



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL COMO PREDICTOR DE
MORTALIDAD UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2018**

PRESENTADA POR
KARLA LUCÍA MANRIQUE HIPÓLITO

ASESOR
DRA. GEZEL RAQUEL VASQUEZ JIMENEZ

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

**LIMA – PERÚ
2020**



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
UNIDAD DE POSGRADO**

**VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL COMO PREDICTOR DE
MORTALIDAD UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2018**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA LA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GERIATRÍA

PRESENTADO POR

KARLA LUCÍA MANRIQUE HIPÓLITO

ASESOR

DRA. GEZEL RAQUEL VASQUEZ JIMENEZ

LIMA, PERÚ

2020

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos	4
1.4 Justificación	5
1.5. Viabilidad y factibilidad	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Definición de términos básicos	14
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	16
3.1 Formulación de la hipótesis	16
3.2 Variables y su operacionalización	17
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	20
4.1 Tipos y diseño	20
4.2 Diseño muestral	20
4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos	21
4.4 Procesamiento y análisis de datos	21
4.5 Aspectos éticos	22
CRONOGRAMA	23

PRESUPUESTO 24

FUENTES DE INFORMACIÓN 25

ANEXOS

1. Matriz de consistencia
2. Instrumentos de recolección de datos
3. Consentimiento informado

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

El manejo de pacientes geriátricos en unidades de cuidados intensivos es un reto de práctica médica por la gran comorbilidad que suelen presentar, además de elevados niveles de complicaciones intrahospitalarias, larga estancia hospitalaria y mortalidad a corto y largo plazo. Y ahora, con el cambio demográfico, la población geriátrica a nivel mundial se ha incrementado en cantidad y proporción con respecto a otros grupos etarios.

Entre 2000 y 2050, la proporción de adultos mayores en el mundo se duplicará, llegando a 22%, es decir, 2000 millones sólo en medio siglo y, a pesar de las creencias, este cambio será más notorio y rápido en países de medianos y bajos ingresos ^(1,2).

Esta población se caracteriza por poder padecer varias enfermedades crónicas al mismo tiempo, asociado a otros problemas físicos, mentales, limitaciones en la movilidad y funcionalidad, lo hacen susceptibles a necesitar asistencia médica constante y a largo plazo ⁽¹⁾.

Dentro de ello, se considera a América una de las regiones con mayor población de adultos mayores; de los 50 millones de adultos mayores en el 2006, se estima duplicará para 2025, y nuevamente en 2050^(1,2).

En Perú el porcentaje de población de adultos mayores aumentó 0.4% sólo en dos años registrados en los censos de 2005 (8.7%) al 2007 (9.1%) y se esperaba que aumente un 3.5% más para el 2015 ^(1,2).

Y esto se ve reflejado también en la utilización de servicios asistenciales, siendo que en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins el 47.97% de pacientes hospitalizados en el 2016 fueron mayores de 65 años ⁽³⁾.

Este incremento se está convirtiendo en un reto en salud, pues en estos pacientes, ya en la última etapa de su vida, muchas veces convergen diversas patologías, cardíacas, renales, hepáticas, neurológicas, oncológicas, etc. Y un sinfín de asociaciones posibles. Esta gama de patologías que hallamos en adultos mayores es que los vuelven pacientes extremadamente susceptibles a complicaciones graves. Es por ello que, aunado al cambio demográfico, los vemos más frecuentemente en Unidades de Cuidados Intensivos.

En estos servicios se cuentan con escalas para evaluar los riesgos, así como el nivel de intervención que se le va a realizar a un paciente determinado. Las más utilizadas por médicos intensivistas son el APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation), SOFA (Sequential Organ Failure Assesment), LET (Limitación del esfuerzo terapéutico), entre otros.

Sin embargo, estas se basan más en parámetros fisiológicos, sin tomar en cuenta

el estado funcional basal de los pacientes. La única variable no fisiológica que consideran es la edad; sin embargo, últimamente se evalúa que no es un predictor importante de mortalidad ⁽⁴⁾, pues conlleva a una evaluación incompleta y sesgada, porque, así como podemos tener pacientes de 70 años, sin ninguna comorbilidad importante, también hay pacientes incluso de menor edad con varias comorbilidades, postrados y dependientes totales.

En este panorama la valoración geriátrica integral (VGI), la herramienta básica geriátrica, tendría parámetros más fiables ⁽⁴⁾, pues analiza de una manera completa el estado basal de un paciente anciano, con parámetros funcionales como actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, parámetros cognitivos, nutricionales y sociales.

No obstante, no se cuenta con literatura amplia que evalúen estos parámetros y mucho menos en el Perú, pues no se hace rutinariamente, dejando los parámetros fisiológicos como única guía en el manejo de estos pacientes conjuntamente con evaluaciones subjetivas del entorno basal del paciente.

El tener estudios en este tipo de población en Unidades de Cuidados Intensivos es un avance en el análisis de la población geriátrica admitida en este tipo de unidades, pues evalúa si funcionalidad basal, entre otros parámetros, son mejores parámetros para determinar los riesgos, complicaciones e índices de morbimortalidad.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la utilidad de la valoración geriátrica integral como predictor de mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el 2018?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar si la utilidad de la valoración geriátrica integral como predictor de mortalidad en pacientes geriátricos hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el 2018.

Objetivos específicos

Describir las características de los adultos mayores hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, como edad, sexo, antecedentes médicos, condición de egreso, prioridad de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos.

Identificar los diagnósticos de ingreso y egreso más frecuentes a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Determinar el estado basal de los pacientes hospitalizados mediante la valoración geriátrica integral.

Determinar la mortalidad estandarizada en los pacientes que ingresan a la Unidad

de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Estimar el riesgo de mortalidad de los adultos mayores hospitalizados en esta Unidad, según los parámetros de la valoración geriátrica integral.

Determinar la sensibilidad y especificidad de los parámetros de la valoración geriátrica integral como predictor de mortalidad en los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos.

1.4 Justificación

Dentro del campo de la geriatría no se ve evidencia palpable que sustente muchas de las intervenciones médicas que se realizan en la población adulta mayor. Es decir, que la medicina que se emplea en estos pacientes, suele ser empírica.

El desarrollar una investigación que evalúe las características fundamentales de los adultos mayores, como lo realiza la valoración geriátrica integral, con la morbimortalidad de los mismos en Unidades especializadas de Cuidados Intensivos, podría predecir el riesgo, evitar comorbilidades y posteriormente mejorar el manejo y tratamiento de esta población poco estudiada.

Un estudio de estas características permitirá analizar la situación de salud de los adultos mayores y en base a ello fortalecer estrategias para la mejora de la misma.

Ahora en el mundo, con el cambio epidemiológico que estamos viviendo, no estamos

preparados para afrontar con medicina basada en evidencias el manejo de la población que muy pronto supondrá más del 50% de pacientes que requieran manejo especializado, lo que devendrá en manejo basado en experiencia, improvisación, aumento de costos en salud y un manejo insuficiente de las grandes comorbilidades y retos que ellos plantean.

La investigación planteada no propone mejorar aún la calidad de la atención en nuestra población; sin embargo, sí brinda un análisis de la situación de la salud de los pacientes más complejos que tenemos; y de allí poder partir en intervenciones que beneficien a la población en general.

1.5 Viabilidad y factibilidad

Teniendo en cuenta que la información que se tomará para dicha investigación será obtenida principalmente de la historia clínica y de la entrevista al familiar, no se consumirán más recursos hospitalarios, lo que reducirá el costo de la investigación. Además, dichas preguntas no son complejas, lo que facilitará su comprensión y aceptación del trabajo.

Dado que los datos a analizar en la siguiente investigación no se encuentran disponibles en las historias clínicas de registros, implica mayor uso de tiempo y recursos materiales, así como humanos. El investigador principal trabaja actualmente en dicho nosocomio, lo que facilitará el acceso a las instalaciones. El trabajo no representa un problema ni ético ni político.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Santana L et al., en 2008, realizaron un estudio cuyo objetivo fue indicar las características de los pacientes adultos mayores en estas unidades, al ser el estudio retrospectivo no se obtuvieron datos del estado funcional basal; sin embargo, lo mencionan finalmente como una limitación de su estudio, pues concluyen que la edad no debería valorarse y sí se debería tener en cuenta las comorbilidades, la enfermedad actual y su severidad, el estado basal e incluso las preferencias terapéuticas del paciente ⁽⁵⁾.

Fernández R et al., en 2008, realizaron una investigación en un hospital de España, cuyo objetivo fue analizar factores predictivos de mortalidad en la UCI y hospitalaria, donde las escalas APACHE II modificado y SOFA resultaron significativos en la mortalidad en UCI y además de ellos, el índice de Katz tuvo un OR de 1.26 significativo en la mortalidad hospitalaria ⁽⁴⁾.

Heyland D et al., en 2015, realizaron un estudio en el que el objetivo principal fue documentar las intervenciones de soporte en las Unidades de Cuidados Intensivos, en adultos mayores, y evidenciaron que los pacientes más ancianos, es decir mayores de 80 años, tienen mayor mortalidad. Incluso que, al conversar con los familiares, ellos decidieron medidas no invasivas y a pesar de ello, se realizaron medidas intensivas ⁽⁶⁾.

López A et al., en 2009, indican que la situación funcional previa, más que la edad, además de la gravedad de ingreso es determinante en la mortalidad, pronóstico vital e incluso funcionalidad a largo plazo y sugieren la realización de evaluación geriátrica a los pacientes admitidos en estas unidades. Además, plantearon la controversia que genera evaluar objetivamente la limitación del esfuerzo terapéutico, que involucra la intensidad del tratamiento, procedimientos e incluso la posibilidad de inicio de tratamiento paliativo en estos pacientes ⁽³⁾.

Bagshaw S et al., en 2009, realizaron una investigación, cuyo objetivo fue determinar las características de los pacientes mayores de 80 años ingresados a Unidades de Cuidados Intensivos, dando resultados interesantes desde la alta probabilidad de ser referida de instalaciones de cuidados crónicos, mayores comorbilidades, gravedad de enfermedad y poca probabilidad de recibir ventilación mecánica, siendo todos ellos factores que se asociaron a menor supervivencia ⁽⁷⁾.

Bagshaw S et. al., en 2009, evidenciaron que la edad sí estuvo asociado a mayor mortalidad, incluso en el análisis multivariado. Y que los pacientes ancianos ingresados en UCI aumentan 5.6% por año, que representaría un incremento del 72.4% de la demanda para el 2015 ⁽⁷⁾.

Un dato poco estudiado con respecto a esta población es el rechazo de pacientes geriátricos a estas unidades y los factores que se suelen asociar a este proceder. Pintado MC et al., en 2013, desarrollaron una investigación cuyo objetivo fue indicar las características y resultados de pacientes adultos mayores que rechazaban el

internamiento en Unidades de Cuidados Intensivos, hallaron que el parámetro fisiológico médico como la gravedad de la enfermedad no fue decisivo; la edad y disponibilidad de camas, sí. Pero el dato más resaltante es que el estudio concluye que en esta población, el estudio del estado basal previo del paciente mediante el Índice de comorbilidad y principalmente con la valoración de actividades básicas de vida diaria, puede ser de ayuda para tomar decisiones sobre el ingreso a estas Unidades en pacientes geriátricos ⁽⁸⁾.

Poma J et al., en 2012, realizaron uno de los pocos estudios en Perú, en el Hospital Cayetano Heredia cuyo objetivo fue determinar la morbimortalidad de esta población en la Unidad de Cuidados Intensivos; donde evidentemente hallaron que mientras más alta la edad, la mortalidad de igual manera aumentó, a pesar de tener los mismos motivos de ingreso a UCI ⁽⁹⁾.

Baldwin M, en 2015, en su manuscrito de predictores de supervivencia mencionó que ahora las escalas para estratificar riesgos de pacientes internados en unidades intensivas solo utilizan variables fisiológicas; sin embargo, en el futuro se utilizarán escalas que incorporen medidas geriátricas como fragilidad, comorbilidades y deterioro funcional, para posteriormente poder realizar intervenciones en pacientes adultos mayores que sobreviven a la hospitalización en unidades intensivas ⁽¹⁰⁾.

La valoración geriátrica integral, así como los conceptos que involucra se ha definido como un arma importante en el manejo de pacientes adultos mayores, sea cual sea el servicio donde se encuentren hospitalizados.

Dentro de las variables que engloba la VGI se encuentra una de especial interés en el campo de la geriatría el cual es la fragilidad. McDermid R et al., en 2011, en un artículo publicado en *Critical Care* hablaron sobre la fragilidad, como el deterioro de la reserva física y cognitiva, y refieren que en la unidad de cuidados intensivos es un término que debería a empezar a utilizarse ⁽¹¹⁾.

McDermid R et al., en 2011, en el artículo de revisión, proponen que de todas las escalas que se hallan disponibles para medir esta variable, la escala *The Clinical Frailty Scale* es el que no necesita mediciones actuales del paciente, pues es un paciente que probablemente no colabore y sería la mejor escala de utilización en este servicio. Además, mencionan que una estratificación de los pacientes mediante este concepto para la posterior intervención clínica y terapéutica puede presentar un nuevo manejo de los pacientes geriátricos complejos ⁽¹¹⁾.

2.2 Bases teóricas

Valoración geriátrica integral

Para la valoración integral del paciente adulto mayor, en geriatría contamos con el instrumento principal que es la Valoración Geriátrica Integral (VGI), definida por Rubenstein como el proceso diagnóstico multidimensional, usualmente interdisciplinario, dirigido a cuantificar los problemas y capacidades médicos, funcionales, psíquicos y sociales del adulto mayor con el objeto de trazar un plan para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo ⁽¹²⁾.

La valoración geriátrica integral está comprendida por diferentes valoraciones que incluyen la valoración biomédica, funcional, mental y social.

Valoración biomédica

Comprende un análisis de la historia clínica del paciente, es decir, involucra la anamnesis, el examen físico y pruebas complementarias. Se tiene que tener en cuenta que, en la para recabar información personal del paciente, se debe, en muchos casos, realizar con el acompañante, por las dificultades en la comunicación y se debe ahondar más en ciertos aspectos, pues los cuadros clínicos tienden a tener presentaciones atípicas.

Además, se debe profundizar en la búsqueda de síndromes geriátricos, estos se definen como cuadros o patologías que son propias del envejecimiento que no se consideran enfermedades de por sí, pero afectan a la persona que los padece; como estreñimiento, deterioro cognitivo, depresión, trastornos del sueño, úlceras por presión, entre otros. También se debe valorar la historia farmacológica completa.

Valoración funcional

Implica la evaluación de actividades básicas de la vida diaria, es decir, el desempeño del paciente en las actividades del día a día y se evalúan con diferentes escalas. Dentro de ellas contamos con el índice de Barthel, que evalúa 10 actividades: comida, aseo, baño, vestido, continencia urinaria y fecal, uso del retrete, deambulación y transferencia y uso de escalones; distinguiendo a pacientes independientes, dependientes según intensidad.

Luego, evalúa las actividades instrumentales de la vida diaria, que involucran actividades un poco más complejas que indican la relación con el medio que lo rodea; para lo que contamos con la Escala de Lawton y Brody que valora actividades como uso del teléfono, compras, cocina, actividades de cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, toma de medicamentos y uso de dinero.

Otro aspecto que valora la funcionalidad es la movilidad, que suele englobar todos los aspectos del movimiento; incluyendo la velocidad de la marcha, el tipo y alteraciones de la misma, el equilibrio estático y dinámico y el sistema osteoarticular.

La valoración sensorial, se realiza para evaluar principalmente la funcionalidad de los sentidos y alguna alteración que puedan presentar.

Por último, la valoración nutricional, se realiza de diversas maneras, incluyendo el IMC, el Mini Nutritional que involucra diferentes aspectos del adulto mayor, o exámenes de laboratorio, como albúmina y proteínas. También, en este ámbito se evalúan alteraciones que pueden afectar la nutrición; como la dentadura postiza y su estado y presencia de disfagia.

Valoración mental

En tercer lugar, se encuentra la valoración mental, que involucra diferentes tópicos. Primero evalúa la esfera cognitiva, donde primero se debe descartar que el paciente no esté cursando con algún cuadro agudo como delirium, para lo que se utilizan

diferentes escalas de screening como CAM y CAM-UCI que ayudan a su detección. Y los criterios de DSM- V para su diagnóstico.

Para la valoración cognitiva, encontramos una amplia gama de instrumentos que ayudan a la detección de alteraciones en el paciente. Tenemos escalas generales que involucran la orientación del paciente con su entorno como la Escala de Pfeiffer, que está adecuada a pacientes hospitalizados. Además, contamos con diversas formas de screening, para identificar deterioro cognitivo sea leve, moderado y clasificación de demencias.

Otra esfera que se evalúa, es la valoración afectiva, donde se realiza screening, principalmente de depresión, por la alta prevalencia en este tipo de población. Además, se indaga por alteraciones del sueño, que son frecuentes, en pacientes ancianos.

Valoración social

Identifica el entorno donde se desarrolla el paciente, desde el aspecto económico, ambiente físico y estado familiar, para lo cual, se utiliza frecuentemente la Escala de Gijón; dentro de este estatus familiar, se pueden realizar escalas para valorar sobrecarga del cuidador, la que se asocia, con complicaciones en el cuidado de adultos mayores.

Esta valoración realizada por médicos geriatras, en diferentes ámbitos de la atención a pacientes adultos mayores, ha demostrado ser eficaz para detectar problemas,

muchas veces, poco evaluados por otras especialidades, haciendo énfasis no solo en la valoración, sino también, en la realización de un plan integral de atención, interdisciplinar, de acuerdo a los resultados obtenidos.

En la Unidad de Cuidados Intensivo, se suele realizar valoraciones biomédicas, que se han demostrado su eficacia para determinar la morbimortalidad del paciente crítico; sin embargo, ninguna de las mismas involucra el estado previo del paciente, es decir, si era previo al cuadro tratado, un paciente independiente para actividades básicas de la vida diaria (comer, caminar, etc.), actividades instrumentales (realizar compras); en pocas palabras en qué condición se encontraba el paciente previo a la enfermedad.

2.3 Definición de términos básicos

Adulto mayor: Persona con más o igual a 65 años y es el valor de referencia que utilizaremos en este estudio (OMS) ⁽⁶⁾.

Paciente geriátrico: Paciente de edad avanzada que presenta múltiples comorbilidades, polifarmacia, algún grado de deterioro cognitivo y/o riesgo social que se beneficiaría de una intervención geriátrica más completa.

Estado basal: Situación en la que se encontraba el paciente, previo al inicio de la enfermedad, por la cual fue hospitalizado.

Valoración geriátrica integral (VGI): Herramienta utilizada prioritariamente por el

médico geriatra, que evalúa esferas clínica, funcional, mental y social del paciente adulto mayor.

Valoración clínica: Parte de la VGI que involucra la evaluación de la parte médica del paciente es la información médica del paciente.

Parámetros fisiológicos: Valores clínicos y laboratoriales que son importantes en la valoración clínica e influyen en el desarrollo de la enfermedad y su desenlace.

Valoración funcional: Evaluación de la funcionalidad del paciente, es decir, su desempeño en actividades que realiza, desde actividades básicas hasta más complejas, incluyendo aspectos relacionados a las mismas; por ejemplo, la evaluación nutricional.

Valoración mental: Es aquella valoración del estado mental del paciente, incluyendo valoración cognitiva, estado anímico y otros factores que pueden relacionarse, como la calidad del sueño.

Valoración social: Evalúa el entorno social del paciente, involucrando relaciones sociales, factores económicos y el propio ambiente.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

La valoración geriátrica integral es útil como predictor de mortalidad en los pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el 2018.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Sexo	Rasgos fenotípicos expresados en características observables.	Cualitativa	Caracteres sexuales	Nominal	Femenino	Historia clínica
					Masculino	
Edad	Años cumplidos hasta el momento de la entrevista.	Cuantitativa	Años	Ordinal	60 – 75 años	Historia clínica
					>75 años	
Diagnóstico de ingreso	Impresión diagnóstica al momento de ingreso a UCI.	Cualitativa	Diagnóstico en evaluación inicial	Nominal	Sepsis	Historia clínica
					Insuficiencia respiratoria aguda	
					Accidente cerebro vascular	
					Posoperado	
					Otros	
Diagnóstico de egreso	Impresión diagnóstica al momento de egreso de UCI.	Cualitativa	Diagnóstico en epicrisis	Nominal	Sepsis	Historia clínica
					Insuficiencia respiratoria aguda	
					Accidente cerebro vascular	
					Posoperado	
					Otros	
Condición de egreso	Condición en la que sale el paciente de UCI	Cualitativa	Condición indicada en alta	Nominal	Fallecido	Historia clínica
					Alta	
					Hospitalización	
Prioridad de ingreso a UCI	Grado de prioridad de ingreso a UCI	Cualitativa	Condición dada al ingreso a UCI	Ordinal	I	Historia clínica
					II	
					III	
					IV	
Estancia hospitalaria	Días cumplidos en la hospitalización	Cuantitativa	Días en hospitalización	Ordinal	< 15 días	Historia clínica
					15 días a 1 mes	
					1 – 3 meses	
					4 – 6 meses	
Complicación intrahospitalaria	Presencia de alguna condición agregada durante la hospitalización	Cualitativa	Diagnóstico durante la hospitalización	Nominal	Si	Historia clínica
					No	

Mortalidad	Condición de deceso del paciente	Cualitativa	Deceso	Nominal	Si	Historia clínica
					No	
Valoración clínica de la VGI	Evaluación de la parte clínica de la enfermedad	Cuantitativa	Gravedad clínica	Ordinal	1- 2	SOFA
					2- 3	
					3- 4	
					> 12	
					> 15	
	Cuantitativa	Gravedad clínica	Ordinal	0- 9	APACHE II	
				10- 14		
				15- 19		
				20- 24		
				25- 29		
30- 34						
> 35						
Valoración funcional de la VGI	Evaluación del desempeño funcional del paciente	Cuantitativa	Actividades básicas de la vida diaria	Ordinal	<20	Índice de Barthel
					20 – 35	
					40 - 55	
					>60	
					100	
	Cualitativa	Actividades instrumentales de la vida diaria	Ordinal	H: 0 M:0-1	Escala de Lawton y Brody	
				H: 1 M:2-3		
				H: 2-3 M:4-5		
				H: 4 M:6-7		
	H: 5					
	M:8					
	Cuantitativa	Comorbilidades	Ordinal	2	Índice de comorbilidad de Charlson	
				>3		
Cualitativa	Dismovilidad	Ordinal	1A	Escala ETADI		
			1B			
			2A			
			2B			
			3A			
			3B			
			4A			
			4B			
5A						
5B						
Cuantitativa	Evaluación Nutricional	Ordinal	0- 7	Escala Mininutricional Assesment		
			8- 11			
			12- 14			
Valoración mental del VGI	Evaluación del estado mental de paciente	Cuantitativa	Delirio en paciente no intubado	Nominal	SI	CAM
					NO	

		Cuantitativa	Delirio en paciente intubado	Nominal	SI	CAM- UCI
					NO	
		Cuantitativa	Deterioro cognitivo	Ordinal	0-2 errores	Cuestionario de Pfeiffer
					3-4 errores	
					5-7 errores	
					8-10 errores	
Valoración social	Evaluación del estado social	Cuantitativa	Riesgo social	Ordinal	5 – 9	Escala de Gijon
					10 – 14	
					>15	

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

El presente estudio es de tipo observacional, analítico, transversal, y prospectivo.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Pacientes adultos mayores hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de hospitales de la Seguridad Social del Perú.

Población de estudio

La población de este estudio está conformada por pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el 2018.

Tamaño de la muestra de estudio

Se realizará muestreo aleatorizado por conglomerados (diferentes salas UCI), con un nivel de confianza de 95% y margen de error del 5%. La muestra estará compuesta por 341 pacientes de las salas de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital

Nacional Edgardo Rebagliati Martins, con edad mayor a 60 años.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes que no cuenten con familiar que brinde datos de estado basal.
- Pacientes a los que no se les pueda realizar el seguimiento.

4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

Se tomarán los datos de manera indirecta por medio de la historia clínica y de los familiares del paciente; mediante la ficha de recolección de datos, que incluyen las escalas descritas previamente, especificadas en anexos.

Posteriormente, se realizará el seguimiento de las complicaciones intrahospitalarias, condición de egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos, estancia hospitalaria y mortalidad.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Los datos serán procesados mediante los programas de Office Excel 2013 y SPSS 22. Se determinarán las medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas; para las cualitativas, se emplearán porcentajes y frecuencias. Se utilizará el análisis bivariado empleando Chi Cuadrado o prueba exacta de Fisher para las variables cualitativas y el T de Student para la comparación de variables continuas. Posteriormente, se calculará el riesgo relativo de las variables que fueron identificadas como asociadas a mortalidad. Luego,

mediante el análisis multivariado se identificarán variables asociadas independientes.

4.5 Aspectos éticos

En conformidad con el Comité de Ética, el presente proyecto, contará con consentimiento escrito, firmado por los familiares (Anexo 3).

Se presentará el presente proyecto, al Comité de Ética del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, para su aprobación previa a su ejecución.

CRONOGRAMA

MES 2017/18 ACTIVIDAD MENSUAL	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL
Presentación Proyecto investigación	X																
Investigación bibliográfica	X																
Recolección de datos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Registro de fichas																	
Análisis de información														X	X		
Revisión de resultados														X	X		
Elaboración de informe final																X	
Presentación de trabajo de investigación																	X

PRESUPUESTO

CONCEPTO	DETALLE	MONTO ESTIMADO (soles)
Utilería	Papel	20.00
	Tinta	100
	Lapiceros	10
	Ficheros	20
Servicios	Internet	160
	Imprenta	100
	Anillado	100
Mantenimiento	Impresora	50
	PC	50
TOTAL		610.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censo Nacional 2005: X de Población y V de Vivienda. Encuesta Continua. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2005.
2. Dirección Técnica de Demografía y Estudios Sociales y Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Perfil Sociodemográfico del Perú. Segunda Edición. Lima: Centro de Edición de la Oficina Técnica de Difusión del INEI; 2008.
3. López-Soto A, Sacanella E, Pérez JM, Nicola JM. El anciano en la unidad de cuidados intensivos. *RevEspGeriatrGerontol*.2009;44(S1):27–33
4. Fernández R, Lozares A, Moreno J. La edad biológica como factor predictor de mortalidad en una unidad de cuidados críticos e intermedios. *Rev. Esp. Geriatr Gerontol*. 2008;43(4):214-20
5. Santana Cabrera L., Sánchez Palacios M., Hernández Medina E., Eugenio Robaina P., Villanueva-Hernández A. Características y pronóstico de los pacientes mayores con estancia muy prolongada en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2008;32(4):157-62
6. Heyland D, Cook D., Bagshaw S., Garland A., Stelfox H., Mehta S., Dodek P., Kutsogiannis J., Burns K. Muscedere J., Turgeon A., Fowler R., Jiang X., Day A. The Very Elderly Admitted to ICU: A Quality Finish? *Crit Care Med* 2015; 43:1352–1360
7. Bagshaw SM., Webb S., Delaney A., George C., Pilcher D., Hart G., Bellomo R. Very old patients admitted to intensive care in Australia and New Zealand: a multi-centre cohort analysis. *Crit Care*. 2009; 13(2): R45.

8. Pintado MC, Villa P., Gonzales-García N., Luján J., Molina R., Trascasa M., Lopez- Ramos E., Martinez C., Cambronero JA., Pablo R. Characteristics and Outcomes of Elderly Patients Refused to ICU. *Scientific World Journal*. 2013; 2013: 590837
9. Poma J, Gálvez M. Morbimortalidad de pacientes mayores de 60 años en el servicio de cuidados intensivos de un hospital general. *Rev Med Hered*. 2012; 23:16-22.
10. Baldwin M. Measuring and Predicting Long-Term Outcomes in Older Survivors of Critical Illness. *Minerva Anesthesiol*. 2015 June; 81(6): 650–661.
11. McDermid R, Stelfox H, Bagshaw S. Frailty in the critically ill: a novel concept. *Critical Care* 2011, 15:301.
12. Sanjoaquín Romero AC, Fernández Arín E, Mesa Lampré MP, García-Arilla Calvo E. Valoración geriátrica integral. *Tratado de geriatría para residentes*. Pags 59 – 68.
13. Manual del residente de geriatría. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2011.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2018</p>	<p>¿Cuál es la utilidad de la valoración geriátrica integral como predictor de mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el 2018?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la utilidad de la valoración geriátrica integral como predictor de mortalidad en pacientes geriátricos hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el 2018.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Describir las características de los adultos mayores hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>Identificar los diagnósticos de ingreso y egreso más frecuentes a la Unidad de Cuidados Intensivos.</p> <p>Determinar el estado basal de los pacientes hospitalizados mediante la valoración geriátrica integral.</p> <p>Determinar la mortalidad estandarizada en los pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional</p>	<p>La valoración geriátrica integral es útil como predictor de mortalidad en los pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el 2018.</p>	<p>Observacional Analítico Transversal Prospectivo</p>	<p>Población estudio</p> <p>Conformada por pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>Procesamiento de datos</p> <p>Excel 2013 y SPSS 22. Análisis univariado (media aritmética, mediana, moda, desviación estándar y porcentajes).</p>	<p>Historia clínica</p> <p>Ficha de recolección de datos</p>

		<p>Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>Estimar el riesgo de mortalidad de los adultos mayores hospitalizados en esta Unidad, según los parámetros de la valoración geriátrica integral.</p> <p>Determinar la sensibilidad y especificidad de los parámetros de la valoración geriátrica integral como predictor de mortalidad en los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos.</p>				
--	--	--	--	--	--	--

2. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOPIACIÓN DE DATOS

N° S.S.:

UCI/ CAMA:

FECHA HC:

I. VALORACIÓN BIOMÉDICA

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Edad _____ Instrucción _____

Estado Civil _____ Dirección _____

Con quien vive _____

Cuidador _____ Familiar (si) (no) Instrucción _____

Capacitado (si) (no) Ocupación principal _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

HTA ()	OBESIDAD ()	ICC ()
ECOC ()	CANCER ()	DIABETES ()
IVP ()	HEPATOPATIA ()	ARRITMIAS ()
HDA ()	GLAUCOMA ()	HBP ()
CATARATA ()	IRC ()	TBC ()
ALCOHOLISMO ()	PARKINSON ()	FX DE CADERA ()
DEMENCIA ()	OSTEOARTROSIS ()	SEC DE ACV ()
OSTEOPOROSIS ()	DEPRESION ()	EPOC ()
HIPOTIROIDISMO ()	ITU ()	HIV ()
DISLIPIDEMIA ()	TABAQUISMO ()	ALCOHOLISMO ()
OTROS _____		

Hospitalizaciones recientes:

Diagnóstico de ingreso:

Diagnóstico de egreso:

Motivo de ingreso:

Prioridad de ingreso: _____ Estancia hospitalaria: _____

Complicaciones intrahospitalarias:

ÍNDICE DE CHARLSON (versión abreviada)

Antecedentes	Puntaje
Enfermedad cerebrovascular	1
Diabetes	1
EPOC	1
Insuficiencia cardiaca/Cardiopatía isquémica	1
Demencia	1
Enfermedad arterial periférica	1
Insuficiencia renal crónica (diálisis)	2
Cáncer	2

Total de comorbilidades Índice de Charlson: _____

SÍNDROMES GERIÁTRICOS

- | | | | |
|---------------------------|-----|----------------------------|-----|
| 1. Inmovilidad | () | 11. Deterioro cognitivo | () |
| 2. Fragilidad | () | 12. Depresión | () |
| 3. Caídas | () | 13. Alteración visual | () |
| 4. Incontinencia urinaria | () | 14. Alteraciones auditivas | () |
| 5. Incontinencia fecal | () | 15. Delirium | () |
| 6. Constipación | () | 16. Polifarmacia | () |
| 7. Úlcera por presión | () | 17. Abuso | () |
| 8. Stress del cuidador | () | 18. Alteracion la marcha | () |
| 9. Dolor | () | 19. Malnutrición | () |
| 10. Demencia | () | 20. Problema social | () |
| 21. Otros: _____ | | | |

VALORACION FUNCIONAL

ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA: Índice de Barthel

	SIN AYUDA	CON AYUDA	NO REALIZA
Alimentación	10	5	0
Lavado (baño)	5	0	0
Vestido	10	5	0
Arreglarse	5	0	0
Continencia Fecal	10	5	0
Continencia Urinaria	10	5	0
Uso de retrete	10	5	0
Traslado sillón-cama	15	10	5
Deambulaci3n	15	10	5
Escalones	10	5	0
PUNTAJE TOTAL			

Dependencia Leve: 61-99

Dependencia Moderada: 41-60

Dependencia severa: 21-40

Dependencia total: 0-20

MOVILIDAD

Etapa de escala ETADI
Se moviliza solo
1A (camina sin ayuda)
1B (camina con ayuda)
Permanece sentado
2A (se sienta solo)
2B (se sienta con ayuda)
Permanece encamado
3A (puede salir de la cama)
3B (necesita ayuda para salir de la cama)
Movilidad en cama
4A (se moviliza en cama)
4B (necesita ayuda p/movilizarse en cama)
Movilidad y comunicaci3n
5A (encamado, puede comunicarse)
5B (encamado, no puede comunicarse)

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA: Índice de Lawton y Brody

CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO	PUNTAJE
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números	1
Es capaz de contestar el teléfono pero no marcar	1
No utiliza el teléfono	0
HACER COMPRAS	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
PREPARAR LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si les dan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas; pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (Para trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, como lavar platos o hacer compras	1
Realiza tareas ligeras, pero no mantiene un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA	
Lava por sí solo toda la ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa lo hace otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja sólo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona	1
Utiliza el taxi o automóvil sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de asuntos económicos por sí solo	1
Realiza las compras del día, pero necesita ayuda en grandes compras, bancos	1
Incapaz de manejar dinero	0
RESPONSABILIDAD DE SU MEDICACION	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0

VALOR DE LAWTON: _____ / 8

VALORACION NUTRICIONAL

CRIBAJE	
A	Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual
B	Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso
C	Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio
D	Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no
E	Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos
F	Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla)² en kg/m²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23

Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos)

12-14 puntos: estado nutricional normal **8-11** puntos: riesgo de malnutrición **0-7** puntos: malnutrición

Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R

EVALUACION		
	El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no	
	Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no	
	Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no	
	Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	
	Consume el paciente <ul style="list-style-type: none"> • Productos lácteos al menos una vez al día? • Huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? • Carne, pescado o aves, diariamente? 0.0 = 0 o 1 sí 0.5 = 2 sí 1.0 = 3 sí	SI ___ NO ___ SI ___ NO ___ SI ___ NO ___
	Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí	
	Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos .	
	Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad	
	Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición	

	En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor .	
	Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22 .	
	Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	

Evaluación del estado nutricional

De 24 a 30 puntos estado nutricional normal

De 17 a 23.5 puntos riesgo de malnutrición

Menos de 17 puntos malnutrición

III. VALORACIÓN MENTAL

TEST DE PFEIFFER

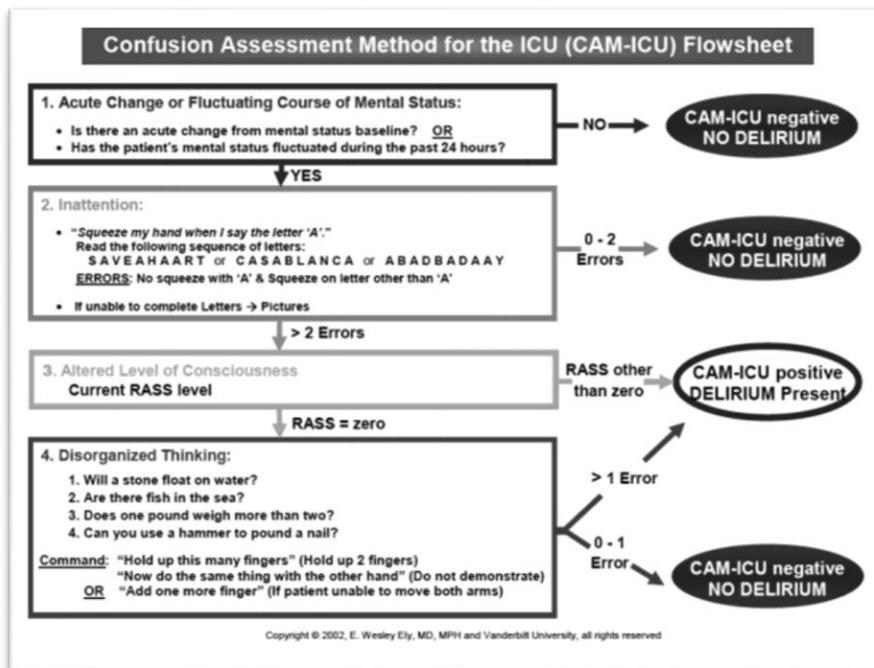
Preguntas a responder

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿En qué lugar estamos?
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (o su dirección si no tiene teléfono).
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Dónde nació?
7. ¿Cuál es el nombre del presidente del gobierno?
8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9. ¿Cuál era el primer apellido de su madre? (que nos diga su segundo apellido)
10. -Empezando por 20, vaya restando de 3 en 3.

Puntuación máxima= 10

- 0-2 errores= intacto
- 3-4 errores= leve deterioro intelectual
- 5-7 errores= moderado deterioro intelectual
- 8-10 errores = grave deterioro intelectual.

ESCALA CAM-UCI



IV. VALORACIÓN SOCIAL

Escala de Gijon

Puntos	Situación Familiar	Puntos	Situación Económica
1	Vive con familiar, sin conflicto familiar	1	Dos veces el salario mínimo vital
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia	2	Entre más de uno y dos veces salario mínimo vital
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 de un salario mínimo vital)
5	Vive solo, carece de hijos o viven lejos	5	Sin pensión ni ingresos
Puntos	Vivienda	Puntos	Relaciones Sociales
1	Adecuada a las necesidades	1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (escaleras)	2	Relación social solo con familia y vecinos
3	Mala conservación, higiene, humedad, baño incompleto	3	Relación social solo con familia
4	Vivienda semiconstruida, material rústico	4	No sale de domicilio pero recibe visitas de la familia
5	Asentamiento humano, sin vivienda	5	No sale de domicilio, no recibe visitas
Puntos	Apoyo de la Red Social (Municipio, club, ONG, Seg. Soc)	TOTAL	
1	No necesita apoyo	5 a 9	Buena aceptable
2	Requiere apoyo social o vecinal	10 a 14	Existe Riesgo Social
3	Tiene seguro pero necesita apoyo de este o voluntariado	15 y más	Existe Problema social
4	No cuenta con seguro social		
5	Situación de abandono familiar		

Escala de Zarit

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)		
Item	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

3. Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

El trabajo de investigación es: "VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2018"

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará algunos minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del participante
Fecha

Firma del participante/representante