

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

## **FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

### **ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEDE – CHOTA**



#### **TESIS**

#### **PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

#### **\*PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES y GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES. ZONA URBANA ESSALUD CHOTA 2013\***

#### **PRESENTADO POR:**

Bach Enf. MARITZA DEL PILAR TAFUR ESPINOZA

Bach Enf. KATTIA VILLANUEVA DIAZ

#### **ASESORAS:**

Dra CARMEN YRENE YUPANQUI VÁSQUEZ

M.Cs MIRIAM MERCEDES HURTADO SEMPÉRTEGUI

Chota- Perú 2013

## **JURADO EVALUADOR**

- PRESIDENTA** : M.cs Luz Amparo Núñez Zambrano
- SECRETARIA** : M.cs Katia Maribel Pérez Cieza
- VOCAL** : Lic. Delia Mercedes Salcedo Vásquez
- ACCESITARIA** : M.cs María Eloísa Ticlla Rafael

## **DEDICATORIA**

**A mis queridos hermanos por ser mi apoyo cada día y por ser mi fuerza para cumplir mis metas trazadas.**

**A mi querida hija por ser la mejor bendición que Dios me dió y porque es la razón para ser una mejor persona y una buena profesional.**

**Maritza**

**A Dios nuestro creador por  
el maravilloso don de la vida.**

**A mis queridos padres, hermanos y tíos  
que con su apoyo y confianza supieron  
guiarme por el camino del bien, por su  
paciencia, comprensión y apoyo  
incondicional para lograr mis metas de ser  
profesional.**

**A mis abuelos Eliseo y Albina que  
desde el cielo siempre guiarán mis  
pasos.**

**Kattia**

## **AGRADECIMIENTO**

**A nuestras asesoras Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez y M.cs. Miriam Mercedes Hurtado Sempértegui, por orientarnos y apoyarnos en la culminación de nuestro trabajo de investigación y así culminar nuestra formación profesional.**

**Al personal de salud que labora en EsSalud Chota por habernos facilitado la información necesaria y habernos brindado el campo para realizar dicho estudio.**

**A todos los adultos mayores con enfermedades osteoarticulares que participaron voluntariamente e hicieron que este trabajo de investigación sea posible.**

## INDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	

### CAPITULO I

#### EL PROBLEMA

1.1 DEFINICION Y DELIMITACION DEL PROBLEMA -----	12
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA-----	16
1.3 JUSTIFICACION -----	16
1.4 OBJETIVOS-----	17

### CAPITULO II

#### MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA -----	18
2.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.-----	19
2.2.1 MORBILIDAD -----	20
2.2.2 ESTILOS DE VIDA--- -----	23
2.3 GRADO DE DEPENDENCIA -----	26
2.4 CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS-----	27
2.5 ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES -----	29
2.6 VARIABLES-----	40

### CAPITULO III

#### METODOLOGIA DEL ESTUDIO

3.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO -----	44
3.2 POBLACION -----	44
3.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA -----	44
3.4 METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOECCION DE DATOS -----	45
3.5 TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS -----	46

## **CAPITULO IV**

<b>RESULTADOS</b>	<b>47</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>68</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>70</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>71</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>76</b>

## RELACION DE TABLAS

<b>TABLA 01.....</b>	<b>44</b>
<b>TABLA 02.....</b>	<b>49</b>
<b>TABLA 03.....</b>	<b>54</b>
<b>TABLA 04.....</b>	<b>57</b>
<b>TABLA 05.....</b>	<b>59</b>
<b>TABLA 06.....</b>	<b>61</b>
<b>TABLA 07.....</b>	<b>63</b>



## RESUMEN

La presente investigación Perfil Epidemiológico de las Enfermedades Osteoarticulares y Grado de Dependencia de los Adultos Mayores de la zona urbana en EsSalud Chota- 2013, es de tipo descriptivo, cuyo objetivo es describir y analizar el Perfil epidemiológico de las enfermedades osteoarticulares y grado de dependencia de los adultos mayores. La muestra estuvo conformada por 115 adultos mayores, en la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos un cuestionario para medir el perfil epidemiológico de las enfermedades osteoarticulares y otro el Índice de Katz para medir el grado de dependencia. En los resultados se encontraron: el 55.7% tiene entre 60 y 69 años, 57.4% son mujeres y resto son de sexo masculino, el 25.2% son analfabetos y 20 % tienen estudios no universitario; el 64.3% tiene ingresos económicos menores de 750 nuevos soles, el 93.9 % consume una alimentación balanceada, 93.0% realiza ejercicio físico, 54.8 % duerme de 6 a 8 horas diarias, 60% consume carne roja, 62.6% presentaba osteoartritis; 47.2% la osteoartritis la padece entre 1 y 5 años, 12.5% menos de 1 año. Y el 91.3% realiza sus actividades de forma independiente.

Con relación al perfil epidemiológico de las enfermedades osteoarticulares en el estudio, ocupan un lugar preponderante con un elevado porcentaje que asciende a las tres cuartas partes de la población; al igual que en el estilo de vida en consumo de carnes rojas; a diferencia de los otros estilos de vida que la mayoría ha mejorado ( en la alimentación, ejercicios, duermen bien, la exposición al sol).De las características socioeconómicas la mayoría tiene condiciones y la mayoría de los adultos mayores son independientes en la Zona urbana EsSalud Chota.

**PALABRAS CLAVES:** Perfil epidemiológico, Enfermedades osteoarticulares, Grado de dependencia, adultos mayores.

## **ABSTRACT**

This research profile Osteoarticular Disease Epidemiology and Degree of Dependence of Older urban area EsSalud Chota - 2013, is descriptive, which aims to describe and analyze the epidemiological profile of musculoskeletal diseases and dependence on older adults. The sample consisted of 115 older adults, data collection is a questionnaire used two instruments to measure the epidemiological profile of musculoskeletal diseases and other Katz Index to measure the degree of dependence. The results were: 55.7 % are between 60 and 69 years , 57.4 % were women and the rest were male , 25.2% were illiterate and 20 % have university studies , 64.3 % have incomes under 750 new soles , 93.9 % consume a balanced diet , exercise takes 93.0 % , 54.8 % sleep of 6-8 hours per day , 60 % consume red meat, 62.6 % had osteoarthritis , 47.2 % suffers from osteoarthritis between 1 and 5 years , 12.5 % less than 1 year . And the 91.3 % does business independently.

Regarding the epidemiological profile of musculoskeletal diseases in the study , loom large with a high percentage amounts to three-quarters of the population, as in the style of life in red meat , unlike other lifestyles that most have improved ( in food, exercise , sleep well , sun exposure ) . Among the socioeconomic characteristics has most conditions and most adults are independent in older urban area EsSalud Chota.

**KEYWORDS:** Epidemiological profile, musculoskeletal diseases dependence, seniors.

## INTRODUCCIÓN

El perfil epidemiológico de las enfermedades osteoarticulares es definido como la expresión de la carga de la enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características socioeconómicas, además comprende la morbilidad y estilos de vida de este grupo etario (Ramos A, 2011). Otro punto importante es el grado de dependencia de los adultos mayores el cual está fijado en función de su autonomía y de la intensidad del cuidado que requieren (Adriana V, 2010).

El presente trabajo de investigación tiene un abordaje cuantitativo, de tipo descriptivo tiene por objetivo describir las características que operan en una situación determinada en este caso referente al perfil epidemiológico de las enfermedades osteoarticulares y grado de dependencia de los adultos mayores.

En el presente estudio se llegó a las siguientes conclusiones: que en el perfil epidemiológico se trabajó con dos indicadores; la morbilidad y estilos de vida, siendo necesaria determinar la morbilidad a través de la tasa de prevalencia donde se obtuvo que de cada 1000 adultos mayores 96 presentan enfermedades osteoarticulares. En relación al grado de dependencia se encontró que la gran mayoría de adultos mayores realiza sus actividades básicas de forma independiente.

Estructuralmente el trabajo de investigación consta de cinco capítulos:

En el **primer capítulo** se plantea el problema de investigación, su justificación, se delimita su alcance para lo cual se formulan objetivo general y objetivos específicos.

El **segundo capítulo** se centra en los antecedentes de otros estudios relacionados con el tema, referencial histórico, teorías sobre el tema, hipótesis y variables definidas nominal y operacionalmente.

El **tercer capítulo** describe la metodología utilizada, el tipo de estudio, diseño de investigación, área de estudio, universo, muestra, procedimiento para la recolección de datos, instrumentos y técnica de recolección de la información, procesamiento utilizado y análisis de la información.

En el **cuarto capítulo** se presenta los resultados, interpretación y análisis de los mismos.

Y finalmente el **capítulo cinco** se refiere a los principales hallazgos del estudio así como las recomendaciones planteadas referentes al estudio.

Se espera que el presente trabajo sirva de base para la implementación de otras investigaciones sobre este tema para ser desarrollados por estudiantes y enfermeros docentes de nuestra Casa Superior de Estudios, por ser ellos quienes contribuyen al capital profesional formando nuevos profesionales.



## CAPITULO I

### EL PROBLEMA

#### 1.1 DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

En el mundo las enfermedades osteoarticulares, son las patologías no transmisibles, más comunes en los adultos mayores, causando altos índices de prevalencia en este grupo etario, más allá del pronóstico negativo de esta afección; la principal consecuencia son los cambios que originan en los estilos de vida de este grupo poblacional, causando muchas veces un impacto negativo en sus relaciones familiares posiblemente por el costo del tratamiento y la dependencia que a largo plazo produce. Entre las enfermedades osteoarticulares con mayor índice de presentación se encuentra la osteoporosis que afecta al ser humano predisponiéndolo a un riesgo elevado de fracturas. Se calcula que en el grupo etario de 50 años, una de cada dos mujeres y uno de cada seis varones presenta esta patología y hasta el 50% en las de 85 años; mientras que en los varones los porcentajes son del 2,4% a los 50 años, hasta el 20% a los 85 años presentándose con mayor prevalencia en países desarrollados como EE.UU y Europa (Hernández J. 2012).

En Latinoamérica las enfermedades no transmisibles se presentan con mayor frecuencia. En Chile, tanto en varones como mujeres presentan artritis y osteoporosis entre 60 años a más, mientras que en Bolivia (Oruro) se reportó el 60% de enfermedades osteoarticulares (Alfaro, T 2011).

En el Perú, la morbilidad del adulto por dorsopatías ocupa un tercer lugar con 9,73% constituyendo la tercera causa de morbilidad en el adulto y las artropatías con 7,09% se ubican en el séptimo lugar, la morbilidad en la etapa de vida del adulto mayor, son las dorsopatías ocupando un quinto lugar con 7% mientras que las artropatías se



encuentran en octavo lugar con 4% (ASIS 2010 -Lima). En la población adulta mayor las artropatías ocupan un cuarto lugar con un porcentaje de 30,28% y las dorsopatías se ubican en el quinto lugar con 26,75% (ASIS 2011- Lima). Estas cifras muestran que en el Perú la población adulta mayor también es afectada por las enfermedades osteoarticulares al igual que en otros países pero en un menor porcentaje; posiblemente porque muchos afectados desconocen su diagnóstico, y no tienen acceso al tratamiento por su alto costo.

En la región Cajamarca la población adulta mayor está en aumento y por tanto expuesta a sufrir enfermedades osteoarticulares; a pesar de este panorama los servicios de salud no cuentan con profesionales especializados para tratar y prevenir estas dolencias, asimismo hay una escasa información a esta población por lo que es necesario se realicen estudios donde se muestre la realidad epidemiológica de estas enfermedades.

En Cajamarca, las enfermedades osteoarticulares ocupan el tercer lugar con 7% en mujeres y 6,69% en varones; mientras que en la población adulta mayor, estas afecciones tienen el primer lugar con 19,9% en ambos sexos; dado que estas afecciones no solo se presentan en la población adulta mayor sino que es frecuente en la población adulta, pero su incidencia aumenta con la edad. Esta situación muestra que posiblemente la población adulta mayor que padece estas enfermedades desconoce su diagnóstico y no fue atendida oportunamente, ni tampoco practicó medidas de prevención, situación que repercute negativamente en su estilo de vida (DIRESA Cajamarca 2012).

En la Provincia de Chota un segmento importante de la población adulta mayor padece de enfermedades osteoarticulares ocupando el primer lugar con 19,54% en la morbilidad (DISA Chota 2010). El



centro de Atención Primaria II de EsSALUD, atiende adultos mayores con diversas enfermedades, entre ellas las osteoarticulares, que afectan a 329 usuarios.

Estas enfermedades afectan mayormente a mujeres mayores de 50 años, y a personas que muchas veces no pueden acceder a servicios especializados de salud y desconocen su diagnóstico; pueden no contar con los recursos económicos necesarios para el tratamiento, la información que brindan los servicios de salud acerca de la prevención no es asequible ni entendible para todos. El estilo de vida de una persona refleja su forma de vida los inadecuados influyen negativamente en la salud, la falta de actividad física y el acentuado sedentarismo por el trabajo realizado, el consumo indiscriminado de café y tabaco también pueden relacionarse con la presencia de estas afecciones, además recientemente se ha encontrado relación entre los antecedentes familiares y la presencia de enfermedades osteoarticulares.

Los estilos de vida se contextualizan social y culturalmente y sólo pueden hacerse inteligibles en el marco de la historia individual y colectiva de los procesos de la salud y la enfermedad. En esta dimensión, los estilos individuales de vivir la vida se alimentan de las condiciones bajo las cuales se vive, en un grupo, en una sociedad, en un momento de la historia. Los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, comprenden tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico. En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación y vestuario. En lo social, según las formas y estructuras sociales: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones y en el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan



las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida, según (Barrón, V. 2006).

Los estilos de vida son una categoría socio-psicológica empleada para describir el comportamiento humano en su medio social, cultural y económico, es decir, se define por la conducta individual de cada individuo, su personalidad y los medios que utiliza para satisfacer sus necesidades básicas. (Jaramillo, J 2009).

En cuando al grado de dependencia esta se da por alguna enfermedad o discapacidad, el adulto mayor deja de ser independiente y se convierte en dependiente, la familia juega un papel importante en el apoyo tanto físico como emocional que le brinda y del cual dependerá el bienestar y calidad de vida del adulto mayor en sus últimos años. Debemos darle al adulto mayor tanto dependiente como independiente, lo que tanto necesita: palabras de amor, afecto y apoyo que le ayuden a elevar su autoestima y le permitan sentirse parte activa de la familia y la sociedad según (CARITAS 2012).

Aproximadamente el 5% de la población adulta mayor en el Perú es dependiente, por lo tanto hoy en día existen 138 588 personas mayores que están limitadas o impedidas de realizar sus actividades de la vida diaria, por consecuencia requieren el apoyo permanente de terceras persona en este caso los familiares (Del Valle, E. 2012).

Como futuras profesionales de la salud es importante considerar en nuestra labor enfermería las enfermedades osteoarticulares en los adultos mayores afectados, conociendo la morbilidad y sus factores relacionados, por las graves complicaciones que estas pueden provocar. Además del grado de dependencia puede conllevar a una dependencia debido a la sintomatología y complicaciones que estas enfermedades osteoarticulares producen.





## 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el perfil epidemiológico de las enfermedades osteoarticulares y grado de dependencia de los adultos mayores. Zona urbana EsSalud Chota 2013?

## 1.3 JUSTIFICACIÓN

Actualmente las enfermedades crónico degenerativas del aparato locomotor tienen una gran repercusión sanitaria, social y económica ya que se considera una de las causas más prevalentes de sintomatología y de limitación funcional, representando un grave problema de salud en las sociedades subdesarrolladas, donde existe un aumento del envejecimiento poblacional, lo que provoca, que la incidencia de estas enfermedades vaya en ascenso.

La relevancia de este trabajo de investigación reside en la necesidad de conocer y describir a través de los resultados el perfil epidemiológico de las enfermedades osteoarticulares en la población adulta mayor atendida en EsSalud – Chota, ya que en la ciudad se cuenta con información fragmentada y subregistro de casos. Desde el punto de vista teórico, esta investigación generará reflexión y discusión sobre el conocimiento existente del área investigada dentro del ámbito de Ciencias de la Salud, ya que proporcionará nuevos conocimientos y resultados que pueden ser utilizados para la elaboración de programas de atención permitiendo la implementación de programas preventivo promocionales específicos dirigido a este grupo etario. Por lo tanto contribuirá a que el personal de salud eduque al adulto mayor en la planificación y ejecución de medidas de autocuidado, que mejorarán sus estilos de vida.

Este estudio beneficiará a los profesionales de enfermería porque accederán a un mayor conocimiento acerca de este problema por lo que les permitirá brindar una mejor atención y cuidado a estos pacientes.



## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 Objetivo general**

- Describir y analizar el perfil epidemiológico de las enfermedades osteoarticulares y grado de dependencia de los adultos mayores. Zona urbana EsSalud Chota 2013.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Describir las características socioeconómicas de los adultos mayores con enfermedades osteoarticulares. Zona urbana. EsSalud Chota 2013.
- Identificar los estilos de vida de los adultos mayores con enfermedades osteoarticulares. Zona urbana. EsSalud Chota 2013.
- Determinar la morbilidad de las enfermedades osteoarticulares en los adultos mayores. Zona urbana. EsSalud Chota 2013.
- Determinar el grado de dependencia de los adultos mayores con enfermedades osteoarticulares. Zona urbana. EsSalud Chota 2013.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El Grupo de estudio OPINHO-PC. (2008). Investigó la “Adecuación del manejo clínico de la osteoporosis a las guías de la Sociedad Española de Investigación Ósea y Metabolismo Mineral (SEIOMM)”, en España, obteniéndose los siguientes resultados: en las consultas hospitalarias se observó mayor prevalencia de fracturas vertebrales previas al diagnóstico (24,4% atención primaria en frente al 35,6% en consultas hospitalarias), mayor porcentaje de pacientes con consultas hospitalarias secundaria y mayor grado de dependencia personal. Los pacientes en consultas hospitalarias presentaron mayor uso de tratamiento hormonal sustitutivo (1,5% en atención primaria frente al 5,4% en consultas hospitalarias) y suplementos de calcio y/o vitamina D 80,7% en atención primaria frente al 93,0% en consultas hospitalarias. El cumplimiento terapéutico fue mayor en consultas hospitalarias 3,4% frente al 10,6% en atención primaria. La adecuación del diagnóstico y el tratamiento a las guías de la SEIOMM fue elevada (> 70%) en ambas consultas, concluyendo que Los pacientes con osteoporosis presentan más gravedad en consultas hospitalarias. En ambos ámbitos hay un nivel alto, de adecuación del diagnóstico y el tratamiento, sin embargo, el cumplimiento terapéutico es bajo.

Ruiz L. y Col. (2008). En un estudio relacionado con la “Situación socio familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención” realizado en Perú, obteniendo los siguientes resultados: la mayoría (69,8%) de la población eran mujeres (44,5%) entre 60 y 69 años, 31,9% fueron categorizados como adulto mayor frágil. 79,4% de adultos mayores es independiente, 46,2% se encuentra en situación de riesgo

social y 28,9% tiene problema social. La mayoría (66,1%) carece de un seguro de salud. Las enfermedades prevalentes fueron hipertensión arterial (42,5%), artrosis (33,6%) y el antecedente de tuberculosis estuvo presente en el 6,6%. Las mujeres tuvieron una peor situación socio familiar y la valoración funcional y clínica se deterioró con la edad.

Couto D. y Col. (2011). Evaluaron la "Osteoporosis posmenopausia según densitometría ósea" realizada en Santiago de Cuba, presentando los siguientes resultados: entre los factores de riesgo predominantes fueron la ooforectomía bilateral antes de los 50 años, el cese de la menstruación antes de los 40 años y el bajo peso. La densitometría reveló que 45,9 % de las féminas padecía osteopenia y 35,6 %, osteoporosis, con alta significación de la relación entre el climaterio y los resultados densitométricos.

Pilger C. y Col. (2011). En la investigación "Características sociodemográficas y de salud de ancianos: contribuciones para los servicios de salud" realizado en el Municipio de Guarapuava-Brasil, llegó a los siguientes resultados: las enfermedades más frecuentes fueron hipertensión (34,9%), diabetes mellitus (12,4%) y artritis/artrosis (12,2%). La mayoría de los ancianos utiliza prótesis dentaria (74,4%), 56,5% lentes o lente de contacto. concluyendo que el conocimiento del perfil sociodemográfico y de salud de estos ancianos favorece la implantación de acciones específicas, para este intervalo etario, por los profesionales de salud que trabajan en este municipio, además de auxiliar a los gestores para formular indicadores de salud.

## **1.2 Perfil epidemiológico**

### **Definición.**

Es el estudio de la morbilidad, mortalidad y factores de riesgo, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo. Siendo la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que



sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y estilos de vida (Vega, J. 2011).

El perfil epidemiológico es la presentación sobre la situación de salud pública analizada en un lugar y tiempo determinado. Para ello, no sólo se exponen los datos estadísticos sobre la morbimortalidad, sino que igualmente se caracteriza el contexto en su ámbito, social, económico y cultural, además de los elementos referentes a aspectos demográficos, económicos, salud, vivienda, educación, casos de interés para la salud pública (Perfil epidemiológico CALDAS 2008).

### **2.2.1.- Morbilidad**

#### **a) Definición**

Cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinado, además es un dato estadístico para poder comprender la evolución, avance, retroceso de alguna patología, así como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones (Diccionario de la lengua española (DRAE, 2011).

La morbilidad se define como la cantidad de personas que enferma en un lugar y un periodo de tiempo determinados en relación con el total de la población (Diccionario Enciclopédico 2009).

La morbilidad desde el punto del enfoque epidemiológico básico que relaciona los factores de riesgo a los resultados de salud es más general que lo específico de cada uno de los temas. Consideremos una población en que una enfermedad u otra condición ocurre en toda la población pero más frecuentemente en personas con la característica A. Es probable que nos



interese como se compara la existencia (prevalencia) u ocurrencia (incidencia) de la enfermedad en las personas con la característica A con la de la población general y con personas con alguna otra característica B (que puede ser simplemente la ausencia de A) (Schoenbach V 2004).

Proporción de personas que padecen los efectos de una enfermedad en una población, además nos permiten conocer de qué enferman o padecen los habitantes de una determinada colectividad o país (Alfonso N 2010).

La morbilidad se refiere a los efectos de una enfermedad en una población en el sentido de la proporción de personas que la padecen en un sitio y tiempo determinado.

En el sentido de la epidemiología se puede ampliar al estudio y cuantificación de la presencia y efectos de una enfermedad en una población (Shreyasee, A 2012).

#### **b) Tasa de morbilidad.**

Es la frecuencia de la enfermedad en proporción a una población y se especifica en: período, lugar y tiempo (Alfonso N 2010).

Son indicadores que intentan estimar el riesgo de enfermedad (carga de morbilidad), cuantificar su magnitud e impacto. Los eventos de enfermedad pueden no ser fáciles de definir y pueden prolongarse y repetirse en el tiempo, lo que plantea dificultades en la elaboración de indicadores de morbilidad (Azul I 2008).



- **Tasa de morbilidad general**

Total de enfermos en determinada área y determinado año/  
población de determinado área y año en estudio \* 1000

- **Tasa de morbilidad específica por causa**

- Tasa de morbilidad por causa:  $T_m(x) = \frac{N^{\circ} \text{ casos de una enfermedad (x)}}{\text{Población estimada al 1}^{\circ} \text{ julio del año en estudio en un lugar y tiempo determinado}} \times 100.000$

- Tasa de morbilidad por causa y edad:  $T_m(x \text{ y edad}) = \frac{N^{\circ} \text{ casos de una enfermedad (x) según edad} \times 100.000}{\text{Población estimada (según edad) al 1}^{\circ} \text{ de julio del año en estudio en un lugar y tiempo determinado}}$

- Tasa de morbilidad por causa y efecto:  $T_m(x \text{ y efecto}) = \frac{N^{\circ} \text{ casos de una enfermedad (x) y efecto} \times 100.000}{\text{Población estimada al 1}^{\circ} \text{ julio del año en estudio en un lugar y tiempo determinado (Alfonso N 2010)}}$

- **Prevalencia**

Es la cantidad de casos (antiguos y nuevos) de una enfermedad patológica en un momento dado del tiempo (prevalencia de puntual) o durante un período definido (prevalencia de período), además da una idea general e inmediata de las condiciones de salud existentes y describe el estado de salud de una población. (Astillero, M 2009).

$\text{Prevalencia} = \frac{\text{casos antiguos} + \text{casos nuevos}}{\text{población expuesta}} \times 1000$



## 2.2.2.- Estilos de vida

### a) Definición

Son aquellos comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud. Este comportamiento humano es considerado dentro de la teoría del proceso salud-enfermedad de Lalonde y Lafranboise junto con la biología humana, el ambiente y la organización de los servicios de salud como los grandes componentes para la producción de la salud o enfermedad de la población, además están relacionados con los patrones de consumo del individuo en su alimentación, tabaco, así como con el desarrollo o no de actividad física, los riesgos del ocio en especial el consumo de alcohol, drogas y otras actividades relacionadas y el riesgo ocupacional. Los cuales a su vez son considerados como factores de riesgo o de protección, dependiendo del comportamiento de enfermedades transmisibles como de las no transmisibles: diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, osteoarticulares, entre otras (Del Águila, R 2012).

Los principales estilos de vida:

- **Actividad Física:** es la clave para un envejecimiento saludable. Las personas mayores que son activas físicamente tienen una menor probabilidad de desarrollar problemas como obesidad, presión arterial elevada, osteoporosis, diabetes, depresión, cáncer de colon. Pero además de lo anterior, hay muchas pruebas científicas que demuestran los beneficios de una actividad física regular, como: mejora el estado de ánimo y ayuda a reducir el estrés, aumenta el grado de energía y mejora la productividad de la persona, ayuda a lograr y mantener un peso adecuado de una persona, da mayor flexibilidad y mejora la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (Del Águila, R 2012).





La práctica irregular de ejercicio disminuye la masa mineral ósea dicho mantenimiento parece estar relacionado directamente con la contracción muscular, la acción de la gravedad y el estrés mecánico al que el hueso esté sometido. El ejercicio aplicado en individuos con osteopenia u osteoporosis tiene efecto en la disminución en la pérdida de la masa ósea (Vázquez F. 2008).

- **Tabaco:** La implicancia del consumo de tabaco en la patogénesis de las enfermedades reumáticas es un tópico de gran actualidad, sobre todo en la artritis reumatoide, por lo que constituye un factor de riesgo ambiental bien establecido en esta enfermedad de etiología multifactorial.

La exposición al tabaco inicia las reacciones inmunes específicas de las proteínas citrulinadas y explicaría esta interacción genético-ambiental. A su vez, el tabaquismo constituye un factor de riesgo ambiental de desarrollar un Lupus Eritematoso Sistémico y estaría asociado a un positivo más frecuente de los anticuerpos anti ADN.

En lo que respecta a la masa ósea, el consumo de tabaco está asociado a una densidad mineral ósea baja, concluyendo que el tabaco parece jugar un papel negativo en numerosas patologías osteoarticulares (Albanese M, 2008).

- **Alcohol:** El consumo de alcohol ocasiona aumento de peso y debilitamiento de los huesos (Madero G, 2013).
- **Dieta:** Las variaciones en los hábitos alimentarios, la reducción del gasto energético asociado a un estilo de vida sedentario son factores de riesgo de padecer enfermedades crónico-



degenerativas y representan un desafío en aumento para la salud pública (OMS, 2010).

## **b) Dimensiones**

- **Física**

Para tener una vida saludable no se necesita solamente vivir y seguir viviendo, si no es tratar de llevar una buena alimentación balanceada, hacer ejercicios , dormir bien, valorar y respetar el cuerpo ya que es el único medio con el que podemos vivir , sin el no existiríamos ni podríamos realizar lo propuesto.

- **Psicológica**

Abarca las emociones y el intelecto; existe una necesidad de dar y recibir afecto y amistad, compartir emociones, eliminar tensiones ya sean tristes o de estrés, tener confianza en sí mismo, encontrar un lugar en el mundo.

- **Social**

Se refiere a la habilidad de relacionarse con otras personas. Se obtiene mediante una comunicación que implique una escucha activa con los demás, así como la puesta en práctica de actitudes asertivas y empáticas con todos. Esto necesita sentirse cómodo consigo mismo para así no sentirse diferente cuando necesita desenvolverse.

- **Espiritual**

Cuando las relaciones con los demás están en armonía ¿Cómo se siente uno? Bien, verdad, ya que te sientes en un lugar agradable donde te puedes expresar libremente y donde también eres capaz de dialogar con otros. Pero también es necesario que las dudas sean aclaradas (Adriana 2010).



### 1.3 Grado de dependencia

#### Dependencia.

##### a) Definición

Situación funcional o de necesidad de ayuda en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (Del Valle, E. 2012).

Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal

La dependencia personal es la incapacidad funcional para el desarrollo de actividades de la vida diaria y por requerir ayuda para su realización (Rodríguez J 2006)

##### b) Autonomía y dependencia

Una persona es autónoma cuando puede tomar decisiones personales sobre cómo vivir y puede desarrollar por sí mismo las actividades mínimas necesarias para realizar su vida diaria. Siendo las actividades básicas de la vida diaria "las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas".

En contraposición una persona está en situación de dependencia cuando no puede por sí misma ser autónoma y necesita la ayuda de otra persona para hacer las actividades básicas de la vida diaria (Rodríguez J 2006)

### c) Personas con dependencia

La protección de las personas en situación de dependencia, un colectivo de población cada vez más importante a causa de los cambios demográficos y sociales, se ha convertido en un reto ineludible para los poderes públicos, y el desarrollo de políticas para la promoción de la autonomía personal (Departamento de Bienestar Social y Familia 2012)

**d) Grado de dependencia:** Situación funcional o de necesidad de ayuda en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (Del Valle, E. 2012).

- **Independiente.** Cuando la persona no necesita ayuda para realizar todas las actividades básicas de la vida diaria.
- **Dependiente parcial.** Cuando la persona requiere apoyo para realizar de 1 a 5 ABVD (actividades básicas de la vida diaria), no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo limitado para su autonomía personal.

**Dependiente total.** Cuando la persona necesita ayuda para realizar todas las ABVD (actividades básicas de la vida diaria) por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. (Guía técnica para el llenado de la historia clínica de atención integral de salud del adulto mayor 2012).

## 1.4 Características socioeconómicas.

El adulto mayor es considerado en nuestro país como toda persona mayor de 60 años, y actualmente con el aumento de la expectativa de vida son las mujeres quienes viven más años que los varones aunque con baja calidad de vida; la elevada presencia de enfermedades no transmisibles como las osteoarticulares tienen una marcada incidencia en

el sexo femenino por los cambios hormonales que fisiológicamente presentan.

La mayor parte de la población adulta mayor, son considerados como analfabetos, en especial las mujeres, situación que las convierte en un grupo vulnerable que desconoce sus derechos en todos los ámbitos inclusive en salud; al no acceder a medios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación cuando presenta una enfermedad crónico degenerativa como una patología osteoarticular.

Es común, encontrar hogares monoparentales que tienen como jefe de hogar a una mujer en muchos casos una anciana, otro grupo importante son los adultos mayores viudos o abandonados considerados como frágiles, su situación se complica cuando presentan además alguna enfermedad degenerativa que los convierte en dependientes económicamente y emocionalmente de otras personas; se conoce que este hecho puede provocar incluso violencia hacia el anciano. De otro lado las enfermedades osteoarticulares tienden especialmente a provocar daños severos en el aparato locomotor por la deformación de articulaciones, fracturas, dolor intenso implicando un alto coste del tratamiento y el cuidado del anciano enfermo.

Uno de los aspectos más problemáticos de este grupo etario es sin duda el bajo ingreso económico que perciben por un lado debido al bajo grado de instrucción que presentan y además por las consecuencias de las enfermedades crónico degenerativas que tienen, en muchas ocasiones no cuentan con los medios para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, salud, etc. El acceso vivienda es un indicador importante para determinar las condiciones de vida de esta población ya que su disponibilidad, características y servicios condicionan su calidad de vida.



## Osteoartrosis

### a) Definición

Enfermedad producida por el desgaste del cartílago, tejido que hace de amortiguador al proteger los extremos de los huesos y que favorece el movimiento de la articulación.

Es la enfermedad reumática más frecuente, especialmente entre personas de edad avanzada.

### b) Factores de riesgo

- **Edad:** personas adultas sobre los 45 años.
- **Sexo:** Igual para ambos sexos, pero en las mujeres se presenta a edades más tempranas (45 años).

**En las Mujeres:** Predomina en la rodilla, articulaciones.

**En los varones:** Predomina en la cadera.

- **Obesidad:** Cuadruplica el riesgo si la persona se encuentra por encima del IMC considerado normal.

### c) Cuadro clínico. Se caracteriza por:

- *Dolor en las articulaciones después de hacer ejercicio o algún esfuerzo físico.*
- Inflamación
- Rigidez
- Incapacidad
- Debilidad
- Adormecimiento

### d) Tratamiento

**Farmacológico:** únicamente sintomático mediante la administración de analgésicos y antiinflamatorios, debido a que la posibilidad de curar la enfermedad o de detenerla es completamente nula (Herrero, B 2009).



## **Gota**

### **a) Definición**

Es una forma común y dolorosa de artritis, produce hinchazón, enrojecimiento, calor y rigidez en las articulaciones; ocurre por acumulación de ácido úrico en la sangre, debido a que el cuerpo produce demasiado ácido o éste no se elimina, ataca primero el dedo gordo del pie, también puede atacar los tobillos, talones, rodillas, muñecas, dedos y codos.

Al comienzo, las crisis de gota suelen mejorar en algunos días, pero finalmente se hacen más duraderas y ocurren con mayor frecuencia. La acumulación de ácido úrico puede conducir a cálculos renales. En caso de no tratarse, la gota puede resultar en daños permanentes en las articulaciones y los riñones (Tango I.2011).

### **b) Factores de riesgo.** Entre estos tenemos:

- Sexo masculino
- Tiene antecedentes familiares de gota
- Consumo de alcohol

### **c) Etiología**

- Consumo de Alimentos como mariscos y carnes rojas.
- Alcohol en exceso.
- Bebidas y alimentos con alto contenido de fructosa.
- Algunos medicamentos como: aspirina, hidroclorotiazida.
- Inmunosupresores usados en el trasplante de órganos como la ciclosporina.

### **d) Cuadro clínico.** Se caracteriza por:

- El dolor comienza súbitamente, a menudo durante la noche, se describe como pulsátil, opresivo o insoportable.
- La articulación aparece caliente y roja, por lo regular está muy sensible.



- Puede haber fiebre.
- La crisis puede desaparecer en varios días, pero puede retornar de vez en cuando.

**e) Pruebas y exámenes**

- Análisis del líquido sinovial (muestra cristales de ácido úrico)
- Ácido úrico en la sangre
- Radiografía de la articulación (puede ser normal)
- Biopsia sinovial
- Ácido úrico en la orina

**f) Tratamiento**

- Antiinflamatorios no esteroides (AINES), como ibuprofeno, naproxeno.
- Analgésicos como codeína

**g) Posibles complicaciones**

- Artritis gotosa crónica
- Cálculos renales
- insuficiencia renal crónica (Ralph H. 2012).

**Artrosis**

**a) Definición**

Es la inflamación de una o más articulaciones (artritis) lo que involucra la degradación del cartílago, el cual normalmente protege una articulación, permitiendo que ésta se mueva de forma suave.

**b) Etiología**

- Enfermedad auto inmunitaria (el sistema inmunitario del cuerpo ataca por error al tejido sano)
- Fractura ósea





- "Desgaste y deterioro" general de las articulaciones
- Infección, generalmente por bacterias o virus

**c) Cuadro clínico. Se caracteriza por:**

- Dolor articular
- Inflamación articular
- Disminución de la capacidad para mover la articulación
- Enrojecimiento de la piel alrededor de una articulación
- Rigidez, especialmente en la mañana
- Calor alrededor de una articulación

**d) Tratamiento**

El objetivo del tratamiento es reducir el dolor, mejorar la función y prevenir un daño articular mayor, generalmente no se puede curar la causa subyacente.

**1. Cambios en el Estilo de Vida**

Los cambios en el estilo de vida son el tratamiento preferido para la osteoartritis y otros tipos de inflamación articular. El ejercicio puede ayudar a aliviar la rigidez, reducir el dolor y la fatiga y mejorar la fortaleza ósea y muscular. Se puede diseñar un programa de ejercicios que sea de lo mejor para favorecer la rehabilitación estos programas de ejercicios pueden abarcar:

- Actividad aeróbica de bajo impacto (también llamada ejercicios de resistencia).
- Ejercicios de rango de movimiento para la flexibilidad.
- Ejercicios de fortaleza para el tono muscular.
- Dormir bien de 8 a 10 horas cada noche y hacer siestas durante el día puede ayudarlo a recuperarse más rápidamente de un recrudescimiento de la enfermedad y puede incluso ayudar a prevenir reagudizaciones.
- Evitar permanecer en una posición durante mucho tiempo.



- Evitar posiciones o movimientos que ejerzan tensión adicional sobre las articulaciones afectadas.
- Hacer modificaciones en el hogar para facilitar las actividades; por ejemplo, instalar barandas de donde prenderse en el baño, la tina o cerca del sanitario.
- Ensayar con actividades para reducir el estrés, como meditación, yoga.
- Consumir una alimentación saludable llena de frutas y verduras, las cuales contienen vitaminas y minerales importantes, especialmente vitamina E.
- Comer alimentos ricos en ácidos grasos omega-3, tales como pescado de agua fría (como el salmón, la caballa y el arenque), la semilla de linaza, la semilla de colza (canola), las semillas de soya, el aceite de soya, las semillas de calabaza y las nueces de nogal.
- Bajar de peso, si tiene sobrepeso. La pérdida de peso puede mejorar enormemente el dolor articular en las piernas y los pies.

## **2. Medicamentos**

- Paracetamol generalmente es el primero que se ensaya. No tomar más de la dosis recomendada ni tomar el medicamento en combinación con grandes cantidades de alcohol. Hacer esto puede ocasionar daño hepático.
- El ácido acetilsalicílico, el ibuprofeno o el naproxeno son antiinflamatorios no esteroides (AINES) que pueden aliviar el dolor de la artritis. Sin embargo, tienen muchos riesgos potenciales, especialmente si se usan durante un período prolongado. Los efectos secundarios potenciales abarcan ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, úlceras estomacales, sangrado del tubo digestivo y daño renal.



### **3. Cirugía y otros métodos**

- En algunos casos, la cirugía se hace si otros métodos no han funcionado. Esto puede abarcar:
  - Artroplastia para reconstruir la rodilla.
  - Reemplazo de rodilla como el reemplazo total de la articulación de la rodilla.

#### **e) Complicaciones**

- Dolor prolongado (crónico).
- Discapacidad.
- Dificultad para realizar actividades cotidianas (Tango, I 2012)

### **Osteopenia**

#### **a) Definición**

Es una condición del hueso donde la densidad mineral del hueso es inferior a la normal, se considera que la osteopenia puede no llevar a la osteoporosis.

#### **b) Factores de riesgo**

- Mujeres después de la menopausia
- Tratamiento con esteroides y antiretrovirales
- Fumadores
- Alcohólicos
- Bajo peso

#### **c) Cuadro clínico**

No puede haber síntomas

#### **d) Diagnostico**

Radiografía como baja visual de la densidad del hueso. La densidad inferior del hueso se detecta usando una exploración



absorptiometry de la radiografía doble de la energía (DEXA). Esto puede ayudar en diagnóstico del osteopenia.

#### e) Tratamiento

- Suplementos dietéticos como el Calcio y la Vitamina D
- Calcitonina y la terapia de reemplazo hormonal.
- Bastones y muletas puede ser utilizadas por los pacientes para prevenir caídas (Ananya M 2013).

### Osteoporosis

#### a) Definición

Es una enfermedad sistémica que se caracteriza por una disminución de la masa ósea y un deterioro de la microarquitectura de los huesos, lo que supone un aumento de la fragilidad de los huesos y del riesgo de sufrir fracturas. Esta patología es asintomática y puede pasar desapercibida durante muchos años hasta que finalmente se manifiesta con una fractura.

#### b) Etiología

- **El envejecimiento:** provoca una disminución de la cantidad del hueso, por tanto, cualquier persona puede padecerla.
- **La herencia:** aquellos que tienen antecedentes familiares de fracturas. Se conocen algunos de los genes relacionados con el desarrollo de una masa ósea, por lo que existe la posibilidad de evitar la enfermedad actuando desde la infancia.
- **La dieta pobre en calcio:** este es un elemento fundamental en la formación de hueso y se contiene principalmente en los derivados lácteos (leche, yogur, queso y helados), aunque también está presente en otros alimentos como pescados azules, frutos secos, etc.
- **El sexo:** entre un 20 y 25% de las mujeres padecerán osteoporosis después de la menopausia (proporción cuatro



veces superior a la del varón) por que viven más que los hombres, tienen menor cantidad de masa ósea y por la pérdida de hormonas femeninas (estrógenos) en la menopausia.

- El riesgo es mayor si la menopausia ocurre a una edad temprana (natural o quirúrgica) y en aquellas mujeres jóvenes con períodos de amenorrea (falta de menstruación) por problemas ginecológicos u hormonales.
- **El Peso:** aunque esto no sugiere que el sobrepeso sea una buena idea. Debe evitarse éste así como la delgadez e intentar alcanzar un peso ideal.
- **La inmovilización prolongada:** ya sea por enfermedad, sedentarismo u otra circunstancia. El ejercicio constituye un estímulo para la formación y fortaleza del hueso. La falta de ejercicio físico es un factor que puede desarrollar y perpetuar la osteoporosis.
- **Determinados medicamentos:** como los corticoides que son útiles en el tratamiento de larga duración de muchas enfermedades pero pueden favorecer la destrucción del hueso.
- **El exceso de tabaco, alcohol y café:** se ha observado una mayor frecuencia de osteoporosis en personas con consumo excesivo de los mismos.

### c) Factores de riesgo

- Las mujeres después de la menopausia (después que han suspendido las reglas).
- Adultos mayores de 60 años de ambos sexos
- Mujeres operadas a las que se les han retirado los ovarios.
- Personas que sufren de reumatismo o toman cortisona.



- Personas que tienen estilos de vida desfavorables, como tomar café o bebidas alcohólicas, fumar o tener una alimentación pobre en calcio.
- Personas que no practican ejercicios o no se exponen a la luz solar.
- Herencia caucásica (gente blanca) o asiática. Las mujeres de estas razas, tienen una menor masa ósea que los hombres.
- Constitución delgada, con huesos pequeños.

#### d) Cuadro clínico

- Deformidades de la columna.
- Dolor muscular.
- Debilidad de los hueso/fracturas.
- Dolor en el cuello.
- Pérdida de peso y de talla.

#### e) Tipos

- **Osteoporosis posmenopáusica:** la causa principal es la falta de estrógenos. En general, los síntomas aparecen en mujeres de 51 a 75 años de edad, aunque pueden empezar antes o después de esas edades.
- **Osteoporosis senil:** resultado de una deficiencia de calcio relacionada con la edad y de un desequilibrio entre la velocidad de degradación y de regeneración ósea. Afecta, por lo general, a mayores de 70 años y es dos veces más frecuente en las mujeres que en los varones.
- **Osteoporosis secundaria:** puede ser consecuencia de ciertas enfermedades, como la insuficiencia renal crónica y ciertos trastornos hormonales, o de la administración de ciertos fármacos, como corticosteroides, barbitúricos, anticonvulsivantes y cantidades excesivas de hormona tiroidea.



#### **f) Diagnóstico**

Generalmente la osteoporosis no se detecta hasta que aparecen síntomas clínicos claros, como la reducción de la estatura y las fracturas. Estas se producen normalmente en las vértebras torácicas y lumbares, el cuello, el fémur y el radio distal. Al tratarse de una enfermedad asintomática, hasta la presentación de sus complicaciones óseas es necesario un diagnóstico precoz, que viene inducido por la historia clínica, con análisis de factores genéticos, nutricionales, ambientales y factores de riesgo, así como la determinación de marcadores bioquímicos de edad ósea y la medida del contenido mineral óseo mediante densitometría.

En primer lugar es necesaria una exploración física que debe incluir una medición de la talla para detectar su pérdida. También son útiles las radiografías del perfil de la columna lumbar y dorsal para descartar la presencia de fracturas vertebrales. Para detectar la osteoporosis antes de que se manifiesten los síntomas se puede medir la densidad de los minerales óseos (Densidad Mineral Ósea/DMO) a través de una densitometría ósea.

#### **g) Tratamiento**

Los fármacos que se emplean en la actualidad para combatir la osteoporosis consiguen detener la reabsorción ósea y evitar la pérdida del mineral. Son los llamados inhibidores de la reabsorción entre los que se encuentran, los estrógenos, las calcitoninas, los bifosfonatos (etidronato), los moduladores selectivos de los receptores estrogénicos (raloxifeno) e incluso las estatinas, unos fármacos que inicialmente se empleaban para combatir el colesterol. Completan este tratamiento, la



vitamina D y el calcio, bien procedente de la alimentación natural (leche y sus derivados) o de suplementos.

Todas estas estrategias terapéuticas revierten el proceso de pérdida de hueso, pero no generan nuevo. De ahí la innovación que supone la reciente aprobación en la Unión Europea de un fármaco que consigue formar tejido óseo. Se trata de la molécula teriparatida, una parathormona recombinante humana que actúa incrementando el número y la actividad de las células que forman hueso, los osteoblastos y así añaden hueso nuevo al que está deteriorado por la osteoporosis.

#### **h) Prevención**

- **Nutrición adecuada:** diariamente se pierde calcio a través de la orina, sudor, etc., y, si las necesidades de calcio son superiores al aporte del mismo, se va a producir una pérdida de la reserva, constituida por el hueso fundamentalmente. Para ello los niños deben consumir 800 mg. de calcio al día, los adultos 1.000 mg. y las mujeres embarazadas, durante la lactancia y menopausia 1.200 mg.
- **Ejercicio físico:** Hay que evitar la inmovilización y el sedentarismo. Es recomendable un ejercicio suave continuado, como paseos diarios de una hora al aire libre y realizar los ejercicios recomendados por el médico.
- **Densitometría ósea:** indicada en mujeres con factores de riesgo, tras la menopausia, para conocer de forma cierta su masa ósea. En ciertos casos, está indicada su repetición no antes de un año (Shreyasee, A 2012).





## 1.5 Variables

### Variable 01

#### **Perfil Epidemiológico de las Enfermedades Osteoarticulares**

**Definición Conceptual:** El perfil epidemiológico es la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen, entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y estilos de vida, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo (Boch R, 2011).

#### **Definición Operacional:**

Se operacionalizará a través de dos indicadores:

- Morbilidad
- Estilos de vida

##### **a) Morbilidad**

##### **• Tasa de prevalencia de enfermedades osteoarticulares**

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{casos antiguos} + \text{casos nuevos}}{\text{población expuesta}} * 1000$$

##### **• Enfermedad osteoarticular**

- Osteoartrosis
- Gota
- Osteoporosis
- Osteopenia

##### **• Tiempo de la enfermedad:**

- Menor de 1 año
- De 1 a 5 años
- De 6 años a más

##### **• Antecedentes quirúrgicos**

- Si
- No



- **Tratamiento de la enfermedad**

- Con tratamiento
- Sin tratamiento

**b) Estilos De Vida**

- **Dieta**

- Balanceada
- No balanceada

- **Ejercicio**

- Realiza
- No realiza

- **Exposición a la luz solar**

- Si
- No

- **Horas de sueño**

- Menos de 6h
- De 6-8 h
- Más de 8h

- **Hábitos nocivos**

- Consumo de carnes rojas
- Consumo de café
- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol



## **Variable 02**

### **Grado de dependencia**

**Definición conceptual:** situación funcional o de necesidad de ayuda en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (Del Valle, E. 2012).

**Definición operacional:** se operacionalizará de la siguiente manera, de acuerdo al ABVD de KATZ:

- Independiente : Cuando el índice de Katz presenta ningún ítem positivo de dependencia
- Dependiente parcial : Cuando el índice de Katz presenta de 1 a 5 ítems positivo de dependencia
- Dependiente total: Cuando el índice de Katz presenta de 6 ítems positivos de dependencia.

### **❖ Características socioeconómicas**

- **Edad:** Se clasificó la población por medio de la siguiente escala cuantitativa discreta:
  - De 60 a 69
  - De 70 a 79
  - De 80 a 89
  - De 90 y mayor de 90
- **Sexo:** Se clasificó la población mediante la siguiente escala nominal:
  - Femenino
  - Masculino
- **Grado de instrucción:** Para su clasificación se utilizó una escala ordinal, considerándose cualquier grado o nivel de instrucción.
  - Analfabeto(a)
  - Primaria incompleta



- Primaria completa
  - Secundaria incompleta
  - Secundaria completa.
  - Superior no universitario
  - Superior universitario(a)
- **Ingresos económicos mensuales:** se utilizó la siguiente escala ordinal:
- Más de s/ 1000
  - De s/ 750- s/ 999
  - Menos de s/750
- **Estado civil:** Se utilizó la siguiente escala nominal
- Soltero(a)
  - Casado(a)
  - Conviviente
  - Divorciado(a)
  - Viudo(a)
- **Tipo de vivienda:**
- Material rustico
  - Material noble



## CAPITULO III

### METODOLOGIA

- 3.1 Tipo y diseño de estudio:** tiene un abordaje cuantitativo y además es descriptivo porque pretende describir, medir y explicar cómo se manifiestan las variables, además como la medición será única en el tiempo el estudio tiene un corte transversal, es decir, el instrumento de recolección de datos será aplicado una sola vez a los adultos mayores con enfermedades osteoarticulares atendidos en EsSalud de Chota.
- 3.2 Ámbito de estudio:** la investigación se realizó en EsSalud Chota que es un Centro de Atención Primaria (CAP2) perteneciente al sector privado de salud, cuenta con el programa del adulto mayor. La población beneficiaria de este programa está conformada por adultos mayores con enfermedades crónicas que pertenecen a la zona urbana.
- 3.3 Población:** la población estuvo constituida por toda la población adulta mayor que padecen de enfermedades osteoarticulares y que viven en la zona urbana atendida en EsSalud con un total de 115 adultos mayores.
- **Unidad de análisis:** Cada adulto mayor con enfermedades osteoarticulares atendido en EsSalud Chota 2013 y que viven en la zona urbana.
- 3.4 Selección de la muestra:** para este trabajo se captó a todos los pacientes adultos mayores con enfermedades osteoarticulares que se atendieron en el programa adulto mayor.



### **3.5 Métodos e instrumentos de recolección de datos:**

Para validar el instrumento se realizó una prueba piloto; para lo cual se tendrá en cuenta a los adultos mayores atendidos en EsSalud Chota, con similares características del grupo de estudio; lo que facilitó la revisión de las preguntas del cuestionario examinándose su utilidad y validez, es decir la verificación de cuán representativas son las preguntas respecto al universo de preguntas posibles que se podrían hacer en relación al tema y ser considerados en dicho instrumento. La revisión, reajustes y/o correcciones necesarias estuvieron a cargo de las investigadoras y juicio de expertos.

La técnica utilizada en el presente estudio fue la entrevista que se realizó a cada uno de los adultos mayores que tienen el diagnóstico de enfermedad osteoarticular, para ello aplicando 2 instrumentos: un cuestionario semiestructurado con 15 preguntas que estuvo dirigido a conocer las características socioeconómicas, estilos de vida, además contiene preguntas sobre el tipo y tiempo de enfermedad, el mismo que fue elaborado por las investigadoras teniendo en cuenta los objetivos de investigación, cabe resaltar que para el perfil epidemiológico solamente se tuvo en cuenta dos indicadores, el de morbilidad y el de estilos de vida.

El otro instrumento aplicado fue el índice de Katz que mide el grado de dependencia del adulto mayor cuando presenta la enfermedad.

Este valora las actividades básicas de la vida diaria como son: bañarse, vestirse, usar servicio higiénico, moverse, continencia y alimentarse. Este instrumento ha sido validado a nivel nacional y local ya que es cuando se atiende en el programa del adulto mayor del MINSA en todo el Perú.



### 3.2.6 Procesamiento y análisis de datos:

Los datos fueron ingresados en hoja Excel, para luego ser procesados mediante el programa estadístico SPSS versión 21; los resultados se presentaron en cuadros simples y el análisis se realizó basándonos en el marco teórico y antecedentes de otros estudios realizados.

### 3.2.7 Criterios éticos:

- **Beneficencia:** el presente estudio será de beneficio para los adultos mayores con enfermedades osteoarticulares porque ayudará a obtener datos de la prevalencia de dichas enfermedades además de que su integridad física y moral no se verá afectada ni serán sometidos a ningún tipo de tratamiento.
- **Justicia:** todos los adultos mayores que padecen de enfermedades osteoarticulares tienen la probabilidad de ser parte de la muestra del estudio sin distinción alguna.
- **Respeto y autonomía:** al adulto mayor se le informó sobre su participación en dicho trabajo el cual se le hará firmar un formato de consentimiento informado y la decisión que él tome se respetará pues decidirán de manera voluntaria ser parte de dicho estudio de investigación.



## CAPITULO IV

### RESULTADOS

**TABLA 01: CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES ZONA URBANA ESSALUD CHOTA 2013**

<b>CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>EDAD</b>		
De 60 a 69	64	55.7
De 70 a 79	26	22.6
De 80 a 89	20	17.4
De 90 a más	5	4.3
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>
<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	49	42.6
Femenino	66	57.4
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Analfabeta	29	25.2
Primaria completa	7	6.1
Primaria incompleta	15	13.0
Secundaria completa	23	20.0
Secundaria incompleta	4	3.5
Superior universitaria	13	11.3
Superior no universitaria	24	20.9
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>
<b>INGRESOS ECONOMICOS MENSUALES</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Más de 1000.00 n.s.	24	20.9
De 750.00 a 1000.00 n.s.	17	14.8
Menos de 750.00 n.s.	74	64.3
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Soltero(a)	13	11.3
Casado(a)	85	73.9
Separado(a)	2	1.7
Viudo(a)	15	13.0
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>
<b>TIPO DE VIVIENDA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Material rústico	50	43.5
Material noble	65	56.5
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>



En la tabla 1, se observa las características socioeconómicas de los adultos mayores atendidos en Es Salud donde, el 55.7% tienen de 60 a 69 años de edad, y solamente el 4.3% tienen más de 90 años. De los cuales el sexo femenino prevalece con 57.4%. Así mismo, de toda la población el 25.2% son analfabetos, el 20% tiene estudios no universitarios y un 3.5% cuenta con secundaria incompleta; sus ingresos económicos son menos de 750.00 nuevos soles del 64.3% de adultos mayores y 14.8% reciben de 750 a 1000 nuevos soles. De igual manera se observa que el 73.9% de la población es casada, el 15% es viuda y solo el 1.7% son separados y el tipo de material de su vivienda el 56.5% es de material noble y el 43.5% es de material rustico. Estos resultados son similares a los encontrados por Ruiz L. y Col. (2008). En su estudio realizado en Perú, en los establecimientos del primer nivel de atención, donde la mayoría (69,8%) de la población eran mujeres (44,5%) entre 60 y 69 años de edad. Sin embargo difiere de nuestro estudio el mismo autor quien menciona que la mayoría de su población (66,1%), carece de un seguro de salud. Esto se explicaría con lo mencionado por el INEI 2012. La población adulta mayor en el Perú representa el 6,1% de la población total. Los mayores porcentajes se presentan en los departamentos de: Arequipa (7,2%), Lima (7,0%), Ancash y Moquegua (6,9% cada una), La Provincia Constitucional del Callao (6,8%) e Ica y Lambayeque (6,7% respectivamente). Así mismo, las personas octogenarias superan la cifra de 317 mil.

El progresivo aumento de este grupo etario probable se debe principalmente a la disminución de la tasa de fecundidad y de la mortalidad infantil y el aumento de la expectativa de vida, pero es importante mencionar que si bien es cierto la expectativa de vida para hombres y mujeres, también aumentó la presencia de enfermedades no transmisibles, probablemente a los estilos de vida no saludables y a las visitas medicas periódicas que son insuficientes, descuido y desinformación que debe tener el adulto mayor en su cuidado.



Así mismo estos resultados también difieren de los datos indicados según el INEI (2012). Las mujeres representan el 49,9% del conjunto de la población, Así, mientras que hasta los 44 años el porcentaje de mujeres es levemente inferior al de los varones en todas las edades, de los 45 años en adelante se invierte esta situación y a medida que se avanza en la edad, se produce una tendencia creciente de mayor población femenina. De esta forma, las mujeres representan el 51,6% a partir de los 45 y más años de edad, y el 58,4% de las de 80 y más años de edad.

Podríamos decir que la mujer se encuentra expuesta a más riesgos sociales, familiares, funcionales y su estado de salud se va deteriorando a medida que avanza la edad por lo que las mujeres tienen una peor situación, supuestamente las mujeres es el sexo débil ya que siempre las mujeres se encuentran inmersas en todos los espacios ocupando así un lugar ascendente dentro de la sociedad.

Con respecto al grado de instrucción los resultados de nuestro estudio guardan cierta similitud con los datos del INEI (2012), donde la mayoría de los adultos mayores son analfabetos el 39% de la población total. Estos datos se podría explicar con lo mencionado en la literatura, que la mayor parte de la población adulta mayor son considerados como analfabetos, en especial las mujeres, situación que las convierte en un grupo vulnerable que desconoce sus derechos en todos los ámbitos inclusive en salud; al no acceder a medios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación cuando presenta una enfermedad crónico degenerativa como una patología osteoarticular.

Consideramos que el nivel educativo de las personas es un aspecto importante que se relaciona con el alcance para gozar de mejores condiciones de vida, se puede observar que en el Perú el analfabetismo o la baja escolaridad impiden que las personas tengan



los mejores conocimientos acerca de las enfermedades y de la forma en que pueden prevenirse además de un desinterés por conservar o mejorar la salud.

Es así como el INEI (2012) en su estudio realizado en Perú "Una visión departamental" considera el acceso a la educación el factor más importante de riesgo de pobreza y riesgo de enfermar.

En relación a los ingresos económicos también es un componente muy importante en la que se refleja que la mayor parte de esta población adulta mayor tiene bajos ingresos, convirtiéndose en uno de los aspectos más problemáticos de este grupo etario; sin duda el bajo ingreso económico que perciben por un lado debido al bajo grado de instrucción que tiene y además por las consecuencias de las enfermedades crónico degenerativas que padecen pueden no contar con los medios para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, salud, etc.

En cuanto al estado civil, los resultados de nuestro estudio guardan cierta similitud de los datos según el INEI (2012), que se registraron 225 matrimonios por día, a nivel nacional y 6 mil 837 matrimonios al mes. Como podemos observar, en el Perú el matrimonio es considerado un vínculo social entre varón y mujer por lo que las personas casadas, tanto hombres como mujeres, disfrutan en general de mejor salud que las solteras o divorciadas. Parece que los casados tienen mejor situación económica y viven de manera más sana que las personas solteras en condiciones similares.

De otro lado es común, encontrar hogares monoparentales que tienen como jefe de hogar a una mujer en muchos casos una anciana, otro grupo importante son los adultos mayores viudos o abandonados considerados como frágiles, su situación se complica cuando presentan además alguna enfermedad degenerativa que los convierte en dependientes económicamente y emocionalmente de otras



personas; se conoce que este hecho puede provocar incluso violencia hacia el anciano. De igual forma las enfermedades osteoarticulares tienden especialmente a provocar daños severos en el aparato locomotor por la deformación de articulaciones, fracturas, dolor intenso implicando un alto coste del tratamiento y el cuidado del anciano enfermo. Por lo tanto estas personas se agravan cada día.

En relación al tipo de vivienda se considera como el sustrato material para el funcionamiento de las relaciones familiares. En estudios realizados en Lima, la vivienda influye en cierta manera sobre la calidad de vida esto frecuentemente relacionada con el ingreso económico. La vivienda es el refugio para los adultos mayores, muchos de ellos comparten el lugar con sus hijos y nietos. Así mismo el acceso vivienda es un indicador importante para determinar las condiciones de vida de esta población ya que su disponibilidad, características y servicios condicionan su calidad de vida.

En relación a las características socioeconómicas la mayor parte de la población asegurada en EsSalud tiene este beneficio porque a pesar de no tener estudios superiores trabajaron para el estado y/o fueron asegurados por sus familiares.



**TABLA 02: ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES ZONA URBANA ESSALUD CHOTA 2013**

<b>ESTILOS DE VIDA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>DIETA</b>		
No balanceada	7	6.1
Balanceada	108	93.9
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>
<b>EJERCICIO</b>		
No realiza	8	7.0
realiza	107	93.0
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>
<b>HORAS DE SUEÑO</b>		
Menos de 6 horas	50	43.5
Más de 8 horas	2	1.7
De 6 a 8 horas	63	54.8
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100</b>
<b>CONSUMO DE CARNES ROJAS</b>		
Si	69	60.0
No	46	40.0
<b>CONSUMO DE CAFÉ</b>		
Si	39	33.9
No	76	66.1
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>
<b>CONSUMO DE TABACO</b>		
Si	1	0.9
No	114	99.1
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>
<b>CONSUMO DE ALCOHOL</b>		
Si	7	6.1
No	108	93.9
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>
<b>EXPOSICION A LA LUZ SOLAR</b>		
No	9	7.8
Si	106	92.2
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>



La tabla 2, muestra que el 93.9 % de los adultos mayores consume una dieta balanceada estos datos se explicaría con la literatura de la OMS, (2010). Hoy en día para poder planear una alimentación normal, dieta balanceada es indispensable el conocimiento de la variedad de alimentos que existen en el mercado y la localidad o región especialmente sus características su valor nutritivo su costo y las formas de preparación, capaz de poder cubrir sus necesidades de energía, proteínas vitaminas y minerales; de acuerdo a la edad, sexo, estado fisiológico, y al estilo de vida. De otro lado las variaciones en los hábitos alimentarios, la reducción del gasto energético asociado a un estilo de vida sedentario son factores de riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas y representan un desafío en aumento para la salud pública.

Estos resultados pueden relacionarse con la continua información y consejería que reciben por parte del personal de EsSalud, además de las visitas domiciliarias que reciben. Por lo que podemos apreciar que estos trabajadores se proyectan a la comunidad a mejorar los estilos de vida de este grupo de población donde los requisitos de auto cuidado son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e integración social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana, en este caso los adultos mayores han identificado su auto cuidado como prioridad para su salud con una dieta balanceada.

En cuanto al hábito del ejercicio físico el 93.0% señala realizarlo regularmente y el 7.0% no lo realiza, resultados que según la literatura de Vázquez F. (2008), indica que la práctica irregular de ejercicio disminuye la masa mineral ósea, dicho mantenimiento parece estar relacionado directamente con la contracción muscular, la acción de la gravedad y el estrés mecánico al que el hueso esté



sometido. Así mismo Del Águila, R (2012) afirma que, el ejercicio aplicado en individuos con osteopenias u osteoporosis tiene efecto en la disminución en la pérdida de la masa ósea; por tal motivo los adultos mayores y en especial aquellos con alguna enfermedad osteoarticular que son activas físicamente tienen una menor probabilidad de empeorar su problema de salud, pero además hay muchas pruebas científicas que demuestran los beneficios de una actividad física regular, como: mejora el estado de ánimo y ayuda a reducir el estrés, aumenta el grado de energía y mejora la productividad de la persona, ayuda a lograr y mantener un peso adecuado de una persona, da mayor flexibilidad y mejora la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.

Podemos referir que la mayor parte de adultos refiere caminar diariamente aproximadamente 30 minutos, con la rapidez y la dificultad que le permite su dolencia, al parecer están concientizados que el ejercicio físico favorece una mejor movilidad y de esta manera no están propensos a la atrofia de las articulaciones y/o músculos;

Con respecto a horas de sueño el 54.8% duerme de 6 a 8 horas diarias y solo el 1.7% más de 8 horas. Resultados que difieren con lo mencionado en la literatura de la OMS (2010), señala que el concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, en este caso las horas de sueño tienen que ver con las costumbres y hábitos del individuo, su costumbre de dormir durante el día o el consumo de comidas copiosas antes de dormir. Así también Adriana (2010) afirma que, para tener una vida saludable no se necesita solamente vivir y seguir viviendo, si no es tratar de llevar una buena alimentación balanceada, hacer ejercicios, dormir bien, valorar y respetar el cuerpo ya que es el único medio con el que podemos vivir , sin el no existiríamos ni podríamos realizar lo



propuesto. En tal sentido el trabajo de la enfermera se hace indispensable y necesario en la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados.

Así mismo con relación a los estilos de vida en la dieta se aprecia, que, del total de la población en estudio el 60% consume carne roja, el 66.1% consume café, el 99.1 % no consume tabaco y 93.9% no ingiere alcohol. Estos datos se explican con lo mencionado en la literatura según Albanese M, (2008), menciona que el consumo de carnes rojas es recomendable consumirlas en menor cantidad debido al gran contenido de ácido úrico lo que puede provocar que la mayoría de personas sufran o padezcan de gota, enfermedad que es considerada dolorosa porque produce hinchazón, enrojecimiento, calor, rigidez en las articulaciones e intenso dolor. En relación al consumo de sustancias nocivas como el café, tabaco y cigarrillo. El mismo autor señala, que el tabaco provoca daños a nivel de las articulaciones porque producen un desgaste del mineral óseo y de esta manera un desgaste del hueso, en la artritis reumatoide, el tabaco es un factor de riesgo ambiental bien establecido; debemos aclarar solo un adulto mayor fuma actualmente, hecho que nos indicaría que este hábito nocivo es poco frecuente en Chota.

Referente a la exposición a la luz solar el 92.2% de los adultos mayores se exponen al sol y solo el 7.8% no lo hacen; datos importantes que explica la literatura de Del Águila, R (2012), que la exposición a la luz solar ayuda a la movilidad de las articulaciones y a la calcificación de los huesos, así como a la captación de vitamina D. En la zona urbana de Chota, es común encontrar adultos mayores sentados tanto en las veredas como en la plaza central, en compañía de otros ancianos recibiendo luz solar, en el área rural en el desarrollo de sus actividades agrícolas permanecen expuestos a los rayos del sol por muchas horas diariamente.





En relación a los estilos de vida EsSalud brinda consejería integral, sesiones educativas en cuanto a una alimentación balanceada y saludable además fomenta el ejercicio físico mediante paseos en la zona urbana y rural pro espacio de treinta a sesenta minutos inter diario con este grupo de adultos mayores.



**TABLA 03: ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES DE LOS ADULTOS  
MAYORES ZONA URBANA ESSALUD CHOTA 2013**

<b>ENFERMEDAD OSTEOARTICULAR</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Gota	12	10.4
Artritis reumatoide	8	7.0
Osteoporosis	4	3.5
Osteopenia	2	1.7
Osteoartrosis	72	62.6
Artrosis	17	14.8
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>

En la tabla 03, se observa que la osteoartrosis es la enfermedad osteoarticular más frecuente alcanzando el 62.6%; seguido de la artrosis con 14.8% y la gota con 10.4% y con menor frecuencia la osteopenia con un porcentaje de 1.7%. Estos resultados difieren a nivel internacional de los hallados por: Pilger, C. (2011), quien encontró que las enfermedades osteoarticulares se presentan en menor porcentaje (12.2%), y Martínez D. Y Gómez C. (2007), encontró que el 17,3% presentaban osteoporosis. Estos resultados se explican con la literatura de Herrero, B. 2009, quien indica que la osteoartrosis es la enfermedad reumática más común de todas las enfermedades osteoarticulares y es frecuente, especialmente entre personas de edad avanzada y de sexo femenino.

Así también Herrero, B. (2009), presenta como factores de riesgo de la osteoartrosis a la edad, teniendo en cuenta que la población del estudio tiene más de 60 años este factor de riesgo está latente al igual que el sexo, en las mujeres es más probable que padezcan problemas osteoarticulares por los cambios hormonales que se presentan normalmente a partir de los 40 años de edad.



Estos resultados son importantes según Tango, I (2012). La artrosis tiene como causas predominantes a una enfermedad auto inmunitaria, fractura ósea, y la infección, pero al parecer el desgaste y deterioro de la articulación sería la causa predominante en este grupo por la edad avanzada de los participantes, es presumible que el paciente sufra de dolores articulares intensos, disminución de la capacidad para mover la articulación, rigidez, especialmente en la mañana y calor en la articulación.

De otro lado Tango I. (2011), refiere a la gota como una forma común y dolorosa de artritis, que produce dolor que comienza súbitamente, puede describirse como pulsátil, opresivo o insoportable, que tiene como factores de riesgo al sexo masculino, tener antecedentes familiares y es predominante el consumo de alcohol.

En nuestro estudio encontramos como tercer porcentaje importante a la gota con 10.4%, entre los factores de riesgo identificados en el grupo de estudio tenemos el alto consumo de carnes rojas, en el Distrito de Chota se ha observado el consumo continuo de carne de cerdo y de res, que puede ser una causa indirecta de este problema así como también puede deberse al desconocimiento de los efectos nocivos de las carnes al consumir en la dieta.

En cuanto al tipo de enfermedad EsSalud en el programa adulto mayor, las patologías crónicas degenerativas son las que tienen el mayor número de casos registrados que probablemente puede deberse a los estilos de vida muy arraigados y desordenados durante las anteriores etapas de vida; conllevando generalmente a un estilo de vida no saludable. Sin embargo en EsSalud son atendidas desde su inicio recibiendo mayormente analgésico.



## TASA DE PREVALENCIA

- Casos antiguos (CA)= 105
- Casos Nuevos (CN) =10
- Población expuesta (PE) =1200
- Prevalencia = CA + CN / PE\* 1000

$$P = 105+10 / 1200* 1000$$

$$P =96$$

Con estos datos podemos decir que de cada 1000 adultos mayores de 60 años a más 96 presentan enfermedades osteoarticulares. Esto quiere decir que a nivel nacional la morbilidad ocupa un tercer lugar con 9.73%, por lo tanto relacionándolo con nuestro estudio es casi similar ya que el 0.5% nos separa a nivel nacional lo que significa que en nuestro medio la población adulta mayor es más activa físicamente y hay menos sedentarismo. En cambio a nivel de Cajamarca ocupa el primer lugar, datos alarmantes que llaman la atención en relación a nuestros datos ya que en Chota hay menos población de adultos mayores a diferencia de Cajamarca.



**TABLA 04: TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS ADULTOS MAYORES  
CON ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES ZONA  
URBANA ESSALUD CHOTA 2013**

ENFERMEDADES	Tiempo							
	Menos de 1 año		de 1 a 5 años		de 6 años a mas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Gota	2	16.7	5	41.7	5	41.7	12	100
Artritis reumatoide	0	0.0	4	50.0	4	50.0	8	100
Osteoporosis	0	0.0	3	75.0	1	25.0	4	100
Osteopenia	0	0.0	2	100.0	0	0.0	2	100
Osteoartrosis	9	12.5	34	47.2	29	40.3	72	100
Artrosis	1	5.9	9	52.9	7	41.2	17	100
<b>Total</b>	<b>12</b>		<b>57</b>		<b>46</b>		<b>115</b>	<b>100</b>

El tiempo de enfermedad de cada de las patologías osteoarticulares de los participantes del estudio se presentan en la tabla 04: entre los porcentajes más representativos se ha encontrado: el 47.2% padece osterartrosis entre 1 y 5 años y el 12.5% menos de 1 año, sobre la artrosis el 52.9% la sufre entre 1 y 5 años y el 5.9% menos de 1 año. En el caso de la gota el 41.7% la padece de 1 a más de 6 años solo el 16.7% por menos de 1 año, la artritis reumatoide el 50% la padece de 1 a 5 años y el 50% por más de 6 años.

Las enfermedades osteoarticulares como cualquier otra enfermedad no trasmisibles, pueden afectar por un largo tiempo a los enfermos, provocar además dolor y con el tiempo algún tipo de discapacidad y dependencia en las personas que las padecen, aunque la expectativa de vida actualmente en nuestro país sobre pasa los 70 años, la presencia de enfermedades crónicas es más frecuente, es decir, las personas viven más tiempo pero su calidad de vida puede ser



impactada negativamente por las consecuencias de tipo funcional de alguna enfermedad.

Un adulto mayor que padece alguna de estas enfermedades, se ve obligado al consumo de medicamentos entre ellos los AINES, que le pueden propiciar problemas gástricos adicionales a su patología de base. El grupo en estudio recibe atención de salud y seguimiento por parte del personal de EsSalud de Chota, pero es indispensable la prevención; como futuros profesionales de enfermería debemos reconocer que entre los parámetros de prevención según Shreyasee, A. (2012), están la nutrición, adecuada, el ejercicio físico que requiere erradicar al sedentarismo de los adultos y adultos mayores, y exámenes periódicos de densitometría ósea, indicada principalmente en mujeres tras la menopausia.

El Distrito de Chota, no dispone de entidades que realicen algunos de estos exámenes auxiliares, sus resultados serían de gran ayuda en la captación y prevención de estas patologías, de otro lado estos equipos médicos son de fácil acceso en otras ciudades, pero su costo y el traslado los hacen inasequibles para muchas personas, en especial para personas mayores que mayormente son pobres o muy pobres.



**TABLA 05: ANTECEDENTES DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN LAS ADULTAS MAYORES CON ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES ZONA URBANA ESSALUD CHOTA 2013**

<b>ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si	11	16.7
No	55	83.3
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100.0</b>

La tabla 05, nos muestra que del total de adultas mayores 83.3% no ha tenido intervención quirúrgica y el 16.7% informó que si fue intervenida quirúrgicamente.

Debemos tener claro que el envejecimiento y la menopausia ocasionan que los huesos se vuelven más frágiles y se pueden romper con más facilidad. Debido al deterioro de las estructuras articulares se puede presentar inflamación, dolor, rigidez y deformidades. Casi todas las personas mayores resultan afectadas por cambios articulares que van desde una rigidez leve a una artritis grave. Por su parte Shreyasee, A (2012), informa entre un 20 y 25% de las mujeres padecerán osteoporosis después de la menopausia (proporción cuatro veces superior a la del varón) por que viven más que los hombres, tienen menor cantidad de masa ósea y por la pérdida de hormonas femeninas (estrógenos) en la menopausia o antes cuando deben someterse a una extracción quirúrgica de útero u ovarios.

De acuerdo a la literatura podemos decir que las intervenciones quirúrgicas relacionadas con el útero u ovarios no son un factor esencial para que una enfermedad osteoarticular se manifieste pero si contribuye como factor de riesgo para que se presenten debido a la



disminución de carga hormonal a la que está susceptible después de una intervención quirúrgica.

En cuanto a las intervenciones quirúrgicas EsSalud Chota no cuenta con los servicios de atención necesarias para dichas intervenciones puesto que es un centro de atención primaria.





**TABLA 06: TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO DE LA ENFERMEDAD POR LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES ZONA URBANA ESSALUD CHOTA 2013**

<b>TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Con tratamiento	115	100.0
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>

La tabla 06, correspondiente al consumo de medicamentos se ha encontrado que el 100% de la población adulta mayor con enfermedad osteoarticular consume algún tipo de medicamento. De acuerdo a cada patología el mayor o menor consumo de fármacos como los corticoides que son útiles en el tratamiento de larga duración de este tipo de enfermedades crónicas; pero a largo plazo pueden favorecer la destrucción del hueso, otro tipo de medicamento utilizado son los analgésicos como el paracetamol o AINES como diclofenaco que actúan sobre los receptores del dolor inhibiéndolo, debemos recalcar que el dolor que estas enfermedades producen es el síntoma característico.

Actualmente estamos viviendo el fenómeno de la medicalización, donde el consumo indiscriminado de medicamentos sin razón justificada es masivo, además al ser este grupo de personas asegurados su acceso a los fármacos antiinflamatorios está garantizado, sin embargo, como conectoras de los efectos farmacológicos de estas medicinas debemos reconocer que las desventajas son mayores que las ventajas ya que los problemas gástricos y hepáticos pueden generar nuevos problemas de salud en estas personas.

Estamos seguras que más allá del tratamiento farmacológico es importante el acercamiento personal con el adulto mayor enfermo, se



debe fomentar en el asegurado la habilidad de relacionarse con otras personas según la OMS (2010), se alcanza mediante una comunicación que implique una escucha activa con los demás, así como la puesta en práctica de actitudes asertivas y empáticas con todos.

En cuanto al consumo de medicamentos EsSalud brinda a sus asegurados fármacos según el tipo de enfermedad siendo accesibles para todos los usuarios. De otro lado es muy posible que los pacientes no solo consuman fármacos para mitigar el dolor o la inflamación como en la artritis, sino también tomen antihipertensivos, antihistamínicos provocando una polifarmacia con serios efectos iatrogénicos.



**TABLA 07: GRADO DE DEPENDENCIA DEL LOS ADULTOS MAYORES  
CON ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES ZONA  
URBANA ESSALUD CHOTA 2013**

<b>GRADO DE DEPENDENCIA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Independiente	105	91.3
Dependiente parcial	10	8.7
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>

En relación al grado dependencia de los adultos mayores con enfermedad osteoarticular, se encontró que el 91.3% realiza sus actividades básicas de forma independiente y el 8.7% es dependiente parcial para realizar dichas actividades cabe mencionar que en el estudio realizado a este grupo etario ningún adulto mayor presentó dependencia total en sus actividades diarias, según el índice de KATZ 2013.

En cuanto grado de dependencia del adulto mayor podemos decir que la mayor parte de esta población realiza sus actividades de forma independiente, es decir no necesita ayuda de terceras personas, significando que este grupo etario llega a ancianidad sin ningún tipo de discapacidad pero también hay un porcentaje que tiene dependencia parcial posiblemente por el deterioro paulatino que estas patologías producen.

Los resultados concuerdan con los hallazgos de Ruiz L. y Col. (2008). Donde encontró el 79,4% de adultos mayores es independiente. Las mujeres tuvieron una peor situación socio familiar y la valoración funcional y clínica se deterioró con la edad.

A su vez Adriana V. (2010), señala que dependencia es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por



razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, precisan de la atención de otra u otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria.

En nuestro estudio se ha encontrado que la mayor parte de los adultos mayores son independientes y un menor número tienen una dependencia parcial o moderada que según la autora es cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal, desgraciadamente la dependencia parcial a largo plazo puede convertirse en dependencia total por los efectos en los huesos y articulaciones que las enfermedades tratadas provocan.

Cuando un adulto mayor llega a la dependencia total, su calidad de vida disminuye y se precariza necesitando el apoyo de otros incluso para alimentarse o trasladarse, es en ese momento que suelen aparecer las úlceras por presión, desnutrición, neumonías hipostáticas que pueden llevar al paciente a la muerte.

En relación al grado de dependencia EsSalud tiene a su cargo el programa de PADOMI encargado de la atención a domicilio para los adultos mayores que no pueden asistir a consulta.



## CONCLUSIONES

- Entre las principales características socioeconómicas de la población adulta mayor con enfermedades osteoarticulares, atendidas en EsSalud Chota, la mayor parte de esta población tiene entre 60 y 69 años, más de la mitad (57.4%) son mujeres, la cuarta parte de la población en estudio son analfabetos y en relación a los ingresos económicos del grupo en estudio el mayor porcentaje (64.3%) recibe mensualmente menos de 750.00 nuevos soles, acerca del estado civil se obtuvo que más del 70% son casados y el material de sus viviendas mayormente es de material noble.
- En relación a los estilos de vida 93.9 % consume una dieta balanceada, la mayor parte de los adultos mayores estudiados practican ejercicio físico, el 54.8 % tiene entre 6 a 8 horas de sueño diarias. En cuanto a los hábitos nocivos del total de la población en estudio más del 50% consume carne roja, consumo de café el 66.1% y solo un adulto mayor fuma actualmente, 93.9% no consume alcohol. En relación a la exposición a la luz solar el 92.2% se expone continuamente a los rayos solares.
- En cuanto a la tasa de prevalencia de cada 1000 adultos mayores de 60 años a más 96 personas presentan enfermedad osteoarticular, 72 adultos mayores presentaba osteoartrosis; y 2 de estos osteopenia, el tiempo de enfermedad en relación a la osteoartrosis 34 pacientes la padece entre 1 y 5 años y 9 personas menos de 1 año, la artrosis 9adultos mayores la padece entre 1 y 5 años y 1 adulto mayor menos de 1 año. En el caso de la gota el 5 personas la padece de 1 a más de 6 años y 2 pacientes por menos de 1 año, la artritis reumatoide 4 pacientes la padecen de 1 a 5 años y 4 adultos mayores más de 6 años.



- En relación al grado de dependencia, de los adultos mayores con enfermedad osteoarticular del total, 105 adultos mayores realizan sus actividades básicas de forma independiente y solo 10 adultos mayores son dependientes parciales para realizar dichas actividades.



## RECOMENDACIONES

Al finalizar el presente trabajo de investigación, nos permitimos formular las siguientes recomendaciones:

Que el equipo de Enfermería del Centro de atención primaria CAP2 correspondiente a EsSalud diseñe y/o implemente sesiones educativas dirigidas exclusivamente a los adultos mayores sobre el autocuidado y estilos de vida saludable relacionada con las enfermedades osteoarticulares.

A los gobiernos locales y regionales que deben tener iniciativa para implementar programas en la etapa vida de adulto mayor referente a la promoción y prevención de enfermedades crónico degenerativas como son las enfermedades osteoarticulares presentes en la actualidad con un mayor número de casos.

Al Ministerio de Salud, implementar el programa adulto mayor el cual debe realizar actividades preventivas promocionales para contribuir en la mejora de la calidad de vida de este grupo etario. Y a la vez se organice y ejecute campañas de despistaje de osteoporosis considerando al sexo femenino como vulnerable, además

A la universidad Nacional De Cajamarca realizar trabajos de investigación relacionados con enfermedades crónicas degenerativas puesto que son patologías que se presentan con mayor número de casos en la actualidad.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández J "la osteoporosis en el mundo iberoamericano"  
México DF, México. publicado martes, 13 de noviembre de 2012.  
[fecha de acceso 14-07-13]URL: Disponible  
en<http://medicoymujer.blogspot.com/2012/11/la-osteoporosis-en-el-mundo.html>.
2. Dirección Regional De Salud Del Callao "Análisis de la situación de salud de la Red Bonilla La Punta Año – 2009".
3. Pacheco B. "Análisis Situacional De Salud 2011" DRS SJM-VMT.
4. DIRESA Gobierno Regional De Cajamarca Dirección Regional De Salud "10 Primeras Causas De Morbilidad" Año 2012 Dirección Regional De Salud Cajamarca.
5. Hobecker O. "Impacto de la osteoporosis sobre la población"  
Revista de Posgrado de la V.la Cátedra de Medicina - N° 144 –  
Abril 2008 Pág. 24-27.
6. Análisis de Situación de Salud 2010 – epidemiología DISA Chota.
7. Barrón, V. (2006), "Estilos de vida de personas mayores de 65 años económicamente activas de chillán y valparaíso. Chile". tesis para optar al grado de magister en gerontología social universidad de valparaiso. Centro de Estudios Gerontogeriátricos Facultad de Medicina Magister en Gerontología Social [fecha de acceso 16-11-13] QRL [http://www.facso.uchile.cl/observa/tesis\\_barron.pdf](http://www.facso.uchile.cl/observa/tesis_barron.pdf)
8. CARITAS (2012) [fecha de acceso 16-11-13] QRL [http://www.caritas.org.pe/documentos/adulto\\_mayor.pdf](http://www.caritas.org.pe/documentos/adulto_mayor.pdf)
9. Del Valle, E. 2012 Envejecer en el Perú: prevenir o lamentar [fecha de acceso 16-11-13] <http://www.medicina.usmp.edu.pe/investigacion/2012/Congreso%2>





0USMP%20ECNT%202012/Primer%20Dia/ENVEJECER%20EN%  
20EL%20PERU%20EN%20EL%20SIGLO%20XXI.pdf

10. Grupo de estudio OPINHO-PC. "Adecuación del manejo clínico de la osteoporosis a las guías de la SEIOMM". Estudio OPINHO-PC Rev. Esp. Enferm. Metab. Óseas (Ed. impr.); 17(4): 59-65, jul. 2008. ilus, tabarticle en Es | IBECS | ID: 67071.
11. Ruiz, L Y Cols "Situación socio familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006" Rev. Perú. Med. Exp. salud publica v.25 n.4 Lima oct./dic. 2008.
12. Ramos Á. Biblioteca Médica Nacional. Ciudad de La Habana, Cuba. URL.  
[http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23\\_2\\_07/mgi17207.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_2_07/mgi17207.htm) 07-10-2011.
13. Cadena J, Cadavid M, Ocampo M Vélez M, Anaya J. Revista Colombiana De Reumatología;" Depresión En Pacientes Con Artritis Reumatoide"; 2002 Vol. 9 No. 3, Pp. 184-191.
14. Del Águila R, "Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor" OPS/OMS Chile 5 abril, 2012 [fecha de acceso 14-07-13] URL disponible en [http://new.paho.org/blogs/chile/?p=\(\)](http://new.paho.org/blogs/chile/?p=()).
15. Vega, j 2011 "Análisis del perfil epidemiológico" gerencia de promoción y prevención, Oficina de vigilancia epidemiológica subgerencia de promoción y prevención Santiago de Cali, 2011 [fecha de acceso 15-11-13] URL ([http://calisaludable.cali.gov.co/planeacion/2012\\_ConcursoESE/PIan\\_Gerencial/Ese\\_Norte/PERFIL\\_EPIDEMIOLOGICO\\_ESE\\_NORTE\\_2011.pdf](http://calisaludable.cali.gov.co/planeacion/2012_ConcursoESE/PIan_Gerencial/Ese_Norte/PERFIL_EPIDEMIOLOGICO_ESE_NORTE_2011.pdf))



16. Perfil epidemiológico caldas 2008 [fecha de acceso 15-11-13] URL  
[http://www.sanjose-caldas.gov.co/apc-aa/files/63336262633536343366343633353164/CAP\\_I\\_INTRODUCCION\\_N.pdf](http://www.sanjose-caldas.gov.co/apc-aa/files/63336262633536343366343633353164/CAP_I_INTRODUCCION_N.pdf)
17. Jaramillo J 2009 "Estilo de vida" [fecha de acceso 15-11-13]  
<http://advanceformacion.com/personas-advance/personas/estilo-de-vida/>
18. <http://es.wikipedia.org/wiki/Morbilidad> [fecha de acceso 14-07-13]
19. <http://www.who.int/topics/mortality/es/>[fecha de acceso 14-07-13]
20. Ananya M 2013 "osteopenia" [fecha de acceso 18-11-13] URL  
[http://www.news-medical.net/health/Osteopenia-What-is-Osteopenia-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Osteopenia-What-is-Osteopenia-(Spanish).aspx)
21. Medline "Generalidades sobre la osteoporosis" Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Institutos Nacionales de la Salud (Actualizado: 11/15/2012.) [fecha de acceso 14-07-13].
22. National Osteoporosis Foundation. Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. Washington, DC: National Osteoporosis Foundation; 2010.
23. [http://www.rheumatology.org/practice/clinical/patients/diseases\\_and\\_conditions/osteoporosis-esp.asp/](http://www.rheumatology.org/practice/clinical/patients/diseases_and_conditions/osteoporosis-esp.asp/).
24. NIH: Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculo-esqueléticas y de la Piel [fecha de acceso 14-07-13].
25. Bijlsma JW, Berenbaum F, Lafeber FP. Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice. Lancet. 2011; 377:2115-2126. Actualizado: 9/26/2011 [fecha de acceso 14-07-13].
26. Tango, I "Gota" [sede Web]. <http://www.niams.nih.gov> Actualizado: 28/6/2011 [fecha de acceso 26-07-13] URL



<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000422.htm>.

27. Ralph, H. "Gota" [sede Web]. [www.rheumatology.org/REF](http://www.rheumatology.org/REF)  
Actualizado en Septiembre 2012 [fecha de acceso 26-07-13] URL  
[http://www.rheumatology.org/practice/clinical/patients/diseases\\_and\\_conditions/gout-esp.asp](http://www.rheumatology.org/practice/clinical/patients/diseases_and_conditions/gout-esp.asp).

28. Tango, I. "Artritis" [sede Web]. <http://www.niams.nih.gov>  
Actualizado: 2/2/2012 [fecha de acceso 13-07-13] URL  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001243.htm>.

29. Tango, I "osteoporosis" [sede Web]. <http://www.niams.nih.gov>  
Actualizado: 15/11/2012 [fecha de acceso 14-07-13] URL  
<http://www.dmedicina.com/enfermedades/musculos-y-huesos/osteoporosis>.

30. Shreyasee A "osteoporosis" [sede Web].  
[www.rheumatology.org/REF](http://www.rheumatology.org/REF) Actualizado: en marzo de 2012 [fecha de  
de acceso 14-07-13]  
URL [http://www.rheumatology.org/practice/clinical/patients/diseases\\_and\\_conditions/osteoporosis-esp.asp/](http://www.rheumatology.org/practice/clinical/patients/diseases_and_conditions/osteoporosis-esp.asp/).

31. Louis E, Kenneth A. Diccionario de Medicina Océano Mosby. 21<sup>va</sup>  
ed. Barcelona: Océano 2008.

32. Ramos A. "Enfermedades Osteoarticulares". Revista Cubana de  
Medicina General Integral. Versión impresa Issn  
08642125.2007.Vol 2.

33. <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/prevalencia> [fecha  
de acceso 03-08-13].



34. Adriana V "Estilos de Vida saludable y dimensiones" 2010 [fecha de acceso 03-08-13] URL <http://estilos de Vida juveniles. BlogSpot. Com/2010/05/ Estilos- de -Vida- saludable -y - dimensiones21htnn>.
35. Romero A y col "Sintomatología Osteoarticular Como Manifestación Inicial De Enfermedad Tumoral" rev.ve.oncol.v.19.n.2 Caracas mayo 2007.
36. Couto D y col "Osteoporosis Menopausia Según Desintometría Ósea" rev MEDISAN Vol.15 n12 Santiago de Cuba dic. 2011.
37. Pilger C y col "Características Sociodemográficas y de Salud De Ancianos: contribuciones Para los servicios de salud" Rev. Latino-Am.Enfermagem vol.19 n5 Brasil 21011.
38. Guía técnica para el llenado de la historia clínica de atención integral de salud del adulto mayor.
39. Brasil (PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Comentários: Indicadores do período de 2004 a 2009. 2010.[07-10-2013]. Disponible en: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/comentarios2009.pdf>.)
40. Diccionario de la lengua española (DRAE) edición 22.ª publicada en 2001. Fecha de acceso 16-10-2013]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=morbilidad>.
41. A, Just 2008 fecha de acceso [07-10-2013] disponible en <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm>.



## ANEXOS

### CUESTIONARIO

Este cuestionario se aplicará con la finalidad de identificar las características socioeconómicas y perfil epidemiológico de las personas adultas mayores que padecen enfermedades osteoarticulares (gota, artrosis, osteopenia, artritis reumatoide, osteoporosis).

**INSTRUCCIONES:** Lea atentamente y conteste o marque con una x o cruz en el recuadro según corresponda.

**Lugar:**.....

**Fecha:**.....

**N°**.....

#### A. CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS:

1. **Edad**.....

2. **Sexo** Masculino  Femenino

3. **Grado de instrucción**

- Analfabeto(a)
- Primaria completa
- Primaria incompleta
- Secundaria completa
- Secundaria incompleta
- Superior universitaria
- Superior no universitaria

4. **Ingresos económicos mensuales**

- Más de s/. 1000
- De s/. 750- s/. 999
- Menos de s/ 750

5. **Estado civil**

- Soltero(a)
- Casado(a)
- Separado(a)
- Divorciado(a)



- Viudo(a)
- Conviviente

### 6. Tipo de vivienda

- Material rustico
- Material noble

## B. ESTILOS DE VIDA.

### 7. ¿Qué alimentos consume en su dieta diaria?

.....

### 8. Realiza ejercicio

Sí  No

#### ¿Con que frecuencia?

- Menos de 30 minutos
- 1 hora
- Más de 1 hora

### 9. Horas de sueño

- Menos de 6 h
- De 6-8 h
- Más de 8 h

### 10. Hábitos nocivos

- Consume carnes rojas Sí  No
- Consume café Sí  No
- Consume Tabaco. Sí  No
- Consume Alcohol. Sí  No



11. ¿Se expone usted frecuentemente a la luz solar?

Sí

No

### C. MORBILIDAD

12. Tipo de enfermedad

- Gota
- Artritis reumatoide
- Osteoporosis
- Osteopenia
- Osteoartrosis
- Artrosis

13. ¿Hace que tiempo sufre de esta enfermedad?

- Menos de 1 año
- De 1 a 5 años
- De 6 años a más

14. ¿Antecedentes de intervención quirúrgica?

Sí

No

15. ¿Tratamiento de la enfermedad?

Con tratamiento

sin tratamiento

Nombre del encuestador (a):.....



## ANEXO 2

Índice de KATZ para valorar el grado de dependencia de los adultos mayores con enfermedad osteoarticular.

### VALORACIÓN CLÍNICA ADULTO MAYOR - VACAM

#### I. VALORACIÓN FUNCIONAL

##### Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

KATZ	Dependiente	Independiente
1. Lavarse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vestirse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Uso del Serv. Higiénico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Movilizarse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Continencia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alimentarse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### DIAGNOSTICO

Independiente (1)

Dependiente parcial (2)

Dependiente total (3)

#### INTERPRETACIÓN

(1) Ningún ítem positivo de dependencia

(2) De 1 a 5 ítems positivo de dependencia

(3) 6 ítems positivos de dependencia