

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVALENTES DE LOS ADULTOS  
MAYORES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL  
HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2019**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**UNZUETA MOYANO BRUNO GUILLERMO**

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

**ICA – PERÚ**

**2020**

**ASESOR**

Dr. HARRY RAÚL LEVEAU BARTRA

## **AGRADECIMIENTO**

### **A Dios**

Por ser mi guía y darme salud, bienestar día a día para seguir adelante y permitir que pueda cumplir un logro más en mi vida.

### **A la Universidad Privada San Juan Bautista**

Agradezco a la plana docente de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Juan Bautista por seguir formando profesionales competentes e investigadores.

### **Al Hospital Regional de Ica**

Por haber sido mi casa de estudios y siempre brindarme las facilidades que necesité para la realización de mi trabajo de tesis en dicho nosocomio.

### **A mi asesor**

Por su paciencia, tiempo, dedicación, consejos y exigencia durante la elaboración y el término de mi trabajo de tesis.

### **DEDICATORIA**

A Dios, mis padres, mi tía Danitza y familia por su apoyo incondicional a lo largo de estos años en consecuencia de mis estudios académicos.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar las enfermedades crónicas prevalentes de los adultos mayores atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre julio a diciembre del 2019.

**Metodología:** Observacional. Pues las variables son estudiadas en su ambiente natural. Transversal. Debido a que la medida de la variable es solo en una ocasión. Retrospectiva. Debido a que los datos son de las historias clínicas Descriptiva. Pues es de una sola variable. Población. Pacientes adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre julio a diciembre del 2019 que son 184 adultos mayores.

**Resultados:** Las enfermedades prevalentes en los adultos mayores, según frecuencia es: artrosis (27.2%), la hipertensión arterial (22.8%) Diabetes (17.4%), Obesidad (17.4%), Párkinson (12%), Alzheimer (8.7%), enfermedad cerebrovascular (7.6%) y Cáncer (6.5%). Las enfermedades que más prevalecen en el sexo masculino son: diabetes y obesidad, y en el sexo femenino prevalecen: artrosis, hipertensión arterial, Párkinson, Alzheimer, cáncer y enfermedad cerebrovascular. Las enfermedades que más prevalecen en las edades de 60 a 74 años son: hipertensión arterial, diabetes, obesidad, Párkinson, Cáncer y enfermedad cerebrovascular, y en las edades de 75 a 90 años prevalecen: artrosis, y Alzheimer.

**Conclusiones:** Las enfermedades prevalentes de los adultos mayores están asociadas al sexo y a la edad.

**Palabras claves:** Enfermedades crónicas prevalentes, adulto mayor

## **ABSTRACT**

**Objective:** To determine the prevalent chronic diseases of older adults treated in the Internal Medicine Service of the Regional Hospital of Ica between July and December of 2019.

**Methodology:** Observational Well, the variables are studied in their natural environment. Cross. Because the measure of the variable is only once. Retrospective Because the data is from the descriptive medical records. Well, with only one variable. Population. Elderly patients hospitalized in the Internal Medicine Service of the Regional Hospital of Ica between July and December 2019, which are 184 older adults.

**Results:** The prevalent diseases in older adults, according to frequency is: osteoarthritis (27.2%), high blood pressure (22.8%) Diabetes (17.4%), Obesity (17.4%), Parkinson's (12%), Alzheimer's (8.7%), cerebrovascular disease (7.6%) and Cancer (6.5%). The most prevalent diseases in the male sex are: diabetes and obesity, and in the female sex they prevail: osteoarthritis, arterial hypertension, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, cancer and cerebrovascular disease. The most prevalent diseases in the ages of 60 to 74 are: hypertension, diabetes, obesity, Parkinson's disease, Cancer and cerebrovascular disease, and in the ages of 75 to 90 years prevail: osteoarthritis, and Alzheimer's.

**Conclusions:** The prevalent diseases of older adults are associated with sex and age.

**Keywords:** Prevalent chronic diseases, elderly

## INTRODUCCIÓN

La población de adultos mayores es menor al 9% del total de habitantes en países como Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. No obstante, a nivel global, la Organización Mundial de la Salud estima que la población de adultos mayores continuará creciendo hasta alcanzar los dos mil millones de adultos mayores hacia el año 2050. Además, esta proyección señala que, en Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, el total de adultos mayores se incrementará hasta alcanzar entre el 20% y el 24% de la población general.

Es por eso que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen en la actualidad uno de los mayores retos que enfrentan los sistemas de salud a nivel mundial. Lo son por diversas razones: el gran número de pacientes afectados con sus concebidas tasas de incidencia cada vez más crecientes, su gradual contribución a la mortalidad general, porque representan la causa más frecuente de discapacidad, por el costo elevado de la hospitalización, el de su tratamiento médico y su posterior rehabilitación.

Algunas de las ECNT como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas constituyen principales causas de morbimortalidad sobre todo en pacientes adultos mayores (AM), no solo a nivel mundial sino en la región de las Américas donde se encuentra situada Cuba. Ellas siguen causando tres de cada cuatro defunciones en el continente americano. Las enfermedades cardiovasculares provocan al año 1,9 millones de muertes; el cáncer 1,1 millones; la diabetes 260 000; y las enfermedades respiratorias crónicas 240 000. La carga de muertes prematuras por ECNT es especialmente preocupante, 1,5 millones de personas mueren anualmente antes de los 70 años de edad, lo cual plantea negativas consecuencias para el desarrollo social y económico, así como en el proceso salud-enfermedad.

Es por ello que se recomienda al personal de salud diagnosticar tempranamente dichas enfermedades, crear una sensibilización necesaria para el trabajo intersectorial dedicado a la atención sanitaria de dichos

pacientes a partir de estrategias necesarias en cada caso particular, de manera que se puedan abordar de forma sistemática las diversas barreras que encuentran los pacientes adultos mayores en sus esfuerzos diarios para mantener la salud óptima frente a las ECNT.

En el capítulo I nos planteamos el problema sobre la prevalencia de enfermedades crónicas en el adulto mayor, determinando de la misma manera los objetivos del estudio; en el capítulo II analizaremos la bibliografía sobre el tema y los antecedentes de importancia; en el capítulo III la metodología de la investigación, y la población estudiada; en el capítulo IV analizaremos los resultados y discutiremos con los autores citados en las referencias bibliográficas; y finalmente en el capítulo V concluiremos los hallazgos encontrados y daremos las recomendaciones respectivas.



## ÍNDICE

<b>CARÁTULA</b>	I
<b>ASESOR</b>	II
<b>AGRADECIMIENTO</b>	III
<b>DEDICATORIA</b>	IV
<b>RESUMEN</b>	V
<b>ABSTRACT</b>	VI
<b>INTRODUCCIÓN</b>	VII
<b>ÍNDICE</b>	IX
<b>LISTA DE TABLAS</b>	XI
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b>	XII
<b>LISTA DE ANEXOS</b>	XIII
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA</b>	1
<b>1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	1
<b>1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b>	3
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	3
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	3
<b>1.3. JUSTIFICACIÓN</b>	3
<b>1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO</b>	5
<b>1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN</b>	6
<b>1.6. OBJETIVOS</b>	6
1.6.1. OBJETIVO GENERAL	6
1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
1.7. PROPÓSITO	7
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	8
<b>2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS</b>	8
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	8
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES	10
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES	12
<b>2.2. BASES TEÓRICAS</b>	12
2.2.1. EL ENVEJECIMIENTO	12
2.2.2. ENFERMEDADES PREVALENTES DEL ADULTO MAYOR	16
2.2.3. PROMOCIÓN DE LA SALUD	28
2.2.4. ROL DE PERSONAL DE SALUD CON LOS ANCIANOS	29
<b>2.3. MARCO CONCEPTUAL</b>	30
<b>2.4. HIPÓTESIS</b>	31
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL	31

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	31
<b>2.5. VARIABLES</b>	32
2.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE	32
2.5.2. VARIABLES INDEPENDIENTES	32
<b>2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS</b>	32
<b>CAPITULO III: METODOLOGÍA</b>	33
<b>3.1. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	33
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	33
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	33
<b>3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA</b>	33
3.2.1. POBLACIÓN	33
3.2.2. MUESTRA	33
<b>3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>	34
<b>3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>	35
<b>3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS</b>	35
<b>3.6 ASPECTOS ÉTICOS</b>	35
<b>CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	36
<b>4.1. RESULTADOS</b>	36
<b>4.2. DISCUSIÓN</b>	42
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	45
<b>5.1. CONCLUSIONES</b>	45
<b>5.2. RECOMENDACIONES</b>	45
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	47
<b>ANEXO</b>	51

## LISTA DE TABLAS

<b>TABLA N°01</b> Adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna según sexo	36
<b>TABLA N°02</b> Adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna según grupo etéreo.	37
<b>TABLA N°03</b> Enfermedades crónicas prevalentes de los adultos mayores atendidos en el Servicio de Medicina Interna	38
<b>TABLA N°04</b> Enfermedades crónicas prevalentes de los adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna según sexo.	39
<b>TABLA N°05</b> Enfermedades crónicas prevalentes de los adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna según grupo etéreo.	41

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO N° 01</b> Adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna según sexo	36
<b>GRÁFICO N° 02</b> Adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna según grupo etáreo	37
<b>GRÁFICO N° 03</b> Enfermedades crónicas prevalentes en adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna	38
<b>GRÁFICO N° 04</b> Enfermedades prevalentes en adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna según sexo	40
<b>GRÁFICO N° 05</b> Enfermedades prevalentes de los adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna según grupo etáreo	41

## LISTA DE ANEXOS

<b>ANEXO N° 01</b>	<b>OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO N° 02</b>	<b>INSTRUMENTO</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO N° 03</b>	<b>VALIDEZ DE INSTRUMENTO - CONSULTA DE EXPERTO</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO N° 04</b>	<b>MATRIZ DE CONSISTENCIA</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO N° 05</b>	<b>BASE DE DATOS</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO N° 06</b>	<b>CARTA DE PRESENTACIÓN DE TRABAJO DE CAMPO</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO N° 07</b>	<b>PROVEÍDO DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO N° 08</b>	<b>EXPEDITO DE COMITÉ DE ÉTICA DE LA UPSJB</b>	<b>70</b>

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la mayoría de las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles, a partir de ahora mencionadas como ENT, se pueden prevenir.<sup>1</sup>

En los últimos años, tanto las enfermedades neuropsiquiátricas como las ENT, incluidas las cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades pulmonares crónicas, se han vuelto notorias y están creciendo, siendo una carga de las Organizaciones y profesionales de la salud pública.<sup>2</sup>

En América Latina, alrededor de 200 millones de personas padecen enfermedades crónicas, y el 37% de las muertes por enfermedades crónicas prematuras no transmisibles ocurren en menores de 70 años.<sup>3</sup>

Del mismo modo, el instituto nacional de estadísticas e informática (INEI), manifiesta que, en el año 2015, el 8% de más o igual a 60 años de edad sufren diabetes; asimismo el 24,4% de los adultos presenta sobrepeso y el 13,4% obesidad; respecto al diagnóstico de cataratas en este grupo etáreo el 20% lo presenta.<sup>3</sup>

Los datos presentados del 2016, demuestran que las enfermedades crónicas no transmisibles son prevalentes en países de bajos recursos económicos y son motivo de alto porcentaje de morbilidades e incluso de mortalidad. La disminución de la producción por fallecimientos tempranos y el aumento del gasto para el tratamiento de dichas enfermedades prevalentes en adultos por desgaste laboral o atribuido a la edad, es motivo de lucha en la mayoría de países porque dificultan el avance del país, debido a que aumenta la pobreza. Por lo que es importante tomar medidas inmediatas para solucionar los principales problemas de este grupo etáreo y tener adultos con calidad de vida hasta el final de sus días.<sup>4</sup>

En Perú, una de cada cinco personas mayores de 15 años sufre de presión arterial alta, y el 30% no sabe que está sufriendo este mal silencioso. Del mismo modo, el 70% de los trastornos cerebrales vasculares se deben a la presión arterial alta. Sin embargo, puede causar síntomas de insuficiencia cardíaca, enfermedad renal, retinopatía hipertensiva, accidente cerebrovascular como una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo, y en algunos casos puede causar demencia senil, especialmente patologías de gravedad y riesgo de perder la vida.<sup>4</sup>

El trabajo en salud en la ayuda social de las personas mayores, en su mayoría, se relaciona directamente con la organización interpersonal del individuo y sus resultados favorables son consecuencia de la ayuda entusiasta, los datos y la ayuda que se intercambian en medio de esa comunicación.

El trabajo, en consecuencia, incluye esfuerzos y actividades para producir cambios en la conducta o mentalidades individuales, en la calidad y la colaboración entre las personas mayores o al menos un individuo de su comunidad informal que forme parte de la red; haciendo un sistema progresivamente confiable y duradero, equipado para brindar los beneficios de larga distancia, en el cumplimiento de necesidades, en un soporte dinámico en la vida de las personas, en el avance de prácticas de satisfacción personal, como una forma de adaptarse a las necesidades pues las enfermedades comunes en esta edad son prevalentes.

Por ello la motivación para realizar esta investigación a fin de determinar las enfermedades crónicas más frecuentes en los adultos mayores y proponer estrategias de intervención según los tipos de enfermedades que ayuden a este grupo etáreo superar sus enfermedades con el apoyo profesional de otras disciplinas de allí la importancia del enfoque multidisciplinarios que debe haber en el manejo de estos pacientes.<sup>4</sup>

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. PROBLEMA GENERAL**

- ¿Cuáles son las enfermedades crónicas prevalentes de los adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre julio a diciembre del 2019?

### **1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS**

- ¿Cuál es la prevalencia de adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre julio y diciembre del 2019 según sexo?
- ¿Cuál es la prevalencia de adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre julio y diciembre del 2019 según grupo etáreo?
- ¿Cuáles son las enfermedades crónicas prevalentes de los adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre julio a diciembre del 2019, según sexo?
- ¿Cuáles son las enfermedades crónicas prevalentes de los adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre julio a diciembre del 2019, según grupo etáreo?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN**

Entender que el procedimiento de maduración no es igual para todos los individuos, las distinciones se diferencian según el sexo, la instrucción, las condiciones financieras, el modo de vida, entre diferentes aspectos más, de manera similar, se debe destacar que no envejecen de la misma



manera la población general que vive en la zona del campo en relación con las personas que viven en la ciudad incluso hay diferencias según razas.

Es imperativo llevar un estilo de vida aceptable, para mantener en forma la parte física y mental, protegerse de las dolencias, mantener la prevención de infecciones prevalentes, control de peso, esparcimiento y ejercicio normal.

Mantener distancia de la utilización de sustancias nocivas para el bienestar y, por consiguiente, seguir siendo racionalmente dinámico y adaptado en la sociedad.

## **Importancia**

### **A nivel teórico**

Las enfermedades crónicas no transmisibles son generalmente enfermedades a largo plazo y de evolución lenta. Estas enfermedades representan una epidemia creciente debido al envejecimiento de la población y los estilos de vida actuales que enfatizan los hábitos alimenticios sedentarios y deficientes hábitos de vivir.

Esta epidemia mundial necesita una respuesta más contundente mediante intervenciones conocidas, costos eficaces y viables.

Este problema, aún no se incluye dentro de las prioridades de la investigación nacional, ni mucho menos en lo regional. Por lo que las evidencias de este trabajo de investigación se tornan importantes para crear información propia, para así desarrollar intervenciones basados en la realidad local.

### **A nivel social**

Esta investigación pertenece a la línea de investigación, salud colectiva y la atención primaria de salud, del área: promoción salud y prevención de

las enfermedades que es un área eminentemente preventiva con cuyos resultados se pretende conocer las enfermedades más frecuentes que presentan este grupo etéreo que se encuentra en aumento a nivel mundial, a fin de que se proponga formación de profesionales que mejoren la calidad de vida estos pacientes y puedan mejorar las estrategias de intervención promocional.

### **A nivel práctico**

Este estudio contribuirá al desarrollo y / o mejora de los programas familiares y ayudará a reducir la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Este es un asunto de relevancia social en nuestro entorno.

### **A nivel metodológico**

El presente estudio servirá de guía para las futuras investigaciones para mejorar la salud individual, familiar y comunitaria; del mismo modo se hizo un trabajo metodológico que podrá servir como antecedente para que desarrollen otras investigaciones de igual o mayor nivel, dentro de la misma línea del estudio toda vez que estudios similares con diseño científico no se encuentran a nivel local por lo que es de utilidad según los resultados obtenidos que serán base para otras investigaciones.

### **Viabilidad**

Se cuenta con el acceso a los registros clínicos de los pacientes adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica de junio a diciembre del 2019, así mismo con el financiamiento del trabajo por el propio autor.

## **1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO**

- Delimitación espacial. El presente es una investigación que se desarrolló en el Hospital Regional de Ica en el Servicio de Medicina Interna.

- Delimitación temporal. La investigación se desarrolló en el mes de enero sobre las historias clínicas de adultos mayores hospitalizados entre julio a diciembre del 2019.
- Delimitación social. La investigación es sobre los pacientes adultos mayores.
- Delimitación conceptual. El estudio se limitó a conocer las enfermedades prevalentes de los adultos mayores.

## **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

No se presentaron limitaciones en el estudio.

## **1.6. OBJETIVOS**

### **1.6.1. OBJETIVO GENERAL**

- Determinar las enfermedades crónicas prevalentes de los adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre julio a diciembre del 2019.

### **1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar la prevalencia de adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre julio y diciembre del 2019 según sexo.
- Conocer la prevalencia de adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre julio y diciembre del 2019 según grupo etáreo.

- Precisar las enfermedades crónicas prevalentes de los adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre julio a diciembre del 2019, según sexo.
- Indicar las enfermedades crónicas prevalentes de los adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre julio a diciembre del 2019, según grupo etáreo.

### **1.7. PROPÓSITO**

El estudio tiene como fin determinar las enfermedades prevalentes que condicionan hospitalización en los pacientes adultos mayores ingresados al Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica de julio a diciembre del 2019.

## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

#### 2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

**Morales, A. (2016).** Condiciones médicas prevalentes en adultos mayores de 60 años. Colombia. Objetivo: Establecer los atributos multidimensionales más frecuentes en un grupo de adultos de la ciudad de San Juan de Pasto. Material y estrategias: investigación cuantitativa, con una dimensión, transversal y científica. La población comprendía 426 adultos; el tipo de obtención de la muestra fue no probabilístico, estratificado por edad y sexo. Resultados: se descubrió que el 50,5% de los adultos considera que su bienestar es estándar; Entre las 5 afecciones más comunes se encuentran la hipertensión (55.6%), la deficiencia venosa (40.4%), la dislipidemia (40.3%), la enfermedad del tracto urinario (38%) y la artrosis / inflamación articular (34.7%). Los medicamentos que más gastan los mayores son los relacionados a la enfermedad cardiovascular (51.9%). 82,8% de los adultos que son parte del estudio no han sido internados. Conclusiones: Los mayores adultos en presentaron, enfermedades similares a otras poblaciones geriátricas, siendo las no transmisibles enfermedades crónicas un reto para el control de las mismas a fin de mejorar la calidad de vida en este grupo etéreo.<sup>5</sup>

**Chacha, P. (2015).** Promoción de estilos de vida saludable en el club de adultos mayores la providencia Cantón Guano, provincia de Chimborazo, noviembre 2014 – abril 2015. Riobamba Ecuador. El objetivo es promover formas de vida sólidas en el antiguo club de La Providencia en el cantón de Guano, territorio de Chimborazo. El estudio fue de tipo transversal, observacional, se utilizó como estrategia para recopilar datos la relación con las cualidades socio

estadísticas, formas de vida y patologías, que fue verificada y aprobada por juicio de expertos. Se hizo con 27 adultos mayores. En relación con el aprendizaje de adultos mayores, se reconoció que el 85% no tiene información sobre la necesidad de la acción física y sus ventajas, el 74% no conoce de una buena dieta que debería tener el adulto. Respecto a las formas de vida, el 7% tiene la propensión al tabaquismo, el 19% consumen bebidas alcohólicas, el 70% no realiza ejercicios y el 44% consumen altos porcentajes de azúcares en su rutina alimenticia.<sup>6</sup>

**Lovrinevich, M. (2015).** Incidencia de patologías osteoarticulares en adultos mayores, de más de 65 años, institucionalizados en la Ciudad Capital de La Rioja. Argentina. Los objetivos fueron analizar las entidades osteoarticulares más continuas y su efecto práctico en adultos, más de 65 años. Se desglosa por partes del cuerpo donde están más influenciadas por estas patologías. Para la elaboración de este trabajo, se realizó un examen de observación transversal y participativo, mediante el cual, tratamos de construir la relación de las patologías osteoarticulares más prevalentes de los adultos mayores con los factores involucrados. El estudio estuvo compuesto por 56 adultos mayores de 65 años. Resultados: La osteoartritis se encontró en el 83,9% de los ancianos. El sexo femenino se inclina progresivamente hacia este tipo de enfermedades. La parte del cuerpo que más influye es la rodilla y el síntoma más frecuente es las algias.<sup>7</sup>

**Muñoz, J. (2014).** Caracterización de la morbimortalidad en adultos mayores hospitalizados hospital Vicente Corral Moscoso. La cuenca Ecuador. Objetivo: Describir las principales enfermedades y la mortalidad en la población adulta mayor. Técnica: Este fue un examen no experimental, revisado y basado en el uso de los

registros clínicos de 653 pacientes mayores internados. Resultados: la edad media fue de 77.08 años, siendo el sexo femenino el 55%; La comorbilidad prevalente fue la HTA con 12.8%, seguido de enfermedades gastrointestinales prevaleciendo algo más en el sexo femenino.<sup>8</sup>

### 2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

**Álvarez, J (2016).** Determinante asociado a enfermedad crónica no transmisible en personas adultas mayores que acuden al Centro de Salud Perú-Corea 2016. Huánuco. Objetivo. Describir los determinantes relacionados con las enfermedades prevalentes no transmisibles en adultos mayores del Establecimiento de bienestar en estudio. Estrategias: observacional, cuantitativo, transversal, investigación no experimental. En 80 adultos mayores que participan del proyecto bienestar de dicho centro sanitario. La estrategia utilizada fue la entrevista. Se usó una encuesta para reconocer los determinantes de salud más frecuentes. Resultados: En relación con los determinantes sociales y demográficos, se encontró una afiliación objetiva con la orientación sexual femenina, grado de educación primaria. Dentro de los determinantes relacionados a la biología del paciente, lo más prevalente fue la neurosis que se encontraba como antecedente familiar, infección establecida, sin tratamiento médico y sin tratamiento farmacológico fueron los que mostraron diferencias significativas.<sup>9</sup>

**Velazco K. Carrera, L. (2016).** Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar "misioneros de amor" Chaclacayo Lima. El objetivo es decidir la conexión entre la dependencia física y la desintegración cognitiva en el adulto mayor de los "ministros del afecto" de la Casa Hogar. La investigación tiene

estructura correlacional y transversal. La forma de selección de la muestra era no probabilístico, compuesto por 200 adultos mayores. Los instrumentos utilizados para la acumulación de información fueron: el registro de Barthel con  $\alpha = 0.92$  y el Mini Mental con  $\alpha = 0.81$ . A través de la medición de Tau b Kendall se demostró que no hay conexión entre la dependencia física y el debilitamiento psicológico con una estimación de  $p$  de 0,567. No obstante, se encontró una relación entre la edad y la debilidad cognitiva, entre la edad y la dependencia física y entre el sexo y la debilitación cognitiva. Se estableció que no hay conexión entre la dependencia física y el debilitamiento intelectual en los ancianos de dicho hogar.<sup>10</sup>

**Moncada Tarazona, A. (2015).** Valoración Geriátrica Integral En Una Población De Adultos Mayores, Angasmarca- Huánuco 2015. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2016. El objetivo fue establecer el estado clínico, y las enfermedades más comúnmente de los ancianos que acuden al puesto de bienestar Angasmarca. Se llevó a cabo una investigación observacional, descriptiva cuantitativa y transversal. 117 personas mayores, que fueron evaluadas por métodos mediante una encuesta de Evaluación clínica de adultos mayores establecida por el Ministerio de Salud del Perú. Se definió que la parte dominante de la población (52.1%) está compuesta por mujeres, la edad abrumadora (29.9%) está entre los 60 y 64 años de edad y el 11.1% se clasifica como personas mayores delicados. El 53,8% de los adultos más experimentados son autónomos. La parte del león (88.0%) tiene cobertura médica. Las enfermedades comunes son la osteoartritis (48,72%), la hipertensión de los vasos sanguíneos (7,69%), la dislipidemia (34,19%) y la tuberculosis está disponible en el 6,84%. Se llega a concluir que el estado que prevalece es el autónomo o autosuficiente con un 53.85%. De las



dolencias comunes, la artrosis es cada vez más frecuente en 48.72% y dislipidemias en 34.19%.<sup>11</sup>

### **2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES**

**Valenzuela, R. (2015).** Estilo de vida y enfermedades crónicas prevalentes en adultos mayores de la Comunidad el Trébol Pueblo Nuevo Chincha diciembre 2016. Objetivo; Definir la conexión entre los modos de vida y las enfermedades prevalentes más comunes en las personas de edad avanzada. Materiales y técnica: examen cuantitativo, correlacional y transversal. Descripción de los resultados, instrumento, encuesta organizada, aprobada por juicios de jueces. Resultados: La hipertensión y el colesterol elevado dependen totalmente de la dimensión grado de educación; La diabetes mellitus se asocia con el fallecimiento de la pareja. Hay alta prevalencia de enfermedades relacionadas a insuficiencia venosa 68.6% (48), reposo y sedentarismo 64.3% (45). No hay contrastes correspondientes entre los adultos más mayores con y sin dolencia. La inadecuada forma de vida está relacionada con la HTA, Diabetes mellitus y Obesidad; Los adultos mayores con estilos de vidas normal o excelente no tienen enfermedades graves. Conclusión: Existe una conexión entre los modos de vida y las enfermedades comunes.<sup>12</sup>

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. EL ENVEJECIMIENTO**

El envejecimiento es un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación.

Los mecanismos que desencadenan los signos del envejecimiento se resumen en una disminución gradual tanto del número celular como de la actividad metabólica de cada célula. Los organismos

envejecidos difieren de los jóvenes, ya que no solo tienen una mayor incidencia de enfermedades, sino que también retrasan su función y la pérdida de otros.<sup>13</sup>

Es la pérdida de vitalidad, la cual se define, como la capacidad que tiene el organismo para realizar sus distintas funciones biológicas. Este proceso va provocando a su vez, cambios morfológicos, fisiológicos y funcionales en el organismo. Que conlleva a la aparición de ciertas patologías: algunas que dependen de factores hereditarios o el estilo de vida, y otras en cambio, provocadas por el propio envejecimiento de órganos y tejidos.

El envejecimiento al ser un proceso implica, cambios en el organismo facilitando así la aparición de determinadas enfermedades propias de cada individuo.

Por estas razones, los adultos mayores, suelen presentar como una de sus características principales, la pluripatología; es decir, varias enfermedades a la vez.<sup>13</sup>

La continua decadencia de las condiciones de bienestar físico y emocional que acompañan a la maduración individual, con el consiguiente incremento de problemas médicos interminables, conduce a un confinamiento y una pérdida constante de autosuficiencia. Las restricciones, caracterizadas como el confinamiento de las capacidades físicas o mentales para desempeñar las tareas requeridas para mantener una vida autónoma, distinguen a un subgrupo crítico de adultos indefensos y son indicadores esenciales de incapacidad, desolación y mortalidad.<sup>13</sup>

La vejez no es una patología o un problema mental o social, normalmente es una etapa más en la vida de la persona, cada grupo etáreo tiene sus propias enfermedades y cualidades, no

siempre es superior a ninguna otra, similar a otra madurez de etapa puede vivirse completamente con intriga y avidez.

#### Categorización

- > Anciano de 65 a 75 años.
- > Anciano de 75 a 85 años de edad.
- > Edad 85 años.

#### Categorización por edad:

- a. La edad es el espacio temporal desde el nacimiento hasta la actualidad.
- b. Edad orgánica: es la relación del nivel de maduración de los individuos, ya que algunos envejecen más rápidamente que otros y es el más cercano a la edad real del individuo.
- c. Edad mental: decide las características mentales de cada grupo de edad, ya que un individuo está más establecido en la posibilidad de que se sienta más capacitado.

En lo que respecta al dominio de la vejez, es posible seguir adaptando cosas nuevas, quizás a veces requiera una mayor inversión y procedimientos de distracción, en cualquier caso, el aprendizaje es de una calidad similar a la de cuando era más joven.

- d. Edad social: según el trabajo del individuo más experimentado en el campo público, es la edad diferenciada por el trabajo y las condiciones financieras familiares.

La jubilación denota una era social, ya que tiene un lugar con una reunión social con cambios esenciales en diversos puntos de vista (trabajo, dinero y activos) que influyen en su satisfacción personal.

La recopilación de las edades a las que se hace referencia se denomina una era de utilidad en la que el adulto más consolidado puede llevar una vida libre y autónoma.<sup>14</sup>

#### Factores de riesgo que tienen los adultos

- a. Adicción al licor

El licor puede actuar de manera contrastante en individuos más de edad que en individuos más jóvenes, ya que puede desencadenar enfermedades, por ejemplo, enfermedades del hígado, gástricas y del páncreas. Los adultos de más edad también demuestran un mayor peligro de caídas y heridas relacionadas con el licor, al igual que los peligros concebibles identificados con la mezcla de licor y droga.<sup>15</sup>

b. Utilización de medicamentos.

Los mayores generalmente tienen problemas médicos intermitentes. En la medida en que una persona envejece, sus decepciones naturales conducen a la utilización incesante de diferentes medicamentos.<sup>15</sup>

c. Hábito de fumar

Fumar o la propensión a fumar cigarrillos es uno de los marcadores de enfermedades neoplásicas, cardiovasculares y respiratorias. El crecimiento maligno de neoplasias de los pulmones es el problema fundamental para desencadenar diferentes infecciones, por ejemplo, bronquitis (irritación y una obstrucción bronquial crónica), enfisema respiratorio ("grieta de los alveolos) y la tos irritativa del fumador.

Cardiovascular: El tabaquismo induce a la aterosclerosis (desarrollo de placas de colesterol en las divisiones de las arterias), incorporándolas en los conductos coronarios, lo que, debido a su impedimento incompleto o total, es la razón inmediata de la mayoría de los casos de angina de pecho y miocardio localizados.<sup>15</sup>

d. Sedentarismo: Modo de vida sedentario es la ausencia de acción física en el día a día de una persona caracterizada como: menos

de 30 minutos todos los días de ejercicio habitual y menos de 3 días semanalmente. El ejercicio físico como hábito contrarresta diferentes problemas médicos no transmisibles, por ejemplo, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, hipertensión, osteoporosis, crecimiento maligno del colon y problemas de bienestar psicológico o de la mente.<sup>16</sup>

### **2.2.2. ENFERMEDADES PREVALENTES DEL ADULTO MAYOR**

Las enfermedades de larga data, como lo indica el significado de la Organización Mundial de la Salud, son condiciones de deficiencias físicas y mentales y, su frecuencia en las décadas en curso ha aumentado de manera impresionante, en vista de esta expansión son tendencias desafortunadas (forma de vida estacionaria, fumador o una rutina de alimentación inadecuada), que es un factor de riesgo para la enfermedad nuevamente, la población adulta descubre que estas condiciones son cada vez más dependientes, cuanto más viven, más probable es que acumulen una dolencia de larga data.<sup>3</sup>

Las enfermedades de larga data tienen factores de riesgo normales y modificables que son: mala alimentación, inactividad, tabaquismo, por lo que el aumento de ciertas patologías está relacionado con factores hereditarios, lo que influye en su mejoría en un 25%, y el resto 75% restantes Incluye los modos de vida del individuo.

Su efecto en la salud es alto, debido al desmejoramiento de los órganos del cuerpo, independientemente de si la estructura ósea se encuentre en condiciones óptimas, pues la disminución de la función de los órganos es inevitable. De vez en cuando, la pérdida de la memoria, el trabajo académico se reduce más lentamente,

disminuye la capacidad de concentración y el pensamiento analítico. Estas ocasiones, sumadas a las enfermedades, hacen que las personas mayores se sientan incapaces de desarrollar completamente su independencia e incrementar su vínculo de confianza con la sociedad.<sup>17</sup>

### Patologías cardiovasculares

Cuando nos referimos a enfermedades cardiovasculares, aludimos a los desórdenes relacionados con el corazón o las venas. Este conjunto de enfermedades incorpora una necrosis localizada del miocardio, angina débil, apoplejía, aneurisma, aterosclerosis. Infecciones cerebrovasculares. Falla cardíaca congestiva, enfermedad por falta de suministro coronario de oxígeno. Los caracteres fundamentales identificados con afecciones cardiovasculares son hipertensión, colesterol elevado, sobrepeso, ausencia de acción física y utilización de tabaco. Por lo tanto, el 80% de los casos son por 3 razones relacionada a la enfermedad coronaria isquémica en todo el mundo, y el 60% de estos casos son por accidentes cerebrovascular.<sup>18</sup>

### Hipertensión arterial

Es un trastorno que se retrata por la subida constante de la tensión circulatoria. Los estudios revelan que entre el 90 y el 95% de los pacientes hipertensos experimentan los efectos negativos de la hipertensión esencial o básica, que es una patología heterogénea y poligénicas. La HTA, caracterizada por una presión arterial sistólica > 140 mmHg, una presión arterial diastólica > 90 mmHg, o ambas, es el principal impulsor de las alteraciones cardiovasculares, la falla renal. La conexión entre el pulso y el riesgo cardiovascular es extremadamente alta, en un estándar con diferentes componentes. La disminución de la tensión circulatoria

en pacientes hipertensos de edad avanzada se identifica con una disminución del 50-60% en el peligro de sufrir un percance cerebrovascular y una reducción de la mitad del riesgo de muerte debido a una intensa necrosis localizada del miocardio.

El pulso generalmente aumenta a lo largo de los años, al igual que diferentes enfermedades o dolencias, la medida de los filamentos de colágeno en los divisores de las rutas de suministro se acumula, lo que hace que las venas resulten cada vez más inflexibles. Al disminuir la flexibilidad, la zona seccional del vaso disminuye, lo que crea protección contra el torrente sanguíneo y, como resultado, aumenta el pulso.<sup>18</sup>

Son nueve los factores de riesgo cardiovascular medibles y modificables: tabaquismo, hipertensión arterial, sobrepeso corporal, perímetro abdominal mayor a 90 cm, hiperlipidemias por aumento de colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL y triglicéridos e hiperglucemia, representando el 90% del riesgo atribuible a la población para hombres y el 94% para mujeres, con estimaciones similares en la mayoría del mundo. Existen intervenciones costo-efectivas, basadas en la «evidencia», para prevenir y controlar la amenaza de las enfermedades crónicas a nivel mundial, nacional, estatal y local. Factores de riesgo modificables como el tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la dieta poco saludable, la insuficiente actividad física, la obesidad, así como la hipertensión, la hiperglucemia y la hipercolesterolemia, reconocidos como factores de riesgo principales que contribuyen a la patología subyacente de las enfermedades cardiovasculares. En este contexto, se proponen algunas recomendaciones a escala mundial, que incluyen la promoción y la prevención dirigidas a toda la población en riesgo, la detección temprana, el desarrollo de

programas globales y locales de vigilancia, seguimiento y evaluación:

- Dieta baja en sal
- Eliminación de consumo de licor.
- Adecuación de la dieta del día a día.
- Disminución de peso y control.
- Movimiento físico habitual.
- Eliminación del tabaco.
- Adherencia medicamentosa.<sup>18</sup>

#### Dislipidemias

Se trata de una recopilación de afecciones asintomáticas frecuentes provocadas por el ajuste de la digestión con referencia a los lípidos o lipoproteínas de la sangre. Están ordenados por trastornos que contienen diversas causas y cambios en los peligros cardiovasculares. La identificación y el tratamiento de este cambio en los lípidos son la razón para anticipar y supervisar enfermedades no transmisibles. Este nivel de colesterol en la sangre está firmemente conectado predominantemente a la enfermedad coronaria y son factores de riesgos modificables. Se evalúa que, en los países con salarios altos, el colesterol LDL se estima por encima de 147 mg / dl\_ (3.8 mmol / L) y está a cargo de más de la mitad de las enfermedades cardiovasculares. La facilidad de dislipidemia se centra alrededor de las dimensiones séricas de las lipoproteínas y sus lípidos o su almacenamiento en puntos, por ejemplo, la piel y los ligamentos.<sup>19</sup>

Las dislipidemias pueden ser provocadas por imperfecciones hereditarias, por ejemplo, hipercolesterolemia familiar o unida, hipercolesterolemia poligénico, disbetalipoproteinemia,



hipertrigliceridemia familiar e insuficiencia de HDL. Los elementos que caracterizan la dislipidemia son la rigidez, la diabetes, la tiroides, la colestasia, el daño renal y el trastorno nefrótico. La conclusión, en comparación con los niveles en suero de las lipoproteínas y los lípidos, es prudente decidir el colesterol absoluto, los triglicéridos y el colesterol-HDL en las personas mayores, esta estimación no debe hacerse en individuos que hayan experimentado enfermedades en aproximadamente un mes y medio, procedimientos médicos o reducción de peso. En relación con la norma de lípidos, su evaluación ha sido considerada como dependiente del riesgo cardiovascular.

Las dislipidemias, ocurren en un nivel amplio de adultos de más de edad; los precursores primarios son formas de vida estacionarias probadas por altas admisiones de grasas y colesterol; diferentes causas son la diabetes mellitus tipo 2, el consumo excesivo de licor, consumo de tiazidas, bloqueadores  $\alpha$ , retinoides, y otras drogas.<sup>19</sup>

En los diabéticos se dice que existe hipercolesterolemia cuando los niveles de colesterol están por encima de 200mg/dl.

Ciertas patologías están firmemente identificadas con dislipidemia, entre las que se encuentran la falla renal terminal, el trastorno nefrótico, la diabetes mellitus, el hipotiroidismo, la enfermedad hepática por colestasis, la utilización exorbitante de licor y ciertos medicamentos, por ejemplo, los diuréticos.<sup>20</sup>

### Colesterol

Forma parte de otras moléculas o se encuentra libre en circulación. La alteración provocada por el colesterol en el cuerpo se debe a su abundancia y se acumula a partir de depósitos de grasa en los

vasos sanguíneos, lo que causa aterosclerosis, accidentes cerebrovasculares entre diferentes patologías, siendo el componente fundamental en muchos litos de la vesícula. Las reservas de colesterol en los vasos es predisposición de los ateromas (lesión característica de la arteriosclerosis que comprende las reservas de grasa en los divisores internos de las arterias) y las patologías vasculares, que incluyen una necrosis intensa localizada del miocardio.<sup>20</sup>

El colesterol en el cuerpo se origina a partir de dos fuentes, la externa (de la rutina de alimentación) y la interna (administrada por el cuerpo). El cuerpo se encarga de producir su propio colesterol, casi con certeza, los adultos que no metabolizan el colesterol, tienen niveles altos en la sangre por tener alguna alteración metabólica hereditaria que provoca tal aumento. El órgano que produce colesterol es el hígado (10% del agregado), los órganos, por ejemplo, el sistema digestivo, la corteza suprarrenal, las gónadas y los ovarios también están incluidos. La unión del colesterol es manejada por la utilización del colesterol en el metabolismo diario. El colesterol es una grasa insoluble en agua, en el caso de que quedara libre en la sangre sería como una gota de colesterol y aparecería en la sangre como gotas de grasa.

La aparición de ciertos efectos secundarios es el comienzo de alteraciones hepáticas y vesiculares, boca pálida y seca, generalmente con halitosis, mala digestión, eructos, gases y reflujo ácido después de comer, sueño aumentado, urticaria o hormigueo en la piel, dolor de cabeza, infertilidad.

### Afecciones endocrinas

Son patologías relacionadas con los órganos endocrinos en el cuerpo, que producen hormonas, que se descargan a través del sistema de circulación; ayudando al cuerpo a controlar las formas, por ejemplo, la respiración, la fertilidad, la feminidad o la virilidad y el peso corporal.<sup>21</sup>

El estómago, el hígado y las vías digestivas también emiten hormonas relacionadas con la asimilación. La mayoría de los problemas endocrinos normales están relacionados con una insuficiencia en el páncreas y la hipófisis, la tiroides y los órganos suprarrenales.

Atención primaria. El objetivo de la atención debe basarse en el nivel individual. Las metodologías a nivel de la población se orientan a la capacitación en red de personas en general con factores de riesgo y la importancia de ensayar formas de vida saludables. La prevención en la dimensión individual incluye la prueba distintiva de personas sanas que están en alto peligro de crear una enfermedad coronaria perpetua debido a la diabetes mellitus o varios factores de riesgo.

Prevención secundaria. Incluye personas que a partir de ahora tienen enfermedad coronaria. Dado que esta reunión de personas tiene un alto peligro de presentar patologías coronarias, es crítico un arreglo de actividades. Las ventajas de la disminución del colesterol en pacientes con enfermedad coronaria se han demostrado claramente en algunas referencias.<sup>21</sup>

## Diabetes mellitus

Es una condición de bienestar que ocurre cuando el páncreas no produce la medida vital de la insulina o cuando la célula no utiliza la insulina que produce de manera efectiva. El resultado de los que no se tratan de esta enfermedad es la hiperglicemia, que daña gravemente a los órganos y estructuras incluidos, especialmente los nervios y las venas y arterias; puede alterar el corazón, las venas, los ojos, los riñones y los nervios, aumentar el peligro de enfermedad coronaria, la insensibilidad de los pies junto con la disminución del flujo sanguíneo, aumentar el peligro de úlceras en los pies, gangrena y, finalmente, extirpación, retinopatía diabética Es una fuente sorprendente de deficiencia visual y es el resultado del debilitamiento de las venas pequeñas de la retina que se acumula según la edad. El 1% de los casos de deficiencia visual en todo el mundo es el resultado de la diabetes; la diabetes mellitus se encuentra entre las principales fuentes de daño renal. En los sujetos con diabetes, el peligro de muerte es alrededor de varias veces mayor que en los sujetos sin diabetes.<sup>22</sup>

El análisis se realiza después de la indicación de las indicaciones básicas de hiperglucemia y un análisis de sangre inusual: una concentración de glucosa en plasma > 7 mmol / L (o 126 mg / dL) o > 11.1 mmol / L (o 200 mg / dL) 2 horas en Como consecuencia de ingerir una respuesta con 75 g de glucosa, a pesar de que en general no debería ser posible en países con pocos activos, la prueba de hemoglobina glicosilada se realiza para conocer y controlar la dimensión metabólica de la glucosa en sangre en el pasado 2 o 3 meses, con el motivo de controlar las opciones de tratamiento.

La diabetes mellitus implica el cuarto lugar en todo el mundo en discapacidades visuales e incapacidades en las antiguas naciones inmaduras; con una propensión de 15 veces más de experimentar amputaciones, también impacta en enfermedades renales, y se ha convertido en la única causa más reconocida de enfermedades renales en las últimas etapas, los adultos con diabetes tienen una posibilidad de 2 a 4 más notables de crear una enfermedad coronaria que los individuos que no la tienen, tienen un peligro similar de ataques cardíacos como los adultos sin diabetes, los accidentes cerebrovasculares ocurren dos veces la misma cantidad de veces que las personas con diabetes, en contraste con las personas que experimentan los efectos negativos de la hipertensión.

El personal de enfermería son expertos que se especializan en las metodologías identificadas con el cuidado individual, familiar y de recolección, y son los más competentes en cuanto a tener dispositivos explícitos sobre la filosofía, instructiva y participativa y, en este sentido, para elevar y dirigir la autoadministración.

En el caso particular de los individuos con diabetes, esto se refiere a las dificultades más importantes que enfrentan en relación a su salud. Es un problema que está relacionado con una utilización de las administraciones, debido a las alteraciones impredecibles que este problema pone en juego y que posteriormente debe tomarse las medidas sociales de intervención para disminuir los factores relacionados con la presencia de la diabetes dado que el efecto esencial que tiene en la vida cotidiana de la población general que experimenta los efectos negativos de la misma y que necesita un procedimiento de ajuste para tener una vida saludable.

Son estos componentes los que deciden la manera de tener un cuidador enfermero para ayudar en este procedimiento como mentor y es lo que se considera como una de las claves para el

logro de los procedimientos de autocuidado y la autoadministración fructífera. Al pensar en cómo los cuidadores enfermeros pueden ayudar a los pacientes y por qué este experto es tan imperativo en el avance de las técnicas de consideración, se basa en que, cuando se habla de autocuidado, parece que es algo sencillo que cualquiera puede hacer, es el punto en el que debe expresarse que, a pesar del hecho de que las actividades de cuidado por definición deben ser directas, su sucesión y su realización debe ser del día. Hay algunas partes de su vida cotidiana, individual, familiar, social y laboral que pueden ser influenciadas cuando una persona tiene diabetes, y éstas tienen que ver con su límite utilitario y su satisfacción personal.<sup>22</sup>

#### Enfermedades metabólicas

Las afecciones metabólicas son aquellas que median en los procedimientos bioquímicos, incluido el desarrollo y el mantenimiento de la gran fuerza de los tejidos naturales, la eliminación de sustancias de desecho y la producción de vitalidad que completa los elementos del ser vivo.

Regularmente los ancianos comen y beben cada día sin contemplar lo que ocurre dentro del cuerpo; luego, saben que el estómago y los tractos digestivos se involucran en el procesamiento en referencia a todo lo que come. Sea como fuere, en toda la actualidad, la asimilación es solo el comienzo, cuando estas sustancias se transforman en elementos valiosas para el cuerpo, y comienza con el procedimiento asignado como la digestión. La digestión es una cadena de procedimientos bioquímicos que ayudan a la forma de vida a explotar los suplementos del sustento ingerido para apoyar la capacidad de desarrollo, racionar los tejidos

sólidos, eliminar los desechos y comenzar la vitalidad importante para moverse, correr, saltar, jugar y ejercicios.<sup>23</sup>

### Sobrepeso

La pesadez y el sobre peso aluden a la acumulación inusual o extrema de grasa que puede dañar la salud, ya que está a cargo de numerosas enfermedades identificadas con ella, por ejemplo, diabetes mellitus, hipertensión o hipercolesterolemia; Esta razón hace que sea fundamental saber de manera inequívoca cuando hay problemas de sobreponderación. Un método simple para evaluar la rigidez es la lista de pesos (IMC), es decir, se dice algo al individuo al separarlo por el cuadrado de su tamaño en metros ( $\text{kg} / \text{m}^2$ ) un individuo con una lista de pesos equivalente o más notable que 30 se considera obeso y con o equivalente a 25 se considera sobrepeso. El sobrepeso y la rigidez son razones de riesgo para varias enfermedades constantes, por ejemplo, diabetes mellitus, infecciones cardiovasculares y enfermedades. En naciones con salarios altos, el obeso y el sobrepeso se están expandiendo en naciones con salarios bajos, particularmente en zonas urbanas. "<sup>24</sup>

La causa clave del sobre peso y el aumento de peso mórbido es un desbalance vital entre las calorías ingeridas y las quemadas, provocada regularmente por la expansión en la admisión de alimentos hipercalóricos, ricos en grasa, azúcar y sal; con un par de nutrientes, los minerales, sumados al ejercicio físico poco frecuente, son las consecuencias de una vida estacionaria o de las condiciones que aparecen en el trabajo, al igual que la forma en que nos movemos en esta urbanización en desarrollo.

Si bien se desarrolla más con la edad, después de 65 años ocurren cambios ineludibles en la estructura del cuerpo, donde la nutrición y otros segmentos de la forma de vida impactan, el principal principio es la ausencia de actividad. La pérdida de volumen y tejidos (con la excepción del tejido graso) es suplantada por una expansión en la masa grasa. En la mayoría de las Américas, no mantienen su peso óptimo, estas dos sustancias (corpulencia y bajo peso) pueden estar relacionadas con patologías extremas.<sup>24</sup>

Depresión geriátrica y comorbilidades médicas.

Las entidades terminales son bien sabidas en este grupo etéreo. En la mayoría de los casos, el personal de salud son los que se presentan principalmente al contacto con estos pacientes, por lo que la conjunción de la miseria con los análisis, por ejemplo, accidentes cerebrovasculares, crecimiento maligno, afecciones respiratorias, diabetes y dolor articular, crea notables relaciones clínicas. El infarto del miocardio y / o la dolencia isquémica se mejoran muy rápidamente al controlarse el sobrepeso. Los morbos neurológicos, por ejemplo, la infección por Parkinson y numerosas esclerosis, enfermedades endocrinas (p. Ej., Hipotiroidismo), insuficiencias de nutrientes (B12, D y K), nefropatías, enfermedad coronaria congestiva y enfermedad pancreática pueden hacer una gran aparición con manifestaciones engorrosas, lo que exige una consideración seria que debe ser asumida por el personal de enfermería geriátrica.

Las intercesiones del sector salud más relevantes con los mayores son:

-Ayude al mayor a construir una idea positiva de sí mismo.



- Garantice que las necesidades básicas fundamentales, por ejemplo, la nutrición, el descanso, el ejercicio y la propensión intestinal estén aseguradas.
- Hablar con los adultos más desanimados y persuadirlos a que hay motivos suficientes para seguir viviendo.
- Reforzar la capacidad singular para hacer frente a sus problemas entusiastas, al igual que la correspondencia y la socialización.
- Limite el confinamiento forzado por el problema de salud a la que está asociado.
- Intentar influir en el antiguo cuidado personal, fortalecer la administración de sus fondos y, en general, coordinar sus vidas.
- Ayúdelo a reconocer su dolencia como la desaparición de familiares y compañeros.
- Protéjalo de esfuerzos suicidas y diferentes peligros, por ejemplo, revisando ventanas y evacuando objetos afilados.<sup>25</sup>

### **2.2.3. PROMOCIÓN DE LA SALUD**

El procedimiento permite a las personas desarrollar el dominio sobre su bienestar para mejorarlo y se compromete a contemplar enfoques para mejorar el bienestar de la población. La definición dada en la Carta de Ottawa es que el avance del bienestar "se compone de proporcionar a las personas la manera vital de mejorar el bienestar y ejercer un mando más notable sobre él".<sup>26</sup>

Nola Pender, autora del Modelo de Promoción de la Salud, dijo que la conducta es impulsada por el anhelo de lograr la prosperidad y el potencial de las personas. Esta hipótesis reconoce en el individuo los factores subjetivos y preceptuales que se modifican por el entorno y las perspectivas situacionales, creando conductas buenas para el bienestar, cuando hay un ejemplo para la actividad. El modelo de promoción de la salud sirve para desarrollar ideas aplicables relacionadas con las prácticas de mejora del bienestar y

fomentar cambios en el entorno que ayudan a promover y proteger salud además de abarcar una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación. Éste depende de la instrucción de las personas y cómo tratar con ellas mismas, teniendo una existencia sólida que es fundamental; en ese punto, avance en la consideración al hacer que menos personas se enfermen, gasten menos activos, logren más libertad en el pasado y mejoren su futuro.<sup>28</sup>

#### **2.2.4. ROL DE PERSONAL DE SALUD CON LOS ANCIANOS**

El manejo integral es un elemento esencial de la medicina familiar. No debería soslayarse que el manejo integral incluye de manera relevante el seguimiento y la continuidad en la atención a los pacientes de la tercera edad. Pero no sólo al paciente sino también a los integrantes de la familia -este debería ser un elemento que caracterice a los médicos familiares- debido a que estos pacientes tienden a ser más vulnerables, ya sea por alguna enfermedad crónica degenerativa o por alguna crisis de adaptación, bien sea por el ingreso a la etapa de retiro, la jubilación o por el fallecimiento de un familiar cercano. Uno de los objetivos esenciales de la medicina familiar es el mejorar e incrementar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Procurar que el paciente anciano se encuentre lo más integro que se pueda tanto física como emocionalmente.<sup>27</sup>

Es, en esta línea, que incluye esfuerzos, actividades para producir cambios en la conducta individual o los estados de ánimo, en la calidad y la recurrencia de la cooperación entre las personas mayores y al menos un personal de la salud; haciendo un sistema

progresivamente capaz y duradero, equipado para proporcionar el cumplimiento de necesidades, soporte dinámico en la vida, en el avance de prácticas sanas y una mayor satisfacción personal.<sup>28</sup>

### **2.3. MARCO CONCEPTUAL**

**Envejecimiento poblacional:** Es el proceso de cambio de estructura de edad de una población en la que la proporción de ancianos está aumentando. Internacionalmente, una población se considera mayor si el grupo de edad mayor de 65 años excede el 7% de la población total.

**Bienestar físico:** es la capacidad de un individuo para mantener y resolver las propuestas que se plantea. Esto en el contexto histórico de ajuste a la condición que tiene el hombre, con el objetivo de que su bienestar o dolencia no deban limitarle.

**Bienestar emocional:** según la OMS es la capacidad de mantener asociaciones agradables con los demás, cumplir con los requisitos intuitivos en conflicto sin dañar a los demás y tener la capacidad de participar en cambios positivos en la condición física y social.

**Bienestar social:** en la medida en que el hombre pueda coincidir con una armonía psicodinámica, con el cumplimiento de sus necesidades y, además, con sus anhelos, aprecia el bienestar social.

**Factor de riesgo físico:** Aquellas entidades que incrementan la posibilidad de presentar una eventualidad.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Son un conjunto de actividades clave para las personas destinadas al autocuidado y la movilidad, que proporcionan autonomía e independencia básicas y les permite vivir sin la necesidad de la ayuda continua de otros. Estos incluyen actividades como comer, controlar el esfínter, usar el baño, cambiarse de ropa, bañarse, moverse y deambular.

Adulto mayor: Persona mujer/varón de 60 años

Dependencia: Estados que son aquellos que necesitan un apoyo significativo y / o de apoyo para llevar a cabo sus actividades diarias en la vida diaria, por razones relacionadas con la falta o pérdida de autonomía física, mental o intelectual.

Actividad: Movilidad y funcionalidad del sujeto que está determinada por cambios propios de la edad y estilos de vida.

Enfermedades crónicas: Son enfermedades a largo plazo y generalmente progresan lentamente. Las enfermedades cardíacas, los ataques cardíacos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de muerte en el mundo, y representan el 63% de las muertes.

## **2.4. HIPÓTESIS**

### **2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL**

Estudio de nivel descriptivo por lo que no aplica las hipótesis.

### **2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS**

Estudio de nivel descriptivo por lo que no aplica las hipótesis.

## **2.5. VARIABLES**

### **2.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE**

- Enfermedades crónicas

### **2.5.2. VARIABLES INDEPENDIENTES**

- Edad
- Sexo

## **2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL**

Enfermedades crónicas. Patologías de lenta evolución y larga data.

Sexo. Conjunto de los individuos que comparten esta misma condición orgánica.

Edad. Tiempo de vida de una persona contando desde su nacimiento.

### **DEFINICIÓN OPERACIONAL**

Enfermedades crónicas. Medida a través de la ficha de recolección de datos

Sexo. Medida a través de la ficha de recolección de datos.

Edad. Medida a través de la ficha de recolección de datos.

## CAPITULO III: METODOLOGÍA

### 3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

*Observacional.* Pues las variables son estudiadas en su ambiente natural.

*Transversal.* Debido a que la medida de la variable es solo en una ocasión.

*Retrospectiva.* Debido a que los datos son de las historias clínicas recolectadas en el Servicio de Medicina Interna de julio a diciembre 2019.

*Descriptiva.* Pues de una sola variable.

#### 3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva

### 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 3.2.1. POBLACIÓN

El presente estudio será realizado en pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre Julio a diciembre del 2019. Que son 350 pacientes adultos atendidos en dicho periodo de estudio.

#### 3.2.2. MUESTRA

Fórmula para obtener una muestra de una población conocida:

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N-1) + z^2 * P * q}$$

N= 350  
p= 0.5  
q= 1 – 0.5 = 0.5

$$Z= 1.96$$

$$d= 5\% = 0.05$$

$$n= \frac{980 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (980 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

n= 184 pacientes adultos mayores hospitalizados

La muestra se tomará de los pacientes adultos mayores hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre julio a diciembre del 2019, los cuales fueron 184 pacientes adultos mayores siendo aptos según criterios de inclusión aleatoriamente (Todos tienen las mismas probabilidades de participar del estudio) hasta completar el tamaño muestral:

- Criterios de inclusión:

Paciente adulto mayor hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre julio a diciembre del 2019 que cuente con historia clínica completa.

- Criterios de exclusión:

Paciente adulto mayor hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre julio a diciembre del 2019 que no cuente con historia clínica completa.

### **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Éste estudio recolectará los datos a través de la revisión de las historias clínicas de hospitalización del servicio de Medicina Interna en el año 2019, para esta realización se solicitará un permiso al Hospital Regional de Ica.

Luego de obtener el permiso se pasará a la revisión de las historias clínicas, la cual será escogida según los criterios de inclusión previamente mencionados y los datos encontrados pasarán a una ficha

de recolección de datos con la que posteriormente se realizará una base de datos para poder hacer la observación estadística.

### **3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para esta investigación se cuenta con el permiso del área de docencia e investigación previa solicitud aprobada, también con el permiso al área de medicina interna donde se procede a la búsqueda de números de historias clínicas pues, para la información de esta investigación se utiliza como única fuente de datos a la historia clínica, toda la información se recolecta con una hoja de recolección de datos.

### **3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Se utilizó el programa Excel para el procesamiento y análisis de datos, posteriormente se utilizó el programa estadístico SPSS versión 25.0 para el análisis estadístico y obtención de resultados. Los datos fueron presentados tanto en cantidades como en porcentajes de acuerdo a cada objetivo planteado.

### **3.6 ASPECTOS ÉTICOS**

Los datos forman parte de una investigación en la que el autor se compromete a no divulgar la identidad de los participantes, para que de esta manera se garantice la confidencialidad en la información.

Así mismo, en este estudio no se presenta conflicto de intereses.



## CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1. RESULTADOS

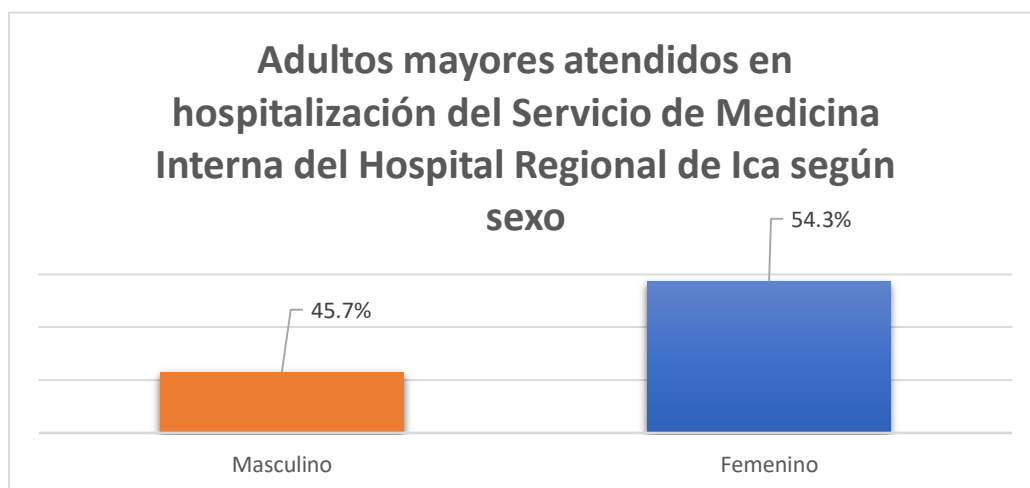
4.1.1 ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENTRE JULIO A DICIEMBRE DEL 2019: SEGÚN SEXO

**TABLA N°01** Adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna según sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	84	45.7%
Femenino	100	54.3%
Total	184	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a HC del HRI

**GRÁFICO N°01** Adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna según sexo



Fuente: Elaboración propia en base a HC del HRI

Análisis: En la Tabla N°1 se observa que el 45.7% de los pacientes son de sexo masculino, mientras que, el porcentaje de sexo femenino es del 54.3%

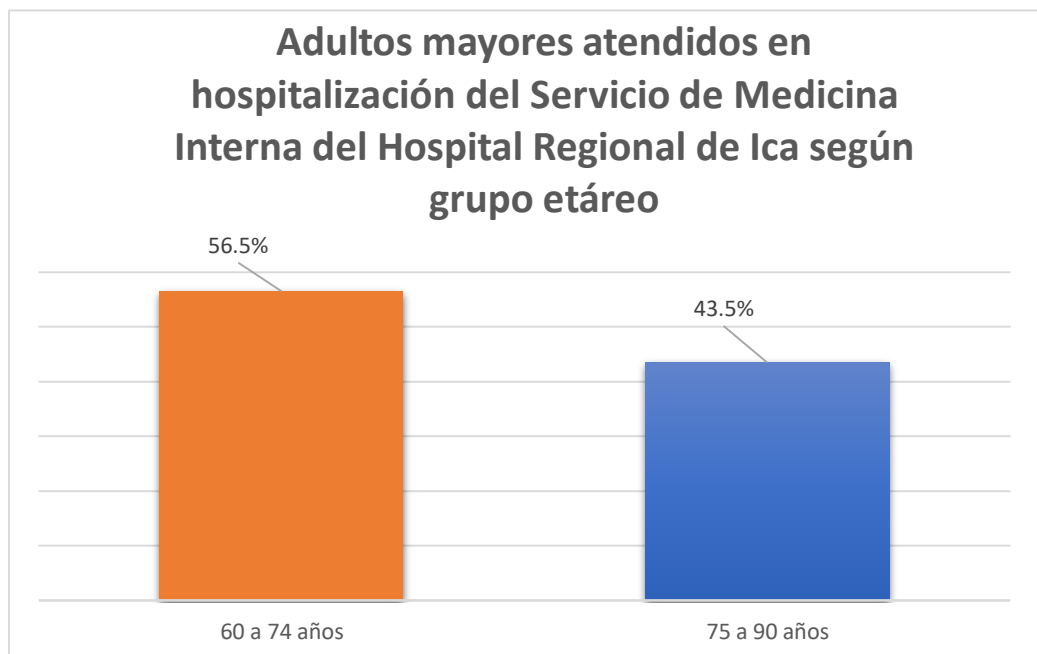
4.1.2 ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENTRE JULIO A DICIEMBRE DEL 2019: SEGÚN GRUPOS ETÁREOS

**TABLA N°02** Adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna según grupo etáreo.

Grupo etáreo	Frecuencia	Porcentaje
60 a 74 años	104	56.5%
75 a 90 años	80	43.5%
Total	184	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a HC del HRI

**GRÁFICO N°02** Adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna según grupo etáreo.



Fuente: Elaboración propia en base a HC del HRI

Análisis: Se observa que el 56.5% de los pacientes son de edades entre 60 a 74 años, por otro lado, el 43.5% se encuentran en el rango de 75 a 90 años.

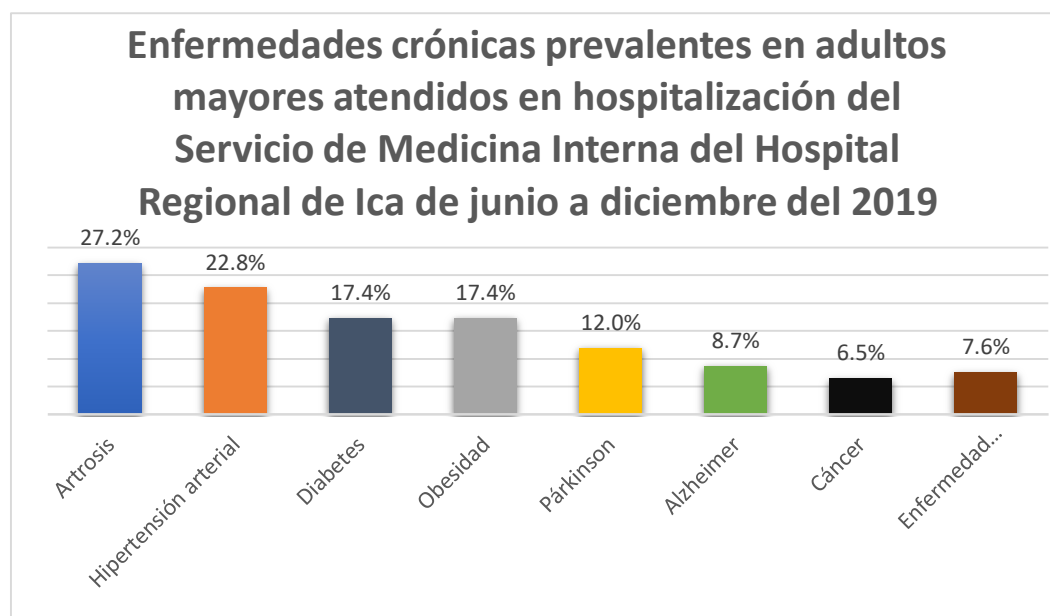
#### 4.1.3 ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVALENTES DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENTRE JULIO A DICIEMBRE DEL 2019

**TABLA N°03** Enfermedades crónicas prevalentes de los adultos mayores atendidos en el Servicio de Medicina Interna

Enfermedad prevalente	SI		NO		Total	
Artrosis	50	27.2%	134	72.8%	184	100%
Hipertensión arterial	42	22.8%	142	77.2%	184	100%
Diabetes	32	17.4%	152	82.6%	184	100%
Obesidad	32	17.4%	152	82.6%	184	100%
Párkinson	22	12.0%	162	88,0%	184	100%
Alzheimer	16	8.7%	168	91.3%	184	100%
Cáncer	12	6.5%	172	93.5%	184	100%
Enfermedad cerebrovascular	14	7.6%	170	92.4%	184	100%

Fuente: Elaboración propia en base a HC del HRI

**GRÁFICO N°03** Enfermedades crónicas prevalentes en adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna



Fuente: Elaboración propia en base a HC del HRI

Análisis: Se puede observar de los resultados expuestos que, de las enfermedades prevalentes en los adultos mayores, es más frecuente la artrosis habiéndose encontrado en 50(27.2%) pacientes, seguida por hipertensión arterial con un total de 42(22.8%) pacientes, después encontramos la diabetes padecida por 32(17.4%) pacientes, asimismo está la obesidad encontrándose 32(17.4%) pacientes, al igual que en la diabetes, luego se puede observar que la enfermedad de Párkinson afecta a 22(12%) pacientes, a continuación encontramos al Alzheimer que afecta a 16(8.7%) pacientes, seguido por la enfermedad cerebrovascular la cual es padecida por 14(7.6%) pacientes y por último tenemos al cáncer con una afectación de 12(6.5%) pacientes.

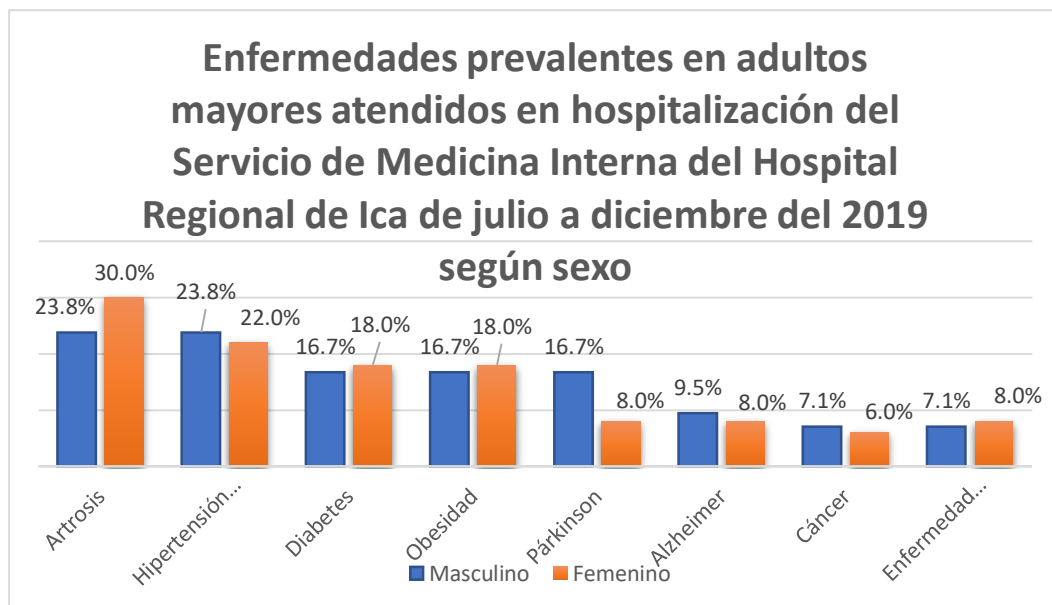
#### 4.1.4 ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVALENTES DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENTRE JULIO A DICIEMBRE DEL 2019 SEGÚN SEXO.

**TABLA N°04** Enfermedades crónicas prevalentes de los adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna según sexo.

Enfermedad prevalente	Masculino				Femenino			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Artrosis	20	23.8%	64	76.2%	30	30.0%	70	70.0%
Hipertensión arterial	20	23.8%	64	76.2%	22	22.0%	78	78.0%
Diabetes	14	16.7%	70	83.3%	18	18.0%	82	82.0%
Obesidad	14	16.7%	70	83.3%	18	18.0%	82	82.0%
Párkinson	14	16.7%	70	83.3%	8	8.0%	92	92.0%
Alzheimer	8	9.5%	74	90.5%	8	8.0%	92	92.0%
Cáncer	6	7.1%	78	92.9%	6	6.0%	94	94.0%
Enfermedad cerebrovascular	6	7.1%	78	92.9%	8	8.0%	92	92.0%

Fuente: Elaboración propia en base a HC del HR

**GRÁFICO N°04** Enfermedades prevalentes en adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna según sexo.



Fuente: Elaboración propia en base a HC del HR

Análisis: Las enfermedades que más prevalecen en el sexo masculino son: la artrosis e hipertensión arterial ambas con 23.8%, seguida por la Diabetes, obesidad y enfermedad de Parkinson con un 16.7% cada una, después encontramos al Alzheimer con un 9.5% y finalmente el cáncer y la enfermedad cerebro vascular con un 7.1% respectivamente. Asimismo, encontramos que en el sexo femenino prevalecen: artrosis 30(30%) pacientes, seguido por hipertensión arterial con 22(22%) pacientes, después están la diabetes y obesidad con 18(18%) pacientes cada una, seguidas por Párkinson, Alzheimer y enfermedad cerebrovascular con 8(8%) pacientes cada una y por último nos encontramos con el cáncer con 6(6%) pacientes.

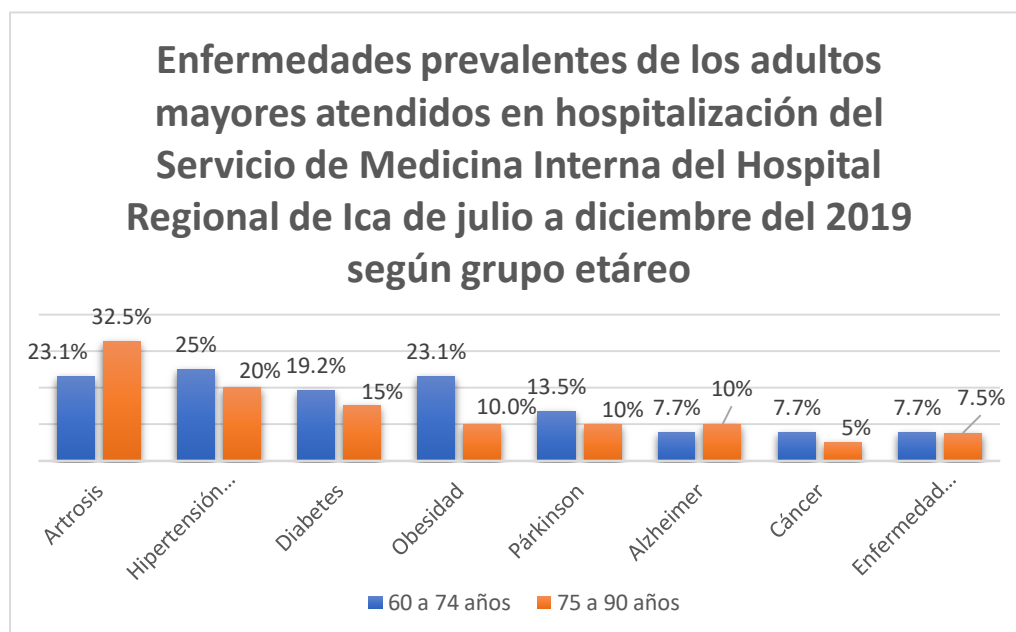
4.1.5 ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVALENTES DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENTRE JULIO A DICIEMBRE DEL 2019 SEGÚN GRUPO ETÁREO.

**TABLA N°05** Enfermedades crónicas prevalentes de los adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna según grupo etáreo.

Enfermedad prevalente	60 a 74 años				75 a 90 años			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Artrosis	24	23.1%	80	76.9%	26	32.5%	54	67.5%
Hipertensión arterial	26	25.0%	78	75.0%	16	20.0%	64	80.0%
Diabetes	20	19.2%	84	80.8%	12	15.0%	68	85.0%
Obesidad	24	23.1%	80	76.9%	8	10.0%	72	90.0%
Párkinson	14	13.5%	90	86.5%	8	10.0%	72	90.0%
Alzheimer	8	7.7%	94	92.3%	8	10.0%	72	90.0%
Cáncer	8	7.7%	94	92.3%	4	5.0%	76	95.0%
Enfermedad cerebrovascular	8	7.7%	94	92.3%	6	7.5%	74	92.5%

Fuente: Elaboración propia en base a HC del HRI

**GRÁFICO N°05** Enfermedades prevalentes de los adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna según grupo etáreo.



Fuente: Elaboración propia en base a HC del HRI

Análisis: Las enfermedades que más prevalecen en las edades de 60 a 74 años son: hipertensión arterial con 26(25.0%) pacientes, seguido de artrosis y obesidad con 24(23.1%) pacientes respectivamente, después le sigue la diabetes con 24(23.1%) pacientes, luego se encuentra el Párkinson con 14(13.5%) y finalmente encontramos el Alzheimer, cáncer y enfermedad cerebrovascular con 8(7.7%) pacientes cada una. Por su parte en las edades de 75 a 90 años prevalecen en primer lugar la artrosis con 26(32.5%) pacientes, seguido de hipertensión arterial con 16(20.0%) pacientes, después encontramos la diabetes con 12(15.0%) pacientes, luego están la obesidad, Párkinson y Alzheimer con 8(10.0%) pacientes cada una, a continuación, observamos a la enfermedad cerebrovascular con 6(7.5%) pacientes y por último el cáncer con 4(5.0%) pacientes.

#### **4.2. DISCUSIÓN**

En las tablas de datos generales se observa una mayor frecuencia de pacientes de sexo femenino lo que indica la tendencia de que los adultos mayores de este sexo tienen mayor probabilidad de vivir que los de sexo opuesto, atribuido a los estilos de vida que tienen el sexo masculino donde mayormente se producen consumos de drogas, alcohol, tabaquismo y estilos de vida desfavorables. Existe una mayor frecuencia de adultos mayores en edades de 60 a 75 años pues como indica la pirámide poblacional la frecuencia de sujetos disminuye con la edad. Muñoz<sup>8</sup> también encuentra que el sexo femenino es el más frecuente con 55%.

Con respecto al estudio de las enfermedades prevalentes en los adultos mayores se encontró como se muestra en la tabla N° 3 que las enfermedades más frecuentes en estas edades son: artrosis (27.2%), la hipertensión arterial (22.8%) Diabetes (17.4%), Obesidad (17.4%), Párkinson (12%), Alzheimer (8.7%), enfermedad cerebrovascular (7.6%) y Cáncer (6.5%). La artrosis estaría en relación a los estilos de vida que

tuvieron en edades inferiores, pues la artrosis es una enfermedad de desgaste relacionado con trabajos manuales o por mayor peso que soportaría el cuerpo, la hipertensión se relaciona con el estrés o como lo demuestra Valenzuela<sup>12</sup> en Chincha que concluye que al mal estilo de vida está asociado a la HTA, la diabetes con los hábitos alimenticios entre otros factores, la obesidad de igual forma además del sedentarismo muy frecuente en los adultos mayores, como lo indica Chacha<sup>6</sup> en su estudio en el Ecuador que concluye que el 85% desconoce de las fortalezas del ejercicio físico, el 74% no conoce sobre comidas saludables; el Párkinson es una enfermedad degenerativa relacionada con el tabaquismo, mientras que el Alzheimer es una enfermedad hereditaria con factores que lo desencadenan como es el tabaquismo, la enfermedad cerebrovascular que se produce por una hipertensión mal controlada tienen una prevalencia de 7.6% y de gran limitación para el adulto mayor y finalmente el cáncer que tiene una prevalencia según el sexo siendo en el sexo masculino el cáncer de próstata y en el sexo femenino la de cérvix. Relacionado con la investigación se encontró un estudio realizado por Morales<sup>5</sup> que determina que, entre las 5 más frecuentes están la HTA (55.6 %), insuficiencias venosas (40.4%), dislipidemias (40.3%), infecciones urinarias (38%) y artrosis / artritis (34.7%), cuyas frecuencias son distintas a los del estudio que sería atribuido a los estilos de vida que tuvieron los pacientes que son distintas en Colombia. Muñoz<sup>8</sup> en su estudio determina que la comorbilidad más representativa fue la hipertensión arterial con el 12,8% inferior al encontrado en la presente investigación que se debería a que las cargas genéticas en áreas distintas son diferentes. Moncada Tarazona<sup>11</sup> en Huánuco encuentra enfermedades prevalentes similares al encontrado en el presente estudio así concluye que las enfermedades prevalentes son la artrosis (48,72%), HTA (7,69%), dislipidemias (34,19%).



En la tabla N° 4 se analiza las enfermedades prevalentes según sexo encontrándose que en el sexo femenino por su estilo de vida y por su naturaleza femenina prevalece las enfermedades como artrosis, hipertensión arterial, Párkinson, Alzheimer, cáncer y enfermedad cerebrovascular sin que exista diferencias significativas excepto con el Párkinson donde la diferencia es mayor prevaleciendo en el sexo femenino. Mientras tanto en el sexo masculino prevalece la diabetes y la obesidad que se relaciona con el estilo sedentario de este sexo. Resultados similares obtuvo Lovrinkevich, M.<sup>7</sup> en Argentina que registró artrosis en el 83,9% en este grupo etáreo siendo las mujeres las más vulnerables. Álvarez<sup>9</sup> en su investigación en Huánuco determina relación significativa del sexo femenino con enfermedades crónicas tal como se demuestra en este estudio.

En la tabla N° 5 se relaciona las enfermedades prevalentes de los adultos mayores con la edad, observándose que las enfermedades tienen distribuciones similares en ambos sexos con diferencias menores, excepto, la artrosis que prevalece en edades de 60 a 74 años mientras que el Alzheimer prevalece en las edades de 75 a 90 años, que se debería a que la degeneración del sistema nervioso es mayor cuanto más edad tiene el paciente. En relación al Alzheimer Velasco<sup>10</sup> en Chacabuco determina que no existe asociación deterioro cognitivo y dependencia funcional.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. CONCLUSIONES**

Las enfermedades prevalentes en los adultos mayores, según frecuencia es: artrosis (27.2%), la hipertensión arterial (22.8%) Diabetes (17.4%), Obesidad (17.4%), Párkinson (12%), Alzheimer (8.7%), enfermedad cerebrovascular (7.6%) y Cáncer (6.5%).

Las enfermedades que más prevalecen en el sexo masculino son: diabetes y obesidad, y en el sexo femenino prevalecen: artrosis, hipertensión arterial, Párkinson, Alzheimer, cáncer y enfermedad cerebrovascular.

Las enfermedades que más prevalecen en las edades de 60 a 74 años son: hipertensión arterial, diabetes, obesidad, Párkinson, Cáncer y enfermedad cerebrovascular, y en las edades de 75 a 90 años prevalecen: artrosis, y Alzheimer.

### **5.2. RECOMENDACIONES**

Promover estilos de vida favorables en edades tempranas a fin de evitar que estos repercutan en las edades mayores, lo que implica realizar actividades de distracción, fomentando la actividad física, los hábitos alimenticios adecuados con charlas de alimentación balanceada.

Realizar despistajes de las enfermedades más prevalentes a fin de evitar sus consecuencias, así como tener un control adecuado de la enfermedad, fomentando la adherencia al tratamiento.

Realizar seguimiento de los pacientes una vez dado de alta con la finalidad de socializar con el adulto mayor y hacerle sentir la presencia del

sector salud en su vida, la que le hará más seguro y más adherente a las indicaciones que el personal de salud del personal de salud le brinda como son las formas de prevención y de control de las enfermedades.

Asimismo, se recomienda incluir a la familia para que coadyuve en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- INE. PERÚ Situación de la Población Adulta Mayor Indicadores del adulto mayor octubre-noviembre-diciembre 2017. Informe técnico No 1 - marzo 2018. Recuperado de: [https://www.inei.gob.pe/media/.../01-informe-tecnico-n01\\_adulto-oct-nov-dic2017.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/.../01-informe-tecnico-n01_adulto-oct-nov-dic2017.pdf)
- 2.- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015) Temas de salud: Envejecimiento. Sitio web recuperado de <http://www.who.int/topics/ageing/es/>.
- 3.- Envejecimiento y ciclo de la vida- Artículo publicado por Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2013 – Derechos Reservados. [citado 2014 mayo 10] Disponible en <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- 4.- INE. PERÚ. Estadísticas con Enfoque de Género. Octubre-noviembre-diciembre 2016. INFORME TÉCNICO. No 01 - marzo 2017. Recuperado de: [https://www.inei.gob.pe/.../01-informe-tecnico-n01\\_estadisticas-genero-oct-dic2016.pdf](https://www.inei.gob.pe/.../01-informe-tecnico-n01_estadisticas-genero-oct-dic2016.pdf)
- 5.- Morales, A. (2016). Condiciones médicas prevalentes en adultos mayores de 60 años. Colombia. Acta Med Colomb 2016; 41: 21-28
- 6.- Chacha, P. (2015). Promoción de estilos de vida saludable en el club de adultos mayores la providencia Cantón Guano, provincia de Chimborazo, noviembre 2014 – abril 2015. Riobamaba Ecuador
- 7.- Lovrinkevich, M. (2015). Incidencia de patologías osteo-articulares en adultos mayores, de más de 65 años, institucionalizados en la Ciudad Capital de La Rioja. Argentina
- 8.- Muñoz, J. (2014). Caracterización de la morbi-mortalidad en adultos mayores hospitalizados hospital Vicente Corral Moscoso. La cuenca Ecuador
- 9.- Álvarez, J (2016). Determinantes asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en personas adultas mayores que acuden al Centro de Salud Perú-Corea 2016. Huánuco.

- 10.- Velazco K. Carrera, L. (2016). Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar “misioneros de amor” [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Peruana Unión.
- 11.- Moncada Tarazona, A. (2015). Valoración Geriátrica Integral En Una Población De Adultos Mayores, Angamarca- Huánuco 2015. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2016.
- 12.- Valenzuela, R. (2015). Estilos de vida y enfermedades crónicas prevalentes en los adultos mayores de la Comunidad el Trébol Pueblo Nuevo Chinchá diciembre 2016.
- 13.- Ruiz, A. Morales, M. (2015). Aproximación al tratamiento del envejecimiento cutáneo. *Ars Pharm.* 2015; 56(4): 183-191. Recuperado de: [scielo.isciii.es/pdf/ars/v56n4/revision1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/ars/v56n4/revision1.pdf)
- 14.- Aída, T. (2015). UNAM. Centro de Investigaciones sobre América Latina y el Caribe. Generación de teorías y perspectivas teórico-metodológicas para la investigación sobre envejecimiento
- 15.- Guimaraes Borges, G. Mendoza Meléndez, M. López Brambila, M. Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal Salud Mental, vol. 37, núm. 1, enero-febrero, 2014, pp. 15-25 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz Distrito Federal, México
- 16.- Martínez, M. (2018). Factores asociados a sedentarismo. *Rev Med Chile* 2018; 146: 22-3
- 17.- Mayuso, M. (2018). Estudio del papel de la nutrición sobre las enfermedades cardíacas e hipertensión. Universidad de Extremadura. España. Recuperado de: [repositorio.upsjb.edu.pe/.../T-TPLE](http://repositorio.upsjb.edu.pe/.../T-TPLE)  
Rosario%20del%20Carmen%20Valenzuela%20M..

- 18.- Sánchez, A. (2016). Enfermedad cardiovascular: primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel. *Revista Mexicana de Cardiología* Vol. 27 Suplemento i Julio-Septiembre 2016
- 19.- Diagnóstico y tratamiento de dislipidemias (hipercolesterolemia) en el adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 03/11/2016. Recuperado de: [www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/233GER.pdf](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/233GER.pdf)
- 20.- Guerrero N, Yépez M. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Rev Univ. salud.* 2015;17(1):121-131
- 21.- Ministerio de Salud de Chile. (MINSAL) (2018). Orientación técnica dislipidemias. 2018 Recuperado de: [soched.cl/guias/Dislipidemias-MINSAL-Chile-2018.pdf](http://soched.cl/guias/Dislipidemias-MINSAL-Chile-2018.pdf)
- 22.- Mediavilla, J. (2015). Guías Clínicas Diabetes mellitus. Adaptado de American Diabetes Association. *Standards of Medical Care in Diabetes -2015.* *Diabetes Care* 2015;38(Suppl 1):s
- 23.- Asociación diabetes Madrid. (2016). Importancia de la enfermera en el paciente con diabetes. Disponible en: <https://diabetesmadrid.org/importancia-de-la-enfermera-en-el-paciente-con-diabetes/>
- 24.- Monge, G. (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: Obesidad. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. Febrero 26 del 2016. Recuperado de: [repositorio.unan.edu.ni/2422/1/24825.pdf](http://repositorio.unan.edu.ni/2422/1/24825.pdf)
- 25.- Tello, T. Alarcón, D. Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. (2016). *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol. 33, núm. 2, 2016, pp. 342-350 Instituto Nacional de Salud Lima, Perú
- 26.- Roldán, R. González, C. (2015). Promoción de la salud en el paciente anciano. Complejo Hospitalario Granada, Distrito Sanitario Córdoba Sur. Recuperado de: [sspa.juntadeandalucia.es](http://sspa.juntadeandalucia.es)

27.- Salazar Reyes, J. and Irigoyen Coria, A. (2017). El cuidado integral a los ancianos: el papel del médico familiar. 1st ed. [ebook] Ciudad de Mexico. Available at: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2017/amf171d.pdf> [Accessed 27 Feb. 2020].

28.- Sánchez, J. (2016). Análisis del marco conceptual de la Enfermería del Trabajo: una propuesta en el contexto español. Murcia España. Recuperado de:

[repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/1536/Tesis.pdf?sequence=1...](http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/1536/Tesis.pdf?sequence=1...)  
y

29.- Rodríguez R, García J. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores [Internet]. Revfinlay.sld.cu. 2020 [cited 23 February 2020]. Available from: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/564>

## **ANEXO**



**ANEXO N° 01 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>INSTRUMENTO</b>	<b>FUENTE</b>
<b>V. dependiente</b> Enfermedades crónicas del adulto mayor	Son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.	Medida a través de la ficha de entrevista.	Enfermedad	Ficha de datos	Historia clínica
<b>V. independiente</b> Sexo	Conjunto de los individuos que comparten esta misma condición orgánica	Medida a través de la ficha de recolección de datos.	Masculino Femenino	Ficha de datos	Historia clínica
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Medida a través de la ficha de recolección de datos.	61 a 70 años 71 a 80 años Mas de 80 años	Ficha de datos	Historia clínica

**ANEXO N° 02 INSTRUMENTO**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**TEMA: ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVALENTES DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2019**

FICHA N° \_\_\_\_\_

1.- Sexo:

Masculino		Femenino	
-----------	--	----------	--

2.- Edad:

60 a 70 años		70 a 80 años		Más de 80 años	
--------------	--	--------------	--	----------------	--

3.- Peso: \_\_\_\_\_

4.- Talla: \_\_\_\_\_

5.- IMC: \_\_\_\_\_

Bajo peso		Normopeso		Sobrepeso		Obesidad	
-----------	--	-----------	--	-----------	--	----------	--

6.- Obesidad

SI		NO	
----	--	----	--

7.- Hipertensión arterial

SI		NO	
----	--	----	--

8.- Diabetes mellitus tipo 2

SI		NO	
----	--	----	--

9.- Hiperlipidemia

SI		NO	
----	--	----	--

9.- Enfermedad cerebrovascular

SI		NO	
----	--	----	--

10.- Artritis Reumatoidea

SI		NO	
----	--	----	--

11.- Cáncer

SI		NO	
----	--	----	--

12.- Depresión

SI		NO	
----	--	----	--

13.- Enfermedad de Párkinson

SI		NO	
----	--	----	--

14.- Enfermedad de Alzheimer

SI		NO	
----	--	----	--

15. OTROS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fuente: Adaptada de Rodríguez R, García J. "Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores" (2020).<sup>29</sup>

## ANEXO N° 03 VALIDEZ DE INSTRUMENTO - CONSULTA DE EXPERTOS

### Informe de Opinión de Experto

**I.- DATOS GENERALES:**

**II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Levan Bartra Harry Paul*  
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Médico Cirujano Hospital Regional de Ica*  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento: *Fide de recolección de datos*  
 1.5 Autor (a) del instrumento: *Urquiza Moyano Bruno Guillermo*

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					97
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre ..... (variables).					98
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer ..... (relación a las variables).					98
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					97
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación .....(tipo de investigación)					98

**III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:**

.....

**IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN**

97

Lugar y Fecha: Ica, 20 de Febrero del 2020

Firma del Experto

D.N.I N.º 21407016

Teléfono 956 608 888

  
 Harry Leveau Bartra PH. D.  
 CMP 27304 RNE 11569  
 ESPECIALISTA EN CIRUGIA  
 Mg. y Dr. en Salud Pública  
 Ph. D. en investigación

**Informe de Opinión de Experto**

**I.- DATOS GENERALES:**

**II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Magallanes Rocha Roger David*  
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Médico Internista Hospital Regional de Ica*  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento: *Fide de recolección de datos*  
 1.5 Autor (a) del instrumento: *Augusto Mayano Bruno Guillermo*

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					96
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					97
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre ..... (variables).					97
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer ..... (relación a las variables).					97
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					97
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					97
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación ..... (tipo de investigación)					98

**III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:**

.....

**IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN**

97

Lugar y Fecha: Ica, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

  
 Dr. Magallanes Rocha Roger David  
 MEDICINA INTERNA  
 C.M.P. 38098 RNE. 37400  
 Firma del Experto  
 D.N.I.N.º ...21522822  
 Teléfono ...956932749

**Informe de Opinión de Experto**

**I.- DATOS GENERALES:**

**II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Leveau Doctor Harry Raúl*
- 1.2 Cargo e institución donde labora: *Médico Cirujano Hospital Regional de Ica*
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: *Ficha de recolección de datos*
- 1.5 Autor (a) del instrumento: *Urquiza Maximo Bruno Guillermo*

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre ..... (variables).					99
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer ..... (relación a las variables).					98
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					98
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación .....(tipo de investigación)					99

**III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:**

.....

**IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN**

98

Lugar y Fecha: Ica, 20 de Febrero del 2020

Firma del Experto

D.N.I N.º 21407016

Teléfono 056608388

*[Firma]*  
 Harry Leveau Bartra Ph. D  
 CMP. 27304 RNE. 11569  
 ESPECIALISTA EN CIRUGÍA  
 Mg. y Dr. en Salud Pública  
 Ph. D. en investigación

**ANEXO N° 04** MATRIZ DE CONSISTENCIA

**ALUMNO:** UNZUETA MOYANO BRUNO GUILLERMO.

**ASESOR:** LEVEAU BARTRA HARRY RAÚL.

**LOCAL:** FILIAL ICA.

**TEMA:** ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVALENTES DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2019.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método
			Variable	Indicadores	
<p><b>Problema general</b>  <b>PG:</b> ¿Cuáles son las enfermedades crónicas prevalentes de los adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre julio a diciembre del 2019?</p> <p><b>Problemas específicos</b>  <b>PE1:</b> ¿Cuál es la prevalencia de adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna del</p>	<p><b>Objetivo General</b>  <b>OG:</b> Determinar las enfermedades crónicas prevalentes de los adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre julio a diciembre del 2019</p> <p><b>Objetivos Específicos</b>  <b>OE1:</b> Determinar la prevalencia de adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital</p>	<p><b>Hipótesis general</b>                      No aplica</p>	<p><b>Variable de estudio</b></p> <p>Enfermedades crónicas del adulto mayor</p> <p><b>Variables de caracterización</b></p> <p>Sexo</p> <p>Edad</p>	<p>Enfermedad</p> <p>Masculino Femenino</p> <p>60 a 70 años 71 a 80 años Más de 80 años</p>	<p><b>Tipo de Investigación</b>                      Observacional                      Transversal                      Retrospectiva                      Descriptiva</p> <p><b>Nivel</b>                      Descriptiva</p> <p><b>Población</b>                      Pacientes adultos mayores atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre julio a diciembre del 2019 que son 350 adultos mayores.</p>

<p>Hospital Regional de Ica de julio a diciembre del 2019, según sexo?</p> <p><b>PE2:</b> ¿Cuál es la prevalencia de adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica de julio a diciembre del 2019, según grupo étnico?</p> <p><b>PE3:</b> ¿Cuáles son las enfermedades crónicas prevalentes de los adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre julio a diciembre del 2019, según sexo?</p> <p><b>PE4:</b> ¿Cuáles son las enfermedades crónicas prevalentes de los adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre julio a diciembre del 2019, según grupo étnico?</p>	<p>Regional de Ica de julio a diciembre del 2019, según sexo.</p> <p><b>OE2:</b> Determinar la prevalencia de adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica de julio a diciembre del 2019, según grupo étnico.</p> <p><b>OE3:</b> Precisar las enfermedades crónicas prevalentes de los adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre julio a diciembre del 2019, según sexo</p> <p><b>OE4:</b> Indicar las enfermedades crónicas prevalentes de los adultos mayores atendidos en hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre julio a diciembre del 2019, según grupo étnico</p>				<p><b>Muestra</b> Pacientes adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica entre julio a diciembre del 2019 que son 184 adultos mayores.</p> <p><b>Instrumento</b> Ficha de datos</p>
--	--	--	--	--	---



## ANEXO N° 05 BASE DE DATOS

N°	Edad	Sexo	Artrosis	Diabetes	HTA	Obesidad	Parkinson	Alzheimer	Cáncer	ACV	Edad Categ.
1	61	Masculino	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	60 a 74 años
2	61	Masculino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
3	62	Femenino	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
4	62	Masculino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
5	63	Femenino	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
6	64	Masculino	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
7	64	Femenino	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
8	65	Femenino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
9	66	Femenino	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
10	66	Masculino	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	60 a 74 años
11	66	Femenino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
12	67	Femenino	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
13	67	Femenino	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
14	67	Masculino	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	60 a 74 años
15	68	Femenino	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	60 a 74 años
16	68	Masculino	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	60 a 74 años
17	68	Femenino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
18	68	Masculino	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	60 a 74 años
19	70	Femenino	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
20	70	Masculino	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	60 a 74 años
21	70	Masculino	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
22	70	Femenino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
23	70	Masculino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
24	70	Femenino	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	60 a 74 años

25	71	Masculino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
26	71	Femenino	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
27	71	Masculino	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	60 a 74 años
28	71	Femenino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
29	71	Masculino	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
30	71	Femenino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
31	71	Masculino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
32	71	Masculino	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	60 a 74 años
33	72	Masculino	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	60 a 74 años
34	72	Femenino	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	60 a 74 años
35	72	Femenino	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
36	72	Femenino	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
37	72	Femenino	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
38	72	Masculino	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	60 a 74 años
39	72	Femenino	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	60 a 74 años
40	73	Masculino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
41	73	Masculino	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
42	74	Femenino	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
43	74	Masculino	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	60 a 74 años
44	74	Femenino	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
45	75	Masculino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
46	75	Femenino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
47	75	Masculino	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
48	75	Masculino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
49	75	Femenino	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
50	75	Femenino	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
51	75	Femenino	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	60 a 74 años



79	84	Masculino	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	75 a 90 años
80	84	Femenino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	75 a 90 años
81	84	Masculino	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	75 a 90 años
82	85	Femenino	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	75 a 90 años
83	85	Masculino	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	75 a 90 años
84	86	Femenino	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	75 a 90 años
85	86	Masculino	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	75 a 90 años
86	86	Femenino	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	75 a 90 años
87	86	Femenino	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	75 a 90 años
88	87	Masculino	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	75 a 90 años
89	87	Femenino	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	75 a 90 años
90	89	Masculino	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	75 a 90 años
91	89	Masculino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	75 a 90 años
92	90	Masculino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	75 a 90 años
93	61	Masculino	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	60 a 74 años
94	61	Masculino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
95	62	Femenino	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
96	62	Masculino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
97	63	Femenino	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
98	64	Masculino	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
99	64	Femenino	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
100	65	Femenino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
101	66	Femenino	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
102	66	Masculino	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	60 a 74 años
103	66	Femenino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
104	67	Femenino	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
105	67	Femenino	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años



133	73	Masculino	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
134	74	Femenino	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
135	74	Masculino	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	60 a 74 años
136	74	Femenino	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
137	75	Masculino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
138	75	Femenino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
139	75	Masculino	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
140	75	Masculino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
141	75	Femenino	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
142	75	Femenino	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
143	75	Femenino	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	60 a 74 años
144	75	Femenino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	60 a 74 años
145	76	Masculino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	75 a 90 años
146	76	Femenino	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	75 a 90 años
147	77	Masculino	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	75 a 90 años
148	78	Femenino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	75 a 90 años
149	78	Femenino	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	75 a 90 años
150	78	Femenino	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	75 a 90 años
151	79	Masculino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	75 a 90 años
152	79	Femenino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	75 a 90 años
153	79	Femenino	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	75 a 90 años
154	79	Masculino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	75 a 90 años
155	79	Femenino	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	75 a 90 años
156	79	Masculino	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	75 a 90 años
157	79	Femenino	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	75 a 90 años
158	79	Femenino	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	75 a 90 años
159	80	Masculino	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	75 a 90 años



## ANEXO N° 06 CARTA DE PRESENTACIÓN DE TRABAJO DE CAMPO



"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

Ica, 07 de febrero de 2020

### CARTA N°035-2020-DGAA-UPSJB-FI

Señor Doctor:  
**RENÁN RIOS VILLAGOMEZ**  
Director del Hospital Regional de Ica  
Presente.-

De mi consideración. -

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para hacer de vuestro conocimiento que nuestro egresado de la Escuela Profesional de Medicina Humana, se encuentra desarrollando una investigación a fin de poder obtener el Título Profesional de Médico Cirujano.


En esta oportunidad presento al egresado **UNZUETA MOYANO BRUNO GUILLERMO**, quien se encuentra ejecutando el Proyecto de tesis titulado. "ENFERMEDADES CRONICAS PREVALENTES DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE JULIO A DICIEMBRE DE 2019"

Conocedor de su experiencia y preocupación en el desarrollo de la investigación, solicito su valioso apoyo para la autorización del trabajo de campo de la investigación en mención, para lo cual me permito adjuntar el resumen del proyecto.

Agradeciendo su atención al presente reitero mis sentimientos de consideración y estima.

Cordialmente,



  
Mg. José Franco Fernández Zamora  
Director General Académico – Administrativo  
UPSJB – Filial Ica

[upsjb.edu.pe](http://upsjb.edu.pe)

**CHORRILLOS**  
Av. José Antonio Lavalle s/n  
(Ex Hacienda Villa)  
T: (01) 214-2500

**SAN BORJA**  
Av. San Luis 1923 - 1925  
T: (01) 212-6112 / 212-6116

**ICA**  
Carretera Panamericana Sur Ex Km 300  
La Angostura, Subtanjalla  
T: (056) 256-666 / 257-282

**CHINCHA**  
Calle Albilla s/n Urbanización Las Viñas  
(Ex-toche)  
T: (056) 260-329 / 260-402



## ANEXO N° 07 PROVEÍDO DE INVESTIGACIÓN

HOSPITAL REGIONAL DE  
ICA

### MEMORANDO

HOSPITAL REGIONAL DE ICA	
OF. DOCENCIA E INVESTIGACION	
RECEPCION	
20 FEB. 2020	
REG	3835-20
FIRMA	10:15 am

MEMORANDO N° 151-2020-HR/DE

SEÑOR : DR. EUSEBIO ALIAGA GUILLEN  
Jefe de la Oficina de Docencia e Investigación

ASUNTO : AUTORIZACION DE USO DE DATOS DE INFORMACION  
PARA LA APLICACIÓN DE INVESTIGACION HRI  
EXP N°20-003835-001

FECHA : Ica, 19 de Febrero del 2020

Me dirijo a usted, para manifestarle que este Despacho autoriza el uso de datos de información para la aplicación de Investigación del Hospital Regional de Ica, en el área correspondiente según área de investigación.

Por lo que, se da la aprobación correspondiente de los alumnos de la Universidad San Juan Bautista de Ica, el cual se procede a enumerar:

1. ALUMNO : MEJIA TORBISCO JESUS, TITULO: "Características de la conducta sexual en pacientes diagnosticados con VIH en el Hospital Regional de Ica durante el año 2019"
2. ALUMNO: AYRTON BARRON CAMPOS, TITULO: "Calidad de vida del paciente renal hemodializado Hospital Regional de Ica Diciembre del 2019"
3. ALUMNO: MONTOYA ESPINOZA MARITZA ALEJANDRA, TITULO: "Factores de riesgo asociado a Macrosomía fetal en gestantes atendidos en el Hospital Regional de Ica de Enero a Octubre del 2019"
4. ALUMNO: DIEGO HERNAN ASTOCAZA PALOMINO, TITULO: "Factores de riesgo asociados a Diabetes Mellitus Tipo 2 en pacientes que asisten al programa diabetes del Hospital Regional de Ica de Setiembre a Octubre del 2019"
5. ALUMNO: MARIO ALEXIS ASTOCAZA PALOMINO, TITULO: "Tasa de Cesáreas según clasificación de Robson en el Hospital Regional de Ica de Enero a Octubre del 2019"
6. ALUMNO: BRUNO GUILLERMO UNZUETA MOYANO, TITULO: "Enfermedades crónicas prevalentes de los adultos mayores atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Ica de Julio a Diciembre del 2019"
7. ALUMNO: NATALY VANESSA QUISPE ARTEAGA, TITULO: "Factores asociados a las complicaciones postoperatorias de las colecistectomías laparoscópicas realizadas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Octubre del 2019"
8. ALUMNO: YAMILET SHAREY VALENCIA ESPINOZA, TITULO: "Factores de riesgo asociados a sepsis neonatal en pacientes del servicio de neonatología del Hospital Regional de Ica del año 2012 al 2019"


9. ALUMNO: FLORES MATTA FATIMA, TITULO: "Percepción del grado de satisfacción de la atención por los usuarios internos de los principales servicios de hospitalización del Hospital Regional de Ica Julio a Diciembre del 2019"
10. ALUMNO: PACHAS CAMPOS DANAE DEL ROSARIO, TITULO: "Depresión en el paciente adulto con tratamiento sustitutivo de la función renal – servicio de hemodiálisis - Hospital Regional de Ica- Noviembre 2019"
11. ALUMNO: CASTILLO CONISLLA EDER JESUS, TITULO: "Prevalencia y Epidemiología de la anemia gestacional en gestantes atendidos en el Hospital Regional de Ica de Enero a Octubre del 2019"
12. ALUMNO: MAGALLANES TIPACTI JOSE GONZALO, TITULO: "Prevalencia de infecciones oportunista en pacientes con VIH en el Hospital Regional de Ica de Julio 2018 a Junio del 2019, Ica-Perú"
13. ALUMNO: REYNOSO VALLE HUBER DANIEL, TITULO : "Prevalencia de anemia en gestantes en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Ica Enero a Junio del 2019"
14. ALUMNO: SALINAS SALCEDO, CHRISTIAM ALEXANDER, TITULO: "Prevalencia y características epidemiológicas del glaucoma en pacientes atendidos en el Servicio de Oftalmología del Hospital Regional de Ica Enero a Octubre 2019"
15. ALUMNO: MORALES FIGUEROA MARY MAGALY, TITULO: "Factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia en gestantes que acuden al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ica, Enero – Diciembre 2019"
16. ALUMNO: CAAMAÑO BRIZUELA JORGE ISAAC, TITULO: "Papiloma virus humano en lesiones escamosas intraepiteliales de alto y bajo grado de cuello uterino en Ica de Enero a Agosto del 2018"
17. ALUMNO: LA ROSA BARRIENTOS JOEL SANTIAGO, TITULO: "Factores de Riesgo del cáncer de tiroides en pacientes mayores de 20 años del Hospital Regional de Ica durante el 2019"

Atentamente,

GORE - ICA  
 HOSPITAL REGIONAL DE ICA  
  
 Dr. Renan Ríos Villagomez  
 DIRECTOR EJECUTIVO DEL H.R.I.  
 C.M.P. 037575

c.c. Comité de Ética de Investigación HRI

RRV/DE  
 emdg/sec

  
 19/09/2020

## ANEXO N° 08 EXPEDITO DE COMITÉ DE ÉTICA DE LA UPSJB



### UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

#### CONSTANCIA N° CEPB-FCS 217-2020

Vista la Solicitud N°14-00115803 de la Escuela Profesional de MEDICINA HUMANA, para la revisión por el Comité de Ética Profesional y Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada San Juan Bautista S.A.C., del Proyecto de Investigación:

ENFERMEDADES CRONICAS PREVALENTES DE LOS ADULTOS MAYORES  
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL  
REGIONAL DE ICA DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2019

Código de Registro del Proyecto: **CEPB-FCS217**

Investigador(a) Principal: UNZUETA MOYANO BRUNO GUILLERMO

El Comité de Ética Profesional y Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud considera el presente proyecto de investigación debido a que SI CUMPLE, los estándares de protección de los derechos, la vida, la salud, la intimidad, la dignidad y el bienestar de la (s) persona (s) que participan o van a participar del proyecto de investigación, ciñéndose a los principios éticos acogidos por la normativa nacional e internacional, y los acuerdos suscritos por nuestro país en la materia.

El investigador principal se compromete a respetar las normas éticas y a reportar en un plazo no mayor a 12 meses posterior a la fecha de expedición de esta constancia, la finalización del estudio.

Lima, 24 de febrero de 2020



Dra. Lida Campomanes Moran  
Presidente del Comité de Ética Profesional y Bioética

[upsjb.edu.pe](http://upsjb.edu.pe)

**CHORRILLOS**  
Av. José Antonio Lavalle s/n  
(Ex Hacienda Villa)  
T: (01) 214-2500

**SAN BORJA**  
Av. San Luis 1923 - 1925  
T: (01) 212-6112 / 212-6116

**ICA**  
Carretera Panamericana Sur Ex Km 300  
La Angostura, Subtanjalla  
T: (056) 256-666 / 257-282

**CHINCHA**  
Calle Albilla s/n Urbanización Las Viñas  
(Ex-toche)  
T: (056) 260-329 / 260-402

