

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**EVALUACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR
HOSPITALIZADO, EN EL HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL
ADULTO MAYOR, AGOSTO 2014**

**DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**Elaborado por:
LISETH CAROLINA GARCÍA HERNÁNDEZ**

QUITO, FEBRERO 2015

AGRADECIMIENTO

A Dios por sus inmensas bendiciones, por permitirme finalizar esta etapa de mi vida, por la salud y sabiduría que ha derramado sobre mí.

A mis Padres, por todo el apoyo brindado a lo largo de mis estudios, por su amor incondicional y su ejemplo. Gracias por estar presentes en cada momento.

A mi Directora, Licenciada Isabel Hernández por toda su ayuda y guía para la realización de esta tesis. A mis lectoras: Licenciada Susana Galarza, Licenciada Mónica López que colaboraron con la corrección de este trabajo.

Al personal del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, especialmente a la Licenciada Amparito Velarde, gracias por la apertura que me brindaron para realizar esta investigación.

RESUMEN

En la presente investigación se determinó el estado de salud del adulto mayor hospitalizado a través de la aplicación de la Valoración Geriátrica Integral. Mediante un estudio descriptivo transversal, en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el mes de Agosto del 2014, se avalúo a 44 pacientes, cuya edad media fue de 82.4 años, predominando el sexo femenino con 55%. El síndrome más frecuente fue la deprivación sensorial: 70% dificultad visual y el 59% dificultad auditiva. El 59% presentó insomnio; incontinencia urinaria, 57%; caídas en el último año, 55%; alto riesgo de caídas, 70,45%; depresión, 52%; deterioro cognitivo, 52%; riesgo moderado de úlceras por presión, 27%; bajo peso, 25% y riesgo social, 25%. El 36% presentaron dependencia leve en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD); mientras que para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) el 55% necesitan mucha ayuda. La Valoración Geriátrica Integral adquiere gran importancia para detectar los síndromes y problemas en el adulto mayor, su correcta implementación le permite a la enfermera realizar los diagnósticos de enfermería, sus intervenciones y mejorar su plan de cuidados.

ABSTRACT

The health status of the inpatient elderly through the application of Comprehensive Geriatric Assessment was determined in this research. Through a cross-sectional descriptive study in “Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor” in Quito, in August of 2014. 44 inpatients were evaluated, whose mean age was 82.4 years, predominantly female with 55%. The most common syndrome was the sensorial deprivation: 70% visual impairment and 59% hearing impairment. The 59% of the sample reported insomnia; urinary incontinence, 57%; falls in the last year, 55%; high risk of falls, 70.45%; depression, 52%; cognitive impairment, 52%; moderate risk of pressure sores, 27%; underweight, 25% and social risk, 25%. The 36% had mild dependence in basic activities of daily living (BADL); while for the instrumental activities of daily living (IADL) the 55% needs much help. The Comprehensive Geriatric Assessment is highly useful for the diagnosis of syndromes and problems in the elderly patient, its proper use allows the nurse perform nursing diagnoses, interventions and improve her care plan.

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I GENERALIDADES	2
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2. JUSTIFICACIÓN	3
1.3. OBJETIVOS	4
1.3.1. <i>Objetivo general</i>	4
1.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	4
1.4. METODOLOGÍA	5
1.4.1. <i>Tipo de estudio</i>	5
1.4.2. <i>Universo y muestra</i>	5
1.4.3. <i>Técnica e instrumento de recolección de datos</i>	6
1.4.4. <i>Plan de análisis</i>	8
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	9
2.1. ENVEJECIMIENTO	9
2.1.1. <i>Definición de envejecimiento</i>	9
2.1.2. <i>Transición demográfica-envejecimiento</i>	10
2.1.3. <i>Definición de adulto mayor</i>	12
2.1.4. <i>Características sociodemográficas del adulto mayor</i>	12
2.2. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI).....	13
2.2.1. <i>Definición</i>	13
2.2.2. <i>Importancia</i>	14
2.2.3. <i>Valoración Nutricional</i>	15
2.2.4. <i>Valoración Funcional</i>	15
2.2.5. <i>Valoración Psíquica</i>	18
2.2.6. <i>Valoración Social</i>	19
2.3. SÍNDROMES GERIÁTRICOS	21
2.3.1. <i>Caídas</i>	22
2.3.2. <i>Inmovilidad</i>	23
2.3.3. <i>Incontinencia urinaria- incontinencia fecal</i>	23
2.3.4. <i>Deprivación sensorial</i>	24
2.3.5. <i>Ulceras por presión</i>	25
2.3.6. <i>Trastornos del sueño</i>	26
2.4. ROL DE LA ENFERMERA EN LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL.....	27
CAPITULO III RESULTADOS	29
3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA	32
3.2. SÍNDROMES GERIÁTRICOS	39

3.3. ESTADO NUTRICIONAL.....	45
3.3. FUNCIONALIDAD.....	47
3.4. SITUACIÓN SOCIAL.....	50
3.5. DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	52
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	65
ANEXOS	71
ANEXO N°1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	72
ANEXO N°2: MATRIZ DE VARIABLES	75
ANEXO N°3: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	76
ANEXO N°4: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	83

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1: Distribución porcentual de adultos mayores del HAIAM por sexo, Agosto 2014	32
GRÁFICO N° 2: Distribución porcentual de adultos mayores del HAIAM de acuerdo a sexo y edad, Agosto 2014	33
GRÁFICO N° 3: Estado civil de los adultos mayores del HAIAM de acuerdo a sexo, Agosto 2014	34
GRÁFICO N° 4: Nivel de educación de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014	35
GRÁFICO N° 5: Nivel de educación de los adultos mayores del HAIAM de acuerdo a sexo, Agosto 2014	35
GRÁFICO N° 6: Diagnósticos más frecuentes de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014	37
GRÁFICO N° 7: Comorbilidad de los adultos mayores del HAIAM de acuerdo a sexo, Agosto 2014.....	38
GRÁFICO N° 8: Distribución porcentual de los adultos mayores del HAIAM según los síndromes geriátricos, Agosto 2014	39
GRÁFICO N° 9: Grado de depresión de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014	42
GRÁFICO N° 10: Riesgo de úlceras por presión de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014.....	44
GRÁFICO N° 11: Estado nutricional de los adultos mayores del HAIAM de acuerdo al IMC, Agosto 2014	45
GRÁFICO N° 12: Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014	47
GRÁFICO N° 13: Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014.....	49
GRÁFICO N° 14: Situación social de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014...	50

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1: Relación entre síndromes geriátricos y edad de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014.....	39
TABLA N° 2: Relación entre síndromes geriátricos y sexo de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014.....	40
TABLA N° 3: Grado de depresión por sexo y edad de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014.....	42
TABLA N° 4: Estado nutricional de los adultos mayores del HAIAM de acuerdo a sexo, Agosto 2014.....	45
TABLA N° 5: Porcentaje de adultos mayores con dependencia en las ABVD, HAIAM Agosto 2014.....	47
TABLA N° 6: Grado de dependencia en las ABVD de acuerdo a sexo y edad de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014.....	48
TABLA N° 7: Grado de dependencia en las AIVD de acuerdo a sexo y edad de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014.....	49
TABLA N° 8: Valoración socio familiar de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014.....	51

INTRODUCCIÓN

El acelerado crecimiento del número de adultos mayores en el mundo, constituye un desafío principalmente para los servicios de salud. El paciente geriátrico posee características especiales en la forma de presentación de sus enfermedades, adicionalmente está expuesto a múltiples problemas que condicionan su autonomía; los cuales derivan de su estado cognitivo, afectivo, funcional, nutricional y social. Por lo tanto es necesaria la aplicación de un sistema especial de valoración que nos permita obtener una visión integral del adulto mayor, a través de la identificación de los problemas que condicionan su calidad de vida, lo que en consecuencia nos permitirá diseñar un plan de atención individualizado, de calidad y que responda a las necesidades de cada paciente, esta valoración es conocida como Valoración Geriátrica Integral (VGI).

La Valoración Geriátrica Integral es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el adulto mayor con el objeto de desarrollar un plan de prevención, tratamiento y seguimiento. (Rubenstein, 2005). Actualmente la VGI es considerada como un instrumento indispensable para la atención del adulto mayor en todos los niveles asistenciales.

La enfermera como personal responsable de brindar los cuidados al paciente geriátrico debe estar en la capacidad de detectar los síndromes geriátricos, problemas sociales, cognitivos, así como también prevenir la dependencia funcional; aplicando las escalas que conforman la VGI, para lo cual es necesario el diseño de un instrumento contextualizado a la realidad de nuestro pacientes, con las escalas de valoración adecuadas que permitan obtener una evaluación integral del adulto mayor.

El propósito de este trabajo es determinar la realidad del paciente geriátrico, su características sociodemográficas, su estado de salud, los síndromes y problemas más frecuentes, a través de un instrumento eficaz que permita obtener una visión objetiva e integral del paciente geriátrico.

CAPITULO I GENERALIDADES

1.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la pirámide poblacional mundial está atravesando un cambio profundo. El aumento de la esperanza de vida, junto con la reducción de la tasa de fecundidad y mortalidad son factores que han impulsado el aumento del número de adultos mayores.

Según, el informe de la Asamblea Mundial del Envejecimiento (ONU, 2002) esta transición demográfica será más notable y rápida en los países en desarrollo, en los cuales se espera, que en los próximos 50 años se cuadruplica el número de adultos mayores, es así que para el año 2025 el porcentaje de adultos mayores aumentará del 8% al 15%, y posteriormente se duplicará para el año 2050.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos afirma que en nuestro país hay 1'229.089 adultos mayores (INEC, 2011), conformando el 7% de la población del Ecuador, cifra que irá en aumento, para el año 2050 se estima que los adultos mayores representarán el 18% de la población ecuatoriana. De igual manera la esperanza de vida de la población que en el 2010 fue de 75 años, para el 2050 subirá a 80,5 años. Para las mujeres la esperanza de vida será mayor con 83,5 años comparado con los 77,6 años de los hombres (INEC, 2012).

El aumento en la esperanza de vida no significa que la calidad de vida del adulto mayor será mejor, sino que sucederá lo contrario. Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no podrán valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo (OMS, 2012); al ser más larga la etapa de la vejez, los adultos mayores de edad muy avanzada perderán su capacidad de vivir independientemente como resultado de problemas físicos, mentales, fragilidad y limitación en su movilidad.

Este cambio demográfico trae consigo profundas transformaciones en todos los aspectos: sociales, políticos, económicos, culturales y de manera primordial en la atención de salud brindada al adulto mayor. Muchas de las complicaciones y enfermedades crónicas que aquejan al adulto mayor son prevenibles si son diagnosticadas oportunamente, esto se puede obtener a través de una valoración integral.

1.2. JUSTIFICACIÓN

El cambio demográfico mundial produce un impacto en la salud pública; al existir un incremento en el índice de envejecimiento, la atención de salud dirigida al adulto mayor deberá enfocarse primordialmente en el cuidar y prevenir que en el curar.

La atención del adulto mayor requiere una valoración integral basada en aspectos biológicos, funcionalidad, actividades de la vida diaria, dinámica familiar, social, estado emocional y psicológico; el equipo de salud debe trabajar conjuntamente para identificar y evaluar no solo los problemas habituales del área biológica, sino también aspectos y factores de riesgo que en ocasiones se ignoran, y que sin duda afecta la calidad de vida del adulto mayor.

Al considerarse tan importante la valoración integral en adulto mayor, nace la necesidad de realizar esta investigación con el fin de evaluar el estado de salud de los pacientes que acuden al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor; tomando en cuenta los síndromes y problemas geriátricos que presentan, su estado funcional, mental y social; para obtener un diagnóstico de su situación de salud.

Esta investigación es viable, ya que se cuenta con el apoyo de la institución donde se realizará el estudio.

Mediante la información proporcionada por esta investigación se apoyará a profesionales y estudiantes en el área de salud quienes podrán conocer los factores de riesgo que presenta los adultos mayores hospitalizados, sus problemas más frecuentes, y como realizar una valoración integral completa. Este estudio servirá también, como reflexión académica específicamente para el personal de enfermería, al dar a conocer la importancia de la VGI como una actividad que complementa el accionar de la enfermera, permitiendo obtener una visión global del paciente, lo que facilita la elaboración de diagnósticos enfermeros y mejora los cuidados brindados.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

Determinar el estado de salud de los adultos mayores que ingresan al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, a través de la Valoración Geriátrica Integral.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar las características sociodemográficas de los adultos mayores que ingresan al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.
- Identificar los síndromes geriátricos de los adultos mayores que ingresan al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.
- Describir el estado cognitivo de los adultos mayores que ingresan al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.
- Detectar trastornos afectivos en los adultos mayores que ingresan al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.
- Valorar la funcionalidad de los adultos mayores que ingresan al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.
- Evaluar el estado nutricional de los adultos mayores que ingresan al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.
- Describir el estado social de los adultos mayores que ingresan al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.
- Analizar el rol de la enfermera en la Valoración Geriátrica Integral del adulto mayor

1.4. METODOLOGÍA

1.4.1. Tipo de estudio

La tipológica del estudio es descriptivo, transversal, y prospectivo; utilizando el enfoque cuantitativo y mediante la aplicación de la valoración geriátrica integral, se obtuvo la situación real del estado de salud de los pacientes geriátricos.

1.4.2. Universo y muestra

Población: Adultos mayores hospitalizados durante un año en el Hospital de Atención integral del Adulto Mayor en la ciudad de Quito (360)

Muestra: Adultos mayores ingresados en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. Mediante el cálculo de muestra de la siguiente forma:

$$n = \frac{Z^2 S^2 N}{e^2 (N - 1) + Z^2 S^2}$$

N: tamaño de la población = Número estimado de adultos mayores hospitalizados 360

Z: nivel de confianza (1,96; 95%)

S: desviación estándar (0.18)

e: Límite aceptable de error muestral (0.05)

n: tamaño de la muestra

$$\begin{aligned} n &= \frac{1,96^2 \cdot 0,18^2 (360)}{(0,05)^2 (360 - 1) + (1,96)^2 (0,18)^2} \\ &= \frac{3,8416 \cdot 0,0324 (420)}{0,0025 \cdot 259 + 3,8416 (0,0324)} \\ &= \frac{44,8084}{0,8975 + 0,1244} \\ &= \frac{44,8084}{1,0219} \\ &= 43,8 \end{aligned}$$

Se trabajó con una muestra de 44 adultos mayores que corresponden a los pacientes hospitalizados en el mes de agosto del 2014.

Criterio de inclusión: Todos los pacientes geriátricos que ingresaron al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor hasta completar la muestra de 44, que se inició en el mes de Agosto y se finalizó la primera semana de septiembre del 2014.

Criterio de exclusión: Pacientes que no ingresaron a hospitalización y que no quisieron colaborar ellos o sus familiares.

1.4.3. Técnica e instrumento de recolección de datos

Para la obtención de los datos se aplicó la valoración geriátrica integral, a través de la entrevista. A partir del instrumento abreviado de las Escalas Geriátricas del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2010); las Guías clínicas Geronto Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor (MSP, 2008) y el Tratado de Geriátrica (Miralles & Esperanza, 2006) se elaboró un instrumento que responde a las necesidades de esta investigación (Ver Anexo 1), considerando las variables en estudio: (Ver Anexo 2).

Visión: Se le preguntó al adulto mayor si tiene problemas para ver la televisión, leer o para ejecutar cualquier actividad de la vida diaria. Además se evaluó la agudeza visual mediante la carta de Snellen a una distancia de 3 metros.; considerando alteración visual a la agudeza visual mayor a 20/40.

Audición: Se preguntó al adulto mayor si tiene problemas para oír y se aplicó el método del susurro. El examinador se colocó a una distancia de 60 cm y susurró muy suavemente palabras de una o dos sílabas haciendo que el adulto mayor las repita, evaluando cada oído por separado. Se consideró sin alteraciones, cuando el paciente fue capaz al menos de repetir 2 de las 4 palabras susurradas.

Incontinencia urinaria: Se preguntó si en el último año tuvo pérdida involuntaria de orina, al menos en 6 días diferentes. Con respuesta afirmativa se consideró como problema

Caídas: Se preguntó al adulto mayor si en el último año sufrió alguna caída. Y se evaluó el riesgo de caídas a través de la Escala de Downton; un resultado de 3 o más puntos se considera un alto riesgo de caídas.

Inmovilidad: Se preguntó y evidenció si el paciente es capaz de caminar por si solo o necesita cierta ayuda física o supervisión. Se consideró al paciente con inmovilidad, si utilizaba silla de ruedas o estaba encamado la mayor parte del tiempo.

Úlceras por presión: Se preguntó al paciente o a su cuidador si presenta úlceras por presión (escaras). Se revisó la historia clínica. Además se evaluó el riesgo de úlceras por presión mediante la Escala de Norton; con los siguientes puntos de corte: alto riesgo de úlceras por presión: 0-12; riesgo moderado: 13-16.

Trastornos del sueño: Se evaluó el último mes a través de tres preguntas:
¿Para conciliar el sueño tarda más de 30 min?
Por la noche ¿duerme menos de 6 horas?
Al levantarse por la mañana ¿se siente cansado?
Al contestar en forma afirmativa al menos a una pregunta se consideró como trastorno del sueño.

Funcionalidad: Se preguntó sobre las actividades de la vida diaria, utilizando el Índice de Barthel, con puntos de corte: 0-20 dependencia total, 20-35 dependencia grave, 40-55 dependencia moderada, más de 60 dependencia leve, 100 independencia.

También se evaluó las actividades instrumentales, a través de la Escala de Lawton y Brody, con los siguientes puntos de corte: 0-8 independencia, 8-20 necesita cierta ayuda, más de 20 necesita mucha ayuda.

Deterioro cognitivo: Se evaluó el estado cognitivo a través del Mini mental modificado, considerando deterioro cognitivo a un puntaje menor de 14. Adicionalmente a los pacientes que no podían ser evaluados a través de esta escala, se aplicó la Escala de Pfeiffer a su familiar o cuidador; un puntaje menor a 6 sugiere deterioro cognitivo.

Depresión: Se utilizó la Escala Geriátrica de Yesavage, los niveles de depresión tuvieron los siguientes puntos de corte: 0-5 normal, 6-9 moderado, más de 10 depresión severa.

Recurso social: Se aplicó la Escala de Gijón Modificada para evaluar el estado social del adulto mayor, con los puntos de corte: 0-7 situación social buena, 8-9 riesgo social, 10-25 deterioro social severo.

Evaluación nutricional: A través del Mini Nutricional se evaluó el riesgo de desnutrición, considerado con un puntaje menor de 12. Además se evaluó el IMC con los siguientes puntos de corte: menos de 16: desnutrición severa, 16-16.9: desnutrición moderada, 17-18.4: desnutrición leve, 18.5-22: bajo peso, 22-27: normopeso, 27-29.9: sobrepeso, más de 30: obesidad. (Sociedad Española de Nutrición Parantral y Enteral, 2011)

1.4.4. Plan de análisis

La investigación se realizó mediante un análisis descriptivo. Se utilizó porcentajes para analizar los problemas y riesgos que presentan los adultos mayores.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1. ENVEJECIMIENTO

2.1.1. Definición de envejecimiento

La vejez es considerada por muchos una de las etapas más difíciles de la vida, trae consigo múltiples transformaciones en cada dimensión del ser humano; el anciano requiere adaptarse a estos cambios y vivirlos de la mejor manera, saludablemente, para asegurar que este proceso sea agradable.

Definir el proceso de envejecimiento no es sencillo, existen variadas opiniones respecto a este término. La mayoría de autores concuerdan que es un proceso inevitable, que trae cambios y deterioro.

Es así, que podemos considerar el envejecimiento como un “proceso continuo, universal e irreversible, heterogéneo que implica cambios a nivel celular, funcional, tisular y orgánico”. (Torres, 1996). Por otro lado Kirkwood (1996) lo define como “deterioro progresivo y generalizado de las funciones, que produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad.”

A diferencia de las anteriores afirmaciones, la OMS (2001), hace una distinción entre el envejecimiento como proceso y el proceso del envejecimiento, el primero es conocido como el envejecimiento normal, el cual representa los cambios biológicos que la edad trae consigo sin influencia de las enfermedades o el entorno, contrariamente el proceso del envejecimiento está influenciado por el entorno, estilo de vida y las enfermedades; elementos que eran considerados como consecuencia del envejecimiento normal, ahora son factores relacionados con el envejecimiento.

En el año 2002 la OMS, introdujo un nuevo término, el envejecimiento activo, definido como el “proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.” (Zamarrón, 2007);

Además del envejecimiento individual existe un envejecimiento de la población que va en aumento.

2.1.2. Transición demográfica-envejecimiento

El envejecimiento demográfico ha sido considerado como uno de los mayores triunfos en la prestación de servicios de salud, en el desarrollo de la sociedad y economía; pero también se ha constituido como un reto y una situación que amerita intervenciones y soluciones que permitan que este cambio sea favorable.

Al envejecimiento poblacional lo podemos definir como:

El aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más con respecto a la población total, lo que resulta de una gradual alteración del perfil de la estructura por edades, cuyos rasgos clásicos (una pirámide con base amplia y cúspide angosta) se van desdibujando para darle una fisonomía rectangular y tender, posteriormente, a la inversión de su forma inicial (una cúspide más ancha que su base). (Chesnais, 1990)

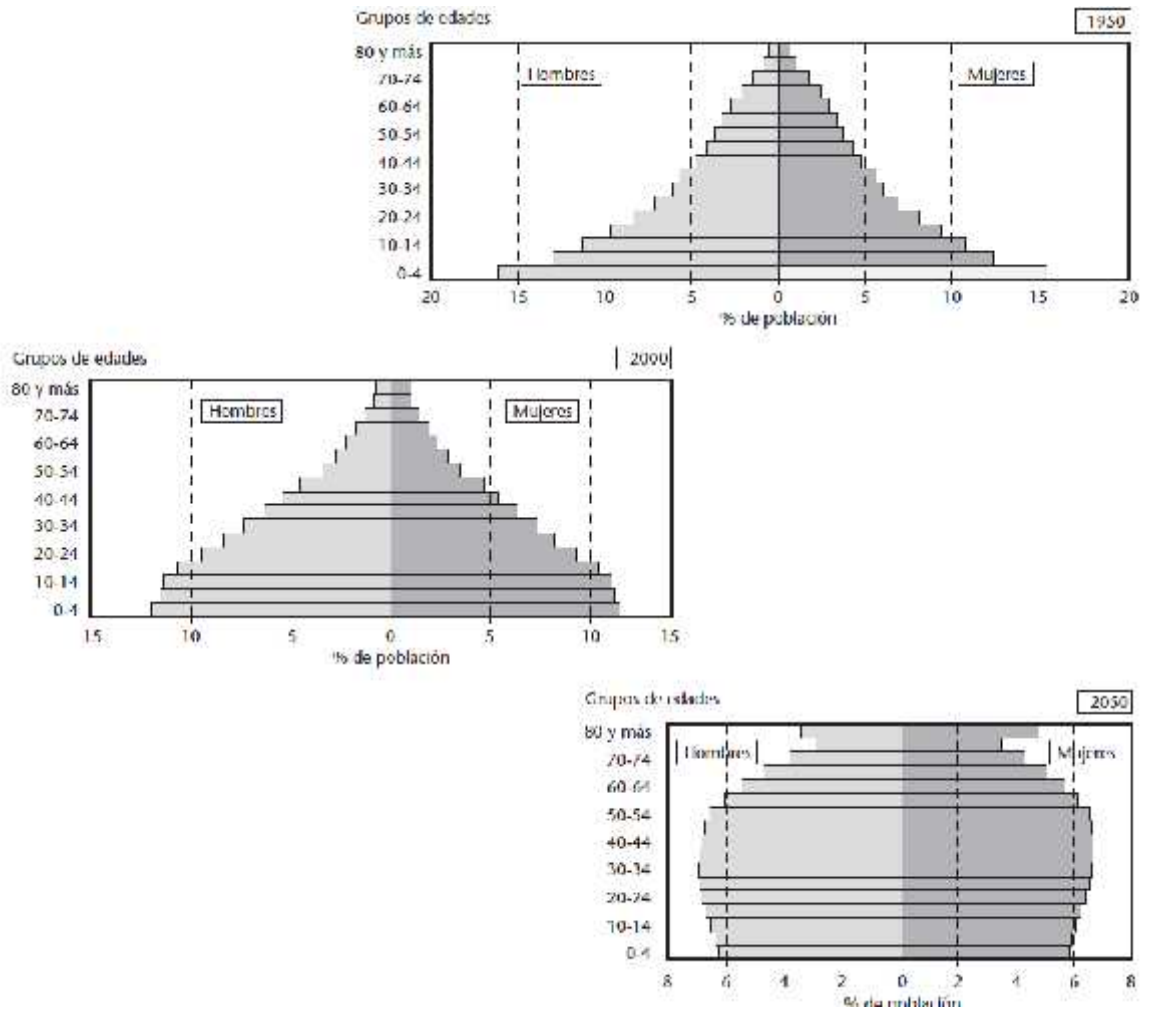
Esta transición demográfica actual estipula que la disminución en la tasa de fecundidad y mortalidad se relaciona con un incremento sistemático en la expectativa de vida, que a su vez es producto de mejoras en las condiciones de vida, sistemas de salud y avances en la tecnología. (MIES, 2010)

La fecundidad es la variable más influyente en el cambio demográfico; según datos del INEC la tasa global de fecundidad en nuestro país, disminuyó de 6,3 hijos por mujer desde el año 1960 a 2,7 en el año 2010. De la misma forma la baja mortalidad es otro factor que se relaciona con el envejecimiento de la población. En 1995 la tasa de mortalidad general fue de 4,46, este valor se incrementa en el 2000 a 4,59 y presenta variaciones de 4,26 en 2007 y 4,35 en 2008. Con respecto a la esperanza de vida al nacer; en el periodo de 1965-1970 era de 57,4 años, en el 2010 75 años y se pronostica para el 2050 un promedio de 80,5 años. (MSP, 2010)

En nuestro país, al igual que el resto del mundo esta transición demográfica impulsa la necesidad de generar cambios en el futuro, en todos los ámbitos: político, social, económico, salud, seguridad, etc.; con la finalidad de afrontar de la mejor manera el envejecimiento de la población.

En el siguiente gráfico se observa la transición demográfica que nuestro país está atravesando.

Ilustración 1. Pirámides de edades 1950, 2000 y 2050



FUENTE: CEPAL/CELADE, procesamiento especial de los datos censales 2003

2.1.3. Definición de adulto mayor

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el acuerdo de Kiev en 1979, definió a los adultos mayores como aquellas “personas mayores de 60 años que viven en países en vías de desarrollo y de más de 65, si viven en países desarrollados” (Chávez, 2007). En nuestro país la persona mayor de 65 años, es considerada como adulto mayor.

Tomando en consideración la definición anterior, los adultos mayores son subdivididos en las siguientes categorías:

Tercera edad: 60 – 74 años

Cuarta edad: 75 – 89 años

Longevos: 90 – 99 años

Centenarios: Más de 100 años

(Fonf, 2002)

2.1.4. Características sociodemográficas del adulto mayor

Las principales características demográficas y socioeconómicas de los adultos mayores son las siguientes:

En referencia al género, la vida más prolongada de las mujeres y la tasa de mortalidad mayor en los hombres, marca la tendencia hacia una mayor representatividad de las mujeres en las edades avanzadas. La condición socioeconómica de la mujer de edad (generalmente viuda o con ausencia de pareja) afectada por la inequidad de género a lo largo de toda la vida, la lleva a condiciones de pobreza. (Madariaga, 2001)

Según la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (MIES, 2010), 9 de cada 10 adultos mayores viven con alguna persona que los acompaña y 1 de cada 2 son cuidados por sus hijos. En cuanto a la actividad laboral; aproximadamente la mitad de la población adulta mayor no trabaja y de este grupo 7 de cada 10 tiene nivel de instrucción primaria. La razón por la que no trabajan es la salud, siendo la justificación para 5 de cada 10 adultos mayores.

2.2. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI)

2.2.1. Definición

El adulto mayor presenta ciertas características que provienen de los cambios biológicos relacionados al envejecimiento juntamente con enfermedades:

- Múltiples enfermedades crónicas.
- Presentaciones atípicas de enfermedades.
- Menor expectativa de vida.
- Muchas causas de dependencia funcional.
- Muchas fuentes de dolor e incomodidad.
- Consideraciones farmacológicas especiales.
- Comunicación más lenta e historia más larga. (Rubenstein, 2005)

Su compleja situación hace necesaria la utilización de una evaluación especial, que permita determinar alteraciones oportunamente para intervenirlas y asegurar que la funcionalidad y calidad de vida del adulto mayor no se vea comprometido. De esta necesidad surge un instrumento, la “valoración geriátrica integral”.

El termino valoración integral es usado para describir un abordaje clínico del paciente geriátrico que va más allá de la historia y exploración médica

Podemos definir a la valoración geriátrica integral como:

Un proceso diagnóstico evolutivo multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que puedan presentar los adultos mayores, especialmente los más frágiles, con el propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos, a fin de lograr el mayor grado de autonomía y mejorar la calidad de vida del adulto mayor. (Varela, Chávez, Herrera, Ortiz, & Chigne, 2004)

La valoración es multidimensional, porque analiza las diferentes esferas que integran al individuo, e interdisciplinaria porque en esta participan diferentes profesionales (médicos, enfermeras y asistentes sociales).

La VGI está conformada por escalas de valoración, los cuales facilitan la detección y seguimiento de problema, como la comunicación entre las diferentes profesiones que

atienden al paciente. El uso de instrumentos validados provee de estructura al proceso de evaluación, ayuda a asegurar la consistencia y ofrece un mecanismo para una evaluación periódica.

2.2.2. Importancia

La importancia de la VGI radica en la detección de enfermedades tratables en el adulto mayor, que en muchas ocasiones son pasadas por alto, provocando el deterioro progresivo del paciente.

Rubenstein (2005) afirma que la VGI aumenta la precisión diagnóstica, funcionalidad física, estado afectivo y cognitivo de los pacientes y, a la vez, reducen la necesidad de medicamentos, los costos, tasas de mortalidad y frecuencia de ingreso a asilos y hospitales.

Diversos estudios han demostrado que la VGI presenta importantes ventajas.

Un metanálisis publicado en 1993 demostró mejoría del estado funcional y de la cognición, y reducción de las hospitalizaciones en los pacientes geriátricos (Stuck, 1993). Otro metanálisis reciente concluyó que a los ancianos hospitalizados que se les realizó la VGI incrementaron la probabilidad de permanecer vivos en su propia casa, es decir, menor probabilidad de institucionalizarse, de presentar deterioro funcional o de morir, además de experimentar mejoría de la cognición en un máximo de 12 meses comparado con otros pacientes de mismas características. (Ellis, Robison, & Langhorne, 2011)

Por lo tanto la VGI, es considerada una herramienta necesaria para dar atención al adulto mayor; el modelo tradicional de intervención clínica consiste en recoger información sobre la causa de consulta, evaluar la enfermedad actual y antecedentes médicos, realizar una exploración física y pruebas complementarias. Varela (2012) señala que la aplicación del modelo tradicional, especialmente al adulto mayor frágil, tiene como consecuencia: mayor frecuencia de diagnósticos médicos incompletos, excesiva prescripción de fármacos, mayor incapacidad funcional, hospitalización o institucionalización del paciente; confirmando que se necesita una valoración diferente, integral y multidisciplinaria.

2.2.3. Valoración Nutricional

La nutrición juega un papel muy importante en el envejecimiento y en el desarrollo de enfermedades crónicas asociadas a la edad. Por lo tanto un buen estado nutricional asegura un mejor envejecimiento, al retrasar muchos de los cambios asociados con la edad ayudando al anciano a mantener su independencia funcional.

La prevalencia de malnutrición varía mucho según el nivel asistencial: 2% en anciano sano en residencia pública , 5-8% de los ancianos en domicilio, 50% de los ancianos enfermos institucionalizados, hasta 44% de ancianos ingresados en hospital por patología médica y hasta 65% de los ancianos ingresados por patología quirúrgica. (Macías, Guerrero, Prado, Hernández, & Muñoz, 2006)

2.2.3.1. Instrumento de valoración

El Mini Nutritional Assessment (MNA) es una herramienta que valora el estado nutricional del adulto mayor; este instrumento que consta de 6 preguntas, se debería realizar incluso antes de aplicación de parámetros antropométricos, para conocer factores de riesgo presentes en el adulto mayor.

2.2.4. Valoración Funcional

La OMS (s.f.) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; este concepto adquiere importancia al hablar del adulto mayor, un anciano sano no se lo define por la ausencia de enfermedad; “la salud del anciano se mide en términos de función”. (Márquez, Macías, Navarro, & romero, 2006), por esta razón para muchos la evaluación funcional es una de la partes más importante de la VGI.

Se entiende por funcionalidad la capacidad de una persona para llevar una vida independiente, adaptándose a los distintos problemas que plantea la vida diaria (Arriola, 2004). Se debe considerar que la hospitalización es un factor de riesgo para la pérdida de independencia funcional; la combinación del reposo en cama, prohibición de ejercicio, desencadena un desacondicionamiento físico, debilidad muscular y dependencia psicológica. (CENETEC, 2013); es así que la valoración funcional es de vital importancia, pues nos sirve como un indicador de la severidad de la enfermedad que aqueja al paciente geriátrico.

Según el (MSP, 2008) la funcionalidad se define por medio de tres componentes:

- Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) Entendemos por ABVD a las actividades orientadas al autocuidado del propio cuerpo. (AOTA, 1978, citado en clasificación de las AVD, 2008)
- Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son aquellas actividades destinadas a la interacción con el medio, que son a menudo complejas y que generalmente su realización es opcional. (AOTA, 1978, citado en clasificación de las AVD, 2008)
- Marcha y equilibrio¹

Para evaluar estos componentes es necesaria la utilización de escalas como el índice de Barthel, escala de Katz, escala de Lawton y Brody y escala de la Cruz Roja.

2.2.4.1. Índice de Barthel

El índice de Barthel valora la capacidad de una persona, en este caso del anciano, para realizar de forma independiente o dependiente 10 actividades básicas de la vida diaria. Las actividades que son evaluadas son las siguientes:

- Comer
- Trasladarse entre la silla y cama
- Aseo personal
- Uso del inodoro
- Desplazarse
- Vestirse y desvestirse
- Bañarse
- Control de heces
- Control de orina
- Subir y bajar escalares

(Barrero; Ojeda; Garcia, 2005) (Barrero, García, & Ojeda, 2005)

¹ Este parámetro se evaluará dentro de los síndromes geriátricos.

2.2.4.2. Escala de Katz

Al igual que el índice de Barthel, la escala de Katz evalúa aspectos de las ABVD. Esta escala evalúa 6 actividades que están en orden jerárquico, de tal forma que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de hacer otras de menor rango jerárquico. Las actividades que son evaluadas son las siguientes:

- Bañarse
- Vestirse
- Usar el inodoro
- Movilidad
- Continencia
- Alimentación.

El concepto de independencia que maneja esta escala es diferente al de otros índices.

Se considera independiente a una persona que no necesita ayuda o utiliza ayuda mecánica y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo solamente la supervisión de la actividad. Si una persona no quiere realizar una actividad o no la realiza se considera dependiente aunque pudiera hacerla en teoría. Se basa en el estado actual de la persona y no en la capacidad de realizarla (Tigrás, s.f.)

2.2.4.3. Escala de Lawton y Brody

La escala de Lawton y Brody, permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales de manera independiente. Esta escala evalúa actividades más elaboradas, por lo que se verán comprometidas antes que las ABVD.

Las actividades que valora son las siguientes:

- Capacidad de usar el teléfono
- Hacer compras
- Preparación de la comida
- Cuidado de la casa
- Lavado de la ropa
- Uso de transporte
- Responsabilidad respecto a su medicación
- Manejos de sus asuntos económicos

2.2.5. Valoración Psíquica

Arriola (2004) dentro de la valoración mental o psíquica considera 3 aspectos:

- Valoración cognitiva
- Valoración afectiva
- Valoración conductual

2.2.5.1. Valoración cognitiva

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas (Varela, Chávez, Herrera, Ortiz, & Chigne, 2004). Estas funciones se ven afectadas en el anciano por cambios que son parte del envejecimiento, pasando por el deterioro cognitivo leve hasta la demencia; estas condiciones mentales afectan de manera directa la calidad de vida del adulto mayor, así como la de sus familiares. El deterioro cognitivo es un síndrome caracterizado por la pérdida de funciones mentales tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. (CENETEC, 2011)

2.2.5.1.1. Instrumento de valoración

El instrumento utilizado para valorar el estado mental del adulto mayor es el Mini Examen del Estado Mental Modificado (MMSE), consta de 11 preguntas que evalúan algunas áreas del funcionamiento cognitivo, tales como: orientación, registro, atención, cálculo, memoria y lenguaje.

El MMSE no es un instrumento para obtener diagnósticos específicos, sino una herramienta para poder discriminar entre los que tienen deterioro cognitivo y los que no lo tienen. (MSP, 2008)

2.2.5.2. Valoración afectiva

La depresión es el trastorno psíquico más frecuente en los adultos mayores, esta enfermedad debe ser tratada y no considera como normal o inevitable en el envejecimiento.²

La persistencia de este trastorno se asocia a una pobre calidad de vida, dificultad para comportarse adecuadamente del punto de vista social, mala adherencia al tratamiento, mala evolución de las enfermedades crónicas, aumento de morbimortalidad y de la tasa de suicidio. (Von Mühlenbrock, Gómez, González, Rojas, & Vargas, 2011)

Los trastornos de ánimo en los pacientes geriátricos hospitalizados tienen una prevalencia del 21.4 a 56 %. (Martínez, Esquivel, & Velasco, 2010). Los factores de riesgo que producen depresión son: enfermedades crónicas, viudez, escolaridad y el grado de dismovilidad. (Von Mühlenbrock, Gómez, González, Rojas, & Vargas, 2011)

2.2.5.2.1. Instrumento de valoración

Existen muchos instrumentos que nos ayudan a medir síntomas depresivos, pero la más recomendada es la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage. Consta de un cuestionario de 15 preguntas afirmativas/negativas.

2.2.5.3. Valoración conductual

Dentro de la valoración conductual se evalúa la presencia de demencia en el adulto mayor, considerado como un síndrome geriátrico.

2.2.6. Valoración Social

El ser humano es un ser social, por lo tanto los aspectos sociales del adulto mayor son parte de la valoración geriátrica integral.

La valoración social evalúa la relación entre el adulto mayor y el entorno, con el fin de identificar la problemática social, la situación socioeconómica y familiar, para planificar intervenciones que ayuden a mejorar la situación del adulto mayor. (MSP, 2008)

² La depresión es considerada también como un síndrome geriátrico.

2.2.6.1. Instrumento de valoración

La valoración social es a veces difícil de medir. Existen escalas que facilitan su evaluación; una de ellas es la escala de valoración social Gijón. Este instrumento nos permite evaluar el riesgo socio familiar que presenta el adulto mayor. Consta de 5 ítems: situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social.

Existe una modificación de esta escala, se han suprimido los ítems de barreras arquitectónicas y situación económica (estos ítems en una validación preliminar fueron poco predictivos de destino al alta tras una hospitalización); asimismo, se ha modificado la redacción de algunos de los ítems originales. Esta versión de Barcelona ha sido validada para la predicción del retorno al domicilio y del riesgo de institucionalización. (Miralles & Esperanza, 2006)

Otro de los factores importantes que se debe evaluar dentro de la valoración social es el nivel de sobrecarga de los cuidadores. El cansancio que padece el cuidador al brindar atención al anciano, puede llevar al maltrato del adulto mayor, también se debe considerar el daño que el cuidador sufre; por lo cual detectar a tiempo este problema, permitirá al equipo de salud brindar tratamiento al cuidador y así asegurar que su estado de salud sea favorable y que el adulto mayor no presente agresiones. Para evaluar la sobrecarga del cuidador se utiliza la escala de Zarit, consta de 22 ítems.

2.3. SÍNDROMES GERIÁTRICOS

En el proceso de la VGI se incorporan los síndromes geriátricos. La presentación atípica de las enfermedades en el anciano, dan origen a este término. Fue 1909, en el Medical Journal de Nueva York, cuando apareció por primera vez el término síndrome geriátrico, para referirse a los procesos que aparecen en las personas mayores (Fernández, s.f.)

Se puede definir a los síndromes geriátricos como: “condiciones de salud multifactoriales que ocurren cuando se acumulan los efectos de los déficits en múltiples sistemas y vuelven a las personas mayores vulnerables a cambios situacionales o enfermedades” (Fernández, s.f.)

La presencia de síndromes geriátricos en el adulto mayor tienen un efecto importante sobre su calidad de vida al provocar la aparición de deterioro funcional, dependencia, discapacidad; situaciones que no solo afectan al paciente geriátrico, también producen impacto en sus familiares y cuidadores.

Los síndromes geriátricos en 1989 fueron definidos como problemas geriátricos, para su memorización se utiliza la regla nemotécnica “ies”:

- Immobility: inmovilidad.
- Instability: inestabilidad y caídas.
- Incontinence: incontinencia urinaria y fecal.
- Intellectual impairment: demencia y síndrome confusional agudo.
- Infection: infecciones.
- Inanition: desnutrición.³
- Impairment of vision and hearing: alteraciones en vista y oído.
- Irritable colon: estreñimiento, impactación fecal.
- Isolation (depression)/insomnio: depresión/insomnio.⁴
- Iatrogenesis: yatrogenia.
- Immune deficiency: inmunodeficiencias.
- Impotence: impotencia o alteraciones sexuales

³ La desnutrición se evalúa en la valoración nutricional

⁴ La depresión se evalúa en la valoración afectiva

A continuación se describirán los síndromes geriátricos más importantes que se valoran dentro de la VGI.

2.3.1. Caídas

Se entiende por caída a la “consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo contra su voluntad” (OPS/OMS, s.f.) .Este se constituye uno de los más importantes síndromes geriátricos, por su alta prevalencia.

Los accidentes en los adultos mayores son la 5ta causa de muerte, el 70% de los accidentes son por caídas. Se estima que la incidencia anual de caídas en el anciano joven (65-70 años) es de 25% y llega a 35-45% al tener edad más avanzada (80-85 años), pero superados los 85 años el número de caídas reportadas disminuye; además el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad se cae una vez al año. (MSP, 2008)

Los principales factores de riesgo para presentar una caída son la debilidad muscular, las alteraciones en la marcha y el equilibrio, el uso de auxiliares de la marcha de forma inadecuada como bastones y andadores, las alteraciones visuales, la depresión, el deterioro cognitivo y la dependencia funcional (Montaña, 2010)

Las caídas tiene consecuencias físicas como heridas, contusiones, hematomas, fracturas, reducción de la movilidad, consecuencias psicológicas: depresión, también existen consecuencia económicas, puesto que la mayoría de estos accidentes requieren de hospitalización o institucionalización, aumentando los costos, como también aumenta la dependencia y genera la necesita de un cuidador. (OPS/OMS, s.f.)

2.3.1.1. Valoración

Para valorar este síndrome se utiliza la escala de Tinetti, esta consta de 22 ítems, dividida en dos sub escalas: equilibrio estático y equilibrio durante la marcha. Además se puede utilizar la escala de Downton con el fin de evaluar el riesgo de caídas.

2.3.2. Inmovilidad

Se entiende por inmovilidad al “trastorno de la locomoción capaz de afectar la realización de distintas actividades de la vida diaria, por deterioro de las funciones motoras” (MSP, 2008). Este síndrome se caracteriza por reducción de la tolerancia a la capacidad física, debilidad muscular progresiva y en casos graves, pérdida de los automatismos y reflejos posturales necesarios para la deambulaci3n; adem3s el s3ndrome de inmovilidad produce deterioro funcional en el adulto mayor, se estima que el 50% de los ancianos que se inmovilizan de forma aguda fallecen en un plazo de 6 meses. (Cardoso, 2001)

El MSP (2008) clasifica la inmovilidad de la siguiente manera:

- **ALTERACI3N LEVE:** Dificultad para deambular distancias largas o subir escaleras.
- **ALTERACI3N MODERADA:** Dificultad para realizar en forma independiente su movilizaci3n dentro del hogar.
- **ALTERACI3N SEVERA:** Va desde la dificultad para la movilizaci3n independiente de su cama o sill3n para realizar las actividades b3sicas de la vida diaria, hasta la inmovilidad total.

2.3.2.1. Valoraci3n

Para identificar de forma precoz p3rdidas funcionales es importante valorar la marcha y equilibrio, esto se lo puede realizar, al igual que la valoraci3n de ca3das, por la escala de Tinetti.

2.3.3. Incontinencia urinaria- incontinencia fecal

Se puede definir incontinencia urinaria como cualquier “p3rdida involuntaria de orina ocurrida al menos seis ocasiones durante el a3o o cualquier historia evidente de goteo inducido por estr3s o urgencia”. (Martinez, 2003), este s3ndrome es considerado como un problema higi3nico y social.

El envejecimiento no es la causa de la incontinencia urinaria, pero si determina ciertos cambios en las distintas estructuras del organismo que junto a patolog3as asociadas que pueden influir en la continencia urinaria.

Existen factores que predisponen la aparición de este síndrome; en la mujer la presencia de diabetes mellitus, la falta de restitución estrogénica, el índice de masa corporal alto y el deterioro de la función cognitiva. Mientras tanto en el hombre: la edad avanzada, los síntomas de las vías urinarias inferiores, infecciones, trastornos neurológicos, la prostatectomía y el deterioro funcional y cognitivo, determinan la aparición de incontinencia urinaria. (CENETEC, 2011)

La prevalencia de la incontinencia urinaria es mayor en mujeres. El 30% de las personas adultas mayores viviendo en la comunidad padecen de incontinencia urinaria, en hospitales el 30% y en asilos el 50% (Fantl & Newman, 1996).

Este síndrome incrementa el riesgo de “úlceras por presión, infecciones urinarias, sepsis, caídas, fracturas, depresión, aislamiento, polifarmacia, dependencia, incremento de hospitalizaciones y costos”. (CENETEC, 2011)

La incontinencia fecal es menos frecuente y afecta a aproximadamente del 2% al 5% de los adultos. Es en particular frecuente en las personas mayores que viven en centros de atención a largo plazo, donde se calcula que más del 50% de los residentes tienen incontinencia urinaria, incontinencia fecal o ambas. (Fernández, s.f.)

2.3.3.1. Valoración

Para evaluar la presencia de incontinencia urinaria se realizan las siguientes preguntas al adulto mayor: ¿en el último año, alguna vez se ha mojado al perder involuntariamente orina? De ser así, se debe preguntar: ¿ha perdido involuntariamente orina en al menos 6 días diferentes? (MSP, 2008)

2.3.4. Deprivación sensorial

Las alteraciones sensoriales en el adulto mayor son consideradas importantes debido a las repercusiones en el estado funcional, psicológico y social del adulto mayor. A partir de los 65 años existe una disminución constante de la agudeza visual, la sensibilidad al contraste, la tolerancia a los deslumbramientos y los campos visuales, con respecto a la audición es frecuente la presencia de disminución auditiva, conocida con el término de presbiacusia. (Ródenas, García, Bordas, Flores, & Martínez, 2006)

El déficit visual y auditivo limitan al anciano en sus actividades básicas e instrumentales, aumenta la dependencia, al reducir al movilidad y aumentar el riesgo de accidentes

domésticos y caídas, dificultan la comunicación y relaciones sociales produciendo aislamiento, ansiedad y estrés (Ródenas, Garcia, Bordas, Flores, & Martínez, 2006)

2.3.4.1. Valoración

Para evaluar la pérdida visual y auditiva, es suficiente con preguntar al adulto mayor o a su cuidador, lo siguiente:

¿Tiene Ud. dificultad para ver la televisión, leer o ejecutar cualquier actividad de la vida diaria a causa de su vista?

Susurrar al oído ¿me escucha Ud.?, de ambos lados. O ¿tiene dificultad para oír? (MSP, 2008)

2.3.5. Ulceras por presión

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. (Arango, Fernández, & Torres, 2006). Las úlceras por presión son consecuencias del síndrome de inmovilidad.

Se las puede clasificar de la siguiente manera:

- Grado I: Piel rosada o enrojecida que no cede al desaparecer la presión después de 30 segundos, afecta a la epidermis.
- Grado II: Piel con pérdida de continuidad, vesículas y flictenas, afecta a la epidermis y dermis superficial.
- Grado III: Pérdida de tejido que se extiende en profundidad hasta la dermis profunda e hipodermis, se presenta en forma de cráter o estar cubierto por tejido necrótico.
- Grado IV: Pérdida total de la piel, necrosis de músculo, huesos o estructuras de sostén. (MSP, 2008)

Se estima que el 3-11% de pacientes que son hospitalizados desarrollan UPP, cerca del 70% de estas se producen en las primeras dos semanas de hospitalización. Además los pacientes con UPP tiene una mortalidad hospitalaria del 23-17% el riesgo de muerte aumenta de 2 a 5 veces en las residencias asistidas. (Arango, Fernández, & Torres, 2006)

Por tanto lo mejor es la prevención, se considera que al menos el 95% de las mismas son evitables. Se deben controlar los factores de riesgo que desencadenan las UPP como la

desnutrición, la hipoproteïnemia, la humedad, la anemia, fiebre, alteraciones neurológicas y circulatorias que al final causan inmovilidad. (MSP, 2008)

2.3.5.1. Valoración

Se valora el riesgo de úlceras por presión a través de la escala de Norton. Y si existen la presencia de UPP hay que anotar: la localización, el número de lesiones y el grado en el que se encuentra la lesión.

2.3.6. Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño presentan una alta prevalencia en la edad geriátrica. Se estima que más de la mitad de las personas mayores que viven en su domicilio y hasta dos tercios de las que padecen enfermedades crónicas están afectadas por trastornos del sueño. En el adulto mayor se considera como sueño normal cuando el tiempo de latencia de sueño es alrededor de 30 minutos, el tiempo total del sueño nocturno es en promedio 6 horas, el sueño es reparador y no presenta somnolencia en el día.

2.3.6.1. Valoración

Para evaluar la presencia de trastornos del sueño en al adulto mayor es necesario elaborar 3 preguntas:

- ¿Para conciliar el sueño tarda más de 30 min?
- Por la noche ¿duerme menos de 6 horas?
- Al levantarse por la mañana ¿se siente cansado?

Una respuesta afirmativa al menos a una de estas preguntas sugiere la presencia de trastorno del sueño y la intervención de un especialista.

2.4. ROL DE LA ENFERMERA EN LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Como se menciona anteriormente, el cambio demográfico, la disminución progresiva de las tasas de natalidad y el aumento en la esperanza de vida de la población, han dado como resultado un aumento en el número de adultos mayores. En consecuencia, los cuidados de enfermería brindados a este grupo etario, adquieren mayor relevancia.

El adulto mayor necesita de un cuidado multidisciplinario, que incluya no sólo la recuperación sino también, la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar. (Cuidados de enfermería en el adulto mayor, s.f.). La enfermera se convierte en un eje esencial para brindar un cuidado integral al adulto mayor, ya que no solo trabaja con problemas reales, también lo hace con problemas potenciales. Adicionalmente su participación es clave en el equipo de salud, por su potencial de respuesta a las necesidades de cuidado de la salud de los adultos mayores en todos los niveles de atención, y en forma especial en la atención primaria y cuidados a largo plazo. (OPS, 2012)

Entonces, ¿Cuál es el rol que adquiere la enfermera en el cuidado del adulto mayor?, en la XXVI Conferencia Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud se planteó que:

La solución a los problemas de salud de las personas adultas mayores exige un enfoque de salud pública sobre educación sanitaria, promoción de la salud, detección temprana de los problemas y asignación de recursos apropiados para proporcionar rehabilitación comunitaria. Se necesitan recursos humanos adiestrados para comprender las diferentes necesidades de salud de una población que está envejeciendo. La atención primaria de salud necesita un enfoque basado en la población, que incluya prevención, detección temprana y empoderamiento de las personas en el autocuidado. Este enfoque requiere recursos humanos capaces de gestionar y tratar los problemas de salud complejos de las personas de edad. La atención eficaz también exige la vigilancia eficaz del cumplimiento del tratamiento y la educación de los pacientes. (Balanza, 2007)

Es así, que en la actualidad la Enfermería enfrenta un momento histórico en lo que se refiere a la gestión del cuidado del adulto mayor, ya que se han establecido como prioridad acciones dirigidas principalmente a la promoción, prevención y mantenimiento de la salud del adulto mayor, acciones que siempre han sido realizadas por la enfermera, pero sin el debido reconocimiento; por lo tanto es necesario aprovechar esta oportunidad para

establecer el rol del profesional de enfermería, como los requisitos de formación que deben cumplir con este objetivo. (Balanza, 2007)

Para definir el rol de la enfermera en la atención del adulto mayor, la Sociedad Española de Enfermeras Geriátricas y Geronto Geriátricas menciona las actividades que debe desempeñar la enfermera, entre las cuales encontramos:

- Realizar la valoración integral y sistemática de su estado de salud, utilizando para ello los diagnósticos de enfermería.

Por otro lado la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2003 elaboró un documento sobre los lineamientos que la enfermería debe considerar para afrontar la situación del adulto mayor, estableciendo que uno de ellos debe ser:

Mantener la funcionalidad, detectar riesgos y prevenir los eventos de alta incidencia en los adultos mayores que tienen impacto directo en su salud y expectativa de vida, como caídas, úlceras por presión, insomnio, entre otras; además, debe aprender a identificar y manejar las condiciones de morbilidad y comorbilidad frecuentes, reconocer su impacto en la funcionalidad de los adultos mayores y reducir este impacto mediante intervenciones autónomas, adecuadas y oportunas, dirigidas al adulto mayor, su familia y la comunidad. (OPS, 2012)

Además, se menciona la importancia de generar y emplear instrumentos de valoración estandarizados, contextualizados a la realidad sociocultural, con mediciones cuali-cuantitativas que permitan identificar situaciones como: estado funcional, físico, cognitivo, psicológico y espiritual de los adultos mayores, situaciones de maltrato, síndromes geriátricos frecuentes, entre otros problemas y plantear posibles soluciones; así como también crear registros de valoración del adulto mayor, intervenciones de enfermería y evaluación del cuidado. (OPS, 2012)

La valoración geriátrica integral se constituye en una de las actividades que la enfermera debe realizar con la finalidad de detectar riesgos y problemas en el adulto mayor, y así elaborar un plan de cuidados individualizado.

CAPITULO III

RESULTADOS

La valoración geriátrica integral es considerada actualmente una herramienta necesaria e indispensable para la atención del adulto mayor, pero la clave de su éxito está en el diseño de un instrumento que permita realizar esta valoración de manera efectiva, adaptado a la realidad de nuestros pacientes.

Para la presente investigación se elaboró un instrumento con las escalas necesarias para obtener una valoración integral, el instrumento inicial sufrió algunas modificaciones al empezar la recolección de datos: la escala de Tinetti utilizada para evaluar el riesgo de caídas, fue reemplazada por la escala de Downton, al considerar que los pacientes no podían realizar la mayoría de actividades que sugería la primera escala, debido a su limitación en la movilidad. También se reemplazó la escala de Katz por la de Barthel, ya que esta nos permite obtener un resultado más detallado de la funcionalidad del paciente. Además se aumentó una escala para la valoración cognitiva: la escala de Pfeffer, la cual nos permite valorar el deterioro cognitivo a través de una entrevista al cuidador o familiar. Esta escala fue aplicada a los pacientes que nos podían responder adecuadamente a la escala del Mini mental.

A comparación del instrumento del Ministerio de Salud Pública (MSP), las escalas fueron elaborados como check list, lo que facilitó su registro, adicionalmente se anotó la hora de inicio y finalización de la valoración; lo que permitió evaluar el tiempo de aplicación de la valoración geriátrica integral; el cual en promedio fue: 20 minutos.

En el siguiente cuadro se detalla las escalas utilizadas, su descripción y el porcentaje que ocupan dentro del instrumento.

ESCALA	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE
<i>Tamizaje rápido</i>	Evaluación: <ul style="list-style-type: none"> • Deprivación sensorial • Perdida involuntaria de orina • Caídas en el último año. • Inmovilidad • Presencia de úlceras por presión • Insomnio 	4.14%
<i>Índice de Barthel</i>	Actividades básicas de la vida diaria	17.7.%
<i>Escala de Lawton y Brody</i>	Actividades instrumentales de la vida diaria	17.7%
<i>Mini mental Modificado y Escala de Pfeffer</i>	Evaluación del estado cognitivo.	8.87%
<i>Escala de Yesavage</i>	Evaluación de depresión	8.87%
<i>Escala de Downton</i>	Evaluación del riesgo de caídas	10.65%
<i>Mini Nutricional</i>	Evaluación del riesgo de desnutrición. Se complementó esta escala con el Índice de masa corporal (IMC)	11.24%
<i>Escala de Gijón</i>	Evaluación social	8.87%
<i>Escala de Norton</i>	Evaluación del riesgo de úlceras por presión	11.8%

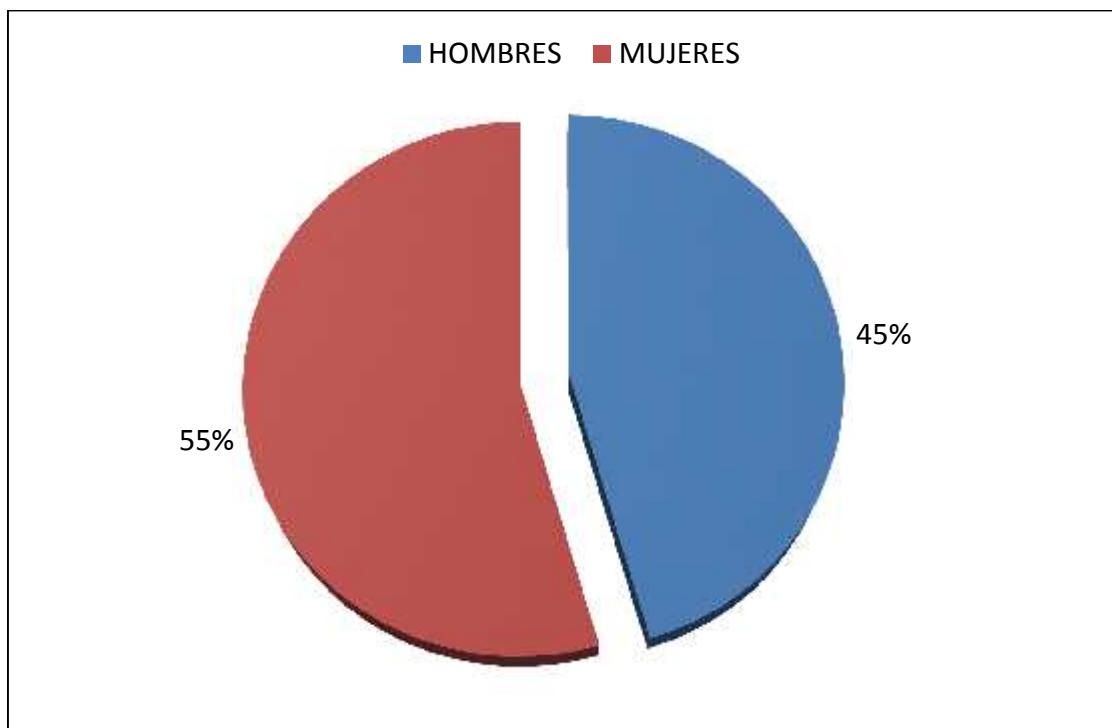
Este instrumento contempló ciertos parámetros que no son evaluados en el instrumento del MSP, y que por su alta incidencia deben ser considerados dentro del instrumento de valoración geriátrica integral. Estos son: presencia de úlceras por presión, insomnio, inmovilidad, riesgo de úlceras por presión y riesgo de caídas.

El instrumento permite valorar al paciente geriátrico un 97%, el 3% restante corresponde a la ausencia de escalas específicas para la valoración de síndromes como: síndrome confusional agudo, demencia.

A continuación se detallan los resultados.

3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA

GRÁFICO N° 1: Distribución porcentual de adultos mayores del HAIAM por sexo, Agosto 2014



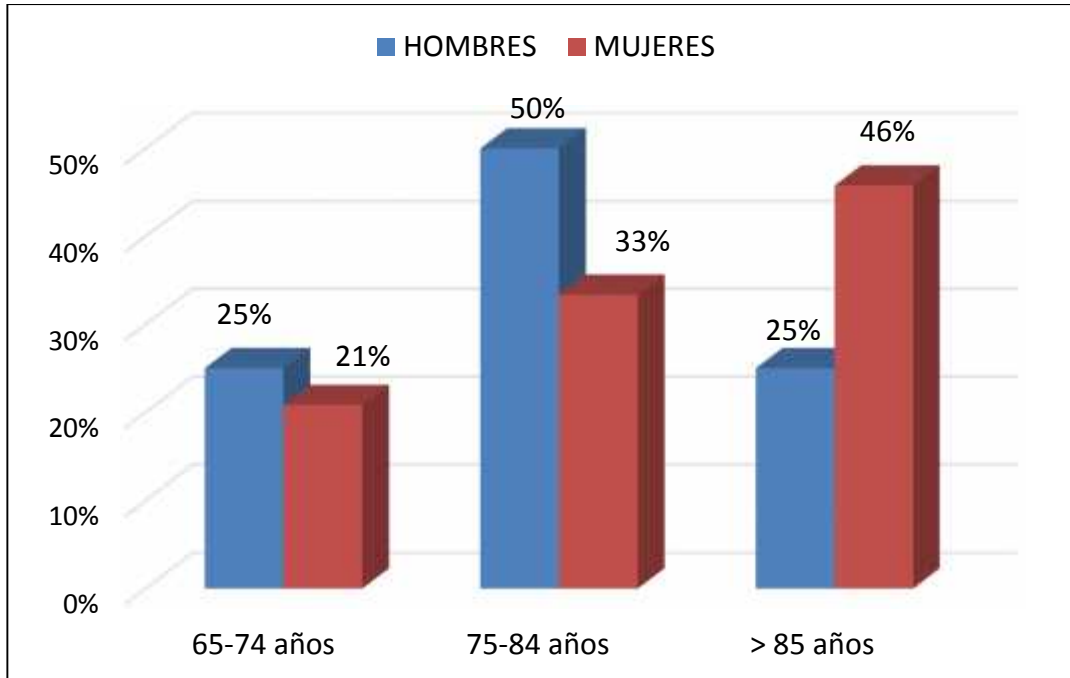
Fuente: Valoración geriátrica integral aplicada a los adultos mayores del HAIAM, 2014

Elaborado por: Liseth García

Según la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento en el Ecuador (SABE), a nivel nacional existe una diferencia porcentual mínima de entre hombres y mujeres; al obtener como resultado un 46,8 % de mujeres y 53,4 % de hombres. (MIES, 2010)

Datos similares se obtuvieron al realizar esta investigación: 55% mujeres y 45% hombres, existe un porcentaje mayor de mujeres, esta proporción se ve con más claridad al desglosar los datos por grupos de edad.

GRÁFICO N° 2: Distribución porcentual de adultos mayores del HAIAM de acuerdo a sexo y edad, Agosto 2014



Fuente: Valoración geriátrica integral aplicada a los adultos mayores del HAIAM, 2014

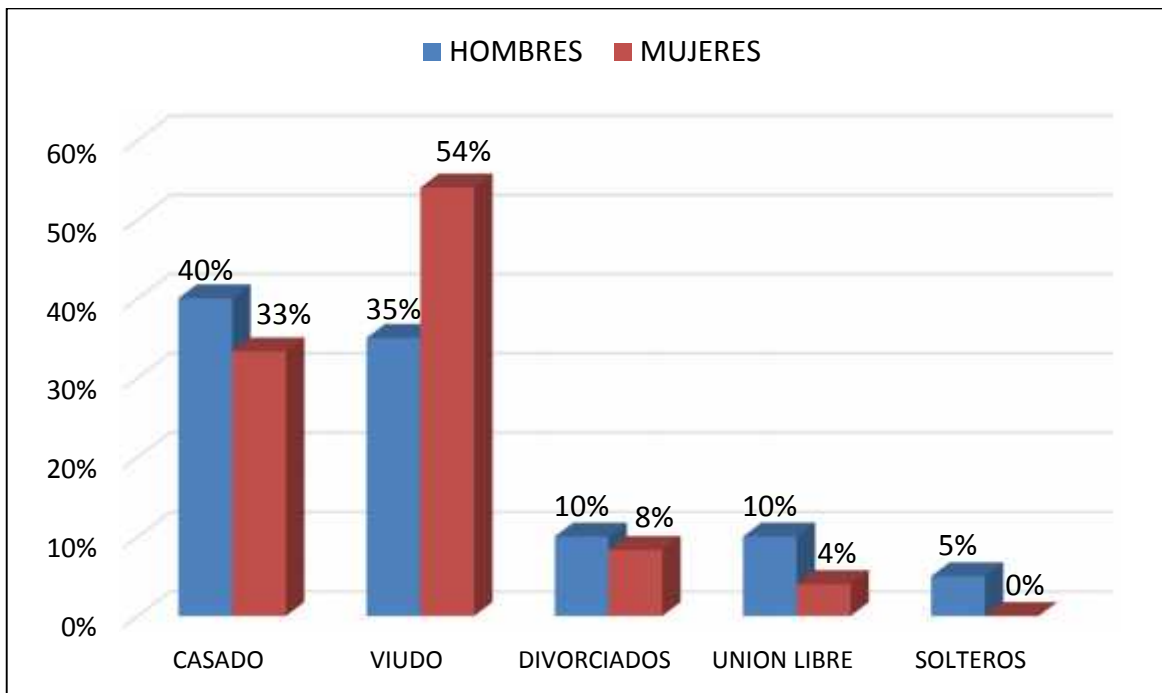
Elaborado por: Liseth Garcia

La edad media obtenida en este estudio fue 82.5 años tanto para hombres como mujeres, resultado superior a la media de 71.3 años que se detalla en la encuesta SABE.

En este gráfico se puede observar que el mayor porcentaje de mujeres está distribuido en el rango de edad superior a 85 años, corroborando que la esperanza de vida es superior en la mujer, como lo indica la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, quien ha estimado que para el año 2010-2015 la esperanza de vida al nacer en el Ecuador llega a los 75,6 años de edad: 72,7 para los hombres y 78,7 años para las mujeres. (CEPAL, 2012).

De acuerdo a las estadísticas de la encuesta SABE el mayor porcentaje de adultos mayores se ubican en el grupo de edad de 65-74 años, en la presente investigación la mayoría de adultos mayores se encuentran en la categoría de 75 a 84 años.

GRÁFICO N° 3: Estado civil de los adultos mayores del HAIAM de acuerdo a sexo, Agosto 2014

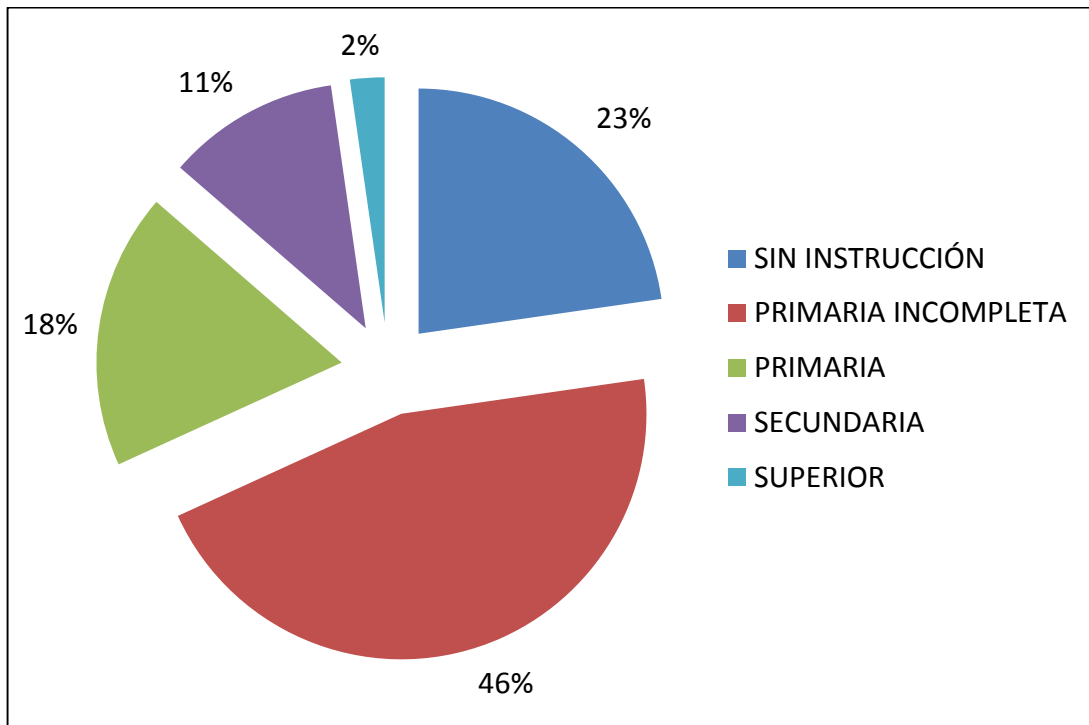


Fuente: Valoración geriátrica integral aplicada a los adultos mayores del HAIAM, 2014

Elaborado por: Liseth García

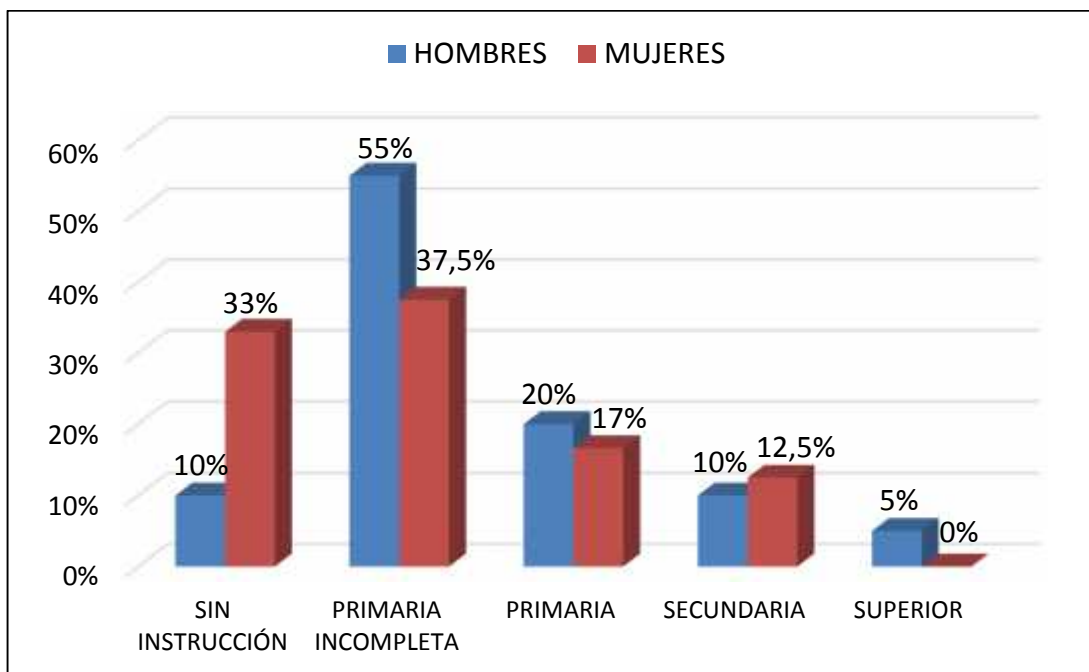
Con respecto al estado civil por sexo, el gráfico muestra una proporción mayor de hombres casados (40%) o que viven en unión libre (10%); en comparación con las mujeres, quienes en un 54% están en estado de viudez.

GRÁFICO N° 4: Nivel de educación de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014



Fuente: Valoración geriátrica integral aplicada a los adultos mayores del HAIAM, 2014
Elaborado por: Liseth García

GRÁFICO N° 5: Nivel de educación de los adultos mayores del HAIAM de acuerdo a sexo, Agosto 2014



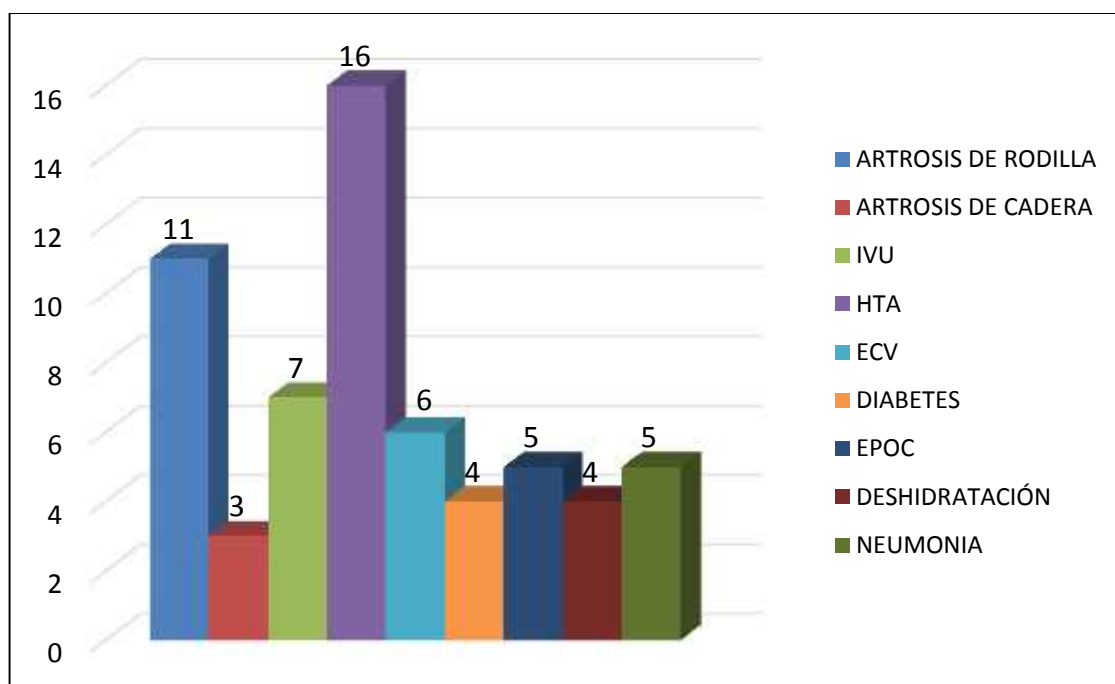
Fuente: Valoración geriátrica integral aplicada a los adultos mayores del HAIAM, 2014
Elaborado por: Liseth García

Otro factor socioeconómico clave es el nivel de educación formal, un nivel educativo bajo resulta determinante en el bienestar, estado de salud, situaciones de discapacidad y dependencia. De acuerdo al censo del 2010 en nuestro país, el 54,9% de adultos mayores han completado el ciclo primario mientras que en un porcentaje menor, el 13% de hombres y 11% de mujeres han finalizado la secundaria. (INEC, 2010).

En este estudio se obtuvieron resultados similares: el 23% de adultos mayores no tiene ningún tipo de educación, siendo este porcentaje mayor en las mujeres. El 46% posee primaria incompleta mientras tanto que solo el 18 % finalizaron la primaria y el 11% la secundaria. (Gráfico N° 4). Al comparar ambos sexos se evidencia que la escolaridad es mayor en los hombres que en las mujeres (Gráfico N°5).

Como se evidenció en los gráficos, la educación formal en la población adulta mayor es deficiente, relacionada posiblemente a las escasas oportunidades de ingresar al sistema escolar y de permanecer en él, cuando eran niños y jóvenes.

GRÁFICO N° 6: Diagnósticos más frecuentes de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014



Fuente: Valoración geriátrica integral aplicada a los adultos mayores del HAIAM, 2014

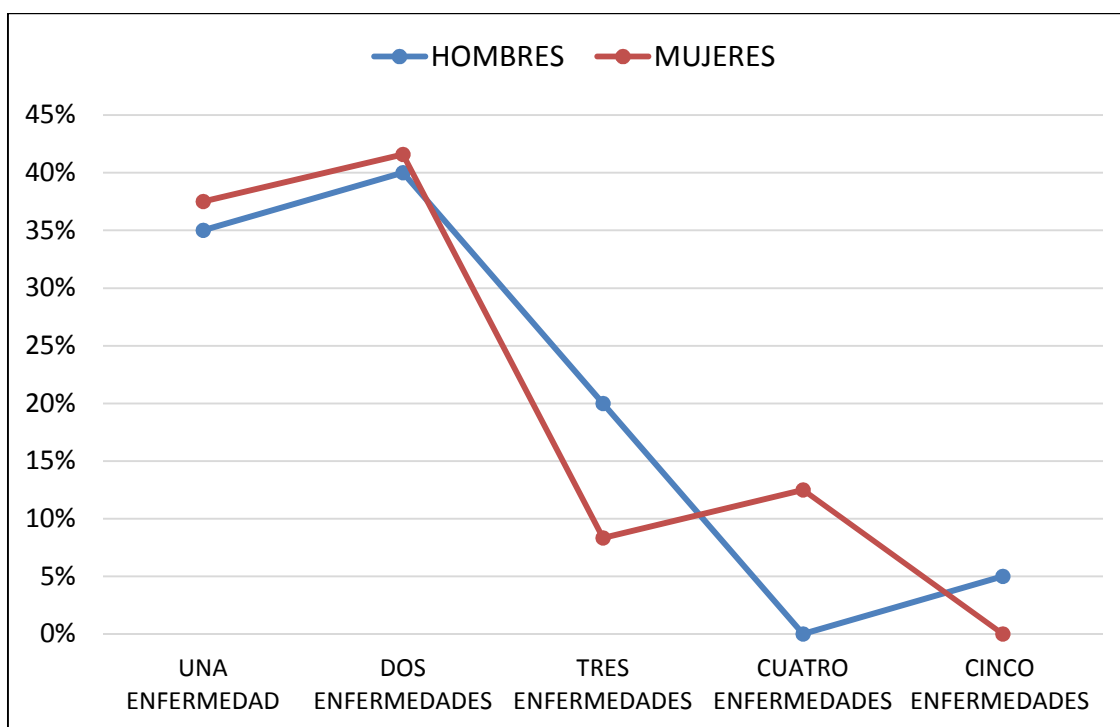
Elaborado por: Liseth García

En el gráfico se puede observar que la hipertensión arterial (HTA) es uno de los diagnósticos más frecuentes en el adulto mayor. Seguido de los diagnósticos de ingreso para recuperación funcional después de la intervención quirúrgica como la artrosis de rodilla. En la encuesta SABE se obtuvo resultado similares: la HTA es la enfermedad crónica con mayor prevalencia (46%), mientras que la artrosis ocupa el segundo lugar (32.5%).

La prevalencia de enfermedades crónicas adquiere importancia en la población de adultos mayores, al ser parte de la transición epidemiológica. Enfermedades como: HTA, Enfermedad cerebro vascular (ECV), Enfermedad pulmonar crónica obstructiva (EPOC) y Diabetes, conforman los diagnósticos encontrados en este estudio.

Según la Agenda de Igualdad para Adultos Mayores (2012-2013) en nuestro país uno de cada tres adultos mayores presenta algún tipo de enfermedad crónica. Las más frecuentes son las enfermedades cardíacas, cáncer, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades pulmonares, diabetes, hipertensión arterial, deterioro cognitivo y depresión. (MIES, 2012)

GRÁFICO N° 7: Comorbilidad de los adultos mayores del HAIAM de acuerdo a sexo, Agosto 2014



Fuente: Valoración geriátrica integral aplicada a los adultos mayores del HAIAM, 2014

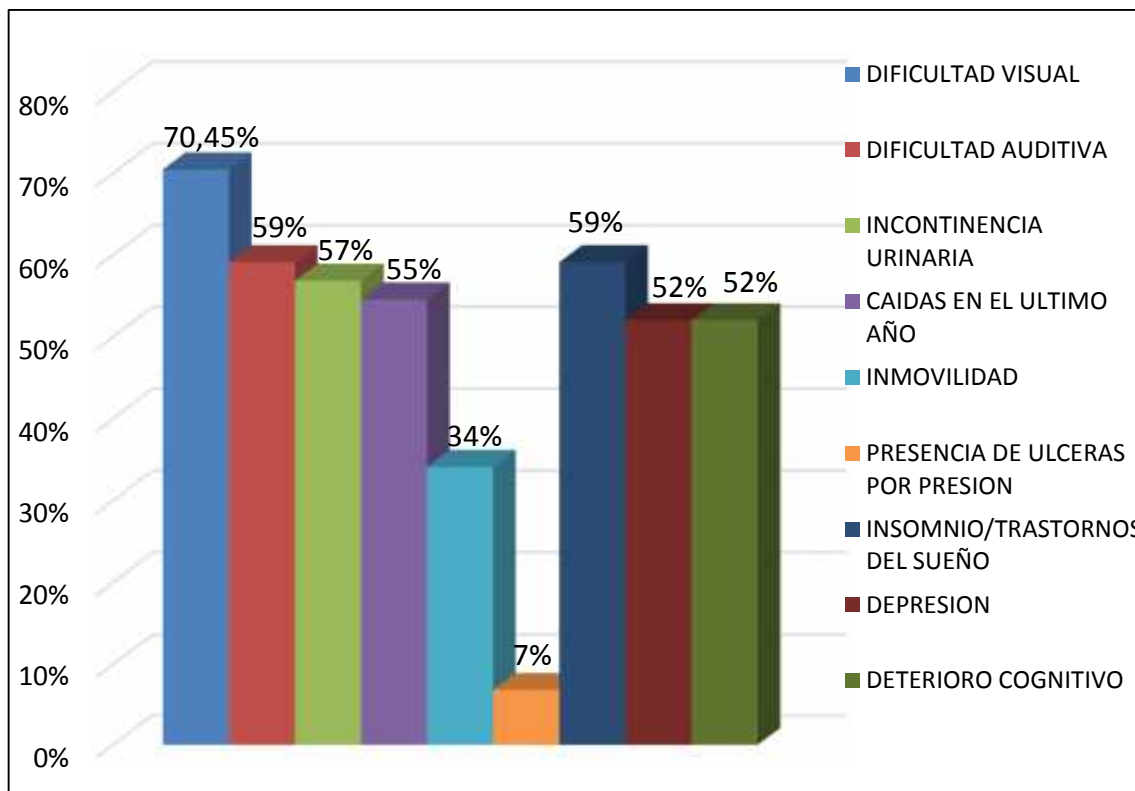
Elaborado por: Liseth García

Con la edad aumenta el número de enfermedades que afectan la salud del adulto mayor, muchas de ellas llevan al paciente a la dependencia e invalidez.

En cuanto al número de enfermedades por adulto mayor se observa que existen personas hasta con 5 enfermedades. Sin embargo, el gráfico refleja una proporción igual de adultos mayores (hombres, mujeres) con 1 y 2 enfermedades, siendo en promedio dos enfermedades por cada adulto mayor, evidenciado el estado de pluripatología que caracteriza a los adultos mayores.

3.2. SÍNDROMES GERIÁTRICOS

GRÁFICO N° 8: Distribución porcentual de los adultos mayores del HAIAM según los síndromes geriátricos, Agosto 2014



Fuente: Valoración geriátrica integral aplicada a los adultos mayores del HAIAM, 2014

Elaborado por: Liseth García

TABLA N° 1: Relación entre síndromes geriátricos y edad de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014

	N	65-74 años	75-84 años	>85 años
Dificultad visual	31	9,67%	38,70%	51,61%
Dificultad auditiva	26	3,84%	46,15%	50%
Insomnio/trastornos del sueño	25	15,38%	50%	34,61%
Caídas en el último año	24	20,83%	29,16%	50%
Inmovilidad	15	6,66%	26,66%	66,66%
Presencia de úlceras por presión	3	0%	100%	0%
Depresión	23	26,08%	30,43%	43,47%
Deterioro cognitivo	23	0%	43,47%	56,52%
Incontinencia urinaria	25	16%	40%	44%

Fuente: Valoración geriátrica integral aplicada a los adultos mayores del HAIAM, 2014

Elaborado por: Liseth García

TABLA N° 2: Relación entre síndromes geriátricos y sexo de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014

	Hombres	Mujeres
	%	%
Dificultad visual	65	75
Dificultad auditiva	65	54
Insomnio/trastornos del sueño	60	58,33
Caídas en el último año	40	66,66
Inmovilidad	15	50
Presencia de úlceras por presión	10	4,16
Depresión	50	54,16
Deterioro cognitivo	50	54,16
Incontinencia urinaria	45	67

Fuente: Valoración geriátrica integral aplicada a los adultos mayores del HAIAM, 2014

Elaborado por: Liseth García

El número de síndromes geriátricos por adulto mayor fue en promedio de: 4.68, resultado muy similar al obtenido por Varela (4,19), en su investigación. (Varela, Chávez, Herrera, Ortiz, & Chigne, 2004). Estos síndromes geriátricos aumentan conforme la edad avanza (Tabla N°1)

La **deprivación sensorial** es uno de los síndromes más frecuentes en el adulto mayor: el 70% de pacientes presentaron dificultad visual, mientras que el 59% dificultad auditiva. Al comparar estos datos con el sexo, se observa que la mujeres presentan mayor porcentaje de dificultad visual, mientras que los hombres mayor porcentaje de dificultad auditiva. Estos déficits sensoriales limitan la funcionalidad del adulto mayor, aumenta la dependencia el riesgo de accidentes y caídas. Además producen aislamiento social.

Los **trastornos del sueño / insomnio** en esta investigación alcanzan el 59%, constituyéndose en el segundo síndrome con más frecuencia; este problema tiene causa multifactorial: relacionado con problemas médicos, la hospitalización o la ingesta de ciertos medicamentos que afectan la calidad del sueño. Al relacionarlo con la edad, podemos visualizar que el 50% de adultos mayores con este problema están en el rango de 75 a 84 años.

El 57% de adultos mayores presentaron **incontinencia urinaria**, este síndrome es más común en las personas mayores de 75 años (Tabla N°1), y en las mujeres (67%) en relación a los hombres (45%). (Tabla N°2). Las causas de incontinencia en las mujeres se atribuyen

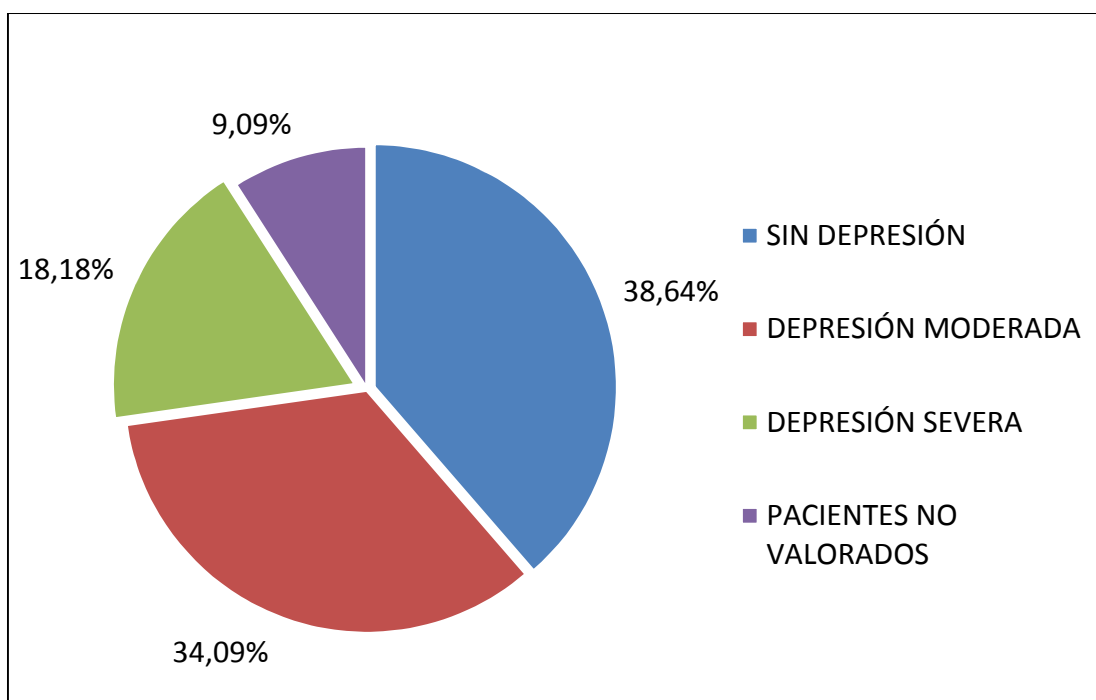
a partos vaginales múltiples y a la etapa postmenopáusica; mientras que en los hombres se producen en su mayoría por problemas en la próstata.

Las **caídas** son consideradas como uno de los grandes síndromes geriátricos, por su alta relación con la limitación funcional y morbilidad. En esta investigación el 55% de adultos mayores presentaron al menos una caída en el último año, la proporción de adultos mayores aumenta conforme se incrementa la edad, siendo más frecuente en las mujeres (66,66%) que en los hombres (40%). (Tabla N°2). Hay ciertos factores que aumentan el riesgo de caídas, en este estudio se evaluó a través de la escala de Downton este riesgo, considerando los siguientes parámetros: caídas previas, medicamentos, déficit sensoriales, estado mental y deambulación; dando como resultado que el 70,45% de adultos mayores tiene un alto riesgo de caídas. Por lo cual es necesario educar a los adultos mayores y sus familiares sobre medidas preventivas en el hogar para evitar que ocurran accidentes.

La valoración del estado mental es una parte importante del proceso de la valoración geriátrica integral; conocer el nivel cognitivo del paciente geriátrico, permite una mejor planificación de sus cuidados y orienta la toma de decisiones. Por consiguiente se evaluó el estado cognitivo de los adultos mayores, se obtuvo como resultado que el 52% presentaron **deterioro cognitivo**, la escala utilizada para esta valoración no clasifica en grados de deterioro, pero nos da una visión global del estado mental de los adultos mayores. Al igual que el deterioro cognitivo, se evidenció que el 52% de adultos mayores presentaron **depresión** (moderada o severa). Al comparar ambos síndromes con el sexo, se encontró mayor prevalencia de deterioro cognitivo y depresión en las mujeres. Y en relación con la edad, se evidencia que mientras la edad aumenta la frecuencia de estos síndromes incrementan.

La inmovilización contribuye a la pérdida de independencia y al aumento de morbilidad. En este estudio el síndrome de **inmovilidad** se encontró en un 34%, al considerar a las personas en: silla de ruedas o que pasan la mayor parte del tiempo en cama, como parte de este síndrome. Por otro lado tan solo el 7% de adultos mayores presentaron **ulceras por presión**.

GRÁFICO N° 9: Grado de depresión de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014



Fuente: Valoración geriátrica integral aplicada a los adultos mayores del HAIAM, 2014
Elaborado por: Liseth García

TABLA N° 3: Grado de depresión por sexo y edad de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014

	Grado de depresión	Hombres	Mujeres	Total
		%	%	
65-74 años	Sin depresión	60	20	40
	Moderada	40	80	60
	Severa	0	0	0
75-84 años	Sin depresión	55,56	33,33	53.3
	Moderada	22,22	50	26,66
	Severa	22,22	16,67	20
> 85 años	Sin depresión	20	40	33.33
	Moderada	40	30	33.34
	Severa	40	30	33.35

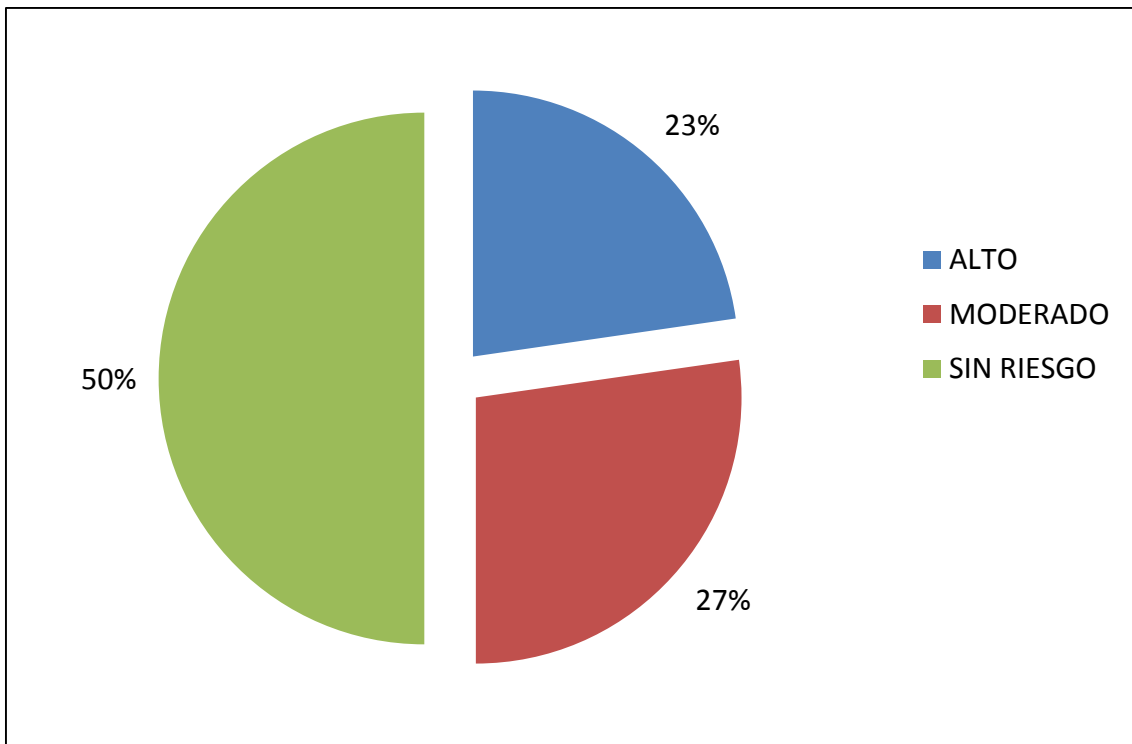
Fuente: Valoración geriátrica integral aplicada a los adultos mayores del HAIAM, 2014
Elaborado por: Liseth García

Según la OMS la depresión afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 1,6% de la discapacidad total en los de 60 años de edad y mayores. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas de esa etapa de la vida. (OMS, 2013).

En la encuesta SABE, la prevalencia de la depresión en ambos sexos fue del 40%, mientras que este estudio se obtuvo que el 52% de adultos mayores tenían depresión, categorizados en: depresión moderada (34,09%) y severa (18,18%). Se debe considerar que la prevalencia de depresión es mayor en pacientes hospitalizados e institucionalizados. Es importante mencionar que el 9% de adultos mayores no fueron valorados, por la dificultad que tuvieron para responder las preguntas de la escala, ya que presentaban deterioro cognitivo.

En la Tabla N°3 se puede observar que la prevalencia de depresión severa o establecida aumenta con la edad, siendo más frecuente en los adultos mayores que tienen más de 75 años, posiblemente por la pérdida de independencia, aparición de enfermedades crónicas, soledad y abandono. Este problema se evidencia en ambos sexos, con la edad las diferencias de sexo en la depresión tienden a reducirse.

GRÁFICO N° 10: Riesgo de úlceras por presión de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014



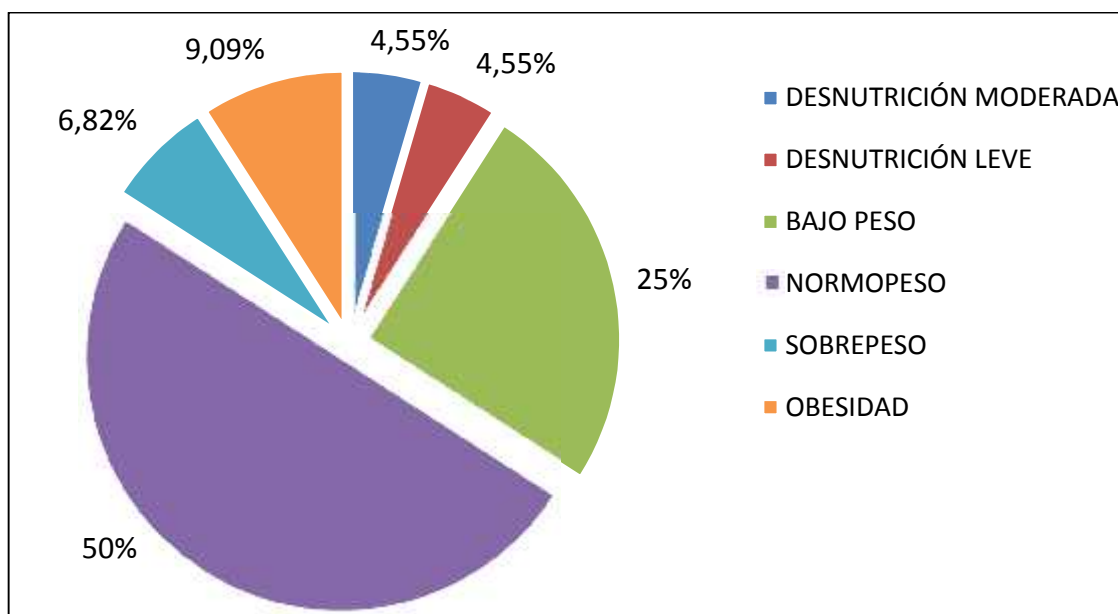
Fuente: Valoración geriátrica integral aplicada a los adultos mayores del HAIAM, 2014

Elaborado por: Liseth García

En esta investigación el 7% de adultos mayores presentaron úlceras por presión, porcentaje no significativo en comparación con los otros síndromes; sin embargo es uno de los problemas más frecuentes en los adultos mayores hospitalizados, por lo cual se evaluó el riesgo de úlceras por presión, a través de la escala de Norton; conformada por los siguientes parámetros: estado general, estado mental, movilidad, actividad e incontinencia, obteniendo como resultado que el 27% presentan riesgo moderado y el 23% riesgo alto. En consecuencia es necesario adoptar medidas preventivas en el cuidado y educación al adulto mayor para evitar complicaciones futuras.

3.3. ESTADO NUTRICIONAL

GRÁFICO N° 11: Estado nutricional de los adultos mayores del HAIAM de acuerdo al IMC, Agosto 2014



Fuente: Valoración geriátrica integral aplicada a los adultos mayores del HAIAM, 2014

Elaborado por: Liseth García

TABLA N° 4: Estado nutricional de los adultos mayores del HAIM de acuerdo a sexo, Agosto 2014

	Hombres %	Mujeres %
Desnutrición moderada	5	4,16
Desnutrición leve	5	4,16
Bajo peso	15	33,33
Normopeso	65	37,5
Sobrepeso	10	4,16
Obesidad	0	16,66

Fuente: Valoración geriátrica integral aplicada a los adultos mayores del HAIAM, 2014

Elaborado por: Liseth García

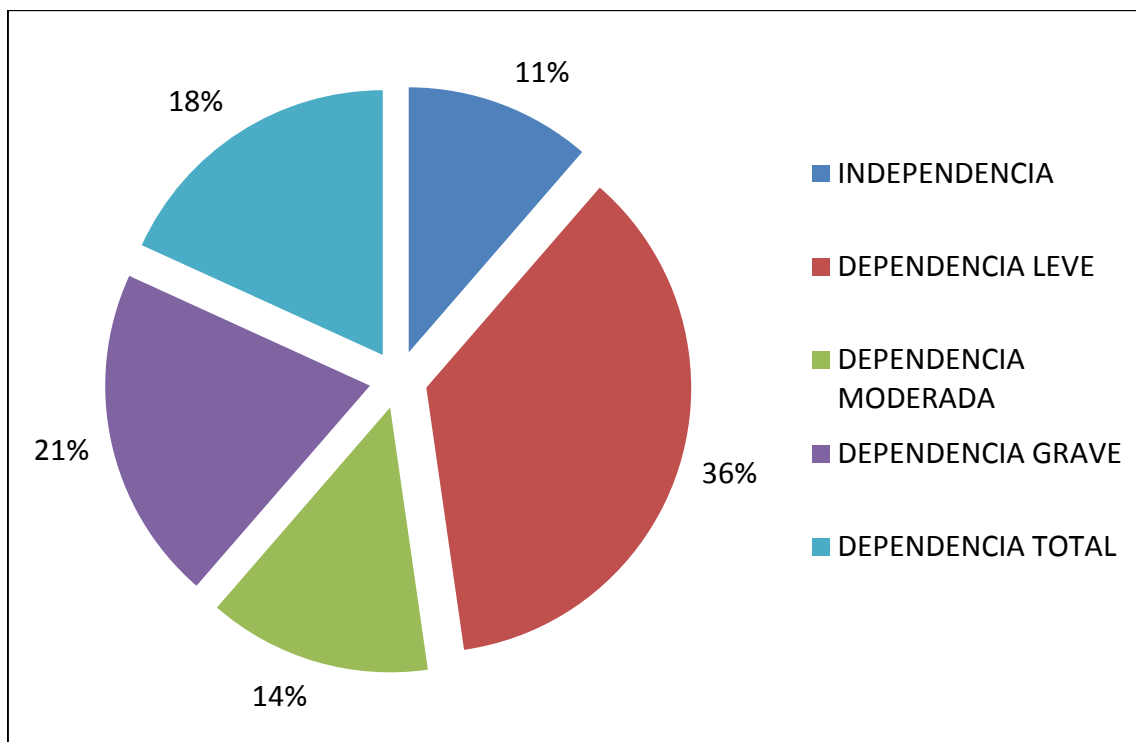
En la actualidad, las causas principales de morbilidad en los adultos mayores son las enfermedades crónico-degenerativas las cuales están asociadas a alteraciones de la nutrición. En esta etapa existe alto riesgo de manifestar deficiencias nutricionales debido a una disminución de las reservas energéticas y a una inadecuada ingestión de nutrientes. (Reyes, Ibarra, García, & Gómez, 2010).

En el Gráfico N°11 podemos visualizar que el 50% de pacientes tienen su peso dentro de parámetros normales. Mientras que el 25% bajo peso, seguido de desnutrición leve y moderada con un porcentaje de 4,55% cada una respectivamente. Al igual que los problemas de desnutrición, el sobrepeso y la obesidad están presentes en los adultos mayores. En esta investigación el 9,09% presentaron obesidad y el 6,82% sobrepeso. La presencia de bajo peso es mayor en las mujeres en relación a los hombres, mientras tanto que la obesidad está presente solamente en el sexo femenino.

Adicionalmente a la evaluación del estado nutricional con el IMC; se aplicó la escala Mini nutricional, a partir de la cual se obtuvo el riesgo de desnutrición: considerado factores de riesgo como: disminución de ingesta, pérdida de peso, inmovilidad, enfermedad aguda y problema neuro psicológico; obteniendo como resultado que el 56,82% de adultos mayores poseen riesgo de desnutrición.

3.3. FUNCIONALIDAD

GRÁFICO N° 12: Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014



Fuente: Valoración geriátrica integral aplicada a los adultos mayores del HAIAM, 2014

Elaborado por: Liseth García

TABLA N° 5: Porcentaje de adultos mayores con dependencia en las ABVD, HAIAM Agosto 2014.

	N	%
Comer	23	52,27%
Lavarse	28	63,64%
Vestirse	27	61,36%
Arreglarse	18	40,91%
Deposiciones	10	22,73%
Micción	27	61,36%
Usar le retrete	28	63,64%
Trasladarse	25	56,82%
Deambular	34	77,27%
Subir y bajar escalares	39	88,64%

Fuente: Valoración geriátrica integral aplicada a los adultos mayores del HAIAM, 2014

Elaborado por: Liseth García

TABLA N° 6: Grado de dependencia en las ABVD de acuerdo a sexo y edad de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014

	Grado de dependencia	Hombres	Mujeres	Total
		%	%	%
65-74 años	Independiente	0	20	10
	Leve	80	40	60
	Moderado	20	40	30
	Grave	0	0	0
	Total	0	0	0
75-84 años	Independiente	30	12,5	22,22
	Leve	30	37,5	33,33
	Moderado	20	12,5	16,67
	Grave	0	12,5	5,56
	Total	20	25	22,22
> 85 años	Independiente	0	0	0
	Leve	40	18,18	25
	Moderado	0	0	0
	Grave	60	45,45	50
	Total	0	36,36	25

Fuente: Valoración geriátrica integral aplicada a los adultos mayores del HAIAM, 2014

Elaborado por: Liseth García

Las ABVD permiten al adulto mayor vivir con independencia, sin la necesidad de pedir ayuda continua a otros. Entre las ABVD encontramos: comer, bañarse, vestirse, controlar esfínteres, usar el retrete, trasladarse, deambular, subir y bajar escaleras.

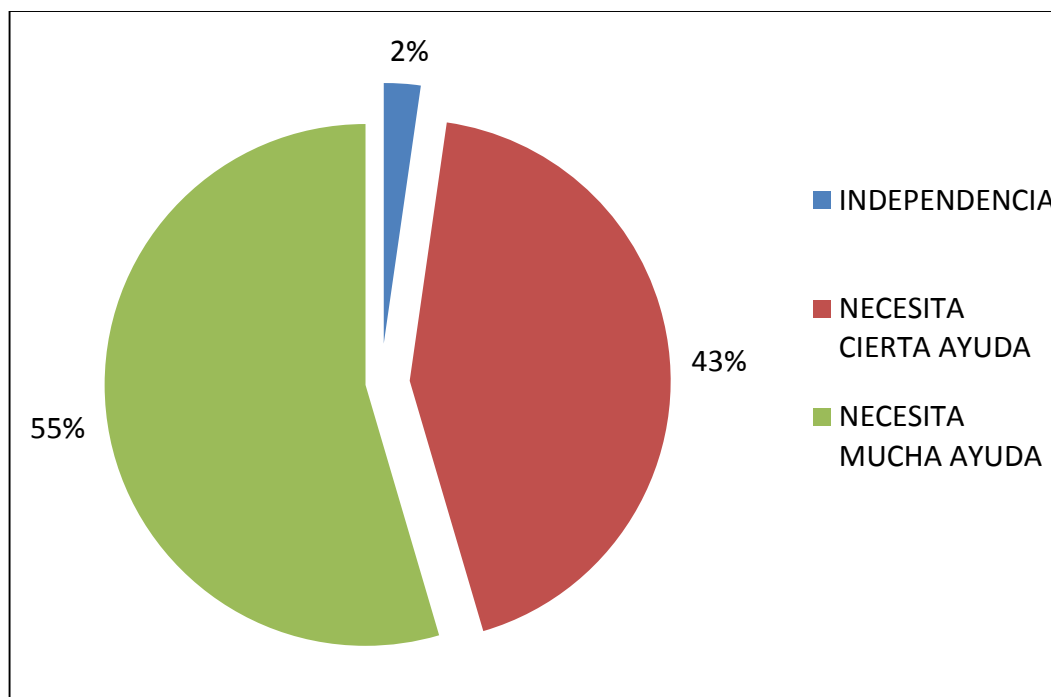
La evaluación de las ABVD se realizó a través del Índice de Barthel, y se obtuvo como resultado que el 36% de adultos mayores presentaron dependencia leve, el 14% dependencia moderada, 21% dependencia grave, 18 % dependencia total y tan solo el 11% son independientes en todas las actividades. (Gráfico N° 12)

Al comparar el grado de dependencia con el sexo y edad (Tabla N°6) se evidenció que la limitación en las ABVD aumenta con la edad. La dependencia total aparece a partir de los 75 años. Con respecto al sexo: en el rango de edad de 65-74 años los hombres presentan más dependencia en comparación con las mujeres; mientras tanto que en los adultos mayores con más de 75 años el grado de dependencia total es mayor en las mujeres.

En la Tabla N°5 se detalla el porcentaje de adultos mayores con dependencia por cada actividad, se consideró dependiente: aquella persona que en la escala presentaba dependencia, necesidad de supervisión o ayuda física. Las actividades con mayor porcentaje,

estuvieron relacionadas con la movilidad: subir y bajar escaleras (88,64%) y deambular (77,27%).

GRÁFICO N° 13: Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014



Fuente: Valoración geriátrica integral aplicada a los adultos mayores del HAIAM, 2014
Elaborado por: Liseth García

TABLA N° 7: Grado de dependencia en las AIVD de acuerdo a sexo y edad de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014

		Hombres	Mujeres	Total
		%	%	%
65-74 años	Independiente	0	0	0
	Necesita cierta ayuda	80	80	80
	Necesita mucha ayuda	20	20	20
75-84 años	Independiente	0	12,5	5,56
	Necesita cierta ayuda	50	50	50
	Necesita mucha ayuda	50	37,5	44,44
> 85 años	Independiente	0	0	0
	Necesita cierta ayuda	20	9,09	12,5
	Necesita mucha ayuda	80	90,91	87,5

Fuente: Valoración geriátrica integral aplicada a los adultos mayores del HAIAM, 2014
Elaborado por: Liseth García

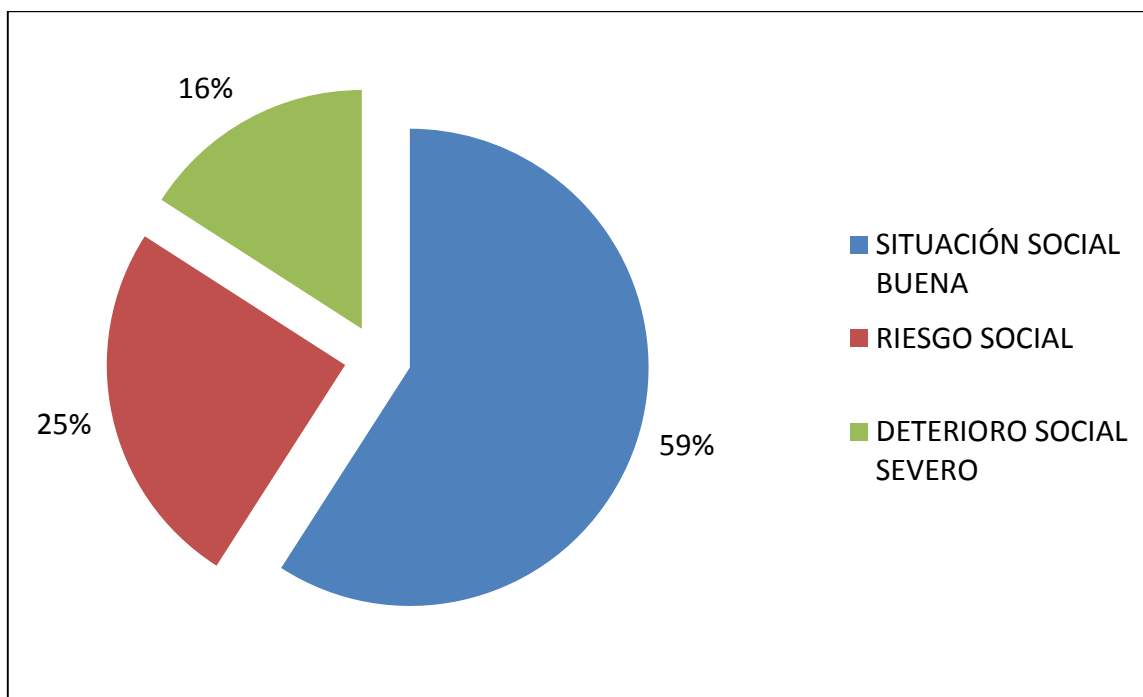
Dentro de la valoración funcional, también están consideradas las AIVD, las cuales están orientadas a la interacción con el entorno, son más complejas que las ABVD. Entre las AIVD encontramos: uso del teléfono, transporte, preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, ir de compras, manejar dinero y medicamentos.

La evaluación de las AIVD se realizó a través de la escala a de Lawton y Brody. En el Gráfico N°13 se puede observar que el 55% de adultos mayores necesitan mucha ayuda para realizar las AIVD, el 43% necesitan cierta ayuda, y tan solo el 2% son totalmente independientes.

La dependencia aumenta conforme la edad se incrementa. Al comparar estos datos con el sexo, se observa que la dependencia es mayor en las mujeres a partir de los 85 años. Resultado que concuerda con la encuesta SABE, donde se encontró que la limitación en las mujeres tanto para ABVD como para AIVD supera a la limitación en los hombres.

3.4. SITUACIÓN SOCIAL

GRÁFICO N° 14: Situación social de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014



Fuente: Valoración geriátrica integral aplicada a los adultos mayores del HAIAM, 2014
Elaborado por: Liseth García

TABLA N° 8: Valoración socio familiar de los adultos mayores del HAIAM, Agosto 2014

SITUACIÓN FAMILIAR	N	%
Vive con familia o pareja sin conflictos	26	59,09
Vive con pareja de edad similar	10	22,73
Vive con familiar o pareja con conflictos	1	2,27
Vive solo, familia no cubre necesidades	7	15,91
Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia	0	0,00
RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES		
Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio	3	6,82
Solo se relaciona con familia y vecinos, sale de casa	8	18,18
solo se relaciona con familia, sale de casa	12	27,27
No sale de su domicilio, recibe familia o visitas(>1 por semana)	21	47,73
No sale del domicilio, ni recibe visitas (<1 por semana)	0	0,00
APOYOS RED SOCIAL		
No necesita ningún apoyo	3	6,82
Recibe apoyo de la familia y/o vecinos	27	61,36
Recibe apoyo social formal suficiente	1	2,27
Tiene soporte social pero es insuficientes	10	22,73
No tiene ningún soporte social y lo necesita	3	6,82

Fuente: Valoración geriátrica integral aplicada a los adultos mayores del HAIAM, 2014

Elaborado por: Liseth García

El funcionamiento social es considerado como un factor protector o de riesgo que determina el bienestar del adulto mayor. Por lo tanto realizar una evaluación social es de vital importancia, ya que nos permite conocer los recursos y apoyo social con que cuenta el adulto mayor.

Se evaluó la situación social considerando: la situación familiar (con quien vive), las relaciones sociales y la necesitada de apoyo de red social. Se obtuvo como resultado que el 59% de adultos mayores tiene una situación social buena, el 25% riesgo social mientras que el 16% presentaron deterioro social severo.

El 59,09% de adultos mayores refirieron vivir con algún familiar o pareja sin conflictos, el 47, 73% nos sale de su domicilio pero recibe visitas; mientras que el 61,36% expresaron recibir apoyo de la familia y/o vecinos.

3.5. DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

La Valoración Geriátrica Integral nos permite obtener una visión general de los problemas que afectan la salud y calidad de vida del adulto mayor. Esta se constituye como la primera etapa del Plan de Atención de Enfermería; para que la VGI sea efectiva es necesario identificar los diagnósticos de enfermería y las posibles intervenciones que permitirán mejorar la atención del adulto mayor y su estado de salud.

En base a los resultados obtenidos en esta investigación, a continuación se detallan los diagnósticos enfermeros más importantes considerando la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y sus intervenciones. Los diagnósticos enfermeros están ordenados según la prevalencia encontrada en este estudio, partiendo desde los síndromes geriátricos.

PROBLEMAS REALES	PROBLEMAS POTENCIALES
Trastorno de la percepción sensorial: visual	Riesgo de caídas
Deterioro de la comunicación verbal	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
Trastorno del patrón del sueño	Riesgo de síndrome de desuso
Insomnio	
Incontinencia urinaria de esfuerzo	
Incontinencia urinaria de urgencia	
Déficit de actividades recreativas	
Bajo autoestima crónica	
Deterioro de la memoria	
Confusión crónica	
Deterioro de la integridad cutánea	
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	
Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades	
Deterioro en la movilidad física	
Déficit de autocuidado: baño	
Déficit de actividades instrumentales	
Deterioro de la interacción social	

	Prevalencia encontrada a través de la VGI	Diagnóstico de enfermería	Intervenciones
DIFICULTAD VISUAL	70,45%	(00122) Trastorno de la percepción sensorial: visual relacionado con envejecimiento manifestado por disminución de la agudeza visual	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar iluminación segura • Si el paciente no utiliza lentes, indicar la necesidad de una evaluación con el oftalmólogo para prescripción de lentes. • Indicar al paciente que debe : <ul style="list-style-type: none"> -Asegurar iluminación adecuada en todas las habitaciones de su casa y luz tenue en la noche -Tener un interruptor a su alcance y cerca de la cama, si es posible. <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar y adoptar medidas preventivas para riesgo de caídas.
RIESGO DE CAÍDAS	70,45%	(00155) Riesgo de caídas relacionado con deterioro de la movilidad física	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la cama en la posición más baja • Asegurar que el paciente tenga zapatillas con suelas antideslizantes • Proporcionar y enseñar el uso adecuado de dispositivos de ayuda (bastón, andador) • Mantener una buena iluminación • Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos: <ul style="list-style-type: none"> -Eliminar alfombras, evitar el desorden. -Asegurar superficies antideslizantes en la bañera -Instalar pasamanos en los pasillos y escaleras

DIFICULTAD AUDITIVA	59%	(00051) Deterioro de la comunicación verbal relacionado con limitación auditiva manifestado por dificultad para entender a los demás	<ul style="list-style-type: none"> • Usar técnicas que incrementen la comprensión: -Mirar a la persona a la cara y establecer contacto visual si es posible -Usar indicaciones simples -Fomentar el uso de gestos y mímica -Confirmar que la persona comprende el mensaje • Si la persona puede oír con audífono, asegurarse de que este prendido y funcione • Si la persona puede oír con un oído, hablarle de manera pausada y clara de ese lado • Dar por escrito y oralmente los mensajes importantes • Evaluar si existe tapón de cerumen y si este influye en la audición
	59%	(00198) Trastorno del patrón del sueño relacionado con hospitalización manifestado por informar dificultad para conciliar el sueño a causa de factores externos como luz, ruido	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar los procedimientos para disminuir al máximo las interrupciones durante el periodo del sueño • Limitar las visitas durante los periodos de descanso • Colocar al paciente con un compañero compatible, si es posible. • Controlar factores ambientales que afectan el sueño del paciente (ruido, luz)
		(00095) Insomnio relacionado con malestar físico (dolor, incontinencia, tos ,etc.) manifestado por dificultad para conciliar el sueño , despertares frecuentes y cansancio diurno	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar factores que alteren el sueño como dolor, tos (medicación) • Pedir al paciente que limite la ingesta de líquidos durante la noche y que evacue antes de acostarse • Valorar con el paciente sus rutinas habituales para dormir • No propiciar siestas más de 90 min • Educar al paciente sobre medidas de higiene del sueño

INCONTINENCIA URINARIA	57%	(00017) Incontinencia urinaria de esfuerzo relacionado con pérdida del tono muscular manifestado por pérdida involuntaria de orina al toser, reír o estornudar.	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente a fortalecer la musculatura del suelo pélvico • Usar prendas protectoras • Si el paciente se moja, cambiar la ropa tan pronto como sea posible • Explicar que no se debe restringir la ingesta de líquidos por miedo a la incontinencia • Instruir al paciente sobre cómo evitar infecciones de las vías urinarias y sus signos y síntomas.
		(00019) Incontinencia urinaria de urgencia relacionado con disminución de la capacidad vesical manifestado por incapacidad de llegar al inodoro a tiempo para evitar la pérdida de orina	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el patrón de micción (control I/E) • Establecer un patrón de micción planificada.(al despertarse, después de las comidas, antes de acostarse) • Animar al paciente a tratar de retener la orina hasta el momento de miccionar, si es posible • Instruir al paciente sobre cómo evitar infecciones de las vías urinarias y sus signos y síntomas.
DEPRESIÓN	52%	(00097) Déficit de actividades recreativas relacionado con dificultad para acceder a las actividades habituales secundaria a déficits sensitivos/motores manifestado por informar el abandono de actividades de interés.	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular la motivación mostrando interés y fomentando al compartir sentimientos y experiencias • Explorar los intereses del paciente y la factibilidad de intentar una nueva actividad • Sugerir la participación en grupos para adultos mayores (Sesenta y Piquito) • Alentar al paciente a usar sus fortalezas para ayudar a otros y a sí mismo.

		(00119)Bajo autoestima crónico relacionado con sentimientos de minusvalía manifestado por verbalizaciones negativas sobre si mismo	<ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a expresar sus sentimientos, especialmente acerca de cómo piensa o se ve a sí mismo • Animar al paciente a identificar sus virtudes • Animar los buenos hábitos físicos (dormir, alimentarse bien) • Enseñar a hacer ejercicios de desarrollo de estima(autoafirmación, trabajo de espejo, relajación) • Animar al paciente a participar en actividades sociales comunitarias. • Valorar y movilizar el sistema actual de apoyo
DETERIORO COGNITIVO	52%	(00131) Deterioro de la memoria relacionado con trastornos neurológicos por la edad manifestado por incapacidad de recordar acontecimientos e informar experiencias de olvido	<ul style="list-style-type: none"> • Dar información exacta acerca de los cambios que ocurren con la edad • Explicar al paciente y sus familiares la diferencia que hay entre el olvido debido a la edad y la demencia • Enseñar al paciente métodos para mejorar la capacidad memorística <p>-Tener sitios específicos para objetos específicos, mantener los objetos en el sitio asignado</p> <p>-Repetir en voz alta o poner por escrito las cosas que se desea recordar.</p> <p>-Usar recordatorios auditivos (alarmas, despertador)</p> <p>-Dividir la información en bloques pequeños y más fáciles de recordar. (direcciones, números telefónicos)</p> <p>-Recurrir a la observación activa, prestar atención a los detalles del entorno</p> <p>-Fomentar la participación en actividades que requieran concentración, (juegos de cartas, crucigramas)</p>

		<p>(00129) Confusión crónica relacionado con degeneración progresiva de la corteza cerebral secundaria a demencia senil manifestado por pérdidas cognitivas, intelectuales y memoria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener a la persona orientada en el tiempo y lugar -Referirse a la hora del día y lugar cada mañana • Evitar que el paciente se lesione -Solicitar la ayuda de familiares o amigos para vigilar al paciente • Adaptar la comunicación al nivel del paciente -Usar frases sencillas y presentar una idea a la vez -Hablar en tono de voz claro, bajo y respetuoso -Si es posible enseñar a reforzar la comunicación verbal <ul style="list-style-type: none"> • Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente, si procede. • Asegurar el confort físico y la cobertura de salud de las necesidades básicas
<p>RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN</p>	<p>50%</p>	<p>(00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con limitación en la movilidad e incontinencia urinaria</p>	<p>Incontinencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener una suficientes ingesta de líquidos para una hidratación adecuada • Establecer horario para vaciar la vejiga • Aplicar un barrera protectora en la región perineal <p>Inmovilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando sea posible fomentar los ejercicios de amplitud de movimientos y movilidad • Promover la circulación óptima cuando la persona esté en cama <p>-Aplicar un programa de cambios posturales que alivie las zonas vulnerables</p> <p>-Mantener la cama tan lisa como sea posible para reducir las fuerzas de cizallamiento</p> <p>-Reducir la presión en la piel con una superficie de apoyo apropiada (almohadas)</p> <p>-No frotar las áreas enrojecidas</p>

			<p>-Limitar el tiempo de estar sentados en el caso de pacientes con alto riesgo de úlceras por presión</p> <p>-Inspeccionar las zonas con riesgo de úlceras por presión</p> <p>Nutrición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la ingesta de proteínas • Educar a los familiares y paciente sobre medidas preventivas.
INMOVILIDAD	34%	(00040)Riesgo de síndrome de desuso relacionado con disminución de agilidad motora y debilidad muscular	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la función respiratoria óptima <p>-Alentar la realización de ejercicios de respiración profunda y tos controlada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas preventivas de úlceras por presión • Mantener buena alineación corporal de paciente para prevenir complicaciones <p>-Usar un tablero para los pies</p> <p>-Mantener los codos ligeramente flexionados</p> <p>-Evitar que el paciente este sentado por periodos prolongados</p> <p>-Indicar al paciente que tiene que mover repetidamente los dedos de los pies, hacia arriba y hacia abajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover factores que mejoren el flujo sanguíneo venoso <p>- Considerar el uso de medias elásticas</p> <p>-Inspeccionar las piernas en busca de edema, calor, enrojecimiento todos los días</p> <p>-Recordar al paciente que cambie de posición y mueva las extremidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener movilidad de extremidades <p>-Realizar ejercicios de amplitud de movimientos</p> <p>-Apoyar las extremidades con almohadas</p> <p>-Alentar la pacientes a realizar ejercicios para articulaciones específicas tal como prescribe el fisioterapeuta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenir el estreñimiento

			<p>-Fomentar el consumo de 8 10 vasos de líquido, si no está contraindicado y una dieta rica en fibra.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la sensación de bienestar <p>-Alentar al paciente a expresar sus sentimientos y miedos sobre su estado de salud actual</p>
ULCERAS POR PRESIÓN	7%	(00046) Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la destrucción mecánica del tejido secundaria a la presión, cizallamiento y fricción manifestado por alteración de la superficie de la piel	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los estadios de desarrollo de las ulcera por presión(estadios I-IV) • Valorar el estado de la ulcera (tamaño, profundidad, bordes, tipo y cantidad de exudado) • Lavar con cuidado la zona enrojecida con un jabón suave, secar bien. • Masajear suavemente la piel sana alrededor de la zona afectada para estimular la circulación ; no hacerlo si esta enrojecida • Proteger la superficie de la piel sana (apósito permeable, hidrocoloide) • Aumentar la ingesta de proteínas y carbohidratos • Diseñar un plan para el tratamiento de las ulceras por presión <p>-Desbridamiento necrótico -Irigar la base ulcerosa con solución salina estéril -Cubrir la úlcera por presión con un apósito estéril -Controlar signos de infección</p>

ESTADO NUTRICIONAL	25% bajo peso 56,82% riesgo de desnutrición	(00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con disminución del apetito secundario a la edad manifestado por informar disminución en la ingesta de alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar si el pacientes comprende sus necesidades nutricionales (proteínas, carbohidratos, vitaminas, líquidos) • Evaluar si algún factor interfiere en la ingesta de alimentos -Dentadura mala -El paciente suele comer solo -Ingresos insuficientes para comprar alimentos <ul style="list-style-type: none"> • Tomar medidas para estimular el apetito e indicarlás a los familiares -Determinar alimentos preferidos por el pacientes -Controlar dolor y nauseas antes de las comidas -Eliminar olores y cualquier cosa que sea desagradable a la vista de la zona donde se come -Ofrecer alimentos variados
	9,09% Obesidad 6,82% Sobrepeso	(00001) Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas manifestado por IMC superior a 27	<ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a seguir una dieta prescrita -Determinar el conocimiento por parte del paciente sobre los cuatro grupos alimenticios básicos -Facilitar la identificación de conductas alimentarias que se desea cambiar -Ayudar al paciente a acomodar sus preferencia de comidas en la dieta prescrita -Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a integrar un programa de ejercicios en su rutina semanal -Informar al paciente sobre los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio -Incluir a la familia / cuidadores del paciente en la planificación y manteniendo del programa de ejercicios

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	36% dependencia leve	(00085) Deterioro en la movilidad física relacionado con reducción de la agilidad motora manifestado por incapacidad de moverse independientemente en el entorno	<ul style="list-style-type: none"> • Educar al paciente sobre la manera correcta de utilizar los dispositivos de ayuda (andador, bastón, muletas, silla de ruedas) • Incrementar la movilidad de las extremidades, de acuerdo a la condición del paciente (ejercicios pasivos, activos, etc.) • Alentar la deambulaci3n con paseos frecuentes y breves, con ayuda en caso de inestabilidad • Aumentar progresivamente la distancia que camina cada d3a • Promover la motivaci3n y el cumplimiento de los ejercicios prescritos por el fisioterapeuta
		(00108) D3ficit de autocuidado: ba3o/higiene relacionado con disminuci3n en la capacidad visual y motora manifestado por incapacidad para acceder al ba3o, lavar o secar el cuerpo.	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel de dependencia (leve, moderada, severa) • Alentar a la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la actividad dada • Proporcionar privacidad durante la rutina de ba3o • Colocar utensilios de ba3o en el lugar m3s accesible para el paciente
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA	55% necesita mucha ayuda	D3ficit de actividades instrumentales relacionado con disminuci3n en la capacidad visual y motora manifestado por incapacidad para realizar al menos una actividad instrumental.	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar dispositivos de ayuda para realizar las actividades • Evaluar la capacidad de paciente para preparar diariamente comida nutritiva • Ofrecer sugerencias para mejorar el cumplimiento del horario de la medicaci3n • Identificar una persona que pueda ofrecerle ayuda inmediatamente

<p style="text-align: center;">SITUACIÓN SOCIAL</p>	<p style="text-align: center;">25% situación intermedia</p>	<p>(00052) Deterioro de la interacción social relacionado con el cambio de patrones sociales habituales secundario a déficits funcionales manifestado por informar no salir de casa y recibir pocas visitas de sus familiares</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a expresar sus sentimientos y percepciones • Determinar el grado de apoyo familiar • Implicar a los familiares en el cuidado del paciente • Alentar al paciente a la socialización <p>-Animar al paciente a desarrollar relaciones y salir de casa. -Fomentar las habilidades sociales y comunitarias</p>
--	---	---	---

(Carpenito, 2013)

CONCLUSIONES

- A través de la Valoración Geriátrica integral se obtuvo una visión completa del estado del adulto mayor, detectando los principales síndromes geriátricos, su estado funcional, cognitivo, afectivo, nutricional y social:
 - Los síndromes geriátricos más frecuentes fueron: deprivación sensorial (visual: 70,45% y auditiva: 59%), trastornos del sueño (59%), incontinencia urinaria (57%), caídas (55%). Los síndromes geriátricos aumentan conforme la edad se incrementa.
 - El 52% presentaron depresión (moderada: 34,09%; severa: 18,18%). Siendo más frecuente en las mujeres, pero con la edad las diferencias de sexo en la depresión tienden a reducirse
 - Al igual que la depresión, se encontró una prevalencia de deterioro cognitivo del 52%, porcentaje mayor en las mujeres y conforme la edad avanza.
 - EL 25% de adultos mayores presentaron bajo peso, mientras que el 9,09% obesidad, siendo la malnutrición mayor en las mujeres en relación a los hombres. Se encontró que el 56,82% presentan riesgo de desnutrición.
 - Respecto a la funcionalidad en las ABVD el 36% de adultos mayores prestaron dependencia leve y el 21% dependencia grave, las actividades de movilidad fueron las más afectadas. En las AIVD el 55% necesita mucha ayuda para realizarlas y tan solo el 2% son independientes. El porcentaje de dependencia aumenta con la edad, en rangos de edad avanza la dependencia es mayor en las mujeres.
 - El 25% de adultos mayores presentaron riesgo social.
- La enfermera como el personal que atiende las 24 horas al paciente y como encargada de la gestión de cuidados tiene un papel relevante en mantener la funcionalidad del adulto mayor, detectar los síndromes geriátricos, problemas sociales, cognitivos, afectivos; para lo cual debe aplicar la valoración geriátrica integral, el cual le permitirá elaborar los diagnósticos enfermeros y sus intervenciones, dando como resultado un plan de cuidado individualizado y de calidad.

- A pesar de que el objetivo principal de esta tesis no era evaluar la efectividad de un instrumento para la VGI, se evidenció que el instrumento elaborado para la recolección de datos valora integralmente al adulto mayor (97%), además que permite un registro fácil y rápido.

RECOMENDACIONES

- Al existir una alta prevalencia de síndromes geriátricos es necesario que la historia clínica se complemente con la Valoración Geriátrica Integral, conformada por la evaluación funcional, cognitiva, efectiva, nutricional y social; para facilitar su detección y posterior prevención de complicaciones, tratamiento y evaluación cronológica.
- Se debe generar y emplear instrumentos de valoración, conformados con las escalas necesarias para valorar al adulto mayor en todas sus dimensiones, con facilidad en su registro y contextualizados a la realidad de nuestros pacientes.
- Para que la implementación de la Valoración Geriátrica Integral sea efectiva, el personal de salud encargado de dar la atención al paciente (enfermera), debe ser capacitado y sensibilizado sobre la importancia de aplicar correctamente esta valoración, la efectividad de la Valoración Geriátrica Integral aumenta cuando el equipo de salud está comprometido y los resultados de la valoración son utilizados para mejorar el plan de cuidados del paciente.
- Se requiere la creación de sistemas de evaluación que verifiquen la implementación de la Valoración Geriátrica Integral a nivel hospitalario, con la finalidad de asegurar la mejor atención posible al paciente geriátrico.
- Se recomienda cumplir con las normas de aplicación de la VGI en el primer nivel de atención tanto en Centros de Salud como Sub centros de Salud, con el fin de detectar oportunamente problemas que se puede resolver en este nivel y evitar posteriores hospitalizaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Arango, C., Fernández, O., & Torres, B. (2006). Ulceras por presión. En S. E. Gerontología, *Tratado de Geriatria para residentes* (págs. 217-226). Madrid.
- Arriola, E. (2004). *De la vulnerabilidad a la incapacidad: utilidad de la valoración integral para la asignación de recursos*. Recuperado el 6 de enero de 2014, de <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/06/06063082.pdf>
- Balanza. (2007). *Perfil profesional requerido en la formación de los enfermeros para la gestión del cuidado del anciano*. Recuperado el 25 de junio de 2014, de <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Enfgeriatria/10/27>
- Barrero, C., García, S., & Ojeda, A. (2005). *Índice de Barthel: Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación*. Recuperado el 8 de enero de 2014, de http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2005/prn051_2l.pdf
- Cardoso, A. (2001). *Síndromes de inmovilidad*. Recuperado el 9 de Enero de 2014, de http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CDgQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.valium.es%2Fenfermeria%2Fsindrom_inmovilidad_anciano.doc&ei=ej3QUr7INuzFsATf1YHoCw&usg=AFQjCNGVNiwcYZAVEgqZfGUaDTnrS4HmoA&bvm=bv.59026428,d.cWc
- Carpenito, L. (2013). *Manual de Diagnósticos Enfermeros*. Lippincott Williams & Wilkins
- CENETEC. (2011). *Guía de práctica clínica para la Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio*. Recuperado el 6 de enero de 2014, de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/491_GPC_valoracixn_geronto-geriatria/IMSS-491-11-GER_Valoracixn_geronto_geriatria.pdf
- CENETEC. (2013). *Guía de referencia rápida: Intervenciones de rehabilitación temprana en el adulto mayor hospitalizado*. Recuperado el 7 de enero de 2014, de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_651_13_intervendeenfrehabilitaciontemprana/imss_651_13_interdeenfrehabilitaciontemprana_grr.pdf
- CEPAL. (2012). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Quito.
- Cruz, E. (2008). *Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad*. Recuperado el 29 de Octubre de 2014, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942008000200014&script=sci_arttext
- Cuidados de enfermería en el adulto mayor*. (s.f.). Recuperado el 25 de junio de 2013, de <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/pdf/cuidadosenfermeria.pdf>

- Chávez, N. (2007). *Consumo de medicamentos en los adultos mayores*. Recuperado el 2 de enero de 2014, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1087/1/chavez_sn.pdf
- Chesnais, J. (1990). *Envejecimiento de la población*. Santiago de Chile: CELADE.
- Ellis, G., Robison, P., & Langhorne, P. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*.
- Fantl, J., & Newman, D. J. (1996). *Urinary incontinence in Adults*.
- Fernández. (s.f.). *Atención de enfermería en los principales síndromes geriátricos*. Recuperado el 9 de enero de 2014, de http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/Aula/sin_ger.pdf
- Fonf, J. (2002). Geriatria: ¿es desarrollo o una necesidad? *MEDISAN*, 69-75.
- García, B. (2002). Persona mayor y demografía: ¿Hacia donde vamos? *Siete días médicos*, p 22-28. Obtenido de http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/70/est01.pdf
- INEC. (2010). *Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento*. Obtenido de <http://www.gerontologia.org/porta1/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf>
- INEC. (2011). *En el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores, 28% se siente desamparado*. Obtenido de http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-1229089-adultos-mayores-28-se-siente-desamparado&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es
- INEC. (2012). *Proyecciones poblacionales*. Obtenido de http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=541%3Aen-el-2050-seremos-234-millones-de-
- Kirkwood, T. (1996). *Mechanisms of Ageing in Epidemiology in Old Age*. London: BMJ Publishing Group.
- Macías, M. C., Guerrero, M. T., Prado, E., Hernández, M. V., & Muñoz, A. (2006). Malnutrición. En S. E. Gerontología, *Tratado de Geriatria para residentes* (págs. 227-240). Madrid. Obtenido de https://cv2.sim.ucm.es/moodle/file.php/22186/Temas_3_Proceso_de_envejecimiento_patol_gico/Tratado_Geriatr_a_SEGG.pdf

- Madariaga, A. (2001). *Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad*. Recuperado el 2 de enero de 2014, de <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/9258/LCL1657p.pdf>
- Márquez, C., Macías, L., Navarro, M., & romero, L. (2006). Justificación, concepto e importancia de los síndromes geriátricos en : Tratado de Geriatria para residentes. En S. E. Gerontología, *Tratado de Geriatria para residentes* (págs. 143-150). Madrid. Recuperado el 6 de enero de 2014, de https://cv2.sim.ucm.es/moodle/file.php/22186/Temas_3_Proceso_de_envejecimiento_patologico/Tratado_Geriatria_SEGG.pdf.
- Martinez, L. H. (2003). *Incontinencia urinaria en el adulto mayor*. Recuperado el 10 de Enero de 2014, de http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A44.pdf
- Martínez, V., Esquivel, C., & Velasco, V. (2010). Recuperado el 9 de enero de 2014, de Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado: http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A91.pdf
- MIES. (2010). *Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento Sabe I Ecuador 2009-2010*. Obtenido de INEC: <http://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/292/download/5322>
- MIES. (2012). *Agenda de Igualdad para adultos mayores* . Obtenido de http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf
- Miralles, R., & Esperanza, A. (2006). Instrumento y escalas de valoración: Tratado de Geriatria para residentes. En S. E. Gerontología, *Tratado de Geriatria para residentes* (págs. 771-789). Madrid. Obtenido de file:///C:/Users/renan/Desktop/Downloads/S35-05%2076_anexo1_III.pdf
- Montaña, M. (2010). *Fragilidad y otros síndromes geriátricos*. . Recuperado el 9 de enero de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102d.pdf>
- MSP. (2008). *Guías Clínicas Geronto Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor*. Quito.
- MSP. (2010). Instrumento: Escalas Geriatricas.
- MSP. (2010). *Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores*. Recuperado el 1 de enero de 2013, de http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Normas_y_protocolos.pdf
- OMS. (2001). *Hombres, envejecimiento y salud*. Recuperado el 28 de diciembre de 2013, de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-hombres-01.rtf>

- OMS. (2012). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Obtenido de Datos interesantes sobre el envejecimiento: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- OMS. (2013). *La salud mental y los Adultos Mayores*. Recuperado el 30 de Octubre de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- ONU. (12 de Abril de 2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Recuperado el 26 de Noviembre de 2013, de http://www.monitoringris.org/documents/norm_glob/mipaa_spanish.pdf
- OPS. (2012). *Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor*. Recuperado el 25 de junio de 2014, de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=17765&Itemid= OPS enfermeria y adulto mayor](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=17765&Itemid=OPS%20enfermeria%20y%20adulto%20mayor)
- OPS/OMS. (s.f.). *Caídas*. Recuperado el 9 de enero de 2014, de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia05.pdf>
- Peralta, C., Varela, L., & Gálvez, M. (2009). *Frecuencia de casos de úlceras de presión y factores*. Recuperado el 29 de Octubre de 2014, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2009000100005&script=sci_arttext
- Reyes, M., Ibarra, F., García, J., & Gómez, A. (2010). *Evaluación nutricional comparada del adulto mayor en consultas de medicina familiar*. Recuperado el 29 de Octubre de 2014, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112010000400021&script=sci_arttext
- Ródenas, I., Garcia, M., Bordas, J., Flores, M., & Martínez, C. (2006). Deprivación sensorial. En S. E. Gerontología, *Tratado de Geriatria para residentes*.
- Rubenstein, L. (2005). Evaluación geriátrica integral: evidencia de su importancia y utilidad. *Medwave*.
- Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral. (2011). *Consenso multidisciplinar sobre el abordaje de la desnutrición hospitalaria en España*. Recuperado el 15 de agosto de 2014, de http://www.senpe.com/IMS/publicaciones/consenso/SENPE_Consenso_Multidisciplinar_Abordaje_Desnutricion_ESP.pdf
- Stuck, A. (23 de octubre de 1993). *Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials*. Recuperado el 2 de Febrero de 2014, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/014067369392884V>
- Tigrás, M. (s.f.). *Escala de la cruz roja*. Recuperado el 8 de enero de 2014, de <http://www.meiga.info/escalas/EscalaDeLaCruzRoja.pdf>

- Torres, L. (1996). *El anciano de hoy, nuestra prioridad. El cuidado de Enfermería*. Santafé de Bogotá.
- Varela, L. (2012). Valoración geriatrica integral. En F. Melgar, & E. Montenegro, *Geriatría y Gerontología para el médico internista* (págs. 145-157). Bolivia: La Hoguera.
- Varela, L., Chávez, H., Herrera, A., Ortiz, P., & Chigne, O. (2004). Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. *Diagnóstico*, 43(2).
- Von Mühlenbrock, S., Gómez, R., González, M., Rojas, A., & Vargas, G. (diciembre de 2011). Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(4), 331-337.
- Zamarrón, M. D. (2007). *Envejecimiento activo*. Recuperado el 28 de diciembre de 2013, de <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/files/2012/04/Envejecimiento-activo.pdf>

ANEXOS


ANEXO N°1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE Y APELLIDO	DIAGNOSTICO	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN	HORA: INICIO	HORA: FINAL																																																																																																																																																																																																																																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: left;">TAMIZAJE RÁPIDO</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">ACTIVIDADES BÁSICAS</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">ACTIVIDADES INSTRUMENTALES</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="width: 5%;">SI</th> <th style="width: 5%;">NO</th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DIFICULTAD VISUAL</td> <td></td> <td></td> <td rowspan="3">COMER</td> <td>INDEPENDIENTE</td> <td>10</td> <td rowspan="3">USA EL TELÉFONO</td> <td>CAPAZ DE UTILIZARLO SIN PROBLEMAS</td> <td>1</td> <td rowspan="3">X</td> </tr> <tr> <td>DIFICULTAD AUDITIVA</td> <td></td> <td></td> <td>NECESITA AYUDA (CORTAR)</td> <td>5</td> <td>MARCA BIEN ALGUNOS NÚMEROS CONOCIDOS</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PERDIDA INVOLUNTARIA DE ORINA</td> <td></td> <td></td> <td>DEPENDIENTE</td> <td>0</td> <td>PUEDE CONTESTAR PERO NO LLAMAR</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>CAÍDAS EN EL ÚLTIMO AÑO</td> <td></td> <td></td> <td rowspan="2">LAVARSE</td> <td>INDEPENDIENTE (ENTRA Y SALE SOLO DEL BAÑO)</td> <td>5</td> <td rowspan="4">USA TRANSPORTE</td> <td>INCAPAZ DE UTILIZARLO</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>INMOVILIDAD</td> <td></td> <td></td> <td>DEPENDIENTE</td> <td>0</td> <td>VIAJA EN TRANSPORTE PUBLICO O CONDUCE</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>PRESENCIA DE ULCERAS POR PRESIÓN</td> <td></td> <td></td> <td rowspan="3">VESTIRSE</td> <td>INDEPENDIENTE (PONERSE Y QUITARSE LA ROPA, ABOTONARSE, ATARSE ZAPATOS)</td> <td>10</td> <td>SOLO EN TAXI, NO EN AUTOBÚS</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>INSOMNIO</td> <td></td> <td></td> <td>NECESITA AYUDA</td> <td>5</td> <td>NECESITA ACOMPAÑAMIENTO</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DEPENDIENTE</td> <td>0</td> <td>ES INCAPAZ DE USARLO</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="2">ARREGLARSE</td> <td>INDEPENDIENTE(LAVARSE: CARA, MANOS, AFEITARSE, MAQUILLARSE)</td> <td>5</td> <td rowspan="3">PREPARA LA COMIDA</td> <td>PLANEA, PREPARA Y SIRVE SIN AYUDA</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DEPENDIENTE</td> <td>0</td> <td>PREPARA SI LE DAN LOS INGREDIENTES</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="3">DEPOSICIONES</td> <td>CONTINENCIA NORMAL</td> <td>10</td> <td>PREPARA PLATOS PRECOCIDOS</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>OCASIONAL(ALGÚN EPISODIO, AYUDA PARA ADMINSTRARSE SUPOSITARIOS)</td> <td>5</td> <td>TIENEN QUE DARLE LA COMIDA HECHA</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>INCONTINENCIA</td> <td>0</td> <td>CUIDA LA CASA SIN AYUDA</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="3">MIICIÓN</td> <td>CONTINENCIA NORMAL (CAPAZ DE CUIDAR LA SONDA)</td> <td>10</td> <td rowspan="4">CUIDA LA CASA</td> <td>HACE TODO, MENOS EL TRABAJO PESADO</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>UN EPISODIO DIARIO COM O MÁXIMO DE INCONTINENCIA (AYUDA PARA CUIDAR LA SONDA)</td> <td>5</td> <td>TAREAS LIGERAS ÚNICAMENTE</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>INCONTINENCIA</td> <td>0</td> <td>NECESITA AYUDA PARA TODAS LAS TAREAS</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="3">USAR EL RETRETE</td> <td>INDEPENDIENTE(IR AL BAÑO, QUITARSE Y PONERSE ROPA)</td> <td>10</td> <td>INCAPAZ DE HACER NADA</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>NECESITA AYUDA PARA IR AL BAÑO, PERO SE LIMPIA SOLO</td> <td>5</td> <td>LO REALIZA PERSONALMENTE</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DEPENDIENTE</td> <td>0</td> <td>SOLO LAVA PEQUEÑAS PRENDAS</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="4">TRASLADARSE</td> <td>INDEPENDIENTE PARA IR DEL SILLÓN A LA CAMA</td> <td>15</td> <td rowspan="4">LAVA LA ROPA</td> <td>ES INCAPAZ DE LAVAR</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>MÍNIMA AYUDA FÍSICA O SUPERVISIÓN</td> <td>10</td> <td>LO HACE SIN NINGUNA AYUDA</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>NECESITA GRAN AYUDA, PERO ES CAPAZ DE MANTENERSE SENTADO SOLO</td> <td>5</td> <td>SOLO HACE PEQUEÑAS COMPRAS</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DEPENDIENTE</td> <td>0</td> <td>TIENEN QUE ACOMPAÑARLO</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="3">DEAMBULAR</td> <td>INDEPENDIENTE (CAMINA SOLO 50 mts)</td> <td>15</td> <td rowspan="4">VA DE COMPRAS</td> <td>ES INCAPAZ DE IR DE COMPRAS</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>NECESITA AYUDA O SUPERVISIÓN PARA CAMINAR 50 mts</td> <td>10</td> <td>RESPONSABLE DE SU MEDICACIÓN</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS SIN AYUDA</td> <td>5</td> <td>HAY QUE PREPARARSELOS</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DEPENDIENTE</td> <td>0</td> <td>INCAPAZ DE HACERLO POR SI MISMO</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="3">ESCALONES</td> <td>INDEPENDIENTE(BAJAR Y SUBIR ESCALERAS)</td> <td>10</td> <td rowspan="3">MANEJA DINERO</td> <td>LLEVA CUENTAS, VA A BANCOS, ETC.</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>NECESITA AYUDA FÍSICA O SUPERVISIÓN</td> <td>5</td> <td>SOLO MANEJA CUENTAS SENCILLAS</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DEPENDIENTE</td> <td>0</td> <td>INCAPAZ DE UTILIZAR DINERO</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">TOTAL</td> <td></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">TOTAL</td> </tr> </tbody> </table>								TAMIZAJE RÁPIDO			ACTIVIDADES BÁSICAS			ACTIVIDADES INSTRUMENTALES				SI	NO								DIFICULTAD VISUAL			COMER	INDEPENDIENTE	10	USA EL TELÉFONO	CAPAZ DE UTILIZARLO SIN PROBLEMAS	1	X	DIFICULTAD AUDITIVA			NECESITA AYUDA (CORTAR)	5	MARCA BIEN ALGUNOS NÚMEROS CONOCIDOS	2	PERDIDA INVOLUNTARIA DE ORINA			DEPENDIENTE	0	PUEDE CONTESTAR PERO NO LLAMAR	3	CAÍDAS EN EL ÚLTIMO AÑO			LAVARSE	INDEPENDIENTE (ENTRA Y SALE SOLO DEL BAÑO)	5	USA TRANSPORTE	INCAPAZ DE UTILIZARLO	4	INMOVILIDAD			DEPENDIENTE	0	VIAJA EN TRANSPORTE PUBLICO O CONDUCE	1	PRESENCIA DE ULCERAS POR PRESIÓN			VESTIRSE	INDEPENDIENTE (PONERSE Y QUITARSE LA ROPA, ABOTONARSE, ATARSE ZAPATOS)	10	SOLO EN TAXI, NO EN AUTOBÚS	2	INSOMNIO			NECESITA AYUDA	5	NECESITA ACOMPAÑAMIENTO	3				DEPENDIENTE	0	ES INCAPAZ DE USARLO	4				ARREGLARSE	INDEPENDIENTE(LAVARSE: CARA, MANOS, AFEITARSE, MAQUILLARSE)	5	PREPARA LA COMIDA	PLANEA, PREPARA Y SIRVE SIN AYUDA	1				DEPENDIENTE	0	PREPARA SI LE DAN LOS INGREDIENTES	2				DEPOSICIONES	CONTINENCIA NORMAL	10	PREPARA PLATOS PRECOCIDOS	3				OCASIONAL(ALGÚN EPISODIO, AYUDA PARA ADMINSTRARSE SUPOSITARIOS)	5	TIENEN QUE DARLE LA COMIDA HECHA	4				INCONTINENCIA	0	CUIDA LA CASA SIN AYUDA	1				MIICIÓN	CONTINENCIA NORMAL (CAPAZ DE CUIDAR LA SONDA)	10	CUIDA LA CASA	HACE TODO, MENOS EL TRABAJO PESADO	2				UN EPISODIO DIARIO COM O MÁXIMO DE INCONTINENCIA (AYUDA PARA CUIDAR LA SONDA)	5	TAREAS LIGERAS ÚNICAMENTE	3				INCONTINENCIA	0	NECESITA AYUDA PARA TODAS LAS TAREAS	4				USAR EL RETRETE	INDEPENDIENTE(IR AL BAÑO, QUITARSE Y PONERSE ROPA)	10	INCAPAZ DE HACER NADA	5				NECESITA AYUDA PARA IR AL BAÑO, PERO SE LIMPIA SOLO	5	LO REALIZA PERSONALMENTE	1				DEPENDIENTE	0	SOLO LAVA PEQUEÑAS PRENDAS	2				TRASLADARSE	INDEPENDIENTE PARA IR DEL SILLÓN A LA CAMA	15	LAVA LA ROPA	ES INCAPAZ DE LAVAR	3				MÍNIMA AYUDA FÍSICA O SUPERVISIÓN	10	LO HACE SIN NINGUNA AYUDA	1				NECESITA GRAN AYUDA, PERO ES CAPAZ DE MANTENERSE SENTADO SOLO	5	SOLO HACE PEQUEÑAS COMPRAS	2				DEPENDIENTE	0	TIENEN QUE ACOMPAÑARLO	3				DEAMBULAR	INDEPENDIENTE (CAMINA SOLO 50 mts)	15	VA DE COMPRAS	ES INCAPAZ DE IR DE COMPRAS	4				NECESITA AYUDA O SUPERVISIÓN PARA CAMINAR 50 mts	10	RESPONSABLE DE SU MEDICACIÓN	1				INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS SIN AYUDA	5	HAY QUE PREPARARSELOS	2				DEPENDIENTE	0	INCAPAZ DE HACERLO POR SI MISMO	3				ESCALONES	INDEPENDIENTE(BAJAR Y SUBIR ESCALERAS)	10	MANEJA DINERO	LLEVA CUENTAS, VA A BANCOS, ETC.	1				NECESITA AYUDA FÍSICA O SUPERVISIÓN	5	SOLO MANEJA CUENTAS SENCILLAS	2				DEPENDIENTE	0	INCAPAZ DE UTILIZAR DINERO	3				TOTAL				TOTAL		
TAMIZAJE RÁPIDO			ACTIVIDADES BÁSICAS			ACTIVIDADES INSTRUMENTALES																																																																																																																																																																																																																																																																		
	SI	NO																																																																																																																																																																																																																																																																						
DIFICULTAD VISUAL			COMER	INDEPENDIENTE	10	USA EL TELÉFONO	CAPAZ DE UTILIZARLO SIN PROBLEMAS	1	X																																																																																																																																																																																																																																																															
DIFICULTAD AUDITIVA				NECESITA AYUDA (CORTAR)	5		MARCA BIEN ALGUNOS NÚMEROS CONOCIDOS	2																																																																																																																																																																																																																																																																
PERDIDA INVOLUNTARIA DE ORINA				DEPENDIENTE	0		PUEDE CONTESTAR PERO NO LLAMAR	3																																																																																																																																																																																																																																																																
CAÍDAS EN EL ÚLTIMO AÑO			LAVARSE	INDEPENDIENTE (ENTRA Y SALE SOLO DEL BAÑO)	5	USA TRANSPORTE	INCAPAZ DE UTILIZARLO	4																																																																																																																																																																																																																																																																
INMOVILIDAD				DEPENDIENTE	0		VIAJA EN TRANSPORTE PUBLICO O CONDUCE	1																																																																																																																																																																																																																																																																
PRESENCIA DE ULCERAS POR PRESIÓN			VESTIRSE	INDEPENDIENTE (PONERSE Y QUITARSE LA ROPA, ABOTONARSE, ATARSE ZAPATOS)	10		SOLO EN TAXI, NO EN AUTOBÚS	2																																																																																																																																																																																																																																																																
INSOMNIO				NECESITA AYUDA	5		NECESITA ACOMPAÑAMIENTO	3																																																																																																																																																																																																																																																																
				DEPENDIENTE	0	ES INCAPAZ DE USARLO	4																																																																																																																																																																																																																																																																	
			ARREGLARSE	INDEPENDIENTE(LAVARSE: CARA, MANOS, AFEITARSE, MAQUILLARSE)	5	PREPARA LA COMIDA	PLANEA, PREPARA Y SIRVE SIN AYUDA	1																																																																																																																																																																																																																																																																
				DEPENDIENTE	0		PREPARA SI LE DAN LOS INGREDIENTES	2																																																																																																																																																																																																																																																																
			DEPOSICIONES	CONTINENCIA NORMAL	10		PREPARA PLATOS PRECOCIDOS	3																																																																																																																																																																																																																																																																
				OCASIONAL(ALGÚN EPISODIO, AYUDA PARA ADMINSTRARSE SUPOSITARIOS)	5	TIENEN QUE DARLE LA COMIDA HECHA	4																																																																																																																																																																																																																																																																	
				INCONTINENCIA	0	CUIDA LA CASA SIN AYUDA	1																																																																																																																																																																																																																																																																	
			MIICIÓN	CONTINENCIA NORMAL (CAPAZ DE CUIDAR LA SONDA)	10	CUIDA LA CASA	HACE TODO, MENOS EL TRABAJO PESADO	2																																																																																																																																																																																																																																																																
				UN EPISODIO DIARIO COM O MÁXIMO DE INCONTINENCIA (AYUDA PARA CUIDAR LA SONDA)	5		TAREAS LIGERAS ÚNICAMENTE	3																																																																																																																																																																																																																																																																
				INCONTINENCIA	0		NECESITA AYUDA PARA TODAS LAS TAREAS	4																																																																																																																																																																																																																																																																
			USAR EL RETRETE	INDEPENDIENTE(IR AL BAÑO, QUITARSE Y PONERSE ROPA)	10		INCAPAZ DE HACER NADA	5																																																																																																																																																																																																																																																																
				NECESITA AYUDA PARA IR AL BAÑO, PERO SE LIMPIA SOLO	5	LO REALIZA PERSONALMENTE	1																																																																																																																																																																																																																																																																	
				DEPENDIENTE	0	SOLO LAVA PEQUEÑAS PRENDAS	2																																																																																																																																																																																																																																																																	
			TRASLADARSE	INDEPENDIENTE PARA IR DEL SILLÓN A LA CAMA	15	LAVA LA ROPA	ES INCAPAZ DE LAVAR	3																																																																																																																																																																																																																																																																
				MÍNIMA AYUDA FÍSICA O SUPERVISIÓN	10		LO HACE SIN NINGUNA AYUDA	1																																																																																																																																																																																																																																																																
				NECESITA GRAN AYUDA, PERO ES CAPAZ DE MANTENERSE SENTADO SOLO	5		SOLO HACE PEQUEÑAS COMPRAS	2																																																																																																																																																																																																																																																																
				DEPENDIENTE	0		TIENEN QUE ACOMPAÑARLO	3																																																																																																																																																																																																																																																																
			DEAMBULAR	INDEPENDIENTE (CAMINA SOLO 50 mts)	15	VA DE COMPRAS	ES INCAPAZ DE IR DE COMPRAS	4																																																																																																																																																																																																																																																																
				NECESITA AYUDA O SUPERVISIÓN PARA CAMINAR 50 mts	10		RESPONSABLE DE SU MEDICACIÓN	1																																																																																																																																																																																																																																																																
				INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS SIN AYUDA	5		HAY QUE PREPARARSELOS	2																																																																																																																																																																																																																																																																
			DEPENDIENTE	0	INCAPAZ DE HACERLO POR SI MISMO		3																																																																																																																																																																																																																																																																	
			ESCALONES	INDEPENDIENTE(BAJAR Y SUBIR ESCALERAS)	10	MANEJA DINERO	LLEVA CUENTAS, VA A BANCOS, ETC.	1																																																																																																																																																																																																																																																																
				NECESITA AYUDA FÍSICA O SUPERVISIÓN	5		SOLO MANEJA CUENTAS SENCILLAS	2																																																																																																																																																																																																																																																																
				DEPENDIENTE	0		INCAPAZ DE UTILIZAR DINERO	3																																																																																																																																																																																																																																																																
			TOTAL				TOTAL																																																																																																																																																																																																																																																																	

Resultado	Grado de dependencia
< 20	total
20-35	grave
40-55	moderado
>60	leve
100	independiente

Máxima puntuación : 100 (90 si va en silla de ruedas)

Independencia: hasta 8
 Necesita cierta ayuda (dependencia moderada): 8-20
 Necesita mucha ayuda (dependencia severa): mas de 20

COGNITIVO		1 PUNTO CADA RESPUESTA CORRECTA	
SABE FECHA (0-4 puntos)	MES		
	DÍA MES		
	AÑO		
	DÍA SEMANA		
APRENDE EL NOMBRE DE TRES OBJETOS (0-3 puntos)	ÁRBOL		
	MESA		
	AVIÓN		
	NÚM. REPETICIONES:		
REPITE NUMERO AL REVÉS : 1,3,5,7,9. (0-5 puntos)	RESPUESTA CORRECTA: 9,7,5,3,1 RESPUESTA DEL PACIENTE:		
TOMA, DOBLA, COLOCA PAPEL (0-3 puntos)	TOMA PAPEL		
	DOBLA EN LA MITAD		
	LO COLOCA EN SUS PIERNAS		
REPITE PALABRAS APRENDIDAS ANTERIORMENTE (0-3 puntos)	ARBOL		
	MESA		
	AVIÓN		
COPIA 2 CÍRCULOS CRUZADOS (0-1 punto)			
TOTAL			

Deterioro cognitivo ausente: 14-19

DEPRESIÓN		SI	NO
ESTA SATISFECHO CON SU VIDA	0	1	
HA DEJADO DE HACER ACTIVIDADES DE INTERÉS	1	0	
SIENTE SU VIDA VACÍA	1	0	
SE ABURRE CON FRECUENCIA	1	0	
ESTA DE BUEN ANIMO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	0	1	
ESTA PREOCUPADO PORQUE ALGO MALO LE VA A SUCCEDER	1	0	
SE SIENTE FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	0	1	
SE SIENTE A MENUDO DESAM PARADO	1	0	
PREFIERE ESTAR EN CASA A SALIR A ACTIVIDADES NUEVAS	1	0	
TIENE MAS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LOS DEMÁS	1	0	
CREE QUE ES MARAVILLO ESTAR VIVO	0	1	
SE SIENTE INUTIL	1	0	
SE SIENTE LLENO DE ENERGIA	0	1	
SE SIENTE SIN ESPERANZA ANTE LA SITUACION ACTUAL	1	0	
SIENTE QUE LA MAYORIA DE LA GENTE ESTA MEJOR QUE UD	1	0	
TOTAL			

Normal: 0-5
Depresión moderada: 6-10
Depresión severa: mas de 10

CAÍDAS		X	
CAÍDAS PREVIAS	SI		1
	NO		0
MEDICAMENTOS	NO		0
	TRANQUILIZANTES - SEDANTES		1
	DIURÉTICOS		1
	HIPOTENSORES-NO DIURÉTICOS		1
	ANTIPARQUINSONIANOS		1
	ANTIDEPRESIVOS		1
DÉFICIT SENSORIALES	OTROS MEDICAMENTOS		1
	NINGUNO		0
	ALTERACION VISUAL		1
	ALTERACION AUDITIVA		1
	EXTREMIDADES (ICTUS)		1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO		0
	CONFUSO		1
DEAMBULACIÓN	NORMAL		0
	SEGURA CON AYUDA		1
	INSEGURA		1
	IMPOSIBLE		1
TOTAL			

alto riesgo de caídas 3 o más puntos

NUTRICIONAL

DISMINUCIÓN DE INGESTA EN ÚLTIMO TRIMESTRE	0	SEVERA
	1	MODERADA
	2	AUSENTE
PERDIDA DE PESO EN ÚLTIMO TRIMESTRE	0	PERDIDA DE PESO > 3kg
	1	NO CONOCE
	2	PERDIDA ENTRE 1Y 3kg
	3	SIN PERDIDA DE PESO
MOVILIDAD	0	CAMA O SILLA
	1	SE LEVANTA, NO SALE
	2	VA AFUERA
ENFERMEDAD AGUDA EN ÚLTIMO TRIMESTRE	0	SI
	2	NO
PROBLEMA NEURO PSICOLÓGICO	0	DEMENCIA O DEPRESIÓN SEVERA
	1	DEMENCIA O DEPRESIÓN MODERADA
	2	AUSENTE
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	PESO: TALLA: IMC	
	0	MENOS 19
	1	19-20
	2	21-22
	3	23 O MAS
TOTAL		

Estado nutricional normal: 12-14

Riesgo de desnutrición: menos de 12

RECURSO SOCIAL

SITUACIÓN FAMILIAR VIVE CON:	1	FAMILIA O PAREJA SIN CONFLICTOS
	2	PAREJA DE EDAD SIMILAR
	3	FAMILIA O PAREJA CON CONFLICTOS
	4	SOLO, FAMILIA NO CUBRE NECESIDADES
	5	SOLO, DESATENDIDO SIN FAMILIA
RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES	1	MANTIENE RELACIONES SOCIALES FUERA DEL DOMICILIO. (TODOS)
	2	FAMILIA Y VECINOS. SALE DE CASA
	3	FAMILIA. SALE DE CASA
	4	CON FAMILIA O VISITAS. NO SALE DE CASA
	5	CON NADIE. NO SALE DE CASA
APOYO DE RED SOCIAL	1	NO NECESITA
	2	FAMILIA Y VECINOS
	3	APOYO SOCIAL FORMAL SUFICIENTE (TRABAJADOR/A FAMILIAR, VIVE EN RESIDENCIA, ETC.)
	4	TIENE SOPORTE SOCIAL PERO ES INSUFICIENTE
	5	NO RECIBE Y NECESITA
TOTAL		

Situación social buena : menos de 7

Riesgo social: 8-9

Deterioro social severo: mas de 10

ULCERAS POR PRESIÓN

ESTADO GENERAL	1	MUY MALO
	2	MALO
	3	DEBIL
	4	BUENO
ESTADO MENTAL	1	ESTUPOR
	2	CONFUSO
	3	APÁTICO
	4	ALERTA
MOVILIDAD	1	INMÓVIL
	2	MUY LIMITADA
	3	LIMITADA
	4	PLENA
ACTIVIDAD	1	ENCAMADO
	2	SILLA DE RUEDAS
	3	CAMINA CON AYUDA
	4	CAMINA
INCONTINENCIA	1	DOBLE (URINARIA Y FECAL)
	2	USUALMENTE URINARIA
	3	OCASIONAL
	4	NO
TOTAL		

Alto riesgo de ulceras por presión : menos o igual a 12

Riesgo moderado: 13-16

ANEXO N°2: MATRIZ DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Adulto mayor

VARIABLES MODULADORES

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Nivel de instrucción
- Diagnóstico médico

VARIABLES DEPENDIENTES

PROBLEMAS GERIÁTRICOS

Funcionalidad
Deterioro social
Estado nutricional

SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Deterioro cognitivo
Desnutrición
Depresión
Caídas
Inmovilidad
Incontinencia urinaria
Deprivación sensorial
Ulceras por presión
Trastornos del sueño

ANEXO N°3: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA
<u>VARIABLE INDEPENDIENTE</u>					
Adulto mayor (AM)	Persona mayor de 65 años			Número de AM valorados	continuo
<u>VARIABLES MODULADORAS</u>					
Edad	Tiempo de vida en años cumplidos.	65-74 años	Adulto mayor que tiene su edad entre los 65 a 74 años	% AM en relación a su rango de edad.	nominal
		75-84 años	Adulto mayor que tiene su edad entre los 75 a 84 años		
		>85 años	Adulto mayor que tiene más de 85 años		
Estado civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona en relación a otra	Soltero	Persona que llegan a la vejez sin haberse casado	% de AM en relación a su estado civil.	nominal
		Casado	Persona que se ha unido en matrimonio		
		Unión Libre	Unión de un hombre y una mujer, libres de vínculo matrimonial		
		Viudo	Persona que ha perdido por fallecimiento a su cónyuge		
Grado de instrucción	Grado de estudios realizados o en curso.	Sin educación	Persona que no ha recibido ningún tipo de educación formal	% de AM en relación a su grado de instrucción	nominal
		Primaria	Persona que ha finalizado la educación primaria		

		Primaria incompleta	Persona que no ha terminado sus estudios hasta el sexto grado		
		Secundaria	Persona que ha finalizado su educación secundaria		
		Superior	Persona que ha finalizado sus estudios universitarios		
Diagnóstico médico	Enfermedades diagnosticadas al ingreso a hospitalización			Numero enfermedades frecuentes	de más Continuo

VARIABLES DEPENDIENTES

• **PROBLEMAS GERIÁTRICOS**

Funcionalidad del adulto mayor (AM)	Capacidad de cumplir o realizar determinadas actividades o tareas requeridas en el diario vivir.	Actividades básicas de la vida diaria	Actividades orientadas al autocuidado del propio cuerpo	% de AM con: <ul style="list-style-type: none"> • dependencia total • dependencia grave • dependencia moderada • dependencia leve • independencia 	ordinal
		Actividades instrumentales de la vida diaria	Actividades destinadas a la interacción con el entorno	% de AM: independientes <ul style="list-style-type: none"> • necesitan cierta ayuda • necesitan mucha ayuda 	ordinal
Deterioro social	Alteración entre el adulto mayor y el entorno: su situación familiar, relaciones sociales y apoyo de red social.	Situación familiar	Conflictos y fortalezas entre los miembros de la familia.	% de AM que presentan: <ul style="list-style-type: none"> • situación social buena • riesgo social • deterioro social severo 	ordinal
		Relaciones sociales	Interacciones sociales entre dos o más personas		
		Apoyo red social	Recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo para superar una determinada crisis		

• **SÍNDROMES GERIÁTRICOS**

Deterioro cognitivo	Pérdida de funciones mentales: como memoria, orientación, cálculo, atención y lenguaje.	Memoria	Capacidad para retener y hacer uso posterior de una experiencia	% de AM que presentan deterioro cognitivo	nominal
		Orientación	Capacidad para identificarse así mismo, de saber dónde está y en qué tiempo vive		
		Cálculo	Capacidad de realizar cálculos matemáticos utilizando solo la mente para llegar a la respuesta		
		Atención	Capacidad de una persona en estado de alerta para centrarse en un estímulo exterior		
		Lenguaje	Capacidad humana, de utilizar un sistema de signos, escritos u orales, para establecer algún tipo de comunicación con uno o varios individuos		
Depresión	Trastorno mental, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés, falta	Tristeza	Sensación de vacío y desasosiego	% de AM con: • depresión moderada	nominal
		Perdida de interés	Disminución del interés o placer en casi todas las		

	de autoestima, cansancio y falta de concentración.		actividades la mayor parte del día.	<ul style="list-style-type: none"> • depresión severa 	
		Falta de autoestima	Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados		
		Cansancio	Fatiga o pérdida de energía		
		Falta de concentración	Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.		
Desnutrición en el AM	Ingesta deficiente de nutrientes que tiene como consecuencia alteraciones en la salud	Evaluación IMC	Relación peso-talla	% de AM con: <ul style="list-style-type: none"> • desnutrición severa • desnutrición moderada • desnutrición leve • bajo peso • normopeso • sobrepeso • obesidad 	ordinal
		Riesgo de desnutrición	Probabilidad de padecer desnutrición considerando: disminución en la ingesta, pérdida de peso, movilidad, enfermedad aguda, problema neuropsicológico.	% de AM con riesgo de desnutrición	ordinal

Deprivación sensorial	Restricción total o parcial de estímulos de uno o más de los sentidos.	Auditiva	Disminución en la comprensión del habla como resultado de una pérdida auditiva	% de AM con dificultad auditiva	nominal
		Visual	Disminución de la capacidad visual.	% de AM con dificultad visual	nominal
Caídas	Consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo contra su voluntad	Caídas en el último año	Adulto mayor que se ha caído al menos 1 vez en el último año	% de AM que ha presentado caídas en el último año	nominal
		Alto riesgo de caídas	Probabilidad representar caídas, considerando: caídas previas, medicamentos, déficit sensoriales, estado mental y deambulación	% de AM con alto riesgo de caídas	
Inmovilidad	Alteración en la marcha capaz de afectar la realización de distintas actividades de la vida diaria.	Adulto mayor en silla de ruedas	Adulto mayor que se moviliza todo el tiempo en silla de ruedas	% de AM que están inmovilizados	nominal
		Adulto mayor en cama	Adulto mayor que pasa la mayor parte del tiempo en cama		
Incontinencia urinaria	Pérdida involuntaria de orina	Perdida involuntaria de orina en un año	Ocurrida en al menos seis ocasiones durante el año	% de AM que presentan incontinencia urinaria	nominal

Ulceras por presión	Daño localizado en la piel originada por la disminución de circulación debido a la presión o fricción prolongada entre dos planos duros.	Presencia de úlceras por presión	Adulto mayor que presenta úlceras por presión de grado I a 4.	% de AM que presenta úlceras por presión % de AM con riesgo moderado de úlceras por presión % de AM con riesgo alto de úlceras por presión	nominal
		Riesgo de úlceras por presión	Probabilidad de presentar úlceras por presión, considerando: estado general, estado mental, movilidad, actividad e incontinencia.		
Trastornos del sueño	Dificultad para iniciar, mantener el sueño.	Dificultad para iniciar el sueño	Se demora más de 30 min en conciliar el sueño	% de pacientes con trastorno del sueño	Nominal
		Dificultad para mantener el sueño	Duerme menos de 6 horas en la noche		
		Sueño no reparador	Al otro día se siente cansado		

ANEXO N°4: CONSENTIMIENTO INFORMADO



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR FACULTA DE ENFERMERÍA CARRERA DE ENFERMERÍA

Formulario de consentimiento informado dirigido a los adultos mayores ingresados en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor y que desean se les invita a participar en la investigación “Salud integral del adulto mayor hospitalizado”

Liseth Carolina Garcia Hernández
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Salud integral del adulto mayor hospitalizado

Este documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información
- Formulario de Consentimiento

PARTE I: Información

Introducción

Yo, Liseth Carolina Garcia Hernández, egresada de la Facultad de Enfermería de la PUCE, estoy realizando mi tesis sobre **“Salud integral del adulto mayor hospitalizado”**. Me permito informarle e invitarle a participar de esta investigación. El proceso se llevará con la confidencialidad y ética pertinente que esta información requiere.

Propósito

La salud del adulto mayor es esencial para él, su familia y la comunidad, por lo que, estar pendiente de su estado de salud es el propósito de la presente investigación, y para lograrlo, es importante realizarle una valoración integral, que abarque aspectos biológicos, funcionales, sociales, sobre su estado emocional y psicológico, con el fin de detectar oportunamente problemas reales, que puedan estar afectando su calidad de vida.

La valoración geriátrica integral se realizara a través de diferentes escalas, las cuales evaluaran:

1. Funcionalidad conformada por actividades de la vida diaria y actividades instrumentales
2. Condiciones geriátricas: alteración visual, auditiva, incontinencia, inmovilidad.
3. Estado mental o cognitivo
4. Depresión
5. Riesgo de caídas
6. Estado nutricional (desnutrición)
7. Problemas sociales
8. Riesgo de úlceras por presión

Se obtendrá esta información por medio de una entrevista y revisión de historias clínicas.

Tipo de Intervención de Investigación

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. También puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes. La información que se obtenga en este proyecto de investigación se mantendrá confidencial.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerla ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea cualquier información, puede contactarme con estos datos: Cel. 0958916752; e-mail: caroliz992@hotmail.com

PARTE II: Formulario de Consentimiento

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

Nombre del Participante _____

CI:

Firma del Participante _____

Fecha _____