



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS

Facultad de Ciencias Médicas y Clínicas

Escuela de Ciencias Médicas y de la Enfermería

Trabajo de Grado para optar por el título de Licenciada en Ciencias de la
Enfermería

Modalidad

Tesis

Estilo de vida relacionado con enfermedades crónicas en adulto mayor Comunidad de San Carlitos 2019.

Presentado por:
Beitia Atencio, Cindy Zulay
4-799-146

Asesora:
Magíster: María Isabel de Corro

Panamá, 2019

PENSAMIENTO

La Paciencia y perseverancia tienen un efecto mágico ante el que las dificultades desaparecen y los obstáculos se desvanecen.

John Quincy Adams

DEDICATORIA

En primer lugar, a Dios por la vida, sabiduría y fortaleza. A mis padres Máximo Atencio y Oriana Beitia. Por ser los pilares de mi vida, por su apoyo incondicionalmente, comprensión, amor y sus consejos en mi formación.

A mi hermana Charlin Atencio por siempre estar a mi lado en los momentos difíciles, por su compañía, motivación y apoyo para poderme realizar.

A mi esposo Daniel Alexander Beitia mi compañero de mil batallas, por su amor, dedicación, paciencia, entusiasmo y quien me alentó con su perseverancia a lo largo de mi carrera.

(Cindy)

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la vida que nos da, por guiar e iluminarme mi camino en los momentos más difíciles. A mis padres, hermana, mi esposo, familiares y a todas las personas que estuvieron conmigo en este arduo camino. Por brindarme su apoyo, confianza y comprensión.

De manera especial a la Lic. María Isabel de Corro, Lic. Mayra E. de Vega. Por el gran esmero, dedicación y por compartir sus conocimientos.

A los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos por la colaboración brindada para el desarrollo del trabajo de investigación.

(Cindy)

RESUMEN

El trabajo investigación se enfoca en analizar la relación que existe entre el estilo de vida y las enfermedades crónicas en los adultos mayores, en la comunidad de San Carlitos. Tiene como propósito evaluar el índice de masa corporal, el régimen alimenticio y los factores modificables, como también la prevalencia de enfermedades crónicas y por último, la relación entre el estilo de vida y la tasa de prevalencia de enfermedades crónicas en los adultos de la comunidad de San Carlitos.

Se realizó mediante un enfoque cuantitativo correlacional, con un diseño transversal. Una población de 150 adultos mayores, donde se seleccionó una muestra aleatoria simple que correspondió a 48 individuos, Utilizando hojas de campo para los datos antropométricos, escala de Likert y un cuestionario. Se evaluó el estado de salud de los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos encontrando que el IMC entre sobrepeso y obesidad representa el 85,4%, con lo que se llegó a determinar qué poca ingesta de alimentos como frutas y vegetales corresponden al 45,8% y el consumo el agua influye en la salud; de igual forma que el consumo de alcohol, tabaco y el sedentarismo representando, el 83,3 %. Como resultado se concluyó que el estilo de vida es un factor predisponente de las enfermedades crónicas presente en adulto mayor de San Carlitos, David, Chiriquí.

Palabras claves: Estilo de vida, enfermedades crónicas, factores modificables, adultos mayores, Hábitos alimenticios, hipertensión, diabetes mellitus.

ABSTRACT

The research work focuses on analyzing the relationship between lifestyle and chronic diseases in older adults in the community of San Carlitos. Its purpose is to evaluate the body mass index, diet and modifiable factors, as well as the prevalence of chronic diseases and finally the relationship between lifestyle and the prevalence rate of chronic diseases in adults in the community. from San Carlitos.

It was performed using a quantitative correlational approach, with a cross-sectional design. A population of 150 older adults, where a simple random sample corresponding to 48 individuals was selected, using field sheets for anthropometric data, the Likert scale and a questionnaire. The health status of older adults in the San Carlitos community was evaluated, finding that the BMI between overweight and obesity represents 85.4%, with which it was determined how little intake of foods such as fruits and vegetables correspond to 45 , 8% and water consumption influences health; in the same way as the consumption of alcohol, tobacco and sedentary lifestyle, representing 83.3%. As a result, it was concluded that lifestyle is a predisposing factor for chronic diseases present in older adults from San carlitos, David, Chiriqui.

Key words: Lifestyle, chronic diseases, modifiable factors, older adults, eating habits, hypertension, diabetes mellitus

CONTENIDO GENERAL

	Página
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN.	12
1.1. Planteamiento del problema.....	12
1.1.1 Problema de investigación.....	20
1.2. Justificación.....	20
1.3. Hipótesis de la investigación.....	21
1.4. Objetivos.....	22
1.4.1 Objetivo general.....	22
1.4.2 Objetivos específicos.....	22
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	25
2.1. Estilo de vida en los adultos mayores.....	25
2.2. El adulto mayor.....	28
2.2.1 Etapas del envejecimiento.....	28
2.3. Factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles.....	29
2.4. Enfermedades crónicas no transmisibles.....	37
2.4.1. Enfermedades cardiovasculares.....	39
2.4.2. Hipertensión arterial.....	52
2.4.3 Diabetes mellitus.....	62
2.4.4. Enfermedad renal crónica.....	69
2.4.5. Enfermedad respiratoria crónica.....	74
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	78
3.1. Diseño de la investigación.....	78
3.2. Población, sujetos y tipo de muestra estadística.....	78
3.3. Variables, definición conceptual y definición operacional....	79
3.4. Instrumentos y/o herramientas de recolección de datos.....	80
3.5. Procedimiento.....	81

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	85
4.1. Datos generales.....	85
4.1.1 Distribución por género.....	86
4.1.2. Edades.....	86
4.1.3 Índice de masa corporal.....	88
4.1.4. Prevalencia de las enfermedades crónicas.....	90
4.1.5. Evaluación del régimen alimenticio y los factores Modificables en los adultos mayores.....	96
4.1.6. Relacionar el estilo de vida con la tasa de prevalencia de enfermedad crónica.....	114
CONCLUSIONES.....	122
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	123
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS E INFOGRAFÍA.....	126
ANEXOS.....	128
ÍNDICE DE CUADROS.....	141
ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	143

INTRODUCCION

La situación actual muestra que los adultos mayores cada vez se relacionan más a las enfermedades crónicas no transmisibles. Siendo la hipertensión y la diabetes ambas responsables de la aparición y complicaciones desencadenantes de enfermedades cardiovasculares, renales, cerebrales. Aproximadamente el 70% de las muertes en los adultos mayores son a causas de las enfermedades crónicas.

Las enfermedades crónicas no transmisibles son el principal motivo de defunciones a nivel mundial, afectando al 80% de los adultos mayores. Caracterizándose como enfermedades de larga duración y evolución generalmente lenta. Estas enfermedades representan una epidemia para la población adulta aumentando el envejecimiento del mas del tercio de la población. (OMS. 2016).

El documentos que continuación se presenta trata sobre las enfermedades crónicas no transmisibles en este participaron 48 adultos de 60 años y más de la comunidad de San Carlitos.

Este trabajo de investigación se encuentra estructurado en cuatro capítulos, Detallado de la siguiente manera.

El primer capítulo cuyo nombre es aspectos generales de la investigación muestra el planteamiento del problema, hipótesis y objetivos.

El segundo capítulo denominado marco teórico expresa la revisión bibliográfica realizada, tomando en cuenta teorías relacionadas con las variables escogidas.

El tercer capítulo que es el marco metodológico explica el diseño, tipo de estudio, la población escogida, las variables y las técnicas e instrumentos realizados en la

investigación.

El Cuarto capítulo menciona el análisis y discusión de resultados reflejados numéricamente con cuadros y gráficas.

Por ultimo, se aprecia las conclusiones, las recomendaciones, referencias bibliográficas , los anexos y los índice de tablas y gráficas.

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

❖ Antecedentes teóricos

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Según la OMS el 80% de las muertes a nivel mundial corresponden a cuatro grupos principales de enfermedades: cardiovasculares, cáncer, respiratoria y diabetes (Informe Sobre Enfermedades No Trasmisibles (ENT), OMS. 2018). De igual forma éstas son las principales causas de morbilidad, mortalidad y discapacidad en Panamá (Plan estratégico nacional para la prevención y el control integral de las enfermedades no trasmisibles y sus factores de riesgo, 2014-2025).

El informe de la OMS también señala que el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso de alcohol, las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una ENT.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) advierte que varios estudios efectuado por el Centro de Investigación del INCAP para la prevención de Enfermedades crónicas (CIIPEC), revelaron que la prevalencia de hipertensión en Centro América se encuentra entre el 21% y 29%; la prevalencia de diabetes mellitus oscila entre el 6% y 9%; mientras que el sobre peso es el factor de riesgo preponderante con registro que van de 56% a 76% y la prevalencia de baja actividad física es el factor de riesgo más variable con rango entre 34% y 85% según la Iniciativa centro américa de Diabetes(CAMDI).

Por otra parte, la OMS enfatiza que la actividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial y la causa principal de aproximadamente 21%-25% de los cánceres de mamas y de colon, el 27 % de casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica (OMS. 2019).

El sistema de salud a nivel mundial señala que entre los años 1980 y 2150, el adulto mayor de 60 años ha aumentado la expectativa de vida a un 77% junto con ella ha incrementado el desarrollo de enfermedades no transmisibles crónicas, siendo actualmente la primera causa de muerte en toda la región del mundo.

Tras una encuesta realizada (Centro Nacional de Salud y Nutrición NHANES, 2005-2011) se comprobó una prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) a un 72% de las personas encuestadas; siendo la hipertensión arterial un factor de riesgo del infarto agudo de miocardio en los adultos mayores.

La tasa de envejecimiento se ha acelerado en un contexto social y epidemiológico mostrando un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, en la población peruana en el año 2012, había aproximadamente 30 millones de habitantes, el 9.2%, correspondía a adultos mayores, (Instituto Gerontológico, Universidad Heredia, Lima Peruana). Para el año 2050 la población adulta se incrementará, más de un cuarto de los habitantes en el mundo corresponderán al grupo de adultos mayores. (Instituto Gerontológico, Universidad Heredia, Lima Peruana).

Los problemas nutricionales se asocian con el envejecimiento. El aumento de la edad en las personas, incrementa el riesgo de padecer de malnutrición, ya que, nacen diferentes factores como desnutrición, obesidad y sobrepeso, debido a esto la tasa de morbimortalidad aumentará, prolongando las enfermedades agudas o crónicas, produciendo un deterioro de la calidad de vida en el adulto mayor. (Varela. 2013).

La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), en el 2012 dio como resultado que un 26.3% de los hogares existe al menos una persona adulta mayor que padece de déficit calórico, los adultos mayores fueron evaluados por el IMC, según la clasificación de la OMS encontrándose que el exceso de peso se da en los varones en un 25.7% y las mujeres 38.4% donde pertenecían a la zona urbana, a diferencia de la zona rural los varones 6.5% y mujeres 5.4%, el 37.5 % de las

personas encuestadas padecían de exceso de peso (obesidad o sobrepeso) y correspondían a las personas de la zona urbana.

La diabetes mellitus representa una de las enfermedades más comunes en el siglo XXI, especialmente en sociedades desarrolladas, como América Latina y el Caribe donde 35 millones de adultos mayores padecen de diabetes mellitus, considerando que para el año 2050 las cifras ascenderán a 40 millones de personas diagnosticadas. (Castillo. 2012). La OMS realizó un informe determinando una asociación entre el aumento de peso y la obesidad; la alimentación diaria, el sedentarismo, diabetes mellitus, forman parte de los factores que contribuyen con el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles.

La Universidad de Ciencias Médicas de Santiago, en Cuba, en el 2012, realizó una investigación la cual mostró que los factores de riesgo modificables como el peso, el estilo de vida, la actividad física diaria, reducen la gran manera el riesgo de desarrollar DM, incluso en individuos con historia familiar de diabetes mellitus. Perú tiene una alta tasa de prevalencia en el crecimiento de las afecciones crónicas no transmisibles, entre ella destacándose la diabetes mellitus, siendo la octava causa de muerte en el país, la sexta causa de ceguera y la primera causa de enfermedad renal crónica (ERC), como también la primera causa de amputación de miembros inferiores.

La diabetes mellitus es un factor predisponente de muchas afectaciones, el 31.5% de infartos cardiacos, dándole un 25% al accidente cerebro vascular (ACV). La salud pública de Perú considera a la diabetes mellitus como un gran problema que está creciendo como una epidemia. (Villena. 2016).

La Revista Peruana de Epidemiología, en un artículo del año 2010 , muestra una comparación entre subgrupos de adultos mayores, donde concluyen que la neumonía, enfermedad obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia respiratoria crónica y crisis hipertensiva son unas de las patologías más frecuentes en el adulto mayor de 80 años; mientras que el grupo de 60 a 79 años son más

vulnerables a sufrir de insuficiencia renal crónica, donde fue más frecuente en los varones que en las mujeres, de igual manera en el grupo de los adultos mayores de 80 años los varones sufrieron con mayor frecuencia de insuficiencia cardiaca crónica y EPOC.

La primera causa de morbilidad a nivel mundial en los adultos mayores, en las edades de 60 a 79 años, fue el desorden cerebrovascular, sin embargo, en el grupo de 80 años en adelante la enfermedad más común fue la insuficiencia respiratoria aguda. Estas patologías son unas de las más comunes en el área hospitalaria según la investigación realizada. (Rojas. 2010).

La población adulta ha aumentado en los servicios de hospitalización de los hospitales nacionales, se determinó el predominio de los varones mayores en los servicios de hospitalización, mientras que las mujeres mayores utilizaron con mayor frecuencia los servicios de consultas externas. (Rojas. 2010).

Según estudios realizados en Estados Unidos, en los hospitales generales, en la unidad de cuidados intensivos el 55% de las camas son ocupadas por adultos mayores de 65 años, la mayor parte de los ingresados en unidades de cuidados intensivos se le considera que poseen el diagnóstico más delicado, se podría suponer que los adultos mayores tienen el diagnóstico de más severidad que los jóvenes debido a lo agudo de las enfermedades y la edad siendo este un factor desencadenante de las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, mientras que en los jóvenes predomina la diabetes mellitus, asociando ambas patologías en los adultos mayores. (Poma. 2012).

Según la Sección Geriátrica, Depat, HCUCH (2011), sobre el efecto del ejercicio en el adulto mayor, anuncia que los principales cambios en los adultos en la etapa del envejecimiento, tienen como unas de las principales características la disminución de la movilidad física y la inmovilidad debido a las enfermedades que comprometen la salud física y la capacidad funcional; la generación de enfermedades se debe a la actividad física disminuida, la reducción de las

capacidades funcionales y la disminución de la capacidad del organismo de responder a diferentes procesos fisiológicos.

Los ejercicios aeróbicos en conjunto con el tratamiento farmacológico pueden funcionar como neuroprotector en los pacientes con HTA, de igual manera en la diabetes mellitus la combinación de los ejercicios de resistencia por un periodo de seis meses disminuyen los valores de mediadores inmunológicos. Los pacientes con EPOC deben realizar ejercicios de resistencia de marcha para el fortalecimiento de las musculaturas respiratorias accesorias. (Jarra. 2015).

La enfermedad renal crónica conlleva múltiples etiologías, desarrollando factores de riesgos comunes a otras afecciones no transmisibles, en la población adulta aproximadamente el 28% tiene algún daño renal, la tasa de prevalencia en países desarrollados va en aumento, por año se detectan entre 300 a 500 casos por millón de habitantes. En Puerto Rico se han detectados alrededor de 1026 casos por millón habitantes en el año 2013, al igual que en Argentina se incrementan las cifras a 667 por millón de habitantes, pacientes diagnosticados con ERC. (Gámez. 2013).

En la región latinoamericana el incremento en la tasa de prevalencia de morbilidad por las enfermedades renal crónica, las limitaciones para acceder a los servicios de salud, el costo elevado del tratamiento y los insuficientes presupuestos en salud en los países subdesarrollados, hacen que enfrenten un gran problema de salud. Estudios realizados en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Faustino Pérez, (2013), en la sala de geriatría dio como resultado que más del 80% de los pacientes ingresados con diagnósticos de pre diálisis, o con la enfermedad en estadio IV, no recibieron un manejo adecuado en cuanto a la enfermedad, es decir, o recibieron orientaciones primarias.

Diversos estudios realizados, sobre la prevalencia e incidencia de HTA en adultos mayores, confirman que esta enfermedad es la primera causa de muerte en Cuba. En el año 2015 la prevalencia de HTA fue de 217,5 por 1000 habitantes, donde las mujeres fueron las más afectadas, la investigación realizada (Caracterización-

clínico epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores; Cuba, 2017), utilizó una muestra de 5186 habitantes, y dio como resultados que 1592 habitantes sufren de HTA, debido a factores de riesgos modificables como: sedentarismo, tabaco, malos hábitos dietéticos y alcoholismo.

Según las estadísticas de la OMS se determinó que 691 millones de personas a nivel mundial padecen esta patología, más de 15 millones de muertes son a causa de enfermedades vasculares encefálica, donde predomina la HTA como el factor de riesgo latente en ellas.

En América Latina, los problemas nutricionales asociados a los adultos mayores han aumentado al pasar de los años, la alta prevalencia por una malnutrición en exceso, aumentan los casos de enfermedades crónicas no transmisibles en sociedades modernas como de igual manera en comunidades de bajos recursos.

En el país de Chile, el porcentaje de obesidad en los adultos mayores de 65 años es de 24,6% para hombres y 35,5% para mujeres. Investigaciones realizadas en Chile y Brasil tienen como conclusión que los adultos mayores con la economía familiar baja mantenían factores de riesgo en cuanto a su estilo de vida, en cuanto al bajo consumo de verduras, frutas y lácteos además de la realización de ejercicio físico poco frecuente. La posibilidad de un mejor cuidado de la salud, y estilo de vida lo tienen las personas que pertenecen a un nivel social alto o medio con mayor ingreso económico. (Chavarría. 2017).

Una encuesta de salud en el 2012 en México, reveló que los adultos mayores son caracterizados por estatura muy baja, con prevalencia en sobrepeso y obesidad, acompañada por obesidad troncal, siendo un riesgo para desarrollar resistencia a la insulina y enfermedades cardiovasculares. (Arana. 2016).

En la encuesta predominaron las mujeres que son amas de casas con escolaridad mínima. El Instituto Nacional de estadísticas revela altos niveles de analfabetismo en México, menor instrucciones a los adultos mayores de 60 años sobre su estado general, su patología, y estilos de vida saludable. Estudios realizados demostraron

el beneficio de las estrategias educativas para la comprensión, conocimiento de la diabetes, la alimentación y la actividad física. (J. C. 2016).

En Estados Unidos existen más de 36 millones de personas que superan los 65 años de edad, más del 12% de la población en comparación con el año 1990 solo llegaban al 4% (3 millones de personas) al pasar de los años las cifras van en aumento para el año 2030, más del 20% de la población estadounidense serán de adulto mayores de 65 años en adelante, donde se duplicara para el año 2050 como consecuencia en el incremento en la esperanza de vida. (Goldman. 2013).

- Situación actual

El reporte más reciente de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá, evidenció que las principales causas de muerte en Panamá en el año 2016 fueron los tumores malignos (neoplasias), con un 16% del total de muertes, seguido por las enfermedades cerebro vasculares con un 9% y las enfermedades isquémicas del corazón con 8%, si se agrupan todas las enfermedades del sistema circulatorio se evidencia que este grupo constituye la principal causa de muerte con casi un 30% de todas las muertes. La diabetes aporta el 7% total de muertes, y las enfermedades respiratorias crónicas el 3% de ellas.

En Panamá, el Censo Nacional de Salud Preventiva llevado por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, a finales de agosto de 2018 habiendo censado cerca de 580.000 mil personas, mostró un 36% de prevalencia de hipertensión arterial, 13% para diabetes mellitus, 38% hiperlipidemia, 45% para obesidad o sobrepeso, 4% para enfermedades renal crónica. (Victoria, J. y Haujhton, M. 2019). Ambos autores también señalan que la mayor proporción de muerte por ENT la presentan las mujeres con 63% frente a un 52% de los hombres.

Más del 60% de la mortalidad adulta en el mundo es debido a las enfermedades renales crónicas, cifras que aumentarán hasta un 80% o más, debido a que esta enfermedad ha aumentado paulatinamente en los últimos años.

Una investigación sobre diagnóstico de enfermedad renal crónica y factores que se asocian en áreas seleccionadas de la provincia de Coclé, Panamá, (Rodríguez. 2014), arrojó como resultado que los pacientes en la Provincia de Coclé se realizan más diálisis que la población nacional, las encuestas reflejaron una prevalencia en los pacientes renales, la presencia de dos factores principales: la diabetes y la hipertensión, se incluyen otros factores como el medio ambiente y riesgos ocupaciones que le desencadenaron esta patología a esta provincia panameña. (Academia Panameña de Medicina y Cirugía, 2014).

La situación de salud en Panamá afronta diversos retos, el primer lugar en enfermedades lo ocupan las afecciones cardiovasculares debido al aumento de casos por morbimortalidad. Esta enfermedad condiciona el comportamiento de quien la padece. Según este estudio realizado, en Panamá hay escasa información sobre el impacto de esta enfermedad en cuanto a las limitaciones físicas, sociales y financieras, que afectan la calidad de vida de los pacientes. Estudios corroboran la carga económica de cuatro patologías cardíacas como la hipertensión arterial, infarto de miocardio, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca, que generan costos millonarios en el sector salud por estas patologías, estas cifras merman la atención de los demás pacientes.

La investigación hizo énfasis en los conductores de transporte público y privados, los cuales son sometidos a riesgos físicos, psicosociales, biológicos y laborales; por la poca información desconocen la importancia de conservar buenos hábitos alimenticios, higiene, postura por ende son más propensos a enfermedades (MINSAL. 2014-2025).

Por otra parte, según la OMS (2016), aproximadamente el 72% de las muertes en el mundo, son a causa de las enfermedades crónicas no transmisibles, es una proporción variada entre el 39% de los países de ingreso medio y bajo, a diferencia

de los países de ingresos alto con un alto porcentaje de 88% de defunciones debido a estos padecimientos.

1.1.1 Problema de Investigación

Por lo antes expuesto surge el siguiente cuestionamiento: Pregunta principal

- ¿Qué relación existe entre el estilo de vida y las enfermedades crónicas en el adulto mayor, en la comunidad de San Carlitos?

Subproblemas de investigación

- ¿Cómo es el índice de masa corporal (IMC) en los adultos mayores en esta comunidad?
- ¿Cuál es el régimen alimenticio y los factores modificables en los adultos mayores en esta comunidad?
- ¿Cuál es la prevalencia de enfermedades crónicas en el adulto mayor de esta comunidad?
- ¿Cuál es la relación entre el estilo de vida y la tasa de prevalencia de enfermedad crónica en esta comunidad?

1.2 Justificación

Se hace necesario importante esta investigación porque en la actualidad las enfermedades consideradas no transmisibles y crónicas mantienen un alto porcentaje de morbimortalidad en la población , sobre todo, en un grupo etario mayor de 60 años.

Cabe resaltar que las muertes por enfermedades no transmisibles corresponden a más del 50% de todas las muertes en el país. Estas afecciones merman la salud de la población y disminuyen la productividad de las horas de trabajo de funcionarios públicos y privados, lo cual representa una pérdida económica para

el estado y las empresas privadas y aumentan la inversión en el sector salud en cuanto a la salud curativa.

Es importante mencionar que las enfermedades crónicas no transmisibles producen además, un congestionamiento de los servicios de salud, por lo que evidencian una demora en la atención médica debido al aumento de la población con estos padecimientos.

Tales razones permiten resaltar la importancia de realizar investigaciones de esta naturaleza, que no se enfoque a brindar información sobre el estado actual de enfermedades no transmisibles, sino que ofrecen información reciente que permiten elaborar programas de salud preventiva, que resultan de gran importancia para mejorar la calidad y esperanza de vida de las personas, al igual que su productividad.

Las implicaciones práctica que encierra un trabajo como este se demuestra con la evidencia de datos fidedignos de una población particular de 48 adultos mayores de la comunidad de San Carlitos que le permite a los servicios de salud ampliar su cobertura para analizar y procesar el índice de enfermedades no transmisibles al igual que otras afecciones de salud.

Los beneficios que producen estudios como estos son altamente significativos puesto que el valor teórico que ofrece relacionados con los hallazgos encontrados permite fundamentar teorías revelantes que sirven de fundamento para otras investigaciones de mayor amplitud, además, sirven de consulta para estudiantes y profesionales interesados en este campo de conocimiento.

1.3 Hipótesis de la investigación

En esta investigación se plantea la siguiente hipótesis:

HI: El estilo de vida tiene relación con la prevalencia de enfermedades crónicas en el adulto mayor de la comunidad de San Carlitos, 2019.

Ho: El estilo de vida no tiene relación con la prevalencia de enfermedades crónicas en el adulto mayor de la comunidad de San Carlitos, 2019.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 General

- Analizar la relación existente entre el estilo de vida y la prevalencia de las enfermedades crónicas de los adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, San Carlos, David.

1.4.2 Específicos

- Calcular el índice de masa corporal (IMC) en los adultos mayores.
- Identificar la prevalencia de enfermedades crónicas en el adulto mayor.
- Evaluar el régimen alimenticio y los factores modificables en los adultos mayores.
- Relacionar el estilo de vida con la tasa de prevalencia de enfermedad crónica.

CAPÍTULO II

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Estilo de vida en los adultos mayores

El estilo de vida es el medio de contacto directamente con agentes patógenos, nocivos o indirectamente, ya sea por el tipo de alimentación, consumo de alcohol, consumo de tabaco, inactividad física producen cambios significativos en los organismos que pueden afectar la salud. El comportamiento y sus cambios pueden provocar riesgos mortalidad, morbilidad, discapacidad función en los adultos mayores. (Fernández. 2010). La calidad de la alimentación juega un papel muy importante en la prevención de la aparición de las enfermedades crónicas en los adultos mayores, es un factor que se ve afectado por la educación, nivel económico. Concorde las personas van avanzando de edad el riesgo de deficiencia incrementa desarrollan mal nutrición u obesidad. (Fernández. 2010).

Los comportamientos de los adultos mayores y los aspectos sociales hacen una gran diferencia entre el bienestar y la salud. Existen aspectos positivos y negativos que afectan la salud. Aspectos positivos como una dieta balanceada, controles médicos, actividad física mejorando las habilidades y estado emocional de los adultos mayores. (Fernández. 2010).

Según la OPS (2015), existen estrategias para mejor la calidad de vida de los adultos mayores. Estas estrategias están basadas en principios por las Naciones Unidas que son: la independencia, la auto relación, participación, el autocuidado y la dignidad. Actuando en áreas como colocar la salud y las personas adultas en políticas públicas, afrontar los retos relacionado al envejecimiento de la población, capacitación de los recursos humanos, adultos mayores y los cuidadores, logrando intervenciones exitosas en la calidad de vida. La calidad de vida se

define como el estado de bienestar físico, emocional, social, espiritual e intelectual para así permitirle al individuo satisfacer todas sus necesidades individuales.

De acuerdo a la OMS recomienda un estilo de vida así “mantener un estilo de vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital, con el único fin de preservar la vida, mantenerse sano y prevenir la discapacidad y el dolor en la vejez”. La campaña mundial de la salud (OMS. 2012), promueve entornos de acuerdo a las necesidades de los adultos mayores, la prevención, la detección precoz y el tratamiento de enfermedades mejorando así el bienestar de las personas mayores.

El estilo de vida influye en la calidad de vida de los adultos mayores donde existen aspectos relacionados con el ciclo vital, donde el adulto mayor se enfrenta a dos tipos de envejecimiento cronológico y funcional dando como resultado la disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales afectando el desempeño de las actividades de la vida diaria. (Varona. 2015). La calidad de vida tiene diferente enfoque sobre el estilo de vida como enfoque social y económico, ya que, la vida humana requiere de determinadas condiciones para el desarrollo como ser humano y poder satisfacer sus necesidades básicas materiales y alimenticias, aunque la calidad de vida no se puede reducir en condiciones socioeconómicas, son necesarias y fundamentales para el bienestar del ser humano. En cuanto al enfoque social son determinantes para la calidad de vida y el estilo de vida que desean llevar los adultos mayores ayudándole a la funcionalidad e integración en la sociedad, también la salud, jugando un papel importante donde pueden adquirir una calidad de vida ajustada a la esperanza de vida.

Los estilos de vida saludable son un componente importante para la promoción de salud, los estilos de vida saludable se deben de promover desde el hogar, la escuela y en la sociedad para tener un buen resultado de nuestra salud, los

adultos mayores tienen la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida de manera saludable (Ottawa. 2016).

En cuanto al estilo de vida de los adultos mayores se ve afectado en diferentes formas, debido al envejecimiento por los cambios fisiológicos que pueden afectar el estado nutricional como lo es las discapacidades, la limitación de movilización para comprar y preparar sus alimentos, junto con eso en el envejecimiento sufren cambios psicosociales como el aislamiento, la soledad y la falta de ingreso. Donde manifiestan efectos importantes en su dieta. (OMS. 2015). Debido a lo anterior, los adultos mayores pueden enfrentar grandes demandas de falta de calorías y nutrientes, la falta de apetito lleva a un desequilibrio nutricional provocando desnutrición en la vejez. (OMS. 2015).

Es importante destacar que, el bienestar psicosocial y la salud mantiene una estrecha relación con el estilo de vida más saludable. Incluyendo la alimentación sana, la actividad física, sin consumo de tabaco, y alcohol y hábitos del sueño. En cuanto a la actividad física es muy recomendada y uno de los vínculos más importante para el bienestar y el mantenimiento de la fuerza y la flexibilidad muscular, mejorando el metabolismo de la glucosa, peso corporal saludable y mejor salud cardiovascular. (Larraín. 2016).

Por lo tanto, algunas de las variaciones de la salud de las personas adultas son debido al entorno físico y social como la vivienda la comunidad el estado socioeconómico, el sexo son algunos de los factores que influyen el proceso de envejecimiento en una etapa temprana creando un mantenimiento de los hábitos saludables, llevando una dieta equilibrada, realizando una actividad física periódica, abstenerse de fumar ayuda a mantener la masa muscular, preservar las funciones cognitivas retrasando la dependencia y al fragilidad. (OMS. 2018).

Entonces, se puede decir que, la economía juega un papel de gran influencia, en base a que la globalización ha incitado a que algunos alimentos sean más costo-efectivo que otros, esto conlleva a que las familias ingieran una alta cantidad de alimentos procesados con menor cantidad de micronutrientes recomendados, además de que las personas mantienen un bajo consumo de frutas, verduras, y una ingesta excesiva de alimentos con alto contenido de azúcar, sal, grasa. Donde conlleva a la prevalencia de enfermedades como la hipertensión. (Larraín. 2016).

2.2 Adulto mayor

Extendemos esta definición, el envejecimiento es consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares, celulares transcurrido a lo largo de los años que conlleva al descenso gradual de las discapacidades físicas y mentales, provocando un aumento de riesgos de padecer enfermedades y finalmente la muerte. (OMS. 2018). El envejecimiento es una serie de modificaciones y cambios fisiológicos en los seres humanos con el paso del tiempo, como la disminución de la adaptación del organismo a situación vulnerable utilizando sus órganos, músculos, huesos, microorganismo y sistemas.

2.2.1 Etapas del envejecimiento

El envejecimiento se divide en dos etapas

- Envejecimiento primario: de acuerdo a la literatura es un proceso gradual e inevitable del deterioro corporal que inicia de manera temprana en la vida y continua a lo largo de los años, siendo una etapa que el ser humano no puede evitar o disminuirlo.
- Envejecimiento secundario: se basa en los resultados obtenidos del abuso y desuso de factores de riesgo predisponen implicados en el proceso de las enfermedades. (Peña. 2011).

Todos los individuos de mayor de 60 años se le considera personas de la tercera edad. (OMS. 2019).

2.3 Factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles

Para ampliar los conocimientos de este apartado se requiere la opinión de autores que permitan definir en qué consiste los factores de riesgo.

De acuerdo a la literatura se dice que:

Un factor de riesgo es un comportamiento, característica que aumentan la probabilidad de padecer, desarrollar alguna enfermedad crónica. Afecciones que pueden ser originada por la condición de vida (situación socioeconómica, vivienda, ocupación, escolaridad), en las conductas individuales o estilos de vida (hábitos alimenticios, consumo de alcohol y tabaco). el envejecimiento de la población y el estilo de vida han conllevado a un aumento de enfermedades crónicas y discapacidad a largo plazo. (Egger,2017 p.28)

Los factores de riesgo son el blanco importante en la promoción de la salud, para disminuir la morbilidad y mortalidad en la edad avanzada debido a estas afecciones. Cada día hay más demandas en el sector de salud de personas con estos padecimientos. es importante que los ciudadanos acudan los programas de atención primaria para disminuir los riesgos.

2.3.1 Tipos de factores modificables

- Tabaquismo

El tabaquismo se trata de un problema mundial desde hace décadas donde efectos nocivos de hábito de fumar aumentan las cifras de mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares, respiratoria y diabetes. Siendo estas enfermedades atribuidas al tabaco todas ellas tienen una gran prevalencia en el adulto mayor, en esta etapa se empieza a diagnosticar incluso se comienza a identificar como enfermedades agudas o empeoramientos de una enfermedad crónicas (Egger. 2017).

El tabaco es una hoja producida de manera agrícola con altas concentraciones de nicotina, sustancia química adictiva, las hojas son procesadas de diferentes maneras después de cosecharlas se añejan, se curan, se procesan en cigarrillo, pipa, tabaco en polvo. El nombre científico del tabaco es *Nicotiana tabacum*.

Actualmente, la OMS (2018), señala que el tabaco cobra más de 7,2 millones de vidas al año, incluyendo los efectos nocivos que tienen la exposición al humo ajeno, estas cifras se verán aumentadas al pasar de los años.

El consumo de tabaco y la exposición pasiva a él sigue siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad prevenible a nivel mundial. En los ancianos fumadores existe un aumento de morbilidad que, en los no fumadores, los estudios apuntan que este riesgo es más elevado en los hombres que en las mujeres. Por característica del envejecimiento como cambios fisiológicos, padecimiento de algunas enfermedades provocando mayor riesgo de morir. (Egger. 2017).

Según la OMS, el tabaco es una de las mayores amenazas para la salud de las personas que ha enfrentado el mundo. De acuerdo a las estadísticas mueren alrededor de 6 millones de personas al año, de las cuales 5 millones de ellos son consumidores directos y más 600.000 son personas expuestas al humo ajeno. Dentro del análisis, se puede concretar que, casi el 80% de los fumadores que existen en el mundo viven en países de ingreso medio o bajo dando como resultado mayor probabilidad de morbilidad y mortalidad por el tabaco. (OMS. 2016). El tabaquismo es el principal riesgo de causar enfermedades coronarias en las mujeres que en los varones ya que el tabaco desencadena gran cantidad de monóxido de carbono por el consumo de cigarrillo bajo en nicotina y alquitrán que son más populares en las mujeres. Presentando un mayor riesgo de sufrir derrame cerebral.

❖ Los componentes tóxicos

Los componentes tóxicos del humo del tabaco producen diferentes daños al aparato circulatorio como:

- Arterioesclerosis: la combinación entre la nicotina y el monóxido de carbono son los componentes más dañinos para el aparato circulatorio ya que se acumulan en la sangre y forman placas ateromas produciendo en un endurecimiento de las arterias provocando la arteriosclerosis.
- Enfermedades cerebrovasculares: el riesgo de sufrir esta enfermedad es de un 50% mayor en los fumadores que las demás enfermedades cardiovasculares, este riesgo aumentan cuando los adultos mayores sufren de hipertensión arterial y a la vez consumen tabaco.
- Cardiopatías isquémicas: se estima que el 70% de los fumadores tienen mayor probabilidad de desarrollar cardiopatías isquémicas mortal, el tabaquismo es el responsable de más del 29% de las muertes por cardiopatías isquémicas, en términos generales se supone que los fumadores pueden sufrir de infarto aproximadamente ocho años antes que los no fumadores.

El tabaquismo es la causa que más influye en la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, relacionándose con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. El tabaco ejerce un alto nivel adictivo debido a la nicotina produciendo un efecto sinérgico aumentando el riesgo de otra afectación relacionada directamente con el número de cigarrillo consumido diariamente y el tiempo de evolución. (Fernández. 2018).

❖ Repercusión del tabaquismo en el sistema cardiovascular

La nicotina produce en el sistema cardiovascular aumento de la frecuencia cardiaca, el gasto cardiaco, la contractibilidad y presión sanguínea, generando un aumento del volumen del corazón y deterioro en la función de bombeo produciendo así insuficiencia cardiaca. el consumo excesivo de tabaco provoca

espasmo en las arterias coronarias, reduce la capacidad de la sangre para disolver sus propios coágulos, baso constricción de vasos periféricos disminuyendo el aporte sanguíneo a las partes irrigadas como las manos y los pies (Fernández. 2018). El humo del cigarrillo aumenta la presión arterial ya que estimula la producción de diversos neurotransmisores, como la norepinefrina, epinefrina, dopamina, la acetilcolina y la vasopresina disminuye la sensibilidad de los barorreceptores, aumenta la producción de la angiotensina II, aumenta la producción de tromboxano A2, siendo un potente vasoconstrictor incrementando así los niveles de presión (Fernández, 2018).

Como consecuencia, el fumar disminuye la capacidad de transporte de oxígeno en la sangre provocando un aumento en la demanda del consumo de oxígeno miocárdico, esto se debe a la mayor afinidad de CO por la hemoglobina formando la carboxihemoglobina (COHb) cuando este es desplazado de su sitio de unión disminuye el oxígeno transportado por la hemoglobina provocando hipoxia.

Los adultos mayores sufren mayor consecuencia por el uso nocivo del tabaco provocando la dependencia de este y mayor riesgo de padecer afectaciones crónicas, la reducción del hábito de fumar de los adultos mayores no solo reduce las dependencias físicas y psíquicas, sino que también aumenta la esperanza de vida.

- Dieta malsana

En primer lugar, la malnutrición enlaza dos grupos amplios de enfermedades, la primera afección es la desnutrición que se debe a la carencia de micronutrientes como vitamina y minerales, la segunda es la obesidad y sobrepeso donde se relacionan con las enfermedades crónicas no transmisibles debido al régimen alimenticio. (OMS. 2016). Por la malnutrición se han afectado más o menos 1900 millones de adultos que padecen de sobrepeso, por otra parte, más de 41 millones mantiene insuficiencia alimentaria debido a que muchas familias no mantienen

recursos para obtener suficientes alimentos nutritivos como por ejemplo frutas y verduras frescas, carnes, legumbres, o lo contrario los alimentos ricos en azúcares, grasas y sal son más económicos y se pueden adquirir con facilidad. (OMS. 2016).

Según las trascendencias ocurridas para el año 2020 las enfermedades no transmisibles relacionadas con la mala alimentación explicarán el 75% de todas las muertes en los adultos mayores a nivel mundial. Las estadísticas de sobrepeso y obesidad aumentan debido a que la alimentación malsana como las carnes procesadas, las bebidas azucaradas, embutidos y comidas rápidas o chatarras. La alimentación en el mundo es la prioridad en el presente y futuro de la humanidad, sin embargo, ese futuro se verá ensombrecido con una humanidad en sobrepeso y enferma, debido a una mala alimentación; es importante saber que, ninguna persona de edad avanzada es igual a otra, con relación a que mantienen un estado de salud diferente, medicación y estilo de vida, a medida que la personas envejecen con lleva consigo cambios fisiológicos, sociales que afectan las pautas alimenticias y estado nutricional. (OMS. 2016)

- Alteraciones en la nutrición

Se puede analizar que, existen alteraciones que pueden influir en el estado nutricional del adulto mayor, como:

- ❖ Limitación de alimentos debido a la falta de recurso económicos.
- ❖ Discapacidad física que limita la capacidad de actividad física.
- ❖ Desorientación sobre una dieta correcta.
- ❖ El alcoholismo afecta el estado nutricional porque sustituye una parte importante de la dieta.
- ❖ Dificultad de deglución y problemas dentales disminuye en el consumo de alimentos duros y fibroso, ricos en fibra, minerales y vitaminas.

- ❖ Cambio en el gusto y en el olfato que afectan la disminución de la capacidad para distinguir diferentes sabores y olores originando una disminución de apetito.

Además, los adultos mayores mantienen la costumbre de disminuir la ingesta de productos animales, como por ejemplo la leche, el huevo y la carne. Estos alimentos proporcionan la mejor fuente de proteínas. Los adultos mayores necesitan de esta proteína para el mantenimiento de sus tejidos y calcio para regular el funcionamiento; por consiguiente, una mala alimentación durante las primeras etapas de la vida, han aumentado el riesgo de padecer de una o varias enfermedades crónicas como lo son las enfermedades del corazón, diabetes e hipertensión en forma simultánea, estas enfermedades pueden llevar a un cuadro severo de postración y de desilusión por el resto de la vida del adulto mayor.

- Uso nocivo del alcohol

De acuerdo al informe mundial sobre alcohol y salud (OMS. 2018), en el 2016 murieron alrededor de 3 millones de personas por el uso nocivo del alcohol en su mayoría hombres. El alcohol es el causante de más de 5% de la carga mundial de morbilidad además se le atribuye el 21% de muertes por trastornos digestivos; el 19% a enfermedades cardiovasculares y el 32% a enfermedades infecciosas cánceres, trastornos mentales y otras enfermedades y el resto se les atribuye a causas por accidente de tránsito y auto lesiones.

Según dicha organización, se considera que hay 2300 millones de personas consumidoras de alcohol por encima de la mitad de la población en tres regiones, América, Europa y el Pacífico Occidental, la región de Europa mantiene el uso de alcohol más elevado del mundo. Se estima que el consumo de alcohol mundialmente aumente en los próximos 10 años.

El alcohol etílico es una de las sustancias psicoactivas más consumidas entre los adultos mayores, el consumo frecuente produce efectos adversos y agudos como neurológicas, nutricionales, hepáticos afectando la salud humana; por ello, el consumo excesivo de alcohol, deprime el sistema nervioso central en algunas personas, provoca enfermedades hepáticas porque las enzimas hepáticas son menos eficientes metabolizando el alcohol, elevación de la presión arterial, aumenta el riesgo de padecer cardiomegalia, insuficiencia cardíaca o ataque cardíaco. (Moreno. 2018).

Asimismo, complicaciones diabéticas debido a que el alcohol afecta la liberación de glucosa del hígado incrementando el riesgo de disminución de los niveles de azúcar en la sangre (hipoglucemia), es altamente peligrosa para la persona que utilizan insulina. Igualmente, el alcohol causa daño en los huesos por la disminución en la producción de masa ósea (osteoporosis). Así mismo el consumo excesivo de alcohol puede afectar el sistema nervioso provocando pérdida de la memoria a corto plazo, adormecimiento, insensibilidad, dolor, parálisis en miembros superiores e inferiores. Los adultos mayores están propensos a la polifarmacia a causa de información insuficiente, poca comprensión y mal utilizada en otro factor de riesgo para el consumo de alcohol relacionado con la combinación de alcohol y los medicamentos que pueden provocar resultados negativos para la salud.

Se hace necesario resaltar que más de 3,3 millones de muertes anuales a causa del consumo de alcohol se deben a enfermedades no transmisibles, por ejemplo, el cáncer. (OMS. 2018).

- Sedentarismo

Se conoce como sedentarismo a la carencia de actividad física en la vida cotidiana de una persona, causando deterioro físico y mental de los adultos mayores por lo

tanto se le conoce como el asesino silencioso de la tercera edad. (Rodríguez. 2014).

La OMS (2018), advierte que una cuarta parte de la población adulta del mundo, 1.400 millones de personas, están en peligro de padecer de afecciones cardiovasculares, demencia, cáncer, diabetes tipo 2, obesidad a consecuencia de sus hábitos sedentarios. Es de suma importancia saber que, en un estudio realizado por la OMS (2014), un 60% de los españoles confesaron que ni siquiera caminan. Por consiguiente, unos 1,6 millones de muertes en un año son por causa de una actividad física insuficiente.

El mayor problema de salud pública en todo el mundo son las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas a la inactividad física, por ende, en los países de mayor desarrollo como en los de desarrollo mediano más de la mitad de los adultos mayores tienen una actividad insuficiente. (OMS. 2014). Por consiguiente, los adultos han adoptado medidas en su vida cotidiana que incrementan el sedentarismo como lo es el aumento del uso de medios de transporte pasivo disminuyendo la actividad física diaria, inasistencia a parques, aceras e instalaciones deportivas y recreativas, comportamiento sedentario durante las actividades domésticas y laborales.

Del mismo modo, la condición física del adulto mayor se debe a los cambios propios del proceso de envejecimiento, agregando a esto el estilo de vida antes y después de este proceso de la vida, es importante resaltar que en esta etapa los adultos tienden a tornarse más sedentarios. La inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad provocando el 6% de todas las muertes a nivel mundial y aumentando la aparición de las enfermedades no transmisibles. (Guerrero. 2017). En consecuencia, por la inactividad física los adultos incrementan de un 20% y 30% el riesgo de muerte que las personas que realizan al menos 30 minutos de actividad física moderada la mayoría de los días de la

semana. La inactividad física es un factor que incrementa la debilidad muscular y la pérdida progresiva de la condición física funcional.

Así mismo, la fuerza muscular disminuye debido al proceso de envejecimiento entre los 50 y 70 años, la flexibilidad disminuye en un 20% a 50% entre los 30 y 70 años, la combinación de la pérdida de la flexibilidad y la fuerza muscular, limita la funcionalidad y rango de movimiento de las personas, reduciendo la capacidad de realizar las actividades cotidianas. (López. 2016).

2.4 Enfermedades crónicas no transmisibles

Podemos acotar que, las enfermedades crónicas no transmisibles avanzan progresivamente de manera silenciosa y en algunas ocasiones terminar con la vida de quienes la padecen. Estas enfermedades son irreversibles debido al daño que provoca en los órganos hasta acabar con su funcionalidad.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son patologías de larga duración y de lenta evolución. En la actualidad las enfermedades crónicas no transmisibles son uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial. Los principales tipos de (ECNT) son: enfermedades cardiovasculares, diabetes, el cáncer, enfermedad renal, enfermedad respiratoria, estos padecimientos son responsable de que más del 80 % de las muertes a nivel mundial. (Serra Valdés. 2018).

El elevado porcentaje de las enfermedades crónicas no transmisibles se ha convertido en una epidemia. los factores de riesgo, los determinantes sanitarios y sociales, como la educación y la pobreza favorecen a este aumento.

Según la OMS (2018) las enfermedades conocidas como crónicas se manifiestan de larga duración y es una combinación entre factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Afectando a los países de ingresos medios y bajos provocando más del 75% de defunciones en edad avanzadas. Las ECNT para el 2030 serán un gran obstáculo en el desarrollo sostenible para prevenir las muertes mediante la prevención y el tratamiento.

Al paso de los años, en los adultos mayores se producen numerosos cambios fisiológicos, aumentando el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles como las cardiopatías, lo accidente cerebro vascular, diabetes, hipertensión, enfermedades respiratorias crónica, produciendo la muerte y a los sobreviviente discapacidades. (Larraín. 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha propuesto un modelo progresivo de vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles que considera tres momentos:

- ❖ Vigilancia del pasado a través del análisis de la mortalidad
- ❖ Vigilancia del presente, que registra enfermedades
- ❖ Vigilancia del futuro que se concentra en los factores de riesgo

El primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad es la atención primaria de salud enfocada a intervenciones con el fin de reducir los riesgos, acciones medicas preventivas de enfermedades crónicas no transmisibles a lo largo de la vida.

Muchos factores intervienen en la aparición de (ECNT) como son los factores modificables.

Entre los factores modificables más comunes, tenemos: ingesta excesiva de sal, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo; también se ve favorecida por factores como urbanización no planificada y rápida, estilo de vida poco saludables, dietas malsanas, inactividad física, el envejecimiento de la población, debido a todos

estos factores llegan a desempeñar hipertensión arterial, obesidad, hiperglucemia y dislipidemias. Dando lugar a unos de los principales factores desencadenante de enfermedades cardiovasculares y enfermedades no transmisibles. (Serra Valdés. 2018).

2.4.1 Enfermedades cardiovasculares

El envejecimiento de la población a nivel mundial da lugar al aumento de paciente ancianos con alteraciones cardiovasculares. Más de 80 millones de estadounidenses sufren de enfermedades cardiovasculares, dentro de ellas se encuentran hipertensión, enfermedad arterial crónica, insuficiencia cardiaca. Para la OMS (2014), los hábitos alimenticios, el uso nocivo del alcohol, consumo de tabaco y el sedentarismo son factor de riesgo que se pueden reducir para disminuir el 80% de las enfermedades cardiovasculares que ataca a los adultos mayores.

De acuerdo a la OMS (2012), las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar entre las enfermedades crónicas no transmisibles con el porcentaje mayor de mortalidad a nivel mundial, contemplando una tercera parte de las defunciones. En el 2012, las enfermedades no transmisibles son responsables del 46% de las defunciones, de las cuales 17.5 millones corresponden a las enfermedades cardiovasculares, debido a accidentes cerebrovascular 6.7 millones y 7.4 millones a ataques cardiacos. Además, estima que para el 2030, las cifras aumentarán a 23,6 millones de muertes por alguna enfermedad cardiovascular, sobre todo cardiopatías y accidentes cerebrovascular, ocupando el primer lugar en mortalidad.

Un estudio realizado en Panamá con el objetivo de determinar la prevalencia de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, en la provincia de

Panamá y Colón, informó que en los encuestados predomina la hipertensión arterial con un 24.1%, la diabetes mellitus con 9.5%, hipercolesterolemia de 41.2% y prevalencia de obesidad de 27.1%. (Instituto Conmemorativo Gorgas. 2015).

Conforme a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el accidente cerebro vascular con el 25% ocupa el primer lugar de defunciones en Panamá, a causa de sobrepeso, desórdenes alimenticios, hipertensión arterial, diabetes, estilo de vida, factores de riesgo presentes por falta de prevención por parte de las instituciones de salud. (Caja de Seguro Social, Panamá. 2017).

❖ Fisiopatología

El sistema cardiovascular está compuesto por el corazón, donde la función principal es bombear sangre a todo el organismo al igual que a los vasos sanguíneos, por ayuda de las arterias, las venas y los capilares que se encargan de dirigirla. Luego de esto la sangre llega al sistema de capilares, por el cual intercambian gases respiratorio y nutrientes por todos los tejidos del cuerpo. Finalmente recogen los desechos que esos tejidos producen.

El desarrollo de las enfermedades cardiovasculares se determina por el envejecimiento cardiovascular, debido a los cambios que ocurren en las estructuras a nivel miocárdico, coronario, vascular, tejido de la conducción y válvulas. (Guarda. 2016).

❖ Cambios estructurales cardiovasculares en el envejecimiento

De acuerdo a la literatura, los cambios que se producen a nivel del miocardio se atribuyen por alteración del tamaño y peso del corazón, dado por la hipertrofia de los cardiomiocitos, reduciendo la cantidad de colágeno y elastina. Llevando a un incremento de la masa miocárdica con engrosamiento de la pared posterior y del septum. El 50% de los individuos de edad avanzada producen aumento de la

grasa pericárdica. Alrededor del 35% total de miocitos ventriculares mueren entre los 30 y 70 años de edad sucede más en los varones que en las damas. (Fernández-Berrazueta. 2018).

Asimismo, el sistema vascular sufre cambios, las arterias se tornan más rígidas menos elásticas, la aorta disminuye su elasticidad, incrementa el calibre y se hace tortuosa, mientras que las arterias coronarias aumentan su amplitud y longitud, y también se hacen más tortuosas. Las células endoteliales cambian su morfología, su función y se hacen más susceptibles a los daños, dirigiendo a una defunción endotelial. También se ve afectado el aparato valvular por consecuencia de un proceso inflamatorio crónico que producen incremento de la rigidez valvular, fibrosis y calcificación progresiva, que se da por la formación y engrosamiento de nódulos en los márgenes de los velos valvulares. (Fernández-Berrazueta. 2018).

De igual manera, la válvula mitral sufre cambios degenerativos, como lo son la alteración de los músculos papilares, calcificación de los anillos, acortamiento y adelgazamiento de las cuerdas tendinosas. Al mismo tiempo la válvula tricúspide se decae con un engrosamiento nodular fibroelástico ligero. La válvula pulmonar se ve afectada por la edad. En ese mismo contexto, el sistema de conducción cardiaca sufre modificación a nivel de nodo sinoauricular disminuyendo el número de las células de marcapaso, como resultado de la desaparición de las células que a los 20 años existían un 90% y a los 75 años ya no, esta desaparición de células va acompañada del incremento de fibrosis y depósitos de grasas. Igualmente, el nodo auriculo ventricular sufre daños a consecuencia del aumento de la fibrosis y calcificación de esqueleto fibroso cardiaco, los cuales son los responsables de los trastornos de conducción al paso de los años por la disminución en las fibras de conducción . (Fernández-Berrazueta. 2018).

❖ Cambios funcionales cardiovasculares en el envejecimiento

El gasto cardíaco debido al envejecimiento va disminuyendo paulatinamente, reduciendo de un 30% y 40% de esfuerzo. Se disminuye el índice cardíaco hasta un 25% en esfuerzo físico afectando a las mujeres y conservándose en los hombres. (Fernández-Berrazueta. 2018). Se altera la contractilidad miocárdica por una prolongación del tiempo de contracción, resultado de la caída de la velocidad de recaptación de calcio por el retículo sarcoplasmáticos, en compañía de la reducción de la contractilidad intrínseca, como resultados de estos cambios incrementan el consumo de energía, produciendo una prolongación del potencial de acción. Del mismo modo, el llenado diastólico disminuye el 60% por el aumento de la rigidez miocárdica, seguidamente reduciendo el flujo coronario de forma gradual debido al aumento del trabajo cardíaco provocando una disminución en la capacidad de la vasodilatación que responde a una disminución de síntesis y liberación de óxido nítrico.

El sistema cardiovascular en adultos mayores sufre el proceso de envejecimiento, por los cambios en la estructura y funcionalidad que van en compañía de factores ambientales, genéticos y el estilo de vida que cumplen una función importante en la aceleración o retracción de las manifestaciones de las enfermedades cardiovasculares.

❖ Etiología

- ❖ Tabaquismo
- ❖ Sedentarismo
- ❖ Obesidad
- ❖ Estrés crónico
- ❖ Altos niveles de colesterol, triglicéridos y otras sustancias grasas en sangre

- ❖ Desordenes metabólico como ejemplo la diabetes
- ❖ Edad
- ❖ Historia familiar
- ❖ Dieta inadecuada
- ❖ Presión arterial elevado
- ❖ Elevados niveles de ácido úrico en sangre

❖ Cuadro clínico

Los síntomas y signos que experimentan las personas con enfermedades cardiovasculares conllevan una relación con las arritmias, problemas de la conducción y trastornos de la función, estructural, proceso infeccioso o inflamatorio del corazón. Estas afectaciones tienen muchos signos y síntomas en común; es importante que las enfermeras deban de tener la habilidad suficiente para reconocerlos, de manera que los pacientes reciban atención oportuna y muchos cuidados para su bienestar. (Dressler. 2012).

Signos y síntomas

Signos y síntomas más frecuentes de las enfermedades cardiovasculares:

- ❖ Dolor o malestar torácico (angina de pecho, arritmias, valvulopatía).
- ❖ Disnea.
- ❖ Edema periférico, aumento del peso, distensión abdominal por crecimiento del bazo y el hígado o ascitis.
- ❖ Palpitaciones (taquicardia por distintas causas como el consumo de cafeína u otros estimulantes, desequilibrio electrolítico, estrés, valvulopatía, aneurisma ventricular).
- ❖ Fatiga, irritabilidad, desgano que son síntomas tempranos de alertas.
- ❖ Mareo, síncope o cambios a nivel de la conciencia (choque cardiogénico, trastornos cerebrovasculares, arritmias, hipotensión).
- ❖ Entumecimiento, debilidad y sensación de frío en las piernas o brazos debido al estrechamiento de los vasos sanguíneos.

- ❖ Cianosis.
- ❖ Sudoración profusa.
- ❖ Náuseas.
- ❖ Hipotensión postural.
- ❖ Episodio vasovagal.
- ❖ Cambios en el ritmo cardiaco.
- ❖ Dolor en el cuello, mandíbula, espaldas.
- ❖ Bradicardia.

❖ Factores de riesgo

Los factores de riesgo se tratan de características biológicas, y hábitos de la vida que producen un incremento de padecer de enfermedades cardiovasculares. Los factores de riesgo se dividen en dos categorías. (Dressler. 2012).

- ❖ Factores de riesgo principales: son factores que se ha comprobado que son capaces de provocar un daño como son:

- ❖ Hipertensión arterial.
- ❖ Colesterol elevado.
- ❖ Diabetes.
- ❖ Obesidad y sobrepeso.
- ❖ Edad adulta.
- ❖ Herencia.
- ❖ Sexo.

- ❖ Factores de riesgo secundarios: son los riesgos que pueden elevar la probabilidad de padecer de enfermedades cardiovasculares.

- ❖ Tabaquismo.
- ❖ Inactividad física.
- ❖ Consumo de alcohol.

- ❖ Consumo de cocaína u otras sustancias.
- ❖ Alucinógenos.
- ❖ Alto nivel de estrés emocional.
- ❖ Sedentarismo.
- ❖ Hormonas sexuales.
- ❖ Anticonceptivos orales.

Entre más factores de riesgo tenga una persona, aumentan la probabilidad de padecer alguna de las enfermedades del corazón, los cambios en el estilo de vida es el mayor factor que debe de reducirse para evitar estas enfermedades.

Cuadro N°1 Complicaciones de las enfermedades cardiovasculares

Agudas	Crónicas
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ictus, accidente isquémico transitorio. ❖ Síndrome coronario agudos ❖ Isquemia aguda de miembros inferiores. ❖ Rotura o disección de aórtica. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Angina de pecho inestable. ❖ Enfermedad cerebrovascular crónica. ❖ Claudicación intermitente. ❖ Enfermedad renal vascular crónica. ❖ Aneurisma de la aorta abdominal

Fuente: Parkosewich. Valoración de la función cardiovascular. 2012.

- ❖ Historia clínica

En la historia clínica el médico pregunta como primer punto que le expliquen la historia de lo que le pasa, el motivo de consulta, la presencia de síntomas como dolor torácico, dificultad respiratoria, palpitaciones, desmayo, mareo, edema de piernas o tobillos, y de otros síntomas generales como fiebre, debilidad, cansancio, pérdida del apetito. (Janet. 2012).

- ❖ Interrogatorio clínico

- ❖ Antecedentes de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, colesterol alto.
- ❖ Si el individuo es sedentario o activo.
- ❖ Síntomas que aparecen durante el ejercicio y mejoran el reposo.
- ❖ Antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares.
- ❖ Consumo de fármaco.
- ❖ Consumo de alcohol o tabaco.

- ❖ Exploración física

La valoración física se lleva a cabo luego del interrogatorio clínico para confirmarlo, e identificar la condición actual o inicial del paciente. Durante la exploración física la enfermera valora el sistema cardiovascular para detectar desviaciones respecto a las condiciones anormales. (Janet. 2012).

- ❖ Peso y apariencia general: se valora el nivel de conciencia del paciente (alerta, letárgico, estuporoso, comatoso), estado mental (orientado en tiempo, lugar y persona).se puede producir cambios en el estado mentaly del nivel de conciencia la cual pueden atribuirse a una perfusión inadecuada del cerebro por el comportamiento del gasto cardiaco o un accidente cerebrovascular.

La enfermera observa la constitución del paciente (normal, en sobrepeso, peso bajo o caquexia) se pesa y se talla al paciente para calcular el IMC para identificar la cantidad de grasa corporal.

- ❖ Inspección de la piel: en la exploración de la piel se valora el color, la temperatura, y la textura de la piel

Cuadro N°2 Hallazgos comunes relacionados con la enfermedad cardiovascular.

Hallazgos	Condiciones relacionadas
Palidez	Disminución de la perfusión arterial.
Cianosis periférica.	Disminución del flujo sanguíneo hacia una región específica.
Xantelasma.	Corresponde a la hipercolesterolemia.
Cianosis central.	edema pulmonar y malformaciones congénita.
Piel fresca o fría o húmeda.	la diaforesis es común en el síndrome coronaria agudo.

Fuente: Parkosewich. Valoración de la función cardiovascular. 2012.

- ❖ Se examina los ojos porque la retina es el único lugar donde se puede visualizar directamente las arterias y vena, se utiliza un oftalmoscopio para observar los vasos sanguíneos de la retina, las anomalías presentes se deben a personas que padecen de hipertensión arterial, diabetes, arterioesclerosis y endocarditis.
- ❖ Posteriormente tomarle los pulsos arteriales y valorar la frecuencia, el ritmo, amplitud, en el cuello, debajo de los brazos, codo y muñecas, inglés, detrás de la rodilla, tobillo y pies con el objetivo de valorar el flujo cardiaco es adecuado y simétricos en ambos lados del cuerpo.
- ❖ Pulso yugular se valora mediante la observación de las pulsaciones de las venas yugulares en el cuello y la cuantificación de la presión venosa central, la cual corresponden a la presión diastólica final en la aurícula derecha o el ventrículo derecho.

Se puede valorar con el paciente en posición supina en la mesa de exploración o la cama, con la cabeza elevada a 45 y 90%.

- ❖ Exploración cardiaca se realiza mediante la inspección, palpación y auscultación de la pared torácica, se exploran seis áreas:
 1. Foco aórtico en el segundo espacio intercostal, línea paraesternal

derecha.

2. Foco pulmonar, segundo espacio intercostal, línea paraesternal izquierda.
 3. Foco de Erb, tercer espacio intercostal, línea paraesternal izquierda.
 4. Área tricúspidea, mitad inferior del esternón, a lo largo de la línea paraesternal izquierda.
 5. Foco mitral(apical), quinto espacio intercostal izquierdo, línea clavicular media.
 6. Región epigástrica, por debajo del apéndice xifoides.
- ❖ Se observa el paciente para visualizar la presencia de edema en alguna parte del cuerpo, se presiona la piel en los tobillos, en las piernas o algunas veces, en la parte inferior de la espalda.

- ❖ Diagnóstico

Las pruebas son necesarias para diagnosticar alguna enfermedad cardiovascular.

- ❖ Las pruebas de laboratorio como química sanguínea, estudios de coagulación y estudio de hematología son necesaria para facilitar el diagnóstico de la causa de los signos y los síntomas relacionados con el corazón, para determinar los valores iniciales antes de iniciar intervenciones terapéuticas, como también para detectar factores de riesgo de dicha enfermedad. (Janet. 2012).
- ❖ Radiografía de tórax y fluoroscopia: es necesaria para determinar las dimensiones, configuración y posición del corazón. Funciona para revelar las calcificaciones cardiacas y pericárdica, contribuye a la confirmación de la colocación apropiada de los marcapasos y los catéteres en la arteria pulmonar.

La fluoroscopia es una técnica de imagenología que permite visualizar el corazón en una pantalla. Revela las pulsaciones cardiacas, vasculares y los contornos cardiacos inusuales.

- ❖ Electrocardiografía: este estudio representa en gráficas las corrientes eléctricas del corazón. Se realiza mediante la colocación de electrodos desechables en posiciones estandarizadas sobre la piel de la pared torácica y las extremidades. Se utiliza para diagnosticar arritmias, las anomalías de la conducción, isquemia, lesión o infarto del miocardio. (Janet. 2012).
- ❖ Monitoreo cardiaco alámbrico: funciona para vigilar el corazón de manera continua, para identificar arritmias y trastornos de la conducción utilizando una o dos derivaciones del ECG.
- ❖ Pruebas de esfuerzo cardiaco: existen 3 tipos de pruebas de esfuerzo cardiacas como son la prueba de esfuerzo con ejercicio, la prueba de esfuerzo con farmacología, y la prueba de estrés emocional. esta manera se puede detectar las anomalías de la función cardiovascular porque tienen más probabilidad de detectarse durante los periodos de aumento de la demanda o esfuerzo. (Janet. 2012).
- ❖ Pruebas de esfuerzos con ejercicio: en esta prueba el paciente, se le indica que debe de caminar sobre una banda de sinfín, pedalea una bicicleta fija, o gira una manivela, el propósito de esta prueba es incrementar la frecuencia cardiaca hasta la frecuencia cardiaca objetivo que es a 80% a 90%.

Durante esta prueba se vigilan los parámetros de frecuencia cardiaca, ritmos y cambios isquémicos; presión arterial, temperatura cutánea, aspectos físicos; síntomas como dolor torácico, disnea, mareo, calambre.

- ❖ Prueba de fuerza farmacológica: esta prueba se realiza al paciente que representa alguna discapacidad física o que carecen de acondicionamiento, que no serán capaces de alcanzar la frecuencia

cardiaca, utilizando agentes vasodilatadores, dipyridamol y adenosina se administran por vía IV utilizándose para simular los efectos que tiene el ejercicio al dilatar en grado máximo las arterias coronarias.

- ❖ Ecocardiografía: es una prueba de ultrasonido no invasiva que se utiliza para cuantificar la pulsión y determinar el tamaño, configuración y movilidad de las estructuras cardiacas. es útil para diagnosticar derrames pericárdicos, soplos cardiacos y la función de las válvulas cardiacas.
- ❖ Tomografía computarizada: esta prueba se utiliza para detectar problemas en la aorta, pericardio y masas cardiacas. El uso de rayos X se utiliza para obtener imágenes de corte transversal del tórax, lo que incluye al corazón y los grandes vasos.
- ❖ Cateterismo cardiaco: es un procedimiento invasivo en el cual se introducen catéteres arteriales y venosos radiopacos por medio de los vasos sanguíneos específicos en los lados derecho e izquierdo del corazón. Se utiliza para valorar la permeabilidad de las arterias coronarias y determinar el grado de aterosclerosis, es útil para diagnosticar hipertensión arterial pulmonar o tratar estenosis valvular.

❖ Tratamiento

Los tratamientos para las enfermedades cardiovascular varían según el padecimiento de la persona. (Janet. 2012).

- ❖ Cambios en el estilo de vida: para disminuir estas enfermedades manteniendo una dieta con bajo contenido de grasas y bajo contenido de sodio, mantenerse activo realizando 30 minutos de ejercicio moderado, dejar de fumar y de consumir alcohol.
- ❖ Medicamentos según el tipo de enfermedad cardiaca que padece para tratar secuelas o complicaciones.

Anticoagulantes (heparina sódica, heparina de bajo peso molecular y acenocumarol),

Antiagregantes plaquetarios (aspirina, trifusal, clopidrogel).

Fármacos antiarrítmicos (amiodarona, propafenona, digoxina, entre otros).
Fármacos hipolipemiantes (ácido nicotínico, atorvastatina, sinvastatina, entre otros.)

Betabloqueantes (atenolol, propanol, carvedilol, metopropol, entre otros).

Diuréticos (Furosemida, amiloride, espironolactona, entre otros.).

Antagonista de los receptores de angiotensina II (losartàn, candesartàn, valsartàn)

Bloqueantes de los canales de calcio (verapamilo, amlodipina, nifedipino).

Inhibidores de la enzima conversadora de angiotensina (captopril, enalapril, lisinopril y perindopril, entre otros).

- ❖ Fisioterapia y rehabilitación
- ❖ Intervención quirúrgica para recuperar la irrigación sanguínea, de la zona afectada y prevenir otros episodios.

❖ Pronóstico

El pronóstico de las enfermedades cardiovasculares puede ser muy favorable, si se llegase a cumplir con las recomendaciones que los especialistas plantean, de acuerdo a los cambios en los estilos de vida.

❖ Promoción de la salud cardiovascular

La promoción se basa en promover la salud cardiovascular, disminuyendo los riesgos de padecer estas afectaciones, implementando nuevas estrategias de parte del sistema de salud y el individuo de manera particular.

- ❖ Evitar el sedentarismo realizando actividad física al menos durante 30 minutos diarios.
- ❖ Evitar consumir alcohol.

- ❖ Mantener una tensión arterial en los rangos normales 120/80mmHg.
- ❖ No fumar
- ❖ Llevar una dieta saludable
- ❖ Evitar el estrés emocional
- ❖ Mantener los niveles de colesterol en rangos normales, debajo de 200mg/dl.
- ❖ Evitar el sobrepeso y obesidad.

2.4.2 Hipertensión

Según la OMS (2019), la hipertensión es la fuerza que ejerce la sangre en las paredes de las arterias cuando circula por ella, es un trastorno que aumentan de manera revelador el riesgo de padecer de afectaciones cardiovascular, encefalopatías, nefropatías. (Garner. 2012).

Se evaluó que en el mundo alrededor de 1130 millones de personas padecen de hipertensión, en el año 2015, se estima que 1 de cada 4 hombres y 1 de cada 5 mujeres sufran de hipertensión. Se estima que sólo 1 de cada 5 mantienen controlado esta dificultad. (OMS. 2019).

Conforme a las cifras determinadas por la OMS (2019), la hipertensión es la primera causa de muerte temprana en el mundo. Siendo así la principal meta de las enfermedades no transmisibles, disminuir hasta el 25% la prevalencia de la hipertensión arterial para el año 2025. Se estima que el 30% de los adultos de países de ingreso bajo y medio sufren de hipertensión arterial, causando los 9,4 millones de defunciones por año a nivel mundial. (OMS. 2015).

Los países de ingresos elevados han empezados a reducir la hipertensión en su población, por medio de las políticas de la salud pública como la disminución de la sal en los alimentos procesados, también la disponibilidad de los servicios para

el diagnóstico y tratamiento oportuno y la reducción de otros factores de riesgos. (OMS. 2013).

A diferencia en los países en desarrollo, las personas desconocen que padecen de hipertensión arterial, y muchas veces no tienen abscesos a tratamiento que podrían controlar la enfermedad y disminuir el riesgo de padecimiento cardiovasculares y defunciones. El mundo cambia rápidamente. El envejecimiento de la población, urbanización acelerada y los estilos de vida son los mismos factores potentes que influyen en la salud humana, sin diferencia los adinerados y los necesitados se enfrentan a las mismas enfermedades. Por ejemplo, las enfermedades infecciosas han sido superadas por las enfermedades no transmisibles como son las cardiovasculares, diabetes, el cáncer, enfermedades pulmonares crónica que ahora son las principales causas de mortalidad a nivel mundial. (OMS. 2013).

El principal riesgo de enfermedades cardiovasculares es la hipertensión, afectando a millones de personas en el mundo, provocando infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular y muertes. La hipertensión es una enfermedad letal, silenciosa e invisible. La hipertensión se puede prevenir, siendo menos costosa y segura que los pacientes que se realizan diálisis o revascularización miocárdica, las cuales pueden llegar a ser necesaria si la hipertensión no es controlada a tiempo. (OMS. 2013). De acuerdo a la OMS (2013), la tensión arterial elevada es un signo de alerta importante que indica que son necesarios cambios urgentes en el modo de vida.

La tensión arterial es un problema mundial de la salud pública, afectando los países que mantienen un débil sistema de salud. Contribuyendo a la aparición de cardiopatías, insuficiencia renal, accidente cerebrovascular. De esta manera aumentando la discapacidad y mortalidad temprana.

Alrededor del 31% de los adultos en Estados Unidos tienen tensión arterial elevada, este predominio aumenta conforme las personas envejecen o tienen otro factor de riesgo cardiovascular. La hipertensión se denomina el asesino silencioso.

Concorde a la literatura, la hipertensión arterial es una patología crónica, en la cual los vasos sanguíneos tienen una tensión constantemente elevada. La tensión arterial cuanto más alta es más esfuerzo tiene que realizar, el corazón para bombear. (Garner. 2012).

Cuadro N°3 Clasificación de la presión arterial:

Clasificación de la PA	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Normal	< 120	<80
Prehipertensión	120-139	80-89
Hipertensión en la etapa 1	140-159	90-99
Hipertensión en etapa 2	➤ 160	➤ 100

Fuente: Garner. Valoración y manejo de pacientes con hipertensión 2012.

❖ Fisiopatología

La presión arterial es el resultado del gasto cardiaco multiplicado por la resistencia periférica. Siendo un padecimiento multifactorial, puesto que, la hipertensión es un signo y es muy probable que tenga muchas causas, para que se presente debe de ocurrir cambio en uno o más factores que afecten la resistencia periférica o el gasto cardiaco. (Garner. 2012).

Se implica muchos factores como:

- ❖ Incremento en la reabsorción renal de sodio, cloro y agua vinculado con una variación genérica de las vías por la que los riñones manejan el sodio.

- ❖ Aumento de la actividad del sistema nervioso simpático relacionado con disfunción del sistema nervioso autónomo.
- ❖ Incremento de la actividad del sistema renina – angiotensina-aldosterona lo que produce un aumento del volumen del líquido extra celular y expansión de la resistencia vascular sistémica.
- ❖ Reducción de la vasodilatación de las arteriolas secundarias a la disfunción del endotelio vascular.
- ❖ Resistencia a la acción de la insulina, a menudo se vincula con la diabetes mellitus tipo 2, hipertrigliceridemia, obesidad e intolerancia a la glucosa.

- ❖ Cambios funcionales y estructurales en el envejecimiento

El corazón y los vasos sanguíneos sufren cambios estructurales y funcionales que contribuyen al aumento de la presión arterial debido al envejecimiento. (Garner. 2012).

Estos cambios incluyen:

- ❖ Acumulación de placas ateroscleróticas aumento del depósito de colágeno.
- ❖ Fragmentación de la elastina arterial.
- ❖ Deterioro de la vasodilatación.
- ❖ Disminución de la elasticidad de los vasos sanguíneos.
- ❖ La aorta y las grandes arterias disminuyen la capacidad para alojar el volumen de sangre bombeada por el corazón (volumen sistólico).

- ❖ Etiología
 - ❖ Hipertensión primaria: también se conoce como hipertensión esencial porque no existe una causa conocida de la hipertensión arterial. Por lo general puede ser por causa del estilo de vida, su entorno y los cambios del envejecimiento. Es el tipo más común de hipertensión arterial. (Garner. 2012).

❖ Hipertensión secundaria: aparece cuando se produce un problema de salud, o provocado por algún medicamento. Los factores que pueden desencadenarla son:

1. Problemas renales.
2. Fármacos como anticonceptivos, aines, corticoides.
3. Apnea del sueño.
4. Problema de la tiroides.
5. Problemas en las glándulas supra renales.

❖ Factores de riesgo

- ❖ Tabaquismo dislipidemia.
- ❖ Diabetes mellitus.
- ❖ Una dieta alta en sal, grasa.
- ❖ Deterioro de la función renal.
- ❖ Obesidad.
- ❖ Inactividad física.
- ❖ Problemas hormonales.
- ❖ Antecedente familiares.
- ❖ Raza afroamericana
- ❖ Medicamento como anticonceptivos, estrés y consumo de alcohol.
- ❖ Sexo masculino

❖ Cuadro clínico

Las personas con hipertensión suelen estar asintomática durante muchos años.

- ❖ Cefalea.
- ❖ Disnea.
- ❖ Hemorragia nasal.
- ❖ Dolor en la nuca.

- ❖ Nicturia.
- ❖ Visión borrosa o doble.
- ❖ Alteración de lenguaje.
- ❖ Mareo.
- ❖ Debilidad.
- ❖ Náusea.
- ❖ Somnolencia.
- ❖ Zumbido en los oídos.
- ❖ Palpitaciones.

❖ Complicaciones

La hipertensión arterial causa daño en las paredes arteriales, vaso sanguíneo, así como a los órganos del cuerpo, provocado por la presión excesiva. (Garner. 2012).

- ❖ Ataque al corazón: la hipertensión provoca endurecimiento y engrosamiento de las arterias (arterioesclerosis) lo que puede causar un ataque cardíaco.
- ❖ Accidente vascular cerebral: este padecimiento es frecuente en los hipertensos, porque la arterioesclerosis afecta los vasos del cerebro, ocurriendo un bloqueo de sangre en alguna parte del cuerpo (trombosis cerebral), o una rotura de un vaso (hemorragia cerebral).
- ❖ Aneurisma: el incremento de la presión arterial afecta los vasos sanguíneos produciendo una debilitación y que se abomben, formando una aneurisma.
- ❖ Insuficiencia cardíaca: ocasionalmente, el músculo de corazón se engrosa y puede manifestar dificultad para bombear suficiente sangre para cubrir las necesidades del cuerpo lo que conducen a la insuficiencia cardíaca.
- ❖ Síndrome metabólico.

- ❖ Vaso sanguíneo debilitado y estrechado en sus riñones: la HTA produce variaciones en el flujo sanguíneo afectando el funcionamiento de los riñones a causa de que, el flujo decrece, y hace que secreten más enzimas reninas, provocando un entumecimiento de todas las arterias del cuerpo.

❖ Historia clínica

Las evaluaciones clínicas del paciente que se le detecta por primera vez, se realizan todos los principios de la práctica médica correcta basándose en una completa historia clínica, examen físico y la utilización de las apropiadas pruebas de laboratorios. (Garner. 2012).

1. Historia de la HTA: antigüedad, causas que motivaron a su descubrimiento, valores máximos de la PA, tratamiento previo su eficacia y reacciones adversas.
2. Tratamiento de medicamento capaces de elevar la cifra de PA.
3. Antecedentes personales.
4. Historia familiar: defectos adrenales o gonadales, poliquistosis, neurofibromatosis, neoplasia endocrina múltiple, HTA, diabetes, dislipemia, cardiopatía isquémica.
5. Sintomatología

Neurología: cefalea, vértigos inestabilidad, reducción de la libido.

Cardiovascular: palpitaciones, agina, edema, disnea de esfuerzo.

Renal: glomerulonefritis, proteinuria, infecciones, cólicos, hematuria, poliuria.

6. Estilo de vida: dieta, ejercicio, consumo de tabaco y alcohol.

Exploración Física

Forma parte de un elemento esencial en la valoración global del hipertenso, para sus implicaciones en el pronóstico de HTA, como para una adecuada clasificación de la misma. (Garner. 2012).

- ❖ Peso, talla, circunferencia de la cintura.
- ❖ Presión arterial.
- ❖ Fondo del ojo (con el interés en retinopatía), cuello (pulsos, soplos carotídeos, presión venosa y tiroides).
- ❖ Auscultación cardiopulmonar (en busca de soplos cardíaco).
- ❖ Abdomen (masas palpables, soplos).
- ❖ Extremidades (pulsos periféricos, edema).
- ❖ Examen cardiovascular (ritmo, frecuencia, pulsos, pulsos).
- ❖ Examen neurológico: reflejos, focalidad.

- ❖ Diagnóstico

Es necesario que para un diagnóstico oportuno se realicen pruebas diagnósticas después de un interrogatorio y exploración física.

- ❖ Monitorización de la presión arterial.
- ❖ Exámenes generales orina, química (concentraciones de sodio, potasio, creatinina, glucosa en ayuno y colesterol total y de lipoproteínas de alta densidad).
- ❖ Electrocardiograma.
- ❖ Radiografía de tórax.
- ❖ Ecocardiografía.
- ❖ Pruebas urinarias de depuración de creatinina, concentración de renina y proteína en orina de 24 horas.
- ❖ Prueba de función renal.
- ❖ Ultrasonido renal.

❖ Tratamiento

Modificaciones en el estilo de vida para prevenir y manejar la hipertensión arterial.

- ❖ Reducción del peso: mantener un peso adecuado según la OMS (índice de masa corporal 18,5-24,9 kg/m²).

- ❖ Mantener una dieta rica en frutas, verduras y productos lácteos bajos en grasa.
 - ❖ Reducción la ingesta de sodio dietético.
 - ❖ Participar en actividad física aeróbica de manera regular como caminata por lo menos 30 minutos al día la mayoría de los de la semana.
 - ❖ Limitar el consumo de alcohol.
- Tratamiento farmacología para la hipertensión.
- ❖ Diuréticos tiazídicos (clorotalidona, indapamida, hidroclorotiacida, metalozona). Su acción principal es disminuir el volumen sanguíneo renal, el gasto cardiaco y la pérdida exagerada de líquido extracelular.
 - ❖ Diuréticos de asa (furosemida, bumetanida, torsemida). Su acción principal es la pérdida de volumen, bloqueo de la reabsorción de sodio, cloruro y agua en el riñón.
 - ❖ Diuréticos ahorradores de potasio (amilorida, triamtereno). Su acción principal es bloquear la reabsorción de sodio.
 - ❖ Bloqueadores del receptor de aldosterona (epplerenona, espironolactona). Actúan inhibiendo la fijación de aldosterona.
 - ❖ Agonista alfa, centrales (reserpina, metildopa, clonidina, guanfacina). Su función es impedir la síntesis y recaptura de noradrenalina.
 - ❖ Bloqueadores beta (atenolol, propranolol, timolol, metoprolol). Funciona como bloqueadores del sistema nervioso simpático (receptores adrenérgico beta), en especial el simpático del corazón, con lo que se produce una frecuencia cardiaca más lenta y menos presión arterial.

- ❖ Bloqueadores beta con actividad simpaticomimético intrínseca (acebutolol, penbutolol, pindolol). Bloquean los receptores cardiacos tanto beta 1 como beta 2, además tienen actividad antiarrítmica al hacer más lenta la conducción auriculoventricular.
- ❖ Bloqueadores alfa (doxazosina, clorhidrato de prazosina, terazosina). Actúan como vasodilatadores periféricos con acción directa sobre el vaso sanguíneo.
- ❖ Bloqueadores alfa y beta combinados (carvedilol, clorhidrato de labetalol). Su acción principal es bloquear los receptores adrenérgicos alfa y beta; causando dilatación periférica y disminuyendo la resistencia vascular periférica.
- ❖ Vasodilatadores (nitroglicerina, nitroprusiato sódico) su acción principal es la vasodilatación periférica por la relajación del músculo liso.
- ❖ Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (perindopril, benazeprilo, captoprilo). Acción principal inhiben la conversión de angiotensina I en angiotensina II.
- ❖ Bloqueadores del receptor de angiotensina II (lbersatan, losartan, candesartan). Su función es bloquear los efectos de la angiotensina II en el receptor y la reducción de la resistencia periférica.
- ❖ Bloqueadores de canales de calcio (verapamilo, amlodipina). Actúan inhibiendo el flujo del ion calcio, reducen la poscarga cardiaca.

❖ Pronóstico

La mayor parte la hipertensión arterial es controlada con los medicamentos y cambios en el estilo de vida. Cuando esta enfermedad no es controlada se desarrolla complicaciones como:

- ❖ Enfermedad renal crónica.

- ❖ Retinopatía hipertensiva.
- ❖ Insuficiencia cardiaca.
- ❖ Accidente cerebro vascular.
- ❖ Cardiopatía isquémica.
- ❖ Crisis hipertensiva.
- ❖ Rigidez arterial.
- ❖ Hipertrofia ventricular izquierda.

❖ Promoción de la Salud

La hipertensión se puede prevenir, o retardar su aparición. Para evitar complicaciones. Es importante mantener un plan adecuado de hábitos alimenticios y seguir las instrucciones de manera adecuada por el personal de salud.

- ❖ Controlar el estrés, mantenerse relajado para mejor la salud física y emocional y disminuir la hipertensión arterial.
- ❖ No consumir alcohol, debido a que aumenta la presión arterial, incrementa las calorías en su dieta. Lo que puede causar aumento del peso.
- ❖ Mantener el peso adecuado, disminuye la presión arterial y el desarrollo de otras enfermedades.
- ❖ Actividad física regularmente de 3 a 4 días a las semanas.
- ❖ Dieta saludable, limitando el consumo de sodio (sal), aumentar el potasio, frutas y vegetales en la dieta. No comer alimentos con altos contenidos en grasa.
- ❖ Mantener la medicación prescrita por el médico.

2.4.3 Diabetes Mellitus.

Según la OMS (2016), 422 millones de adultos en el mundo tienen diabetes mellitus. Frente a 108 millones diagnosticados en 1980. La incidencia en adultos mayores ha aumentado desde un 4,7% hasta 8,5%. Probablemente, en el 2015

la diabetes mellitus fue la causa principal de 1,6 millones de muertes a nivel mundial. En los adultos mayores antes de 70 años se le atribuye el 43% de muertes por hiperglucemia. (OMS. 2016). Se estima que la diabetes mellitus es la causante de 2,6% de ceguera en los adultos mayores, además, se considera una de las principales causas de insuficiencia renal. (OMS. 2016). De acuerdo a la OMS (2016), la diabetes mellitus va en aumento. La prevalencia en los países ricos ha bajado predominantemente, el incremento de esta patología es de igual manera en todas partes. Sobre todo, en países de ingreso mediano.

Por lo tanto, la diabetes mellitus es una de las principales causas de mortalidad prematuras en la población adulta, por lo que se encuentra entre los cuatros enfermedades crónicas no transmisibles. Según la OMS (2016), la diabetes incrementa favorablemente el riesgo de amputación de miembros inferiores. Por la cual es 20 veces más frecuentes en los diabéticos que en lo que no tienen la enfermedad.

De acuerdo a lo leído sobre la diabetes mellitus (DM) es un conjunto de enfermedades metabólicas e irreversible, debido a que el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza la insulina que produce.

❖ Fisiopatología

La insulina es una hormona de almacenamiento. La secreción de la insulina aumenta cuando una persona ingiere alimentos. Donde la glucosa de la sangre se moviliza al músculo, el hígado y las células adiposa. Por consiguiente, la insulina transporta y degrada la glucosa para fines energético, estimula el almacenamiento de glucosa en el hígado. También almacena la grasa del alimento en el tejido adiposo, transmite señales al hígado para interrumpir la secreción de glucosa. Así mismo acelera el transporte de aminoácido. (Maschak- Carey. 2012). Durante periodos de ayuno actúa el páncreas secretando de modo

continuo una cierta cantidad de insulina (insulina basal). Cuando el glucagón se libera las concentraciones de glucosa sanguínea descienden y estimula al hígado para secretar la glucosa almacenada.

❖ Etiología

- ❖ Diabetes tipo 1: Es el tipo de DM donde causa una deficiencia absoluta de la insulina, debido a la destrucción de las células Beta. Por el cual el individuo debe de recibir tratamiento con insulina de sustitución. (Maschak-Carey. 2012). Se cree que los factores genéticos, ambientales e inmunitarios contribuyen a la destrucción de las células betas. Afectando del 5-10% de la población.
- ❖ Diabetes tipo 2: la incidencia es de 90 a 95% de las personas, el 80% se desarrollan a menudo en pacientes con obesidad y el 15% sin obesidad. Por consiguiente, los problemas relacionados con la diabetes tipo 2 son la resistencia a la insulina y la alteración de su secreción. Causando una menor sensibilidad de los tejidos a la hormona.



❖ Factores de riesgo

Conforme a este autor, (Escobar. 2009), entre los factores de riesgo de la diabetes mellitus está la edad, alteración de la glucosa en ayuno o de la tolerancia a la glucosa identificada con anterioridad, hipertensión arterial, niveles elevado de colesterol y triglicéridos. También están los antecedentes familiares de diabetes, raza (Afroamericanos), la inactividad física, antecedentes de enfermedades cardiovasculares.

❖ Cuadro clínico

Según Maschak-Carey (2012), el cuadro clínico varía según el grado de hiperglucemia del paciente. Entre las más comunes se encuentran la poliuria, polidipsia, poliuria y polifagia.

Síntomas:

Otros síntomas incluyen la debilidad, fatiga, piel seca, lesiones cutáneas. También ocurren cambios en la visión, sed excesiva, punzadas o entumecimiento de las manos y los pies. Lenta cicatrización e infecciones recurrentes.

❖ Complicaciones

Conforme a la circunstancia, la diabetes enfrenta una enorme carga de complicaciones. Un elevado porcentaje de hospitalización están relacionadas directa o indirectamente con complicaciones que tienen que ver con la diabetes. Como hipoglucemia, hiperglucemia y la acidosis diabética.

Auroch.S, (2017), afirma que las complicaciones se dividen en dos categorías macrovasculares y microvasculares. Las microvasculares son lesiones oculares (retinopatía) que provocan la ceguera; afectaciones renales desembocan a insuficiencia renal; lesiones de los nervios que provocan impotencia y pie diabético, causando algunas veces amputación.

De igual forma, las complicaciones macrovasculares se debe a enfermedades cardiovasculares como son los ataques cardíacos, insuficiencia cardíaca en miembros inferiores y accidente cerebrovascular.

❖ Historia clínica

La valoración del paciente con diabetes mellitus es el primer episodio del control de la salud iniciando con el interrogatorio; motivo de consulta, antecedentes personales, antecedentes familiares, tratamiento farmacológico, situación socio

funcional, anamnesis. De debida importancia la valoración de los síntomas relacionados con el diagnóstico de diabetes, cumplimiento con los planes alimenticios, consumo de tabaco y alcohol. (Maschak-Carey. 2012).

❖ Exploración Física

A fin, de un diagnóstico seguro se realiza un examen sistemático del paciente con diabetes mellitus para encontrar evidencia física y hallazgos anormales en relación al padecimiento. (Maschak-Carey. 2012).

- ❖ Evaluación del estado mental (Consciente, alerta y orientado).
- ❖ Índice de masa corporal (Peso y talla).
- ❖ Presión arterial.
- ❖ Exploración del ojo y agudeza visual.
- ❖ Evaluación de los pies (lesiones, signos de infección, pulsos).
- ❖ Exploración cutánea (lesiones y sitio de inyección).
- ❖ Evaluación neurológica (reflejos tendinosos profundos, exploración vibratoria y sensorial).
- ❖ Revisión bucal.

❖ Diagnósticos

Se establece mediante la presencia de síntomas clásicos de hiperglucemia realizando pruebas de lípidos séricos en ayuno, prueba de microalbuminuria, concentraciones de creatina sérica, análisis de sangre y electrocardiograma. (Cano-Pérez. 2011).

La pruebas de hemoglobina glucosilada HgBA (A1C), se realiza para conocer el control metabólico del azúcar sanguíneo en los 2 a 3 meses precedentes, se utiliza para efectuar el tratamiento seguro, también se usa para diagnosticar diabetes tipo 2.

se sabe que, la prueba oral de tolerancia a la glucosa se mide el nivel de azúcar en sangre en ayunas. Con esta prueba, se debe ayunar durante la noche, se toma la prueba y luego se toma un líquido azucarado. Por lo que, los niveles de azúcar se evaluarán varias veces durante las dos siguientes horas. De la misma forma se tomará una prueba aleatoria de azúcar en sangre, en cualquier momento al azar. Independientemente de cuándo fue la última vez que comió. Un nivel de azúcar de 200mg/dl (miligramos por decilitro) o más orienta hacia el diagnóstico de diabetes.

❖ Tratamiento

Lo más importante para reducir las complicaciones vasculares y neuropatías por consecuencia de la diabetes es el tratamiento médico que consiste en normalizar la actividad de la insulina y las cifras de glucosa sanguínea. Por ende, el tratamiento se basa en tres pilares; dieta, ejercicio. y medicación. (Maschak-Carey. 2012). Por este motivo se emplean tratamientos nutricionales; un control total de la ingestión calórica para alcanzar o mantener un peso corporal razonable, las cifras correspondientes de glucosa sanguínea, valores normales de lípidos y presión arterial para reducir la presencia de cardiopatías. Por ende, es necesario mantener una dieta saludable, aumentado la ingesta de frutas, vegetales y alimentos nutritivos y ricos en fibras, bajos en grasas y calorías, y disminuir el consumo de grasas saturadas y dulces.

También es necesario la actividad física con regularidad porque el ejercicio disminuye el nivel de azúcar en sangre al aumentar la captación de glucosa sanguínea en los músculos corporales y mejorar la utilización de la insulina. El ejercicio aumenta la sensibilidad a la insulina; es decir que el cuerpo necesita menos insulina para el transporte de azúcar hacia las células. De acuerdo a lo anterior, el ejercicio modifica las concentraciones de lípidos en sangre, incrementando las cifras de lipoproteínas de alta densidad y disminución del

colesterol total y los triglicéridos. Es de gran importancia para las personas con diabetes, para reducir su mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Al presentarse la diabetes mellitus, es necesario terapia con insulina (Insulinoterapia), en la diabetes tipo 1 se debe de administrar por toda la vida. Puesto que el cuerpo pierde la capacidad de producirla. Por lo contrario, la diabetes tipo 2, puede requerir insulina de forma prolongada, ya que, los pacientes pueden controlarse con régimen alimenticio e hipoglucemiantes orales como metformina y clorpropamida entre otros.

❖ Pronóstico

Reducir los riesgos de nefropatía, enfermedades oculares, neuropatías, ataques al corazón y accidente cerebro vascular. Mejorando el colesterol, la presión arterial, manteniendo una dieta saludable, fomentando la actividad física y el control de los niveles de azúcar en los diabéticos. Incrementa considerablemente el pronóstico de los pacientes diabéticos. Por lo tanto, el pronóstico es totalmente individual y dinámico. Puesto que en la diabetes influyen múltiples factores como el grado de avance de la enfermedad, control de los factores que agravan la enfermedad (sobrepeso, consumo de alcohol y tabaco).

❖ Promoción de la salud

Actualmente la diabetes mellitus ocupa unas de las principales enfermedades en el mundo representando un riesgo mayor para la salud. El principal factor de riesgo para desarrollar la diabetes es la obesidad, por lo que es necesario mantener el índice de masa corporal indicado. Se recomienda la educación de las personas sobre los cuidados de la enfermedad y cómo manejarla para evitar el deterioro de los órganos, es importante fomentar la alimentación saludable con frutas, vegetales, cereales y evitar colorantes, grasas, bebidas azucaradas. Como

también evitar el sedentarismo e incorporar la actividad física diaria para mejorar el estilo de vida. (Martínez. 2012).

2.4.4 Enfermedad renal crónicas

Según la OMS (2015) las enfermedades renales crónicas afectan más del 10% de la población a nivel mundial. Se estima que en América Latina el 20% de las personas se realizan diálisis peritoneal domiciliaria.

De acuerdo con Cueto (2013) la enfermedad renal crónica (ERC) está en aumento y cada vez más extendida en la población. Esta patología describe la pérdida gradual e irreversibles de la función renal. Por consecuencia de la pérdida de la capacidad para eliminar líquidos, electrolitos y desechos en el cuerpo. Es conveniente recalcar, que el riñón juega un papel importante en el metabolismo del ser humano.

❖ Fisiopatología

Aproximadamente, cada riñón cuenta con un millón de nefronas siendo la unidad estructural y funcional del riñón. Cuando se enfrenta a cualquiera etiología, el riñón tiene una habilidad innata para mantener la tasa de filtración glomerular. Pero luego de la destrucción masiva de nefronas, se presenta en las nefronas sana hipertrofia compensadora e hiper filtración que actúan como mecanismo de beneficios. (Browder. 2012).

Posteriormente, la reducción de la masa de nefronas provoca varios cambios adaptativos en las nefronas restante: el nivel glomerular se produce vasodilatación de la arteria aferente, incremento de la presión intraglomerular y aumento de la fracción de filtración, mecanismo inicial de compensador iniciando la progresión del daño renal provocando glomérulos esclerosados y fibrosis tubulointersticial generando la restricción de proteínas en la dieta al disminuir la

presión intraglomerular y bloqueo del Sistema de Renina Angiotensina Aldosterona (SRAA).

❖ Etiología

Las enfermedades renales crónicas se manifiestan por múltiples afecciones; diabetes mellitus tipo 1 y 2, hipertensión arterial, glomerulonefritis, enfermedad renal poliquística, nefritis intersticial, agentes nefrotóxicos, obstrucción urinaria, consumo de alcohol y drogas.

❖ Factores de riesgo

- ❖ Antecedentes familiares.
- ❖ Edad (mayores de 50 años).
- ❖ Problemas de salud (diabetes, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, obesidad).
- ❖ Origen genético (descendencia afroamericana, hispanos, nativos americanos).
- ❖ Estilo de vida (Polifarmacia, consumo excesivo de drogas).
- ❖ Anomalías en la estructura renal

❖ Cuadro clínico

Las manifestaciones clínicas de las enfermedades crónicas renales se presentan con el tiempo, evolucionando de forma lenta. Cuando aparecen lo hacen de manera brusca.

- ❖ Náuseas, vómito, pérdida de apetito, fatiga, debilidad, insomnio.
- ❖ Dificultad para orinar, espasmos y calambres musculares, edema en pie y tobillo, dolor en el pecho, dificultad respiratoria.
- ❖ Disminución del volumen de líquido, ritmo cardíaco irregular, fatiga.

- ❖ Complicaciones

Conforme la enfermedad renal crónica avanza, todos los órganos y sistemas se afectan debido a las complicaciones que se presentan por los trastornos de la función de los riñones. (Steward. 2012).

- ❖ Hiponatremia.
- ❖ Hiperpotasemia.
- ❖ Hipocalcemia e hiperfosforemia.
- ❖ Hipermagnesemia.
- ❖ Hipertensión arterial, sobrecarga de volumen.
- ❖ Arterioesclerosis
- ❖ Pericarditis.
- ❖ Anemia.
- ❖ Déficit inmunitario.
- ❖ Disfunción plaquetaria.
- ❖ Hiperoxia.
- ❖ Hiperglucemia.
- ❖ Dislipidemia.

- ❖ Historia clínica

- ❖ Padecimiento actual: anamnesis completa, motivo de consulta.
- ❖ Antecedentes personales: evolución tardía, patologías (pielonefritis, hipertensión, poliuria). Mujeres (menarquia, anticonceptivo, embarazo, abortos).
- ❖ Historia social: estatus socio-económico, educación, relación familiar.
- ❖ Factores ocupacionales.
- ❖ Historia dietética.
- ❖ Historia farmacológica.

- ❖ Antecedentes familiares (muertes por padecimiento renales, insuficiencia renal, antecedente de riñón poli quístico, hipertensión arterial).
 - ❖ Enfermedad actual: síntomas locales (volumen urinario, ritmo de micción, calidad de la micción).
 - ❖ Síntomas generales: edema, síntomas de insuficiencia renal (urea y creatinina elevados, presión arterial elevado (dolor de cabeza, palpitaciones y fatiga).
 - ❖ Alteraciones renales.
- ❖ Exploración física
- ❖ Datos antropométricos (peso y talla).
 - ❖ Medición de la hipertensión arterial.
 - ❖ Inspección: ojos (edema palpebral, periorbital, irritación de los ojos, fondo del ojo), orejas (malformación en el pabellón auricular se acompañan de malformaciones renales). Cara (edema facial, eritema facial). Cuello (buscar ingurgitación yugular). Pulmones (derrame pleural). Corazón (soplos por anemia o endocarditis). Abdomen (buscar soplos en los lados derecho e izquierdo del triángulo epigástrico, palpación bimanual de riñón). Extremidades (Edema podálico o generalizado, línea blanca en las uñas signos de hipoproteinemia).
- ❖ Diagnóstico

Existen múltiples causas de las enfermedades renal crónicas, las causas se pueden determinar el tipo de examen que necesita y que pueda comprobar la causa. (Maschak-Carey. 2012).

- ❖ Ultrasonido renal: se utiliza este examen para ver los riñones en tiempo real, a través de ondas sonoras de alta frecuencia.
- ❖ TAC del cuerpo: es muy frecuente porque se puede obtener una visión amplia de múltiples causas de la insuficiencia renal.
- ❖ Urografía: procedimiento utilizado en los pacientes que presentan sangre en la orina, para ayudar a identificar infecciones en el tracto urinario.
- ❖ Resonancia magnética (RMN): durante este examen se utiliza un campo magnético para evaluar los riñones de manera más detallada.
- ❖ Biopsia: se utiliza muestra de tejido renal para examinar la presencia de enfermedad. Es un procedimiento que se utiliza en última instancia luego de los exámenes por imagen.
- ❖ Cociente albúmina/ creatinina (CAC).
- ❖ Nitrógeno ureico en sangre (NUS).
- ❖ Creatinina en suero, depuración de creatinina en 24 horas.

❖ Tratamiento

El propósito del tratamiento es mantener tanto como sea posible la función renal. Después de ser identificadas las causas se tratan principalmente con medicamentos y modificaciones en la alimentación, sin embargo, también pueden requerir de diálisis. (Steward. 2012).

- ❖ Tratamiento farmacológico (unidores de calcio y fósforo, agentes antihipertensivos y cardiovasculares, agentes anticonvulsivos, eritropoyetina, insulino terapia).
- ❖ Tratamiento nutricional: incrementar la ingesta calórica, vitaminas y minerales. Regulación de la ingesta de líquidos, sodio y potasio.
- ❖ Trasplante de riñón.
- ❖ Hemodiálisis.
- ❖ Diálisis peritoneal.

❖ Promoción de la salud

Es necesario las intervenciones para disminuir la progresión de las enfermedades renales crónicas; mantener un adecuado control de la presión arterial, mantener los niveles de azúcar en sangre, dieta baja en sal, hidratación adecuada, evitar la polifarmacia y el abuso de sustancias, actividad física regular, no fumar, mantener actividad física regular.

2.4.5 Enfermedades respiratorias crónicas

Según la OMS (2011), las enfermedades respiratorias crónicas mantienen una alta tasa de mortalidad, incapacidad y de muertes prematuras. En especial asma y enfermedad obstructiva crónicas (EPOC). El 90% de los afectados viven en países de ingresos bajos y medianos. De acuerdo a la OMS (2011), en el mundo hay 235 millones de personas afectadas por asma, 64 millones de individuos sufren de EPOC.

Esta patología se prevé que para el año 2030 aumentará a 30%. Las enfermedades respiratorias crónicas comprometen a los pulmones y las vías respiratorias bajas y altas. Entre las patologías más comunes están el asma, EPOC, alergias respiratorias, bronquitis crónica y enfisema pulmonar. (Brooks. 2012).

❖ Etiología

Esta afección respiratoria se produce debido al consumo de tabaco, la exposición a alérgenos, contaminación ambiental, inhalación de polvo, productos químicos, antecedentes de alergias, consumo excesivo y crónico de alcohol.

- ❖ Factores de riesgo
 - ❖ Contaminación atmosférica.
 - ❖ Exposición ocupacional.
 - ❖ Tuberculosis pulmonar.
 - ❖ Enfisema hereditario.
 - ❖ Edad mayor de 60 años.
 - ❖ Envejecimiento pulmonar.

- ❖ Cuadro clínico

Las enfermedades respiratorias son progresivas caracterizada por disnea, esputos persistentes, silbido al respirar, falta de energía, cianosis en los labios, presión en el pecho, fiebre, mucosidad, sibilancia y escalofríos. (Brooks. 2012).

- ❖ Complicaciones

Generalmente la dificultad y la insuficiencia respiratoria son complicaciones mayores. Entre otras neumonías, infecciones, neumotórax, hemoptisis, trastornos durante el sueño, hipertensión pulmonar, insuficiencia cardíaca o pulmonar, bronconeumonía y derrame pleural. (Brooks. 2012).

- ❖ Historia clínica

La evaluación de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.

- ❖ Interrogatorio

- ❖ Edad (Incidencia entre los 50 y 60 años).
- ❖ Ocupación (exposición al humo u otros contaminantes).
- ❖ Lugar de residencia (Los pacientes propensos a desarrollar enfermedades respiratorias son que viven en climas húmedos, o a la orilla del mar o ríos).

- ❖ Antecedentes familiares (Cáncer broncopulmonar, tuberculosis, entre otras).
- ❖ Antecedentes personales (Alimentación, tipo de preparación de alimentos, tabaquismo, enfermedades cardiovasculares, asma, alergias, sinusitis).
- ❖ Motivo de consulta: Evolución de los síntomas (Disnea, dolor torácico, tos, expectoración).
- ❖ Hospitalizaciones por trastornos respiratorios.
- ❖ Tratamientos farmacológicos.
- ❖ Estilo de vida.
- ❖ Hábitos tóxicos.

❖ Diagnóstico

- ❖ Pulsioximetría.
- ❖ Gasometría arterial.
- ❖ Tomografía computarizada de los pulmones.
- ❖ Espirómetro. Para explorar la obstrucción al flujo de aire.

❖ Tratamiento

- ❖ Reducción de riesgo (Dejar de fumar).
- ❖ Tratamiento para las exacerbaciones.
- ❖ Tratamiento farmacológico (Broncodilatadores, antagonista Beta, anticolinérgicos y nebulizadores).
- ❖ Oxigenoterapia.
- ❖ Ejercicio respiratorio.
- ❖ Rehabilitación pulmonar.

CAPÍTULO III

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Diseño de la investigación

La investigación al tener un enfoque cuantitativo tiene un diseño no experimental transversal.

El estudio se realizó con un enfoque cuantitativo ya que se utilizaron medidas antropométricas para calcular el IMC, así como la toma de presión arterial a fin de relacionar los estilos de vida con las enfermedades crónicas prevalente en el adulto mayor, utilizando un cuestionario estandarizados para la opinión de los participantes. Su alcance fue descriptivo correlacional y explicativo.

3.2 Población, sujetos o muestras

❖ Población

La población correspondió a 150 adultos mayores, miembros de la comunidad de San Carlitos, David, Chiriquí.

❖ Sujetos o muestra

Los sujetos están compuesto por 48 individuos de 60 años. Los criterios de inclusión estaban relacionados con que el adulto fuera mayor de 60 años con enfermedades crónicas no transmisibles. Los criterios de exclusión hacían referencia a adultos menores de 60 años

Cuadro N°4 Tipo muestra Estadística

N	Z	P	q	E
150	1.645	0.5	0.5	0.1
numerador	101.4759375			
denominador	1.49	0.67650625	2.16650625	
n=	48			

Fuente: información extraída del muestreo estadístico de Excel. diciembre 2019.

El muestreo fue por conveniencia no probabilístico donde $N= 150$ que es la población y se utilizó un nivel de confianza de 90% donde la Z equivale 1.645, al haber realizado la operación estadística como resultado 48 individuos para encuestar es la muestra para realizar la investigación. En la comunidad de San Carlitos.

3.3 Variables definición conceptual y operacional

Independiente: Estilo de vida.

Dependiente: Enfermedades crónicas.

❖ Definición conceptual y operacional de la variable independiente.

Definición conceptual

Estilo de vida: Los estilos de vida están determinados por procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar la calidad de vida.

Definición operacional

Para determinar el estilo de vida se emplearon medidas antropométricas, el cálculo del IMC, así como escalas de Likert a fin de conocer los hábitos alimenticios y conductas sociales de los individuos.

❖ Definición conceptual y operacional de la variable dependiente.

Definición conceptual

Enfermedades crónicas no transmisibles: son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Estas enfermedades representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la mala alimentación.

Definición operacional

La definición operacional de las enfermedades crónicas no transmisibles se realizó a través de un desglose dimensional de 16 ítems, plasmados en un cuestionario de encuestas y hoja de observación de campo dando respuesta a los objetivos específicos presentados al inicio de la investigación.

3.4 Instrumento, herramientas de recolección de datos, materiales y equipos

Para la recolección de datos se emplearon hojas de campo para los datos antropométricos y una escala de Likert y un cuestionario para obtener la información de la conducta social, alimenticia y cultural de los individuos (ver anexos, Índice c).

Los materiales y equipos empleados fueron: computadora, impresora, páginas blancas, cinta métrica, lápiz, esfigmomanómetro, pesa con capacidad para pesar 280 libras, graduadas en 2 libras.

Cuadro N° 5 Análisis de fiabilidad del instrumento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.978	16

Fuente: Información extraída del programa SPSS. Diciembre 2019.

Cuadro N° 6 Validez del Instrumento

Varianza total explicada				
Componente	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción	Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	82.217	8.396	52.476	52.476
2	92.415	6.390	39.938	92.415
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Fuente: Información extraída del programa de SPSS. Diciembre 2019.

En la validez del instrumento se utilizó el análisis factorial utilizando la varianza total explicada dando como resultado un porcentaje acumulado de 92.415 demostrando que el instrumento es válido para realizar la investigación.

3.5 Procedimiento

La investigación se realizó mediante los siguientes procedimientos detallados por fases.

- ❖ Primera fase: Como primer punto se realizó un estudio de factibilidad y viabilidad para reconocer la necesidad de la investigación. En esta primera fase se escogió el título de la investigación, se revisó la teoría para reconocer los estudios previos realizados a nivel nacional e internacional; se expresó la situación actual, luego se formuló la pregunta de investigación y se describieron los objetivos de dicho estudio.

- ❖ Segunda fase: en segundo lugar se realizó un análisis más acentuado de la investigación resaltando su correlación, importancia y valor teórico. En esta fase también se planteó la hipótesis y se identificaron las variables.

- ❖ Tercera fase: se desarrolló la teoría de manera operacional, sintetizando las opiniones, puntos de vista y juicios de los autores especializados en la variable estudiada.

- ❖ Cuarta fase: se realizó este estudio con el objetivo de realizar un marco metodológico identificado, el diseño, el tipo de estudio, según su enfoque y su alcance. Se el escenario la comunidad de San Carlitos, estudiando una población de 48 individuos, donde los participantes serán los adultos mayores de 60 años, con un tipo de muestra probabilística simple aleatoria. Se definieron las variables, tanto conceptual, como operacional, se redactaron las técnicas y los instrumentos de recolección de datos como la medición del peso se utilizó una balanza graduada en kilogramos. En las primeras horas del día, se le pidió a la persona que subiese a la balanza con la menor cantidad de ropa posible, y sin la presencia de calzados, se le indicó a la persona que mantuviese su cuerpo totalmente erecto. En la medición de la talla se utilizó una cinta métrica de material sintético, que permitió mantener recta la cinta. Se le pidió a la persona que mantuviese su cuerpo totalmente erecto, con su cabeza, glúteos y talones lo más cercanos posible a la pared y brazos extendido a los lados del cuerpo, donde se fijó la cinta métrica. Se orientó a la persona para que cursara tranquila durante la medición, con la cabeza en posición correcta y la mirada hacia el frente. Se utilizó una escuadra para marcar una línea perpendicular desde la cabeza hacia la cinta métrica. Para la obtención del IMC, se calculó la razón del peso en kilogramos entre la estatura en metros cuadrados. Este método fue útil para estimar la cantidad de grasa en el cuerpo que tienen los adultos estudiados en dicha investigación. Para determinar el estado nutricional se empleó la tabla de valoración del IMC de la OMS. Se empleó un esfigmomanómetro y estetoscopio marca Riester, para la medición de la presión arterial. Se le pidió al entrevistado tranquilidad y reposo, sentado con la espalda apoyada en el respaldo de la

silla y el brazo izquierdo descansando en una mesa, se palpó la arteria braquial, se colocó la campana del estetoscopio en el nivel de la arteria braquial para la auscultación luego se le colocó el esfigmomanómetro en la parte superior del brazo e insuflado en la arteria braquial, luego con la válvula de alivio de la bomba de insuflación la presión en el brazalete se liberó de manera gradual. El primer latido que se escuchó correspondió a la presión sistólica y la desaparición del latido a la presión diastólica. Los datos se anotaron en hojas de campo. Se empleó un cuestionario para obtención de datos como: Sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad, padecimiento de enfermedades. Se utilizó la escala de Likert para la recolección de datos sociales, culturales y alimenticios de los individuos. Se aclaró al individuo muestreado la importancia para la investigación de su honestidad al momento de responder las preguntas. El análisis estadístico se efectuó utilizando el programa SPSS. Posteriormente la recolección de estos datos será utilizada para extraer hallazgos encontrados, detallados en el análisis de resultados. Toda esta información permitirá comprobar la hipótesis, llegar a conclusiones acordes con los objetivos y sugerir recomendaciones para mejorar el estilo de vida.

CAPITULO IV

CAPITULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Dada la importancia, se presenta los resultados a continuación:

La población de estudio estuvo compuesta por los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, Corregimiento de San Carlos, Distrito de David, Provincia de Chiriquí, en la República de Panamá. Para dicha población de 150 adultos mayores, la muestra correspondió a 48 individuos de edad comprendida entre los 60 y 101 años. Para darle respuesta a los cuatros objetivos específicos redactados al inicio de esta investigación se lograron los siguiente resultados

A continuación, se presenta la distribución por género y edades, como características generales de la muestra en estudio.

4.1 Datos generales

Datos generales de la población seleccionada, se tomó en cuenta la edad y géneros de los adultos mayores de edades de 60 a 101 años cuyo resultado se muestran a continuación:

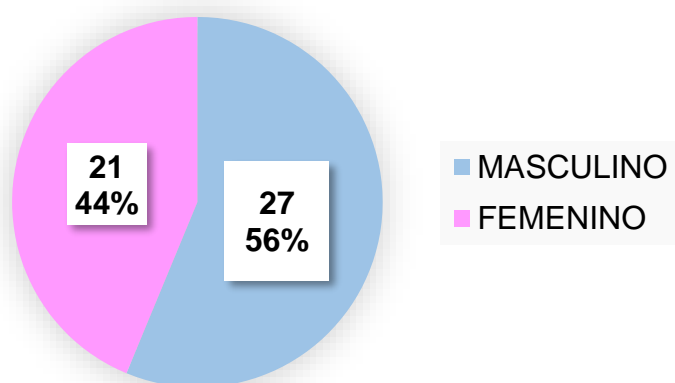
4.1.1 Distribución por edades

Cuadro N° 7. Distribución por género de los adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, 2019.

Género	Cantidad	Porcentaje
Masculino	27	56
Femenino	21	44
Total	48	100

Fuente: información extraída de encuesta realizada en la comunidad de San Carlitos, Diciembre, 2019.

Gráfica N°1. Distribución por género de los adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, 2019.



Fuente: Cuadro N° 7

Como se aprecia en la gráfica N° 1 en la comunidad de San Carlitos, existen más adultos mayores varones (56%) que adultos mayores mujeres (44%).

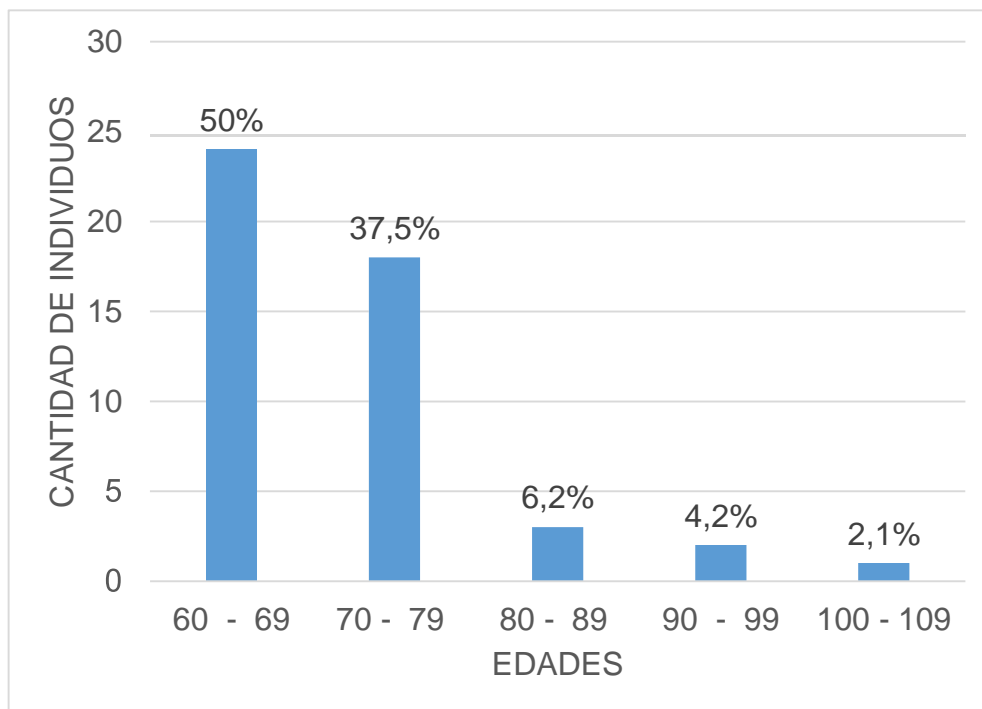
4.1.2 Edades

Cuadro N°8. Distribución de edades en adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, 2019.

Intervalos de Edades	Cantidad de Personas	Porcentaje
60 a 69	24	50
70 a 79	18	37,5
80 a 89	3	6,2
90 a 99	2	4,2
100 a 109	1	2,1
Total	48	100

Fuente: datos tomados de una encuesta realizada a adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, diciembre 2019.

Gráfica N° 2. Distribución de edades en adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, 2019.



Fuente: Cuadro N° 8, 2019

Como se aprecia en la gráfica N°2, los adultos mayores en la comunidad de San Carlitos se encuentran en la gran mayoría en el rango de edades de 60 a 69 años (50%) y 70 a 79 años (37,5%). Lo cual nos ubica próximo a la esperanza de vida del panameño. El más reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 2018, da cuenta de que Panamá tiene una expectativa de vida promedio de 78.4 años y solamente es superado en la región por Costa Rica, con 80.2 años, y Chile que tiene un promedio de vida de 79.9 años.

Puesto que el estado nutricional juega un papel muy importante en la salud de la población, se procedió a investigar el índice de masa corporal (IMC), a fin de cumplir con el objetivo de:

4.1.3 Índice de masa corporal

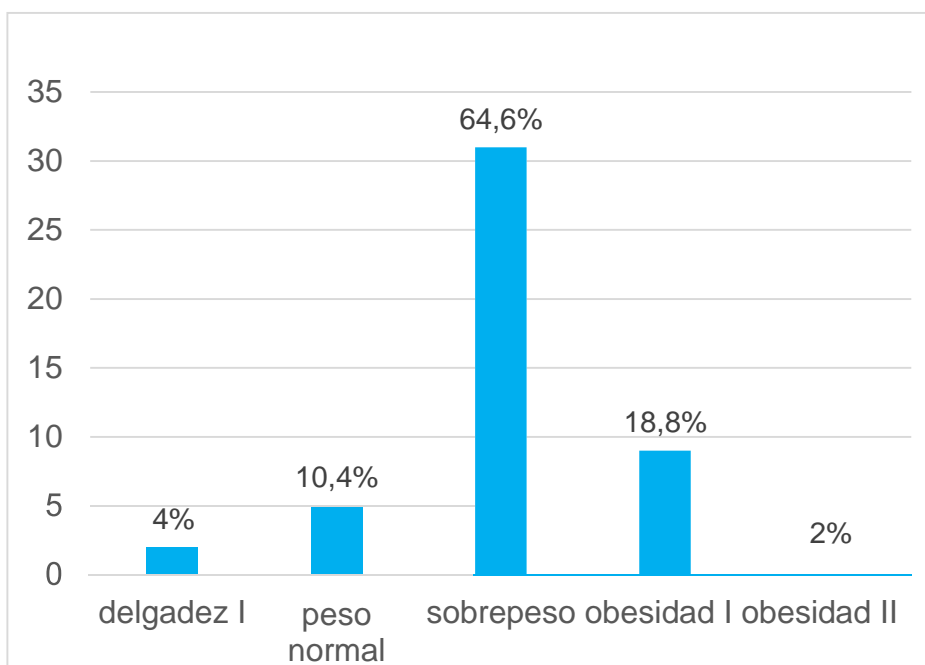
El índice de masa corporal (IMC), calculado en la muestra seleccionada. El siguiente cuadro se presenta el detalle de los resultados obtenidos del índice de masa corporal.

Cuadro N°9. Presenta los resultados obtenidos para el cálculo del índice de masa corporal en los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.

Categoría de IMC	Cantidad de individuos	Porcentaje
delgadez I	2	4
peso normal	5	10,4
Sobrepeso	31	64,6
obesidad I	9	18,8
obesidad II	1	2
TOTAL	48	100

Fuente: información extraída de mediciones antropométricas realizadas a adultos mayores de San Carlitos, diciembre de 2019.

Gráfica N° 3. Presenta los resultados obtenidos para el cálculo del índice de masa corporal en los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.



Fuente: Cuadro N° 9, 2019

En la gráfica N°3 se observa que el 64,6% de los individuos se encuentran en sobrepeso, seguido por el 18,8% en estado de obesidad tipo I, y un 2% en obesidad tipo II, si se toman estas 3 categorías en conjunto quiere decir que el 85,4% de los individuos se encuentran por arriba del peso ideal. En el peso normal o ideal se halla 10,4% de los individuos, y finalmente el 4% restante corresponden a la categoría delgadez tipo I. Tal como lo muestran estos resultados, según el Censo de Salud Preventiva se destaca que un 46 % por ciento de la población panameña, que supera los 40 años, padece algún grado de sobrepeso u obesidad. (Caja de Seguro Social. 2019).

El índice de masa corporal (IMC) es recomendado por la OMS y otras instituciones para definir obesidad y síndrome metabólico (SM). Estudios en adultos y niños

han demostrado aumento en la prevalencia de SM y en la agregación de factores de riesgo cardiovascular a medida que se incrementa el IMC. En esta investigación se pudo constatar que el 85% (Gráfica N°4) de los adultos mayores en esta comunidad padecen alguna ENT y paralelamente el 85,4% (Gráfica N°3) de los individuos se encuentran por arriba del peso ideal. A fin de determinar la prevalencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores de esta comunidad se planteó el siguiente objetivo:

4.1.4 Prevalencia de las enfermedades crónicas

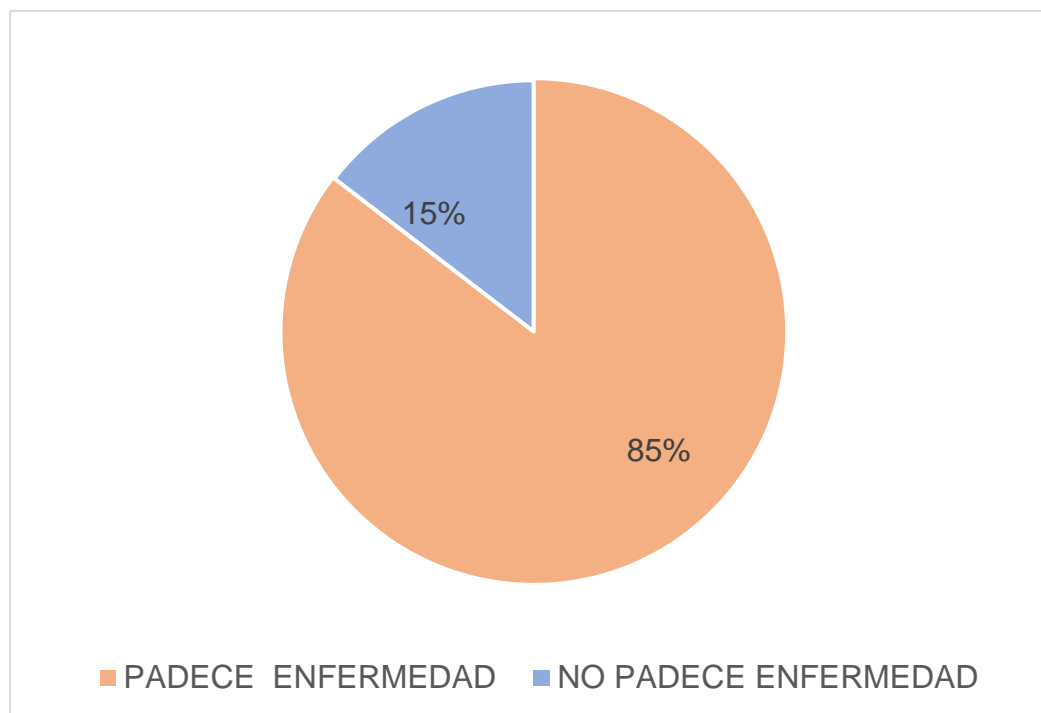
Los siguientes cuadros y gráficas muestran los resultados de la encuesta y las mediciones realizadas, con tal propósito..

Cuadro N°10. Adultos mayores con enfermedades crónicas en la comunidad de San Carlitos, 2019.

PADECE ENFERMEDAD	NO PADECE ENFERMEDAD	TOTAL
41	7	48

Fuente: datos tomados de una encuesta realizada a adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, diciembre 2019.

Gráfica N° 4. Adultos mayores con enfermedades crónicas en la comunidad de San Carlitos, 2019.



Fuente: Cuadro N° 10, 2019

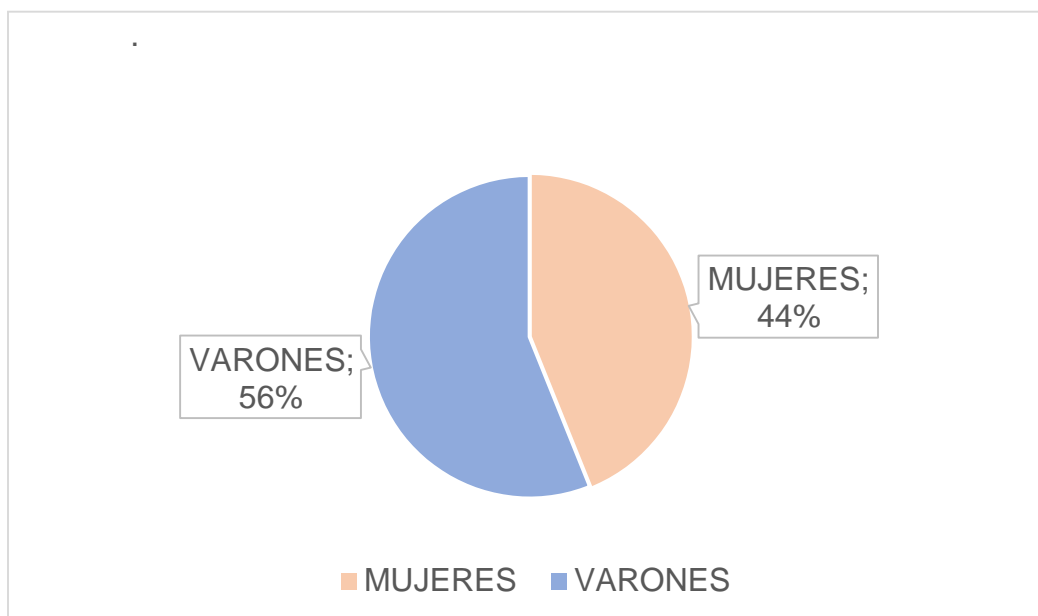
Como muestra la gráfica N°4, la mayor parte de los adultos mayores (85%) padecen de alguna enfermedad no transmisible o crónica, mientras que sólo un pequeño porcentaje (15%) no padecen de ENT. De acuerdo a la OMS, Las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. Panamá no escapa de esta realidad mundial.

Cuadro N°11. Adultos mayores por género con enfermedades crónicas en la comunidad de San Carlitos, 2019.

MUJERES	VARONES	TOTAL
18	23	41

Fuente: datos tomados de una encuesta realizada a adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, diciembre 2019.

Gráfica N° 5. Adultos mayores por género con enfermedades crónicas en la comunidad de San Carlitos, 2019.



Fuente: Cuadro N° 11, 2019

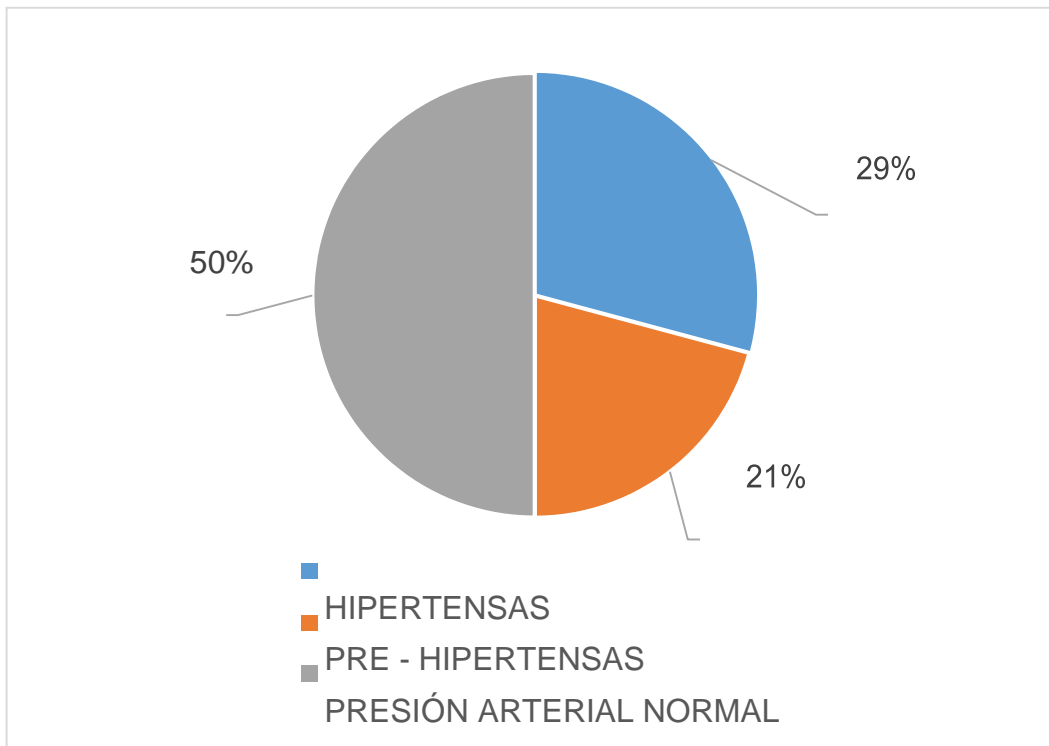
De la totalidad de adultos mayores que tienen algún padecimiento de ENT (Gráfica N°5), los varones se ven mayormente afectados (56%) que las damas (44%). Aunque para el 2016 la estadística nacional informó que la mayor proporción de muertes por ENT la presentan las mujeres con un 63% frente a un 52% de los hombres (Victoria, J. y Haughton. 2018).

Cuadro N°12. Estimación de la presión arterial en adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, 2019.

HIPERTENSAS	14
PRE – HIPERTENSAS	10
PRESIÓN ARTERIAL NORMAL	24

Fuente: información extraída de mediciones antropométricas realizadas a adultos mayores de San Carlitos, diciembre de 2019

Gráfica N° 6. Estimación de la presión arterial en adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, 2019.



Fuente: Cuadro N° 12, 2019

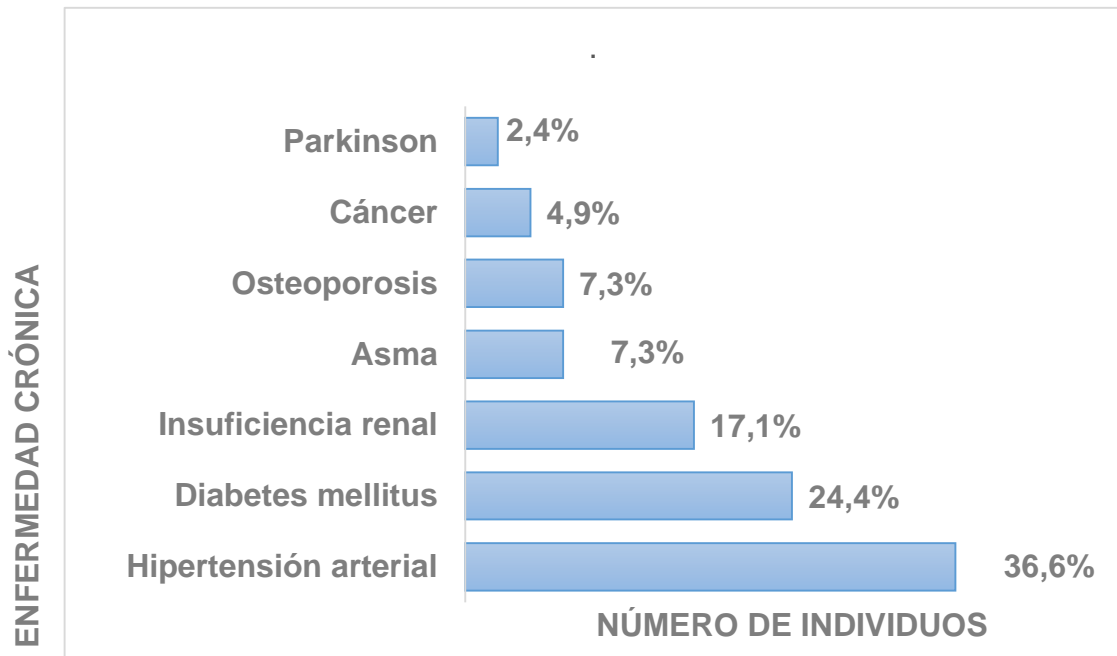
A pesar que una sola toma de presión arterial no es concluyente sobre dicho estado físico del individuo, se consideró a bien su medición, pues al compararlo con los resultados de la encuesta (Cuadro N°13), quince individuos afirmaron presentar hipertensión lo cual representa un 31% de la muestra, en la medición de la misma (Gráfica N°6) el 29% de los individuos tenían la presión alta al momento de la medición, lo cual evidencia una dolencia ya sea en la administración de la dieta alimenticia o de los medicamentos, o bien en el estilo de vida. Por otra parte, el 21% de los individuos cayó en el rango de prehipertensos, lo cual requiere un estudio más profundo. Esta situación es de particular importancia debido a que la prevalencia de HTA para las Américas es de 18% (OMS, 2018), sin embargo, resultó ser el doble en la población en estudio. También relaciona la HTA con accidentes cerebrovasculares, infartos, insuficiencia cardiovascular e insuficiencia renal.

Cuadro N°13. Prevalencia de enfermedades crónicas en adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, 2019.

Enfermedad	Cantidad de pacientes	Porcentaje
Hipertensión	15	36,6
Diabetes mellitus	10	24,4
Insuficiencia Renal	7	17,1
Asma	3	7,3
Osteoporosis	3	7,3
Cáncer	2	4,9
Parkinson	1	2,4
Total	41	100

Fuente: datos tomados de una encuesta realizada a adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, diciembre 2019.

Grafica N° 7. Prevalencia de enfermedades crónicas en adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, 2019.



Fuente: Cuadro N° 13, 2019

De los adultos que poseen ENT en la comunidad de San Carlitos (Gráfica N°7), el padecimiento que predomina es la hipertensión arterial (36%) seguido por la diabetes mellitus (24,4%), como tercer padecimiento se halla la insuficiencia renal (17,1%), asma y osteoporosis en menor grado, ambas con 7,3% y por último el cáncer con 4,9% y el Parkinson con 2,4%. De acuerdo a la OMS (2018), las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones). Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT.

El riesgo de padecer alguna enfermedad no transmisible, se acrecenta con la práctica de una dieta no saludable y de factores modificables. En esta vía, los cuadros y gráficas que siguen a continuación, persiguen el objetivo de:

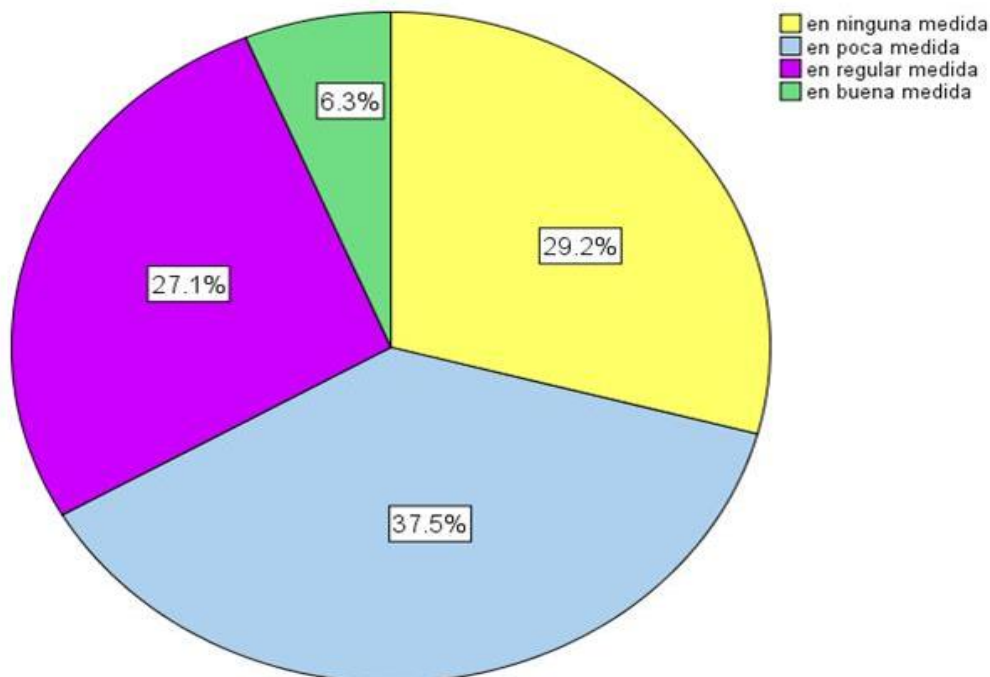
4.1.5 Evaluación del régimen alimenticio y los factores modificables en los adultos mayores

Cuadro N°14. Peso adecuado en adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.

Escala	Frecuencia	Porcentaje
En buena medida	3	6.3
En regular medida	13	27.1
En poca medida	18	37.5
En ninguna medida	14	29.2
Total	48	100.0

Fuente: datos tomados de una encuesta realizada a adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, diciembre 2019

Gráfica N°8. Peso adecuado en adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.



Fuente: Cuadro N° 14, 2019

Al ser encuestados los individuos el 37,5 % respondió que en poca medida mantiene el peso corporal mientras que el 29,2% aceptó que en ninguna medida mantiene el peso (Gráfica N°8). Tomado esto en conjunto quiere decir que el 66,7% de los individuos reconoce estar por arriba del peso ideal, sin embargo, al comparar esta respuesta con los datos antropométricos (Gráfica N°3), el 85,4% de los individuos está por arriba del peso ideal, lo cual significa que hay individuos que no reconocen o ignoran su estado de sobrepeso. Esto repercute negativamente en su salud y los coloca en riesgo de padecer enfermedades cardio metabólicas en futuro próximo.

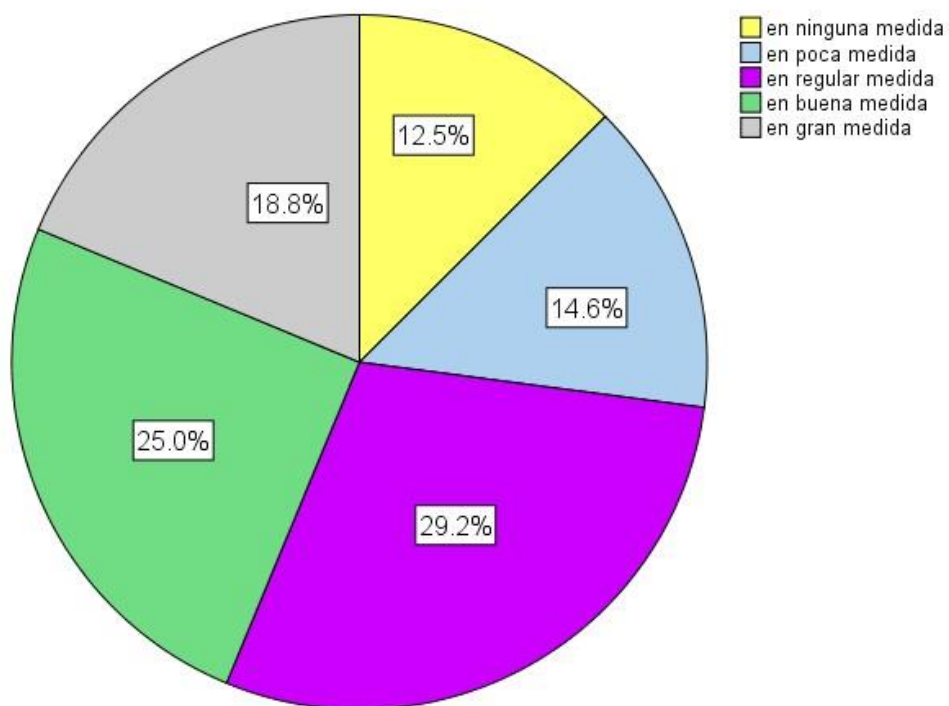
Por otra parte, el 6,3% de los individuos expresa mantener su peso en buena medida, lo cual es más cercano al 10,4% que mantienen un peso normal de acuerdo al cálculo del IMC (Gráfica N°3).

Cuadro N°15. Mantienen un horario de comidas que incluye desayuno de 6 a 8 a.m., el almuerzo de 11 a 1 p.m. y la cena de 5 a 7 p.m. los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.

Escala	Frecuencia	Porcentaje
en gran medida	9	18.8
en buena medida	12	25.0
en regular medida	14	29.2
en poca medida	7	14.6
en ninguna medida	6	12.5
Total	48	100.0

Fuente: datos tomados de una encuesta realizada a adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, diciembre 2019.

Gráfica N°9. Mantienen un horario de comidas que incluye desayuno de 6 a 8 a.m., el almuerzo de 11 a 1 p.m. y la cena de 5 a 7 p.m. Los adultos mayores de la comunidad de San carlitos, 2019.



Fuente: Cuadro N° 15, 2019

A la interrogante sobre si llevaban un horario de comidas recomendado (Gráfica N°9), sólo el 18% reconoció hacerlo, mientras que el 25% dijo hacerlo en buena medida; si se consideran ambos porcentajes encontramos que menos la mitad (43,8%) de los encuestados mantienen un horario correcto de comidas. Los encuestados reconocieron en un 14,6% tener un horario correcto de comidas en poca medida y el 12,5% en ninguna medida. Cerca de una tercera parte de los encuestados admitió llevar un horario de comidas de manera regular. Esto evidencia la falta de educación con relación a llevar un correcto horario de comidas y las consecuencias que esto puede tener para la salud.

Los estudios demuestran que, con la misma ingesta de alimentos, una persona que hace tres comidas al día mantiene su peso, mientras que el que la distribuye a lo largo de veinticuatro horas “va a tener un incremento de peso, una

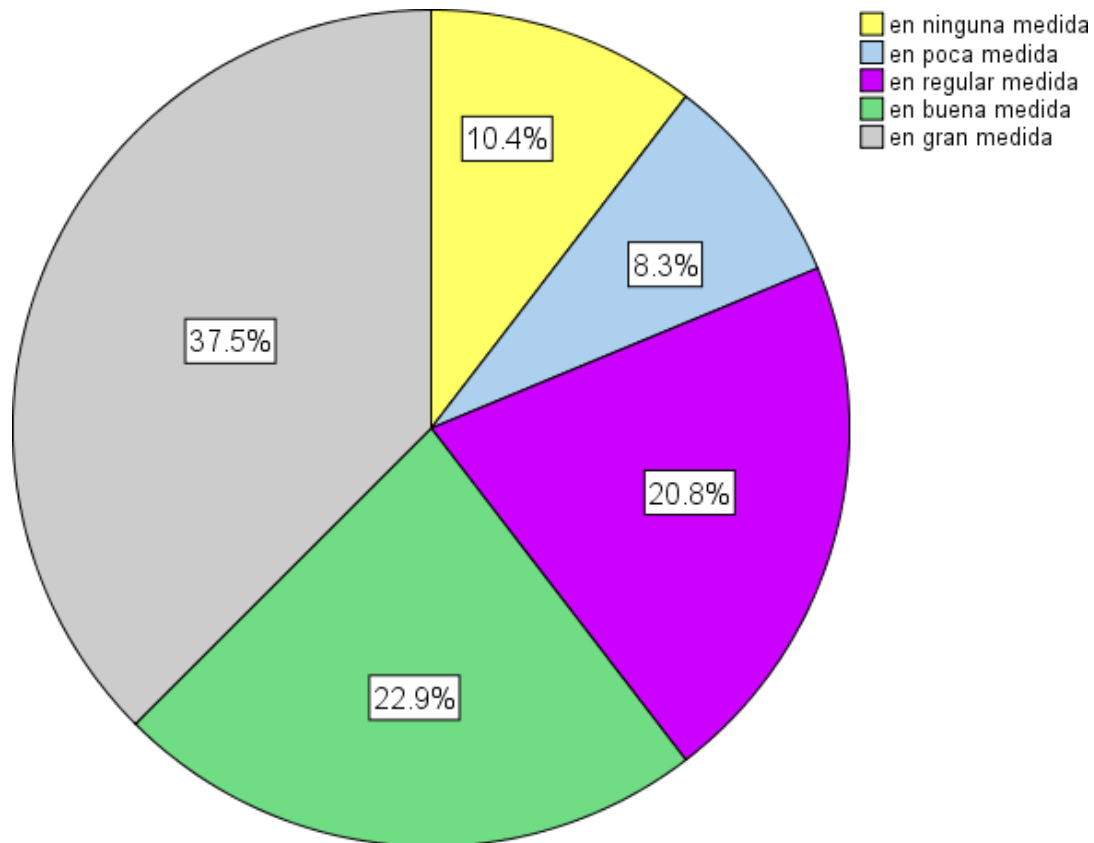
acumulación de grasa” porque le faltan esos “periodos” en los que el organismo “recupera la producción de enzimas” (Milán, M., 2015). Al parecer el no poseer un estricto horario de comidas puede estar influyendo en el sobrepeso de esta población.

Cuadro N°16. Ingesta de alimentos entre comidas de los adultos mayores en la comunidad de San carlitos, 2019.

Escala	Frecuencia	Porcentaje
en gran medida	18	37.5
en buena medida	11	22.9
en regular medida	10	20.8
en poca medida	4	8.3
en ninguna medida	5	10.4
Total	48	100.0

Fuente: datos tomados de una encuesta realizada a adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, diciembre 2019.

Gráfica N°10 . Ingesta de alimentos entre comidas de los adultos mayores en la comunidad de San carlitos, 2019.



Fuente: Cuadro N°16, 2019

De acuerdo a la gráfica N°10, la mayor parte de los individuos (37,5%) ingiere alimentos entre comidas mientras que otro porcentaje importante (22,9%) lo hace en buena medida. Si se toman estas dos categorías, el 60,4% de los encuestados ingiere alimentos entre comidas. Lo cual revela la incidencia en el sobrepeso, anteriormente discutido. Sólo un pequeño grupo (10%) no ingiere alimentos entre comidas mientras que otro tanto (8,3%) lo hace en poca medida. En este aspecto no se trata de no comer entre comidas sino de hacerlo saludablemente, como se menciona en un estudio publicado en *Advances in Nutrition*, el cual sugiere que comer refrigerios entre comidas tiene el potencial de promover la saciedad y suprimir el consumo excesivo en la comida posterior. Esta misma publicación

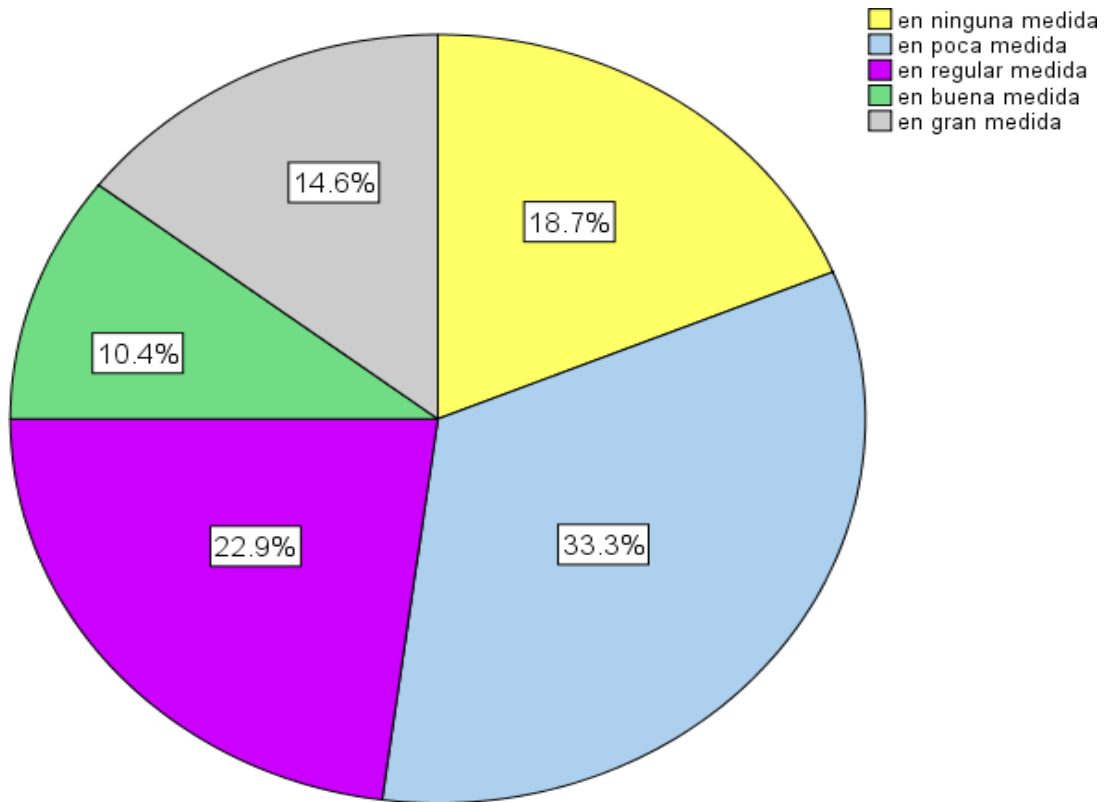
aconseja la ingesta de alimentos como: nueces, yogur y ciruelas pasas (Delgado, E.; 2020)

Cuadro N°17. En la dieta incluyen verduras hervidas los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.

Escala	Frecuencia	Porcentaje
en gran medida	7	14.6
en buena medida	5	10.4
en regular medida	11	22.9
en poca medida	16	33.3
en ninguna medida	9	18.8
Total	48	100.0

Fuente: datos tomados de una encuesta realizada a adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, diciembre 2019

Gráfica N°11. En la dieta incluyen verduras hervidas los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.



Fuente: Cuadro N°17, 2019

En el cuadro N°17 y gráfica N°11, se aprecia que los encuestados respondieron a la pregunta ¿Su dieta incluye verduras hervidas?, así: el 14,6% dijo hacerlo en gran medida y el 10,4% en buena medida. Al sumar estos dos datos se observa que sólo el 25% incluye adecuadamente verduras hervidas en su dieta. Por otro lado, el 35,4 % en poca medida incluye verduras hervidas mientras que el 18,8% no lo hace en ninguna medida, por lo que más de la mitad (54,2%) no están comiendo adecuadamente alimentos hervidos, lo cual es un indicio que posiblemente exista un abuso de los alimentos fritos.

Esto revela el desconocimiento sobre el valor de las verduras hervidas en la dieta como un aporte de fibra que ayuda a combatir problemas de estreñimiento, colabora para el adelgazamiento y así se evita el uso de grasas innecesarias e irritantes.

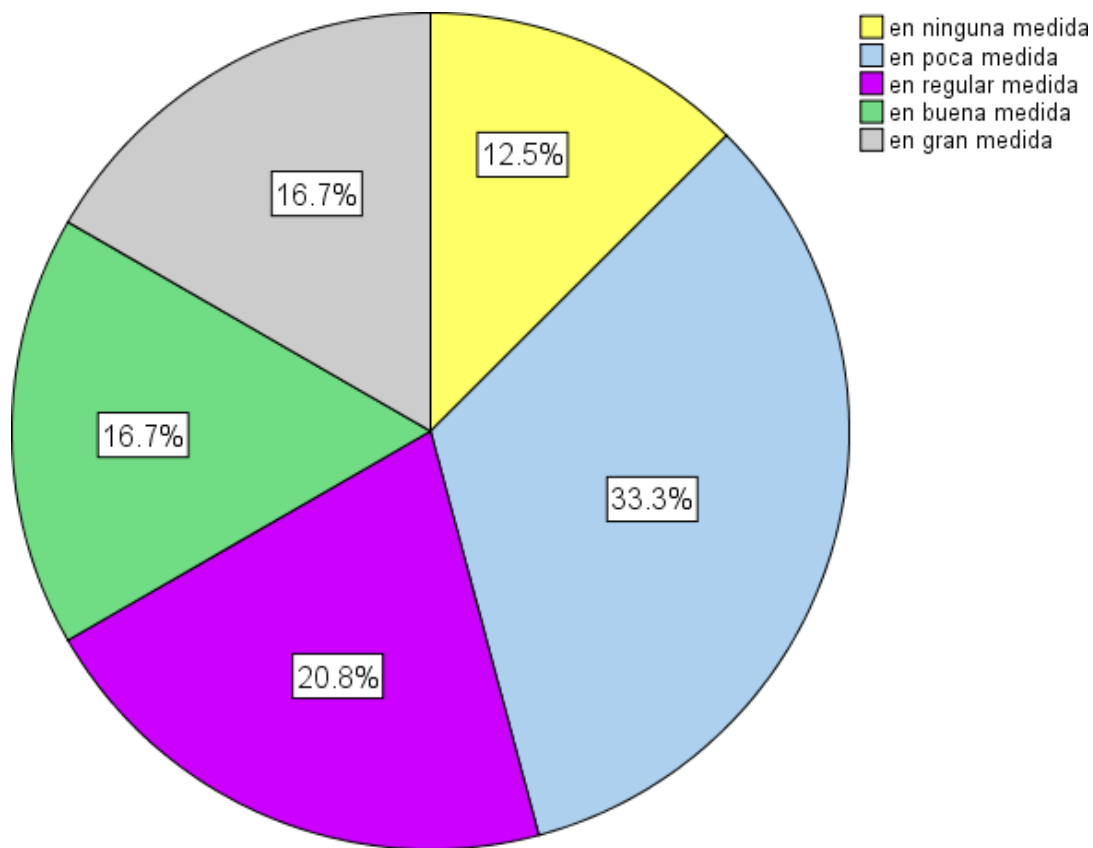
También puede ser un indicativo de la posible razón por la que los problemas de hipertensión arterial son la afectación número uno de las ENT en la población de adultos mayores de esta comunidad, pues si no se consumen verduras hervidas es muy probable que exista un abuso en los alimentos fritos.

Cuadro N°18. En la dieta incluyen frutas y vegetales los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.

Escala	Frecuencia	Porcentaje
en gran medida	8	16.7
en buena medida	8	16.7
en regular medida	10	20.8
en poca medida	16	33.3
en ninguna medida	6	12.5
Total	48	100.0

Fuente: datos tomados de una encuesta realizada a adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, diciembre 2019.

Gráfica N°12. En la dieta incluyen frutas y vegetales los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.



Fuente: Cuadro N° 18, 2019

Por otra parte, al ser encuestados por sobre si incluían en la dieta frutas y vegetales (Gráfica N°12), el 16,7% afirmó hacerlo en gran medida y otro tanto similar (16,7%) asintió llevarlo a cabo en buena medida. Lo cual indica que un tercio de los encuestados incluyen frutas y vegetales en la dieta. Sin embargo, el 45,8% casi que o no lo hace, pues el 33,3% lo hace en poca medida y el 12,5% no lo hace. Lo cual significa un desconocimiento de la importancia de las frutas y vegetales como fuente de minerales, vitaminas, fibras y principalmente de antioxidantes como agentes que previenen el cáncer.

Las frutas y verduras son componentes importantes de una dieta saludable. Un bajo consumo de frutas y verduras está asociado a una mala salud y a un mayor

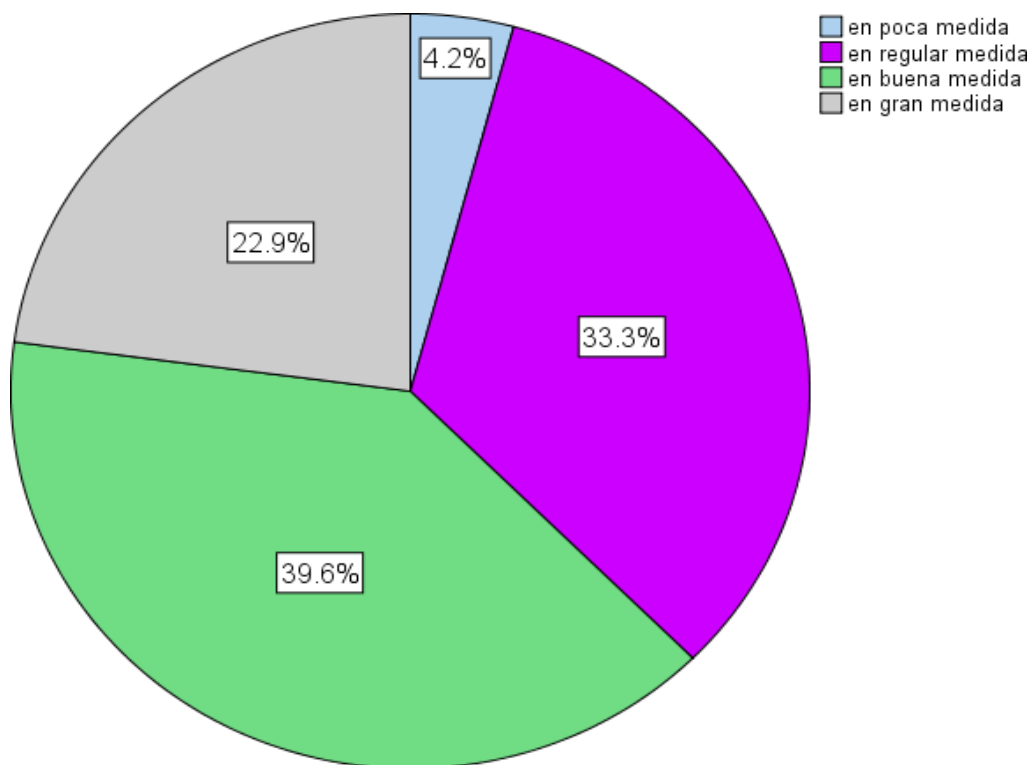
riesgo de enfermedades no transmisibles. Se estima que en 2017 unos 3,9 millones de muertes se debieron a un consumo inadecuado de frutas y verduras. (OMS. 2019).

Cuadro N°19. Consideran en su alimentación la ingesta de carnes los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.

Escala	Frecuencia	Porcentaje
en gran medida	11	22.9
en buena medida	19	39.6
en regular medida	16	33.3
en poca medida	2	4.2
Total	48	100.0

Fuente: datos tomados de una encuesta realizada a adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, diciembre 2019.

Gráfica N°13. Consideran en su alimentación la ingesta de carnes los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.



Fuente: Cuadro N°19, 2019

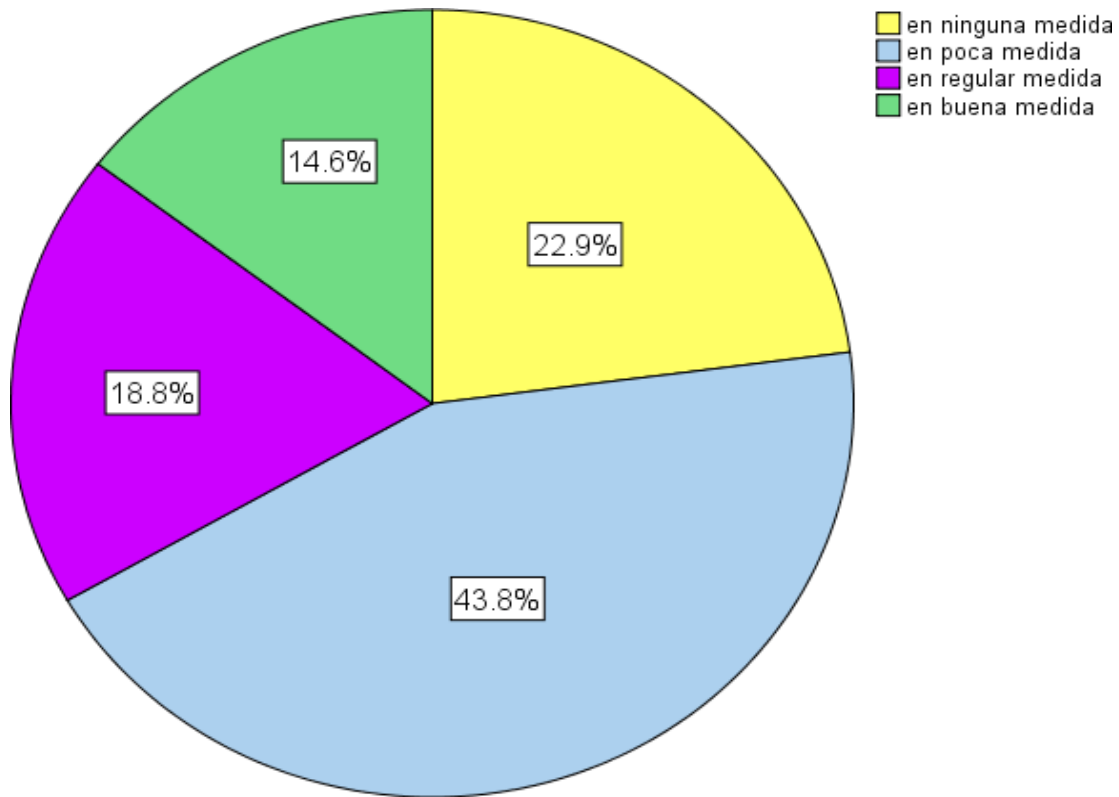
En cuanto a la ingesta de carnes en la dieta (Gráfica N°13) una buena cantidad (39,6%) afirmó hacerlo en buena medida mientras que otro tanto (22,9%) lo hace en gran medida; por lo que en conjunto dos terceras partes (62,5%) incluye abundante carne en su dieta alimenticia. Esta es una posible razón del alto número de hipertensos en la población de adultos mayores de esta comunidad debido a la ingesta de grasas que conlleva el consumo de carnes, así como en los problemas de sobrepeso en un 85,4% (gráfica N°3). Por otra parte, el 33,3% dice ingerir carne en regular medida y un 4,2% en poca medida. Esto indica que la principal fuente de proteína es de origen animal. No obstante, muchas de las recomendaciones de salud aconsejan a las personas limitar el consumo de carne procesada y carne roja, que están vinculados a un mayor riesgo de muerte por enfermedades del corazón, diabetes y otras enfermedades (OMS, 2015).

Cuadro N°20. Consumen alimentos con alto contenido de azúcar los adultos mayores de la comunidad San Carlitos, 2019.

Escala	Frecuencia	Porcentaje
en buena medida	7	14.6
en regular medida	9	18.8
en poca medida	21	43.8
en ninguna medida	11	22.9
Total	48	100.0

Fuente: datos tomados de una encuesta realizada a adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, diciembre 2019.

Gráfica N°14. Consumen alimentos con alto contenido de azúcar los adultos mayores de la comunidad San Carlitos, 2019.



Fuente: Cuadro N° 20, 2019

En cuanto a la ingesta de alimentos con alto contenido de azúcar como chocolates, dulces, helados y otros, (Gráfica N°14), el 43,8 % respondió hacerlo en poca medida y el 22,9 % en ninguna medida, lo cual es bueno considerando que la diabetes mellitus fue la tercera de las ENT prevalentes en este grupo investigado. Sin embargo, un 14,6% sigue consumiendo en gran medida estos alimentos que a la postre afectarán su salud, así como un 18,8% que lo hace en regular medida.

Estas situaciones pueden radicar en la falta de buena información en cuanto a qué alimentos consumir y de qué forma para que sean más saludables al cuerpo. La

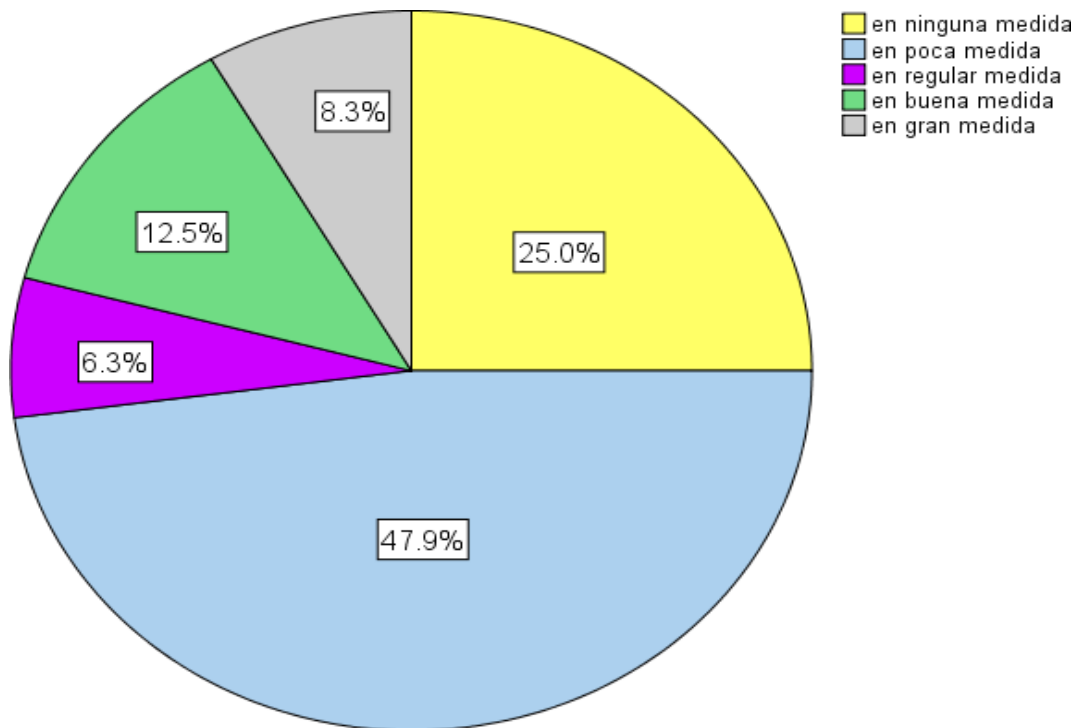
OMS (2016), recomienda” consumir una dieta saludable, que evite el azúcar y las grasas saturadas, a fin de prevenir la diabetes”.

Cuadro N°21. Ingieren alimentos con colorantes y aditivos artificiales los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.

Escala	Frecuencia	Porcentaje
en gran medida	4	8.3
en buena medida	6	12.5
en regular medida	3	6.3
en poca medida	23	47.9
en ninguna medida	12	25.0
Total	48	100.0

Fuente: datos tomados de una encuesta realizada a adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, diciembre 2019.

Gráfica N°15. Ingieren alimentos con colorantes y aditivos artificiales los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.



Fuente: Cuadro N° 21, 2019.

La gráfica N°15 muestra los resultados a la pregunta si los encuestados consumían comida chatarra, es decir con colorantes y aditivos artificiales. Aproximadamente la mitad de los encuestados (47,9%) participa en poca medida de su consumo mientras que una cuarta parte (25%) no lo hace en ninguna medida. Sin embargo, el 8,3% afirma usar alimentos chatarras en gran medida y el 12,5% en buena medida, lo cual hace un porcentaje de 20,8% de adultos mayores que no están cuidando su cuerpo al consumir este tipo de productos.

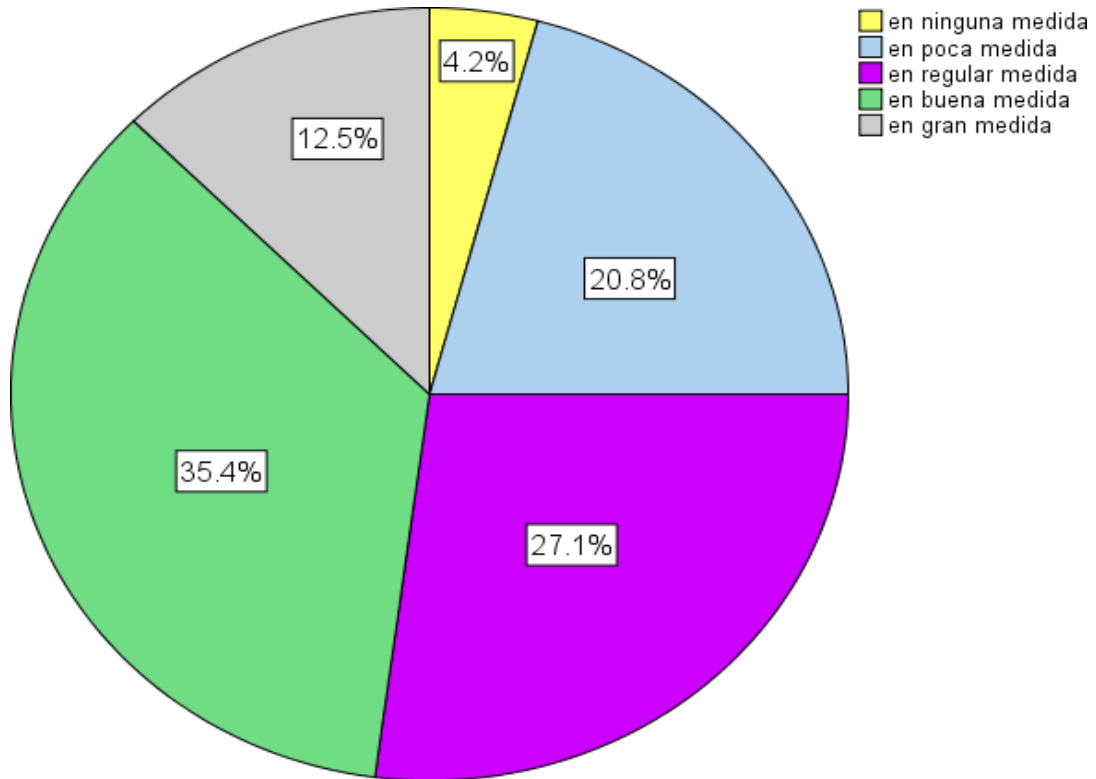
Pese a que los colorantes artificiales han sido relacionados con posibles afectaciones en casos de cáncer, migrañas, asma, crisis alérgicas, problema con la tiroides y más, una gran parte de la población continúa su uso, ya sea por ignorancia o descuido. Según el Dr. Gonzalo Martín Peña, jefe de la Unidad de Endocrinología, Diabetes y Nutrición del Hospital Ruber Juan Bravo, "se considera comida basura a alimentos cocinados, precocinados o elaborados, que contienen por peso del producto, mucha sal, grasas saturada, grasa hidrogenada, azúcar, harinas o féculas e incluso sacarina". Señala también que contribuye a la aparición de obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares. (Martín. 2018).

Cuadro N°22. Mantienen la Ingesta diaria de ocho o más vasos de agua los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.

Escala	Frecuencia	Porcentaje
en gran medida	6	12.5
en buena medida	17	35.4
en regular medida	13	27.1
en poca medida	10	20.8
en ninguna medida	2	4.2
Total	48	100.0

Fuente: datos tomados de una encuesta realizada a adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, diciembre 2019.

Gráfica N° 16. Mantienen la Ingesta diaria de ocho o más vasos de agua los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.



Fuente: Cuadro N° 22, 2019

En cuanto a la ingesta de agua (Gráfica N°16) el 35,4% aseveró tomar agua en buena medida y el 12,5% en gran medida, lo que en conjunto brinda información que sólo el 47,9% de los encuestados está tomando la cantidad de agua adecuada, lo cual puede relacionarse con la prevalencia de deficiencia renal en esta población de adultos mayores (gráfica N°7). En esta misma vía el 20,8% toma agua en poca medida y sorprendentemente u 4,2% en ninguna medida. El 27,1% toma agua en una medida regular.

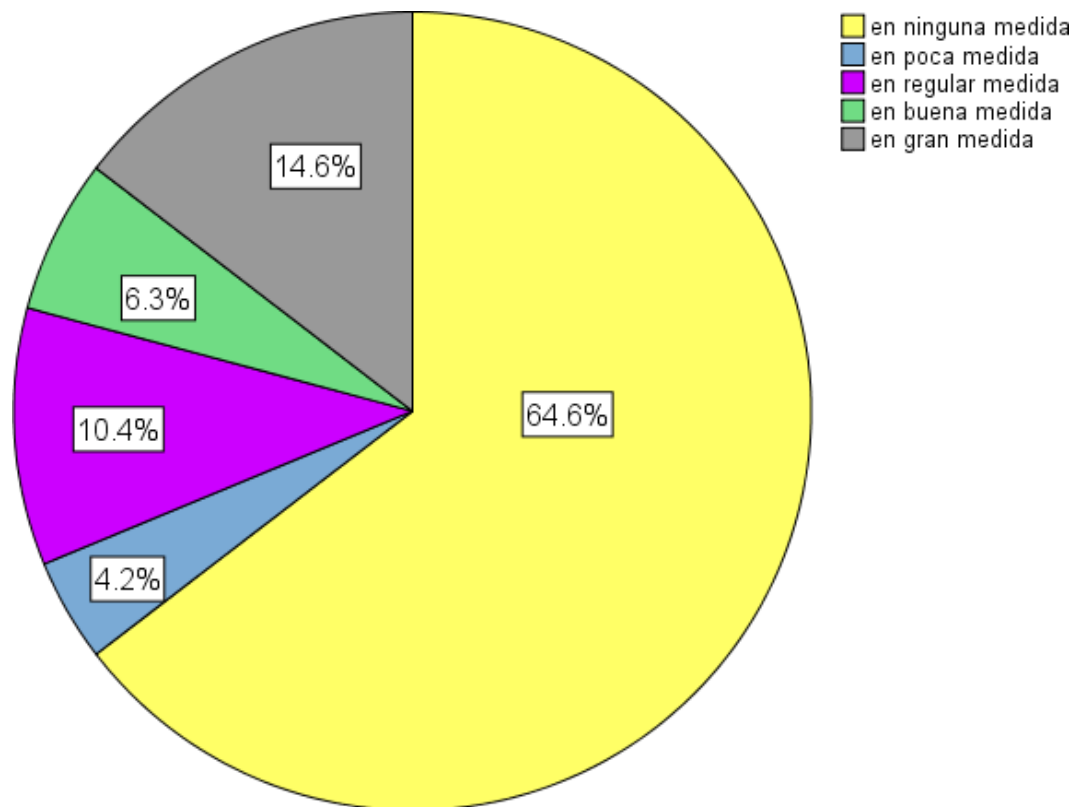
Esto revela que la población desconoce la importancia del agua en el cuerpo para las diversas funciones fisiológicas y para evitar muchas enfermedades, por lo que la falta de ingesta de agua puede ser la causa que origina enfermedades o contribuye a que las condiciones de salud desmejoren.

Cuadro N°23. Toman bebidas alcohólicas los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.

Escala	Frecuencia	Porcentaje
en gran medida	7	14.6
en buena medida	3	6.3
en regular medida	5	10.4
en poca medida	2	4.2
en ninguna medida	31	64.6
Total	48	100.0

Fuente: datos tomados de una encuesta realizada a adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, diciembre 2019.

Gráfica N° 17. Toman bebidas alcohólicas los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.



Fuente: Cuadro N° 23, 2019

A la pregunta sobre si ingería bebidas fermentadas de cualquier tipo (Gráfica N°17), el 64,6% no las ingiere en ninguna medida, lo cual es muy positivo. No obstante, el 14,6% lo consume en gran medida y un 6,3% en buena medida, lo que en conjunto hace un 20,9% de personas adultos mayores que consumen bebidas alcohólicas de forma frecuente, lo cual es de cuidado puesto que el 85% de la población padece de alguna ENT e igual porcentaje presenta problemas de sobrepeso. Por otro lado, el 10,4% admitió consumir este tipo de bebidas en regular medida.

Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos. (OMS. 2018).

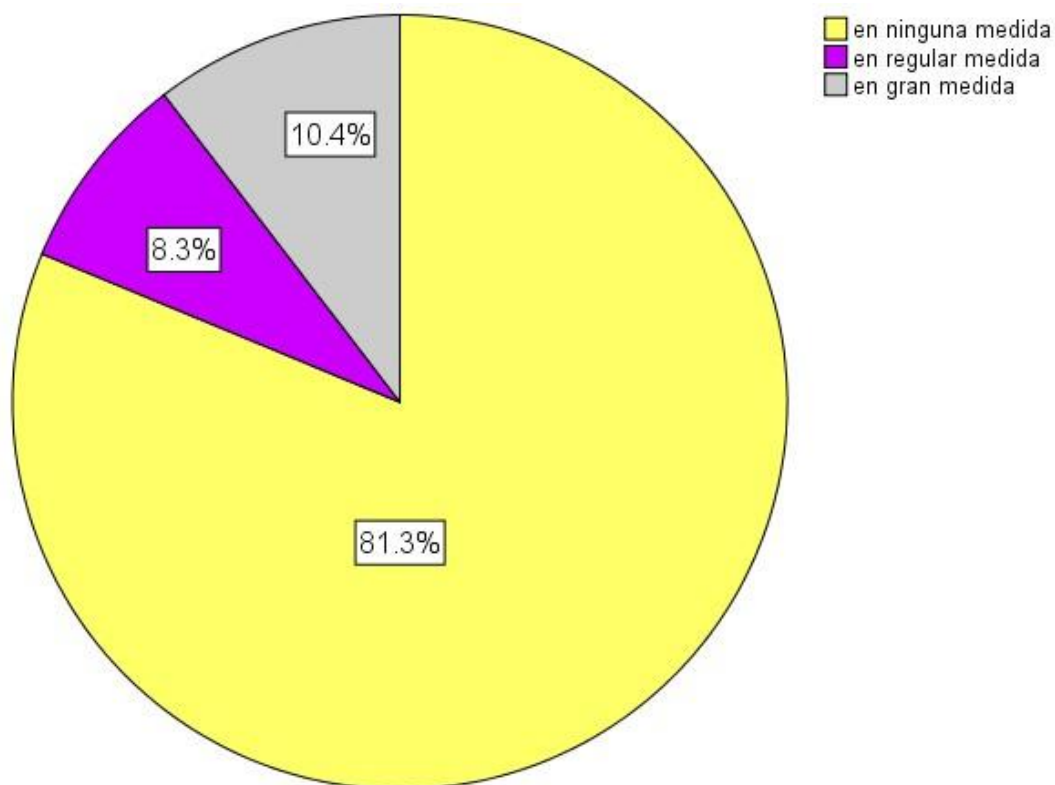
A diferencia del consumo de carnes en exceso o comida chatarra, la ingesta de bebidas alcohólicas, antes que por desconocimiento de sus efectos dañinos tiene otro componente que es el factor adictivo que crean estas sustancias, convirtiendo a las personas en dependientes diarios o adictos de fin de semana, por lo que se requiere de programas de rehabilitación en este aspecto.

Cuadro N°24. Emplean tabaco los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.

Escala	Frecuencia	Porcentaje
en gran medida	5	10.4
en regular medida	4	8.3
en ninguna medida	39	81.3
Total	48	100.0

Fuente: datos tomados de una encuesta realizada a adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, diciembre 2019.

Gráfica N°18. Emplean tabaco los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.



Fuente: Cuadro N°24, 2019

De manera similar, en la gráfica N°18, se aborda la pregunta sobre el consumo de tabaco y sus derivados. Aunque la gran mayoría (81,3%) no usa ningún tipo de tabaco en ninguna de sus formas, si existe una minoría (10,4%) que menoscaba su salud al usar en gran medida estas sustancias. Una pequeña parte (8,3%) admite usar en regular medida tabaco o sus derivados.

Al igual que con las bebidas, por su carácter adictivo las personas que las consumen no se les hace fácil abandonar su uso, aunque reconozcan el daño que les hace, por lo que requieren de ayuda profesional.

Los estudios demuestran que pocas personas conocen los riesgos para la salud que entraña el consumo de tabaco. Por ejemplo, de acuerdo con los resultados de la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Adultos realizada en China en 2015, solo el 26,6% de la población adulta de ese país sabe que el tabaco causa cáncer

de pulmón, cardiopatías y accidentes cerebrales vasculares. La mayoría de los fumadores que conocen los peligros del tabaco desean dejarlo. El asesoramiento y la medicación pueden duplicar con creces la probabilidad de que lo consigan. (OMS. 2019). Solo 23 países, que representan el 32% de la población mundial, disponen de servicios integrales que sufragan completa o parcialmente el costo de abandonar este hábito. (OMS. 2019).

El estilo de vida es importante al momento de investigar ENT, por lo que adicional a los cuadros anteriores, los cuadros y gráficas a continuación, reflejan los resultados a las investigaciones hechas para alcanzar el objetivo de:

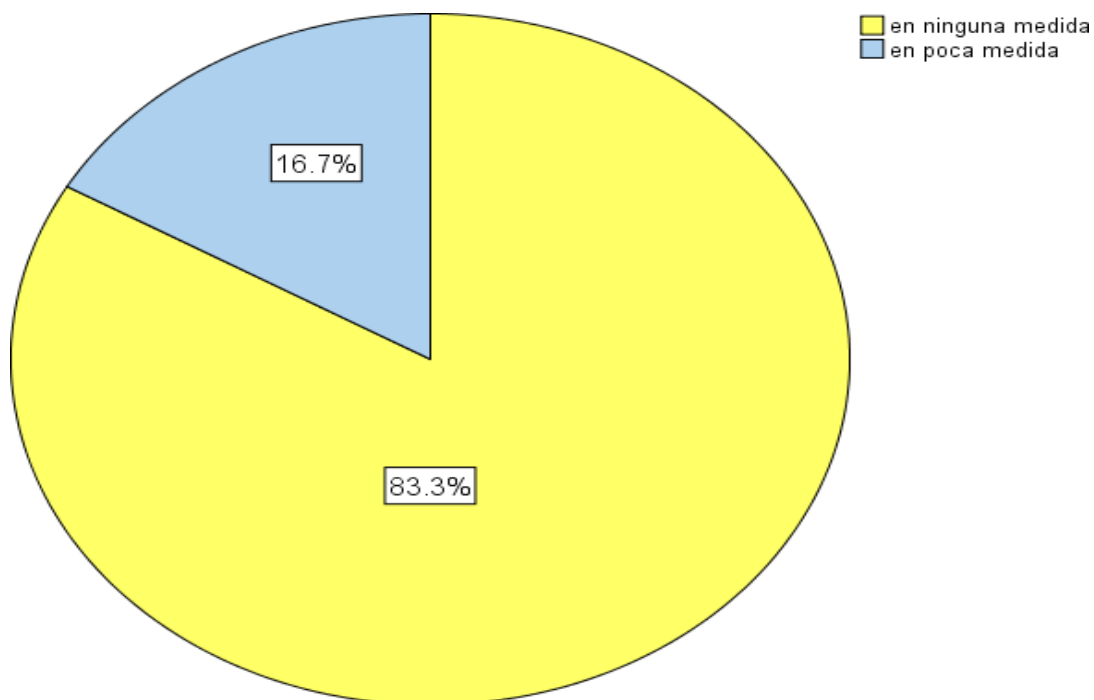
4.1.6 Relacionar el estilo de vida con la tasa de prevalencia de enfermedad crónica

Cuadro N°25. Participan de eventos recreativos los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.

Escala	Frecuencia	Porcentaje
en poca medida	8	16.7
en ninguna medida	40	83.3
Total	48	100.0

Fuente: datos tomados de una encuesta realizada a adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, diciembre 2019.

Gráfica N°19. Participan de eventos recreativos los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.



Fuente: Cuadro N°25, 2019

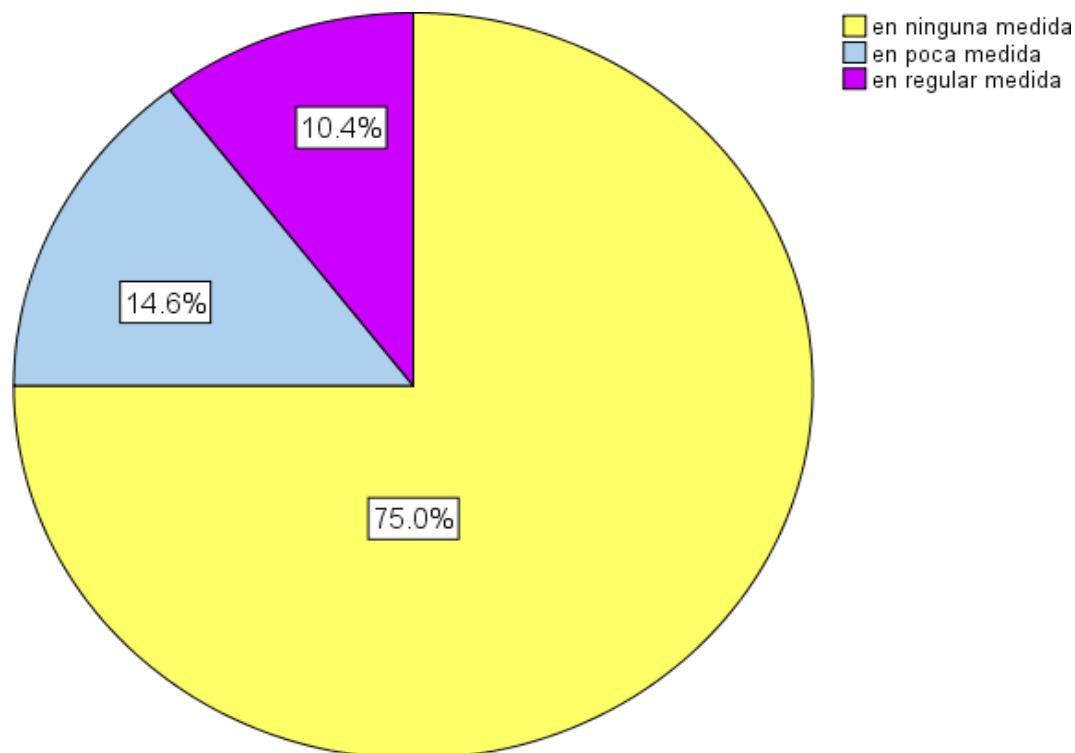
En cuanto a si participaban en actividades recreativas, la gráfica N°19 deja ver una triste realidad, el 83,3% de los adultos mayores no participa en actividades recreativas y el restante 16,7% lo hace en poca medida.

Cuadro N°26. Realizan ejercicios físicos diariamente los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.

Escala	Frecuencia	Porcentaje
en regular medida	5	10.4
en poca medida	7	14.6
en ninguna medida	36	75.0
Total	48	100.0

Fuente: datos tomados de una encuesta realizada a adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, diciembre 2019.

Gráfica N° 20. Realizan ejercicios físicos diariamente los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.



Fuente: Cuadro N°26, 2019

Similarmente en la gráfica N°20, se muestran los resultados a la consulta si participaban en ejercicio diario al menos 30 minutos, y paralelamente el 75% admitió que, en ninguna manera, el 14,6% en poca medida y el restante 10,4% en regular medida.

Ambas situaciones antes descritas son muy perjudiciales porque revelan el grado de sedentarismo de esta población de adultos mayores, que con justa razón presenta un 85% de sobrepeso y obesidad y el 85% de alguna enfermedades crónicas no transmisibles.

De acuerdo a la OMS, la inactividad física es uno de los principales factores de riesgo de mortalidad a nivel mundial. La inactividad física es uno de los principales factores de riesgo de padecer enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes.

Por lo que es necesario educar a la población y elaborar programas que conlleven a los adultos mayores a ejercitarse.

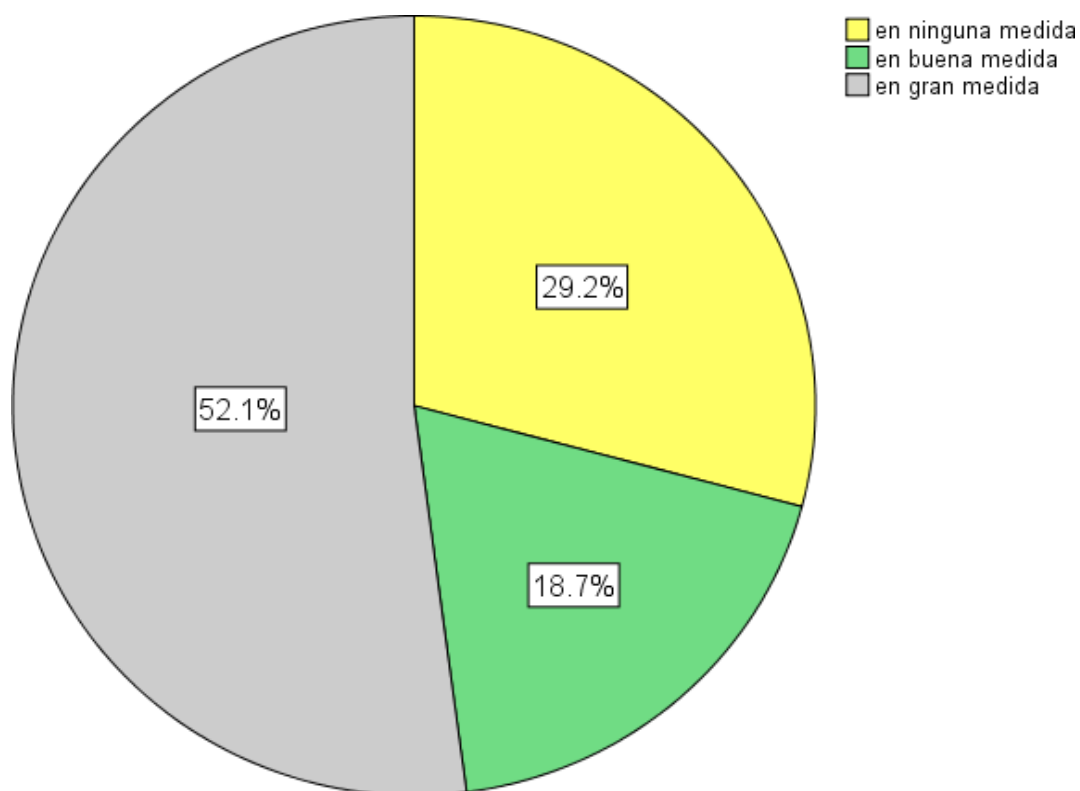
La OMS (2020), recomienda que los adultos de 65 en adelante dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas, con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y funcional, y de reducir el riesgo de ENT, depresión y deterioro cognitivo.

Cuadro N°27. Frecuencia de toma de medicamentos en los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.

Escala	Frecuencia	Porcentaje
en gran medida	25	52.1
en buena medida	9	18.8
en ninguna medida	14	29.2
Total	48	100.0

Fuente: datos tomados de una encuesta realizada a adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, diciembre 2019.

Gráfica N°21. Frecuencia de toma de medicamentos en los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.



Fuente: Cuadro N°27, 2019

A la pregunta, si tiene prescripción médica de medicamentos con cuánta frecuencia los toma, la gráfica N°21 revela que la gran mayoría se toma sus medicamentos oportunamente, el 52,1% se los toma en gran medida, mientras que el 18,8% lo hace en buena medida, lo que en conjunto hace un 70,9% de efectividad en la toma de sus medicamentos; paradójicamente el restante queda en el otro extremo, pues el 29,2% admite no tomar sus medicamentos en ninguna manera. Esto último es perjudicial puesto que además de perderse medicamentos que han sido recetados, su salud se deteriora lentamente, aunque ellos no lo perciben. Parte de esta reacción se debe al mito que los medicamentos perjudican más la salud y de allí la renuencia a tomarlos, más aún cuando son sus familiares

los que le han llevado al control médico, muchas veces con la renuencia de ellos mismos.

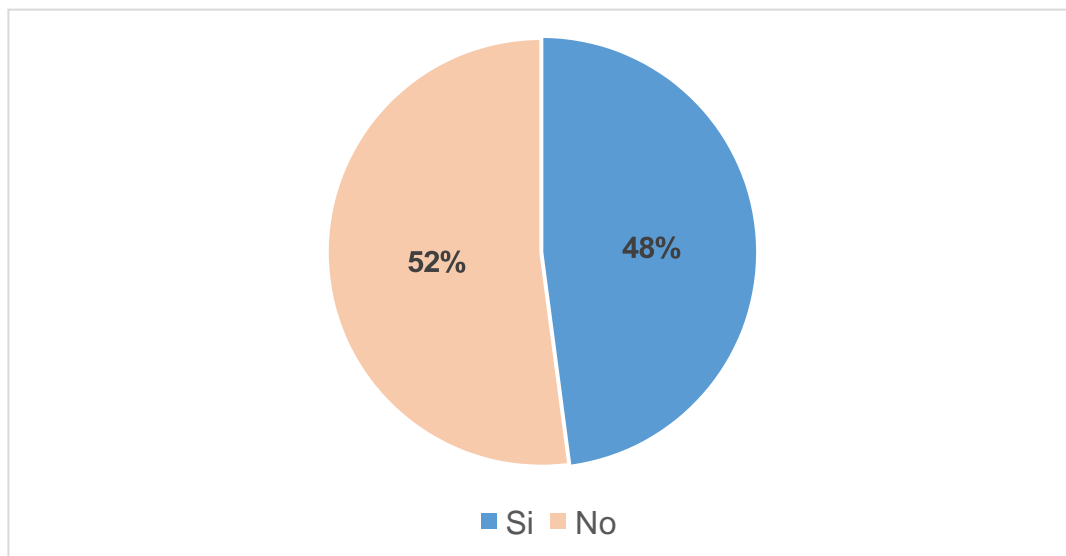
Por otra parte, se observa que estos individuos no llevan un estilo de vida saludable, no realizan ejercicios, no se alimentan bien, no toman suficiente agua, no obstante, se toman sus medicamentos, la gran mayoría, procurando restablecer o mantener la salud, pero no comprenden que los medicamentos por sí solos no cumplen el cometido.

Cuadro N°28. Control médico de los adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, 2019.

Si	No	TOTAL
23	25	48

Fuente: datos tomados de una encuesta realizada a adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, diciembre 2019.

Gráfica N° 22 . Control médico de los adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, 2019.



Fuente: Cuadro N° 28, 2019

En la gráfica N°22, en la misma vía de lo discutido, el 48 % de los encuestados admite llevar un control médico, mientras que el 52 % no.

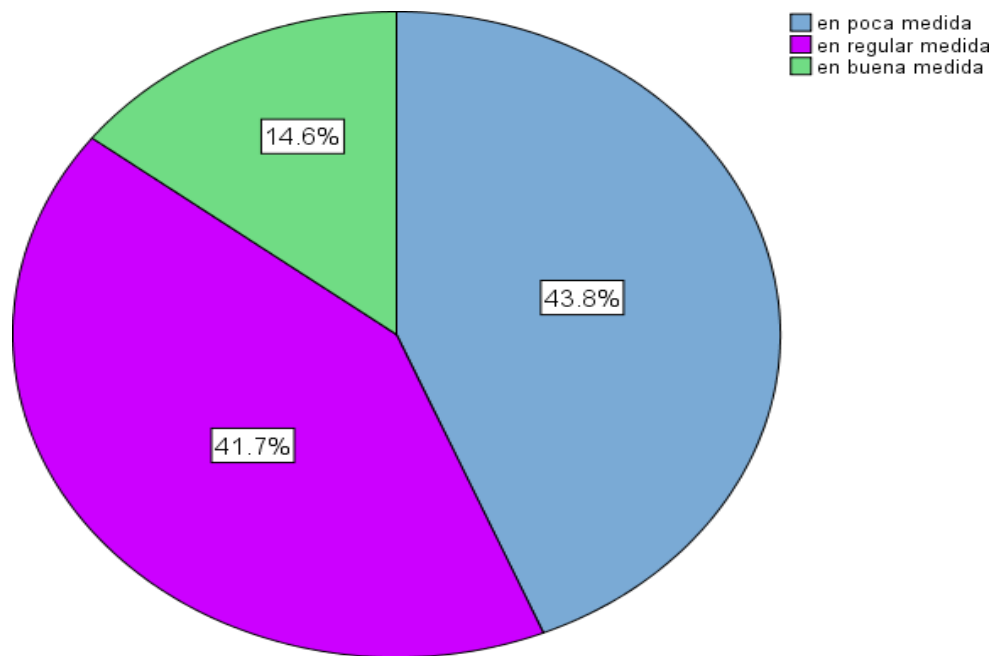
Cabe resaltar que el 29,2% señaló no tomar medicamentos y el 52% no llevar un control médico, sin embargo, el 85% sufre de alguna enfermedad crónica , lo cual lleva a pensar que fueron diagnosticados en algún momento, pero casi el 19% abandonaron su seguimiento médico, lo cual les traerá graves consecuencias de salud.

Cuadro N°29 Frecuencia de la toma de la presión arterial de los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.

Escala	Frecuencia	Porcentaje
en buena medida	7	14.6
en regular medida	20	41.7
en poca medida	21	43.8
Total	48	100.0

Fuente: datos tomados de una encuesta realizada a adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, diciembre 2019.

Gráfica N°23. Frecuencia de la toma de la presión arterial de los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.



Fuente: Cuadro N°29, 2019

A pesar que la hipertensión arterial fue la principal ENT que se observó en este grupo de adultos mayores, (Gráfica N°7) con un 36,6%, sólo el 14,6% de los encuestados se toman la presión arterial en buena medida (Gráfica N°23). Un 41,7% dice tomarse la presión regularmente y un porcentaje muy alto 43,8% lo hace en poca medida, lo cual es un riesgo alto considerando los hábitos alimenticios y vida sedentaria que lleva este grupo investigado. Según la OMS (2019), entre los factores de riesgo modificables figuran las dietas malsanas (consumo excesivo de sal, dietas ricas en grasas saturadas y grasas *trans* e ingesta insuficiente de frutas y verduras), la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol, y el sobrepeso o la obesidad, factores que en su mayoría estuvieron presentes en los individuos investigados.

Cuadro N°30. Comprobación de hipótesis.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	63.360	6	.000
Razón de verosimilitudes	72.295	6	.000
Asociación lineal por lineal	33.196	1	.000
N de casos válidos	48		

Fuente: Datos extraídos del programa SPSS Statistics 20. diciembre 2019.

Para la correlación de las variables se utilizó como ítem de correlación de la variable independiente: Estilo de vida con el ítem de la variable dependiente: enfermedades crónicas usando como medida no paramétrica la significancia asintótica del Chi Cuadrado de Pearson, dando como resultados .000 demostrando que existe relación entre ambas variables. De esta manera se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación que establece que: existe relación entre el estilo de vida y las enfermedades crónicas.

CONCLUSIÓN

La presente investigación se realizó con el propósito de determinar la relación existente entre el estilo de vida y la prevalencia de ENT en los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, luego de hechos los análisis correspondientes, se puede decir que:

- ❖ El IMC de la población indica que los individuos están en sobrepeso y obesidad.
- ❖ Las ENT que prevalecen en la comunidad son en orden de mayor a menor: hipertensión arterial (36,6%), diabetes mellitus (24,4%) e insuficiencia renal (17,1%).
- ❖ El régimen alimenticio de la población de adultos mayores incluye muy pocas verduras hervidas al igual sucede con el consumo de vegetales y frutas. También consumen poca agua y a cambio poseen una dieta alta en proteínas de origen animal. Existe entre los encuestados un consumo en buena y gran medida (20%) de bebidas alcohólicas e igual cantidad de consumo para comida con colorantes y aditivos artificiales. El 10% consume tabaco o sus derivados en buena o gran medida.
- ❖ En el estilo de vida se conoció que más del 80% de la población de adultos mayores no realiza ninguna actividad recreativa ni ejercicios, por lo que llevan una vida muy sedentaria.
- ❖ Definitivamente el estilo de vida (una mala alimentación, poco consumo de agua, ingesta de alcohol y uso de tabaco aunado a una vida sedentaria) ha influenciado en la prevalencia de ENT en la población de adultos mayores de esta comunidad. Esta aseveración queda demostrada al comprobar la relación entre ambas variables.

LIMITACIONES

En el presente estudio se detallan las limitaciones y las recomendaciones para que las misma sean tomadas para futuros estudios en la comunidad de San Carlitos. A continuación las limitaciones.

- ❖ La falta de publicaciones de estudio previo a nivel nacional.
- ❖ Las encuestas para identificar las conductas individuales en algunas ocasiones fueron llenadas por terceras personas.
- ❖ Solo se mencionan las enfermedades referidas por el adulto, desconociendo si padecen de alguna otra afección.
- ❖ Falta de disponibilidad de algunas personas de la muestra estadística.

RECOMENDACIONES

Luego de las conclusiones a las que se llegó en esta investigación se puede recomendar:

- ❖ Promover un programa de educación en cuanto a la necesidad del ejercicio diario y una alimentación adecuada y balanceada de parte de los estudiantes de enfermería de UDELAS.
- ❖ Educar a la población sobre la afectación que producen los hábitos malsanos, como consumo de alcohol y tabaco.
- ❖ Promover con las autoridades del lugar actividades para los adultos mayores, recreativas y deportivas.
- ❖ Promover giras de control de la salud y asistencia médica para un mayor control de las enfermedades crónicas no transmisibles

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS E INFOGRAFÍA

- Cano-Pérez, J. (2011). Recomendaciones clínicas con niveles de evidencia. **Guía de diabetes tipo 2**. Barcelona, España. 5ª edición.
- Dressler, D.K (2012). Atención de pacientes con vasculopatías coronaria. **Enfermería Medicoquirúrgica**. Barcelona, España. 12ª edición. Vol. II. Wolters Kluwer
- Egger, G. (2017). Hábitos, entorno, prevención y promoción de la salud. **Medicina del estilo de vida**. 3ª edición. Barcelona. España. Elsevier.
- Garner. S. (2012). Valoración y manejo de pacientes con hipertensión. **Enfermería Medicoquirúrgica**. Barcelona, España. 12ª edición. Vol. II. Wolters Kluwer
- Guarda, S. (2016). **Fisiopatología de enfermedades cardiovasculares**. Santiago, Chile. Ediciones UC.
- Guerrero, C. (2017). **Condición física funcional de adultos mayores de centro día, vida, promoción y protección integra.**, Manizales. Colombia. Vol.22.
- Larraín, F. Valenzuela, P. 2016. **Como vivir bien 100 años**. Universidad Católica de Chile López, F. Gázquez, A. 2016. **administracion publica y voluntades anticipadas**. Madrid España. Asociación cultural y científica iberoamericana.
- Maschak-Carey. J. B. (2012). Valoración y tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus. **Enfermería Medicoquirúrgica**. Barcelona, España. 12ª edición. Vol. II. Wolters Kluwer
- Moreno, P. (2018). **Envejecimiento activo**. Un reto socioeducativo. Barcelona, España. Edición 01. OCTAEDRO. S.L
- Parkosewich. J. (2012). Valoración de la función cardiovascular. **Enfermería medicoquirúrgica**. Barcelona, España. 12ª edición. Vol. II. Wolters Kluwer
- Peña, M. (2011). **Manual de practica básica de adulto mayor**.edt el Manuel moreno Colombia.
- Rodríguez, S. Dr. Eymann, A. (2014). **Manual para entender y tratar el sedentarismo**. Barcelona. España. editoriales SLC/Aribau.
- Steward, C. (2012). Tratamiento de pacientes con trastornos renales. **Enfermería Medicoquirúrgica**. Barcelona, España. 12ª edición. Vol. II. Wolters Kluwer

INFOGRAFIA

- Arana. J, C. (2016). **Efectos de la educación comunitaria sobre los factores de riesgo en adultos prediabético**. Revista Cubana de Endocrinología. Vol. 27 (1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532016000100005
- Ayala, V.M. (2012). **Insuficiencia renal aguda y crónica**. Recuperado de https://books.google.com.pa/books?id=TA_wAwAAQBAJ&dq=etiologia+enfermedad+renal+cr%C3%B3nica&source=gbs_navlinks_s
- Caja de seguro social, Panamá. (2017). **Las enfermedades cardiovasculares una dolencia que se apodera de la población**. Dirección nacional de innovación. <http://www.css.gob.pa/web/28-diciembre-2017ecv.html>).
- Castillo. K. (2012). **Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus**. Medisan. Vol. 16(4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000400001
- Chavarría. P. (2017). **Estado nutricional de adultos activos y su relación con algunos factores sociodemográficos**. Revista Cubana de salud pública. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n3/361-372/es/>
- Fernández, Berrazueta, J.R. (2018). **Envejecimiento y enfermedades cardiovasculares**. *Analesranm*. (13). Recuperado de https://analesranm.es/revista/2018/135_03/13503rev09
- Fernández, E. Figueroa, D.2018. **Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares**. Revista habanera de ciencias medicas.vol 17. No 2. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000200008
- Gámez. A, M. (2013). **Enfermedad renal crónica en el adulto mayor**. Revista Médica electrónica. Vol. 35 (4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000400001

- Goldman, L., (2013). **Tratado de medicina interna**. New York. Vol. 1. (24).
Recuperado de https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Goldman%2C+L.+trat+ado+de+medicina+interna.+&btnG=
- Instituto conmemorativo Gorgas de estudio de la salud. (2015) Sistema de información **Geográfico de Enfermedades Cardiovasculares y Diabetes en Panamá**. Departamento de Investigación y Evaluación de tecnología sanitaria. Recuperado de <http://www.gorgas.gob.pa/SiGCARDIOVASCULARES/Inicio.htm>
- MINSA. (2014-2025). **Plan Estratégico Nacional Para la Prevención y el Control Integral de las Enfermedades no Transmisibles y sus Factores de Riesgo**. Recuperado de http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/plan_estrategico_nac.pdf
- Pérez, G. (2013). **Calidad de vida en personas adultas y mayores**. Madrid, España. Recuperado de <https://books.google.com.pa/books?id=l6VqTMbteRcC&printsec=frontcover&dq=c+alidad+de+vida+en+personas+adultas+y+mayores&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiA-8y3ndXoAhWGmOAKHeOYBDYQ6AEIJjAA#v=onepage&q=calidad%20de%20vida%20en%20personas%20adultas%20y%20mayores&f=false>
- Poma. J. (2012). **Morbimortalidad de pacientes mayores de 60 años en el servicio de cuidados intensivo de un hospital general**. Revista Médica Herediana. Vol.23 (1). Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2012000100005
- Rojas, D. V (2010). **Morbilidad y mortalidad del adulto mayor en un servicio de medicina de un hospital general de Perú**. Revista Peruana de Epidemiología. Vol.14(2). Recuperado de <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=203119666004>
- Rojo, F. (2011). **Calidad de vida de los adultos mayores y envejecimiento**. Madrid, España. Irbesaf industrial.S. A. Recuperado de <https://books.google.com.pa/books?id=NqI4RBF30CAC&printsec=frontcover&dq=+estilo+de+vida+de+los+adultos+mayores&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj8i4S-3dToAhViU98KHZSYBWgQ6AEISTAE#v=onepage&q&f=false>

Serra Valdés, M. (2018). Enfermedades crónicas no transmisibles. Revista Finlay. Vol. 8 (2). Recuperado de <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/561/1657>

Valera, L.F. (2013). nutrición en el adulto mayor. Revista Médica Herediana. Vol. 24 (3). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3380/338030978001.pdf>

Villena, J.E. (2016). Epidemiología de la diabetes mellitus en el Perú. Revista Médica de la Fundación Instituto Hipólito Unanue. Recuperado de <http://142.44.242.51/index.php/diagnostico/article/view/21>

ANEXOS

ANEXO N° 1
CUESTIONARIO DE ENCUESTA

**UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS
EXTENSIÓN DE CHIRIQUÍ
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
LICENCIATURA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA**

ESTUDIANTE: CINDY ZULAY ATENCIO BEITIA

INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS Y FACTORES MODIFICABLES

La presente encuesta forma parte de una investigación sobre cómo el estilo de vida está relacionado a la prevalencia de enfermedades crónicas en el adulto mayor. Es de vital importancia su honestidad en las respuestas a la misma. La información recogida de esta manera será evaluada científicamente y respetará la confidencialidad. Se agradece su colaboración.

Seleccione con un ✓ la repuesta elegida a cada pregunta.

Sexo: Femenina
Masculino

Padece de alguna enfermedad : SI
No

Estado Civil: Soltero
Casado

¿Cuál? _____

Unido
Viudo

Escolaridad: Primaria
Secundaria
Universitaria
Otros

¿U sted mantiene un control médico?

SI

NO

1. Mantiene un peso adecuado

En gran
medida

En
buena
medida

En regular
medida

En poca
medida

En
ninguna
medida

2. Mantiene un horario de comidas que incluye desayuno de 6 a 8 a.m., el almuerzo de 11 a 1 p.m. y la cena de 5 a 7 p.m.

En gran
medida

En
buena
medida

En regular
medida

En poca
medida

En
ninguna
medida

3. Ingiere alimentos entre comidas

En gran
medida

En buena
medida

En regular
medida

En poca
medida

En
ninguna
medida

4. Su dieta incluye verduras hervidas

En gran medida En buena medida En regular medida En poca medida En ninguna medida

5. Su dieta incluye frutas y vegetales

En gran medida En buena medida En regular medida En poca medida En ninguna medida

6. Considera en su alimentación la ingesta de carnes

En gran medida En buena medida En regular medida En poca medida En ninguna medida

7. Consume alimentos con alto contenido de azúcar: chocolates, dulces, helados, etc.

En gran medida En buena medida En regular medida En poca medida En ninguna medida

8. Ingiere alimentos con colorantes y aditivos artificiales (comida chatarra)

<input type="checkbox"/>	En gran medida	<input type="checkbox"/>	En buena medida	<input type="checkbox"/>	En regular medida	<input type="checkbox"/>	En poca medida	<input type="checkbox"/>	En ninguna medida
--------------------------	----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	-------------------

9. Ingiere 8 ó más vasos del agua al día:

<input type="checkbox"/>	En gran medida	<input type="checkbox"/>	En buena medida	<input type="checkbox"/>	En regular medida	<input type="checkbox"/>	En poca medida	<input type="checkbox"/>	En ninguna medida
--------------------------	----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	-------------------

10. Toma bebidas alcohólicas, vinos, cervezas o cualquier clase de bebidas fermentadas

<input type="checkbox"/>	En gran medida	<input type="checkbox"/>	En buena medida	<input type="checkbox"/>	En regular medida	<input type="checkbox"/>	En poca medida	<input type="checkbox"/>	En ninguna medida
--------------------------	----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	-------------------

11. Emplea tabaco o sus derivados, cigarros electrónicos u otras sustancias narcóticas

<input type="checkbox"/>	En gran medida	<input type="checkbox"/>	En buena medida	<input type="checkbox"/>	En regular medida	<input type="checkbox"/>	En poca medida	<input type="checkbox"/>	En ninguna medida
--------------------------	----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	-------------------

12. Participa de eventos recreativos

En gran medida En buena medida En regular medida En poca medida En ninguna medida

13. Realiza ejercicios físicos diariamente en un tiempo mayor a 30 minutos

En gran medida En buena medida En regular medida En poca medida En ninguna medida

14. Si tiene prescripción médica para medicamentos, con cuanta frecuencia los toma.

En gran medida En buena medida En regular medida En poca medida En ninguna medida

15. ¿Con qué frecuencia se realiza la toma de la presión arterial?

Todos los días

Casi todos los días

Ocasionalmente

Casi nunca

Nunca

¡Gracias!

ANEXO N°2
TABLA DE DATOS

ANEXO N°3
EVIDENCIA

Imagen N°1: Adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.



Fuente: Imagen extraida de la encuestas realizadas en la comunidad de San Carlitos, 2019.

Imagen N°2: Adultos mayores de la comunidad de San carlitos, 2019.



Fuente: Imagen extraida de la encuestas realizadas en la comunidad de San Carlitos, 2019.

Imagen N°3: Adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.



Fuente: imagen extraida de la encuestas realizadas en la comunidad de San Carlitos, 2019.

Imagen N°4: Adultos mayores de la comunidad de San Carlitos,2019.



Fuente: imagen extraida de la encuestas realizadas en la comunidad de San Carlitos, 2019.

INDICE DE CUADRO

Números de cuadros	Nombre del Cuadro	Número de Pagina
Cuadro N°1	Complicaciones de las enfermedades cardiovascular	45
Cuadro N°2	Hallazgo comunes relacionados con la enfermedad cardiovascular	47
Cuadro N°3	Clasificación de la presión arterial	54
Cuadro N°4	Tipo de muestra estadística	78
Cuadro N°5	Análisis de fiabilidad del instrumento	80
Cuadro N°6	Validez del instrumento	80
Cuadro N°7	Distribución por géneros de los adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, 2019.	85
Cuadro N°8	Distribución de edades en adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, 2019.	86
Cuadro N°9	Presenta los resultados obtenidos para el cálculo del índice de masa corporal en los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	88
Cuadro N°10	Adultos mayores con enfermedades crónicas en la comunidad de San Carlitos, 2019.	90
Cuadro N°11	Adultos mayores por género con enfermedades crónicas en la comunidad de San Carlitos, 2019.	91
Cuadro N°12	Estimación de la presión arterial en adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, 2019.	92
Cuadro N°13	Prevalencia de enfermedades crónicas en adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, 2019.	94
Cuadro N°14	Peso adecuado en adultos mayores de la comunidad de San Carlitos. 2019.	96
Cuadro N°15	Mantienen un horario de comidas que incluye desayuno de 6 a 8 a.m., el almuerzo de 11 a 1 p.m. y la cena de 5 a 7 p.m. Los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	97
Cuadro N°16	Ingesta de alimentos entre comidas de los adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, 2019.	99
Cuadro N°17	En la dieta incluyen verduras hervidas los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	101
Cuadro N°18	En la dieta incluyen frutas y vegetales los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	102

Cuadro N°19	Consideran en su alimentación la ingesta de carnes los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	104
Cuadro N°20	Consumen alimentos con alto contenido de azúcar los adultos mayores de la comunidad San Carlitos, 2019.	105
Cuadro N°21	Ingieren alimentos con colorantes y aditivos artificiales los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	107
Cuadro N°22	Mantienen la Ingesta diaria de ocho o más vasos de agua los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	108
Cuadro N°23	Toman bebidas alcohólicas los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	110
Cuadro N°24	Emplean tabaco los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	112
Cuadro N°25	Participan de eventos recreativos los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	114
Cuadro N°26	Realizan ejercicios físicos diariamente los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	115
Cuadro N°27	Frecuencia de toma de medicamentos en los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	117
Cuadro N°28	Control médico de los adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, 2019.	119
Cuadro N°29	Frecuencia de la toma de la presión arterial de los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	120
Cuadro N°30	Comprobación de hipótesis	121

INDICE DE GRÁFICAS

Número de Gráficas	Nombre de la Gráfica	Número de página
Grafica N°1	Distribución por géneros de los adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, 2019.	86
Grafica N°2	Distribución de edades en adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, 2019.	87
Grafica N°3	Presenta los resultados obtenidos para el cálculo del índice de masa corporal en los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	89
Grafica N°4	Adultos mayores con enfermedades crónicas en la comunidad de San Carlitos, 2019.	91
Grafica N°5	Adultos mayores por género con enfermedades crónicas en la comunidad de San Carlitos, 2019.	92
Grafica N°6	Estimación de la presión arterial en adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, 2019.	93
Grafica N°7	Prevalencia de enfermedades crónicas en adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, 2019.	95
Grafica N°8	Peso adecuado en adultos mayores de la comunidad de San Carlitos. 2019.	96
Grafica N°9	Mantienen un horario de comidas que incluye desayuno de 6 a 8 a.m., el almuerzo de 11 a 1 p.m. y la cena de 5 a 7 p.m. Los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	98
Grafica N°10	Ingesta de alimentos entre comidas de los adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, 2019.	100
Grafica N°11	En la dieta incluyen verduras hervidas los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	101
Grafica N°12	En la dieta incluyen frutas y vegetales los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	103
Grafica N°13	Consideran en su alimentación la ingesta de carnes los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	104
Grafica N°14	Consumen alimentos con alto contenido de azúcar los adultos mayores de la comunidad San Carlitos, 2019.	106
Grafica N°15	Ingieren alimentos con colorantes y aditivos artificiales los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	107

Grafica N°16	Mantienen la Ingesta diaria de ocho o más vasos de agua los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	109
Grafica N°17	Toman bebidas alcohólicas los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	111
Grafica N°18	Emplean tabaco los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	113
Grafica N°19	Participan de eventos recreativos los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	115
Grafica N°20	Realizan ejercicios físicos diariamente los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	116
Grafica N°21	Frecuencia de toma de medicamentos en los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	118
Grafica N°22	Control médico de los adultos mayores en la comunidad de San Carlitos, 2019.	119
Grafica N°23	Frecuencia de la toma de la presión arterial de los adultos mayores de la comunidad de San Carlitos, 2019.	120