

UNIVERSIDAD GALILEO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA



VALORACIÓN GERIÁTRICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD
INTEGRAL DE ADSCRIPCIÓN (UIA), DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE
SEGURIDAD SOCIAL (IGSS) EN EL MUNICIPIO DE ASUNCIÓN MITA,
DEPARTAMENTO DE JUTIAPA

INVESTIGACIÓN

PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POR KAREN LINETH CHINCHILLA CONTRERAS

PREVIO A CONFERIRSE EL TÍTULO DE

GERIATRA Y GERONTÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

MAESTRA

GUATEMALA, DICIEMBRE, 2017

INDICE GENERAL

| | |
|--|---|
| CAPITULO I | 1 |
| MARCO METODOLÓGICO | 1 |
| 1.1 Justificación de la investigación | 1 |
| 1.2 Planteamiento del problema..... | 1 |
| 4.1.1 Definición del problema | 1 |
| 4.1.2 Especificación del problema: | 2 |
| 4.1.3 Delimitación del problema | 2 |
| 1.3 Hipótesis | 3 |
| 1.4 Objetivos de la Investigación..... | 4 |
| 1.4.1 Objetivo general..... | 4 |
| 1.4.2 Objetivos específicos | 4 |
| CAPÍTULO II | 5 |
| MARCO TEÓRICO..... | 5 |
| 2.1 Paciente Adulto Mayor | 5 |
| 2.2 Clasificación clínica..... | 5 |
| 2.2.1 Anciano sano | 5 |
| 2.2.2 Anciano enfermo..... | 5 |
| 2.2.3 Anciano frágil | 5 |
| 2.3 Geriatria | 6 |
| 2.4 Discapacidad y dependencia | 6 |
| 2.5 Valoración Geriátrica Integral..... | 6 |
| 2.6 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social | 7 |
| MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS | 9 |
| 3.1 Métodos | 9 |
| 3.1.1 Tipo de estudio | 9 |
| 3.2 Técnicas..... | 9 |
| 3.3 Instrumentos | 9 |
| 3.3.1 Estado clínico..... | 9 |

| | | |
|---|---------------------------------|----|
| 3.3.2 | Estado mental | 10 |
| 3.3.3 | Estado funcional: | 10 |
| 3.3.4 | Estado social:..... | 11 |
| 3.4 | Cronograma de actividades | 12 |
| 3.5 | Recursos | 13 |
| 3.5.1 | Recursos humanos | 13 |
| 3.5.2 | Recursos materiales | 13 |
| 3.5.3 | Recursos financieros | 13 |
| CAPÍTULO IV | | 14 |
| PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS | | 14 |
| 4.2 | Resultados | 14 |
| 4.3 | Discusión..... | 20 |
| CAPÍTULO V | | 22 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | | 22 |
| 5.1 | Conclusiones..... | 22 |
| 5.2 | Recomendaciones..... | 23 |
| CAPÍTULO VI | | 24 |
| BIBLIOGRAFIA | | 24 |
| ANEXOS | | 25 |
| 7.1 | Anexo 1 | 25 |

INTRODUCCIÓN

La presente investigación, pretende determinar características clínicas, mentales, funcionales y sociales de los adultos mayores que reciben atención médica general y de los que no se aplica la Valoración Geriátrica Integral de forma rutinaria, por lo que su caracterización se desconoce y por ende no se puede hacer intervenciones terapéuticas y de rehabilitación acorde a necesidades específicas que mejoren la calidad de vida de los usuarios pertenecientes a la Unidad Integral de Adscripción del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el Municipio de Asunción Mita, del departamento de Jutiapa.

La Valoración Geriátrica Integral evalúa cuatro áreas por lo que para obtener la información deseada se aplicó la valoración clínica los criterios de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología que clasifica al adulto mayor en relación al tipo y número de patologías en anciano sano, anciano enfermo y anciano frágil, en cuanto a la valoración mental, funcional y social se utilizará el test de Pfeiffer, Índice de Barthel y Escala de Gijón respectivamente según directrices determinadas en el marco metodológico de este proyecto de investigación.

Los resultados de la investigación mostraron que el 83% de los adultos mayores de clasifican como ancianos frágiles, se encontró 8% de deterioro cognitivo, 29% de dependencia funcional y sólo el 50% tiene una situación socio-familiar buena. En todos los casos las mujeres son principalmente afectadas.

CAPITULO I

MARCO METODOLÓGICO

1.1 Justificación de la investigación

Hacer la caracterización de los adultos mayores por medio de la Valoración Geriátrica Integral, pretende ser de gran conveniencia para éste grupo de personas pues permitió identificar aspectos específicos de su estado clínico, mental, social y funcional con lo que se obtuvo una base de datos para tomar decisiones en relación a las necesidades presentes para la atención integral de calidad que se merecen.

Resulta sumamente trascendental el impacto a nivel colectivo en los usuarios de la institución pues permitió optimizar recursos económicos y humanos; al haber identificado las necesidades específicas, se puede dirigir intervenciones oportunas en los puntos vulnerables de la atención médica del adulto mayor.

Al realizar esta investigación se ayudó a resolver de forma longitudinal y transversal la falta de atención especializada de los adultos mayores, la cual es necesaria debido a las manifestaciones atípicas de las patologías en la población sometida a estudio. La caracterización permitió descubrir problemas de salud tratables que no han sido diagnosticados previamente.

Los resultados permitieron respaldar la importancia de capacitar al médico general sobre valoración geriátrica en la consulta externa de la Unidad Integral de Adscripción (UIA), del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en el municipio de Asunción Mita, departamento de Jutiapa.

1.2 Planteamiento del problema

4.1.1 Definición del problema

La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, define a la Valoración Geriátrica Integral como "un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las

esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, calidad de vida”.

Si no se aplica la valoración geriátrica integral en la consulta externa de la Unidad Integral de Adscripción en el Municipio de Asunción Mita, Jutiapa, se dificulta el abordaje diagnóstico y terapéutico ya que en la evaluación tradicional únicamente se consideran aspectos clínicos dejando por un lado la valoración mental, funcional y social de los pacientes adultos mayores. Al dejar de lado dicha valoración se pasan desapercibidos aspectos como el estado cognitivo, la capacidad para la realización de actividades instrumentales y el entorno social lo cual dificulta aún más situar al paciente en el nivel médico acorde a sus necesidades específicas, esto afecta también a la evolución clínica favorable del paciente.

El éxito de la terapéutica médica y rehabilitación geriátrica depende en gran medida del apoyo que el paciente adulto mayor tenga en su medio socio-familiar y por el estado de dependencia o independencia funcional para seguir las indicaciones médicas. A nivel institucional sino se aplica la valoración geriátrica integral no se puede implementar intervenciones multidisciplinarias que permitan optimizar los recursos humanos y financieros, pues éstos no son dirigidos sino desmedidos y no específicos.

4.1.2 Especificación del problema:

¿Cómo se determina la valoración geriátrica en la consulta externa de la Unidad Integral de Adscripción (UIA), del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en el municipio de Asunción Mita, departamento de Jutiapa?

4.1.3 Delimitación del problema

1.2.3.1 Unidad de análisis

Consulta externa en la Unidad Integral de Adscripción (UIA) del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

1.2.3.2 Sujetos de investigación

Los usuarios hombres y mujeres mayores de 65 que asistieron para atención médica a la consulta externa de la UIA-IGSS, provenientes de los municipios de Asunción Mita, Agua Blanca, Santa Catarina Mita y Atescatempa del departamento de Jutiapa.

1.2.3.3 Tamaño de la muestra

100% de usuarios que consultaron en el período de recolección y clasificación de la información.

1.2.3.4 Ámbito geográfico

El municipio de Asunción Mita pertenece al Departamento de Jutiapa, en la región suroriental de la República de Guatemala. Cuenta con una extensión territorial de 476 km².

Límites: Colinda geográficamente con el municipio de Santa Catarina Mita y Agua Blanca (del departamento de Jutiapa); al este con la República de El Salvador; al sur con Atescatempa, Yupiltepeque (Jutiapa) y la República de El Salvador; al oeste con los municipios de Jutiapa y Yupiltepeque.

1.2.3.5 Ámbito temporal

Del 02 al 30 de noviembre de 2017.

1.3 Hipótesis

Se acepta la hipótesis. La valoración geriátrica en la consulta externa de la Unidad Integral de Adscripción (UIA), del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en el municipio de Asunción Mita, departamento de Jutiapa, denota dependencia, deterioro cognitivo y riesgo social no reconocidos que se escapan a la valoración clínica tradicional.

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo general

- Determinar la valoración geriátrica en la consulta externa de la Unidad Integral de Adscripción (UIA), del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en el municipio de Asunción Mita, departamento de Jutiapa

1.4.2 Objetivos específicos

- 1.4.2.1 Clasificar el estado clínico según criterios de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología.
- 1.4.2.2 Identificar el estado mental por medio del test de Pfeiffer.
- 1.4.2.3 Establecer el estado funcional como indica el índice de Barthel.
- 1.4.2.4 Evaluar el estado social a través de la Escala de Gijón
- 1.4.2.5 Caracterizar a los adultos mayores de la UIA-IGSS, Asunción Mita, jutiapa.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Paciente Adulto Mayor

Se define como de la tercera edad o anciano, a toda persona de cualquier sexo, religión, raza o color que tenga 60 años o más de edad. (Congreso de la República de Guatemala, 1997).

2.2 Clasificación clínica

2.2.1 Anciano sano

Se trata de una persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada y es independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud (Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, 2016).

2.2.2 Anciano enfermo

Es aquel anciano sano con una enfermedad aguda. Se comportaría de forma parecida a un paciente enfermo adulto. Suelen ser personas que acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único, no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales ni sociales. Sus problemas de salud pueden ser atendidos y resueltos con normalidad dentro de los servicios tradicionales sanitarios de la especialidad médica que corresponda (Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, 2016).

2.2.3 Anciano frágil

Es aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar. En estos ancianos frágiles la capacidad funcional está aparentemente bien conservada para las actividades básicas de la vida diaria, pueden presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas. (Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, 2016)

2.3 Geriatría

La geriatría es la rama médica dedicada al cuidado de los adultos mayores que toca aspectos preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios y paliativos integrando los aspectos sociales y familiares.

Proporciona herramientas para la atención del adulto mayor enfermo en etapas agudas, subagudas y crónicas. Su objetivo fundamental es la conservación de la autonomía y la autovalía del adulto mayor utilizando abordajes que integren las enfermedades de mayor prevalencia, las más discapacitantes y aquellas que condicionan dependencia.

Con un horizonte dominado por la patología crónica, la geriatría propone mejores formas de gestionar la enfermedad diseñando modelos de cuidados progresivos en donde participe tanto el equipo multidisciplinario de salud, el adulto mayor, la familia y la sociedad entera. (Medigraphic, 2010)

2.4 Discapacidad y dependencia

La discapacidad independientemente del motivo por el que se llegue a ella, supone una reducción de la autonomía, a su vez esta pérdida en grado diferente según los casos, puede llevar a un cambio forzoso en los hábitos y forma de vida al verse imposibilitado el individuo para la realización de tareas o actividades. Muchas veces estas actividades son las elementales y básicas para la vida diaria (higiene, alimentación, etc.) dependiendo de otras personas o máquinas para llevarlas a cabo, en esta situación el individuo adquiere la condición de persona dependiente. (Sotos, 2007)

2.5 Valoración Geriátrica Integral

Es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar basada en ellos una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, calidad de vida (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2016).

Es considerada la piedra angular en el día a día de la práctica geriátrica y nuestra herramienta principal de trabajo, y como tal su finalidad es, entre otras, facilitar el abordaje al paciente anciano y, en concreto, al paciente geriátrico.

Los objetivos que se plantea la VGI son:

— Mejorar la exactitud diagnóstica en base a un diagnóstico cuádruple (clínico, funcional, mental y social).

— Descubrir problemas tratables no diagnosticados previamente.

— Establecer un tratamiento cuádruple adecuado y racional a las necesidades del anciano.

— Mejorar el estado funcional y cognitivo.

— Mejorar la calidad de vida.

— Conocer los recursos del paciente y su entorno socio familiar.

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

— Disminuir la mortalidad.

Incluye cuatro esferas: la clínica, la mental, la social y la funcional, que, como si de piezas de un puzle se trataran, configuran, una vez enlazadas, la imagen real del anciano. Así, constituiría un fracaso tratar de forma ambulatoria una infección urinaria en el anciano si no valoramos previamente que la situación mental, funcional y social permiten un buen cumplimiento terapéutico.

Los principales medios que incluye una correcta valoración son la anamnesis, la exploración física y una serie de instrumentos más específicos denominados «escalas de valoración» que facilitan la detección y seguimiento de problemas, así como la comunicación entre los diferentes profesionales que atienden al adulto mayor (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2016).

2.6 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Como una consecuencia de la segunda guerra mundial y la difusión de ideas democráticas en el mundo, el 20 de octubre de 1944 se derrocó al gobierno del General

Federico Ponce Vaides y se eligió un gobierno democrático, bajo la presidencia del Dr. Juan José Arévalo.

El Gobierno de Guatemala de aquella época, gestionó la venida al país de dos técnicos en materia de Seguridad Social. Ellos fueron el Lic. Oscar Barahona Streber (costarricense) y el Actuario Walter Dittel (chileno), quienes hicieron un estudio de las condiciones económicas, geográficas, étnicas y culturales de Guatemala. El resultado de este estudio lo publicaron en un libro titulado "Bases de la Seguridad Social en Guatemala".

Al promulgarse la Constitución de la República de aquel entonces, el pueblo de Guatemala, encontró entre las Garantías Sociales en el Artículo 63, el siguiente texto: "se establece el seguro social obligatorio". La Ley regulará sus alcances, extensión y la forma en que debe de ser puesto en vigor. El 30 de Octubre de 1946, el Congreso de la República de Guatemala, emite el Decreto número 295, "La Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social".

Se crea así "Una Institución autónoma, de derecho público de personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio de Seguridad Social, de conformidad con el sistema de protección mínima". Un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio, esto significa que debe cubrir todo el territorio de la República, debe ser único para evitar la duplicación de esfuerzos y de cargas tributarias; los patronos y trabajadores de acuerdo con la Ley, deben de estar inscritos como contribuyentes, no pueden evadir esta obligación, pues ello significaría incurrir en la falta de previsión social.

La Constitución Política de la República de Guatemala, promulgada el 31 de Mayo de 1985, señala en el artículo 100: "Seguridad Social. El Estado reconoce y garantiza el derecho de la seguridad social para beneficio de los habitantes de la Nación". (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social , 2017)

CAPÍTULO III

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.1 Métodos

3.1.1 Tipo de estudio

Es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal.

3.2 Técnicas

- Clasificar el estado clínico: la técnica que se utilizó, fue la historia clínica geriátrica porque en el apartado de antecedentes recolecta información sobre las patologías que lo definen como anciano sano, anciano enfermo o anciano frágil.
- Identificar el estado mental: se utilizó el Test de Pfeiffer porque está poco influenciado por el nivel educativo de los participantes y es de rápida aplicación.
- Establecer el estado funcional; se utilizó el Índice de Barthel para evaluar la capacidad del adulto mayor de realizar actividades básicas de la vida diaria que según el grado de conservación lo definen como dependiente o independiente.
- Evaluar el estado social: se utilizó la Escala de Gijón para valorar el riesgo social derivado la situación familiar, económica y social actual.

3.3 Instrumentos

3.3.1 Estado clínico

Se utilizó la historia clínica la cual recolecta información sobre:

Antecedentes personales, valorando diagnósticos pasados y presentes, ingresos hospitalarios o en centros sociosanitarios, intervenciones quirúrgicas, etc., determinando su repercusión sobre la esfera funcional y mental (ver anexo 1).

Revisión por aparatos y síntomas, que nos encaminará a la detección de los grandes síndromes geriátricos.

Historia farmacológica completa (tratamientos recibidos en el último año) y actualizada (tratamiento y dosis en el momento de la valoración, conjuntamente con el tiempo de administración de cada fármaco) para poder detectar síntomas y signos

relacionados con efectos secundarios de los medicamentos utilizados. (Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 2016)

3.3.2 Estado mental

Se utilizó el Test de Pfeiffer para detectar la posible existencia de deterioro cognitivo. Es muy utilizado por su brevedad y facilidad de manejo, tiene una gran fiabilidad y está menos influido que otros tests por el nivel educativo y la raza. (ver anexo 1).

Explora:

- Memoria a corto plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos, capacidad de cálculo.

Puntuación:

| Rango de errores | Resultado |
|------------------|--------------------------------|
| 0-2 | Función intelectual intacta |
| 3-4 | Deterioro intelectual leve |
| 5-7 | Deterioro intelectual moderado |
| 8-10 | Deterioro intelectual grave |

Es un test muy rápido de administrar que no requiere especial entrenamiento. Se ha mostrado especialmente útil en invidentes, personas de edad avanzada y analfabetos. Especialmente útil para screening en población general. Su sensibilidad, varía del 68 al 82 % y la Especificidad del 92 al 96%. (Universidad de Alicante, 2017)

3.3.3 Estado funcional:

Se utilizó el Índice de Barthel o Índice de Discapacidad de Maryland, éste índice consta de diez parámetros que miden las actividades básicas de la vida diaria, la elección de los mismos se realizó de forma empírica según la opinión de médicos, enfermeras y fisioterapeutas. También se emplea para estimar la necesidad de cuidados personales, organizar ayudas a domicilio y valorar la eficacia de los tratamientos. (ver anexo 1).

Descripción y normas de aplicación:

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

Su puntuación oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente) y las categorías de repuesta entre 2 y 4 alternativas con intervalos de cinco puntos en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Se establece un grado de dependencia según la puntuación obtenida siendo los puntos de corte más frecuentes 60 (entre dependencia moderada y leve) y 40 (entre dependencia moderada y severa).

En cuanto a su validez, es un buen predictor de mortalidad, necesidad de institucionalización, utilización de servicios sociosanitarios, mejoría funcional y del riesgo de caídas (María Trigás-Ferrín, 2011).

3.3.4 Estado social:

Se utilizó la Escala de Gijón, se trata de un instrumento heteroadministrado que valora el riesgo socio-familiar midiendo 5 ítems:

- Situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales, apoyo social.

Detecta el riesgo social que pueden llegar a sufrir estas personas (ver anexo 1).

Interpretación de las puntuaciones:

De 5 a 9: Buena/aceptable situación social.

De 10 a 14: Existe riesgo social.

Más de 15: Problema social

Es una manera muy fácil de detectar un problema tan grave como es este. (Universidad de Alicante, 2017).

3.4 Cronograma de actividades

Segundo semestre año 2017

| | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
|---|--------|------------|---------|-----------|-----------|
| Elaboración del protocolo de investigación | | | | | |
| Presentación del protocolo de investigación | | | | | |
| Revisión del protocolo de investigación | | | | | |
| corrección del protocolo de investigación | | | | | |
| Recopilación de la información | | | | | |
| Clasificación de la información | | | | | |
| Tabulación de la información | | | | | |
| Análisis de la información | | | | | |
| Redacción de informe final | | | | | |
| Corrección del informe final | | | | | |
| Autorización del informe final | | | | | |
| Entrega del informe final de tesis | | | | | |

3.5 Recursos

3.5.1 Recursos humanos

- Médico estudiante de la Maestría en Geriátría y Gerontología
- Mgt. Silvia Ivonne Estrada Zavala
- Sujetos de investigación

3.5.2 Recursos materiales

- Computadora portátil
- Impresora
- Tinta de impresora
- Resma de papel bond 80 gramos
- grapadora
- grapas
- Lapiceros
- Ganchos
- Folders
- Gasolina
- Vehículo
- Formulario de historia clínica geriátrica con fines académicos

3.5.3 Recursos financieros

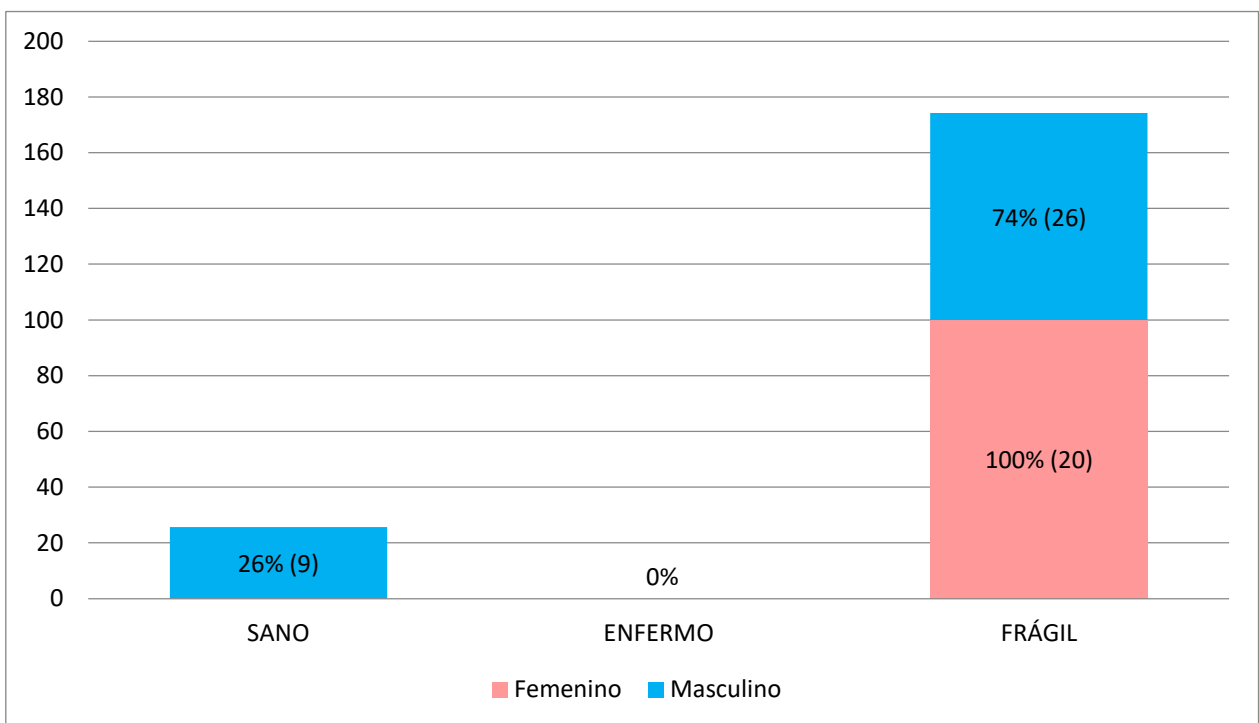
| Recurso | Quetzales |
|---|------------------|
| Tinta de impresora | Q150.00 |
| Resma de papel bond 80 gr. | Q20.00 |
| Grapas, ganchos y folders | Q15.00 |
| Lapiceros | Q5.00 |
| Uso de combustible | Q800.00 |
| Copias de ficha de recolección de datos | Q175.00 |
| Total: | Q1,165.00 |

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.2 Resultados

Gráfica 1. Estado clínico según criterios de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología en la consulta externa de la UIA-IGSS en Asunción Mita, Jutiapa; durante noviembre 2017.

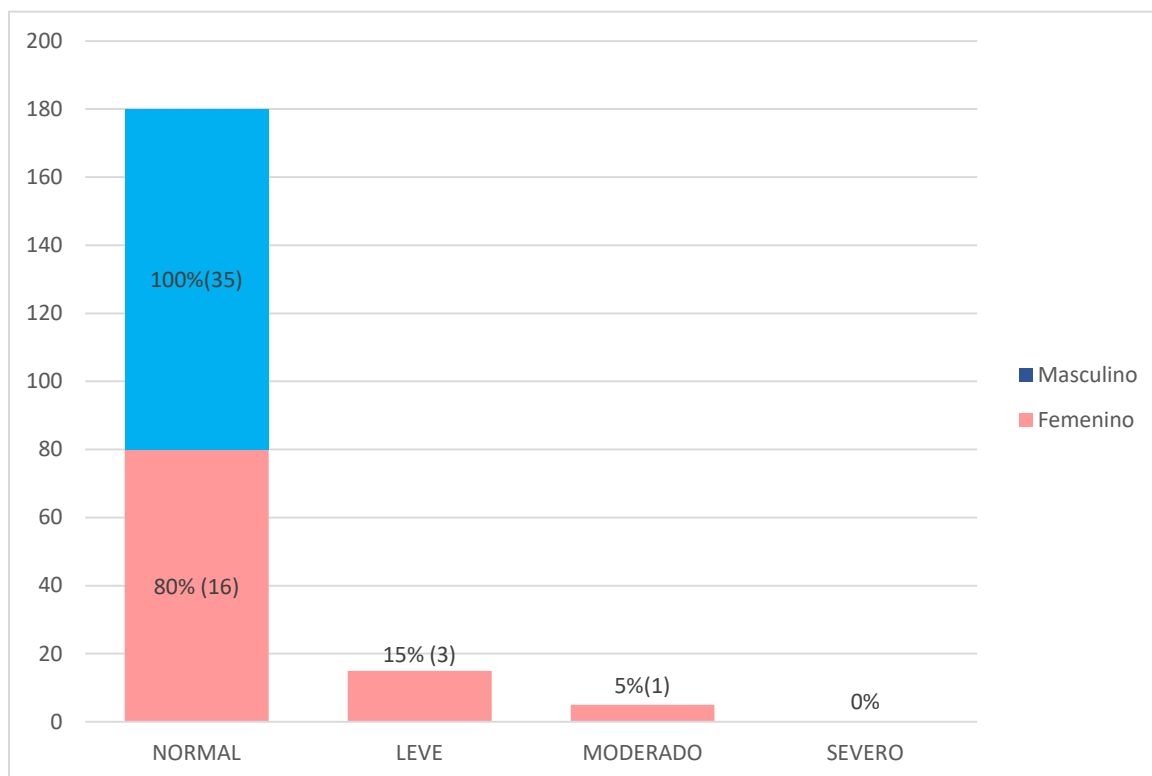


Fuente: elaboración propia

n: 55

El sexo masculino se encuentra representado el 76% en estado clínico frágil, sólo 26% tiene en estado clínico sano. El total de la población femenina se encuentra en estado clínico frágil y no se encontró ninguna persona agudamente enferma.

Gráfica 2. Estado mental según el test de Pfeiffer en la consulta externa de la UIA-IGSS en Asunción Mita, Jutiapa; durante noviembre 2017.

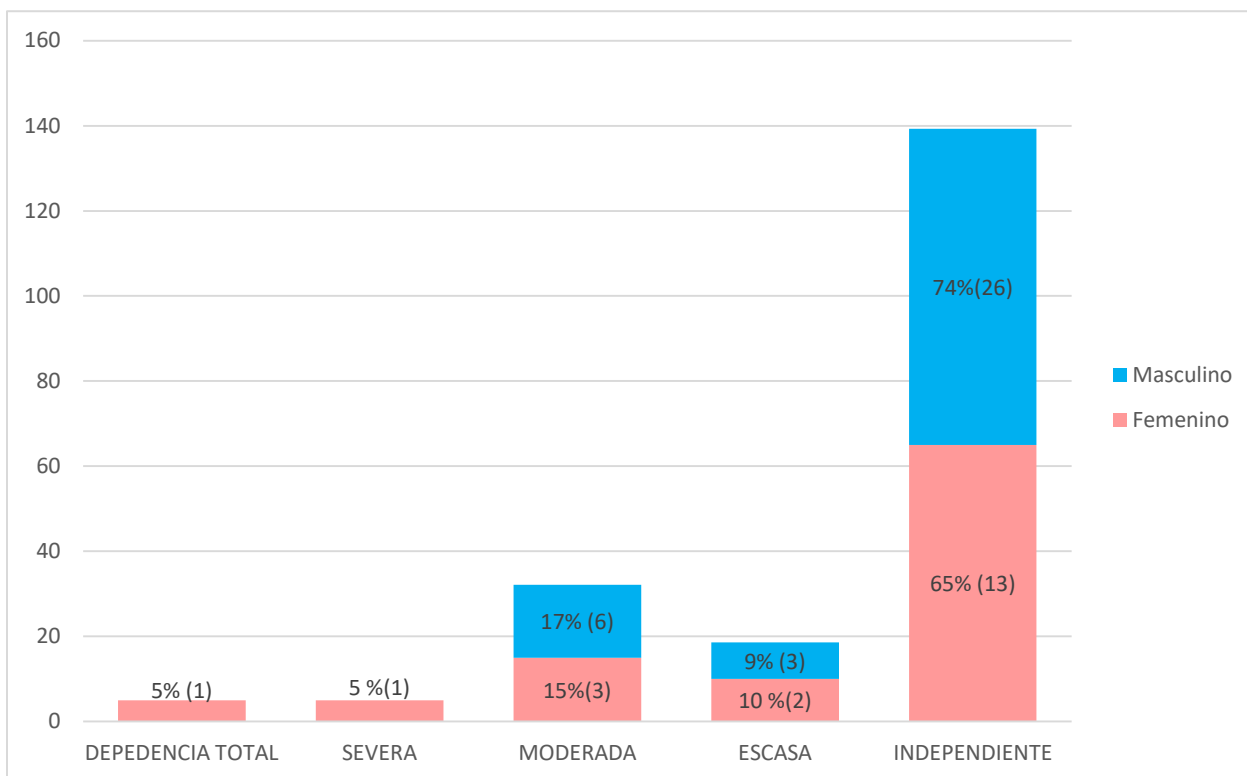


Fuente: elaboración propia

n: 55

Se evidencia deterioro cognitivo leve 15% y moderado 5% en la población femenina, en contraparte no se encuentra déficit cognitivo en el sexo masculino y el 80% de las mujeres tienen estado mental normal.

Gráfica 3. Estado funcional según el índice de Barthel en la consulta externa de la UIA-IGSS en Asunción Mita, Jutiapa; durante noviembre 2017.

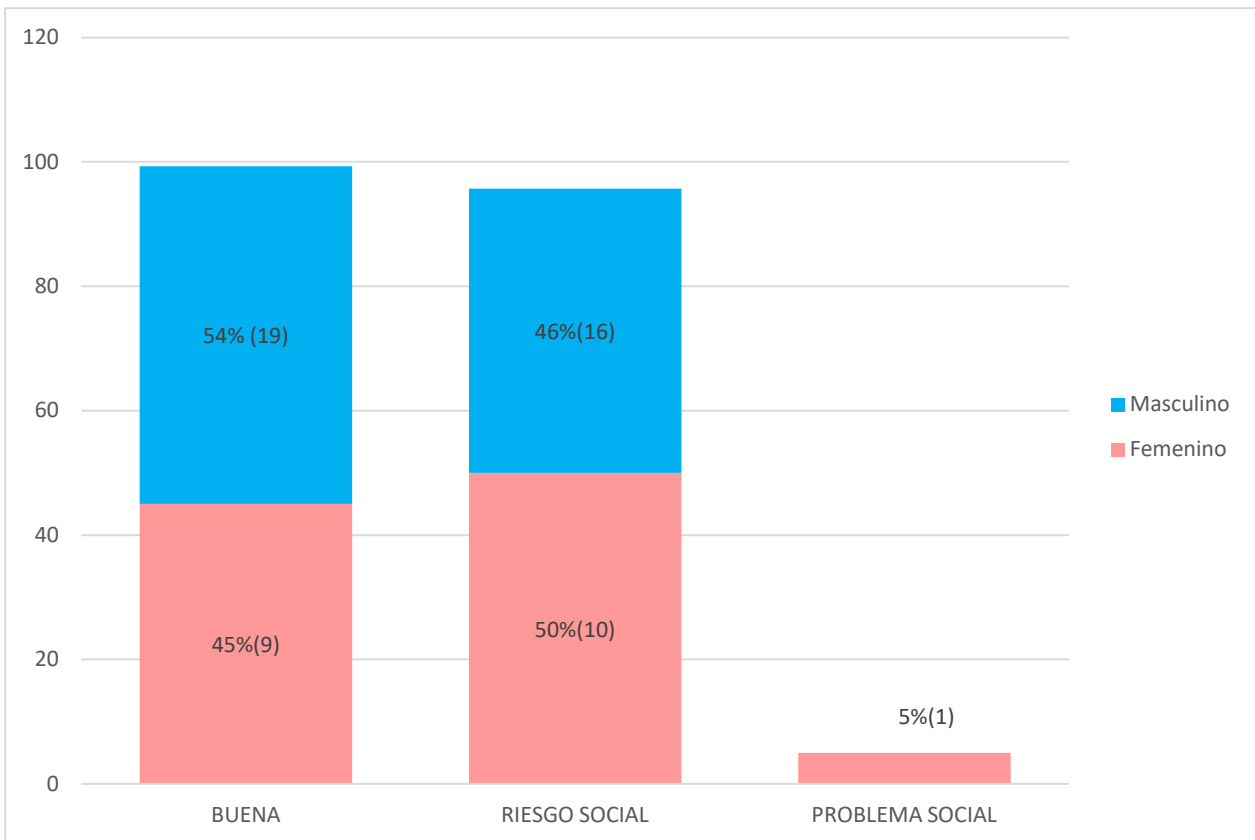


Fuente: elaboración propia

n: 55

El sexo masculino denota afectación por dependencia funcional escasa y moderada en un 9 y 17% respectivamente, mientras que no se encuentra dependencia total ni severa y el 74% son independientes. En relación al sexo femenino se evidencia que un 65% tiene estado de independencia y presentan grados más altos de dependencia funcional, inclusive 5% de dependencia severa y 5% de dependencia total.

Gráfica 4. Estado social según la Escala de Gijón en la consulta externa de la UIA-IGSS en Asunción Mita, Jutiapa; durante noviembre 2017.



Fuente: elaboración propia

n: 55

Se evidencia que el grupo de personas que presenta mayor riesgo social es el sexo femenino llegando hasta un 5% con problema social, 50% se encuentra en riesgo social y 45% tiene una buena situación social. Menormente afectado es el sexo masculino de quienes el 54% se encuentra en buena situación social, un 46% está dentro de riesgo social y ninguna persona en situación de problema social.

Tabla 1. Caracterización de los pacientes adultos mayores en la consulta externa de la UIA-IGSS en Asunción Mita, Jutiapa; durante noviembre 2017.

| DISTRIBUCIÓN POR SEXO | | |
|------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| | CANTIDAD (Cant.) | PORCENTAJE (%) |
| MASCULINO | 35 | 64% |
| FEMENINO | 20 | 36% |
| TOTAL | 55 | 100% |

| DISTRUBUCIÓN POR EDAD | | | | |
|------------------------------|-------------------------|----------|--------------------------|----------|
| | Femenino (Cant.) | % | Masculino (Cant.) | % |
| 60-69 | 13 | 65% | 17 | 49% |
| 70-79 | 2 | 10% | 13 | 37% |
| 80-89 | 4 | 20% | 5 | 14% |
| 90-99 | 1 | 5% | 0 | 0% |
| TOTAL | 20 | 100% | 35 | 100% |

| DISTRUBUCIÓN POR CALIDAD DEL AFILIADO | | | | |
|--|-------------------------|----------|--------------------------|----------|
| | Femenino (Cant.) | % | Masculino (Cant.) | % |
| ACTIVO | 1 | 5% | 5 | 14% |
| PENSIONADO | 10 | 50% | 3 | 9% |
| JUBILADO | 9 | 45% | 27 | 77% |
| TOTAL | 20 | 100% | 35 | 100% |

| DISTRUBUCIÓN POR RELIGIÓN | | | | |
|----------------------------------|-------------------------|----------|--------------------------|----------|
| | Femenino (Cant.) | % | Masculino (Cant.) | % |
| CATÓLICO | 11 | 55% | 17 | 49% |
| EVANGÉLICO | 8 | 40% | 11 | 31% |
| NINGUNO | 1 | 5% | 7 | 20% |
| TOTAL | 20 | 100% | 35 | 100% |

| DISTRUBUCIÓN POR ESCOLARIDAD | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|----------|------------------------------|----------|
| | Femenino (Cant.) | % | Masculino (Cant.) | % |
| NINGUNA | 5 | 25% | 2 | 5% |
| PRIMARIA | 6 | 30% | 19 | 55% |
| BASICO | 1 | 5% | 1 | 3% |
| DIVERSIFICADO | 3 | 15% | 6 | 17% |
| UNIVERSITARIO | 5 | 25% | 7 | 20% |
| TOTAL | 20 | 100% | 35 | 100% |

| DISTRUBUCIÓN POR ESTADO CIVIL | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|----------|------------------------------|----------|
| | Femenino (Cant.) | % | Masculino (Cant.) | % |
| VIUDO (A) | 11 | 55% | 5 | 14% |
| SOLTERO (A) | 2 | 10% | 3 | 9% |
| CASADO (A) | 7 | 35% | 27 | 77% |
| TOTAL | 20 | 100% | 35 | 100% |

| DISTRUBUCIÓN POR OCUPACIÓN | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|----------|------------------------------|----------|
| | Femenino (Cant.) | % | Masculino (Cant.) | % |
| COMERCIO | 1 | 5% | 4 | 11% |
| NINGUNA | 2 | 10% | 14 | 40% |
| AMA DE CASA | 13 | 65% | 0 | 0% |
| AGRICULTURA | 1 | 5% | 9 | 26% |
| ENSEÑANZA | 2 | 10% | 1 | 3% |
| OTROS | 1 | 5% | 7 | 20% |
| TOTAL | 20 | 100% | 35 | 100% |

Fuente: elaboración propia

n: 55

4.3 Discusión

Se evidencia un alto porcentaje de ancianos frágiles, ésta cifra alcanza el 83% de los sujetos sometidos a estudio, según la teoría esto se debe a que presentan una o dos enfermedades crónico-degenerativas que lo colocan en una situación en la cual es mayormente vulnerable a factores que pueden poner en riesgo su vida si estas enfermedades sufren descompensación aguda, las enfermedades como la Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial son las más prevalentes según la historia clínica geriátrica, sólo el 17% de los adultos mayores se encontraron sanos lo que significa que no refirió antecedentes patológicos, llama la atención que esta dato únicamente está determinado por hombres.

En relación al estado mental es importante mencionar que aunque el 93% de la población tiene un estado mental normal, sí existe deterioro cognitivo leve y moderado lo cual deja al descubierto que es un problema latente que no debe ser ignorado. El deterioro cognitivo en los grados escaso, leve e incluso moderado puede pasar desapercibido ya que en etapas iniciales la memoria tardía no se ve afectada y el adulto mayor puede recordar hechos ocurridos hace mucho tiempo por lo tanto resultó sumamente crucial la aplicación del test de Pffifer que evalúa tanto la memoria tardía, mediata y reciente.

No se encontró hombres con deterioro cognitivo en ningún grado. Esto posiblemente está relacionado con la ocupación anterior pues la mayor parte de las mujeres refirieron ser amas de casa con poca actividad cognitiva, al contrario de los hombres quienes tuvieron trabajos con alta demanda cognitiva lo que se constata por ser en su mayoría jubilados.

Se encontró 29% de dependencia en los adultos mayores, dato que es alarmante puesto que la dependencia es directamente proporcional a la mortalidad, lo único que retrasa la dependencia es la actividad física que preserva la capacidad funcional residual. Los grados más graves de dependencia (total y severa) son representados en este caso por sexo femenino.

El 50% de los usuarios adultos mayores no tiene una situación social buena, lo que resulta preocupante tomando en cuenta que tienen acceso al seguro social pero al hacer el análisis estos adultos mayores clasificaron dentro de esta categoría derivado de las bajas pensiones que reciben llegando incluso algunos a recibir cincuenta quetzales mensuales, otros menos de un salario mínimo y en su mayoría por la referencia de que a pesar de que sí tienen acceso a un seguro médico necesitan más apoyo de éste porque a veces es difícil tener disponibilidad de medicamentos de forma constante.

En cuanto a la caracterización de los adultos mayores, se evidenció que los hombres son la mayoría de afiliados llegando éstos a constituir un 64% y los cuales han adquirido acceso al seguro social por medio de la jubilación, denotan también mayor escolaridad (94%) en contraparte con las mujeres (70%) y un 14% aún es activo laboralmente, tienen mejor estabilidad y seguridad emocional ya que el 77% tiene esposa y las mujeres en el 55% de los casos son viudas. En todos los aspectos de la valoración geriátrica integral y en la caracterización del adulto mayor, la mujer es mayormente afectada. Por lo anterior considero que se debe prestar especial atención al cuidado de su salud y propiciar trato preferencial en la UIA-IGSS de Asunción Mita, Jutiapa.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Que según los criterios de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, se clasificó a los adultos mayores dentro de la categoría de anciano frágil en 83% de los casos. Sólo el 17% de la población se clasifica clínicamente como anciano sano y no se encontró ningún paciente adulto mayor agudamente enfermo.
- Que se identificó por el test de Pfeiffer que el 92% de la población tiene un estado mental normal. Existe un 5% con deterioro cognitivo leve y un 3% con deterioro cognitivo moderado compuesto únicamente por el sexo femenino. No se encontró deterioro cognitivo severo.
- Que por medio del índice de Barthel, se estableció que el 71% de los pacientes adultos mayores tienen independencia funcional. El 9% tiene dependencia escasa y 16% moderada, se encontró 2% de dependencia severa y 2% de dependencia total, siendo éstas últimas dos categorías sólo del sexo femenino.
- Que a la evaluación del entorno socio-familiar con la Escala de Gijón se encontró que 50% de los sujetos de estudio tienen una situación socio-familiar buena. El 47% se encuentran en riesgo social y el 3% tiene un problema social.
- Que la caracterización denota que su mayoría son de sexo masculino (64%), con mayor frecuencia de consulta entre 60 a 69 años. El 50% de las mujeres es pensionada y el 77% de los hombres es jubilado, en total entre ambos sexos sólo el 10% se encuentra activo laboralmente. El 51% son católicos, 34% evangélicos y 15 no tiene ninguna religión. El 45% tiene estudios de educación primaria y 12% no tiene ningún grado de escolaridad. Las mujeres son viudas (55%) y los hombres refieren ser casados en el 77% de los casos. La ocupación que predomina en los hombres es ninguna (40%) y ama de casa para las mujeres (65%).

5.2 Recomendaciones

- Capacitar al médico tratante sobre la valoración geriátrica integral y que se implemente rutinariamente para hacer la correcta clasificación clínica de los pacientes y propiciar referencias oportunas que contribuyan a disminuir la morbi-mortalidad en los adultos mayores.
- Sensibilizar por medio del plan educacional a los adultos mayores sobre el deterioro cognitivo para enseñar actividades individuales en el hogar que retrasen el proceso y sus consecuencias.
- Concientizar por medio de la entrega y presentación de ésta investigación a médicos auditores y supervisores de Instituto Guatemalteco de Seguridad Social del departamento de Jutiapa; sobre la existencia de dependencia funcional en sus usuarios adultos mayores para que implementen programas recreativos o clubes donde se fomente la actividad física que permita conservar la capacidad funcional y disminuir la dependencia.
- Realizar alianzas con la trabajadora social departamental para atraer programas de ejercicio profesional supervisado a nivel local para fortalecer la atención de los adultos mayores que no se encuentran en una situación socio-familiar buena lo que aumenta su vulnerabilidad ante la muerte y la enfermedad. Tomando en especial consideración a la mujer que tiene mayor riesgo y problema social.
- Caracterizar a los adultos mayores en todas las Unidades de Adscripción del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para conocer a sus usuarios y sus necesidades con el objetivo de mejorar la calidad de atención.

CAPÍTULO VI

BIBLIOGRAFIA

Congreso de la República de Guatemala. (01 de 01 de 1997). *Decreto 80-96*. Obtenido de

file:///C:/Users/kArltO/Downloads/Cartilla%20Ley%20de%20Proteccion%20para%20las%20Personas%20de%20la%20Tercera%20Edad.pdf

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social . (2017). *Historia de IGSS*. Obtenido de <http://www.igssgt.org/historia.php>

María Trigás-Ferrín, L. F.-G.-M. (2011). *Escalas de valoración funcional en el anciano*. Obtenido de <http://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>

Medigraphic. (2010). Definición y objetivos de la geriatría. *El residente*.

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2016). *Tratado de Geriatría para Residentes*. Madrid: Coordinación editorial: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C).

Sotos, F. A. (02 de Octubre de 2007). *Discapacidad, envejecimiento y dependencia: El papel de las tecnologías*. Obtenido de http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO20900/alcantud_dependencia.pdf

Universidad de Alicante. (2017). *Enfermería 10-14*. Obtenido de <http://www.enfermeria1014.com/page/Test+de+Pfeiffer>

CAPÍTULO VII

ANEXOS

7.1 Anexo 1

FICHA CLINICA

VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

| | | | |
|---|--------------------------------|-------------------------|---------------|
| DATOS GENERALES | Expediente No. | Fecha: | |
| | Nombre de Paciente: | Edad: | |
| | Género: M F | Religión: | Estado Civil: |
| | Escolaridad: | Cuidador: | |
| | Ocupación: | Informante: | |
| | Informante: | Médico Entrevistador: | |
| | | | |
| MOTIVO DE CONSULTA HISTORIA DE LA ENFERMEDAD | Motivo de Consulta: | | |
| | | | |
| | Historia de Enfermedad Actual: | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| SINDROMES GERIATRICOS | Confusión Aguda | Insomnio | |
| | Deprivación Sensorial: Visual | Inmovilidad | |
| | Auditiva | Incontinencia: Urinaria | |
| | Síncope | Fecal | |
| | Caídas | Constipación | |
| | Úlceras por Presión | | |
| | | | |
| ANTECEDENTES MEDICOS | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | | |
|----------------------------------|--------------------|---|-----|---|
| ANTECEDENTES QUIRURGICOS | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| ANTECEDENTES TRAUMATICOS | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| ANTECEDENTES ALERGICOS | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| ANTECEDENTE S FAMILIARES | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| HÁBITOS Y VICIOS | Hábito Intestinal: | Alcoholismo: | | |
| | Hábito Urinario: | Tabaquismo: | | |
| | Hábito de Sueño: | Drogas de Abuso: | | |
| | Actividad Física: | Cocinó con Leña: | | |
| VALORACION SOCIO-FAMILIAR | PTS | SITUACION FAMILIAR | PTS | SITUACION ECONOMICA |
| | 1 | Vive con familia sin conflicto familiar | 1 | Dos veces el salario mínimo vital |
| | 2 | Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica | 2 | Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales |
| | 3 | Vive con cónyuge de similar edad | 3 | Un salario mínimo vital |
| | 4 | Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima | 4 | Ingreso irregular (menos del mínimo vital) |
| | 5 | Vive solo y carece de hijos o viven lejos | 5 | Sin pensión, sin otros ingresos |
| | PTS | VIVIENDA | PTS | RELACIONES SOCIALES |
| | 1 | Adecuada a las necesidades | 1 | Mantiene relaciones sociales en la comunidad |
| | 2 | Barreras arquitectónicas en la vivienda | 2 | Relación social sólo con familia y vecinos |
| | 3 | Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado | 3 | Relación social solo con la familia |
| | 4 | Vivienda semi construida o de material rústico | 4 | No sale del domicilio, pero recibe visitas de familia |
| | 5 | Asentamiento humano (invasión) o sin vivienda | 5 | No sale del domicilio y no recibe visitas |

VALORACION SOCIO-FAMILIAR

| PTS | APOYO DE LA RED SOCIAL | VALORACION SOCIO FAMILIAR |
|-----|---|---|
| 1 | No necesita apoyo | Buena/aceptable situación social |
| 2 | Requiere apoyo familiar o vecinal | Existe riesgo social |
| 3 | Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social | Existe problema social |
| 4 | No cuenta con Seguro Social | 5 a 9 pts : Buena/aceptable situación social, 10 a 14 pts : Existe riesgo social, mayor o igual a 15 pts, existe problema social. |
| 5 | Situación de abandono familiar | |

VALORACION FUNCIONAL (Actividades Básicas de la Vida Diaria – Índice de Barthel)

| pts | Comer | pts | Deposiciones | pts | Subir y bajar gradas |
|-----|----------------------------------|-----|----------------------------|--|----------------------|
| 10 | Independiente | 10 | Continente | 10 | Independiente |
| 5 | Necesita ayuda | 5 | Accidente ocasional | 5 | Necesita ayuda |
| 0 | Dependiente | 0 | Incontinente | 0 | Dependiente |
| pts | Lavarse - Bañarse | Pts | Micción | Puntuación total 0-20 dependencia total 21-60 dependencia severa 61-90 dependencia moderada 91-99 dependencia escasa 100 independencia | |
| 5 | Independiente | 10 | Continente | | |
| 0 | Dependiente | 5 | Accidente ocasional | | |
| pts | Vestirse | 0 | Incontinente | | |
| 10 | Independiente | pts | Ir al retrete | | |
| 5 | Necesita ayuda | 10 | Independiente | | |
| 0 | Dependiente | 5 | Necesita ayuda | | |
| pts | Arreglarse | 0 | Dependiente | | |
| 5 | Independiente | Pts | Trasladarse al sillón/cama | | |
| 0 | Dependiente | 15 | Independiente | | |
| Pts | Deambulaci3n | 10 | Mínima ayuda | | |
| 15 | Independiente | 5 | Gran ayuda | | |
| 10 | Necesita ayuda | 0 | Dependiente | | |
| 5 | Independiente en silla de ruedas | | | | |
| 0 | Dependiente | | | | |

VALORACION MENTAL (TEST DE PREIFFER)

| ¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes año) | Error | Acierto | Normal Deterioro cognitivo leve Deterioro cognitivo moderado Deterioro cognitivo severo Menor de 2 errores Normal 3 a 4 errores: deterioro cognitivo leve 5 a 7 errores: deterioro cognitivo moderado 8 a 10 errores: deterioro cognitivo severo |
|--|-------|---------|---|
| ¿Qué día de la semana? | | | |
| ¿En qué lugar estamos? | | | |
| ¿Cuál es su direcci3n completa? | | | |
| ¿Cuántos años tiene? | | | |
| ¿Dónde nació? | | | |
| ¿Quién es el presidente actual? | | | |
| ¿Quién era previamente el presidente? | | | |
| Dígame el primer apellido de su madre | | | |
| Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace err3neas la respuesta) | | | |

ESTADO NUTRICIONAL

Adelgazado
Normal
Sobrepeso
Obesidad

INDICE DE MASA CORPORAL

Menor o igual a 23
23.1 – 27.9
28 – 31.9
32 o más

| | | |
|-----------------------------------|--------------|------------|
| PESO: | TALLA: | IMC: |
| PA: | FC: | FR: |
| TEMP: | GLUCOMETRIA: | OXIMETRIA: |
| ESTADO GENERAL: | | |
| PIEL Y FANERAS: | | |
| | | |
| CABEZA: | | |
| OJOS: | | |
| | | |
| OIDOS: | | |
| | | |
| NARIZ: | | |
| | | |
| OROFARINGE: | | |
| | | |
| CUELLO: | | |
| | | |
| TORAX: | | |
| | | |
| CORAZON: | | |
| | | |
| PULMONES | | |
| | | |
| ABDOMEN: | | |
| | | |
| GENITO URINARIO: | | |
| | | |
| TACTO RECTAL: | | |
| | | |
| MUSCULO ESQUELETICO: | | |
| | | |
| MARCHA: | | |
| NEUROLÓGICO: | | |
| | | |
| | | |
| REVISIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS: | | |
| | | |
| | | |

RESUMEN

| | |
|------------------------------|----------------------------------|
| DIAGNOSTICOS | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| VALORACIONES | VALORACION SOCIO- FAMILIAR: |
| | VALORACION FUNCIONAL: |
| | VALORACION MENTAL: |
| | VALORACION AFECTIVA: |
| | VALORACION NUTRICIONAL: |
| SINDROMES GERIATRICOS | SINDROMES GERIATRICOS PRESENTES: |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |