

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez
Residencia de Geriatria

PATOLOGIAS ENCONTRADAS EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE VISITA
DOMICILIARIA DEL SERVICIO DE GERIATRIA DEL HOSPITAL REGIONAL
UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ EN LA CIUDAD DE SANTIAGO,
REPUBLICA DOMINICANA, EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2006- MAYO 2011



Tesis de post grado para optar por el título de especialista en:

GERIATRÍA

Sustentante:

Dra. Ruth Reynoso Paredes

Asesores:

Dr. Danilo Romano (Clínico)

Dra. Claridania Rodríguez Berroa (Metodológico)

Los conceptos emitidos en la presente tesis de pos grado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante del misma.

Distrito Nacional: 2015

CONTENIDO

Agradecimientos y Dedicatorias

Resumen

Abstract

I. Introducción.	1
I.1. Antecedentes	2
I.2. Justificación	3
II. Planteamiento del problema	4
III. Objetivos.	5
III.1. General.	5
III.2. Específicos.	5
IV. Marco teórico	6
IV.1. Visita domiciliaria.	6
IV.1.1. Historia de la visita domiciliaria.	6
IV.1.2. Definición.	7
IV.1.3. Clasificación de los pacientes incluidos en el servicio de visita domiciliaria.	8
IV.1.4. Criterios de inclusión al servicio de atención domiciliaria.	8
IV.2. Historia de la geriatría.	9
IV.3. La enfermedad en el anciano.	10
IV.3.1. Aspectos generales de la sintomatología en el anciano.	11
IV.3.2. Anamnesis por aparatos.	13
IV.4. Definición de comorbilidad.	14
IV.5. Descripción de los síntomas geriátricos.	16
IV.6. Malnutrición en el anciano.	17
IV.7. Situación funcional y sus indicadores.	20
IV.8. Normas de aplicación y puntuación.	21
IV.9. Validez y reproducibilidad.	22
IV.10. Limitaciones.	22
IV.10.1. Las úlceras por presión.	22
IV.10.2. Escala de Norton.	24

IV.11. Depresión en el anciano.	26
IV.11.1. Definición.	26
IV.11.2. Epidemiología.	26
IV.11.3. Formas clínicas de la depresión en el anciano.	27
IV.11.4. Presentación de la depresión en el anciano.	27
IV.11.5. Diagnóstico.	28
IV.12. Ingreso hospitalario Vs visita domiciliaria	31
V. Operacionalización de las variables	35
VI. Material y métodos	37
VI.1. Tipo de estudio.	37
VI.2. Demarcación geográfica	37
VI.3. Universo y población.	37
VI.4. Procedimientos y método de la visita.	38
VI.5. Criterios de Inclusión.	39
VI.6. Criterios de exclusión	39
VI.7. Instrumento de recolección de los datos.	39
VI.8. Procedimiento de recolección de la información	40
VI.8. Procesamiento de los datos	42
VI.9. Procedimiento y método de la visita.	42
VII. Resultados	43
VIII. Discusión	54
IX. Conclusiones	56
X. Recomendaciones	57
XI. Referencias bibliográficas.	58
XII. Anexos	63
XII.1. Cronograma	63
XII.2. Instrumento de recolección de datos.	64
XII.3. Índice de Barthel	68
XII.4. Consentimiento informado	71
XII.5. Costos y recursos	73
XII.6. Evaluación	74

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Gracias al todopoderoso por estar siempre a mi lado y cuidar de mi por permitir otro peldaño mas en mi vida y por darme la hermosa familia que tengo gracias mi dios

Carlos Esteban Aquino

Mi esposo amado gracias por apoyarme amarme y compartir conmigo tantas alegrías y también tristezas eres mi otra mitad te amo.

Carlos David y Carlos Rafael.

Mis hijos ustedes son mi razón de ser y cada día me dan la fuerza para seguir avanzando en esta vida y así estén orgullosos de mi y tomen el mejor ejemplo mío y de su papi el amor que siento por ustedes no se puede describir ni comparar son mis dos tesoros le pido a dios sabiduría para llevarlos por buen camino.

Mis padres y hermanos

Sin ustedes no seria nada de lo que soy gracias mil por siempre estar ahí para mi incondicional los amo a todos.

Dra. Ruth Reynoso Paredes

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal sobre análisis de las patologías encontradas en pacientes del programa de visita domiciliaria del servicio de geriatría del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez en la ciudad de Santiago de los Caballeros en el período septiembre 2006 mayo 2011. Durante el tiempo de estudio fueron admitida en visita domicilia un total de 172 pacientes de los cuales el 62.79% de los pacientes fueron del sexo Femenino. De los pacientes vistos el 26.74% correspondió a la edad comprendida entre 85-89 años. Del total de pacientes incluidos en la visita domiciliaria de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez el 59.51% se encuentran Fallecidos. Entre los principales síndromes geriátrico que presentaron los pacientes de la visita domiciliaria de la residencia de geriatría del Hospital José María Cabral y Báez están la nutrición con un 15.46%. En la escala de la Cruz Roja el 56.55% obtuvo una física de 5 puntos mientras que el 37.93 obtuvieron 4 puntos. Mediante Escala de Índice de Barthel El 89.66% de los Pacientes Geriátricos tienen una dependencia total. De los pacientes vistos en la visita domiciliaria de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez el 67.59 de los pacientes estaba mal nutrido. Según la escala de NORTON el 67.59% tienen alto riesgo de desarrollar Ulcera por presión. El 10.53% de los pacientes presentaron problemas osteoarticulares.

ABSTRACT

A study descriptive, retrospective and cross-sectional analysis of the pathologies encountered in patients of the program of home visits from the service of Geriatrics of Hospital Regional Universitario José María Cabral and Baez in the city of Santiago de los Caballeros in the period September 2006 May 2011. Durante study time were admitted to visit a total of 172 domiciled patients of whom the 62.79% of patients were of the feminine sex. Patients seen the 26.74% corresponded to the aged 85-89 years. Of the total number of patients included in the home visit of the residence of Geriatrics of Hospital José María Cabral y Baez the 59.51% deaths are. Among the main geriatric syndromes that showed patients in the home visit of the residence of Geriatrics of Hospital José María Cabral y Báez are nutrition with a 15.46%. On the scale of the red cross the 56.55% obtained a physics of 5 points while the 37.93 obtained 4 points. Using index scale of Barthel the 89.66 percent of the geriatric patients have total dependence. Of the patients seen at the home visit the residence of Geriatrics of Hospital José María Cabral y Báez 67.59 patients was malnourished. According to the scale the 67.59 Norton % have high risk of developing pressure ulcers. The 10.53% of the patients presented bone problems.

I. INTRODUCCIÓN

La atención domiciliaria en geriatría se define como aquellos cuidados de salud integrales proporcionados en el domicilio a pacientes ancianos incapacitados y a sus familias con el propósito de promover, mantener o minimizar el efecto de la enfermedad y la discapacidad.^{1,2}

En 1990 el 40 por ciento de todas las consultas médicas en los estados unidos se hacían en el hogar del enfermo. Veinte años después esta cifra se redujo al 10 por ciento y a principios de los 90s a 1 por ciento. Sin embargo, hoy en día de nuevo se está dando importancia a la atención domiciliaria.³

La valoración del anciano en el hogar comprende las mismas áreas que se tienen en cuenta en la consulta habitual, por medio de la valoración geriátrica integral, la cual implica varios dominios, la valoración física, funcional, cognitiva, entre otras.^{4,5,6}

En la actualidad el envejecimiento de la población y su tendencia creciente es, en los países desarrollados, una de las principales preocupaciones sanitarias y sociales.⁷

En España, en el año 2000, la población mayor o igual a 65 años suponía el 16.9 por ciento de la población total. El 7.2 por ciento eran \geq de 75 años. En el 2010 el porcentaje de población \geq 65 años era el 17.9 por ciento y la \geq de 75 años supondrá el 9.1 por ciento del total de la población.^{8,9}

La República Dominicana se encuentra en pleno proceso de transición demográfica; en el 2000 el 33.5 por ciento de los dominicanos tenía menos de 15 años y los mayores de 60 no superaban el 7 por ciento; los datos del censo del 2002 muestra un 8 por ciento.^{10,11} . En las décadas siguientes la población adulta seguirá aumentando a un ritmo bastante rápido en comparación con los demás grupos de edades. Para el 2025, el 12.9 por ciento de la población estará sobre los 60 años, y en el 2050 prácticamente se duplicará la cifra.

Este envejecimiento de la población, es debido fundamentalmente a la disminución de la tasa de natalidad, al aumento de la esperanza de vida, y a la disminución de la mortalidad, todo ello en consecuencia además, de la mejora de las condiciones socioeconómicas y sanitarias.^{4,11,12,13}

Este cambio en el perfil epidemiológico de la población ha generado que el cuidado de las personas mayores se haya convertido en una necesidad prioritaria.²²

Todo ello implica un cambio en la demanda asistencial y en la importancia de la atención domiciliaria.

La mayor parte de los autores están de acuerdo en que en la vejez inciden todas las enfermedades que se ven en el adulto: artropatía, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, neumonías, diabetes, cáncer, deterioro cognitivo, infecciones o fractura de cadera, que constituyen el grueso del esfuerzo asistencial en el día a día. La mayor parte de las enfermedades en el anciano responden a los principios de la patología general y a sus manifestaciones sintomáticas, siendo, por tanto, válidos los instrumentos de identificación clásicos de la propedéutica médica: una detallada anamnesis y una completa exploración física que en geriatría se traduce a la valoración geriátrica integral.^{1,2,6,9}

I.1. Antecedentes

El estudio más conocido de la evidencia en atención domiciliaria fue realizado por González y cols. En el año 2002.¹²

Esta revisión encuentra que las ventajas que se le atribuyen a la atención domiciliaria pueden resumirse en tres tópicos básicos:

Aspecto científico-técnico:

- Ausencia de infecciones nosocomiales.
- Evitación de los fenómenos de «hospitalismo».
- Disminución de los episodios de confusión mental y/o depresión en ancianos.

Aspecto psicosocial:

- Mejora y humanización de la relación personal con el paciente.
- Permite mayor intimidad y comodidad, además de liberalizar los horarios de actividades propias (alimentación, descanso, higiene, etc.).
- Evita desplazamientos de los familiares al hospital, con el consiguiente ahorro económico y de tiempo.
- Facilita la comunicación entre el personal de salud y los familiares.
- Integra a la familia en el proceso curativo.

- Promueve las actividades de educación sanitaria.

Aspecto gerencial (Gestión):

- Disminuye los costes marginales por proceso.
- Facilita el acceso a los hospitales a quien realmente los necesita.
- Sirve de conexión entre el hospital y el primer nivel, favoreciendo la comunicación entre los profesionales de ambos niveles asistenciales.¹²

Dos investigadores Bechich (español) y Stewart (australiano) encontraron en trabajos distintos que los acontecimientos adversos en pacientes con insuficiencia cardiaca son menores si se manejan en un programa de atención domiciliaria que en la intervención hospitalaria habitual y que aquellos pacientes en los que se realizó una intervención domiciliaria desde el egreso hospitalario presentaron una reducción marcada y sostenida del número de reingresos con respecto al grupo que no.¹⁴

Smith y et al (*The Cochrane Library*) los ensayos clínicos que se realizan sobre enfermos con EPOC en sus domicilios dentro de programas de Home care y algunos de Home Care Services-Hospital-Based, concluyen que en los pacientes con EPOC moderada puede existir una ganancia en términos de su calidad de vida y de reducción de mortalidad. Estos beneficios no son esperables en los pacientes de EPOC grave.^{14,15,16}

I.2. Justificación

En la República Dominicana existen pocos trabajos publicados que nos orienten sobre la Atención domiciliaria, por lo que nos motivamos a hacer la investigación referente al tema, buscando con la revisión utilizar nuevas técnicas preventivas que eviten las secuelas invalidantes en el adulto mayor y la dependencia, así como pérdida de su calidad de vida. Por tal motivo encontramos que es más que justificable este trabajo de tesis.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En ocasiones, tanto el paciente envejeciente como sus familiares, se enfrentan muchas veces al dilema de determinar si las condiciones ameritan el traslado al hospital y si ello tuviese algún beneficio, puesto que en muchas ocasiones esta experiencia ha sido muy frustrante, sin embargo, no se puede dejar al adulto mayor sin apoyo médico, por lo que en diferentes países ha surgido el programa de visita domiciliaria.

Diferentes estudios han demostrado que ciertas patologías como trombosis venosa profunda, neumonía, insuficiencia cardiaca, infección urinaria, eventos cerebrovasculares, cuadros diarreicos, déficit cognitivos entre otros son susceptibles de manejo en el hogar.^{3,14,15}

Por tal motivo la atención domiciliaria es un ámbito ideal para desarrollar las estrategias de prevención a las complicaciones de las diferentes enfermedades que le aquejen al adulto mayor, evitar el desarrollo de la dependencia en el anciano, minimizar sus efectos cuando se presente y ofrecer cuidados de calidad técnica y humana en las fases más avanzadas de la enfermedad.^{16,17}

Por lo que nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la estadística de las patologías encontradas en los pacientes del programa de visita domiciliaria del Servicio de Geriatria del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez en la ciudad de Santiago de los Caballeros, Republica Dominicana, en el periodo septiembre 2006 mayo 2011?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Identificar las principales patologías encontradas en los pacientes del programa de visita domiciliaria del Servicio de Geriatria del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez en la ciudad de Santiago de los Caballeros, Republica Dominicana, en el periodo septiembre 2006 mayo 2011.

III.2. Específicos

1. Identificar la edad más frecuente de los pacientes.
2. Determinar el sexo más afectado.
3. Identificar las comorbilidades que se presentan en los pacientes.
4. Determinar cuáles son los síndromes geriátricos más frecuentes en los pacientes.
5. Identificar cual es el estado nutricional de los pacientes.
6. Determinar la capacidad funcional en los pacientes.
7. Determinar el riesgo de padecer ulcera por presión en los pacientes.
8. Identificar la presencia de depresión en los pacientes.
9. Comparar entre el ingreso hospitalario vs visita domiciliaria.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Visita domiciliaria

IV.1.1. Historia de la visita domiciliaria

La visita domiciliaria nació junto a la cama del enfermo y desde su origen tuvo una connotación biopsicosocial. Esta práctica data desde muy antiguo, como lo demuestran ciertos relatos históricos; por ejemplo, en papiros egipcios de más de 2500 años de antigüedad se describe lo siguiente: «en el domicilio, después de revisar al enfermo, analizar la situación y consultar con los dioses, el médico, antes que emitir un diagnóstico, lo declaraba y la familia tenía que aceptar o rechazar lo que el médico declaraba: ésta es una enfermedad que conozco y curaré, o esta es una enfermedad que conozco y no trataré; o bien, ésta es una enfermedad que no conozco y no trataré». Después de esto venía un proceso de negociación del cuidado.³

En Estados Unidos, en el año 1947, el Dr. Ephraim Bluestone, en el Montefiore Hospital del Bronx de New York, pone en marcha la primera Unidad del «*Home Health Care*», como una extensión del propio hospital hacia el domicilio del paciente, con el objetivo de descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable a su recuperación. En Canadá en la década de 1960 comenzaron a funcionar unidades de atención domiciliaria para pacientes dados de alta tempranamente tras una intervención quirúrgica, y en 1987 algunos hospitales de Montreal empezaron a administrar tratamientos antibióticos parenterales en el domicilio (*Hôpital extra-mural*). Ya en Europa, en 1951 el Dr. Siguier establece la primera Unidad de «*L'hospitalisation à Domicile*» francesa en el Hospital Tenon de París. En el Reino Unido comenzó en 1965 («*Hospital Care at Home*»), en Alemania (*Haüslische Krankenpflege*) y Suecia (*hospital Based at Home*) durante la década 1970, y en Italia («*Ospedalizzazione a Domicilio*») a principios de la década 1980. En todo este tiempo, esta modalidad asistencial se ha ido implantando con desigual éxito en muchos de los países de nuestro entorno, adaptando sus peculiaridades a las distintas estructuras demográficas, geográficas y sanitarias de cada lugar, llegando al punto de que en 1996 la oficina europea de la

OMS inicia el programa «*From Hospital to Home Health Care*», dirigido a promover, estandarizar y registrar adecuadamente esta modalidad de atención.^{1,8,9}

En España este tipo de asistencia comenzó a desarrollarse en 1981, de la mano del Dr. José Sarabia, en el Hospital Provincial de Madrid (actual Hospital Gregorio Marañón), siguiéndole otras unidades pioneras, como la del Hospital de Cruces de Baracaldo en Vizcaya (1983), la del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla (1984), la del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander (1984), la del Hospital General Yagüe de Burgos (1985) y la del Hospital Juan Canalejo de La Coruña (1987). En 1983 el Senado Español aprobó una moción en la que se reconoce la necesidad de crear las unidades de atención domiciliaria en la Seguridad Social.^{6,7}

En Chile, un grupo de mujeres que se beneficiaron de la expansión educacional promovida por el Estado comenzó a efectuar visitas a los domicilios en la década del 30; así pudieron reconocer y palpar la miseria en que vivían las familias pobres chilenas, sobre todo en las poblaciones periféricas y en los conventillos o cités. Mujeres de clase media, ejerciendo sus roles de enfermeras o visitadoras sociales, apoyadas en carreras universitarias, fueron las primeras en realizar visitas domiciliarias y rápidamente la literatura demostró que esta actividad beneficiaba en forma positiva a la familia, porque la hacía partícipe del cuidado del paciente.

Los elementos centrales de las visitas eran los aspectos educativo, higiénico y epidemiológico; las enfermeras organizaron esta actividad desde la perspectiva profesional y las asistentes sociales, que al principio se conocieron como «visitadoras de la miseria», se encargaron de la aplicación práctica de las políticas dirigidas a mejorar las condiciones de vida de los más pobres. Por su condición de «género femenino» se suponía que estas mujeres estaban habilitadas para educar en los roles de cuidado; esto dio origen a una larga tradición, que perdura hasta hoy.^{5,16}

IV.1.2. Definición

El programa de atención domiciliaria es un conjunto organizado y coherente de actividades encaminadas a garantizar la prestación de atención al domicilio del paciente desde el nivel de atención primaria de salud. Se define como la actividad

realizada por uno o más integrantes del equipo de salud en el domicilio de una familia, con el objetivo de establecer una integración con uno o más miembros y su entorno para conocer su medio ambiente y darles apoyo para enfrentar problemas bio-psicosanitarios, en el marco de una relación asistencial continua e integral, que debe ser la característica del quehacer en la atención primaria. Se podría agregar que tiene un componente centrado en las acciones de fomento.

Una de las definiciones clásicas de atención domiciliaria en geriatría la resumen Wieland, Ferrell y Rubenstein como aquellos cuidados de salud integrales proporcionados en el domicilio a pacientes ancianos incapacitados y a sus familias con el propósito de promover mantener o minimizar el efecto de la enfermedad y la discapacidad. A grandes rasgos la literatura que evalúa la efectividad de la valoración geriátrica integral en atención domiciliaria y centrada en la comunidad pone de manifiesto tres tipos de aproximaciones muy interrelacionadas:

La primera tiene que ver con todos los aspectos centrados en la prevención.

La segunda considera la Atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización.

Una tercera aproximación sería la que considera la Atención domiciliaria basada en la valoración geriátrica integral como alternativa a la institucionalización.¹⁸

IV.1.3. Clasificación de los pacientes incluidos en el servicio de visita domiciliaria

El paciente incluido en ésta, se puede clasificar dependiendo de la duración de la atención; permanente: si según las condiciones de la enfermedad que padece se considera que el mismo no recuperará la posibilidad de desplazarse al centro de atención; temporal: si las condiciones incapacitantes, de tipo social o psicológico, son reversibles o si se postula que el paciente cambiará de domicilio.¹⁹

IV.1.4. Criterios de inclusión al servicio de atención domiciliaria

Se describen como criterios de inclusión para un paciente pertenecer a este servicio, el hecho de que el paciente tenga una incapacidad física, como deterioro de la movilidad, medida por un índice de Barthel menor de 60, ó riesgos de caídas durante el trayecto al centro. También si hay incapacidad mental, como depresión,

demencia, etcétera. Se incluye también la incapacidad social, (si el paciente se encuentra sólo, con aislamiento social, vivienda alejada sin medio de transporte público o privado, situaciones de duelo, débil estructura de soportes de cuidados, conflictos familiares, presencia de barreras arquitectónicas, etcétera), teniendo en cuenta que el domicilio será el mejor lugar terapéutico para el paciente y que esté dentro del área de cobertura del programa. Se precisa realizar la valoración geriátrica integral, con fines de búsqueda de factores que incrementen la morbimortalidad del paciente, evaluándose los mismos periódicamente.

Una consideración importante para valorar las comorbilidades de un paciente anciano es la valoración del índice de Charlson. Se incluye la valoración de la capacidad funcional por el índice de Barthel, presencia de depresión por la escala de yesavage, capacidad mental por el test de Mini mental de Folstein, el estado nutricional por el Mini Nutricional Assesment (MNA), el riesgo de presentar úlceras por presión con la escala de Norton y el riesgo social con diferentes escalas validadas por países o centros específicos.¹⁹

IV.2. Historia de la geriatría

El término de geriatría se incorpora a la terminología médica hacia el año 1909, fecha en la que I. L. *Nascher publica en el New York Medical Journal* un artículo titulado: «*Geriatrics: The diseases of the old age and their treatments*», solicitando una medicina específica y distinta de la tradicional para la mejor atención de los pacientes ancianos.²⁰

Sin embargo, la medicina geriátrica moderna surge en Gran Bretaña en torno a 1935 de la mano de la doctora Marjory Warren, cuando fue destinada al *West Midd-Lessex Hospital* encargándose de la asistencia del adyacente hospita-asilo de los pobres a los que diagnosticó, evaluó y rehabilitó como pudo, logrando metas no sospechadas que no pasaron inadvertidas por sus colegas. La doctora Warren en una de sus publicaciones, en 1946, sobre ancianos y pacientes crónicos incapacitados decía:²⁰

«No hay duda en absoluto que estos pacientes han sido inadecuadamente tratados en el pasado y con frecuencia continúan recibiendo una atención insuficiente

y escasa, si es que reciben alguna, en una atmósfera que pierde la comprensión con su edad y condición. La profesión médica, habiendo tenido éxito en la prolongación de la vida del hombre, no debe seguir fallando en asumir su responsabilidad con el anciano enfermo o que se vuelve débil. Se necesita urgentemente un cambio en la actitud del cuidado y tratamiento de los enfermos crónicos».

Algunas ideas, hoy consideradas obvias, en su época fueron revolucionarias, tales como: que la vejez no es una enfermedad, que es esencial hacer diagnósticos concretos en los ancianos, y que el reposo prolongado en la cama puede ser peligroso.

El término de manejo inadecuado en la asistencia de los ancianos incluye aspectos diagnósticos y terapéuticos, y según Salomón (1988) se produce cuando en el paciente anciano concurre alguna de las siguientes circunstancias:

- Diagnóstico médico incompleto.
- Sobre prescripción de medicamentos.
- Infrautilización de la rehabilitación.
- Pobre coordinación entre servicios que imposibilitan la continuidad de cuidados.
- Institucionalización inadecuada.

Por lo tanto, la medicina geriátrica poseerá características que aseguren: el diagnóstico médico completo (valoración geriátrica integral), tratamiento integral (médico, funcional, psicológico y social), coordinación mediante niveles asistenciales que garanticen la continuidad de cuidados, así como la supervisión de los ancianos institucionalizados. Esta metodología de trabajo ofrece un tratamiento al paciente anciano que se ajuste a sus necesidades en función de la fase del proceso patológico que presenta. Como ya se ha dicho, la vejez no puede considerarse en sí misma una enfermedad, ahora bien es cierto que los cambios que se derivan del proceso de envejecer ponen a las personas en una situación de fragilidad que las hace más vulnerables a cualquier agente agresor.²⁰

IV.3. La enfermedad en el anciano

Los principales procesos mórbidos que afectan a los senectos no difieren de los que pueden afectar a otras edades. Es evidente que hay pocas enfermedades que

afecten sólo a las personas reconocidas como ancianas, incluso muchas de ellas aparecen en edades anteriores a los 65 años. Lo que sí es cierto es que se produce una mayor incidencia de estos procesos y especialmente las consecuencias que cualquiera de ellos puede tener en este grupo de población.

Hay una serie de elementos, característicos de los procesos patológicos geriátricos, que determinan la especificidad del cuidado y también los deberá tener presente cualquier profesional que trabaje en con gerontes. La mayoría de enfermedades del adulto joven suelen cursar como procesos aislados y aparecer de forma aguda. En los mayores, lo habitual es la presencia de varios procesos conjuntos ya que la existencia de una enfermedad predispone a la aparición de otras. El organismo anciano que ya sufre una patología, evidencia una menor capacidad de respuesta frente a una nueva enfermedad desestabilizadora, ya sea interna o externa, lo que requiere un sobreesfuerzo tanto físico como psíquico que merma evidentemente la capacidad de adaptación a ese nuevo proceso. Es entonces cuando aparece una afección secundaria que agudiza o agrava la original.²¹

IV.3.1. Aspectos generales de la sintomatología en el anciano

En los procesos patológicos geriátricos, la sintomatología no aparece de forma clara, sin embargo, hay una serie de síntomas que se repite en diversas enfermedades, aunque no se caracteriza por ser propia y/o específica de una concreta.²²

Así, el dolor es una manifestación ligada a diferentes situaciones: óseas, respiratorias, cardíacas, entre otras, es habitual su cronicidad y por este motivo muchas personas lo han adaptado a su sistema de vida, minimizando su valoración.

El dolor abdominal y el dolor torácico requieren una especial atención y una valoración pormenorizada dada la importancia y gravedad de los procesos a los que suelen acompañar. Sin embargo, no es raro que problemas como colecistitis o pancreatitis agudas cursen con dolor torácico, ni tampoco que un dolor abdominal sea el reflejo de alguna afección cardíaca, aunque este tipo de dolor suele percibirse en casos de obstrucción intestinal. El dolor desproporcionado a la causa, exige también una observación rigurosa ya que puede ser el reflejo de estados de confusión mental, depresiones.

La temperatura elevada en el anciano es un síntoma clínico importante porque cuando aparece indica problemas de infecciones masificadas u otros trastornos generalizados. Hay autores que defienden que la fiebre en procesos geriátricos sólo aparece en casos de infecciones pulmonares, cardíacas y renales en caso de supuración local.

Los problemas urinarios (poliuria, nicturia y polaquiuria) suelen aparecer en mayor proporción en las personas con hipertrofia prostática. Si se acompaña de disuria origina infecciones urinarias de repetición. Las molestias abdominales (dispepsias) son frecuentes, así la acidez del estómago, la aerofagia y los eructos, suelen acompañar a procesos digestivos, pero también a situaciones de obstrucción intestinal, colecistitis crónica, colelitiasis, etc. La diarrea, más que el estreñimiento (se presenta habitualmente formando parte de los cambios del proceso de envejecimiento), puede ser un signo de alerta tanto de retenciones de heces (fecalomas) como de lesiones de la pared intestinal.

La fatiga o debilidad general también es muy frecuente, la valoración específica indicará si acompaña a un proceso osteoarticular o bien es un signo de anemia, infección, depresiones, infecciones, deshidrataciones o un efecto secundario de un tratamiento farmacológico.

El edema de las extremidades inferiores suele ser la consecuencia de una insuficiencia venosa, pero también de la falta de movilidad. El temblor que se agrava con la actividad y la excitación, debe diferenciarse del parkinsoniano, primero, por la rapidez de sus movimientos y segundo, por la dificultad de contención.

El prurito generalizado aparece con mayor frecuencia en el tronco y extremidades. A veces responde a afecciones dermatológicas, pero también puede asociarse a diabetes, insuficiencia renal, reacciones adversas a medicamentos.²²

Los trastornos mentales transitorios (confusión aguda y desorientación) pueden ser secundarios a algún proceso de tipo infeccioso o tóxico, de carácter reversible.

Respecto a la presentación atípica en el anciano de patologías con presentación típica en el adulto, citaremos como ejemplos varias de ellas:²²

- Infarto de miocardio, indoloro en muchas ocasiones, hasta un tercio de los mismos o el 50 por ciento en el caso de diabéticos. Prevalece la disnea y los síncope.
- Insuficiencia cardiaca, menos disnea, probablemente por inmovilidad, presentándose con frecuencia síndrome confesional, anorexia y astenia.
- Abdomen agudo por apendicitis o perforación o isquemia, sin dolor e incluso con abdomen blando.
- Infecciones, sin fiebre ni leucocitosis, presencia de confusión.
- Neumonías, sin tos ni expectoración ni fiebre, a veces únicamente taquipnea.
- Hipertiroidismo sin síntomas clásicos como protopsis, palpitaciones, aumento de apetito, y menos aumento glandular. Sospecha ante insuficiencia cardiaca y arritmias refractarias a tratamiento.
- Hipotiroidismo, pobreza sintomática, confusión de los síntomas con los propios del envejecimiento, somnolencia, acinesia, estreñimiento, etc.
- Diabetes sin triada clásica (no hay poliuria, polifagia ni pérdida de peso) ni cetoacidosis.

Como vemos, fundamentalmente faltan la fiebre y el dolor y es muy frecuente la presentación de un síndrome confusional agudo o delirium como única manifestación sintomática de múltiples cuadros orgánicos.²²

IV.3.2. Anamnesis por aparatos

Dada la frecuencia con que estos pacientes no aquejån una clínica determinada o una sintomatología orientativa, esta herramienta nos facilitará información de la tan frecuente pluripatología y nos ayudará a identificar el o los problemas que han conducido a ese anciano ante nuestra presencia.

Para su ejecución interrogaremos al paciente sobre los aparatos que con más frecuencia están afectados en el paciente geriátrico.

- Órganos de los sentidos: visión, audición en todos sus aspectos.
- Cardiovascular: disnea, disnea súbita, síncope, mareos, parestesias o frialdad de extremidad, edemas, dolor u opresión precordial, palpitaciones.

- Gastrointestinal: disfagia, atragantamientos (importante por la frecuencia y complicaciones), dolor epigástrico, pirosis, regurgitación, ritmo deposicional, color y consistencia de las heces.
- Genitourinario: frecuencia miccional, polaquiuria, disuria, dificultad para la micción, hematuria. En la mujer nodulaciones mamarias, prolapsos, exudados vaginales.
- Músculo esquelético: debilidad proximal, mialgias, rigidez matinal, fracturas recientes, caídas, dolores articulares, alteraciones de la marcha, dolores dorsales. Neurológico: pérdida de conciencia, mareos, confusión, rigidez, temblor, alteraciones de la memoria y función cognitiva, déficit motor reciente.
- Endocrinológico: sed, diuresis, palpitaciones, frío, cambios de peso.
- General: anorexia, astenia, situación anímica y pérdida de familiares reciente.

El repaso por aparatos se puede completar con una autoevaluación acerca de la sensación subjetiva de bienestar o malestar y la descripción de un día típico de su vida habitual.²³

IV.4. Definición de comorbilidad

Se define comorbilidad como la existencia simultánea de dos o más enfermedades diagnosticadas en un mismo paciente, en relación con otra enfermedad que es el objeto principal de estudio, dificultando el diagnóstico y así también el manejo global del paciente. Con la edad, la comorbilidad aumenta notablemente, dada porque la frecuencia de enfermedades crónicas individuales aumenta. Su frecuencia se comprueba en los registros de morbilidad y su importancia se manifiesta en el uso de los servicios, en los tratamientos, en la supervivencia, y en la calidad de vida de los pacientes afectados, siendo los modelos de comorbilidad, las patologías crónicas mayormente vistas en los ancianos.²⁴

Se utilizan diferentes métodos para su valoración, definiéndose un índice de comorbilidad como una expresión numérica que abarca todas las enfermedades coexistentes y su severidad en el individuo respecto a una enfermedad que se considere el objeto de estudio, permitiendo su comparación con las puntuaciones de otros pacientes afectados de la misma enfermedad. Dentro de estos métodos el más

conocido es el índice de Charlson, considerado por algunos autores como el goldstandard en el momento actual.²⁴

Se trata de un índice elaborado por Charlson en 1987, basado en un estudio longitudinal sobre una cohorte de 607 pacientes, en el que se registraron las enfermedades presentes en los pacientes del estudio al recibir el alta médica y estudiándose la mortalidad por cualquier causa durante un seguimiento de un año. Las enfermedades que presentaron un mayor impacto pronóstico fueron identificadas realizando una regresión de Cox, y los valores que se asignaron a cada una de ellas fueron calibrados mediante el riesgo relativo.

Es asignada una puntuación específica teniendo en cuenta una serie de enfermedades comórbidas previas, calculándose usando riesgos relativos ajustados a partir de modelos al azar de 19 condiciones comórbidas clínicamente significativas.

El sistema de puntuación asigna valores de 0, 1, 2, 3 ó 6 puntos, en función de la presencia o no de cada una de las mencionadas condiciones comórbidas al inicio del estudio, obteniendo una puntuación final que determina el pronóstico final del paciente (de mejor a peor pronóstico con puntuaciones que pueden oscilar entre 0 y 31 puntos

Estas condiciones comorbidas son: Infarto al miocardio, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad vascular periférica, enfermedad cerebrovascular, hipertensión arterial, alcoholismo, enfermedad tromboembólica, arritmia, demencia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades del tejido conectivo, ulcus péptico, hepatopatía leve, diabetes mellitus, hemiplejía, enfermedad renal moderada-severa, tumor sin metástasis, leucemia, linfoma, enfermedad hepática moderada-severa, tumor solido con metástasis y sida.

El estilo de vida y los hábitos dietéticos pueden reducir la incidencia de enfermedades importantes a lo largo de la vida, como la enfermedad coronaria y el ictus.

En geriatría es habitual la presencia de «alteraciones iceberg»; es decir, de enfermedades no conocidas ni por el paciente ni por su médico, que además con frecuencia son el origen de incapacidades no explicadas por los trastornos

previamente documentados, en un marco funcional que obliga a medir la enfermedad a través de sus consecuencias y no sólo a partir de las causas que la generan.

Esta forma de «presentación atípica» de las enfermedades en los ancianos es la responsable de los denominados síndromes geriátricos, sin caer en el error de considerar a éstos única y exclusivamente como una manifestación atípica de una enfermedad, sino que deben ser considerados en algunos casos como entidades nosológicas específicas con alta frecuencia de presentación en los ancianos, siendo incluidos dentro de las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de la medicina geriátrica.²⁵

IV.5. Descripción de los síndromes geriátricos

Los síndromes geriátricos son situaciones de enfermedad expresadas por un conjunto de síntomas. Son un conjunto de cuadros originados por la concurrencia de una serie de enfermedades que tienen su expresión a través de cuadros patológicos no encuadrados en las enfermedades habituales.

Es una forma habitual de presentación de las enfermedades en los ancianos y exigen una cuidadosa valoración de su significado y etiología para realizar un correcto tratamiento y no caer en el frecuente «viejismo» como modo de interpretar una situación patológica.

Estos síndromes pueden generar mayor morbilidad y consecuencias en ocasiones más graves que la propia enfermedad que los produce (por ej., síndrome de inmovilidad generado por un ACV [accidente cerebrovascular], sin una buena prevención de las úlceras de decúbito éstas pueden aparecer y generar más problemas).

Aun sabiendo la importancia de estos cuadros, existen pocos estudios epidemiológicos en la literatura centrados en la prevalencia de los mismos, manteniéndose el patrón habitual de la enfermedad individualizada y, en el mejor de los casos, su repercusión funcional y mental. Suelen ser fuente de incapacidad funcional o social del enfermo que los padece.

Se conocen como «los gigantes de la geriatría», y su conocimiento resulta imprescindible para realizar una correcta valoración geriátrica. Su detección y estudio protocolizado es una exigencia ante cualquier paciente anciano.

Los síndromes geriátricos son magníficamente definidos por Kane, en 1989, en su libro *Essentials of Clinical Geriatrics* como problemas geriátricos, permitiendo a través de una regla nemotécnica su memorización por medio de la regla de las «ies»:²⁶

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

Las personas mayores presentan varias enfermedades , agudas o crónicas, relacionadas o no, y en ocasiones las interacciones entre ellas hace que el manejo clínico del anciano no sólo sea difícil, sino que llega a constituir un reto su abordaje, reto que todo el personal sanitario (médicos de distintas especialidades médicas y quirúrgicas, así como enfermeras, terapeutas...), actuales y futuros debe aceptar y afrontar mediante una formación geriátrica adecuada a las necesidades del paciente.²⁶

IV.6. Malnutrición en el anciano

Los ancianos son más propensos a padecer malnutrición, puesto que una gran proporción de estos cursan con enfermedades agudas o crónicas, que les disminuyen su capacidad de ingestión de alimentos, la cual puede acompañarse de

alteraciones en la función intestinal, un metabolismo ineficaz, fracaso de la homeostasis y utilización defectuosa de nutrientes.³ La Organización Mundial de la Salud (OMS) en un estudio de nutrición en el envejecimiento, señaló a la población anciana como un grupo nutricionalmente muy vulnerable, debido a los cambios anatómicos y fisiológicos asociados al proceso de envejecimiento.

Algunas de las alteraciones fisiopatológicas que se asocian a la nutrición y el estilo de vida, encontramos la intolerancia a los hidratos de carbono, la osteoporosis y la aterosclerosis. Aceptándose comúnmente que estas anomalías están íntimamente ligadas al proceso de envejecimiento; sin embargo, hoy se reconoce que cuando se controlan las otras variables en juego (como la alimentación, el ejercicio y el tabaquismo), sólo una fracción del deterioro que se observa en tales circunstancias es atribuible al envejecimiento en sí mismo.²⁷

La prevalencia de malnutrición varía mucho en función de la metodología diagnóstica empleada en su valoración y del medio y la población donde se ha realizado el estudio, es por tanto, que si se implementan los mismos parámetros para todos los grupos etarios, es posible que los ancianos en riesgo nutricional sean detectados tarde y sea imposible prevenir a tiempo las complicaciones derivadas de dicha malnutrición.

En relación a la malnutrición un estudio realizado en Barcelona, España en el 2004 por Ricart *et al*, con el objetivo de establecer el estado nutricional en pacientes mayores de 65 años que pertenecían al programa de visita domiciliaria, utilizando el MNA, se encontró una elevada prevalencia de riesgo de desnutrición y desnutrición en dicha población. En donde el 20.2 por ciento de los pacientes estudiados estaban desnutridos y el 51.9 por ciento de estos presentaban riesgo de desnutrición.¹⁶

Suominen *et al*, en el 2005 realizaron un estudio sobre la prevalencia de malnutrición en ancianos y los factores asociados a ésta. Utilizando el MNA encontraron que un tercio (29%) de los pacientes estudiados presentaron malnutrición y que el 60 por ciento de los mismos estaba en riesgo. Dicha malnutrición estuvo relacionada con el sexo femenino, una mayor edad en asilos de ancianos, deterioro funcional, demencia, accidente cerebrovascular, constipación

y disfagia. Esto determina la importancia de tomar en cuenta el estado nutricional del paciente cuando éste padece ciertas comorbilidades.

Reportes de Latinoamérica, específicamente en Colombia, en un trabajo en pacientes ancianos hospitalizados con fines de valorar su estado nutricional, concluyeron que el EPOC fue la enfermedad más prevalente en hombres; en mujeres hubo mayor presencia de enfermedades cardíacas y cerebrovasculares. En la evaluación de riesgo nutricional por MNA, el 97 por ciento de la población estudiada presentó un puntaje inferior a 11, lo cual indicó posible desnutrición. El Mini Nutritional Assessment (MNA) recoge aspectos de la historia dietética, datos antropométricos, datos bioquímicos y valoración subjetiva. Tiene buena correlación con el diagnóstico clínico y bioquímico, predice mortalidad y complicaciones. Es corto, reproducible, fue publicado en 1994 por Guigoz y ampliamente validado en la población geriátrica, aplicable a cualquier anciano (sano o enfermo) y en cualquier contexto de evaluación (domicilio u hospital) y útil en el seguimiento nutricional.

El MNA se divide en dos fases, una primera fase de cribaje, y la segunda de evaluación, donde en total se valoran 18 apartados, cada uno con una puntuación asignada según el peso (fuerza de correlación), en relación con la valoración nutricional considerada estándar (parámetros antropométricos, encuestas dietéticas y marcadores biológicos). Deben plantearse las preguntas de la forma más simple posible. En algunos casos, la valoración se apoyará en la información aportada por cuidadores y en la historia clínica del paciente. Tiene una valoración final máxima de 30 puntos, clasificándose en bien nutridos (>24), en riesgo de malnutrición ($17-23.5$) y malnutridos (<17).

Una de sus ventajas es que existe la posibilidad de estudiar cada apartado por separado con objeto de intentar corregir los déficits detectados, e incorporar su corrección al plan terapéutico.

Existe una relación con parámetros antropométricos (circunferencia de pantorrilla y brazo). En aquellos pacientes en los que se ha llegado al diagnóstico de desnutrición mediante MNA, la mortalidad estimada está en torno al 40 por ciento al año y 80 por ciento a los tres años. En el caso de los institucionalizados se asocia a presencia de problemas neuropsicológicos (depresión, demencia) y capacidad para

vivir de forma autónoma y en los de estancia media, se ha relacionado con los siguientes parámetros: circunferencia de pantorrilla, capacidad para vivir de forma autónoma, grado de movilidad, presencia de problemas neuropsicológicos en los últimos tres meses y presencia de úlceras por presión.²⁷

IV.7. Situación funcional y sus indicadores

La situación funcional de un paciente es uno de los mejores indicadores de su estado de salud y predictor de morbimortalidad. Su valoración es fundamental para planificar las atenciones geriátricas que precise. Su objetivo es cualificar y cuantificar el grado de deterioro funcional, además de su capacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana, valorando su dependencia social. Podemos clasificarlas en 3 grupos: las actividades básicas de la vida diaria, las actividades instrumentales y las actividades avanzadas de la vida diaria, medidas todas por diferentes índices.

En el caso de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), son las elementales para llevar una vida independiente como comer, vestirse, asearse, levantarse de la cama o caminar. Se utilizan métodos de valoración como el índice de KATZ y el de Barthel, este último el que se utilizará en este estudio por ser el más utilizado internacionalmente.

Para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), se plantea ya funciones más elaboradas como realizar tareas domésticas, uso del teléfono, transportes públicos y manejo de dinero. Para esta valoración se usan índices como el de Lawton y Brody.

Las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) ya son acciones más intensas propias de edades más jóvenes, como hacer deportes y viajar, requiriendo un alto grado de independencia funcional.²⁸

El índice de Barthel fue diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y musculo esqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland y publicado diez años después (1965), este índice consta de diez parámetros que miden las Actividades Básicas de la Vida Diaria, la elección de las mismas se realizó de forma empírica según la opinión de médicos, enfermeras y fisioterapeutas.

En 1979 Granger publicó la modificación del índice de Barthel. El cambio fundamental se encontraba en el parámetro relativo al traslado en silla de ruedas a cama por el de traslado de sillón a cama, siendo esta versión más difundida y utilizada en la mayoría de los países.

Hoy en día es uno de los instrumentos de medición de las Actividades Básicas de la Vida Diaria más utilizado internacionalmente, sobre todo en pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda y por los autores británicos. En España, es la escala de valoración funcional más utilizada en los servicios de geriatría y de rehabilitación.

La traducción al español se publicó en el año 1993 y se comenzó a utilizar en unidades de agudos en pacientes geriátricos con accidente vascular cerebral y posteriormente en otros niveles asistenciales.²⁸

IV.8. Normas de aplicación y puntuación

El Índice de Barthel²⁹ valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación y escaleras; y les asigna una puntuación (0,5,10,15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100. La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0. Los cambios se producen de 5 en 5 y no es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia.

Grado de dependencia según puntuación de la escala:²⁹

- Independiente: 100 (95 en silla de ruedas).
- Dependiente leve: 91-99
- Dependiente moderado: 61-90
- Dependiente grave: 21-60
- Dependiente total: 0-20

Algunos autores han propuesto puntuaciones de referencia para facilitar la interpretación con un punto de corte en 60 (por encima de 60 implica independencia).

Fácil de aplicar, aprender y de interpretar por cualquier miembro del equipo con un tiempo medio requerido de cinco minutos. Su aplicación no causa problemas y es bien aceptada por los pacientes. Puede ser repetido periódicamente. Fácil adaptación a diferentes ámbitos culturales.²⁹

IV.9. Validez y reproducibilidad

En cuanto a su validez es un buen predictor de mortalidad y de respuesta a los tratamientos de rehabilitación. Valora con precisión la duración de la estancia hospitalaria, la necesidad de hospitalización, el resultado funcional final y la capacidad para seguir viviendo en la comunidad y para regresar a la vida laboral.

Su reproducibilidad no fue determinada cuando se desarrolló originariamente sino en 1988, cuando se publicó un trabajo que valoraba la reproducibilidad de la versión Original.

Algunos parámetros concretos del índice como la continencia, la transferencia y la movilidad han demostrado tener un elevado poder de predicción de la puntuación total a alcanzar por los pacientes en el momento del alta hospitalaria. De la misma forma, la capacidad de independencia para vestirse y subir escaleras previas a la fractura de cadera en ancianos son predictores de recuperación funcional tras ella.³⁰

IV.10. Limitaciones

Detecta fácilmente cambios en personas con puntuaciones intermedias aunque presenta limitaciones para detectar cambios en situaciones extremas (próximas a 0 a 100). Estos inconvenientes no son problemáticos en la práctica clínica pero es necesario tenerlos en cuenta en la investigación.³⁰

IV.10.1. Las úlceras por presión

Las úlceras por presión suponen una enfermedad de frecuente aparición en pacientes en situación terminal e inmovilizados. Se definen como lesión de piel y tejidos subyacentes producida cuando una presión mantenida por una protuberancia

ósea y una superficie dura produce una inhibición del riego sanguíneo en esa zona. Como resultado de la hipoxia tisular en la zona aparece una degeneración rápida de los tejidos.³¹

A nivel hospitalario, entre 3 y 11 por ciento de los adultos mayores desarrollan u.p.p., verificándose el 70 por ciento de dichas lesiones en las dos primeras semanas de estancia hospitalaria. El impacto de las u.p.p. en el adulto mayor hospitalizado estriba en una estancia hospitalaria cinco veces mayor que en pacientes sin esta condición, así como un aumento de la mortalidad que oscila entre 23 y 27 por ciento de prevalencia; incremento significativo de complicaciones infecciosas y comorbilidad, así como elevación en los costos de manejo, estimándose en \$489 por úlcera, con un tiempo medio de tratamiento de 116 días.

El factor más importante en el desarrollo de las UPP es la presión mantenida. A ella se pueden asociar fuerzas de fricción paralelas o tangenciales, así como una serie de factores de riesgo que dependen fundamentalmente de las condiciones del paciente.¹ La presión mantenida sobre piel y tejidos blandos produce un aumento de la presión intersticial, con obstrucción de vasos sanguíneos (formación de microtrombos) y linfáticos, que conducen a autólisis y acumulación de residuos toxicometabólicos. La presión hidrostática de los capilares cutáneos oscila entre 6 y 32 mmHg. Toda presión que supere estas cifras disminuye el flujo sanguíneo y produce daño isquémico, incluso en menos de 2 h. Las fuerzas de roce (fuerzas de presión paralelas a la superficie epidérmica) y cizallamiento (fuerzas tangenciales que incrementan la fricción en la zona de presión, cuando la cabecera de la cama se eleva más de 30°) disminuyen la circulación y causan daño tisular.

La edad y la capacidad física mermada (inmovilidad, parálisis, estados comatosos.) son factores de riesgo permanentes a los que se pueden añadir otros como accidente cerebrovascular, diabetes mellitus, esclerosis múltiple y cáncer, o como consecuencia de tratamientos farmacológicos (sedantes, corticoides, citostáticos) o médicos (uso de sondas con fines diagnósticos o terapéuticos, reposo prolongado sin cambios posturales, exceso o defecto de higiene con jabones o antisépticos no adecuados).³¹

En la valoración se deberá realizar una historia y un examen físico completo en el contexto general de salud contemplando aspectos físicos y psicosociales.

Debe tenerse en cuenta la disminución del nivel de conciencia de los pacientes, si sufren incontinencia, si tienen alteraciones en la nutrición (déficit proteico, de vitamina C, hierro, cobre y cinc, así como obesidad o caquexia) y dolor. En la valoración psicosocial habrá que examinar la capacidad, la habilidad y la motivación del paciente para participar en su entrenamiento terapéutico.

La valoración se realiza habitualmente mediante escalas acreditadas, como la de Norton modificada, la cual será la que utilizaremos en este estudio o la de Arnell

La escala de Norton fue realizada por Doreen Norton en el año 1962. Valora cinco apartados con una escala de gravedad de 1 a 4, cuyos valores son sumados para obtener una puntuación total que estará comprendida entre 5 y 20. Se consideran pacientes de riesgo a aquellos con una valoración baja (a menor puntuación, mayor riesgo).³¹

- 5 a 9: riesgo muy alto.
- 10 a 12: riesgo alto.
- 13 a 14: riesgo medio.
- Más de 14: riesgo mínimo o no riesgo.

IV.10.2. Escala de Norton

Una escala de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión (EVRUPP), es un instrumento que establece una puntuación o probabilidad de riesgo de desarrollar úlceras por presión en un paciente, en función de una serie de parámetros considerados como factores de riesgo.

La escala de Norton es la primera escala de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión descrita en la literatura y fue desarrollada en 1962 por Doreen Norton, junto con McLaren y Exton-Smith en el curso de una investigación sobre pacientes geriátricos. De la escala de Norton se han derivado múltiples escalas (Gosnell, Ek, Nova, EMINA, etc.) aunque otras autoras han utilizado diferentes criterios para desarrollar sus escalas, como Waterlow, Cubbin-Jackson, etc. A partir

de la fecha de su desarrollo, la escala de Norton ha alcanzado una importante difusión en todo el mundo.³²

Esta escala considera cinco parámetros: estado mental, incontinencia, movilidad, actividad y estado físico; y es una escala negativa, de forma que una menor puntuación indica mayor riesgo. En su formulación original su puntuación de corte eran los 14, aunque posteriormente, en 1987, Norton propuso modificar el punto de corte situándolo en 16. como localizaciones más frecuentes, encontramos que las escaras aparecen en talones, sacro, región lumbar, codos, escápulas y nuca cuando el paciente se encuentra en decúbito supino; en tobillo, cara interna de las rodillas, trocánter mayor, codos, hombros y oreja cuando el paciente se encuentra en decúbito lateral; en talones, pelvis, región lumbar, escápulas y nuca cuando el paciente se encuentra en sedestación, y por último si el paciente se encuentra en decúbito prono, podrán aparecer úlceras en los dedos, rodillas, órganos genitales en varones, mamas en mujeres, acromion, mejillas y orejas.

Conviene conocer cuáles son los estadios por los que pasa la úlcera para llevar a cabo la actuación terapéutica adecuada en cada caso. El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) establece 4 estadios.¹⁷

El estadio I (el más leve) se caracteriza por una piel rosada o enrojecida que no cede tras 30 s de alivio de la presión; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados, y afecta a la epidermis.

En el estadio II aparece una pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis y la dermis. Se forma una úlcera superficial que tiene aspecto de ampolla o desgarro superficial.

En el estadio III hay una pérdida total del grosor de la piel, que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, y puede extenderse hacia abajo, pero sin atravesar la aponeurosis.

Por último, el estadio IV, el más grave, se caracteriza por una pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén. Las lesiones pueden presentarse con cavernas y tunelizaciones.

La mayoría de las UPP pueden prevenirse. Se calcula que hasta el 95 por ciento son evitables, por lo que es importante disponer de estrategias de educación y prevención.

Ofrecer información, tanto a los pacientes como a sus familiares, es un elemento esencial a la hora de aportar cuidados de alta calidad. La educación sanitaria debe ser entendida como un proceso y para que sea eficaz ha de ser individualizada, centrada en los intereses y necesidades del enfermo y de la familia. Requiere de habilidades en las técnicas de comunicación, sin tratar de imponer sino de promover los estímulos y recursos del enfermo y de la familia, para que puedan vivir cada día con el mejor grado de bienestar posible.³²

IV.11. Depresión en el anciano

IV.11.1. Definición

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en el anciano y una de las principales consultas médicas, aun cuando su presencia puede pasar desapercibida el ánimo triste no forma parte del envejecimiento normal y no es un acompañamiento natural e inevitable.

Las definiciones más aceptadas hoy en día son las descritas por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10): episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente y distimia; y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV): episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor episodio único y recidivante, trastorno distímico y trastorno no especificado.³³

IV.11.2. Epidemiología

Hay estudios que indican una alta prevalencia en determinados subgrupos de población geriátrica: los hospitalizados (11%-45%), institucionalizados (30%-75%), los enfermos tratados ambulatoriamente tras el alta hospitalaria, los pacientes discapacitados y los prodecentes de estratos socioeconómico desfavorecidos.

La depresión en geriatría, a diferencia del adulto, muestra menor grado de asociación con el sexo femenino, invirtiéndose incluso la proporción en los muy ancianos, encontrándose también mayor asociación con estado civil de divorcio o

separación conyugal, nivel socioeconómico bajo, escaso apoyo social, presencia de acontecimientos vitales recientes adversos e inesperados y problemas de salud que dan lugar a incapacidad (patologías neuronales, endocrinas, respiratoria, cardiaca, tumoral).³³

IV.11.3. Formas clínicas de la depresión en el anciano

La depresión es probablemente el ejemplo de presentación inespecífica y atípica de enfermedad en la población geriátrica. Los síntomas y signos pueden resultar de una variedad de enfermedades físicas tratables, y, de este modo, frecuentemente la depresión y las enfermedades físicas coexisten y se exacerban en estos pacientes. Muchos síntomas físicos pueden ser causa de una depresión: fatiga, anorexia, insomnio, palpitaciones, dolor torácico, dolor abdominal, estreñimiento, dolor músculo-esquelético difuso, cefalea, parestesias..., por lo que el examen ha de ser cauteloso en ambos sentidos. Los síntomas, como la tristeza o inutilidad, pueden ser somatizados de manera característica por el paciente anciano. La principal causa de pérdida de peso en la vejez es la depresión (se ha asociado a pérdida de masa ósea y es un factor de riesgo para un pobre estado de salud).

Por otra parte, la depresión se asocia a una alteración funcional debido quizás a una alteración emocional, a un declive en la función cognitiva y física. Afecta a la incapacidad y dependencia, siendo a su vez la incapacidad un claro factor de riesgo para la propia depresión, sin olvidar que no es inevitable el declive funcional en el curso de esta patología y su reversibilidad, al menos en parte.³⁴

IV.11.4. Presentación de la depresión en el anciano

La presentación clínica puede ser diferente: enlentecimiento psicomotor, ideación depresiva, baja conciencia de enfermedad, ausencia de historia familiar de trastornos depresivos, minusvalía física, asociación con deterioro cognitivo (disminución de la fluencia verbal, alteración en la nominación, menor iniciativa y perseveración), disminución de interés por las actividades, mayor anhedonia, riesgo aumentado de desarrollar síndrome confusional agudo.

La comorbilidad más alta la presentan los infartos corticales y lacunares, siendo más baja en la enfermedad de Binswanger.

Este concepto de depresión vascular, pese a lo anteriormente indicado, presenta actualmente marcada controversia, con estudios a favor y en contra, tanto en cuanto a su etiología como a su nosología. Los pacientes con demencia desarrollan depresión en mayor frecuencia que la población general, y a su vez los síntomas depresivos son muy frecuentes entre los pacientes con demencia.

El suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte en los países desarrollados, incrementándose con la edad, sobre todo a partir de los 65 años, duplicándose la tasa de suicidio en este grupo de edad. Es característico que la tasa de suicidios es mayor en el varón que en la mujer, teniendo esta última mayor tasa de intentos autolíticos, lo que no parece cumplirse con tanta claridad en el varón. El anciano depresivo con ideas suicidas es menos predecible y, por lo tanto, más difícil de prevenir. Los métodos violentos de suicidio son los más frecuentes en la senectud.³⁴

IV.11.5. Diagnóstico

Los criterios diagnósticos son idénticos para todos los grupos de edad y, como hemos visto en el anciano, podemos encontrar singularidades en la presentación con respecto a los jóvenes. La historia clínica acerca de síntomas depresivos o el uso de escalas pueden ser de utilidad para el diagnóstico de depresión en el anciano; alta prevalencia de síntomas físicos y enfermedades médicas asociadas en este grupo de pacientes. Síntomas inespecíficos pueden sugerir depresión. Fármacos usados en patologías médicas pueden considerarse causas potenciales de los síntomas y signos de la depresión. Por todo ello, es fundamental hacer una buena historia clínica que incluya síntomas (sintomatología actual y factores desencadenantes), antecedentes (familiares y personales, respuesta a tratamientos previos) y consumo de sustancias; exploración física; exploración psicopatológica (alteraciones del humor y estado afectivo, alteraciones de la conducta, apariencia y motricidad, alteraciones de la percepción y del pensamiento, autoestima y culpa e ideación autolítica); exploración cognitiva; pruebas complementarias (hemograma, analítica de orina,

iones, urea glucosa creatinina, transaminasas, hormonas tiroideas, vitamina B12 y ácido fólico) y pruebas psicométricas. Existen numerosas escalas para la valoración de síntomas depresivos, pero muchas de ellas no han sido específicamente diseñadas para el anciano. Entre las más utilizadas, se pueden citar: Escala de Hamilton para la Depresión, Escala Autoaplicada de Zung, Escala de Depresión de *Montgomeri-Asberg* y la *Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage*.² En ancianos con demencia es destacable la escala de Cornell, diseñada específicamente para depresión en demencia.

Signos para detectar depresión en pacientes con demencia:³⁴

- Apariencia triste.
- Baja reactividad ambiental.
- Agitación diurna.
- Ansiedad afectiva (llanto...).
- Lentitud del lenguaje.
- Demanda excesiva de atención.
- Retraso psicomotor.
- Autoagresiones.
- Pérdida de apetito.
- Gritos con contenido depresivo.
- Despertar temprano.
- Variación diurna del humor.

Se pueden resaltar algunas características especiales de la depresión en el anciano:

- Acentuación patológica de los rasgos premórbidos.
- Escasa expresividad de la tristeza.
- Tendencia al retraimiento y aislamiento.
- Dificultad para reconocer los síntomas depresivos.
- Deterioro cognitivo frecuentemente asociado.
- Expresión en formas de quejas somáticas.
- Mayor frecuencia de síntomas psicóticos. Delirio.
- Posibles trastornos de conducta. Irritabilidad.
- Presencia de comorbilidad. Pluripatología.

- Enfermedad cerebrovascular frecuente.
- Presencia de polifarmacia.

Tabla 1: Fármacos asociados con depresión:

- Digoxina.
- Carbamacepina.
- Tiacidas.
- Fenitoína.
- Propanolol.
- Penicilina G y Ampicilina.
- Amantadina.
- Antituberculostáticos.
- Bromocriptina.
- Sulfamidas.
- Levodopa.
- Metoclopramida.
- Haloperidol.
- Hormonas anabolizantes.
- Benzodiazepinas.
- Ranitidina.
- Barbitúricos.
- Antineoplásicos.

Enfermedades asociadas a la depresión:

- Deshidratación.
- Insuficiencia cardiaca.
- Hipo e hipernatremia.
- Infarto de miocardio.
- Hipo e hiperglucemia.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Hipo e hipercalcemia.
- Colon irritable.
- Hipo e hipertiroidismo.

- Artritis degenerativa.
- Diabetes mellitus.
- Incontinencia urinaria.
- Enfermedad de Addison.
- Enfermedad de Paget.
- Déficits vitamínicos.
- Demencia.
- Tumores.
- Infartos cerebrales.
- Infecciones.
- Enfermedad de Parkinson^{33,34}

IV.12. Ingreso hospitalario vs visita domiciliaria

La hospitalización representa un riesgo para la estabilidad del anciano. Su objetivo básico es corregir el proceso agudo que la ha determinado y no parece ser el mejor ámbito asistencial para llevar a cabo una VGI. Pese a ello, muchos autores hablan de estrategias para evitar o mejorar la situación de dependencia con actuaciones en el momento de la hospitalización, lo que, sin duda, puede repercutir también en la mortalidad.³⁵

La hospitalización del anciano por enfermedad aguda se asocia a menudo con el inicio de incapacidad. McVey *et al.*³⁶ mostraron que alrededor de un tercio de los mayores de 75 años desarrollaba una incapacidad nueva en las actividades de la vida diaria tras el ingreso por una enfermedad aguda. Son hallazgos confirmados por otros estudios que mostraban pérdida de movilidad y de función cognitiva en ancianos hospitalizados.^{37,38} Otros estudios longitudinales han demostrado que el desarrollo de discapacidad en ancianos se asocia significativamente a eventos agudos y hospitalización.^{39,40}

Los intentos por diseñar programas para mejorar la función en pacientes con procesos agudos han mostrado importantes limitaciones en ancianos hospitalizados, debido, probablemente, a la multiplicidad de factores médicos y sociales implicados, lo que determina un abanico de pacientes muy heterogéneo.^{41,42} Pese a ello, existen

estudios que intentan demostrar que la función es un factor predictor de la evolución de una enfermedad aguda,⁴³ y la incapacidad se asocia a un incremento de la mortalidad, institucionalización, gasto sanitario y utilización de servicios sociales.⁴⁴ Sin embargo, cuando estos ancianos sufren procesos intercurrentes severos, como puede ser una fractura de cadera, una infección urinaria grave o una descompensación aguda de una de sus múltiples patologías crónicas (insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC]), el tradicional ingreso en un hospital de agudos es considerado todavía por muchos como el único sistema adecuado para atajar el problema de salud existente. Aunque ello conlleve asumir como inevitables algunos inconvenientes (tabla 1) derivados de la poca adaptación funcional y organizativa que han sufrido nuestros hospitales en todo este tiempo, más preparados todavía para atender a una población principalmente joven que para cubrir las necesidades de sus pacientes más años.

Tabla 1. Inconvenientes de la hospitalización convencional para el anciano

Psicológicos:

- Separación de su entorno familiar y social
- Pérdida de su identidad y de su autoestima
- Merma de su intimidad
- Episodios de delirium
- Cuadros depresivos

Orgánicos:

- Iatrogenia derivada de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Infecciones nosocomiales

Desde un punto de vista psicológico, por el hecho de adentrarse en un medio extraño para él, separado de su entorno habitual y con cierta merma en su intimidad, el anciano está expuesto a perder su identidad dentro del grupo socio-familiar al que pertenece. Incluso, en función de su capacidad de acomodación a la nueva situación, podría llegar a ver socavada su autoestima. Y ello también podría constituirse, sin

duda, en un factor de riesgo más en la génesis de cuadros psicopatológicos frecuentemente detectados en estos pacientes (delirium¹¹, depresión). Al contrario, también es cierto que la mera presencia de la familia junto al enfermo durante su tiempo de ingreso, con el soporte emocional que ello supone, puede contribuir a que psicológicamente tenga menos rechazo al medio hospitalario.

Por otro lado, en el caso del anciano, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los que cualquier paciente es sometido en el hospital pueden generar más iatrogenia que en el adulto más joven y, entre otras cosas, hacer que afloren los comentados síndromes geriátricos, que hasta entonces estaban en un estadio preclínico, o que se produzca un agravamiento de éstos.⁴⁵ Así, en algunas ocasiones, la indicación de tales procedimientos no se ajusta suficientemente a las peculiares características del anciano como, por ejemplo, cuando se procede a la inserción de catéteres venosos centrales ante la dificultad de conseguir accesos venosos periféricos a pesar de que se podrían haber utilizado otras vías de administración de los fármacos o los fluidos.

También cuando una insuficiencia renal o hepática no se detecta a tiempo y, por lo tanto, no se tiene en cuenta a la hora de determinar la dosificación de un fármaco; o cuando el paciente es sometido a polifarmacia, y por lo tanto expuesto a posibles interacciones perjudiciales, provocada por la participación simultánea de varios especialistas en el manejo del paciente sin un facultativo que coordine todo el proceso. Finalmente, el medio hospitalario, como ya es conocido, conlleva para el paciente el riesgo de infecciones nosocomiales (neumonía, infección urinaria, infección de la herida quirúrgica, diarrea por *Clostridium difficile*), cuya gravedad puede ser máxima en un paciente como el anciano frágil, cuyos órganos no tienen ya la reserva funcional del adulto. Todas estas circunstancias, añadidas al proceso agudo que motivó el ingreso, pueden traducirse en una merma de su capacidad funcional y en un empeoramiento de su calidad de vida, antesala a su vez de una progresiva dependencia y, finalmente, de su definitiva institucionalización en una residencia geriátrica cuando no de su fallecimiento.⁴⁶

Teniendo en cuenta todo lo apuntado arriba y en busca de que los siempre escasos fondos asignados a la sanidad se utilicen de la forma más eficiente posible,

los gestores hospitalarios de todo el mundo, y de España en particular, llevan muchos años poniendo en marcha fórmulas asistenciales alternativas a la hospitalización convencional de los pacientes, que en cualquier caso no supongan para el paciente una pérdida de oportunidad de cuidados.¹³ Una de estas alternativas, cada vez más desarrollada en nuestro país, es la hospitalización a domicilio (HaD), de cuyas características va a versar esta monografía, enfocando el tema al paciente pluripatológico y de edad avanzada, sin duda uno de los que más se pueden beneficiar de este modelo asistencial.^{43,44}

La clave de este tipo de asistencia está en considerar al propio domicilio, concebido en una triple dimensión: física (vivienda y equipamiento), psíquica (afectos sentimientos y recuerdos) y social (familia, vecinos y amigos), como un arma terapéutica más, de modo que podamos considerarlo en ese momento como el mejor lugar terapéutico para el paciente, pero sin olvidar que es una alternativa más dentro de un abanico de opciones terapéuticas.⁴⁴

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variables	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo vida de la paciente desde el nacimiento hasta el momento del estudio	Años cumplidos	Ordinal
Sexo	Género al que pertenece el paciente.	Masculino Femenino	Nominal
Comorbilidad	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.	Puntuación/Grado	Nominal
Síndromes geriátricos	Se refieren a condiciones de salud multifactoriales, propias del paciente anciano.	Historia de caídas Nutrición Incontinencia fecal Estreñimiento Visión Audición Depresión Demencia Sd. Confusional agudo Problemas funcionales Iatrogenia/Polifarmacia Inmovilismo Incontinencia urinaria Ulceras por presión Problemas socio-familiares.	Nominal
Estado nutricional	Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que	Mini nutricional Assesment Bien nutrido Riesgo de desnutrición	Nominal

	tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.	Mal nutrido	
Capacidad funcional	Se define como la facultad presente en una persona, para realizar las actividades de la vida diaria.	Índice de Barthel	Nominal
Riesgo de padecer ulcera	Es la vulnerabilidad ante un posible o potencial perjuicio o daño para las personas.	Escala Norton	Nominal
Depresión	Es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo.	Sí No	Nominal

VI. MATERIAL Y METODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal sobre análisis de las patologías encontradas en pacientes del programa de visita domiciliaria del servicio de geriatría del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez en la ciudad de Santiago de los Caballeros en el período septiembre 2006 mayo 2011.

VI.2. Demarcación geográfica

Este estudio se realizó en el Hospital Regional Universitario José María Cabral y Baéz de la Ciudad de Santiago de los Caballeros, delimitado al Norte, por la Avenida 27 de Febrero; al Sur, por La Calle Pedro Francisco Bono; al Este, por la Calle Cuba y al Oeste, por La Calle Sánchez.



Vista Aérea

VI.3. Universo y población

La población de referencia estuvo conformada por todos los pacientes incluidos en el programa de visita domiciliaria en el período septiembre 2006 mayo 2011 para

un tamaño poblacional (N) de 172 pacientes. Los cuales deberán cumplir criterios de inclusión y exclusión.

Para pertenecer al programa de visita domiciliaria es necesario cumplir con requisitos establecidos por el servicio de Geriatría del Hospital Regional Universitario José María Cabral Báez, los cuales son:

- ✓ Tener más de 65 años de edad.
- ✓ Tener una discapacidad física, mental, social, enfermedad crónica invalidante o limitación compleja que le impida desplazarse de manera adecuada al Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez.
- ✓ Tener domicilio estable en una de las áreas que abarca el servicio de visita domiciliaria.
- ✓ Contar con al menos un cuidador primario, entendiéndose por cuidador primario, aquella persona que conviviendo con el paciente acepta asumir los cuidados básicos en cuanto alimentación, higiene y administración del tratamiento.
- ✓ Aceptación del servicio por parte del paciente o cuidador primario.⁵⁵

El área de abarque del programa de visita domiciliaria incluye los pacientes que vivan el área urbana de la ciudad de Santiago, situada en el centro de la isla de la Hispaniola, en la región norcentral del país, que tiene una superficie territorial de 612 kilómetros cuadrados, donde el área metropolitana es de 75 kilómetros cuadrados; incluyendo el programa de visita domiciliaria la zona sur de Santiago, hasta el puente Ercilia Pepín en la avenida Yapur Dumit, además de la población de Bella Vista y el Reparto Peralta, que se encuentran atravesando el río Yaque del Norte por el puente Hermanos Patiño; comprende además en la zona norte, la zona urbana de Gurabo, Jacagua, Las Colinas, Las Américas, Los Reyes, Los Salados, Ensanche Libertad, El Ciruelito, Ensanche Mella I y II y Cienfuegos; la zona central que incluye pacientes en Pueblo Nuevo, El Ejido, Villa Olga, El Despertar, Villa Progreso, entre otros.

VI.4. Procedimiento y método de la visita

El procedimiento para visitar a un paciente en su domicilio es de la siguiente manera: Se informa a los pacientes una semana antes, a través de una llamada

telefónica, se avisa la hora, si tienen algún procedimiento pendiente, entre otras cosas.

La Visita tendrá una duración aproximada de 15 a 45 minutos dependiendo del paciente o si es la primera.

Los días de las visita son martes y jueves, iniciando a las 9:00am y se ve a los pacientes cada dos meses, en lo posible en forma zonificada, sin embargo, teniendo en cuenta que recibimos solicitudes que implican prioridad en ocasiones es necesario, cambiar la ruta que se había programado inicialmente para atender lo prioritario y tener costo efectividad realizando visitas en la zona de la atención prioritaria.

El personal de la visita domiciliaria de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez, consta de una enfermera, un geriatra, un residente de geriatría un médico interno. El transporte es facilitado por el hospital.

VI.5. Criterios de inclusión

Para poder formar parte del estudio el individuo cumplió con las condiciones antes mencionadas para poder ser parte del programa de visita domiciliaria del servicio de Geriatría del Hospital Regional Universitario José María y Cabral Báez.

VI.6. Criterios de exclusión

Resolución del proceso patológico que llevo al paciente a pertenecer a la visita domiciliaria del servicio de Geriatría del Hospital Regional Universitario José María y Cabral Báez, fallecimiento, renuncia expresa y cambio de domicilio.

VI.7. Instrumento de recolección de la información

El instrumento de recolección estuvo diseñado para obtener la información pertinente a la investigación: edad del paciente, sexo, las comorbilidades, detallando la puntuación de la escala de comorbilidades de Charlson y grado de comorbilidad se registra el resultado de la valoración nutricional obtenida mediante la aplicación del Mini Nutritional Assessment, se coloca la puntuación de la capacidad funcional estimada por la aplicación del índice de Barthel, incluyendo, además, la escala de la cruz roja,

además el grado de dependencia. El riesgo de presentar úlceras por presión mediante la escala de Norton y de depresión a través de la escala de yesavaje. En el mismo formulario se agregaran los métodos de evaluación antes mencionados¹.

VI.8. Procedimiento de recolección de la información

La información se obtuvieron de los récords de cada paciente perteneciente al programa de visita domiciliaria del servicio de geriatría del hospital regional universitario José maría Cabral y Báez, en el periodo de estudio, de los cuales se sustraerán datos generales del individuo (edad y sexo), así como la patología primaria que padece junto a las comorbilidades mediante la escala de Chalon. Este índice asigna valores de 0, 1, 2, 3 ó 6 puntos, en función de la presencia o no de cada una de las condiciones comórbidas obteniendo una puntuación final que determina el pronóstico final del paciente (de mejor a peor pronóstico con puntuaciones que pueden oscilar entre 0 y 31 puntos).

Luego se registraran los síndromes geriátricos constituidos por una serie de condiciones objetivas y subjetivas. Después realizaremos las escalas. El índice de Barthel, es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades; éstas se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos, variando el rango global entre 0, completamente dependiente, y 100 puntos, completamente independiente (90 para pacientes limitados en silla de ruedas), donde los temas de deposición y micción, se deberán valorar respecto a la semana previa. Para su interpretación, la puntuación se agrupa en categorías de dependencia: Dependencia total < 20, grave = 20 a 35, moderada = 40 a 55, leve > 60 y dependiente = 100. Luego se realizara la escala de la cruz roja la cual también evalúa la capacidad funcional y además, la capacidad

mental del paciente, la puntuación de esta va de 0 a 5 donde 0 es totalmente normal y 5 totalmente dependiente para la capacidad funcional y de igual forma para la valoración mental, 0 es normal y 5 vida vegetativa. Para la valoración de las úlceras por presión utilizaremos la escala de Norton la cual evalúa el estado general del paciente si es bueno, regular, pobre o muy malo. El estado mental, si esta alerta, confuso o estuporoso. La actividad si deambula o permanece en cama, la movilidad si es completa y la continencia, se le da una puntuación que va desde 0 hasta 4 puntos a cada pregunta, donde menos de 12 puntos corresponde a alto riesgo de desarrollar úlcera por presión y mayor de 15 puntos bajo riesgo de desarrollar úlceras por presión.

El método de evaluación nutricional, MNA consiste en ítems que incluyen medidas antropométricas como el peso, talla para calcular el índice de masa corporal y valoración subjetiva del paciente mediante 18 preguntas breves divididas en tres bloques. El primer bloque hace referencia a las mediciones antropométricas (índice de masa corporal, circunferencia braquial, circunferencia de la pierna y apreciación de pérdida de peso), el segundo bloque corresponde a la evaluación global del paciente con 6 preguntas sobre el estilo de vida, medicación y movilidad, y posteriormente 6 preguntas más, que hacen referencia a la evaluación nutricional mediante las preguntas de número de comidas, ingesta de alimentos, líquidos y autonomía para comer, con valores estandarizados; por último se realiza una evaluación subjetiva del estado nutricional mediante la autoevaluación del estado nutricional y comparación con otras personas de su misma edad.

La puntuación obtenida (máximo 30 puntos) permite clasificar a los pacientes en: bien nutridos (>24 puntos), riesgo de malnutrición (entre 23.5 y 17 puntos) y desnutridos, por debajo de 17 puntos. Por último utilizaremos la escala de depresión abreviada de yesavaje la cual consiste en preguntar al paciente sobre su vida personal y sentimental, consta de 15 preguntas, el paciente debe responder afirmativo o negativo siendo normal de 0 a 4 y depresión de 5 o más.

VI.9. Procesamiento de los datos.

El análisis de los datos fue realizado en una base de datos creada en el Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 18.0, para Windows, así como también el cruce de variables. En el programa de Excel (Windows 2007) se manejarán la creación de gráficas y tablas.

VI.10. Aspectos éticos

El estudio fue revisado por el Centro de Investigaciones Biomédicas y Clínicas (CINBIOCLI), Dr. Sergio Bencosme del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez.

VII. RESULTADOS

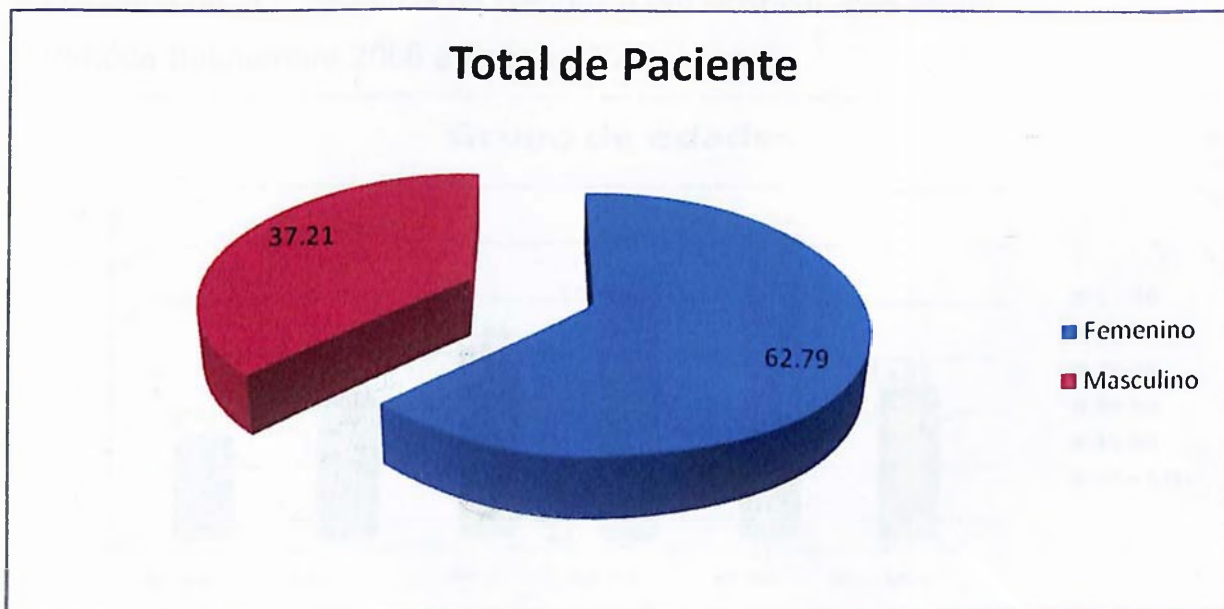
Cuadro 1. Total de Pacientes de la Visita Domiciliaria de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez, en el Periodo Septiembre 2006 a Febrero 2011.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	108	62.79
Masculino	64	37.21
Total General	172	100.00

Fuente: Archivo de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez.

Durante el tiempo de estudio fueron admitida en visita domicilia un total de 172 pacientes de los cuales el 62.79% de los pacientes fueron del sexo Femenino y el 37.21% son del sexo masculino.

Gráfico 1. Total de Pacientes de la Visita Domiciliaria de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez, en el Periodo Septiembre 2006 a Febrero 2011.



Fuente: cuadro 1

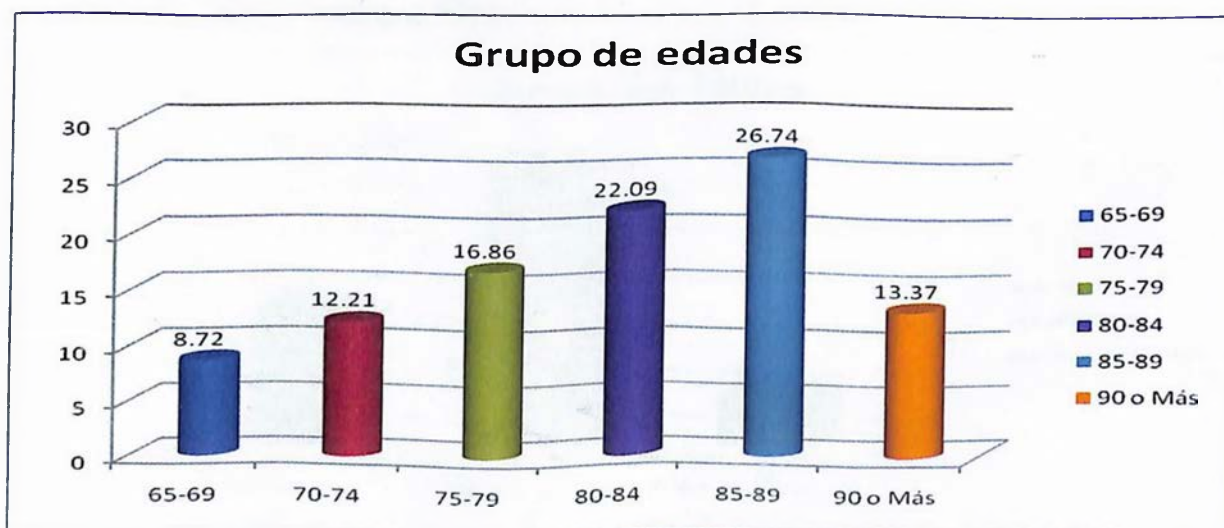
Cuadro 2. Distribución por grupos de edades de los pacientes de la Visita Domiciliaria de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez, en el Periodo Septiembre 2006 a Febrero 2011.

Grupo de Edades	Frecuencia	%
65-69	15	8.72
70-74	21	12.21
75-79	29	16.86
80-84	38	22.09
85-89	46	26.74
90 o Más	23	13.37
Total General	172	100.00

Fuente: Archivo de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez.

De los pacientes vistos el 26.74% correspondió a la edad comprendida entre 85-89 años, el 22.09% comprende la edad de 80-84 años, el 16.86% correspondió al grupo de edades de 75-79 años, los restantes pacientes obtuvieron menos del 15%.

Cuadro 2. Distribución por grupos de edades de los pacientes de la Visita Domiciliaria de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez, en el Período Septiembre 2006 a Febrero 2011.



Fuente: Cuadro 2

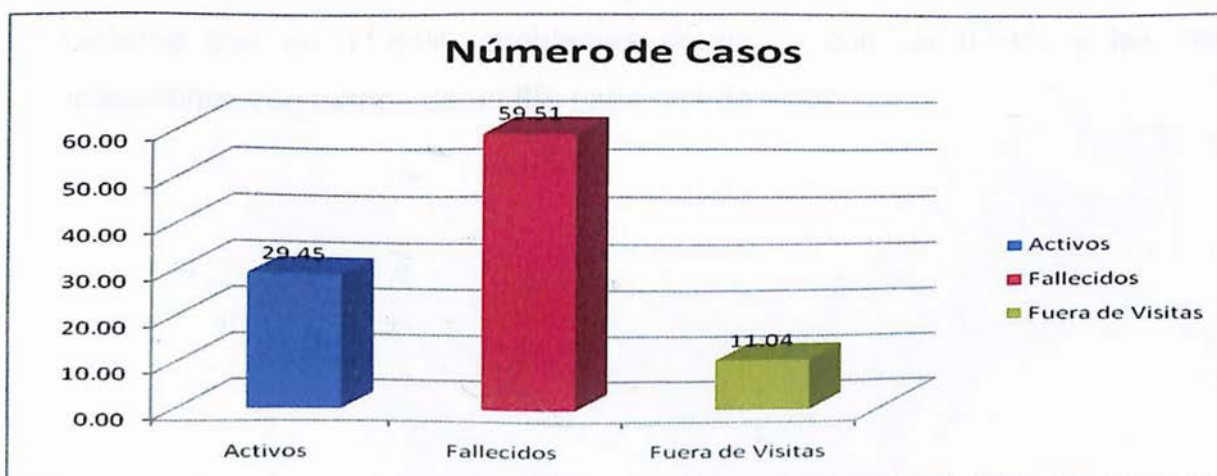
Cuadro 3. Número de casos de los pacientes de la Visita Domiciliaria de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez, en el Periodo Septiembre 2006 a Febrero 2011.

	Frecuencia	%
Activos	48	29.45
Fallecidos	97	59.51
Fuera de Visitas	18	11.04
Sin Numero de Referencia	9	5.23
Total General	172	100.00

Fuente: Archivo de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez.

Del total de pacientes incluidos en la visita domiciliaria de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez el 59.51% se encuentran Fallecidos, el 29.45% están actualmente Activos, el 11.04% se encontraban Fuera de Visitas ya sea porque cambiaron de domicilio fuera de la cobertura de la visita, o por resolución del proceso y fueron referidos a consulta externa del hospital el 5.23% se encontraban Sin Números de Referencias en el Archivo del Hospital José María Cabral y Báez.

Gráfico 3. Número de casos de los pacientes de la Visita Domiciliaria de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez, en el Periodo Septiembre 2006 a Febrero 2011.



Fuente: Cuadro 3

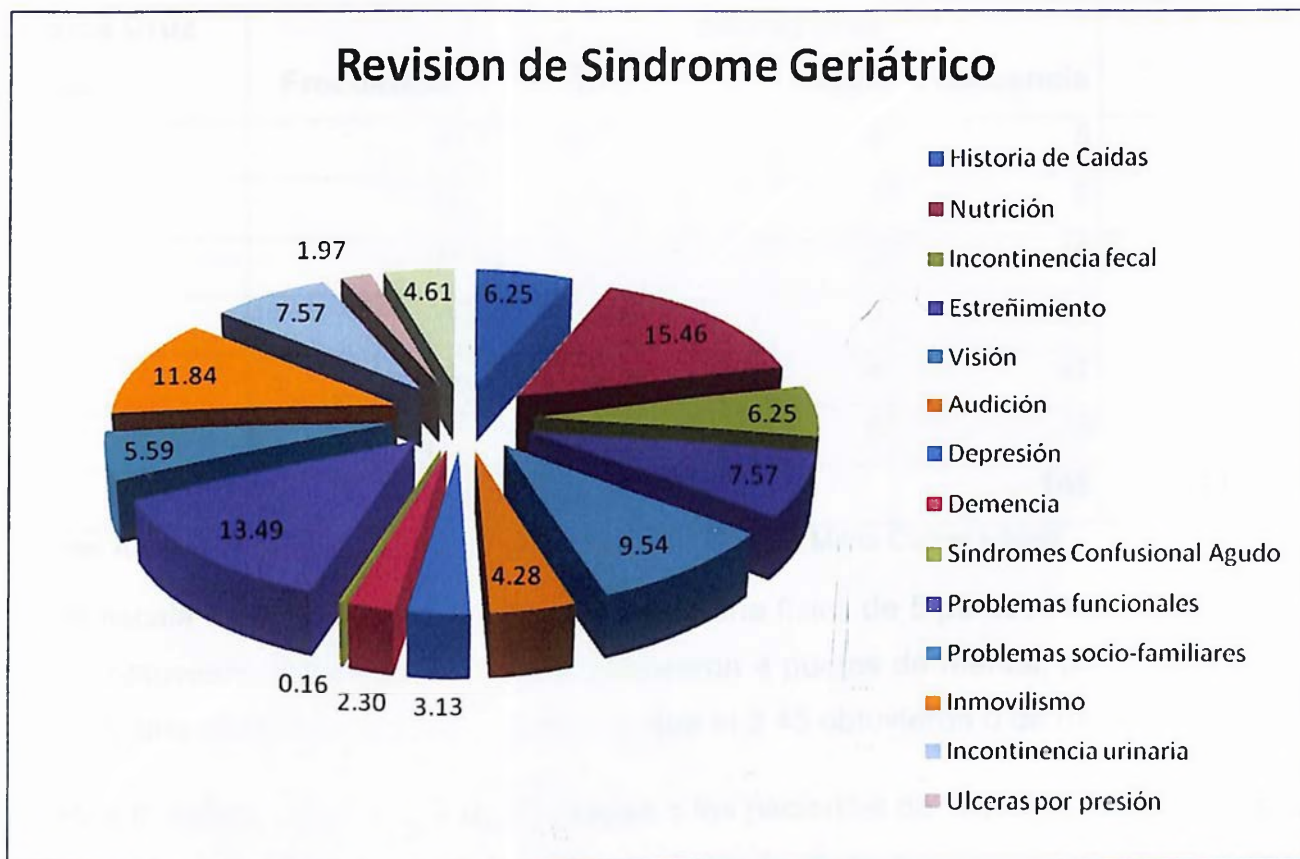
Cuadro 4. Revisión de Síndromes Geriátricos de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez, en el Período Septiembre 2006 a Febrero 2011.

	Número de Casos	%
Historia de Caídas	38	6.25
Nutrición	94	15.46
Incontinencia fecal	38	6.25
Estreñimiento	46	7.57
Visión	58	9.54
Audición	26	4.28
Depresión	19	3.13
Demencia	14	2.30
Síndromes Confusional Agudo	1	0.16
Problemas funcionales	82	13.49
Problemas socio-familiares	34	5.59
Inmovilismo	72	11.84
Incontinencia urinaria	46	7.57
Ulceras por presión	12	1.97
Iatrogenia/Polifarmacia	28	4.61
Total general	608	100.00

Fuente: Archivo de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez.

Entre los principales síndromes geriátricos que presentaron los pacientes de la visita domiciliar de la residencia de geriatría del Hospital José María Cabral y Báez están la nutrición con un 15.46%, los problemas funcionales con un 13.49%, el inmovilismo con un 11.84%, problemas de visión con un 9.54% y las demás complicaciones con menos de un 8% cada una de ellas.

Gráfico 4. Revisión de Síndromes Geriátricos de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez, en el Periodo Septiembre 2006 a Febrero 2011.



Fuente: cuadro 4.

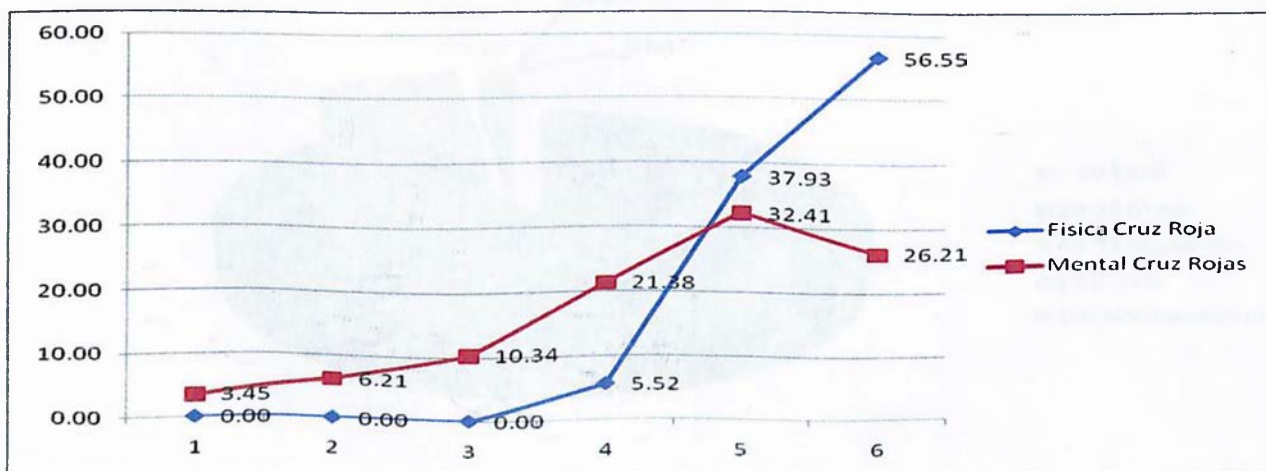
Cuadro 5. Escala de la Cruz Roja aplicadas a los pacientes de la visita domicilia de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez, en el Periodo Septiembre 2006 a Febrero 2011.

Física Cruz Roja	Frecuencia	% F	Mental Cruz Rojas	Frecuencia	%
0	0	0.00	0	5	3.45
1	0	0.00	1	9	6.21
2	0	0.00	2	15	10.34
3	8	5.52	3	31	21.38
4	55	37.93	4	47	32.41
5	82	56.55	5	38	26.21
	145	100.00		145	100.00

Fuente: Archivo de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez.

En la escala de la Cruz Roja el 56.55% obtuvo una física de 5 puntos mientras que el 37.93 obtuvieron 4 puntos. El 32.41% obtuvieron 4 puntos de mental, por encima de 26.21% que obtuvieron 5 puntos, mientras que el 3.45 obtuvieron 0 de mental.

Gráfico 5. Escala de la Cruz Roja aplicadas a los pacientes de la visita domicilia de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez, en el Periodo Septiembre 2006 a Febrero 2011.



Fuente: cuadro 5.

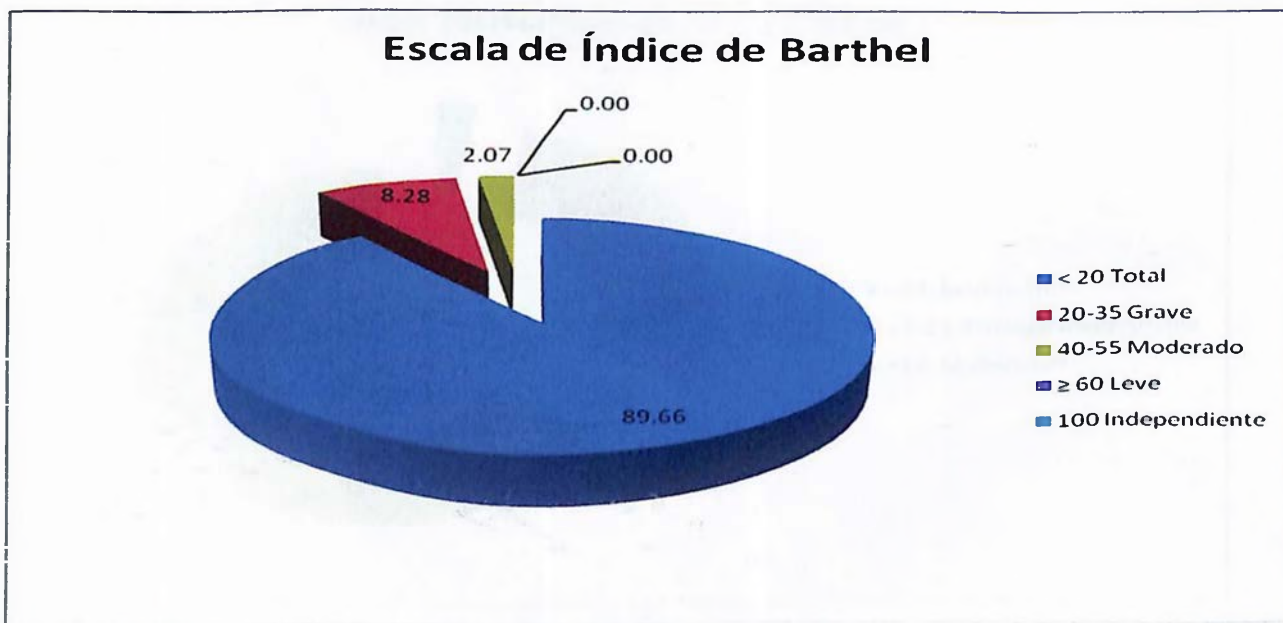
Cuadro 6. Escala de Índice de Barthel aplicada a los Pacientes Geriátricos de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez, en el Periodo Septiembre 2006 a Febrero 2011.

Grado de Dependencia	Frecuencia	%
< 20 Total	130	89.66
20-35 Grave	12	8.28
40-55 Moderado	3	2.07
≥ 60 Leve	0	0.00
100 Independiente	0	0.00
Total General	145	100.00

Fuente: Archivo de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez.

Mediante Escala de Índice de Barthel El 89.66% de los Pacientes Geriátricos tienen una dependencia total, el 8.28% tienen una dependencia Grave, y el 2.07% tienen una dependencia moderada.

Gráfico 6. Escala de Índice de Barthel aplicada a los Pacientes Geriátricos de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez, en el Periodo Septiembre 2006 a Febrero 2011.



Fuente: cuadro 6

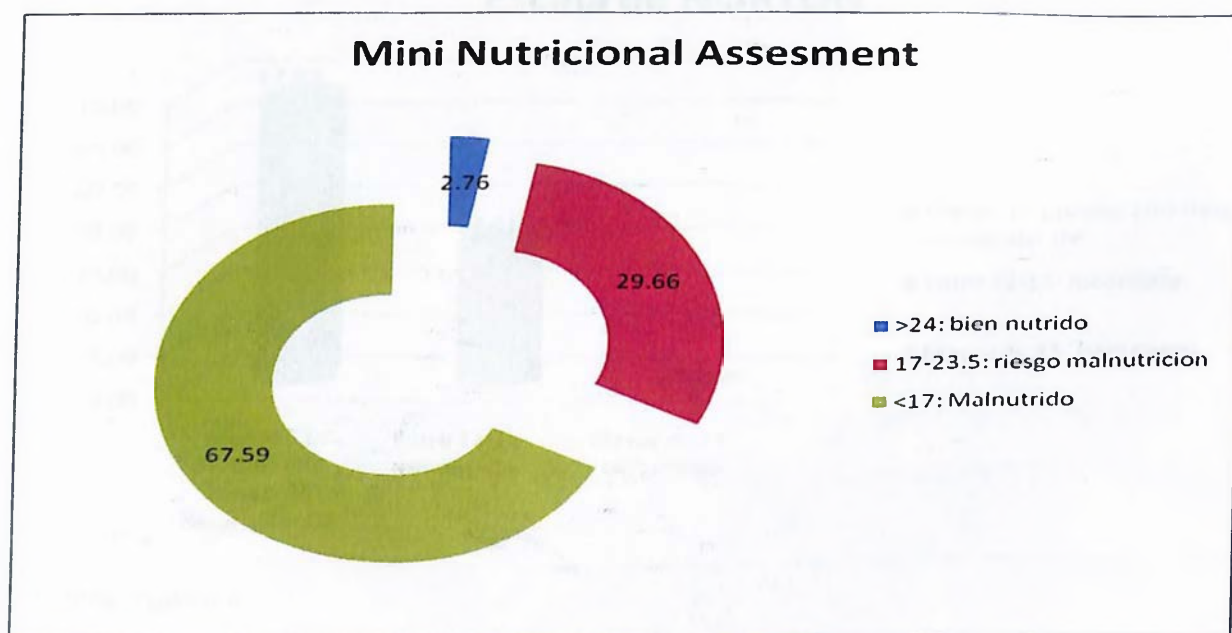
Cuadro 7. Escala de Mini Nutricional Assesment aplicada a los Pacientes Geriátricos de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez, en el Período Septiembre 2006 a Febrero 2011.

Mini Nutricional Assesment	Frecuencia	%
>24: Bien Nutrido	4	2.76
17-23.5: Riesgo Malnutrición	43	29.66
<17: Malnutrido	98	67.59
Total General	145	100.00

Fuente: Archivo de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez.

De los pacientes vistos en la visita domiciliaria de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez el 67.59 de los pacientes estaba mal nutrido, el 29.66 padecía riesgo de malnutrición y solo el 2,76% estaba bien nutrido.

Cuadro 6. Escala de Mini Nutricional Assesment aplicada a los Pacientes Geriátricos de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez, en el Período Septiembre 2006 a Febrero 2011.



Fuente: cuadro 7

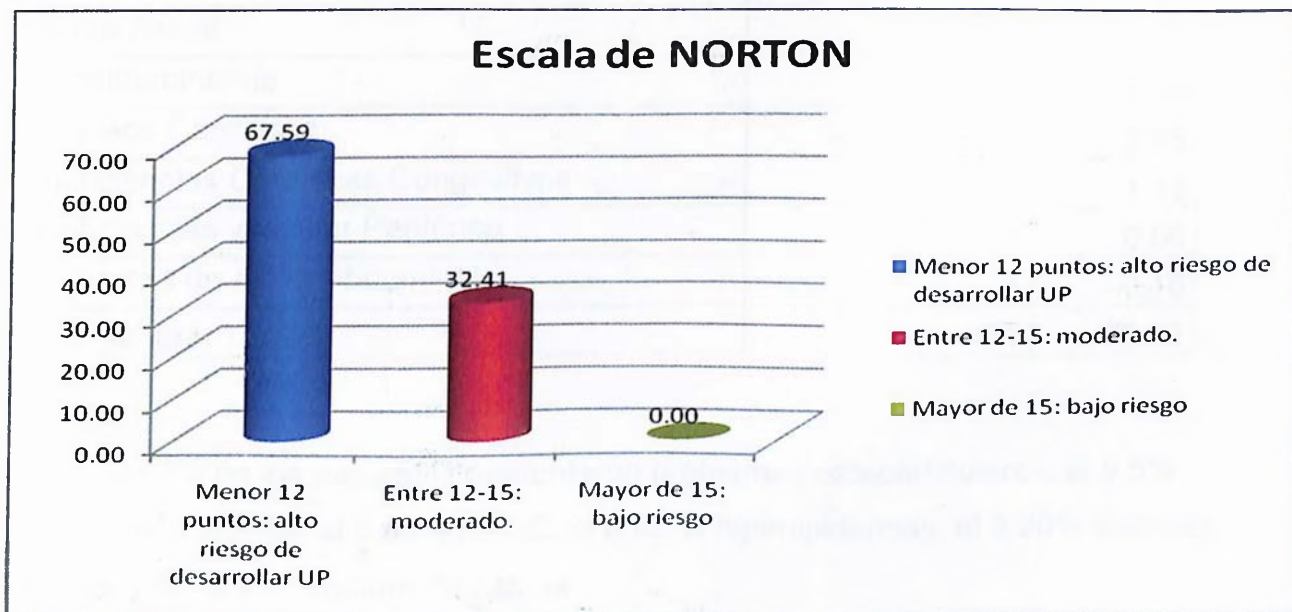
Cuadro 8. Valoración de Riesgo de Ulcera por Presión aplicando la Escala NORTON a los Pacientes Geriátricos de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez, en el Periodo Septiembre 2006 a Febrero 2011.

Escala NORTON	Frecuencia	%
Menor 12 puntos: alto riesgo de desarrollar UP	98	67.59
Entre 12-15: moderado.	47	32.41
Mayor de 15: bajo riesgo	0	0.00
Total General	145	100.00

Fuente: Archivo de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez.

Según la escala de NORTON el 67.59% tienen alto riesgo de desarrollar Ulcera por presión, el 32.41 tiene riesgo moderado.

Gráfico 8. Valoración de Riesgo de Ulcera por Presión aplicando la Escala NORTON a los Pacientes Geriátricos de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez, en el Periodo Septiembre 2006 a Febrero 2011.



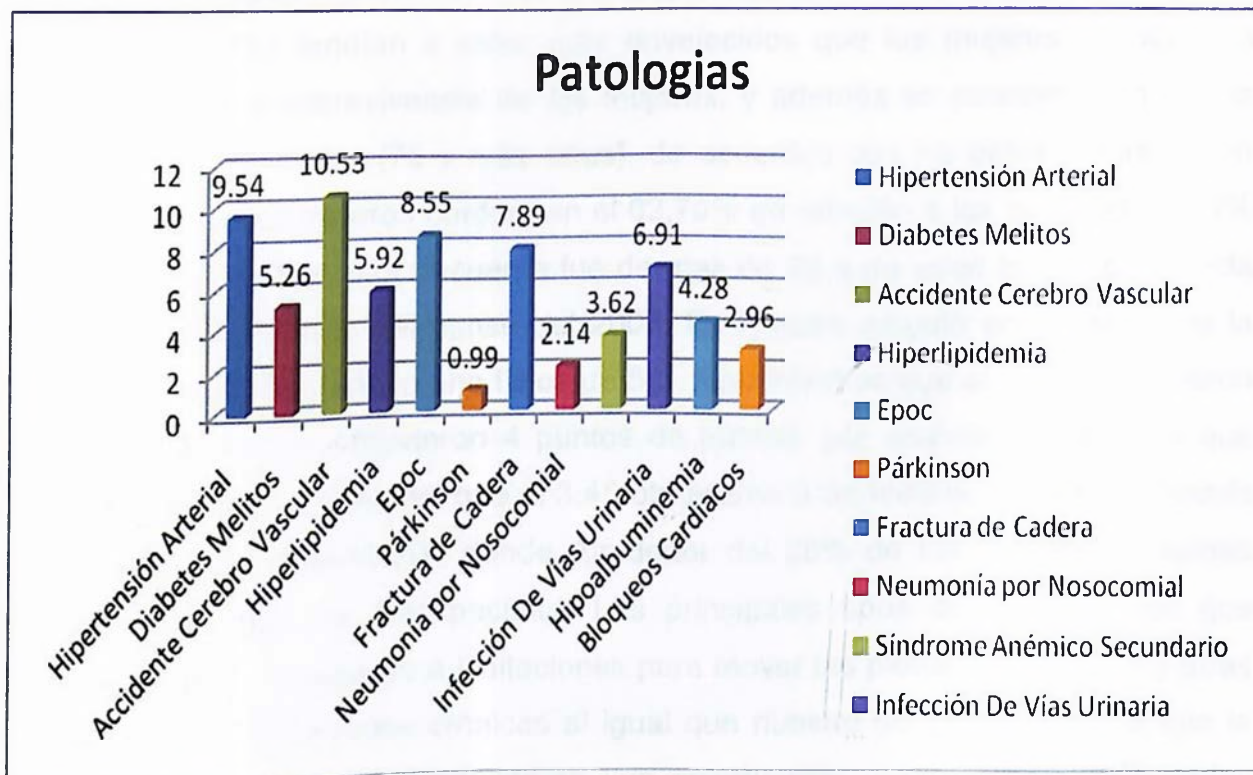
Fuente: cuadro 8.

Cuadro 9. Distribución de las principales patologías de los pacientes Geriátricos de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez, en el Periodo Septiembre 2006 a Febrero 2011.

PATOLOGÍAS	Frecuencia	%
Hipertensión Arterial	58	9.54
Diabetes Mellitus	32	5.26
Problemas osteoarticulares	64	10.53
Accidentes cerebrovasculares	18	2.96
Hiperlipidemia	36	5.92
Sangrado Gastrointestinal Alto	4	0.66
EPOC	52	8.55
Párkinson	6	0.99
Fractura de Cadera	48	7.89
Neumonía por Bronquio Aspiración	8	1.32
Neumonía por Nosocomial	13	2.14
Neumonía Extra Hospitalaria	5	0.82
Síndrome Anémico Secundario	22	3.62
Gastroenteritis Aguda PB Salmonelosis	2	0.33
Infección De Vías Urinaria	42	6.91
Úlcera por Presión	6	0.99
Litiasis Renal	9	1.48
Hipoalbuminemia	26	4.28
Bloqueos Cardiacos	18	2.96
Insuficiencias Cardiacas Congestivas	7	1.15
Insuficiencias vascular Periférica	4	0.66
Aneurisma de Aorta Abdominal	1	0.16
Total general	481	79.11

El 10.53% de los pacientes presentaron problemas osteoarticulares, el 9.5% hipertensión arterial, el 8.55% EPOC, el 5.92 % hiperlipidemias, el 5.26% diabetes mellitus y el 7.89% fractura de cadera.

Cuadro 9. Distribución de las principales patologías de los pacientes Geriátricos de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez, en el Periodo Septiembre 2006 a Febrero 2011.



Fuente: cuadro 9

VIII. DISCUSIÓN

En términos absolutos, alrededor de 688 mil personas conformaban la población adulta mayor según el censo del 2002, y un poco más del 50% eran mujeres, donde los hombres (9%) tendían a estar más envejecidos que las mujeres (8,3%) pero destaca la mayor sobrevivencia de las mujeres, y además se concentraban en las edades más avanzadas (75 y más años), de acuerdo con los datos obtenidos en nuestro estudio las mujeres conforman el 62,79% en relación a los hombres 37,21% y el grupo de edades más frecuente fue de más de 80 años de edad lo que concuerda con las aproximaciones del censo del 2002. En nuestro estudio en la escala de la Cruz Roja el 56,55% obtuvo una física de 5 puntos mientras que el 37,93 obtuvieron 4 puntos. El 32,41% obtuvieron 4 puntos de mental, por encima de 26,21% que obtuvieron 5 puntos, mientras que el 3,45 obtuvieron 0 de mental. Lo que concuerda con los datos de UNISALUD donde Alrededor del 20% de las personas mayores padecía algún tipo de discapacidad. Los principales tipos de discapacidad que declaraban están asociadas a limitaciones para mover las piernas, a la visión y otras vinculadas a enfermedades crónicas al igual que nuestro estudio. A medida que la edad aumenta estas enfermedades se van acentuando, y con ello las dificultades para desarrollar actividades fuera de su hogar. Existe evidencia de que el estado funcional no solo está relacionado con las modificaciones clínicas y subclínicas relacionadas con la edad sino que también es un factor predictor de futuros eventos de salud, incluyendo la dependencia, la institucionalización y la mortalidad. En muchos de los estudios revisados utilizan la capacidad funcional como una variable principal de resultados, al igual que nuestro estudio ya que el 89,66% de los Pacientes Geriátricos tienen una dependencia total, mediante el índice de Barthel y mediante la escala de la Cruz Roja 56,55% tenía 5 de física. Evaluación nutricional de pacientes geriátricos del Hospital Universitario General Calixto García de Cuba, publicado en el 2004, el 62,54% de los pacientes padecían malnutrición, lo que va acorde con los resultados de nuestro estudio donde el 67,59% están malnutridos, En dicho estudio a medida que aumentaba la edad empeoraba el estado nutricional, al igual que en nuestra investigación ya que 26,74 comprende una edad entre los 85 y 89 años. La mala nutrición ocurre en los ancianos como resultado del proceso de

envejecimiento, porque la reserva gastrointestinal disminuye, así como la sensación del gusto, la inhabilidad física y psicológica, existe malabsorción por hipoclorhidria gástrica, dismotilidad gastrointestinal, entre otras. Es importante no descuidar el aspecto social: la atención no priorizada en estas edades por parte de la familia, y la soledad en la que muchos se encuentran. debido a la naturaleza insidiosa de la mala nutrición en la ancianidad es importante reconocer temprano los signos de riesgo para la desnutrición. Ya que esta favorece el desarrollo de diversas enfermedades. En nuestro estudio las principales enfermedades las comprenden las cardiovasculares, osteoarticulares, neumonías, para el lo que va a corde con las principales causas de muerte de las personas mayores en el 2000 las cuales fueron las enfermedades del sistema circulatorio (48,6%) y las neoplasias (19,4%). Artritis, diabetes y enfermedades cardiovasculares) que afectan negativamente la calidad de vida, disminuyen la funcionalidad y perjudican la capacidad de permanencia dentro de sus ambientes comunitarios (CDC, 1997). Los pacientes terminales prefieren vivir sus últimos días y morir en casa pero la presión familiar, el pobre soporte institucional no lo permiten. BMJ 1990;301: 415-7. Es esta la razón principal para mantener un servicio de atención domiciliaria que en el futuro y con el paso de los años será posiblemente altamente demandado. Adicionalmente debe tenerse en cuenta que un servicio de atención domiciliaria donde la planeación sea adecuada y programada de acuerdo al tipo de población, favorecerá a la disminución en los costos que se pudiesen generar por hospitalizaciones derivadas de patologías que se pueden manejar en casa o que se pueden prevenir con un manejo oportuno en el domicilio. Las patologías principales de atención inmediata por orden de atención son las siguientes: En primer lugar las osteoarticulares, seguidas de hipertensión arterial, enfermedades mentales, bronquitis aguda y secuelas de accidente cerebro vascular. Sin embargo, la mayoría de nuestros pacientes tienen más de una patología y por lo tanto teniendo en cuenta la prevalencia encontramos por orden de atención las siguientes patologías: En primer lugar la hipertensión arterial, seguida de enfermedades osteoarticulares, enfermedad ácido péptica, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad mental.

IX. CONCLUSIONES

Analizados y discutidos los resultados hemos llegado a las siguientes:

Durante el tiempo de estudio fueron admitida en visita domicilia un total de 172 pacientes de los cuales el 62.79% de los pacientes fueron del sexo Femenino.

De los pacientes vistos el 26.74% correspondió a la edad comprendida entre 85-89 años.

Del total de pacientes incluidos en la visita domiciliaria de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez el 59.51% se encuentran Fallecidos.

Entre los principales síndromes geriátrico que presentaron los pacientes de la visita domiciliaria de la residencia de geriatría del Hospital José María Cabral y Báez están la nutrición con un 15.46%.

En la escala de la Cruz Roja el 56.55% obtuvo una física de 5 puntos mientras que el 37.93 obtuvieron 4 puntos.

Mediante Escala de Índice de Barthel El 89.66% de los Pacientes Geriátricos tienen una dependencia total.

De los pacientes vistos en la visita domiciliaria de la Residencia de Geriátrica del Hospital José María Cabral y Báez el 67.59 de los pacientes estaba mal nutrido.

Según la escala de NORTON el 67.59% tienen alto riesgo de desarrollar Ulcera por presión.

El 10.53% de los pacientes presentaron problemas osteoarticulares.

X. RECOMENDACIONES

1. Teniendo en cuenta los resultados que se presentan, parece oportuno recomendar que se potencie la realización de proyectos de investigación que proporcionen una evidencia científica lo más sólida posible, sino de la efectividad de todas las actividades realizadas por enfermería.
2. En este sentido, también resultaría conveniente realizar estudios con metodología cualitativa que permitiesen valorar aspectos difícilmente abordables con metodología cuantitativa (calidad de vida, satisfacción, bienestar, etc.). Asimismo, podría ser interesante analizar todos los componentes del proceso asistencial, poniendo especial atención en el cuidador (“paciente oculto”).
3. Parece indicado, a la luz de las diferentes variables recogidas en los estudios y los diferentes diseños utilizados, proponer una metodología común para evaluar el efecto de esta intervención. El hecho de utilizar diseños y evaluaciones comunes permitiría comparar los resultados obtenidos y, por tanto, proponer estrategias acordadas para desarrollar en los diferentes programas.
4. En los programas y protocolos estudiados llama la atención la profusión y variabilidad de los documentos existentes. Basándose en este hecho, parece oportuno recomendar un mayor acuerdo a la hora de elaborar e implantar protocolos y programas de salud.
5. También consideramos urgente recomendar la creación de un grupo de consenso que establezca la definición de “Visita Domiciliaria Programada de Enfermería” y las actividades que dicha visita incluye, así como la propuesta de un registro consensuado.
6. Un registro correcto de las actividades y la evolución del paciente permitiría revisar esa información y realizar estudios que evaluaran ese servicio y, posteriormente, hacer valoraciones de su efecto.
7. Dada la diferencia existente entre los objetivos marcados en los programas y protocolos y lo que realmente se evalúa con los criterios establecidos, cabría recomendar el establecimiento de criterios de evaluación mensurables y de acuerdo a los objetivos establecidos, así como una unificación de estos criterios de evaluación que permitiese comparar los resultados obtenidos.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

1. Baztan J, Gonzalez-Montalvo J, Solano J, Hornillos M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. MedClin. [Serie en internet]; 2000 [Citado 16 julio 2012]; 115: 704-717. Disponible en: eutanasia.ws/hemeroteca/ancianol.pdf
2. Abad A, Aguilera M, Alonso A. Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (ESAD), Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de la Salud, Dirección General de Atención Primaria y Especializada, Subdirección General de Atención Primaria. [Serie en internet];.1999.[Citado.02.julio.2012]. Disponible.en:<http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/atDomiciliaria.pdf>
3. López Ramírez Jorge Hernan, semiológica geriátrica ananesis y examen físico del anciano, editora celsus 2010, Bogotá Colombia.
4. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. CEPAL. [Serie en internet]; 2006 [Citado 2 julio 2012]; 93 págs. Disponible en: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/28240/W113_2.pdf
5. Macías M, Guerrero M, Prado F, Hernández M, Muñoz A. Malnutrición. En: Tratado de geriatría para residentes. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) 1ª ed., Madrid (España). IM&C. SA. 2006; 227-242.) CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2006), La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad [LC/G.2294 (SES.31/3)], Trigésimo primer período de sesiones de la CEPAL, Montevideo, Uruguay, 20 al 24 de marzo del 2006.
6. Sánchez Moreno Antonio y cols. Enfermería Comunitaria I. visita domiciliaria marco conceptual. Mc Graw Hill. Interamericana. Barcelona. España. 2000.
7. OPS (Organización Panamericana de la Salud) e Instituto Merck para el Envejecimiento y la Salud (2000), El estado de envejecimiento y salud en América Latina y el Caribe, Washington, D. C.
8. Centro de Salud Rafalafena. Departamento de salud de Castellón. Programa de atención domiciliaria Rafalafena. [Serie en internet]; 2010 [Citado 16 julio. 2013];

- .20.págs. Disponible en: <http://ww2.castello.san.gva.es/csrafalafena/images/otros/at%20domiciliaria.pdf>
9. Chicharro L, Planas M, Pérez-Portabella C, Vélez C. San José A. El soporte nutricional en el ámbito de la hospitalización a domicilio. *NutrHosp.* [Serie en internet]; 2009; [Citado 16 julio 2012]; 24(1):93-96. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v24n1/original13.pdf>
 10. *Gerontol.* [Serie en internet]; 2006 [Citado 02 julio 2012]; 41(6):321/6. Disponible en : <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2167548>
 11. Oficina Nacional de Estadística, Republica Dominicana, Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050, Tomo I, Revisión 2007. Cuadro 5 Indicadores estimados y proyectados de la estructura de la población, pág43.. Disponible en: <http://www.one.gob.do/index.php?module=uploads&func=download&fileId=1068>
 12. Oficina Nacional de Estadística, República Dominicana. IX Censo nacional población y vivienda 2010. 2012... Disponible en: <http://www.one.gob.do/>
 13. Huenchuan S, Guzmán JM. Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas. CEPAL [Serie en internet]; 2005. [Citado 16 julio 2012]; (83):99-125. Disponible en: http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/5/27255/Huenchuan_Guzman.pdf
 14. La situación de las personas mayores, Documento de Referencia de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento, Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003.
 15. Pereyra, Rosy (2002), "Situación del adulto mayor de República Dominicana", [en línea].
 16. Visita domiciliaria chilena Medwave Año VII, No. 7, Agosto 2007. Derechos Reservados. Servicio Salud Maule, Universidad de Concepción. Disponible en: www.centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Documentos%20de%20http://www.bvs.org.do/perfil.htm.
 17. OMS (Organización Mundial de la Salud) (2005), Informe sobre la salud en el mundo 2005, Washington, D. C.

18. Programa de Atención domiciliaria C.S. Rafalafena. Revisado 2007 Disponible en: <http://ww2.castello.san.gva.es/csrafalafena/images/otros/at%20domiciliaria.pdf>
19. Barbero Gutierrez J, et al. Efectividad de un curso de formación en bioética y la implantación de un checklist en la detección de problemas éticos en Atención Domiciliaria. Atención Primaria, 2004; 34 (1): 20-25.
20. Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruipérez I. Manual de Geriatria. 3.^a ed. Barcelona: Masson; 2002.
21. Hernández Mojena G. Carrasco García M. El Método Clínico en la solución de problemas de salud en el anciano. Monografía. Bibliografía Básica, curso 12. Maestría Longevidad Satisfactoria – 2005.
22. Hernández Mojena G. Carrasco García M. El proceso de envejecimiento y enfermedad Monografía Bibliografía Básica, curso 12. Maestría Longevidad Satisfactoria – 2005.
23. Ramos Erika. Valoración geriátrica integral. Publicado: 2004. Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/geronto2.pdf>
24. Torres, J.L Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones. 2011. Disponible en: www.infoadicciones.net.
25. Saavedra, A. Comorbilidad en dependencia a sustancias. Psicoactiva 2001; 19: 63-103.
26. Guillén F, Pérez J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson; 2005.
27. Sociedad Catalano-Balear de Geriatria y Gerontología. Nutrición y envejecimiento. Barcelona: Glosa; 2009.
28. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel index. Maryland State Medical Journal. [Serie en internet]; 1965 [Citado 16 julio.2012]; 14:5661. Disponible en: http://www.strokecenter.org/wpcontent/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf
29. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. J. Cid- Ruzafa et al. Revista Española de Salud Pública. Feb 2007.

30. Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica. A J Cruz et al. 2006, Prous Science SA.
31. Campbell-Walsh: Urología, Editorial médica panamericana S.A. 2012. 9ª edición.
32. Norton D. Norton revised risk scores. *Nursing Times* 1987;83 (41):6
33. Cassano P, Fava M. Mood disorders: major depressive disorder and dysthymic disorder. In: Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, Biederman J, Rauch SL, eds. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 1st ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier;2008:chap 29.
34. Unutzer J. Clinical practice: late-life depression. *N Engl J Med*. 2007;357:2269-2276.
35. Marton KG, A L. A longitudinal study of functional change and mortality in the United States. *J Gerontol*. 1988 Sep;43(5):S153-61.
36. McVey LJ, Becker PM, Saltz CC, Feussner JR, Cohen HJ. Effect of a geriatric consultation team on functional status of elderly hospitalized patients. A randomized, controlled clinical trial. *Ann Intern Med*. 1989 Jan 1;110(1):79-84.
37. Hirsch CH, Sommers L, Olsen A, Mullen L, Winograd CH. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc*. 1990 Dec;38(12):1296-303.
38. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc*. 2003 Apr;51(4):451-8.
39. Seeman TE, Charpentier PA, Berkman LF, Tinetti ME, Guralnik JM, Albert M, et al. Predicting changes in physical performance in a high-functioning elderly cohort: MacArthur studies of successful aging. *J Gerontol*. 1994 May;49(3):M97-108.
40. Mor V, Wilcox V, Rakowski E, Hiris J. Functional transitions among the elderly: patterns, predictors, and related hospital use. *Am J Public Health*. 1994 Aug;84(8):1274-80.

41. Winograd CH, Stearns C. Inpatient geriatric consultation. Challenges and benefits. *J Am Geriatr Soc.* 1990 Aug;38(8):926-32.
42. Reuben DB, Borok GM, Wolde-Tsadik G, Ershoff DH, Fishman LK, Ambrosini VL, et al. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients. *N Engl J Med.* 1995 May 18;332(20):1345-50.
43. McCusker, Kakuma R, Abrahamowicz M. Predictors of functional decline in hospitalized elderly patients: a systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2002 Sep;57(9):M569-77.
44. Thomas DR. Focus on functional decline in hospitalized older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2002 Sep;57(9):M567-8.
45. Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, Wieland D. Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. *J Am Geriatr Soc.* 1991 Sep;39(9 Pt 2):8S-16S; discussion 17S-18S.
46. Lamont CT, Sampson S, Matthias R, Kane R. The outcome of hospitalization for acute illness in the elderly. *J Am Geriatr Soc.* 1983 May;31(5):282-8.

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Actividades	Tiempo:-2013
Selección del tema	Enero
Búsqueda de referencias	Febrero-abril
Elaboración del anteproyecto	Mayo-julio
Sometimiento y aprobación	Julio
Recolección de información	20 ₀
Tabulación y análisis de la información	13
Redacción del informe	Julio
Revisión del informe	Julio-agosto
Encuadernación	Agosto
Presentación	Agosto

XII.2. Instrumento de recolección de datos

**Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez
Servicio y Residencia de Geriatria**

«PATOLOGIA ENCONTRADAS EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE VISITA
DOMICILIARIA DEL SERVICIO DE GERIATRIA DEL HOSPITAL REGIONAL
UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ EN LA CIUDAD DE SANTIAGO
DE LOS CABALLEROS EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2006 MAYO 2011 »

Fecha: _____

I. Datos generales

1. Sexo Masculino b) Femenino
2. Edad _____ años.

II. Patologías que padece

Comorbilidades

- a. Puntuación escala de comorbilidades de Charlson: _____
- b. Grado comorbilidad: _____

III. Presencia de síndromes geriátricos

	SI	NO
Historia de caídas		
Nutrición		
Incontinencia fecal		
Estreñimiento		
Visión		
Audición		
Depresión		
Demencia		
Sd. Confusional agudo		
Problemas funcionales		
Problemas socio-familiares		
Inmovilismo		
Incontinencia urinaria		
Ulceras por presión		
Iatrogenia/Polifarmacia		

IV. Capacidad funcional

Índice de Barthel:

V. Grado de dependencia

Total___ Grave___ Moderado___ Leve___ Independiente___

VI. Escala Cruz Roja

Valoración funcional

0 1 2 3 4 5

Valoración psíquica

0 1 2 3 4 5

Valoración nutricional

Estado nutricional: Mini nutricional Assesment

Bien nutrido___

Riesgo de desnutrición___

Mal nutrido___

VII. Valoración de riesgo de ulcera por presión

Escala de Norton

1. Riesgo alto riesgo de desarrollar úlceras por presión.
2. Riesgo moderado de desarrollar úlceras por presión.
3. Bajo riesgo de desarrollar úlceras por presión

VII. VALORACIÓN DE DEPRESION

Puntuación:

Escala de Comorbilidad de Charlson

Infarto de Miocardio (se excluye cambios EKG sin antecedentes médicos)		1
Enfermedad coronaria		1
Insuficiencia Cardíaca Congestiva		1
Enfermedad Vasculiar Periférica (incluye Aneurisma de Aorta 6 cm)		1
Enfermedad Cerebrovascular		1
Hipertensión arterial		1
Alcoholismo		1
Enfermedad tromboembólica		1
Arritmia		1
Demencia		1
EPOC		1
Enfermedad del tejido conectivo		1
Úlcus péptico		1
Hepatopatía Leve (sin hipertensión portal incluye hepatitis crónica)		1
Diabetes mellitus sin evidencia de afectación de órganos diana		1
Hemiplejía		2
Enfermedad Renal moderada-severa		2
Diabetes con afectación de órganos dianas (retinopatía, nefropatía etc)		2
Tumor sin metástasis (excluir si > 5 años desde el diagnóstico)		2
Leucemia (Aguda o Crónica)		2
Linfoma		2
Enfermedad Hepática moderada o severa		3
Tumor Sólido con metástasis		6
SIDA (no únicamente HIV positivo)		6

IMC: Kg/MT(2)

Talla en metro:
Brazada x 2

Mini Nutricional Assesment

Medidas Antropométricas

1. Índice de masa corporal

<19=0.

19-21=1.

21-23=2.

>23=3.

2. Circunferencia del brazo (cm).

<21 =0.

21-22=0,5.

>22=1.

3. Circunferencia de pantorrilla

<31=0.

>31=1.

4. Pérdida de peso en 3m.

>3Kg= 0.

Desconocido =1.

1-3=2.

Sin pérdida = 3.

VALORACIÓN GENERAL

5. Vive independiente

No=0 Sí=1.

6. Más de 3 medicinas/día

Sí=0 No=1.

7. Enfermedad aguda o estrés

Psicológico en los últimos 3 meses.

Sí=0 No=2.

8. Movilidad

Encamado o silla =0.

Se levanta pero no sale a la calle =1.

Sale a la calle =2.

9. Problema neuropsiológico

Demencia severa o depresión =0.

Demencia leve = 1.

No problemas = 2.

10. Ulceras por presión

Sí = 0 No = 1.

11. Comidas completas al día

1 comida =0.

2 comida =1.

3 comida=2.

12. Consumo de marcadores de ingesta de proteínas.

Al menos 1 derivado de la leche al día

SI/NO

Dos o más platos de granos o huevos a la semana.

SI/NO

Carne, Pescado, pollo cada día

SI/NO

0-1SI=0

2 SI=0,5.

3 SI=1.

13. Consume dos o más piezas de fruta al día.

No= 0 SI= 1

14. Pérdida de peso en los últimos tres meses.

Pérdida severa = 0.

Pérdida moderada =1.

No pérdida = 2.

15. Ingesta líquida al día.

Menos de 3 vasos = 0.

De 3 a 5 vasos = 0,5.

Más de 5 vasos =1.

16. Modo de ingesta.

Incapaz sin ayuda = 0.

Solo con dificultad = 1.

Solo sin problemas = 2.

AUTOVALORACIÓN

17. Se ven a si mismos con problemas nutricionales

Severo = 0

No sabe o moderados = 1

Sin problemas = 2.

18. En relación con otra gente de la misma edad, como considera su estado de salud.

No tan buena= 0

No sabe = 0,5.

Tan buena = 1

Mejor =2.

>24: bien nutrido

17-23.5: riesgo malnutricion

<17: Malnutr

XII.3. Índice de Barthel

Alimentación

10 Independiente. Capaz de usar Cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.

5 Ayuda. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc.

0 Dependiente.

Baño

ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente.

0 Dependiente.

Vestido

10 Independiente. Se viste, se desnuda y ajusta la ropa. Se ata los zapatos. Se pone braguero o corsé, si lo precisa.

5 Ayuda. Necesita ayuda, pero al menos la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.

0 Dependiente.

Aseo Personal

10 Independiente. Se lava la cara, manos y dientes. Se afeita y maneja el enchufe si usa una máquina eléctrica.

0 Dependiente.

Deposición

10 Continente. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita enemas o supositorios, se arregla solo.

5 Incontinencia Ocasional. Episodios ocasionales o necesita ayuda para usar enemas o supositorios.

0 Incontinente.

Micción

10 Continente. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, atiende a su cuidado.

5 Incontinente Ocasional. Episodios Ocasionales Necesita ayuda en el uso de sonda o colector.

0 Incontinente.

Uso del Retrete

10 Independiente. Usa el retrete o cuña. Se sienta, solevanta solo o con barras. Se limpia y se pone la ropa solo.

5 Ayuda. Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.

0 Dependiente.

Traslado Sillón Cama

15 Independiente. No necesita ninguna ayuda, Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente.

10 Mínima Ayuda. Necesita una mínima ayuda o supervisión.

5 Gran Ayuda. Es capaz de sentarse, pero necesita mucha ayuda, asistencia para el traslado.

0 Dependiente.

Deambulaci3n

15 Independiente. Camina 50 metros independientemente o con ayuda (bast3n, andador o similar)

10 Ayuda. Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisi3n.

5 Independiente. SILLA DE RUEDAS. Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros.

0 Dependiente.

Escalera

10 Independiente. Sube o baja escaleras sin supervisi3n aunque use barandillas o instrumentos de apoyo.

5 Ayuda. Necesita ayuda fisisca o supervisi3n para subir o bajar escaleras.

0 Dependiente.

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Escala de la Cruz Roja

Escala de Incapacidad Física de la Cruz Roja

Grados / Situación funcional

Grado _____

0 Totalmente normal

1 Realiza las actividades de la vida diaria.

- Deambula con alguna dificultad.

2 Alguna dificultad para realizar los actos de la vida diaria.

- Deambula con ayuda de un bastón o similar

3 Grave dificultad para realizar los actos de la vida diaria.

- Deambula con dificultad ayudado por una persona.

- Incontinente ocasional.

4 Necesita ayuda para casi todas las actividades de la vida diaria.

- Deambula con extrema dificultad ayudado por dos personas.

- Incontinente habitual.

5 Dependiente total.

- Inmovilidad en cama o sillón

- Necesita cuidados, contínuos de enfermería.

Grado _____

0 Totalmente normal

Escala de Incapacidad Mental de la Cruz Roja

1 Ligeru desorientación en el tiempo.

- Mantiene correctamente una conversación

2 Desorientación en el tiempo.

- Conversación posible, pero no perfecta.
- Trastornos de carácter.
- Incontinencia Ocasional.

3 Desorientación.

- No puede mantener una conversación lógica.

- Confunde a las personas.

- Claros trastornos del humor.

- Frecuente incontinencia.

4 Desorientación.

- Claras alteraciones mentales

- Incontinencia habitual o total.

5 Vida vegetativa, con o sin agresividad.

- Incontinencia total.

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (Abreviada)

1. ¿Está Ud., satisfecho con su vida? si - NO
2. ¿Ha dejado de hacer actividades de interés? SI - no
3. ¿Siente su vida vacía? SI - no
4. ¿Se aburre frecuentemente? SI - no
5. ¿Está de buen humor la mayoría del tiempo? si - NO
6. ¿Está preocupado porque algo malo va a sucederle? SI - no
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? si - NO
8. ¿Se siente frecuentemente sin alguien que lo ayude? SI - no
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir y hacer cosas nuevas? SI - no
10. ¿Cree Ud., que tienen más problemas con la memoria que el resto de la gente? SI - no
11. ¿Se siente feliz de estar vivo? si - NO
12. ¿Se siente inútil o inservible? SI - no
13. ¿Se siente con energía? si - NO
14. ¿Se siente desesperanzado? SI - no
15. ¿Siente que la mayoría de la gente es mejor que Ud.? SI - no

SCORE:

Respuestas depresivas en mayúscula.

Cada respuesta es un punto.

Score mayor de 5 indica probable depresión.

XII.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez
Servicio y Residencia de Geriátria**

«**PATOLOGIAS ENCONTRADAS EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE VISITA DOMICILIARIA DEL SERVICIO DE GERIATRIA DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ EN LA CUIDAD DE SANTIAGO REPUBLICA DOMINCANA, EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2006-MAYO 2011.**»

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INTRODUCCION Y PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Buenos días, soy la Dra. Ruth Reynoso, del servicio de Geriátria del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez y soy la investigadora de este estudio que busca determinar la prevalencia de patologías del programa de visita domiciliaria. Con este estudio pretendemos identificar las principales patologías que padecen los ancianos pertenecientes a dicho programa. es importante conocer que en la vejez inciden un sin número de enfermedades (artropatías, cardiopatías, neumonías , diabetes, entre otras), a causa del deterioro orgánico general que se da en el ser humano al envejecer, por tanto nuestro interés en realizar esta investigación.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

Previo permiso solicitado, por escrito, al jefe del servicio de Geriatria Dr Martin Medrano, se revisaran los expedientes correspondientes a la fecha antes señalada con el fin de obtener datos generales del paciente tales como edad ,sexo, así como capacidad funcional, la presencia de síndromes geriátricos y las comorbilidades que presente usando escalas geriátricas validadas.

RIESGOS:

En este estudio los métodos a utilizar han sido previamente validados y el personal a realizar la evaluación se encuentra capacitado, esta investigación no causara ningún riesgo e incomodidad al paciente.

BENEFICIOS:

Con la realización de este estudio el paciente ni ninguna institución no recibirán un beneficio económico directo ni compensación alguna. Sin embargo, favorecerá al crecimiento y desarrollo de nuestra formación académica ya que esta investigación pretende arrojar datos sobre las principales patologías que padecen los pacientes del programa de visita domiciliaria del servicio de geriatría del hospital regional universitario José María Cabral y Báez.

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD:

La información obtenida a través del estudio será manejada únicamente por el equipo de investigadores de forma confidencial. No se divulgarán nombres, números telefónicos ni ningún tipo de información que comprometa al participante.



UNPHU
Universidad Nacional
Pedro Henríquez Ureña

Martes 17 de Febrero 2015

Doctor
Martin Medrano
Jefe del Servicio de Geriatría
Hospital Dr. José María Cabral y Báez

Distinguido Doctor:

Después de un cordial saludo, solicitamos su colaboración para que la Dra. Ruth Reynoso Paredes, pueda tener acceso a los archivos del departamento que usted dirige tan atinadamente, con el objetivo de recolectar información requerida para continuar con su tesis que tiene como tema central, "Determinar la Patología en los Pacientes del Programa de Visita Domiciliaria del Servicio de Geriatría del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez en la ciudad de Santiago de los caballeros en el periodo septiembre 2006 - mayo 2011.

Agradezco de antemano su colaboración.

Atentamente,

Dra. Claridania Rodríguez
Coordinadora Unidad de Postgrado y Residencias Médicas
Facultad de Ciencias de la Salud

XII.5. Costos y recursos

XII.5.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • 1 (una) sustentante o investigadora • Dos asesores (metodológico y clínico) • Estadígrafo • Digitador • Residentes de Imaginología • Secretaria 			
XII.5. 2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	3 resmas	120	360.00
Papel Mistique	3 resmas	80.00	240.00
Lápices	2 unidad	10.00	20.00
Borras	2 unidad	5.00	10.00
Bolígrafos	2 Unidad	10.00	20.00
Sacapuntas	1 unidad	12.00	12.00
Computador Hardware: Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52x Impresora Epson stylus 440 Scanner: Microteck 3700 Software: Microsoft Windows XP Microsoft Office XP MSN internet service Omnipage Pro 10 Dragon Naturally Speaking Easy CD Creator 2.0 Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data proyector Cartuchos Epson stylus 440			
	1 unidades	2,500.00	2,500.00
	2 unidades	1600.00	3200.00
XII.5.3. Información			
Adquisición de libros Revistas Otros documentos Referencias (ver listado de referencias)			
XII.5.4. Económicos			
Papelería(copias)	1000 copias	00.75	750.00
Encuadernación	12 informes	250.00	3,000.00
Alimentación			6,000.00
Transporte			4,000.00
Imprevistos			2,000.00
Total			\$ 22,112.00

XIII.5. Evaluación

Sustentantes

Ruth Reynoso Paredes
Dra. Ruth Reynoso Paredes

Asesores:

[Signature]
Dr. Danilo Romano
(Clínico)

[Signature]
Dra. Claridania Rodríguez Berroa
(Metodológico)

Jurados

[Signature]

[Signature]

Autoridades

[Signature]
Dr. Martín Medrano
Coordinador Residencia de Geriatria

[Signature]
Jefe de Enseñanza



[Signature]
Dr. José Javier Asilis Záiter
Decano Facultad Ciencias de la Salud



Fecha de Presentación:

Calificación:

25/3/18
96

