta lo que constituye un factor protector que muestra la capacidad de auto cuidado y previene el apareamiento de complicaciones como pie diabético.





TABLA N° 18

DISTRIBUCIÓN DE 33 PACIENTES, DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” DEL ASEO DE PIES SEGÚN FRECUENCIA DEL ASEO DE PIES, CUENCA – 2010.

¿Con que frecuencia?	Nº	%
Todos los días	5	15
Dos o tres veces por semana	23	70
Cuatro veces al mes	5	15
TOTAL	33	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de

Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

## ANÁLISIS

De acuerdo a la entrevista realizada se ha encontrado que se lavan los pies de dos a tres veces por semana el 70%, todos los días los pies el 15% y el 15% con cuatro veces al mes teniendo en cuenta por qué y cómo debe realizarlo, estilo de vida saludable como resultado del trabajo preventivo de salud realizado, pues se ha establecido una dedicación e interés tanto del personal del área de salud por incentivar a mantener buenos estilos de vida como el paciente para evitar complicaciones futuras y vivir con una calidad de vida adecuada identificando básicamente acerca de los signos de alarma asociados a complicaciones del pie diabético que constituye un factor de riesgo para los pacientes con Diabetes Mellitus, por lo tanto la frecuencia del lavado de los pies es muy importante en los adultos mayores en muchas áreas físicas pero especialmente se enfoca en los pies para prevenir un pie diabético.

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



TABLA N° 19

**DISTRIBUCIÓN DE 33 PACIENTES, DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN EL MATERIAL QUE UTILIZA PARA EL LAVADO, CUENCA – 2010.**

<b>¿Qué utiliza en el lavado?</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Jabón en barra	33	100
Jabón liquido	0	0
Nada	0	0
TOTAL	33	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de

Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

**ANÁLISIS.**

La totalidad de los pacientes entrevistados utilizan jabón en barra para el aseo de los pies así como también un secado entre los espacios interdigitales en un 100% es decir son personas que dan importancia a la prevención de un pie diabético que puede ser producida por una complicación de la enfermedad sufriendo alteraciones funcionales y deformidad es por un inadecuado estilo de vida y déficit de conocimiento, resultado de una gran importancia que el adulto mayor ponga en práctica consejos que evitaren complicaciones como un pie diabético tomando en cuenta que se debe: lavar los pies a diario con agua templada y jabón neutro, prestando especial atención al secado de los mismos, especialmente entre los dedos, hacer hincapié en la hidratación de los pies, pero no en los espacios interdigitales donde podría producirse maceración, evitar la sudoración excesiva con productos adecuados y extremar las precauciones en la temperatura del agua del lavado de los pies. Nunca debe ser superior a 37°C. No se aconsejan las almohadillas eléctricas ni las bolsas de agua caliente para calentar los pies.

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.

MARIELA BONETE MUÑOZ.



TABLA N° 20

**DISTRIBUCIÓN DE 29 PACIENTES, DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN EL MATERIAL QUE UTILIZÓ PARA EL RECORTE DE SU UÑAS, CUENCA – 2010.**

<b>¿Qué utiliza para recortar sus uñas?</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Tijeras	9	27
Cortaúñas	24	73
TOTAL	33	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de

Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

**ANÁLISIS.**

Los pacientes realizados la entrevista lo creen de importancia el corte de las uñas debida a que es parte de su rutina y cuidado de la propia enfermedad pero existen factores que debido a que los pies se encuentran en una parte anatómica inferior del cuerpo para las personas adultas mayores con esta patología se les hace difícil el corte de las uñas por su condición o capacidad física por lo que se realizan en un 73% realizan su cuidado con cortaúñas lo que viola las normas de seguridad por que le expone a cortes, infecciones lo que incrementa el riesgo de pie diabético pues de acuerdo a la norma se debe evitar en el cuidado de las uñas instrumentos que pueden provocar lesiones como tijeras, alicates, cortaúñas, se aconseja utilizar lima de cartón. Del mismo modo no deben emplearse para tratar las hiperqueratosis del pie instrumentos cortantes como corta pieles, limas metálicas, Gillette. Tampoco deben emplearse callicidas y desinfectantes fuertes que podrían producir una lesión. En caso de existir algún problema relacionado con las uñas se recomienda la consulta con el podólogo.

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.

MARIELA BONETE MUÑOZ.



TABLA N° 21

**DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES, DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN EL ASEO BUCAL, CUENCA – 2010.**

<b>¿Cuántas veces al día realiza el aseo bucal?</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Uno	9	18
Dos	19	38
Tres	22	44
Cuatro	0	0
O mas	0	0
TOTAL	50	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de

Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

**ANÁLISIS.**

El aseo bucal según datos estadísticos realizados a los pacientes se obtiene que el mayor porcentaje con un 44% realizan el aseo bucal tres veces al día es decir luego de cada comida, con un 38% el aseo bucal dos veces por día y un 18% una vez lo que indica que el mayor número de pacientes tiene conocimiento acerca de la importancia sobre el aseo bucal mientras que los demás se debe a factores como falta de dentición, hábitos de aseo, costumbres y conocimientos etc. Ya que la falta de higiene produce el crecimiento de microorganismos que pueden causar daño en la zona o partes internas del organismo si consideramos que los adultos mayores tienen disminuidas sus defensas.

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



TABLA N° 22

**DISTRIBUCIÓN DE 33 PACIENTES, DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN EL CONTROL DE GLICEMIAS, CUENCA – 2010.**

<b>¿Se realiza controles de glicemia?</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Si	14	40
No	16	50
Autocontrol	3	10
TOTAL	29	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de

Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

**ANÁLISIS.**

La tabla nos demuestra que hay un 50% de pacientes que no se realizan controles de glicemia lo que indica que no hay una buena autoeducación con temas relacionados a la enfermedad y su consecuencia o falta de información por parte del equipo de salud, por otro lado existe un 40% que si se realizan controles lo que debería predominar más para disminuir así tasas de morbilidad y mortalidad en la tercera edad y mantener una buena calidad de vida para prolongarla y 10% de autocontrol lo que previene el aparecimiento de complicaciones.

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.

MARIELA BONETE MUÑOZ.



TABLA N° 23

**DISTRIBUCIÓN DE 32 PACIENTES, DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN EL CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL, CUENCA – 2010.**

<b>¿Se realiza controles de la tensión arterial?</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Si	12	40
No	20	60
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de

Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

**ANÁLISIS.**

De los 28 pacientes diagnosticados con HTA el 60% no se realizan controles debido a que no le prestan interés a su enfermedad, existe falta de conocimiento sobre las consecuencias que puede ocasionar, mientras que el 40% si lo realizan porque tienen una información adecuada a cerca de la importancia del control y el tratamiento para prevenir complicaciones como arteroesclerosis, cardiopatía hipertensiva, enfermedad renal y evento cerebro vascular lo que deteriora la calidad de vida pues la HTA influida por una gran variedad de factores que hacen varían las constantes.

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.

MARIELA BONETE MUÑOZ.



TABLA N° 24

**DISTRIBUCIÓN DE 32 PACIENTES, DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” DE ACUERDO AL CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL SEGÚN SU FRECUENCIA, CUENCA – 2010.**

<b>FRECUENCIA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
1 ves al día	3	30
2 veces al día	5	50
3 veces al día	2	20
o mas	0	0
TOTAL	10	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

**ANÁLISIS.**

En la tabla un porcentaje del 50% de adultos mayores se realizan el control de la tensión arterial dos veces al día, 30% lo realizan una vez al día, y 20% tres veces al día. Por lo que los porcentajes analizados son positivos porque tienen un buen conocimiento acerca de la patología, tratamiento manteniendo así estilos de vida saludables como desarrollar actividades físicas rutinarias, control de la dieta, mantener el peso adecuado, tomar el tratamiento según indicaciones del médico, para prevenir complicaciones.



TABLA N° 25

**DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES, DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN ADMINISTRACION DE SU MEDICACIÓN, CUENCA – 2010.**

<b>¿Cómo se administra la medicación?</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Solo	44	88
Necesita ayuda	6	12
Familiares	0	0
TOTAL	50	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de

Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

**ANÁLISIS.**

En la siguiente tabla observamos que 44 personas que representan el 88% se administran solos la medicación, lo que indica el grado de independencia de su edad, enfermedad y condición física, todavía son personas activas ya que pueden realizar sus actividades rutinarias con normalidad, en cambio el 12% necesitan ayuda de otras personas para administración de su medicación lo que les hace seres dependientes, sin embargo la toma de medicamento debe ser supervisado, pues cuando los problemas que enfrenta el anciano en la polifarmacia incrementando el riesgo de yatrogenia por interacciones medicamentosas.

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.

MARIELA BONETE MUÑOZ.





TABLA N° 26

**DISTRIBUCIÓN DE 50 PACIENTES, DEL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN LA IMPORTANCIA DE LA INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD, CUENCA – 2010.**

<b>¿Usted cree importante que le enseñen como cuidar su enfermedad?</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Si	50	100
No	0	0
TOTAL	50	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos obtenidos en el servicio de clínica de Hospital Vicente corral Moscoso Octubre – Diciembre 2010

**Realizado por:** LAS AUTORAS: Tatiana Arce y Mariela Bonete.

**ANÁLISIS.**

Al analizar la tabla se puede observar y concluir que el 100% de los pacientes hospitalizados en el área de Clínica del HVCM le es sumamente indispensable recibir información por parte del personal de salud para saber cómo cuidar de su enfermedad, prevenir complicaciones y evitar consecuencias graves que eviten continuar con su vida, para de esta manera mantener un estilo de vida saludable, e independencia para un envejecimiento alegre y de calidad, puesto que cobra importancia el rol de la enfermera en el arca de educación para la salud, ya que es básico conocer los aspectos fundamentales de educación primaria hacia los individuo sobre las enfermedades crónico degenerativas enfocados al cuidado, prevención, tratamiento para la adquisición de nuevos estilos de vida.

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



## CONCLUSIONES

- En el grupo de estudio de 50 adultos mayores hospitalizados en el Hospital Vicente Corral Moscoso hay una mayor incidencia de pacientes Diabéticos con 29 pacientes y con HTA 28pacientes
- En el grupo de estudio de 50 adultos mayores hospitalizados en el Hospital Vicente Corral Moscoso hay mayor incidencia de enfermedades crónicas degenerativas en el sexo femenino que en el masculino.
- En el grupo de estudio de los adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas practican estilos saludables que se convierten de protección del mismo.
- En los adultos mayores hospitalizados en el servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso satisfacen su necesidad de comida y bebida sin complicación alguna en su mayoría existiendo a su vez un porcentaje bajo de discapacidad y dependencia.
- De los adultos mayores en estudio se puede observar según resultados de tablas estadísticas que un 92% de los adultos mayores vive con familiares haciéndolos individuos tanto dependientes como independientes participando en una actividad de socialización y fortalecimiento de autoestima.
- Los adultos mayores en estudio no tienden al sedentarismo ya que realizan actividades físicas que los hace seres activos evitando complicaciones de su enfermedades crónico degenerativa.
- En el grupo de 50 pacientes de los adultos mayores hospitalizados se puede identificar que existe un bajo nivel de información por parte del personal de salud sobre temas relacionados con las enfermedades crónicas degenerativas así como también la importancia de asistir a los controles en áreas de salud para prevención y no solo cuando presenta síntomas propias de la enfermedad.
- En el grupo de 50 adultos mayores hospitalizados se ha identificado factores de riesgo como falta de información acerca de enfermedades crónico degenerativas, asistencia de los adultos mayores a controles médicos, y protectores como apoyo familiar, alimentación adecuada, niveles bajos de consumo de alcohol y cigarrillo, desarrollo de actividades físicas, etc, los mismos que pueden mejorar o disminuir complicaciones de las enfermedades crónico degenerativas.

### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



## RECOMENDACIONES

- La etapa del envejecimiento representa vulnerabilidad para el adulto mayor ya que están expuestos a factores positivos o negativos causando daño a la integridad física y emocional del mismo por lo que se debería fomentar mayor promoción en salud evitando complicaciones.
- El personal debe realizar educación para la salud para prevenir, promover la salud de los adultos mayores.
- Incentivar a los adultos mayores a que en su vivir diario realicen estilos de vida saludables que hará que se prolongue su vida.
- Fomentar al grupo de salud a brindar mayor educación al adulto mayor hospitalizado en el servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso sobre enfermedades propias de su edad.
- Incentivar a los adultos mayores a que asistan a grupos de apoyo de acuerdo a su patología para obtener información básica y que contribuya mejorar sus estilos de vida para tener un envejecimiento con calidad y calidez.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

<sup>1</sup> Datos estadísticos disponible en: [www.inec.gog.ec](http://www.inec.gog.ec)

<sup>2</sup> El Envejecimiento disponible en:  
[http://www.msp.gov.ec/index.php?option=com\\_content&task=view&id=73&itD=116](http://www.msp.gov.ec/index.php?option=com_content&task=view&id=73&itD=116).

<sup>3</sup> El envejecimiento disponible en:

[escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/.../envejebiologico.pd](http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/.../envejebiologico.pd)

<sup>4</sup> Disponible en:

Foro mundial en ecuador para tratar el envejecimiento, marzo del 2010.

<sup>5</sup> FARRERAS R, Medicina Interna 15 edición, editorial sección 10 geriatría págs. 1305-1306.

<sup>6</sup> Disponible en: Envejecimiento

Envejecimiento (al contrario del crecimiento) no es un fenómeno genéticamente programado. En... la teoría del envejecimiento mas aceptada. Los radicales...  
[cbs.xoc.uam.mx/3rafase/pdf/envejecimiento.pdf](http://cbs.xoc.uam.mx/3rafase/pdf/envejecimiento.pdf)

<sup>7</sup> Disponible en: Envejecimiento

antes de discutir las características del proceso de *envejecimiento*, ... Grandes categorías: las que afirman que el proceso de *envejecimiento* sería el ...  
[escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/.../envejebiologico.pd](http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/.../envejebiologico.pd)

<sup>8</sup> Disponible en: Envejecimiento.

Ma. Magdalena Herrera v. Enfermera geriatra ...

[www.sociedadmedicadecautin.cl/.../envejecimiento\\_enfoque\\_bps.pdf](http://www.sociedadmedicadecautin.cl/.../envejecimiento_enfoque_bps.pdf)

<sup>9</sup> Disponible en: Envejecimiento

Antes de discutir las características del proceso de *envejecimiento*, ... Grandes categorías: las que afirman que el proceso de *envejecimiento* sería el ...  
[escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/.../envejebiologico.pd](http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/.../envejebiologico.pd)

<sup>10</sup> FARRERAS R, medicina interna 15 edición ,editorial sección 10 geriatría págs. 1305-1306

### AUTORAS:

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



<sup>11</sup> Disponible en:

Estilo de vida saludable: puntos de vista para una opción actual y ...  
19 nov 2007 ... Al hablar de estilo de vida saludable, nos referimos a comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermarse, tales como: un adecuado ...

[www.psicologiacientifica.com/.../psicologia-307-1-estilo-de-vida-saludable-puntos-de-vista-para-una-opcion-act.html](http://www.psicologiacientifica.com/.../psicologia-307-1-estilo-de-vida-saludable-puntos-de-vista-para-una-opcion-act.html) -

<sup>12</sup> Disponible en: *Estilos de vida y calidad de vida*

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los *estilos de vida* como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos ...

[Www.mitecnologico.com/.../estilosdevidaycalidaddevida](http://www.mitecnologico.com/.../estilosdevidaycalidaddevida)

<sup>13</sup> Breilh Jaime; Deterioro de la vida; 28ª edición Corporación Editora Nacional; 1990; pag. 23-27.

<sup>14</sup> Disponible en: calidad

Formato de archivo: pdf/adobe acrobat - vista rápida de artículos relacionados *calidad de vida. Generalidades*. Definición. La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción, de la persona que le permite ...

[www.viguera.com/pdf/muestra/8485424603.pdf](http://www.viguera.com/pdf/muestra/8485424603.pdf)

<sup>15</sup> Disponible en *estilos de vida y calidad de vida*

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los *estilos de vida* como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos ...

[Www.mitecnologico.com/.../estilosdevidaycalidaddevida](http://www.mitecnologico.com/.../estilosdevidaycalidaddevida)

<sup>16</sup> Disponible en *estilo de vida saludable*.

*Estilos de vida saludables* sin tabaco los comportamientos influyen en que las personas permanezcan sanas o se enfermen, pero debido a su carácter.  
[Elisa.bligoo.com/.../estilo-de-vida-saludable.html](http://Elisa.bligoo.com/.../estilo-de-vida-saludable.html)

<sup>17</sup> Disponible en: la promoción de estilos de vida saludables

La promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos. ...

[Www.alapsa.org/detalle/05/5.htm](http://Www.alapsa.org/detalle/05/5.htm)

<sup>18</sup> Disponible en: enfermedades crónicas degenerativas - angelfire

Las enfermedades crónicas degenerativas, son padecimientos regularmente asociadas con la edad y el envejecimiento. De este grupo cabe resaltar las más ...

[Www.angelfire.com/id/dobler/index4.html](http://Www.angelfire.com/id/dobler/index4.html)

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.

MARIELA BONETE MUÑOZ.



---

<sup>19</sup> HARRISON T. R; Principios de Medicina Interna; 16<sup>o</sup> edición, editorial –in-chief, ediciones 1, 2, 3,4 y 5 en español; impreso en Chile 2006, págs. 2368-2369.

<sup>20</sup> GUYTON HALL; Tratado de fisiología médica; 10<sup>a</sup> edición; editorial offset s.a de cv; impreso en México julio 2001; págs. 1063-1074.

<sup>21</sup> HARRISON T. R; principios de medicina interna; 16<sup>o</sup> edición, editorial –in-chief, ediciones 1,2,3,4 y 5 en español; impreso en Chile 2006, págs. 2376.

<sup>22</sup> HARRISON T. R; principios de medicina interna; 16<sup>o</sup> edición, editorial –in-chief, ediciones 1, 2, 3,4 y 5 en español; impreso en Chile 2006, págs. 2369.

<sup>23</sup> GUYTON HALL; tratado de fisiología médica; 10<sup>a</sup> edición; editorial offset s.a de cv; impreso en México julio 2001; págs. 1063-1074.

<sup>24</sup> HARRISON T. R; principios de medicina interna; 16<sup>o</sup> edición, editorial –in-chief, ediciones 1, 2, 3,4 y 5 en español; impreso en Chile 2006, págs. 2369.

<sup>25</sup> BRUNER Y SUTTHER; enfermería médicoquirúrgico; impreso en México; tomo I en español 1996

<sup>26</sup> HARRISON T. R; principios de medicina interna; 16<sup>o</sup> edición, editorial –in-chief, ediciones 1,2,3,4 y 5 en español; impreso en Chile 2006, págs. 2378-2380.

<sup>27</sup> GUYTON HALL; tratado de fisiología médica; 10<sup>a</sup> edición; editorial offset s.a de cv ; impreso en México julio 2001; págs. 1078.

<sup>28</sup> Disponible en: pie *diabético* -definición y tratamientos  
Pie diabético, causas, complicaciones y tratamiento.  
[Www.visionmedica.mx/index.php/...de.../48-pie-diabetico](http://www.visionmedica.mx/index.php/...de.../48-pie-diabetico)

<sup>29</sup> Disponible en: pie diabético  
Formato de archivo: pdf/adobe acrobat - vista rápida  
se define como pie diabético según la oms a la ulceración, infección y/o gangrena del pie asociados a neuropatía diabética y diferentes grados de enfermedad ...  
[Www.unne.edu.ar/web/cyt/cyt2006/03](http://www.unne.edu.ar/web/cyt/cyt2006/03)

<sup>30</sup> Disponible en: pie diabético  
Formato de archivo: pdf/adobe acrobat - vista rápida  
diagnóstico, tratamiento y prevención del grupo de pacientes susceptibles de padecer úlceras en el pie. 3. Definición de pie diabético ...  
[Www.madrid.org/.../satellite?...pie diabético..](http://www.madrid.org/.../satellite?...pie%20diab%C3%A9tico..)

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



<sup>31</sup> Disponible en: pie diabético

Formato de archivo: pdf/adobe acrobat - vista rápida se define como pie diabético según la oms a la ulceración, infección y/o gangrena del pie asociados a neuropatía diabética y diferentes grados de enfermedad ...

[Www.unne.edu.ar/web/cyt/cyt2006/03](http://Www.unne.edu.ar/web/cyt/cyt2006/03).

<sup>32</sup> Disponible en: pie diabético

Formato de archivo: pdf/adobe acrobat - vista rápida diagnóstico, tratamiento y prevención del grupo de pacientes susceptibles de padecer úlceras en el pie. 3. Definición de pie diabético ...

[Www.madrid.org/.../satellite?...piediabetico](http://Www.madrid.org/.../satellite?...piediabetico)

<sup>33</sup> Disponible en: pie diabético definición: el pie diabético es una complicación ...

Formato de archivo: pdf/adobe acrobat - vista rápida definición: el pie diabético es una complicación de la diabetes mellitus con origen multifactorial, esta patología se debe considerar grave pues afecta la ...

[Www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/.../guias\\_pie.pdf](http://Www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/.../guias_pie.pdf)

<sup>34</sup> Disponible en: pie diabético diabetes mellitus

Definición: trastorno de los pies de los diabéticos provocado por la enfermedad de las arterias periféricas que irrigan el pie, complicado a menudo por daño ...

[Www.geosalud.com/diabetesmellitus/piediabetico](http://Www.geosalud.com/diabetesmellitus/piediabetico)

<sup>35</sup> HARRISON, Principios de Medicina Interna, 16ed. 2009 edición en español @perrado, parte viii. Enfermedades del aparato cardiovascular > sección 4. Enfermedades vasculares > capítulo 230. Vasculopatía hipertensiva > pág. 8006.

<sup>36</sup> Disponible en: tres de cada 10 personas son víctimas de hipertensión arterial en ... En el Ecuador, según el estudio de prevalencia de hipertensión arterial, tres de cada 10 personas son hipertensas. ...

[Www.hoy.com.ec/...ecuador/tres-de-cada-10-personas-son-victimas-de-hipertension-arterial-en-el-ecuador-234869-23486](http://Www.hoy.com.ec/...ecuador/tres-de-cada-10-personas-son-victimas-de-hipertension-arterial-en-el-ecuador-234869-23486).

<sup>37</sup> AMIR 2009 edición barcelona tema 11 hipertensión arterial pag 55- 56 editorial marban

<sup>38</sup> Disponible en: Enfermedades prevalentes en el Ecuador - monografias.com Hipertensión arterial. 1) considera a la hta como un problema de salud pública en Ecuador? La hipertensión si es un problema de salud se ubica en el ...

[Www.monografias.com › salud › enfermedades](http://Www.monografias.com › salud › enfermedades)

<sup>39</sup> AMIR 2009 edición barcelona tema 11 hipertensión arterial pag 55- 56 editorial marban

<sup>40</sup> Disponible en: msd Ecuador - hipertensión

La hipertensión arterial es una enfermedad frecuente que generalmente no causa síntomas pero ... Este sitio es solamente para los residentes

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.

MARIELA BONETE MUÑOZ.



de ecuador ...

[Www.msd.com.ec/.../hipertensi3n/hipertension.html](http://Www.msd.com.ec/.../hipertensi3n/hipertension.html)

<sup>41</sup>HARRISON, Principios de Medicina Interna, 16ed. 2009 edici3n en espa3ol @perrado, parte viii. Enfermedades del aparato cardiovascular > secci3n 4. Enfermedades vasculares > cap3tulo 230. Vasculopat3a hipertensiva > p3g. 8008, 8009.

<sup>42</sup> Disponible en: Hipertensi3n Arterial secundaria

Formato de archivo: pdf/adobe acrobat - vista r3pida hipertensi3n arterial primaria o esencial, de manera que un porcentaje reducido, 5 a 10 % corresponde a hipertensi3n secundaria, es decir, aquellos ... [Www.hospitalameijeiras.sld.cu/.../hipertension%20arterial%20secundaria.pdf](http://Www.hospitalameijeiras.sld.cu/.../hipertension%20arterial%20secundaria.pdf)

<sup>43</sup> Disponible en: Hipertensi3n Arterial

Formato de archivo: pdf/adobe acrobat - vista r3pida en el ecuador las 3 primeras causas de muerte son las cardiovasculares, ... La hta (hipertensi3n arterial) constituye uno de los factores de riesgo ... [Www.saluddealtura.com/fileadmin/pdf/protocolos/hta](http://Www.saluddealtura.com/fileadmin/pdf/protocolos/hta)

<sup>44</sup> Disponible en: msd ecuador - hipertensi3n

La hipertensi3n arterial es una enfermedad frecuente que generalmente no causa s3ntomas pero ... Este sitio es solamente para los residentes de ecuador ...

[Www.msd.com.ec/.../hipertensi3n/hipertension.html](http://Www.msd.com.ec/.../hipertensi3n/hipertension.html)

<sup>45</sup> Disponible en: la artrosis o enfermedad degenerativa articular, [www.arrakis.es/~arvreuma/artros.htm](http://www.arrakis.es/~arvreuma/artros.htm)

<sup>46</sup> rubin emanuel. Patolog3a. Editorial medica panamericana, s.a de c.v, impreso en argentina 1695.pags 1237-1241.

<sup>47</sup> BRUNER Y SUTTHER; Enfermer3a Medico-Quirurgico; impreso en m3xico; tomo i en espa3ol 1996

<sup>48</sup> Disponible en: lumbalgia. [Www.dmedicina.com/enfermedades/musculos-y-huesos/lumbalgia](http://Www.dmedicina.com/enfermedades/musculos-y-huesos/lumbalgia) en adulto mayor.

<sup>49</sup> HARRISON T. R; Principios de Medicina Interna; 16<sup>o</sup> edici3n, editorial –in-chief, ediciones 1, 2, 3,4 y 5 en espa3ol, 2006, p3gs. 2496-2507.

<sup>50</sup> RUBIN EMANUEL. Patolog3a. Editorial medica panamericana, s.a de c.v, impreso en argentina 1695.pags:1234-1236.

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PE3A.  
MARIELA BONETE MU3OZ.





**ANEXOS**

**ANEXO 1**

**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
<b>Sexo</b>	Fenotipo que distingue los caracteres sexuales	Caracteres sexuales	Hombre Mujer	Masculino Femenino
<b>Servicio de Observación</b>	Tipo de servicio perteneciente al Hospital que va ser observado	Unidad	Clínica	Si No
<b>Estilos de vida</b>	Se define como la percepción del individuo sobre la posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas normas y precauciones.	Hábitos alimenticios.  Hábitos recreacionales  Hábitos de salud	Cuántas comidas ingiere por día.  Tipos de actividades que realiza.  Ingiere bebidas alcohólicas  Fuma	Una Dos o Tres Ninguna.  Trabaja Eventos sociales Eventos religiosos Reuniones familiares  Social. Patológico  Todos los días. Uno a tres a la



			Controles de salud	<p>semana.</p> <p>De vez en cuando.</p> <p>Una caja por semana.</p> <p>Semanal</p> <p>Mensual.</p> <p>Trimestral.</p> <p>Semestral.</p> <p>Anual.</p> <p>Presenta síntomas.</p>
			Ejercicio	<p>Caminata.</p> <p>Gimnasia.</p> <p>Deporte.</p>
<b>Enfermedades crónico-degenerativas.</b>	Son aquellas que comúnmente se adquieren por medio de estilos de vidas inapropiados, aunque siempre hay que considerar que existen factores genéticos de naturaleza hereditaria que concierne a estas condiciones.	Diabetes mellitus tipo II	<p>Cuantas veces se alimenta por día.</p> <p>Hábitos de higiene</p>	<p>Uno</p> <p>Dos o tres</p> <p>Ninguna.</p> <p>Frecuencia de baño</p> <p>Revisión de los pies.</p> <p>Higiene bucal</p>



UNIVERSIDAD DE CUENCA

			Hábitos de salud	Control médico Autocontrol Glicemico. Cumplimiento del esquema de tratamiento. Asistencia a talleres para evitar complicaciones.
		Hipertensión arterial	Cuántas veces se alimenta por día.	Uno Dos o tres Ninguna.
		Enfermedades reumáticas	Hábitos de salud.	Controles médicos Control de la presión arterial Control en la
			Tipo	Artrosis Osteoporosis Artritis Lumbalgia
			Zona	Miembros superiores Miembros inferiores



UNIVERSIDAD DE CUENCA

---

			afectada	Región sacrococcigea Región lumbar
			Hábitos de salud.	Controles médicos Frecuencia de ejercicio terapéutico Cumplimiento del tratamiento.



**ANEXO 2**

**FORMULARIO DE ENTREVISTA**

**1. DATOS PERSONALES**

Nombres y apellidos:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Diagnostico:

**2. ESTILOS DE VIDA**

<b>HABITOS ALIMENTICIOS</b>	
¿Cuántas veces se alimenta en el día?	Una <input type="checkbox"/>
	Dos o tres <input type="checkbox"/>
	Ninguna <input type="checkbox"/>
Tiene usted alguna dificultad para ingerir sus alimentos	Si <input type="checkbox"/>
	¿Cuál?
	No <input type="checkbox"/>
¿Quien prepara los alimentos?	Usted <input type="checkbox"/>
	Hijos <input type="checkbox"/>
	Nietos/as <input type="checkbox"/>
	Empleada <input type="checkbox"/>
	Otros <input type="checkbox"/>
<b>HABITOS RECREACIONALES</b>	
Indique que actividades físicas	Camina <input type="checkbox"/>

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.

MARIELA BONETE MUÑOZ.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

	Realiza ejercicios <input type="checkbox"/>
	Asiste algún grupo <input type="checkbox"/>
	Otros <input type="checkbox"/>
¿A Qué tipo de eventos sociales asiste usted?	Programas barriales <input type="checkbox"/>
	Fiestas de pueblo o ciudad <input type="checkbox"/>
	Eventos culturales <input type="checkbox"/>
	Reuniones de Jubilados <input type="checkbox"/>
	Paseos <input type="checkbox"/>
Eventos religiosos	Misa <input type="checkbox"/>
	Asambleas Bíblicas <input type="checkbox"/>
	Grupos de oración <input type="checkbox"/>
	Novenas <input type="checkbox"/>
	Santísimo <input type="checkbox"/>
	Semana santa <input type="checkbox"/>
	Funerales <input type="checkbox"/>
Reuniones Familiares	Carnaval <input type="checkbox"/>
	Navidad <input type="checkbox"/>
	Cumpleaños <input type="checkbox"/>
	Santos <input type="checkbox"/>
	Bautizos <input type="checkbox"/>
	Primera Comuni3n <input type="checkbox"/>
	Confirmaci3n <input type="checkbox"/>
	Matrimonios <input type="checkbox"/>
Con quien vive	Solo <input type="checkbox"/>
	Familia <input type="checkbox"/>



UNIVERSIDAD DE CUENCA

	Amigos <input type="checkbox"/>
	Asilo <input type="checkbox"/>
<b>HABITOS DE SALUD</b>	
¿El control de salud con qué frecuencia es indispensable para usted?	Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>
¿Consume usted alcohol?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Cada qué tiempo consume alcohol?	Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Dos o tres veces en el mes <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> No consume <input type="checkbox"/>
Consume Cigarrillo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuantos <input type="checkbox"/>
<b>ACTIVIDADES FÍSICAS</b>	
<b>DEPENDIENTE</b>	<b>INDEPENDIENTE</b>
Baño <input type="checkbox"/>	Baño <input type="checkbox"/>
Vestido <input type="checkbox"/>	Vestido <input type="checkbox"/>
Cuidado personal <input type="checkbox"/>	Cuidado personal <input type="checkbox"/>
Comer <input type="checkbox"/>	Comer <input type="checkbox"/>
Compra <input type="checkbox"/>	Compra <input type="checkbox"/>
Hacer comida <input type="checkbox"/>	Hacer comida <input type="checkbox"/>
Limpieza doméstica <input type="checkbox"/>	Limpieza doméstica <input type="checkbox"/>
Uso del teléfono <input type="checkbox"/>	

**AUTORAS:**  
TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Faenas domésticas <input type="checkbox"/>	Uso del teléfono <input type="checkbox"/> Faenas domésticas <input type="checkbox"/>
Se lava los pies	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Con que frecuencia?	Todos los días <input type="checkbox"/> Dos o tres veces a la semana <input type="checkbox"/> Cuatro veces al mes <input type="checkbox"/>
¿Que utiliza en el lavado?	Jabón en barra <input type="checkbox"/> Jabón liquido <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/>
¿Que utiliza para recortar sus uñas?	Tijeras <input type="checkbox"/> Cortaúñas <input type="checkbox"/>
¿Cuántas veces al día realiza el aseo bucal?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>
¿Se realiza controles de glicemia?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Autocontrol <input type="checkbox"/>
¿Se realiza controles de la tensión arterial y con qué frecuencia?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Cómo se administra la medicación?	Solo <input type="checkbox"/> Necesita Ayuda <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/>
Tipo de tratamiento	Hipoglicemiantes orales <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Hipotensores o Normotensores <input type="checkbox"/> Antirreumáticos <input type="checkbox"/>
Tiene alguna enfermedad reumática	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Zona afectada	Miembros superiores <input type="checkbox"/>

**AUTORAS:**

TATIANA ARCE PEÑA.  
MARIELA BONETE MUÑOZ.





UNIVERSIDAD DE CUENCA

---

	Miembros inferiores <input type="checkbox"/>
	Región sacro coccígea <input type="checkbox"/>
	Región lumbar <input type="checkbox"/>
¿Usted cree importante que le enseñen como cuidar su enfermedad?	Si <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>