



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN EL PACIENTE
ADULTO MAYOR UNIDAD DE GERIATRÍA DE MEDICINA
INTERNA HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI

MARTINS 2018

PRESENTADO POR
JORGE HUAMAN PATIÑO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GERIATRÍA

ASESOR
DRA. GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ

LIMA – PERÚ
2021



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN EL
PACIENTE ADULTO MAYOR UNIDAD DE GERIATRÍA
DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2018**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GERIATRÍA**

**PRESENTADO POR
JORGE HUAMAN PATIÑO**

**ASESOR
DRA. GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ**

LIMA, PERÚ

2021

INDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Objetivos	
1.3.1 Objetivo general	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Justificación	
1.4.1. Importancia	5
1.4.2. Viabilidad	6
1.5 Limitaciones	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	8
2.3 Definición de términos básicos	11
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	13
3.1 Formulación de la hipótesis	13
3.2 Variables y su operacionalización	13
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	14
4.1 Diseño metodológico	14
4.2 Diseño muestral	14
4.3 Procedimientos de recolección de datos	14
4.4 Procesamiento y análisis de datos	15
4.5 Aspectos éticos	15
CRONOGRAMA	16
FUENTES DE INFORMACIÓN	19
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	
3. Consentimiento informado	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2018) La población adulta mayor en los últimos años va en aumento en nuestro país 10,1% y con esta sus consecuencias que traen de por sí el envejecimiento ya que debemos tener en cuenta sus características especiales.

La evaluación del adulto mayor hospitalizado de una manera no integral (solo tratamiento de enfermedades) trae muchas limitaciones desde el momento del diagnóstico hasta el alta puesto que a diferencia de los adultos jóvenes (menores de 60 años), requerirán más ayuda para recuperar su funcionalidad en las actividades básicas de la vida diaria e actividades instrumentales en la vida diarias por los problemas de desacondicionamiento y el encamamiento prolongado que llevan generalmente según el índice de Barthel y Lawton respectivamente.

La valoración geriátrica integral en los pacientes adultos mayores hospitalizados en el hospital Edgardo Rebagliati Martins no era lo habitual al momento del ingreso en los servicios de medicina interna lo cual se traduce en un plan de trabajo no estructurado ya que no se realiza dicha valoración geriátrica integral y por ende no se toma en cuenta el grado de funcionalidad que tenían los pacientes al momento de su ingreso.

Además, se debe tener en cuenta las características especiales de los adultos mayores atendidos en el servicio de medicina interna, como las múltiples comorbilidades, desnutrición, el riesgo social, síndromes geriátricos que no son tomadas en cuenta en la historia clínica habitual.

Teniendo en cuenta dichas situaciones especiales en los adultos mayores en el hospital Edgardo Rebagliati Martins se debe tener una valoración diferente para ellos puesto que muchas veces pasan desapercibidas dichas patologías y así de esa manera llevan a un tiempo de estancia hospitalaria mayor prolongada con el consecuente riesgo de complicaciones, desde las infecciones urinarias, infecciones respiratorias, desacondicionamiento, aumento de la fragilidad y dificultades para la reinserción a su estado basal previo de los pacientes adultos

mayores, y así evitar dichas complicaciones, por ende aumentar las probabilidades de un alta temprana hospitalaria con todos los beneficios que trae, como el acortamiento de la estancia hospitalaria que por la gran demanda de nuestro hospital es beneficioso para que más adultos mayores accedan rápidamente a una cama en la hospitalización, menores complicaciones propias de la estancia hospitalaria prolongada, una mayor y más rápida reinserción a sus actividades de vida cotidiana esenciales todo esto en favor de la calidad de vida de los adultos mayores y de su contexto familiar que muchas veces dejan de trabajar por cuidarlos, puesto que el personal de enfermería (enfermeras y técnicos de enfermería) no es el suficiente para todos los pacientes hospitalizados y más aún cuando los adultos mayores requieren de mayores cuidados puesto que por sus características propias de su edad el desacondicionamiento que sufren es más rápido que en los pacientes adultos. Así mismo los usuarios se verían más beneficiados puesto que no solo es la parte médica, sino también la parte mental, social, cognitiva, nutricional y funcional que muchas veces no son evaluados por los médicos internistas de este modo obtendríamos una valoración integral del paciente adulto mayor para que puedan ser tratados y diagnosticados oportunamente y seguidos por los médicos una vez dado de alta hospitalaria el paciente.

Está es la razón por la que se decide realizar la valoración geriátrica integral en la unidad de geriatría del servicio de medicina interna del hospital Edgardo Rebagliati martins para una mejor evaluación del adulto mayor hospitalizado. Y se verían beneficiados para que los últimos tengan una buena calidad de vida, estabilización de sus comorbilidades si tuvieran y que puedan optar por una cama de hospitalización más rápida.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la valoración geriátrica integral en el paciente adulto mayor en la unidad de geriatría de medicina interna del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el 2018?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar la valoración geriátrica integral en el paciente adulto mayor hospitalizado en la unidad de geriatría de medicina interna del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el 2018.

Objetivos específicos

Determinar la frecuencia de presentación de síndromes geriátricos.

Determinar el estado funcional.

Determinar el estado cognitivo.

Determinar el riesgo social.

Determinar el estado nutricional.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

La realización de la valoración geriátrica integral en los adultos mayores en el servicio de Medicina Interna del Hospital Edgardo Rebagliati Martins será beneficiosa tanto para el hospital como para los adultos mayores puesto que de esta manera se hará un mejor diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los adultos mayores no solo dando enfoque a la parte medica sino también a las demás esferas que tiene dicha valoración como la funcionalidad muchas veces no tomada en cuenta por los médicos asistentes de medicina interna así como los síndromes geriátricos, el deterioro cognitivo y el riesgo social que en gran parte sufren dichos pacientes.

Una vez realizada la valoración geriátrica integral a los adultos mayores hospitalizados los beneficios que esta lleva se verá reflejada en diferentes aspectos tanto para los paciente como para el hospital así como podremos señalar la estancia hospitalaria, disminución de la complicaciones hospitalarias, disminución de la mortalidad y así poder de esta manera disminuir los reingresos

hospitalarios y una mejor utilización de los recursos tanto humanos como de infraestructura para el beneficio de la población, los datos que se obtengan se usaran en todos los hospitales del seguro social para tener una referencia de un mejor manejo del adulto mayor y su alta programada.

En la esfera social de esta manera se podrá ver una mayor rotación de camas en los servicios de medicina interna de los hospitales y una mayor cantidad de adultos mayores podrán usar los servicios de manera más eficiente esto sin que se dé un alta sin perder la calidad de la atención.

De esta manera la salud de los adultos mayores se verá bien resguardadas y esto se traducirá a una mejor calidad de vida mediante un adecuado tratamiento y seguimientos de sus comorbilidades.

De no realizarles la valoración geriátrica integral repercutirá como lo vemos hasta la fecha en donde el servicio de emergencia del Hospital Edgardo Rebagliati Martins no se da abasto para cubrir la demanda de los pacientes que en su gran mayoría aproximadamente 65% son adultos mayores, dicho problema no es exclusivo de EsSalud sino también de Hospitales del Ministerio de Salud y Fuerzas Armadas.

Los costos que conllevan por la atención de pacientes adultos mayores y sus complicaciones se verían reducidos, así como por la estancia hospitalaria.

1.4.2 Viabilidad

El estudio es viable, debido a que, en el servicio de Medicina Interna se realiza la valoración geriátrica integral a todos los adultos mayores como parte de la historia clínica a todos los adultos mayores que son hospitalizados por parte del médico residente.

1.5 Limitaciones

Los resultados que se obtendrán de este estudio serán de tipo cualitativo pudiendo ser generalizables en la población adulta mayor asegurada, la muestra será representativa ya que se cuenta con una población y una muestra representativa según lo formula de muestreo estándar, la recolección de datos será por medio de revisión de historia clínicas las cuales ya cuentan con la valoración geriátrica la bibliografía actual que se dispone no es muy amplia en nuestro medio.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

Valera et al., en el 2005, realizaron una investigación en diferentes hospitales del Perú tanto MINSA como EsSalud con el objetivo de determinar las características funcionales de los gerontes durante las dos semanas antes de su hospitalización, asimismo, evaluar la asociación de dichas características con las patologías del geronte; para la evaluación de la asociación usaron como método la comparación de las propiedades funcionales con las principales patologías del geronte. Los resultados evidenciaron que la autonomía funcional estaba presente en un 53%, las actividades de vida diaria más comprometidas fueron el aseo y la vestimenta siendo que presentaron una deficiencia en estas actividades un 44,5% y 39% respectivamente, por último, la relación entre funcionalidad y edad, estado económico, caídas, incompetencia urinaria, mareos, mal estado nutricional, deterioro cognitivo y depresión se interrelacionaron de manera importante, llegando a la conclusión que los gerontes presentaban una dependencia funcional pre-hospitalaria elevada; evidenciando que a mayor edad, mayor presencia de problemas sociales, caídas, incompetencia urinaria, mareos, mal nutrición, deterioro cognitivo y depresión, y consecuentemente mayor disminución funcional. (1)

Ruiz-Diosesn et al., en 2008, realizó un estudio en el Callao, que tuvo como objetivo determinar la situación sociofamiliar, la capacidad funcional y enfermedades prevalentes de los gerontes que acudian a los centros asistenciales del primer nivel de atención de la Dirección de Salud del Callao, como metodología usaron la valorización a través de un sondeo de la ficha única de Valoración Clínica del Adulto Mayor elaborada por el Ministerio de Salud del Perú, en los resultados se evidenció que el 31,9% tenía un diagnóstico de anciano frágil, el 46,2% se encontraba en riesgo social, las mujeres evidenció un entorno social-familiar más adverso, y el puntaje de la función geriátrica y clínica disminuía a mayor edad, concluyendo que la casi la totalidad de gerontes evaluados se encontraban con riesgo sociofamiliar, siendo necesario crear prácticas de intervención como proyectos de seguridad social que desarrollen una mejora en la atención integral de salud de las personas gerontes (2)

Montenegro et al., en 2009 realizaron una investigación cuyo objetivo fue estimar los problemas sociales y las particularidades geriátricas interrelacionadas en los gerontes, la metodología usada fue la realización de entrevistas a un total de 154 personas cuya edad era más de 60 años que recibieron una atención médica, los resultados evidenciaron que un 48,1% tenía diagnóstico de síndrome de caídas, en un 40,3% se encontró incompetencia urinaria, y déficit cognitivo menor en 63,6%, el 48,1% fue catalogado como anciano frágil, un

49,4% tenía riesgo y/o problema social, concluyeron que la evaluación geriátrica sistémica es vital en el anciano sin importar el nivel de atención. (3)

Yabar et al., en 2009, en una investigación desarrollada en Chimbote cuyo objetivo fue medir la prevalencia, características clínicas, funcionales y socioeconómicas del geronte frágil cuya edad era más de 75 años en el Hospital III EsSalud de Chimbote estudio desarrollado entre el período de octubre 2006 y abril 2007, la entrevista y evaluación a los participantes para evaluar fragilidad y factores asociados fue la metodología que usaron, los resultados evidenciaron una prevalencia de fragilidad del 71.3%, dependencia funcional en el 53.5%, asimismo, en el análisis multivariado evidenció que la fragilidad tenía como factor de riesgo la agudeza visual disminuida y la agudeza auditiva disminuida ($p=0.033$); mientras que una situación sociofamiliar favorable es un factor protector, concluyendo que la agudeza visual y auditiva son factores relacionados a fragilidad, mientras que una buena situación familiar constituye un factor protector (4)

Del Risco, en 2007, realizó una investigación cuyo objetivo fue Analizar la relación entre la satisfacción vital y el soporte social en un grupo de adultos mayores, utilizando como metodología fue el análisis del grado de relación existente entre las variables de soporte social y satisfacción con la vida, obteniendo como resultado 50% de la muestra se encuentra entre satisfecho y extremadamente satisfecho con la vida, asimismo el nivel de satisfacción con la vida correlaciona significativamente con el tamaño de la red efectiva, concluyendo que los adultos mayores se encuentran satisfechos con su vida y que el soporte social recibido y la cualidad del mismo resultan variables importantes y se asocian con el nivel de satisfacción vital. (5)

Castillo-Carniglia et al., en 2012 condujeron una investigación cuyo objetivo fue la evaluación de la asociación entre bienestar vital con el nivel socioeconómico y el autoconcepto del estado de salud, desarrollando para ello una cohorte de gerontes, utilizando como método para la medición del bienestar vital el desarrollo de una escala de satisfacción con la vida abreviada, los resultados evidenciaron una asociación importante entre el bienestar vital y los ingresos económicos en los hombres, el apoyo social sin distinción de sexo, el autoconcepto de salud, memoria y las enfermedades articulares, diabetes e hipertensión, como conclusión señalaron que la situación económica, el apoyo social y el estado de salud se asocian de forma independiente con la satisfacción vital (6)

Sandoval et al., en 1998 desarrollaron una investigación cuyo objetivo fue comparar la funcionalidad entre pacientes gerontes de atención ambulatoria y los internados, la metodología usada fue la medición de los resultados obtenidos de aplicar el score de Katz, como los resultados evidenciaron que el número de

patologías fue de 2.90 en ambulatorios y 3.84 en internados y el empleo promedio de medicamentos fue de 1.18 y 1.27, respectivamente. La independencia fue de 77.3% y 59.5%, respectivamente, concluyeron que si se puede evidenciar una relación entre disminución funcional y ancianidad, por otro lado los pacientes hospitalizados son de mayor edad y presentaron mayor número de patologías. (7)

2.2 Bases teóricas

La población de adultos mayores en el mundo cada vez esta incrementando por la transición demográfica que se observa en la actualidad. En América Latina se avanza a un ritmo sin precedente, motivo por el cual debe haber cambios necesarios a diferentes niveles, incluyendo en los sistemas de salud. (8)

Motivo por el cual los gobiernos deben dirigir su atención a los diferentes puntos tales como la política, económica, cultural, social y, en especial de salud, provocadas por ese fenómeno.

Teniendo en cuenta que los adultos mayores, no son tomados en cuenta lo que los lleva a un segundo plano no recibiendo la adecuada atención ni las oportunidades de desarrollo puesto que son consideradas como personas que no producen.

Por todo esto a esta etapa de la vida se le aumentan las pérdidas no solo a nivel de la funcionalidad también la parte social y esta podría resultar en un factor perjudicial para los adultos mayores por la no vinculación con las redes de soporte. (9)

La salud depende de muchos factores, como la capacidad de adaptación a sucesos que puedan ocurrirles y no solo a la presencia de las enfermedades objetivables.

Muchas instituciones encargadas de los servicios de salud tienen la responsabilidad de valorar la funcionalidad de los adultos mayores, la valoración mental y psicoafectiva, la valoración social (todas partes de las esferas involucradas en la valoración geriátrica integral). (10)

La valoración de estos sistemas, nos permitiría identificar a los que poseen mayor grado de vulnerabilidad y de esta manera poder adoptar medidas preventivas que nos permitan mejorar la funcionalidad, el riesgo social, el riesgo de deterioro cognitivo y depresión todo esto con el fin de que los adultos mayores lleven mejores estilos de vida. (11)

En Perú como en varios países en vías de desarrollo la pobreza se va muy de la mano con el envejecimiento y a esto se debe de aumentar la poca cobertura que tiene el Sistema de Salud para los adultos mayores tales como el Ministerio de Salud, la seguridad social y las fuerzas armadas.

Seneca (1990), definió al anciano como una persona que se encuentra en una edad avanzada llena de complacencias, señalando que la verdadera vejez no se relaciona con la edad cronológica cumplida, sino con la sapiencia. La vejez es un estigma, según el gerontólogo social norteamericano Robert Atchley (1980), y la mayoría de las veces tal estigma es el resultado injusto de falsos estereotipos que se han ido acumulando a través de los tiempos. (12)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera a las personas que están por encima de los 60 años como adultas mayores, además se prevee que en el año 2025 habrán más de 100 millones de Personas adultas mayores en América Latina y el Caribe, y a la vez en nuestro país representaran el el 13,3% de nuestra población. (13)

Algunos autores como Sánchez Salgado (2000) hablan de la existencia de tres edades diferenciales la edad social que es la que tiene la utilidad socio laboral de la persona, la edad biológica, que se refiere procesos fisiológicos propias del envejecimiento, y la edad psicológica, donde se encuentran los cambios cognitivos y afectivos por lo cual las tres se encuentran relacionadas en las personas de edad avanzada .debemos tener en cuenta que al llamar persona adulta mayor la estamos haciendo mediante la edad social. (14)

Habitualmente, la edad en la que los estudiosos y científicos sociales colocan esa barrera coincide con la edad de jubilación. Lo cual no deja de ser simplificador y arbitrario.

En este sentido como apunta Iborra Marmolejo (2005), la mayoría de los autores consideran una persona como anciana cuando tiene más de 64 años, aunque en algunos supuestos se está manejando como edad de corte los 60. También hay que tener en cuenta que, como consecuencia fundamentalmente del incremento de la esperanza y de la calidad de vida, muchos de los profesionales de diversos ámbitos que trabajan con ancianos parecen incluir en este grupo etéreo solo a los que han cumplido los 70 años incluso 75 años no teniendo un consenso universal de cuando se debe tomar a una persona como adulta mayor. (15)

Evidentemente los resultados de los diferentes estudios acerca de cualquier aspecto sobre la vejez van a depender de donde se haga el corte en la población que consideremos mayor. Motivo por el cual en nuestra población se considera adulta mayor a toda persona mayor de 60 años por lo cual en el trabajo estamos tomando de esa manera. (16)

La Valoración Geriátrica Integral

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es un instrumento donde se evalúa a la persona adulta mayor a nivel biopsicosocial y funcional para así poder determinar un plan a seguir para su tratamiento y el seguimiento que se le hará en el futuro.

El médico geriatra lo toma como su principal herramienta en la práctica clínica diaria, pues esta permitirá identificar las necesidades de los pacientes en cualquier nivel de atención médica sanitaria.

La aplicación de la VGI trae consigo múltiples beneficios como el análisis de la funcionalidad de los adultos mayores los cuales permitirán hacer un diseño de estrategias para poder recuperar su nivel basal o evitar que su deterioro. Los adultos mayores por las múltiples comorbilidades que presentan y para mejorar su autonomía y evitar la exclusión social requieren de atenciones multidisciplinarias y estas deben estar orientadas a cuidarlos y no solo a curarlos de esta manera se puede mejorar y/o mantener su autonomía. (17)

La VGI permite identificar a los adultos mayores con múltiples comorbilidades, con una declinación funcional y que ello lleva a una alta tasa de mortalidad. La VGI se puede realizar en todos los niveles de atención desde centros médicos hasta hospitales de alta complejidad nivel IV.

Los componentes de la valoración geriátrica integral son los siguientes

- Valoración Clínica: evalúa la situación actual del adulto mayor, patologías agudas y crónicas, antecedentes familiares las comorbilidades, tratamiento y adherencia terapéutica, la historia nutricional mediante la elaboración de una historia clínica geriátrica y cabe destacar a los síndromes geriátricos muy comunes en los adultos mayores, pero no son parte del proceso de envejecimiento normal del adulto mayor (síndrome de caídas, polifarmacia, síndrome de dismovilidad, deterioro cognitivo). (18)

La población adulta mayor debe ser entendida tanto como por las patologías propias de este grupo etario así como los aspectos sociales que repercuten en estas:

1. Aspectos clínicos, se debe destacar el envejecimiento fisiológico y múltiple comorbilidad y su capacidad de esta en desmedro de la funcionalidad, así también se debe tener en cuenta los síndromes geriátricos.
- 2 Aspectos sociales, debermos tener en cuenta que los adultos mayores al ser personas con múltiples comorbilidades demandan mayores servicios de salud, requieren cuidadores para evitar que su calidad de vida se vea desmejorada.

- Valoración Funcional: Al adulto mayor se le evalúa de tal manera que se recoge la información para poder tener la información necesaria para tratar de preservar su independencia lo más que se pueda tanto en las actividades de la vida diaria como en las instrumentales. (19)
- Valoración Mental y Psicoafectiva: Es el proceso que se realiza para evaluar si existe deterioro en la parte de la cognición de parte del adulto mayor teniendo en cuenta a la pérdida de memoria que debe ser detectada lo más antes posible para una adecuada prevención de la progresión y evitar de esta manera el deterioro cognitivo.

La valoración psicoafectiva también es muy importante en la evaluación del adulto mayor puesto que la depresión es muy frecuente y esta de por sí lleva a incrementar la morbilidad y mortalidad en este grupo etario. (20)

- Valoración Social: Es el proceso dirigido a valorar la situación social y familiar del adulto mayor detecta situaciones de riesgo y problemas y así de esta manera poder intervenir para la prevención del riesgo social muy alto generalmente en los adultos mayores

2.3 Definición de términos básicos.

Paciente geriátrico: La persona debe tener como mínimo tres criterios de los que se mencionan a continuación:

Mayor a 60 años.

Múltiples comorbilidades.

Tendencia a la cronicidad o discapacidad.

Condiciones mentales

Condiciones sociales.

Mayor necesidad de rehabilitación (21).

Índice de Katz: Escala que se usa para la valoración de actividades de la vida diaria la cual fue creada en 1958 destinada a un grupo de enfermos hospitalizados. Tiene seis ítems (baño, vestirse, capacidad de movilizarse, alimentarse, de continencia, de usar el inodoro) (22)

Índice de Barthel: Es un instrumento mediante el cual se evalúa la capacidad de los adultos mayores de realizar 10 actividades tales como: el baño, el vestirse,

su aseo personal, uso de inodoro, la capacidad de trasladarse, la movilización de escaleras, la continencia tanto fecal como urinaria y su alimentación. (23)

Índice de Lawton y Brody: Es un instrumento con el cual se evalúa las actividades instrumentales de los adultos mayores y consta de 8 ítems donde se evalúan si el adulto mayor: usa el teléfono, va de compras, prepara su comida, puede realizar tareas del hogar, lava su ropa, utiliza medios de transporte, maneja su medicación y su dinero. (24)

Mini-Mental State Examination de Folstein: Es un instrumento en el cual se trata de hacer un screening para ver si los adultos mayores tienen deterioro cognitivo mediante preguntas las cuales tienen como objetivo evaluar varios aspectos de la función intelectual tales como la orientación, memoria, atención, denominación entre otros. (25)

Escala de depresión de Yesavage: Es un instrumento en el cual se trata de hacer un screening para ver si los adultos mayores tienen depresión mediante preguntas (26)

Escala de valoración sociofamiliar de Gijón. Es un instrumento en el cual se trata de detectar los posibles riesgos de los adultos mayores para así poder determinar en qué aspectos se puede intervenir para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. (27)

Valoración Geriátrica Integral (VGI): La valoración geriátrica integral es un instrumento donde se evalúa a la persona adulta mayor a nivel biopsicosocial y funcional para así poder determinar un plan a seguir para su tratamiento y el seguimiento que se le hará en el futuro. (28)

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

El presente trabajo por ser un trabajo descriptivo, no formulará hipótesis

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medicion	Categorías	Valores de las categorías	Medio de verificación
Deterioro funcional	Medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD),	Cuantitativa	Escala de Barthel	Ordinal	Dependencia total	0-20	Ficha de evaluacion
					Dependencia severa	21-60	
					Dependencia moderada	61-90	
					Dependencia leve	91-99	
					Independencia	100	
Deterioro social	valoración inicial sociofamiliar en el anciano para la detección de riesgo social	Cuantitativa	Escala de Gijon	Ordinal	Buena situación social	5 – 9	Ficha de evaluacion
					Riesgo social	De 10 -14	
					Problema social	Más de 15	
Deterioro Mental	Escala breve para evaluar la función cognitiva del adulto mayor.	Cuantitativa	Minimetal Test	Ordinal	Sin Deterioro. Posible	30 – 27	Ficha de evaluacion
					Deterioro.	26 -25	
					Demencia Leve	24 -10	
					Demencia Moderada	9 – 6	
Deterioro psiquico	Se trata de un cuestionario utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años	Cuantitativa	Escala de Gesavage	Ordinal	Normal.	0-5	Ficha de evaluacion
					Depresión leve.	6-9	
					Depresión establecida.	>10	
Edad	Tiempo de vida desde su nacimiento	Cualitativa	Años	Ordinal	Grupo 1:	60-69	Ficha de evaluacion
					Grupo 2:	70-79	
					Grupo 3:	>80	
Sexo	Determinación biológica expresada desde los cromosomas	Cualitativa	Tipo	Nominal	Varon	1	Ficha de evaluacion
					Mujer	0	
Nivel educativo	Se les pregunta el grado de estudios alcanzado	Cuantitativa	Años estudiados	Ordinal	Grupo 1:	0-3	Ficha de evaluacion
					Grupo 2:	4-8	
					Grupo 3:	>8 años	
Comorbilidad	Enfermedades crónicas que generan deterioro de la calidad de vida	Cualitativa	Enfermedades reportadas	Nominal	Hipertensión	1	Ficha de evaluacion
					Diabetes	2	
					EPOC	3	
					Insuficiencia Cardiaca	4	
					Artrosis	5	

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

El estudio a realizarse es de tipo observacional descriptivo transversal retrospectivo.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Todos pacientes adultos mayores que se hospitalicen en el servicio de Medicina interna del hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Población muestra

Todos los pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna – unidad de geriatría del hospital Edgardo Rebagliati Martins en el año 2018

Tamaño de la población

La muestra de la población se sacó según la fórmula estándar dándonos 202 adultos mayores para una población de 532 adultos mayores

Selección de la muestra

Por conveniencia

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Paciente adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina interna – unidad de geriatría del hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Criterios de exclusión

- Menor de 60 años de edad.
- Deterioro Cognitivo documentado (MMSE > -22)
- Delirio
- Diagnóstico establecido de enfermedad en estado terminal.

4.3 INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Los ingresos a la Unidad de Geriatría del servicio de medicina interna se efectivizan la mayoría de veces durante la tarde, elaborándose la historia clínica tomándose datos de familiares directos o cuidadores. Posteriormente se procederá al llenado de la ficha de recolección de datos adjuntada en anexos, realizándose en la primera parte una entrevista y posteriormente aplicando las

escalas para determinar la funcionalidad, etc., dicho llenado a realizarse en un tiempo aproximado de 30 minutos. De presentarse un ingreso durante la noche se procederá al llenado de ficha al día siguiente.

INSTRUMENTO

Se elaboró una ficha para la recolección de datos, brindados por el paciente y cuidador principal, posteriormente se realiza la aplicación de escalas de funcionalidad, psíquica, mental cuyos puntajes se registrarán en dichas fichas

RECURSOS HUMANOS

El llenado de las fichas se realizará por el médico residente encargado de elaborar la historia clínica de ingreso a hospitalización.

RECURSOS MATERIALES

Las fichas a utilizar serán impresas en el servicio, el hospital facilitará papel. Todo lo imprevisto y de poco presupuesto se cubrirá con el peculio del investigador.

4.4 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La totalidad de las variables cualitativas serán expresadas bajo porcentajes y las variables cuantitativas en media y en desviación estándar, las cuales serán representadas en tablas. Las frecuencias de estas variables se representarán en gráficos de barras.

La totalidad de la información serán recabadas en Microsoft Access® de Windows 10 a través de base de datos, los cuales posteriormente serán analizados estadísticamente en el programa SPSS®.

4.5 ASPECTOS ETICOS

Según los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y en la Resolución N° 008430 de fecha 04/10/1993; y considerando que esta investigación es no experimental y cumpliendo todos los aspectos éticos este estudio se realizará bajo la autorización del paciente y familiar a cargo, tratamiento de los datos anónimamente, confidencialidad de la información en

las instancias reguladoras y supervisoras de Essalud, las cuales podrán acceder a dicha información para verificar el cumplimiento de la normatividad institucional. Además, se establece la posibilidad de abandonar el estudio.

CRONOGRAMA

	Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo			
Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividad Mensual																				
Presentacion del proyecto de investigacion	X	X																		
Investigacion bibliografica			X	X																
Solicitud de historias clinicas					X															
Recoleccion de informacion de historias clinicas						X	X	X	X	X	X	X								
Analisis de la informacion													X	X						
Revision de resultados															X	X				
Elaboracion del informe final																	X	X		
Presentacion del trabajo de investigacion																			X	X

PRESUPUESTO

En la presente investigación, se requerirá la ejecución de los siguientes medios económicos:

Ítem	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	200.00
Internet	150.00
Impresiones	350.00
Logística	300.00
Traslados	500.00
TOTAL	1500.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Varela Pinedo Luis, Chávez Jimeno Helver, Galvez Cano Miguel, Mendez Silva Francisco. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. Rev Med Hered. 2005 Jul; 16(3): 165-171.
2. Ruiz-Dioses Lourdes, Campos-León Marisela, Peña Nelly. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. Rev. perú. med. exp. salud publica. 2008 Oct; 25(4): 374-379.
3. Montenegro Saldaña Luis, Salazar Roque Claudia, De la Puente Olortegui Carlos, Gómez Sarapura Adolfo, Ramírez Aranda Erick. Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores. Acta méd. peruana. 2009 Jul; 26(3): 169-174.
4. Yábar PC, Ramos W, Rodríguez L, Díaz V. Prevalencia, características clínicas, sociofamiliares y factores asociados a fragilidad en adultos mayores de 75 años de un hospital de Chimbote. Octubre 2006 - abril 2007. RPE [en línea] 2009 [27 de junio 2021]; 13 (3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203120367008.pdf>
5. Del risco, A. (2007). "Soporte social y satisfacción con la vida en un grupo de adultos mayores que asisten al programa para el adulto mayor". (Tesis de licenciatura). Universidad Católica del Perú – Lima.
6. Castillo-Carniglia Álvaro, Albala Cecilia, Dangour Alan D., Uauy Ricardo. Factores asociados a satisfacción vital en una cohorte de adultos mayores de Santiago, Chile. Gac Sanit. 2012 Oct; 26(5): 414-420.
7. SANDOVAL Luis, VARELA Luis. Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados. Rev Med Hered [Internet]. 1998 Oct [citado 2021 Jun 29]; 9(4):138-142. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1998000400003&lng=es.
8. Parodi JF. Fernández J. Lisigurski M. Rocabado F. I Foro nacional sobre enseñanza de geriatría y gerontología en el Perú, Lima OPS, MINSA, AMA; 2005
9. Stroebe W, Stroebe M, Abakoumkin G, Schut H. The role of loneliness and social support in adjustment to loss: a test of attachment versus stress theory. J Pers Soc Psychol. 1996 Jun;70(6):1241-9

10. Lim, L.S. and Chutka, D.S. (2006), Preventive medicine beyond 65. *Geriatrics & Gerontology International*, 6: 73-81. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2006.00324.x>
11. García González JV, Díaz Palacios E, Salamea García A, Cabrera González D, Menéndez Caicoya A, Fernández Sánchez A, Acebal García V. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria*. 1999 Apr 30;23(7):434-40. PMID: 10363397.
12. Kirch W., Quality-Adjusted Life Years (QALY), *Encyclopedia of publichealth*. New York: Springer Science Business Media LLC; 2008
13. Zegers Prado, Beatriz, Rojas-Barahona, Cristian, & Förster Marín, Carla. (2009). Validez y Confiabilidad del índice de Satisfacción Vital (LSI-A) de Neugarten, Havighurst & Tobin en una Muestra de Adultos y Adultos Mayores en Chile. *Terapia psicológica*, 27(1), 15-26. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000100002>
14. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health*. 1982 Aug;72(8):800-8. doi: 10.2105/ajph.72.8.800. PMID: 7091475; PMCID: PMC1650365.
15. Castillo-Carniglia Álvaro, Albala Cecilia, Dangour Alan D., Uauy Ricardo. Factores asociados a satisfacción vital en una cohorte de adultos mayores de Santiago, Chile. *Gac Sanit*. 2012 Oct; 26(5) 414-420.
16. Organización Mundial de la salud de la clasificación internacional de enfermedades, Traducción del centro colaborador de la OMS para la clasificación de enfermedades en portugués 9º edición revisado en nueva York EDUSP de 2003
17. Instituto de mayores y servicios sociales. *Malos tratos a personas mayores (en línea)*. Madrid: ministerio de trabajo y asuntos sociales 2007
18. Bermejo Garcia, *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores*. Madrid Editorial medica panamericana 2010
19. Zunzunegui MV, Koné A, Johri M, Béland F, Wolfson C, Bergman H. Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65. *Soc Sci Med*. 2004 May;58(10):2069-81. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.08.005. PMID: 15020020.
20. T. Alarcón Alarcón, J I. González Montalvo. La Escala Socio-Familiar de Gijón, instrument útil en el hospital general. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33(3):175-179.

21. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre envejecimiento y la salud. 2015
22. Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. y Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of adl: a standardized, measure of biological and psychosocial function. JAMA, 185 (12), 914-919.
23. Cid-Ruzafa Javier, Damián-Moreno Javier. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Publica. 1997 Mar; 71(2): 127-137.
24. Hidalgo-García, A. (2006). Reinventando una escala para valorar la independencia funcional en el anciano. Atención Primaria, 37(6), 318–319.
25. Gómez Viera Nelson, Matos Oliva Jorge Luis, Arias Sifontes William, González Zaldívar Arnaldo. Utilidad del Minimental State de Folstein en el diagnóstico diferencial de la demencia de Alzheimer, demencia vascular y demencia asociada a la enfermedad de Parkinson. Rev cubana med 2004, Feb; 43(1).
26. Baker FM, Espino DV. A Spanish version of the Geriatric Depression Scale in Mexican-American elders. Int J Geriatr Psychiatry 1997; 12: 21-5.
27. Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat. Escalas e Instrumentos para la Valoración en Atención Domiciliaria. 2004.
28. Gálvez-Cano Miguel, Chávez-Jimeno Helver, Aliaga-Díaz Elizabeth. Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. Rev. perú. med. exp. salud publica. 2016 Abr; 33(2): 321-327.
29. Diener. E. El bienestar subjetivo. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL, 1994, VOL 3, Nº 8.
30. Garcia, M. El bienestar subjetivo. Escritos de Psicología 2002, 6: 18-39
31. Victoria García-Viniegras, Carmen R, & González Benítez, Idarmis. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. Revista Cubana de Medicina General Integral, 16(6), 586-592.

32. Miralles R, Sabartés O, Ferrer M, Esperanza A, Llorach I, García-Palleiro P, Cervera AM. Development and validation of an instrument to predict probability of home discharge from a geriatric convalescence unit in Spain. *J Am Geriatr Soc.* 2003 Feb;51(2):252-7.
33. Sabartés, O., Basseda, R.M., Ferrer, M., Esperanza, A., García-Palleiro, P., Llorach, I., Guillem, J.G., Lamarca, R., & Cervera, A. Factores predictivos de retorno al domicilio en pacientes ancianos hospitalizados. *Anales De Medicina Interna*, 1999,16.
34. Garcia-Caselles P, Miralles R, Arellano M, Torres RM, Aguilera A, Pi-Figueras M, Cervera AM. Validation of a modified version of the Gijon's social-familial evaluation scale (SFES): the "Barcelona SFES Version", for patients with cognitive impairment. *Arch Gerontol Geriatr Suppl.* 2004;(9):201-6.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Pregunta de Investigación	Objetivos	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
¿Cuál es valoración geriátrica integral en el paciente adulto mayor?	Objetivo general Determinar la valoración geriátrica integral en el paciente adulto mayor hospitalizado en la unidad de geriatría de medicina interna del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el 2018.	Observacional Descriptivo Transversal Retrospectivo.	Todos los pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna – unidad de geriatría del hospital Edgardo Rebagliati Martins en el año 2018 Programa Microsoft Access® de Windows 10 y serán analizados con el programa estadístico SPSS®.	Ficha de recolección de datos
	Objetivos específicos Determinar la frecuencia de presentación de síndromes geriátricos. Determinar el estado funcional. Determinar el estado cognitivo. Determinar el riesgo social. Determinar el estado nutricional.			

2. Instrumento de recolección

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Ficha de paciente

Nombre:	Edad:	Sexo:	Fecha:
Ingreso:			
Domicilio:			
Cuidador Principal			
Motivo de ingreso:			
Síndromes geriátricos			
Deterioro cognitivo		Caídas	
Deterioro visual/auditivo		Estreñimiento	
Polifarmacia		Incontinencia: Urinaria – Fecal	
Insomnio		Depresión	

Dolor Úlceras de Presion Comorbilidades: Medicación habitual:	Dismovilidad Desnutricion
Valoracion Funcional Valoracion mental Valoracion psicoafectiva Valoracion social Valoracion nutricional	Barthel: Minimental Test: Jesavage: Gijon: Mininutricional Test:

Índice de Barthel

Parámetro	Situación del paciente	B	I
Total:			
Comer	- Totalmente independiente - Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc. - Dependiente	10 5 0	
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño - Dependiente	5 0	
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos - Necesita ayuda - Dependiente	10 5 0	
Arreglarse	- Independiente: capaz de arreglarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc. - Dependiente	5 0	
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal - Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas - Incontinencia	10 5 0	
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta - Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar De la sonda - Incontinencia	10 5 0	
Usar el	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y	10	

Índice de Barthel

Parámetro	Situación del paciente	B	I
retrete	ponerse la ropa... - Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo - Dependiente	5 0	
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama - Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo - Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo - Dependiente	15 10 5 0	
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros - Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros - Independiente en silla de ruedas sin ayuda - Dependiente	15 10 5 0	
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras - Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo - Dependiente	10 5 0	

Test Minimental – Test de Fols

Orientación Temporal	Correcto	Incorrecto
Día	0	1
Fecha	0	1
Mes	0	1
Estación	0	1
Año	0	1
Orientación Espacial		
Hospital o Lugar	0	1
Piso	0	1
Ciudad	0	1
Provincia	0	1
País	0	1
Fijación		
Repite estas 3 palabras hasta aprenderlas	0	1
Papel	0	1
Bicicleta	0	1

Cuchara	0	1
Concentración (sólo una de las dos opciones)		
a) Restar desde 100 de 7 en 7	0-1-2-3-4-5	
b) Deletree la palabra "MUNDO" al revés	0-1-2-3-4-5	
Memoria		
¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	0-1-2-3	
Lenguaje		
Mostrar un lapicero ¿Qué es esto?	0	1
Repetir lo anterior con un reloj	0	1
Respira esta frase: "Ni sí, ni no, ni pero"	0	1
Coja este papel con las mano derecho, dóblalo y póngalo encima de la mesa	0-1-2-3	
Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS	0	1
Escriba una frase	0	1
Copie el siguiente dibujo	0	1
		
Tota= Años de escolarización= Deterioro Cognitivo <18 pts en Analfabetos <21 pts en escolaridad baja (no estudios primarios) <24 pts en escolaridad alta (estudios primarios o más)		

Escala de depresión geriátrica

ivage (versión corta)

Instrucciones: Interrogar al paciente las siguientes preguntas y escoger la respuesta mas adecuada sobre cómo se ha sentido en las últimas semanas. Marcar con un círculo la respuesta escogida y al final sumar la puntuación Si el Minimental de Folstein es menor o igual a 14, la aplicación de la escala puede no ser valorable

	Sí	No
1. ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades o intereses?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se aburre a menudo?	1	0
5. ¿Está usted anudado casi todo el tiempo?	0	1
6. ¿Tiene miedo de que le vaya a pasar algo malo?	1	0
7. ¿Está usted contento durante el día?	0	1
8. ¿Se siente desamparado o abandonado?	1	0

9. ¿Prefiere quedarse en casa o en la habitación en vez de salir o hacer cosas nuevas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría que la gente?	1	0
11. ¿Cree que es estupendo estar vivo?	0	1
12. ¿Se siente usted útil tal como está ahora?	1	0
13. ¿Se siente lleno de alegría?	0	1
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	1	0
Puntuación mayor o igual de 5 indica probable depresión		

Escala de valoración sociofami

Situación Familiar
<ol style="list-style-type: none"> 1. Vive con familia sin dependencia psicopatológica 2. Vive con cónyuge de similar edad 3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia. 4. Vive solo y tiene hijos próximos 5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados
Situación económica
<ol style="list-style-type: none"> 1. Más de 1,5 veces el salario mínimo. 2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínima exclusivamente. 3. Desde el salario mínimo hasta pensión mínima contributiva. 4. LISIVI-FAS-Pensión no contributiva. 5. Sin ingresos o inferior al apartado anterior.
Vivienda
<ol style="list-style-type: none"> 1. Adecuada a las necesidades. 2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o porta de la casa (peldaños,

<p>puertas estrechas, baños, etc).</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción). 4. Ausencia de ascensor, teléfono. 5. Vivienda inadecuada (vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)
<p>Relaciones sociales</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Relaciones sociales 2. Relacion social sólo con familia y vecinos. 3. Relación social solo con familia o vecinos. 4. No sale de su domicilio, recibe familia. 5. No sale, no recibe visitas.
<p>Apoyo red social</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Con apoyo familiar o vecinal 2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria. 3. No tiene apoyo. 4. Pendiente de ingreso en residencia geriátrica. 5. Tiene cuidados permanentes.

3. Consentimiento Informado

He sido invitado a participar en la investigación “**VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR UNIDAD DE GERIATRÍA DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2018**”.

Entiendo que se me realizara una encuesta sobre mi condición de salud actual. He sido informado sobre la confidencialidad de la información brindada. Entiendo que no haya beneficios directos hacia mi persona de manera inmediata y que no obtendré compensación alguna por la información proporcionada.

He sido informado respecto al nombre del investigador, al cual podré fácilmente contactarlo usando los datos personales que se me ha brindado acerca del investigador.

Se me brindó la información proporcionada y la he podido leer o me la han podido leer. Pudiendo preguntar respecto a las dudas sobre ella las cuales se me han respondido, siendo satisfactoria las mismas.

Voluntariamente doy mi consentimiento para poder ser parte en esta investigación como colaborador, por otro lado he sido informado que tengo la potestad de desistir de continuar en la presente investigación sin importar el momento, y que dicho desestimiento no afecta bajo ningún motivo el cuidado médico que estaría recibiendo.

Nombre del Colaborador
.....
Firma del colaborador
Fecha.....