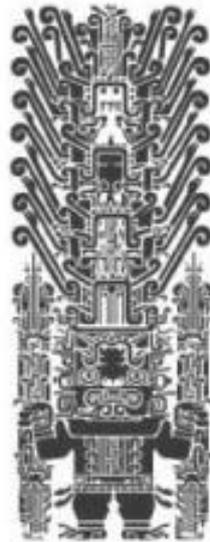


**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL FACULTAD DE MEDICINA
“HIPÓLITO UNANUE” ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Oficina de Grados y Títulos



**EVALUACION FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO
EN CIRUGÍA EN EL HOSPITAL DOS DE MAYO DURANTE LOS
MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2017**

*FUNCTIONAL EVALUATION OF THE HOSPITALIZED ADULT MAJOR IN SURGERY AT THE DOS DE MAYO HOSPITAL
DURING THE MONTHS OF OCTOBER TO DECEMBER 2017*

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

AUTOR

JEFFRI ANDRES SOTO VALVERDE

ASESOR

DR. LAMA VALDIVIA , JAIME

LIMA – PERÚ

2018

INDICE

o RESUMEN	3
o ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
MÉTODO	22
1. Tipo de estudio y diseño de investigación	22
2. Población de estudio	22
3. Muestra	22
8. Procesamiento de los datos.....	24
RESULTADOS	25
□ DISCUSIÓN.....	34
□ CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
1. Conclusiones	36
2. Recomendaciones	36
□ Referencias Bibliográficas	37
ANEXOS	40

○ RESUMEN

Objetivos: Evaluar funcionalmente a los adultos mayores hospitalizados en el pabellón de cirugía del Hospital dos de mayo durante los meses de octubre a diciembre del 2017.

Metodología: Estudio estudio cuantitativo, transversal, prospectivo. Se trabajó con pacientes mayores a 65 años hospitalizados en el área de cirugía **Recolección y procesamiento de datos:**

Haciendo uso de una ficha de recolección de datos y mediante los índices de Katz y Lawton se recolecto la información. Los datos fueron procesados con el programa SPSS. **Resultados:** la

población estudiada tubo un promedio de edad de 76,4 años siendo principalmente mujeres (64,5%). Al usar el índice de Katz se determinó que el nivel de dependencia fue 18,9% mientras

que con el Índice de Lawton y Brody se encontró una dependencia de 72,4% **Conclusiones y recomendaciones:** se debe incluir en la historia clínica de todo adulto mayor una evaluación

funcional para poder brindar soporte en este aspecto durante la hospitalización.

Palabras clave: Adulto mayor, evaluación funcional, Índice de Katz, Índice de Lawton

○ ABSTRACT

Objectives: To functionally evaluate older adults hospitalized in the surgery ward of the Hospital dos de Mayo during the months of October to December 2017. **Methodology:** Quantitative, cross-sectional, prospective study. We worked with patients older than 65 years hospitalized in the area of surgery **Collection and processing of data:** Using a data collection card and through the Katz and Lawton indexes, the information was collected. The data was processed with the SPSS program. **Results:** the studied population had an average age of 76.4 years, being mainly women (64.5%). When using the Katz index it was determined that the level of dependence was 18.9% while with the Index of Lawton and Brody a dependency of 72.4% was found **Conclusions and recommendations:** it must be included in the clinical history of every adult greater a functional evaluation to be able to provide support in this aspect during the hospitalization.

Keywords: Elderly adult, functional evaluation, Katz index, Lawton index

INTRODUCCIÓN

Como se sabe el ser humano a lo largo de su vida va desarrollando diversas capacidades que le permiten desenvolverse adecuadamente en la sociedad y permitirle llevar adecuadamente su vida diaria. Dichas capacidades se adquieren en la niñez y se van desarrollando con el tiempo hasta llegar a su máximo en la adultez; sin embargo luego de la cima de las capacidades empieza a decaer gradualmente y llegar a depender de otras personas para realizar sus actividades diarias.

(Perú: Situación de Salud de la Población Adulta Mayor, 2012)

Las personas de 60 y más años de edad, se encuentran en una etapa en la que se experimenta fisiológicamente un progresivo declive en las funciones orgánicas y psicológicas, diferentes para cada individuo. Evidentemente, las personas mayores requieren de mayor atención médica que personas de menor edad porque son más vulnerables a enfermedades. Por ello, la necesidad de saber cuántos son y dónde están para fortalecer los programas de acción para esta población, de tal manera que favorezcan su continuo desarrollo y se mejore la calidad de vida.

(Dorantes Mendoza, Ávila Funes, Mejía Arango, & Gutiérrez Robledo, 2007)

Uno de los problemas más importantes en la etapa de adulto mayor es la pérdida de las

enfermedades crónicas degenerativas, limitan la realización de las actividades habituales y necesarias para la vida de las personas. (p. 2)

(Perú: Situación de Salud de la Población Adulta Mayor, 2012)

Los datos de la encuesta del año 2012 mostraron que, el porcentaje de adultos de 60 y más años de edad se concentra en los grupos de 60 a 64 años (3,1%), de 65 a 69 años (2,8%) y de 70 a 74 años de edad (2,0%). Comparado con el año 2011, se observa que se mantuvo en similar proporción la presencia de los adultos mayores en cada uno de los grupos de edad. Por área de residencia, se encuentra que el porcentaje de los residentes en el área rural fue mayor que en el área urbana, constituyendo un grupo poblacional que requiere especial atención para las decisiones de políticas.

Se usa el término frágil en las personas adultas mayores; sin embargo dicho término es difícil de definir y se han usado diversos criterios para tratar de estandarizarlo ya que en los últimos años ha existido un creciente interés al respecto. Es así que a partir de los años 90 se incrementó el interés por la evaluación de la fragilidad.

(Lam de Calvo, s.f)

La fragilidad es un síndrome clínico que representa un continuo entre el adulto mayor saludable hasta aquel extremadamente vulnerable en alto riesgo de morir y con bajas posibilidades de recuperación. Los criterios del síndrome de fragilidad son: pérdida de peso involuntaria (4.5 kg. O más), sentimiento de agotamiento general, debilidad (medida por fuerza de prehensión), lenta velocidad al caminar (basados en una distancia

de 4,6 m), bajo nivel de actividad física (menor de 400 calorías a la semana) y se diagnóstica con tres a más criterios. (p. 32)

(Jauregui & Rubin, 2012)

El término fragilidad ha evolucionado a lo largo del tiempo, conceptualizándolo como “riesgo” de morir, de perder funciones, de enfermar, asociado a debilidad, caídas, desnutrición. Distintas definiciones han incluido aspectos físicos, cognitivos y psicosociales. El debate acerca de la definición se centra en si deben o no asociarse factores psicosociales. La mayoría concuerda en que es un estado asociado al envejecimiento y en que, a pesar de la claridad del concepto, el mayor desafío radica en encontrar factores causales. Linda Fried publicó la definición de fragilidad como la presencia de 3 de los siguientes 5 criterios: fatiga crónica autorreferida, debilidad, inactividad, disminución de la velocidad de marcha y pérdida de peso. Este modelo fue replicado y sobre él se construyó el modelo moderno con identificación de factores causales fisiológicos, como activación del sistema de inflamación, alteración del sistema inmunitario, endocrino y musculoesquelético. También se consideran causales ciertas comorbilidades como hipertensión diastólica, ACV, cáncer y EPOC; se asoció asimismo a factores sociodemográficos entre los que se encuentran el sexo femenino y el nivel socioeducativo bajo. Por último se asoció discapacidad a fragilidad haciendo hincapié en la superposición de los conceptos discapacidad/fragilidad, dejando en claro que no son sinónimos ni son completamente excluyentes. (p. 110)

(Chumpitaz Chávez & Moreno Arteaga, 2016)

La funcionalidad consiste en la capacidad que tiene una persona para realizar sus actividades de la vida diaria y la funcionalidad geriátrica es definida como la capacidad que tiene el adulto mayor para realizar de forma autónoma las actividades cotidianas y también las que requieren instrumentos ya puede ser la alimentación, usar los servicios higiénicos, preparar sus alimentos, realizar la limpieza de la casa, hacer llamadas telefónicas lavado de la ropa, viajar, tomar medicamentos, administración de los gastos

personales, respectivamente. La presencia del compromiso funcional en el adulto mayor de 65 años puede estar presente en el 5% y en mayores de 80 años hasta en 50% o más. La capacidad funcional puede ser un indicio de una patología sistémica en el adulto mayor permitiendo de esta manera su reconocimiento, establecer un diagnóstico, pronóstico, una intervención y tipo de cuidado. También un indicador de severidad de enfermedad debido a que mide la capacidad de independencia, la cual usualmente se pierde fácilmente con las enfermedades o problemas comunes de este grupo etareo. Actualmente, la valoración del estado de salud y calidad de vida del adulto mayor se mira más por la capacidad funcional que por la prevalencia de enfermedades. (p. 31)

(Mesa Fuentes & Parra Pérez, 2011)

La salud y funcionalidad del adulto mayor no se explica por la presencia o ausencia de enfermedad, sino más bien, por la capacidad del AM de desenvolverse en su entorno y relacionarse apropiadamente con sus pares, todo esto con un adecuado nivel de funcionalidad y autovalencia.

(Fajardo Ramos & Núñez Rodríguez, 2012)

Los principales aspectos que deben incluirse en la valoración del adulto mayor son: la anamnesis, la exploración física seguidos de un análisis objetivo a partir de la aplicación de una serie de instrumentos denominados “escalas de valoración”. Estas escalas facilitan la detección y seguimiento de problemas, así como la comunicación entre los diferentes profesionales que atienden a este grupo poblacional. Valoración física Las modificaciones anatómicas y funcionales que se presentan en el ser humano, durante su trayectoria de vida y el mayor número de hallazgos presentes; hacen que para su valoración física se requiera de mucho más tiempo del que se emplea en la valoración de un adulto. Valorar al adulto mayor requiere por parte de quien lo examina, el desarrollo de competencias y habilidades que le conduzcan a la detección entre otras cosas de signos clínicos que le permitan sospechar la aparición de procesos patológicos o simplemente cambios relacionados con la edad. De igual manera cobran importancia los elementos del contexto social y cultural en que transcurre la cotidianidad del individuo que se constituyen en factores determinantes del pronóstico de su salud en el largo plazo. Existe una amplia gama de instrumentos para valorar al adulto mayor, sin embargo, guardan similitud en algunos aspectos como: facilidad de aplicación y posibilidades de medición objetiva de sus variables. Uno de los aspectos de mayor importancia para los profesionales de la salud, es realizar un adecuado análisis de la situación clínica del paciente. Es importante tener en cuenta que en el adulto mayor es factible que se presenten algunas dificultades para la valoración derivadas de la coexistencia de síntomas de diferentes enfermedades (pluripatología), efectos secundarios de múltiples medicamentos (polifarmacia), e incluso desconocimiento de los procesos normales de

Valoración funcional

(Schapira & Jauregui)

Entre el 15 y el 30% de los ancianos no institucionalizados posee algún trastorno de sus capacidades funcionales, lo que lleva a que requieran diferentes tipos de asistencia para desarrollar sus actividades diarias. Existen ciertas variables, como la comorbilidad, el hecho de vivir solos y la polimedicación que aumentan la prevalencia del deterioro funcional, lo que conduce, a su vez, a la policonsulta, a la mayor utilización de fármacos y a la institucionalización crónica. Por otro lado, y como producto de la presentación atípica de las enfermedades en los ancianos, la pérdida de la capacidad funcional puede constituir la única expresión de una enfermedad física o psíquica subyacente.

Como ya se ha mencionado al realizar la evaluación funcional del adulto mayor se recogen datos sobre su capacidad de llevar a cabo su vida en forma adecuada e independiente sin necesidad de apoyo de terceras personas.

Para la evaluación funcional se disponen de diversas escalas siendo una de las más usadas la ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria)

(Trigas Ferrín, Ferreira González, & Meijide Míguez, 2011)

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) miden los niveles funcionales más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestirse, andar) que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado.

factores culturales ni por el sexo. Un aspecto importante es que su deterioro se produce de manera ordenada e inversa a su adquisición durante el desarrollo en la infancia. Se miden mediante la observación directa siendo las escalas más utilizadas el Índice de Katz. (p. 11)

Además del índice de Katz se pueden mencionar otras escalas como son: Índice de Barthel o la escala de Plutchik.

(Trigas Ferrín, Ferreira González, & Mejjide Míguez, 2011)

Creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinar dirigido por S. Katz y formado por enfermeras, médicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas

del The Benjamin Rose Hospital (Hospital geriátrico y de enfermos crónicos, Cleveland, Ohio) para delimitar la dependencia en fracturas de cadera. Aunque fue diseñado como un índice de rehabilitación, se ha empleado en la valoración de muchas enfermedades crónicas como el infarto cerebral o la artritis reumatoide, tanto en pacientes institucionalizados como ambulatorios. Es la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo. El IK ha demostrado ser útil para describir el nivel funcional de pacientes y poblaciones, seguir su evolución y valorar la respuesta al tratamiento. También se ha utilizado para comparar resultados de diversas intervenciones, predecir la necesidad de rehabilitación y con fines docentes. (p. 11)

Es así que el índice de Katz consta de 6 puntos a evaluar como lo son la alimentación, la continencia, la movilización, el uso de los servicios higiénicos, el vestirse y la capacidad de aseo y la capacidad de hacerlo con o sin ayuda cada actividad.

(Barrero Solís, García Arrijoja, & Ojeda Manzano, 2005)

El índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia, esto en su versión original. Los valores asignados a cada actividad se basan en el tiempo y cantidad de ayuda física requerida si el paciente no puede realizar dicha actividad. El crédito completo no se otorga para una actividad si el paciente necesita ayuda y/o supervisión mínima uniforme; por ejemplo, si él no puede realizar con seguridad la actividad sin alguien presente. (p. 81)

(Cid Ruzafa & Damián Moreno, 1997)

Se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Las AVD 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 orinal. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 6 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente). (p. 128)

Escala de la cruz Roja: Es una escala simple y fácil de utilizar sin normas detalladas sobre su aplicación. El evaluador debe clasificar al paciente en el grado funcional que más se aproxime a su situación actual. Evalúa la incapacidad física según una escala de seis grados que oscilan entre el 0 (independencia) y el 5 (incapacidad funcional total). La información se obtiene preguntando directamente al paciente o a su cuidador. El tiempo de aplicación es inferior a un minuto. La asignación de un paciente a su grado es sencilla cuando coinciden las características de la descripción de una de las puntuaciones, pero no en los casos en las que no coinciden (sobre todo la deambulación y la incontinencia) lo que obliga al evaluador a dar mayor relevancia a alguna de ellas. Ha sido aplicada en muestras de ancianos de la comunidad, en programas de atención domiciliaria, a nivel hospitalario y en residencias y centros de día, permitiendo la valoración continuada y la transmisión de información entre los profesionales^{9,10}.

Valora también la respuesta al tratamiento. El punto de corte 3 parece ser el que mejor permite la discriminación entre dependencia leve a moderada y la grave. (p. 15)

Es una realidad, se desconoce en nuestro país la prevalencia de fragilidad en poblaciones de Adulto Mayor; así como tampoco están identificadas las características que singularizan o distinguen en nuestro medio al Adulto Mayor frágil.

(Schapira & Jauregui)

La evaluación funcional tiene las siguientes características: Reconoce la declinación funcional como la expresión de una enfermedad subyacente: por ejemplo, el hecho de

que un paciente que habitualmente viajaba en cualquier medio de transporte sin

dificultades comience a tener problemas para hacerlo, se desoriente o tenga confusiones con el dinero, constituye un signo de deterioro del estado funcional que debe tomarse como signo de que algo perjudicial está ocurriendo. Permite evaluar y objetivar el grado de independencia del paciente que, a su vez, está íntimamente relacionado con la calidad de vida y el costo asistencial. Incrementa la efectividad del examen clínico: esto es así porque aporta una sistemática en el abordaje del paciente y utiliza escalas que permiten objetivar su deterioro o mejoría. Ayuda a diagnosticar el deterioro y facilita el seguimiento y la evaluación de los tratamientos implementados. La evaluación funcional no hace diagnóstico de enfermedades, pero detecta el deterioro y constituye el puntapié inicial para comenzar una evaluación más profunda del paciente. Crea un lenguaje común entre quienes se dedican a la atención de pacientes ancianos, lo que facilita el encuadre real del paciente, fundamental para la toma de decisiones.

El disponer de esta información resultaría de gran utilidad al profesional de la salud del nivel primario de atención médica, porque le orientaría en su trabajo con los mayores de 60 años racionalizando su accionar en el proceso de pesquizaje y prevención de la fragilidad.

Hasta el año 2000 se consideró que entre el 5 y el 7 % del total de la población pertenecían a este grupo etario.

La atención médica que reciben las personas mayores de 60 años de edad es diferente a la que se otorga a niños y a adultos por varias razones, algunas se refieren al proceso propio de envejecimiento, otras son provocadas por el complejo de enfermedades que van al paralelo del envejecimiento y otras más, por las formas en que son tratadas. Es importante señalar que el límite de 60 años de edad no está determinado por acontecimientos o

suele haber deterioro de la salud, viudez, jubilación, disminución del nivel económico y otros problemas.

(Guijo Blanco & do Rosário de Jesus Martins, 2012)

Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) indican la independencia funcional en la comunidad, medidas a través de la Escala de Lawton (Lawton y Brody, 1969; Gómez, 2009). Esta escala evalúa la capacidad de la persona para desarrollar de forma autónoma ocho tipos de actividades: usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, cuidar de la casa, lavar la ropa, desplazarse, realizar trabajo pesado, tomar su medicación y el uso del dinero. El índice de Lawton y Brody ha servido de modelo a escalas posteriores y continúa siendo una de las herramientas más utilizadas, ya que incluye un rango de actividades complejas que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad.

En los trabajos que evalúan la atención del adulto mayor se apreció que mucho se utiliza el modelo tradicional de aproximación clínica. Se ha demostrado que la aplicación de este modelo al adulto mayor, especialmente al "adulto mayor frágil", tiene como consecuencia una mayor frecuencia de diagnósticos incompletos, una excesiva prescripción de fármacos, una mayor incapacidad funcional, al utilizar con menos frecuencia la rehabilitación, una utilización menos apropiada de los recursos sociales y una institucionalización menos adecuada del paciente.

La valoración global es una forma de aplicar el método clínico en su dimensión más completo a los problemas de salud especiales de los ancianos y es catalogada por algunos autores como una tecnología por su reciente aparición y por los beneficios obtenidos cuando se aplica de forma coherente.

(Tello Rodríguez, Alarcon, & Vizcarra Escobar, 2016)

Además se debe considerar que no solo las enfermedades físicas afectan la independencia funcional del adulto mayor sino también los problemas de salud mental muchas veces pasan desapercibidos, no son diagnosticados o son subtratados

La evaluación funcional en el adulto mayor es un aspecto al que no se le toma la debida importancia que requiere; sin embargo se han realizado diversas investigaciones, es así que tenemos estudios como los siguientes:

(Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2012)

Según el Ministerio de Desarrollo e Inclusión social el grado de independencia para desenvolverse cotidianamente representa un indicador del estado de salud física del adulto mayor en el día a día. Al respecto, en promedio el 70% de la muestra de AM reportó desarrollar estas actividades básicas sin ninguna dificultad. Sin embargo, cuando las actividades implican mayor nivel de dificultad (actividades instrumentales), se observa que los AM tienen mayores niveles de dificultad para realizarlas, siendo la actividad instrumental de cargar y mover objetos pesados los que les conlleva mayores dificultades, donde casi el 59% de la muestra reportó mucha dificultad. Este indicador podría decirnos que los AM no tienen la facilidad suficiente para realizar actividades económicas que impliquen esfuerzo físico, limitando así sus posibilidades de ingresos.

Estas actividades en general son indicadores del alto nivel de dependencia del adulto mayor, y a su vez muestra un problema para aquellos que no cuentan con redes de apoyo social que les proporcionen asistencia en estas actividades. Por otro lado, dentro de este grupo de indicadores se recogió que la mayoría de AM declara no tener problemas para administrar su dinero.

(Arboleda Barahona, Vargas Espinosa, & Galicia Jaramillo, 2009)

Otra investigación a considerar es la realizada por Arboleda y colaboradores el 57% del grupo evaluado obtuvo una clasificación de funcionalidad en actividades cotidianas de Independientes, mientras que el otro 43% obtuvo una clasificación de Dependientes Leves. Se encontró además que el grupo que realizó actividades físicas de 0 a 2 veces por semana presentaron una calificación de Dependientes Leves, y a su vez, el grupo que realizaba actividad física con una frecuencia de 3 a 5 veces por semana, obtuvo una calificación de Independientes. Dentro de las principales deficiencias funcionales que se identificaron en el grupo evaluado, según el índice de Barthel, se encontró que para la realización de las actividades traslado silla-cama y escalones, se necesita de una pequeña supervisión verbal o física, siendo ésta última actividad la limitante funcional más significativa para el grupo en cuestión.

(Varela Pinedo, Chavez Jimeno, Galvez Cano, & Mendez Silva, 2005)

En el Perú al evaluar la funcionalidad del adulto mayor antes de ser hospitalizado se encontró una frecuencia de autonomía funcional de 53%, el bañarse y el vestirse fueron las Actividades Básicas de la Vida Diaria más comprometidas con 44,5% y 39% respectivamente. Se encontró relación significativa entre funcionalidad y edad, situación

depresión con lo que se concluye que la frecuencia de dependencia funcional pre-hospitalización en la población adulta mayor es elevada. Se encontró que a mayor edad, presencia de problemas sociales, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognitivo y depresión se asocia a deterioro funcional.

(Hernández Ramírez, y otros, 2016)

La muestra comprendió a 196 sujetos residentes en comunidades rurales. Se evaluaron las características sociodemográficas y de salud, así como las actividades básicas (ABVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD), utilizando el índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody. Resultados: El 92.9% de la población presenta dependencia leve en relación a sus ABVD, con mayor frecuencia en las mujeres y los pacientes diabéticos. El 49% no realiza AIVD, situación que se agrava entre los individuos de mayor edad, y que se asocia con el hecho de que 15.3% presenta hipertensión, 13% padece diabetes, 69.4% muestra hiperglucemia capilar ($105.41 + 22.28$ mg/dL), y 54% tiene sobrepeso. Se concluyó que La dependencia y el grado de funcionalidad del adulto mayor en comunidades rurales están determinados por la edad, las enfermedades y las relaciones familiares; sin embargo, se requieren más elementos que guíen el cuidado de la salud en el adulto mayor. (p. 7)

El médico Reyes Albán Hugo Martín en su trabajo realizado en Piura sobre la valoración funcional del adulto mayor en atención domiciliaria, señala el crecimiento poblacional geriátrica es del 7% y para el año 2025 será del 12%, aumentando la demanda hospitalaria y su mortalidad es de 2 a 3 veces mayor que edades menores, por eso es necesario la valoración global, el cual es considerado por otros autores como una tecnología, por los

funcional en las actividades básicas de la vida diaria empleando el índice de Barthel modificado.

Gutiérrez Rodríguez J, y colaboradores nos plantean que el perfil de las actividades más afectadas, tanto básicas como instrumentales, se encuentra relacionado con los problemas de movilidad general. Asimismo, señala la incapacidad funcional sería potencialmente evitable, mediante la implantación de estrategias de intervención, dirigidas a evitar/recuperar la pérdida de función.

Katty Cabrera Roa y Manuel O. Swayne Ossa, en su tesis, define la Valoración Geriátrica como la cuantificación a todos los atributos y déficit importantes médicos funcionales y psicosociales, con el fin de conseguir un plan racional de tratamiento y uso de recursos. La evaluación funcional diferentes índices y uno de ellos es el Índice de Barthel Modificado, demuestra que al tratarse debidamente la causa que originó la enfermedad, se incrementa su actividad funcional, como ejemplo, las mujeres que ingresaron con grado funcional G, en un 43.5% y egresaron con 32.6%; los hombres ingresaron con grado funcional G, un 51.3% y egresaron con 43.6%.

Debemos considerar que los trabajos de investigación se centran en lo curativo, es decir, para las personas adultas mayores hospitalizadas o ambulatorios que padecen de alguna dolencia; en cambio, este trabajo está orientado desde el punto de vista preventivo, para ello es necesario conocer el estado actual funcional básico del adulto mayor. Al realizar la evaluación funcional se incrementa la sensibilidad a los cambios del estado de salud del adulto mayor, permitiendo una mejor identificación de dichos cambios, a través del tiempo en la autonomía del adulto mayor y sus necesidades de servicio. Basado en la evaluación de

las actividades funcionales básicas, planificamos, con la finalidad de mantener y/o aumentar dichas actividades básicas, es decir, enlentecer su declive funcional.

Además se debe considerar que los problemas del adulto mayor son problemas de salud pública debido al crecimiento demográfico de los últimos años, en los que se muestra una pirámide invertida, la cual se proyecta hacia las próximas generaciones, donde la población adulta mayor será la predominante. La esperanza de vida en nuestro país y el mundo ha aumentado, se vive más años, sin embargo esto no asegura la calidad de vida de las personas.

Cabe destacar que la capacidad funcional del adulto mayor depende en gran medida de la prevención, por lo tanto si no se le entrega una atención dirigida y especializada en Geriátrica, no se logrará mantener o aumentar su calidad de vida. A esto se agrega, que los adultos mayores tienen una excelente capacidad para responder a los tratamientos médicos que se dirigen a mantener su capacidad funcional. Esto, no solo tiene un efecto positivo para la calidad de vida si no que también cobra relevancia para la sociedad, ya que en cuanto a costos económicos, es más rentable que exista una mayor cantidad de adultos mayores autovalentes que postrados sin contribuir al país

Debido a lo anteriormente mencionado, para llenar ese vacío de conocimiento es necesario realizar una investigación que nos permita generar una base para determinar el estado funcional actual de la población y así no solo elevar la calidad de vida de este grupo poblacional sino también contribuir a disminuir los gastos destinados a los cuidados de su salud. Se considerará a los pacientes de cirugía porque a diferencia de los pacientes de

medicina, los pacientes quirúrgicos son en su mayoría pacientes más estables que los del pabellón de medicina y con menor número de comorbilidades o en su defecto están mejor

controlados. Además se considera importante realizar el estudio en esta población porque no se encontraron antecedentes en los que se haya realizado una evaluación funcional a este tipo de pacientes por lo que nos brindaría información que antes no se ha considerado debido a que el aspecto funcional de los pacientes muy pocas veces es considerado en los pacientes quirúrgicos. Por todo ello el tema a investigar resulta de mucha importancia.

. Por todo lo mencionado se plantea el siguiente problema:

¿Cuál es el nivel funcional del adulto mayor hospitalizado en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo durante los meses de octubre a diciembre del 2017?

Objetivo general

- Evaluar funcionalmente a los adultos mayores hospitalizados en el pabellón de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo durante los meses de octubre a Diciembre del 2017

Objetivos específicos

- Evaluar las actividades básicas de la vida diaria en los pacientes adultos mayores hospitalizados durante octubre a Diciembre en el Hospital Nacional Dos de Mayo
- Evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria en los pacientes adultos mayores hospitalizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo

MÉTODO

1. Tipo de estudio y diseño de investigación

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de serie de casos.

2. Población de estudio

La población objeto de estudio fueron los pacientes hospitalizados en el pabellón de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo.

3. Muestra

Se consideró a toda la población antes señalada que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión expuestos a continuación.

a. Criterios de Inclusión

- ser mayor de 65 años
- aceptar participar en la investigación
- Estar hospitalizado durante el periodo de estudio

b. Criterios de Exclusión

- Pacientes inconscientes que no cuenten con familiar que pueda brindar

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

4. Variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Sexo	Características anatómicas determinadas genéticamente		Mujer Varón	Cualitativa nominal
Edad	Años transcurridos desde el nacimiento	tiempo	años	Cuantitativa discreta
Patologías al momento de la evaluación	Todas aquellas comorbilidades que presente el paciente al momento de la evaluación	Diagnósticos que tiene el paciente durante la evaluación	HTA DM2 Osteoartrosis Etcétera	Cualitativa nominal
Índice de Katz modificado	Valora las actividades básicas de la vida diaria donde se evalúa la independencia	Puntuación del índice	Independiente Parcialmente dependiente dependiente	Cualitativa ordinal
Escala de Lawton y Brody	Valora la capacidad de realizar actividades instrumentales por los pacientes	Puntuación del índice	Independiente Dependiente Parcialmente dependiente	Cualitativa ordinal
Nivel funcional	Nivel de dependencia para realizar actividades planteadas en índice de Katz y escala de Lawton	Nivel de independencia	Independiente Dependiente Parcialmente dependiente	Cualitativa ordinal

5. Técnicas e instrumentos de recolección

Se hizo uso del Índice de Katz y Lawton y una ficha de recolección de datos

6. Proceso de recolección procesamiento y análisis de datos

Fue realizada por el investigador que recogerá los datos epidemiológicos (edad, sexo, diagnóstico).

Además previo consentimiento informado de los pacientes (en caso los pacientes que no pudieron brindar el consentimiento o no pudieron brindar informes se puede solicitó la colaboración de un familiar) se procedió a realizar los índices de Katz modificado y Lawton.

Ejecución

Durante los meses señalados y durante las tardes se procedió a recolectar los datos necesarios para la investigación, siempre y cuando cumplan los criterios de inclusión y exclusión. Cuando no fue posible tomar los datos el día del ingreso del paciente se realizó un día posterior.

7. Procesamiento de los datos

Luego de la obtención de la información se procedió a realizar la base de datos en el programa Microsoft Excel. Las variables categóricas se presentaron en porcentajes. Además se determinó otras medidas de tendencia central como la mediana y la moda. Para la realización de los gráficos se hizo uso del programa Excel.

Se aplicó las pruebas estadísticas correspondientes haciendo uso del programa SPSS versión

RESULTADOS

Se evaluaron un total de 217 pacientes adultos mayores

Primero se evaluó la edad

Según la tabla N° 1 la edad media de los pacientes fue 76,4 años, observándose pacientes cuyas edades varían entre 65 y 92 años.

TABLA N° 1

Edad

N	Válidos	217
	Perdidos	0
Media		76,35
Mediana		78,00
Desv. típ.		6,199
Rango		27
Mínimo		65
Máximo		92

Fuente: elaborado según los datos obtenidos en la investigación

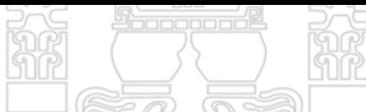
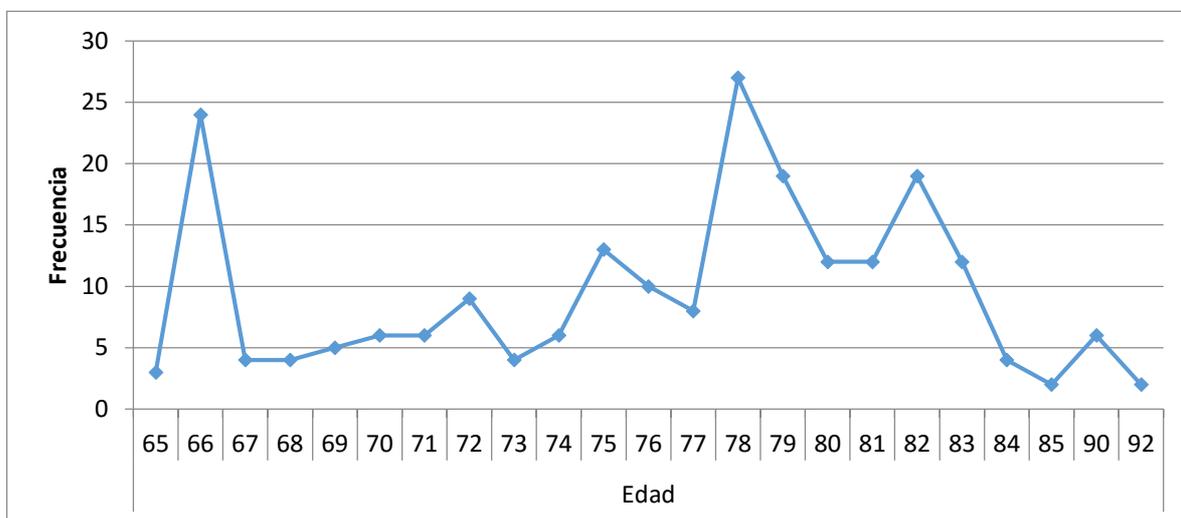


Gráfico N° 1: Edad



Fuente: elaborado según los datos obtenidos en la investigación

El gráfico N° 1 evidencia que la mayor cantidad se aprecia a las edades de 66 años y 78 años.

La Tabla N° 2 muestra que hay un mayor porcentaje de mujeres formando el grupo de adultos mayores que fue evaluado.

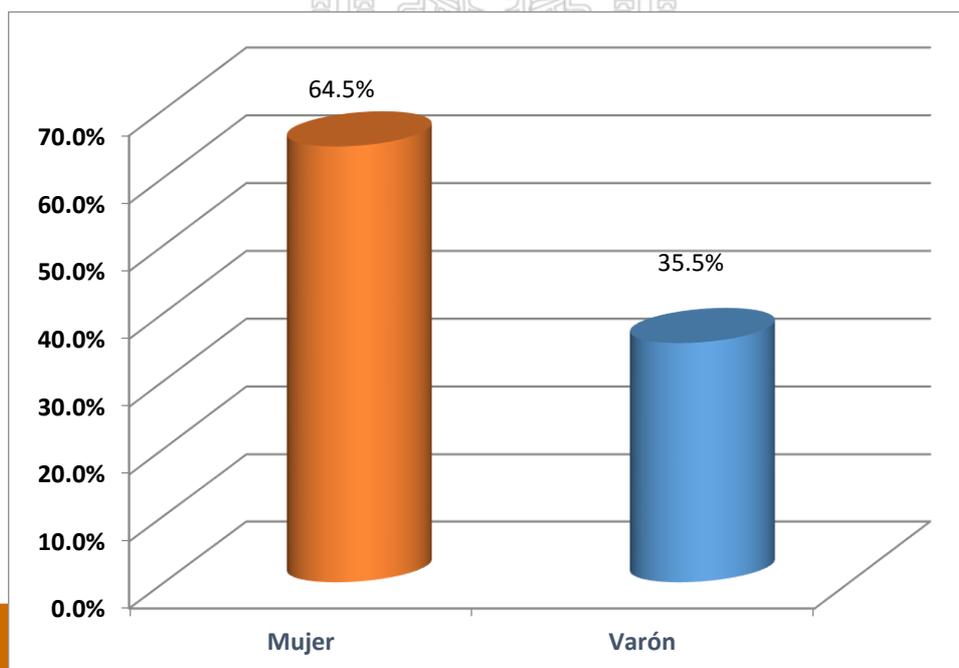
TABLA N° 1

Género

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	140	64,5	64,5	64,5
Válidos Masculino	77	35,5	35,5	100,0
Total	217	100,0	100,0	

Fuente: elaborado según los datos obtenidos en la investigación

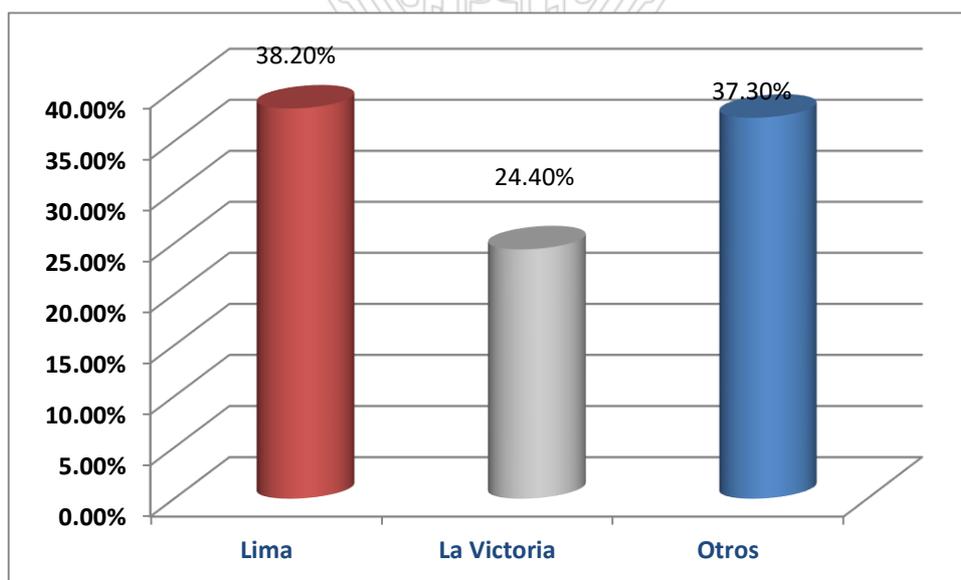
Gráfico N° 2: Sexo



Fuente: elaborado según los datos obtenidos en la investigación

El gráfico N° 2 resalta el predominio femenino en este grupo etario, observándose que el 64,5% pertenecía al sexo femenino.

Gráfico N° 3: Procedencia



Fuente: elaborado según los datos obtenidos en la investigación

Según el gráfico N°3 se puede evidenciar que los pacientes proceden de los distritos cercanos al hospital, pero hay más de la tercera parte que no pertenecen ni a Lima ni

a la Victoria en los que están incluidos pacientes de distritos más alejados como San
Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar a Juan de los Rios o pacientes procedentes de provincias.

UNFV

La tabla N° 3 evidencia que no todos los adultos mayores obtuvieron el mismo puntaje en sus actividades de la vida diaria, existiendo puntajes que van desde cero hasta seis, que es el mayor puntaje.

TABLA N° 3

INDICE DE KATZ

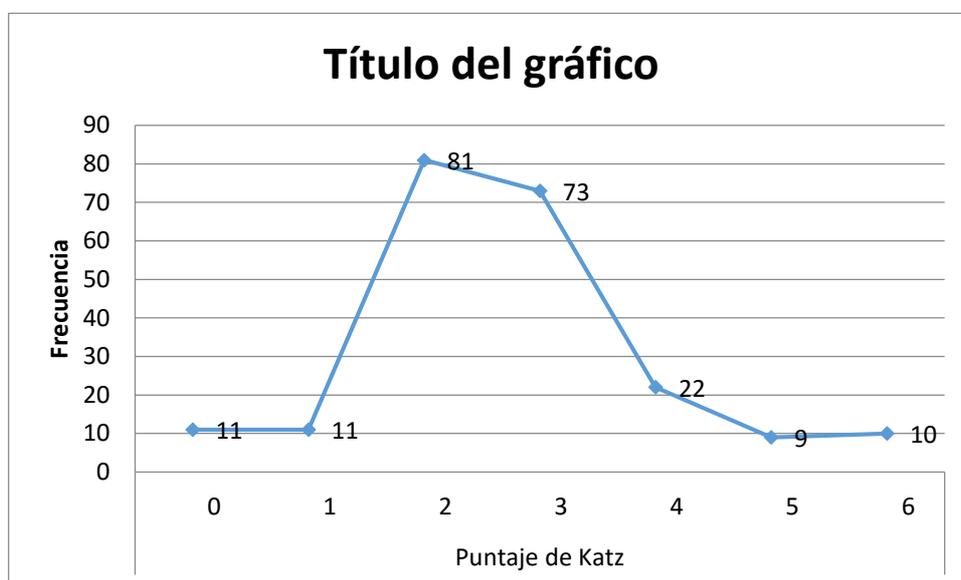
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	11	5,1	5,1	5,1
1	11	5,1	5,1	10,1
2	81	37,3	37,3	47,5
3	73	33,6	33,6	81,1
4	26	12,0	12,0	93,1
5	9	4,1	4,1	97,2
6	6	2,8	2,8	100,0
Total	217	100,0	100,0	

Válidos

Fuente: elaborado según los datos obtenidos en la investigación



Gráfico N° 4: Puntaje del Índice de Katz



Fuente: elaborado según los datos obtenidos en la investigación

En el gráfico N° 4 se puede apreciar que hay 11 pacientes que obtuvieron un puntaje de 0, mientras que hay 10 pacientes que obtuvieron un puntaje de 6. La mayor frecuencia se encuentra entre los puntajes 2 y 3.

En la tabla N°4 se evalúa el nivel de independencia de acuerdo al puntaje obtenido.

Se puede apreciar que el 71% de los pacientes puede realizar sus actividades pero que en algunos aspectos necesita cierta ayuda para realizarlos.

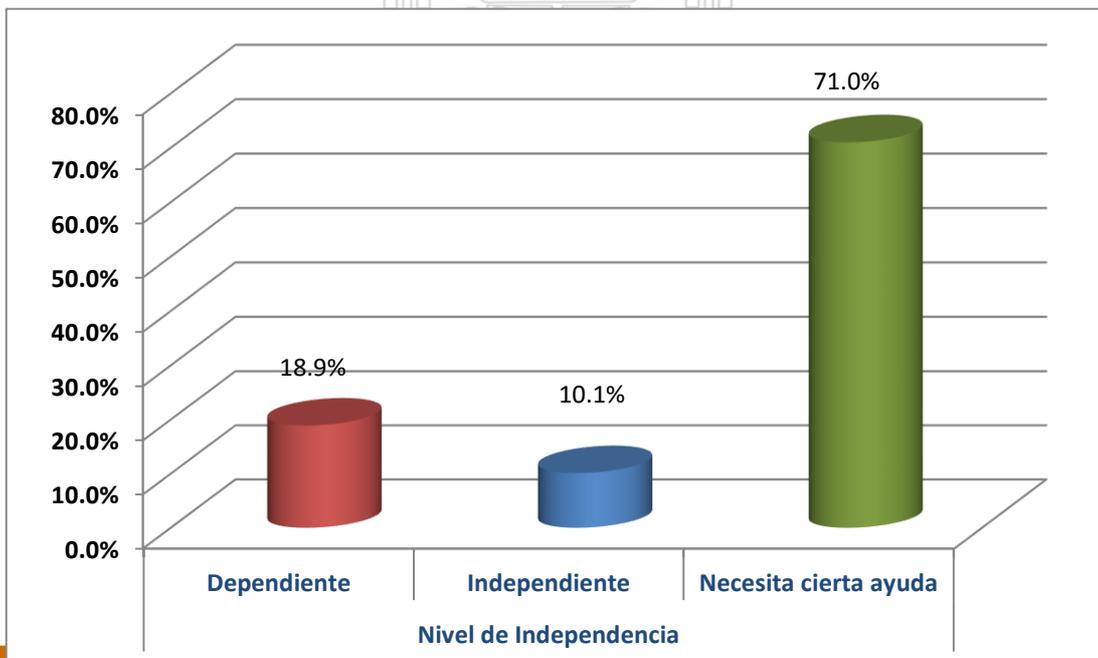
TABLA N° 4

Nivel de Independencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Dependiente	41	18,9	18,9	18,9
Independiente	22	10,1	10,1	29,0
Necesita cierta ayuda	154	71,0	71,0	100,0
Total	217	100,0	100,0	

Fuente: elaborado según los datos obtenidos en la investigación

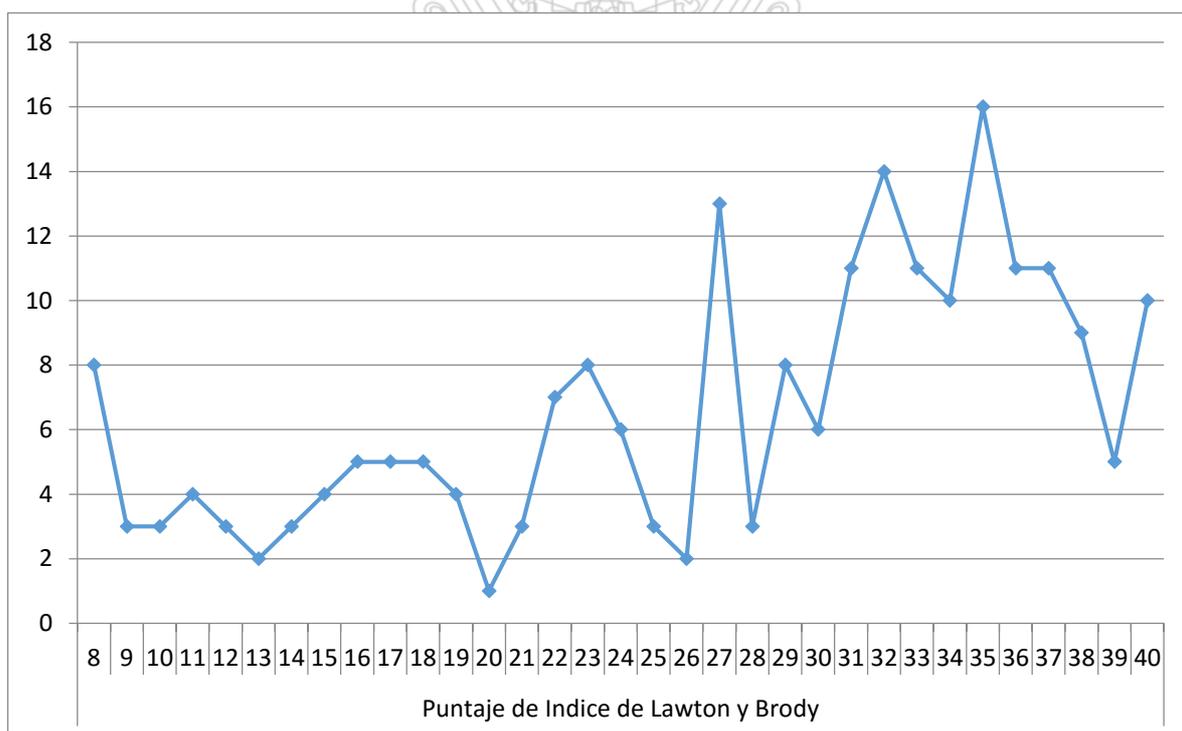
Gráfico N° 5: Nivel de Independencia según Índice de Katz



Fuente: elaborado según los datos obtenidos en la investigación

En el gráfico N° 5 se evidencia que el 10,1% de los adultos mayores fueron independientes según el índice de Katz

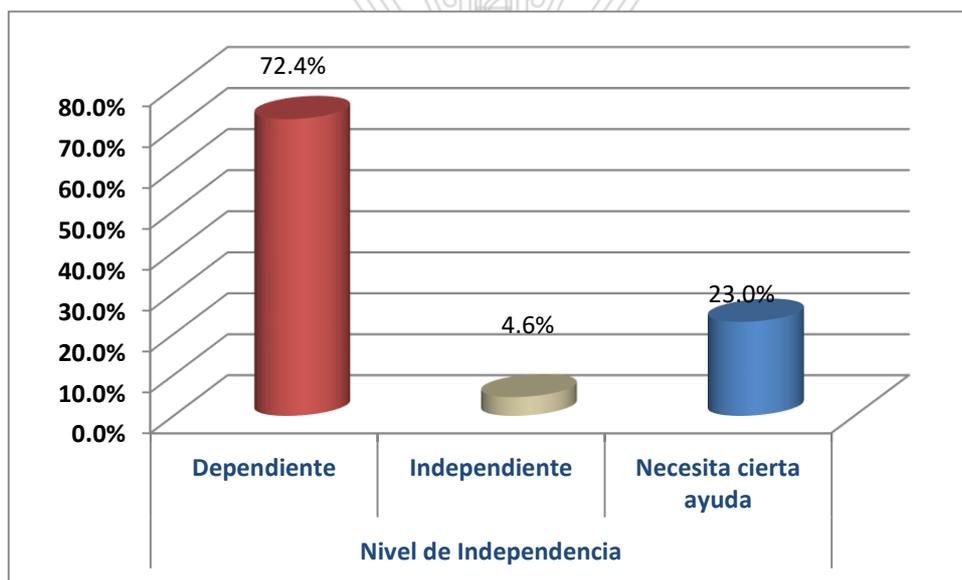
Gráfico N° 6: Puntaje del Índice de Lawton y Brody



Fuente: elaborado según los datos obtenidos en la investigación

En el gráfico N°6 se puede apreciar que los puntajes obtenidos para los adultos mayores, al igual que en el índice de Katz, son diversos. Se aprecia que hay diez pacientes que obtuvieron un puntaje de 40 puntos, es decir son totalmente dependientes.

Gráfico N° 7: Puntaje del Índice de Lawton y Brody



Fuente: elaborado según los datos obtenidos en la investigación

La grafica N° 7 evidencia que hay una elevada frecuencia de adultos mayores que son dependientes en las actividades instrumentales de la vida diaria (72.4%) y solo el 4,6% son totalmente independientes.

▪ DISCUSIÓN

Al realizar la evaluación funcional de los adultos mayores se trabajó con 217 adultos mayores hospitalizados en el área de cirugía.

Se encontró que el promedio de edad para este grupo de pacientes fue de 76,4% con edades que iban desde los 65 años hasta los 92 años, observándose que el número de pacientes es cada vez menor a partir de los 80 años y esto también es influenciado porque al tener los pacientes adultos mayores otras comorbilidades, en muchas ocasiones se dilata o se programa para realizarles cirugías programadas..

Al analizar la variable sexo, se encontró que hay mayor cantidad de mujeres en relación a los varones, esto concuerda con las estadísticas del INEI y su publicación Perú: Situación de Salud de la Población Adulta Mayor, 2012 en la que se evidencia que las mujeres adultas mayores representan el 53,6%.

La procedencia de los pacientes fue principalmente de distritos contiguos al Hospital Nacional Dos de Mayo. El 38,2% provenía del distrito del Cercado de Lima y el 24,4% de La Victoria, otros distritos de los que acudían los pacientes fueron San Martín de Porres, El Agustino y también del interior del país.

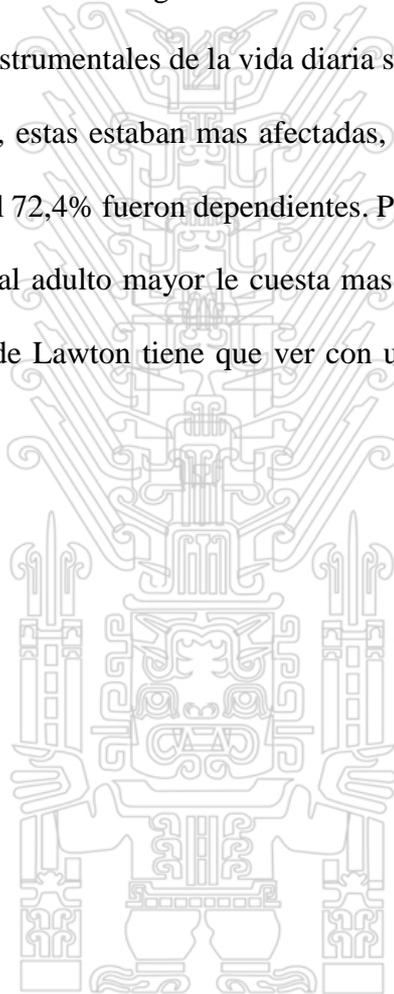
Al evaluar las actividades de la vida diaria mediante el Índice de Katz se obtuvieron puntajes que van desde 0 hasta 6 lo que determinó que el 18,9% de los pacientes fueran catalogados como dependientes, el 10,1% independientes y el mayor porcentaje se ubicó en el grupo de pacientes que necesita cierta ayuda para realizar sus actividades (76,4%) . Sin embargo Arboleda y colaboradores encontró que el 57% de los evaluados eran totalmente independientes al realizar sus actividades de la vida diaria y el restante 43% eran dependientes

leves, las diferencias pueden haberse ocasionado por el tipo de población con el que se trabajó
Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar a Arboleda si no estudia pacientes hospitalizados que son un grupo que por sus

UNFV

patologías médicas tienen mayores dificultades para realizar sus actividades y por ello no encontró adultos mayores que fueran totalmente dependientes. Para Varela y colaboradores (2005) encontraron que previa a la hospitalización se los adultos tuvieron una autonomía funcional en el 53% de los casos. La alta dependencia encontrada en los adultos mayores del Hospital Nacional Dos de Mayo puede ser influenciado por las patologías que los aquejan ya que al estar hospitalizados aumenta su fragilidad.

En cuanto a las actividades Instrumentales de la vida diaria se encontró que a diferencia de las actividades de la vida diaria , estas estaban mas afectadas, es así que solo el 4,6% presento independencia mientras que el 72,4% fueron dependientes. Posiblemente se ven mas afectadas estas actividades puesto que al adulto mayor le cuesta mas trabajo aprender cosas nuevas y algunos aspectos del Indice de Lawton tiene que ver con uso de tecnología como lo es el teléfono.



▪ CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones

- Se evaluó funcionalmente a los adultos mayores hospitalizados en el pabellón de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo durante los meses de octubre a Diciembre del 2017 encontrándose que la presencia de las patologías influían en su nivel de independencia
- Al evaluar las actividades de la vida diaria, se encontró que la mayor parte de la población necesitaba cierta ayuda para realizar sus actividades pero que 18,9% eran totalmente independientes.
- Durante la evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria, se determinó que el 72,4% eran dependientes por lo que se ve que estas actividades son más comprometidas en los adultos mayores.

2. Recomendaciones

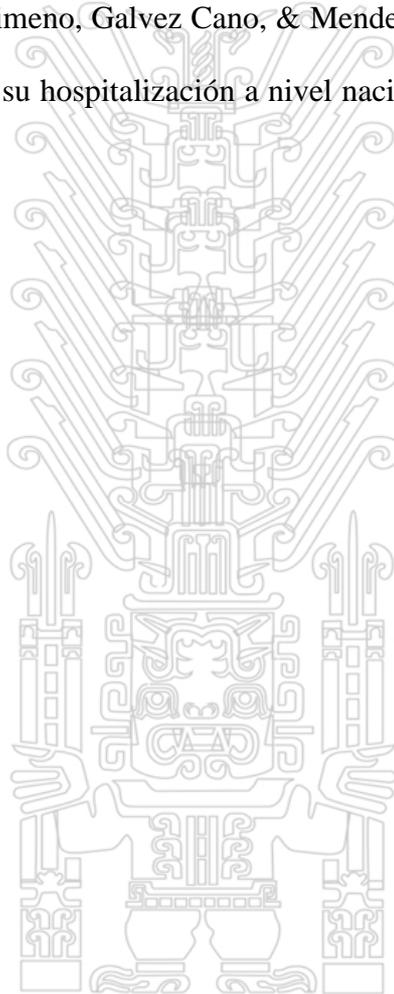
- Se recomienda que la historia clínica de todo paciente adulto mayor debe incluir una evaluación funcional y de esta forma durante su estancia hospitalaria también brindar soporte y pautas para mejorar este aspecto para de esta forma lograr adultos mayores más independientes.
- Realizar investigaciones posteriores en las que se evalúe los principales factores de riesgo para que el adulto mayor se vuelva dependiente tanto en actividades de la vida diaria como en actividades instrumentales.
- Realizar investigaciones que usen otros índices para así lograr evitar sesgos.

▪ Referencias Bibliográficas

1. Arboleda Barahona, A. F., Vargas Espinosa, D. J., & Galicia Jaramillo, J. C. (2009) Caracterización del nivel de funcionalidad cotidiana en un grupo de adultos mayores de coeducar- comcaja. Pereira, Risaralda.. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
2. Barrero Solís, C., García Arrijoja, S., & Ojeda Manzano, A. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y Restauración Neurológica*, 81-85.
3. Cabrera Roa, Katty G.; Swayne Ossa, Manuel O. (2002) Valor de la evaluación geriátrica en el servicio de hospitalización de la Clínica Geriátrica San José. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
4. Chumpitaz Chávez, Y., & Moreno Arteaga, C. (2016). Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor. *Revista enfermería Herediana.*, 30-36.
5. Cid Ruzafa, J., & Damián Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 127-137.
6. Dorantes Mendoza, G., Ávila Funes, J. A., Mejía Arango, S., & Gutiérrez Robledo, L. M. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Revista Panameña de Salud Pública*, 1-11.
7. Fajardo Ramos, & Núñez Rodríguez. (2012). Valoración integral del adulto mayor a partir de escalas de medición. *Revista EDUCACION FISICA*, 1-15.

8. Guijo Blanco, V., & do Rosário de Jesus Martins, M.(2012) Evaluación funcional de la vejez. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 329-336
9. Gutiérrez Rodríguez J, Pérez Linares T, Fernández Fernández M, Alonso Álvarez M, Iglesias Cueto M, Solano Jaurrieta J J. (2001) Incapacidad funcional en una población de ancianos en el medio comunitario. *Mapfre Medicina*, 46-53
10. Hernández Ramírez, Lumbreras Delgado, Hernández Vicente, Báez Alvarado, Juárez Flores, Banderas Tarabay, y otros. (2016). Valoración de la funcionalidad y dependencia del adulto mayor en áreas rurales. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 7-24.
11. Jauregui, J., & Rubin, R. (2012). Fragilidad en el adulto mayor. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 110-115.
12. Lam de Calvo, O. (s.f). Fisiología del síndrome de fragilidad en el adulto mayor. *Revista Médico Científica*, 31-35.
13. Mesa Fuentes, M. T., & Parra Pérez, P. I. (2011) Funcionalidad del Adulto Mayor que asiste a servicio de atención primaria de la comuna de Melipilla. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
14. Ministerio de Salud. (2011). Análisis de Situación de Salud. Dirección de Salud IV Lima Este. Lima: Dirección de Salud IV Lima Este .
15. Reyes Albán. (2009) Evaluación Funcional de los Pacientes Adultos Mayores atendidos en visita domiciliaria de la jurisdicción del CM Leoncio Amaya Tume. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

16. Tello Rodríguez, T., Alarcon, R., & Vizcarra Escobar, D.(2016) Salud mental en el adulto mayor: Trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño . *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 342-350
17. Trigas Ferrín, M., Ferreira González, L., & Meijide Míguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica*, 11-16.
18. Varela Pinedo, Chavez Jimeno, Galvez Cano, & Mendez Silva. (2005) Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Revista Med Hered*, 16 (3): 165-71



ANEXOS

ANEXO N° 1

EVALUACION FUNCIONAL BASICA DEL ADULTO MAYOR

Nombre y apellidos:

Edad: Sexo:

Bañarse	Independencia: Puede bañarse sin necesidad de apoyo con excepción de áreas como la espalda o con discapacidad	
	Dependencia. Requiere ayuda para lavar más de un área del cuerpo o para acceder y salir de la ducha.	
Vestirse	Independencia: Independientemente de amarrarse los zapatos puede vestirse y abotonarse.	
	Dependencia No puede vestirse	

Acudir a los servicios higiénicos	Independencia: Accede a los servicios higiénicos y puede realizar su aseo	
	Dependencia. Requiere ayuda	
Movilidad	Independencia: Puede pararse de una silla y acostarse en la cama.	
	Dependencia. Requiere ayuda para moverse o pararse, no realiza desplazamientos.	
Continencia	Independencia: Controla esfínteres	
	Dependencia No puede controlar esfínteres	
Alimentación	Independencia: Puede hacer uso de los cubiertos y comer por sí solo.	
	Dependencia Requiere asistencia para comer	

PUNTAJE

UNFV

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

El puntaje se asigna de la siguiente manera: 0 puntos cuando tiene independencia para realizar la actividad y 1 punto si requiere ayuda

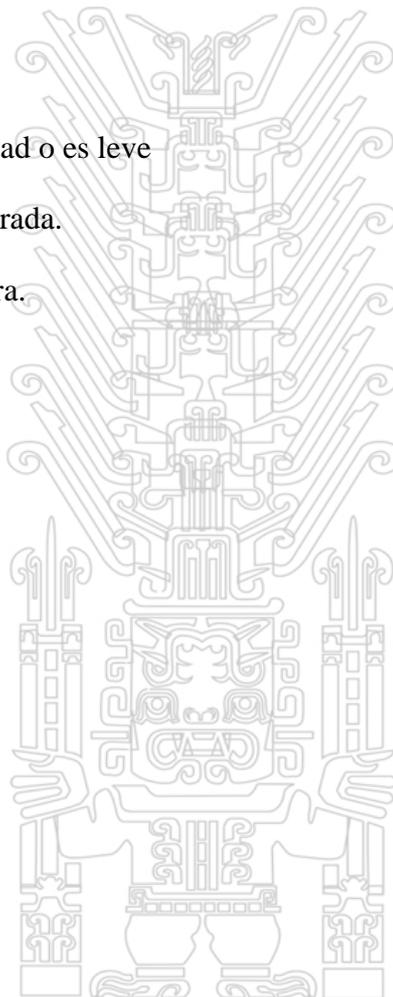
Interpretación

Se puede clasificar:

0 - 1 puntos = no tiene incapacidad o es leve

2 - 3 puntos = incapacidad moderada.

4 - 6 puntos = incapacidad severa.



Índice de Lawton y Brody

Cuidar la casa	
Puede hacerse cargo del cuidado de la casa	1
Requiere apoyo en actividades fuertes	2
Solo realiza tareas suaves	3
Necesita ayuda con todas las tareas de la casa	4
No participa en ninguna tarea doméstica	5
Lavado de ropa	
Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
Lava ropas pequeñas	2
Necesita que otro se ocupe de todo el lavado	3
Preparación de la comida	
Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes	2

Prepara platos precocinados	3
Necesita que se le prepare y sirva la comida	4
Ir de compra	
Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
Compra con independencia pequeñas cosas	2
.Necesita compañía para realizar cualquier compra	3
Completamente incapaz de ir de compras	4
Uso del teléfono	
.Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números	1
Marca unos cuantos números bien conocidos	2
Contesta el teléfono, pero no marca	3
No usa el teléfono en absoluto	4
Uso de vehículos de transporte	
Puede conducir o usa transporte público	1

Capaz de organizar su transporte utilizando taxis, pero no usa otros transportes públicos	2
Necesita compañía	3
Incapaz de hacerlo	4
Manejo del dinero	
Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuestos, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco), recoge y conoce sus ingresos	1
Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos	2
.Incapaz de manejar dinero	3
Responsabilidad sobre medicamentos	
Es responsable en el uso de la medicación en las dosis correctas y a las horas correctas	1
toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas	2
No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	3

Interpretación

- ≤ 8 : independencia
- 9 - 20 puntos: requiere ayuda
- $>$ de 20 puntos: requiere mucho apoyo

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

Anexo N°2: Consentimiento informado

Investigador: **Jeffri Soto Valverde**

Este estudio pretende conocer a través del índice de Katz, Lawton y Brody evaluar el nivel de dependencia de los pacientes del servicio de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Si usted participa en el estudio, únicamente se le va hacer una encuesta con diferentes preguntas sobre actividades básicas diarias como por ejemplo si efectúa la marcha solo, o apoyo o no lo efectúa.

Riesgos del Estudio

Este estudio no representa ningún riesgo para usted. Para su participación sólo es necesaria su autorización y aplicar una encuesta.

Beneficios del Estudio

Es importante señalar que con su participación, ustedes contribuyen a mejorar los conocimientos en el campo de su capacidad funcional.

Costo de la Participación

La participación en el estudio no tiene ningún costo para usted.

Confidencialidad

Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial

Requisitos de Participación

. Al aceptar la participación deberá firmar este documento llamado consentimiento, con

lo cual autoriza y acepta la participación en el estudio voluntariamente. Sin embargo, si
Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

usted no desea participar en el estudio por cualquier razón, puede retirarse con toda libertad sin que esto represente algún gasto, pago o consecuencia negativa por hacerlo.

Declaración Voluntaria

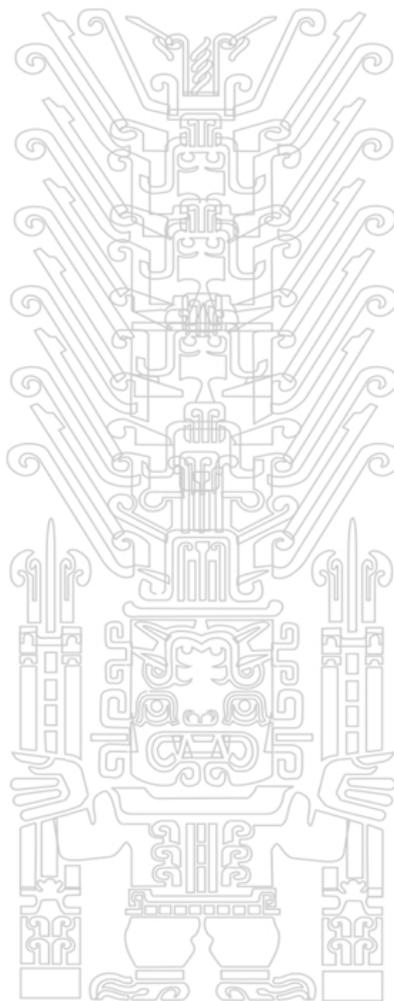
Yo he sido informado(a) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informado(a) de la forma de cómo se realizará el estudio. Estoy enterado(a) también que puedo participar o no continuar en el estudio en el momento en el que lo considere necesario, o por alguna razón específica, sin que esto represente que tenga que pagar, o recibir alguna represalia.

. Por lo anterior acepto voluntariamente participar en la investigación de: Evaluación Funcional del adulto mayor hospitalizado en cirugía en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el 2017

____ de Lima, ____ del 2017.

Nombre del participante: _____

Firma _____ Fecha: ____/____/2017



Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

Planteamiento del problema	Objetivos	VARIABLES e indicadores	Población	Diseño	Instrumento	estadística
¿Cuál es el nivel funcional del adulto mayor hospitalizado en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo durante los meses de octubre a diciembre del 2017?	<p>Objetivo general</p> <ul style="list-style-type: none"> Valorar de forma funcional a los adultos mayores hospitalizado en el pabellón de cirugía del Hospital Nacional Dos 	<p>Índice de Katz Valora las actividades básicas de la vida diaria donde se evalúa la independencia</p> <p>Escala de Lawton y Brody Valora la capacidad de realizar actividades instrumentales por los pacientes</p> <p>Sexo Características físicas definidas por caracteres sexuales secundarios</p>	<p>Pacientes hospitalizados en el pabellón de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo de estudio</p>	<p>estudio observacional descriptivo</p> <p>serie de casos</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p> <p>Índice de Katz</p> <p>Índice de Lawton y Brody</p>	<p>Porcentaje</p> <p>Media</p> <p>Mediana</p> <p>Rango</p>

	<p>de Mayo</p> <p>durante los</p> <p>meses de</p> <p>octubre a</p> <p>diciembre del</p> <p>2017</p>					
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluar las actividades básicas de la vida diaria en los pacientes adultos mayores hospitalizados ▪ Evaluar las actividades 	<p>Edad Tiempo en años que ha vivido una persona</p>	<p>Muestra Se seleccionó una muestra mediante método aleatorio</p>			

intrumentales de la vida diaria en los pacientes adultos mayores hospitalizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo					
---	--	--	--	--	--

