

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE BIOQUÍMICA CLÍNICA**

**DISERTACIÓN PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN BIOANÁLISIS CLÍNICO Y
BIOQUÍMICA CLÍNICA**

**“DETERMINACIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL
ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA CORPORACIÓN DE SALUD
DEL BARRIO ATUCUCHO QUITO PERIODO 2015-2018”**

ANGÉLICA MARÍA GUAMÁN COLLANTES

DAYANA LIZBETH SUQUILLO SIMBAÑA

DIRECTOR: DR. SANTIAGO ESCALANTE VANONI

QUITO, 2019

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, GUAMÁN COLLANTES ANGÉLICA MARÍA con C.I: 1714406582 autora del trabajo de graduación intitulado: “Determinación del perfil epidemiológico del adulto mayor que acude a la Corporación de Salud del barrio Atucucho, Quito período 2015-2018” previa la obtención del grado académico de LICENCIATURA EN BIOANÁLISIS CLÍNICO en la ESCUELA DE BIOANÁLISIS.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.



ANGÉLICA MARÍA GUAMÁN COLLANTES

C.I: 1714406582

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, SUQUILLO SIMBAÑA DAYANA LIZBETH con C.I: 1721134284 autora del trabajo de graduación intitulado: “Determinación del perfil epidemiológico del adulto mayor que acude a la Corporación de Salud del barrio Atutucho, Quito período 2015-2018” previa la obtención del grado académico de BIOQUÍMICA CLÍNICA en la ESCUELA DE BIOANÁLISIS.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.



DAYANA LIZBETH SUQUILLO SIMBAÑA

C.I: 1721134284

DEDICATORIA

A mi querida hermana Jacqueline, gracias por ser mi sustento y apoyo siempre en cada paso que he decidido dar. Gracias por ser un ejemplo en mi vida y por enseñarme a vencer las adversidades que se me han presentado.

A mi madre Rosita, gracias por sus enseñanzas que me permiten seguir adelante para cumplir con mis metas y convertirme en una persona de bien.

A mis hermanos Cristian y Javier, gracias por estar presentes en todo momento y ayudarme incondicionalmente.

A la Dra. Ana María Mora Pérez, gracias por sus consejos, por creer en mí y apoyarme para cumplir mis metas.

Angélica María Guamán Collantes

Dedico la presente disertación primero a Dios por darme la sabiduría, la paciencia y la fortaleza para seguir en este camino, a mi madre y hermanos quienes me apoyaron en todo momento para no decaer en este proceso, finalmente a mis maestros quienes con su experiencia me motivaron a concluir mi profesión y por brindarme la confianza para realizar este trabajo.

Dayana Lizbeth Suquillo Simbaña

AGRADECIMIENTO

A Dios por porque a pesar de los momentos buenos y malos, alegres y tristes encontrados a lo largo del camino ahora me permite culminar esta meta.

Al Dr. Santiago Escalante director de tesis, por su tiempo, dedicación, consejos, confianza y su apoyo constante para culminar con éxito este proceso.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y a sus profesores que con sus enseñanzas han permitido formar en nosotros un sólido conocimiento.

A la Sra. Ramona Yunga y a todo el personal de la Corporación de Salud Atucucho por darnos todas las facilidades y colaboración para llevar a cabo este proyecto.

A mi familia un pilar fundamental en mi vida, gracias de corazón porque sin ustedes y sin su apoyo no hubiera podido culminar esta meta.

A Rosita Chiriboga por su ayuda constante y sus sabios consejos que me permitieron crecer no solo en el ámbito estudiantil sino en lo personal.

A Msc Sandra Andrade por su colaboración espontánea, sus consejos, ayuda incondicional y recomendaciones.

Angélica María Guamán Collantes

Varias son las personas a las cuales debo agradecer, por haber estado en este proceso, y por contribuir en mi formación personal como profesional.

La primera persona que debo agradecer es a Dios por guiarme, bendecirme, protegerme, darme la sabiduría y constancia en este proceso.

A mi madre, mis hermanos, mi tía por estar a mi lado y brindarme su apoyo con las palabras justas, y de aliento para culminar mi carrera.

A mi pequeña hija que siempre ha sido mi motivo de superación y de constancia en todos los momentos de mi vida.

Agradezco al Doctor Santiago Escalante por la confianza y el tiempo brindado para este proyecto, a la Magister Rosita Chiriboga que sus palabras de aliento y su guía me ayudó a no decaer este tiempo.

Finamente agradezco a la Corporación de Salud de Atucucho que me abrió sus puertas para realizar el trabajo de Disertación, por medio de la Señora Ramona Yunga, la cual ha sido un pilar fundamental para la parte práctica de este trabajo.

Dayana Lizbeth Suquillo Simbaña

RESUMEN

“Determinación del perfil epidemiológico del adulto mayor que acude a la Corporación de Salud del Barrio Atucucho Quito periodo 2015-2018”

Introducción: Atucucho es un barrio urbano marginal localizado al noroccidente de la ciudad de Quito, la estructura demográfica demuestra que tiene un porcentaje elevado de adultos mayores, para el presente estudio se revisó las historias clínicas de 631 pacientes, que por su propia condición necesita de cuidados especiales de salud. En el barrio nunca se ha realizado una investigación que mida el perfil epidemiológico de este grupo poblacional que permita a los directivos del establecimiento de salud realizar una programación que se adecúe a la realidad del barrio. En consecuencia, la determinación del perfil epidemiológico del adulto mayor que acude a la Corporación de Salud del Barrio Atucucho se constituye en una herramienta de capital importancia al servir de indicador de patologías relacionadas con la edad, permitiendo mejorar los servicios que se les brinda a este grupo etario y disminuir los gastos económicos por servicios sanitarios y de atención social brindados.

Instituir las necesidades y demandas de esta población a la vez que permite planear o proponer la infraestructura de los servicios de salud, por tanto, la determinación del perfil epidemiológico constituye el punto de partida para la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud.

Objetivo: Describir el perfil epidemiológico de los adultos mayores que acudieron a la Corporación de Salud del Barrio Atucucho de la ciudad de Quito durante el periodo 2015-2018.

Materiales y métodos: Investigación de enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo mediante la revisión de las historias clínicas de los adultos mayores de 60 años que acuden a la Corporación de Salud del Barrio Atucucho durante el período 2015 - 2018. Los datos recolectados fueron tabulados, según las variables de estudio en una tabla Excel y posteriormente ingresados en el paquete estadístico SPSS v 22.0 para su posterior análisis. Se establecieron conclusiones y recomendaciones.

Resultados: El estudio evidencia un predominio del sexo femenino (62.76%); del grupo etario 60-70 años (60.61%); el estado civil casado (70.37%); del sobrepeso (40.8%) y la existencia de bajo ingreso por lo que están sustentados económicamente por el bono de desarrollo humano (48.56%). La hipertensión arterial (31.4%); otras enfermedades cardiovasculares (26.1%); la diabetes (12.8%) y las EPOC (6.3%) son las patologías más frecuentes en el 76.7% de los pacientes. La referencia a establecimientos de mayor complejidad se concentra en atenciones oftalmológicas 11%; 10.8% urológicas; y el 10% cardiovasculares, sin embargo, solo el 16.66% de los pacientes derivados portadores de enfermedades crónicas regresaron a la Corporación de Salud del Barrio Atucucho.

Conclusiones: Se obtuvo que los adultos mayores se caracterizan por presentar sobrepeso, y enfermedades crónicas con un bajo nivel de control en los centros médicos; el 10.8% de la población tiene un seguimiento por enfermedades crónicas y el 10.45% es derivado a la atención secundaria; de tal forma, se evidencia la necesidad de fomentar el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud- MAIS promulgado por el Ministerio de Salud Pública, sobre todo para aquellas personas con bajos recursos económicos.

Los adultos mayores de 60 años del barrio Atucucho se encuentran expuestos a riesgos que deterioran su salud y por ende tienen una baja calidad de vida.

Palabras claves: Perfil epidemiológico, adulto mayor, estado de salud, nivel socioeconómico, Enfermedades crónicas no transmisibles, Atucucho.

ABSTRACT

Determination of the epidemiological profile of the older adult who goes to the Health Corporation of the Atucucho District Quito 2015-2018 period "

Introduction: Atucucho is a marginal urban district located to the northwest of the city of Quito, the demographic structure shows that it has a high percentage of older adults, in this case the medical records of 631 patients were reviewed, that due to their own condition needs special care of Health. In the neighborhood there has never been an investigation that measures the epidemiological profile of this population group that allows health establishments to carry out a program that adapts to the reality of the neighborhood. Consequently, the determination of the epidemiological profile of the elderly person who comes to the Atucucho Neighborhood Health Corporation is a tool of great importance as an indicator of pathologies related to age, allowing to improve the services provided to this population. age group and decrease the economic expenses for health and social care services provided.

Institute the needs and demands of this population while allowing to plan or propose the infrastructure of health services, therefore, the determination of the epidemiological profile is the starting point for the planning, execution and evaluation of health programs.

Objective: To describe the epidemiological profile of the Health Corporation of the Atucucho neighborhood of the city of Quito in the population of the older adult period 2015-2018.

Materials and methods: Descriptive, transversal and retrospective quantitative research by reviewing the medical records of adults over 60 years of age who attend the Atucucho Neighborhood Health Corporation during the period January 2015 to December 2018. The data collected were tabulated, according to the study variables in an Excel table and later entered in the statistical package SPSS v 22.0 for further analysis. Conclusions and recommendations were established.

Results: Results: The study shows a predominance of the female sex (62.76%); of the age group 60-70 years (60.61%); marital status married (70.37%); overweight (40.8%) and the existence of low income so they are economically supported by the human development bonus (48.56%). They are arterial hypertension (31.4%); other cardiovascular diseases

(26.1%); diabetes (12.8%) and COPD (6.3%) the most common pathologies in 76.7% of patients. References according to the most frequent pathologies cover 11% of ophthalmological ones; 10.8% urological; and 10% cardiovascular, however, only 16.66% of patients with chronic diseases return to the health center.

Conclusions: It was obtained that older adults are characterized by being overweight, and chronic diseases with a low level of control in medical centers; 10.8% of the population has a follow-up for chronic diseases and 10.45% is referred to secondary care; In this way, the need to promote the Manual of the Comprehensive Health Care Model- MAIS is evident. Ministry of Public Health, especially for those with low economic resources.

Adults over 60 years old in the Atucucho neighborhood are exposed to risks that deteriorate their health and therefore have a low quality of life.

Key words: Epidemiological profile, older adult, state of health, socioeconomic level, Enfermedades crónicas no transmisibles, Atucucho.

TABLA DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN	2
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	8
TABLA DE CONTENIDOS	10
LISTA DE GRÁFICOS	13
LISTA DE CUADROS Y FIGURAS	14
CAPITULO I	15
INTRODUCCIÓN	15
1.1 JUSTIFICACIÓN	16
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.3 OBJETIVOS	18
1.3.1 Objetivo general	18
1.3.2 Objetivos específicos	18
1.4 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	19
CAPITULO II	19
MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	19
2.1 ANTECEDENTES	19
2.2 MARCO TEÓRICO	21
2.1 BREVE HISTORIA DE ATUCUCHO	21
2.1.1 Servicios de Salud en Atucucho	22
2.2 ENVEJECIMIENTO	22
2.2.1 Envejecimiento en el Ecuador	23
2.2.2 Envejecimiento y enfermedades	24
2.2.3 Sexo y envejecimiento	25
2.2.4 Ingresos y salud de los adultos mayores	25
2.2.5 Nutrición en los adultos mayores	26
2.3 ADULTO MAYOR	26
2.3.1 Definición de Adulto Mayor	26
2.3.2 Caracterización del adulto mayor en Ecuador	27

2.3.3 Esperanza de vida del adulto mayor	28
2.3.4 Condiciones Socioeconómicas del adulto mayor ecuatoriano	28
2.3.5 Vulnerabilidad y entorno familiar del adulto mayor	29
2.3.6 Estilo de Vida del adulto mayor	30
2.3.7 Cobertura de salud	30
2.3.8 Perfil epidemiológico	31
2.3.9 Problemas de salud frecuentes que aquejan al adulto mayor	31
2.3.9.1 Enfermedades frecuentes en el adulto mayor	32
2.3.10 Mortalidad por enfermedades no transmisibles.....	33
2. 3.11 Mortalidad por enfermedades transmisibles.....	33
2.3.12 Mortalidad general en el adulto mayor en el Ecuador.....	34
2.3.13 Factores de riesgo.	35
2.3.14 Sistema de referencia y contrarreferencia	36
2.4 MARCO CONCEPTUAL	38
CAPITULO III	40
MARCO METODOLÓGICO	40
3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
3.2 UNIVERSO Y MUESTRA.....	40
3.2.1 Criterios de inclusión.....	40
3.2.2 Criterios de Exclusión	40
3.3 VIABILIDAD.....	41
3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	41
3.5 PROCEDIMIENTO	41
3.5.1 Fase uno.....	41
3.5.2 Fase dos	42
3.5.3 Fase tres	42
3.5.4 Fase cuatro.....	42
3.5.5 Fase cinco	42
3.6 CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	43
CAPITULO IV	44
RESULTADOS	44
4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	44
5.2 Discusión	56
5.3 Conclusiones.....	59

5.4 Recomendaciones	60
Bibliografía.....	62
ANEXOS.....	70

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pirámide poblacional del Adulto Mayor en el Ecuador; **Error! Marcador no definido.**

Gráfico 2. Características de los adultos de 60 y más años por sexo y edad. Barrio Atucucho..... 44

Gráfico 3. Características de los adultos de 60 y más años. años según estado civil. Barrio Atucucho..... 45

Gráfico 4. Procedencia de los adultos de 60 y más años. Barrio Atucucho 46

Gráfico 5. Instrucción de los adultos de 60 y más años. Barrio Atucucho..... 47

Gráfico 6. Ocupación de los adultos de 60 y más años. Barrio Atucucho 48

Gráfico 7. Motivo de consulta de adultos de 60 y más años que acuden a la Corporación de Salud del Barrio Atucucho. 49

Gráfico 8. Control de enfermedades a adultos de 60 y más años. Barrio Atucucho 50

Gráfico 9. Índice de masa corporal de adultos de 60 y más años. Barrio Atucucho 51

Gráfico 10. Derivación de adultos de 60 y más años para interconsultas con otras especialidades médicas. Barrio Atucucho. 52

Gráfico 11. Referencia y contrareferencia de adultos de 60 y más años con enfermedades crónicas no transmisibles según año. Barrio Atucucho..... 53

Gráfico 12. Enfermedades crónicas de adultos de 60 y más años. Barrio Atucucho 54

Gráfico 13. Mortalidad por Enfermedades Crónicas de adultos de 60 y más años. Barrio Atucucho..... 55

LISTA DE CUADROS Y FIGURAS

Figura 1. Porcentaje de adultos mayores diagnosticados con alguna enfermedad	32
Cuadro 1. Crecimiento poblacional por regiones.....	23
Cuadro 2. Principales causas de mortalidad en el Ecuador, período 1997-2011.....	35

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que hacia el año 2050 la población mayor de 60 años se duplicará, de ellas el 80% vivirá en países de ingresos bajos y medianos donde la esperanza de vida ofrece oportunidades para las sociedades en su conjunto. En tal sentido estos países enfrentarán retos importantes capaces de garantizar la preparación de sus sistemas sanitarios y sociales para afrontar ese cambio demográfico (OMS, 2018).

Para 2020, el continente americano tendrá unos 200 millones de adultos mayores, casi el doble de lo que tenía en 2006, de los cuales más de la mitad estarán viviendo en América Latina y el Caribe, de ellos cerca del 50% carecen de recursos para atender sus necesidades diarias y una de cada tres personas no tiene retiro, pensión o empleo pago (OPS, 2012). En este sentido los datos aportados durante el 2015 por el Índice Global de Envejecimiento sitúan al Ecuador con una esperanza de vida de 76,1 años, en el puesto 44 del ranking de Envejecimiento Global entre 96 países lo cual indica que los ingresos, la salud, las capacidades personales y un entorno social favorable se están perdiendo (HelpAge International, 2015).

De acuerdo a las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), durante el año 2010 la cifra de habitantes ascendía a 14'483 499 que representa un crecimiento del 1,95% respecto al Censo del año 2000. El 54.8% fueron adultos mayores; por sexo las mujeres representan el 60.8% y los hombres el 54.8% (Ferreira Salazar & et al, 2010).

Según Ferreira et al (Ferreira Salazar & et al, 2010), la salud en adultos mayores ha presentado una mejoría respecto a años precedentes, sin embargo, se considera que es necesaria la realización de un análisis integral a través de un perfil epidemiológico que exprese la carga de enfermedad que sufre la población, mediante la descripción e identificación de las características que la definen mortalidad, morbilidad y la calidad de vida.

En consecuencia, la información epidemiológica oportuna y sistemática permitirá conocer los factores de riesgo y daños a la salud que presentan este grupo etario, instituir las

necesidades y demandas de esta población a la vez que permite planear o proponer la infraestructura de los servicios de salud, por tanto, la determinación del perfil epidemiológico constituye el punto de partida para la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud (Romero, Carrillo, Espinoza, & Díaz, 2016).

1.1 JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento poblacional implica variaciones en el proceso fisiológico que trae un sinnúmero de cambios complejos en el individuo que generalmente precisa de necesarias adaptaciones socio-afectivo-conductual condicionados por aspectos genéticos, sociales, psicológicos y culturales propios de cada individuo desembocando en enfermedades entre las cuales se destacan las crónicas no transmisibles por su impacto negativo en la morbimortalidad.

El detallar un perfil epidemiológico, ayudará al análisis de las diversas causas de mortalidad, morbilidad, grados de discapacidad y factores determinantes para la aparición de enfermedades, además, entender la situación actual de salud del adulto mayor (Olivares-Tirado , 2006) y planificar actividades orientadas a guiar al adulto mayor en su transición de una etapa a otra apoyando al mantenimiento de hábitos saludables y mejoras en esta etapa de la vida a través de la formulación de proyectos de vinculación con la comunidad ofreciendo charlas, talleres y orientación que permitan mejorar el estado nutricional teniendo una dieta equilibrada, promover hábitos de vida saludable además de cuidados en su vida diaria dirigidos a cada patología y con el apoyo del personal de salud para contribuir a reducir el riesgo de enfermedades y mejorar sus facultades físicas y mentales.

Durante el trabajo realizado en la Corporación de Salud Atucucho se evidenciaron las necesidades que las personas adultas mayores presentan, el personal médico es reducido y esto limita el seguimiento a ciertos pacientes que requieren de revisiones constantes y valoraciones ya sea por controles o por interconsulta con especialistas que ayuden a resolver patologías específicas.

Esta investigación enfoca su análisis en la población de adultos mayores del barrio Atucucho en la ciudad de Quito y las distintas patologías que puedan afectar su calidad de vida. Debido a que no existe información que evidencie el perfil epidemiológico del adulto mayor en el sector descrito los datos e información recolectados servirán para formular un

análisis profundo sobre las necesidades de los adultos mayores, y así, determinar la ruta de soluciones factibles a las problemáticas evidenciadas permitiendo de esta forma una mayor esperanza de vida y una buena calidad de vida en sus últimos años.

En la actualidad se han producido varios cambios en la salud pública y las leyes que protegen y amparan al adulto mayor que en cierta forma han ayudado en una pequeña parte a mejorar ciertas afecciones que aparecen en esta etapa de la vida. Por esta razón el estudio se orienta hacia un análisis que determine de manera precisa los aspectos a mejorar en esta población.

De manera específica, este estudio nutrirá la base de datos de la Corporación de Salud para determinar desde lo cuantitativo y lo cualitativo las afectaciones y los aciertos que se realicen en beneficio de los adultos mayores del barrio Atucucho. En conclusión, resulta determinante para obtener un análisis actualizado de la calidad de vida de la población adulto-mayor y, de esta manera, fijar una base sólida para futuras investigaciones.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento de la población es un fenómeno que se está produciendo en todos los países desarrollados y subdesarrollados y que afecta a todas las personas de una manera diferente en cada caso.

La epidemiología con el pasar de los años ha sufrido cierta evolución, de tal forma, que en la segunda mitad del siglo XX se pusieron en práctica los métodos epidemiológicos con mayor énfasis en el estudio de la morbilidad por enfermedades crónicas, la identificación de su origen como los factores genéticos y ambientales; pero su avance más importante se fundamenta en el interés sobre los problemas del envejecimiento, lo que conlleva al enlace de la epidemiología y la gerontología como ciencias multidisciplinarias (Lara, Benítez, Fernández, & Zárate, 2017).

El desconocimiento del perfil epidemiológico en una población evita conocer el impacto de una patología prevalente, así como las principales enfermedades existentes, además, no se puede establecer intervenciones sanitarias efectivas que mejoren la calidad de vida de los pobladores (Salinas Salinas & González Eras, 2010).

En el barrio Atucucho se evidencia una población de adultos mayores aproximadamente del 20% con respecto al total de todos los habitantes. Entre los principales establecimientos que se pueden encontrar en este barrio se encuentran: Centro de Salud Atucucho y la Corporación de Salud Atucucho (Anexo 3)

Se evidencia en la actualidad que no se lleva un registro adecuado de las historias clínicas en dicho establecimiento en la Corporación de Salud del Barrio Atucucho. Por esta razón, es importante realizar el análisis de indicadores epidemiológicos de la población de adultos mayores que acude a la consulta, que permita aportar con información actualizada a los tomadores de decisiones al momento de planificar actividades de promoción, prevención y de servicio a la población asignada de manera que se establezca un sistema de vigilancia epidemiológica que asegure la detección temprana, control de enfermedades y factores de riesgo, de manera que proporcione datos que sean de beneficio para la Corporación de Salud de Atucucho. (Flores Montesinos , 2017) (Muñoz Garzón , 2011).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el perfil epidemiológico de los adultos mayores que acudieron a la Corporación de Salud del Barrio Atucucho de la ciudad de Quito durante el periodo 2015- 2018?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Describir el perfil epidemiológico de los adultos mayores que acudieron a la Corporación de Salud del Barrio Atucucho de la ciudad de Quito durante el periodo 2015- 2018.

1.3.2 Objetivos específicos

- ✓ Determinar las características de los adultos mayores de 60 años pertenecientes al Barrio Atucucho a través de las variables: edad, sexo, procedencia, nivel educacional, ocupación, estado civil.
- ✓ Determinar la tasa de morbilidad y mortalidad de enfermedades transmisibles, no transmisibles crónico-degenerativas que presentan los adultos mayores que acuden a la Corporación de Salud del Barrio Atucucho.

- ✓ Definir las tasas de referencia, contrareferencia y su grado de cumplimiento en la Corporación de Salud del Barrio Atucucho.

1.4 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- ✓ Las historias clínicas no reflejan claramente el estado de salud de los pacientes adultos mayores, que han tenido una consulta en la Corporación de Salud del Barrio Atucucho, debido a que presentan inconsistencias en su llenado; faltan datos como diagnósticos, seguimiento a las patologías, resultados de su evaluación por otras especialidades, letra ilegible y datos incompletos.
- ✓ Ausencia de los denominadores necesarios en todos los indicadores epidemiológicos que permitan realizar los cálculos pertinentes, así como datos estadísticos, porque los que existen son recogidos en papel deteriorándose con el tiempo o solo hacen referencia a consultas médicas sin hacer discriminación por sexo, edad y patología.
- ✓ Carencia de estudios epidemiológicos anteriores en la Corporación de Salud del Barrio Atucucho, la dirección de la corporación no tiene confeccionado el Análisis de la Situación de Salud por lo que no se puede realizar comparaciones.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES

Los adultos mayores, no solo constituyen un simple aumento de su proporción mundial, también establecen el aumento absoluto de un grupo social con características que le son inherentes; por ello son considerados como un logro social maravilloso, sin embargo, el desafío que involucra la permanencia de la ancianidad saludable no es una excepción ni un privilegio de unos pocos, de esta manera y gracias al desarrollo científico-técnico, el envejecimiento poblacional ha impactado al sistema de salud con la utilización más frecuente de servicios que enfrentan la demanda creciente y especializada de este grupo etario con cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en su organismo pero con repercusión social (Creagh Peña, García Ones, & Valdés Cruz, 2015).

Varias publicaciones se hacen eco de los datos emitidos en 2017 por Naciones Unidas relacionada con la “Perspectivas de la población mundial”; en este informe se plantea que todos las regiones del mundo experimentarán un incremento de adultos mayores: Los adultos mayores de 60 años en Europa alcanzarán el 35% hacia el 2050, en América Latina y el Caribe será del 25%, en Asia, 12%; en América del Norte, 28%; y un 9% en África (Naciones Unidas, 2017).

En España, Pérez-Hernández et al (2016), examinaron 2699 adultos mayores de 60 años encontrando que los principales factores de riesgos cardiovascular estaban relacionados con su bajo nivel educativo, el tipo de ocupación manual actual y el tipo de profesión de sus padres; todolocual indica que: a menor nivel educativo mayor sedentarismo, mayor obesidad, menor actividad física y mayor enfermedad cardiovascular (Pérez- Hernández & et al, 2017).

Hernández-Guzmán et al, realizaron un perfil epidemiológico del adulto mayor de en Veracruz, México; mediante la aplicación de una encuesta con preguntas de opciones múltiples hallaron un predominio del grupo etario 65-69 años (46%) a predominio del sexo femenino, 58%; el 42% eran casados, con hábito tabáquico, alcoholismo, trastornos de la audición (33%) y de la visión (62%), sedentarismo (81%) y deterioro intelectual (39%). (Hernández Guzmán & et al, 2014)

Las enfermedades crónicas afectan al 80% de los adultos mayores de 65 años en Chile , donde las condiciones neuropsiquiátricas, las enfermedades digestivas y las enfermedades cardiovasculares representan el 23.2%, 15,8% y 12,1% respectivamente siendo el sedentarismo (96,1%), la obesidad (75,4%) y la hipertensión arterial (74,6%) son factores de riesgo a tomar en cuenta en esta población (MINSAL, Chile, 2014).

En el Ecuador son varias las investigaciones realizadas en relación al adulto mayor, sin embargo, los estudios epidemiológicos se enmarcan a determinadas patologías, en instituciones de salud o en servicios directos al grupo etario. En los cantones Quero y Cevallos de la Provincia Tungurahua se determinó el perfil epidemiológico de los adultos mayores de 65años se encontraron patologías músculo-esqueléticas, respiratorias, neurológicas y digestivas (Sánchez Salazar, 2017).

2.2 MARCO TEÓRICO

2.1 BREVE HISTORIA DE ATUCUCHO

El barrio Atucucho conocido también como “la casa del lobo”- forma parte de los 1200 barrios que conforman la ciudad de Quito, ubicado al noroccidente entre la quebrada Atucucho y Rumiurco. Atucucho fue asentado como una invasión a partir de los 90’s por migrante de zonas rurales hacia la capital como son el caso de las provincias del Cotopaxi, Chimborazo, Loja, Imbabura, Carchi, Valle del Chota y Esmeraldas (Vásquez, 2017).

Según el Censo de Población y Vivienda efectuado durante el año 2010 por parte del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), el Barrio Atucucho cuenta con una población de 11.788 habitantes conformada por 5.824 hombres y 5.964 mujeres los cuales se distribuyen en 62,74 hectáreas indicando una densidad poblacional de 187,9 habitantes/hectárea; un estimado del 82% de la etnia mestiza; en cuanto a la distribución por edad el 32% de sus habitantes están comprendidos entre los 19 y 35 años, un 21% son adultos mientras que los adultos mayores representan el 2.94% de la población, alrededor de 300 personas (Plaza Vásquez, 2017).

Por otro lado, Paredes Jiménez (2015) en su trabajo de titulación como Magíster en Gestión y Desarrollo Social cita que aproximadamente el 60% de los adultos mayores en Atucucho son mujeres, su nivel de educacional oscila entre el analfabetismo y la primaria incompleta, el 53% son casados, el 90% viven con sus familias, sin embargo, el 72% no trabaja siendo el resto artesanos. En cuanto a los problemas de salud esta autora señala que los problemas osteoarticulares (24%), gastrointestinales (18%), respiratorios (10%), cardiovasculares (8%), hipertensión arterial (43.2%), Diabetes (11,8%), trastornos de la visión (76%), , de la audición (51%) y ansiedad o angustia en el 54% (Paredes Jiménez, 2015).

Según Bastidas y Lozada (Bastidas Touma & Lozada Fabara, 2011), en el sector destaca la el acúmulo de la basura y el agua contaminada, siendo el parasitismo, las enfermedades respiratorias y la desnutrición las principales causas de enfermedades; son los pequeños negocios como panaderías, tiendas, veedurías, venta de ropa, artículos de aseo y la construcción las principales fuentes de empleo (Anexos 4-6)

Al analizar la problemática del envejecimiento y las consecuencias que conlleva en la salud y calidad de vida de los adultos mayores, es importante resaltar y tomar en cuenta factores que beneficien al desarrollo y mejoramiento de la salud de esta población.

2.1.1 Servicios de Salud en Atucucho

Atucucho de acuerdo al sistema de regionalización de salud pertenece al área de salud N°10, ubicada en la zona central con libre accesibilidad. Algunas instituciones brindan servicios sociales en la comunidad, como capacitación, campañas de salud, atención médica gratuita y entrega de medicamentos gratuitos.

Servicios que presenta: Medicina General, Ginecobstetricia, Odontología, Vacunatorio, Botiquín con insumos básicos, Laboratorio, Servicios de electrocardiograma y ecosonografía.

2.2 ENVEJECIMIENTO

Al analizar la problemática del envejecimiento y las consecuencias que conlleva en la salud y calidad de vida de los adultos mayores, es importante resaltar y tomar en cuenta factores que beneficien al desarrollo y mejoramiento de la salud de esta población.

Para la OMS el envejecimiento es consecuencia de la acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte, como consecuencia de factores subyacentes que incluyen: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión (OMS, 2018).

Como se puede inferir el envejecimiento poblacional es el resultado de una tendencia persistente de disminución de las tasas de fecundidad y aumento de la esperanza de vida. Para tal efecto se aproxima velozmente el momento en que, por primera vez en la historia, el número de personas mayores superará al de jóvenes (OMS, 2010).

Según las Naciones Unidas para el año 2050 la población adulta mayor se duplicará; y para el 2100 se triplicará como se observa en el cuadro 1.

Cuadro 1. Crecimiento poblacional por regiones

REGIÓN	1950	2017	2030	2051	2100
Africa	228 670	1 256 268	1 703 538	2 527 557	4 467 588
Asia	1 404 062	4 504 428	4 946 586	5 256 927	4 780 485
Europa	549 375	742 074	1 703 538	2 527 557	653 261
Ámerica Latina y el Caribe	168 918	645 593	718 483	779 841	712 013
Ámerica del Norte	172 603	361 208	395 453	434 655	499 198
Oceanía	126 48	406 91	476 83	571 21	71823
TOTAL	2 536 275	7 550 262	8 551 199	9 771 823	11 184 368

Fuente: Perspectiva y envejecimiento (Naciones Unidas, 2017).

Elaboración: Las autoras

2.2.1 Envejecimiento en el Ecuador

Ciertamente la familia se considera como un microsistema fundamental para la sociedad, en la cual se puede apreciar factores de protección, agresión y disfuncionalidad para sus integrantes, indicando de tal forma que existe un aislamiento del entorno social en general transformándose en un núcleo limitado, en el cual se producen diversos percances y violaciones a ciertos factores que delimitan la calidad de vida, tales como: violencia intrafamiliar, abandono, aislamiento social en este caso a los adultos mayores y a razón de ello una calidad de vida baja (MIES, 2013).

Por otro lado, el funcionamiento familiar es imperante para la salud de sus miembros, puesto que a través de esta se cumplen objetivamente las metas y funciones que se asignan a cada uno de ellos, además de que se generan relaciones de integralidad y reciprocidad, las cuales contribuyen a la mantención de un estado de salud óptimo para todos (MIES, 2013).

En este contexto, la familia que en ocasiones se transforma en un mismo ser por ejemplo un hijo/a que no salió de la casa es la persona que de manera obligada se convierte en el cuidador, pudiendo darse relaciones interpersonales disfuncionales e insatisfactorias, dado que un ambiente conflictivo afecta directamente el desarrollo personal y social del individuo (MIES, 2013).

En dicho sentido, en el Ecuador para el año 2013 se evidenció mediante diferentes estudios que la relación entre los síntomas depresivos y funcionalidad familiar en adultos mayores se encuentra en un 57%, los cuales presentan disfunción severa y el 21% disfunción moderada concluyendo de tal forma que los adultos mayores que generalmente están rodeados por un ambiente disfuncional y que se encuentran más propensos a que sus derechos sean violentados, por ende su calidad de vida es reducida (MIES, 2013).

Para el año 2014, se establece a través de diversos estudios que en torno a las alteraciones cognitivas y la percepción de las personas que cuidan al adulto mayor, un total del 82% presentó un buen funcionamiento familiar y entre disfunción moderada y severa el 18%, determinando de tal forma que a mayor número mejor funcionamiento familiar, sin embargo en los casos que no se produzca de la misma manera es propenso a la existencia de una sobrecarga las personas que están al cuidado del adulto mayor reduciendo la calidad de vida para ambos (Freire M. , 2016).

Para el 2016 en el Ecuador un 89.6% de los adultos mayores presentaron buen funcionamiento, sin embargo aún se evidencian rasgos de inestabilidad por lo que la familia y personal que se encuentra rodeando al adulto mayor deben mantenerse alerta sobre posibles alteraciones en el núcleo familiar, además de que estas situaciones podrían generar afecciones graves en la calidad de vida no solo del adulto mayor sino también de las personas que se encuentran en su entorno (Freire M. , 2016).

2.2.2 Envejecimiento y enfermedades

Un punto trascendental es que se determina que envejecer no se relaciona con enfermarse (Rodríguez, 2013), sin embargo, la vejez de la mayor parte de personas viene acompañada de un mayor número de padecimientos, tanto crónicos como agudos, siendo lógico que en el transcurso del envejecimiento se generen notables cambios en los órganos y sistemas inmunológicos, tanto morfológicos, fisiológicos, funcionales, psicológicos y sociales que afectan el bienestar de los adultos mayores, vulnerando su estabilidad emocional.

Las enfermedades no transmisibles que se encuentran en los primeros lugares ocasionando la muerte en la población de adultos mayores de Ecuador son las cerebro vasculares, hipertensivas, metabólicas como la diabetes que se encuentran asociadas a la forma de vida, actitudes y prácticas de la población que se relacionan con hábitos de alimentación,

actividad física, estrés. Adicionalmente las enfermedades asociadas a causas medio ambientales en donde se desarrolla la vida diaria de los adultos mayores como acceso a agua de mala calidad y la eliminación de excretas no controladas, disminuyeron de forma importante al mejorar las condiciones sanitarias (Álvarez, Pazmiño, Villalobos, & Villacís, 2010).

2.2.3 Sexo y envejecimiento

En el mundo, las mujeres constituyen la mayoría de adultos mayores; por cada 100 mujeres de 60 o más años de edad, hay solamente 84 hombres; y por cada 100 mujeres de 80 o más años, hay solamente 61 hombres de la misma edad. Los hombres y las mujeres experimentan la vejez de manera diferente. Las relaciones entre los géneros estructuran todo el curso de la vida, e influyen sobre el acceso a los recursos y las oportunidades, con repercusiones desfavorables para las mujeres quienes son más vulnerables a la discriminación, tienen un empleo, acceso al empleo y a la atención de la salud deficiente, son proclives a malos tratos, a la denegación de su derecho a la propiedad y la herencia de bienes, y a la falta de un ingreso básico mínimo y la carencia de medidas de seguridad social (UNFPA, 2012).

Sin duda, las conexiones entre el género y el envejecimiento tienen que ver con el cambio social que acarrea el paso del tiempo en las posiciones de poder, las funciones asignadas a los géneros y la identidad de género que se percibe. Reconocer la implicación del género y la edad tiene un efecto multiplicador, que puede contribuir a incrementar la comprensión de las mujeres y los hombres mayores, por ello el envejecimiento femenino es diferente al masculino, lo que ayuda a su comprensión e interpretación (CEPAL, 2007).

2.2.4 Ingresos y salud de los adultos mayores

Solo una tercera parte de los países, 28% de la población mundial, cuentan con planes integrales de protección social que cubren todos los aspectos de la seguridad social, sin embargo, más del 46% de las personas de 60 o más años presentan discapacidad. Más de 250 millones personas de edad sufren discapacidad moderada o grave y 35,6 millones padecen demencia senil (UNFPA, 2012).

2.2.5 Nutrición en los adultos mayores

La nutrición juega un papel fundamental en el crecimiento y desarrollo, en la promoción y mantenimiento de la salud, en la prevención de las enfermedades y en la recuperación de las personas a lo largo de toda su vida.

La malnutrición no se refiere solamente a la deficiencia de nutrientes sino también a la deshidratación, la nutrición insuficiente, los desequilibrios nutricionales, la obesidad y las consecuencias del abuso del alcohol, una ingesta de alimentos inadecuada, como consecuencia de factores nutricionales, así como la presencia de alguna enfermedad física o mental representan implicaciones nutricionales susceptibles de tratamiento, y afecta la calidad de vida del adulto de edad avanzada (Salech, Jara, & Michea, 2012).

2.3 ADULTO MAYOR

2.3.1 Definición de Adulto Mayor

Existen diferencias al definir la edad en la que se inicia la etapa conocida como adulto mayor, lo cual va a depender del investigador. De acuerdo con Ronzón (2011) citado por Villegas-Vázquez y Montoya -Arce, la vejez se puede definir como la edad con que se cuenta al momento en que disminuyen las capacidades físicas y se incrementan las enfermedades, lo cual va generando dependencia hacia la familia y a la sociedad conforme pasa el tiempo (Villegas-Vázquez & Montoya-Arce, 2014).

En el Ecuador mediante el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) se consideran que los adultos mayores son aquellos que tienen o sobrepasan los 65 años de edad (MIES, 2014) entre los cuales se pueden mencionar diferentes tipos de adulto mayor.

Adulto Mayor (Anciano) sano: Es aquel que no presenta ningún tipo de trastorno funcional, mental o social.

Adulto Mayor Enfermo: Es la persona que padece alguna enfermedad ya sea esta aguda o crónica pero que no cumple los requisitos de un anciano frágil.

Adulto Mayor Inmovilizado: Tipo de persona que pasa la mayor parte de su tiempo en la cama y esta sólo puede abandonar su sitio con la ayuda de otra persona, además están consideradas en esta categoría a las personas con dificultad importante para desplazarse.

Adulto Mayor Frágil o de Alto Riesgo: Sin ninguna duda es el tipo de persona que cumple con tres o más de los siguientes criterios: su edad cronológica supera a los 60 años de edad, preferiblemente mayor de 75 años, con presencia de pluripatología apreciable.

2.3.2 Caracterización del adulto mayor en Ecuador

En el Ecuador existen 1.049.824 adultos mayores de 65 años con un porcentaje del 6,5% del total de la población, además para el 2020 esta cifra aumentará a un 7,4%; para el 2054, casi se triplicará (18%), la esperanza de vida para el sexo femenino es de 83.5 años, mientras que para el sexo masculino 77,6 años (MIES, 2014).

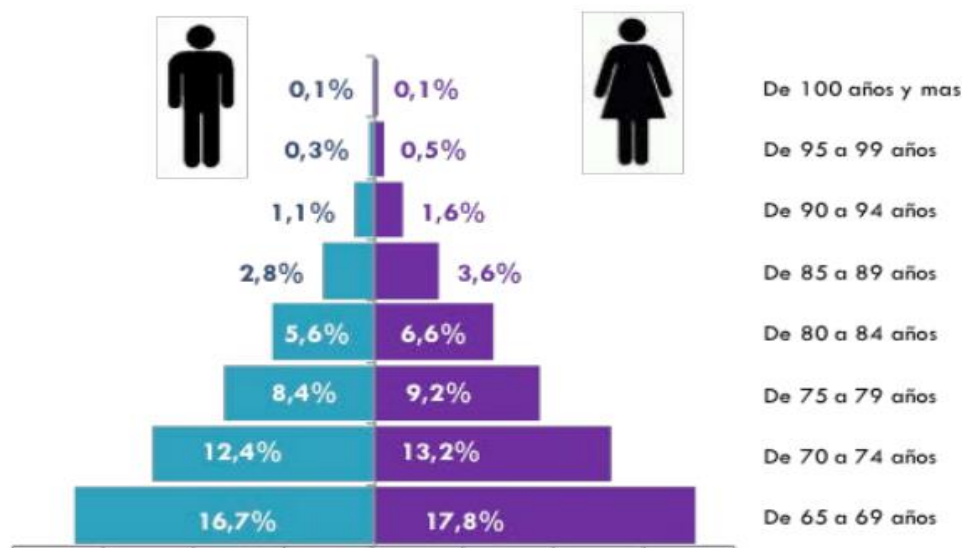
Este mismo organismo con datos relacionados al adulto mayor actualizados del 2013, plantea:

- El 45% vive en condiciones de pobreza y extrema pobreza (424.824)
- En el sector rural vive el 42% (395.180)
- Existen un total de 14,6% de hogares pobres compuesto de un adulto mayor viviendo solo.
- Por negligencia y abandono son víctimas el 14,9%.
- No acceden a la seguridad social de nivel contributivo el 74,3% (MIES, 2014).

Los datos recogidos por la Encuesta Condiciones de Vida (ECV) realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) durante el año 2008 en la ciudad de Quito expone como resultado la existencia de 1.523.274 habitantes en la zona urbana de la cual 90.628 (5,9%) son adultos mayores, el sexo femenino está representado por el 6.4% (49.660) y al sexo masculino por el 5.5% (40.967). Esto nos indica que por cada 100 adultos mayores hombres hay 121 adultos mayores mujeres de la misma edad (INEC, 2008).

Mientras tanto la Agenda de Igualdad para Adultos Mayores 2012-2013 (Ministerio de Inclusión Económica y Social , 2013), señala que en el Ecuador hay 14'483.499 habitantes de los cuales el 65% (940.905) son adultos mayores, de ellos el 53% pertenecen al sexo femenino, y el 47% al sexo masculino, como se observa en la Gráfico 1.

Gráfico 1. Pirámide poblacional del adulto mayor en el Ecuador



Fuente: Agenda de Igualdad para Adultos Mayores 2012-2013 (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2013).

2.3.3 Esperanza de vida del adulto mayor

Los estudios del INEC revelan que la esperanza de vida en el 2010 fue 75 años, mientras que para el 2050 es de 80,5 siendo Loja la ciudad con la esperanza de vida más alta con 79,0 años en el 2020, mientras con menor esperanza de vida está la provincia de los Ríos con 74,3 años en el 2020 (INEC, 2018).

Según sexo hacia el año 2020, los hombres tendrán una esperanza de vida mayor en la provincia de Loja (77 años); las mujeres con 81,9 años serán naturales de la provincia Azuay, por otro lado, en la provincia de Los Ríos los hombres (77 años) y las mujeres (77,6 años) vivirán menos (INEC, 2018).

2.3.4 Condiciones Socioeconómicas del adulto mayor ecuatoriano

En Ecuador la condición socioeconómica de la población adulta mayor en su mayoría es deficiente tanto en las áreas urbanas y rurales, así se estima que el 57,4%, que corresponde a 537.421 personas adultas mayores se encuentran en condiciones de pobreza y pobreza extrema, esto se debe a que por su avanzada edad no trabajan y por tanto no generan ingresos (INEC, 2010).

La encuesta SABE (Salud Bienestar y Envejecimiento) 2010 menciona que en Ecuador las condiciones socioeconómicas de los adultos mayores indican que, de cada 4 adultos mayores 1 vive en condiciones buenas o muy buenas, 4 de cada 10 vive en condiciones regulares y de cada 10 adultos mayores 3 indicaron que viven malas condiciones (MIES, 2012).

2.3.5 Vulnerabilidad y entorno familiar del adulto mayor

Ciertamente las personas van envejeciendo con el paso de los años, perdiendo fuerza, apareciendo problemas de salud entre otros factores, que hacen que este grupo de personas sea vulnerable y ante ello necesite cuidados especiales (Herrera & et al, 2015).

El adulto mayor necesita establecer relaciones afectivas estrechas, por esta razón intensifica sus vínculos con la familia cercana. Esto representa la fuente principal de ajuste socio-psicológico en el proceso de envejecimiento, debido a que el medio en que se desarrolla debe ofrecer mayores posibilidades de apoyo y seguridad.

Si bien es cierto la familia es un eje fundamental de organización social, instaurando de tal forma un vínculo de afecto que permitirá construir un ser estable y seguro. A partir de ello se generan vínculos esenciales para el desarrollo de la familia como tal, mismos que de igual forma contribuyen al desarrollo de las funciones y actividades correspondientes dentro de la sociedad y su entorno (OPS, 2016).

En dicho contexto, los adultos mayores ya con edades avanzadas cuentan con oportunidades a veces positivas o en otros casos negativas, tal es el caso de las personas que sufren abandono familiar, además son alejados del entorno social a un aislamiento que genera internación geriátrica debido a un acuerdo entre los familiares del adulto mayor, en los cuales no se toma en cuenta la opinión de esta y pasa a ser un objeto que ya no depende de sus propias decisiones (Rodríguez, Valderrama , & Molina , 2012).

El papel de la familia en la vejez es fundamental, puesto que esta contribuye a generar mayor seguridad en el adulto, mostrándole que la edad y sus capacidades no son un impedimento para desenvolverse socialmente con normalidad, además de que tienen la posibilidad de seguir siendo productivos y funcionales dentro del núcleo familiar, caso contrario esto podría generar la transmisión equivocada de las ideas y responsabilidades de todos los miembros de la familia con relación al anciano, haciendo imperante que se

aprenda a afrontar las dificultades de la vida sino reconocer los errores que se han cometido con anterioridad, garantizando una calidad de vida óptima para el adulto mayor (Aponte, 2015).

2.3.6 Estilo de Vida del adulto mayor

Para lograr un envejecimiento exitoso y saludable es importante la prevención de las enfermedades y el deterioro que esto causa en la salud del adulto mayor. La calidad de vida de la población de adultos mayores está relacionada con el estado de salud, factores de riesgo, enfermedades, aspectos económicos, ejercicio físico, nutrición, actividades que proporcionen bienestar y ayuden al mejor desempeño de sus actividades (García Sánchez, 2014).

El entorno familiar constituye un factor importante en el estilo de vida de los adultos mayores, en Ecuador el 3% de las personas adultas mayores cuentan con una persona para su cuidado, generalmente son hijos, esposos o nietos. El 11% de los adultos mayores viven solos, pero en la costa ecuatoriana el porcentaje aumenta aproximadamente un 12,4% (INEC, 2010)

2.3.7 Cobertura de salud

De acuerdo a los datos del Censo de Población y Vivienda 2010, el 75 % de la población mayor a 65 años no cuenta con afiliación a un seguro de salud y solo el 23% de la población con 60 años o más está afiliada al IESS. Se debe tomar en cuenta que existen personas afiliadas a un seguro tanto público como privado de salud. Cabe recalcar que la mayoría de los seguros privados no brindan cobertura a enfermedades preexistentes y se restringe el servicio a personas de edad avanzada (INEC, 2018).

En la encuesta Condiciones de Vida (ECV), del 2006, se registraron hasta dos tipos de seguros, es decir la población adulto mayor está afiliada y/o cubierta al menos a un tipo de seguro con el 59,2% (Seguro privado e IESS con el 4,4%, solo seguro privado con el 3,7%, IESS y seguro ISSFA con el 1,5%, solo IESS con el 40,9% y solo seguro ISSFA con el 8,6%). (INEC, 2018).

Además, el mayor asegurador constituye el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), los adultos mayores que están afiliados y/o cubierto solo a este tipo de seguro son

el 40,9%. Además, observa que de cada diez adultos mayores de la ciudad de Quito no están afiliados o cubiertos por un seguro. El (69,4%) de los adultos mayores hombres están en gran número asegurados en comparación a las adultas mayores mujeres que están afiliadas en un (50,8%). Por otra parte, existen adultos mayores de la ciudad de Quito que no están afiliados o cubiertos por un seguro así se observa que tres de cada diez adultos mayores hombres y la mitad de las adultas mayores mujeres no están cubiertos (INEC, 2010)

2.3.8 Perfil epidemiológico

Para León Gordi la epidemiología es: *“el estudio de la distribución y determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios”* (Gordis, 2005).

En consecuencia, el perfil epidemiológico establece los procedimientos para distinguir las acciones o situaciones relevantes asociados a la ocurrencia de ciertos eventos y su repercusión en el colectivo de una población, por ello, constituye expresión de la carga de enfermedad que sobrelleva la población en general o un determinado segmento como es el caso de los adultos mayores, por tanto su requiere identificar la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida que la defina (Whittembury , 2012).

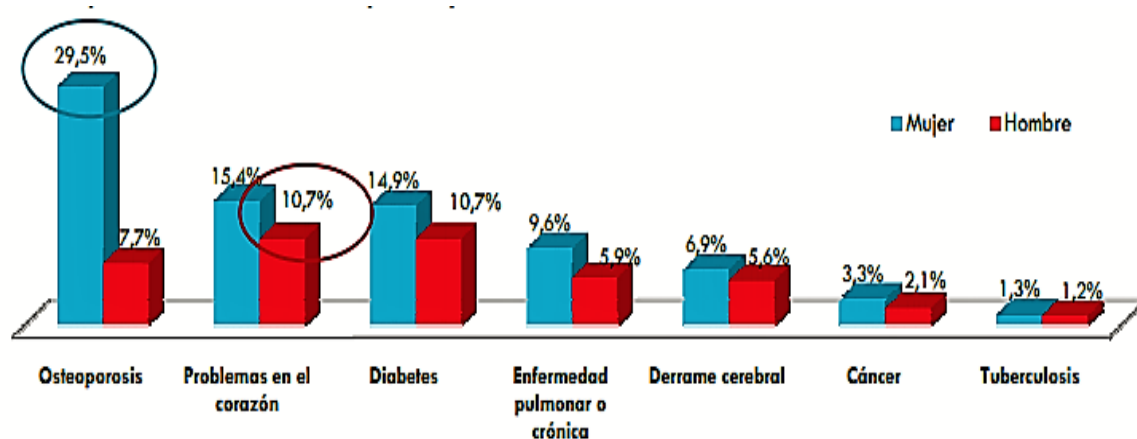
2.3.9 Problemas de salud frecuentes que aquejan al adulto mayor

Principalmente las enfermedades crónicas, las alteraciones médicas sensoriales como visión y audición, malnutrición, incontinencia urinaria, uso de polifarmacia, deterioro cognitivo, depresión, dependencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, alteración en la marcha y deficiencia en apoyo social son las mayores vulnerabilidades a las que está expuesto (Cervantes Becerra & et al, 2015).

Los problemas de salud que más afectan a los adultos mayores en el Ecuador, con ligeras variaciones entre sexos son las enfermedades transmisibles (enfermedades respiratorias, digestivas), las no transmisibles: enfermedades cardiovasculares (infartos agudos al miocardio, accidentes cerebrovasculares y la hipertensión arterial), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y

el asma); la diabetes y las enfermedades degenerativas (artrosis, osteoporosis) como se observa en la figura 2.

Figura 1. Porcentaje de adultos mayores por sexo diagnosticados con alguna enfermedad en la Sierra, 2009.



Fuente: Salud de los adultos mayores en el país (Salud, Bienestar y envejecimiento, 2009).

2.3.9.1 Enfermedades frecuentes en el adulto mayor

Hipertensión arterial: La Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica, incurable, tiene una prevalencia del 60% en los adultos mayores a nivel mundial, es el primer motivo de consulta de todas las patologías crónicas. Estudios como los del Framingham Heart Study sugieren que los individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90% de probabilidad de riesgo de desarrollar HTA. En las mujeres la prevalencia se relaciona con la edad aumentando considerablemente a partir de los 50 años, lo cual probablemente se relaciona con los cambios hormonales de la menopausia.

Diabetes mellitus: Enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia, secundaria a la acción inadecuada y/o secreción deficiente de insulina, con tendencia a desarrollar complicaciones específicas. Analíticamente la podemos conceptualizar como presencia de glucemia basal en dos ocasiones mayor a 126 o una glucemia mayor de 200 mg/dl al azar

Neumonías: proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar, de etiología infecciosa generalmente provocada por bacterias o virus. Se producen en el adulto mayor como consecuencia de los cambios fisiológicos producidos en el parénquima pulmonar: disminución de la elasticidad pulmonar que impide una buena mecánica ventilatoria,

además hay disminución de la actividad de los cilios vibrátiles que dificultan la expectoración y el reflejo tusígeno está disminuido.

Alteraciones de la visión: disminución de la agudeza visual por debajo de 20/40. Su prevalencia es de aproximadamente el 20-30% en los adultos mayores de 65 años y que obedece a diferentes causas que pueden llevar a la ceguera.

Alteraciones de la audición: disminución de la capacidad auditiva en forma leve, moderada o severa determinada por el número de decibeles necesarios para percibir un sonido y que se traduce en dificultad para percibir los sonidos, escuchar una conversación con voz normal o imposibilidad para escuchar de incluso con la ayuda de dispositivos amplificadores.

2.3.10 Mortalidad por enfermedades no transmisibles

Un informe emitido por la OMS refiere que en el 2016 las principales causas de mortalidad en el mundo fueron la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular al ocasionar 15,2 millones de defunciones y han sido las principales causas de mortalidad durante los últimos 15 años; La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) causó tres millones de fallecimientos, mientras que el cáncer de pulmón, junto con los de tráquea y de bronquios, causó 1,7 millones de vidas. La cifra de muertes por diabetes, que era inferior a un millón en 2000, alcanzó los 1,6 millones en 2016, por su parte las muertes atribuibles a la demencia se duplicaron con creces entre 2000 y 2016, lo cual hizo que esta enfermedad se convirtiera en la quinta causa de defunción (OMS, 2018).

Las enfermedades no transmisibles que se encuentran en los primeros lugares ocasionando la muerte en la población de adultos mayores de Ecuador son las cerebrovasculares hipertensivas, metabólicas como la diabetes que se encuentran asociadas a la forma de vida, actitudes y prácticas de la población que se relacionan con hábitos de alimentación, actividad física, estrés (Alvarez Yáñez, Pazmiño Figueroa, Villalobos, & Villacís, 2010).

2. 3.11 Mortalidad por enfermedades transmisibles.

Existe una reducción en la tasa de mortalidad por enfermedades trasmisibles, en comparación al incremento en la mortalidad de las enfermedades no trasmisibles; La tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas produjo 1,4 millones de muertes en 2016.

También ha disminuido el número de muertes por tuberculosis durante el mismo período, pero esta enfermedad continúa siendo una de las diez principales causas de muerte, con 1,3 millones de fallecimientos; sin embargo, la infección por el VIH/sida ya no figura entre las 10 primeras causas; sí, durante el 2000, fallecieron 1,5 millones de personas por esta causa, en 2016 esta cifra se redujo hasta los 1,1 millones (OMS, 2018).

En Ecuador los casos por muerte con referencia a las enfermedades transmisibles corresponde al 7,5%, siendo la provincia de Guayas la que tiene mayor prevalencia con 1649 muertes, por cada 100.000 habitantes, la tasa de hombres y mujeres por cada 100.00 habitantes es 50,06; la provincia de Pichincha presentó 716 muertos, la tasa por cada 100.00 habitantes es 26,29, en hombres y mujeres es de 27,70, 24,94 respectivamente por 100.00 habitantes, estadísticamente los hombres tienen mayor prevalencia de mortalidad con un 40,7% mientras que en las mujeres es de 32,1% (Vance , 2012)

2.3.12 Mortalidad general en el adulto mayor en el Ecuador

La diez causas de Mortalidad general en el adulto mayor son: enfermedades cerebrovasculares, enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, neumonías, tumor maligno del estómago, enfermedad hipertensiva, tumor maligno de próstata, septicemia, enfermedades del hígado , de las evidencias anteriores se conoce que la primera causa de muerte en la población total del adulto mayor es la enfermedad cerebrovascular, por sexos la primera causa de mortalidad en los adultos mayores hombres son las “Enfermedades isquémicas del corazón” y en las adultas mayores mujeres la primera causa de muerte es la “Enfermedad cerebrovascular” (Morales, 2008).

Durante el año 2011 las enfermedades hipertensivas, las enfermedades cerebrovasculares y la enfermedad isquémica del corazón, en conjunto fueron causa de 10 325 muertes, 16,6% del total de muertes del país. En ese mismo año la diabetes mellitus fue la primera causa de muerte específica en el país, representando el 7% del total de las muertes y el 8,8% de las muertes en personas entre 30 y 70 años (Freire W. , 2014).

Cuadro 2. Principales causas de mortalidad en el Ecuador, período 1997-2011.

CAUSAS	1997	2011
Diabetes Mellitus	1896	4455
Enfermedades Hipertensivas	2184	4381
Enfermedad cerebro-vasculares	2280	3930
Accidente de transporte terrestre	2007	3351
Influenza y neumonía	2590	3086
Agresiones y homicidios	1476	2106
Enfermedades isquémicas del corazón	1944	2014
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	1385	1997
Enfermedades del sistema urinario	1533	1756
Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas del corazón	2259	1697
Causas mal definidas	7178	5773

Fuente: La nueva situación epidemiológica de Ecuador (Freire W. , 2014)

Atendiendo al enunciado anterior en el Ecuador las causas de mortalidad prematura (30 a 69 años) son las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias malignas representan el 39% de todas las causas de muerte, a ello se le suman las enfermedades respiratorias crónicas (4%) y la diabetes mellitus (18%)

2.3.13 Factores de riesgo

Los factores de riesgo trascienden de la esfera neurofisiológica a la esfera cognitiva y afectiva; su presentación se da de forma aditiva y progresiva; de tal manera que cuantos más factores de riesgo se presenten en un individuo, mayor será la probabilidad de sufrir un problema vascular (Avaleyra & García, 2015).

Estos factores de riesgo se han clasificado en factores de riesgo biológico no modificables (sexo, edad); factores genéticos (antecedentes familiares); factores de riesgo biológico modificables (obesidad y sobrepeso, hiperglucemia o diabetes, hipertensión y colesterol total en sangre); factores de riesgo conductuales (tabaquismo, dieta no saludable, sedentarismo y alcoholismo), así como factores de riesgo socio ambientales (condiciones

económicas, políticas y sociales, como nivel de ingreso económico, educación, acceso a servicios de salud y medicación) (Avaleyra & García, 2015).

2.3.14 Sistema de referencia y contrarreferencia

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar un adecuado servicio de salud, al usuario, según el nivel de atención, el grado de complejidad y los recursos disponibles en los servicios de salud; con la debida oportunidad y eficacia en donde los Equipos Integrales de Salud, facilitan su flujo mediante la utilización de los recursos disponibles de forma organizada y eficaz entre las entidades de salud (MSP, 2014).

Atendiendo a ello el I Nivel de Atención refiere al II Nivel de Atención, mismo que comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización excepto los casos de urgencia, sin embargo, serán canalizadas al nivel I después de resuelta (MSP, 2012).

Por las características de nuestro trabajo solo haremos referencia a los niveles operativos de atención en el primer y segundo nivel.

Primer Nivel: Es el Nivel de Atención más cercano a la población, facilita y coordina el flujo de las usuarias o usuarios dentro del sistema, es ambulatorio y resuelve el 85% de problemas y necesidades de salud de baja complejidad. Es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud. Garantiza una referencia y derivación adecuada, asegura la continuidad y complementariedad de la atención (MSP, 2014 pág. 16).

Segundo Nivel: Este nivel comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización (Hospital Básico y General con sus diferentes grados de complejidad). Constituye el escalón de referencia inmediata del Primer Nivel de Atención. En este nivel se desarrollan nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, sino en el tipo de servicio brindado: Centro clínico quirúrgico ambulatorio (modalidad Hospital del Día y cirugía mayor ambulatoria) (MSP, 2014 pág. 16).

Para garantizar la calidad, calidez, continuidad, pertinencia, eficacia, eficiencia, efectividad e integralidad en la atención, para la solución de los problemas de salud de la población ecuatoriana se hace necesario medir los indicadores que miden el funcionamiento del

subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia; para ello el MSP a través de una norma técnica permite mediante fórmulas matemáticas conocer los siguientes porcentajes:

Porcentaje de referencias solicitadas: es la relación entre las referencias solicitadas por profesionales de la salud sobre el total de las consultas primera y subsecuente de morbilidad, multiplicada por 100. El valor aceptable es un rango entre 5/10%.

Porcentaje de referencias solicitadas

$$= \frac{\text{total de referencias solicitadas por el profesional de salud}}{\text{total de consultas (primeras y subsecuentes) de morbilidad}} \times 100$$

Porcentaje de cumplimiento de las referencias: es la relación entre el total de referencias cumplidas, dividido para el total de referencias solicitadas por los profesionales de la salud, multiplicado por 100. El valor aceptable es del 70%.

Porcentaje de cumplimiento de referencia

$$= \frac{\text{total de referencias cumplidas}}{\text{total de referencias solicitadas}} \times 100$$

Porcentaje de la referencia cumplida efectiva: es la relación entre el total de referencias cumplidas efectivas, dividido para el total de referencias cumplidas, multiplicado por 100. La meta es del 100%.

Porcentaje de referencia cumplida efectiva

$$= \frac{\text{total de referencias cumplidas efectivas}}{\text{total de referencias cumplidas}} \times 100$$

Porcentaje de contrarreferencias: es la relación entre el total de contrarreferencias dividido para el total de referencias cumplidas efectivas multiplicado por 100. La meta debe ser superior al 90%.

Porcentaje de contrarreferencia

$$= \frac{\text{total de contrarreferencia}}{\text{total de referencias cumplidas efectivas}} \times 100$$

2.4 MARCO CONCEPTUAL

Adulto Mayor: personas de 65 y más años de edad. Se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, se los reconoce como pertenecientes a la tercera edad o ancianos (MIES, 2013).

Epidemiología: ciencia que estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes (OMS, 2018).

Esperanza de vida al nacer: número de años que en promedio esperaría vivir una persona si durante toda su vida estuviera sujeta a las condiciones de mortalidad por edad observadas en el período de estudio (CEPAL, 2008).

Envejecimiento: Acumulación de varios daños moleculares y celulares en un tiempo largo, lo cual puede atraer consigo incapacidades físicas, mentales, riesgo de enfermedades las cuales pueden causar la muerte (OMS, 2018).

Incidencia: número de personas que presentan un fenómeno durante un periodo determinado y en una población inicialmente libre del proceso y que se encuentra en riesgo de presentarlo (Fletcher & et al, 2016)

OMS. Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

Perfil epidemiológico: Expresión de la carga de enfermedad tomando en cuenta el estado de salud que sufre la población. El establecer el perfil epidemiológico obliga a que los países desarrollen programas de salud integral enfocadas en la prevención, acceso a los servicios de salud de los adultos mayores y de esta forma se pueda hacer un seguimiento y análisis del impacto de las medidas sanitarias (Whittembury , 2012).

Referencia: es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios de un establecimiento de salud de menor a mayor complejidad o al mismo nivel de

atención o de complejidad cuando la capacidad instalada no permite resolver el problema de salud (MSP, 2014).

Referencia cumplida: es aquella en que el usuario asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud de la misma entidad al que fue referido y es registrado en un sistema informático o manual (MSP, 2014).

Referencia no cumplida: es aquella en que el usuario referido no asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud de la misma entidad o no fue registrado en un sistema informático o manual (MSP, 2014).

Referencia cumplida efectiva: es aquella en que el usuario referido asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud de la misma entidad al que fue referido y fue atendido por el profesional de salud (MSP, 2014).

Referencia cumplida no efectiva: es aquella en que el usuario referido asistió al servicio de admisión, consulta externa o de emergencia del establecimiento de salud de la misma entidad al que fue referido y no fue atendido por el profesional de salud (MSP, 2014).

Contrarreferencia: es el procedimiento obligatorio por el cual un usuario que inicialmente fue referido/derivado es retornado luego de haber recibido la atención con la información pertinente al establecimiento de salud de menor nivel de atención correspondiente, para garantizar la continuidad y complementariedad de su atención (MSP, 2014).

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es de enfoque cuantitativo y corresponde a un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Descriptivo al no intervenir o manipular el factor de estudio, transversal al ser seleccionado un periodo de tiempo específico para el análisis de la información y retrospectivo debido a que el análisis se basa en información histórica de la Corporación de Salud del Barrio Atucucho.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Adultos mayores de 60 años de edad que acudieron a la Corporación de Salud del Barrio Atucucho para atención médica.

Muestra: Todos los adultos mayores de 60 años de edad que acuden a la Corporación de Salud del Barrio Atucucho en el periodo comprendido entre el 2015 al 2018 y que cumplan los criterios de inclusión definidos para el estudio.

3.2.1 Criterios de inclusión

- ✓ Historias clínicas de adultos mayores de 60 años atendidos en la Corporación de Salud del Barrio Atucucho durante el período 2015 – 2018 que tengan la información requerida para el análisis del estudio. Se tomarán en cuenta al menos dos de las variables a investigar: edad, sexo, estado civil, procedencia, instrucción, ocupación, motivo de consulta, control de la enfermedad, índice de masa corporal, derivaciones para interconsultas con otras especialidades, enfermedades crónicas.

3.2.2 Criterios de Exclusión

- ✓ Historias clínicas de adultos mayores de 60 en adelante atendidos en la Corporación de Salud del Barrio Atucucho durante el período 2015 - 2018, que tengan menos de dos datos de las variables a investigar.

- ✓ Durante el período de análisis hayan acudido por una sola ocasión (falta seguimiento del establecimiento)

3.3 VIABILIDAD

La investigación realizada fue viable porque contó con el consentimiento de la Dirección de Salud de la Corporación de Salud del Barrio Atucucho para realizar el estudio mediante el acceso de información contenida en las historias clínicas para el análisis de los datos, permitiendo describir el perfil epidemiológico de los adultos mayores que acudieron a la Corporación de Salud del Barrio Atucucho de la ciudad de Quito durante el período del 2015- 2018.

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Variable dependiente: perfil epidemiológico del adulto mayor (Anexo 2).

Variable independiente: edad, sexo, motivo de consulta, procedencia, nivel de escolaridad, ocupación laboral, estado civil, enfermedades crónicas no transmisibles, características sociodemográficas (Anexo 2).

3.5 PROCEDIMIENTO

El estudio se realizó en cinco fases; inicia con la revisión bibliográfica que permitió la recopilación de información necesaria para realizar la investigación; la aprobación de la solicitud de la autorización para la realización de la investigación y finaliza con la organización de la información, su análisis y presentación de la información obtenida a la Dirección de Salud de la Corporación de Salud del Barrio Atucucho. A continuación, se describe cada una de ellas.

3.5.1 Fase uno

En este apartado se realizó la recopilación de toda la información necesaria para la elaboración del tema, esto tuvo lugar con una revisión bibliográfica documental relacionada en artículos científicos consultando las bases de datos de Scielo, Scopus, E-book central y ELSEIVER, así como literatura gris de los últimos diez años en idioma español e inglés sin restricción alguna respecto al tipo de estudio. Se usaron como palabras

claves: perfil epidemiológico, adulto mayor, estado de salud, nivel socioeconómico, enfermedades crónicas no transmisibles, Atucucho.

3.5.2 Fase dos

Autorizaciones: Reunión con la Administradora de la Corporación de Salud del Barrio Atucucho con la intención de solicitar autorización mediante oficio para el acceso al área de estadística donde se seleccionaron y revisaron las historias clínicas de los adultos de 60 y más años atendidos en la institución durante el período 2015 al 2018 (Anexo 1).

Durante esta fase se elaboró y entregó el protocolo de la investigación a la Coordinación de Titulación de la Carrera de Bioquímica Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador para su aprobación.

3.5.3 Fase tres

Validación de la información: Se seleccionaron todas las historias clínicas que correspondían a la población en estudio y que pertenecen a adultos mayores de 60 años en adelante y que se encuentren dentro periodo de tiempo seleccionado y que se distribuyeron por mes, año, motivo de consulta, diagnóstico. (Anexo 6)

3.5.4 Fase cuatro

Análisis de datos: Los datos recolectados fueron tabulados, según las variables de estudio (edad, sexo, motivo de consulta, procedencia, nivel de escolaridad, ocupación laboral, estado civil, enfermedades crónicas no transmisibles, características sociodemográficas), en una tabla Excel y fueron ingresados en el paquete estadístico *SPSS v 22.0* para su posterior análisis.

Para el análisis de la información recolectada se aplicaron estadísticos de frecuencia y porcentaje para lo cual se confeccionaron tablas y gráficos mediante el programa estadístico, para establecer las conclusiones y recomendaciones necesarias.

3.5.5 Fase cinco

Entrega de la información: La información final se presenta por las autoras en la disertación previa la obtención del Título de Licenciatura en Bioanálisis Clínico y

Bioquímica Clínica, de forma paralela los resultados obtenidos son entregados a la Corporación de Salud de Atucucho para que realicen las socializaciones correspondientes y tracen estrategias de trabajo que permitan elevar la salud de este grupo etario.

3.6 CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información fue depurada y los datos utilizados no implicaron riesgo de identificación al utilizarse un sistema de codificación anónimo, de tal manera que el nombre del paciente, cédula de identidad, teléfonos, dirección domiciliaria o cualquier otro dato que pudiese haber identificado al paciente, fueron borrados para garantizar la confidencialidad de quienes conforman el estudio.

La protección de la información y la confidencialidad se mantuvo en cada una de las fases del estudio.

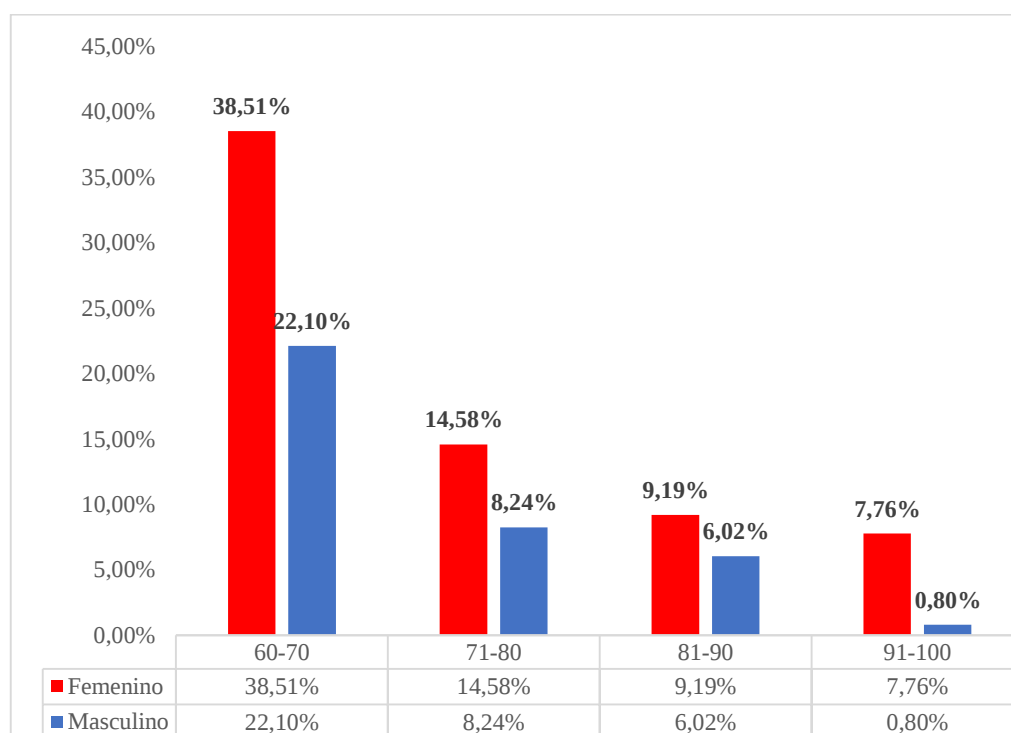
CAPITULO IV

RESULTADOS

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se estudiaron las historias clínicas de 631 pacientes adultos de 60 años en adelante atendidos en la Corporación de Salud del Barrio Atucucho durante el período 2015 hasta 2018, después de su respectivo análisis se encontraron los siguientes resultados:

Gráfico 1. Características de los adultos de 60 y más años por sexo y edad. Barrio Atucucho periodo 2015-2018



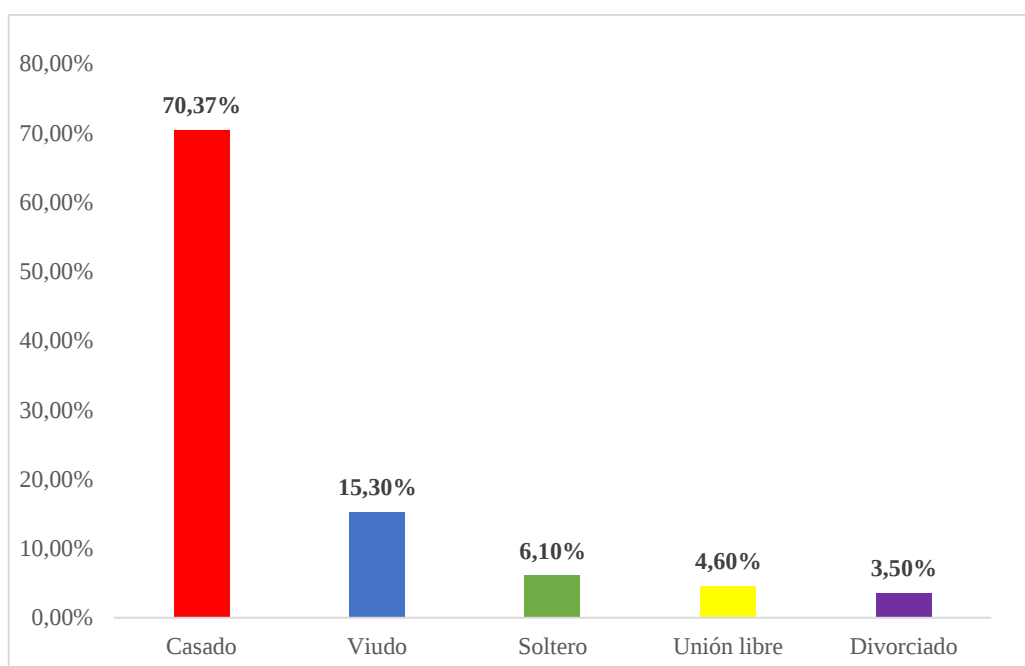
Fuente: Historia clínica

Elaborado por: Las autoras

En el Gráfico 2 se evidencia, alrededor del 70% de los pacientes son de sexo femenino, mientras que el 37.16% pertenece al sexo masculino, evidenciando que las mujeres constituyen gran parte de adultos mayores que son atendidos en la Corporación de Salud Atucucho. En relación a la edad, se obtuvo mayor porcentaje en el grupo etario de 60-70 años (60.61%) y el menos representativo es el grupo etario 91-100 años (8.56%). Estos

resultados muestran que el envejecimiento del sexo masculino y femenino es diferente debido a factores biológicos. Las mujeres viven más tiempo que los hombres, pero desafortunadamente sus condiciones de salud no son buenas.

Gráfico 2. Características de los adultos de 60 y más años según estado civil. Barrio Atucucho periodo 2015-2018



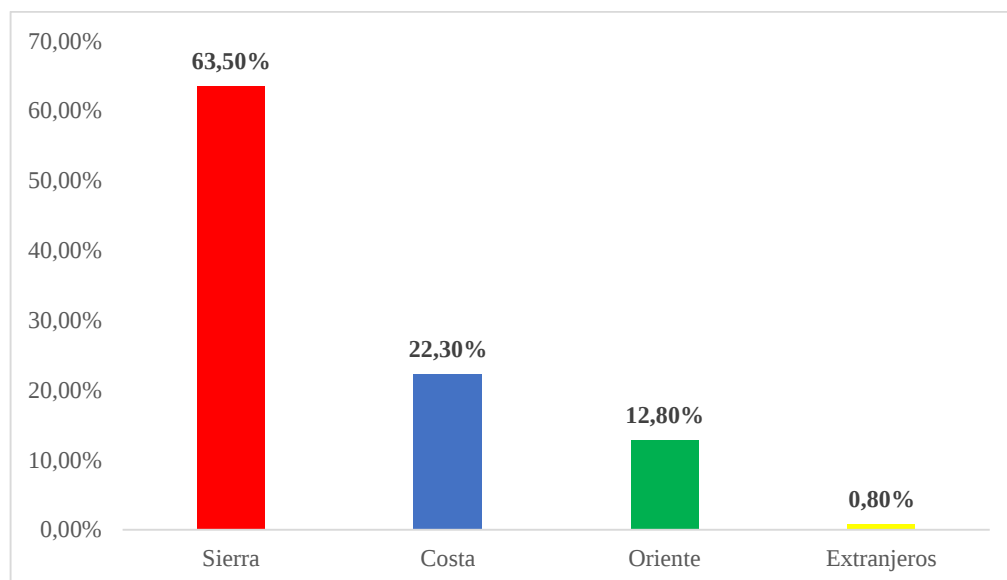
Fuente: Historia clínica

Elaborado por: Las autoras

Los resultados del Gráfico 3, muestran que un 70.37% de los adultos mayores son casados y el 4.60% se encuentran en unión libre; sin embargo, un 24.9% no posee pareja, bien porque es viudo/a (15.30%), soltero/a (6.10%) o divorciado/a (3.50%); datos que superan a los aportados por el INEC (2010), entidad que plantea que el 46.86% de los adultos mayores del país se encuentran casados; mientras que un 3.20% son divorciados, soltero (10.39%) y unión libre (11.98%). Por tanto, predomina el estado civil casado lo que brinda estabilidad familiar y un entorno seguro para estos adultos. El papel de la familia en la vejez es fundamental, puesto que esta contribuye a generar mayor seguridad en el adulto, mostrándole que la edad y sus capacidades no son un impedimento para desenvolverse socialmente con normalidad, además, de que tienen la posibilidad de seguir siendo productivos y funcionales dentro del núcleo familiar. El análisis del estado civil de los adultos mayores contribuye a este estudio a conocer si este grupo etario, tiene a su lado una

persona que lo apoye en las diferentes situaciones que se les presente, como en el caso que presenten problemas de salud.

Gráfico 3. Procedencia de los adultos de 60 y más años. Barrio Atucucho periodo 2015-2018.

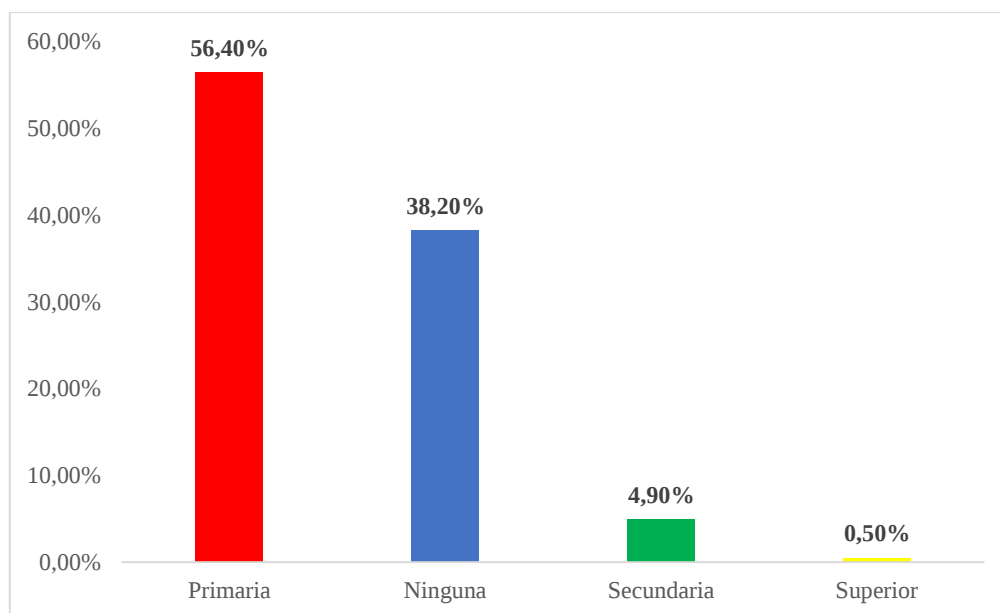


Fuente: Historia clínica

Elaborado por: Las autoras.

Los adultos mayores del Barrio Atucucho proceden generalmente de la Región Sierra (63,5%), principalmente de las provincias Pichincha, Carchi, Chimborazo, Loja y Cotopaxi, seguido de la región costa y oriente, con un pequeño porcentaje, que representa a los extranjeros (Gráfico 4), lo cual permite afirmar que el barrio está conformado por una población diversa que emigró de diferentes lugares del país, en búsqueda de un mejor estilo de vida a partir del quinquenio 2001-2010 según datos aportados por el Distrito Metropolitano de Quito (Paredes Jiménez, 2015).. En la actualidad, se puede observar que la mayoría de adultos mayores provienen de la región Sierra del país, esto se puede dar, por las mejores condiciones que presentan las ciudades más importantes de esta región que involucra que una mejor calidad de vida para el grupo etario. De tal forma, que estos datos permiten conocer la procedencia de la mayoría de los adultos mayores que se asientan en el barrio Atucucho.

Gráfico 4. Instrucción de los adultos de 60 y más años. Barrio Atucucho periodo 2015-2018



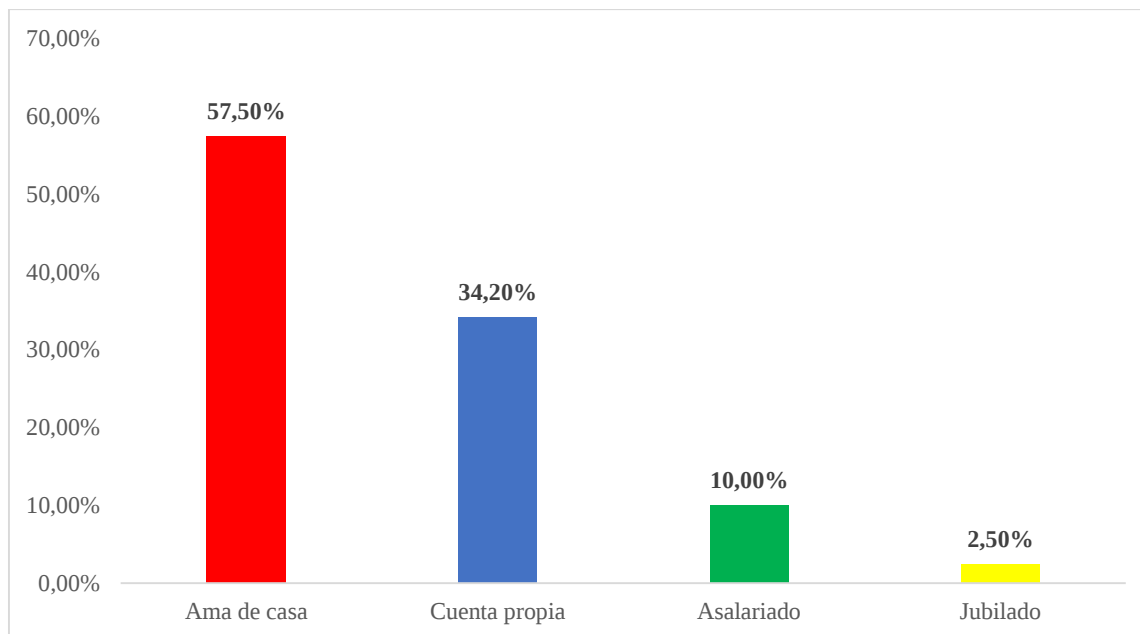
Fuente: Historia clínica

Elaborado por: Las autoras.

En cuanto a la educación, el 38.20% de las personas pertenecientes al objeto de estudio son analfabetas, y el 56.40% alcanzó la primaria; esto se debe a que hace décadas atrás, la educación no era considerada como un requisito importante en la formación de las personas, sobre todo en el caso de las mujeres, ya que se negaba el acceso a la educación. Sin embargo, solo el 4.9% presenta estudios secundarios y apenas el 0.5% alcanzó la educación superior (Gráfico 5), lo que muestra que el nivel educativo de los adultos mayores de Atucucho es bajo coincidiendo con los datos aportados por el INEC (2010) que señala que en el Ecuador los adultos mayores tienen un nivel educativo mínimo, lo que convierte en gran parte de los adultos mayores en trabajadores manuales en el período 2001-2006.

Con respecto a esto, se puede añadir que la falta de educación de estas personas se debe a las bajas condiciones económicas en las que vivían hace décadas atrás y que representa el poco interés de las autoridades locales y nacionales por brindar una atención adecuada a los adultos mayores. Es importante conocer el nivel de instrucción de este grupo de personas, debido a que se puede conocer el estilo de vida que llevan y el tipo de educación que adquirieron en el transcurso de su vida.

Gráfico 5. Ocupación de los adultos de 60 y más años. Barrio Atucucho periodo 2015-2018

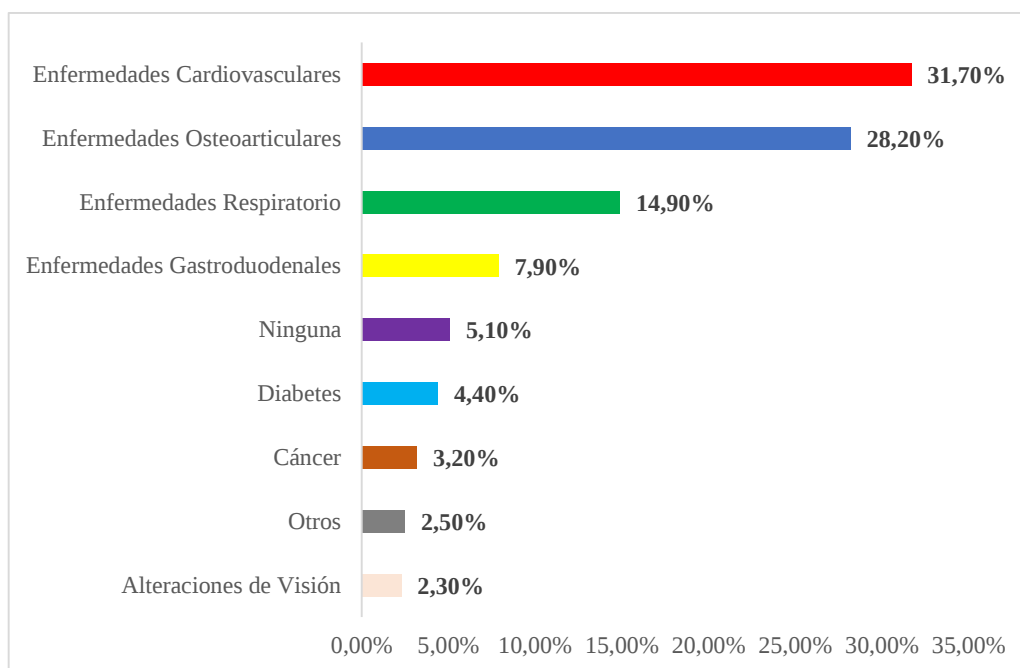


Fuente: Historia clínica

Elaborado por: Las autoras.

Con respecto a la ocupación se muestra en el Gráfico 6, que la mayoría de los adultos mayores del sexo femenino son amas de casa (57.5%), sin embargo, el 34.20% se desempeña en negocios particulares y un 10% recibe un ingreso económico como pago a sus actividades laborales con alguna empresa del gobierno. Generalmente todas las actividades laborales son de tipo manual como es la albañilería, agricultura y carpintería, debido a que este grupo de personas no cuentan con estudios superiores y no poseen una profesión que pueda ser remunerada, y además presentan bajos ingresos, solamente el 2.5% recibe pensión jubilar, por lo que deben adherirse al bono de desarrollo humano (48.5%) para su sustento económico y tratar de solventar las necesidades básicas. Por lo tanto, esto implica que el grupo etario perteneciente al sexo femenino se dedique a los quehaceres domésticos y al cuidado de su hogar, y no realice ninguna actividad fuera del mismo. Conocer el tipo ocupación de este grupo de personas permite tener una noción del tipo de actividad que realizan en esta etapa de su vida.

Gráfico 6. Motivo de consulta de adultos de 60 y más años que acuden a la Corporación de Salud del Barrio Atucucho, periodo 2015-2018

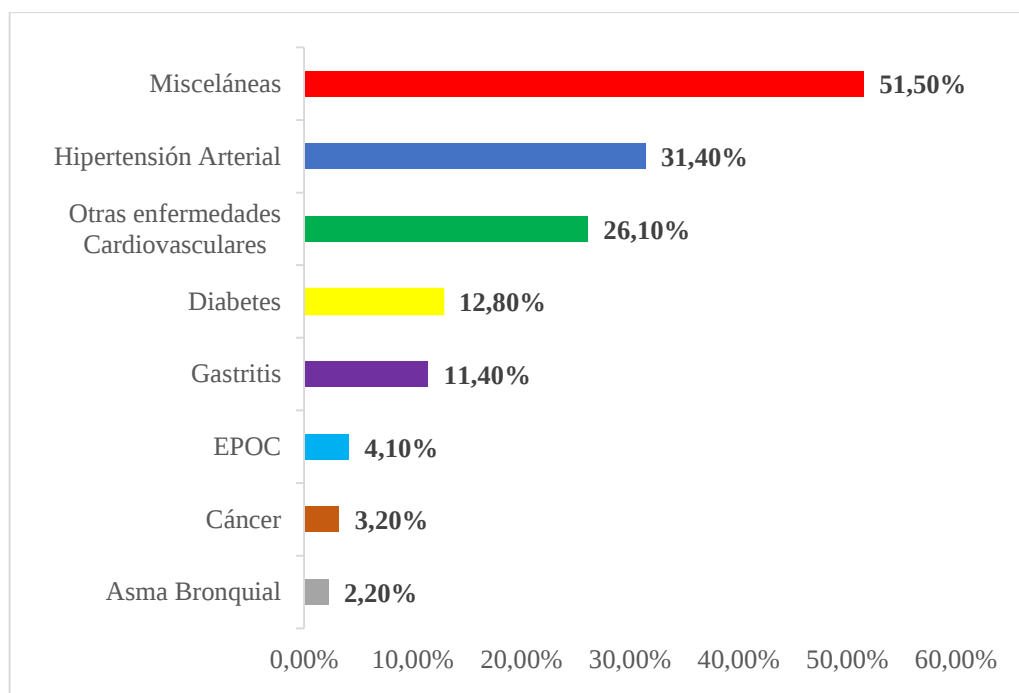


Fuente: Historia clínica

Elaborado por: Las autoras

En los adultos mayores de 60 años o más de Atucucho el motivo de consulta más frecuente son las enfermedades cardiovasculares donde se incluye la hipertensión arterial (31.7%), seguidas por las osteoarticulares (28,2%), y las enfermedades respiratorias (14.7%), sin embargo, existe un 25.4% de otras causas de consultas producto de la suma de una variedad de síntomas y signos compatibles con enfermedades propias del envejecimiento, tanto morfológicos, fisiológicos, funcionales, psicológicos y sociales que afectan su bienestar. Los resultados obtenidos evidencian la preocupación de los adultos mayores por recibir una atención adecuada en los centros de salud de este sector y, de esta manera, evitar tener complicaciones en su salud.

Gráfico 7. Control de enfermedades a adultos de 60 y más años. Barrio Atucucho periodo 2015-2018

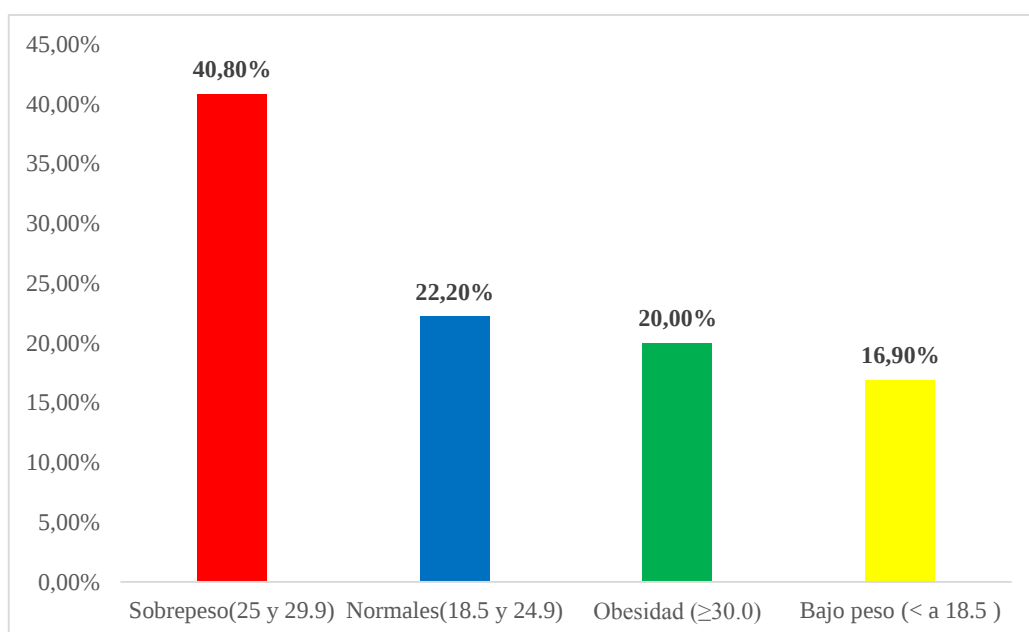


Fuente: Historia clínica

Elaborado por: Las autoras

Las enfermedades sujetas a control que se determinaron a los 631 adultos de 60 y más años del Barrio Atucucho, fueron representadas con un 31.4% relacionado al diagnóstico de hipertensión arterial y al 26.10% con enfermedades cardiovasculares, diabetes (12.8%), EPOC (4.1%), sin embargo, otras patologías suman el 51,5% de las enfermedades que también fueron sujetas a control, tales como: cervicitis, trastornos osteomioarticulares y alteraciones de la visión o de la audición. Se evidencia que existe un predominio del control de enfermedades cerebrovasculares propio de estas edades donde la forma de vida, las actitudes y prácticas de la población relacionadas con hábitos de alimentación, actividad física, estrés y pobreza ocasionan mayor morbilidad en la población de adultos mayores. Además, se debe prestar atención de igual manera, a las otras enfermedades que pueden ocasionar complicaciones en la salud de estas personas. De acuerdo a los resultados obtenidos, se muestra que en este estudio se presenta un mayor control por la hipertensión arterial y otras enfermedades cardiovasculares que son las principales causas de muerte de los adultos mayores.

Gráfico 8. Índice de masa corporal de adultos de 60 y más años. Barrio Atucucho periodo 2015-2018

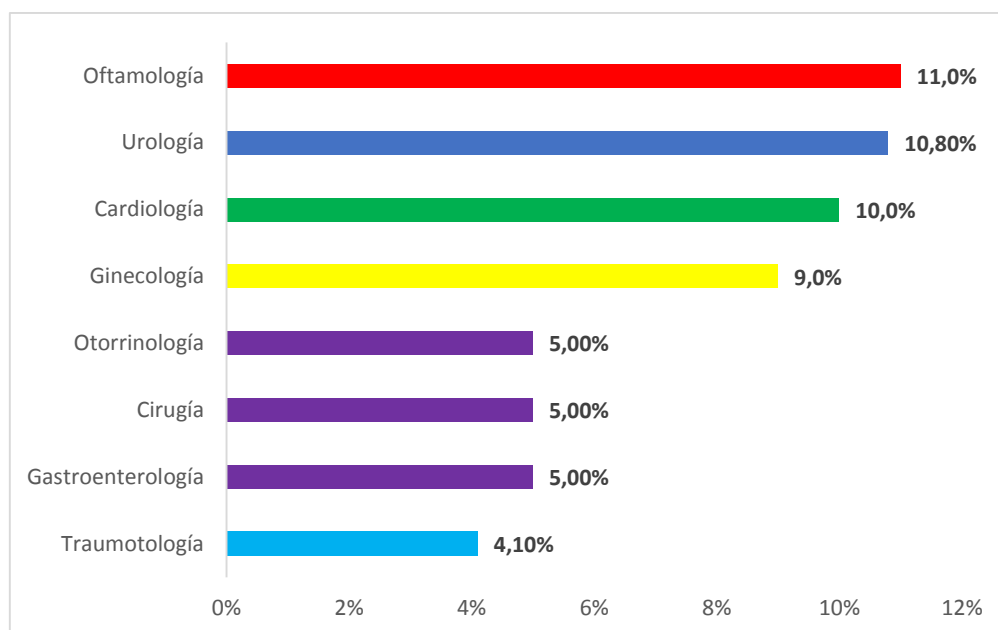


Fuente: Historia Clínica

Elaborado por: Las autoras

En cuanto al IMC, se observó en el Gráfico 9, que entre el 20% y el 40.8% de los adultos mayores de 60 años y más, presentan obesidad y sobrepeso respectivamente, en contraste con el 16.9% que presentan bajo peso, lo que indica que se debe trabajar en los hábitos nutricionales en este grupo etario, debido a que el sobrepeso y la obesidad constituyen factores de riesgo a considerar en la génesis de la hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cáncer. Se puede acotar, que el sobrepeso y obesidad están relacionadas directamente con el sedentarismo de este grupo de personas, ya que gran parte no realiza ninguna actividad física como se observó anteriormente, en el caso de las mujeres que únicamente son amas de casa. Estos resultados contribuyen a determinar en este estudio que gran parte de los adultos mayores sufren de sobrepeso, de tal forma, que se deben tomar las medidas pertinentes para disminuir este factor en este grupo de personas.

Gráfico 9. Derivación de adultos de 60 y más años para interconsultas con otras especialidades médicas. Barrio Atucucho periodo 2015-2018



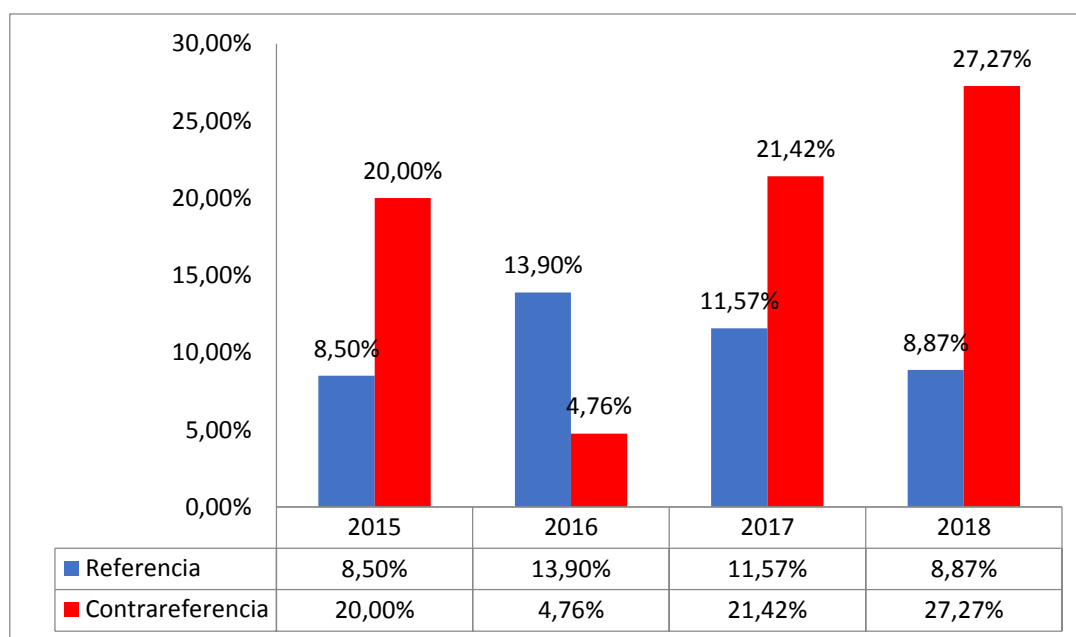
Fuente: Historia clínica

Elaborado por: Las autoras

Durante este período de tiempo el 59.27% de los adultos mayores de 60 años fueron derivados desde la Corporación de Salud Barrio Atucucho hacia la atención especializada a diferentes especialidades, siendo estas: Oftalmología (11%), Urología (10,8%) y Cardiología (10%), quienes recibieron el 31.8% de las remisiones. Al realizar los respectivos análisis de la contrarreferencia el 26.47% regreso a la consulta de la Corporación de Salud para su seguimiento y control de enfermedad; el 23% asistió a las consultas subsecuentes, sin embargo, menos del 1% regresó a la cita médica lo que se traduce que más de 200 pacientes adultos mayores de 60 años abandonaron las consultas de seguimiento, ello sugiere que no se cumple adecuadamente las indicaciones emitidas en el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud- MAIS, por lo tanto, se evidencia por los datos obtenidos de las diferentes historias clínicas, que existe una mala calidad de atención e insatisfacción por parte de los usuarios que deciden abandonar su tratamiento poniendo en riesgo su salud. Es importante conocer el porcentaje de adultos mayores que acuden a los centros médicos para controlar su salud, y al tipo de especialidad que es

derivado para un mejor tratamiento de su enfermedad; debido a que un adecuado seguimiento mejora la calidad de vida de este grupo de personas.

Gráfico 10. Referencia y contrareferencia de adultos de 60 y más años con enfermedades crónicas no transmisibles según año. Barrio Atucucho.



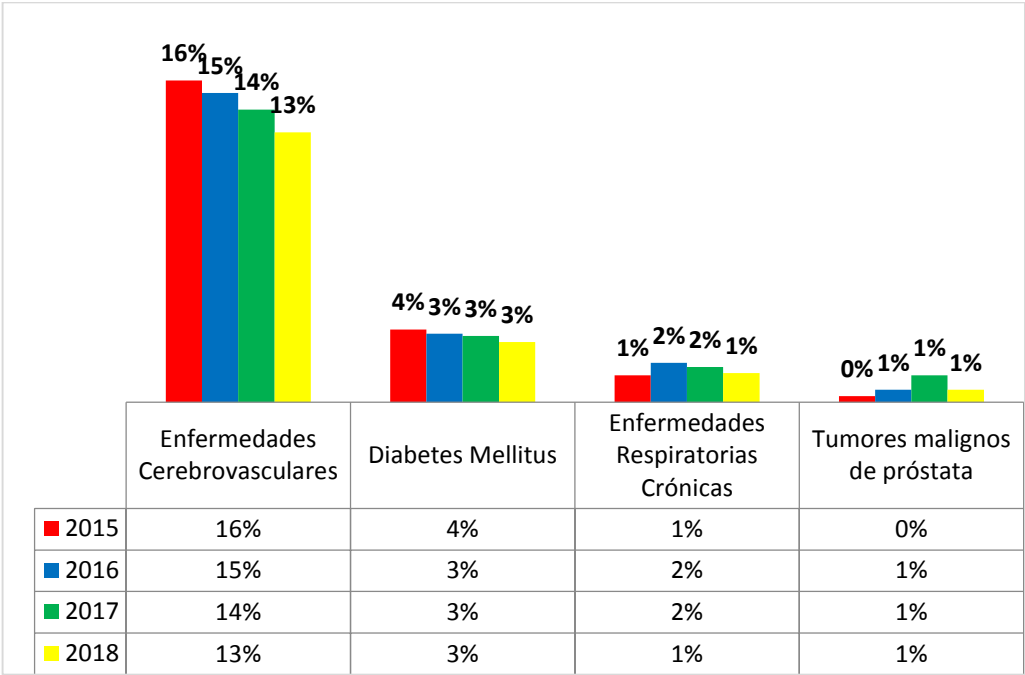
Fuente: Historia clínica

Elaborado por: Las autoras

Durante el período de estudio, se realizaron 66 derivaciones correspondientes a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Son los años 2015 y 2016, los que más derivaron pacientes con ECNT con un porcentaje de pacientes correspondiente a 8.5% y 13.9% respectivamente, en contraste con el año 2018 que se derivaron menor cantidad de pacientes (8.8%); en relación a la contrareferencia, llama la atención que solo se recibieron en el año 2015 alrededor del 20% y para el año 2018 fue aproximadamente el 27.27% de pacientes. Como se puede notar, la Corporación de Salud cumple con el porcentaje de referencias solicitadas al mantenerla en un rango entre 5-10%, sin embargo, incumple con el porcentaje de contrareferencia al no lograr la meta del 90% en ningún año de estudio, lo cual es un claro indicio de la ineficiencia en el seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles como lo estipula el Manual del Modelo de Atención Integral de salud- MAIS, que implica calidad, continuidad, pertinencia,

eficiencia, efectividad e integralidad en la atención, para la solución de los problemas de salud de la población ecuatoriana. Es muy importante, que los pacientes sean atendidos de forma periódica en los diferentes centros de salud, para que sus enfermedades puedan ser detectadas a tiempo y no generen complicaciones posteriormente en su salud.

Gráfico 11. Enfermedades crónicas de adultos de 60 y más años. Barrio Atucucho periodo 2015-2018



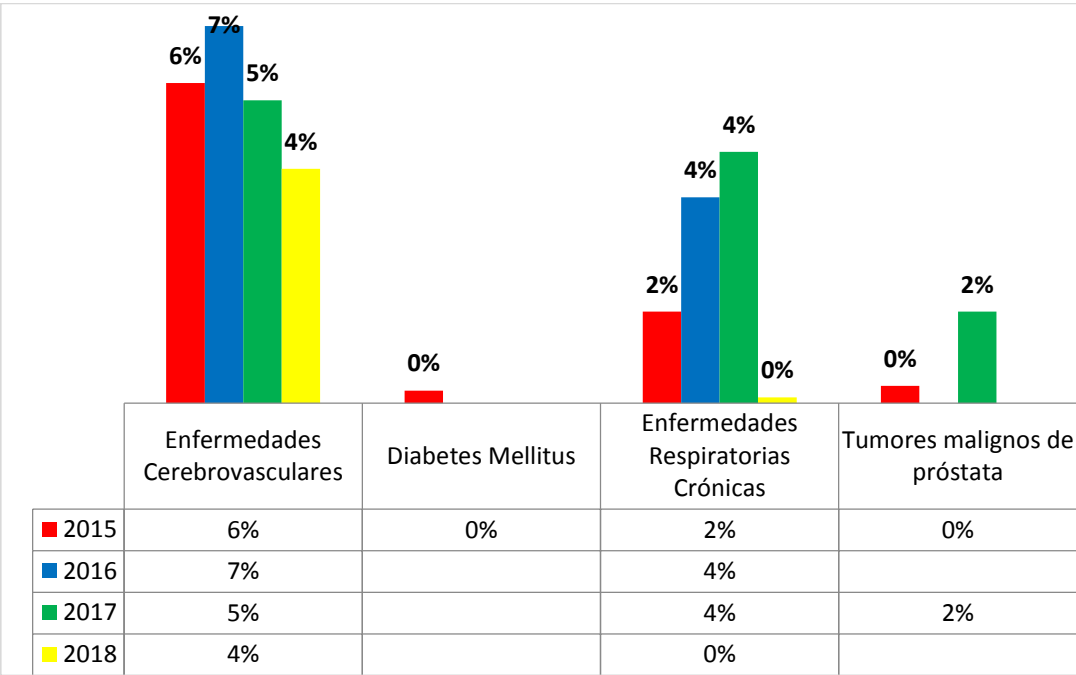
Fuente: Historia clínica

Elaborado por: Las autoras

Al realizar una valoración acerca de las principales enfermedades crónicas prevalentes en la población de estudio se puede apreciar que las enfermedades cerebrovasculares se mantuvieron altas durante todos estos años. Sobre todo, en el año 2015 (16%), la diabetes mellitus se mantuvo con cifras cercanas al 3%, mientras que las enfermedades respiratorias crónicas afectaron a aproximadamente al 2% de la población estudio; sin embargo, se debe destacar el aumento progresivo de los tumores malignos de próstata que tuvo su mayor prevalencia durante el año 2017 donde se diagnosticaron 8 casos nuevos (Gráfico 12). De tal forma, se evidencia que las enfermedades cerebrovasculares y los tumores malignos de próstata son los mayores riesgos de morbilidad del grupo etario. Por lo tanto, a partir

de los datos obtenidos, se debe prestar mayor atención a estos factores y dar un mayor seguimiento para evitar que los adultos mayores padezcan este tipo de enfermedades que ponen en riesgo sus vidas.

Gráfico 12. Mortalidad por Enfermedades Crónicas de adultos de 60 y más años. Barrio Atucucho, periodo 2015-2018



Fuente: Historia clínica

Elaborado por: Las autoras

Como se observa en el Gráfico 13, la letalidad por enfermedades crónicas se mantuvo estable durante este período de tiempo; en el año 2017 se presentó la mayoría de personas fallecidas por este tipo de problemas, las enfermedades cerebrovasculares alcanzaron el 7% de letalidad, las enfermedades respiratorias el 4% y el tumor de próstata el 2%. El año 2018 presentó mejores resultados estadísticos relacionados con la letalidad, de tal forma que se evidenció solamente un 4% de enfermedades cerebrovasculares. Por lo tanto, se puede mencionar que los adultos mayores han mejorado su calidad de vida, debido a que el barrio tiene dos centros de salud y existen las condiciones sociales, económicas y de salud para que no ocurran hechos fatales, un subregistro es una posible solución para obtener datos estadísticos fiables en la Corporación de Salud del Barrio Atucucho.

5.2 Discusión

Durante el periodo enero 2015 a diciembre 2018, la Corporación de Salud del Barrio Atucucho atendió a 631 adultos mayores de 60 años con diferentes patologías.

El 60.69% de los adultos mayores de 60 años que son atendidos en la Corporación de Salud, pertenecen al grupo etario 60-70 años en contraste con los adultos mayores de 91 años que representan el 4.46%, cuyos resultados no coinciden con las estadísticas nacionales y locales emitidas por el INEC durante el período 2001-2010, en donde se contaba con 346 adultos mayores que representaban el 2,94% de 11788 habitantes que tenía en ese entonces el Barrio Atucucho. Sin embargo, este incremento se considera que se ha originado por dos elementos, el primero ya explicado en relación a los datos demográficos desactualizados del INEC, y en segundo lugar es que la muestra estuvo constituida por adultos mayores a partir de los 60 años de edad y no a partir de los 65 como orienta la Ley del Adulto Mayor (Asamblea nacional, 2006).

De acuerdo al sexo en los adultos mayores es predominante el sexo femenino sobre el masculino (70.04% vs 37.24%). Un estudio realizado por Paredes (2015) denominado “Diagnóstico social y de salud de los adultos mayores en el barrio Atucucho de la ciudad de Quito. 2014” confirma un incremento de la esperanza de vida de la mujer por encima del hombre, este autor en su diagnóstico social y de salud en el barrio Atucucho durante el año 2014 coincide con los resultados obtenidos en este proyecto, los cuales mostraron una mayor cantidad de mujeres adultas mayores.

El 63.5% de la población estudiada provino de la Región Sierra, Briand coincide con este estudio, al afirmar en el “Proyecto Atucucho”: el 66% de la población estudiada provenía de la provincia de Pichincha, el resto de Carchi, Chimborazo, Loja, Cotopaxi, entre las más importantes los demás se reparten entre Carchi, Chimborazo, Loja, Cotopaxi, entre las más importantes (Briand & et al, 1994).

Con respecto al nivel de educación, el 38.20% de los adultos mayores no poseen instrucción educativa, y, además, la mitad de los participantes solamente alcanzaron a completar la primaria. Morales (2008), haciendo referencia a los adultos mayores indica que el 80% de los adultos mayores de la ciudad de Quito saben leer y escribir, por ende, el

INEC menciona que ocho de diez adultos mayores saben leer y escribir, esto se puede corroborar con la existencia del 56,4% de adultos que tiene vencida la primaria.

En referencia a la situación económica el 40.2% recibe un salario a partir de actividades relacionadas con la agricultura, la albañilería y carpintería; un grupo de ellos son jubilados, por lo que perciben algún ingreso por pensión, sin embargo, se conoce que aproximadamente el 48% perciben el bono de desarrollo social lo que les permite una discreta solvencia económica al 37% de los adultos para costearse sus necesidades básicas, el resto (63%) es ayudado por sus hijos, familiares y vecinos, elementos estos que atentan indirectamente en su estado de salud pudiendo propiciar depresión, estrés, incumplimiento de tratamientos médicos, inasistencia a consultas médicas e inactividad física aumentando el sedentarismo y la obesidad en el 55% de ellos, según lo recogido por paredes Jiménez (Paredes Jiménez, 2015).

Dentro del estudio se realizó la evaluación del peso y talla de los adultos mayores, lo cual ayudó a obtener información sobre el IMC de cada paciente, los datos obtenidos muestran como resultado que el 40,8% de la población analizada, presenta sobrepeso y la obesidad se encuentra presente en el 10% de este grupo, representando un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, cáncer, problemas musculo-esqueléticos, y otras enfermedades crónicas no transmisibles como, hipertensión, infarto agudo de miocardio (2017). Esto se relaciona con los datos obtenidos a través del INEC (2010), donde se muestra que gran parte de los adultos mayores objeto de aquel análisis presentaban índices de sobrepeso y obesidad ocasionando problemas cardiovasculares y diabetes. De tal forma, que, en ambos casos, estos dos aspectos constituyen un factor de riesgo para el grupo etario.

La información recogida permite plantear la existencia de enfermedades prevalentes en este grupo etario con destaque para la hipertensión arterial (31,4%), otras enfermedades cerebrovasculares (26.1%) y diabetes (12,8%), muy por encima de los resultados reportados por Paredes Jiménez (2015), quien encontró un 8% de enfermedades cardiovasculares y un 11.8% de diabetes lo que puede entenderse porque esta autora aplicó una encuesta a los adultos mayores por lo cual muchos niegan u ocultan síntomas, signos o enfermedades, sin embargo, en este estudio se realizó una revisión de sus historias clínicas que si bien pueden estar marcadas por un sesgo, son datos más actualizados.

Estas enfermedades, junto al IMC alto, son consideradas como factor de riesgo para el desarrollo de demencia vascular, Infarto Agudo de Miocardio (Salazar, Rotta, & Otiniano, 2016) además, de enfermedades cardiovasculares, la diabetes y algunos tipos de cáncer (OMS, 2019).

La mortalidad por enfermedades crónicas, se mantiene por debajo de la media nacional, sin embargo. Al estudiar las tasas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares se encontró que fue del 0.42 durante el 2015 y de 0.50 para los años 2016 y 2018, con un incremento durante el 2017 a 0.59. Por otro lado, la tasa de mortalidad por diabetes no rebasa el 0.08, sin embargo, se debe tener en cuenta que esta enfermedad es un factor de riesgo de otras enfermedades como la cerebrovasculares y quizás exista un subregistro. Las enfermedades respiratorias crónicas han mantenido una tasa por debajo de 0.50 lo que puede deberse a las campañas de inmunizaciones que se realizan para evitar las neumonías y la influenza en este grupo etario.

La reducción de factores de riesgo modificables como el peso, consumo alimentario y la práctica de actividad física puede reducir significativamente el riesgo para padecer la diabetes; en este estudio las enfermedades cerebrovasculares (57,5%) y la diabetes (12,8%) se relacionan con otras enfermedades frecuentes en este grupo: herpes zoster, insuficiencia venosa, tos con secreción, cáncer cérvico-uterino, de mama, varices, baja audición, hernia inguinal, sangrado vaginal postmenopáusico, hiperplasia prostática tipo II, verrugas, virus de papiloma humano, sonda vesical, leucemias (Corporación de Salud Atucucho, 2015-2018). Por lo tanto, se debe realizar un seguimiento profundo relacionado a los hábitos alimenticios y actividad física de los adultos mayores, para evitar que corran el riesgo de sufrir obesidad y sobrepeso y que posteriormente generen problemas en su salud.

Es por ello que a través del MSP se realizan las coordinaciones necesarias para el control de enfermedades a nivel de servicios o especialidades con las que no cuenta la corporación, sin embargo, pocos pacientes asisten a las consultas como es el caso de 72 enfermos con Gastritis de los cuales solo 9 asistieron a control, de ellos solo una persona asistió dos veces, ello trae aparejado la pérdida de un correcto seguimiento médico con la merma de la calidad de salud y posibles complicaciones a futuro, similar ocurrió con los 81 individuos con diagnóstico de Diabetes de los cuales dos asistieron al control de la enfermedad por tres veces

5.3 Conclusiones

Los adultos mayores de 60 años que asisten a la Corporación de Salud del Barrio Atucucho se encuentran entre los 60 y 93 años, el grupo mayoritario se ubica alrededor de 60 y 70 años; los adultos mayores en gran parte son procedentes de la sierra, casados, con instrucción primaria, amas de casa y con negocios propios, del sexo femenino. Por lo tanto, se concluye que el grupo etario está conformado en su mayoría por mujeres las cuales cursaron una educación primaria y exclusivamente se dedican a quehaceres domésticos.

El perfil epidemiológico de la población que acude al Centro de Salud se caracteriza por presentar un elevado porcentaje de patologías crónicas no transmisibles y transmisibles, las enfermedades cardiovasculares y osteoarticulares son la causa más frecuente con porcentajes de 31.70% y 28.20% respectivamente.

Los adultos mayores del Barrio Atucucho cuando presentan patologías de tipo neoproliferativas o deficiencias auditivas y visuales (2,3%), se les derivan a otras instituciones de salud para un mejor diagnóstico y tratamiento médico. Sin embargo, muchos pacientes no acuden a estos servicios y tampoco se retroalimentan a la corporación, por lo que no poseen un control ni seguimiento.

Por lo tanto, es importante detectar este tipo de problemas a tiempo para disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad, sobre todo asociadas al sobrepeso y obesidad ocasionadas por el sedentarismo.

Con respecto a la referencia se obtuvo que en el 2015 y 2016 los adultos mayores que presentaron enfermedades crónicas no transmisibles representaron un 13.9%, valor aceptable establecido en el Manual del Modelo de Atención Integral de salud- MAIS, en cuanto a la contrareferencia, solamente se recibieron en el año 2015 alrededor del 20% y para el año 2018 fue aproximadamente el 27.27% de pacientes, lo cual está muy debajo del 90% establecido como parámetro en el MAIS. De tal forma, se debe realizar un control sobre los pacientes para que estén dispuestos a dejarse atender de manera inmediata en los centros de salud respectivos del barrio Atucucho.

En cuanto a la hipertensión arterial que presentaron los adultos mayores, solo existe un porcentaje pequeño que sigue un tratamiento adecuado de esta enfermedad debido a que es

la más frecuente en este grupo etario. Al no realizar un seguimiento adecuado, se corre el riesgo de desarrollar demencia vascular u otras patologías.

Las enfermedades gastroduodenales que en este estudio representaron un 7,9%, presentan un seguimiento por parte de los pacientes y personal médico, ya que su falta de control puede ocasionar que se desarrollen complicaciones más severas en los adultos mayores.

La diabetes con un porcentaje de incidencia del 4,4% es una enfermedad que ha sido tratada solamente en un pequeño grupo de adultos mayores. En el momento que se deja de realizar un seguimiento a esta enfermedad se pueden presentar complicaciones en diferentes partes del organismo, como el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos y el cerebro.

Las enfermedades respiratorias (14,9) son importantes sobre todo en las personas mayores porque tienen un efecto directo en la salud y en la calidad de vida; por lo tanto, este grupo etario se debe realizar el tratamiento adecuado para evitar complicaciones asociados a las vías respiratorias.

El cáncer que representa el 3% de los problemas es una enfermedad con un porcentaje muy bajo de tratamiento, el envejecimiento es uno de los factores de riesgo individual más importante para el cáncer, además de que aumenta el riesgo de sufrir otras enfermedades y lesiones que pueden afectar el bienestar, la independencia y la autoestima de la persona.

En cuanto a las personas mayores, más del 50% presentan cataratas que caracterizada por pérdida de transparencia del cristalino ocular. Cada vez hay más personas mayores que presentan síntomas de sequedad ocular.

5.4 Recomendaciones

- Socializar los resultados de este estudio con los trabajadores de la Corporación de Salud del Barrio Atucucho que les permita trazar estrategias de trabajo que permitan aumentar la calidad de los servicios brindados.
- Realizar acciones de promoción y prevención de enfermedades con toda la población, en especial con los adultos mayores de 60 años, por ser un grupo etario de alto riesgo y por su impacto socioeconómico para la familia y el Estado.
- Fomentar campañas, y un seguimiento personalizado, para que el adulto mayor no deje de asistir a sus controles, y llevar su tratamiento de acuerdo a su patología.

- Es importante que la Corporación de Salud oriente su personal para que se maneje de manera adecuada la información y por lo tanto la Historia Clínica contenga datos que le permitan al médico llevar un mejor control de los pacientes, teniendo en consideración la fecha de control, medicación, exámenes de laboratorio, médico especialista entre otros.
- Realizar talleres de actualización al personal de la salud mediante la utilización del “Manual del Modelo de Atención Integral de Salud- MAIS” (MSP, 2012) y el “Subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud” (MSP, 2014).
- Aumentar la preparación personal que ayude a realizar los respectivos controles y seguimientos a los pacientes que son derivados a otras casas de salud y pacientes que deben realizar un control periódico de su enfermedad.
- Hacer una captación activa de los pacientes referidos a través de trabajo extramural en la población

Bibliografía

- Muñoz Garzón , L. E. (Noviembre de 2011). *Red de Salud de Laderas*. Obtenido de Perfil Epidemiológico Red de salud de Laderas E.S.E año 2010: http://calisaludable.cali.gov.co/planeacion/2012_ConcursoESE/Plan_Gerencial/Ese_Ladera/epidemiologico-ladera.pdf
- Alvarez Yáñez, P., Pazmiño Figueroa, L., Villalobos, A., & Villacís, J. (2010). *Normas y Protocolos de Salud Integral de las y los adultos mayores*. Quito.
- Álvarez, P., Pazmiño, L., Villalobos, A., & Villacís, J. (2010). *Normas y Protocolos de Salud Integral de las y los adultos mayores*. Quito. Recuperado el 6 de ene. de 2019
- Aponte, V. (ago. de 2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu* , 13(2), 152-182. Recuperado el 26 de dic. de 2018
- Avaleyra, E., & García, S. (2015). Factores de riesgo y funcionamiento cognitivo en envejecimiento saludable. *Revista Inventio*, 11(23), 11-19. Recuperado el 4 de ene. de 2019
- Bastidas Touma, L., & Lozada Fabara, P. (2011). *Campaña de Comunicación Institucional, con el fin de optimizar la relación entre los habitantes del barrio "Atucucho" y el Municipio Metropolitano de Quito Administración Eugenio Espejo*. Quito. Recuperado el 22 de dic. de 2018
- Briand, S., & et al. (ene. de 1994). *Proyecto Atacucho*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/265484009_Proyecto_Atucucho.
- CEPAL. (2007). *Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador. Comisión Económica para América*. Recuperado el 26 de dic. de 2018, de https://www.cepal.org/celade/noticias/noticias/1/30081/doc_ecuador.pdf.
- CEPAL. (2008). *Esperanza de vida al nacer. Estimaciones y proyecciones del CELADE (2007), División de Población de la CEPAL*. Obtenido de https://celade.cepal.org/redatam/ryesp/cairo/WebHelp/Metalatina/esperanza_de_vida_al_nacer.htm.

- Cervantes Becerra, R., & et al. (jun./jul. de 2015). Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *Aten. Prim.*, 47(6), 325-392. doi:DOI: 10.1016/j.aprim.2014.07.007
- Corporación de Salud Atucucho. (2015-2018). *Perfil epidemiológico del adulto mayor* . Quito.
- Creagh Peña, M., García Ones, D., & Valdés Cruz, R. (2015). Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad. *Rev haban cienc méd*, 14(6), 884-886. Recuperado el 12 de ene. de 2019
- Derecho Ecuador. (28 de sep. de 2006). *Ley del Adulto Mayor. Servicio de Renta Interna*. Obtenido de www.sri.gob.ec/BibliotecaPortlet/descargar/...17bb.../Ley+del+Anciano+%281%29.pdf.
- Ferreira Salazar, C., & et al. (2010). *Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III. Serie información estratégica. Instituto nacional de Estadísticas y Censos (INEC)*. Recuperado el 4 de ene. de 2018, de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf
- Fletcher, R., & et al. (2016). *Epidemiología clínica* (5ta ed.). Wolters Kluwer.
- Flores Montesinos , D. J. (2017). Epidemiología Ecoepidemiología, ¿Estamos Avanzando en Vigilancia en Salud en Ecuador?. *Revista Médica HJCA*, 204-207.
- Freire, M. (2016). *Calidad de vida del adulto mayor y el abandono familiar, en el Centro Gerontológico Babahoyo, del Cantón Babahoyo, Provincia de Los Ríos*. Babahoyo: Universidad Técnica de Babahoyo. Recuperado el 26 de dic. de 2018
- Freire, W. (2014). La nueva situación epidemiológica de Ecuador. *Rev. Inf, Edición* 32, 101. Recuperado el 16 de feb. de 2019
- García Sánchez, F. (2014). *Calidad de vida de adultos mayores hombres de una delegación del Municipio de Toluca*. Recuperado el 26 de dic. de 2019, de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/41351/Tesis%20Final%20Felipe.pdf?sequence=1>.

- Gordis, L. (2005). *Epidemiología* (3ra. ed.). (ELSEIVIER, Ed.) Saunder.
- Hernández Guzmán, C., & et al. (2014). Perfil epidemiológico del adulto mayor de Poza Rica de Hidalgo, Veracruz, México. *Rev. Biol Agrop Tuxpan*, 860-65. Recuperado el 2 de ene. de 2019
- Herrera, P., & et al. (oct./dic de 2015). Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 31(4). Recuperado el 6 de ene. de 2019
- Increase in body mass index during the last four decades in Chile: from undernutrition to obesity. (2017). *Rev. méd. Chile*, 145(10), 1363-1364. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017001001363>
- Índice Global de Envejecimiento. (2015). Ecuador. *Índice Global de Envejecimiento 2105*. Recuperado el 15 de feb. de 2019, de <https://datosmacro.expansion.com/demografia/indice-global-envejecimiento/ecuador>.
- INEC. (2010). *Perfil epidemiológico del adulto mayor Ecuatoriano año 2006*. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Recuperado el 26 de dic de 2018, de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Economicos/Evolucion_de_la_indus_Alimen_Beb_2001-2006/Perfil_Epidemiologico_Adul_Mayor_2006.pdf.
- INEC. (2018). *Esperanza de vida al nacimiento por sexo 1990 - 2050*. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos(INEC). Recuperado el 24 de ene. de 2019, de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/presentacion.pdf.
- MIES. (2012). *Población adulta mayor*. Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Recuperado el 26 de dic. de 2018, de <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>.
- MIES. (2013). *Agenda de igualdad para adultos mayores*. Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Obtenido de https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS.pdf.

- MIES. (2013). *Guía operativa del modelo de atención y gestión espacios alternativos del buen vivir para el adulto mayor*. Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Recuperado el 26 de dic. de 2018, de <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/GUIA-PAM-ESPACIOS->.
- MIES. (2014). *Dirección Población Adulta Mayor*. Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Recuperado el 26 de dic. de 2018, de <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>.
- MIES. (2014). *Norma Técnica de Población Adulta Mayor*. Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Recuperado el 24 de dic. de 2018, de <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/NORMA-TECNICA-DE->.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social . (2013). *Guía operativa del modelo de atención y gestión espacios alternativos del buen vivir para el adulto mayor*. Obtenido de <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/GUIA-PAM-ESPACIOS->
- MINSAL, Chile. (2014). *Programa nacional de salud de las personas mayores*. Ministerio de Salud Pública de Chile (MINSAL). Recuperado el 2 de ene. de 2019, de https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf.
- Morales, V. (2008). *La Población adulta mayor en la ciudad de Quito, Estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica*. Recuperado el 26 de dic. de 2018, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas>.
- MSP. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud- MAIS*. Ministerio de Salud Pública. MSP. Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/somosalud/images/documentos/guia/Manual_MAI_S-MSP12.12.12.pdf.
- MSP. (2014). *Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud . Norma Técnica 2014*. Ministerio de Salud Pública (MSP). Obtenido de

<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dn/n/archivos/Norma%20T%C3%A9cnica%20Subsistema%20de%20Referencia%20y%20Contrareferencia.pdf>.

MSP. (2014). *Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud. Norma Técnica 2014. Ministerio de Salud pública (MSP)*. Obtenido de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDireccion>.

Naciones Unidas. (2017). *World Population Prospects. The 2017 Revision. United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division*. Recuperado el 25 de dic. de 2018

OMS. (oct de 2010). *Día Internacional de las Personas de Edad – 1º de octubre. Preguntas y respuestas. Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Recuperado el 25 de dic. de 2018, de <https://www.who.int/features/qa/72/es/>.

OMS. (5 de feb. de 2018). *Datos y cifras. Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Recuperado el 15 de feb. de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.

OMS. (5 de febrero de 2018). *Envejecimiento y Salud. Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.

OMS. (5 de feb de 2018). *Envejecimiento y salud. Organización Mundial de la Salud. 2018*. Recuperado el 25 de dic. de 2018, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.

OMS. (2019). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Recuperado el 7 de feb. de 2019, de <https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>.

OPS. (2012). *Envejecimiento Saludable y Enfermedades no Transmisibles. Organización Panamericana de la Salud (OPS)*. Recuperado el 15 de feb. de 2019, de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/PAHO-Factsheet-Healthy-Aging-Spa-2012.pdf>.

- OPS. (2016). *Estrategias de la OPS para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Organización Panamericana de la Salud (OPS)*. Recuperado el 26 de dic. de 2018, de https://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=678:estrategias-ops-calidad-vida-adultos-mayores&Itemid=255.
- Paredes Jiménez, Y. (2015). *Diagnóstico Social y de salud de los adultos mayores en el barrio Atucucho de la ciudad de Quito, 2014. Universidad Técnica Particular de Loja. Tesis de pregrado*. Recuperado el 22 de dic. de 2018
- Penny-Montenegro, E. (2017). Obesidad en la tercera edad. *An. Fac. med*, 215-217. Recuperado el 15 de feb. de 2019, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200018
- Pérez- Hernández, B., & et al. (mar. de 2017). Desigualdades sociales en los factores de riesgo cardiovascular de los adultos mayores de España: estudio ENRICA-Seniors. *Rev. Esp. Cardiol*, 70(3), 145-154. doi:<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.05.012>
- Plaza Vázquez, M. (2017). *Percepción social del riesgo de las quebradas Atucucho y Rumihurco en el barrio Atucucho de la ciudad de Quito. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2017, tesis de pregrado*. Quito. Recuperado el 22 de dic. de 2018
- Rodríguez, A., Valderrama , L., & Molina , J. (2012). Intervención psicológica en adultos mayores. *Revista Psicología desde el Caribe*, 246-258.
- Rodriguez, R. (2013). *Factores individuales de la Vejez*. México: Prentice Hall.
- Romero, Y., Carrillo, D., Espinoza, N., & Díaz, N. (ene./jun. de 2016). Perfil epidemiológico en salud bucal de la población escolarizada del Municipio Campo Elías del estado de Merida. *Acta de Bioquímica*, 6(1), 3-19. Recuperado el 4 de ene.. de 2019
- Salazar, P., Rotta, A., & Otiniano, F. (2016). Hipertensión en el adulto mayor. *Revista Médica Hipertensión*, 60-66. Recuperado el 11 de feb. de 2019

- Salech, F., Jara, L., & Michea, A. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Re, Med. Las Condes*, 4-113. doi:DOI: 10.1016/S0716-8640(12)70269-9
- Salinas Salinas, T. S., & González Eras, S. (Septiembre de 2010). *Universidad de Loja*. Obtenido de Mejoramiento de la calidad de vida de la población escolar de la escuela Marieta de Veintimilla del barrio Motupe considerando su perfil epidemiológico.: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/8111>
- Salud, Bienestar y envejecimiento. (2009). *Salud de los adultos mayores en el país. Salud, Bienestar y envejecimiento 2009. (SBE)*. Recuperado el 4 de feb. de 2019, de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/estadisticas_adulto_mayor.pdf.
- Sánchez Salazar, R. A. (2017). *Perfil epidemiológico de los adultos mayores en los cantones Quero y cevalls de la Provincia Tungurahua. Universidad Técnica de Ambato*. 217. *Tesis de pregrado*. Recuperado el 5 de ene. de 2019
- UNFPA. (2012). *Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío. l Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)*. Recuperado el 25 de dic. de 2018, de https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20Report%20Executive%20Summary%20SPANISH%20Final_0.pdf.
- Vance , K. (2012). *Indicadores Básicos-Ecuador 2012. Ministerio de Salud pública (MSP)*. Recuperado el 4 de ene. de 2019, de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-2014&alias=471-indicadores-basicos-de-salud-ecuador-2012&Itemid=599.
- Vásquez, M. (2017). Percepción social del riesgo de las quebradas Atucucho y Rumihurco en el Barrio Atucucho de la ciudad de Quito. *Disertación de grado*. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Villegas-Vázquez, K., & Montoya-Arce, B. (2014). Condiciones de vida de los adultos mayores de 60 años o más con seguridad social en el Estado de México. *Pap. pobla*, 20(79), 133-167. Recuperado el 24 de dic. de 2018

Whittembury , A. (2012). *El perfil epidemiológico y el Análisis de la situación del país*. Recuperado el 2 de ene. de 2019, de <http://www.esperantra.org/biblioteca/peaepweb.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE BIOQUÍMICA CLÍNICA
OFICIO

Quito, 20 de diciembre del 2018

Lic. Ramona Yunga

Administradora Corporación de Salud del Barrio Atucucho

Su despacho.

Por medio de la presente, nos dirigimos muy respetuosamente ante usted para solicitar su aprobación en la aplicación del protocolo de tesis de grado para la obtención de la titulación como Licencias en Bioanálisis Clínico y Bioquímica Clínica. Dicho proyecto se titula “Determinación del perfil epidemiológico del adulto mayor que acude a la Corporación de Salud del Barrio Atucucho Quito periodo 2015-2018” el cual pretende describir el perfil epidemiológico de los adultos mayores que acudieron a la Corporación de Salud del Barrio Atucucho de la ciudad de Quito durante este periodo.

Dentro del proceso de investigación es necesario acceder al Departamento de Estadística, lugar donde obtendremos la información necesaria para la investigación.

La presente investigación no presentará riesgos, ni causará daño físico ni psicológico para los investigados, así como costo alguno. Los datos serán resguardados con total confidencialidad, bajo ningún concepto serán divulgados y se usarán única y exclusivamente para tareas de investigación, el proceso de manejo de la información podrá ser verificado en cualquier momento por las autoras de la investigación.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Angélica María Guamán Collantes

Investigadora:

CI: 1714406582

Dayana Lizbeth Suquillo Simbaña

Investigadora

CI: 1721134284

Anexo 2

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable dependiente	Dimensión	Definición Conceptual	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento de medición
Perfil epidemiológico	Físicas Psicológicas Biológicas	Método científico que expresa la carga de enfermedad que sufre la población, mediante la descripción e identificación de las características que la definen (mortalidad, morbilidad y la calidad de vida).	Frecuencias absoluta y relativa (Porcentaje) Posturas Discapacidades Estrés Ansiedad Miedo Enfermedades no transmisibles Enfermedades crónicas no transmisibles Enfermedades catastróficas	Cualitativa	Investigación	Revisión bibliográfica
Adulto mayor		Persona que ha llegado o superado los 65 años de edad, sin embargo, para				

		para este estudio se escogieron adultos a partir de los 60 años, con ellos abarcaremos un mayor de pacientes.				
--	--	---	--	--	--	--

Variable independiente	Categoría	Definición Conceptual	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento de medición
Motivo de consulta del adulto mayor	Biológica	Motivo por el cual acudió a consulta médica según consta en la historia clínica	Porcentajes	Cualitativa	Investigaciones y datos obtenidos	Historias clínicas
Edad	Años cumplidos	Se consideró la edad del paciente desde la fecha de su nacimiento hasta la fecha de estudio, independientemente de a qué edad que recibió su primera atención médica.	Frecuencia absoluta y relativa Rango de edad en años. 60- 70 años 71-80 años 81- 90 años 91- 100 años Más de 101 años	Cuantitativa	Numérica continua	Historias clínicas

Género	Hombre Mujer	Característica fenotípica que diferencia diferencian entre hombre y mujer y conforme a cómo se encuentra indicado en la historia clínica.	Porcentaje de Hombres Porcentaje de Mujeres	Cualitativa	Nominal/Dicotómica	Historias clínicas
Nivel educacional	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Nivel de educación registrado en el historial médico	Frecuencias absoluta y relativa (Porcentaje)	Cualitativa	Nominal politónica	Historias clínicas
Procedencia	Lugar	Lugar del cual procede, o de donde es originario	Frecuencias absoluta y relativa (Porcentaje)	Cualitativa	Nominal	Historias clínicas
Ocupación	Social	Trabajo que realiza por el cual recibe un determinado salario para su sustento económico	Tipo de actividad que realiza	Cualitativa	Nominal	Historias clínicas

Estado civil	Social	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Soltero Casado Acompañado Divorciado Viudo	Cualitativa	Nominal	Historias clínicas
Enfermedades crónicas	Enfermedades cardiovasculares Cáncer Enfermedades respiratorias crónicas Diabetes	Enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.	Frecuencias absoluta y relativa (Porcentaje) para cada enfermedad Enfermedades cardiovasculares Cáncer Enfermedades respiratorias crónicas Diabetes	Cualitativa	Nominal politónica	Historias clínicas
Prevalencia		Número de casos de una enfermedad o evento en una población y en un momento dado. $P = \frac{\text{Número de casos existentes en un momento o edad determinada}}{\text{número de individuos o edad determinada}}$	Porcentaje de individuos con la patología identificada por sexo y grupo de edad	Cuantitativa	De razón	Historias clínicas
Incidencia		Frecuencia con que ocurren nuevos eventos según la fórmula:	Porcentaje de nuevos casos por sexo y edad en la población de	Cuantitativa	De razón	Historias clínicas

		TI= casos nuevos/personas en riesgo para desarrollar la enfermedad.	Atucucho			
Mortalidad		Número de muertes ocurridas por todas las causas de enfermedad, en todos los grupos de edad y para ambos sexos	Tasa de muertes ocurridas por la enfermedad por sexo y edad de la población atendida en la Corporación de Salud Atucucho	Cuantitativa	Se utilizó la Tasa de Mortalidad Específica: mortalidad de adultos mayores por una causa concreta en un período determinado*1000	Historias clínicas
Morbilidad		Cantidad de individuos considerados enfermos o que son víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinado.	Tasa de individuos enfermos por sexo y edad de la población atendida en la Corporación de Salud Atucucho	Cuantitativa		Historias clínicas

IMC	Bajo peso Normales Sobrepeso Obesidad	Indicador de la relación entre el peso y la talla utilizado frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula según la fórmula $IMC = (kg/m^2)$.	IMC < a 18.5: "bajo peso". IMC entre 18.5 y 24.9: "normales" IMC entre 25.0 y 29.9 "sobrepeso". IMC $\geq$ 30.0 "obesidad".	Cualitativa	Ordinal	Historias clínicas
Factores de riesgo	Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, droga) Estilo de vida (hábitos higiénicos, alimentarios, actividad física)	Circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud recogido en la historia clínica sin importar tiempo, cantidad o calidad del consumo o acciones.	Frecuencia absoluta y relativa (porcentaje)	Cualitativa	Nominal Politómicas	Historias clínicas

Anexo 3

Fotografía 1. Corporación de Salud del Barrio Atucucho.







Anexo 4

Fotografía 2. Barrio Atucucho







Anexo 6

Fotografía 3. Historias clínicas para la recolección de datos



