

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA**

**UNAN-Managua**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**TESIS MONOGRÁFICA**

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA GENERAL**

**CARACTERIZACION DE ADULTOS MAYORES CON VALORACION  
GERIÁTRICA INTEGRAL CENTRO DE SALUD ENOC ORTEZ, SAN  
FERNANDO, NUEVA SEGOVIA NOVIEMBRE 2015**

**Autores:**

**Br. Edgard Antonio Balmaceda García**

**Br. Yasser Augusto Guerrero Salmerón**

**Tutor**

**Dr. Wilbert Daniel López Toruño.**

**Docente Investigador.**

**MANAGUA, NICARAGUA 2016**

## DEDICATORIA

El presente trabajo se la dedicamos a Dios, en primera instancia, quien siempre nos guía por el mejor camino para que poco a poco cumplamos nuestras metas enseñándonos a crecer en cada etapa vivida.

A nuestros padres, pilares indispensables de nuestras vidas quien con esfuerzo nos dedican todo su empeño para lograr la mejor formación como profesionales y ser una mejor persona día a día.

A todas las persona que de una u otra manera nos apoyaron de manera integral en nuestros esfuerzos para la culminación de nuestra tesis monográfica hasta alcanzar la meta de convertirnos en excelente profesionales

## AGRADECIMIENTO

A la universidad por formarnos con el mejor personal docente que en cada etapa de nuestra carrera nos educaron con las mejores herramientas tanto metodológicas con humanista hasta convertirnos en profesionales.

Agradecido con nuestro tutor Dr. Wilbert Daniel López Toruño, por su dedicación, motivación, criterio y aliento en cada etapa, por apoyarnos con la mejor disponibilidad, sin su profesionalismo y experiencia no hubiese sido posible, Gracias totales.

Nuestros logros son frutos de nuestros esfuerzos que con perseverancia dedicamos en la estructuración de nuestra defensa monográfica, agradecimiento mutuo, como futuros profesionales que seremos hasta las últimas instancias dedicamos el tiempo necesario para terminar, este logro es de ambos.

## OPINION DEL TUTOR

Es de mi agrado tutoriar el presente trabajo monográfico en el cual se caracteriza el estado de salud del adulto mayor, un pequeño grupo de la población nicaragüense con el fin de apoyar en las principales dificultades que presentan.

La importancia de este estudio monográfico, es que revela la situación actual que viven los adultos mayores en Nicaragua, respecto a su estado de salud y aplicando un método que valora de una manera integral a la población, lo que permite conocer cómo se encuentran los adultos mayores en el ámbito; medico, funcional, mental y social.

Sirva este esfuerzo de investigar en la salud de la población adulta sensibilizar a las autoridades de tomar en cuenta el envejecimiento como proceso prioritario.

Dr. Wilbert Daniel López Toruño.

## Contenido

DEDICATORIA.....	1
AGRADECIMIENTO .....	2
OPINION DEL TUTOR.....	3
RESUMEN .....	6
INTRODUCCION: .....	7
ANTECEDENTES .....	8
JUSTIFICACION .....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	11
OBJETIVOS .....	12
OBJETIVO GENERAL: .....	12
OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	12
MARCO TEORICO.....	13
Grupos de Población por ciclos de vida .....	13
Adulto Mayor.....	13
Valoración Geriátrica Integral (VGI) .....	14
Afectaciones Médicas .....	15
Evaluación Visual.....	16
Evaluación Auditiva.....	16
Evaluación Incontinencia Urinaria.....	18
Estado Nutricional.....	20
Enfermedades Crónicas.....	22
Polifarmacia .....	23
Evaluación Cognitiva.....	23
Test Yesavaje .....	24
Afectaciones Funcionales .....	24

Test índice de Katz (Katz S, 1963).....	25
Test Lawton y Brody (Ruzafa, Feb 2007. ).....	26
Evaluación de bipedestación y marcha.....	26
Test timed up and go .....	27
Afectaciones sociales.....	28
Evaluación de los recursos Sociales .....	29
Test OARS.....	30
DISEÑO METODOLOGICO .....	32
a.Tipo de Estudio: .....	32
b. Área de estudio:.....	32
c. Universo: .....	32
d. Muestra: .....	32
<b>Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población .....</b>	<b>32</b>
e. Criterios de Selección .....	33
De Inclusión:.....	33
De exclusión: .....	33
f. Variables según los objetivos.....	33
f. Fuente.....	34
g. Instrumento .....	34
g. Recolección de la información .....	35
h. Plan de Análisis de la Información .....	35
i.Aspectos Éticos.....	36
OPERALIZACION DE VARIABLES .....	37
RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS .....	42
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES .....	58
BIBLIOGRAFÍA .....	59
ANEXOS .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## RESUMEN

El objetivo es caracterizar a adultos mayores con valoración geriátrica integral VGI. Centro de Salud “Enoc Ortez”, San Fernando, Nueva Segovia, Noviembre del 2015. Las variables se obtuvieron de varios test aplicados y guía de observación directa, que permitió hacer Valoración Geriátrica Integral. La muestra de 42 pacientes mayores de 60 años, de los cuales 22 del sexo femenino y 20 masculino.

Los principales resultados; la edad promedio fue de 70 años, el mínimo de 60 y máximo de 86 años, el 52,3% femenino, los grupos de edad, el 26,2% de 75-79 años y el 9,5% mayores de 80 años; la escolaridad el 66,7% tienen algún grado de primaria, el 31% son analfabetos; el estado civil 69% están casados; el 54,8% tienen alguna afectación visual; el 54,8% presentan presbiacusia; el 64,3% incontinencia urinaria, en las mujeres se reporta en el 82%; 59,5% en riesgo de desnutrición y el 21,4% en estado de desnutrición, el 50% cursan con tres patologías e igual porcentaje con polifarmacia; la afectación cognitiva el 60% en el sexo masculino y el 55% en femenino; probable depresión en el 41% en femenino y el 35% en masculino, para ambos sexo igual 5% depresión establecida.; el 7,1% dependencia a ABVD y el 74% dependencia a AIVD, el 26% con alteración de la marcha y el 81% tienen mediano deterioro social y el 16% muy deteriorado.

Conclusión. Los adultos mayores con VGI se encuentran con afectaciones médicas de la vista, audición, comorbilidad crónica de dos y tres patologías, con polifarmacia, deficiente estado nutricional, mental, dependencia de AIVD e independencia a ABVD y en riesgo y deterioro social.

Palabras claves. Valoración geriátrica, Afectación médica, Deterioro funcional, deterioro mental.

## INTRODUCCION:

En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó una cifra de 629 millones de personas de 60 años o más; se prevé el aumento a casi 2.000 millones en el año 2050, repercutiendo en los ámbitos económico, político, social y en el sistema de salud, quien debe otorgar servicios a una población cada vez mayor y con más demandas acorde a sus necesidades.

La mayoría de los programas de salud se enfocan en la niñez y las mujeres embarazadas, no así en los adultos mayores, por lo cual es necesario tener una idea del estado salud de esta población tan vulnerable. Los adultos mayores son vulnerables principalmente a enfermedades crónicas, alteraciones médicas sensoriales como visión y audición, malnutrición, incontinencia urinaria, uso de polifarmacia, deterioro cognitivo, depresión, dependencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, alteración en la marcha y deficiencia en apoyo social.

Ante el reto de atender a un grupo poblacional cada vez mayor resulta indispensable conocer a este grupo, por lo que el objetivo del estudio es determinar el estado de salud en el adulto mayor con 60 o más años de edad que acuden a la consulta de atención primaria en el Centro de Salud Enoc Ortiz a partir de una valoración geriátrica integral en noviembre de 2015. El estudio permite evaluar el estado de salud en estos pacientes mediante un conjunto de “test” sencillos ya estructurados para ser fácilmente efectuados por médicos generales en la Atención Primaria en Salud.



## ANTECEDENTES

Los adultos mayores representan aproximadamente entre un 6.5-7% de la población general, posiblemente para el 2050 esta población sea más del doble o del triple, aproximadamente de este porcentaje; 94,000 son hipertensos, 37,000 diabéticos o en vías de serlo, 30-40,000 asmáticos o respiratorios de cualquier causa; más de 60,000 personas con demencia y más de 200,000 personas con problemas de sobrepeso u obesidad y con mala calidad de vida. (OMS, Envejecimiento y ciclo de vida, 2015)

Francisco Mera *et al.* (2010). Estudio realizado en España, en 78 pacientes evaluados por tres años, 55 (70,5%) eran mujeres. Respecto al estado civil: 46 (59,0%) eran viudos, 25 (32,1%) casados, y 7 (9,0%) eran solteros. Respecto a los estudios: 40 (51,3%) tenían estudios primarios, 23 (29,5%) no tenían, y 15 (19,2%) tenían estudios de > 6 años. De ellos 23 (29,5%) vivían solos. Respecto a los factores de riesgo cardiovascular y la comorbilidad: 60 (76,9%) eran hipertensos, 35 (44,9%) presentaban dislipidemia, 4 (5,1%) Infarto Agudo al Miocardio, 12 (15,4%) Insuficiencia Cardíaca, 9 (11,5%) Accidente Vascular Cerebral, 8 (10,3%) Diabetes Mellitus, 10 (12,8%) y 10 (12,8%) demencia.<sup>1</sup>

### Datos farmacológicos

La media de fármacos de prescripción crónica fue de 6,1 (3,3). El 34,6% de pacientes tenían un fármaco el 19,2% de pacientes tenían dos fármacos y el 15,4% tres o más fármacos; el 19,2% de pacientes tenían un fármaco cardiovascular el 37,2% había presentado una prescripción inadecuada para el grupo cardiovasculares.

El grupo terapéutico más prescrito de forma inapropiada eran las benzodiazepinas con un 23,1%, diuréticos de asa con el 17,9%, grupo de inhibidores de la recaptación de la

---

<sup>1</sup> Mera Francisco y cols. Revista Española de Geriatria y Gerontología 2011. Pág 1.  
[www.elsevier.es/regg](http://www.elsevier.es/regg) 2011

serotonina (IRSS) con el 16,7%, y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en dolor crónico representaron un 10,3%.

Barrantes et al. (2007) estudio de Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos, en 2838 mayores de 65 años, 24% resultó dependiente en Actividad Vida Diaria y 23% en Actividad Instrumental de la Vida Diaria la comorbilidad las más frecuentes fueron la hipertensión arterial sistémica (43%), caídas (42.9%) y depresión (42.8%). la evaluación de cognición el 9.8% presentaba deterioro.

En la AVD La actividad básica más afectada fue la incontinencia urinaria, seguido de la incapacidad para vestirse y la incapacidad para desplazarse. La actividad instrumental más afectada fue la incapacidad para realizar compras, seguido de incapacidad para preparar alimentos.<sup>2</sup>

Valladarez Miriam en estudio de automedicación de adultos mayores en Clínica Nostra Dames Villa Adela Comayaguela, Honduras 2011. En estudio a 67 pacientes, encontraron que el 79% son masculinos, el 47% en edades de 60- 64 años, 71% unión libre, el 58% sin escolaridad, el 84% no trabaja, el 100% se automedica y el 95% presenta alguna enfermedad crónica.<sup>3</sup>

En Nicaragua no se encuentran estudios de valoración del estado de salud del adulto mayor, ni la aplicación de instrumentos de valoración geriátrica.

Es frecuente que el adulto mayor no exprese todos sus malestares por el concepto erróneo de que las alteraciones en su estado de salud son normales debido a su edad, por vergüenza o por el tipo de atención en la consulta clásica, donde cada vez es menor el tiempo del que se dispone para la misma; todo ello dificulta el reconocimiento de diagnósticos.

---

<sup>2</sup> Barrantes et al. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud Publica Mex 2007;49 supl 4:S459-S466 Pág.1

<sup>3</sup> Valladares, Miriam Automedicación de los adultos mayores clínica Notre Dame. Barrio Villa Adela. Francisco Morazán. Honduras. 2011. Pág. 41 Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

## JUSTIFICACION

Se estima que la población de adultos mayores alcanzará el 20% de la población total en 2050, año en el que habrá el mismo porcentaje de adultos mayores que de niños menores de 15 años. Cabe destacar que en Nicaragua no existe un estudio aplicando dicho instrumento, donde se valore el estado de salud de los pacientes mayores de 60 años.

Actualmente, no se cuenta en el primer nivel de atención en salud, programas en los que valore integralmente a estos pacientes, no existe un hospital geriátrico ni programas de formación médica en esta especialidad, y por tanto no se realizan muchas investigaciones sobre este segmento poblacional.

Con este estudio se caracteriza a los adultos mayores que asistieron en el mes de noviembre de 2015, al Centro de Salud Enoc Ortéz evaluando el estado de salud, mediante una Valoración Geriátrica Integral (VGI) con test que permitan visualizar la importancia de evaluar a este segmento población mediante instrumentos sencillos, en las unidades de Atención Primaria en Salud y así definir la problemática de los mismos hacer prevención y mejorar la calidad de vida de este grupo de población.

La presente investigación permite contribuir a futuros estudios, no se tiene investigaciones previas en el país y así poder brindar aportes de validación de herramientas evaluativas en la aplicabilidad de éstos en un futuro por el Ministerio de salud.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los adultos mayores son personas que se encuentran en estado de deterioro y en desventaja social debido a que; son pobres, sin ingresos o con ingresos mínimos a jubilaciones mínimas, presentan falta de bienes materiales, con padecimiento de enfermedades crónicas, en situación de abandono por maltrato o por falta de bienes materiales.

El centro de salud “Enoc Ortez”, que es la sede cuatro sectores en San Fernando, Nueva Segovia, posee un programa de pacientes crónicos, los cuales presentan una o más patologías y asisten mensualmente al retiro de su tratamiento, sin valoraciones secuenciales, sobre el deterioro de su salud.

Por lo antes planteado, se hace la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el estado de salud de adultos mayores que asisten al Centro de Salud Enoc Ortéz, San Fernando, Nueva Segovia, Noviembre del 2015?

Preguntas específicas del estudio son:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores en la consulta médica de atención primaria, en estudio?
2. ¿Qué afectaciones en la dimensión médica presentan los adultos mayores?
3. ¿Qué afectaciones en la dimensión mental presentan los adultos mayores?
4. ¿Cuáles son las afectaciones en la dimensión funcional en adultos mayores en estudio?
5. ¿Qué afectaciones sociales presentan los adultos mayores?

## OBJETIVOS

### **OBJETIVO GENERAL:**

Caracterizar a adultos mayores con valoración geriátrica integral que asisten al Centro de Salud “Enoc Ortez”, San Fernando, Nueva Segovia, Noviembre del 2015.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores que asisten a la atención médica de atención primaria.
2. Determinar las afectaciones en la dimensión médica que presentan adultos mayores en estudio.
3. Mencionar las afectaciones en la dimensión mental de adultos mayores participantes en el estudio.
4. Caracterizar las afectaciones en la dimensión funcional de los adultos mayores en estudio.
5. Identificar las afectaciones sociales presentes en el adulto mayor que asiste a la consulta médica de atención primaria.

## MARCO TEORICO

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución aprobada en 1948 (Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1946) Este concepto se amplía a:

"La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades".

### **Grupos de Población por ciclos de vida**

La población definida para el Modelo de Salud Familiar Comunitario de Nicaragua se identifica por grupos de población según ciclo de vida, siendo estas las siguientes:

- 1) Niñez.
- 2) Adolescentes.
- 3) Adultos. Este grupo de población comprende a las personas de 20 a 59 años.,
- 4) Adultos mayores (Nicaragua. Ley General de Salud) Este grupo poblacional comprende a las personas de 60 años y más. Como grupo esencial y vulnerable de la sociedad el adulto mayor debe vivir con dignidad y conservar la máxima capacidad funcional posible.

### **Adulto Mayor.**

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzadas; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se le denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

El envejecer es comúnmente experimentado fisiológicamente como un progresivo decline en las funciones orgánicas psicológicas como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas. Estas pérdidas son bastante diferentes para cada individuo.

La Geriátría ha sido definida como la rama de la Medicina Interna que se preocupa de los aspectos clínicos, preventivos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en el adulto mayor. La función primaria de la Geriátría es el diagnóstico de las incapacidades que se han producido. El propósito es que, a través del tratamiento y de la rehabilitación, los pacientes mayores vuelvan a su estado previo y de este modo logren una máxima independencia para desenvolverse en la comunidad.

### **Valoración Geriátrica Integral (VGI)**

La valoración geriátrica integral(VGI) es un proceso diagnóstico multidimensional interdisciplinario con enfoque en las capacidades funcional, psicológica y médica del adulto mayor para desarrollar un plan coordinado e integrado para el tratamiento y seguimiento a largo plazo. Esta valoración está conformada por la anamnesis, la exploración física y una serie de instrumentos más específicos denominados «escalas de valoración», los cuales facilitan la detección y seguimiento de problemas, así como la comunicación entre los diferentes profesionales que atienden al adulto mayor.

Se han desarrollado y validado numerosas herramientas de evaluación de áreas clave de la función en los adultos mayores, muchas de ellas diseñadas para investigación; otras, más sencillas, pueden ser utilizadas en la práctica clínica, ya sea completadas por el paciente mismo o con la ayuda de miembros del equipo médico.

Los objetivos que se plantea la VGI son:

- ✓ Mejorar la exactitud diagnóstica en base a un diagnóstico cuádruple (clínico, funcional, mental y social).
- ✓ Descubrir problemas tratables no diagnosticados previamente.
- ✓ Establecer un tratamiento cuádruple adecuado y racional a las necesidades del anciano.
- ✓ Mejorar el estado funcional y cognitivo.
- ✓ Mejorar la calidad de vida.
- ✓ Conocer los recursos del paciente y su entorno sociofamiliar.

- ✓ Situar al paciente en el nivel médico y social más adecuado a sus necesidades, evitando siempre que sea posible la dependencia, y con ello reducir el número de ingresos hospitalarios y de institucionalizaciones.
- ✓ Disminuir la mortalidad.

La valoración geriátrica integral, incluye cuatro esferas: la clínica, la mental, la social y la funcional, que, como si de piezas de un puzle se trataran, configuran, una vez enlazadas, la imagen real del anciano.



### **Afectaciones Médicas**

La valoración clínica es más complicada en el anciano que en el adulto joven, por la peculiar forma de enfermar de aquél, en quien son frecuentes las presentaciones atípicas e inespecíficas de la enfermedad. La valoración clínica debe incluir la entrevista clínica clásica, a la que se agrega un interrogatorio directo sobre la presencia de los síndromes geriátricos, historia farmacológica, historia nutricional, exploración física, solicitud de exploraciones complementarias, evaluación social y elaboración de un listado de problemas. El adulto mayor presenta factores que dificultan la entrevista clínica y la hacen más laboriosa. Destacan las dificultades en la comunicación resultado de déficits sensoriales, deterioro cognitivo y lentitud psicomotriz. Por ello se recomiendan entrevistas cortas y frecuentes, acercarse al adulto mayor, hablarle despacio y en volumen alto, darle tiempo para responder, solicitar información al cuidador para completar y contrastar los datos.



La anamnesis debe incluir: además de los antecedentes personales, revisión por aparatos y sistemas es muy importante la historia de fármacos, historia nutricional y cambios orgánicos asociados al envejecimiento

### **Evaluación Visual**

El sistema visual experimenta muchos cambios funcionales y estructurales con el avance de la edad. Por ejemplo el cristalino pierde su elasticidad como consecuencia la presbicia o dificultad para la visión de cerca, dificultades para adaptarse a los cambios bruscos de la luz, puede dificultar la movilización, problemas para la percepción del color y una mayor dificultad para seguir y percibir estímulos visuales repetitivos lo que junto con todo lo anterior conlleva a graves problemas en el diario vivir.

Para la valoración visual se utiliza el Test Snellen que contiene impresa 10 letras las que utilizan son B, C, D, E, F, L, O, P, T, Z, El paciente hace la prueba con un ojo, cubriéndose el otro sin oprimir, e identifica en voz alta las letras de cada línea, empezando desde arriba, con la gran letra "E". La Agudeza Visual del ojo explorado del paciente se establece con la línea de letras más pequeñas que puedan leerse con precisión. El mismo procedimiento se realiza en el ojo contralateral.

Estudio realizado Cortes et al. (2007) Evaluación geriátrica Integral del adulto mayor 234 pacientes mayores de 60 años en el Instituto Mexicano del Seguro Social, el 59% tenían problema para ver televisión. leer o ejecutar cualquier actividad diaria y el 33,3% presentaban una medición de agudeza visual de ojo derecho igual o mayor de 20/50, y el 31,8% de afectación de ojo izquierdo. <sup>4</sup>

### **Evaluación Auditiva**

La pérdida progresiva de la capacidad auditiva puede tener importantes efectos en las personas.

A partir de los 60 años se estima que un 30% de los adultos mayores presentan trastornos auditivos y esto puede llegar al 50% a los 80 años. Se convierte entonces en

---

<sup>4</sup> Cortes Alma Rosa et al. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor, Unidad de Medicina Familiar, Zona Metropolitana de México 2007, Pág 727. Rev Med Chile 2011;

un importante factor que favorece los trastornos en el caminar y aumenta el riesgo de caídas.

Comenzar a perder el sentido de la audición en la tercera edad, genera un progresivo aislamiento de los pacientes y finalmente un deterioro importante de su estado de ánimo y calidad de vida en general.

Factores que provocan pérdida auditiva con el paso de los años

- La exposición reiterada a ruido, Infecciones en los oídos recurrentes, Mala alimentación, Diabetes, Patrones genéticos

Principales causas de sordera en el adulto mayor

- Tapones de cerumen
- Presbiacusia (sordera progresiva en relación con el envejecimiento)
- Trauma acústico
- Infecciones (otitis) mal tratadas.

La valoración se realiza con el Test Hearing Handicaps que consiste en trece preguntas que estudian las consecuencias emocionales, y doce preguntas que miden las consecuencias sociales y situacionales de la hipoacusia (Ventry IM, 1982).

En 1990 se realizó la validación de una versión acortada con diez preguntas, HHIE-S (*Shortened Hearing Handicap Inventory for the Eldery*), para facilitar su uso por los profesionales, con resultados comparables en sensibilidad y especificidad para detectar pacientes con hipoacusia<sup>13</sup>. Como lo demuestran un estudio realizado en Finlandia y otro en Detroit, el puntaje del HHIE-S cambia significativamente luego del uso de audífonos. Por consiguiente, esta escala permite evaluar la rehabilitación auditiva de los sujetos con hipoacusia. (Newman CW, 1991)

Hearing Handicap Inventory for the Elderly (HHIE); (Pedraza ZP, 2008)

#### Indicadores

- ✓ 0-8 puntos corresponden a ausencia de alteración auditiva auto percibida
- ✓ 10 a 22 dificultad leve a moderada
- ✓ 24 a 40 dificultad auditiva significativa

Estudio realizado por Pedraza, Zaira y Delgado Margarita en el Centro Médico Siglo XXI México. (2008) Se estudiaron un total de 113 pacientes cuya edad promedio fue de 73 años de los cuales 60 (53.1%) fueron hombres y 53 (46.9%) mujeres. De los 113 pacientes estudiados, 85 (75.2%) se diagnosticó presbiacusia con compromiso del nivel o discurso conversacional (CDC).<sup>5</sup>

### **Evaluación Incontinencia Urinaria**

La incontinencia urinaria se define como la “condición en el cual se produce una pérdida involuntaria de la orina por la uretra suficiente para constituirse en un problema social/médico”. Este es un síntoma-problema heterogéneo que es frecuente de encontrar en los adultos mayores. Su presencia produce en la persona múltiples problemas psicológicos y sociales ya que se ha demostrado que siempre contribuye a: promover al aislamiento social producir trastornos psíquicos producir abrasiones cutáneas producir infecciones urinarias es una razón frecuente de ingreso a instituciones

Para un manejo clínico - práctico la incontinencia urinaria se subdividen en:

Incontinencia urinaria aguda: Lo primero, siempre, en toda evaluación de un paciente incontinente es siempre identificar si el baño está muy lejos y/o tiene alguna falla funcional que no le permite llegar a tiempo; además debemos buscar y tratar las llamadas causas transitorias. Estas se agrupan DRIP (goteo en inglés)

Delirio-confusión: Siempre requiere su identificación y tratamiento médico de la causa subyacente

Restricción de la movilidad-inmovilidad: Ya sea secundaria a patologías médicas o impuesto por el personal del equipo de salud;

Incontinencia urinaria por rebosamiento: Sospecharla en todo caso de incontinencia urinaria de comienzo brusco en presencia de globo vesical. Puede ser causado por causas prostáticas, neurológicas, fármacos (anticolinérgicos, alfa-adrenérgicos, narcóticos, etc.) y también por la impactación de un fecaloma.

---

<sup>5</sup> Penélope, Zaira; García, Pedraza; Delgado, Margarita .Departamento de Audiología y Otoneurología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS Pag 1. Rev Fac Med UNAM Vol. 51 No. 3 Mayo-Junio, 2008

Inflamación-infección: Cualquier proceso inflamatorio (infeccioso o no).

Poliuria: Relativamente poco común de observar en los ancianos. Buscar y manejar los trastornos como diabetes mellitus mal controlada, hipercalcemia, ingesta de bebidas que contienen cafeína y reabsorción de edemas entre otros.

Cortes y cols. (2007) en estudio en 234 adultos mayores de 60 años; el 38,6% manifestó tener pérdida involuntaria de la orina en el último año. <sup>6</sup>

Frecuentemente los adultos mayores utilizan varios medicamentos en forma simultánea, muchos de los cuales de ellos pueden inducir incontinencia: diuréticos, anticolinérgicos, alfa adrenérgicos y narcóticos (pueden producir retención urinaria); bloqueadores alfa adrenérgicos (disminuyen el tono uretral) y psicotrópicos (disminuyen la conciencia de la necesidad de micción). Siempre que sea posible, se debería suspender el medicamento en cuestión, o modificar su posología o cambiar en el horario de toma. No olvidar el rol que puede tener la ingesta exagerada de alcohol.

Incontinencia urinaria persistente: Existen algunos tipos básicos de incontinencia urinaria persistente en el anciano.

Incontinencia de esfuerzo (stress): Es el tipo más frecuente en mujeres postmenopáusicas recientes y muy poco común en los mayores de 75 años.

Se produce pérdida urinaria de pequeños volúmenes frente a esfuerzos físicos que suponen un aumento de la presión intraabdominal (toser, reír, estornudar) por esfuerzo.

Incontinencia de urgencia o urgeincontinencia (inestabilidad del detrusor, hiperreflexia, incontinencia no inhibida): Es común observarla en ambos sexos (hombres es en general secundaria a obstrucción) y en los mayores de 75 años. Típicamente el paciente relata que no alcanza a llegar al baño. Consiste en la pérdida involuntaria de orina asociada a un deseo repentino – brusco de orinar.

Se puede asociar a trastornos neurológicos como la demencia y enfermedades cerebrovasculares.

---

<sup>6</sup> Cortes Alma Rosa et al. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor, Unidad de Medicina Familiar, Zona Metropolitana de México 2007, Pág 727. Rev Med Chile 2011;

Incontinencia por rebosamiento (overflow): Hay un volumen residual excesivo. Se produce pérdida de orina, generalmente de pequeños volúmenes, que es secundaria a una dificultad del vaciamiento vesical por obstrucción mecánica o falla vesical. Entre las etiologías mecánicas cabe destacar: hipertrofia benigna de la próstata, estrechez uretral, gran cistocele. Entre las causas funcionales, son aquellas en que la vejiga no es capaz de contraerse adecuadamente (vejiga hipotónica) como la vejiga neurogénica y lesiones de médula espinal.

Incontinencia funcional: Existe pérdida de orina asociada con la incapacidad de ir al baño debido a trastornos mentales y/o físicos, algunos ejemplos son: demencia grave, trastornos neurológicos, depresión, ira, hostilidad.

Incompetencia esfinteriana masculina: Es muy poco común, en general se presenta después de cirugía prostática o urológica en que se produce un daño del esfínter.

Incontinencia Mixta: Probablemente ocurre en el 10% de los casos de adultos mayores; coexiste inestabilidad del detrusor y debilidad del esfínter uretral.

El cuestionario Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form (ICIQ-SF) que está orientado a la detección de la incontinencia Urinaria IU en cualquier ámbito asistencial; consta de 3 ítems («frecuencia», «cantidad» y «afectación»), más un grupo de 8 preguntas relacionadas con el tipo de IU que no forman parte de la puntuación del cuestionario y tienen únicamente una finalidad descriptiva y orientadora sobre el tipo de Incontinencia Urinaria.

La puntuación total, resultado de la suma de los 3 primeros ítems, va de 0 a 21 puntos. Estos 3 ítems han demostrado tener una elevada consistencia interna en la versión original del cuestionario.

### **Estado Nutricional**

La nutrición juega un papel muy importante en el proceso de envejecimiento a través de la modulación de cambios asociados al envejecimiento en diferentes órganos y funciones del organismo; de allí la importancia de evaluar el estado nutricional en el anciano.

El estado nutricional de los ancianos está determinado por los requerimientos y la ingesta; ellos a su vez son influenciados por otros factores como la actividad física, los estilos de vida, la existencia de redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de salud o enfermedad y restricciones socioeconómicas.

La carencia de patrones de referencia y puntos de corte ajustados por edad para valores antropométricos, bioquímicos y clínicos dificulta una adecuada evaluación nutricional de los ancianos.

El instrumento de valoración nutricional se basa en clasificar el estado nutricional de acuerdo al IMC. Instrumento De Evaluación Nutricional Del Anciano

Test Mini Nutritional Assessment

a. En una primera etapa se propone clasificar el estado nutricional de los ancianos de acuerdo a IMC:

- Déficit IMC < 23
- Normal IMC 23-28
- Sobrepeso IMC 28-29.9
- Obeso IMC > 30

b. En una segunda etapa, en el mediano plazo, se propone clasificar el estado nutricional mediante un “Examen Mínimo del Estado Nutricional”.

La evaluación nutricional mediante el Mini Nutricional Assesment (MNA), propuesto y desarrollado por Vellas y Guigoz. (Gerontol, 1994)

Es una herramienta simple para evaluar el estado nutricional en la que se recogen índices antropométricos, parámetros dietéticos, evaluación global y valoración subjetiva. Se valora con un máximo de puntuación de 30 puntos:

- < 17 puntos indica mal estado nutricional,
- 17 a 23.5 riesgo de malnutrición y una puntuación
- > 24 hace referencia a un estado nutricional satisfactorio.

Cortes y cols, en 234 adultos con VGI valorando el índice de Masa Corporal IMC encontrando 0,6% desnutrición, 6,2% riesgo de desnutrición, 66% normal y el 27,2% obesidad.

### **Enfermedades Crónicas**

Las enfermedades crónicas, según la definición de la OMS, son enfermedades de larga duración y generalmente de progresión lenta.

Las patologías más comunes en el adulto mayor están:

1. Enfermedades cardiovasculares
2. Cáncer
3. EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)
4. Diabetes

Estas cuatro enfermedades están entre las principales causas de mortalidad en el mundo.

Según Ministerio de Salud del Poder Ciudadano de Nicaragua las principales causas de consultas a las Personas adultas mayores atendidas en el primer nivel. Nicaragua en el Período 2007 - 2012. Describen según la valoración de la encuesta nacional de salud (Endesa, 2012) como diagnósticos principales causas de consultas Primer Nivel de Atención Promedio: En los tres primeros lugares se encuentran.

Hipertensión esencial (primaria, arterial, benigna, maligna) con	28.57 %
Diabetes mellitus no insulino dependiente (tipo II)	12.26%
Artritis reumatoide	9%

Las tres primeras causas de mortalidad son: enfermedades del corazón, tumores malignos y Diabetes Mellitus. (Endesa, 2012)

## **Polifarmacia**

La polifarmacia según la OMS es el uso concomitante de tres o más medicamentos de forma simultánea por lo menos en un mes., los ancianos toman tres veces más medicamentos que los jóvenes, estudios han comprobado que pacientes mayores de 65 años usan de 2 a 6 fármacos prescritos y de 1 a 3 de venta libre o de uso herbolario.

En el proceso evolutivo de envejecimiento, Según la OMS Entre el 65 a 94% de los ancianos consume algún tipo de medicamento.

Mera Francisco y cols, (2010) en estudio a 78 sujetos con prescripción inapropiada, las comorbilidad las principales patologías están la hipertensión, dislipidemias y diabetes. Y la polifarmacia en 62 pacientes tenían polifarmacia considerada mayor a 4, encontrando que 87% (4) tenían tenían prescripción inadecuada. <sup>7</sup>

## **Evaluación Cognitiva**

El concepto de cognición es frecuentemente utilizado para significar el acto de conocer, o conocimiento. Diversas investigaciones (principalmente transversales), pruebas de Conocimiento Intelectual y de variadas medidas piagetianas, los motivos por los cuales surge un declive en la capacidad intelectual en los adultos de la tercera edad, son explicadas por las siguientes razones:

- 1) deterioro neurológico
- 2) limitaciones físicas
- 3) factores psicológicos
- 4) velocidad
- 5) ansiedad ante las pruebas
- 6) inadecuación de las tareas
- 7) cautela
- 8) actividades derrotistas
- 9) pérdida de continuidad en la actividad intelectual, descenso terminal (Papalia, 1990).

---

<sup>7</sup> Mera Francisco et al., Paciente anciano y medicación crónica inapropiada en la comunidad ¿Somos conscientes de ello. Centro de Atención Primaria CAP. "El Pla", Sant Feliu de Llobregat, Barcelona, España. 2010. Pág.2  
[www.elsevier.es/regg](http://www.elsevier.es/regg)



## **Test Yesavaje**

La Escala geriátrica de depresión de Yesavaje, (GDS siglas en inglés) es uno de los instrumentos de elección en la exploración, para valorar la depresión en pacientes ancianos. Su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo

Consta de 15 preguntas afirmativas/negativas en su forma abreviada, para evitar en lo posible la disminución de la concentración y el cansancio del paciente. Kurlowicz Lenora expones que la depresión es frecuente en edad avanzada y afecta a casi 5 millones de los 31 millones de norteamericanos de 65 años y más; <sup>8</sup>

Los puntos de corte para valorar son:

- ♦ 0 - 5 : Normal
- ♦ 6 - 10 : Depresión moderada
- ♦ + 10 : Depresión severa

## **Afectaciones Funcionales**

La funcionalidad es fundamental dentro de la evaluación geriátrica pues permite definir el nivel de dependencia y plantear los objetivos de tratamiento y rehabilitación, así como instruir medidas de prevención para evitar mayor deterioro. La capacidad del paciente para funcionar puede ser vista como una medida de resumen de los efectos globales, de las condiciones de salud en su entorno y el sistema de apoyo social.

El estado funcional, según Hazzard y cols., puede ser evaluado en tres niveles: (Hazzard WR, 2007)

- Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)
- Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

---

<sup>8</sup> Kurlowicz, Lenora PhD, RN, CS, FAAN, University of Pennsylvania School of Nursing y Sherry A. Greenberg, MSN, GNP-BC, La escalate de depression geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés): Hartford Institute for Geriatric Nursing, NYU College of Nursing Pág 1.

Las actividades de la vida diaria, actividades personales de la vida diaria o también llamadas AVBD, son definidas como aquellas actividades orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo (Moruno MP, 2006) como bañarse, vestirse, asearse, continencia, la alimentación y las transferencias.

Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) se refieren a la capacidad de mantener un hogar independiente, a realizar compras de comestibles, conducir o utilizar el transporte público, utilizar el teléfono, preparación de comidas, tareas domésticas, reparaciones en el hogar, lavandería, tomar la medicación y manejar las finanzas. (Moruno MP, 2006)

Los instrumentos para valorar la funcionalidad que más se utilizan en el mundo y que han sido parte de múltiples estudios son: Katz (1963), Lawton-Brody (1969), Barthel (1950), siendo este último el instrumento de medición de las actividades básicas de la vida diaria más usado y recomendado por la Sociedad Británica de Gerontología.

### **Test índice de Katz (Katz S, 1963)**

También llamada índice de actividades básicas de la vida diaria, este índice valora seis funciones básicas en términos de dependencia o independencia.

Este índice se puede evaluar en base a la observación del paciente por parte del personal sanitario, durante su estadía en un centro de salud y actualmente se acepta la realización, mediante la interrogación directa con el paciente, cuidadores o un miembro de la familia.

En el índice de Katz la dependencia sigue un orden establecido, es un indicador eficaz de expectativa de vida activa a mayor puntuación menor expectativa de vida activa. Sin embargo es poco sensible antes cambios pequeños de la capacidad funcional.

Para su interpretación los valores asignados son:

- 0 la actividad donde fuera el paciente capaz de realizarla,
- 1 cuando requería asistencia
- 2 cuando fuera dependiente.
- El punto de corte para considerar deterioro fue igual o mayor a 6

A cada ítem contestado como “independiente” se le asigna un punto.

- Una puntuación de 6 indica independencia.
- Una puntuación de 4 indica deterioro moderado.
- Una puntuación de 2 o menor indica deterioro funcional grave.

#### Característica de las actividades instrumentales

Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria y su realización requieren de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones y resolución de problemas de la vida cotidiana, y puede resultar compleja para pacientes que han sufrido una enfermedad cerebral.

#### **Test Lawton y Brody (Ruzafa, Feb 2007. )**

Publicada en 1969, fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, con objeto de evaluar autonomía física e Actividad Instrumental de la Vida Diaria.

La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente) . La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total).

La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos.

#### **Evaluación de bipedestación y marcha**

La **velocidad de la marcha** permanece estable hasta cerca de los 70 años; luego disminuye cerca del 15 % en cada década para la marcha habitual, y el 20% en cada

década para la marcha a velocidad máxima. La velocidad es menor porque el adulto mayor da pasos más cortos.

Los trastornos de la marcha son un problema frecuente en las personas mayores. Son causa de limitación de actividades al perder la deambulacion independiente, aumentan la morbilidad, y son un factor que contribuye al ingreso en residencias de ancianos. La preservación de la marcha es uno de los requisitos más importantes para una ancianidad satisfactoria.

Al considerar los cambios del equilibrio y de la marcha que ocurren en las personas mayores, debe diferenciarse entre los cambios propios de la edad y los cambios que aparecen en relación con enfermedades asociadas con la edad avanzada. No está claro a partir de qué situación deja una marcha de ser normal para la edad del paciente y se trata de un cuadro patológico. Una definición funcional de estos trastornos hace referencia a la marcha que es lenta, inestable o comprometida biomecánicamente tanto como para ser ineficaz para que la persona pueda desplazarse con normalidad.

(Franch-Ubia, 2000)

### **Test timed up and go**

Es una prueba simple que se usa para evaluar la movilidad de una persona y requiere tanto el equilibrio estático y dinámico. (Timed Up and Go (TUG), 2010)

Utiliza el tiempo que una persona tarda en levantarse de una silla, caminar tres metros, dar la vuelta, caminar de regreso a la silla y sentarse. Durante la prueba, se espera que la persona lleve su calzado regular y utilizar cualquier ayuda de movilidad que normalmente requerirían. (Podsiadlo & Richardson, 1991)

Para su valoración se estima que:

- ♦ 10 segundos o menos indican movilidad normal

- ♦ 11 - 20 segundos están dentro de límites normales para los pacientes ancianos y discapacitados frágiles
- ♦ 20 segundos significa que la persona necesita ayuda externa e indica un nuevo examen y la intervención
- ♦ Una puntuación de 30 segundos o más sugiere que la persona puede ser propensos a las caídas.

Por otra parte, un valor de corte práctica recomendada para el TUG para indicar normal frente a continuación el rendimiento normal es de 12 segundos.

A estudio de Bischoff et al. Mostró 10 al percentil 90 para un rendimiento TUG eran 6,0 a 11,2 segundos para las mujeres residentes en la comunidad entre 65 y 85 años de edad, y determinó que esta población debe ser capaz de realizar el TUG en 12 segundos o menos.

El rendimiento TUG se ha encontrado para reducir significativamente con problemas de movilidad. Situación de residencia y el estado de la movilidad física se han determinado como predictores significativos de rendimiento TUG.

El TUG fue desarrollado a partir de un examen más exhaustivo, del el test Get-Up and Go de prueba.

### **Afectaciones sociales**

Los aspectos sociales determinantes de la salud de las personas adultas mayores son parte integral de la valoración geriátrica.

Los cambios de rol individual en el adulto mayor se plantean desde tres dimensiones (Richard J. Gerrig, 2005):

- El anciano como individuo. Los individuos en su última etapa de vida se hace patente la conciencia de que la muerte está cerca. La actitud frente la muerte cambia con la edad. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte, otros rechazan y suelen rodearse de temor y angustia.

- El anciano como integrante del grupo familiar. Las relaciones del anciano con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas. La de independiente y ayuda a los hijos, la otra es cuando aparecen los problemas de salud, y la de dependiente.
- El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas. La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas). Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad.

### **Evaluación de los recursos Sociales**

Durante los últimos años se ha logrado un consenso internacional sobre algunos de los factores sociales determinantes de la salud en las personas adultas mayores. Estos incluyen factores demográficos, situación socioeconómica, factores psicosociales como adaptabilidad y estrés, además del capital social del individuo. La evidencia de la relación entre estos factores y el estado de salud de las personas adultas mayores es amplia-

Hay enfermedades propias de la edad, del sexo, las mujeres mayores suelen tener prevalencia más alta de enfermedades crónicas y de pérdidas funcionales, es uno de los factores de riesgo más importante para la aparición de síntomas depresivos; también, suelen reportar más frecuentemente que los hombres, que su salud no es buena. El nivel de educación relacionado con la autopercepción de la salud así también se encuentra asociado con la mortalidad y con deterioro cognitivo y demencias.

La participación social es definitivamente un factor protector de la salud.

Existe una relación entre la auto-percepción de salud y el nivel de estrés económico que percibe la persona mayor. Sin embargo se podrían incluir otros cambios por los cuales puede estar atravesando la persona adulta mayor:

- Jubilación o falta de empleo
- Cambios en la salud y pérdida de autonomía
- Cambios en la vida familiar: viudez, separación de hijos y nietos, etc.
- Cambios en relocalización (por ejemplo, de arreglo domiciliario o institucionalización)
- Maltrato o violencia doméstica o exclusión familia.

Algunos estudios indican que hay una relación de protección entre el vivir en pareja, los síntomas depresivos y el nivel de funcionalidad del individuo, se ha encontrado que el vivir en pareja es un factor protector, más frecuente en el caso de los hombres que en el de las mujeres mayores. Las habilidades para la vida son factores protectores de la salud a lo largo del ciclo de vida, el sentirse en control de la situación, la autoestima y la autosuficiencia, son factores importantes para mantener la salud en las personas mayores.

El contexto de la evaluación geriátrica, permite conocer los recursos con que cuenta la persona, así como su grupo de atributos sociales, los que pueden eventualmente llegar a decidir si necesitará cuidados permanentes o cuidados parciales.

## **Test OARS**

*Escala de Valoración de recursos* (Duke University, 1978).

Uno de los instrumentos mejor conocidos es la “escala OARS”, Herramienta diagnóstica multidimensional adaptada por Grau que proporciona información sobre la estructura familiar, los patrones de amistad y de visitas sociales, y la disponibilidad de cuidador. Valora 5 áreas: recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física, AVD. Basándose en las respuestas se evalúan los recursos sociales del individuo según una escala de seis puntos, que van desde “excelentes recursos sociales” hasta “relaciones sociales totalmente deterioradas”.

Evaluar los recursos sociales aquella que mejor describa las circunstancias presentes del anciano.

1. Excelentes recursos sociales: Las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias. Al menos una persona cuidaría de él/ella indefinidamente
2. Buenos recursos sociales: Las relaciones sociales son en su mayor parte satisfactorias y adecuadas y al menos una persona cuidaría de él/ella indefinidamente o las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias y una persona cuidaría de él/ella durante un corto espacio de tiempo.
3. Recursos sociales ligeramente deteriorados: Las relaciones son muy insatisfactorias o de mala calidad, pobres; pero al menos, una persona cuidaría de él/ ella indefinidamente o las relaciones sociales son en su mayor partes satisfactorias y adecuadas, aunque la ayuda que podría obtener seria solo por un corto espacio de tiempo.
4. Recursos sociales moderadamente deteriorados: Las relaciones son insatisfactorias o de baja calidad y pocas, solamente podría obtener una ayuda un espacio de tiempo corto o las relaciones sociales son más satisfactorias o adecuadas, aunque solo obtendría ayuda de vez en cuando
5. Recursos sociales bastantes deteriorados: Las relaciones sociales son insatisfactorias, o de baja calidad y pocas; y la ayuda que obtendría seria momentánea o las relaciones sociales son más satisfactorias aunque ni siquiera obtendría ayuda momentánea.
6. Recursos sociales totalmente deteriorados: Las relaciones sociales son insatisfactorias o de baja calidad y no obtendría ningún tipo de ayuda.



## DISEÑO METODOLOGICO

### a. Tipo de Estudio:

Es de tipo descriptivo, prospectivo.

### b. Área de estudio:

Centro de Salud “Enoc Ortez”, ubicado en el municipio de San Fernando, Nueva Segovia.

### c. Universo:

180 pacientes mayores de 60 años pertenecientes al programa de dispensarizado del Centro de Salud “Enoc Ortez”.

### d. Muestra:

La muestra fue calculada a través del programa estadístico Open Epi, obteniendo una muestra de 42 pacientes.

<b>Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población</b>	
Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)( <i>N</i> ):	180
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población ( <i>p</i> ):	3.6%+/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)( <i>d</i> ):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo- <i>EDFF</i> ):	1
<b>Tamaño muestral (<i>n</i>) para Varios Niveles de Confianza</b>	
<b>IntervaloConfianza (%)</b>	<b>Tamaño de la muestra</b>
95%	42
<b>Ecuación</b>	
Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$	

La muestra será seleccionada por el método no probabilístico, por conveniencia, ya que serán todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, en el periodo antes mencionado.

#### **e. Criterios de Selección**

De Inclusión:

- Pacientes mayores de 60 años que asistan a la Atención en el Programa de dispensarizados en el mes de noviembre de 2015.
- Pacientes inscritos en el censo del programa de dispensarizado del Centro de Salud “Enoc Ortez”
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

De exclusión:

- Pacientes que no estén inscritos en el censo del programa de dispensarizado del Centro de Salud “Enoc Ortez”
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.

#### **f. Variables según los objetivos**

**Objetivo N° 1:** Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores en la consulta médica de atención primaria, en estudio.

**Variable:**

- Características socio-demográficas

**Objetivo N° 2:** Determinar las afectaciones en la dimensión médica que presentan dichos pacientes.

**Variable:**

- Afectaciones en la dimensión médica

**Objetivo N° 3:** Mencionar las afectaciones en la dimensión mental de dichos pacientes.

**Variable:**

- Afectaciones en la dimensión mental

**Objetivo N° 4:** Caracterizar las afectaciones en la dimensión funcional de los adultos mayores en estudio.

**Variable:**

- Afectaciones en la dimensión funcional

**Objetivo N° 5:** Identificar las afectaciones sociales presentes en el adulto mayor que asiste a la consulta médica de atención primaria.

**Variable:**

- Afectaciones sociales

**f. Fuente**

Es primaria, ya que se obtuvo directamente de los pacientes observados a través de una ficha de recolección de información.

**g. Instrumento**

El instrumento es una guía de evaluación titulada “Valoración Geriátrica Integral (VGI)”, que cumple con los objetivos específicos del estudio. Dentro de sus ítems se evalúa:

- Características sociodemográficas: Se caracteriza Edad, sexo, estado civil y escolaridad.
- Afectaciones en la dimensión médica: Se valora la audición, visión, incontinencia urinaria, estado nutricional, enfermedades crónicas y polifarmacia.

- Afectaciones en la dimensión mental: Evaluación cognitiva y depresión
- Afectaciones dimensión funcional: Se caracteriza la evaluación de las actividades básica de la vida diaria, se evalúa las actividades instrumentales de la vida diaria, se evalúa bipedestación y marcha de los pacientes.
- Afectaciones en la dimensión social: Se describe los recursos sociales de los pacientes.

#### **g. Recolección de la información**

Se solicitó permiso a las autoridades del Centro de Salud. Se le explicó el objetivo y la finalidad de la investigación a cada paciente del estudio y se solicitó que firmaran una hoja de consentimiento informado.

#### **h. Plan de Análisis de la Información**

Después de recolectados los datos, estos se digitaron y procesaron en el programa estadístico SPSS en el que se elaboran tablas y gráficos para el análisis de éstos. Para la elaboración del informe final se elaboró documento escrito en Microsoft office Word 2013, y para la presentación del trabajo en Microsoft office Power Point 2013.

En la valoración de la dimensión médica se evalúa la agudeza visual a través de test Snellen, la capacidad auditiva con test de audición (Hearing Handicap Inventory for the Elderly), se evalúa incontinencia urinaria a través de test de incontinencia (Consultation on Incontinence Questionnaire), caracterizamos estado nutricional con cuestionario nutricional (Mini Nutritional Assessment) se consulta antecedentes personales patológicos y uso de polifarmacia.

En la valoración de la dimensión mental se describe estado cognitivo con test Mini Mental State Examination y depresión con test Yesavaje

En la valoración de la dimensión funcional se describe las Actividades básicas a través de test de Katz, las actividades instrumentales de vida diaria a través de test Lawton y Brody y se describe marcha con test de bipedestación (Up and go)

En la valoración de recursos sociales a través de escala de recursos social (OARS)

## **i.Aspectos Éticos**

En esta investigación se consideraron las normas éticas en relación a investigación en seres humanos; a los participantes del estudio se les explicó los objetivos del estudio y se aclaró dudas que presentaron al respecto.

Cada participante firmó consentimiento informado previa explicación de la finalidad de la investigación así como sus procedimientos, duración, riesgo, beneficios y derecho a negarse a participar. Se les explicó que los resultados eran estrictamente confidencial.

## OPERALIZACION DE VARIABLES

**Objetivo N°1:** Identificar las características socio demográficas de los pacientes en estudio.

**Tabla 1: Características socio demográficas**

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala	Valor
<b>Características socio demográficas</b>	Conjunto de caracteres relacionados a la demografía y aspectos sociales de los individuos en estudio	<b>Edad</b>	Años cumplidos	Intervalo	a) 60 – 65 años b) 66 – 70 años c) 71 – 75 años d) Mayor de 75 años
		<b>Sexo</b>	Características fenotípicas	Nominal	a) Mujer b) Hombre
		<b>Estado civil</b>	Categoría social en una relación	Nominal	a) Soltera(o) b) Casada (o) c) Acompañada(o) d) Viuda(o)
		<b>Escolaridad</b>	Grado académico alcanzado	Ordinal	a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria

**Objetivo N° 2:** Determinar las afectaciones en la dimensión médica que presentan dichos pacientes.

**Variable:**

- Afectaciones en la Dimensión Médica

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala	Valor
•Afectaciones en la dimensión médica	Deterioro del estado de salud de la persona	<b>Evaluación Visual</b>	Valoración de la agudeza visual mediante la Carta de Snellen.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal</li> <li>• Alteración en un ojo</li> <li>• Alteración en los dos ojos</li> </ul>
		<b>Evaluación Auditiva</b>	Capacidad para escuchar mediante el test Hearing Handicap Inventory for the Elderly (HHIE)	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de alteración auditiva autopercebida(0-8 puntos)</li> <li>• Dificultad leve a moderada (10-22 puntos)</li> <li>• dificultad auditiva significativa (24 a 40 puntos)</li> </ul>
		<b>Evaluación de Incontinencia Urinaria</b>	Pérdida del control urinario <i>Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF)</i>	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>
		<b>Estado Nutricional</b>	<i>Mini Nutritional Assessment (MNA).</i>	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mal estado nutricional (&lt; 17 puntos)</li> <li>• Riesgo de malnutrición (17 a 23.5 puntos)</li> <li>• Estado nutricional satisfactorio (&gt;24 Puntos)</li> </ul>
		<b>Enfermedades Crónicas</b>	Numero de enfermedades de larga duración	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna</li> <li>• 1 enfermedad</li> <li>• 2 enfermedad</li> <li>• 3 enfermedades</li> <li>• &gt;3 enfermedades</li> </ul>
		<b>Polifarmacia</b>	Uso de más de 3 medicamentos de forma simultánea por lo menos en un mes.	Nominal	Si No

**Objetivo N° 3:** Mencionar las afectaciones en la dimensión mental de dichos pacientes.

**Variable:**

- Afectaciones en la Dimensión Mental

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Escala	Valor
Afectaciones en la dimensión mental	Deterioros del conocimiento y estado depresivo	<b>Evaluación Cognitiva</b>	Valoración de la capacidad cognitiva a través de test Mini Mental State Examination	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No tener deterioro cognitivo (<math>\geq 24</math> puntos)</li> <li>• Deterioro cognitivo medio (18 a 23 puntos)</li> <li>• Deterioro cognitivo grave <math>&lt; 17</math> puntos)</li> </ul>
		<b>Depresión</b>	Valoración de estado depresivo a través de Escala de depresión de Yesavaje	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• depresión establecida (<math>&gt; 10</math> Puntos)</li> <li>• probable depresión (5-6 Puntos)</li> <li>• corresponde a no padecer depresión (<math>&lt; 5</math> puntos)</li> </ul>



**Objetivo N° 4:** Caracterizar las afectaciones en la dimensión funcional de los adultos mayores en estudio.

**Variable:**

- Afectaciones en la Dimensión Funcional

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala	Valor
Afectaciones en la dimensión funcional	Deterioro de la capacidad de las actividades cotidianas y marcha	<b>Evaluación de las Actividades básicas de la vida diaria</b>	Capacidades de la vida Cotidiana a través índice de Katz  (1 cuando requería asistencia 2 cuando fuera dependiente. El punto de corte para considerar deterioro fue igual o mayor a 6)	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Independencia (≥6 Puntos)</li> <li>• Deterioro moderado( 3- 4 Puntos)</li> <li>• ≤2 indica deterioro funcional grave.</li> </ul>
		<b>Evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria</b>	Capacidad para realización de actividades diaria a través de Escala de Lawton y Brody	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependencia (0 punto)</li> <li>• Independiente (1 punto)</li> </ul>
		<b>Evaluación de bipedestación y marcha</b>	Determina Capacidad de caminar a través de Prueba «levántate y anda»  Límites normales para los pacientes ancianos y discapacitados frágiles( 11 - 20 segundos )	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movilidad normal ( &lt;10 segundos)</li> <li>• &gt;20 segundos La persona necesita ayuda externa e indica un nuevo examen y la intervención.</li> <li>• ≥ 30 segundos sugiere que la persona puede ser propensos a las caídas.</li> </ul>

**Objetivo N° 5:** Identificar las afectaciones sociales presentes en el adulto mayor que asiste a la consulta médica de atención primaria.

**Variable:**

- Afectaciones Sociales

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala	Valor
Afectaciones sociales	Problemas sobre estructura familiar, patrones de amistades, visitas sociales, disponibilidad de cuidados en caso de enfermedad	<b>Evaluación de recursos sociales</b>	Determina los recursos que posee la persona a través Test OARS	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excelentes Recursos Sociales</li> <li>• Buenos Recursos Sociales</li> <li>• Recursos sociales ligeramente deteriorados</li> <li>• Recursos sociales moderadamente deteriorados</li> <li>• Recursos sociales bastantes deteriorados</li> <li>• Recursos sociales totalmente deteriorados</li> </ul>

## RESULTADOS

### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Respecto al género hubo predominio del sexo femenino 52.4% (22) y del sexo masculino 47.6% (20).

El promedio de edad es de 70 años con rangos mínimos de 60 y rango máximo de 86 años. La distribución por grupos de edad; de 70 – 74 años, 26,2% (11), el 23,8% (10) con 60-64 años, el 23,8% (10) de 65-69 años, el 16,7% (7) de 75-79 años y el 9,5% (4) mayores de 80 años.

El estado civil de los adultos en estudio la mayoría de las personas están casados con el 69%(29), solteros son 16,7%(7) y el 14,3%(6) viudos.

En relación a la escolaridad el 66,7% (28) tienen algún grado de primaria o primaria completa con conocimiento de escritura y lectura, el 31% (13) son analfabetos y solo el 2,4% (1) ha cursado algún nivel de secundaria, ninguno de los pacientes del estudio completo la secundaria ni curso por la universidad.

### AFECTACIONES EN LA DIMENSIÓN MÉDICA

En la esfera médica donde se valoró la visión, la audición, incontinencia urinaria, estado nutricional, enfermedades crónicas y uso de polifarmacia.

En la valoración la agudeza visual, se encuentra lo siguiente resultados en la mayoría de los paciente el 45,2% (19) no tienen afectación visual, el 31% (13) tiene afectacion en ambos ojos, el 23.8% (10) tienen afectacion en un ojo.

En la valoración auditiva el resultado de mayor rango fue de 45.2% (19) con audición normal de acuerdo a su edad, el 31% (13) afectación moderada, el 21,4% (9) afectación severa, el 2,4% (1) afectación leve.

Respecto a la incontinencia urinaria se encontró que el 64,3% (27) tienen algún tipo de incontinencia urinaria y el 35.7% (15) no tienen incontinencia urinaria.

En cuanto al estado nutricional en los paciente del estudio; el 59,5% (25) se encuentra en riesgo de desnutrición, el 21.4% (9) tienen malnutrición y el 19% (8) se encuentra normal según su edad.

En cuanto a las enfermedades crónicas el 50% (21) presento dos enfermedades crónicas y el 50% (21) de los pacientes presentaron 3 enfermedades crónicas predominantes en los pacientes.

En los resultado de polifarmacia en cuanto al consumo de medicamento el 50%(21) presento el consumo de 3 o más medicamentos el otro 50% (21) no presento uso de polifarmacia

#### AFECTACIONES EN LA DIMENSIÓN MENTAL

En la esfera mental se valoró las afectaciones cognitivas y la depresión de los pacientes en estudio.

En cuanto a la parte cognitiva se obtuvieron que la mayoría de los paciente valorados no presentaron ninguna alteración del estado cognitivo 42.9% (18), el 28.6% (12) tienen sospecha patológica de afectación y el 28.6% (12) poseen deterioro medico notable del estado cognitivo.

En la valoración de la depresión se obtuvo que el 57.1% (24) no presentaban ningún grado de depresión, el 38.1% (16) tienen probable depresión y solamente el 4.8% (2) tienen depresión.

#### AFECTACIONES EN LA DIMENSIÓN FUNCIONAL

En la valoración de la esfera funcional donde se toma en cuenta las afectaciones básicas de la vida diaria, afectaciones instrumentales de la vida diaria y marcha de los pacientes se obtuvieron los siguientes resultados.

En la valoración de las afectaciones básicas de la vida diaria se obtuvieron que la mayoría de los pacientes son independiente en un 92.9% (39) para las actividades realizadas y el 7.1% (3) son dependientes en sus actividades básicas.

En las afectaciones instrumentales de la vida diaria se obtuvo que el 47.6% (20) presentan dependencia leve, el 26.2 (11) tienen independencia total de sus actividades, el 16.7% (7) tienen dependencia moderada, el 7.1% (3) dependencia severa y solo el 2.4% (1) tienen dependencia total de sus actividades.

Al valorar la bipedestación y marcha de los pacientes 73.8% (31) presentaron una marcha normal y el 26.2% (11) tienen alteración en la marcha.

#### AFECTACIONES EN LA DIMENSION DE RECURSOS SOCIALES

En los resultados de la valoración de los recursos sociales de los pacientes se encontró que el 81% (34) posee un deterioro moderado de los recursos sociales con los que cuenta y el 19% (8) tienen recursos sociales muy deteriorados.

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se realizó Valoración Geriátrica Integral (VGI) a 42 adultos mayores de ambos sexo que asistieron a consulta en el mes de noviembre de 2015 al Centro de Salud Enoc Ortiz, San Fernando, Nueva Segovia y que aceptaron participar con previo consentimiento informado, explicación del objetivo y, que los resultados serían confidenciales y se utilizarían solo para fines del estudio y que genere las recomendaciones para la mejoría en la valoración y atención a ese grupo tan importante de la población.

Las principales características de los adultos con VGI es que el 52,4% (22 ) son del sexo femenino y el 47,6% (20 ) masculinos, el promedio de edad es de 70 años con rangos mínimos de 60 y rango máximo de 86. La distribución por grupos de edad el 23,8% (10) están en el grupo de 60-64 años, 23,8% (10 ) de 65-69 años, el 16,7% (7) de 70 – 74 años, el 26,2% (11) de 75-79% y el 9,5% (4) mayores de 80 años. Ver gráfico 1,2

Gráfico1. Distribución por sexo. Adultos mayores con VGI. Centro de Salud Enoc Ortiz. Noviembre de 2015

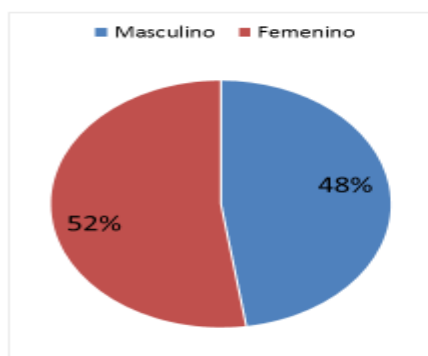
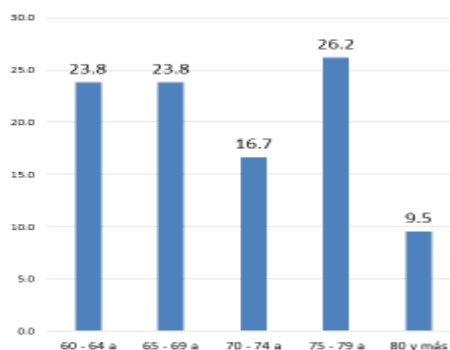


Gráfico 2. Distribución porcentual por grupos de edad, adultos mayores con VGI. Centro de Salud Enoc Ortiz. Noviembre de 2015

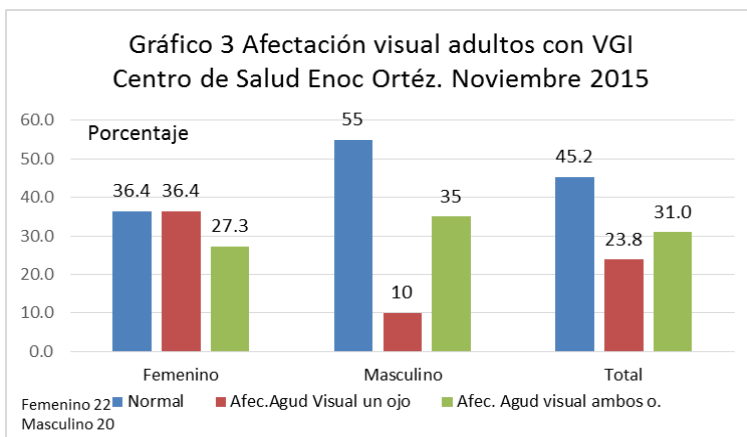


En relación a la escolaridad el 66,7% (28 ) tienen algún grado de primaria o primaria completa, el 31% (13) son analfabetos y solo el 2,4% (1) ha cursado algún nivel de secundaria. En la distribución por sexo, el sexo masculino el 45% (9) son analfabetas y el 55% (11) primaria. El sexo femenino el 18,2% (4) son analfabetas, el 77,3% (17) tienen primaria y una ha cursado secundaria.

El estado civil de los adultos en estudio el 69%(29) están casados, el 16,7(7) solteros y el 14,3%(6) viudos.

En 78 adultos de 80 años estudiados por Mera Francisco y cols (2010) el 70%(55) eran mujeres, el estado civil 59% (46) eran viudos, el 51,3% tenían estudios primarios, el 29,5% (23) no tenían estudios, datos que difiere con los resultados del presente estudio en que el 52% eran del sexo femenino, probablemente se deba al grupo de edad que es mayor en el presente estudio debido a que los rangos de edad estuvo desde el valor mínimo de 60 años y máximo de 86; la escolaridad es mayor el nivel de primaria con el 66,7% y en relación al analfabetismo la diferencia en ambos estudios es de 1,5% mayor el encontrado en los adultos estudiados en Centro de Salud de San Fernando, sin embargo es un resultado alto en comparación con la tasa de analfabetismo del país que es menor al 5% (MINED 2014). El estado civil es menor la viudez encontrada 14,3% probablemente se deba a los rangos de edades estudiados.<sup>9</sup>

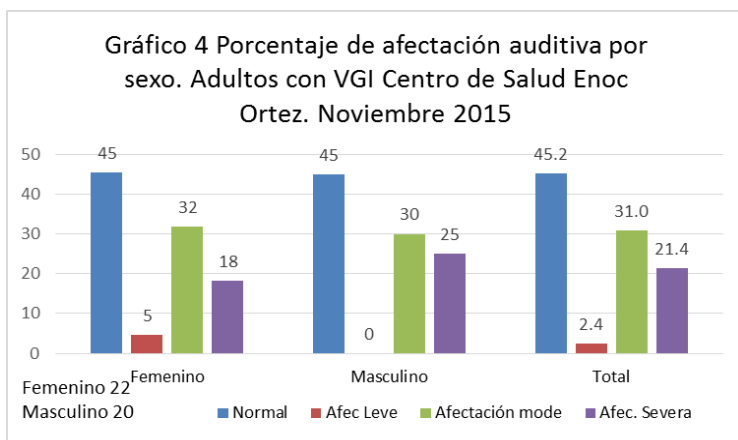
Al aplicar los diferentes test para valoración integral al realizar el test visual de Snellen, que valora la agudeza visual, se encuentra lo siguiente; el 54,8% (23 ) tienen alguna afectación visual, siendo el 31% (13 pacientes) que tienen afectación de ambos ojos y el 23,8% (10 ) de un ojo; y el 45,2% (19 ) normal). ver gráfico 3



<sup>9</sup> Mera Francisco y cols, Paciente anciano y medicación crónica inapropiada en la comunidad ¿Somos conscientes de ello. Centro de Atención Primaria CAP. "El Pla", Sant Feliu de Llobregat, Barcelona, España. 2010. Pág.2 [www.elsevier.es/regg](http://www.elsevier.es/regg)

Estudio realizado Cortes y cols (2007) Evaluación geriátrica Integral del adulto mayor 234 pacientes mayores de 60 años en el Instituto Mexicano del Seguro Social, el 59% tenían problema para ver televisión. leer o ejecutar cualquier actividad diaria y el 33,3% presentaban una medición de agudeza visual de ojo derecho igual o mayor de 20/50, y el 31,8% de afectación de ojo izquierdo, no se registra si la afectación es de uno o los dos ojos<sup>10</sup> en el presente estudio el 55% tiene problemas de agudeza visual datos similar al estudio de Cortes, aunque el valor es clasificando si la afectación es de uno o de ambos ojos.

La valoración de la audición con el test de Hearing Handicap Inventory for the Elderly – screening version (HHIE-S) versión español. En los resultados obtenidos describe que 45.2% (19) tienen test normal sin afectación auditiva, el 54,8% (23) de los adultos valorados tenían afectación auditiva de los cuales el 2,4% (1) afectación leve, el 31% (13) afectación moderada, y el 21,4% (9) afectación severa; al clasificar por sexo en ambos se encontró que el 55% tenían afectación auditiva. Ver gráfico 4



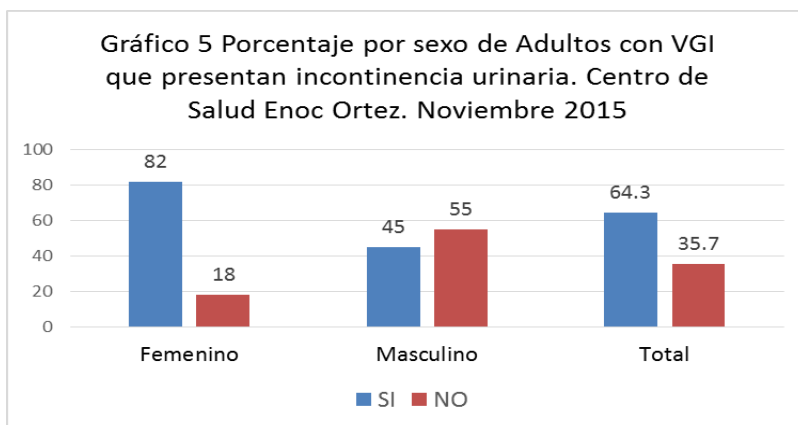
Estudio realizado por Pedraza, Zaira y Delgado Margarita en el Centro Médico Siglo XXI México. (2008) Se estudiaron un total de 113 pacientes cuya edad promedio fue de 73 años de los cuales 60 (53.1%) fueron hombres y 53 (46.9%) mujeres. De los 113 pacientes estudiados, 85 (75.2%) se diagnosticó presbiacusia con compromiso del nivel

<sup>10</sup> Cortes Alma Rosa y cols, Evaluación geriátrica integral del adulto mayor, Unidad de Medicina Familiar, Zona Metropolitana de México 2007, Pág 727. Rev Med Chile 2011;



o discurso conversacional (CDC).<sup>11</sup> En el presente estudio la edad promedio es de 70 años y la afectación auditiva es menor en donde reflejan en el 54,8% (23 adultos) no encontrando diferencia importante por sexo.

La variable de Incontinencia urinaria a través de cuestionario de cuatro preguntas “Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF” los pacientes en estudio se encontró que el 64,3% (27) refieren tener algún tipo de incontinencia urinaria, en relación a la distribución por sexo las mujeres son las que mayor refieren tener incontinencia urinaria con el 82% (18) y en los del sexo masculino el 45% (9). Ver gráfico 5.

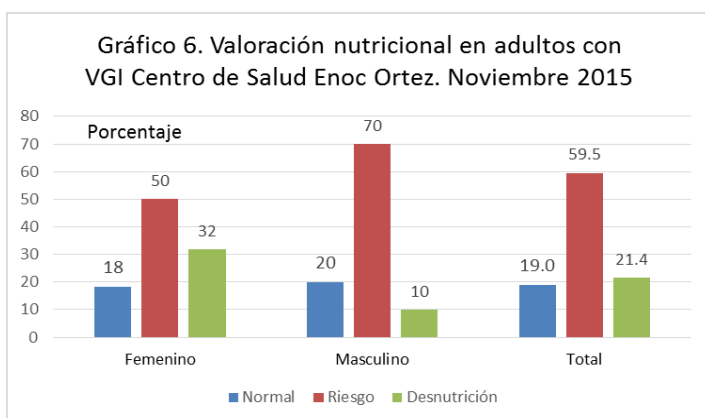


Los resultados del estudio en 234 adultos mayores de 60 años estudiados por Cortes y cols. (2007) el 38,6% manifestó tener pérdida involuntaria de la orina en el último año,<sup>12</sup> lo que refieren los pacientes en el presente estudio es superior ya que en general el 64,3% manifiestan problemas de incontinencia urinaria según el test aplicado, siendo mayor en el sexo femenino con el 82%.

<sup>11</sup> Penélope, Zaira; García, Pedraza; Delgado, Margarita .Departamento de Audiología y Otoneurología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS Pag 1. Rev Fac Med UNAM Vol. 51 No. 3 Mayo-Junio, 2008

<sup>12</sup> Cortes Alma Rosa y cols, Evaluación geriátrica integral del adulto mayor, Unidad de Medicina Familiar, Zona Metropolitana de México 2007, Pág 727. Rev Med Chile 2011

Al realizar la valoración del estado nutricional en base al test de Mini Nutritional Assessment MNA. Se encontró que el 19% (8) adultos tienen estado nutricional normal, el 59,5% (25) en riesgo de desnutrición y el 21,4% (9) en estado de desnutrición, no se encontró ninguno con sobrepeso u obesidad. Ver gráfico 6.



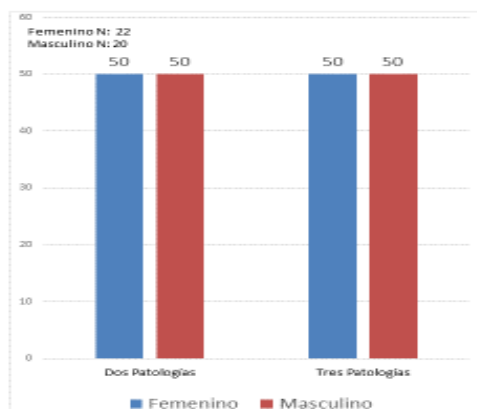
La valoración nutricional según Cortes y cols, valorando el índice de Masa Corporal IMC encontrando 0,6% desnutrición, 6,2% riesgo de desnutrición, 66% normal y el 27,2% obesidad,<sup>13</sup> en el presente estudio se aplicó el Mini Nutritional Assessment MNA. y los resultados de desnutrición y de riesgo de desnutrición son superior con reporte del 21,4% para desnutrición y el 59%,5% para riesgo de desnutrición, siendo aún mayor en el sexo masculino con el 70% para riesgo de desnutrición y mayor en el sexo femenino en desnutrición con el 32%; no se registra ninguno con obesidad.

La comorbilidad de patologías crónicas en los adultos mayores se encontró que en ambos sexo el 50% tie(21) tienen dos patologías y el otro 50% (21) tres patologías, las enfermedades que mayor prevalecen son la hipertensión, artritis reumatoidea y diabetes. En relación al sexo no hubo ninguna diferencias entre ambos ya que el 50% (11) de las del sexo femenino y el 50% (10) masculino tienen dos y el otro 50% tres patologías 11 y 10 respectivaente. Datos similar para ambos sexos, se encontró en la

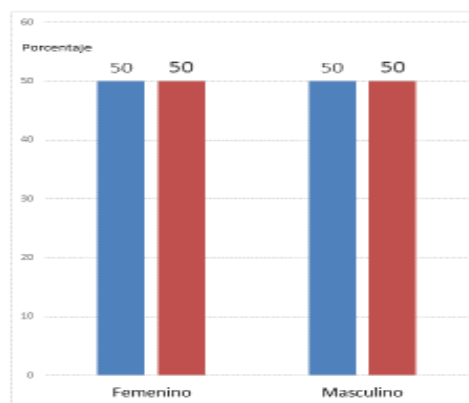
<sup>13</sup> Cortes Alma Rosa y cols, Evaluación geriátrica integral del adulto mayor, Unidad de Medicina Familiar, Zona Metropolitana de México 2007, Pág 727. Rev Med Chile 2011

clasificación de polifarmacia considerada cuando tienen prescripción de más de tres fármacos. Ver gráfico 7 y 8.

**Gráfico 7. Porcentaje de patologías en adultos con VGI. Centro de Salud Enoc Ortiz. Noviembre de 2015**



**Gráfico 8. Adultos con VGI que se clasifica polifarmacia. Centro de Salud Enoc Ortiz. Noviembre de 2015**



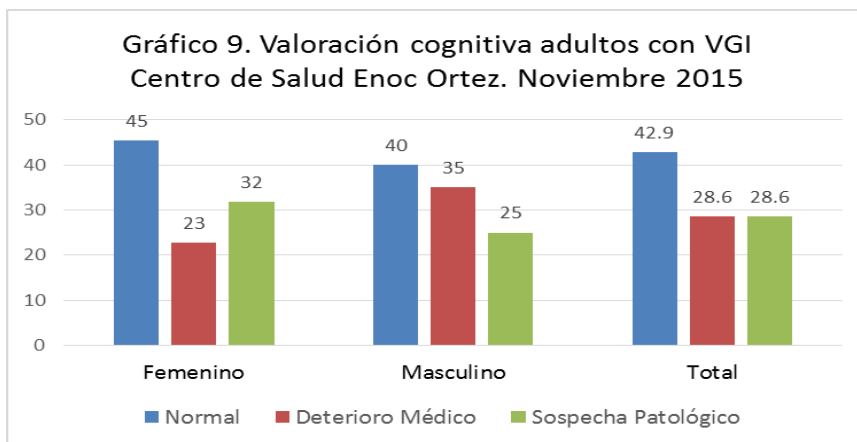
Al comparar los resultados de estudio realizado por Mera Francisco y cols, (2010) en estudio a 78 sujetos con prescripción inapropiada, las comorbilidad las principales patologías están la hipertensión, dislipidemias y diabetes, coinciden con dos de los datos encontrados en el presente estudio que es la hipertensión y la diabetes, no así al artritis que fue la segunda patología en orden de frecuencia, en el presente estudio se abordó la clasificación en el diagnóstico de dos o tres patologías, por tanto no permite comparar los resultados con el realizado por Mera Francisco y cols.

En relación a polifarmacia en los adultos Mera Francisco y cols (2010) en 62 pacientes tenían polifarmacia considerada mayor a 4, encontrando que 87% (4) tenían tenían prescripción inadecuada. En el presente estudio solamente se valoró si tenían polifarmacia encontrando datos inferior que en ambos sexos es del 50%. así como del total del grupo estudiado.<sup>14</sup>

<sup>14</sup> Mera Francisco y cols, Paciente anciano y medicación crónica inapropiada en la comunidad ¿Somos conscientes de ello. Centro de Atención Primaria CAP. "El Pla", Sant Feliu de Llobregat, Barcelona, España. 2010. Pág.2 [www.elsevier.es/regg](http://www.elsevier.es/regg)

González César A. y Cols. (2007) El análisis del envejecimiento diferenciado por sexo es fundamental. Los estudios realizados en todas partes muestran que las mujeres tienen mayor esperanza de vida y que los problemas de salud que padecen hombres y mujeres son diferentes a medida que envejecen. Hay más prevalencia de enfermedades agudas y hospitalización entre hombres, mientras que las mujeres sufren más enfermedades crónicas y discapacidades.<sup>15</sup>

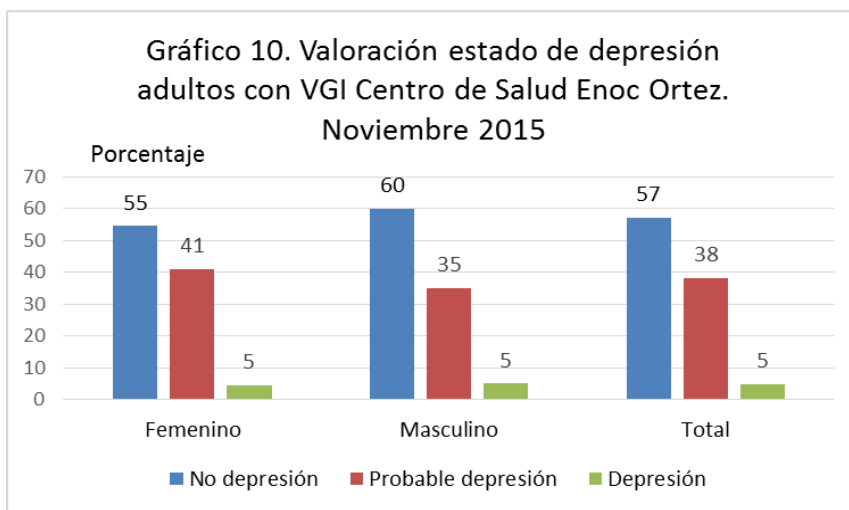
En la valoración cognitiva se aplicó el test de Mini mental state examination (mmse) encontrando que el 42,9% (18) se encuentran normal, el 28,6% (12) con deterioro médico y en igual porcentaje 28,6% (12) sospecha patológica. Al diferenciar por sexo que el 60% en los del sexo masculino tienen deterioro o sospecha patológica y en el sexo femenino el 55%, siendo mayor en los del sexo masculino. Ver gráfico 9



Cortes y cols (2007) en la valoración cognitiva encontró que el 75% se encontraban normal, el 21% deterioro leve, el 3,1% deterioro moderado y el 0,6% deterioro severo, los hallazgos encontrado en el porcentaje de estado normal se reduce a solo el 42,9, el 28,6% con deterioro médico igual porcentaje para sospecha patológica el 28,6%. Lo que indica que hay mayor deterioro en la valoración cognitiva en este grupo de población.

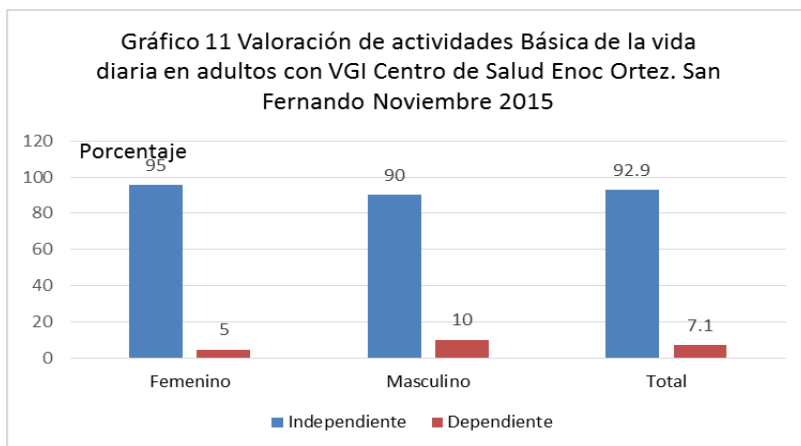
<sup>15</sup> González A. César et al. Funcionalidad y Salud: Una tipología del envejecimiento en México. Salud Pública México 2007 Pág 451.

Al aplicar el test de Yesavage, escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés) se identifica a través de 15 preguntas si presenta depresión el paciente encontrando que el 38% (16) presentan probable depresión, siendo mayor en el sexo femenino con el 41% (9) en los del sexo masculino representa el 35% (7), en el 6% (2) cursan con depresión siendo un caso para cada sexo. Ver gráfico 10



Cortes y cols. (2007) Los resultados de evaluación del estado de depresión; el 75% se encuentran sin depresión, el 21,9% probable depresión y el 3,1% depresión establecida, en el presente estudio los porcentaje de estado normal se reduce a 57%; el 38% se encuentra con probable depresión y el 5% depresión establecida, son los del sexo femenino que tienen mayor probabilidad de depresión que los masculino, en relación a la depresión establecida es igual el porcentaje entre femenino y masculino.

Al valorar las actividades básicas de la vida diaria ABVD el 92,9% (39) son independiente solamente el 7,1% (3) son dependientes, la distribución por sexo los del sexo masculino 10% (2) son dependiente y en el sexo femenino 5% (1) que corresponde a (1) Ver gráfico 11



Cortes y cols. (2007) La dependencia física clasificada en dependencia total el 0,6%, dependencia severa el 1,5% moderada el 15,4% escasa 20,7%, independiente el 61,7%.

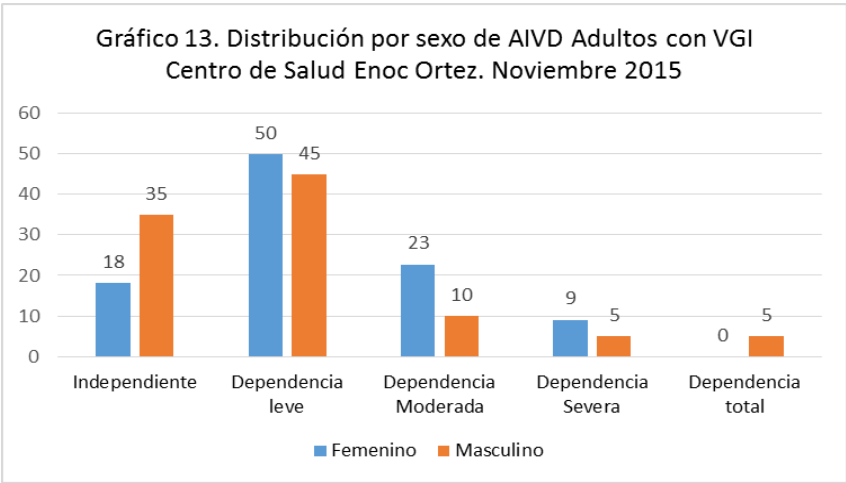
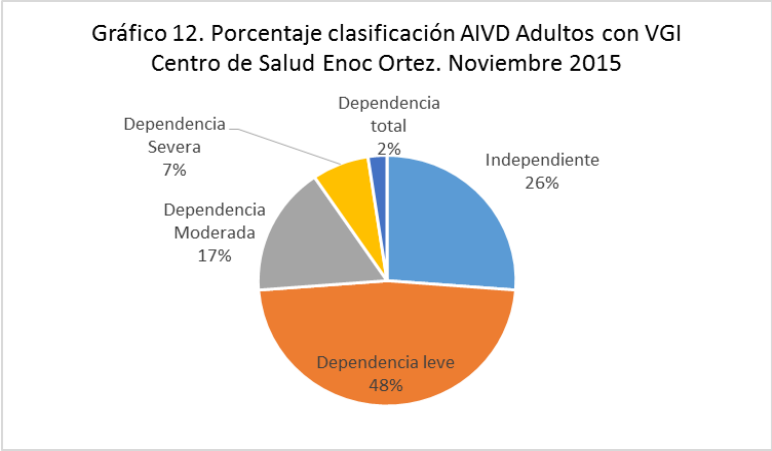
Barrantes Melba y cols. (2007) en estudio a 4,862 mayores de 65 años el 24% es tiene dependencia funcional para ABVD, los sujetos con resultados de dependencia funcional el 6% presentaba grado severo; 4% moderado y 14% grado leve. la actividad básica más afectada es la incontinencia urinaria, seguido de la incapacidad de vestirse y la incapacidad para desplazarse.<sup>16</sup>

En el presente estudio esta valoración son mayores los porcentaje de independencia encontrado en el estudio a nivel general solamente el 7,1 % es dependiente para la realización de sus actividades básicas de la vida diaria. siendo mayor la dependencia en el sexo masculino, resultados que difiere posiblemente por los rangos de edad que en el presente estudio es en mayores de de los 60 años. Encontrando que la actividad basica en la que se ven mas afectados en respecto a la continencia, al no tener control total o parcial de la miccion y/o defecacion.

Al aplicar el test de Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria los resultados son el 48% (20) tienen dependencia leve, el 26(11) son independientes, el 17% (7) dependencia moderada, el 7% (3) dependencia severa y el 2% (1) dependencia total. Al analizar la diferencias por sexo se encuentra que en las

<sup>16</sup> Barrantes Melba et al. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud Pública México 2007 Pag 460.

diferentes categorías de dependencia las mujeres tienen limitaciones en el 82% (18) solamente el 12% (4) son independientes en su actividades, en relación al sexo masculino se encuentra limitaciones en diferentes niveles en el 65% (13) y el 35% (7) son independientes. Ver gráficos 12 y 13.



AIVD: Actividad instrumental de la vida diaria.

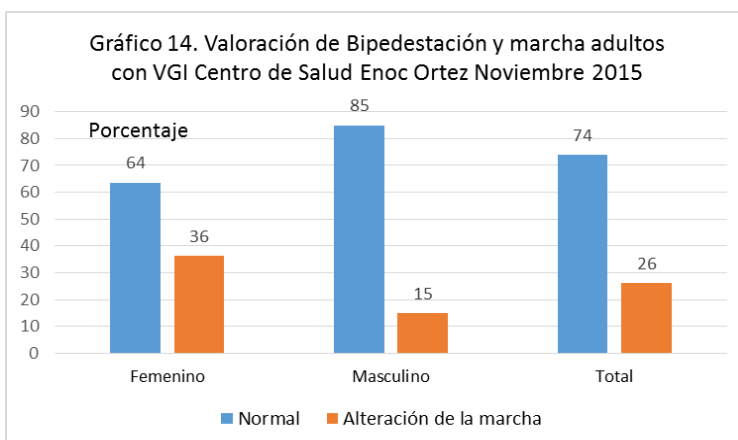
Barrantes Melba y cols. (2007) el resultado es el 24% dependencia a AIVD; el 12,5% presenta dependencia severa, y 10,5%, dependencia leve la actividad instrumental más afectada fue la incapacidad para realizar compras, seguido de incapacidad para preparar alimentos. Dato muy diferente encontrado en el presente estudio que solamente el 26% es independiente siendo mayor en el sexo masculino, la dependencia

severa y total es del 9% inferior a lo encontrado por Barrantes Melba. La actividad con mayor dificultad es el uso de medios de transporte público.

En la valoración de la bipedestación y marcha siendo sencillo de tal manera que solicitó deambular por un metro y a la observación todos aquellos que se tardaron más de 20º segundos se agrupó como alteración de la marcha encontrando que el 74%(31) se encuentran en valores normales y el 26% (11) con alteración de la marcha, siendo las del sexo femenino las que mayor porcentaje representan el 56% (8) tienen alteración y en el sexo masculino el 15% (3) Ver gráfico 14

Según Mayte Vera Sánchez y Rita Campillo Montilva, en el estudio de evaluación de la marcha y el equilibrio como factor de riesgo en las caídas del anciano, donde valoraron 104 pacientes mayores de 60 años, de los cuales 60 fueron mujeres y 44 hombres, se encontró que el 45.2% no presentaron trastornos en la marcha, y que un 36.6% presentaron trastornos en la marcha y un 17% únicamente trastornos en el equilibrio, siendo el sexo femenino más afectado. (Montilva, 2013).

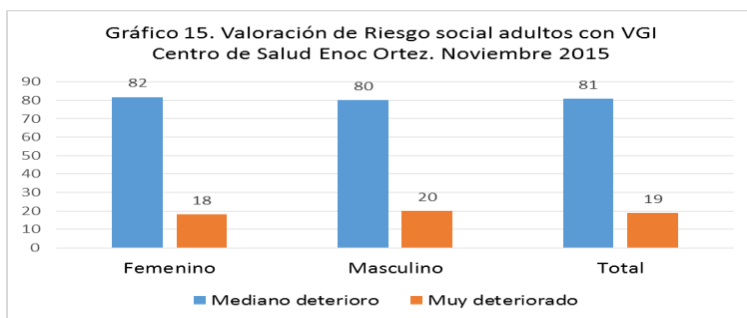
En comparación a nuestro estudio, observamos que la tendencia persiste respecto al sexo siendo el femenino mayormente afectado, y que en ambos estudios se presenta un porcentaje relativamente alto de pacientes sin afectaciones en la marcha tomando en cuenta que todos son mayores de 60 años; siendo un total de 62.2% sin afectación de la marcha según Mayte Sanchez y Rita Montilva y un 74% en nuestro estudio.



El riesgo social es valorado con el test de OARS sus siglas en inglés en donde identifica las relaciones entre familias, amistades y el sentimiento expresado de tener compañía.



No se encontró ninguno con clasificación de excelente, bueno o ligeramente deteriorado, los resultados demuestran que los adultos presentan mediano deterioro en el 81% (34 ) y el 19% ( 8 ) muy deteriorado que significa que las relaciones sociales están insatisfechas o de baja calidad y no tienen ningún tipo de ayuda. La distribución por sexo los resultados son similares en el mediano deterioro las del sexo femenino el 82% (18) y en el sexo masculino el 80% (16), con similitud en los porcentaje de deterioro severo en para el 18 % (4) y 20% (4) para femenino y masculino respectivamente. Ver gráfico 15.



## CONCLUSIONES

- Los adultos con VGI se caracterizan por presentar bajo nivel de escolaridad, alto porcentaje analfabetos, mayoría casados, predominó el grupo de 70-74 años.
- La mitad de los adultos en estudio presenta deterioro de la dimensión médica afectada con comorbilidad crónica de dos y tres patologías, entre las que se encuentran la hipertensión, artritis y diabetes, con práctica de polifarmacia, afectación visual y auditiva, con incontinencia urinaria y con deficiente estado nutricional.
- En relación a la valoración del estado mental se encontró afectación del nivel cognitivo y depresión.
- La dimensión funcional de los adultos se encuentra con mayor dependencia de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), siendo las actividades de uso de transporte público, responsabilidad respecto a su medicación y el uso de teléfono por iniciativa propia son las que tienen mayor dificultad en realizar; es bajo el porcentaje de dependencia de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), con leve alteración de la marcha.
- En el total de adultos en estudio existe deterioro social presente o en riesgo, algunos en abandono social.

## **RECOMENDACIONES**

### **Autoridades de salud nacional**

Actualizar normas y protocolo e incluir la valoración geriátrica integral en la atención primaria como secundaria.

### **Autoridades de salud municipales y departamentales.**

Fortalecer los procesos de dispensarización e identificación de factores predisponente y capacitar a personal de salud en la aplicación de los test de VGI y poder mejorar los indicadores de salud en modbilidad y mortalidad en ese grupo de población.

Crear clubs de autoayuda por comunidad o sectores que contribuya a la socialización e intercambio de experiencias o bien sesiones de conversatorios y puedan ser escuchados.

### **A personal de salud de atención primaria.**

Aplicar los test en la consulta rutinaria para Valoración Geriátrica Integral a todo adulto mayor de 60 años y así contribuir a identificar oportunamente problemas médicos, funcionales, mentales y sociales e intervenir para mejor calidad de vida de este grupo importante de la población.

### **A nivel de comunidad y familiares.**

Debe haber acompañamiento por los familiares al proceso de envejecimiento natural de la persona para que tenga mejor calidad de vida.

Familiares y comunidad debe de ser incorporados en actividades propias del adultos mayor que permitan que sean incorporado en tareas de acuerdo a su capacidad.

Familiares en el hogar eliminar las barreras que existen en la viviendas para facilitar la deambulación y actividades básicas diaria en el adulto.

## BIBLIOGRAFÍA

Barrantes et al. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud Pública Mex 2007; 49 supl 4:S459-S466 Pág.1

Belenguer. (2000).

Constitución de la Organización Mundial de la Salud, a. e. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada en la Conferencia Internacional de Salud de 1946, y que entró en vigor el 7 de abril de 1948. Glosario de Promoción de la Salud. Traducción del Ministerio de Sanidad.. Madrid (1999) .

Cortes Alma Rosa et al. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor, Unidad de Medicina Familiar, Zona Metropolitana de México 2007, Pág 727. Rev Med Chile 2011;

Cumbre de Rio de Janeiro. (1992). Agenda 21 .

Duke University. (1978). Escala de valoración de recursos. Test OARS.

Endesa. (2012). Encuesta nicaragüense de demografía y salud 2011/12. Endesa

Española, R. a. (2015). Diccionario de la lengua española (22.<sup>a</sup> edición). España: Real academia española 2001.

Evaluation., I. f. (2010). Global burden of disease study.

Folstein, M. F. (1975). "Mini-Mental State" a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. Journal of Psychiatric Research , 189-198.

Gerontol, F. R. (1994). Sociedad Española de Medicina Geriátrica; 2001.p.15-55

Hazzard WR, B. J. (2007). Principles of geriatric medicine & gerontology. . Reuben DV. Principles of geriatric assessment.5a ed. USA: Mc Graw Hill, , 99-118.

Hernansanz Iglesias F, G. C. (2012). Conclusiones y recomendaciones atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; , 26(Supl.1):162-4.

Katz S, F. A. (1963). the index of ADL a standardized measure of biological and psychosocial function. Studies of illness in the age , 914-919.

Moruno MP, R. A. (2006). Definición y clasificación de las actividades de la vida diaria. Barcelona. Masson Elsevier , 3-22.

Naciones Unidas. (1982). Primera Asamblea, viena.

National Institute of Mental Health. (s.f.). Personas Mayores, Depresion. Health & Education .

Newman CW, J. G. (1991). . Practical method for quantifying hearing aid benefit In older adults. J Am Acad Audio. 70-75.

Nicaragua. Ley General de Salud, o. c. (s.f.). Nicaragua. Ley General de Salud, op. cit. Arto.8, incisos 2 y 3 .

Mera Francisco y cols. Revista Española de Geriatria y Gerontología 2011. Pág 1.

[www.elsevier.es/regg 2011](http://www.elsevier.es/regg 2011)

OMS. (2013). Nota descriptiva No.381.

OMS, O. M. (1978). Conferencia Internacional sobre atencion primaria.

OPS. (1997). Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS.

OPS/OMS. ( 2002). Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS (2002). Boletín Segunda Conferencia Internacional sobre el Envejecimiento. Madrid, España.

P. Abrams, L. C. (2003). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. 37-49.

Pedraza ZP, D. M. ( 2008). El déficit de audición en la tercera edad. Rev Fac Med UNAM, 91-95.

Philip. (1997). Copyright 1997 by The Cerontological Society of America The Cerontologist. Vol. 37, No. 4, 441-451

Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). "La cronometrada 'Up & Go': Una prueba de la movilidad funcional básica para las personas mayores frágiles" . Revista de la Sociedad Americana de Geriátría 39 , 142-148.

Richard J. Gerrig, P. G. (2005). Psicología y vida.

Rodríguez GR, L. B. (2007). Evaluación geriátrica multidimensional. Práctica de la Geriátría. 2.a ed. Mc-Graw-Hill. Mexico , 83-104.

Ruzafa, J. C. ( Feb 2007. ). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Revista Española de Salud Pública.

Starfield, B. (1994:). Is primary chdare essential? Lancet. 344(8930):1129-33.

Starfield, Bárbara M. M. (2009). Atencion primaria

Terapia Ocupacional del Servicio de Neurorehabilitación de Hospitales NISA . (s.f.).

Timed Up and Go (TUG). (2010). Minnesota Prevención de Caídas. 02-16.

Valladares, Miriam Automedicación de los adultos mayores clínica Notre Dame. Barrio Villa Adela. Francisco Morazán. Honduras. 2011. Pág. 41 Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Ventry IM, W. B. (1982). The hearing handicap Inventory for the elderly: A new tool. Ear Hear . 128-34.

Kurlowicz, Lenora PhD, RN, CS, FAAN, University of Pennsylvania School of Nursing y Sherry A. Greenberg, MSN, GNP-BC, La escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés): Hartford Institute for Geriatric Nursing, NYU College of Nursing Pág 1

## ANEXOS

### Índice de Katz (actividades básicas de la vida diaria)

---

#### 1, Baño

Independiente: Se baña enteramente solo, o bien requiere ayuda únicamente en alguna zona concreta (p. ej., espalda).

Dependiente: Necesita ayuda para lavarse en más de una zona del cuerpo, o bien para entrar o salir de la bañera o ducha.

---

#### 2. Vestido

Independiente: Coge la ropa y se la pone él solo, puede abrocharse (se excluye atarse los zapatos o ponerse las

Medias).

Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente vestido.

---

#### Uso del WC

Independiente: Va al WC solo, se arregla la ropa, se limpia él solo.

Dependiente: Precisa ayuda para ir al WC y/o para limpiarse.

---

#### Movilidad

Independiente: Se levanta y se acuesta de la cama él solo, se levanta y se sienta de una silla él solo, se desplaza Solo.

Dependiente: Necesita ayuda para levantarse y/o acostarse, de la cama y/o de la silla. Necesita ayuda para desplazarse o no se desplaza.

---

## Continencia

Independiente: Control completo de la micción y defecación.

Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.

---

## Alimentación

Independiente: Come solo, lleva alimento solo desde el plato a la boca (se excluye cortar los alimentos).

Dependiente: Necesita ayuda para comer, no come solo o requiere alimentación enteral.

---

A Independiente para todas las funciones.

B Independiente para todas menos una cualquiera.

C Independiente para todas menos baño y otra cualquiera.

D Independiente para todas menos baño, vestido y otra cualquiera.

E Independiente para todas menos baño, vestido, uso WC y otra cualquiera.

F Independiente para todas menos baño, vestido, uso WC, movilidad y otra cualquiera.

G Dependiente en todas las funciones.



TEST DE YESAVAGE (ESCALA DE DEPRESION)  
Escala de depresión geriátrica: Cuestionario corto

Escoja la respuesta adecuada según cómo se sintió usted la semana pasada.

¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? SI / NO

¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? SI / NO

¿Siente usted que su vida esta vacía? SI / NO

¿Se aburre usted a menudo? SI / NO

¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? SI / NO

¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? SI / NO

¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? SI / NO

¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? SI / NO

¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas? SI / NO

¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente? SI / NO

¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? SI / NO

¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil? SI / NO

¿Se siente usted con mucha energía? SI / NO

¿Siente usted que su situación es irremediable? SI / NO

¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?  
SI / NO

Las respuestas en negrita indican depresión. Asigne 1 punto por cada respuesta en negrita.

Un puntaje > 5 puntos parece indicar depresión.

Un puntaje  $\geq$  10 puntos es casi siempre un indicador de depresión.

Un puntaje > 5 puntos debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.

TEST RECURSOS SOCIALES OARS.  
ESCALA DE RECURSOS SOCIALES (OARS)

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Entrevistador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Me gustaría que respondiese algunas preguntas acerca de su familia y amigos:  
¿Cuál es su estado civil?

- 1. Soltero
- 2. Casado
- 3. Viudo
- 4. Separado
- No responde

¿Vive su cónyuge en la residencia?

- 1. Sí
- 2. No
- No responde

Durante el último año, ¿con qué frecuencia salió de la residencia para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, de compras o de excursión?

- 1. Una vez a la semana o más
- 2. Una a tres veces al mes
- 3. Menos de una vez al mes o sólo en vacaciones
- 0. Nunca

¿Con cuántas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?

- 3. Cinco o más
- 2. Tres o cuatro
- 1. Una o dos
- 0. Ninguna
- No responde

¿Cuántas veces hablo (amigos, familiares u otros) por teléfono durante la última semana? (Si la persona no tiene teléfono la pregunta también es válida)

- 3. Una vez al día o más
- 2. De dos veces
- 1. Una vez
- 0. Ninguna
- No responde

¿Cuántas veces durante la semana pasada le visitó alguien que no vive con usted, fue usted de visita o realizó alguna actividad con otra persona?

- 3. Una vez al día o más
- 2. De dos a seis veces
- 1. Una vez
- 0. Ninguna
- No responde

¿Hay alguna persona en la que tenga confianza?

- 2. Sí
- 0. No
- NS/NC

¿Con qué frecuencia se siente solo?

- 0. Bastante a menudo
- 1. Algunas veces
- 2. Casi nunca
- 3. NS/NC

¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera o está algunas veces triste por lo poco que vienen a verle?

- 1. Tan a menudo como deseo
- 2. Algunas veces me siento triste por lo poco que vienen
- No responde

¿Hay alguien que le ayudaría en cualquier cosa si se pusiera enfermo o quedara incapacitado (por ejemplo, marido/mujer, otro familiar, amigo)? (Ancianos en residencias: la persona debe ser ajena al centro)

- 1. Sí
- 0. Nadie dispuesto y capaz de ayudarme
- No responde

Si es «Sí», preguntar a y b.

a) ¿Hay alguien (ancianos en residencias: ajeno a la residencia) que cuidaría de usted tanto tiempo como lo necesitase o sólo por un corto espacio de tiempo u ocasionalmente (por ejemplo, acompañarle al médico)?

- 1. Alguien que cuidaría de mí indefinidamente.
- 2. Alguien que me cuidaría durante un breve espacio de tiempo.
- 3. Alguien que me ayudaría de vez en cuando. No responde.

b) ¿Quién es esa persona?

Nombre  
Relación

Test Lawton-Brody

**Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria**

Item	Aspecto a evaluar	Puntos	
1	Capacidad para usar el teléfono:	1	
	- Utiliza el teléfono por iniciativa propia		
	- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	
	- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1	
	- No es capaz de usar el teléfono	0	
2	Hacer compras:	1	
	- Realiza todas las compras necesarias independientemente		
	- Realiza independientemente pequeñas compras	0	
	- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0	
	- Totalmente incapaz de comprar	0	
3	Preparación de la comida:		
	- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1	
	- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0	
	- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta	0	
	- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	
4	Cuidado de la casa:		
	- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1	
	- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1	
	- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1	
	- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1	

	- No participa en ninguna labor de la casa	0	
6	Lavado de la ropa:		
	- Lava por sí solo toda su ropa	1	
	- Lava por sí solo pequeñas prendas	1	
	- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0	
	Uso de medios de transporte:		
7	- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	
	- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	
	- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1	
	Solo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0	
	No viaja	0	
	Responsabilidad respecto a su medicación:		
8	Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1	
	Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0	
	No es capaz de administrarse su medicación	0	
	Manejo de sus asuntos económicos: - Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo		
	Manejo de sus asuntos económicos:	1	
	- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1	
	- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...		
	- Incapaz de manejar dinero	0	
	TOTAL  La información se obtendrá de un cuidador fidedigno La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de cero puntos, y 8 puntos expresarían una independencia total  <a href="#">Escala es más útil en mujeres, ya que muchos hombres nunca han realizado algunas de las actividades que se evalúan</a>		

Test Mini Mental State Examination (Salud mental)

Nombre:

Varón [ ]

Mujer [ ]

Fecha:

F. nacimiento:

Edad:

Estudios/Profesión:

N. Hª:

Observaciones:

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1			
¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1		ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1			
¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1		ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Arbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces			Nº de repeticiones necesarias
Peseta 0-1	Caballo 0-1	Manzana 0-1	FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)
(Balón 0-1	Bandera 0-1	Árbol 0-1)	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1 Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.			
Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Arbol 0-1)			ATENCIÓN- CÁLCULO (Máx.5)
			RECUERDO diferido (Max.3)
.DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-			

<p>1 Reloj 0-1          .REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1          .ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". 0-1          Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo          .LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1          .ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1          COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1</p>	<p>LENGUAJE (Máx.9)</p>	<p style="background-color: #cccccc;"></p>
<p>Puntuaciones de referencia</p> <p style="padding-left: 100px;">27 ó más: normal</p> <p style="padding-left: 100px;">24 ó menos: sospecha patológica 12- 24: deterioro</p> <p style="padding-left: 100px;">9-12 : demencia</p>	<p>Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)</p>	<p></p>

Mini Nutritional Assessment (valoración nutricional)

Apellidos:

Nombre:

Sexo:

Edad:

Peso, kg:

Altura, cm:

Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

**F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)<sup>2</sup>**

**Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?**

0 = IMC <19

1 = 19 ≤ IMC < 21

0 = ha comido mucho menos

2 = 21 ≤ IMC < 23

1 = ha comido menos

3 = IMC ≥ 23

2 = ha comido igual

Evaluación del cribaje

**B Pérdida reciente de peso (<3 meses)**

(subtotal máx. 14 puntos)

0 = pérdida de peso > 3 kg

**12-14 puntos:** estado nutricional normal

1 = no lo sabe

**8-11 puntos:** riesgo de malnutrición

2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso

**0-7 puntos:** malnutrición

**C Movilidad**

Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R

0 = de la cama al sillón

**Evaluación**

1 = autonomía en el interior

**El paciente vive independiente en su domicilio?**

2 = sale del domicilio

1 = sí 0 = no

**Toma más de 3 medicamentos al**

**H día?**

0 = sí 1 = no

**I Úlceras o lesiones cutáneas?**

0 = sí 1 = no

**E Problemas neuropsicológicos**

0 = demencia o depresión grave

1 = demencia moderada

2 = sin problemas psicológicos



**J Cuántas comidas completas toma al día?**

- 0 = 1 comida
- 1 = 2 comidas
- 2 = 3 comidas

**K Consume el paciente**

productos lácteos al menos

una vez al día?                      sí                      no

huevos o legumbres

1 o 2 veces a la semana?                      sí                      no

Evaluación (máx. 16 puntos) .

Cribaje .

Evaluación global (máx. 30 puntos) .

**Evaluación del estado nutricional**

De 24 a 30 puntos	estado nutricional normal
De 17 a 23.5 puntos	riesgo de malnutrición
Menos de 17 puntos	malnutrición

carne, pescado o aves,  
 • diariamente?                      sí                      no

0.  
 0 = 0 o 1 síes

0.  
 5 = 2 síes

1.  
 0 = 3 síes

**L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?**

0 = no    1 = sí

**Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)**

0.  
 0 = menos de 3 vasos

0.  
 5 = de 3 a 5 vasos

1.  
 0 = más de 5 vasos

**Forma de alimentarse**

- 0 = necesita ayuda
- 1 = se alimenta solo con dificultad
- 2 = se alimenta solo sin dificultad

**O Se considera el paciente que está bien nutrido?**

- 0 = malnutrición grave
- 1 = no lo sabe o malnutrición moderada
- 2 = sin problemas de nutrición

**En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?**

- 0.0 = peor
- 0.5 = no lo sabe
- 1.0 = igual

2.0 = mejor

**Q Circunferencia braquial (CB en cm)**

- 0.0 = CB < 21
- 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22
- 1.0 = CB > 22

**Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)**

- 0 = CP < 31
- 1 = CP ≥ 31

□ □ □

□ □ □  
□ □ □



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA

UNAN-Managua

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TESIS MONOGRÁFICA

PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA GENERAL

CARACTERIZACION DE ADULTOS MAYORES CON VALORACION  
GERIÁTRICA INTEGRAL CENTRO DE SALUD ENOC ORTEZ, SAN FERNANDO,  
NUEVA SEGOVIA NOVIEMBRE 2015

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, paciente que asiste a consulta al centro de salud Enoc Ortez ubicado en San Fernando , Nueva Segovia, certifico que he sido informado (a) con claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico como médico me ha invitado a participar, que actuó consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedor (a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento.

---

Paciente

---

Persona responsable (En caso de paciente no posea autonomía)

---

Firma de médico.



## TEST HEARING HANDYCAP FOR THE ELDERLY

Hearing Handicap Inventory for the Elderly – screening version (HHIE-S) Versión en español

Introducción: Ahora, tengo unas preguntas sobre cómo se siente en cuanto a su audición. Para cada frase, favor de decirme si la frase le describe, no le describe, o le describe a veces.

1. ¿El problema auditivo (de no oír bien) le causa vergüenza cuando usted conoce por primera vez a las personas? ¿Diría Ud. que...  
No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_

2. ¿El problema auditivo (de no oír bien) le causa que se sienta frustrado/frustrada o confundido cuando está hablando con miembros de su familia?  
No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_

3. ¿Tiene usted dificultad en oír cuando alguien habla en voz baja?  
No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_

4. ¿Se siente usted con desventaja física a causa de su problema auditivo (de no oír bien)  
No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_

5. ¿El problema auditivo (de no oír bien) le causa a usted dificultad en visitar a los amigos, parientes o vecinos?  
No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_

6. ¿El problema auditivo (de no oír bien) le ocasiona que no puede asistir tan seguido como quisiera a servicios religiosos, o conferencias?  
No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_

7. ¿El problema auditivo (de no oír bien) le causa que tenga discusiones con los miembros de su familia?  
No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_

8. ¿El problema auditivo (de no oír bien) le causa problemas cuando escucha la televisión o radio?  
No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_

9. ¿Cree usted que cualquier dificultad con su problema auditivo (de no oír bien) lo limita o le pone obstáculos en su vida personal y social?  
No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_

10. ¿El problema auditivo (de no oír bien) le causa dificultades cuando se encuentra en un restaurante con parientes y amigos?  
No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_

Total «No» \_\_\_\_\_ X 0 = \_\_\_\_\_

Total «Sí» \_\_\_\_\_ X 4 = \_\_\_\_\_

Total «A veces» \_\_\_\_\_ X 2 = \_\_\_\_\_

Para realizar esta prueba siga las siguientes instrucciones:

#### Panel Snellen

Imprima el panel de Snellen en una página de formato estándar A4 y colóquese a unos 2,8 metros frente a ella. Si la página tiene otro tamaño o si usted prefiere hacer la prueba mirando la pantalla, tendrá que calcular la distancia a la cual debe posicionarse con la siguiente fórmula: mida la altura de la letra E (primera línea, 20/200) en milímetros. Divida el valor de la medida por 88 y luego multiplique por 6. El resultado muestra la distancia, en metros, a la cual debe colocarse frente al panel.

Ej.  $(42/88) \times 6 = 2,8$  m.

Haga la prueba con buena luminosidad y con corrección (lentes de contacto o anteojos), si usted la utiliza.

Haga la prueba con un ojo a la vez, para empezar con el ojo derecho, cubra el izquierdo sin presionarlo, para examinar el ojo izquierdo haga lo contrario. Si utiliza anteojos correctores, puede cubrir el ojo con una hoja de papel.

Lea la carta de letras desde la más grande a la más pequeña.

Para que el examen sea más fácil, permita que una segunda persona vaya indicando las letras que usted debe leer en las diferentes líneas de letras.

Si usted puede leer las letras de la línea que corresponde a la agudeza visual 20/20, su visión es óptima.

Si su agudeza visual es menor que 20/20 o si tiene dudas sobre su visión, acuda a su oftalmólogo.

NOTA: Tome los resultados como una orientación. Los resultados NO indican un diagnóstico. El realizar esta prueba en ningún caso le permite saltar un control regular con su oftalmólogo, ya que usted puede fácilmente omitir signos que sólo un médico entrenado puede encontrar.

Test SNELLEN

<b>E</b>	1	20/200
<b>F P</b>	2	20/100
<b>T O Z</b>	3	20/70
<b>L P E D</b>	4	20/50
<b>P E C F D</b>	5	20/40
<b>E D F C Z P</b>	6	20/30
<b>F E L O P Z D</b>	7	20/25
<b>D E F P O T E C</b>	8	20/20
<b>L E F O D P C T</b>	9	
<b>F D P L T C E O</b>	10	
<b>P E Z O L C F T D</b>	11	