

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN
EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL
PERIODO DICIEMBRE 2015 - FEBRERO 2016

TESIS

Presentada por:

Bach. Jessica Nilda Campos Velásquez

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL
EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

TESIS

Presentada por:

BACH. JESSICA NILDA CAMPOS VELÁSQUEZ

Para optar el Título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobado por _____, ante el siguiente Jurado



Med. Cristina Llosa Rodríguez
Presidenta



Dra. Zulma Boluarte Silva
Miembro



Dr. Eduardo López Villanueva
Miembro



Dr. Javier Lanchipa Picoaga
Asesor

DEDICATORIA

A Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Para mis padres y mi hermano por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Y a mi hijo hermoso quien ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme y así poder llegar a ser un ejemplo para él.

AGRADECIMIENTO

A todos y cada uno de mis queridos maestros que al mismo tiempo fueron orientadores y amigos, por brindarme sus conocimientos y consejos, que son eje primordial de mi formación.

Muy particularmente agradezco a mi asesor, quien fue un gran apoyo en los momentos difíciles del proyecto, porque nunca escatimaron esfuerzo y tiempo para corregir y mejorar este trabajo, por el valioso conocimiento siempre al servicio del proyecto, por ser firme en los momentos que se requería.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	6
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	8
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
2.1 ANTECEDENTES	10
2.2.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	12
2.2.2 ANTECEDENTES NACIONALES	18
2.2 BASES TEÓRICO CONCEPTUAL	19
2.2.1 CAPACIDAD FUNCIONAL: DEFINICIÓN	19

2.2.2. ANCIANO FRÁGIL	20
2.2.3 CONSECUENCIAS DE LA HOSPITALIZACIÓN	23
2.2.4 LA HOSPITALIZACIÓN COMO CAUSA DE INCAPACIDAD	24
2.2.5. FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL	26
2.2.6. EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL	32
A) INDICE DE BARTHEL	33

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE LA INVESTIGACIÓN	38
3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	38
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	39
3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	39
3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	40
3.6. INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACIÓN	44
3.7. PROCESO DE APLICACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	44

CAPITULO IV: DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS	45
4.2 DISCUSIÓN	92

CONCLUSIONES	101
RECOMENDACIONES	102
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS	108

RESUMEN

La capacidad funcional, es la aptitud para ejecutar eficientemente las actividades básicas de la vida diaria, siendo el deterioro funcional una de las principales complicaciones que presenta el adulto mayor. El presente trabajo tiene como objetivo determinar los factores asociados al deterioro de la capacidad funcional en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo Diciembre 2015 – Febrero del 2016. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal y de salud pública, con datos obtenidos de la escala de Barthel. La población estuvo compuesta por 97 pacientes adultos mayores que cumplieron con los criterios de Inclusión y exclusión. Teniendo como resultado: El 47,6% de los pacientes hospitalizados fueron adultos mayores, de los que presentan mayor deterioro funcional los mayores de 80 años. Conclusión: La edad, el sexo, la presencia de acompañante durante la hospitalización, la utilización de medicamentos antes del ingreso, la vía de ingreso, los días de hospitalización y la presencia de síndrome geriátrico son factores que influyen en la variación de la capacidad funcional durante la hospitalización del adulto mayor.

Palabras clave: Capacidad funcional, adulto mayor.

ABSTRACT

Functional capacity, is the ability to efficiently perform basic activities of daily living, functional impairment being one of the main complications presented by the elderly. This study aims to determine the factors associated with impaired functional capacity in the elderly hospitalized in the health service Hipòlito Unanue Hospital in Tacna in the period December 2015 - February 2016 A descriptive, prospective study, longitudinal and public health, with data obtained from Barthel scale. The population consisted of 97 elderly patients who met the criteria for inclusion and exclusion. Resulting in: 47.6% of hospitalized patients were elderly, those who have greater functional impairment older than 80 years. Conclusion: Age, sex, the presence of a companion during hospitalization, use of medications before admission, the route of entry, days of hospitalization and the presence of geriatric syndrome are factors influencing the change in functional capacity during hospitalization of the elderly.

Keywords: functional capacity, elderly.

INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores son el grupo de población de mayor crecimiento en todo el mundo, pero esto no significa necesariamente que su calidad de vida sea mejor. El Perú no es ajeno a esta realidad. En 1950, de cada 100 peruanos, 42 eran menores de 15 años y solo 6 eran adultos mayores. Actualmente, la población de adultos mayores representan el 10% y para el año 2025, el 13%. Así, dentro de 10 años el Perú incrementará su población de adulto mayor de 3,0 a 4,3 millones. (1,2)

El enfoque de la salud en los adultos mayores es distinta al resto de la población, debido a la forma de presentación de las enfermedades, las múltiples patologías asociadas, haciéndolos más susceptibles a la dependencia de otras personas y a la hospitalización. El deterioro funcional (DF) es una de las más importantes, por su elevada frecuencia y por las graves consecuencias que trae consigo, como son la dependencia, institucionalización, mayor consumo de recursos sanitarios y aumento de la mortalidad. (3,4)

La capacidad funcional, es la aptitud para ejecutar eficientemente las actividades básicas de la vida diaria, que se refieren a los comportamientos que las personas deben realizar para cuidar de sí mismos y vivir de forma independiente y autónoma. La presencia de limitación en la ejecución de estas actividades, representan un serio problema para el adulto mayor pues son un indicador de riesgo para la salud del individuo y afectarían directamente su calidad de vida. El estudio de la incapacidad tiene un gran interés por su impacto potencial en los programas sociales y sanitarios de atención y por los costes derivados para los individuos, sus familias y las administraciones públicas. (3,5).

El presente trabajo de investigación titulado: Factores asociados al deterioro de la capacidad funcional en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo Diciembre 2015 – Febrero del 2016, tuvo como objetivo dar a conocer los factores sociodemográficos del adulto mayor hospitalizado, así como los factores asociados al deterioro de su capacidad funcional. Creemos que el desarrollo del tema es importante y se justifica ya que servirá de base útil para el conocimiento de este problema en nuestro medio, para motivar la elaboración o diseño de estrategias de intervención preventivo promocionales en el área de la Salud.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los adultos mayores son el grupo de población de mayor crecimiento en todo el mundo, pero esto no significa necesariamente que su calidad de vida sea mejor. El Perú no es ajeno a esta realidad. Así, dentro de 10 años (2025), incrementará su población de adulto mayor de 3,0 a 4,3 millones. El aumento de la esperanza de vida de la población hace que aumente la prevalencia de las enfermedades crónicas y la discapacidad. El enfoque de la salud en los adultos mayores es distinta al resto de la población, debido a la forma de presentación de las enfermedades, las múltiples patologías asociadas, haciéndolos más susceptibles a la dependencia de otras personas y a la hospitalización. (1,2,3,6)

La hospitalización es en sí misma una situación de riesgo para la población mayor, especialmente para los muy mayores. Los ancianos que requieren ingreso hospitalario suelen tener ciertas

características (edad muy avanzada, pluripatología, polimedicación, problemas en la esfera funcional, mental y sociofamiliar) que les hacen más susceptibles a sufrir complicaciones. Uno de los principales efectos adversos es el deterioro funcional (DF) asociado al ingreso, definido como la pérdida de autonomía o capacidad en el funcionamiento físico que ocurre durante la estancia hospitalaria. (4,8)

Frecuentemente los pacientes mayores son dados de alta del hospital habiéndose resuelto el proceso agudo que motivó el ingreso, pero con un importante DF respecto a la situación funcional previa al ingreso. Esto es debido a la interacción entre los cambios asociados al envejecimiento normal con los factores negativos derivados de la hospitalización que desencadena toda una serie de fenómenos adversos en cascada que tienen como resultado final la aparición de DF. (4)

A la hora de hablar sobre deterioro funcional hospitalario (DFH) debemos tener en cuenta las diferentes trayectorias que puede seguir la situación funcional de las personas mayores ante una enfermedad aguda. Así, algunos pacientes presentan DF desde el

inicio del proceso agudo, en el periodo previo a la hospitalización, que es el más frecuente y está más relacionado con la severidad de la enfermedad aguda (deterioro prehospitización). Otros pacientes ingresan en el hospital sin cambio en su situación funcional y se deterioran a lo largo de ingreso como consecuencia de la disminución de la movilidad y de otros factores asociados a la hospitalización (deterioro intrahospitalario). A lo largo del ingreso será posible la recuperación funcional parcial o total si se adoptan las medidas adecuadas. El mantenimiento de la independencia funcional es un objetivo fundamental en los ancianos. (4)

El propósito del presente estudio es identificar todos aquellos factores responsables de la pérdida de capacidad funcional en los pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo Diciembre 2015 – Febrero del 2016

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por todo lo expuesto anteriormente se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores asociados al deterioro de la capacidad funcional en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo Diciembre 2015 – Febrero del 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Los adultos mayores son el grupo de población de mayor crecimiento en todo el mundo, la presencia de pacientes de mayor edad en los servicios hospitalarios es motivo de inquietud, ya que constituyen una población de alto riesgo.

Los riesgos que acarrea la hospitalización sobre todo para las personas mayores ha recibido especial atención en los últimos años, estas personas tienen una alta prevalencia de discapacidad que aumenta con la edad. Para muchas de ellas la hospitalización resulta frecuentemente en una declinación irreversible del estado funcional

y un cambio en la calidad y estilo de vida, pudiendo además dar como resultado muchas complicaciones no relacionadas al problema de admisión o su tratamiento específico, por razones que pueden ser evitadas, con una consecuente pérdida de su independencia y una alta probabilidad de ser institucionalizados.

Al igual que en el resto del mundo, nuestra región presenta un gran envejecimiento y constituye un tema prioritario en la atención sanitaria de esta población.

La importancia del presente trabajo es dar a conocer los factores asociados a la pérdida de la capacidad funcional que ocurren en los adultos mayores hospitalizados, teniendo múltiples implicancias en el proceso salud-enfermedad.

En el Perú son escasas las investigaciones sobre la pérdida de la capacidad funcional en los adultos mayores hospitalizados, por lo cual se realiza este estudio prospectivo para evaluar: la capacidad funcional de las personas mayores que son hospitalizadas; el efecto de la enfermedad y la hospitalización sobre la funcionalidad; y los factores asociados a este deterioro.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados al deterioro de la capacidad funcional en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo Diciembre 2015 – Febrero del 2016

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los factores sociodemográficos del paciente adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo Diciembre 2015 – Febrero del 2016
- Analizar los resultados de la hospitalización en el adulto mayor en términos de variación de la capacidad funcional al alta, respecto al ingreso en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo Diciembre 2015 – Febrero del 2016

- Identificar qué factores influyen en la variación de esa capacidad funcional de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo Diciembre 2015 – Febrero del 2016

1.5. HIPÓTESIS GENERAL

Los factores sociodemográficos así como la estancia hospitalaria, son factores de riesgo para el deterioro de la capacidad funcional en el adulto hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo Diciembre 2015 – Febrero del 2016

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. ANTECEDENTE INTERNACIONAL

Santana A. “Factores predictores de incapacidad, utilización de servicios y mortalidad en los ancianos de Canarias”. España. (1999).

Se trata de un estudio observacional, prospectivo de una cohorte, donde se evaluó a 285 ancianos, con un seguimiento de 45 meses. Se evaluaba la capacidad funcional actual (1997), la salud subjetiva comparada con la declarada en 1994, la utilización de los servicios de atención domiciliaria, ingreso hospitalario y el ingreso en residencias, así como los fallecimientos, habidos durante el período de observación. Obteniendo como resultados que permanecían libres de incapacidad tanto en las (Actividades de la Vida Diaria Instrumentales) AVD-I como en las (Actividades de la Vida Diaria Básicas) AVD-B un 39,5% y eran sólo independientes en las AVD-B

un 67,8%. La tendencia en la capacidad funcional de la cohorte fue hacia el declinar y así lo hizo el 16,6% de la muestra. Sin embargo, un 4,9% mejoró algún grado su función. La AVD-B más afectada fue la de bañarse y la menos afectada fue la de comer. Tenían incapacidad para todas las AVD-B un 3,8%, pese a lo cual un 80% de ellos seguían atendidos en el domicilio. Los factores socio-demográficos predictores de incapacidad en las AVD-B fueron la edad, y los escasos contactos telefónicos (variable esta que mide sociabilidad), se trata este último de un factor modificable y de ahí el interés de identificarlo precozmente. La peor salud sentida se encontró asociada a la pérdida de función, pero no así con el padecimiento de enfermedades crónicas, constituyéndose la función en un indicador de salud en los ancianos. (9)

Arnau A y cols. “Factores asociados al estado funcional en personas de 75 a más años de edad no dependientes”. España. 2012.

Realizaron un estudio transversal de una muestra aleatoria de 315 personas del Centro de Atención Primaria El Remei, Barcelona. Se evaluó el estado funcional mediante el test de ejecución de extremidades inferiores (EEII) de Guralnik, el Índice de Actividades

Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) de Lawton y el Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) de Barthel. Se construyeron modelos de regresión lineal múltiple para identificar las variables asociadas al estado funcional. La edad media fue de 81,9 años (desviación estándar: 4,7), con un 60,6% de mujeres. Se observaron diferencias significativas por sexo en la mayoría de las variables evaluadas. Las variables significativamente asociadas a los tres instrumentos de evaluación del estado funcional en el análisis bivariado, además de la edad y el sexo, fueron el estado civil, el número de fármacos, la percepción del estado de salud y la agudeza auditiva y visual. La asociación con la edad fue significativa en los modelos del índice de Lawton y de Barthel, mientras que el sexo sólo se mantuvo significativo en el modelo del índice de Barthel y el estado civil en el test de Guralnik. El número de fármacos y la agudeza visual y auditiva presentaron una asociación estadísticamente significativa con el test de Guralnik y el índice de Lawton. Las variables incluidas en estos modelos explicaban el 20,8% de la variabilidad en la puntuación obtenida en el test de ejecución de Guralnik, el 43,4% del índice de Lawton y el 38,9% de la variabilidad del índice de Barthel.

Por lo tanto el número de fármacos y las alteraciones sensoriales son los factores de riesgo que se asociaron de forma más consistente con el estado funcional en nuestra población de ancianos no dependientes. (10)

Cruz A. y cols. “Deterioro funcional en ancianos ingresados en un hospital sin unidades geriátricas”. España. 2010.

Estudio prospectivo observacional en tres unidades de hospitalización de medicina interna de un hospital universitario de la red pública de Andalucía. Se ha incluido una muestra de 190 pacientes ancianos hospitalizados. Las variables recogidas fueron: demográficas, relacionadas con la hospitalización y con la capacidad funcional. Los datos se han obtenido mediante el uso del Índice de valoración de dependencia de Barthel. Resultados. La hospitalización en las unidades de medicina interna no contribuye a la mejora de la capacidad funcional de las personas mayores, más bien tiene un efecto negativo, favoreciendo el deterioro en un importante grupo de estos pacientes. En función de la edad, de entre los pacientes analizados (65-85 años y más), los pacientes de menor edad son los que obtienen mejores resultados de recuperación funcional al alta, mientras que los mayores de 85 años son los que

peor resultado presentan. Observamos cómo pierden capacidad funcional el 16% de los menores de 85 años y el 67,5% de los mayores de 85. Concluyendo que la edad, la capacidad funcional al ingreso, la capacidad funcional al alta, la presencia de acompañantes durante la hospitalización y el destino al alta son los factores que más influyen en la variación de la capacidad funcional durante la hospitalización. La hospitalización de ancianos en un hospital sin unidad geriátrica supone peores resultados en la capacidad funcional de los pacientes frente a los hospitales que cuentan con unidad de hospitalización geriátrica. (11)

Merino S. “Repercusión de la Hospitalización en la Pérdida de Capacidad Funcional y Cognitiva del Anciano”. España. 2008.

Realizado en el Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España, se evaluó a un total de 196 adultos mayores, llegándose a la conclusión de que el 71.1% de ellos presentaban algún tipo de discapacidad, un 35,17% de los pacientes sufrieron deterioro cognitivo, un 24,6% pérdida de actividades instrumentales y un 16,5% pérdida de actividades básicas de la vida diaria. El deterioro físico mejora parcialmente tras el alta hospitalaria, pero no alcanza la situación previa al ingreso en todos los casos. A los tres meses un 21,1%

siguen mostrando pérdida de actividades básicas de la vida instrumental y un 12,1% pérdida de actividades de autocuidado. El deterioro mental no sólo no mejora, sino que puede empeorar tras el alta: a los tres meses, la proporción de pacientes con mayor deterioro mental que antes del ingreso había aumentado del 30% al 35,2%. (3)

Mañas M. y Cols. “Deterioro de la capacidad funcional en pacientes ancianos ingresados en un Servicio de Medicina Interna”. España. 2005.

El presente trabajo se desarrolló en el Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Ciudad Real. Ciudad Real, España. Se Valoró la repercusión en la capacidad funcional de los pacientes ancianos tras un ingreso hospitalario en un servicio de Medicina Interna. Se estudió de forma prospectiva los pacientes con 80 años o más ingresados en el Servicio de Medicina Interna, entre los meses de febrero a julio de 2003. La valoración de la capacidad funcional se realizó mediante el índice de Barthel. Se incluyeron 206 adultos mayores con un índice de Barthel previo de 70,9, al ingreso de 48,9 y al alta de 58,6. Se recogió un índice de Barthel al alta menor al previo en el 73,8% de los pacientes. La hospitalización conlleva un

deterioro importante en la capacidad funcional de los pacientes ancianos. (12)

Vidán M. y Cols. “Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios del ingreso en el servicio de geriatría”. Madrid – España. 2008.

El Objetivo fue estudiar la incidencia de deterioro funcional, factores asociados y diferencias entre los servicios de medicina interna y geriatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España, Se analizó las características sociodemográficas, la comorbilidad motivo de ingreso y gravedad, el uso de varias prácticas hospitalarias, la tasa de mortalidad y de pérdida funcional durante el ingreso. Estudiaron a 379 pacientes (140 en el servicio de geriatría y 239 en medicina interna. Los pacientes ingresados en Geriatría eran mayores (87 frente a 81,5 años, había en ellos mayor porcentaje de demencia y alteraciones visuales y eran más dependientes. La proporción de pacientes que permanecían en cama más de 48 h o recibían medicación nocturna era menor en el Servicio de Geriatría. La incidencia de deterioro funcional fue mayor en Medicina que en Geriatría (el 60,2 frente al 48%, con una estancia hospitalaria similar (7,7 frente a 8,1). La edad, el síndrome

confusional, la ausencia de movilización, el encamamiento > 48 h, el uso de psicofármacos y sujeciones o de medicación nocturna se asociaron a deterioro funcional. En el análisis multivariable, el ingreso en Medicina se asoció a mayor riesgo de deterioro funcional.

(13)

Gutiérrez J. “Deterioro funcional secundario a la hospitalización en el anciano. Análisis de la incidencia y los factores de riesgo asociados”. España. 1997.

Se realizó en el Departamento: Medicina Preventiva Y Salud Publica. Madrid, España. Los objetivos del presente estudio han sido determinar en una cohorte de ancianos la incidencia de deterioro funcional tras la hospitalización e identificar aquellas variables sociales, demográficas, clínicas, asistenciales, funcionales, y mentales que pudieran ser predictores de riesgo de deterioro. Para nuestra población de estudio, la incidencia de deterioro funcional al mes del alta hospitalaria se sitúa en el 29,33%, siendo las actividades más afectadas la capacidad para el baño y las relacionadas con la movilidad (traslados cama/sillón, deambular y subir/bajar escaleras). Tras realizar un análisis de Regresión Logística, permanecieron como variables independientes

predictores de deterioro funcional: sexo femenino, días de estancia hospitalaria, existencia de algún grado de incapacidad funcional en actividades básicas en el momento del ingreso y puntuación en el Mini examen Cognoscitivo en rango de deterioro cognitivo. (14)

2.1.2. ANTECEDENTE NACIONAL

Gamarra P. Consecuencias de la hospitalización en el anciano. Hospital Edgardo Reblagiati Martins de EsSalud de Lima (1999).

Realizó un estudio prospectivo y longitudinal donde se evaluaron 201 pacientes internados en los servicios de medicina interna del Hospital Edgardo Reblagiati Martins, EsSalud de Lima, Perú, durante el periodo octubre-noviembre de 1999. Encontró que hubo un deterioro significativo en todas las actividades y fue más en los mayores de 85 años, los que permanecieron hospitalizados más de doce días, los portadores de enfermedades neurológicas y en los que tenían menor capacidad de realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria antes de la hospitalización. Respecto a las complicaciones intrahospitalarias, el 43,3% presentó alguna complicación y más de la mitad estos, dos o más; las más frecuentes son las infecciones. (6)

2.2. BASES TEÓRICO CONCEPTUAL

2.2.1. CAPACIDAD FUNCIONAL

Es la aptitud del anciano para realizar las actividades de la vida diaria en forma independiente. Comprende varios actos: higienizarse, vestirse, moverse en el hogar, controlar los esfínteres, alimentarse, usar escaleras. (5)

La primera definición de la OMS de 1980 consideraba la incapacidad como consecuencia de una deficiencia que a su vez procedía de un problema de salud, accidente o problema congénito; posteriormente se abandonó el modelo lineal de causalidad y se adoptó otro modelo en que los factores contextuales adquirirían más importancia; se dejó el modelo excesivamente médico de la discapacidad y se acercó a uno de enfoque más social. (3)

(OMS 2001): “La incapacidad es la dificultad para desempeñar papeles y actividades socialmente aceptadas, habituales para las personas de similar edad y condición sociocultural. En este sentido, no es únicamente un concepto médico, sino más bien social. La

incapacidad no está determinada exclusivamente por factores biomédicos, el etiquetado de discapacidad como fenómeno médico ignora la complejidad de factores (que sumados a los médicos) conducen a una limitación para desarrollar actividades cotidianas. (3)

2.2.2. ANCIANO FRÁGIL

El término "anciano frágil" en geriatría hace referencia a la presencia de una situación de alto riesgo de deterioro, que se acompaña de alguna forma de incapacidad. Son pacientes que se encuentran en un equilibrio inestable, con riesgo de perder esta estabilidad precaria hacia una situación de incapacidad y dependencia ante un agente o proceso externo que actúe sobre ellos. Su menor reserva o resistencia ante diferentes agresiones les llevarán con mayor o menor rapidez a la pérdida de autonomía. Son varios los aspectos que pueden influir a la hora de una persona mayor se sitúe en un estado de fragilidad. (15)

- Situación y soporte social.
- Presencia de diferentes enfermedades, fundamentalmente crónicas.

- Ubicación del paciente por necesidad de hospitalización o de cuidados en instituciones residenciales.
- Situación basal funcional, que determina el estado de autonomía personal.

Teniendo en cuenta estos aspectos, se podría definir el perfil de estas personas mayores. Son pacientes en los que están presentes tres ó más de estas características. (15)

- Presencia de patología múltiple o patología crónica con alto poder incapacitante.
- Cierta grado de incapacidad que dificulta el autocuidado personal, precisando ayuda en la realización de actividades básicas de la vida diaria: alimentación, deambulación, higiene, vestido, uso del retrete.
- Mayores de 80 años.
- Presencia de deterioro cognitivo.
- Polifarmacia.
- Mala situación socioeconómica.
- Viudedad reciente.
- Cambio de domicilio reciente.

- Haber sido hospitalizado recientemente.
- Situación que es causa potencial de deterioro funcional y pérdida de autonomía en el anciano (por ejemplo caídas frecuentes)

La identificación de estos pacientes, acompañada de una intervención precoz, se ha mostrado extremadamente eficaz a la hora de reducir el alto riesgo de dependencia de estas personas mayores. (15)

ENVEJECIMIENTO

El proceso normal del envejecimiento produce una serie de cambios que disminuyen la reserva fisiológica de los órganos y sistemas, pero que en circunstancias normales no desembocan por sí mismas en la aparición de enfermedades o discapacidad. Entre estos cambios podemos destacar la disminución de la masa muscular, fuerza muscular, densidad ósea, agua corporal total, capacidad aeróbica y ventilatoria, la inestabilidad vasomotora, alteración de la sensación de sed, gusto y olfato o la fragilidad.

2.2.3. CONSECUENCIAS DE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR

El uso frecuente de los servicios hospitalarios por las personas mayores, los expone a consecuencias adversas de la hospitalización, muchas de las cuales no están relacionadas a la enfermedad de ingreso sino a efectos adversos de los tratamientos médicos y la práctica hospitalaria. Una consecuencia frecuente y potencialmente evitable de la práctica hospitalaria, es la pérdida de la función e independencia de las personas mayores. Dos características del paciente anciano agudamente enfermo son la disminución de su reserva funcional y la disminución de la capacidad de adaptarse a un entorno no familiar. Estas características hacen que el paciente anciano esté en riesgo de complicaciones y una discapacidad funcional progresiva, requiriendo necesidades especiales de cuidado. (6)

Las personas ancianas que son hospitalizadas por enfermedades agudas presentan con frecuencia deterioro funcional y otras complicaciones no relacionadas a la enfermedad de ingreso. (6) Warshaw (1982) en un estudio en 279 pacientes admitidos en un

hospital encontró que más de la mitad de los pacientes requerían asistencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, sobre todo el grupo de los mayores de 85 años. Existen también otros estudios donde se demostró la alta prevalencia (alrededor del 60%) de discapacidad en los ancianos hospitalizados. (16)

2.2.4. LA HOSPITALIZACIÓN COMO CAUSA DE INCAPACIDAD.

El hecho de ingresar en un hospital constituye un acontecimiento vital estresante independiente del grupo etario en que se presentase. Si a esto le sumamos las características propias de la edad geriátrica como una mayor morbilidad, diversidad de los patrones de presentación de las enfermedades, la respuesta más lenta al tratamiento, la necesidad de apoyo social y la presencia de pluripatología, entre otras; no es difícil suponer *que la hospitalización, en sí misma es un momento de riesgo para el anciano*, produciendo una serie de consecuencias peculiares. (3)

Además no olvidamos que las generaciones de personas ancianas se criaron en un entorno muy diferente al que conocemos

actualmente. Crecieron en la era anterior al uso masivo de antibióticos. En esa época, cuando la enfermedad aparecía, la mayoría de las personas permanecían en casa, y el médico general y los miembros de la familia eran los encargados de su cuidado. Sólo si la enfermedad era grave se llevaba al paciente al hospital, y muy a menudo, debido a la gravedad y a la falta de lo que nosotros consideraríamos un tratamiento moderno, el enfermo fallecía. (3)

Las personas ancianas aún tienden a ver los hospitales desde esta perspectiva y con frecuencia sienten que, en caso de ser ingresados, no volverán nunca a su casa, por lo que el factor psicológico ya está influyendo “a priori” y tiene repercusiones psíquicas y físicas que veremos más adelante. (3)

Podemos analizar las consecuencias de la hospitalización en el paciente geriátrico desde dos perspectivas; una los problemas nuevos que presenta al alta y que no estaban presentes al ingreso (producidos por la hospitalización) y otra el empeoramiento de los problemas previos con los que acudía el paciente; aspecto nada despreciable ya que los estudios muestran que la mayoría de las personas de edad padecen entre 5 y 10 trastornos diferentes al

mismo tiempo (recordamos que los más frecuentes son inmovilidad, caídas, confusión, incontinencia y dificultad para las tareas habituales). (3)

2.2.5. FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

Tras realizar una revisión exhaustiva de la literatura existente vamos a destacar las variables que aparecen relacionadas en los diferentes estudios con la incapacidad y que incluso tienen valor predictivo para ella.

A) EDAD

Merino S. encontró que la edad se muestra como un factor pronóstico independiente para todos los tipos de incapacidad, ya que aumentan de forma paralela. (3)

B) SEXO

Merino S. encontró que el sexo se muestra como factor predictor de incapacidad sobre todo en las mujeres y como predictor de mortalidad en los varones. (3) Cruz y cols. (11) Encontraron que el

sexo del paciente influye en la capacidad funcional obtenida al alta, de forma que los hombres obtienen mejor resultado que las mujeres tras la hospitalización. La mayor esperanza de vida en las mujeres explicaría la mayor prevalencia de discapacidad.

C) DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Según Cruz A. y cols. (11) Determinaron que el 47,4% de los pacientes ingresa por problemas respiratorios, el 24,2% por problemas cardiovasculares, el 20% por patología multiorgánica y el resto por patología abdominal y neurológica. El diagnóstico principal determina que obtienen mejores resultados de capacidad al alta los pacientes con patología cardiovascular, y peores resultados aquellos con patología de órganos abdominales, siendo los resultados muy similares para el resto de diagnósticos.

D) SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Caídas: Las caídas representan el 90% de los accidentes del anciano. Aproximadamente sólo el 50% de las personas mayores de 70 años hospitalizadas después de sufrir una caída sobreviven transcurrido un año. Se suelen caer los primeros días de

hospitalización o de ingreso en una residencia. Las caídas pueden conducir a una pérdida de la autonomía. (15)

Serán factores pronóstico de esta pérdida de autonomía el no poder levantarse sólo tras la caída, permanecer en el suelo más de una hora y antecedentes de caídas previas. (15)

Síndrome de inmovilidad y úlceras por presión: El inmovilismo es el descenso de la movilidad normal hasta el extremo de afectar el normal desempeño de las actividades básicas de la vida diaria. Se considera un síndrome geriátrico ya que en el anciano el reposo prolongado puede empeorar la capacidad funcional y producir efectos secundarios de gravedad. (15)

Deterioro cognitivo (demencia): Alrededor del 80% de las personas que viven edades muy avanzadas no experimentan una pérdida importante de la memoria ni de otros síntomas de demencia pero es una realidad que casi todas las funciones cognoscitivas declinan con la edad. (15)

E) POLIMEDICACIÓN

En la población anciana existe una alta prevalencia en el consumo de fármacos concomitante a pluripatologías y a la edad. Las

diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas características del paciente geriátrico añadidas al exagerado consumo de fármacos (3 ó más) acrecientan la frecuencia en la aparición de reacciones adversas, de interacciones entre los diferentes fármacos y de efectos no deseados del fármaco prescrito sobre otras enfermedades existentes. Al riesgo de iatrogenia farmacológica hay características del paciente anciano que añaden la dificultad que tiene el anciano para el cumplimiento correcto del tratamiento: no acaba de comprenderlo en sus dosificaciones y horarios, se le olvida. (17)

Se constató un promedio de 3,1 fármacos prescritos como promedio por cada uno; y los grupos de fármacos más frecuentemente indicados fueron los hipotensores, los diuréticos, los psicofármacos, los analgésicos y los antidiabéticos; aunque también se evidenció que la autoprescripción estuvo al nivel de 2,3 preparados por anciano. Los más autoprescritos por nuestros adultos mayores fueron las vitaminas, los analgésicos, los laxantes, los antihistamínicos y los psicofármacos. (18)

Se apreció una cifra moderadamente elevada de reacciones secundarias adversas, todas de tipo ligeras, y en enfermos que consumían 3 o más preparados diariamente. (18)

Merino S. (3) encontró que la polimedición también aparece en varios estudios como un factor que condiciona la aparición de incapacidad y puede predecir la mortalidad.

F) PLURIPATOLOGÍA

La pluripatología también influye de forma similar a polimedición. Es muy frecuente la coexistencia de múltiples patologías agudas o crónicas en la persona mayor. Los síntomas y la medicación de una de las enfermedades pueden ocultar o retrasar la aparición de síntomas de la segunda. (3,17)

La presencia de una enfermedad puede desencadenar otras patologías: la inmovilidad producida por una artrosis ocasionará, casi seguro, incontinencia urinaria funcional; una anemia precipitará una angina de pecho o una insuficiencia cardíaca, etc. Algunas patologías conjuntas presentarán signos inespecíficos: el deterioro funcional progresivo con caídas de repetición puede ser el único signo de una valvulopatía, de una estenosis aórtica, de una infección urinaria, etc. (17)

G) ESTANCIA HOSPITALARIA

La estancia o permanencia en el hospital también tiene efecto sobre la variación de la capacidad funcional y guarda estrecha relación con la presencia o no de cuidador, ya que conforme aumenta la estancia aumenta el deterioro de la capacidad funcional de este grupo de personas. (10)

H) VÍA DE INGRESO

Merino S. y Cols. Encontró que un 31% (40 de 129) de los pacientes ingresados de forma urgente perdieron dos o más puntos frente a un 15,8% (9 de 57) de los que lo hicieron de forma programada. Por tanto ingresar de forma urgente duplicó el riesgo de sufrir un deterioro significativo frente a ingresar de forma programada durante la hospitalización. (3)

I) DESTINO AL ALTA

No debemos olvidarnos de señalar que otra de las consecuencias de los ingresos hospitalarios es el cambio de domicilio al alta, con un alto porcentaje de institucionalización en residencias. (11)

2.2.5. EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL

A) MEDICIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

La escala de evaluación que se utilice es muy importante a la hora de evaluar un paciente ya que cada tratamiento debe estar encaminado en la recuperación de las AVD comprometidas buscando la capacidad de condicionar en un paciente y no en ejercicios de rutina sin un fin específico, además lo que se busca es ofrecerle al paciente posibles soluciones a la hora de realizar una actividad que se le dificulte, por lo tanto consideramos que la valoración de estas es un punto de suprema importancia, ya que esto es el rol más importante la funcionalidad y la relación con su capacidad de interactuar con su entorno. (19)

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional. (19)

Estos problemas de salud condicionantes de deterioro funcional en los adultos mayores de no ser tratados pueden conducir a

situaciones de incapacidad severa y ponen al individuo en riesgo de iatrogenia. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional, la cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada.(19)

La funcionabilidad se define por medio de 3 componentes

- Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)
- Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
- Marcha y equilibrio

A) INDICE DE BARTHEL

Diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y músculo-esqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland y publicado diez años después. Este índice consta de diez parámetros que miden las Actividades básicas de la vida diaria, la elección de los mismos se realizó de forma empírica según la opinión de médicos, enfermeras y fisioterapeutas. Actualmente es uno de los instrumentos de medición de las Actividades básicas de la Vida diaria más utilizado

internacionalmente para valoración de pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda. (20)

Descripción y normas de aplicación:

Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como la capacidad de comer, moverse de la silla a la cama y volver, realizar el aseo personal, ir al retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y mantener el control intestinal y urinario. (20)

Forma de administración

La recogida de información es a través de la información directa y/o interrogatorio del paciente o, si su capacidad cognitiva no lo permite, de su cuidador o familiares.

Valoración

Esta escala se debe realizar para valorar dos situaciones:

- La situación actual del paciente.
- La situación basal, es decir, la situación previa al proceso que nos ocupa.

La valoración se realiza según puntuación en una escala de 0 a 100 (dependencia absoluta e independencia, respectivamente):

- < 20 dependencia total
 - 20-35 dependencia grave
 - 40-55 dependencia moderada
 - 60-90/100 dependencia leve
 - 100 independiente (90 si va en silla de ruedas)
-
- El valor predictivo de los puntos de corte esta basado en el potencial de rehabilitación y capacidad de recuperar la independencia.
 - 90 es la puntuación máxima si el paciente va en silla de ruedas.
 - También permite puntuaciones parciales de cada actividad, lo que ayuda a conocer las deficiencias específicas de cada persona.

Fiabilidad, validez y limitaciones:

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. (20)

En cuanto a su validez, es un buen predictor de mortalidad, necesidad de institucionalización, utilización de servicios sociosanitarios, mejoría funcional y del riesgo de caídas 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. (20)

TABLA Nº 01: INDICE DE BARTHEL

ALIMENTACIÓN	- Es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance). - Necesita ayuda. - Necesita ser alimentado.	10 5 0
BAÑO	- Es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera. - Necesita cualquier ayuda.	5 0
VESTIDO	- Es INDEPENDIENTE: capaz de quitar y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos... - NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente. - DEPENDIENTE: necesita mucha ayuda.	10 5 0
ASEO	- INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla... - NECESITA ALGUNA AYUDA.	5 0
USO DE RETRETE	- Es INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas. - NECESITA AYUDA para ir al WC, pero se limpia solo. - DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.	10 5 0
DEFECACIÓN	- Es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: usa solo el supositorio o el enema. - Tiene ALGUNA DEFECACION NNO CONTROLADA: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas. - INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema.	10 5 0
MICCIÓN	- Es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda. - Tiene ESCAPE OCASIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda. - INCONTINENTE	10 5 0
DEAMBULACIÓN	- Es INDEPENDIENTE - NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros - INDEPENDIENTE EN LA SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas - DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.	15 10 5 0
SUBIR Y BJAR ESCALERAS	- Es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede usar barandilla o bastones. - NECESITA AYUDA física o verbal. - INCAPAZ de manejarse sin asistencia.	10 5 0
TRANSFERENCIA (Trasladarse de la silla a la cama o viceversa)	- Es INDEPENDIENTE - NECESITA MINIMA o POCA AYUDA (poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal) - NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero se puede permanecer sentado sin ayuda. - Es INCAPAZ, no se mantiene sentado.	15 10 5 0

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo a la clasificación operativa se realizó un estudio descriptivo prospectivo, longitudinal y de salud pública.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Nuestro diseño es epidemiológico, analítico no experimental mixta al observar fenómenos tal como se da en su contexto natural, para posteriormente analizarlos; y dentro de su categoría es de investigación transversal de tipo correlaciones causales al describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población sobre la que se realizó el presente estudio estuvo conformada por los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Hipólito Unanue que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y que se encontraron dentro del tiempo determinado donde se ejecutó el trabajo. Un total de 97 pacientes adultos mayores.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

a) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Paciente de 65 años a más hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los meses de Diciembre 2015 – Febrero del 2016
- Estancia hospitalaria mayor de 48 horas.

b) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no den su consentimiento para participar en el estudio.
- Pacientes que no pueden responder a las preguntas de la entrevista (estado muy grave; paciente en coma, afasia o estado terminal; problemas psiquiátricos – demencia severa o desorientación) y siempre que no se pudiera entrevistar a un familiar conviviente o cuidador para contrastar la fiabilidad de la información.
- Pacientes que fallecen en el periodo del estudio.

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

A) VARIABLES PENDIENTES

- **Capacidad Funcional**

Es la aptitud del anciano para realizar las actividades de la vida diaria en forma independiente. Comprende varios actos: alimentación, lavado, vestirse, continencia fecal, continencia urinaria, manejarse

en el cuarto de baño, traslado cama/sillón, deambulaci3n y subir escaleras.

B) VARIABLES INDEPENDIENTES

Se han considerado como variables independientes:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- S3ndromes geri3tricos
- Estancia Hospitalaria
- Diagnostico principal
- V3a de ingreso
- Destino del alta
- Polimedicaci3n
- Pluripatologia

3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍA
VARIABLES INDEPENDIENTES					
Edad	Cuantitativa	Es el número de años de vida que presenta el sujeto de estudio	Años de Vida	Intervalos	60 – 69 70 – 79 80 - 89 90 – 99
Sexo	Cualitativa	Es el conjunto de características biológicas que caracterizan a la especie humana en hombres y mujeres.	Género	Nominal	Masculino Femenino
Estado civil	Cualitativa	Clase o condición de una persona en el orden social.	Orden social	Nominal	Casado Viudo Soltero Divorciado Conviviente
Situación familiar	Cualitativa	Relación familiar que presenta con respecto a su entorno	Convivencia	Nominal	Solo en casa Con esposo(a) Con otro familiar Institución de larga estancia
VARIABLES DEPENDIENTES					
Síndromes Geriátricos	Cualitativa	Es la presencia de caídas, úlcera de presión, inmovilidad y deterioro mental.	Presencia de alguna patología	Nominal	Si No
Estancia en el hospital	Cuantitativa	Número de días que permanece en el servicio de medicina	Días de hospitalización	Ordinal	2-11 12 a más

Diagnóstico principal	Cualitativa	Enfermedad que motivo el ingreso hospitalario del paciente	Presencia de la Enfermedad	Nominal	Cardiovascular Respiratorio Músculo – esquelético Neurológico Multiorgánico Org. Abdominales
Vía de ingreso	Cualitativa	Lugar de donde se indicó el ingreso Hospitalaria	Origen de la hospitalización	Nominal	Emergencia Consultorio Externo Referido
Destino al alta	Cualitativa	Lugar a donde será trasladado el paciente luego de la hospitalización	Lugar de destino	Nominal	Domicilio Residencia Traslado
Polimedica ción	Cuantitativa	Es la toma de 3 o más fármacos previas al ingreso	Número de fármacos que toma previo al ingreso	Ordinal	<3 3 a mas
Pluripatología	cuantitativa	Es tener la presencia de 3 o más enfermedades crónicas previas	Número de enfermedades crónicas previas al ingreso	Ordinal	<3 3 a mas
Capacidad funcional al ingreso	Cualitativa	La capacidad funcional del paciente respecto a la realización de las actividades de la vida diaria en términos de dependencia y se mide calculando el Índice de Barthel al ingreso	Puntuación del Índice de Barthel	ordinal	Dependencia total Dependencia severa Dependencia moderada Dependencia escasa Independiente
Capacidad funcional al egreso					

3.7. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Se aplicó el Índice de Barthel, que se trata de una escala de medición de las capacidades funcionales de los pacientes para determinar su autonomía o dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, realizándolo tanto al ingreso como al de alta del paciente, de esta manera poder comparar si hay variación en el estado funcional del paciente. Y algunos datos fueron obtenidos de la historia clínica del paciente.

3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados se analizaron con el Microsoft Excel 2013, STATA y (*Statistical Package for Social Sciences*) SPSS versión 22.0 para Windows.

Las variables analizadas presentaran una distribución de tipo no normal, por lo que se decidió utilizar la prueba Chi-cuadrado de Pearson para determinar la relación entre variables cualitativas de interés. Se considerara significativo un valor de la $p < 0,05$.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

A continuación se describen los principales resultados encontrados en la investigación.

TABLA 01

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN FACTORES
SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES
ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS
EN EL SERVICIO DE MEDICINA**

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	FRECUENCIA	
	N	%
EDAD	De 60 a 69	38 39,2%
	De 70 a 79	32 33,0%
	De 80 a 89	23 23,7%
	De 90 a 99	4 0,4%
SEXO	Masculino	52 53,6 %
	Femenino	45 46,4 %
SITUACIÓN FAMILIAR	Vive solo	2 2,1%
	Con pareja	56 57,7%
	Con otro familiar	39 40,2%
ESTADO CIVIL	Casado	61 62,9%
	Viudo	26 26,8%
	Soltero	4 4,1%
	Divorciado	3 3,1%
	Conviviente	3 3,1%
TOTAL		97 100,0%

Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

Los pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de Medicina presentaron una edad media de 72,6 años donde la mayoría presenta edades entre 60 y 69 años con un 39,2% y entre 70 y 79 años un 33,0%. En cuanto al sexo la mayoría de los adultos mayores fueron de sexo masculino con el 53,6%. Mientras que la mayoría de pacientes vive con su pareja representando el 57,7%. En relación al estado civil la mayoría de adultos mayores son casados representando el 62,9% del total de casos.

GRÁFICO 01

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA

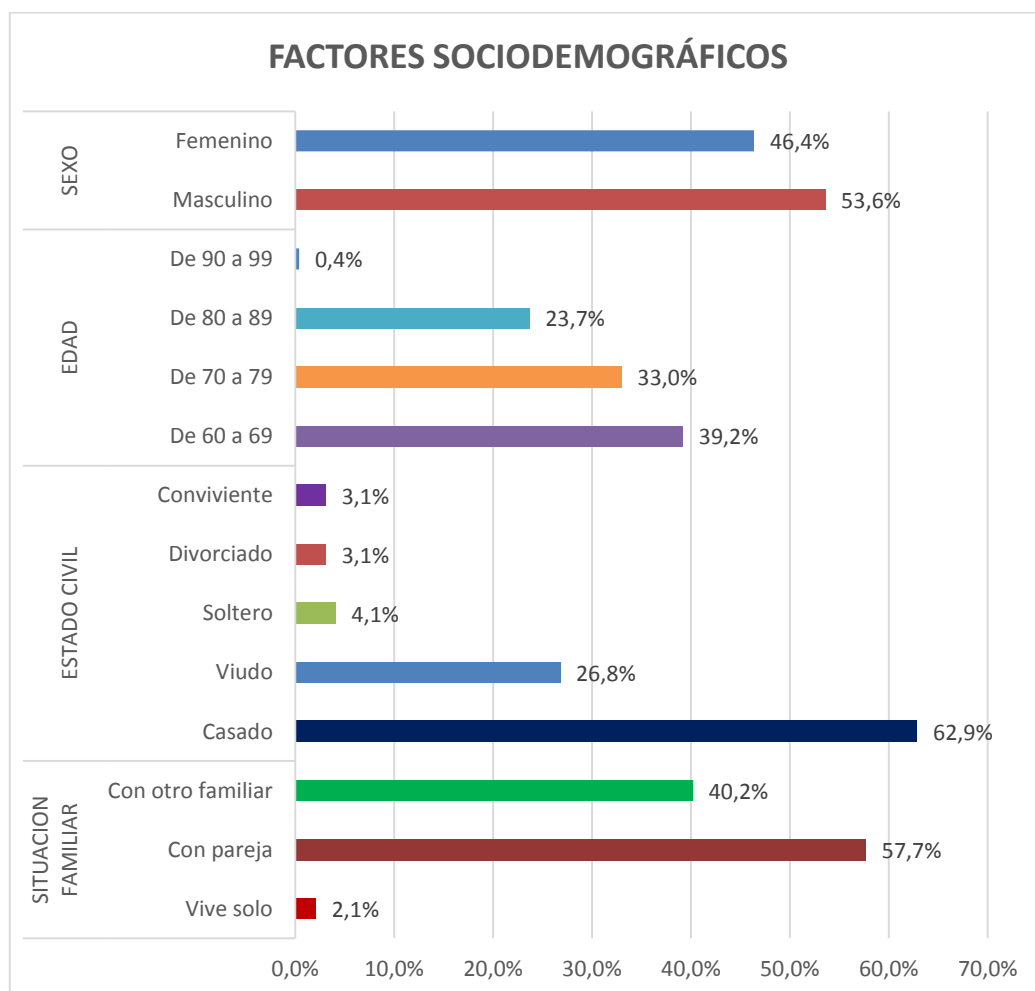


TABLA 02

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN DIAGNÓSTICO DE
INGRESO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES
HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA**

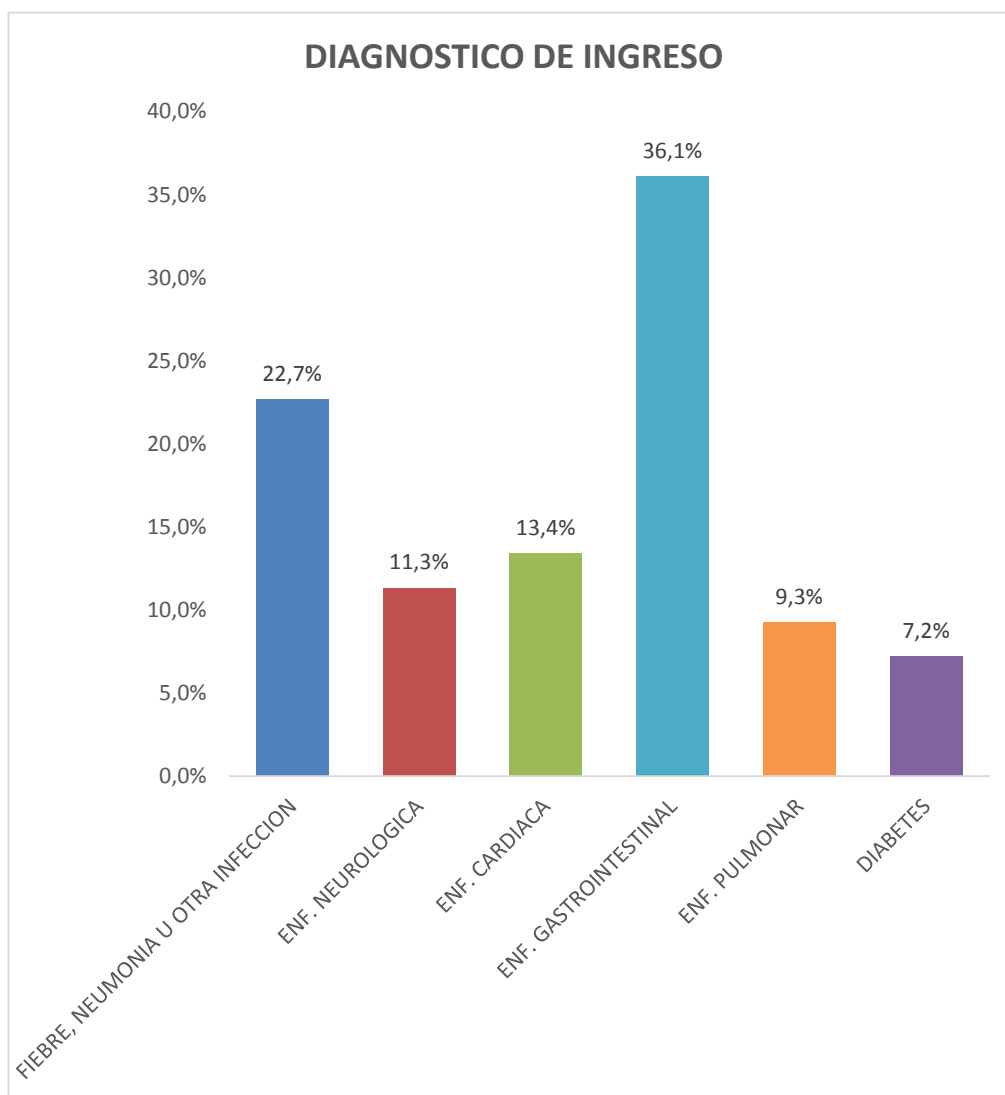
DIAGNÓSTICO DE INGRESO	FRECUENCIA	
	N	%
Fiebre, neumonía u otra infección	22	22,7%
Enf. Neurológica	11	11,3%
Enf. Cardíaca	13	13,4%
Enf. Gastrointestinal	35	36,1%
Enf. Pulmonar	9	9,3%
Diabetes	7	7,2%
TOTAL	97	100,0%

Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

La mayoría de pacientes adultos mayores que fueron hospitalizados en el servicio de medicina ingresaron con diagnóstico relacionado a enfermedad gastrointestinal representando el 36,1% del total de casos, seguido de fiebre, neumonía u otra infección con un 22,7%. Y en menor proporción con diagnósticos relacionados a enfermedad cardíaca, enfermedad neurológica, enfermedad pulmonar y diabetes con valores de 13,4%; 11,3%; 9,3% y 7,2% respectivamente.

GRÁFICO 02

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN DIAGNÓSTICO DE INGRESO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA



Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

TABLA 03

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL SÍNDROME GERIÁTRICO, PLURIPATOLOGÍA Y POLIMEDICACIÓN DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA

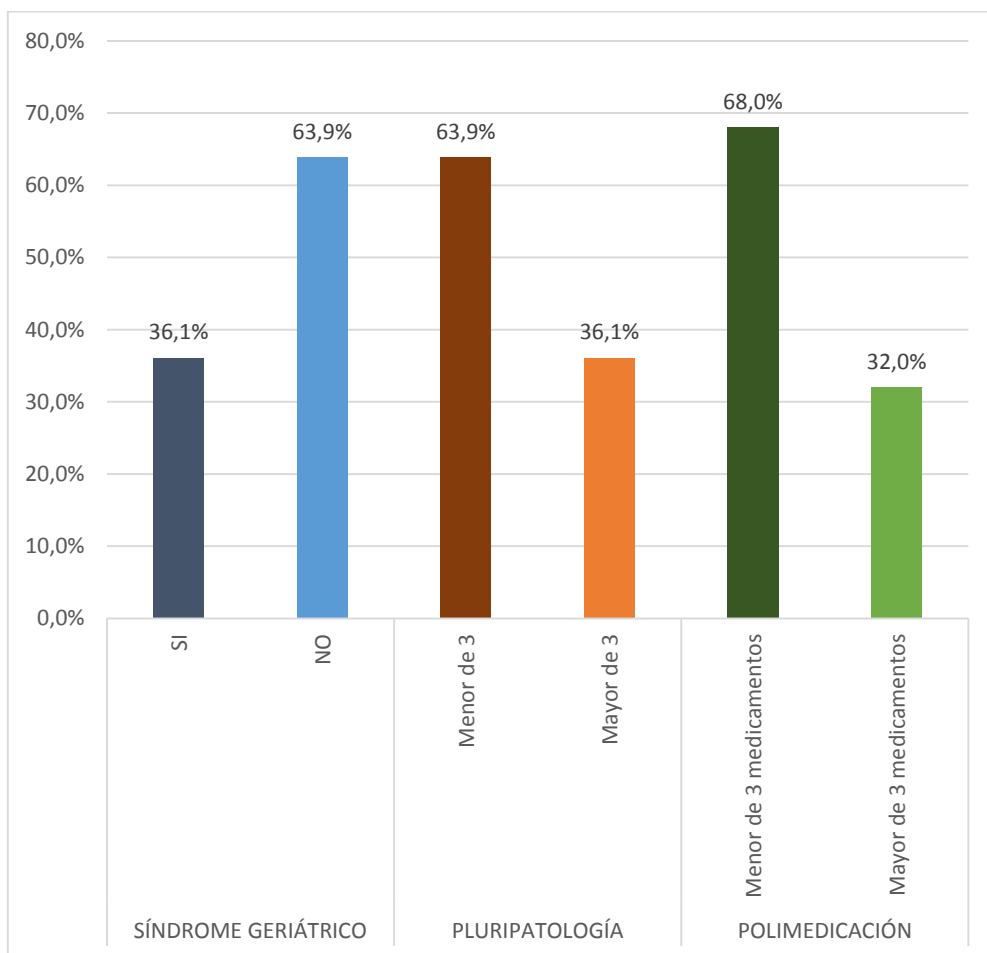
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS		FRECUENCIA	
		N	%
SÍNDROME GERIÁTRICO	SI	35	36,1%
	NO	62	63,9%
PLURIPATOLOGÍA	Menor de 3	62	63,9%
	Mayor de 3	35	36,1%
POLIMEDICACIÓN	Menor de 3 medicamentos	66	68,0%
	Mayor de 3 medicamentos	31	32,0%
TOTAL		97	100,0%

Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

En la tabla se observa que la mayoría de pacientes adultos mayores no presentó síndrome geriátrico (caídas, úlceras de presión, inmovilidad o deterioro mental) representando un 63,9% del total de casos, con un 36,1% que sufre algún síndrome geriátrico (caídas, inmovilidad y deterioro mental). El 68,0% utiliza menos de 3 medicamentos, pero con un 32,0% utiliza más de 3 medicamentos además que el 63,9% presenta menos de 3 patologías, mientras que el 36,1% más de 3 patologías asociadas.

GRÁFICO 03

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL SÍNDROME GERIÁTRICO, PLURIPATOLOGÍA Y POLIMEDICACIÓN DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA



Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

TABLA 04

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN VÍA DE INGRESO,
ESTANCIA HOSPITALARIA Y DESTINO DEL ALTA DE LOS
PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADO
EN EL SERVICIO DE MEDICINA**

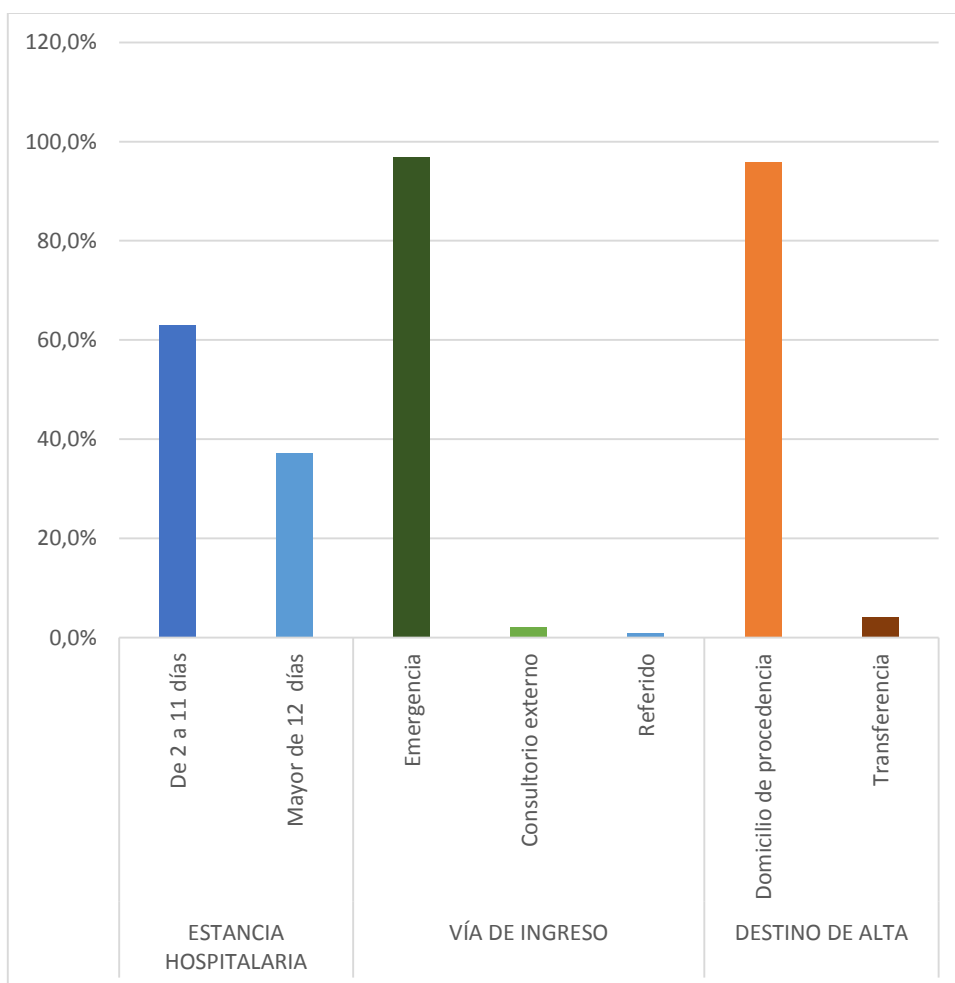
CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	
	N	%
ESTANCIA HOSPITALARIA	De 2 a 11 días	61 62,9%
	Mayor de 12 días	36 37,1%
VÍA DE INGRESO	Emergencia	94 96,9%
	Consultorio externo	2 2,1%
	Referido	1 1,0%
DESTINO DE ALTA	Domicilio de procedencia	93 95,9%
	Transferencia	4 4,1%
TOTAL		97 100,0%

Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

La mayoría de pacientes adultos mayores presenta una estancia hospitalaria de 2 a 11 días representando un 62,9%, mientras que los pacientes con estancia hospitalaria mayor a 12 días son de un 37,1% del total de casos; además presentan una estancia hospitalaria media de 11,1 días. El 96,9% de pacientes ingresa por emergencia, con solo 2,1% y 1,0% por consultorio externo y es referido respectivamente. En cuanto al destino del alta el 95,9% regresa a su domicilio y solo un 4,1% es transferido.

GRÁFICO 04

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN VÍA DE INGRESO, ESTANCIA HOSPITALARIA Y DESTINO DEL ALTA DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA



Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

TABLA 05

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA CAPACIDAD
FUNCIONAL EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA**

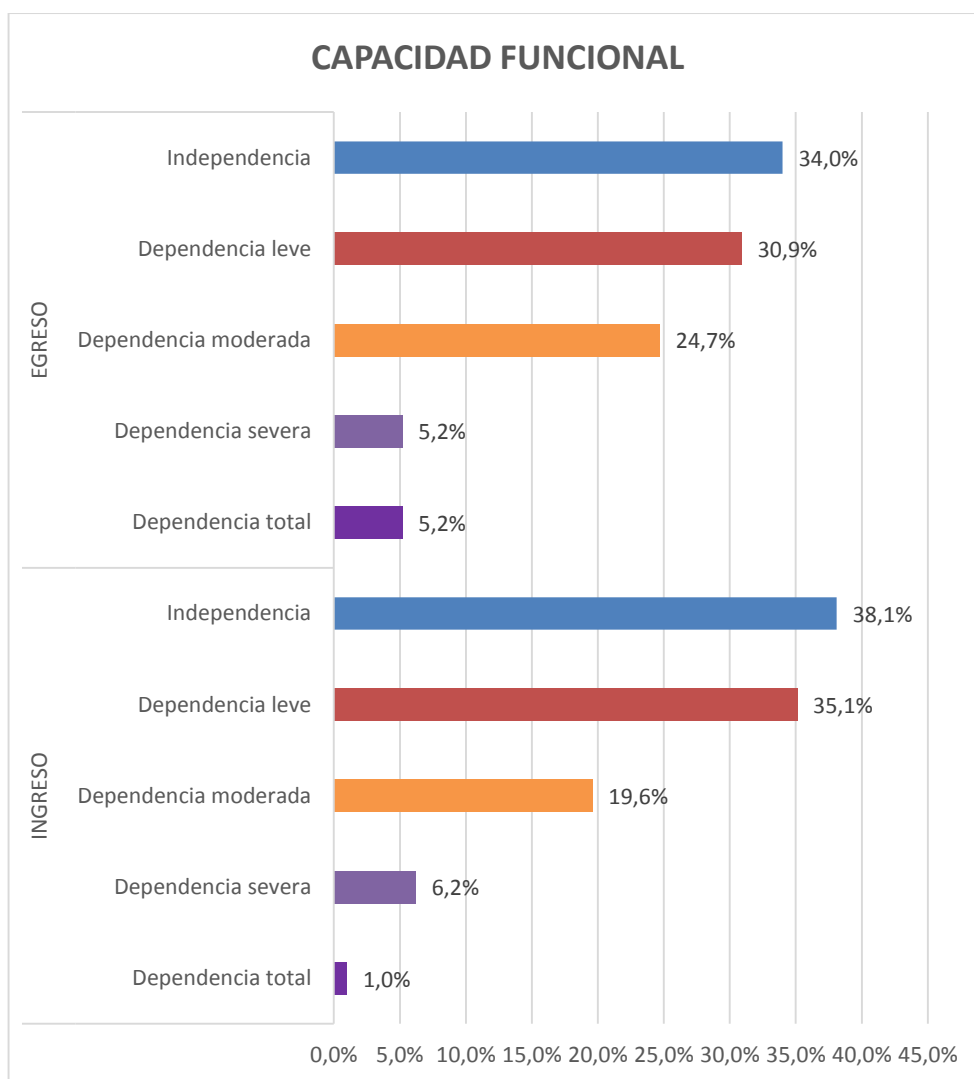
CAPACIDAD FUNCIONAL	FRECUENCIA	
	N	%
INGRESO	Dependencia total	1 1.0%
	Dependencia severa	6 6.2%
	Dependencia moderada	19 19.6%
	Dependencia leve	34 35.1%
	Independencia	37 38.1%
EGRESO	Dependencia total	5 5.2%
	Dependencia severa	5 5.2%
	Dependencia moderada	24 24.7%
	Dependencia leve	30 30.9%
	Independencia	33 34.0%
TOTAL	97	100,0%

Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

Observamos que al ingreso los adultos mayores presentan independencia y dependencia leve en relación a su capacidad funcional representando un 38,1% y 35,1% respectivamente y con dependencia total solo el 1,0%. En cuanto al egreso hay un incremento de dependencia total y dependencia severa a un 5.2% en ambos casos, además de una disminución de la independencia y dependencia leve en 34,0% y 30,9% respectivamente.

GRÁFICO 05

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA



Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

TABLA 06

LA EDAD ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL AL INGRESO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES AL SERVICIO DE MEDICINA

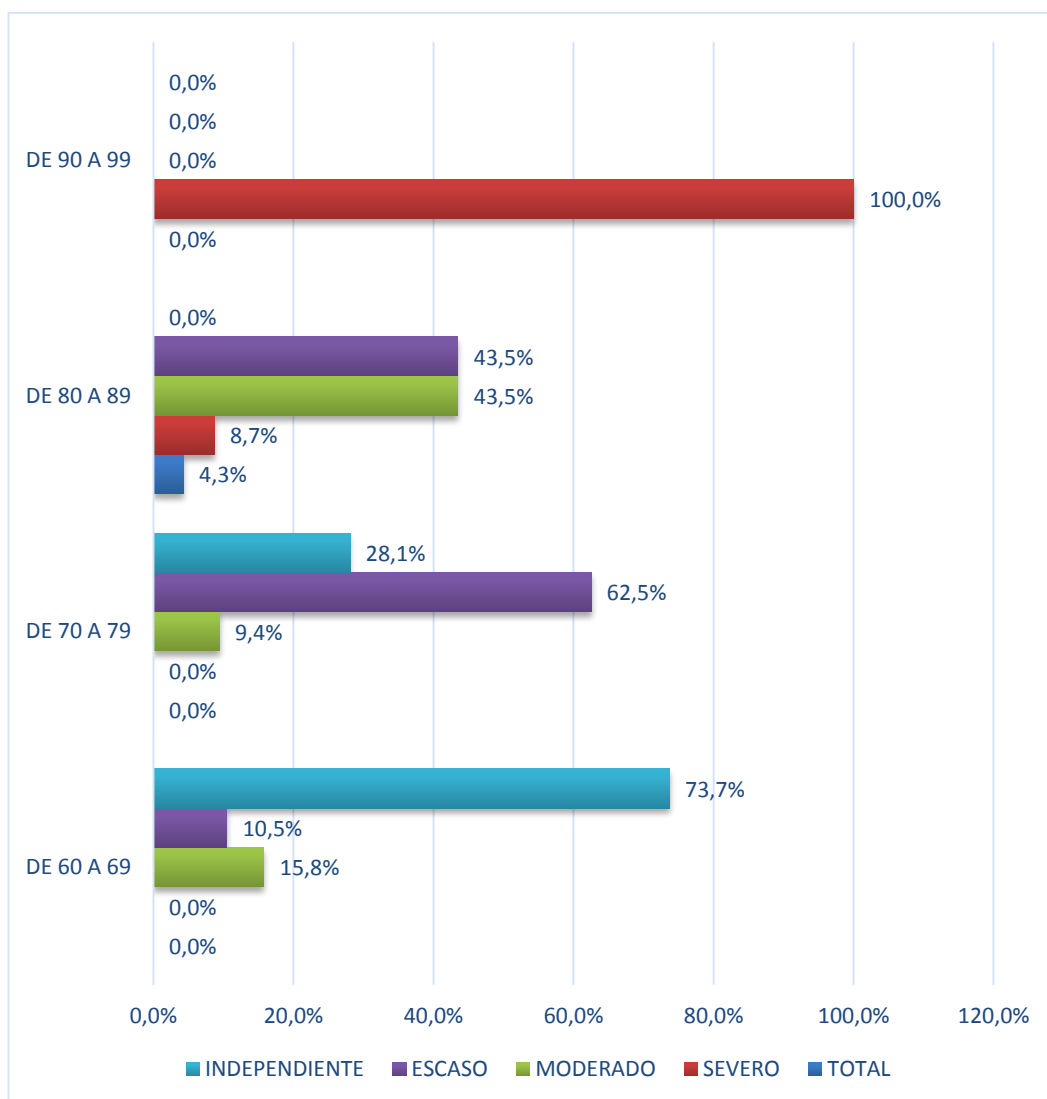
EDAD	GRADO DE DEPENDENCIA AL INGRESO					TOTAL	Chi 2
	TOTAL	SEVERO	MODERADO	ESCASO	INDEPEND.		
	N/%	N/%	N/%	N/%	N/%		
DE 60 A 69	0	0	6	4	28	38	0,000
	0,0%	0,0%	15,8%	10,5%	73,7%	100,0%	
DE 70 A 79	0	0	3	20	9	32	
	0,0%	0,0%	9,4%	62,5%	28,1%	100,0%	
DE 80 A 89	1	2	10	10	0	23	
	4,3%	8,7%	43,5%	43,5%	0,0%	100,0%	
DE 90 A 99	0	4	0	0	0	4	
	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
TOTAL	1	6	19	34	37	97	
	1,0%	6,2%	19,6%	35,1%	38,1%	100,0%	

Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

La mayoría de adultos mayores presenta independencia funcional al ingreso a hospitalización (38,1%), asimismo los pacientes de 60 a 69 años son independientes (73,7%); los de 70 a 79 años presentan dependencia escasa (62,5%); en tanto los de 80 a 89 años se encuentran con dependencia moderada o escasa (43,5%) y los de 90 a 99 años sufren de dependencia severa (100,0%). Además la tabla nos muestra que existe asociación significativa con el valor “p” menor a 0,05 (p=0,000).

GRÁFICO 06

LA EDAD ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL AL INGRESO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES AL SERVICIO DE MEDICINA



Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

TABLA 07

EDAD ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL AL ALTA DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS

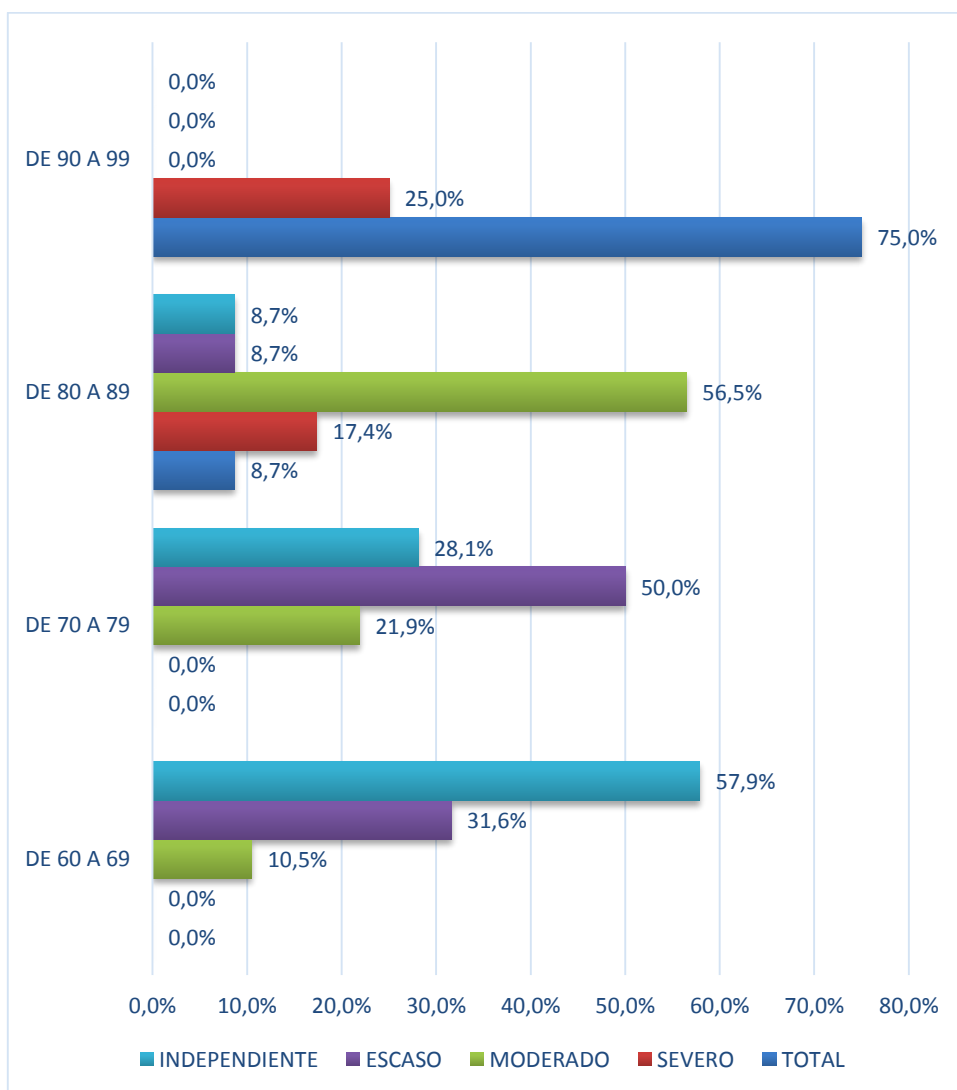
EDAD	GRADO DE DEPENDENCIA AL EGRESO					TOTAL N/%	Chi 2
	TOTAL	SEVERO	MODERADO	ESCASO	INDEPEND.		
	N/%	N/%	N/%	N/%	N/%		
DE 60 A 69	0	0	4	12	22	38	0,000
	0,0%	0,0%	10,5%	31,6%	57,9%	100,0%	
DE 70 A 79	0	0	7	16	9	32	
	0,0%	0,0%	21,9%	50,0%	28,1%	100,0%	
DE 80 A 89	2	4	13	2	2	23	
	8,7%	17,4%	56,5%	8,7%	8,7%	100,0%	
DE 90 A 99	3	1	0	0	0	4	
	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
TOTAL	5	5	24	30	33	97	
	5,2%	5,2%	24,7%	30,9%	34,0%	100,0%	

Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

La mayoría de pacientes adultos mayores presenta independencia funcional al egreso hospitalización (34.0%), asimismo los pacientes de 60 a 69 años son independientes (57,9%); los de 70 a 79 años presentan dependencia escasa (50,0%); en tanto los de 80 a 89 años se encuentran con dependencia moderada (56,5%) y los de 90 a 99 años sufren de dependencia total (75,0%). Además la tabla nos muestra que existe asociación significativa con el valor “p” menor a 0,05 (p=0,000).

GRÁFICO 07

EDAD ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL AL EGRESO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA



Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

TABLA 08

EL SEXO ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL AL INGRESO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES AL SERVICIO DE MEDICINA

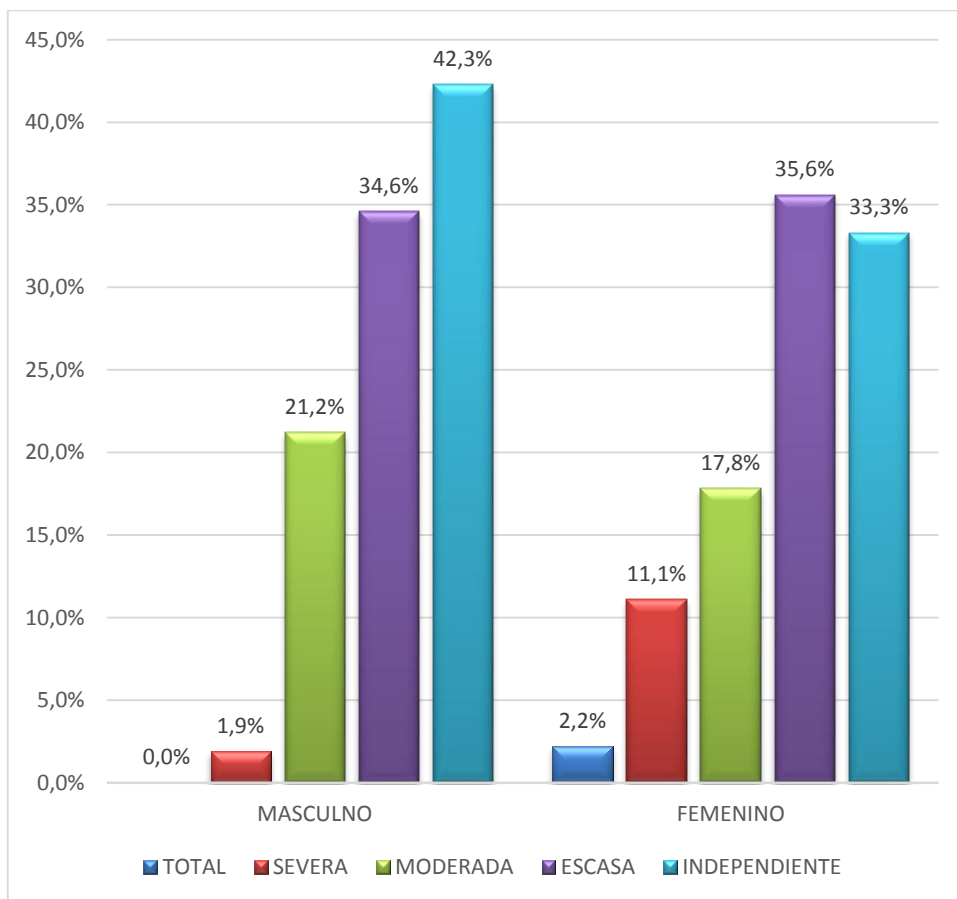
SEXO	GRADO DE DEPENDENCIA AL INGRESO					TOTAL N/%	Chi 2
	TOTAL	SEVERO	MODERADO	ESCASO	INDEPEND.		
	N/%	N/%	N/%	N/%	N/%		
MASCULINO	0 0,0%	1 1,9%	11 21,2%	18 34,6%	22 42,3%	52 100,0%	0,277
FEMENINO	1 2,2%	5 11,1%	8 17,8%	16 35,6%	15 33,3%	45 100,0%	
TOTAL	1 1,0%	6 6,2%	19 19,6%	34 35,1%	37 38,1%	97 100,0%	

Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

En cuanto a la asociación del sexo y el grado de dependencia funcional al ingreso el sexo masculino y femenino son independientes en 42,3% y 33,3% respectivamente. Asimismo la tabla nos muestra que no existe asociación significativa con el valor “p” menor a 0,05 (p=0,277).

GRÁFICO 08

EL SEXO ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL AL INGRESO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES AL SERVICIO DE MEDICINA



Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

TABLA 09

EL SEXO ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL AL ALTA DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA

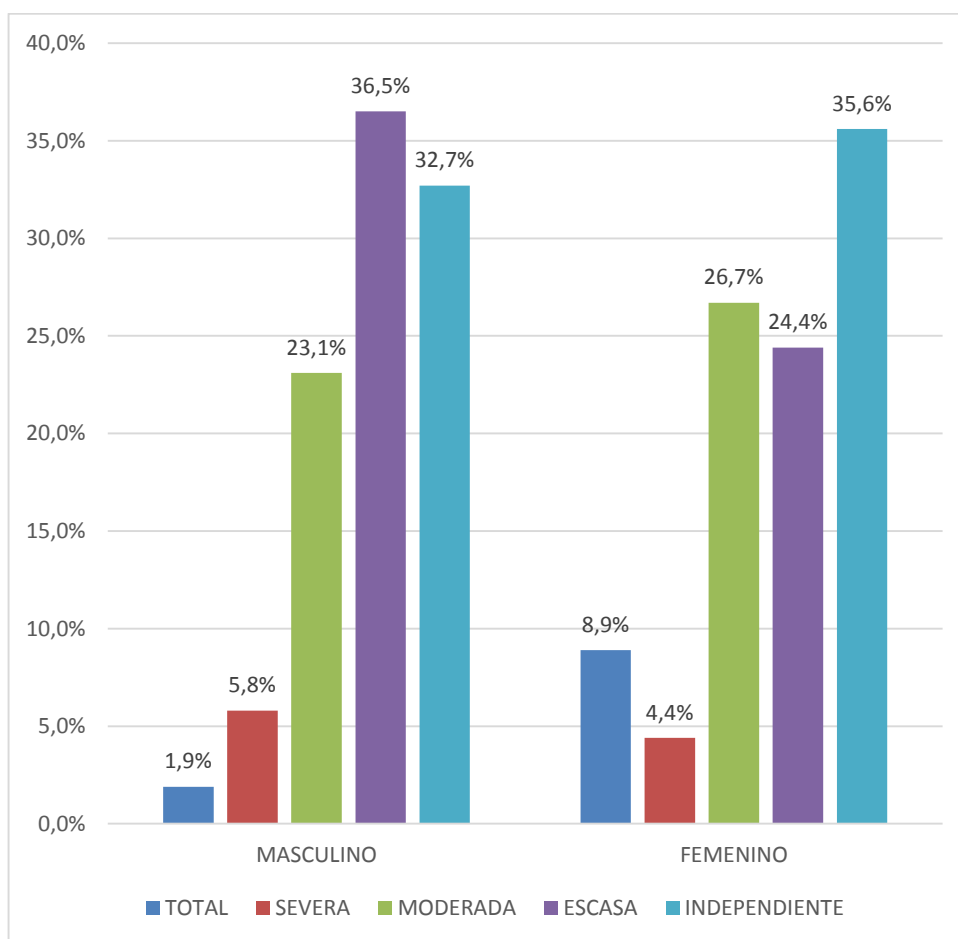
SEXO	GRADO DE DEPENDENCIA AL ALTA					TOTAL	Chi 2
	TOTAL	SEVERO	MODERADO	ESCASO	INDEPEND.		
	N/%	N/%	N/%	N/%	N/%		
	1	3	12	19	17	52	
MASCULINO	1.9%	5.8%	23.1%	36.5%	32.7%	100.0%	
	4	2	12	11	16	45	0,451
FEMENINO	8.9%	4.4%	26.7%	24.4%	35.6%	100.0%	
TOTAL	5	5	24	30	33	97	
	5.2%	5.2%	24.7%	30.9%	34.0%	100.0%	

Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

En cuanto a la asociación del sexo y el grado de dependencia funcional al egreso el sexo masculino tiene una dependencia escasa (36,5%) y el sexo femenino es independientes (35,6%). Asimismo la tabla nos muestra que no existe asociación significativa con el valor “p” menor a 0,05 (p=0,451).

GRÁFICO 09

EL SEXO ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL AL ALTA DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA



Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

TABLA 10

**EL ESTADO CIVIL ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA
FUNCIONAL AL INGRESO DE LOS PACIENTES ADULTOS
MAYORES AL SERVICIO DE MEDICINA**

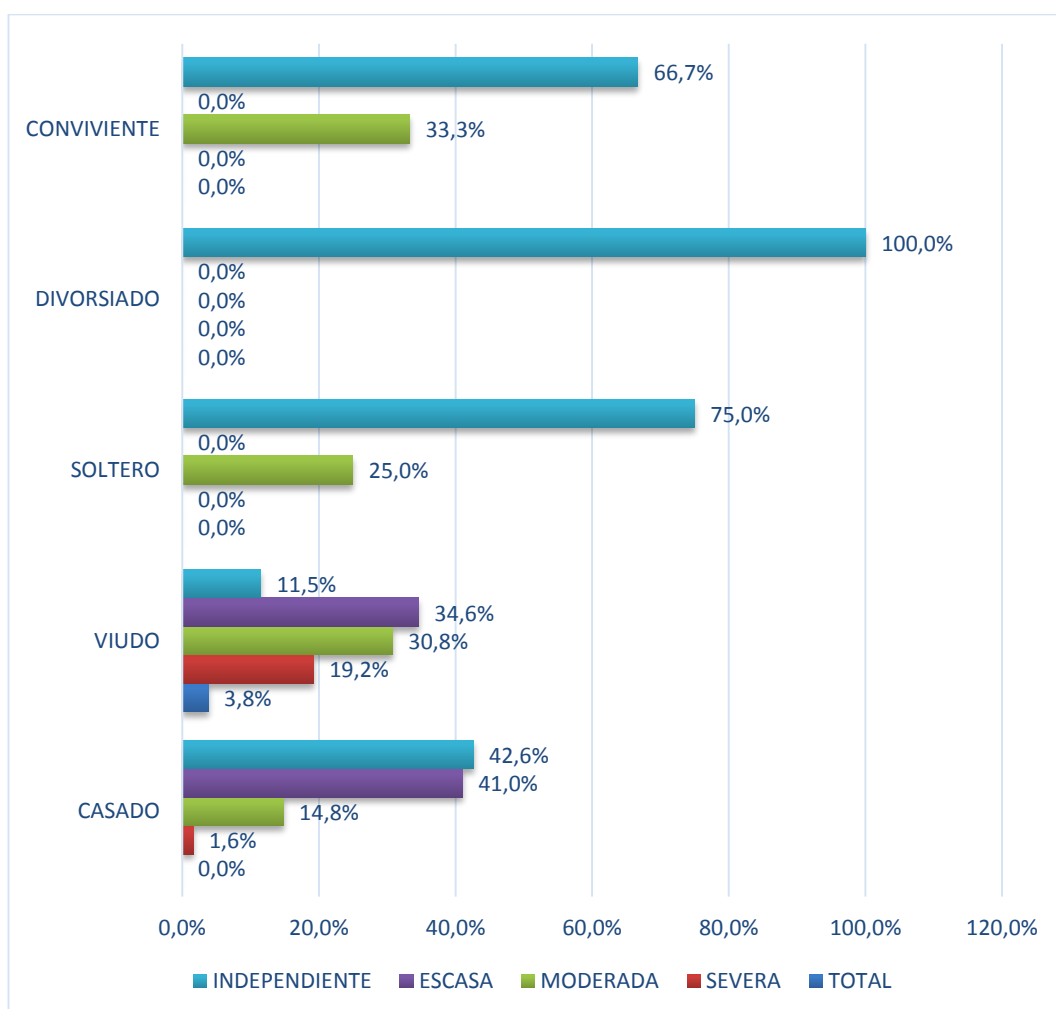
ESTADO CIVIL	GRADO DE DEPENDENCIA AL INGRESO					TOTAL N/%	Chi 2
	TOTAL	SEVERO	MODERADO	ESCASO	INDEPEND.		
	N/%	N/%	N/%	N/%	N/%		
CASADO	0	1	9	25	26	61	0,017
	0,0%	1,6%	14,8%	41,0%	42,6%	100,0%	
VIUDO	1	5	8	9	3	26	
	3,8%	19,2%	30,8%	34,6%	11,5%	100,0%	
SOLTERO	0	0	1	0	3	4	
	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	75,0%	100,0%	
DIVORCIADO	0	0	0	0	3	3	
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
CONVIVIENTE	0	0	1	0	2	3	
	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	66,7%	100,0%	
TOTAL	1	6	19	34	37	97	
	1,0%	6,2%	19,6%	35,1%	38,1%	100,0%	

Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

En la tabla se observa que los casados, solteros y convivientes presentan independencia funcional al ingreso representados por el 42,6%, 75,0% y 66,7% respectivamente; asimismo los viudos presentan total en 3,8% y dependencia severa en 19,2%. Además el estado civil presenta asociación significativa con el grado de dependencia funcional al ingreso con un “p” valor menor al 0,05 ($p=0,017$).

GRÁFICO 10

EL ESTADO CIVIL ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL AL INGRESO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES AL SERVICIO DE MEDICINA



Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

TABLA 11

**EL ESTADO CIVIL ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA
FUNCIONAL AL ALTA DE LOS PACIENTES ADULTOS
MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA**

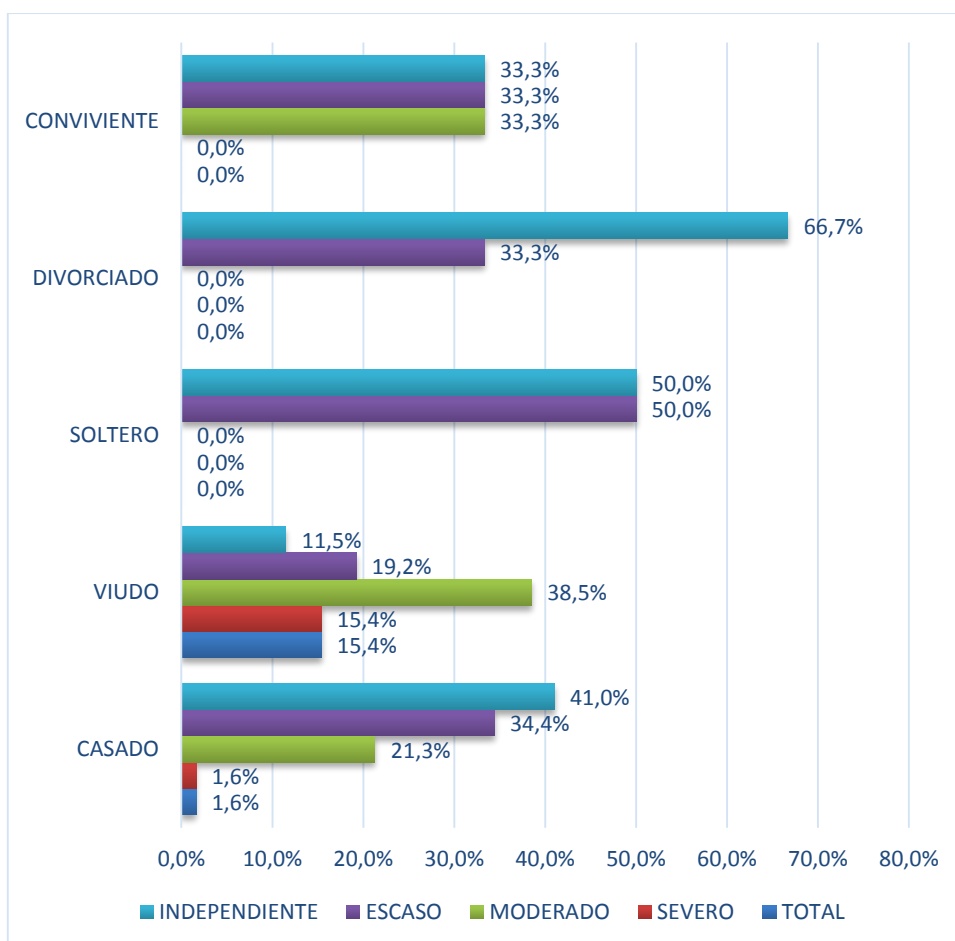
ESTADO CIVIL	GRADO DE DEPENDENCIA AL ALTA					TOTAL N/%	Chi 2
	TOTAL	SEVERO	MODERADO	ESCASO	INDEPEND.		
	N/%	N/%	N/%	N/%	N/%		
CASADO	1	1	13	21	25	61	0,048
	1,6%	1,6%	21,3%	34,4%	41,0%	100,0%	
VIUDO	4	4	10	5	3	26	
	15,4%	15,4%	38,5%	19,2%	11,5%	100,0%	
SOLTERO	0	0	0	2	2	4	
	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%	
DIVORCIADO	0	0	0	1	2	3	
	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%	
CONVIVIENTE	0	0	1	1	1	3	
	0,0%	0,0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%	
TOTAL	5	5	24	30	33	97	
	5,2%	5,2%	24,7%	30,9%	34,0%	100,0%	

Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

En la tabla se observa que los casados, solteros y divorciado presentan en mayor frecuencia independencia funcional representados por el 41,0%, 50,0% y 66,7% respectivamente; asimismo los casados y viudos presentan en mayor frecuencia dependencia total en 1,6% y 15,4% respectivamente. Además el estado civil presenta asociación significativa con el grado de dependencia funcional al egreso con un “p” valor menor al 0,05 ($p=0,048$).

GRÁFICO 11

EL ESTADO CIVIL ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL AL ALTA DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA



Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

TABLA 12

LA RELACIÓN FAMILIAR ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL AL INGRESO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES AL SERVICIO DE MEDICINA

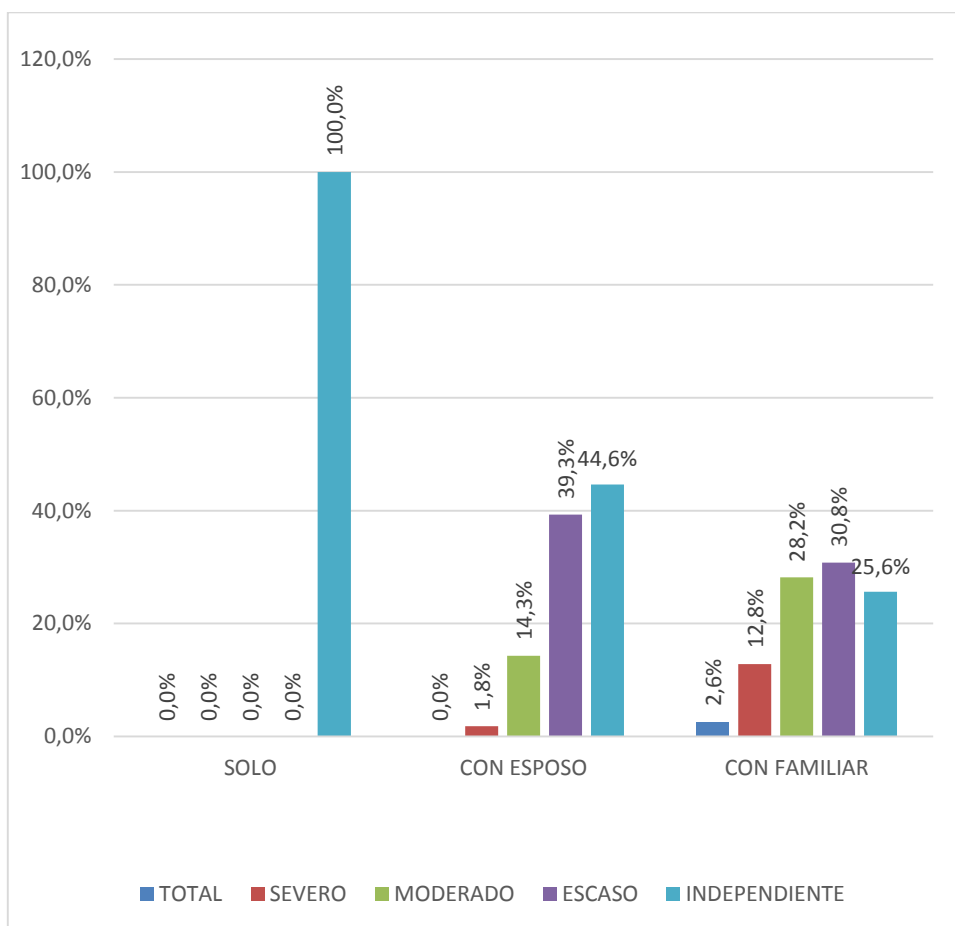
RELACION FAMILIAR	GRADO DE DEPENDENCIA A INGRESO					TOTAL N/%	Chi 2
	TOTAL	SEVERO	MODERADO	ESCASO	INDEPEND.		
	N/%	N/%	N/%	N/%	N/%		
SOLO	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 100,0%	2 100,0%	0,076
CON ESPOSO	0 0,0%	1 1,8%	8 14,3%	22 39,3%	25 44,6%	56 100,0%	
CON FAMILIAR	1 2,6%	5 12,8%	11 28,2%	12 30,8%	10 25,6%	39 100,0%	
TOTAL	1 1,0%	6 6,2%	19 19,6%	34 35,1%	37 38,1%	97 100,0%	

Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

En cuanto a la relación familiar asociado al grado de dependencia funcional al ingreso se encontró que los pacientes que viven solos o con esposo (a) son independientes en un 100,0% y 44,6% respectivamente. Mientras que los que viven con otro familiar presentaron dependencia escasa con 30,8%. Asimismo se encontró que la relación familiar presenta asociación significativa con el grado de dependencia funcional al ingreso con un “p” valor menor al 0,05 ($p=0,076$).

GRÁFICO 12

**LA RELACIÓN FAMILIAR ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA
FUNCIONAL AL INGRESO DE LOS PACIENTES ADULTOS
MAYORES AL SERVICIO DE MEDICINA**



Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

TABLA 13

LA RELACIÓN FAMILIAR ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL AL ALTA DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA

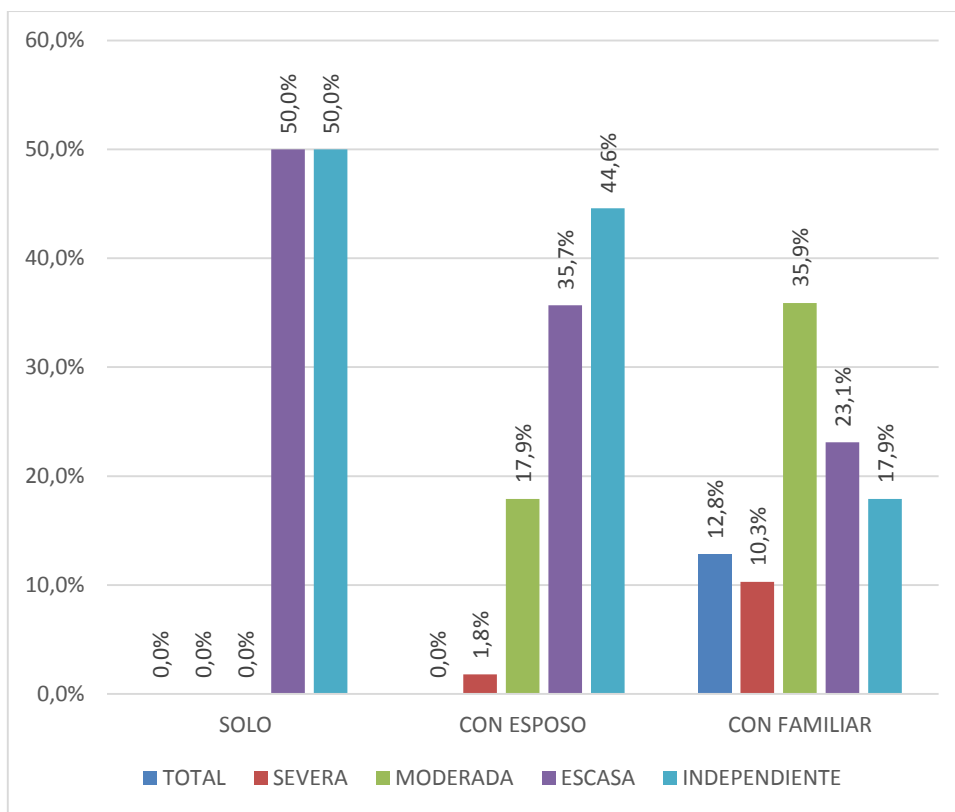
RELACION FAMILIAR	GRADO DE DEPENDENCIA AL ALTA					TOTAL N/%	Chi 2
	TOTAL	SEVERO	MODERADO	ESCASO	INDEPEND.		
	N/%	N/%	N/%	N/%	N/%		
SOLO	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%	0,008
CON ESPOSO	0 0,0%	1 1,8%	10 17,9%	20 35,7%	25 44,6%	56 100,0%	
CON FAMILIAR	5 12,8%	4 10,3%	14 35,9%	9 23,1%	7 17,9%	39 100,0%	
TOTAL	5 5,2%	5 5,2%	24 24,7%	30 30,9%	33 34,0%	97 100,0%	

Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

En la tabla se observa la relación familiar asociado al grado de dependencia funcional al egreso encontrándose que los pacientes que viven solos o con esposo (a) son independientes en un 50,0% y 44,6% respectivamente. Mientras que los que viven con otro familiar presentaron dependencia moderada con 35,9%. Asimismo se encontró que la relación familiar presenta asociación significativa con el grado de dependencia funcional al egreso con un “p” valor menor al 0,05 (p=0,008).

GRÁFICO 13

**LA RELACIÓN FAMILIAR ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA
FUNCIONAL AL ALTA DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES
DEL SERVICIO DE MEDICINA**



Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

TABLA 14

**EL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL ASOCIADO AL GRADO DE
DEPENDENCIA FUNCIONAL AL INGRESO DE LOS
PACIENTES ADULTOS MAYORES AL SERVICIO
DE MEDICINA**

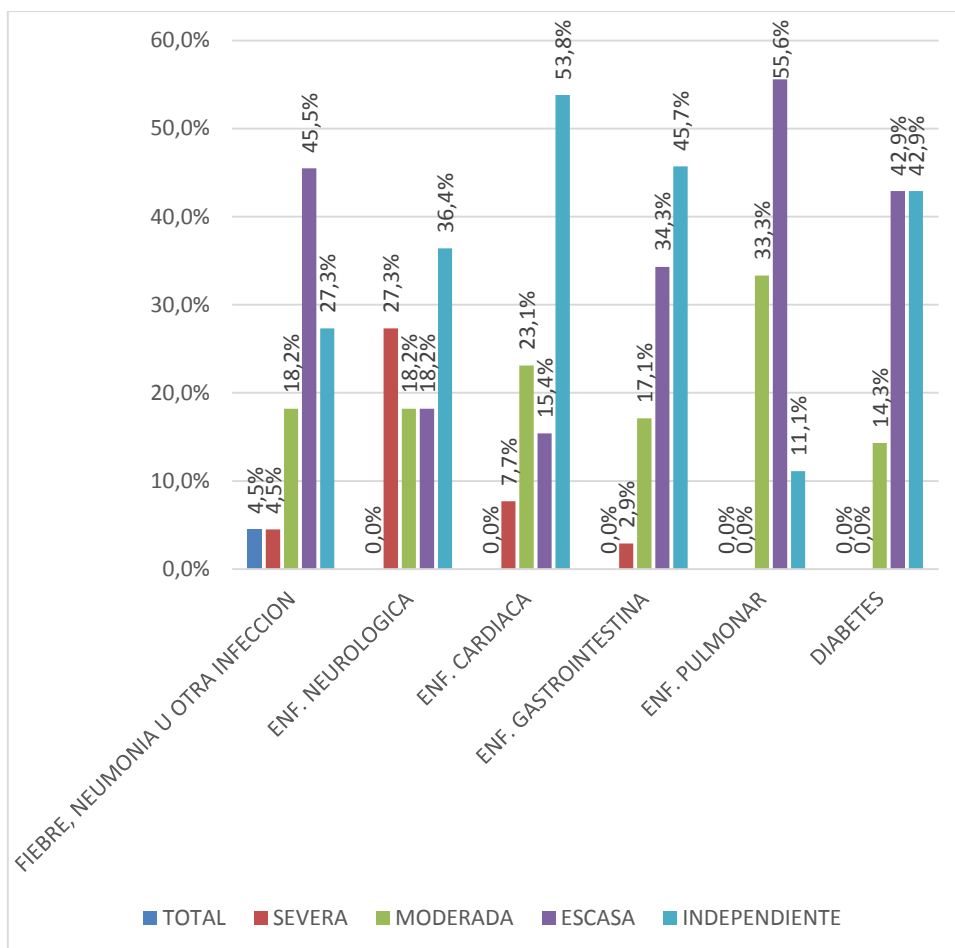
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	GRADO DE DEPENDENCIA AL ALTA					TOTAL	Chi 2
	TOTAL	SEVERO	MODERADO	ESCASO	INDEPEND.		
	N/%	N/%	N/%	N/%	N/%		
FIEBRE, NEUMONIA U OTRA INFECCIÓN	1	1	4	10	6	22	0,324
	4,5%	4,5%	18,2%	45,5%	27,3%	100,0%	
ENF. NEUROLOGICA	0	3	2	2	4	11	
	0,0%	27,3%	18,2%	18,2%	36,4%	100,0%	
ENF. CARDIACA	0	1	3	2	7	13	
	0,0%	7,7%	23,1%	15,4%	53,8%	100,0%	
ENF. GASTROINTESTINA	0	1	6	12	16	35	
	0,0%	2,9%	17,1%	34,3%	45,7%	100,0%	
ENF. PULMONAR	0	0	3	5	1	9	
	0,0%	0,0%	33,3%	55,6%	11,1%	100,0%	
DIABETES	0	0	1	3	3	7	
	0,0%	0,0%	14,3%	42,9%	42,9%	100,0%	
TOTAL	1	6	19	34	37	97	
	1,0%	6,2%	19,6%	35,1%	38,1%	100,0%	

Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

La mayoría de pacientes que presenta independencia funcional al ingreso acude por enfermedad cardíaca en 53,8%. Asimismo hubo relación entre la dependencia severa y la enfermedad neurológica en 27,3%. Se muestra en la tabla que el diagnostico de ingreso no se asocia significativamente al grado de dependencia al ingreso con “p” valor menor de 0,05 ($p=0,324$).

GRÁFICO 14

EL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL AL INGRESO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES AL SERVICIO DE MEDICINA



Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

TABLA 15

**EL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL ASOCIADO AL GRADO DE
DEPENDENCIA FUNCIONAL AL ALTA DE LOS
PACIENTES ADULTOS MAYORES
HOSPITALIZADOS**

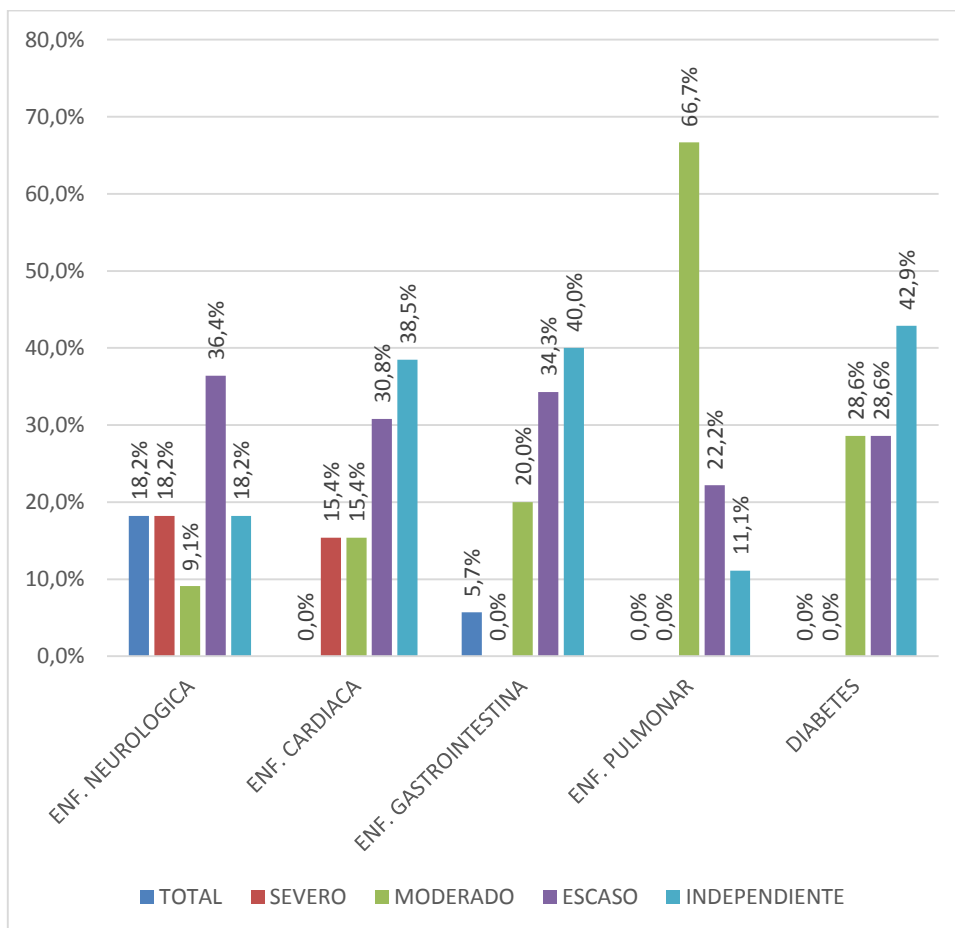
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	GRADO DE DEPENDENCIA AL ALTA					TOTAL N/%	Chi 2
	TOTAL	SEVERO	MODERADO	ESCASO	INDEPEND.		
	N/%	N/%	N/%	N/%	N/%		
FIEBRE, NEUMONIA U OTRA INFECCIÓN	1 4,5%	1 4,5%	6 27,3%	6 27,3%	8 36,4%	22 100,0%	
ENF. NEUROLOGICA	2 18,2%	2 18,2%	1 9,1%	4 36,4%	2 18,2%	11 100,0%	
ENF. CARDIACA	0 0,0%	2 15,4%	2 15,4%	4 30,8%	5 38,5%	13 100,0%	0,172
ENF. GASTROINTESTINA	2 5,7%	0 0,0%	7 20,0%	12 34,3%	14 40,0%	35 100,0%	
ENF. PULMONAR	0 0,0%	0 0,0%	6 66,7%	2 22,2%	1 11,1%	9 100,0%	
DIABETES	0 0,0%	0 0,0%	2 28,6%	2 28,6%	3 42,9%	7 100,0%	
TOTAL	5 5,2%	5 5,2%	24 24,7%	30 30,9%	33 34,0%	97 100,0%	

Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

La mayoría de pacientes que presenta independencia funcional al egreso se relacionaron con fiebre, neumonía u otra infección; enfermedad cardiaca; enfermedad gastrointestinal o diabetes en 36,4%; 38,5%; 40,0% y 42,9% respectivamente. Enfermedad cardiaca en 53,8%. Aquellos con dependencia escasa y moderada se relacionaron con enfermedad pulmonar en 55,6% y 33,3% respectivamente. Los que presentaron dependencia escasa con enfermedad neurológica en 36,4%. La dependencia moderada con enfermedad pulmonar en 66,7%. Tanto la dependencia total como la dependencia severa se relacionaron con enfermedad neurológica en 18,2%. Asimismo hubo relación entre la dependencia severa y la enfermedad neurológica en 27,3%. Se muestra en la tabla que el diagnóstico de ingreso no se asocia significativamente al grado de dependencia al alta con "p" valor menor de 0,05 ($p=0,172$).

GRÁFICO 15

**EL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL ASOCIADO AL GRADO DE
DEPENDENCIA FUNCIONAL AL ALTA DE LOS
PACIENTES ADULTOS MAYORES
HOSPITALIZADOS**



Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

TABLA 16

**EL SÍNDROME GERIÁTRICO ASOCIADO AL GRADO DE
DEPENDENCIA FUNCIONAL AL INGRESO DE LOS
PACIENTES ADULTOS MAYORES
HOSPITALIZADOS**

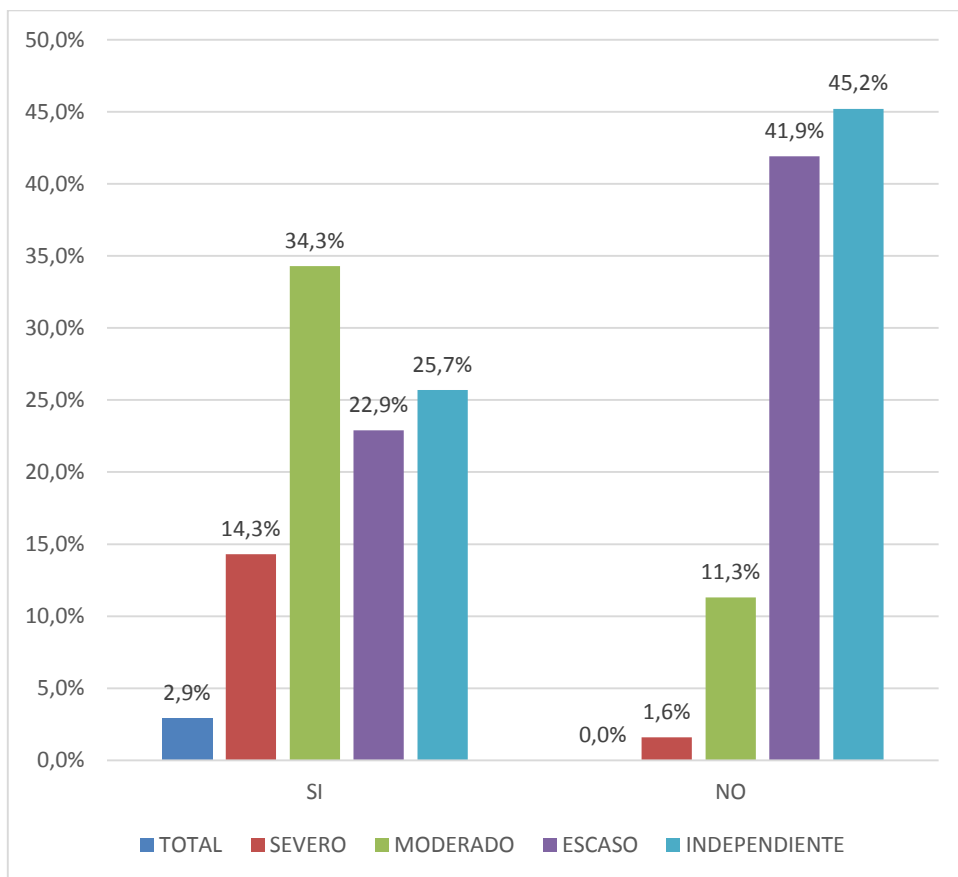
SÍNDROME GERIÁTRICO	GRADO DE DEPENDENCIA AL INGRESO					TOTAL	Chi 2
	TOTAL	SEVERO	MODERADO	ESCASO	INDEPEND.		
	N/%	N/%	N/%	N/%	N/%		
SI	1	5	12	8	9	35	0,001
	2,9%	14,3%	34,3%	22,9%	25,7%	100,0%	
NO	0	1	7	26	28	62	
	0,0%	1,6%	11,3%	41,9%	45,2%	100,0%	
TOTAL	1	6	19	34	37	97	
	1,0%	6,2%	19,6%	35,1%	38,1%	100,0%	

Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

En la tabla se observa el síndrome geriátrico asociado al grado de dependencia funcional al ingreso donde los que presenta síndrome geriátrico la mayoría tiene dependencia moderada en 34,3%, y los que no tienen síndrome geriátrico presentan independencia funcional en un 45,2%. Asimismo se muestra en la tabla que el síndrome geriátrico se asocia significativamente al grado de dependencia al ingreso con “p” valor menor de 0,05 (p=0,001).

GRÁFICO 16

**SÍNDROME GERIÁTRICO ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA
FUNCIONAL AL INGRESO DE LOS PACIENTES ADULTOS
MAYORES HOSPITALIZADOS**



Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

TABLA 17

**SÍNDROME GERIÁTRICO ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA
FUNCIONAL AL ALTA DE LOS PACIENTES
ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS**

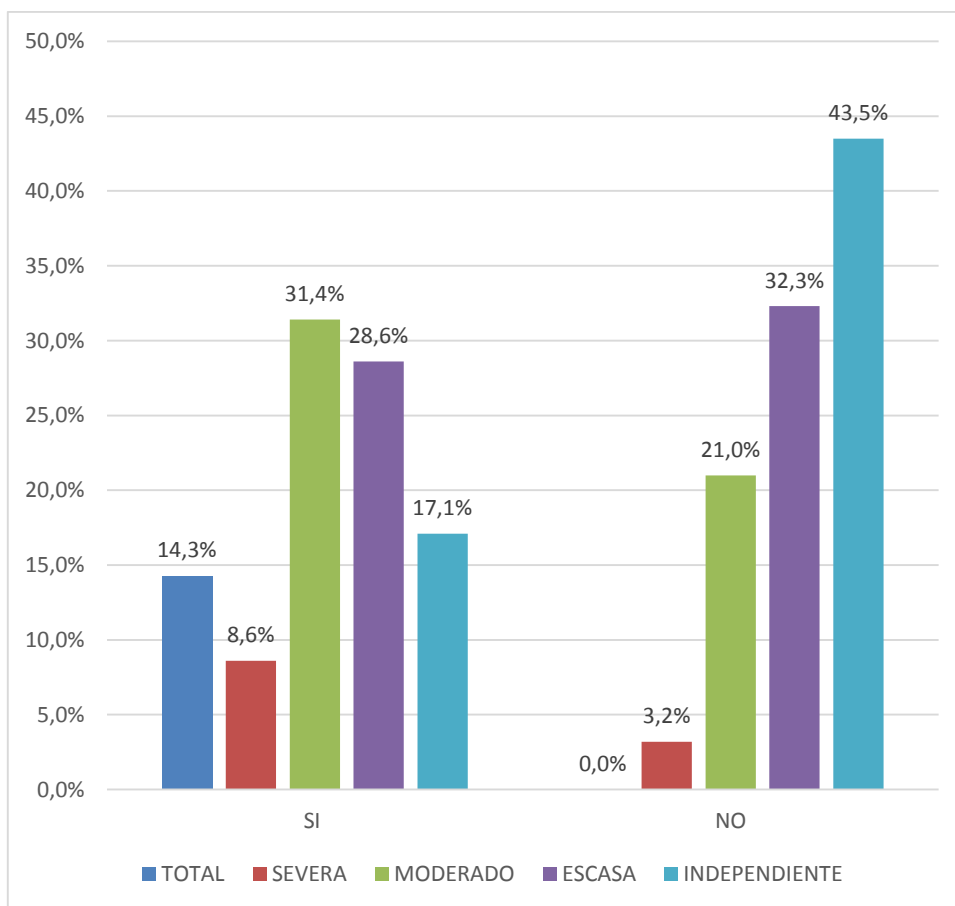
SÍNDROME GERIÁTRICO	GRADO DE DEPENDENCIA AL EGRESO					TOTAL N/°	Chi 2
	TOTAL	SEVERO	MODERADO	ESCASO	INDEPEND.		
	N/°	N/°	N/°	N/°	N/°		
SI	5	3	11	10	6	35	0,001
	14,3%	8,6%	31,4%	28,6%	17,1%	100,0%	
NO	0	2	13	20	27	62	
	0,0%	3,2%	21,0%	32,3%	43,5%	100,0%	
TOTAL	5	5	24	30	33	97	
	5,2%	5,2%	24,7%	30,9%	34,0%	100,0%	

Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

Se observa el síndrome geriátrico asociado al grado de dependencia funcional al egreso donde los que presenta síndrome geriátrico la mayoría tiene dependencia moderada en 31,4%, y los que no tienen síndrome geriátrico presentan independencia funcional en un 43,5%. Asimismo se muestra en la tabla que el síndrome geriátrico se asocia significativamente al grado de dependencia al ingreso con “p” valor menor de 0,05 ($p=0,001$).

GRÁFICO 17

**SÍNDROME GERIÁTRICO ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA
FUNCIONAL AL ALTA DE LOS PACIENTES
ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS**



Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

TABLA 18

**ESTANCIA HOSPITALARIA ASOCIADO AL GRADO DE
DEPENDENCIA FUNCIONAL AL ALTA DE LOS
PACIENTES ADULTOS MAYORES
HOSPITALIZADOS**

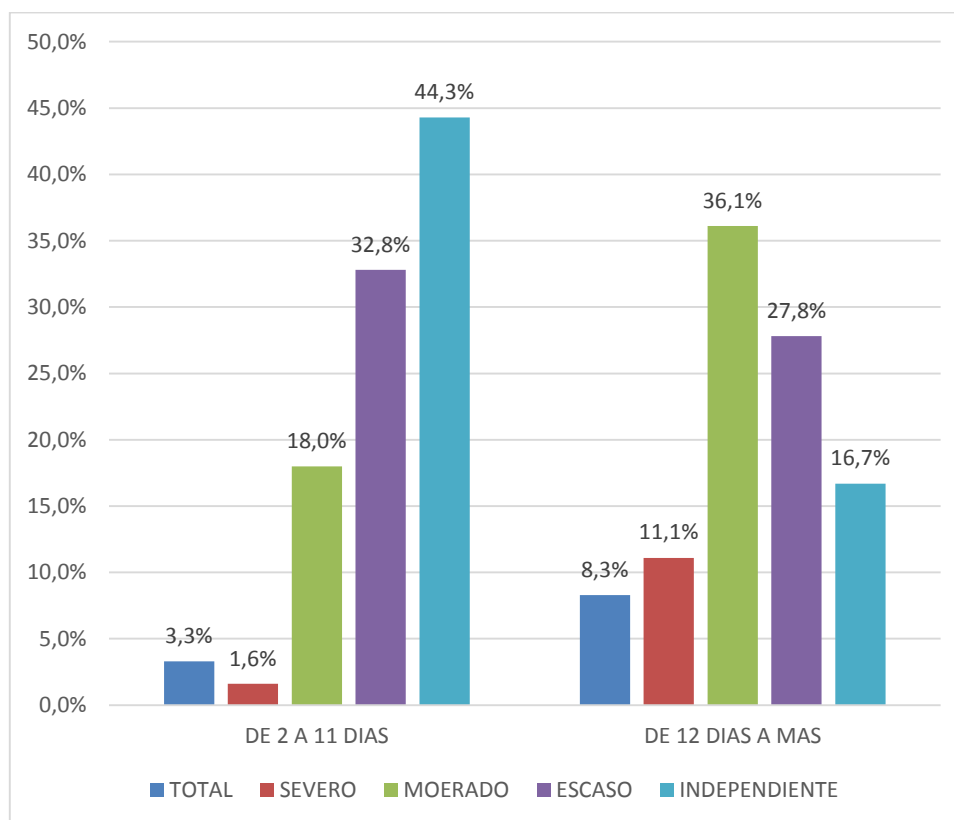
DIAS DE HOSPITALIZACIÓN	GRADO DE DEPENDENCIA AL ALTA					TOTAL N/°	Chi 2
	TOTAL	SEVERO	MODERADO	ESCASO	INDEPEND.		
	N/°	N/°	N/°	N/°	N/°		
DE 2 A 11 DIAS	2	1	11	20	27	61	0,010
	3,3%	1,6%	18,0%	32,8%	44,3%	100,0%	
DE 12 A MAS	3	4	13	10	6	36	
	8,3%	11,1%	36,1%	27,8%	16,7%	100,0%	
TOTAL	5	5	24	30	33	97	
	5,2%	5,2%	24,7%	30,9%	34,0%	100,0%	

Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

En la tabla se presenta los días de hospitalización asociado al grado de dependencia funcional al egreso, la mayoría de los pacientes con permanencia de 2 a 11 días presenta independencia funcional en un 44,3% y aquellos con permanencia de 12 a más días una dependencia moderada en 36,1%. Se muestra en la tabla que los días de hospitalización se asocia significativamente al grado de dependencia funcional al egreso con “p” valor menor de 0,05 (p=0,010).

GRÁFICO 18

ESTANCIA HOSPITALARIA ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL AL EGRESO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS



Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

TABLA 19

**POLIMEDICACIÓN ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA
FUNCIONAL AL INGRESO DE LOS PACIENTES ADULTOS
MAYORES HOSPITALIZADOS**

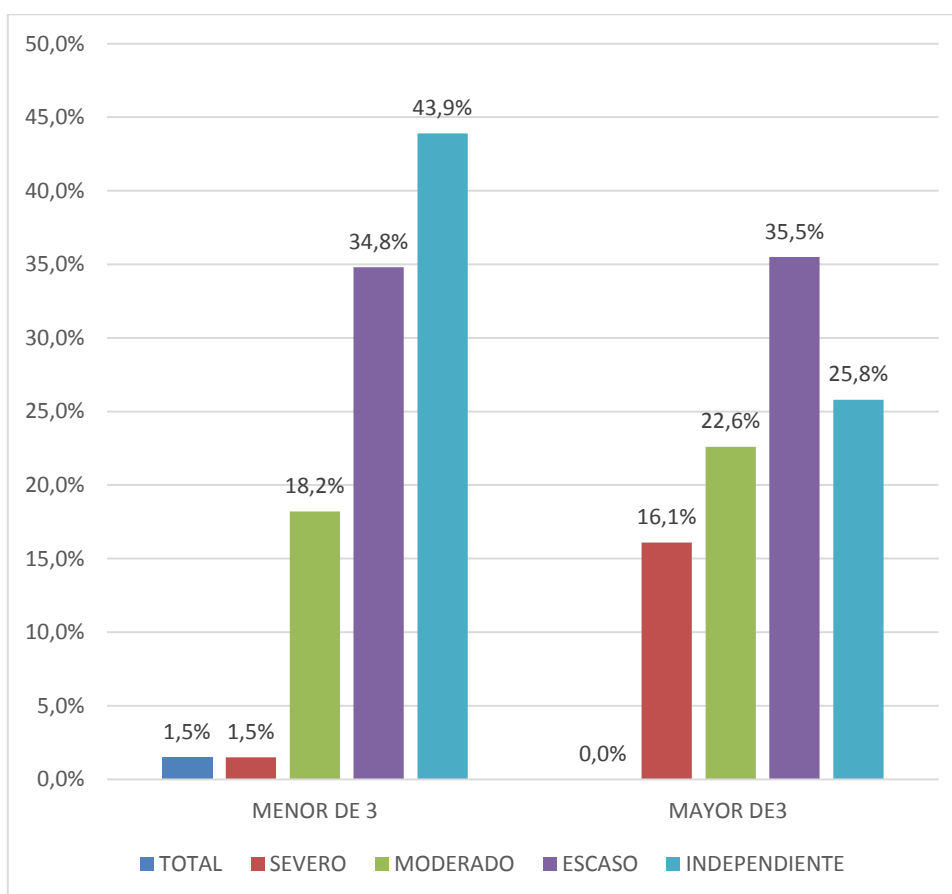
POLIMEDICACIÓN	GRADO DE DEPENDENCIA AL INGRESO					TOTAL	Chi 2
	TOTAL	SEVERO	MODERADO	ESCASO	INDEPEND.		
	N/%	N/%	N/%	N/%	N/%		
MENOR DE 3	1	1	12	23	29	66	0,044
	1,5%	1,5%	18,2%	34,8%	43,9%	100,0%	
MAYOR DE 3	0	5	7	11	8	31	
	0,0%	16,1%	22,6%	35,5%	25,8%	100,0%	
TOTAL	1	6	19	34	37	97	
	1,0%	6,2%	19,6%	35,1%	38,1%	100,0%	

Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

La mayoría de paciente que utiliza menos de 3 medicamentos presenta independencia funcional al ingreso en 43,9%, y aquellos que utilizan más de 3 medicamentos dependencia escasa en 35,5%. Asimismo se halló que la polimedicación se asocia significativamente al grado de dependencia funcional al ingreso con “p” valor menor de 0,05 (p=0,044).

GRÁFICO 19

**POLIMEDICACIÓN ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA
FUNCIONAL AL INGRESO DE LOS PACIENTES ADULTOS
MAYORES HOSPITALIZADOS**



Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

TABLA 20

**POLIMEDICACIÓN ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA
FUNCIONAL AL ALTA DE LOS PACIENTES ADULTOS
MAYORES HOSPITALIZADOS**

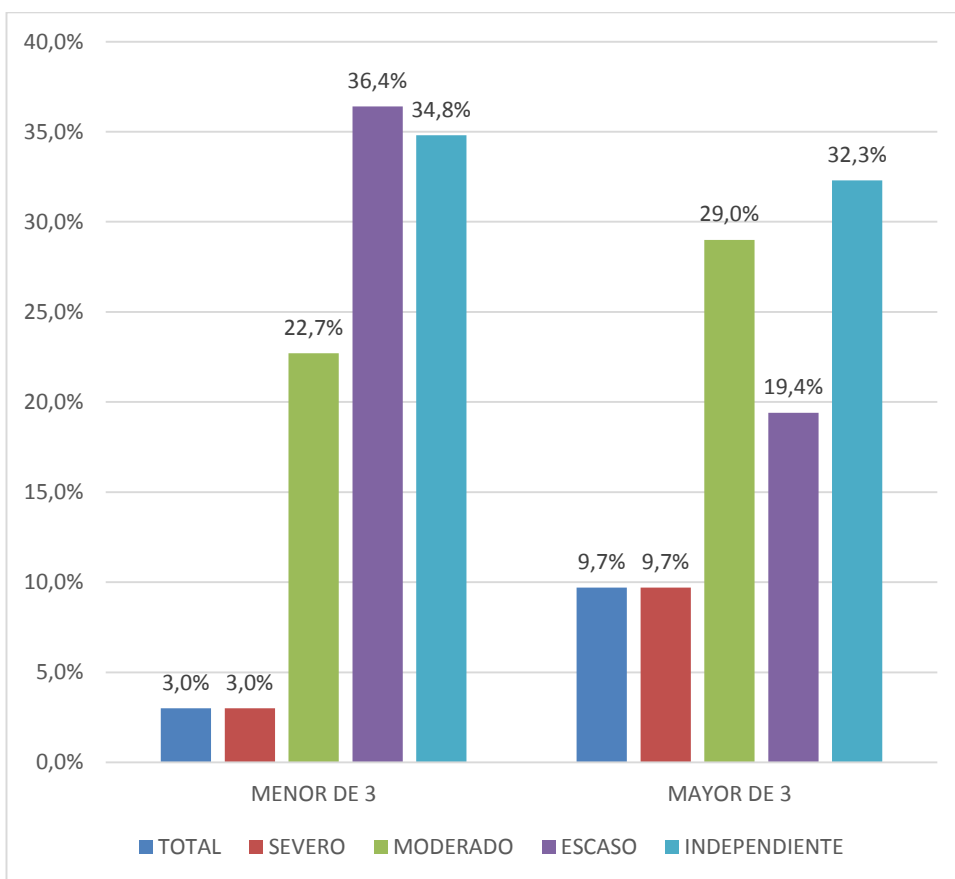
POLIMEDICACIÓN	GRADO DE DEPENDENCIA AL EGRESO					TOTAL N/%	Chi 2
	TOTAL	SEVERO	MODERADO	ESCASO	INDEPEND.		
	N/%	N/%	N/%	N/%	N/%		
MENOR DE 3	2 3,0%	2 3,0%	15 22,7%	24 36,4%	23 34,8%	66 100,0%	0,201
MAYOR DE 3	3 9,7%	3 9,7%	9 29,0%	6 19,4%	10 32,3%	31 100,0%	
TOTAL	5 5,2%	5 5,2%	24 24,7%	30 30,9%	33 34,0%	97 100,0%	

Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

Se observa que la mayoría de paciente que utiliza menos de 3 medicamentos presenta independencia funcional al egreso en 34,8%, y aquellos que utilizan más de 3 medicamentos independencia en 32,3%. Asimismo se encontró que la polimedicación no se asocia significativamente al grado de dependencia funcional al egreso con “p” valor menor de 0,05 (p=0,201).

GRÁFICO 20

**POLIMEDICACIÓN ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA
FUNCIONAL AL ALTA DE LOS PACIENTES ADULTOS
MAYORES HOSPITALIZADOS**



Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

TABLA 21

**LA PLURIPATOLOGÍA ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA
FUNCIONAL AL INGRESO DE LOS PACIENTES ADULTOS
MAYORES HOSPITALIZADOS**

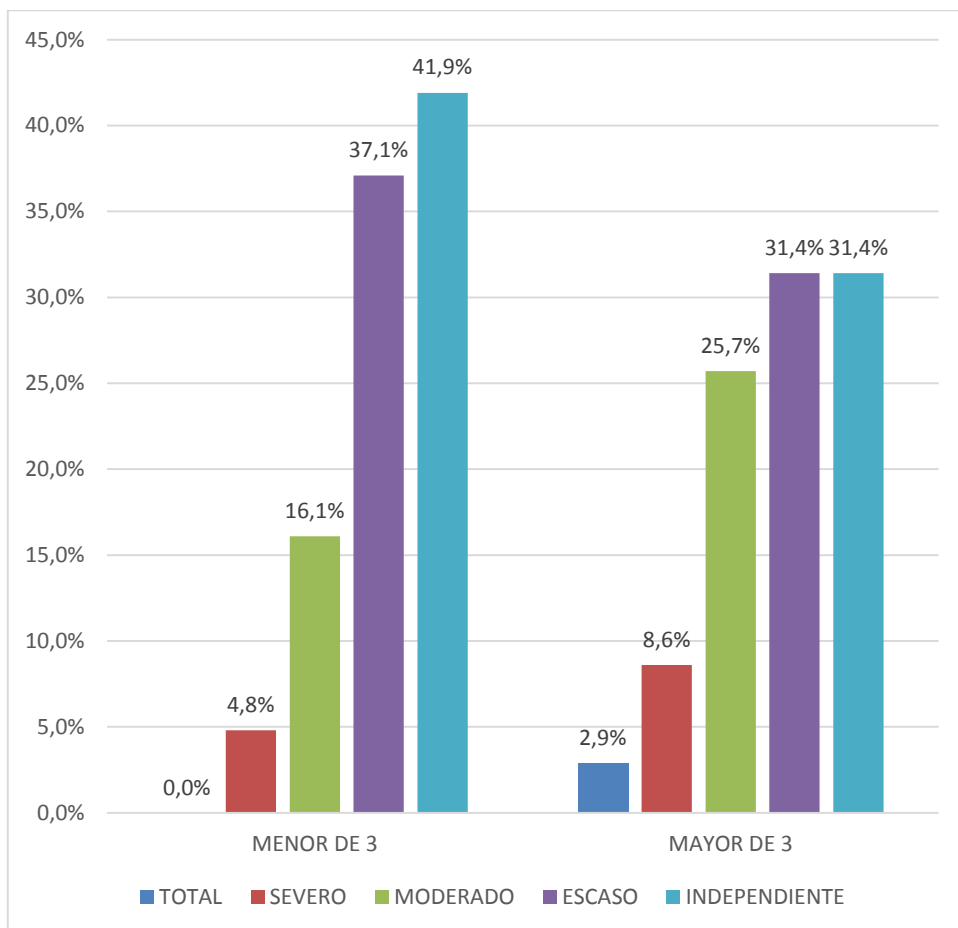
PLURIPATOLOGÍA	GRADO DE DEPENDENCIA AL INGRESO					TOTAL N/%	Chi 2
	TOTAL	SEVERO	MODERADO	ESCASO	INDEPEND.		
	N/%	N/%	N/%	N/%	N/%		
MENOR DE 3	0 0,0%	3 4,8%	10 16,1%	23 37,1%	26 41,9%	62 100,0%	0,383
MAYOR DE 3	1 2,9%	3 8,6%	9 25,7%	11 31,4%	11 31,4%	35 100,0%	
TOTAL	1 1,0%	6 6,2%	19 19,6%	34 35,1%	37 38,1%	97 100,0%	

Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

En la tabla se observa que la mayoría de pacientes que se asocia con menos de 3 patologías presenta independencia funcional al ingreso en 41,9%, y aquellos que se asocian a más de 3 patologías presentan tanto independencia como dependencia escasa en 31,4%. También se observa que la pluripatología no se asocia significativamente al grado de dependencia funcional al ingreso con “p” valor menor de 0,05 (p=0,383).

GRÁFICO 21

**LA PLURIPATOLOGÍA ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA
FUNCIONAL AL INGRESO DE LOS PACIENTES ADULTOS
MAYORES HOSPITALIZADOS**



Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

TABLA 22

**LA PLURIPATOLOGÍA ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA
FUNCIONAL AL ALTA DE LOS PACIENTES ADULTOS
MAYORES HOSPITALIZADOS**

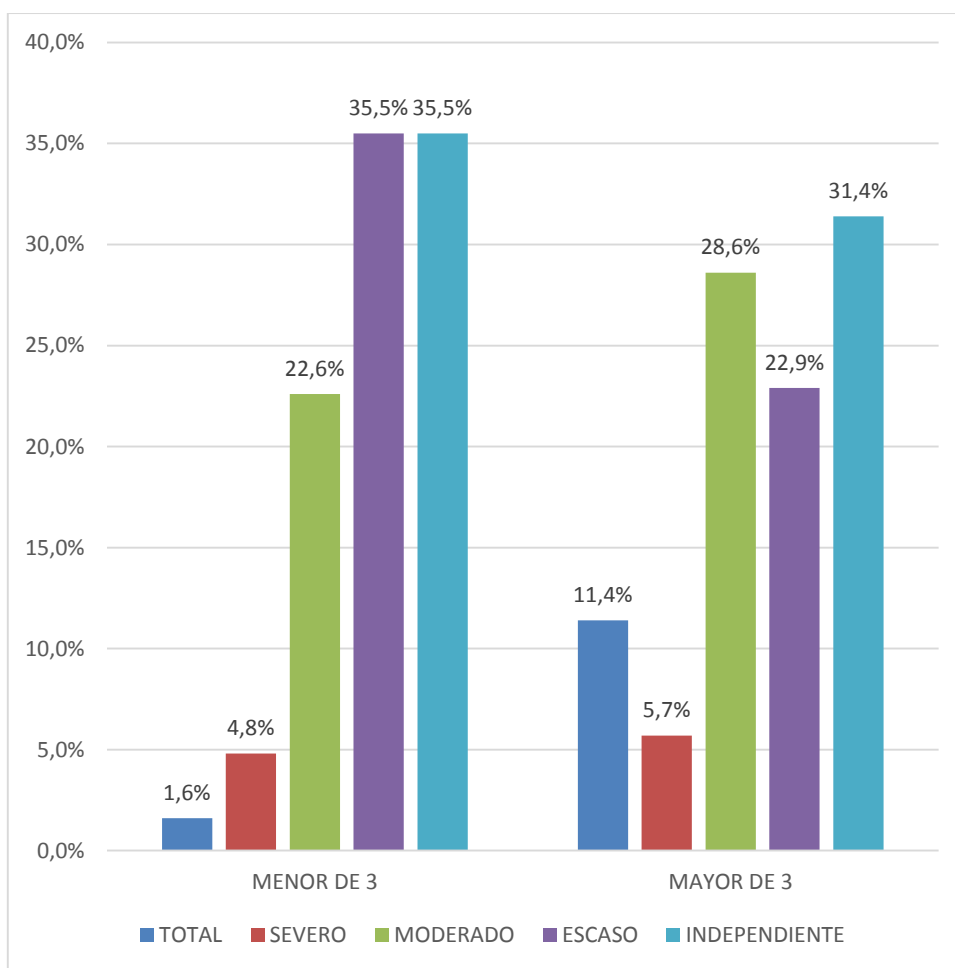
PLURIPATOLOGIA	GRADO DE DEPENDENCIA AL EGRESO					TOTAL	Chi 2
	TOTAL	SEVERO	MODERADO	ESCASO	INDEPEND.		
	N/%	N/%	N/%	N/%	N/%	N/%	
MENOR DE 3	1	3	14	22	22	62	0,215
	1,6%	4,8%	22,6%	35,5%	35,5%	100,0%	
MAYOR DE 3	4	2	10	8	11	35	
	11,4%	5,7%	28,6%	22,9%	31,4%	100,0%	
TOTAL	5	5	24	30	33	97	
	5,2%	5,2%	24,7%	30,9%	34,0%	100,0%	

Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

La mayoría de pacientes que se asocia con menos de 3 patologías presenta tanto independencia como dependencia escasa en 35,5% y aquellos que se asocian a más de 3 patologías presentan independencia en 31,4%. También se observa que la pluripatología no se asocia significativamente al grado de dependencia funcional al ingreso con “p” valor menor de 0,05 (p=0,215).

GRÁFICO 22

**LA PLURIPATOLOGÍA ASOCIADO AL GRADO DE DEPENDENCIA
FUNCIONAL AL EGRESO DE LOS PACIENTES ADULTOS
MAYORES HOSPITALIZADOS**



Fuente: Fichas de recolección de datos. 2016

4.2. DISCUSIÓN

Los adultos mayores son el grupo de población de mayor crecimiento en todo el mundo, pero esto no significa necesariamente que su calidad de vida sea mejor. El proceso de envejecimiento implica alteraciones en aspectos sociales, familiares, sociológicos y fisiológicos, las cuales influyen sustancialmente en la vida del individuo. Estas modificaciones en el organismo propician una reducción de la capacidad funcional para ejecutar las actividades del diario vivir.

La capacidad funcional en geriatría es considerada como un elemento importante de la salud de los adultos mayores, como un proceso dinámico y cambiante, basado en el reconocimiento de la capacidad de un individuo para desempeñarse en la vida diaria en forma independiente y tener la capacidad de actuar con autonomía. Comprende varios actos: higienizarse, vestirse, moverse en el hogar, controlar los esfínteres, alimentarse, usar escaleras.

El enfoque de la salud en los adultos mayores es distinta al resto de la población, debido a la forma de presentación de las enfermedades, las múltiples patologías asociadas, haciéndolos más susceptibles a la dependencia de otras personas y a la hospitalización.

La hospitalización es en sí misma una situación de riesgo. Los ancianos que requieren ingreso hospitalario suelen tener ciertas características

(edad muy avanzada, pluripatología, polimedicación, problemas en la esfera funcional, mental y sociofamiliar) que los hace más susceptibles a sufrir complicaciones. Entre ellos uno de los más importantes es el deterioro funcional, por su elevada frecuencia y por las graves consecuencias que trae consigo, como son la dependencia, institucionalización, mayor consumo de recursos sanitarios y aumento de la mortalidad.

El estudio de la incapacidad tiene un gran interés por su impacto potencial en los programas sociales y sanitarios de atención y por los costos derivados para los individuos, sus familias y las administraciones públicas. La identificación de los principales factores que determinan la aparición de deterioro funcional hospitalario nos podría permitir corregirlos, si no en su totalidad al menos en parte.

En la tabla Nº 01 dentro de los factores sociodemográficos del adulto mayor encontramos una edad media de 72,6 años, donde el 72,2% tienen entre 60 y 79 años y un 24,1% son mayores de 80 años. Lo que difiere de los resultados obtenidos en el estudio de Cruz L. Cols. GEROKOMOS 2010, donde la edad promedio es de 77,4 años, teniendo un 76,4% de ellos más de 75 años y un 50% son mayores de 80 años. Otro estudio de Vildán M. y Cols. La edad media es de 87 años en el servicio de geriatría y de 81,5

años en el servicio de medicina interna. En el estudio de Mañas et al. La edad media es de 92.8 años. Según la bibliografía revisada la esperanza de vida varía según su procedencia siendo mayor en países desarrollados. En cuanto al sexo el 53,6% es masculino frente a un 46,4% que es femenino. Con similares resultados en otros estudios como el de Cruz L. y Cols. Donde el 54,2% de los pacientes es hombre frente a un 45,8% que es mujeres. Otro estudio Merino S. en su Tesis Doctoral la proporción varones/mujeres era de 59,3% frente a 40,7%. Esto podría explicarse a la diferencia de hábitos en edades tempranas que podrían desencadenar en diferentes tipos de enfermedad, pese a que según la bibliografía la proporción de mujeres y varones es de 3/1. Según su estado civil el 62,9% son casados de los que el 57,7% vive con su pareja. Lo que difiere del estudio de Mañas M. et. al. Donde el 67% eran viudos, 28% casados y 4,8% solteros, de los que 85,9% tiene residencia con algún familiar. Estos datos podría explicarse a que nuestra población abarca desde los 60 años, según la bibliografía tienen mejores expectativas de vida aquellos que viven con sus familias.

En las tablas N° 02, 04, en relación a la hospitalización, El 96,9% ingresa procedente de emergencia, el 2,1% ingresa de forma programada y solo un 1,0% es referido de otro servicio u hospital. Dichos datos concuerdan con el estudio de Cruz L. y Cols. Donde el mayor porcentaje lo presenta el

95,2% que ingresa procedente de urgencias, el 3,7% son trasladados de otros servicios u hospitales y sólo un 2,1% lo hace de forma programada. Lo que podría explicarse a que la mayoría de pacientes acude por enfermedad aguda. En nuestro estudio el 36,1% de los pacientes ingresa por enfermedad gastrointestinal, el 22,7% por fiebre, neumonía u otra infección, el 13,4% por enfermedad cardíaca. Los cuales difieren al estudio de Cruz L. y Cols. Donde el 47,4% de los pacientes ingresa por problemas respiratorios, el 24,2% por problemas cardiovasculares, el 20% por patología multiorgánica y el resto por patología abdominal y neurológica. Esta diferencia podría deberse a que la prevalencia de cáncer es mayor que en nuestra región, donde podemos observar que la mayoría de pacientes ingresan por patología gastrointestinal principalmente infecciosa. En nuestro estudio se encontró una estancia hospitalaria media de 11,1 días, que fue menor al encontrado por Cruz L. y Cols que tuvo una estancia hospitalaria media de 15,68 días. El que podría relacionarse a la patología de ingreso de los pacientes que en otro estudio fue cáncer. En nuestro estudio el 95,9% de los pacientes es remitido a su domicilio tras el alta, frente a un 4,1% que es transferido a otro servicio u hospital. Que es un porcentaje superior al encontrado en el estudio de Cruz L. y Cols. Donde el 70% de los pacientes es remitido a su domicilio tras el alta, frente a un 8,9%

que va a residencias y un 21,1% que se remite a otros servicios u hospitales, generalmente centros de media estancia.

En las tablas N° 03, donde encontramos que los pacientes que presentaron síndrome geriátrico fueron 63,9% del total de casos, con pluripatología el 38,1% y polimedicación el 32,0%. Lo que difiere del estudio de Mañas. V. y Cols. Donde su población estudiada presenta en su mayoría pluripatología y polifarmacia. Esto podría deberse a la edad media de estudio que fue mayor en dicho estudio.

En nuestro estudio podemos observar la influencia de diferentes variables sobre la variación de la capacidad funcional al alta:

En las tablas N° 06, 07, respecto de la edad de los pacientes, observamos que los mayores de 80 años pierden el 82,6% de capacidad funcional al alta y los menores de 70 años pierden una capacidad funcional de 20,3% que guarda similitud con otros estudios como. Covinsky et al. Describieron que el 23% de los pacientes entre 70 y 74 años presentaron al alta alguna disminución en su situación funcional en comparación al 50% en el grupo de los mayores de 85 años. En otro trabajo, Cruz Lendínez et al. Observaron que el 16% de los menores de 85 años presentaban DF al alta frente al 67,5% de los mayores de 85 años. Mañas y cols. Presentan un estudio sobre pacientes mayores de 80 años en hospitalización de agudos

de miembros inferiores. Sepúlveda y cols. Lo hacen sobre pacientes nonagenarios, así como Formiga y cols. Estos estudios sectorizan la edad de los pacientes en base a la homogeneidad de los resultados esperados ya que, como hemos visto en el presente trabajo, es a partir de los 85 años cuando se producen las mayores pérdidas de capacidad funcional de los pacientes poshospitalización.

Contrastando estos datos con los aportados por la Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Para pacientes mayores en unidades convencionales de hospitalización, se puede comprobar cómo el porcentaje de pacientes menores de 85 años que presenta pérdida de capacidad funcional es menor (16% frente al 30% según la SEMEG), sin embargo, es superior en pacientes mayores de 85 años (67% y 50%, respectivamente).

Covinsky, en un estudio sobre 93 pacientes ingresados en una unidad de medicina interna en un hospital de California, obtuvo que el porcentaje de pérdida de capacidad funcional de personas mayores se incrementa de forma importante conforme aumenta la edad del paciente, pasando de una pérdida del 23% para pacientes de 70 a 75 años a una pérdida del 63% para mayores de 90 años, siendo para pacientes de 85 años de un 50%, lo que sitúa la pérdida de capacidad funcional para mayores de 85 años por encima del 50% y casi coincide con nuestro estudio, en el que se obtiene una pérdida de capacidad media del 55% en mayores de 85 años. Es obvio

que, de entre los pacientes mayores de 85 años, obtendremos más pacientes geriátricos que entre menores de esa edad, lo que apunta a fijar la atención en este tipo de pacientes y podemos ver cómo la mayor edad de los pacientes no sólo va ligada a una mayor dependencia sino que, además, se relaciona con una mayor previsión de deterioro funcional durante la estancia hospitalaria.

Esto podría deberse a que a mayor edad mayor es la pérdida funcional que presenta el ser humano.

En las tablas N° 08 y 09; en cuanto al sexo no se encontró asociación significativa con el valor "p" menor a 0,05 ($p=0,277$). Lo que fue similar a otros estudios. Lo que se podría explicar que el sexo no es un factor predictor de deterioro funcional.

En las tablas N° 12 y 13; en cuanto a la relación familiar y la pérdida o no de capacidad el hecho de que el paciente este acompañado durante el ingreso obtiene mejores resultados al alta que los que no lo están. Lo que concuerda con otros estudios.

Del mismo modo en nuestro estudio, en las tablas N° 14 y 15; el diagnóstico principal determina que tiene mejores resultados de la capacidad al alta los pacientes con patología pulmonar y peores resultados aquellos con presencia de fiebre u otra infección. Lo que difiere en el trabajo de Sager et al. Ninguna categoría diagnóstica excepto el cáncer se asoció con mayor

riesgo de DFH. Hay otros trabajos que concluyen igualmente que el diagnóstico de la enfermedad aguda considerado de forma aislada tiene escaso valor predictivo de DFH.

En la tabla N° 05 en nuestro estudio la mayoría de pacientes adultos mayores al ingreso presenta independencia y dependencia leve en relación a su capacidad funcional representando un 38,1% y 35,1% respectivamente. Seguido de pacientes con dependencia moderada con 19,6%. En cuanto a la capacidad funcional al egreso hay una disminución en la independencia y dependencia leve a un 34,0% y 30% respectivamente, incrementándose la dependencia moderada a un 24,7%. Lo que se diferencia de otros estudios como en el trabajo de Mudge et al. Solo el 42% de los que DF prehospitalización recuperó su situación basal al alta. Un índice de Barthel menor de 65 al ingreso ha sido descrito como factor de riesgo independiente de DFH al alta. Gutiérrez Rodríguez et al. Identificaron el DF al ingreso como factor de riesgo independiente de DF al mes del alta y Abizanda et al. Demostraron que la pérdida funcional al ingreso era la principal variable que influía sobre la discapacidad y mortalidad al alta y al mes.

También el destino al alta influye en la variación de la capacidad funcional, ya que los pacientes con mejores resultados son derivados a su domicilio

y a residencias, mientras que los que peor resultado obtienen son los que se trasladan o derivan a otros servicios. Conforme aumenta la estancia aumenta la capacidad, pero sólo hasta llegar al umbral de los 15 días de estancia, momento en que los resultados de la capacidad funcional comienzan a descender conforme aumentan los días de estancia en los pacientes con cuidador.

Las recomendaciones de los principales organismos internacionales, la II Asamblea Mundial del Envejecimiento de 2002, la comisión de comunidades europeas (Informe del Parlamento Europeo, 2001) y el Documento de Recomendaciones para la Conferencia Ministerial sobre Envejecimiento UNECE (O'Neil D y cols.) señalan la necesidad de la adecuación del sistema sanitario al envejecimiento progresivo de la sociedad, con la adecuación de los recursos hospitalarios a las necesidades de los pacientes ancianos con el fin último de prevenir y atender la dependencia. La aportación de este estudio refleja la necesidad de identificar a los pacientes geriátricos y, entre ellos, a los más frágiles, y tratarlos de forma adecuada en unidades geriátricas coordinadas con el propio hospital y con los demás recursos sanitarios y sociosanitarios de su entorno.

CONCLUSIONES

- La edad, el estado civil, la relación familiar, la presencia de síndrome geriátrico, la estancia hospitalaria y la polimedicación son factores que influyen en deterioro de la capacidad funcional durante la hospitalización del adulto mayor.
- Los mayores de 80 años son los que más capacidad funcional pierden y los menores de 70 los que mayor capacidad funcional recuperan tras una hospitalización. Los adultos mayores que mantienen buena relación familiar tienen mejores resultados al alta, la presencia de síndrome geriátrico, así como a más días de hospitalización se relacionan con mayor deterioro funcional. El sexo, así como el diagnóstico de ingreso, la polimedicación y la pluripatología no están relacionados al deterioro de la capacidad funcional del adulto mayor hospitalizado.
- La estancia hospitalaria, la presencia de síndrome geriátrico, a mayor edad así como la presencia de acompañante durante la hospitalización son factores que influyen en la pérdida de capacidad funcional del adulto mayor al alta del servicio de medicina.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda la evaluación del estado de salud de los adultos mayores mediante la evaluación funcional, la cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada.
- Mantener una evaluación permanente de los pacientes adultos mayores y así poder identificar si tienen factores de riesgo para sufrir deterioro funcional, lo que implica realizar una historia clínica geriátrica tanto en consultorio externo como en hospitalización.
- Se recomienda la creación de unidades especialmente dirigidas a este grupo de población como es el servicio de geriatría e implementar el servicio de rehabilitación para adultos mayores ya que este resultaría beneficioso para evitar el deterioro de la capacidad funcional y las complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bernal-Orozco M. La nutrición del anciano como un problema de salud pública. *Antropodo*. 2008, Vol. 16, 43-55.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Estado de la población peruana 2015. *Población y Territorio*, pág. 06 - 09.
3. Víctor Cares L. Domínguez C., Fernandez J. Evolución de la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en la unidad geriátrica de agudos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Med Chile* 2013; 141: 419-427.
4. Merino S. Repercusión de la hospitalización en la pérdida de capacidad funcional y cognitiva en el anciano [tesis doctoral]. Madrid: Universidad de Alcalá; 2008.
5. Osuna C., Ortiz J., Vidán M., Ferreira G. y Serra J. Revisión sobre el deterioro funcional en el anciano asociado al ingreso por enfermedad aguda Servicio de Geriátrica, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. 2014;49(2):77–89.

5. Delgado T. Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, centro de atención residencial geronto geriátrico, Lima, 2014
6. Novo C. Deterioro funcional del anciano tras un ingreso hospitalario. Rev. enferm. CyL. 2009; 1:20-25
7. Villanueva V, Evaluación del paciente anciano. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina-Facultad de Medicina. 2000 Oct; 98.
8. Gamarra P. Consecuencias de la hospitalización en el anciano. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. 2002; 14.
9. Informe técnico del Área de Informática de la Región de Tacna. Según hospitalizaciones en el servicio de medicina hospital Hipólito Unanue de Tacna 2014
10. Astiz M.; Sánchez E.; Alonso M.; Montero B.; De la Casa A.; Javier F.; Serra J. Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios del ingreso en el servicio de geriatría Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008; vol.43 núm. 03. Pág.133-8.

11. Santana AJ. Tesis doctoral. Factores predictores de incapacidad, utilización de servicios y mortalidad en los ancianos de Canarias. Nov 2001. Universidad de las Palmas. España.
12. Arnau A., Espauella J., Serrarols M., Canudas J., Formiga F., Ferrer M. Factores asociados al estado funcional en personas de 75 o más años de edad no dependientes. Gaceta Sanit. 2012. 629:9.
13. Cruz A., Pancorbo P., García F., Carrascosa M^a.I., Jiménez M^a.C.; Villar R. deterioro funcional en ancianos ingresados en un hospital sin unidades geriátricas. Gerokomos 2010; 21: 8-16.
14. Mañas MD, Marchán E, Conde C, Sánchez S, Sánchez-Maroto T, Molina MC. Deterioro de la capacidad funcional en pacientes ancianos ingresados en un servicio de Medicina Interna. An Med Interna (Madrid) 2005; 22:130-132.
15. Vidán M. T.; Sánchez G. Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios del ingreso en el servicio de geriatría. España. 2008.

16. Gutiérrez J. et al. Incapacidad funcional en una población de ancianos en el medio comunitario. MAPFRE MEDICIN., 2001; 12:1-8.
17. Genua M., Miró B., Hernanz R., Martínez. M., Miró M. Farmacia hospitalaria. Geriatria. 2(8):959-992.
18. Warshaw G, Moore J, Friedman W. Functional disability in the hospitalized elderly. JAMA 1982; 248: 847-50.
19. Gómez J. El anciano frágil: Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud. España. 2003.
20. Martínez Querol C, Péres Martínez V, Carballo Pérez M, Larrondo Viera J. Polifarmacia en los adultos mayores. Rev. Cubana Med Gen Integr 2005;21.
21. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011; 72: 11-16.

22. Organización Panamericana de la salud. Evaluación funcional del adulto mayor. Informe de la oficina regional de la Organización mundial de la salud. Cuba OPS. Modulo 3: pág: 31-46.

23. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. J. Cid-Ruzafa et al. Revista Española de Salud Pública. Feb 2007.

24. Perfil del adulto mayor Perú – IINTRA IIII Desarrollando respuestas integradas de los Sistemas de Cuidados de la Salud para una población en rápido envejecimiento INTRA II – Perú. 2004. Pag 10-11

ANEXO

Nombre:

Fecha:

Unidad/Centro

Nº Historia:

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA –BARTHEL-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems tipo likert. 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

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse – bañarse –

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Deposición

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

Micción

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

Deambulación

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Fecha					
Puntuación Total					