



UNIVERSIDAD DE CHICLAYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD



ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**“ESTADO FUNCIONAL DE PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN.
LAMBAYEQUE-SETIEMBRE 2015-JUNIO 2016.”**

INFORME DE TESIS

AUTORAS

GLADIS ROXANA MURGA QUIROZ

LISSET VANESSA ÑAÑEZ LOPEZ

Bachilleres en Enfermería

ASESORA:

Mg Enf. LILA CORONEL DEL CASTILLO

Chiclayo-Perú

2017

DEDICATORIA

A Dios que me dio la oportunidad de vivir Y mostrarme día a día que con humildad, paciencia y sabiduría, todo es posible

A mi Madre, a mi Padre que son personas que me han dedicado el amor y la calidez de la familia a la cual amo.

Dedico de manera especial a mis hermanos Verónica y Luis pues ellos fueron el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, sentó en mis bases de responsabilidad deseo de superación, en ellos tengo el espejo en el cual me quiero reflejar pues sus virtudes infinitas y su gran corazón me llevan admirarlos cada día más.

VANESSA

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

GLADIS

AGRADECIMIENTO

- ✓ A la plana docente que nos formaron como profesionales, con sus sabias enseñanzas.
- ✓ A nuestra asesora Mg. Enf. Lila Coronel del Castillo por su acertado asesoramiento.
- ✓ A nuestra Alma Mater la Universidad de Chiclayo.
- ✓ A nuestras familias quienes nos brindaron su apoyo incondicional.
- ✓ Al personal administrativo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

GLADIS y VANESSA

INDICE

	Pág.
I. RESUMEN	6
II. INTRODUCCION	8
2.1. Marco Teórico.....	
a. Situación Problemática.....	
b. Antecedentes.....	
c. Base Teórica.....	
2.2. Problema.....	
2.3. Hipótesis.....	
2.4. Objetivos.....	
2.5. Justificación e Importancia.....	
2.6. Definición y Operacionalización de Variables.....	
III.MATERIAL Y METODOS	33
3.1. Tipos de Investigación.....	
3.2. Diseño de Contrastación.....	
3.3. Población y Muestra.....	
3.4. Instrumentos y Técnicas de Recolección de Datos...	
3.5. Análisis Estadísticos	
IV. RESULTADOS	39
V. DISCUSIÓN	47
VI. CONCLUSIONES	49
VII. RECOMENDACIONES	50
ASENTAMIENTO BIBLIOGRÁFICO	51
ANEXOS	55

I. RESUMEN

Con el **objetivo** de determinar el estado funcional de los pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de Medicina del Hospital Provincial Docente Belén. Lambayeque-setiembre 2015-junio 2016. **Metodología:** Estudio descriptivo con enfoque cuantitativo y transversal, con diseño no experimental, se aplicó protocolo de investigación en el que se incluyen 3 partes, en la primera se registran datos sociodemográficos, en la segunda, el índice de Katz y en la tercera Índice de Barthel a una muestra de 200 pacientes geriátricos con el respectivo consentimiento informado. Se obtuvieron los siguientes **resultados:** El aspecto socio demográfico de los pacientes geriátricos, El 40% de los pacientes geriátricos pertenecen al género masculino y el 60% al sexo femenino. El 72% de los pacientes tiene de 60 a 74 años de edad, el 20% de 75 a 90 años y el 8% más de 90 años. El 50% de los pacientes tiene grado de instrucción primaria, el 25% es analfabeto, el 15% tiene grado de instrucción secundaria y el 10% grado superior técnico. El 40% de los pacientes proceden de zona rural, el 32% de zona urbano marginal y el 28% de zona urbana. El 65% de los pacientes tiene como ocupación su casa, el 20% es obrero o agricultor, el 10% está jubilado y el 5% es empleado. El 45% de los pacientes son casados, el 30% son solteros, el 15% son viudos y el 10% están divorciados. El 45% de los pacientes tiene un estado funcional independiente, el 35% es dependiente parcial y el 20% es dependiente total, según las actividades básicas de la vida diaria Katz. El 35% tiene un estado funcional independiente, el 10% tiene dependencia leve, el 30% tiene dependencia moderada, el 15% tiene dependencia total y el 10% dependencia grave, según valoración del índice de Barthel. La mayoría de los pacientes son dependientes según el índice de Katz ; 35% con dependencia parcial y 20% con dependencia total (55%). Resultado similar ocurre con el índice de Barthel; el 10% tiene dependencia leve, el 30% tiene dependencia moderada, el 15% tiene dependencia total y el 10% dependencia grave (65% total).

Palabras clave: estado funcional, paciente geriátrico

ABSTRACT

With the objective of determining the functional status of geriatric patients hospitalized in the medical service of the Provincial Hospital Belén. Lamabbayeque-September 2015-June 2016. Methodology: A descriptive study with a quantitative and cross-sectional approach, with a non-experimental design, a research protocol was applied including 3 parts, the first one contains socio-demographic data, the second index Of Katz and in the third index of Barthel to a sample of 200 geriatric patients with the respective informed consent. The following results were obtained: The socio-demographic aspect of the geriatric patients, 40% of the geriatric patients belong to the male gender and 60% to the female sex. 72% of patients are 60 to 74 years of age, 20% are between 75 and 90 years old, and 8% are over 90 years old. Fifty per cent of patients have primary education, 25 per cent are illiterate, 15 per cent have secondary education, and 10 per cent have technical degrees. 40% of the patients come from rural areas, 32% from marginal urban areas and 28% from urban areas. 65% of patients are employed in their home, 20% are workers or farmers, 10% are retired and 5% are employed. 45% of the patients are married, 30% are single, 15% are widowers and 10% are divorced. 45% of the patients have an independent functional status, 35% are partial dependent and 20% are totally dependent, according to the basic activities of daily life Katz. 35% have an independent functional status, 10% have mild dependence, 30% have moderate dependence, 15% have total dependence and 10% have severe dependence, according to the Barthel Index. Most patients are dependent according to the Katz index; 35% with partial dependence and 20% with total dependency (55%). Similar result occurs with the Barthel Index; 10% have mild dependence, 30% have moderate dependence, 15% have total dependency and 10% have severe dependency (65% total).

Key words: functional status, geriatric patient

II. INTRODUCCION

2.1. Marco Teórico

a. Situación Problemática

La población mayor de 60 años en el mundo está aumentando más rápidamente que en cualquier era anterior. Para el 2025, el número de personas con más de 60 años se espera que alcance los 1,200 millones. (1)

En el Perú, según la tasa de crecimiento y el porcentaje de mayores de 60 años en plena transición (2% de tasa de crecimiento y 6-8% de mayores de 60 años). La pirámide poblacional cambia reduciéndose la población más joven e incrementándose la población mayor. Esto se explica principalmente por la

Reducción de la tasa global de fecundidad, la reducción de la tasa de crecimiento demográfico y al incremento de la esperanza de vida. (2)

La esperanza de vida se incrementará en todos los países, para el año 2050 en la región de países desarrollados ésta superará los 80 años, en los países en desarrollo será mayor de 70 años y en los países menos desarrollados será cercano a 70 años. La esperanza de vida se acercará más a medida que pasa el tiempo. La tasa general de fecundidad se reduce y que el año 2050 se encontrará en cerca de 2 hijos por mujer en los países desarrollados y en desarrollo.

Por este motivo, la vejez si es motivo de preocupación y de alerta para los que conducen el Estado. Es un motivo más que nos mueve a desarrollar acciones integrales conducentes a mejorar la capacidad productiva del país, mejorar las condiciones de empleo y de protección con cobertura elemental y de calidad de servicios para los riesgos sociales más comunes como son La salud, la pérdida de ingresos por vejez, invalidez, sobrevivencia o desempleo, factores desencadenantes del deterioro del adulto mayor.

En el adulto mayor el estado funcional puede describirse como la capacidad de desarrollar el autocuidado, auto mantenimiento, actividades físicas y roles sociales. Es una parte esencial en la valoración del adulto mayor, pues resume el impacto general de la condición de salud en su ambiente personal y redes de apoyo social; permite monitorizar la respuesta a un tratamiento o proveer información o pronóstico para planear cuidados futuros. Esta como proceso brinda información sobre la capacidad del anciano para realizar las actividades de la vida diaria, que se clasifican en actividades básicas, instrumentales y avanzadas.

La atención de salud a través del Programa del adulto mayor está enfocada a evitar o retrasar la aparición de deterioro funcional, para que pueda seguir viviendo de manera independiente y socialmente integrada en su domicilio, por lo que es necesario realizar en el primer nivel de atención la valoración funcional.(3)

En el Perú, El compromiso de la funcionalidad en la persona mayor de 65 años puede estar presente en el 5% y en mayores de 80 años hasta en 50% o más. Se puede decir que las habilidades funcionales del adulto mayor son el resultado de la disminución de los diferentes sistemas biológicos; sin embargo, no se puede dejar de lado la interacción de esta variable con la escolaridad,

el estilo de vida, el sistema familiar, económico y social, así como con variables subjetivas como la percepción de calidad de vida que tenga la persona.

Actualmente esto no ocurre, aproximadamente uno de cada tres adultos mayores tendría acceso a un beneficio por vejez. Esta cobertura para adultos mayores, no es suficiente porque este grupo etario también está expuesto a ciertos riesgos más difíciles de ser cubiertos en términos financieros y que corresponden a los requerimientos de servicios de salud. Asimismo, quienes acceden a las prestaciones de vejez son generalmente los colectivos de trabajadores que han estado mejor posicionados en el mercado laboral, debido a que los sistemas de pensiones han tenido una fuerte orientación de tipo contributiva para su acceso. (4).

En el Perú; envejecer generalmente significa deterioro económico debido a que las pensiones no han aumentado a la par que la inflación. En consecuencia, el jubilado no puede vivir exclusivamente de su pensión. Lo más frecuente es que la persona adulta mayor deba recurrir al apoyo de familiares cercanos, pero, como es de suponer, esa ayuda no puede ser constante, en un contexto en el que las remuneraciones son bajas y el desempleo y la pobreza afectan a la mayor parte de la población.

Este grupo poblacional tiene una tasa de crecimiento anual de 3.1%. Como se mencionó anteriormente lo más importante es la relación que existe entre este grupo poblacional y la población económicamente activa. Este indicador muestra el nivel de dependencia que tiene ese grupo poblacional y la dependencia de la población mayor se incrementaría con el tiempo de a 34% el año 2050. (5)

Desde una perspectiva funcional, se define que “El adulto mayor sano” es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción persona. El proceso de envejecimiento implica alteraciones en aspectos sociales, familiares, sociológicos y fisiológicos, las cuales influyen sustancialmente en la vida del individuo. Estas transformaciones, relacionadas entre sí, en algunas personas pueden significar deterioro funcional y por ende dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria. (6) El proceso normal de envejecimiento individual, produce una disminución de hasta un 25 a 30% de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del ser humano, lo que se traduce en una disminución de las funciones. La dependencia económica, el decaimiento propio del organismo al envejecer, así como el proceso de envejecimiento, una mala calidad de vida, implica alteraciones en aspectos sociales, familiares, sociológicos y fisiológicos, los cuales influyen sustancialmente en la vida del individuo. Estas transformaciones, relacionadas entre sí, en algunas personas pueden significar deterioro funcional y por ende dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria. (7)

b. Antecedentes Bibliográficos

Internacionales

PALACIOS, L: (Argentina-2014) Hizo un estudio cuyo objetivo fue: Realizar una valoración funcional de los gerontes institucionalizados en la sala de geriatría de una comunidad rural y proponer una intervención terapéutica acorde con los resultados de la investigación
Materiales y Métodos: Investigación no experimental, descriptiva de corte transversal. Se trabaja con la totalidad de la población. Resultados: Un 60% de los gerontes institucionalizados son mayores de 80 años,

siendo ésta una de las características que determina al anciano frágil. El estado funcional prevalente es el de la dependencia severa. Se pudo observar que aquéllos que llevan más tiempo de permanencia en la Institución presentan mayor grado de dependencia. Las patologías más frecuentes que presentan son las denominadas crónico-degenerativas condicionando su estado funcional. Conclusiones: Los gerontes institucionalizados presentan un estado funcional de dependencia prevaleciendo la severa. La incorporación del kinesiólogo en el equipo de salud para que actuara en la prevención de la dependencia y rehabilitación de la discapacidad, mejorará el bienestar del mayor y su calidad de vida. (8)

MORENO G, MORENO P, JARAMILLO J, VALDIVIESO J: (Ecuador 2013)

Hicieron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia del grado de capacidad funcional de los adultos mayores y factores asociados en la parroquia El Valle del cantón Cuenca 2013. Metodología: Investigación de prevalencia de corte transversal, en una muestra de 350 adultos mayores de la Parroquia del Valle; la información fue levantada mediante la escala de Katz que valora el grado de dependencia funcional para la realización de actividades cotidianas valorando la independencia o dependencia de estas. Para analizar los datos se utilizaron: frecuencias, porcentajes, promedio, desvío estándar y para asociación la razón de prevalencia con intervalo de confiabilidad de 95%. Resultados: Se estudiaron 350 adultos mayores, la dependencia fue del 39,7%; la media de edad se ubicó en 74,46 años y una desviación estándar de 7,61 años en el 60,9% de los casos de sexo femenino; casados con el 60,3%; con ocupaciones sin actividad física 32% y con enfermedades crónicas en el 86,3% de los casos siendo la de mayor prevalencia las osteoarticulares con el 49,4%; los factores de riesgo que se asociaron a dependencia física fueron: edad de 85 años y más RP 2,38 (IC95% 1,92-2,94); el ser viudo/a RP 1,84 (IC 95% 1,44-2,35); adultos mayores con ocupaciones que no involucra actividad física RP 1,45 (IC 95% 1,06-1,99); diabetes mellitus

RP 1,49 (IC 95% 1,15-1,93) y las enfermedades osteomusculares RP 1,76 (IC 95% 1,34-2,32).

Conclusiones: La prevalencia de dependencia física en actividades de la vida diaria tales como lavado, vestido, uso de retrete, movilización, continencia y alimentación; es elevada y se asocia a factores biológicos y sociales. (9)

MANRIQUE-ESPINOZA B, et.al: (México-2013) El objetivo de este estudio, fue describir las condiciones de salud y el estado funcional de los adultos mayores mexicanos. Estudio descriptivo con una muestra de 8 874 adultos mayores de 60 años o más con representatividad nacional. Se analizaron indicadores asociados con las principales condiciones de salud y del estado funcional, se reportan las principales prevalencias así como pruebas de diferencias de proporciones. Se tuvieron los principales padecimientos de esta población son la hipertensión (40%), diabetes (24%) e hipercolesterolemia (20%). Para los indicadores de salud mental, 17.6% presentó síntomas depresivos; 7.3%, deterioro cognitivo y, 7.9%, demencia. Para el estado funcional, 26.9% reportó dificultad para realizar actividades básicas y, 24.6%, para actividades instrumentales. Conclusiones. Es necesaria la puesta en marcha de un nuevo modelo de atención para hacer frente a la creciente prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas en la vejez, así como al aumento de la discapacidad y consecuente dependencia que resulta de ellas. (10)

ROJAS, E: (Ecuador-2012) La finalidad de este estudio es establecer la relación existente entre la evaluación de la limitación funcional, con la auto- percepción de la salud de los adultos mayores. La Entidad en la cual se realizó la investigación es el Hogar Sagrado Corazón de Jesús (Ambato), es una Institución sin fines de lucro, de carácter religioso, regentado por las Hermanas Maestras de Santa Dorotea, Hijas de los Sagrados Corazones. Alberga alrededor de 72 adultos mayores, desde 64 años hasta mayores de 95, de los cuales 10 son hombres y 62 mujeres. La tipología de estudio

es observacional, analítica, descriptiva con un enfoque cuantitativo. El universo de estudio es 39 adultos mayores (7 hombres y 32 mujeres) que equivalen a un 54% del total de la población de estudio. Se excluye a un grupo debido a que presentan problemas del lenguaje, auditivos, demencia senil o Alzheimer. El instrumento recolector de datos es un cuestionario con preguntas cerradas enfocadas al aspecto bio- psicosocial, además se aplica el índice de Katz y la escala de Lawton y Brody. Este estudio muestra que la limitación funcional influye en un 15% a 20% en la auto-percepción baja de la salud de los adultos mayores. Es por ello, que se recomienda a esta institución y a las demás entidades públicas como privadas implementar procesos, procedimientos y servicios que logren la inserción de los AM en actividades de acuerdo a su capacidad funcional y sus necesidades bio- psicosociales. Así como la formación y capacitación del personal de cuidado directo de tal manera que el apoyo, compromiso y atención a los adultos mayores sea de calidad y calidez. (11)

MESA M, PARRA P: (Chile-2011)El presente estudio, no experimental, retrospectivo y descriptivo, tiene como objetivo principal determinar la funcionalidad de los adultos mayores que asisten al servicio de atención primaria de salud en la comuna de Melipilla, ya que lamentablemente, esta valiosa información no siempre es sabida y utilizada, sobre todo fuera de Santiago. La población estudio se compuso de 382 adultos mayores pertenecientes a los dos centros de atención primaria de la comuna de Melipilla. Se determinó mediante la prueba t de student (95% intervalo de confianza) lo que sucede con la funcionalidad de los adultos mayores en la comuna, comparando los datos obtenidos del examen funcional del adulto mayor en ambos centros de atención primaria en salud, según edad y sexo. Los resultados obtenidos mostraron diferencias significativas en la edad corte entre los grupos con “riesgo de dependencia” y “autovalentes”, mostrando marcado deterioro a partir de los 75 años. Además se encontraron diferencias

significativas en el estado cognitivo, mostrando mayor puntaje el centro de atención primaria Edilberto Elgueta, por sobre el centro Boris soler. Por último, no se observaron diferencias significativas entre ambos sexos. Se concluye que el estado funcional de la comuna de Melipilla es superior al nivel nacional y similar al de Santiago.(12)

Nacionales

DELGADO, T: (Perú-2014) Hizo un estudio con el Objetivo: Determinar la capacidad funcional del adulto mayor y la relación con sus características sociodemográficas, Centro de atención Residencial Gerontos Geriátrico.

“Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014. Materiales y métodos: La investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional, corte transversal. La población estuvo conformada por los adultos mayores albergados, representados por 92 albergados correspondientes a los pabellones 1, 2 (mujeres) y 6, 7 (varones). Se utilizó como instrumento, la lista de chequeo, índice de Barthel, hoy en día uno de los instrumentos más utilizados para la medición de actividades básicas de la vida diaria, siendo la escala de valoración funcional más utilizada para este grupo etario. Resultados: Se demostró que existe una relación inversa y medianamente significativa entre la capacidad funcional del adulto mayor y la edad, con una $r = -0.433^{**}$ y una $p = 0.013 \%$; se encontró mayor independencia en la etapa de senectud gradual (60 a 70 años) con 85,7%. Por otro lado con una $r = -0.101$ y una $p = 0.677$, no se encontró relación entre la capacidad funcional y el sexo. Conclusiones: Se encontró una relación inversa y medianamente significativa entre capacidad funcional y edad, es decir que a mayor edad es menor el nivel de capacidad funcional del adulto mayor. Por otro lado no se encontró relación entre capacidad funcional y sexo,

es decir que la capacidad funcional es indiferente del sexo. De acuerdo a los resultados se aprueba parcialmente la hipótesis general. En relación a las hipótesis específicas, se acepta la primera de ellas y se niega la segunda. En cuanto a los objetivos específicos, se determinó que el mayor porcentaje de adultos mayores se mostró independiente frente a las actividades básicas de la vida diaria. Por otro lado la edad promedio de los adultos mayores albergados fue de 81 años, siendo la edad que se presentó con mayor frecuencia 80 años; en cuanto al sexo la población de estudio tuvo la misma proporción para ambos géneros.(13)

GONZÁLEZ, B. et. Al: (Perú-2013): Este estudio tuvo como objetivo, determinar el estado cognitivo y capacidad funcional del adulto mayor que acude a dos Centros de Día. Con un diseño Transversal. Se evaluaron a 150 adultos mayores con 60 años y más de ambos sexos que acuden a dos Centros de Día en Lima, Perú. Mediante instrumentos de perfil social se registró edad, sexo, nivel educativo, estado civil y personas con quien vive; para la evaluación del estado cognitivo se usó el Mini-Examen del Estado Mental y para la capacidad funcional el Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody. Los fueron; los adultos mayores tuvieron una edad media de 74.6 ± 7.2 años, predominando el sexo femenino. El 21.3% presentó déficit cognitivo con mayor prevalencia en el sexo masculino. En relación a la capacidad funcional, el 52.7% tuvo dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria y en las actividades instrumentales el 4.0% y 16.0% mostraron dependencia grave y moderada respectivamente. Hubo mayor dependencia del sexo masculino en las actividades y del sexo femenino en las actividades básicas. Se evidenció que a mayor edad instrumental existe más déficit cognitivo y dependencia funcional en el adulto mayor. Conclusiones: Es importante promover un envejecimiento saludable y prevenir el déficit cognitivo y la disminución de la capacidad funcional, para mejorar la calidad de vida y sobrevivir en esta población. (14)

c. Base Teórica

En términos demográficos, el envejecimiento se define como el incremento en la proporción de la población de edad avanzada y la disminución de las poblaciones infantil y juvenil, el cual está determinado por el comportamiento de la fecundidad, la mortalidad y la migración.

De acuerdo con los criterios de las Naciones Unidas, una población puede considerarse vieja si más del 10% de sus miembros tienen 60 años o más y el 7%, 65 años o más. Otro indicador es la edad mediana, la edad en la que el 50% de la población es mayor y el 50% joven.

La valoración funcional es el proceso dirigido a recoger información sobre la capacidad del adulto mayor para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra.

La idea de función se conceptualiza como la capacidad que poseen los seres humanos para llevar a cabo de manera autónoma, actividades de un mayor o menor nivel de complejidad. Para esto se requiere de capacidades Físicas, cognitivas, emocionales que se deben expresar en un entorno dado y con recursos sociales que permitan su manifestación.

La capacidad funcional en el anciano, es el indicador más potente utilizado en la evaluación geriátrica, ya desde fines de los años cuarenta, se comenzó a utilizar el concepto y a principios de los sesenta se crean los primeros instrumentos para su medición (Kast; Barthel), los que han sido

corregidos y reformulados a través del tiempo. El concepto también ha sufrido modificaciones, aunque se continúa llamando capacidad funcional ha adquirido el nombre de autonomía funcional, que para el adulto mayor se define como la capacidad de desempeñar actividades de supervivencia realizadas sin la colaboración de terceros, desde el punto de vista de su satisfacción física y psicosocial. (15)

Importancia de la Capacidad Funcional

Al margen del hecho ineludible del impacto que la discapacidad tiene sobre la calidad de vida, la dificultad o imposibilidad para llevar a cabo las acciones de los dominios de la actividad humana va más allá de lo meramente descriptivo. Son un parámetro de salud, y como tal, descriptor de resultados evolutivos relevantes:

También se entiende la capacidad de ejecutar, de manera autónoma, aquellas acciones más o menos complejas, que componen nuestro quehacer cotidiano en una manera deseada a nivel individual y social. Esta función se puede desglosar, en forma de ecuación, en varios componentes:

Función = Físico + cognitivo + emocional / entorno y recursos sociales.

El realizar la tarea más sencilla que nos podamos imaginar va a exigir unos mínimos de capacidad física (fuerza, capacidad aeróbica, elasticidad), de capacidad cognitiva (conveniencia, organización, planificación y ejecución) y de capacidad emotiva (deseo), así como un entorno y unos recursos sociales que lo permitan. Cuando cualquiera de estos componentes fallan, el realizar la tarea se convertirá en algo difícil o imposible: se habrá alterado la capacidad funcional. (16)

Índice de Katz; Creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinar dirigido por S. Katz y formado por enfermeras, médicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del The Benjamín Rose Hospital (Hospital geriátrico y de enfermos crónicos, Cleveland, Ohio) para delimitar la dependencia en fracturas de cadera. Fue publicado por primera vez un año después con el título de *Index of Independence in Activities of Daily Living*. En 1963 se publicó el artículo que da el nombre de Katz al índice en el que se demuestra una base teórica al describir una similitud entre los patrones de pérdida y recuperación de las funciones propuestas en el índice con el desarrollo del niño y con la organización de las sociedades primitivas descritas en antropología, lo que proponen como evidencia de la existencia de mecanismos fisiológicos relacionados en estos tres ámbitos. Aunque fue diseñado como un índice de rehabilitación, se ha empleado en la valoración de muchas enfermedades crónicas como el infarto cerebral o la artritis reumatoide, tanto en pacientes institucionalizados como ambulatorios. Es la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo. El IK ha demostrado ser útil para describir el nivel funcional de pacientes y poblaciones, seguir su evolución y valorar la respuesta al tratamiento. También se ha utilizado para comparar resultados de diversas intervenciones, predecir la necesidad de rehabilitación y con fines docentes.

(17)

Índice de Barthel o de discapacidad de Maryland Actividades básicas

De la vida diaria (ABVD): Diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y musculo esqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland y publicado diez años después (1965) o Este índice consta de diez parámetros

que miden las ABVD, la elección de las mismas se realizó de forma empírica según la opinión de médicos, enfermeras y fisioterapeutas o En 1979 Granger publicó la modificación del índice de Barthel. El cambio fundamental se encontraba en el parámetro relativo al traslado en silla de ruedas a cama por el de traslado de sillón a cama, siendo esta versión más difundida y utilizada en la mayoría de los países.

Este índice consta de diez parámetros que miden las ABVD, la elección de las mismas se realizó de forma empírica según la opinión de médicos, enfermeras y fisioterapeutas.

Hoy en día es uno de los instrumentos de medición de las ABVD más utilizado internacionalmente, sobre todo en pacientes con enfermedad cerebro vascular aguda y por los autores británicos. En España , es la escala de valoración funcional más utilizada en los servicios de geriatría y de rehabilitación (18)Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, de ambulación y escaleras; y les asigna una puntuación (0,5,10,15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100. La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0. Los cambios de producen de 5 en 5 y no es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia.

Grado de dependencia según puntuación de la escala de Barthel

✓ Independiente: 100 (95 en silla de ruedas).

✓ Dependiente leve: 91-99

✓ Dependiente moderado: 61-90

✓ Dependiente grave: 21-60

✓ Dependiente total : 0-20

Validez y reproducibilidad: Su reproducibilidad no fue determinada cuando se desarrolló originariamente sino en 1988, cuando se publicó un trabajo que valoraba la reproducibilidad de la versión original. De este trabajo se deduce una buena reproducibilidad inter e intra observador y estos resultados han sido confirmados en trabajos posteriores, con unos coeficientes de correlación de 0.88 y 0.98 respectivamente o Aunque no es una escala jerarquizada como el índice de Katz, las actividades medidas sí tienen una relación jerarquizada de máxima recuperación o En cuanto a su validez es un buen predictor de mortalidad y de respuesta a los tratamientos de rehabilitación.

Valora con precisión la duración de la estancia hospitalaria, la necesidad de hospitalización, el resultado funcional final y la capacidad para seguir viviendo en la comunidad y para regresar a la vida laboral o Algunos parámetros concretos del índice como la continencia, la transferencia y la movilidad han demostrado tener un elevado poder de predicción de la puntuación total a alcanzar por los pacientes en el momento del alta hospitalaria. De la misma forma, la capacidad de

independencia para vestirse y subir escaleras previas a la fractura de cadera en ancianos son predictores de recuperación funcional tras ella. (19)

Comparación índice de Barthel y de Katz:

- ✓ No existen datos suficientes para afirmar que una escala es mejor que otra.
- ✓ El índice de Barthel tiene mayor sensibilidad a pequeños cambios y mide mayor número de funciones.
- ✓ Cuando se han comparado ambos índices se ha comprobado que no producen diferencias en la clasificación de dependencia, aunque existe discrepancia en el grado de continencia (en el Barthel se valora continencia anal y vesical) y en la movilidad (el Barthel valora 3 aspectos: transferencia, andar y subir/ bajar escaleras).

Algunos autores opinan que el índice de Barthel es mejor en rehabilitación y en residencias de ancianos mientras que el índice de Katz es mejor para pacientes hospitalizados y su empleo en consultas.

Envejecimiento: La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el envejecimiento individual como el proceso de integración entre un individuo que envejece y una realidad contextual que está en proceso de cambio permanente. El mejor indicador de salud, en la población adulta mayor, es su estado de salud funcional, si bien la morbilidad y otros conceptos clásicos de

la medicina, no sólo siguen siendo importantes, sino que los estándares de conocimiento tradicional (clínico, fisiología, histología, etc.) que se exigen en geriatría son cada vez más altos. La OMS y la OPS definen a un adulto mayor funcionalmente sano como aquel anciano que es capaz de enfrentar este proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal. El concepto de adaptación funcional parece etéreo, pero existen elementos y parámetros para medirla.

La OMS y la OPS, con el apoyo de múltiples reuniones de expertos, han establecido cinco aspectos que miden el estado de salud funcional:

Las actividades de la vida diaria, entre ellas las instrumentales y las básicas del diario vivir; La salud mental, principalmente el estado cognitivo y el estado de ánimo;

La funcionalidad sicosocial, concepto cada vez más relevante, en términos de la capacidad de responder a las exigencias de cambio;

La salud física, donde se centra toda la patología crónica, por lo general; Los recursos sociales; Los recursos económicos en relación con un parámetro de país, es decir, con un indicador de pobreza, pues no siempre se puede realizar comparaciones entre países según el ingreso per cápita, sino de acuerdo con un parámetro local; Los recursos ambientales, cuya importancia es cada vez mayor. Por ejemplo, la facilidad que tenga un adulto mayor para usar adecuadamente su casa o para salir de su domicilio y acceder a un consultorio de atención primaria. (20)

d. Problema

¿Cómo es el estado funcional de pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de Medicina del Hospital Provincial Docente Belén. Lambayeque-setiembre 2015 - junio 2016?

e. Hipótesis

Los pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de Medicina del hospital Provincial Docente Belén. Lambayeque - Setiembre 2015 - Junio 2016; tienen incapacidad moderada. e incapacidad severa según el índice de Katz; y dependencia moderada a dependencia total; según el índice de Barthel

d. Objetivos

Objetivo General

Determinar el estado funcional de los pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de Medicina del Hospital Provincial Docente Belén. Lambayeque-setiembre 2015-junio 2016

Objetivos Específicos

- ✓ Conocer el aspecto sociodemográfico de los pacientes geriátricos.
- ✓ Identificar el estado funcional de los pacientes geriátricos, según las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) índice de Katz.
- ✓ Identificar el estado funcional de los pacientes geriátricos de las actividades de la vida diaria (AVD) de Barthel

d. Justificación e Importancia:

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes de finales de siglo y será protagonista del siguiente, pues traerá profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países de la región. Estas transformaciones ya son experimentadas por el mundo desarrollado y, si bien Latinoamérica tiene la ventaja de aprender de sus experiencias, algunas circunstancias nos diferencian de estos países, tanto en lo que atañe al proceso de envejecimiento como a la estructura social y económica que enfrentará las consecuencias de este proceso. La valoración geriátrica y dentro de ésta la valoración de la esfera funcional, permite diseñar tratamientos integrales y planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales de los pacientes. Hoy en día, se ha generalizado el uso de escalas con el objetivo de conocer la situación basal del paciente, determinar el impacto de la enfermedad actual, transmitir información objetiva, poder monitorizar los cambios y en último término, establecer tratamientos específicos y valorar la respuesta a los mismos. Lo antedicho

Muestra la importancia que tiene la valoración del estado funcional, para después prevenir problemas que determinan un estado funcional inadecuado que a la vez establece una baja calidad de vida.

f. Definición y Operacionalización de variables:

Estado funcional de los pacientes geriátricos: Medición de la forma en que los pacientes geriátricos pueden llevar a cabo las tareas habituales y las actividades diarias.

-Mayor de 65 años.

- ✓ Con pluripatología que requiere control simultaneo de varias enfermedades.
- ✓ Tendencia a la capacidad o deterioro funcional.
- ✓ Cuenta con posibilidades reales de recuperación funcional.
- ✓ Con frecuencia presenta condicionamiento psíquico o social.

OPERALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍNDICES	ESCALA	INSTRUMENTOS
VARIABLE N° 1 ESTADO FUNCIONAL	Conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exigen su medio y entorno “(21)	Capacidad para efectuar las actividades de la vida cotidiana “(22)	Cuidados de enfermería / clínica	Índice de Katz Índice de Barthel	Independiente. Dependencia parcial. Dependencia total. Independiente Dependencia leve. Dependencia moderada Dependencia grave	Nominal Nominal	Protocolo de investigación: Ficha de evaluación socio-demográfica

					Dependencia total		
VARIABLE N° 2 PACIENTE GERIATRICO	Paciente geriátrico Paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas	Paciente geriátrico Paciente mayor de 60 años con alguna patología Grado de instrucción: Es el grado de información educativa que refiere tener el paciente.	Demografía	G° de instrucción: Analfabeto Primaria: Secundaria:	Que no ha recibido educación convencional, o no sabe leer ni escribir Refiere haber cursado estudios de nivel primario ya sea	Ordinal	Ficha para evaluar las características sociobiodemográficas

				completa o incompleta		
				Superior técnico o universitario:	Refiere haber cursado estudios de nivel secundario ya sea completo o incompleto	
					Refiere haber cursado estudios técnico o universitario	

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍNDICES	ESCALA	INSTRUMENTOS
Variable N° 2: Paciente geriátrico		Lugar de procedencia: Se refiere a la zona geográfica de donde procede el paciente con respecto a la ciudad Edad: Se refiere a los años de vida transcurridos desde el nacimiento hasta	Demografía	Zona urbana Zona urbano marginal Zona rural Número de años	Reside en la ciudad. Reside en los alrededores de Chiclayo, pueblos jóvenes o asentamientos humanos. Reside en comunidades periféricas (pueblitos) Años del paciente	Nominal de intervalo	Ficha para evaluar las características sociobiodemográficas

		el momento de estudio		Masculino	Si/no	Nominal	
		Sexo: Referido a la diferenciación biológica entre varones y mujeres		Femenino			
		Ocupación: Referido a la actividad económica productiva a la que se dedica el paciente		Ocupación	Empleado Obrero Jubilado Otros	Nominal	
		Estado civil		Estado civil	Soltero Casado	Nominal	

		Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.			Viudo Divorciado		
--	--	---	--	--	-------------------------	--	--

III. MATERIAL Y METODOS

3.1. Tipos de Investigación

Según participación del investigador: Es observacional

Según cronología de los hechos: Es Prospectiva

Según secuencia del estudio: Transversal

3.2. Diseño de Contrastación de hipótesis

Es un diseño descriptivo simple, no experimental

$n=U=200$ pacientes

3.3. Población y Muestra

La población está conformada por el total de pacientes que son 200pacientes:

Criterios de inclusión:

Pacientes de ambos sexos mayores de 60 años hospitalizados Pacientes lúcidos y orientados en tiempo-espacio.

Criterios de exclusión:

Pacientes que no acepten participar en el presente estudio.

3.4. Instrumentos y Técnicas de Recolección de Datos:

Técnica: Se utilizó la técnica de la entrevista estructurada, en la que se dará a conocer los objetivos del estudio, instrucciones de la ficha y el cuestionario para determinar el estado funcional de los pacientes geriátricos.

Instrumento: La Evaluación Funcional del Anciano tiene como premisa, poder objetivar cualquier alteración en los diferentes campos de funcionamiento para realizar un razonamiento lógico de lo que le ocurre al Paciente y encaminarlo en las terapéuticas apropiadas. Comprende varios puntos:

Evaluación de la Esfera Física: La pérdida de la capacidad de realizar diferentes acciones de la vida diaria puede ser un indicio de declive funcional progresivo. Esto, puede evaluarse a través del índice de Actividades de la Vida Diaria o índice de Katz

INDICE DE KATZ: ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA (AVD)

- A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del sanitario, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del sanitario y otra función adicional.
- F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del sanitario y otra función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.

H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se le considere capaz.

E o F. Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas.

Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se le considere capaz.

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA –

BARTHEL

El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- ✓ 0-20 dependencia total
- ✓ 21-60 dependencia severa
- ✓ 61-90 dependencia moderada
- ✓ 91-99 dependencia escasa
- ✓ 100 independencia

3.5. Análisis estadístico de los datos:

Los datos serán consolidados en tablas unidimensionales y bidimensionales porcentuales.

Considerando la tabla de ponderación del siguiente modo:

$$\text{Independiente} = 2 \quad \text{Ayuda} = 1 \quad \text{Dependiente} = 0$$

100 independiente (90 si va con silla de ruedas) ≥ 60 dependencia leve

40-55 dependencia moderada

20-35 dependencia grave

< 20 dependencia total

3.6. Principios éticos

En todo momento se tuvo en cuenta los principios de **Respeto a la dignidad humana y Beneficencia** ante lo cual se les informará a los participantes, en este caso a los pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Provincial Docente Belén Lambayeque-setiembre 2015 - junio 2016, que la investigación no les causaría daño físico, moral, ni espiritual alguno, razón por la cual no se incluye sus nombres ni su firma en el instrumento recolector de la información para prever la confirmación en la participación.

Se tendrá en consideración el principio de Autonomía, tanto de los pacientes como de la Institución, para el cual se les explicará a los participantes y se le informará a la institución las ventajas y riesgos del estudio por lo que se dejará a su libre elección y albedrío el derecho de participar

voluntariamente en la investigación y de retirarse cuando lo crean conveniente, para ello se hará uso del consentimiento informado con sus respectivas explicaciones y aclaraciones a que hubiere lugar, como también la carta de aceptación por parte de la Institución.

Se tendrá en cuenta el principio de Reciprocidad, para incentivar a los participantes que mediante la determinación de la calidad de la atención que ellos perciben se pueden obtener resultados que permitan mejorar la atención que brinda el equipo de Enfermería, y por consiguiente la atención en salud que ellos reciben.

Se respetará el principio de Justicia y el derecho a la equidad en cualquier riesgo o beneficio, como también los aspectos relacionados con la privacidad, intimidad, y confidencialidad en el manejo de la información.

El presente estudio se fundamenta en la siguiente **teoría; Jean Watson, J.** Sustenta que el ideal moral de enfermería es la protección, mejora y conservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos. Asimismo el cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro. Según Watson, una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y el paciente viven juntos de tal modo que la ocasión para

el cuidado humano es creada. El cuidado del ser humano es la esencia de la práctica de enfermería, para Watson el objetivo de la enfermería consiste en facilitar la consecución de la persona de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma; que engendre procesos de autoconocimiento, respeto a uno mismo, auto curación y autocuidado al tiempo que alienta un aumento de la diversidad, protección y preservación de la dignidad humana, lo que implica llegar a la esencia de la interacción con el otro. De forma recíproca, auténtica e intencional. (21,22)

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 1: PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN. LAMBAYEQUE-SETIEMBRE 2015-JUNIO 2016, SEGÚN SEXO.

sexo	Pacientes	
	N°	%
Masculino	80	40
Femenino	120	60
Total	200	100

Cuestionario HPDBL

EL 40% (80) DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS PERTENECEN AL GÉNERO MASCULINO Y EL 60% (120) AL SEXO FEMENINO. EL 58%

CUADRO N° 2: PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN. LAMBAYEQUE 2015-JUNIO 2016, SEGÚN EDAD.

Edad	Pacientes	
	N°	%
60 - 74	144	72
75 - 90	40	20
>90	16	8
Total	200	100

Cuestionario HPDBL

EL 72% (144) DE LOS PACIENTES TIENE DE 60 A 74 AÑOS DE EDAD, EL 20% (40) TIENE DE 75 A 90 AÑOS Y EL 8% (16) TIENE MÁS DE 90 AÑOS

CUADRO N° 3: PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN. LAMBAYEQUE- SETIEMBRE 2015-JUNIO 2016, SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN.

Grado de instrucción	Pacientes	
	N°	%
Analfabeto	30	25
Primaria	100	50
Secundaria	20	15
Superior técnico o universitario	50	10
Total	200	100

Cuestionario HPDBL

EL 50% (100) DE LOS PACIENTES TIENE GRADO DE INSTRUCCIÓN PRIMARIA, EL 25% (50) ES ANALFABETO, EL 25% (30) TIENE GRADO DE INSTRUCCIÓN SECUNDARIA Y EL 15% (20) TIENE GRADO SUPERIOR TÉCNICO 10%(50).

CUADRO N°4: PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN. LAMBAYEQUE-SETIEMBRE 2015-JUNIO 2016, SEGÚN PROCEDENCIA

Procedencia	Pacientes	
	N°	%
Zona urbana	80	40
Zona urbano marginal	64	32
Zona rural	56	28
Total	200	100

Cuestionario HPDBL

EL 40% (80) DE LOS PACIENTES PROCEDEN DE ZONA RURAL, EL 32% (64) DE ZONA URBANO MARGINAL Y EL 28% (56) DE ZONA URBANA.

CUADRO N° 5: PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN. LAMBAYEQUE- SETIEMBRE 2015-JUNIO 2016, SEGÚN OCUPACIÓN

Ocupación	Pacientes	
	N°	%
Empleado	20	5
Obrero/agricultor	20	20
Jubilado	30	10
Otros (su casa)	130	65
Total	200	100

Cuestionario HPDBL

EL 65% (130) DE LOS PACIENTES TIENE COMO OCUPACIÓN SU CASA, EL 20% (20) ES OBRERO O AGRICULTOR, EL 10% (10) ESTÁ JUBILADO Y EL 5% (5) ES EMPLEADO.

CUADRO N° 6: PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN. LAMBAYEQUE-SETIEMBRE 2015-JUNIO 2016, SEGÚN ESTADO CIVIL.

	Pacientes	
	N°	%
Estado civil		
Soltero	60	30
Casado	90	45
Viudo	30	15
Divorciado	20	10
total	200	100

Cuestionario HPDBL

EL 45% (90) DE LOS PACIENTES SON CASADOS, EL 30% (60) SON SOLTEROS, EL 15% (30) SON VIUDOS Y EL 10% (20) ESTÁN DIVORCIADOS.

CUADRO N° 7: PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN. LAMBAYEQUE-SETIEMBRE 2015-JUNIO 2016, SEGÚN VALORACIÓN FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) KATZ

Estado funcional- Katz	Pacientes	
	N°	%
Independiente	90	45
dependiente parcial	70	35
Dependiente total	40	20
Total	200	100

Cuestionario HPDBL

EL 45% (90) DE LOS PACIENTES TIENE UN ESTADO FUNCIONAL EN LA CATEGORÍA DE INDEPENDIENTE, EL 35% (70) ES DEPENDIENTE PARCIAL Y EL 20% (40) ES DEPENDIENTE TOTAL.

CUADRO N° 8: PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN. LAMBAYEQUE-SEPTIEMBRE 2015-JUNIO 2016, SEGÚN VALORACIÓN FUNCIONAL DE DIEZ ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD) - ÍNDICE DE BARTHEL.

Indicador	N°	%
Independiente	70	35
dependencia leve	20	10
dependencia moderada	60	30
dependencia grave	20	10
dependencia total	30	15
Total	200	100

Cuestionario HPDBL

EL 35% (70) TIENE UN ESTADO FUNCIONAL INDEPENDIENTE, EL 10% (20) TIENE DEPENDENCIA LEVE, EL 30% (60) TIENE DEPENDENCIA MODERADA, EL 15% (30) TIENE DEPENDENCIA TOTAL Y EL 10% (20) DEPENDENCIA GRAVE.

V. DISCUSIÓN

El envejecimiento con un deterioro biológico gradual y el incremento de enfermedades se manifiesta de diversas formas e influyen en la capacidad funcional y la autonomía de las personas mayores.

Se evaluó a 200 pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de Medicina del hospital Provincial Docente Belén. Lambayeque, setiembre 2015-junio 2016, encontrándose que El 40% de los pacientes geriátricos pertenecen al género masculino y el 60% al sexo femenino. El 72% de los pacientes tiene de 60 a 74 años de edad, el 20% tiene de 75 a 90 años y el 8% tiene más de 90 años. El 50% de los pacientes tiene grado de instrucción primaria, el 25% es analfabeto, el 15% tiene grado de instrucción secundaria y el 10% tiene grado superior técnico. El 40% de los pacientes proceden de zona rural, el 32% de zona urbano marginal y el 28% de zona urbana. El 65% de los pacientes tiene como ocupación su casa, el 20% es obrero o agricultor, el 10% está jubilado y el 5% es jubilado. El 45% de los pacientes son casados, el 30% son solteros, el 15% son viudos y el 10% están divorciados. Resultados similares a los encontrados por Moreno G, Moreno P, Jaramillo J, Valdivieso J (9).

El 45% (90) de los pacientes tiene un estado funcional en la categoría de independiente, el 35% (70) es dependiente parcial y el 20% (40) es dependiente total, según las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) Katz.

El 35% (70) tiene un estado funcional independiente, el 10% (20) tiene dependencia leve, el 30% (60) tiene dependencia moderada, el 15% (30) tiene dependencia total y el 10% (20) dependencia grave, según valoración funcional de diez actividades de la vida diaria (AVD) - índice de Barthel. Coincidiendo con Rojas (11) quien encontró que el 30% presentó independencia total según índice de Barthel y Delgado (13) encontró que el mayor porcentaje de adultos mayores se mostró independiente frente a las actividades básicas de la vida diaria.

González, B. et. al. (13) encontraron que; En relación a la capacidad funcional, el 52.7% tuvo dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria y en las actividades instrumentales el 4.0% y 16.0% mostraron dependencia grave y moderada respectivamente. Hubo mayor dependencia del sexo masculino en las actividades instrumentales y del sexo femenino en las actividades básicas. Se evidenció que a mayor edad existe más déficit cognitivo y dependencia funcional en el adulto mayor. Resultados que difieren de este estudio, es que en estos centros de día se les hace un seguimiento y control de su salud, así como actividades de prevención.

VI. CONCLUSIONES

- ✓ El aspecto sociodemográfico de los pacientes geriátricos del hospital Provincial Docente Belén. Lambayeque-setiembre 2015-junio 2016, es como sigue; El 40% (80) de los pacientes geriátricos pertenecen al género masculino y el 60% (120) al sexo femenino. El 72% (144) de los pacientes tiene de 60 a 74 años de edad, el 20% (40) tiene de 75 a 90 años y el 8% (16) tiene más de 90 años. El 50% (100) de los pacientes tiene grado de instrucción primaria, el 25% (50) es analfabeto, el 15% (30) tiene grado de instrucción secundaria y el 10% (20) tiene grado superior técnico. El 40% (80) de los pacientes proceden de zona rural, el 32% (64) de zona urbano marginal y el 28% (56) de zona urbana. El 65% (130) de los pacientes tiene como ocupación su casa, el 20% (40) es obrero o agricultor, el 10% (20) está jubilado y el 5% (10) es jubilado. El 45% (90) de los pacientes son casados, el 30% (60) son solteros, el 15% (30) son viudos y el 10% (20) están divorciados.

- ✓ El 45% (90) de los pacientes tiene un estado funcional en la categoría de independiente, el 35% (70) es dependiente parcial y el 20% (40) es dependiente total, según las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) Katz.

- ✓ El 35% (70) tiene un estado funcional independiente, el 10% (20) tiene dependencia leve, el 30% (60) tiene dependencia moderada, el 15% (30) tiene dependencia total y el 10% (20) dependencia grave, según valoración funcional de diez actividades de la vida diaria (AVD) - índice de Barthel.

VII. RECOMENDACIONES

- ✓ En los centros asistenciales; promover el autocuidado y la educación para la salud para tener una calidad de vida adecuada y evitar las limitaciones funcionales.

- ✓ Realizar otros estudios a manera de propuesta para fomentar un envejecimiento saludable.

- ✓ En las universidades profundizar el estudio de la salud en el adulto mayor, de manera integral.

VIII. ASENTAMIENTO BIBLIOGRÁFICO.

1. Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS. Envejecimiento activo y saludable. Encuentro México-Japón. 2015. Disponible en: <http://docplayer.es/14865559-Envejecimiento-activo-y-saludable-vision-oms-ops.html>
2. Organización Panamericana de La Salud (2012). Enseñanza de la Enfermería en salud del adulto mayor. Serie Paltext; Washington DC, 2012. Disponible en: <file:///D:/Downloads/nursing-salud-adulto-mayor-2012-spa.pdf>
3. Langerica, R. Gerontología y geriatría. México: Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. Disponible en: www.who.int/gho/publications/world_health.../ES_WHS2012_Full.pdf
4. Cachay C. Estimaciones de parámetros epidemiológicos y cálculo de AVISA del grupo de enfermedades psiquiátricas en el Perú. Lima: PRAES-USAID.2011. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172012000100013&script=sci_arttext
5. INEI Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/.../Libro.PDF
6. Cares L Víctor, Domínguez C Carlos, Fernández M Javier, Farías C Rodrigo, Win-tin Chang G, Fasce Gerardo et al. Evolución de la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en la

=sci_arttext&pid=S0034-98872013000400001&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000400001>.

7. Álvarez González Katerinne, Delgado Cruz Amarily, Naranjo Ferregut Jorge Augusto, Pérez Martín Martha María, Valdés del Pino Ana Margarita. Evaluación funcional del adulto mayor en la comunidad. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2012; 16(2): 124-137. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000200010&lng=es
8. Palacios, L: Valoración funcional de los gerontes institucionalizados en comunidades rurales. Argentina-2014. Disponible en:

http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/676/2014_K_023.pdf?sequence=1
9. Moreno G, Moreno P, Valdivieso J. Valoración de la capacidad funcional y factores asociados en adultos mayores que residen en la parroquia El Valle, Cuenca 2013. Tesis. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5013/1/MED212.PDF>
10. Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo KM, Acosta-Castillo I, Sosa-Ortiz AL, Gutiérrez-robledo LM, Téllez-Rojo MM. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. Salud Pública Mex 2013;55 supl 2:S323-S331. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55s2/v55s2a32.PDF>

nario%20(2).pdf? sequence=1

13. Delgado T: Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, centro de atención residencial geronto geriátrico “Ignacia Rodulfo vda. De Canevaro” Lima, 2014. Disponible en:
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1063/1/delgado_cty.pdf
14. González, B. et. al. Estado cognitivo y capacidad funcional del adulto mayor en dos Centros de Día – Lima, Perú. Rev Fac Cien Med Quito 2013; 38(1-2): 11-16. Disponible en:
http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=103403&id_seccion=3431&id_ejemplar=10047&id_revista=203
15. Ramos V, Rico R, Martínez P. Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2012 Ene; 11(25): 219-232. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000100013>
16. Álvarez González Katerinne, Delgado Cruz Amarilly, Naranjo Ferregut Jorge Augusto, Pérez Martín Martha María, Valdés del Pino Ana Margarita. Evaluación funcional del adulto mayor en la comunidad. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2012 Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000200010&lng=es.

- UNAM. [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>
19. Rodríguez, J, et al. "el manejo del adulto mayor." Panorama Cuba y Salud 9.1. 2014: 35-41. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pes-2014/pes141f.PDF>
20. Sanhueza, M, et al. Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. Avances en enfermería 30.1.2012. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a03.pdf>
21. Barroso Romero Zoila, Torres Esperón Julia. Fuentes teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biopsicosocial. Rev. Cubana Salud Pública. [Internet]. 2001. Ene - Jun. [citado 20 Enero 2014]; 27(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-66200100010000
22. Aristizabal Hoyos Gladis, Blanco Borjas Dolly, Sánchez Ramos Araceli. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Enfermería Universitaria ENEO - UNAM. [Internet]. 2011. Octubre - Diciembre [citado 20 Enero 2014]; 8(4). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>

ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO – PARTICIPACIÓN

CONSENTIMIENTO: Si usted se ha informado adecuadamente y desea participar en el estudio, por favor firme a continuación y guarde una copia de este documento.

Nombre, Apellido y Firma		
Nombre del Participante		
N° de DNI		Huella Digital del Paciente
GLADIS ROXANA MURGA QUIROZ		LILA CORONEL DEL CASTILLO
LISSET VANESSA ÑAÑEZ LOPEZ		
FIRMAS Bachilleres en Enfermería – UDCH Chiclayo - Perú		FIRMA Mg. Licenciada Enfermera Chiclayo - Perú

ANEXO N°2

UNIVERSIDAD DE CHICLAYO PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

I PARTE

Datos sociodemográficos		
Sexo: M..... F.....	edad	Zona proc.
G° instrucción	E. civil	Ocupación

II PARTE

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

ÍNDICE DE KATZ

Indicador	Independiente	Dependiente
1. Lavarse		
2. Vestirse		
3. Uso del ser. higiénico		
4. Movilizarse		
5. Continencia		
6. Alimentarse		

Diagnóstico funcional

1. Independiente = ningún ítem positivo de dependencia
2. Dependiente parcial = De 1 a 5 ítems positivo de dependencia
3. Dependiente total = 6 ítems positivos de dependencia

III PARTE

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD) DE BARTHEL

ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD) DE BARTHEL	
Comer ✓ Totalmente independiente. capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable (la comida puede ser conocida y servida por otra persona) ✓ Necesita ayuda para cortar carne, el pan, extender la mantequilla, etc. ✓ Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	10 5 0
Bañarse ✓ Independiente. Entra y sale solo del baño. Es capaz de lavarse entero. ✓ Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	5 0
Aseo personal ✓ Independiente. Se lava la cara, las manos y los dientes. Se afeita y maneja el enchufe si utiliza aparato eléctrico, se maquilla. ✓ Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	5 0
Vestirse ✓ Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos. ✓ Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable. ✓ Dependiente. Necesita ayuda para las tareas	10 5 0
Evacuaciones (semana previa) ✓ Continente. ✓ Accidente ocasional, algún episodio de incontinencia aunque menos de 1 vez por semana, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas/enemas. ✓ Incontinente, más de 1 episodio/24h	10 5 0
Micciones (semana previa) ✓ Continente o es capaz de cuidarse de la sonda o de usar cualquier dispositivo por sí solo (botella, orinal). ✓ Presenta algún episodio de incontinencia ocasional, aunque como máxima 1 episodio / 24h, o necesita ayuda para cuidado de sonda. ✓ Incontinente, más de 1 episodio/24h	10 5 0
Uso del sanitario ✓ Independiente para ir al sanitario, y para quitarse y ponerse la ropa. ✓ Necesita ayuda para ir al sanitario, pero se limpia solo.	10 5

✓ Dependiente	0
Trasladarse	
✓ Independiente para ir del sillón a la cama. Si usa silla de ruedas, lo hace de manera independiente.	15
✓ Precisa de mínima ayuda física o supervisión	10
✓ Precisa de gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado	5
✓ Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por 2 personas. Es incapaz de permanecer sentado	0
Deambular	
✓ Independiente. Camina solo 50m (puede utilizar cualquier ayuda mecánica, excepto andador).	15
✓ Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m, o utiliza andador.	10
✓ Independiente en silla de ruedas sin ayuda. Propulsa silla de ruedas al menos 50m.	5
✓ Dependiente.	0
Utilizar escalones	
✓ Independiente para subir y bajar escaleras.	10
✓ Necesita ayuda física o supervisión.	5
✓ Dependiente. Incapaz de subir escalones.	0

Puntuación Total

- ✓ 100 independiente (90 si va con silla de ruedas)
- ✓ ≥ 60 dependencia leve
- ✓ 40-55 dependencia moderada
- ✓ 20-35 dependencia grave
- ✓ < 20 dependencia total