



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

MEJORÍA FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR POR
INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA POSALTA HOSPITAL
SAN ISIDRO LABRADOR DURANTE EL AÑO 2017

PRESENTADO POR
FLOR DE MARIA LAVALLE VIDAL

ASESOR
FRANCISCO GABRIEL NIEZEN MATOS

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR AL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE GERIATRÍA

LIMA – PERÚ
2018



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCION DE POSGRADO**

**MEJORÍA FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR POR
INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA POSALTA HOSPITAL
SAN ISIDRO LABRADOR DURANTE EL AÑO 2017**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE GERIATRÍA**

**PRESENTADO POR
FLOR DE MARIA LAVALLE VIDAL**

**ASESOR:
DR. GABRIEL NIEZEN MATOS**

LIMA PERU

2018

INDICE

	Páginas
Portada	
Índice	
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la situación problemática	3
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Objetivos	5
1.3.1 Objetivo General	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Justificación	5
1.5 Limitaciones	7
CAPITULO II. MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco teórico	12
CAPITULO III. HIPOTESIS Y VARIABLES	
3.1 Formulación de la hipótesis	20
3.2 Variables y operacionalización	20
CAPITULO IV. METODOLOGIA	
4.1 Diseño metodológico	21
4.2 Diseño muestral	21
4.3 Procedimientos de recolección de datos	22
4.4 Procesamiento y análisis de datos	22
CRONOGRAMA	23
FUENTES DE INFORMACION	24
ANEXOS:	
Anexo 1. Matriz de consistencia	26
Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos	27

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación poblacional:

Existe un notable ascenso de la población adulto mayor a nivel mundial. Los estilos de vida saludables y las actividades de promoción y prevención, desde temprana edad, han conllevado a que la esperanza de vida sea más larga en la población. La esperanza de vida en la ciudad de Lima de 79 años, y llega a 82 años en la provincia Constitucional del Callao.

Es por esto que cada día existe un mayor número de estrategias en la especialidad de Geriátrica para que el adulto mayor, quien cada vez tiene una esperanza de vida más larga, también pueda viva mejor. Es ésta última premisa la que tiene gran importancia en nuestra área de trabajo.

Debido a las características particulares de esta población, el adulto mayor, por sus múltiples comorbilidades y por los efectos naturales del envejecimiento, es una población con mayor riesgo de ser hospitalizado. Las causas pueden ser variables: desde infecciosas, caídas, metabólicas, psiquiátricas, quirúrgicas, entre otras.

Existe suficiente evidencia y diferentes estudios que describen al paciente adulto mayor que tiene estancias hospitalarias largas, conllevan a un mayor riesgo de discapacidad, caídas, desacondicionamiento, depresión, rehospitalización y mortalidad al año del alta. Estos pacientes, en su mayoría, son adultos mayores frágiles.

Para prevenir estas complicaciones y poder revertir el estado de fragilidad, contamos con el servicio de Hospital de Día Geriátrico.

El objetivo primordial de esta área es principalmente la rehabilitación, bien tras el ingreso hospitalario por un proceso agudo o por una eventualidad acontecida en el domicilio.

El Hospital de Día Geriátrico es uno de los niveles de atención del adulto mayor, donde el paciente recibe diferentes intervenciones por un equipo interdisciplinario, encabezado por el médico geriatra. Ésta atención se realiza durante el día y al finalizar el paciente retorna a su domicilio.

El médico geriatra en su primer acercamiento realizará una valoración geriátrica integral (VGI), en el que se conocerán todos los problemas y condiciones que presenta el paciente para en un segundo momento ser abordado por el equipo interdisciplinario y evaluar cada uno de los problemas que aqueja al paciente en las esferas mental, social, nutricional y funcional.

El equipo interdisciplinario está compuesto por un médico geriatra, una licenciada en enfermería especializada en geriatría, un profesional en nutrición, una licenciada en servicio social, un profesional del área de psicología y el equipo de tecnólogos médicos de las áreas de medicina física y terapia ocupacional.

Cada uno de ellos trabajará con el paciente, de tal manera que las deficiencias o deterioro que el paciente desarrolló desencadenado por la estancia hospitalaria, pueda ser recuperado de una manera óptima y en un tiempo apropiado; además de prevenir la discapacidad del paciente y la cascada de consecuencias que ello trae.

El Hospital Clínica Geriátrica San Isidro Labrador cuenta con el servicio de Hospital de Día Geriátrico. Son atendidos pacientes captados días antes del alta hospitalaria. En una valoración inicial se considera que tienen potencial rehabilitador y se verían beneficiados de las diferentes intervenciones que se realizan en el Hospital de Día.

El presente trabajo busca demostrar cómo la población que acudió al Hospital de Día Geriátrico San Isidro Labrador, durante el periodo Enero a Junio 2017, tuvo una ganancia funcional significativa, evidenciado por las diferentes escalas y valoraciones geriátricas.

1.2 Formulación del problema:

¿Qué mejoría funcional presentan los adultos mayores que han sido atendidos tras el alta hospitalaria en el servicio Hospital de Día del Hospital Geriátrico San Isidro Labrador 2017?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General:

Determinar la mejoría funcional de los pacientes atendidos en el Hospital de Día Geriátrico del Hospital Geriátrico San Isidro Labrador en el periodo Enero a Junio 2017

1.3.2 Objetivos específicos

Caracterizar al tipo de paciente que acude al servicio de Hospital de Día Geriátrico en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador
Evaluar el estado funcional de los pacientes adulto mayor al alta hospitalaria usando la escala de Barthel
Establecer la ganancia funcional de los pacientes atendidos del Hospital de Día Geriátrico, al alta del servicio, mediante la escala de Barthel

1.4 Justificación:

La hospitalización es uno de los eventos más discapacitantes que puede suceder al adulto mayor. La falta de una visión geriátrica y la comprensión de esta población con sus características especiales, conlleva a un tratamiento inadecuado, complicaciones, hospitalizaciones prolongadas innecesarias, desacondicionamiento, discapacidad, rehospitalización y muerte.

Este estudio se basa en la evidencia que comprueba la importancia y el beneficio del hospital de día geriátrico para la rehabilitación y recuperación de funcionalidad en aquellos pacientes que al ser dados de alta de una

hospitalización, presentan alguna deficiencia que limita en algún aspecto su vida, o dificulta el desempeño en las actividades básicas de vida diaria.

Mediante diferentes intervenciones por el equipo interdisciplinario, guiados por el médico geriatra; el paciente recibe rehabilitación y refuerza a la vez aquellas capacidades que se encuentran en el límite de crear una nueva discapacidad.

En muy pocos hospitales a nivel nacional, se puede encontrar el servicio de hospital de día geriátrico. En éstos, los pacientes adultos mayores son dados de alta, con mínima o ninguna recuperación de su capacidad funcional, creando un paciente con discapacidad.

La discapacidad del adulto mayor significa una carga para el paciente y la familia; existe un cambio de la calidad de vida, tanto para el paciente (pérdida de independencia y autoestima) como para el cuidador, que se ve desbordado por las necesidades del paciente (sobrecarga del cuidador).

A nivel de salud pública, el paciente discapacitado será más susceptible a complicaciones por su estado, rehospitalizaciones con estancias hospitalarias prolongadas, necesidad de uso de servicios de alta complejidad, con los costos económicos altos que esto representa.

Existe un costo beneficio comprobado al contar con un hospital de día geriátrico. La finalidad del estudio es demostrar el beneficio de las atenciones del Hospital de Día Geriátrico del Hospital Geriátrico San Isidro Labrador en los pacientes adulto mayor, evidenciando mediante escalas geriátricas, la mejora objetiva de la funcionalidad de los pacientes atendidos en el año 2017 durante los meses de enero a Junio.

Este modelo debe de ser utilizado para la creación del servicio de Hospital de Día Geriátrico en los diferentes hospitales a nivel nacional en las instituciones del Ministerio de Salud, EsSalud y Fuerzas Armadas, para un adecuado tratamiento a los pacientes adultos mayores.

1.5 Limitaciones:

Una de las limitaciones del estudio fue el tamaño de la muestra, ya que representa una población pequeña del universo de pacientes adultos mayores con hospitalizaciones prolongadas.

Otra limitación del estudio es la heterogeneidad de la población estudiada.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes:

En el año 2015, Córceles – Jimenez MP. et al, realizó un estudio longitudinal, prospectivo, tipo cohorte. Se incluyeron en el estudio, los pacientes mayores de 65 años que fueron atendidos en los hospitales: Hospital General y Hospital de Nuestro Perpetuo Socorro ingresados en los Servicios de Área Médica, entre Enero y Marzo del 2013 en la ciudad de Albacete, España. Fueron incluidos 109 pacientes, de los cuales 51,9% eran mujeres. La edad media de ingreso fue de 79,97 años.

Las conclusiones del estudio fueron que los factores que han mostrado relación estadísticamente significativa con el deterioro funcional son los antecedentes de caídas y la edad. Se constata que el deterioro funcional relacionado con el ingreso hospitalario se produce en un porcentaje elevado de los pacientes mayores de 65 años. Después del alta hospitalaria una quinta parte de los pacientes que previamente eran independientes para las ABVD quedan en situación de dependencia moderada, severa o total.¹

En 2017 Bertrand Guidet et al, realizó un estudio multicéntrico, randomizado, 3037 pacientes mayores de 75 años con estado funcional y nutricional preservado que llegaron a la emergencia y fueron hospitalizados de manera aleatoria en la unidad de cuidados intensivos o en salas de cuidados generales. Uno de los resultados secundarios fue el estado funcional. Se reportó que hubo una disminución de la puntuación de Escala de Barthel de base en todos los pacientes. En el seguimiento tras el alta hospitalaria a domicilio hubo una recuperación parcial del estado funcional sin lograr regresar al estado basal previo a la hospitalización.²

En 2003, Covinsky E. et al, realizaron un estudio prospectivo observacional en Cleveland, Ohio. Incluyó 2293 pacientes mayores de 70 años que fueron hospitalizados en el servicio de medicina general en dos hospitales. Se concluyó que gran parte de los pacientes que fueron dados de alta, salieron con una mayor

dependencia funcional que la que presentaba al ingreso. Los pacientes adultos muy mayores (más de 80 años) presentaban mayor riesgo de pobres resultados funcionales.³

En 2016, Lopez P. et al, realizó un estudio longitudinal observacional de los pacientes que ingresaron a la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital de la Cruz Roja de Madrid, la población en estudio fueron 1180 pacientes con una edad media de 86,6 años y el 65.3% eran mujeres. El principal resultado de este estudio es que se objetiva que la estancia hospitalaria prolongada es un factor de riesgo independiente de mortalidad a los 6 meses del alta. Una estancia superior a la mediana de 8 días supone un aumento del riesgo de mortalidad. Los estudios presentados concluyen que las hospitalizaciones en los pacientes mayores de 65 años, tienen una relación estadísticamente significativa con la aparición de discapacidad en el paciente. También existe una relación entre la edad mayor del paciente con la pérdida de funcionalidad. Del mismo modo se observa que los estudios apoyan la premisa que la estancia hospitalaria prolongada es un factor de riesgo para la mortalidad a los 6 meses del alta.⁴

En 1999, Foster, A. elabora una revisión sistemática, cuyo objetivo es mostrar la eficacia del Hospital de Día Geriátrico en prolongar la vida independiente de los adultos mayores. Los Hospitales de Día Geriátricos cuentan con diferentes funciones, pero la rehabilitación ha sido considerada la más importante. En ésta se enfoca la revisión sistemática.

Al comparar con pacientes que no reciben algún tipo de asistencia médica, los pacientes que acuden a los Hospitales de Día Geriátricos tuvieron un menor deterioro funcional y una reducción menor de hospitalizaciones.

El análisis sugiere que los pacientes que acuden a un Hospital de Día Geriátrico pueden reducir el uso de recursos hospitalarios y de cuidados institucionales.

Sin embargo, una limitación importante en el estudio fue que los ensayos utilizados tienen falta de poder estadístico, resultado de ensayos pequeños y heterogéneos.

No fue posible evaluar las Actividades Básicas de la Vida Diaria o discapacidad, debido a los diferentes instrumentos de medición utilizados en los ensayos.⁵

En 2011 Bravold T. et al, realizo un estudio randomizado controlado que evaluó los efectos de la combinación de consejería y un programa de ejercicios en los cambios de calidad de vida y función física de los pacientes que acudieron al hospital de día. El programa mostro beneficios significativos en calidad de vida. Todos los participantes incrementaron su score de función física. Los resultados mostraron que es posible mejorar la calidad de vida del adulto mayor, así como su función física y nivel de actividad física a través de la consejería, ejercicios físicos y el apoyo de terapeutas físicos.⁶

En el año 2004, Desrosiers J. et al, llevó a cabo un estudio en el Hospital de Día Geriátrico del Instituto Geriátrico Universitario de Sherbrooke, en la ciudad de Quebec, Canadá; que se especializa en el cuidado de pacientes mayores de 65 años ambulatorios que fueron referidos por problemas físicos, psicológicos o sociales que requieren de un manejo multidisciplinario. Fueron admitidos 171 pacientes en el estudio.

Este estudio demostró en general que los adultos mayores que se atendieron en el Hospital de Día Geriátrico mostraron una mejoría de performance en variables importantes tales como independencia funcional, equilibrio, marcha y sensación de bienestar.

La mejora fue en los dominios donde se esperaba un desarrollo, debido a las discapacidades en cuestión. El grupo con enfermedades neurológicas y musculo esqueléticas tuvieron una mejora en el aspecto físico, mientras que el grupo con enfermedades cognitivas mejoraron principalmente en variables psicosociales. Todas las ganancias se mantuvieron por más de 3 meses tras el alta.⁷

En el 2017, Moorhouse et al, realizó un estudio de cohortes prospectivo en un Hospital de Día Geriátrico Canadiense, entre Diciembre 2008 y Junio del 2011. El objetivo del estudio era demostrar si el tratamiento realizado en un Hospital de Día Geriátrico puede mejorar los resultados individualizados, utilizando como medición la Escala de Medición de la Consecución de Objetivos (GAS), y si la mejoría persiste por más de 6 meses post alta.

El estudio concluyó que una efectividad a corto y mediano plazo del Hospital de Día Geriátrico para ayudar a pacientes a realizar metas individualizadas medidas con la escala GAS. Por lo tanto el HODIGE tiene el potencial para responder a

la necesidad de nuestra creciente población adulto mayor frágil que típicamente se beneficia más de las atenciones realizadas en comunidad que del esquema tradicional de hospitalización.⁸

En el año 2015 Brummel E. et al, estudio como la discapacidad puede desarrollarse en pacientes ancianos con enfermedades críticas y explora formas de disminuir dicha discapacidad. Como resultados pudo concluir que aquellos ancianos que sobreviven una enfermedad crítica sufre de deterioro físico y cognitivo resultante en una discapacidad aun mayor que en aquellos pacientes ancianos hospitalizados por otras causas. Las intervenciones desarrolladas por los diferentes modelos de cuidado geriátricos se asocian con una mejora en resultados en funcionalidad y la esfera cognitiva.⁹

En el año 2011, Gunawardena I, realizó una “revisión realista”, de la efectividad del cuidado médico en el HODIGE basado en los datos obtenidos de ensayos seleccionados de la biblioteca Cochrane publicado en 2008. Como conclusiones se comprobó que el HODIGE ha demostrado mejorar la sobrevivencia del paciente, habilidades funcionales, estado de ánimo, satisfacción y cumplimiento del tratamiento.

Los datos de los ensayos mostraron que había una disminución de costos cuando había una buena selección de pacientes, y había un incremento de la utilización de los servicios. Adicionalmente encontraron como resultados que apoyaban el ahorro de costos al reducir la utilización del uso de camas hospitalarias, institucionalización y uso de servicios sociales.¹⁰

En el 2003, Tousignant M. et al, desarrolló un estudio cuasi experimental con una cohorte histórica como grupo de control. Fueron evaluados 151 pacientes en Canadá, donde se evaluó la capacidad funcional de los participantes. Basados en los reportes financieros, los costos se asociaron con el consumo de recursos utilizado por cada uno de los participantes del programa. Se pudo concluir que el beneficio relacionado a las intervenciones del hospital de día geriátrico excedían con creces los costos.¹¹

En el año 2014, Timmer A., et al, realizó una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados con el objetivo de determinar la efectividad de intervenciones rehabilitadoras en pacientes ancianos desacondicionados tras una hospitalización. Se concluyó que no hay RCT que hayan evaluado directamente la efectividad de la terapia física, y no hay suficiente evidencia que respalde el uso de programas de rehabilitación geriátrica para reducir el deterioro funcional en pacientes adultos mayores que está desacondicionados.¹²

2.2 Bases teóricas:

La Geriatria en la Actualidad

Hoy en día, la mayoría de personas pueden aspirar a vivir más de 60 años a nivel mundial. Esto debido a que, en los países de menores recursos ha disminuido la mortalidad en edades tempranas como niñez o infancia, además de la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas, y en los países más desarrollados el aumento de la esperanza de vida se basa en la disminución de la mortalidad en edades avanzadas.

Dos factores importantes influyen en el envejecimiento de la población: el primero es el aumento de la esperanza de vida. Las personas en todo el mundo viven más tiempo.

En los entornos de menos recursos es más frecuente que la muerte ocurra en la primera infancia. Luego la muerte se distribuye en el resto de las etapas de la vida. Con el desarrollo y mejora la salud pública y disminuye la muerte en la infancia. En los países más desarrollados la distribución de la mortalidad cambia, por esta razón la mortalidad incrementa a partir de los 70 años.

Este cambio viene con una modificación de las causas de muerte. En todos los contextos las causas de muerte en la vejez son enfermedades no transmisibles. Estos cambios hacen que, a medida que los países se desarrollan económicamente, incrementa la esperanza de vida al nacer. El crecimiento sostenido de la esperanza de vida registrada a nivel mundial, se debe principalmente a la disminución de la muerte en edades más tempranas, y no a que las personas vivan más tiempo.

En tiempos más recientes otra tendencia ha aumentado la esperanza de vida, especialmente en los entornos de ingresos altos: la mayor supervivencia a la

vejez. Es posible que hayan contribuido a este aumento la mejor asistencia sanitaria, las iniciativas de salud pública y los estilos de vida saludables adoptados desde edades más tempranas.

Es fundamental determinar si las personas viven vidas más largas y saludables o si los años añadidos a la vejez se viven en general con mal estado de salud. Si los años adicionales se viven con buena salud, eso trae consigo a un aumento de recursos humanos que puede contribuir a la sociedad de muchas maneras. Si de lo contrario las personas viven más pero con limitaciones, la demanda de asistencia social y sanitaria será considerablemente superior, y las contribuciones sociales de las personas mayores serán más restringidas. ⁽¹³⁾

Incrementar los años de vida independiente es uno de los principales objetivos de la geriatría. Hoy en día existe suficiente evidencia científica para afirmar que es posible disminuir de forma significativa la incidencia, la prevalencia, y la intensidad de la enfermedad, la discapacidad y con ello la dependencia del anciano.

El estudio de la discapacidad tiene un gran interés por su impacto potencial en los programas sanitarios y sociales de prevención y atención, y especialmente por los costes derivados, tanto para los individuos y sus familias como para las administraciones públicas.

En los ancianos la discapacidad es generalmente generada por una enfermedad común, y el proceso de entrada es más lento, se cae en la primera discapacidad y pueden pasar varios años para desarrollar las siguientes discapacidades.

El parámetro objetivo con mayor poder de discriminación de discapacidad y dependencia es la función. Por ello, en los ancianos, las principales medidas preventivas se deben centrar en la prevención de las enfermedades en tanto en cuanto la prevención de la pérdida de la función que produzcan.

La geriatría es una de las ramas de la Medicina, que abarca la atención de todas las necesidades sanitarias de la persona mayor. Cubre los siguientes aspectos:

- a) La prevención primaria son aquellas actividades que se realizan antes de la aparición de una enfermedad.

b) La prevención secundaria centra su actuación sobre individuos que padecen la enfermedad en fase preclínica, y poder revertir o retrasar su progresión.

c) La prevención terciaria, busca prevenir los efectos, el agravamiento o las secuelas de la enfermedad y facilitar la recuperación de la misma.

La prevención terciaria constituye las actividades propiamente de la geriatría: la Valoración Geriátrica Integral (VGI), el uso adecuado de los diferentes niveles de atención propios de la geriatría, la prevención y tratamiento de los síndromes geriátricos.

Es característico que el anciano frágil, incluso proporcionando las máximas intervenciones preventivas primarias y secundarias, presente enfermedades crónicas progresivamente discapacitantes o enfermedades agudas médicas, quirúrgicas o traumatológicas, que conlleve a la aparición o empeoramiento de la dependencia funcional de las actividades de vida diaria o de síndromes geriátricos, sobre todo tras el ingreso hospitalario durante el proceso agudo de la enfermedad. La evolución clínica posterior de este deterioro funcional, depende de la fragilidad previa del paciente geriátrico, de la enfermedad aguda y de las complicaciones acontecidas durante la hospitalización.

Los principales marcadores de discapacidad tras la estancia hospitalaria tienen su base en la reserva fisiológica del individuo, en la enfermedad y el tipo de atención sanitaria que reciba.

Las unidades geriátricas de agudos son las unidades hospitalarias que han demostrado una mayor eficacia en cuanto a la disminución de cifras de dependencia, estancia media e institucionalización y sin un aumento de los costos médicos de la atención médica de la fase aguda de la enfermedad del anciano.

En las personas mayores, especialmente en los mayores de 80 años, la ganancia después de la pérdida funcional puede ser muy lenta o en ocasiones no se consigue llegar al nivel funcional previo. En este momento es muy importante ofrecer recursos de rehabilitación funcional a aquellos pacientes con potencialidad de mejora hasta conseguir la máxima recuperación funcional posible.

En estos momentos es muy importante ofrecer recursos de rehabilitación funcional a aquellos pacientes con potencialidad de mejora hasta conseguir la máxima recuperación de la funcionalidad posible.

Dos elementos son claves: por un lado un correcto VGI que oriente sobre el pronóstico general y funcional del paciente y seleccionen aquellos con una verdadera potencialidad de mejora, y por otro, la disponibilidad de niveles asistenciales geriátricos específicos como son la unidad de mediana estancia de recuperación funcional y convalecencia, hospitales de día y asistencia geriátrica domiciliaria que garanticen el tratamiento y seguimiento adecuado del paciente geriátrico tras la aparición de secuelas post enfermedad.

En los pacientes adultos mayores dependientes, la prevención terciaria busca minimizar al máximo las consecuencias de la enfermedad, es decir, evitar las complicaciones derivadas de la dependencia.

Estas complicaciones son en conjunto, los síndromes geriátricos, y al igual que en la valoración del potencial rehabilitador y del uso adecuado del nivel asistencial, la VGI es una pieza clave para la valoración de la presencia y su respectiva carga sobre la función, y el seguimiento de los correspondientes síndromes geriátricos.¹⁴

Niveles asistenciales geriátricos

Se requiere una estrategia asistencial específica basada en la selección de aquellos pacientes que más se van a beneficiar, especialmente aquellos que se encuentren en riesgo de discapacidad, precocidad que nos permita la detección de problemas, diseñando una estrategia terapéutica en la planificación de cuidados, capacidad de intervención puesto que la evaluación aislada no es suficiente si no va acompañada de la toma de medidas para el manejo de los problemas detectados y el posterior seguimiento del paciente.

Unidad geriátrica de agudos

El 40% de hospitalizaciones corresponde a adultos mayores, la tasa de ingreso en el adulto mayor es el doble del resto de la población llegando a ser 3 veces mayor en pacientes mayores de 80 años, además tienen

estancias más prolongadas, mayor uso de servicios de salud y mayor número de reingresos.

Existe una relación probada entre la pérdida de funcionalidad y la hospitalización, especialmente en el anciano frágil. La prevalencia de pérdida funcional en pacientes mayores de 75 años puede ser del 50%. Durante la hospitalización, el 50% de adultos mayores presentan pérdida de funcionalidad, además de mayor número de ingresos mortalidad, complicaciones graves, y solo la mitad logran recuperar las capacidades funcionales previas.

La Unidad de Agudos es un área para atención integral e interdisciplinaria de los pacientes adultos mayores de 70 años, que cursan con afecciones agudas en un hospital de III nivel. Al alta hospitalaria existe una disminución importante del deterioro de capacidad funcional y una menor tasa de institucionalización. No existieron diferencias significativas en mortalidad. El tiempo de hospitalización fue menor, pero sin diferencias estadísticamente significativas. El costo de la intervención no fue mayor que los cuidados convencionales.

Unidad geriátrica de mediana estancia

Constituye el nivel asistencial más evaluado. La rehabilitación busca recuperar la funcionalidad perdida durante la hospitalización, en búsqueda de una recuperación de la funcionalidad perdida con la finalidad de reincorporar al paciente gerente a su vida habitual con la mejor calidad de vida posible. Se busca evitar o de no ser posible retardar la institucionalización

Se debe de realizar una valoración integral de los pacientes que se puedan beneficiar de la rehabilitación; el trabajo debe de ser llevado a cabo por un equipo interdisciplinario formado por diferentes profesionales; se debe de realizar reuniones periódicas con intercambio de información que nos permita establecer nuevas intervenciones terapéuticas y una planificación del alta.

El geriatra es el coordinador de equipo, es el responsable último de las decisiones tomadas en equipo. La ubicación de las reuniones debe de ser intrahospitalaria y se debe de poder hacer seguimiento tras el alta.

Hospitalización a domicilio

Es una alternativa a los cuidados agudos hospitalarios, proporciona un tratamiento activo de parte de los profesionales de la salud en el domicilio del paciente y por un periodo de tiempo limitado.

En el caso de cuidados paliativos, la evaluación de su eficacia es en dependencia de la calidad de vida del paciente y satisfacción de la familia con los cuidados recibidos.

Hospital de Día geriátrico:

Los hospitales de día son instalaciones para el cuidado de salud del paciente adulto mayor ambulatorio, en el que se proporciona una evaluación por un equipo multidisciplinario, y donde está disponible tratamiento de rehabilitación y terapia, para acudir diario o por horas para los pacientes ancianos que se encuentran en la comunidad.

Se originaron en el Reino Unido, en los años 1950s, como resultado de los rápidos cambios que acontecieron en el cuidado de los pacientes ancianos frágiles.

El objetivo principal del HODIGE es prolongar la vida independiente del paciente por la evaluación y tratamiento especializado. Además el tratamiento del paciente frágil y con discapacidad, permitiendo que se mantengan en sus hogares y teniendo un impacto favorable en la discapacidad y minusvalía.¹⁶

Los hospitales de día han demostrado ser un proveedor de salud efectivo de evaluación exhaustiva al adulto mayor frágil y rehabilitación, reduciendo la probabilidad de muerte y resultados adversos.⁵

El hospital de Día ha sido comparado con tratamiento convencional, y se ha observado un beneficio en grado de funcionalidad y mortalidad, con un menor uso de recursos (hospitalización e institucionalización). Sin embargo, no se han encontrado ventajas sobre otros niveles asistenciales geriátricos.¹⁵

La Sociedad Británica de Geriátrica, sugiere que el Hospital de Día debe de proveer:

- Evaluación exhaustiva del paciente adulto mayor frágil

- Intervenciones en las crisis o en formas subagudas de enfermedad, con la posibilidad de prevenir hospitalizaciones o promover altas tempranas.
- Tratamiento y rehabilitación, en particular para problemas complejos y multifacéticos, como parte de la rehabilitación de la comunidad y cuidado intermedio.
- Procedimientos especializado médico y por el personal de enfermería
- Educación de la edad para la tercera edad¹⁶

Por lo tanto, los pilares de un sistema asistencial eficaz y eficiente para el paciente adulto mayor son:

- Intervención en la fase temprana del deterioro funcional
- Selección de la población a intervenir
- Valoración geriátrica integral del estado de salud y necesidades de atención
- Abordaje interdisciplinario de la necesidad de los cuidados
- Establecer un seguimiento continuo

Valoración de la funcionalidad

La evaluación de la funcionalidad es una actividad rutinaria realizada en los hospitales de día. Los índices de dependencia son cada vez más utilizados para la investigación científica y en la práctica clínica, más aun en pacientes adultos mayores cuya prevalencia de dependencia es mayor que en el resto de la población.

Además la evaluación de la funcionalidad es una parte importante de los instrumentos utilizados en la valoración de la calidad de vida relacionado con la salud.

Actualmente incluir la evaluación de la funcionalidad es imprescindible en cualquier instrumento utilizado para la medición del estado de salud.

Una de las herramientas más utilizadas para la evaluación de la funcionalidad en el índice de Barthel, conocida como el “índice de Discapacidad de Maryland”.

El Índice de Barthel es una medición genérica que evalúa el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (ABVD) mediante la cual se designan diferentes

puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.

El índice de Barthel es una escala sencilla respecto a su obtención e interpretación. Asigna a cada paciente un puntaje en función del grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas de la vida diaria. Los puntajes obtenidos dependen del tiempo utilizado para la realización de las actividades y del uso de ayuda para la realización de las mismas. Las actividades básicas de vida diaria (ABVD) son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina.

El índice de Barthel aporta información a partir del puntaje global, y de cada uno de los puntajes parciales. Nos ayuda a determinar cuáles son las deficiencias específicas de cada paciente y facilita la valoración de su evolución en el tiempo.

¹⁷ Ver anexo 2.

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de hipótesis:

H1: Todo paciente adulto mayor que recibe un abordaje interdisciplinario por 3 meses en el Hospital de Día Geriátrico tiene ganancia funcional en relación al alta hospitalaria.

3.2 Variables y su operacionalización:

VARIABLE	DEFINICION	TIPO POR NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA	ESCALA DE CATEGORIA	MEDIO DE VERIFICACION
Pacientes que reciben tratamiento en HODIGE	Paciente que acude 1 vez por semana a HODIGE por 3 meses y recibe terapia multidisciplinaria	Cuantitativa	Número de atenciones	Razón	x	x	Ficha de asistencias del personal de enfermería
Grado de independencia	el nivel de independencia del paciente para realizar 10 actividades de la vida diaria	Cuantitativa	Dependencia para las actividades de vida diaria	De intervalo	Depend. Total Depend. Severa Depend. Moderada Depend. Escasa independiente	0 – 20 21-60 61 – 90 91 – 99 100	Historia Clínica

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico:

El presente estudio es de tipo cuantitativo, observacional, retrospectivo.

Los pacientes que serán incluidos en el estudio son pacientes adultos mayores que al ser dados de alta son transferidos a Hospital de Día. Se incluirán todos los pacientes que ingresen al hospital de Día entre los meses de Enero a Junio del 2017.

En la primera cita en el HODIGE del Hospital San Isidro Labrador son evaluados inicialmente por el médico geriatra, quien realiza una Valoración Geriátrica Integral (VGI). Entre las herramientas utilizadas en la primera aproximación al paciente, se utiliza la escala de Barthel para medir el estado funcional en la primera aproximación. Posteriormente es evaluado por las diferentes áreas del equipo multidisciplinario: Enfermería, Medicina Física y Rehabilitación, Psicología, Nutrición y Servicio Social.

El paciente acude al Hospital de Día Geriátrico de 2 a 3 veces por semana, según la evaluación del Equipo Interdisciplinario. Cada mes, pasará cita con el Médico Geriatra para evaluar la evolución del paciente. La evaluación se realizara utilizando diferentes evaluaciones y escalas geriátricas. La escala a tomar en consideración para el presente estudio es la Escala de Barthel.

4.2 Diseño muestral

Población Universo: Los pacientes ancianos mayores de 65 años que han sido dados de alta de una hospitalización.

Población de Estudio: Pacientes que tras el alta de la hospitalización en el centro de Rehabilitación de Mediana Estancia, Hospital Geriátrico San Isidro Labrador, son evaluados y considerados aptos para iniciar las intervenciones del Hospital de Día en el Periodo de Enero a Junio 2017.

Tamaño de la Población de Estudio: 150 pacientes participaron en este estudio.

4.3 Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

1. Paciente adulto mayor con enfermedad crónica compensada que ha sido dado de alta de la hospitalización de mediana estancia
2. Puntuación en escala de Barthel mayor de 60 puntos
3. Residencia cercana al Hospital de Día
4. Contar con soporte familiar
5. El paciente debe de ser acompañado al programa mínimo por un familiar que debe de ser adulto joven (menor de 60 años).

Los criterios de exclusión:

1. Paciente con enfermedad crónica descompensada o avanzada
2. Puntuación en escala de Barthel menor de 60 puntos
3. Vivir en asilo o casa de reposo
4. Cursar con deterioro visual severo o hipoacusia severa
5. Encontrarse en etapa terminal de alguna enfermedad
6. No contar con soporte familiar

4.4 Procesamiento de recolección de datos:

Instrumentos:

Escala de Barthel:

Se utilizará la escala de Barthel para evaluar el grado de dependencia del paciente en estudio. El índice de Barthel tiene la capacidad de detectar un progreso o deterioro del estado de dependencia o para medir la respuesta a la rehabilitación recibida.

La Información será registrada en la historia clínica al culminar el día de tratamiento en el HODIGE.

La inclusión y participación en este estudio fue de manera anónima y voluntaria.

4.5 Estadística:

Se realizó un análisis descriptivo de las variables. Se utilizó para el análisis el coeficiente de correlación.

El poder estadístico fue implementado por el software SPSS

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2017		
	Enero	Febrero	Marzo
Formulación del problema	x		
Desarrollo del problema, objetivos, justificación y limitaciones	x		
Búsqueda de antecedentes	x	x	
Elaboración de Marco Teórico		x	
Elaboración de Hipótesis y variables		x	x
Elaboración de Metodología			x
Cronograma			x
Anexos			x

PRESUPUESTO

Concepto	Monto Estimado (soles)
Material de Escritorio	200
Ordenador portátil	1500
Impresión del proyecto	50
Anillado del proyecto	10
Logística	200
Movilidad y viáticos	200

Total

2160 soles

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Córcoles - Jiménez MP, et al. Deterioro funcional asociado a la hospitalización en pacientes mayores de 65 años. *Enfermería Clínica* 2015
2. Tousignant M., Hébert R., Desrosiers J. Effect of Systematic Intensive Care Unit Triage on Long-term Mortality Among Critically Ill Elderly Patients in France. A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. Published online. 2017. Extraído el 28 de setiembre del 2017. Disponible en <http://jama.jamanetwork.com>
3. Convinsky K. et al. Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Age. *Journal of American Geriatrics Society*. 51:451–458, 2003
4. López Pardo P, García Socorro A, Baztán Cortés J. Influencia de la duración hospitalaria sobre la mortalidad tras el alta en pacientes mayores con patología médica aguda. *Gac Sanit*. 2016;30(5):375–378
5. Foster A, Young J, Langhorne P. Systematic Review of the hospital care for elderly people. *BMJ* 1999;318:837–41
6. Bravold T., Skelton D., Bergland A. The efficacy of counseling and progressive resistance home-exercises on adherence, health-related quality of life and function after discharge from a geriatric day-hospital. *Archives of Gerontology and Geriatrics* (2012) 453–459
7. Desrosiers J et al. Geriatrics Day Hospital: Who improves the most? *Canadian Journal of Aging*. 23 (3) : 217 – 229
8. Moorhouse P, et al. Treatment in a Geriatric Day Hospital improve individualized outcome measures using Goal Attainment Scaling. *BMC Geriatrics* (2017) 17:9
9. Brummel N. et al. Understanding and Reducing Disability in Older Adults Following Critical Illness. *Crit Care Med*. Junio 2015 ; 43(6): 1265–1275.
10. Gunawardena I. Effectiveness of the Geriatric Day Hospital – A realist review (2011) 267 - 269

11. Tousignant M., Hébert R., Desrosiers J. Economic evaluation of a geriatric day hospital: cost-benefit analysis based on functional autonomy changes. *British Geriatrics Society. Age and Ageing* 2003; 32: 53–59
12. Timmer A., Unsworth C., Taylor N. Rehabilitation interventions with deconditioned older adults following an acute hospital admission: a systematic review. *Clinical Rehabilitation* 2014, Vol. 28(11) 1078–1086. [Internet]. Extraído el 4 de Diciembre del 2014. Disponible en <http://cre.sagepub.com/content/28/11/1078>
13. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (2015). Capítulo 3: La salud en la vejez. 45 – 53.
14. Ruiperez I, Gómez J, Isach M, Sepúlveda D. Prevención de la Enfermedad, Discapacidad y Dependencia. *Tratado de Geriatria para Residentes. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.* 69 – 82.
15. Fernández M, Solano J. Niveles asistenciales en Geriatria. *Tratado de Geriatria para Residentes. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.* 83 – 86. 2007
16. British Geriatrics Society. *Good Practice: Day Hospital for Older People.* 2009
17. Valoración de la Discapacidad Funcional: Índice de Barthel. Cid-Ruzafa R, Damián Moreno *Revista Española de Salud Pública.* 19997.

ANEXOS

Anexo 01: Matriz de Consistencia

Título de la investigación	Pregunta de la investigación	Objetivos de la Investigación	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de Recolección
Beneficio funcional del paciente adulto mayor en hospital de día del Hospital San Isidro Labrador durante el año 2017	¿Cuánta es la mejoría funcional de las pacientes atendidos en el Hospital de Día, tras el alta hospitalaria, en adultos mayores del Hospital Geriátrico San Isidro Labrador en el periodo 2017?	<p>Objetivo General: Determinar la mejoría funcional de los pacientes atendidos en el Hospital de Día Geriátrico del Hospital Geriátrico San Isidro Labrador en el año 2017</p>	Todo paciente adulto mayor que recibe un abordaje multidisciplinario por 6 meses en el Hospital de Día Geriátrico tiene ganancia funcional en relación al alta hospitalaria.	Tipo cuantitativo, observacional, retrospectivo, longitudinal.	Pacientes que tras el alta de una hospitalización en el centro de Rehabilitación de Mediana Estancia, Hospital Geriátrico San Isidro Labrador, son evaluados y considerados aptos para iniciar las intervenciones del Hospital de Día.	Historia Clínica Escala de Barthel
		<p>Objetivos Específicos: Caracterizar al tipo de paciente que acude al servicio de Hospital de Día Geriátrico en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador</p> <p>Identificar los factores de riesgo asociados a la pérdida de funcionalidad en los pacientes con hospitalizaciones prolongadas.</p> <p>Evaluar el estado funcional de los pacientes adulto mayor al alta hospitalaria</p>				

ANEXO 2:

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

ESCALA DE BARTHEL

	Incapaz de hacerlo	Intenta pero inseguro	Cierta ayuda necesaria	Mínima ayuda necesaria	Totalmente independiente
Aseo personal	0	1	3	4	5
Bañarse	0	1	3	4	5
Comer	0	2	5	8	10
Usar el retrete	0	2	5	8	10
Subir escaleras	0	2	5	8	10
Vestirse	0	2	5	8	10
Control de heces	0	2	5	8	10
Control de orina	0	2	5	8	10
Desplazarse	0	3	8	12	15
Silla de ruedas	0	1	3	4	5
Traslado silla/cama	0	3	8	12	15

