

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO SOCIODEMOGRÁFICA Y
EVALUACIÓN DE ESTADO FUNCIONAL DE PACIENTES
GERIÁTRICOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN
DOMICILIARIA DEL HOSPITAL II ESSALUD ILO, FEBRERO
DEL AÑO 2019**

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

Presentado por:

Bach. Jonathan Junior Vicente Delgado Escobar

Tacna – Perú

2019

INDICE

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	7
LISTADO DE ABREVIATURAS	9
INTRODUCCION	10
CAPÍTULO I	11
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	14
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	15
DEFINICION DE TERMINOS.....	18
CAPÍTULO II	19
2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:	19
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
2.2 MARCO TEÓRICO.....	27
2.2.1 ATENCION DOMICILIARIA.....	27
2.2.1.1 PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA DE ESSALUD.....	28
2.2.2 VALORACIÓN FUNCIONAL.....	29
2.2.2.1 ÍNDICE DE BARTHEL.....	31
2.2.3 DETERIORO FUNCIONAL.....	33
2.2.4 ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVAS.....	34
2.2.5 ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR.....	36
CAPÍTULO III	38

3. VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	38
3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	38
CAPÍTULO IV	44
4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	44
4.1 DISEÑO.....	44
4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO.....	44
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	44
4.3.1 Criterios de inclusión.....	44
4.3.2 Criterios de exclusión.....	45
4.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	45
4.5 LIMITACIONES	46
CAPÍTULO V	47
5. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	47
ASPECTOS ÉTICOS	48
CAPITULO VI	49
6. RESULTADOS	49
CAPITULO VII	59
DISCUSION	59
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
BIBLIOGRAFIA	64
ANEXO 01	69
ANEXO 02	70
ANEXO 03	71

DEDICATORIA

A Dios, por darme a mi familia; a mis padres Walter y Marcia, les dedico todo mi esfuerzo, por la educación que ellos me ofrecieron, por el apoyo permanente e incondicional en cada instante de este largo camino, ya que sin ellos no podría ser la persona que soy ahora y a quienes debo profundo respeto, admiración y agradecimiento.

A mis abuelos Vicente, Juana y Dina por todo el amor que me han brindado a lo largo de mi vida, asimismo a mi abuelo Aurelio que desde el cielo guía mi camino.

A mis queridos hermanos Walter y Jackelyn, por el cariño y apoyo brindado hacia mi persona y quienes son además mis mejores amigos.

A Karen, mi gran amor por ser mi compañera inseparable, por siempre estar a mi lado en las buenas y en las malas.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor, docente y mentor Víctor Flores Cano, por sus enseñanzas, por su gran desempeño como docente y por el apoyo brindado en todo momento para que esta investigación se lleve a cabo.

Al Hospital II EsSalud Ilo por abrirme sus puertas para realizar la presente investigación.

A todos los docentes que formaron parte de mi desarrollo académico y profesional, por su amistad y apoyo durante mi formación.

RESUMEN

TITULO: Caracterización clínico sociodemográfico y evaluación de estado funcional de pacientes geriátricos en el programa de Atención Domiciliaria del Hospital II EsSalud Ilo, febrero del año 2019.

OBJETIVO: Determinar la relación que existe entre las características clínicas, sociodemográficas y el estado funcional de los pacientes geriátricos en el Programa de atención Domiciliaria del Hospital II EsSalud Ilo, en febrero del 2019.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal y descriptivo. Se tomaron datos de las historias clínicas y se aplicó el Índice de Barthel modificado por Shah a 105 pacientes geriátricos del Programa de atención Domiciliaria del Hospital II EsSalud Ilo en febrero del año 2019. Luego de la recolección de datos, se procedió a crear la base de datos en el programa Excel 2010 y luego de la revisión y depuración de los datos se hizo uso del programa SPSS v.23.0 para realizar el análisis estadístico, asimismo, utilizamos la herramienta Chi cuadrado y el coeficiente de regresión para evaluar la asociación de las principales variables.

RESULTADOS: Del total de pacientes, el 62.9% fueron de sexo femenino, y el promedio de edad fue de 84 años para ambos sexos, con un intervalo de edad entre 65 y 98 años. Los sistemas principalmente comprometidos fueron en primer lugar el sistema cardiovascular con un 64.8%, seguido de un 43.8% con compromiso del sistema nervioso central y periférico y en tercer lugar un 28.6% con patología osteomioarticular. Se hizo uso del Índice de Barthel modificado por Shah para medir el grado de dependencia funcional, el 36.2% de los pacientes presentaba dependencia moderada, seguido por un 27.6% con dependencia total, luego un 24.8% con

dependencia severa, un 10.5% con dependencia escasa y un 1% con independencia.

CONCLUSIONES: Se observó relación entre la puntuación del índice de Barthel final y la edad, a mayor edad, la puntuación total disminuye, y el grado de compromiso funcional aumenta. Se halló una asociación entre deterioro funcional y grado de instrucción, encontrándose un menor grado de compromiso funcional en pacientes con mayor grado de instrucción. En el presente estudio no se llegó a encontrar diferencia significativa respecto al número de sistemas afectados y su asociación con el grado de deterioro funcional.

PALABRAS CLAVE: Paciente geriátrico, valoración funcional, caracterización.

ABSTRACT

TITLE: Clinical sociodemographic characterization and evaluation of functional status of geriatric patients in the Home Care program of Hospital II EsSalud Ilo, February 2019.

OBJETIVE: To determine the association that exists between the clinical, sociodemographic characteristics and the functional status of geriatric patients in the Home Care Program of Hospital II EsSalud Ilo, in February 2019.

MATERIAL AND METHODS: Observational, retrospective, cross-sectional and descriptive study. Data were taken from the medical records and the Barthel Index modified by Shah was applied to 105 geriatric patients of the Home Care Program of Hospital II EsSalud Ilo in February 2019. After the data collection, we proceeded to create the base of data in the Excel 2010 program and after the review and debugging of the data, the SPSS v.23.0 program was used to carry out the statistical analysis. We also used the Chi square tool and the regression coefficient to evaluate the association of the main variables.

RESULTS: Of the total of patients, 62.9% were female, and the average age was 84 years for both sexes, with an age range between 65 and 98 years. The systems mainly compromised were first the cardiovascular system with 64.8%, followed by 43.8% with compromise of the central and peripheral nervous system and in third place 28.6% with osteomyoarticular pathology. Barthel Index modified by Shah was used to measure the degree of functional dependence, 36.2% of patients had moderate dependence, followed by 27.6% with total dependence, then 24.8% with severe dependence, 10.5% with low dependence and 1% independently.

CONCLUSIONS: An association was observed between the final Barthel index score and age, at higher age, the total score decreases, and the degree of functional commitment increases. An association between functional deterioration and educational level was found, finding a lower degree of functional compromise in patients with a higher level of education. In the present study, no significant difference was found regarding the number of affected systems and their association with the degree of functional deterioration.

KEYWORDS: Geriatric patient, functional assessment, characterization.

LISTADO DE ABREVIATURAS

PADOMI: Programa de atención domiciliaria.

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria.

AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ESAD: Equipo de soporte para la atención domiciliaria.

IB: Índice de Barthel.

OARS: Cuestionario "Older Americans Resources and services".

GRD: Grupos relacionados con el diagnóstico.

DFH: Deterioro funcional relacionado con la hospitalización.

ECD: Enfermedades crónicas degenerativas.

ECV: Enfermedad cerebrovascular.

HTA: Hipertensión arterial.

DM: Diabetes Mellitus.

INTRODUCCION

En todo el mundo, el seguimiento al proceso del envejecimiento, cobra vital importancia por sus repercusiones tanto económicas como sociales. La población geriátrica representa una cifra importante en la demanda del servicio de salud, debido a la presencia de enfermedades crónicas, mayor probabilidad de problemática social y declive funcional.(1)

En la actualidad los programas de atención domiciliaria y hospitalización domiciliaria representan una importante herramienta dentro de los múltiples sistemas de salud en todo el mundo para la atención socio-sanitaria de la población geriátrica, pacientes en situación terminal o cualquier otro paciente con incapacidad para desplazarse, sin embargo, en nuestra realidad, le hemos restado importancia a este instrumento, llegando en muchos casos a ser un servicio improvisado.

Varios estudios a nivel internacional, así como nacional, fueron realizados para indagar acerca de valoración y caracterización geriátrica en servicios de hospitalización o emergencia, sin embargo, no existe un precedente que determine la realidad de los pacientes que se atienden en un programa de atención domiciliaria de la región sur del país.

Es por estos motivos que nace el propósito de este estudio, determinar la asociación existente entre las características clínicas, sociodemográficas y el estado funcional de los pacientes geriátricos en el Programa de atención Domiciliaria del Hospital II Essalud Ilo, en febrero del año 2019.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

El enfoque de estudio del envejecimiento se ha ampliado mucho en los últimos años, abarcando desde el estudio completo de la enfermedad del paciente geriátrico hasta el análisis de la funcionalidad y su nivel de deterioro, siendo muy importante la correcta exploración del paciente para conocer su situación actual. Para realizar un análisis completamente correcto, es necesario definir algunos términos importantes, como lo son las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), a las que podemos definir como aquellas actividades que determinan el nivel de autocuidado, autonomía e independencia del paciente geriátrico para vivir sin necesitar la ayuda de otras personas.(1) Podemos agregar que las ABVD correlaciona el nivel de independencia positivamente con el bienestar y negativamente con la edad.(2)

Los cuidados domiciliarios, dentro de sus competencias, prestan gran importancia a las necesidades primordiales de la vida diaria en el paciente de la población geriátrica, pacientes en situación terminal o cualquier otro paciente que carezca de la capacidad de desplazarse, esto comprende las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales. La evolución de la enfermedad avanzada, viene acompañada de un estado de dependencia estrechamente relacionada al deterioro funcional,

esto implica que los pacientes han de necesitar ayuda para realizar las actividades tales como las ABVD. Es por este motivo que se favorece la autonomía, el acompañamiento, el apoyo espiritual y el entretenimiento del paciente.(3) De esta manera nace la necesidad de atención socio-sanitaria que lleva a los cuidados paliativos a ubicarse como uno de los pilares para el desarrollo de estos en un entorno domiciliario.(4)

A pesar de la existencia de una amplia gama de herramientas para evaluar la situación funcional de los pacientes, el índice de Barthel es indiscutiblemente el más usado en el ámbito de la Geriátrica, por su utilidad como predictor de mortalidad e institucionalización, y de la misma manera en Cuidados Paliativos.(5) (6) (7) Además se ha demostrado una buena correlación entre esta escala y otras usadas en el ámbito de la geriatría como lo es el índice de Katz.(8)

La relación entre el deterioro funcional y la presencia de síndromes psicológicos (ansiedad y depresión), ha sido corroborada en múltiples estudios. Además cabe mencionar que el trastorno depresivo previo a algún grado de deterioro funcional suele empeorarlo, llegando en algunos casos a relacionarse con el aumento de la mortalidad.(9)

Las enfermedades crónicas se están convirtiendo en la principal causa de dependencia y reducción de la calidad de vida en personas mayores. En una publicación realizada en la ciudad de México acerca de fragilidad y su asociación con mortalidad, hospitalizaciones y dependencia funcional, se observó que las

enfermedades crónicas, el historial de caídas, el consumo de bebidas alcohólicas y el tabaquismo, fueron factores relacionados en gran medida al deterioro funcional en ancianos.(10)

En una investigación de influencia de la dependencia funcional en la casuística de una unidad de geriatría, realizado en España, se determinó que la edad media de los pacientes con deterioro funcional evaluados fue de 84 años, el 64% eran mujeres, en cuanto a los diagnósticos, los pacientes dependientes tenían más infecciones respiratorias y problemas renales (especialmente infecciones) y menos enfermedades cerebro- vasculares.(11)

Estos estudios nos orientan acerca de la casuística de enfermedades más comunes en pacientes geriátricos, así como la caracterización funcional y sociodemográfica en servicios de hospitalización en geriatría o emergencia, mas no hay un antecedente específico que determine estas características en un programa de atención domiciliaria de la región sur del país.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles es la relación que existe entre las características clínicas, sociodemográficas y el estado funcional de los pacientes geriátricos en el Programa de atención Domiciliaria del Hospital II EsSalud Ilo en febrero del año 2019?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre las características clínicas, sociodemográficas y el estado funcional de los pacientes geriátricos en el Programa de atención Domiciliaria del Hospital II EsSalud Ilo, en febrero del año 2019.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar la caracterización sociodemográfica de los pacientes geriátricos incluidos en el Programa de atención Domiciliaria del Hospital II EsSalud Ilo, en febrero del año 2019.
2. Ejecutar la caracterización clínica de los pacientes geriátricos incluidos en el Programa de atención

Domiciliaria del Hospital II EsSalud Ilo, en febrero del año 2019.

3. Identificar el estado funcional mediante el índice de Barthel en los pacientes geriátricos del programa de atención Domiciliaria del Hospital II EsSalud Ilo, en febrero del año 2019.
4. Hacer uso de las herramientas Chi cuadrado y el coeficiente de regresión para hallar la relación que existe entre las características clínicas, sociodemográficas y el estado funcional de los pacientes geriátricos en el Programa de atención Domiciliaria del Hospital II EsSalud Ilo.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Se hace énfasis en que la evolución de las enfermedades avanzadas viene además acompañada de una situación de dependencia ligada al deterioro funcional. Esto implica que los pacientes necesitarán ayuda para realizar las actividades tales como las ABVD.(3)

La calidad de vida de una persona no solo se representa por las comodidades con las que esta pueda contar, sino también por el grado de autosuficiencia e independencia que esta pueda tener; en la realidad en que vivimos podemos darnos cuenta que no se presta la atención debida a los pacientes geriátricos en general, y mucho menos a la sub-población de ancianos

institucionalizados o aquellos que pertenecen a los programas de atención domiciliaria.

Es importante resaltar que la atención en un entorno domiciliario, representa un costo, tanto de recursos económicos como de recursos humanos, para la institución aseguradora y para la familia, además que la situación de dependencia ligada al deterioro funcional es una realidad desagradable para los pacientes geriátricos, que, en muchos casos, empeora el curso del envejecimiento natural.

En su mayoría, la atención en salud del paciente geriátrico está orientada hacia una perspectiva curativa y recuperativa, sin embargo, la evidencia nos muestra que la orientación preventiva promocional, es por mucho, una mejor opción a largo plazo.

Esto nos hace pensar que para brindar una mejor calidad de vida durante el periodo del envejecimiento de la población en general, debemos orientar nuestros esfuerzos para establecer una buena estrategia de prevención en el paciente geriátrico, que debe ser desarrollado en las etapas de vida anteriores. De este modo para establecer una política de prevención correctamente orientada, primero debemos tener en cuenta a las patologías y las características sociodemográficas en pacientes geriátricos más frecuentemente asociadas a deterioro funcional, con la finalidad de hacer más pertinente el programa de atención domiciliaria, para lo cual debemos contar con material fidedigno y serio que nos oriente.

En el medio local no existen estudios similares que registren las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes geriátricos de atención domiciliaria y determinen su relación con el estado funcional de los mismos. De tal manera, la información resultante del presente proyecto será de utilidad tanto para la institución en la cual se realizó el ya mencionado estudio, como para el sistema de salud local en general, asimismo representa una valiosa contribución académica para la Universidad Privada de Tacna. Es por estos motivos que se consideró importante la realización de esta investigación.

DEFINICION DE TERMINOS

Paciente Geriátrico: Según la OMS se define paciente geriátrico o “anciano” a todo paciente mayor de 75 años o mayor de 65 años pero que presente pluripatología. (12)

Características clínicas: Se definen como las particularidades referentes al ámbito clínico - asistencial de un paciente, incluyéndose dentro de estas los signos, síntomas, diagnósticos, entre otros.

Características sociodemográficas: Se definen como la descripción referente al ámbito social y demográfico de una persona, tales como grado de instrucción, composición familiar, estado civil, raza, entre otros.

Evaluación Funcional: Está definido como la valoración del estado funcional de un paciente, estando incluidos dentro de este la facultad de realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y la capacidad para moverse.(13)

CAPÍTULO II

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Jéssica Fonseca Figueroa. “Caracterización de los usuarios y de las prestaciones de la unidad de hospitalización domiciliaria del hospital San Juan de Dios, desde octubre 2010 hasta junio 2014” Es un estudio transversal realizado en Santiago de Chile en el año 2015 en una población de 833 pacientes que cumplían los criterios de inclusión, con motivo de conocer el desarrollo del servicio de hospitalización domiciliaria del nosocomio desde su inauguración. Se caracterizó a la población beneficiaria, obteniendo como resultado que los diagnósticos más frecuentes son primero las infecciones respiratorias (31,93%) y en segundo lugar las infecciones urinarias (26.93%), ambas factibles para su tratamiento y seguimiento en el domicilio. (14)

Andrés Pavlovic, et al. “Descripción de los pacientes mayores de 60 años ingresados al programa de hospitalización domiciliaria del complejo asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago de Chile” Es un estudio descriptivo retrospectivo realizado en el año 2016, describe las características de los pacientes mayores de 60 años ingresados al programa de hospitalización domiciliaria durante el año 2014, ingresaron 2953 pacientes ese año, 1617 mayores de 60 años y de estos 571 eran paciente de 80 años o más, la mediana de edad fue de 63 años. Las patologías más importantes registradas fueron enfermedades del sistema respiratorio (42%) enfermedades del

sistema circulatorio (20%) y enfermedades genitourinarias (19.4%). Como conclusión, los programas de hospitalización domiciliaria representan lo que puede ser una buena opción para el sistema de salud público chileno, debido a los beneficios que presenta a nivel clínico, organizacional y a nivel de costo – efectividad. (15)

Carolina Caballero Zavala. “Características sociales, funcionales y morbilidad en la población centenaria atendida en la seguridad social en la ciudad de Lima” Investigación descriptiva, transversal, se aplicó a la población centenaria entre septiembre y diciembre del año 2012, con una muestra representativa de 50 pacientes, se hizo uso de dos herramientas: el índice de Barthel y la escala de valoración socio familiar de Gijón. En los pacientes de sexo masculino (18%) la media de edad fue de 101.8 +/- 1.3 años, y en la población femenina (82%) fue de 102.1 +/- 2.4 años. En su mayoría, los pacientes centenarios viven con sus hijos (60%), y en segundo lugar acompañado de cuidadores (12%). El lugar de nacimiento más común fue Lima (36%), seguido de La Libertad (10%), Las comorbilidades más comunes en la población centenaria fueron: en primer lugar, hipertensión arterial (76%) seguido de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (36%). Existió un grado de gran dependencia en el 54 % de los centenarios, asimismo se encontró que el 84% tuvo riesgo social intermedio, y el 10% riesgo social bajo. Finalmente se halló una alta frecuencia de riesgo social intermedio con gran dependencia e hipertensión arterial en la población estudiada. (16)

Alfredo Zamora-Mur, et al. “Declive funcional y presencia de síntomas en cuidados paliativos: ¿causa o consecuencia?” Estudio analítico prospectivo realizado en el año 2016, se planteó encontrar la asociación entre declive funcional y la presencia de síntomas. Se hizo uso del índice de Barthel (IB) como herramienta para medir el grado de declive funcional. La población fue conformada por 638 pacientes derivados a un Equipo de Soporte para Atención Domiciliaria (ESAD), de los cuales 53.9% (N=344) fueron hombres, 56% (N = 357) oncológicos y 44% (N = 281) no oncológicos. La edad media fue 79.64 +- 10.8 años. El declive funcional medido en pacientes oncológicos y no oncológicos mediante el descenso medio en el IB fue de 34.4 y 12.12 respectivamente, resultando una diferencia significativa entre ambos, de igual manera se determinó que la frecuencia de presentación de los síntomas registrados con mayor frecuencia (dolor, disnea, anorexia, náuseas, ansiedad, depresión e insomnio) fue mayor en pacientes oncológicos que en los no oncológicos, salvo en caso de la agitación psicomotriz. Finalmente se concluyó que el declive funcional puede verse asociado a la aparición de síntomas, especialmente en pacientes oncológicos. (17)

Encarnación Rubio Aranda, et al. “Enfermedades crónicas y deterioro funcional para las actividades de la vida diaria en población mayor no institucionalizada” Realizado en el año 2009, estudio transversal que busca analizar la influencia de las enfermedades crónicas en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) así como en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Se tomó como muestra a 380 personas mayores de 64 años que asisten regularmente a centros de convivencia de Zaragoza

capital. Se realizó el cuestionario de recursos sociales OARS (Older Americans Resources and Services) y se valoró mediante un modelo multivariante de regresión logística, de forma diferenciada, la capacidad funcional para las ABVD y las AIVD como variables dependientes y las variables sociodemográficas y enfermedades crónicas como predictivas. Como resultado se encontró una asociación entre el riesgo de presentar dependencia para las ABVD y la presencia de alteraciones mentales leves, graves, enfermedad cardíaca, reumatismo, artrosis y pertenecer al grupo etario de 75 años o más, asimismo una relación entre el riesgo de dependencia para las AIVD y la presencia de alteraciones mentales leves, graves, enfermedad cardíaca y tener 75 años o más. De esta manera podemos concluir que existe mayor grado de independencia para las ABVD que para las AIVD. La patología más relacionada con elevados niveles de dependencia es la patología mental, seguido de la cardíaca y finalmente reumatismo y artrosis. (18)

José Calero-García, Alfonso J. Cruz Lendínez. “Evolución del deterioro cognitivo y el nivel de dependencia en pacientes mayores de 65 años ingresados en un hospital de agudos: relación con las variables sociodemográficas” Investigación de diseño cuasi experimental de medidas repetidas realizado el año 2014, este trabajo tiene como objetivo evaluar y hallar la relación entre las etapas de deterioro cognitivo, los niveles de dependencia en pacientes mayores de 65 años y las diferentes variables sociodemográficas. La población estuvo conformada por 259 pacientes. Se obtuvieron los datos sociodemográficos por medio de una entrevista semiestructurada, además se hizo uso del índice de Barthel modificado por Shah para

medir el nivel de dependencia y de la Escala de Lawton y Brody para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVB). Se realizaron tres visitas al paciente, la primera el día de su ingreso, una segunda al sexto día de la admisión, de tal manera se establece que el periodo mínimo de estancia hospitalaria debe ser 5 días, y por último una tercera visita en el domicilio entre los 60 y 90 días después del alta hospitalaria. En los resultados se evidenció que el nivel de dependencia sufre un descenso repentino al momento de la admisión, que evoluciona a una leve mejoría al momento del alta, continuando esta recuperación en el domicilio posterior al alta, pero sin llegar al estado funcional presentado antes de la admisión. Además, se halló evidencia que indicaría que las personas más propensas al aumento de la dependencia funcional y el deterioro cognitivo severo durante la estancia hospitalaria son ancianos varones mayores de 80 años, sin estudios y viudos. (19)

Efrén S. Michue-Bohórquez, et al. “Perfil clínico de los pacientes que ingresan al programa de atención domiciliaria de EsSalud en el sur de Lima Metropolitana” Estudio descriptivo transversal que se ejecutó entre el 1 de marzo y 31 de mayo del 2009 cuyo objetivo fue conocer el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes que ingresan al programa de atención domiciliaria (PADOMI). Se hizo uso de 3 herramientas: el índice de Charlson para la evaluación de comorbilidades, el índice de Barthel para la evaluación funcional y la escala de Pfeiffer para la evaluación cognitiva, en caso de analfabetas se utilizó la escala de Issacs. Se tomó como muestra 185 pacientes mayores de 60 años, de los cuales 63.2% fueron mujeres y 62.2% mayores de 80 años. Entre los resultados resalta que los casados

eran en su mayoría varones y los viudos mujeres. Las patologías más frecuentes fueron las del sistema cardiovascular, seguido por la demencia y las del sistema musculo esquelético. El 86.1% tuvieron algún grado de dependencia funcional, y el 80.5% deterioro cognitivo a predominio del sexo femenino y mayores a 80 años. Existió mayor depresión en mujeres (32.6%) que en varones (8.3%). Los problemas y síndromes geriátricos más comunes fueron: polifarmacia, caídas, deterioro visual y deterioro auditivo. El 89.7% tenía un cuidador a cargo, que fue mujer en 92.2% de los casos. Como conclusión los pacientes estudiados presentaron alta morbilidad, bajo nivel funcional, problemática social importante, deterioro cognitivo y diversos problemas geriátricos.(20)

José Luis González-Guerrero, et al. “Influencia de la dependencia funcional en la casuística de una unidad de geriatría” Estudio observacional retrospectivo realizado en el año 2008, se buscó identificar la influencia de la dependencia funcional basal sobre la casuística de una unidad geriátrica de agudos, para lo cual se agrupó a la población en “grupos relacionados con el diagnóstico (GRD)”. La muestra estuvo conformada por 1065 pacientes ingresados en la unidad de geriatría de un hospital general durante 2 años. Se recolectaron datos de las historias clínicas de los pacientes tales como: edad, sexo, domicilio antes del ingreso, índice de comorbilidad de Charlson, estado funcional basal, grado de movilidad basal, nivel de deterioro cognitivo, días de estancia, datos de mortalidad y el diagnóstico y peso relativo GRD para cada paciente. La edad media de la población fue de 84 años, el 64% eran mujeres. Los pacientes dependientes fueron en su mayoría del sexo femenino (67.1%), vivían

más en residencias (35.8%) y tuvieron más mortalidad (19.3%), además tuvieron mayor estancia bruta (12.7%), más comorbilidades y deterioro cognitivo. Analizados los GRD más comunes, presentaron más patologías respiratorias y renales, y menos enfermedades cerebrovasculares. Como conclusión tenemos que los pacientes con dependencia funcional presentan características clínico-asistenciales distintas a aquellos que no se encuentran en esta situación. (21)

María Pilar Córcoles-Jiménez, et al. “Deterioro funcional asociado a la hospitalización en pacientes mayores de 65 años” En 2015 se realizó un estudio de cohortes cuya principal variable fue el deterioro funcional relacionado con la hospitalización (DFH). El objetivo fue hallar la incidencia del DFH en personas mayores ingresadas en el Área Médica del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Se incluyeron en el estudio además del DFH, otras variables: demográficas, relacionadas con el ingreso, patologías asociadas, estado cognitivo. La población estuvo confirmada por 104 pacientes, de los cuales 51.9% eran de sexo femenino, la edad media fue de 79.96 años. El primer día de hospitalización 41.4% de los pacientes no presentaron alteraciones mentales. Se produjo DFH en las primeras 24 horas en 57.7% de los pacientes, y posterior al alta el deterioro persistía en un 32.6% de los 92 pacientes que se pudo evaluar. Existió un 19% de pacientes que eran independientes previo al ingreso, pero resultaron con un grado de dependencia importante. Se relacionó estadísticamente el DFH con la edad y los antecedentes de caídas. Finalmente se concluyó que el DFH se produce en una gran cantidad de los pacientes mayores de 65 años y aproximadamente la quinta

parte de los previamente independientes quedan en situación de dependencia.(22)

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 ATENCION DOMICILIARIA

La atención domiciliaria o medicina domiciliaria, es un modelo de salud cuya función es ofrecer servicios y equipamiento en la vivienda del paciente ante la necesidad resultante de una patología, ya sea aguda o crónica (23), sin embargo, el término “cuidados a domicilio”, hace referencia a una amplia gama de servicios de apoyo para estos pacientes, incluyendo desde los servicios de apoyo para realizar las ABVD, hasta cuidados profesionales que requieran el uso de artefactos con tecnología más avanzada.(24)

Representan un gran numero los pacientes que prefieren ser tratados en su domicilio en vez de un Hospital, demostrando mayor satisfacción y presentando menos complicaciones. El objetivo principal es reincorporar al paciente al entorno familiar y a la comunidad, de tal manera se busca evitar su institucionalización, haciendo énfasis en la atención de las múltiples consecuencias negativas, tales como el aislamiento, la disgregación familiar y de su entorno.(23)

2.2.1.1 PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA DE ESSALUD

El Programa de Atención Domiciliara (PADOMI) de EsSalud, comprende un sistema de atención sanitaria integral en el domicilio, orientada hacia los pacientes asegurados que por alguna circunstancia no puedan acudir al centro asistencial correspondiente para el control y manejo de sus problemas de salud. El programa ofrece servicios domiciliarios entre los que están incluidos visitas médicas, enfermería, terapia física y rehabilitación, servicio social, psicología, atención de urgencias y emergencias, laboratorio y farmacia.(20) La población de este servicio está conformada por:

- Pacientes que no tengan el control absoluto del aparato locomotor o estén imposibilitados severamente.
- Pacientes ancianos que tengan más de 70 años.
- Paciente desahuciado que tenga la necesidad de recibir tratamiento a domicilio.
- Paciente adulto mayor frágil.
- Paciente adulto mayor que presenta enfermedades de larga data que lo llevan a la incapacidad relativa o absoluta.(25)

2.2.2 VALORACIÓN FUNCIONAL

Es necesario hacer énfasis aquí específicamente, ya que se ha demostrado que los ancianos con alteraciones de la funcionalidad tienen mayores posibilidades de ser institucionalizados, de esta manera aumenta significativamente su mortalidad, aumenta el consumo de recursos y en algunos casos podría predecir futuras discapacidades. Domínguez Ardila y colaboradores registraron que “el 25% de los mayores de 65 años y 50% de aquellos mayores de 85 años requieren ayuda en sus actividades básicas” por este motivo es importante la correcta evaluación de la capacidad funcional en estos pacientes.(13)

Generalmente la capacidad funcional consta de tres componentes: actividades básicas de la vida diaria (AVBD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y capacidad de movilización.

Al hablar de las AVBD podemos decir que son ciertas actividades imprescindibles para poder sobrevivir como pueden ser el aseo personal, poder ducharse, poder vestirse, continencia urinaria y fecal, la locomoción y alimentarse, por otro lado, las AIVD hacen referencia a las que son necesarias para vivir de manera independiente e incluyen las siguientes áreas:

- Actividades que se realizan en casa: como son lavar ropa, cocinar e higiene personal.

- Actividades que hacen referencia al traslado y compras.
- Actividades que se deben conocer o comprender están involucrados el uso del móvil o teléfono fijo, administración de dinero y organización de medicamentos.

El objetivo de una buena evaluación funcional sería detectar y ponderar los variados factores que existen acerca de la capacidad funcional. La finalidad de la valoración funcional es dar a conocer el efecto al comparar los cambios en un periodo de tiempo y hacer referencia a acontecimientos que involucren la salud. De tal manera debe servir como guía para tomar decisiones correctamente teniendo en cuenta varios factores, ya sean la capacidad funcional global y la calidad de vida, para así hacer correcto uso de los recursos sociales y de salud.

Al momento de realizar una correcta valoración podemos hacer uso de diferentes herramientas, siendo el índice de Barthel el más reconocido y empleado actualmente para determinar la evolución de pacientes con procesos crónicos. Esta escala comprende 10 parámetros que miden las ABVD; la puntuación total máxima es de 100 que se traduce como independencia total, y la mínima es de 0 que se traduce como dependencia total.(26)

2.2.2.1 ÍNDICE DE BARTHEL

El índice de Barthel (IB) se define como una herramienta usada para valorar el estado funcional, fue creado en 1955 por Mahoney y Barthel, simple en cuanto a su ejecución e interpretación. Actualmente es una de las herramientas más usadas internacionalmente para medir las ABVD. Valora si una persona es independiente o dependiente en cuanto al hecho de realizar 10 ABVD como: alimentarse, caminar de la silla a la cama y viceversa, hacer el aseo personal, uso del sanitario, ducharse, locomoción, subir y bajar escaleras, vestirse y control fecal y urinario. Se da a cada paciente un puntaje en relación a su grado de dependencia para hacer específicamente las actividades que se fueron nombrando. Los valores que se le dan a cada actividad dependen del tiempo que se ha empleado y el necesitar ayuda para así se pueda llevar a cabo.(13)

En la versión original, las actividades se valoran de distinta manera, pudiéndose asignar una puntuación entre 0 y 15 (0, 5, 10 o 15). El rango global de la valoración puede variar entre 0 y 100, entendiéndose el 0 como dependencia total, y el

100 como independencia, sin embargo, con los años distintos colaboradores realizaron modificaciones en el índice original con finalidad de mejorar la aplicabilidad de la prueba, de todos, la que tuvo mejor consistencia interna fue la versión modificada por Shah, con un alfa de Cronbach (medida de fiabilidad) de 0.90 – 0.92, un valor incluso mejor que la versión original. La versión propuesta por Shah y colaboradores mantiene las 10 actividades originales, pero aumenta a 5 el número de niveles por actividad, el rango de puntuación permanece entre 0 y 100 (0 – 90 si usa silla de ruedas). El IB puede aportar información tanto de la puntuación global, como de cada una de las puntuaciones parciales, esto ayuda a estudiar las deficiencias específicas de la persona.(27)

La interpretación del resultado de esta escala es la siguiente:

- 0-20: Dependencia total
- 21-60: Dependencia Severa
- 61-90: Dependencia moderada
- 91-99: Dependencia escasa
- 100: Independencia

Cuadro N°1 Índice de Barthel modificado por Shah (27)

Cuadro III. Índice de Barthel, modificación de Shah et al, con 10 actividades y 5 niveles de puntuación ⁽²⁾					
	Incapaz de hacerlo	Intenta pero inseguro	Cierta ayuda necesaria	Mínima ayuda necesaria	Totalmente independiente
Aseo personal	0	1	3	4	5
Bañarse	0	1	3	4	5
Comer	0	2	5	8	10
Usar el retrete	0	2	5	8	10
Subir escaleras	0	2	5	8	10
Vestirse	0	2	5	8	10
Control de heces	0	2	5	8	10
Control de orina	0	2	5	8	10
Desplazarse	0	3	8	12	15
Silla de ruedas	0	1	3	4	5
Traslado silla/cama	0	3	8	12	15

2.2.3 DETERIORO FUNCIONAL

Para entender el significado de deterioro funcional (DF) primero debemos definir el significado de estado funcional, que es la capacidad de adaptarse a las actividades de la vida diaria, que resultan de la interacción con el medio ambiente y la sociedad. Con el paso de los años se presenta una pérdida gradual de la capacidad funcional, que, si bien resulta variable y es influida por varios factores, nos sirve como una variable muy importante al momento de examinar un paciente geriátrico, para de esta manera emitir un correcto diagnóstico, pronóstico y realizar las medidas preventivas y terapéuticas que sean necesarias.

Dentro de los factores capaces de modificar el estado funcional de una persona, resaltan las enfermedades; en el caso específico de los ancianos el deterioro funcional suele ser la expresión de la pluripatología que lo aqueja. En muchos casos suele considerarse como un factor pronóstico y evolutivo más fiable que la enfermedad en sí. Sin embargo, además de las enfermedades pueden existir muchos otros factores que influyan de manera importante en la pérdida de función, entre estos podemos encontrar las alteraciones ambientales, problemas socioeconómicos, problemas afectivos, disminución de la calidad de vida, pérdida de roles, entre otros.

Por este motivo es muy importante que a la hora de examinar a un anciano detectemos déficit funcional ya que esto determinaran el futuro del paciente y su grado de autosuficiencia. De esta manera, si la capacidad funcional de un paciente previo a una enfermedad es elevada, el pronóstico será muy bueno a pesar de que el deterioro funcional durante la enfermedad sea considerable; contrariamente, el padecimiento de enfermedades crónico degenerativas, aumenta el riesgo de deterioro funcional irreversible.(28)

2.2.4 ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVAS

En la actualidad, las enfermedades crónicas degenerativas (ECD), representan un gran problema de salud pública, al constituirse en una de las principales causas de muerte y discapacidad tanto en países desarrollados como en desarrollo.

Entre estas enfermedades, están las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes mellitus, las enfermedades respiratorias crónicas, entre otras; las cuales están directamente relacionadas al estilo de vida, siendo el sedentarismo en conjunto con el tabaquismo y la dieta desequilibrada, los principales factores de riesgo responsables de su desarrollo. Son varios factores los que influyen en la importancia de este tipo de enfermedades: el incremento paulatino en el número de personas afectadas, el incremento en la mortalidad general, la conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y el alto costo y lo complejo de su tratamiento. Como resultado de los distintos cambios socioeconómicos en el estilo de vida de la población en general, es que ahora representa un gran problema de salud pública.(29)

Córdova-Villalobos y colaboradores determinaron que “La epidemia de ECD es un fenómeno complejo que tiene sus raíces en las modificaciones del comportamiento de un elevado porcentaje de la población y en factores genéticos. Pese a múltiples esfuerzos, el número de casos afectados ha continuado en ascenso. Es improbable que una intervención aislada pueda modificar la incidencia o la evolución natural del padecimiento. Cada país debe instituir sus propias medidas, diseñadas a partir de experiencias internacionales, pero con la flexibilidad para aplicarlas en todos los estratos de la población”. (30)

2.2.5 ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR

Se define la enfermedad cerebro vascular (ECV) como el desarrollo de signos clínicos de disturbios de la función cerebral o global con síntomas que persisten 24 horas o más, o que llevan a la muerte con ninguna otra causa evidente que el origen vascular. De esta manera podemos entender para fines prácticos que las ECV representan aquellos trastornos que afectan un área cerebral ya sea de forma transitoria o permanente, por hemorragia o por isquemia, y cuando en un proceso patológico uno de los vasos sanguíneos de la circulación cerebral está implicado.

En la actualidad podemos encontrarnos con que las ECV representan una de las principales causas de muerte en el adulto mayor. En aquellos pacientes que no mueren, conlleva a una notable incapacidad física y laboral, del 50 al 70% de los que sobreviven quedan con secuelas, repercutiendo en las distintas esferas, tanto la económica y psicológica como la social.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existe una incidencia de 200 casos por 100000 habitantes y una morbilidad de alrededor de 40 casos por 10000 habitantes, por lo que afecta alrededor del 1% de la población adulta (15 años o más), entre el 4 y el 5 % de los mayores de 50 años y entre el 8 y el 10% de las personas mayores de 65 años.

Es importante explicar que existe un grupo de personas predispuestas al desarrollo de ECV, y son aquellos que reúnen varios factores de riesgo, como lo son; mayores de 65 años, sexo masculino, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), hipercolesterolemia, cardiopatías isquémicas, tabaquismo y síndrome metabólico.(31)

CAPÍTULO III

3. VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Indicador	Categorización	Escala de medición
Características sociodemográficas del paciente Geriátrico.	Sexo	0=Femenino 1=Masculino	Nominal Dicotómica
	Edad	1=65-75 años 2=75-85 años 3=85-95 años 4=>95 años	Cuantitativa Intervalo
	Estado civil	0=Soltero 1=Casado 2=Separado 3=Viudo	Nominal Politómica
	Grado de instrucción	1=Iletrado 2=Primaria incompleta 3=Secundaria incompleta 4=Secundaria completa 5=Superior no universitaria	Nominal Politómica

		6=Superior universitaria		
	Fecha de nacimiento	Especificar fecha de nacimiento	Nominal Discreta	
	Lugar de nacimiento	Especificar lugar de nacimiento	Nominal Discreta	
	Personal a cargo	0=Profesional 1=No profesional pero familiar 2=No profesional ni familiar	Nominal Politómica	
Evaluación Funcional.	Dependencia Funcional Global actual.	1=Dependencia total 2=Dependencia Severa 3=Dependencia moderada 4=Dependencia escasa 5=Independencia	Nominal Politómica	
	Índice de Barthel	Aseo personal	0=Incapaz 1=Intenta, pero inseguro. 3=Cierta ayuda necesaria. 4=Mínima ayuda necesaria 5=Totalmente	Nominal Politómica

		independiente	
	Bañarse	0=Incapaz 1=Intenta, pero inseguro. 3=Cierta ayuda necesaria. 4=Mínima ayuda necesaria 5=Totalmente independiente	Nominal Politómica
	Comer	0=Incapaz 2=Intenta, pero inseguro. 5=Cierta ayuda necesaria. 8=Mínima ayuda necesaria 10=Totalmente independiente	Nominal Politómica
	Uso del retrete	0=Incapaz 2=Intenta, pero inseguro. 5=Cierta ayuda necesaria. 8=Mínima ayuda necesaria 10=Totalmente independiente	Nominal Politómica

		Subir escaleras	0=Incapaz 2=Intenta, pero inseguro. 5=Cierta ayuda necesaria. 8=Mínima ayuda necesaria 10=Totalmente independiente	Nominal Politómica
		Vestirse	0=Incapaz 2=Intenta, pero inseguro. 5=Cierta ayuda necesaria. 8=Mínima ayuda necesaria 10=Totalmente independiente	Nominal Politómica
		Control de heces	0=Incapaz 2=Intenta, pero inseguro. 5=Cierta ayuda necesaria. 8=Mínima ayuda necesaria 10=Totalmente independiente	Nominal Politómica
		Control de	0=Incapaz	Nominal

		orina	2=Intenta, pero inseguro. 5=Cierta ayuda necesaria. 8=Mínima ayuda necesaria 10=Totalmente independiente	Politómica
		Desplazarse (si usa silla de ruedas pasar al siguiente ítem)	0=Incapaz 3=Intenta, pero inseguro. 8=Cierta ayuda necesaria. 12=Mínima ayuda necesaria 15=Totalmente independiente	Nominal Politómica
		Silla de ruedas	0=Incapaz 1=Intenta, pero inseguro. 3=Cierta ayuda necesaria. 4=Mínima ayuda necesaria 5=Totalmente independiente	Nominal Politómica
		Traslado silla / cama	0=Incapaz 3=Intenta, pero	Nominal Politómica

			<p>inseguro.</p> <p>8=Cierta ayuda necesaria.</p> <p>12=Mínima ayuda necesaria</p> <p>15=Totalmente independiente</p>	
<p>Características clínicas del paciente Geriátrico.</p>	<p>Sistemas comprometidos en las patologías actuales.</p>	<p>0=Cardiovascular.</p> <p>1=Pulmonar.</p> <p>2=Nervioso Central y periférico.</p> <p>3=Patología de salud mental.</p> <p>4=Endocrino y metabólico.</p> <p>5=Osteomioarticular.</p> <p>6=Inmunológico.</p> <p>7=Urogenital</p> <p>8=Digestivo</p> <p>9=Renal</p> <p>10=Otras patologías.</p>	<p>Nominal</p> <p>Politómica</p>	
	<p>Número de sistemas patológicos</p>	<p>Especificar el número de sistemas patológicos.</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Discreta</p>	

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO

Estudio Descriptivo Observacional, de corte transversal, retrospectivo.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Programa de atención Domiciliaria del Hospital II Essalud Ilo.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por el total de pacientes geriátricos que recibieron servicio en el Programa de atención domiciliaria del hospital II Essalud Ilo en el mes de febrero del año 2019.

Se realizó un muestreo de tipo no probabilístico debido a las limitaciones que presentó en la ejecución el presente proyecto.

Se obtuvo una muestra representativa de 105 pacientes geriátricos del Programa de atención Domiciliaria del Hospital II Essalud Ilo que cumplían los criterios de inclusión.

4.3.1 Criterios de inclusión

Adultos mayores de 65 años del Programa de atención Domiciliaria del Hospital II Essalud Ilo.

Pacientes incluidos en el Programa de atención domiciliaria del hospital II Essalud Ilo.

Adultos mayores que deseen participar del estudio.

4.3.2 Criterios de exclusión

Adultos menores de 65 años del Programa de atención Domiciliaria del Hospital II Essalud Ilo.

Pacientes que no estén incluidos en el Programa de atención domiciliaria del hospital II Essalud Ilo.

Adultos mayores que no deseen participar del estudio.

Pacientes que no se encuentren en su vivienda durante la visita domiciliaria.

4.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para realizar la recolección de datos se hizo uso de la técnica de Análisis Documental, es decir, hicimos la recolección de datos de una fuente secundaria, como lo son las fichas de registro de datos historias clínicas. Mediante el análisis de las fuentes de datos, pudimos indagar sobre las características sociodemográficas del paciente, como el sexo, edad, lugar de nacimiento grado de instrucción; también las características clínicas que vendrían a ser los diagnósticos actuales del paciente. Además, se procedió a realizar la visita domiciliaria correspondiente a los pacientes de la muestra, para aplicar el índice de Barthel, y de esta manera obtener los datos de limitación funcional necesarios para este estudio. Previo al inicio de la ejecución del trabajo de investigación, se pidió formalmente el permiso correspondiente a las autoridades pertinentes del Hospital II Essalud Ilo para la ejecución, y se

determinaron los horarios pertinentes para poder realizar el trabajo de campo.

4.5 LIMITACIONES

La población de PADOMI en el Hospital II EsSalud Ilo es fluctuante, oscila cerca de los 200 pacientes aproximadamente, sin embargo, no se logra completar la visita domiciliaria al total de estos, ya que, por diversos motivos, algunos pacientes no se encuentran en su vivienda en la fecha de la visita, este factor influyó mucho al momento de realizar el trabajo de campo del presente proyecto.

Asimismo, los datos recolectados de las historias clínicas estaban incompletos y en algunos casos equivocados, por este motivo se tuvo que recolectar los datos nuevamente durante la visita domiciliaria.

CAPÍTULO V

5. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recolectados fueron correctamente tabulados y se ingresaron al programa Excel v.2010, donde llevamos a cabo la filtración y eliminación de los datos incongruentes e inservibles.

Luego de la correcta creación de la base de datos, se ingresaron al programa estadístico SPSSv23.0, donde realizamos la recategorización de algunas variables según se puede observar en la sección superior de Operacionalización de las variables.

Seguidamente realizamos un análisis descriptivo de las variables cualitativas y cuantitativas. De esta manera reportamos la media y desviación estándar para las variables cuantitativas con distribución normal.

Luego proseguimos con el análisis bivariado, buscamos relación entre variables cualitativas usando la herramienta del Chi cuadrado; entre variables cualitativas y cuantitativas usamos el coeficiente de regresión.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente proyecto fue expuesto ante el Comité de Ética en Investigación del Hospital II Essalud Ilo, para que pudiera ser evaluado y se proceda a su aplicación en el Programa de atención Domiciliaria del Hospital II Essalud Ilo. Así mismo se solicitaron los permisos correspondientes para su realización

CAPITULO VI

6. RESULTADOS

TABLA 01

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL HOSPITAL II ESSALUD ILO EN EL AÑO 2019

		N	%
Edad	65 a 69 años	3	2.9%
	70 a 79 años	24	22.9%
	80 a 89 años	53	50.5%
	90 a más	25	23.8%
	Total	105	100.0%
Sexo	Femenino	66	62.9%
	Masculino	39	37.1%
	Total	105	100.0%
Estado civil	Soltero	3	2.9%
	Casado	44	41.9%
	Separado	5	4.8%
	Viudo	51	48.6%
	Conviviente	2	1.9%
	Total	105	100.0%
Grado de instrucción	Iletrado	21	20.0%
	Primaria incompleta	61	58.1%
	Secundaria incompleta	8	7.6%
	Secundaria completa	9	8.6%
	Superior universitaria	6	5.7%
	Total	105	100.0%

	Media	Máximo	Mínimo	Desviación estándar
Edad	84	98	65	7

En la tabla 1 podemos observar que el 50.5% de los pacientes tenían entre 80 a 89 años seguidos un 23.8% de 90 años a más. Además, apreciamos que el 62.9% de la población eran de sexo femenino. Asimismo, el 48.6% de los pacientes eran viudos seguido de un 41.9% que eran casados. Por ultimo observamos que el 58.1 % de la población refiere haber estudiado primaria incompleta, seguido de un 20% que indica ser iletrados.

El promedio de edad fue de 84 años con un máximo de 98 y un mínimo de 65 años

TABLA 02

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN PATOLOGÍA POR SISTEMAS PRESENTE EN PACIENTES GERIÁTRICOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL HOSPITAL II ESSALUD ILO EN EL AÑO 2019

	n	%
Cardiovascular	68	64.8%
Nervioso central y periférico	46	43.8%
Osteomioarticular	30	28.6%
Salud Mental	27	25.7%
Endocrino y metabólico	26	24.8%
Inmunológico y hematológico	10	9.5%
Urogenital	8	7.6%
Pulmonar	8	7.6%
Renal	5	4.8%
Otros	5	4.8%
Digestivo	4	3.8%

En la tabla 2 podemos observar los principales sistemas comprometidos con patologías concomitantes en los pacientes geriátricos del programa de atención domiciliaria. Podemos observar que el 64.8% presentaba patologías cardiovasculares seguido de un 43.8% con compromiso del nervioso central y periférico. Asimismo, en tercer lugar, se encontraba un 28.6% con patología osteomioarticular, el 25.7% con problemas de salud mental y el 24.8% con patología endocrina y metabólica, principalmente.

TABLA 03

**GRADO DE DETERIORO FUNCIONAL SEGÚN EL TEST DE BARTHEL EN
LOS PACIENTES GERIÁTRICOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN
DOMICILIARIA DEL HOSPITAL II ESSALUD ILO EN EL AÑO 2019**

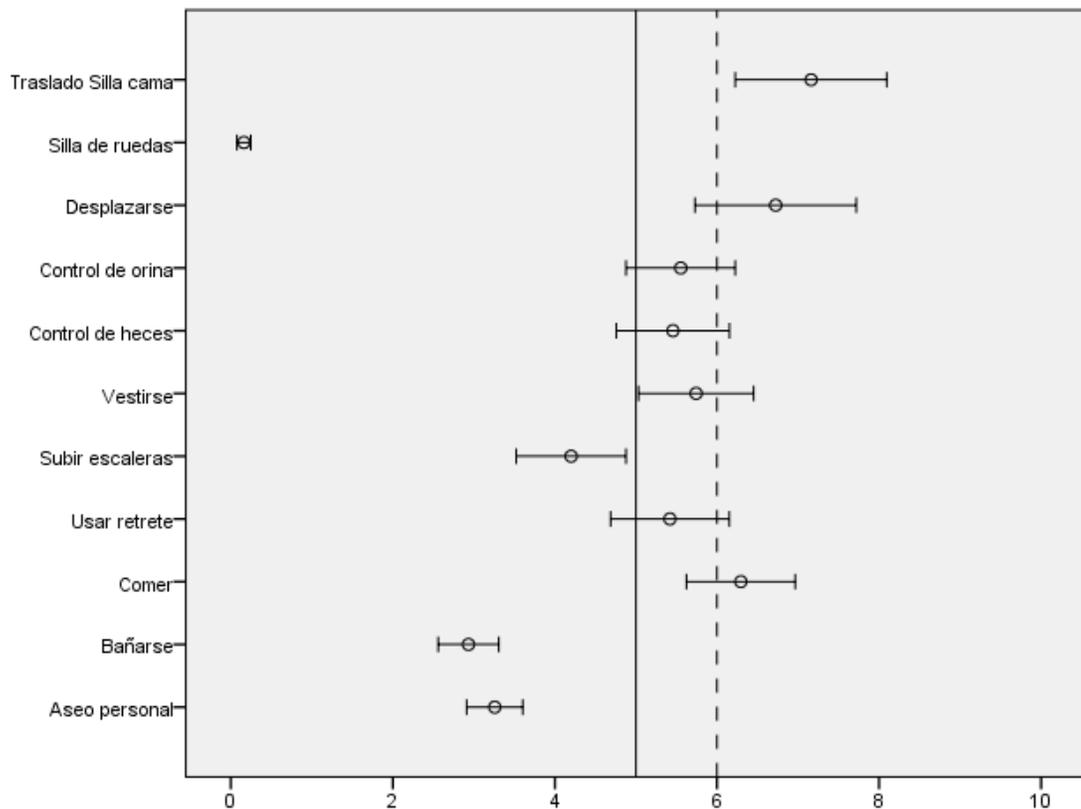
		n	%
Grado de deterioro funcional	Dependencia total	29	27.6%
	Dependencia severa	26	24.8%
	Dependencia moderada	38	36.2%
	Dependencia escasa	11	10.5%
	Independencia	1	1.0%
	Total	105	100.0%

	Media	Máximo	Mínimo	Desviación estándar
Puntuación total	52.4	100.0	0.0	32.5

Aplicado el test de Barthel de deterioro funcional en cada uno de los pacientes, se pudo diferenciar la distribución de frecuencia.

Podemos observar que, el 36.2% de los pacientes presentaba una dependencia moderada seguido de un 27.6% con dependencia total y en tercer lugar un 24.8% con dependencia severa. Sólo un 10.5% presentaba una dependencia escasa.

GRAFICA 01: COMPARACIÓN DE LOS REACTIVOS DEL ÍNDICE DE BARTHEL



En la Gráfica podemos evidenciar la distribución comparativa de los diferentes reactivos observados en el test, con un intervalo de confianza del 95%. Si repitiéramos el estudio 100 veces, en 95% de los casos observaremos la misma gráfica representada. Los números en el eje x son los valores que representan la variabilidad de los puntajes individuales de cada reactivo respecto a su media.

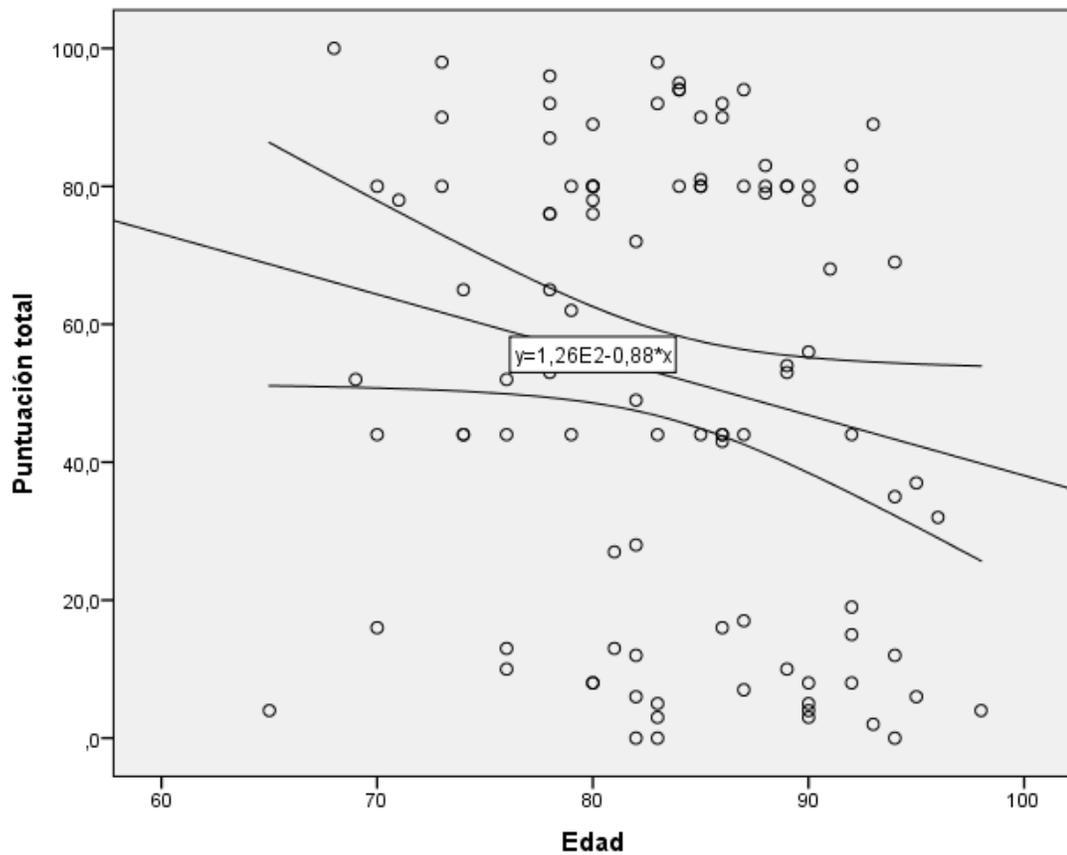
Las características más comprometidas en el grupo de estudio son “el poder bañarse”, “el aseo personal” y en tercer lugar como compromiso más fuerte

es “el subir escaleras”. El grupo con silla de ruedas obviamente era un grupo especial.

El siguiente grupo de características comprometidas son “usar el retrete”, “control de orina” y “control de heces” así como” la capacidad de vestirse solo”.

El grupo donde se evidencia un compromiso menor es en el “traslado de silla a la cama” y “el poder desplazarse” y “comer”.

GRAFICA 02: CURVA DE AJUSTE DE LA EDAD SEGÚN LA PUNTUACIÓN FINAL DEL ÍNDICE BARTHEL



La Gráfica 2 es una línea de regresión lineal, en ella podemos observar el nivel de dependencia entre la puntuación del índice de Barthel final y la edad, al medio podemos observar la ecuación de recta, que representa el cálculo que se realizó con cada dato. Se evidencia que a mayor edad la puntuación total disminuye y por tanto el compromiso funcional aumenta. Evidentemente la relación entre edad y compromiso funcional es directamente proporcional.

TABLA 04

PRINCIPALES FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A GRADO DE DETERIORO FUNCIONAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL HOSPITAL II ESSALUD ILO EN EL AÑO 2019

		Grado de deterioro funcional												p
		Dependencia total		Dependencia severa		Dependencia moderada		Dependencia escasa		Independencia		Total		
		n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo	Femenino	19	28.8%	13	19.7%	25	37.9%	8	12.1%	1	1.5%	66	100.0%	0.538
	Masculino	10	25.6%	13	33.3%	13	33.3%	3	7.7%	0	0.0%	39	100.0%	
	Total	29	27.6%	26	24.8%	38	36.2%	11	10.5%	1	1.0%	105	100.0%	
Estado civil	Soltero	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	100.0%	0.192
	Casado	9	20.5%	13	29.5%	16	36.4%	5	11.4%	1	2.3%	44	100.0%	
	Separado	3	60.0%	1	20.0%	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	5	100.0%	
	Viudo	14	27.5%	11	21.6%	22	43.1%	4	7.8%	0	0.0%	51	100.0%	
	Conviviente	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	2	100.0%	
	Total	29	27.6%	26	24.8%	38	36.2%	11	10.5%	1	1.0%	105	100.0%	
Grado de instrucción	Iletrado	5	23.8%	6	28.6%	9	42.9%	1	4.8%	0	0.0%	21	100.0%	0.029
	Primaria incompleta	19	31.1%	11	18.0%	23	37.7%	8	13.1%	0	0.0%	61	100.0%	
	Secundaria incompleta	2	25.0%	4	50.0%	2	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	100.0%	
	Secundaria completa	2	22.2%	4	44.4%	1	11.1%	2	22.2%	0	0.0%	9	100.0%	
	Superior universitaria	1	16.7%	1	16.7%	3	50.0%	0	0.0%	1	16.7%	6	100.0%	
	Total	29	27.6%	26	24.8%	38	36.2%	11	10.5%	1	1.0%	105	100.0%	

En la tabla 4 podemos observar que la variable principalmente asociada a grado deterioro funcional es el grado de instrucción(p:0.029). La relación entre deterioro funcional y las variables estado civil y sexo no fue significativa ($p > 0.05$).

Según grado de instrucción, en el grupo de iletrados, el 23.8% presentaba dependencia total y el 28.6% dependencia severa. De aquellos con primaria incompleta, el 31.1% presentaba dependencia total y el 18% dependencia severa.

Si observamos el nivel de dependencia escasa, podemos observar que el 22.2% tenían el antecedente de secundaria incompleta pero sólo el 13.1% de los que tenían primaria incompleta estaban en esta condición. En el grupo de iletrados, tan solo el 4.8% presentaba dependencia escasa. Esta diferencia fue altamente significativa, pudiendo concluir que el grado de instrucción está asociado al grado de deterioro funcional y que a mayor grado instrucción el riesgo es menor.

Tabla 05

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL NÚMERO DE SISTEMAS COMPROMETIDOS Y EL GRADO DE DETERIORO FUNCIONAL DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL HOSPITAL II ESSALUD ILO EN EL AÑO 2019

		Grado de deterioro funcional										p			
		Dependencia total		Dependencia severa		Dependencia moderada		Dependencia escasa		Independencia				Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			n	%
N° sistemas patológicos	1,00	5	41.7%	3	25.0%	2	16.7%	2	16.7%	0	0.0%	12	100.0%	0.659	
	2,00	14	24.1%	13	22.4%	23	39.7%	8	13.8%	0	0.0%	58	100.0%		
	3,00	8	26.7%	8	26.7%	12	40.0%	1	3.3%	1	3.3%	30	100.0%		
	4,00	2	40.0%	2	40.0%	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	100.0%		
	Total	29	27.6%	26	24.8%	38	36.2%	11	10.5%	1	1.0%	105	100.0%		

En la tabla 5 se consolidaron el número sistemas que principalmente presentaban una patología según grado de deterioro funcional que esto significaba. Se observó que el 41.7% de los pacientes con dependencia total presentaban 1 sistema comprometido. El 40% de los pacientes con dependencia severa presentaron 4 sistemas comprometidos. El 40% de los pacientes con Dependencia moderada presentaron 3 sistemas comprometidos, y el 39.7% 2 sistemas comprometidos. Sin embargo, no se encontró diferencia significativa al respecto. (p:0.659).

CAPITULO VII

DISCUSION

Encontramos que la mayoría de los pacientes fueron de sexo femenino y tenían más de 80 años, el promedio de edad fue de 84 años para ambos sexos, asimismo determinamos que la mayor parte de los pacientes eran viudos o estaban casados, nuestros datos coinciden con lo reportado por Michue – Bohórquez y colaboradores (20), quienes señalan que la población estudiada por ellos estaba principalmente compuesta por mujeres (63.2%), tenían de 80 años a más (62.2%) y referían ser viudos o estar casados, el promedio de edad fue 80.67 años. Observamos que en nuestra población predomina un bajo grado de instrucción, quienes refieren haber estudiado primaria (58.1%), o ser iletrados (20%), estos datos no concuerdan del todo con los descritos por Michue – Bohórquez(20), si bien el grado de instrucción predominante en su población fue primaria con 39.5%, el grupo que refirió ser iletrado tan solo fue el 5.4% del total.

Observamos que los sistemas principalmente comprometidos con patologías concomitantes fueron en primer lugar el sistema cardiovascular, seguido del sistema nervioso central y periférico y en tercer lugar el sistema osteomioarticular; Pavlovic (15) indica que los sistemas principalmente afectados en su población fueron, el sistema respiratorio, luego el sistema cardiovascular y en tercer lugar el sistema genitourinario, esta disimilitud en los resultados podría deberse a las diferentes realidades que viven las poblaciones estudiadas en ambas investigaciones, ya que el trabajo de Pavlovic fue ejecutado en un importante hospital de la capital Chilena. Por otro lado, tanto Caballero Zavala (16) como Michue – Bohórquez (20) señalan a una enfermedad del sistema cardiovascular (hipertensión arterial)

como la patología más común en sus estudios, ambos resultados similares al nuestro, talvez debido a que todos fueron realizados en el mismo país, y la realidad de las poblaciones estudiadas son muy similares.

Aplicando el Índice de Barthel modificado por Shah, encontramos que los grados intermedios de dependencia funcional predominaban en nuestra población, seguidos del grado de dependencia total y en tercer lugar la independencia; similar al resultado del trabajo de Michue – Bohórquez (20), determinó que la mayoría de pacientes en su población sufría de dependencia parcial, seguido por un 22.7% con dependencia total, y un 13% con independencia; si bien en su estudio aplicó un modelo diferente del índice de Barthel, los resultados se pueden extrapolar con los del presente proyecto.

Determinamos que la variable sociodemográfica más relacionada con el deterioro funcional, es el grado de instrucción, observamos que aquellos con un bajo grado de instrucción, tendían a presentar mayor dependencia, en contraparte, los pacientes que referían tener un alto grado de instrucción generalmente presentaban niveles bajos o intermedios de dependencia; los datos recolectados por José Calero-García (19) son semejantes a los nuestros, observó que existían diferencias significativas en el deterioro funcional con relación al nivel educativo, pacientes con mayor nivel educativo tenían mayores puntuaciones en el índice de Barthel, por tanto, menor deterioro funcional, esto talvez sea debido a que las personas con bajo nivel educativo, se dedican generalmente a oficios donde se necesita realizar un constante esfuerzo físico, que en el futuro, podría supeditarlos a sufrir de alguna condición que comprometa su estado funcional. También se corroboró el importante nivel de dependencia entre el compromiso funcional y la edad, a mayor edad, el grado de compromiso funcional aumenta; en su estudio, Caballero Zavala(16), encontró que tan solo el 4% de los pacientes

centenarios eran autónomos, y el 54 % se encontraba en un estado de gran dependencia, no es raro que la relación entre la edad y el grado de compromiso funcional sea directamente proporcional, ya que el curso natural del envejecimiento, termina por comprometer inevitablemente el estado funcional de las personas.

CONCLUSIONES

1. Se observó que un mayor porcentaje de la población era del sexo femenino, y tenían más de 80 años. En su mayoría, los pacientes eran viudos o estaban casados. En la población estudiada existe un bajo grado de instrucción.
2. Los sistemas más comprometidos fueron en primer lugar el sistema cardiovascular, seguido por el sistema nervioso central y periférico, el sistema osteomioarticular y los problemas de salud mental.
3. Aplicando el Índice de Barthel Modificado por Shah, observamos que existe un alto grado de dependencia funcional en la población estudiada, sin embargo, existe un porcentaje importante (46.7%) con niveles bajos de dependencia.
4. Los resultados del estudio, indican que no existe relación entre estado funcional y número de sistemas comprometidos. Sin embargo, encontramos una relación significativa entre deterioro funcional y grado de instrucción, así mismo, corroboramos la asociación entre el grupo etario y el grado de compromiso funcional.

RECOMENDACIONES

1. Se debería prestar especial atención al paciente mayor de 80 años y a los pacientes con bajo nivel de instrucción, ya que ellos son más susceptibles a presentar en algún momento, algún grado de compromiso del estado funcional.
2. Se recomienda mejorar las políticas de prevención en patologías cardiovasculares, neurológicas, osteomioarticular y de salud mental.
3. Se debería mejorar el uso de herramientas de valoración funcional, tales como el índice de Barthel, para justificar el ingreso de pacientes al servicio de PADOMI.
4. Se debe incentivar a los estudiantes de pregrado y postgrado a realizar estudios en el servicio de PADOMI, ya que es un recurso poco explotado para estos fines.

BIBLIOGRAFIA

1. Miralles PM, Ayuso DMR. Actividades de la vida diaria. Elsevier España; 2006. 504 p. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=WF6nls1pVg4C>
2. Meléndez JC, Tomás JM, Navarro E. Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *An Psicol.* 2011;27(1):164–9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16717018019>
3. V Mencía Seco, et al. Guía para cuidadores de enfermos terminales: manejo de los síntomas más frecuentes en Cuidados Paliativos. *Med Paliativa Medicina Paliativa.* 2002;9:60–4. Disponible en: <http://www.observatoriodepaliativos.org/node/763>
4. Millas Ros J, Hasson N, Aguiló Pérez M, Lasagabaster Orobengoa I, Muro Gorostegui E, Romero Iturralde O. Programa de atención social domiciliaria sobre la atención a los cuidados paliativos en el País Vasco. *Experiencia Saiatu. Med Paliativa.* 1 de enero de 2015;22(1):3–11. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X13000840>
5. Corti MC, Guralnik JM, Salive ME, Sorkin JD. Serum albumin level and physical disability as predictors of mortality in older persons. *JAMA.* 5 de octubre de 1994;272(13):1036–42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8089886>
6. Torres BM, Núñez EG, Pérez GHD, Simón JT, Alastuey CG, Díaz JM, et al. [Barthel and Charlson indexes for the prognosis of mortality and institutionalization in hospitalized geriatric patients]. *Rev Espanola Geriatr Gerontol.* 2009;44(4):209–12. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/med/19592140>
7. Godfrey J, Poole L. An audit of the use of the Barthel Index in palliative care. *Int J Palliat Nurs.* 1 de noviembre de 2007;13(11):543–8. Disponible en: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/ijpn.2007.13.11.27589>

8. Vicuña MN, Cabello JT, Sales JP, Farre CN, Naval CP. Evaluación funcional en Cuidados Paliativos: correlación entre diferentes escalas. *Med Paliativa*. 2006;13(3):125–31. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2195549>
9. Holwerda TJ, Schoevers RA, Dekker J, Deeg DJH, Jonker C, Beekman ATF. The relationship between generalized anxiety disorder, depression and mortality in old age. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(3):241–9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/gps.1669>
10. Díaz de León González E, Tamez Pérez HE, Gutiérrez Hermosillo H, Cedillo Rodríguez JA, Torres G. Fragilidad y su asociación con mortalidad, hospitalizaciones y dependencia funcional en mexicanos de 60 años o más. *Med Clínica*. 28 de abril de 2012;138(11):468–74. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775311004118>
11. González-Guerrero JL, Alonso-Fernández T, Gálvez N, García-Mayolín N. Influencia de la dependencia funcional en la casuística de una unidad de geriatría. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 1 de mayo de 2008;43(3):139–45. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X08711739>
12. Bordier L, Dolz M, Sollier M, Garcia C, Doucet J, Verny C, et al. Diabetes del paciente anciano. *EMC - Tratado Med*. 1 de junio de 2018;22(2):1–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541018893084>
13. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública*. marzo de 1997;71(2):127–37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57271997000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Fonseca Figueroa J. Caracterización de los usuarios y de las prestaciones de la unidad de hospitalización domiciliaria del hospital San Juan de Dios, desde octubre 2010 hasta junio 2014, Santiago. 2016 . Disponible en: <http://www.saludpublicachile.cl:8080/dspace/handle/123456789/925>
15. Jeldres AP. Descripción de los pacientes mayores de 60 años ingresados al Programa de Hospitalización Domiciliaria del complejo asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago de Chile. *Acta Médica Colomb*.

30 de octubre de 2017;41(3). Disponible en:
<http://actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/697>

16. Zavala C, Esther C. Características sociales, funcionales y morbilidad en la población centenaria atendida en la seguridad social en la ciudad de Lima. Univ San Martín Porres – USMP. 2015; Disponible en:
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2257>
17. Zamora-Mur A, Nabal-Vicuña M, Zamora-Catevilla A, García-Foncillas R, Calderero-Aragón V, Aubí-Catevilla Ó, et al. Declive funcional y presencia de síntomas en cuidados paliativos: ¿causa o consecuencia? Rev Esp Geriatria Gerontol. 1 de mayo de 2017;52(3):142–5. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X16301603>
18. Rubio Aranda E, Lázaro Alquézar A, Martínez Terror T, Magallón Botaya R. Enfermedades crónicas y deterioro funcional para las actividades de la vida diaria en población mayor no institucionalizada. Rev Esp Geriatria Gerontol. 1 de septiembre de 2009;44(5):244–50. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X0900119X>
19. Calero-García MJ, Lendínez AJC. Evolución del deterioro cognitivo y el nivel de dependencia en pacientes mayores de 65 años ingresados en un hospital de agudos: relación con las variables sociodemográficas. Eur J Investig Health Psychol Educ. 22 de octubre de 2015;4(1):5–18. Disponible en:
<https://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/61>
20. Michue-Bohórquez ES, Arana-Maestre CA, Ortiz-Saavedra PJ, Chávez-Jimeno HA, Varela-Pinedo LF. Perfil clínico de los pacientes que ingresan al programa de atención domiciliar de Essalud en el sur de Lima Metropolitana. :7. Disponible en:
<http://www.medicinainterna.net.pe/?q=node/95>
21. González-Guerrero JL, Alonso-Fernández T, Gálvez N, García-Mayolín N. Influencia de la dependencia funcional en la casuística de una unidad de geriatría. Rev Esp Geriatria Gerontol. mayo de 2008;43(3):139–45. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X08711739>
22. Córcoles-Jiménez MP, Ruiz-García MV, Saiz-Vinuesa MD, Muñoz-Mansilla E, Herreros-Sáez L, Fernández-Pallarés P, et al. Deterioro

funcional asociado a la hospitalización en pacientes mayores de 65 años. *Enferm Clínica*. 1 de marzo de 2016;26(2):121–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862115001515>

23. Montenegro EP, Cuellar FM. Geriatría y gerontología para el médico internista. *La hoguera investigación*; 2012. 644 p. Disponible en: <http://www.medicinainterna.net.pe/?q=node/9>
24. Huguet XB, Ramírez EL, Lombardo FC. Propuestas para la atención domiciliaria del siglo XXI. *Aten Primaria Publ Of Soc Esp Fam Comunitaria*. 2018;50(5):264–6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6389398>
25. Ipenza FB. Manual institucional EsSalud 2008. 2008;92. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/defensoria/manual_institucional.pdf
26. Domínguez-Ardila A, García-Manrique JG. Valoración geriátrica integral. *Aten Fam*. 1 de enero de 2014;21(1):20–3. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300062>
27. Barrero Solís CL, Garcia Arrijoja S, Ojeda Manzano A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plast Restaur Neurológica*. 2005;4(1–2):81–5. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/es/revista/plasticidad-y-restauracion-neurologica/articulo/indice-de-barthel-ib-un-instrumento-esencial-para-la-evaluacion-funcional-y-la-rehabilitacion>
28. Osuna-Pozo CM, Ortiz-Alonso J, Vidán M, Ferreira G, Serra-Rexach JA. Revisión sobre el deterioro funcional en el anciano asociado al ingreso por enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatría Gerontol*. 1 de marzo de 2014;49(2):77–89. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X13001613>
29. Gómez R, Monteiro H, Cossio-Bolaños MA, Fama-Cortez D, Zanesco A. El ejercicio físico y su prescripción en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. julio de 2010;27(3):379–86. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342010000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
30. Córdova-Villalobos JÁ, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernández-Ávila M, et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis

epidemiológica y prevención integral. Salud Pública México. octubre de 2008;50(5):419–27. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500015

31. González RP, Miranda GLH, Águila Y de la CR, González DBM, Pérez MG. La enfermedad cerebrovascular en el adulto mayor. Rev Cienc Médicas Pinar Río. 28 de diciembre de 2015;19(6):996–1005. Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2316>

ANEXO 01

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

HC N°: _____

Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	
Edad:		Sexo: 0=Femenino 1=Masculino	
Estado civil: 0=Soltero 1=Casado 2=Separado 3=Viudo 4=Conviviente		Grado de instrucción: 1=Iletrado 2=Primaria incompleta 3=Secundaria incompleta 4=Secundaria completa 5=Superior no universitaria 6=Superior universitaria	
Personal a cargo: 0=Profesional 1=No profesional pero familiar 2=No profesional ni familiar		Dependencia Funcional Global actual: 1=Dependencia total 2=Dependencia Severa 3=Dependencia moderada 4=Dependencia escasa 5=Independencia	
Diagnósticos Actuales:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 		

ANEXO 02

Índice de Barthel modificado por Shah et al.					
ACTIVIDADES	INCAPAZ DE HACERLO	INTENTA PERO INSEGURO	CIERTA AYUDA NECESARIA	MINIMA AYUDA NECESARIA	TOTALMENTE INDEPENDIENTE
Aseo personal	0	1	3	4	5
Bañarse	0	1	3	4	5
Comer	0	2	5	8	10
Usar retrete	0	2	5	8	10
Subir escaleras	0	2	5	8	10
Vestirse	0	2	5	8	10
Control de heces	0	2	5	8	10
Control de Orina	0	2	5	8	10
Desplazarse	0	3	8	12	15
<i>Silla de ruedas</i>	0	1	3	4	5
Traslado silla / cama	0	3	8	12	15
PUNTUACION TOTAL					
PUNTUACIÓN TOTAL			INTERPRETACION		
0 – 20			Dependencia total		
21 – 60			Dependencia severa		
61 – 90			Dependencia moderada		
91 – 99			Dependencia Escaza		
100			Independencia		

ANEXO 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido informado(a) del objetivo del estudio, conozco los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. Estoy enterado(a) de la forma como se realizará el estudio, que no es obligatoria la participación de mi familiar y que puede salir de la investigación en el momento que lo considere necesario sin que esto represente alguna represalia por parte del equipo de trabajo o la institución educativa. Por lo anterior acepto voluntariamente la participación de mi familiar en el estudio.

Nombre del Apoderado:

Firma: _____

Fecha:

_____/_____/_____

Nombre del Paciente:

