

PROCOLO DE INVESTIGACION –

**¿QUÉ ESTÁ OCURRIENDO CON EL ESTADO DE SALUD EN CUANTO A MORBILIDAD DE 380
ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS, DE LA LOCALIDAD DE SUBA DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ
DESDE EL 2014 AL 2015?**

PRESENTADO POR:

Natalia Gómez Ardila

Rosa Isabel Castro Castro

ESTUDIANTES ESPECIALIZACION EPIDEMIOLOGIA

PRESENTADO A:

DR. PAUL ANTHONY CAMACHO

DIRECTOR DE LA ESPECIALIZACIÓN - EPIDEMIOLOGIA

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

ESPECIALIZACION EPIDEMIOLOGIA

BUCARAMANGA

2015

CONTENIDO

1. FASE 1 DE INVESTIGACIÓN

- 1.1 Introducción
- 1.2 Pregunta de investigación
- 1.3 Justificación
- 1.4 Objetivo general
- 1.5 Objetivos específicos
- 1.6 Hipótesis
- 1.7 Definición y operacionalización de variables
- 1.8 Sustentación del Diseño metodológico

2. MARCO TEORICO

- 2.1 Características demográficas de los adultos mayores de 60 años
- 2.2 Estado de salud de los adultos mayores de 60 años
 - 2.21 Epidemiología de las enfermedades del adulto
 - 2.22 Factores que determinan el riesgo cardiovascular
- 2.3 Estimación del riesgo cardiovascular
- 2.4 Descripción de la cobertura en los servicios de salud
 - 2.41 Cobertura de los servicios de salud
- 2.5 Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor de 60 años
 - 2.51 Significado de la calidad de vida del adulto mayor de 60 años

3. METODOLOGIA

- 3.1 Diseño metodológico
- 3.2 Definición del universo
- 3.3 Población y muestra del estudio
- 3.4 Calculo del tamaño muestral
- 3.5 Cronograma de actividades (Diagrama de Gantt)
- 3.6 Presupuesto
 - 3.61 Presupuesto Global de la propuesta de investigación
 - 3.62 Descripción de los gastos de personal
 - 3.63 Descripción de los equipos que se planea adquirir
 - 3.64 Descripción y cuantificación de los equipos de uso propio
 - 3.65 Descripción del software que se planea adquirir
 - 3.66 Descripción y justificación de los viajes
 - 3.67 Valoración salida de campo
 - 3.68 Materiales y suministros
 - 3.69 Bibliografía
 - 3.70 Servicios técnicos

4.0 CONSIDERACIONES ÉTICAS

4.1 Modelo De Consentimiento Informado

5.0 PLAN DE ANALISIS

5.1 Plan de tabulación

5.2 Plan de análisis

6.0 RESULTADOS

6.1 Análisis de resultados

7.0 DISCUSIÓN

8.0 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.0 BIBLIOGRAFIA

10.0 ANEXOS (FIGURAS – TABLAS)

¿QUÉ ESTÁ OCURRIENDO CON EL ESTADO DE SALUD EN CUANTO A MORBILIDAD DE 380 ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS, DE LA LOCALIDAD DE SUBA DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ DESDE EL 2014 AL 2015?

1.0 INTRODUCCIÓN:

En los próximos 50 años, la proporción de personas mayores de 65 años aumentará 6,8% de la población mundial a 15,1%. Así en el año 2050 habrán más ancianos superando los 1.400 millones. En los países en desarrollo el problema radica en que no cuentan con los medios para atender las necesidades de los ancianos.

Esto se debe al incremento internacional de la población mayor de 65 años, calculada en más de 290 millones de personas con una tendencia creciente en las últimas décadas. Los estudios de morbilidad y mortalidad permiten en cierta forma medir y valorar indirectamente el nivel de salud alcanzado por la población, lo cual permite optimizar la planificación de la prestación de servicios de salud. En los países en desarrollo se estima que, para el año 2020, las muertes a causa de las enfermedades cardiovasculares aumentarán en 15 a 20 % y, en el año 2030, las cuatro enfermedades crónicas no transmisibles mencionadas anteriormente serán responsables del 75 % de las muertes en el mundo. Es decir, se calcula que en el año 2030 morirán cerca de 23,6 millones de personas por enfermedades cardiovasculares y se pronostica que seguirán siendo la principal causa de muerte a nivel global.

En Colombia, igualmente, las causas de mortalidad están encabezadas por las enfermedades cardiovasculares, que corresponden al 28,7% de todas las defunciones. La hipertensión arterial, como la enfermedad cerebrovascular y la insuficiencia cardiaca constituyen problemas importantes de salud pública en el país. Las principales causas del envejecimiento poblacional en Colombia son el incremento de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad, el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, el descenso de las tasas de la fecundidad, la atenuación del ritmo de incremento de la población y los procesos de migración.

La localidad de Suba de la ciudad de Bogotá-Colombia está ubicada entre las localidades con población expansiva, esto lo muestra el crecimiento poblacional proyectado por el DANE entre los años 2010 a 2011 que corresponde al 2,3%, La tasa de dependencia muestra la carga demográfica de las personas jóvenes (0 a 14 años) y las personas adultas (mayores de 65 años). De acuerdo a la encuesta distrital de demografía y salud de Bogotá, el 9% de las personas de Suba son mayores de 59 años; este porcentaje es del 8% entre los hombres y llega al 10% entre las mujeres. Al 49% de los adultos mayores de suba se les ha diagnosticado hipertensión, al 23% artritis, al 22% alergias, al 16% enfermedad coronaria y al 11% diabetes mellitus tipo 2.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué está ocurriendo con el estado de salud en cuanto a morbilidad de 380 adultos mayores de 60 años, de la localidad de Suba de la ciudad de Bogotá desde el 2014 al 2015?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La dificultad de accesos a los servicios de salud genera que parte de la comunidad no asista a valoraciones médicas periódicas lo que se traduce en enfermedades crónicas no transmisibles que aumentan con la edad, adicionalmente las medidas de promoción y prevención no son replicables ya que cada vez más se ven comorbilidades derivadas de síndrome metabólico como obesidad, hipertensión arterial, dislipidemia entre otras.

Una población que es muy vulnerable sobre todo en Colombia son los adultos mayores de 60 años, en donde algunos no tienen acceso a servicios médicos que le permitan disminuir comorbilidades o al menos se les de educación sobre sus patologías y así evitar tanta morbi-mortalidad.

Por ejemplo una de las enfermedades crónicas no transmisibles más importantes es la hipertensión arterial. La hipertensión arterial afecta aproximadamente a la mitad de los adultos mayores de 60 años. Al menos la tercera parte de los casos no son diagnosticados, como es mencionado en la guía de diagnóstico y manejo de Hipertensión arterial de la organización panamericana de la salud. (1)

Otro aspecto a tener en cuenta es la enfermedad cardiovascular, las muertes por enfermedad cardiovascular representan cerca del 30% de todas las muertes. No obstante, los patrones de presentación son tan variables, que en países desarrollados la tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular es de aproximadamente un 38%; mientras que en países en vía de desarrollo la tasa global de mortalidad por enfermedad cardiovascular es del 28%, sin embargo esta tasa podría llegar a ser más alta.

De acuerdo con los indicadores básicos de situación de salud en Colombia, 2006, establecidos por el Ministerio de la Protección Social, la cobertura de salud ascendía al 81 % de la población total. De la anterior cobertura el 44,1% corresponde al régimen subsidiado de salud, el 36,9% corresponde al régimen contributivo de salud, los regímenes de excepción (fuerzas militares, magisterio, Ecopetrol, policía nacional) cubren el 4,8% de la población total. Esto indica que aún existe un 19% de pacientes sin cobertura a los accesos en los servicios de salud, en donde obviamente sus comorbilidades pueden ser mayores.

Dadas las anteriores situaciones expuestas, se quiere determinar el estado de salud de un grupo de pacientes adultos mayores de 60 años de la localidad de Suba (Bogotá) para establecer el riesgo cardiovascular de cada uno, sus patologías y describir el acceso a los servicios de salud que tienen estos pacientes con el fin de evaluar en un grupo focal si se acerca o se aleja a la situación de salud que se muestra a nivel global.

Es importante también determinar qué tan fuertes están siendo las medidas de salud pública implementadas por parte del ministerio de salud, dado que la tendencia de los últimos 2 años ha sido enfocada en estrategias de promoción y prevención planteadas en la Ley 1438 del 2011 que deben estar reflejadas finalmente en la calidad de salud de los pacientes.

1.4. OBJETIVO GENERAL

1. Describir el perfil de morbilidad y el estado de salud biopsicosocial de 380 pacientes mayores de 60 años de la localidad de Suba desde junio del 2014 hasta febrero del 2015.

1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2. Describir las variables sociodemográficas de la población de la muestra a estudio.
3. Determinar las enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes en la muestra de adultos mayores de 60 años.
4. Evaluar el riesgo cardiovascular de la muestra para compararlo con el perfil epidemiológico nacional e internacional.
5. Identificar la cobertura de los servicios de salud hacia los adultos mayores de 60 años.
6. Describir la situación psicosocial de los adultos mayores de 60 años.

1.6 HIPÓTESIS

El acceso a los servicios de salud es difícil sobre todo para los adultos mayores, los cuales tienen gran dificultad para obtener tratamientos médicos que conllevan a una disminución en la adherencia a los tratamientos y a su vez llevando a que las patologías y morbilidad aumente, esto sumado a que el aspecto psicosocial está siendo dejado de lado; con lo cual se explicaría porque no hay un adecuado estado de salud de los adultos mayores de 60 años.

1.7 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre de la Variable	Definición	Dimensiones	Fuente	Escala de Medición	Objetivo que cubre
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Adultos mayores o iguales a 60 años	Información suministrada por el paciente	Naturaleza: Cuantitativa; Valor: Continuo; Escala Medición: Razón	1, 2.
Riesgo cardiovascular	Probabilidad que tiene una persona de sufrir una enfermedad cardiovascular en el corazón o en el cerebro en un determinado periodo de tiempo.	Porcentaje de Riesgo cardiovascular a 10 años. Se realiza con base en los parámetros de la calculadora de riesgo cardiovascular (1%-9%), (10%-19%), >20%.	Historia Clínica	Naturaleza: Cuantitativa; Valor: Discreto; Escala Medición: Razón	1, 4

Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Femenino o masculino	Información suministrada por el paciente	Naturaleza: Cualitativa; Valor: Nominal; Escala Medición: Nominal	1, 2
Estrato socioeconómico	Clasificación de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos	Estrato: 1, 2, 3, 4, 5, 6.	Información suministrada por el paciente	Naturaleza: Cualitativo; Valor: Discreto; Escala Medición: Ordinal	1, 2
Cobertura de acceso al servicio salud	Es la cobertura que debe tener cada individuo para su seguridad en salud.	Cuenta con servicio de salud: Si, No.	Información suministrada por el paciente	Naturaleza: Cualitativo; Dicotómico; Valor: Discreto; Escala Medición: Ordinal	1, 5
Oportunidad en el acceso al servicio salud	Es la oportunidad de cada individuo para acceder a su servicio de salud	Oportunidad en el acceso de servicio de salud: Si, No.	Información suministrada por el paciente	Naturaleza: Cualitativo; Dicotómico; Valor: Discreto; Escala Medición: Ordinal	1, 5
Tipo de patología	Parte de la medicina que estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos y los órganos enfermos, así como los síntomas y signos a través de los cuales se manifiestan las enfermedades y las causas que las producen.	Presencia de patologías que indiquen morbilidad mayores de 60 años: - Hipertensión arterial, Dislipidemia, Enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca congestiva, Evento cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipotiroidismo	Historia Clínica	Naturaleza: Cualitativa; Valor: Discreto; Escala Medición: Nominal	1, 3

		, Diabetes Mellitus tipo 2, Hepatitis B, Alzheimer, Cáncer, Artrosis degenerativa.			
Estado de salud adulto mayor	Estado en que una persona, en nuestro caso adulto mayor, no tiene ninguna lesión ni padece ninguna enfermedad y ejerce con normalidad todas sus funciones.	Estado: Bueno, regular o malo	Historia Clínica	Naturaleza: Cualitativa; Valor: Discreto; Escala Medición: Ordinal	1, 3, 4, 5
Red de apoyo	Las redes sociales de apoyo se refieren a un conjunto flexible de personas con las que mantenemos un contacto frecuente y un vínculo social cercano.	Disponibilidad de apoyo: (Apgar) Buena función, Disfunción familiar leve, Disfunción familiar moderada, Disfunción familiar severa.	Encuesta Apgar	Naturaleza: Cualitativa; Valor: Discreto; Escala Medición: Ordinal	1, 6
Percepción del animo	Estado psicológico que refleja las vivencias afectivas y emocionales que se están teniendo.	Satisfacción con su vida, Satisfacción con su lugar de residencia, Satisfacción con su situación económica.	Encuesta de la percepción del animo	Naturaleza: Cualitativa; Valor: Discreto; Escala Medición: Ordinal	1, 6

Tabla No 1. Variables y su nivel de medición.

1.8 Sustentación del diseño metodológico

El presente trabajo como diseño epidemiológico abordó un estudio descriptivo de corte transversal, fue descriptivo dado que se mostró y midió la prevalencia de situaciones que impactaron la salud sobre una muestra poblacional, describió sus comorbilidades y el efecto que la exposición a algunas variables pudo favorecer o disminuir la situación de salud que el adulto mayor estaba mostrando.

En este tipo de diseño escogido además pudimos estimar la magnitud y la distribución de las patologías del adulto mayor, así como también su situación psicosocial en un momento determinado.

En este tipo de estudio principalmente describimos condiciones de salud y sociales del adulto mayor, así como también utilizamos como indicador la prevalencia de la ocurrencia de los eventos a estudiar.

2.0 MARCO TEORICO

2.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS MAYORES 60 AÑOS

De acuerdo a una reciente publicación realizada por la OMS se advierte que la creciente carga de enfermedades crónicas afectará enormemente a la calidad de vida de las personas mayores. Puesto que en todo el mundo se vive más tiempo, el aumento de las enfermedades crónicas y la reducción del bienestar están destinados a ser un destacado reto mundial de salud pública.

Mundialmente la esperanza de vida continúa aumentado para la población. En 2020, se espera que los mayores de 60 años superaran en número a los menores de 5 años. Para 2050 se espera que la población mundial de más de 60 años llegue a los 2000 millones, un aumento considerable frente a los 841 millones de la actualidad. El 80% de estas personas mayores vivirán en países de ingresos bajos y medianos. (2)

El aumento de la longevidad, especialmente en los países de ingresos altos, se debe en gran medida al descenso en el número de muertes por enfermedades cardiovasculares (accidentes cerebrovasculares y cardiopatías isquémicas), gracias sobre todo a estrategias sencillas y costo eficaces para reducir el consumo de tabaco y la hipertensión arterial, y a la mayor cobertura y eficacia de las intervenciones sanitarias, sin embargo el 23% de la carga mundial general de mortalidad y morbilidad se registra en los mayores de 60 años, y gran parte de esa carga puede atribuirse a enfermedades de larga duración como el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, las cardiopatías, las enfermedades osteomusculares (como la artritis y la osteoporosis) y los trastornos mentales y neurológicos. (2)

De acuerdo al artículo sobre Diagnóstico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia (3). En sólo un siglo el país pasó de 4'355,470 personas a un total de 41.468.384 habitantes, de los cuales el 6,3% (2'612,508), son mayores de 65 años; el 54,6% pertenece al sexo femenino y el 45,4% de las personas mayores son hombres. Se espera que para el 2050, el total de la población sea cercano a los 72 millones, con una esperanza de

vida ligeramente superior a los 79 años y con más del 20% de los pobladores por encima de 60 años.

Las principales causas del envejecimiento poblacional en Colombia son el incremento de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad, el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, el descenso de las tasas de la fecundidad, la atenuación del ritmo de crecimiento de la población y los procesos de migración. (3)

Suba se encuentra ubicada entre las localidades con población expansiva, esto lo muestra el crecimiento poblacional proyectado por el DANE entre los años 2010 a 2011 que corresponde al 2,3%. La tasa de dependencia muestra la carga demográfica de las personas jóvenes (0 a 14 años) y las personas adultas (mayores de 65 años) con respecto a las personas en edades económicamente activas (15 a 64 años). (4)

De acuerdo a la encuesta distrital de demografía y salud de Bogotá, el 9 por ciento de las personas de Suba son mayores de 59 años; este porcentaje es del 8 por ciento entre los hombres y llega al 10 por ciento entre las mujeres.

Al 49 por ciento de los adultos mayores de suba se les ha diagnosticado hipertensión, al 23 por ciento artritis, al 22 por ciento alergias, al 16 por ciento enfermedad coronaria y al 11 por ciento diabetes. Finalmente no se detectaron casos de epilepsia o de VIH/Sida en Suba. (4)

2.2 ESTADO DE SALUD ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS

2.2.1 EPIDEMIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES DEL ADULTO

En los próximos 50 años, la proporción de personas mayores de 65 años aumentara de 6,8% de la población mundial a 15,1%. Así en el año 2050 habrá mucho más ancianos que nunca; superando los 1400 millones. En los países en desarrollo el problema radica en que no cuentan con los medios para atender las necesidades de los ancianos. (4).

En la actualidad, en varios países del mundo, el estudio de la problemática del anciano constituye un elemento de primordial importancia y aparece como factor decisivo en las nuevas tendencias de las investigaciones médicas. Esto se debe al incremento internacional de la población mayor de 65 años, calculada en más de 290 millones de personas con un aumento creciente en las últimas décadas^{1,5}. Los estudios de morbilidad y mortalidad permiten en cierta forma medir y valorar indirectamente el nivel de salud alcanzado por la población, lo cual permite optimizar la planificación de la prestación de servicios médicos, docencia y el desarrollo científico-técnico. (4)

Pese a que las enfermedades crónicas no transmisibles son más frecuentes en personas mayores de 60 años, el 25 % de los fallecimientos por debajo de esta edad está relacionado con las enfermedades crónicas no transmisibles. Esto sugiere que el aumento de la prevalencia en enfermedades cardiovasculares puede resultar, en parte, por un aumento de los diferentes factores de riesgo de desarrollar enfermedades crónicas y, quizás, por múltiples factores que no siempre son de orden médico, sino de naturaleza política, económica, sociocultural y ambiental. (5)

Cabe destacar que el impacto de la carga de enfermedad y de la mortalidad por las enfermedades crónicas no transmisibles, está aumentando de manera desproporcionada en los países y en las poblaciones con ingresos más bajos, con casi el 80 % de las muertes

asociadas a enfermedades crónicas no transmisibles registradas en los países de bajos y medianos ingresos. En estos países, el aumento de las enfermedades cardiovasculares es alarmante, por ejemplo, los países de bajos y medianos ingresos aportan el 62 % de las muertes por enfermedades cardiovasculares. En los países de ingresos medianos, la tasa de mortalidad se elevó a 28 % entre 1980 y 2008, que es más del doble que en los de ingresos altos.

En Colombia, igualmente, las causas de mortalidad están encabezadas por las enfermedades cardiovasculares, que corresponden al 28,7 % de todas las defunciones. De hecho, en los hombres predomina la enfermedad coronaria y, asociada a ésta, la enfermedad cardíaca isquémica; y en las mujeres predominan las enfermedades relacionadas con la hipertensión arterial, como la enfermedad cerebrovascular y la insuficiencia cardíaca. Estas enfermedades constituyen problemas importantes de salud pública en el país.

Se estima que para el año 2020 las muertes a causa de las enfermedades cardiovasculares aumentarán en 15 a 20% y, en el año 2030, las cuatro enfermedades crónicas no transmisibles mencionadas anteriormente serán responsables del 75 % de las muertes en el mundo. Es decir, se calcula que en el año 2030 morirán cerca de 23,6 millones de personas por enfermedades cardiovasculares y se pronostica que seguirán siendo la principal causa de muerte a nivel global. (5)

Estas cifras podrían explicarse por múltiples factores que no necesariamente son excluyentes entre sí: por una parte, por deficiencias en los sistemas de salud, en cuanto a su capacidad de llevar a cabo acciones de promoción y prevención, así como por deficiencias en las intervenciones y los tratamientos basados en la "evidencia"; por otra parte, por un aumento en los factores de riesgo de desarrollar la enfermedad cardiovascular, tanto por los conocidos como por los aún no conocidos suficientemente.

El estudio del Foro Económico Mundial, realizado junto con la Escuela de Salud Pública de Harvard, reveló que el impacto económico de las enfermedades cardiovasculares, es muy grande. Por ejemplo, las pérdidas de producción en los países de ingresos bajos y medios (en dólares estadounidenses) pasarían de US\$ 3 billones en el 2010 a US\$ 8,6 billones en el 2030. Asimismo, las estimaciones de los costos directos e indirectos por las enfermedades cardiovasculares en el mundo pasarían de US\$ 863.000 millones en el 2010 y estos pasarían a ser de US\$ 1,04 billones en el 2030. (6)

La enfermedad isquémica del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, la hipertensión y la diabetes fueron las primeras cinco causas de muerte y representaron la mitad de las causas de muerte en ambos sexos, tanto en 2007–2009 como en 1997–1999. (7)

2.22 FACTORES QUE DETERMINAN EL RIESGO CARDIOVASCULAR

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en los países industrializados y en los países en vía de desarrollo. En Colombia, según las cifras del Instituto Nacional de Salud en 2008, la primera causa de mortalidad la ocuparon las morbilidades cardiovasculares (30,1% de todas las muertes) (8).

La mayoría de los eventos cardiovasculares se asocian con factores de riesgo modificables o no, pero está demostrado que una intervención oportuna buscando cambiar los factores de

riesgo asociados a los estilos de vida, puede reducir la morbilidad y mortalidad por eventos coronarios y enfermedad cerebrovascular (8).

Factores de riesgo tan importantes como la obesidad, alteraciones del metabolismo de la glucosa, hipertensión arterial y un perfil lipídico en que predominan altos niveles de triacilgliceridos (TAG) y bajos niveles de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (Colesterol-HDL), caracterizan el denominado síndrome metabólico, que aumenta la probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus tipo dos (8).

La valoración del riesgo cardiovascular permite conocer la probabilidad de sufrir un evento como infarto agudo de miocardio (IAM) o eventos cerebrovasculares (ACV) en un determinado tiempo futuro, y permite plantear posibles intervenciones que los reduzcan. Dentro de todos los factores mayores de riesgo cardiovascular están las Dislipidemia (8).

Existen varias maneras de calcular estadísticamente el riesgo de sufrir un evento cardiovascular a diez años, pero uno de los más empleados es el índice propuesto por el tercer panel de tratamiento de adultos (ATPIII) basado en los datos del estudio del corazón de Framingham. (8).

Durante la última década su cálculo se ha convertido en la piedra angular de las guías de práctica clínica de prevención cardiovascular tanto para el tratamiento de la hipertensión arterial como de la dislipemia. La utilización del modelo de Framingham para la predicción de la enfermedad coronaria es un método útil para identificar oportunamente a los pacientes de riesgo, y así modificar conductas o estilos de vida poco saludables. (8)

2.3 ESTIMACION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

La estimación del riesgo cardiovascular se obtiene mediante una puntuación basada en el estudio de Framingham; El laboratorio Pfizer ofrece una calculadora en línea para estimar el riesgo de sufrir un evento cardíaco a 10 años, esa estimación se realiza de la siguiente forma (9):

Pasó 1: Identificar la edad del paciente, el puntaje es diferente si es mujer o hombre

Paso 1. Edad								
Edad	Hombre	Mujer	Edad	Hombre	Mujer	Edad	Hombre	Mujer
30-34	-1	-9	45-49	2	3	60-64	5	8
35-39	0	-4	50-54	3	6	65-69	6	8
40-44	1	0	55-59	4	7	70-74	7	8

Figura No 1. Calculo de la edad para estimar riesgo cardiovascular.

Pasó 2: Colesterol total:

Paso 2. Colesterol total (mg/dl)		
Colesterol total	Hombre	Mujer
<160	-3	-2
160-199	0	0
200-239	1	1
240-279	2	1
>280	3	3

Figura No 2. Calculo del Colesterol Total para estimar el riesgo cardiovascular.

Pasó 3: Colesterol HDL:

Paso 3. Colesterol-HDL (mg/dl)		
Colesterol total	Hombre	Mujer
<35	2	5
35-34	1	2
45-49	0	1
50-59	0	0
>60	-2	-3

Figura No 3. Calculo de Colesterol HDL para estimar el riesgo cardiovascular.

Pasó 4:

Paso 4. Presión arterial (mm Hg)		
Sistólica/Distólica	Hombre	Mujer
<120/<80	0	-3
120-129/80-84	0	0
130-139/85-89	1	0
140-159/90-99	2	2
>160/>100	3	3

Figura No 4. Calculo de presión arterial para estimar el riesgo cardiovascular.

Pasó 5:

Paso 5. Diabetes		
Diabético	Hombre	Mujer
Sí	2	4
No	0	0

Figura No 5. Presencia de Diabetes Mellitus tipo 2 para estimar el riesgo cardiovascular.

Pasó 6:

Paso 6. Tabaquismo		
Fumador	Hombre	Mujer
Sí	2	2
No	0	0

Figura No 6. Tabaquismo para estimar el riesgo cardiovascular.

Pasó 7:

Paso 7. Evaluación del riesgo de sufrir accidente cardiovascular en los próximos diez años											
Punt.	H	M	Punt.	H	M	Punt.	H	M	Punt.	H	M
<-2	2%	1%	3	5%	3%	8	16%	7%	13	45%	15%
-1	2%	2%	4	7%	4%	9	20%	8%	14	>53%	18%
0	3%	2%	5	8%	4%	10	25%	10%	15	>53%	20%
1	3%	2%	6	10%	5%	11	31%	11%	16	>53%	24%
2	4%	3%	7	13%	6%	12	37%	13%	>17	>53%	>27%

Figura No 7. Evaluación del riesgo de sufrir accidente cardiovascular en los próximos 10 años.

(36)

2.4 DESCRIPCION DE LA COBERTURA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

2.41 COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

De acuerdo con el informe de la OMS de 1998 los países del tercer mundo difícilmente podrán responder a las necesidades derivadas del aumento del número de ancianos, en especial, en materia de servicios médicos y sociales. Ocurre que en su mayoría los países en desarrollo con bajos ingresos no se han podido ocupar del envejecimiento de la población. Han de afrontar problemas tan urgentes como el crecimiento demográfico, la mortalidad infantil elevada, las enfermedades, el éxodo rural, el desempleo, etc. Estas realidades sociales y económicas tienen y tendrán necesariamente repercusiones negativas para las personas de la tercera edad. (10)

En Colombia, el proceso de descentralización del sector público de la salud se inició con el Decreto 77 de 1987 y la Ley 10 de 1990; y posteriormente con la Ley 60 de 1993. Finalmente, se articuló con la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud de diciembre de 1993, con la aprobación de la Ley 100.

De 1994 a 1998, la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia, se incrementó en 10 puntos porcentuales, al pasar de 59 a 69%. La distribución porcentual, por tipo de entidad a la cual se está afiliado era: ISS 6%, EPS 28%, ARS 30%, Empresa Solidaria 0,6%, Fuerzas Militares 1,5%, ECOPETROL 0,1%, magisterio 1,1%, Foncolpuertos 0,1% y no afiliados 31% (principalmente niños y jóvenes). De acuerdo con los indicadores básicos de situación de salud en Colombia, 2006, establecidos por el Ministerio de la Protección Social, la cobertura de salud ascendía al 81,0% de la población total.

De la anterior cobertura el 44,1% corresponde al régimen subsidiado de salud, el 36,9% corresponde al régimen contributivo de salud, los regímenes de excepción (fuerzas militares, magisterio, Ecopetrol, policía nacional) cubren el 4,8% de la población total.

De manera específica y con corte a enero de 2007, la afiliación para personas mayores de 60 años al régimen contributivo de salud era de 1, 903,115 y la afiliación para personas mayores de 60 años al régimen subsidiado de salud era de 1, 350,170. (11)

De acuerdo con la información proporcionada por Demografía y salud Bogotá, en la localidad de suba el 86 por ciento de los adultos mayores de 59 años pertenece al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social, el 2,0% al régimen subsidiado, el 10 por ciento régimen especial y el 2 por ciento no está afiliado. (4)

2.5 CONDICIONES SOCIALES Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

2.51 SIGNIFICADO DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS

La población anciana ha crecido en los últimos años y se prevé un crecimiento mayor, pues según la OMS, en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población total del planeta. En Europa y América, esta población sobrepasa ya el 20% del total. En el Perú, en el año 2020, esta población será el 11% de la población total, con 3,613 000 y, para el año 2025, será de 4,470 000 adultos mayores. Este crecimiento es debido a los avances de la ciencia y la medicina, la higiene y nutrición y las condiciones y estilos de vida favorables. Sin embargo, la longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse y se debe asegurar que el alto costo necesario para llegar a viejo se vea compensado con una vida con calidad, en el adulto mayor. (10)

‘Calidad de vida’ es una expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad de la persona, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia está intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores. ‘Calidad de vida del adulto mayor’, según Velandia (1994) es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez. (11)

En Colombia existe un estudio realizado en Medellín en el año 2012 en donde se evalúan las condiciones sociales de los adultos mayores. (11).

En las condiciones sociales se encontró un 29% de insatisfacción con el apoyo familiar y el 60% participa en algún tipo de grupo social; esto resulta diferente a estudios de otros países donde los adultos mayores refieren la relevancia de sus familias en un 72,4% y la participación en grupos sociales, principalmente religiosos, en un 56,4%. Frente a adultos mayores no institucionalizados de Medellín, también se hallan diferencias, ya que estos califican sus relaciones familiares como buenas en el 82,9% y el 71,7% no participa en ningún grupo. Este último componente evidencia la necesidad de diseñar un programa comunitario para brindar bienestar, recreación y apoyo a este grupo poblacional, dado sus efectos positivos sobre la salud y la calidad de vida del adulto mayor (11).

La insatisfacción con el apoyo familiar coincide con lo reportado en otros estudios donde se indica que los adultos mayores no tienen una participación activa en la toma de decisiones del hogar. Esta situación es el reflejo del 'rol sin rol' que ocupa el adulto mayor en su hogar, llevándolo a perder el sentido de control que debe tener en aspectos relacionados con su modo de vivir y, además, refleja el aislamiento de su vínculo familiar, lo que lo lleva a retraerse y a deprimirse, ocasionándole sentimientos de pérdida, tristeza, desinterés por las actividades, pérdida de la confianza y autoestima, culpabilidad injustificada e ideas de muerte y suicidio. (12).

3.0 METODOLOGIA

3.1 Diseño metodológico

El presente trabajo abordado como diseño epidemiológico presentó un estudio descriptivo de corte trasversal.

3.2 Definición del universo

- Para este estudio se tuvieron en cuenta 380 pacientes mayores de 60 años ubicados en la localidad de Suba cuyos datos fueron tomados desde Junio del 2014 hasta febrero del 2015.

3.3 Población y muestra del estudio

La recolección de datos se realizó con encuestas personales y se realizó también un muestreo de historia clínica de cada paciente del centro médico Villa Elisa IPS de la localidad de Suba, como soporte de la atención médica y para la obtención de los datos del estudio.

Para que el estudio fuera viable y lográramos obtener el resultado esperado se utilizó un porcentaje de error aceptable del 5% y un nivel de confianza del 95%. Se realizó el cálculo con base en el tamaño de la población que fue de 100,479 adultos mayores de la localidad de Suba que fue la localización objetivo del estudio. Total de la muestra 388 participantes como mínimo.

<p style="text-align: center;">Criterios de Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pacientes mayores de 60 años (Mujer/Hombre)2. Viven en Bogotá3. Desean participar en el estudio4. Tengan alguna morbilidad asociada <p style="text-align: center;">Criterios de Exclusión:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Menores de 60 años2. No vivan en la localidad de Suba3. No deseen participar en el estudio4. Cursen con alguna enfermedad terminal5. No tengan consentimiento informado6. Vivan en un hogar geriátrico
--

Tabla No 2. Criterios de Inclusión y Exclusión del estudio

3.4 Calculo del tamaño muestral

El cálculo del tamaño muestral se realizó con un software disponible en la web: <http://www.med.unne.edu.ar/biblioteca/calculos/calculadora.htm>

Para que el estudio fuer viable y lográramos obtener el resultado esperado se utilizó un porcentaje de error aceptable del 5%, un nivel de confianza del 95%. Se realizó el cálculo con

base en el tamaño de la población que fue de 100,479 adultos mayores de la localidad de Suba que fue la localización objetivo del estudio. Total de la muestra 380 participantes como mínimo.

CALCULADORA PARA OBTENER EL TAMAÑO DE UNA MUESTRA							
¿Qué porcentaje de error quiere aceptar? 5% es lo más común	5 %	Es el monto de error que usted puede tolerar. Una manera de verlo es pensar en las encuestas de opinión, este porcentaje se refiere al margen de error que el resultado que obtenga debería tener, mientras más bajo por cierto es mejor y más exacto.					
¿Qué nivel de confianza desea? Las elecciones comunes son 90%, 95%, o 99%	95 %	El nivel de confianza es el monto de incertidumbre que usted está dispuesto a tolerar. Por lo tanto mientras mayor sea el nivel de certeza más alto deberá ser este número, por ejemplo 99%, y por tanto más alta será la muestra requerida					
¿Cual es el tamaño de la población? Si no lo sabe use 20.000	100479	¿Cual es la población a la que desea testear? El tamaño de la muestra no se altera significativamente para poblaciones mayores de 20,000.					
¿Cual es la distribución de las respuestas ? La elección más conservadora es 50%	50 %	Este es un término estadístico un poco más sofisticado, si no lo conoce use siempre 50% que es el que provee una muestra más exacta.					
La muestra recomendada es de	383	Este es el monto mínimo de personas a testear para obtener una muestra con el nivel de confianza deseada y el nivel de error deseado. Abajo se entregan escenarios alternativos para su comparación					
Escenarios alternativos para su muestra							
Con una muestra de	100	200	300	Con un nivel de confianza de	90	95	99
Su margen de error sería	9.79%	6.92%	5.65%	Su muestra debería ser de	270	383	660

Figura No 8. Calculo para obtener el tamaño de la muestra.

3.5 Cronograma de actividades (Diagrama de Gantt)

ACTIVIDADES	FECHA DE INICIO	DURACIÓN	FECHA FINALIZACIÓN
Alcance 1	24/11/2014	8	02/12/2014
Alcance 2	02/12/2014	8	09/12/2014
Alcance 3	09/12/2014	6	15/12/2014
Alcance 4	15/12/2014	21	05/01/2015
Alcance 5	13/01/2015	6	19/01/2015
Alcance 6	19/01/2015	7	26/01/2015
Alcance 7	01/02/2015	27	28/02/2015
Alcance 8	02/03/2015	29	31/03/2015

Alcance No 1: Propuesta de proyecto, definición del tema, planteamiento del problema, Hipótesis.

Alcance No 2: Aprobación de la propuesta, objetivos, variables, diseño metodológica.

Alcance No 3: Marco teórico.

Alcance No 4: Marco teórico.

Alcance No 5: Definición muestra, universo, tipo de muestra, consideraciones éticas

Alcance No 6: Plan de tabulación y análisis. Documento preliminar

Alcance No 7: Trabajo de campo

Alcance No 8: Selección de datos, análisis de resultados, conclusiones. Producción artículo

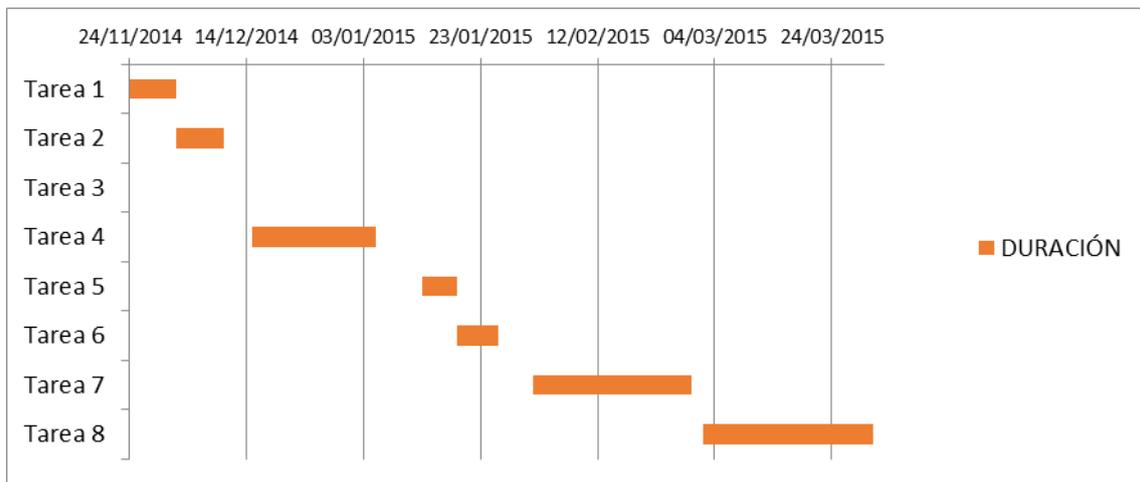


Tabla No 3. Diagrama de Gantt – Cronograma

3.6 Presupuesto

3.6.1 Presupuesto Global de la propuesta de investigación

RUBROS	Fuente – Colciencias	Fuente – Contrapartida	Total
Personal	-----	1.440.000 X 4	5.760.000
Equipos	-----	5.590.000	5.590.000
Software	-----	600.000	600.000
Materiales	-----	300.000	300.000
Salidas de Campo	-----	650.000	650.000
Material Bibliográfico	-----	200.000	200.000
Publicaciones y patente	-----	150.000	150.000
Servicios Técnicos	-----	140.000	140.000
Viajes	-----	400.000	400.000
Construcciones	No financiable	0	0
Mantenimiento	No financiable	0	0
Administración (3%)	-----	413.700	413.700

Total	-----	14.203.700	14.203.700
--------------	-------	-------------------	-------------------

Tabla No 4. Presupuesto global de la investigación.

3.62 Descripción de los gastos de personal

Investigador / Experto auxiliar	Formación Académica	Función dentro del proyecto	Dedicación Horas a la semana	Recursos Colciencias	Recursos Contrapartida Entidad	Recursos Contrapartida. Otras fuentes
Rosa I. Castro	Postgrado	Investigador	48	----- ---	15.000 / Hora	----- ---
Natalia Gómez	Postgrado	Investigador	48	----- ---	15.000 / Hora	----- ---
Total			96	0 (COP)	1.440.000 / Semana	----- ---

Tabla No 5. Descripción de los gastos de personal

3.63 Descripción de los equipos que se planea adquirir

Equipo	Justificación	Recursos – Colciencias	Recursos - Contrapartida	Total
Equipo Médico (Bascula, Tallimetro)	Se requiere para el trabajo de campo	-----	90.000 (COP)	90.000 (COP)
Total		0 (COP)	90.000 (COP)	90.000 (COP)

Tabla No 6. Descripción de los equipos que se planea adquirir.

3.64 Descripción y cuantificación de los equipos de uso propio

Equipo	Valor (Contrapartida)
Equipos Médicos y Calibración	1.000.000/ mes (COP)
Equipo Computo (Computador, impresora)	3.000.000/ mes (COP)
Planta física para el desarrollo trabajo	1.500.000/ mes (COP)
Total	5.500.000/ mes (COP)

Tabla No 7. Descripción y cuantificación de los equipos de uso propio.

3.65 Descripción del software que se planea adquirir

Software	Justificación	Recursos Colciencias	Recursos Contrapartida	Total
Microsoft Office 360	Instalación software para 2 computadores.	-----	600.000 (COP)	600.000 (COP)
Total		0 (COP)	600.000 (COP)	600.000 (COP)

Tabla No 8. Descripción del software que se planea adquirir.

3.66 Descripción y justificación de los viajes

Lugar /No Viajes	Justificación	Pasajes	Estadía	Total Días	Recursos Colciencias	Recursos Contrapartida	Total
Movilidad Ciudad Bogotá	Transporte interno dentro de la ciudad de Bogotá, para 2 personas	400.000	0	30	----- -	400.000	400.000
Total		400.000 (COP)	0 (COP)	30	0 (COP)	400.000 (COP)	400.000 (COP)

Tabla No 9. Descripción y justificación de los viajes

3.67 Valoración salida de campo

Ítem	Costo unitario	#	Total
Transporte	15.000	10	150.000
Alimentación 2 personas	20.000	10	200.000
Insumos de la salida	30.000	10	300.000
Total	65.000	10	650.000 (COP)

Tabla No. 10. Valoración salida de campo.

3.68 Materiales y suministros

Materiales	Justificación	Valor
Papelería	Se requiere para encuestas y trabajo de campo, trabajo escrito	300.000 (COP)
Total	-----	300.000 (COP)

Tabla No 11. Materiales y suministros.

3.69 Bibliografía

Ítem	Justificación	Valor
Inscripción a revista medica	Se requiere para descargar información actualizada que requiere de pago	100.000
Inscripción a revista medica	Se requiere para descargar información actualizada que requiere de pago	100.000
Total	-----	200.000 (COP)

Tabla No 12. Bibliografía.

3.70 Servicios técnicos

Tipo de servicio	Justificación	Valor
Mantenimiento de equipos médicos	Se requieren calibrados para	40.000

	realizar el trabajo de campo	
Mantenimiento de equipo de cómputo y recarga de impresoras	Se requiere que permantemente se tenga disponibilidad de los equipos de trabajo	100.000
Total	-----	140.000 (COP)

Tabla No 13. Gastos de servicios técnicos.

4.0 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con los principios establecidos en la declaración de Helsinki y en la Resolución 008430 de Octubre 4 de 1993; y debido a que esta investigación se consideró como **investigación de riesgo mínimo** de acuerdo al Artículo 10 de la Resolución 008430/93) y en cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 6 de la presente Resolución, este estudio se desarrolló conforme los siguientes criterios:

- Ajustar y explicar brevemente los principios éticos que justifican la investigación de acuerdo a una normatividad a nivel internacional y a nivel nacional a Resolución 008430/93.
- Fundamentar si la experimentación se realizó previamente en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- Explicar si el conocimiento que se pretende producir no puede obtenerse por otro medio idóneo (fórmulas matemáticas, investigación en animales)
- Expresar claramente los riesgos y las garantías de seguridad que se brindan a los participantes.
- Contar con el Consentimiento Informado por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la Resolución 008430/93
- Establecer que la investigación se llevara a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el consentimiento informado de los participantes; y la aprobación del comité de ética de la institución.

Se tomaron toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participó en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

4.1 Modelo De Consentimiento Informado

El siguiente formulario de Consentimiento Informado estuvo dirigido a hombres y mujeres adultos mayores de 60 años, a quienes se les invitó a participar en el proyecto de investigación que tiene como título: Estado de salud actual en cuando a morbilidad de paciente adulto mayor de 60 años de la localidad de Suba. Investigación realizada por Natalia Gómez Ardila y Rosa Isabel Castro; para la especialización de epidemiología de la Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Estamos investigando a cerca de cómo se encuentra el estado de salud de los adultos mayores de 60 años, la morbilidad por la que atraviesan y su estado biopsicosocial. Le estamos invitando a que participe de manera voluntaria; la investigación incluye llenar una encuesta y

la realización de la anamnesis de la historia clínica y el examen de tamizaje de riesgo cardiovascular.

Recuerde que su participación es voluntaria y que usted elige participar o no. Dentro de la investigación no se utilizara ningún fármaco ni se realizara alguna intervención que usted desconozca.

La investigación es considerada de riesgo mínimo. Los beneficios incluyen que gracias a su participación se pueden tener unas conclusiones que pueden ayudar a cambiar modelos de atención en salud para el paciente adulto mayor de 60 años. No se dará ningún tipo de dinero o incentivo por hacer parte de esta investigación.

Con esta investigación se mantendrá total confidencialidad acerca de sus datos personales, los cuales solo los conocerán los investigadores. Cualquier información acerca de usted llevara un número en vez de su nombre. Usted no tiene que participar en esta investigación si no desea hacerlo y puede dejar de participar en la investigación si desea hacerlo; Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____ (iniciales del investigador/asistente)

5.0 PLAN DE ANALISIS

5.1 PLAN DE TABULACIÓN

Selección del tipo de medición: El método que se definió para la presente investigación fue auto reporte y observación.

Selección de instrumentos: Para la presente investigación se utilizaron previas calibraciones realizadas por ingeniero biomédico, una báscula, un tensiómetro, un fonendoscopio.

La población que fue incluida dentro del estudio solo fue tomada en cuenta si diligenciaba el consentimiento informado y se les aseguraba la total confidencialidad de la identidad.

Se realizó una prueba piloto con el 10% de la población objetivo; para evaluar los instrumentos y también poder evaluar el cuestionario ya que podía haber preguntas que se prestaran para sesgos o confusión, por lo tanto se aplicó el instrumento que se anexa más adelante a 6 personas para adelantar la prueba piloto y realizar las debidas correcciones.

Proceso de recolección de datos: El proceso se realizó de la siguiente forma:

1. Se citaron a los adultos mayores de 60 años en un salón comunal con sede en la localidad de Suba, aproximadamente 15 personas por grupo cada viernes.
2. Se realizó el procedimiento de toma de consentimiento informado y explicación de la actividad, se aplicaron los criterios de inclusión y de exclusión.
3. En compañía de un Médico (Rosa Isabel Castro) y una Bióloga (Natalia Gómez A), se realizó el cuestionario con cada adulto.
4. El médico que estuvo acompañando el trabajo de campo realizó las valoraciones antropométricas para evaluar el riesgo cardiovascular
5. Se consignaron los datos y se organizaron para realizar el respectivo análisis de resultados.

Método de recolección de datos:

El método de recolección de datos que se escogió para la presente investigación fue el siguiente:

1. Aplicación de instrumentos, con su respectiva prueba piloto
2. Entrevista semiestructurada, con preguntas iguales para todos los participantes

Plan de tabulación: El plan de tabulación se realizó en el programa Microsoft Excel 2013; se registraron en el software las siguientes variables:

1. Edad
2. Peso – Talla para calcular el Índice de masa corporal
3. Sexo
4. Estrato socioeconómico
5. Facilidad del acceso al servicio de salud
6. Antecedentes patológicos
7. Estado de salud (Bueno, Regular, Malo)
8. Red de apoyo
9. Percepción del ánimo.
10. Tipo de afiliación para servicio de salud.
11. Riesgo cardiovascular

Relaciones entre variables:

Para poder dar respuesta a los objetivos debimos relacionar las variables: Para determinar el perfil de morbilidad, la facilidad del acceso al sistema de salud y el impacto que esto tiene en el estado de salud de pacientes mayores de 60 años relacionó:

(Edad, estrato socioeconómico, antecedentes patológicos y facilidad del acceso al servicio de salud)

Para describir las características sociodemográficas: (Edad, Sexo, Estrato socioeconómico)

Para determinar las enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes en la muestra relaciono (Edad, antecedentes patológicos)

Para obtener el riesgo cardiovascular de la muestra relaciono: (Edad, índice de masa corporal, antecedentes patológicos)

Para establecer la adherencia a tratamientos relaciono: (Antecedentes patológicos y adherencia a tratamientos, estilo de vida “Estado de salud”)

Al identificar facilidad de acceso a los servicios de salud relaciono: (facilidad del acceso a los servicios de salud, tipo de afiliación de servicio de salud y antecedentes patológicos)

Las variables que se debían relacionar para describir la situación psicosocial de los adultos mayores de 60 años fueron (Percepción del ánimo, red de apoyo, antecedentes patológicos y estado de salud)

5.2 PLAN DE ANÁLISIS

Se utilizaron los softwares Excel 2013 y EpiData; en donde se asignó la base de datos de la prueba piloto correspondiente al análisis de 38 encuestas, el 10% de 380, que fue el tamaño de la población.

Se analizaron las siguientes variables y fueron medidas de acuerdo al método elegido, el cual fue de la siguiente forma:

1. Sexo: Se utilizó epidata, para el análisis de la distribución por sexo, utilizando método de descripción por tabla, y luego se graficó en Excel mediante grafica de torta.
2. Edad: Se utilizó epidata, para el análisis de la edad, se usó la tabla de descripción y análisis de la edad, en donde se estableció la media, el límite superior y el límite inferior, con la distribución por edad. Adicionalmente se realizara una distribución por rangos de edad a partir de los 60 años. 60 – 64 años, 65 – 69 años, 70 – 74 años, 75 – 79 años, 80 – 84 años, para construir una pirámide poblacional.
3. Estrato Socioeconómico: Se utilizó Epidata para describir el estrato socioeconómico, mediante tabla de descripción y se graficó el porcentaje en Excel por un gráfico de barras.
4. Riesgo cardiovascular: Por medio de la calculadora Pfizer, disponible en la página web, se obtuvo el porcentaje y se distribuyó en rangos 1 – 9%, 10 – 19%, > 20%, esta distribución fue graficada en un gráfico de barras en Excel para identificar en donde se encontraba la población expresada en el porcentaje el rango más alto de riesgo cardiovascular.
5. Cobertura del acceso al servicio de salud: Se dividió en 2 tablas de descripción donde se evaluó ¿Cuenta con servicio de salud? ¿Facilidad del acceso?, estas se realizaron en Excel, y luego se correlacionaron en el paquete estadístico Epidata para establecer la probabilidad de si contar con servicio de salud garantizaba la facilidad de acceso.
6. Tipo de patología: Se tabularon los datos en el sistema de MS Excel 2013 y se generó una gráfica de barras y porcentajes (%) esto nos permitió describir de forma esquemática y sencilla una gran cantidad de variables, se vio la tendencia de las enfermedades crónicas entre la población estudiada.

7. Estado de salud del adulto mayor: Se recolectaron los datos y al ser tabulados se encontraron variables de tipo cualitativo que expresaron los niveles de satisfacción de dicha población respecto a su salud, partimos que podían existir sesgos de información, pero en general se manifestó la sensación del estado de salud.

8. Red de apoyo: Se realizó el análisis de cómo fue la relación dinámica de apoyo de los entrevistados mediante el test de APGAR desarrollado por la asociación americana de medicina familiar de 2006 en la cual se tuvieron en cuenta variables de funcionalidad familiar, luego de esto se clasificaron de acuerdo a sus puntajes según si había buena función familiar, disfunción familiar leve, disfunción familiar moderada y disfunción familiar severa se obtuvo su frecuencia y se estimó de forma porcentual expresándose mediante una gráfica de barras.

9. Percepción del estado de ánimo: se tabuló la información comparando la información respecto a tres variables en la entrevista satisfacción con su vida.

10. Satisfacción con su lugar de residencia, satisfacción con su situación económica, estas variables de tipo cualitativas en las cuales existían sesgos de información debido que el estado de ánimo era una medida que variaba según el contexto y la situación de cada persona al momento de realizar el test.

6.0 RESULTADOS

6.1 Análisis de resultados:

Se utilizaron los softwares Excel 2013 y EpiData; en donde se asignó la base de datos de 380 pacientes mayores de 60 años de la localidad de suba, para describir su estado actual de salud, la recolección de estos datos se realizó desde junio del 2014.

Variable No 1:

Sexo:

N = 380

Porcentaje de Distribución por Sexo

Sexo	N =	% Distribución por Sexo
Femenino	336	88%
Masculino	44	12%
Total	380	100%

Tabla 14. Porcentaje de distribución por Sexo

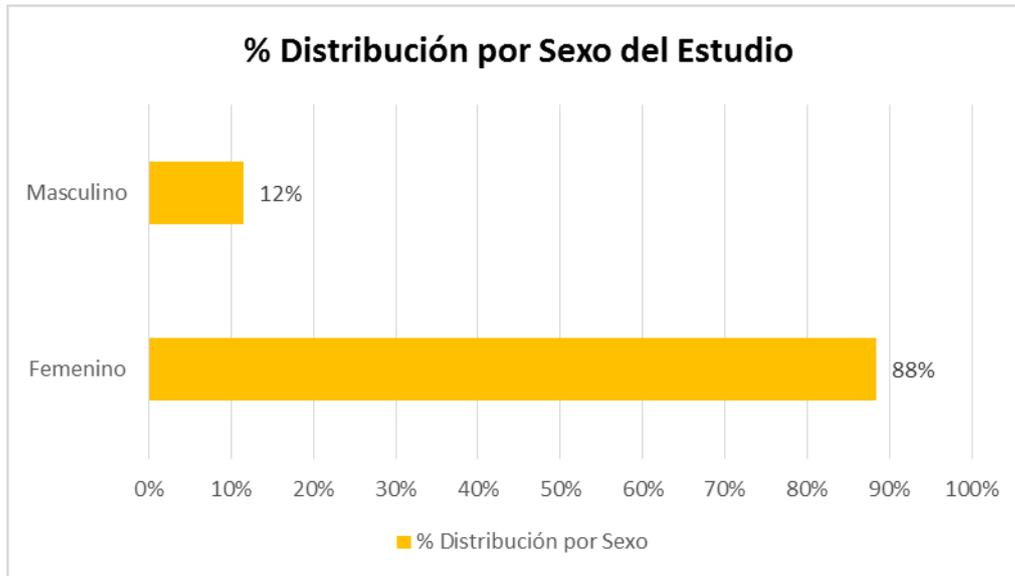


Tabla 15. Grafica distribución por Sexo población estudiada.

Al describir las características demográficas de la población estudiada nos damos cuenta que existe un gran porcentaje de mujeres que participaron en el estudio, más del 80%. El dato estadístico obtenido coincide con la distribución de población mayor de 60 años escrita en el boletín estadístico por localidades de la ciudad de Bogotá año 2013.

Variable No 2:

Distribución por edad Epidata:

Edad	
	N
60	72
62	25
63	9
65	45
67	15
68	60
69	43
70	21
71	6
72	6
73	12
74	9
75	13
77	15
79	5
80	6
82	6
83	6
84	6
Total	380

Variable	N =	Media	(95% cfi)	Mínimo	p5	p10	Mediana	p75	p90	p95	Máximo
Edad	380	67	(67 - 68)	60	60	60	68	70	77	80	84

Tabla 16. Distribución por edad.

Podemos identificar que la distribución por edad de la población se concentra en una media de 67 años, un mínimo de 60 años (Donde inicia el estudio, ya que si no sería un criterio de exclusión). Un máximo de 84 años. La gran mayoría de la población estudiada tiene la edad dentro de los límites de la esperanza de vida proyectada para Bogotá y para la localidad de suba

Distribución de la Edad por rangos del estudio actual:

Rango Edad	Total	Mujeres	Hombres
60 - 64	106	95	11
65 - 69	163	140	23
70 - 74	54	54	0
75 - 79	33	24	9
80 - 84	24	23	1
TOTAL	380	336	44

Tabla 17. Distribución por edad en rangos.

Pirámide Poblacional del estudio actual:

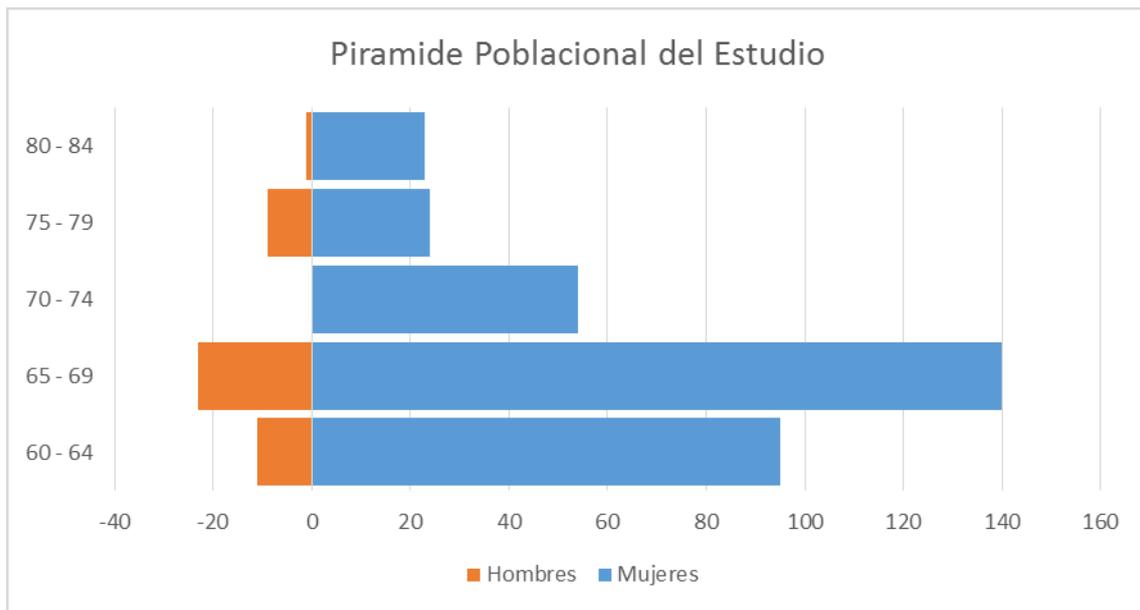
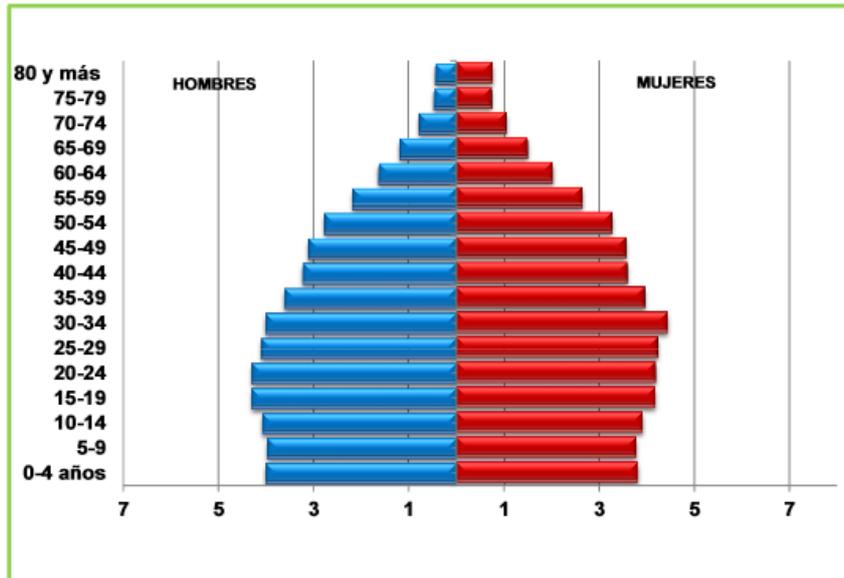


Tabla 18. Pirámide poblacional del estudio.

En esta gráfica donde se plasma la pirámide poblacional del estudio, encontramos que la gran mayoría de la población se encuentra en la base de 60 a 69 años, corroborando que la media es 67 años, con una mayor distribución en el sexo femenino.

Se identifica que es similar en cuanto a la distribución por sexos y la edad proporcionalmente a la pirámide poblacional de la ciudad de Bogotá para estas edades, como se ve a continuación:

Pirámide poblacional ciudad de Bogotá, año 2013:



Fuente: Proyecciones de Población DANE – SDP.
Elaboración y cálculos: Oficina Asesora de Planeación – Grupo de Análisis y Estadística

Figura No. 13. Pirámide poblacional Bogotá año 2013.

Variable No 3:

Estrato Socio-económico:

Distribución de Estrato Socioeconómico del estudio:

Estrato	
	N
1	31
2	98
3	164
4	87
Total	380

Tabla 19. Distribución Estrato socioeconómico del estudio.

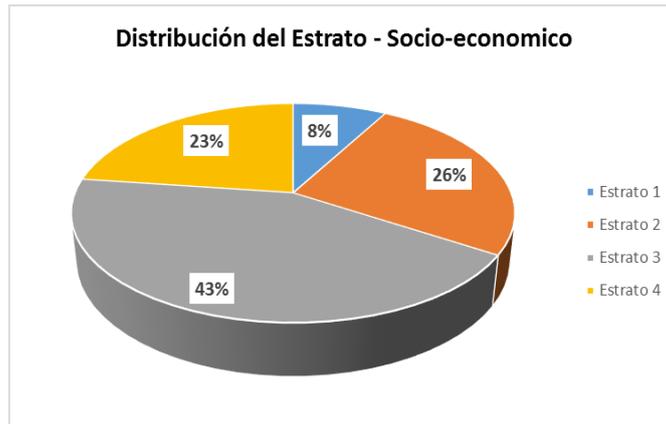


Tabla 20. Grafica Distribución del estrato en porcentaje.

La población estudiada se encuentra distribuida en el estrato 1 – 4 a pesar de que en Bogotá la estratificación va hasta el nivel socio-económico 6. La gran parte de la población pertenece al estrato 3, dado el sector donde se realizó el estudio que tiene ese nivel socio-económico principalmente.

Sin embargo en la localidad de Suba de la ciudad de Bogotá, el nivel socio-económico con mayor porcentaje es el 3, con una distribución del 36%.

Variable No 4:

Riesgo Cardiovascular a 10 años:

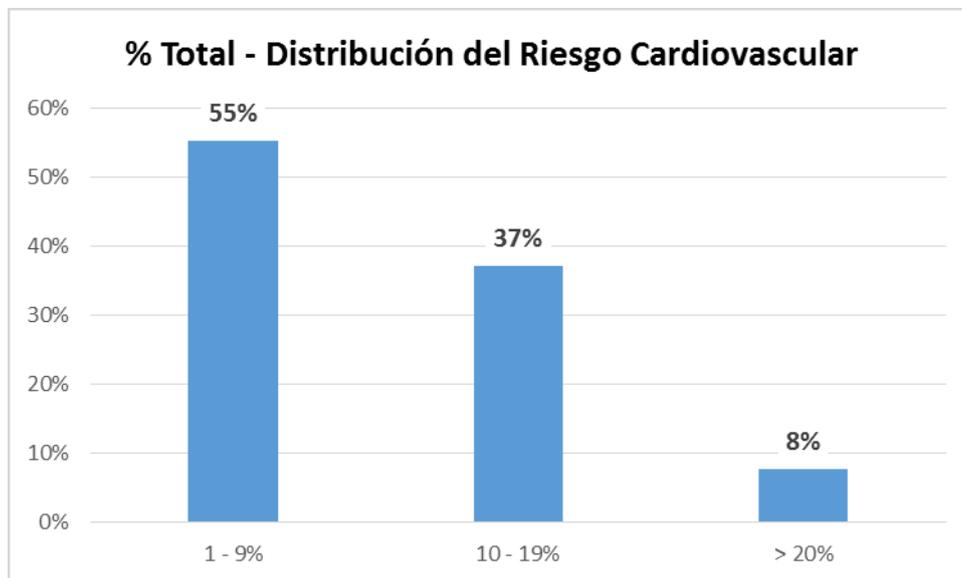


Tabla 21. Porcentaje distribución riesgo cardiovascular.

Se identifica que en la población estudiada más de la mitad presenta un riesgo a 10 años de presentar un evento cardiovascular del 1 – 9%, sin embargo la proporción que sigue que es del 10 – 19% presenta un 37% casi correspondiente a la mitad faltante, esto indica que las enfermedades crónicas están avanzando cada vez más rápido. Es importante tener en cuenta que la probabilidad mayor al 20% de presentar un evento cardiovascular a 10 años está cercana al 10% de la población estudiada.

Indicando esto que en el 44% de la población se deben implementar medidas urgentes de prevención secundaria, sobretodo a nivel de politicas de salud publica, ya que casi la mitad de un grupo focal estudiado tiene una alta probabilidad de presentar un evento cardiaco a 10 años.

Piramide poblacional por Riesgo Cardiovascular y distribución por Sexo:

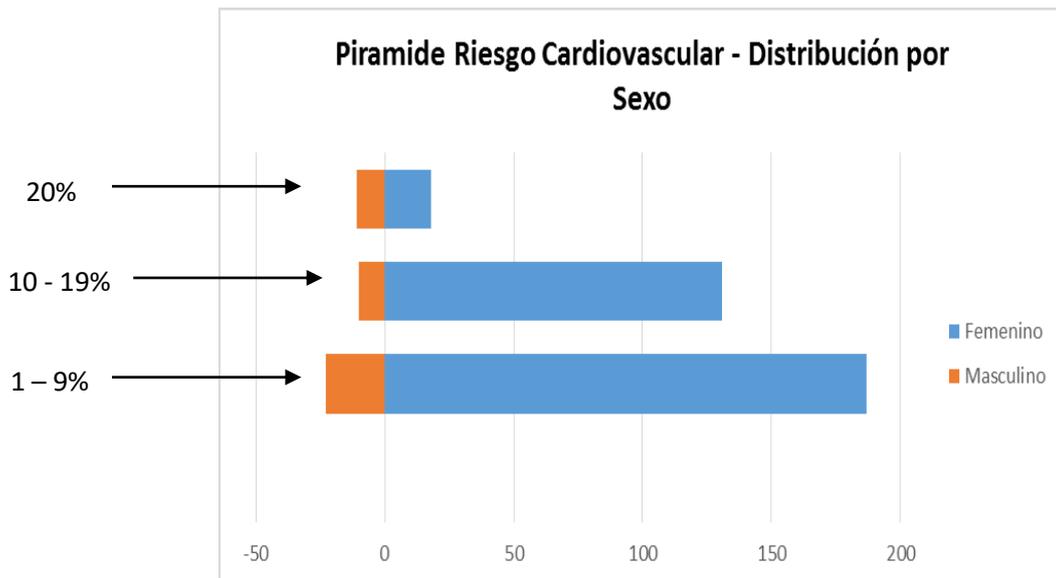


Tabla 22. Pirámide Poblacional por riesgo cardiovascular y distribución por Sexo

Se identifica en la gráfica inmediatamente anterior que existe un alto riesgo cardiovascular a 10 años, sobre todo en las mujeres, aunque este dato puede estar sesgado ya que el sexo femenino fue el que más participo en el estudio. Sin embargo al ajustar el valor proporcional a la muestra del estudio por sexo encontramos lo siguiente:

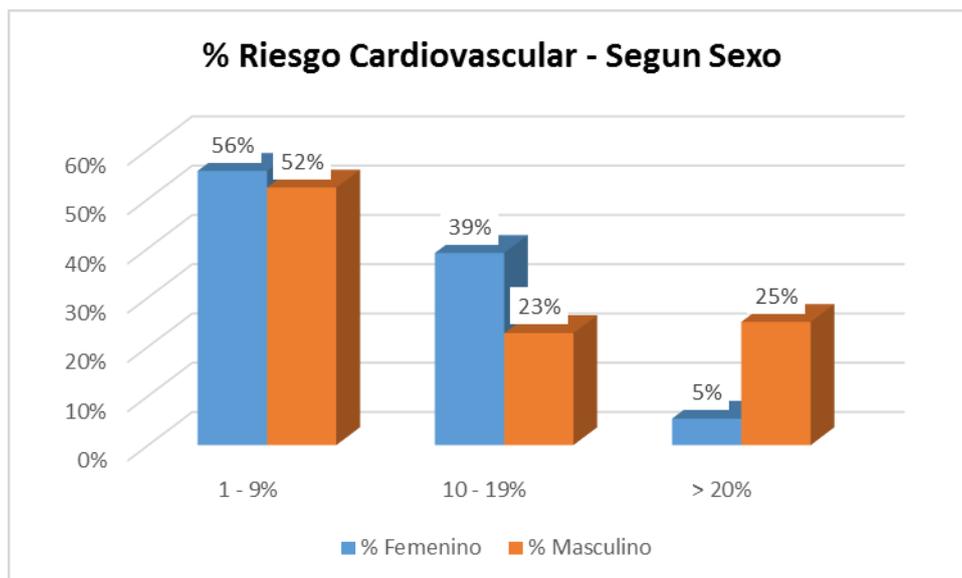


Tabla 23. Porcentaje de Riesgo Cardiovascular según sexo.

El sexo femenino tiene mayor riesgo de evento cardiovascular a 10 años hasta el 19%, sin embargo cuando se trata de riesgo alto es decir un riesgo de evento cardiovascular mayor del 20% a 10 años, el sexo masculino aumenta 5 veces el riesgo con respecto a las mujeres.

Variable No 5:

Tipo de patología:

Porcentaje Tipo de Patología

Tipo de patología	No	Si	% No	% Si	Total
Dislipidemia	278	102	73%	27%	380
Hipertensión Arterial	134	246	35%	65%	380
Diabetes Mellitus Tipo 2	320	60	84%	16%	380
Evento cerebro vascular	354	26	93%	7%	380

Tabla 24. Porcentaje por tipo de patología.

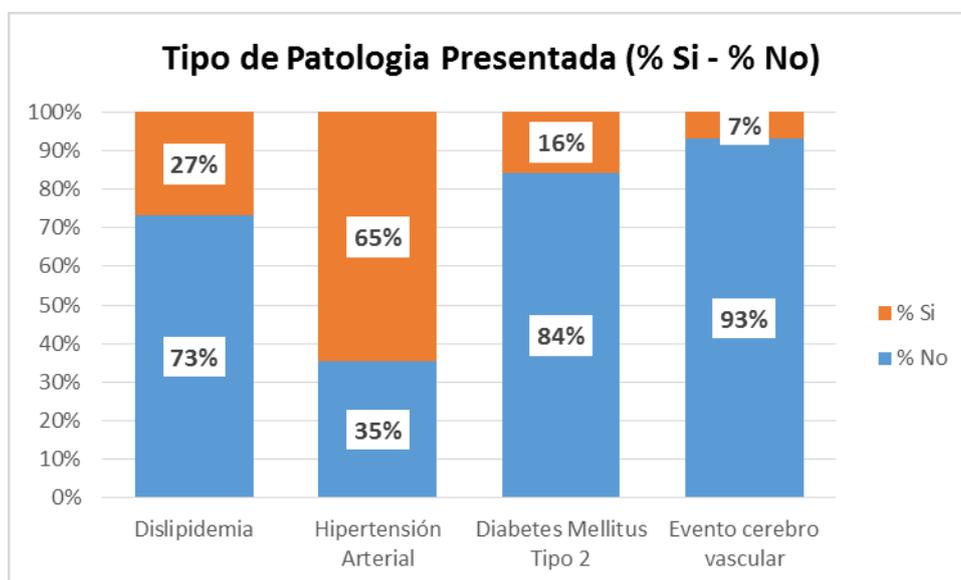


Tabla 25. Tipo de Patología Porcentaje de Si/No

Dentro de la población estudiada encontramos la prevalencia de las diferentes patologías crónicas estudiadas, en donde notamos que Hipertensión Arterial es presentada por el 65% de la población, seguida de Dislipidemia con un 27%, esto refleja la historia natural de la enfermedad, en donde la hipertensión arterial y la dislipidemia están presentes porque si está la otra. El evento cerebro vascular ya es un desenlace cardiovascular grave, en la población estudiada se identifica que un 7% ha presentado este evento. La Diabetes Mellitus tipo 2 cada vez está creciendo más, dado los estilos de vida y alimentación que vienen teniendo los seres humanos desde la niñez, esta está presente en el 16% de la población estudiada, sin embargo hay un factor importante a estudiar ya que es el factor primario al desarrollo de una Diabetes Mellitus Tipo 2, este factor es el Índice de masa corporal.

Variable No 6:

Índice de Masa Corporal:

Diagnóstico de Peso	Total	%
Normal ICM: (18 - 24,9)	154	41%
Sobrepeso ICM: (25 - 29,9)	147	39%
Obesidad Tipo I ICM: (30 - 34,9)	28	7%
Obesidad Tipo II (35 - 39,9)	38	10%
Obesidad Tipo III (>40)	13	3%
Total	380	100%

Tabla 26. Diagnóstico de peso.

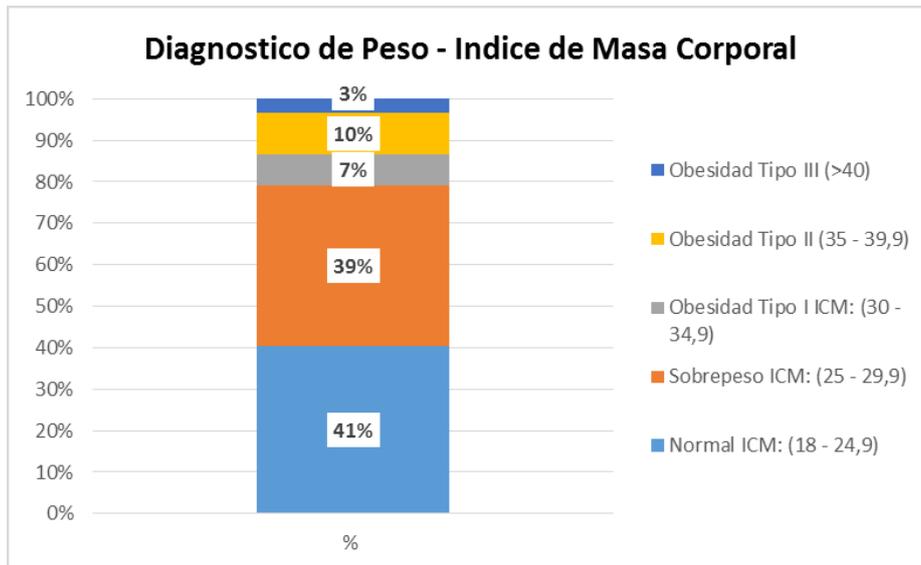


Tabla 27. Diagnostico del peso, según Índice de Masa Corporal (ICM).

En cuanto al índice de masa corporal, solo el 41% presenta un Índice de masa corporal normal, es decir que el 59% ya presentan problemas derivados a un índice de masa corporal anormal. Como ya se ha descrito, el aumento del peso corporal es el inicio del síndrome metabólico. En esta muestra vemos que no hay un adecuado control en más de la mitad de las personas estudiadas.

Por esta razón se decide cruzar los resultados de cada patología con el peso mediante una tabla de contingencia 2 X 2.

Probabilidad de que al tener Dislipidemia, pueda tener un índice de masa corporal mayor a 25:

Dislipidemia	ICM Mayor a 25		Total
	Condición +	Condición -	
Enfermedad +	62	40	102
Enfermedad -	164	114	278
Total	226	154	380
Sensibilidad	61%		
Especificidad	26%		

Tabla 28. Tabla de contingencia Índice de masa corporal Versus Dislipidemia.

Se encuentra una sensibilidad del 61% de que al tener Dislipidemia, pueda un paciente tener un índice de masa corporal mayor a 25, según los resultados de la población estudiada.

Probabilidad de que al tener Hipertensión Arterial, el paciente tenga un Índice de masa corporal mayor a 25:

Hipertensión Arterial	ICM Mayor a 25		Total
	Condición +	Condición -	
Enfermedad +	145	101	246
Enfermedad -	81	53	134
Total	226	154	380
Sensibilidad	59%		
Especificiad	66%		

Tabla 29. Tabla de contingencia índice de masa corporal versus Hipertensión arterial

Se encuentra una sensibilidad del 59% de que los pacientes con Hipertensión arterial tengan un Índice de masa corporal mayor a 25.

Probabilidad de que al tener Diabetes Mellitus tipo 2, pueda tener un índice de masa corporal mayor a 25:

Diabetes Mellitus Tipo 2	ICM Mayor a 25		Total
	Condición +	Condición -	
Enfermedad +	46	14	60
Enfermedad -	180	140	320
Total	226	154	380
Sensibilidad	77%		
Especificiad	9%		

Tabla 30. Tabla de contingencia índice de masa corporal versus Diabetes Mellitus tipo 2.

Se encuentra una sensibilidad del 77% de que al tener Diabetes Mellitus tipo 2 el paciente tenga un índice de masa corporal mayor a 25, esto es muy cercano al 80%, en donde se puede concluir por los resultados, que los pacientes que tienen Diabetes Mellitus tipo 2 presentan un índice mayor a 25.

Variable No 7:

Cuenta con Servicio de Salud:

Cuenta con servicio de salud	Total	Porcentaje
SI	320	84%
NO	60	16%
Total	380	100%

Tabla 31. Cobertura del servicio de salud

En la tabla descriptiva anterior vemos que más del 80% de los pacientes cuentan con servicio de salud, esto debido a la normatividad que existe en la ley 100 de 1993, en donde se planteaba que la cobertura y aseguramiento de los servicios de salud debería estar en el 100%.

Facilidad de Acceso al servicio de salud:

Facilidad de acceso al servicio de salud	Total	Porcentaje
SI	171	45%
NO	209	55%
Total	380	100%

Tabla 32. Facilidad de acceso al servicio de salud de la población

Se evidencia que aunque existe un 84% de pacientes que cuentan con servicio de salud, solamente el 45% refiere facilidad de acceso al servicio de salud que incluye citas médicas periódicas.

Esto indica que solo la mitad de los pacientes que cuentan con servicio de salud tienen facilidad de acceso al servicio de salud.

Variable No 8:

Estado de salud del adulto mayor:

Estado de Salud Adulto Mayor	Total	%
Bueno	31	8%
Regular	130	34%
Malo	219	58%
Total	380	100%

Tabla 33. Estado de Salud del adulto mayor.

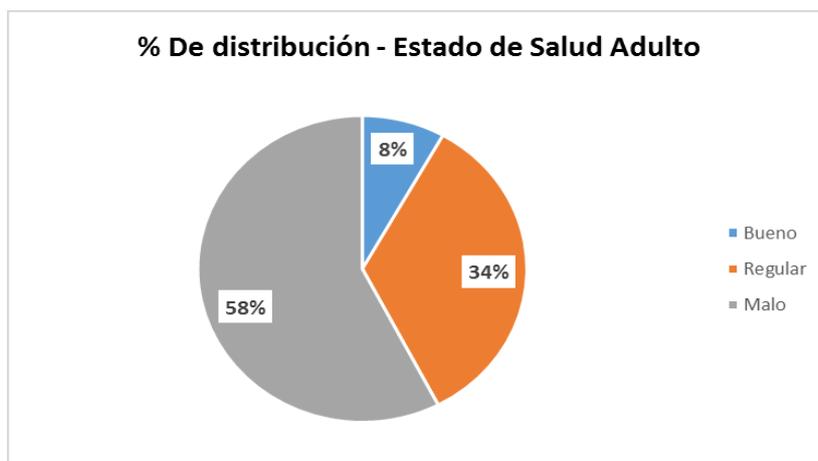


Tabla 34. Porcentaje de estado de salud adulto mayor (Bueno, Regular, Malo).

El estado de salud se preguntó de forma cualitativa y la percepción personal de la población indica que solo el 8% se siente con un buen estado de salud, entre estado de salud regular y malo lo refiere el 92% de la población.

Variable No 9:

APGAR Familiar:

APGAR Familiar	Total	%
Buena función familiar	141	37%
Disfunción familiar leve	141	37%
Disfunción familiar Moderada	80	21%
Disfunción familiar severa	19	5%
Total	380	100%

Tabla 35. APGAR Familiar

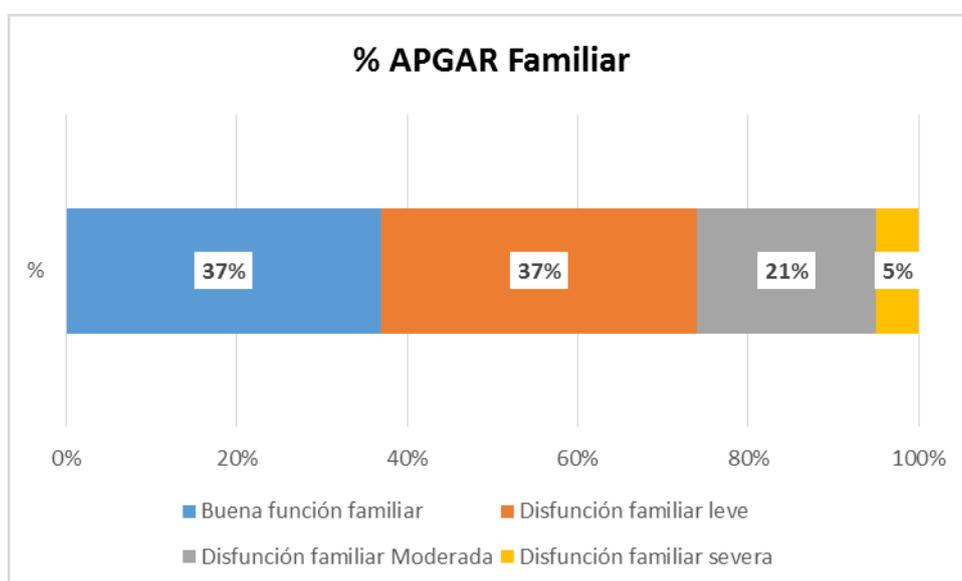


Tabla 36. Porcentaje de distribución del APGAR familiar

La funcionalidad familiar hace parte integral del estado de salud del individuo, nos damos cuenta que solo el 37% de los encuestados refieren una buena función familiar, el 63% restante refieren disfuncionalidad familiar.

Función Familiar y Condición de Salud:

Condición Salud	Función Familiar		Total
	Buena Función	Disfunción	
Buena	31	0	31
Regular o Mala	110	239	349
Total	141	239	380
Sensibilidad	100%		
Especificidad	0%		

Tabla 37. Tabla de contingencia función familiar y condición de Salud.

Se identifica en la tabla de contingencia anterior que al parecer existe una alta sensibilidad entre tener una buena función familiar y una buena condición de salud.

Variable No 10:

Percepción del ánimo:

Percepción del ánimo	Si	% Si	No	% No	Total
Satisfacción con su vida	262	69%	118	31%	380
Satisfacción con su lugar de residencia	247	65%	133	35%	380
Satisfacción con su situación económica	209	55%	171	45%	380

Tabla 38. Percepción del ánimo

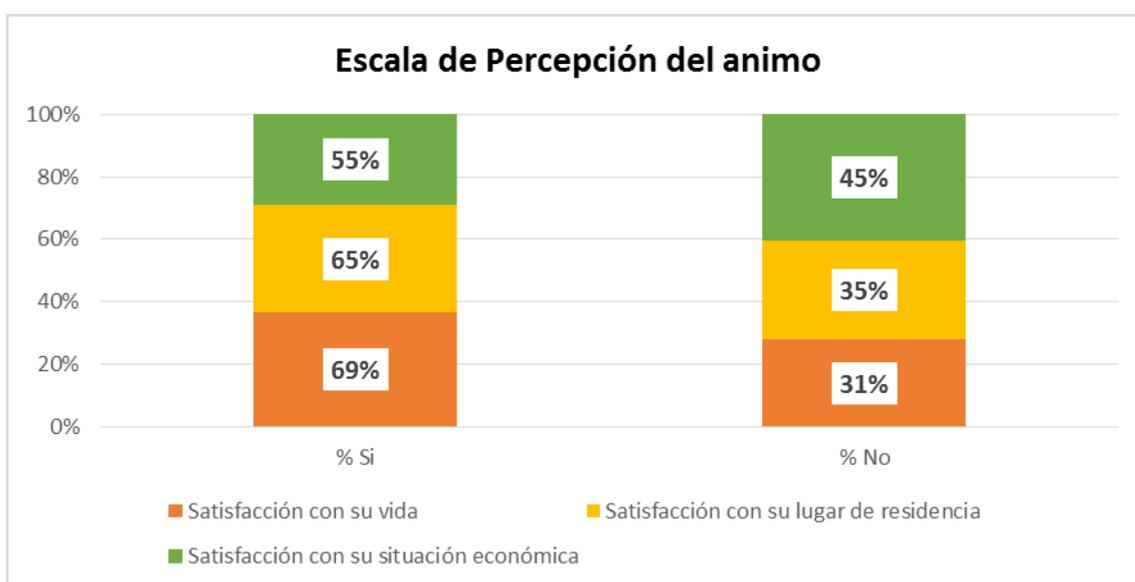


Tabla 39. Porcentaje de distribución de percepción del ánimo.

Se aplicó la escala de percepción del ánimo, en donde se encontró que más de la mitad de la población que participó en el estudio, tiene satisfacción con su vida, con su situación económica y con su lugar de residencia. Donde hay menos satisfacción es en satisfacción económica.

7.0 DISCUSIÓN

El estado de salud del adulto mayor es el reflejo de las políticas adecuadas de salud pública que parten de los estudios epidemiológicos realizados. Actualmente uno de los focos de la ley 1438 es enfocar la atención en salud hacia la atención primaria. Esta atención primaria se define como la capacidad de prevenir la enfermedad, poder realizar un diagnóstico temprano, realizar un tratamiento oportuno y brindar la rehabilitación correspondiente. Sobretudo dado que la pirámide poblacional cada vez más muestra una esperanza de vida más alta en países en desarrollo.

Lo ideal es que los pacientes de la tercera edad, puedan disfrutar de una esperanza de vida mayor con una calidad de vida que les permita ser lo más funcionales hasta donde sea posible. En el estudio realizado, se obtuvo la descripción de 380 adultos mayores de 60 años de la

localidad de Suba de la ciudad de Bogotá en el año 2014 – 2015, en donde podemos ver reflejado en este grupo focal lo que está sucediendo con el estado de salud de los pacientes mayores.

La gran mayoría de los pacientes que participaron en el estudio pertenecen al sexo femenino, esto no es solo una cuestión de mayor escogencia hacia un sexo determinado, si no que es el reflejo de que la distribución de la población mayor de 60 años en la localidad de Suba, para el año 2013 esta liderada por el Sexo femenino. (13).

La edad media del estudio y la piramide poblacional más gruesa se encuentra alrededor de los 67 años, sin embargo la esperanza de vida al nacimiento proyectada para la ciudad de Bogotá en hombres es de 75,9 y para la localidad de Suba 75,6 y para mujeres 80 años para la ciudad y la localidad respectivamente. Esto indica que las patologías que se ven en la población en estudio deben controlarse inmediatamente, porque corresponderían en el caso de los hombres a un deterioro de la calidad de vida cuantificado en 8 años y para las mujeres 13 años.

La gran mayoría de los adultos mayores de 60 años que participaron en el estudio pertenecen al estrato 3 en Bogotá la estratificación va hasta el nivel socio-económico 6. En este caso la gran parte de la población pertenece al estrato 3, dado el sector donde se realizó el estudio que tiene ese nivel socio-económico principalmente. Sin embargo en la localidad de Suba de la ciudad de Bogotá, el nivel socio-económico con mayor porcentaje es el 3, con una distribución del 36%.

La principal causa de muertes en Colombia son los eventos cardiovasculares, es por esto que las políticas de salud deben estar enfocadas en prevenir este tipo de patologías y más importante aún de generar acciones preventivas desde temprano, para evitar eventos primarios y no tener que realizar prevención secundaria o terciaria.

Vemos que en el estudio realizado más de la mitad de adultos mayores de 60 años presenta un riesgo a 10 años de presentar un evento cardiovascular del 1 – 9%, sin embargo la proporción que sigue que es del 10 – 19% presenta un 37% casi correspondiente a la mitad faltante, esto indica que las enfermedades crónicas están avanzando cada vez más rápido. Es importante tener en cuenta que la probabilidad mayor al 20% de presentar un evento cardiovascular a 10 años está cercana al 10 % de la población estudiada. Esto nos lleva a pensar que aún falta por parte de los equipos integrales de salud tomar medidas para bajar al menos en el 80% de la población el riesgo a menos del 10%.

Cuando el riesgo cardiovascular se cruza con el Sexo, vemos que existe un alto riesgo cardiovascular a 10 años, sobre todo en las mujeres, aunque este dato puede estar sesgado ya que el sexo femenino fue el que más participó en el estudio. Sin embargo al ajustar el valor proporcional a la muestra del estudio por sexo encontramos que cuando se trata de riesgo alto es decir un riesgo de evento cardiovascular mayor del 20% a 10 años, el sexo masculino aumenta 5 veces el riesgo con respecto a las mujeres. Las mujeres biológicamente siempre han tenido menos riesgo de eventos cardiovasculares que los hombres, sin embargo ese riesgo puede variar dependiendo de los estilos de vida particulares, que generan cambios epigenéticos que pueden alterar genéticamente el metabolismo, cursando síndromes metabólicos con la misma probabilidad de riesgo en ambos sexos.

Las patologías más encontradas en la población son sobretodo las que se relacionan con síndrome metabólico. La patología con más prevalencia que se encontró fue la hipertensión

arterial, esta es llamada la “enfermedad silenciosa”, dado que solo 1 de cada 8 hipertensos tienen un adecuado control y esta puede generar desenlaces mortales si no se encuentra bien controlada. Por otro lado la dislipidemia, la diabetes mellitus tipo 2, son patologías que más del 20% de la población estudiada presentan. El evento cerebrovascular fue encontrado en el 7% de los pacientes adultos mayores estudiados, lo que indica que en ellos, fallaron todas las medidas de prevención primaria y su calidad de vida no será la más adecuada.

La Diabetes Mellitus tipo 2 cada vez está creciendo más, dado los estilos de vida y alimentación que vienen teniendo los seres humanos desde la niñez, esta está presente en el 16% de la población estudiada, sin embargo hay un factor importante a estudiar ya que es el factor primario al desarrollo de una Diabetes Mellitus Tipo 2, este factor es el Índice de masa corporal.

En cuanto al Índice de masa corporal (IMC), Un informe de la Organización Mundial de la Salud concluyó que la obesidad alcanzó proporciones epidémicas a nivel mundial. La OMS estimó que cada año mueren al menos 2,6 millones de personas a causa de esa enfermedad. (14).

En cuanto al índice de masa corporal, solo el 41% presenta un Índice de masa corporal normal, es decir que el 59% ya presentan problemas derivados a un índice de masa corporal anormal. Como ya se ha descrito, el aumento del peso corporal es el inicio del síndrome metabólico. En esta muestra vemos que no hay un adecuado control en más de la mitad de las personas estudiadas. Se encontró en los resultados que la Dislipidemia, la Hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus tipo 2 tienen una estrecha relación con el índice de masa corporal mayor a 25. Esto confirma aún más lo que siempre se muestra en los estudios de riesgo cardiovascular en donde el primer paso para estar inflamados es tener grasa visceral liberando factores de inflamación que alteran el metabolismo y que pueden ser prevenidas mediante el ejercicio y enseñanza de estilos de vida saludables como hábitos alimenticios.

Uno de los aspectos estudiados en la población es el poder contar con servicio de salud, se supone que con la ley 100 de 1993, la idea era aumentar la cobertura en salud. Al parecer esta cobertura en el grupo focal estudiado está por encima del 80%, sin embargo la cobertura no significa una real atención, por esto también se indagó en que tan fácil es el acceso a atenciones, a citas médicas, el tiempo en poder asistir a una cita y el panorama cambió, ya que solo el 45% es decir menos de la mitad refiere poder tener una facilidad de acceso al servicio de salud. Esto hace que las patologías se vuelvan cada vez más crónicas, poco adherentes a la medicación y se pierda esa relación médico paciente en donde se pueden enseñar los estilos de vida adecuados. Esto lleva a que el estado de salud del paciente sea percibido en forma mala o regular, se preguntó de forma cualitativa cuál es la percepción personal del estado de salud y se encontró que solo el 8% se siente con un buen estado de salud, entre estado de salud regular y malo lo refiere el 92% de la población.

Lo anterior va en contra de todo lo que se ha plasmado en los documentos, normatividad y leyes que velan por el bienestar de los individuos.

Otro aspecto a tener en cuenta es la función familiar y el aspecto psico-social, ya que esta esfera también hace parte integral del bienestar del ser humano y muchas veces se deja de lado por solamente indagar en lo orgánico y sintomático. Se utilizaron las escalas de APGAR para evaluar en este grupo focal la funcionalidad familiar y se encontró que solo el 37% de los encuestados refieren una buena función familiar, el 63% restante refieren disfuncionalidad familiar.

Al correlacional la función familiar y la condición de salud encontramos que al parecer existe una alta sensibilidad entre tener una buena función familiar y una buena condición de salud. El personal de salud debe atender este aspecto con la misma prioridad que la solicitud de paraclínicos o el planteamiento de un plan terapéutico dada la importancia en percepción que genera en los pacientes.

La percepción del ánimo también fue evaluada y se encontró que el ítem donde no hay una adecuada satisfacción es en cuanto a la situación económica, hace parte del cuidado del adulto mayor de 60 años, por parte del estado garantizar las medidas para una adecuada vejez, sin embargo el mecanismo actual que es por medio de pensiones no todos los adultos mayores gozan de estas, por ende esto genera también dificultad para tener un estilo de vida saludable y una buena salud.

8.0 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

Las políticas en salud enfocadas al adulto mayor, no han tenido un gran impacto medible en grupos focales como el estudio que se plantea en este documento, viendo que aunque en la normatividad y en la teoría el gran camino para mejorar la calidad de vida es la atención primaria, aún no se logra generar una plataforma estable que genere oportunidad y cobertura en la población que la necesita, con el adecuado control esperado de las patologías crónicas que presentan o la disminución de las mismas.

Día a día se ve como la esperanza de vida aumenta, lo que indica que rápidamente se deben gestionar acciones que permitan ver a un paciente de forma holística e integral, permitiendo que sea abordado desde las esferas orgánicas y psicosociales. Ya nos dimos cuenta con el estudio planteado que existe un círculo en el que el medio económico, la funcionalidad familiar afectan directamente la salud de un individuo y sobre todo cuando pasa la barrera en edad de los 60 años, en donde es más vulnerable.

A pesar de que existen cantidades de artículos en los que se describen las mismas condiciones encontradas en este grupo focal, se deben aumentar los estudios de intervención, en donde se pueda ver una cohorte, donde se implementen las acciones integrales para cada individuo generando los resultados que se esperan en cuanto a salud de la población mayor de 60 años.

Otro aspecto importante a concluir es la situación actual del sistema de salud en Colombia, en donde aparece una alta cobertura de salud, con un difícil acceso y con barreras de acceso a los servicios que no permiten una atención con seguimiento juicioso por parte de los profesionales de la salud. La dificultad de acceso a los servicios de salud, genera que la comunidad no asista al médico periódicamente y tenga desconocimiento de sus patologías. Actualmente la atención se encuentra orientada al tratamiento de la enfermedad, dejando de lado la prevención y los resultados son muy precarios, ya que la salud se fragmenta, el paciente desconoce aspectos fundamentales del autocuidado y estilos de vida saludables.

Los estilos de vida, la alimentación actual que se lleva en el día de hoy, están generando desordenes metabólicos que se desenlazan cuando se pasa la barrera de los 50 años. Esto está favoreciendo la historia natural de la enfermedad cardiovascular.

Es importante gestionar los clubes de la salud, los encuentros, talleres y demás actividades que permiten que los adultos mayores de 60 años tengan un contacto social en donde además

aprendan de sus patologías, se les enseñen talleres de estilos de vida saludables, se explique sobre nutrición, cuidados personales, signos de alarma.

Se deben empezar a cumplir todas las normatividades que existen, mediante las cuales se ha planteado la atención de la salud del individuo, porque estas están escritas y la teoría es la gran solución a estos problemas tangibles, sin embargo aún no se ha diseñado el camino para hacer una excelente ejecución de los planes estratégicos.

Es importante abordar la salud tal cual la define la organización mundial de la salud: Es el completo estado de bienestar físico, mental y social, no solamente en ausencia de la enfermedad.

RECOMENDACIONES:

La gran recomendación de esta investigación descriptiva, es que se debe encontrar el camino de excelencia en la ejecución en la implementación de todas las propuestas de atención integral y de atención primaria en cualquier nivel de atención.

Todos los planes, decenal, ley estatutaria, ley 1438 deben comenzar a ser tangibles para poder ver cambios en el estado de salud de los pacientes mayores de 60 años.

Las políticas de salud pública deben estar enfocadas al control o la disminución de las enfermedades crónicas pero en la gran mayoría del control del peso, es impactante la relación que existe entre el peso o el índice de masa corporal de un individuo y el desarrollo de sus patologías crónicas y de difícil control metabólico, es por esto que los más grandes esfuerzos deben ser en la prevención del aumento de masa corporal por encima de 25.

Se identifica que el aspecto psico-social es un factor de bienestar del individuo muy importante, se debe abrir el espacio durante la consulta médica para abordar esta esfera del psiquismo, ya que esto puede cambiar y mejorar la percepción del estado de salud del paciente, además permite una relación médico paciente efectiva, en donde al haber mayor confianza más probable la asertividad diagnóstica y terapéutica.

Se debe desarrollar un estudio que no sea solamente descriptivo, sino que también permita intervenir, para establecer cuál será el mejor mecanismo de obtener los mejores resultados.

9.0 BIBLIOGRAFIA

1. Organización Panamericana de la Salud. Guía de Diagnóstico y manejo Hipertensión arterial. [Internet]. Cuba. [Fecha de consulta: 12/08/2015]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia20.pdf>
2. Organización mundial de la salud. Envejecer bien, una prioridad mundial. [Libro electrónico]. 2014, [Fecha de consulta: 16-12-2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/es/>
3. Ministerio de Salud de Colombia. Diagnostico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia. [Libro electrónico]. [Fecha de consulta: 16-12-2014]
4. Vigilancia epidemiológica Hospital de Suba. Análisis situación local. [Libro electrónico]. Julio 2012, [Fecha de consulta: 16-12-2014]. Disponible en: http://www.esesuba.gov.co/joomla/portal/images/stories/Documentos/Salud_Publica/diagnostico%202011%20version%2030%20de%20julio%202012.pdf
5. Manuel C, Andrés Q, Nakari R et al. Enfermedades del adulto e hipertensión arterial en un servicio de medicina interna. Revista. Latinoamericana de hipertensión. V.3 N.2 2008
Disponible en: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1856-45502008000200005&lng=es&nrm=is
6. Luis G. Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. Revista Biomédica V.31 n.4. 2011 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572011000400001&lng=pt&nrm=is&tlng=es
7. Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegón M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. Lancet. 2007;370:1929-38. Disponible en: <http://www.who.int/management/programme/ncd/TheBurdenCostsChronicDiseaseLICs.pdf>
8. Organización panamericana de la salud. Salud en las Américas [libro electrónico]. 2013, [Fecha de consulta: 16-12-2014]. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=30&option=com_content
9. Descripción calculadora de riesgo cardiovascular. Laboratorio Pfizer [Fecha de consulta: 25-01-2015]. Disponible en: https://www.pfizer.es/salud/servicios/calculadoras/descripcion_calculadora_riesgo_cardiovascular.html
10. Vera M, Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Revista Médica de Lima 2007; 68; 284 – 290. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>
11. Arias J, Álvarez M, Restrepo S. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, Rev. Cienc. Salud vol.12 no.2 Bogotá 2014. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732014000200002.

12. Ministerio de protección social de Colombia. Diagnostico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia [Libro electrónico]. 2006 [Fecha de consulta: 15-12-2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Documents/Situacion%20Actual%20de%20las%20Personas%20adultas%20mayores.pdf>

13. Secretaria de Educación del distrito Bogotá. Grupo de análisis y estadística. [Internet]. Consultado [02/08/2015]. 2013. Disponible en: http://www.educacionbogota.edu.co/archivos/SECTOR_EDUCATIVO/ESTADISTICAS_EDUCATIVAS/2013/BoletinEstadisticoAnual2013.pdf

14. Docsalud.com. [Internet]. Argentina: 2009 [actualizado 03-08-2015] Consultado [03-08-2015]. Disponible en: <http://www.docsalud.com/articulo/203/oms-asegura-que-la-obesidad-ya-es-epidemia-a-nivel-mundial>

10. ANEXOS – (FIGURAS – TABLAS):

Figuras:

- Figura No 1. Calculo de la edad para estimar riesgo cardiovascular
- Figura No 2. Calculo del colesterol total para estimar el riesgo cardiovascular
- Figura No 3. Calculo del colesterol HDL para estimar el riesgo cardiovascular
- Figura No 4. Calculo de la presión arterial para estimar el riesgo cardiovascular
- Figura No 5. Presencia de Diabetes Mellitus Tipo 2 para estimar el riesgo cardiovascular
- Figura No 6. Tabaquismo para estimar el riesgo cardiovascular
- Figura No 7. Evaluación de sufrir un accidente cardiovascular en los próximos 10 años.
- Figura No 8. Calculo para obtener el tamaño de la muestra
- Figura No 9. Escala APGAR (Función familiar)
- Figura No 10. Escala de red de apoyo
- Figura No 11. Escala de percepción del ánimo
- Figura No 12. Percepción esperanza de vida localidad de Suba
- Figura No 13. Pirámide poblacional Bogotá año 2013

Tablas:

- Tabla No 1. Variables y su nivel de medición
- Tabla No 2. Criterios de inclusión y exclusión del estudio
- Tabla No 3. Diagrama de Gantt – Cronograma
- Tabla No 4. Presupuesto global de la investigación
- Tabla No 5. Descripción de los gastos de personal
- Tabla No 6. Descripción de los equipos que se planean adquirir
- Tabla No 7. Descripción y cuantificación de los equipos de uso propio
- Tabla No 8. Descripción del software que se planeó adquirir
- Tabla No 9. Descripción y justificación de los viajes
- Tabla No 10. Valoración Salida de campo
- Tabla No 11. Materiales y suministros
- Tabla No 12. Bibliografía
- Tabla No 13. Gastos servicios técnicos
- Tabla No 14. Porcentaje distribución por sexo
- Tabla No 15. Grafica distribución por sexo de la población estudiada
- Tabla No 16. Distribución por edad
- Tabla No 17. Distribución por edad en rangos
- Tabla No 18. Pirámide poblacional del estudio

- Tabla No 19. Distribución estrato socioeconómico del estudio
- Tabla No 20. Distribución del estrato socioeconómico en porcentaje
- Tabla No 21. Porcentaje distribución riesgo cardiovascular
- Tabla No 22. Pirámide poblacional por riesgo cardiovascular y distribución por sexo
- Tabla No 23. Porcentaje de riesgo cardiovascular según sexo
- Tabla No 24. Porcentaje por tipo de patología
- Tabla No 25. Tipo de patología Porcentaje Si/No
- Tabla No 26. Diagnóstico de Peso
- Tabla No 27. Diagnóstico del peso según índice de masa corporal
- Tabla No 28. Tabla de contingencia índice de masa corporal versus Dislipidemia
- Tabla No 29. Tabla de contingencia índice de masa corporal versus Hipertensión arterial
- Tabla No 30. Tabla de contingencia índice de masa corporal versus Diabetes Mellitus tipo 2
- Tabla No 31. Cobertura del servicio de salud.
- Tabla No 32. Facilidad de acceso al servicio de salud por parte de la población
- Tabla No 33. Estado de salud del adulto mayor
- Tabla No 34. Porcentaje de salud del adulto mayor (Bueno, regular, malo).
- Tabla No 35. APGAR Familiar
- Tabla No 36. Porcentaje de distribución del Apgar familiar
- Tabla No 37. Tabla de contingencia función familiar y condición de salud
- Tabla No 38. Percepción del ánimo
- Tabla No 39. Porcentaje de distribución de percepción del ánimo.