



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

## **TESIS**

**ALGUNAS COMORBILIDADES ASOCIADAS A LOS GRADOS DE  
DEPENDENCIA FUNCIONAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS  
EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2018**

**PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR:**

**BACH. Rosario Alicia Huamán Tarazona**

**ASESOR: Dra. Sandra Dulanto Martínez**

**LIMA – PERU**

**2019**

## **Dedicatoria**

En primer lugar, dedico esta investigación a Dios todopoderoso, ya que me colma de bendiciones día a día para seguir en este camino de formación para un futuro mejor.

En segundo lugar, dedicárselo a mis padres, por apoyarme, por sus consejos, por su entrega y dedicación en darme el empuje y perseverancia necesaria para culminar con éxito mi carrera profesional.

## **Agradecimiento**

Agradezco a mis asesores por brindarme su enseñanza, sus aportes y su experiencia en la formación como profesionales de éxito y con valores éticos y morales para actuar en beneficio de nuestra comunidad.

## RESUMEN

### Introducción:

Esta investigación se titula “Algunas comorbilidades asociadas a los grados de dependencia funcional en pacientes geriátricos hospitalizados en el hospital nacional Sergio E. Bernales 2018” que se realizó con el objetivo de describir algunas comorbilidades asociadas a los grados de dependencia funcional en los pacientes geriátricos hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018.

### Material y métodos:

La investigación fue de tipo, descriptiva, transversal ya que se realizó una única medición, el instrumento empleado fue una encuesta que fue la escala de Katz, que fue tomada a una muestra de 100 pacientes geriátricos del hospital. Se realizó un análisis estadístico spss donde se midieron las frecuencias.

### Resultados

Se demuestra que las comorbilidades diabetes mellitus, hipertensión arterial y artritis reumatoide ocasionan grados de dependencia funcional del adulto mayor en un 62% y solo un 38% no demuestra ningún grado de dependencia funcional.

### Conclusiones:

Se concluye que existe una asociación directa entre algunas comorbilidades y los grados de dependencia funcional para lo que se recomienda acciones preventivas que permitan al adulto mayor mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: comorbilidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, artritis reumatoide, dependencia funcional, adulto mayor

## **ABSTRAC**

### Introduction:

This research is entitled “Some comorbidities associated with the degrees of functional dependence in hospitalized geriatric patients in the Sergio E. Bernales 2018 national hospital” that was carried out with the objective of describing some comorbidities associated with the degrees of functional dependence in hospitalized geriatric patients at Sergio E. Bernales National Hospital 2018.

### Material and methods:

The research was type, descriptive, cross-sectional since a single measurement was performed, the instrument used was a survey that was the Katz scale, which was taken from a sample of 100 geriatric patients in the hospital. An spss statistical analysis was performed where the frequencies were measured.

### Results

It is demonstrated that the comorbidities diabetes mellitus, arterial hypertension and rheumatoid arthritis cause degrees of functional dependence of the elderly in 62% and only 38% do not demonstrate any degree of functional dependence.

### Conclusions:

It is concluded that there is a direct association between some comorbidities and the degrees of functional dependence, for which preventive actions are recommended that allow the elderly to improve their quality of life.

Key words: comorbidity, hypertension, diabetes mellitus, rheumatoid arthritis, functional dependence, older adult

## INDICE

RESUMEN .....	4
ABSTRAC .....	5
CAPITULO I .....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	9
1.1 DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA .....	9
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	12
1.2.1 Problema General.....	12
1.2.2 Problemas Específicos .....	12
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	12
1.3.1 Objetivos Generales .....	12
1.3.2 Objetivos Específicos .....	13
1.4 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.....	13
1.4.1 Importancia de la investigación.....	14
1.4.2 Relevancia de la investigación.....	14
1.4.3 Viabilidad de la investigación.....	14
1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	14
CAPITULO II .....	15
MARCO TEORICO.....	15
2.1 Antecedentes de la investigación.....	15
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	15

2.1.2	Antecedentes nacionales.....	17
2.2	BASES TEORICAS.....	20
2.2.1	Algunas comorbilidades.....	20
2.2.2	Grados de dependencia funcional.....	25
2.3	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	33
CAPITULO III .....		36
HIPOTESIS Y VARIABLES.....		36
3.1	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS.....	36
3.2	VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES).....	36
3.2.1	Definición Conceptual.....	36
3.2.2	Definición Operacional.....	36
CAPITULO IV.....		38
METODOLOGÍA .....		38
4.1	DISEÑO METODOLÓGICO.....	38
4.2	DISEÑO MUESTRAL.....	39
4.2.1	Población del estudio.....	39
4.2.2	Muestra del estudio .....	39
4.3	Técnicas de recolección de datos.....	40
4.4	Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información .....	40
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....		41
5.1	Análisis descriptivo, gráficos, dibujos, tablas. ....	41

5.2	Descripción del comportamiento de variables (comorbilidades vs grados de dependencia funcional .....	47
5.2.1	Discusiones: .....	51
5.2.2	Conclusiones: .....	53
5.2.3	Recomendaciones: .....	54

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1 DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Hoy en día, se ha evidenciado en la población adulta mayor, un crecimiento poblacional, que hace necesaria la acción de profesionales médicos para brindar un adecuado tratamiento integral, que permita minimizar la dependencia funcional propia de su edad, como presentaciones atípicas de enfermedades y complicaciones. Todo esto se traduce a su vez en una mayor incidencia de enfermedades, básicamente degenerativas. Es muy frecuente que coincidan varias patologías como la diabetes, hipertensión arterial y artritis reumatoide en un mismo individuo, y estas puedan ocasionar diferentes situaciones de incapacidad y pérdida de autosuficiencia <sup>(1)</sup>

En el Perú, los adultos mayores forman parte de la población vulnerable que el país toma en cuenta dentro de sus políticas de acción como lo es el Plan Nacional para los Adultos Mayores 2013-2017, en el cual se proyecta que los adultos mayores llegarán a casi 4 millones y medio y para el 2050 serán alrededor de 9 millones <sup>(2)</sup>. En la actualidad según datos expuestos por INEI, la población adulta mayor consta de 2'807,354 mayores a las 6 décadas, lo que representa al 9, 21% de los habitantes peruanos, de los cuales un millón 311 mil 27 son varones y un millón 496 mil 327 son mujeres <sup>(3)</sup>.

La mayoría de las enfermedades crónicas se vuelven más comunes con la edad. Es muy probable que los adultos mayores puedan tener más de dos

enfermedades y esto está representado en un 60% entre las edades de 75-79 años, y es superior al 75% a los 85-89 años. Esto se debe en parte a la forma en que se definen algunas enfermedades; una aproximación dada es que la hipertensión es una presión arterial sostenida de más de 140/90, y el 75% de las personas mayores de 75 años en el mundo tienen hipertensión.<sup>4</sup>

El adulto mayor se enfrenta a un problema propio de su edad, que es la pérdida de su funcionalidad para realizar las actividades cotidianas; y este representa una problemática de carácter social que requiere de acciones de prevención y tratamiento para la mejora de su calidad de vida. El perder la capacidad funcional implica que no se puedan realizar acciones tal como se desea y limita la toma de sus propias decisiones, perdiendo así la independencia, requiriendo de ayuda para el desenvolvimiento diario (alimentarse, vestirse, andar, usar los servicios). Estas limitaciones son una característica propia del adulto mayor, representando un riesgo para su salud y calidad de vida.

Además de ello, hoy en día es común ver ancianos que aún mantienen una capacidad funcional, lo que permite contradecir los supuestos de que la vejez significa pérdida de funcionalidad, por consiguiente, se piensa que es tarde para llevar una vida saludable. Es necesario entonces, realizar acciones que permitan fortalecer la capacidad funcional, como la práctica de ejercicio diario y una adecuada alimentación, para que pueda vivir independientemente envejeciendo saludable y en actividad diaria, para minimizar los riesgos de deterioro de su salud y funcionalidad.<sup>(4)</sup>

Según lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien señala que, con los avances en la medicina, se está contribuyendo a una mejor calidad de vida que se puede extender según su estilo de vida, esperando que la

población mayor de 60 años sea duplicada para el año 2050, esto requiere necesariamente de un cambio en la sociedad, en los países con economías debilitadas se encuentran que los habitantes están viviendo vidas más largas, gracias a los avances, sin embargo, esto no es suficiente. Se necesita prever que los años siguientes sean para el adulto mayor sean sinónimo de vida saludable y de calidad, siendo beneficioso para la sociedad en general. <sup>(5)</sup>.

El deterioro funcional es el resultado de muchas comorbilidades del anciano ya que el paciente geriátrico con patología médica aguda tiene más posibilidades de deterioro de la funcionalidad, aumentando de esta manera el riesgo de mortalidad, requiriendo hospitalización, presentando complicaciones que requieran visitas médicas, el riesgo de institucionalización y la necesidad de recursos sociales. El valorar su capacidad funcional es de vital importancia para poder tomar acciones en beneficio del adulto mayor. La escala de Katz es la empleada para realizar la valoración de las comorbilidades en el adulto mayor.

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales, brinda atención a la población geriátrica en medicina interna, ya que no cuenta con un área específica de geriatría, pero los atiende tanto en consultas externas y hospitalizaciones. Observándose en los pacientes de esta edad muchas veces el grado de dependencia, motivo por el cual esta investigación se centra en el estudio de la relación existente entre algunas comorbilidades (diabetes mellitus, artritis reumatoide e hipertensión arterial) y los grados de dependencia funcional en los pacientes geriátricos durante el año 2018.

## **1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA**

### **1.2.1 Problema General**

- ¿Cómo algunas comorbilidades se asocian a los grados de dependencia funcional en los pacientes geriátricos hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018?

### **1.2.2 Problemas Específicos**

- ¿La diabetes mellitus está asociada a los grados de dependencia funcional en los pacientes geriátricos hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018?
- ¿La hipertensión arterial está asociada a los grados de dependencia funcional en los pacientes geriátricos hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018?
- ¿La artritis reumatoide está asociada a los grados de dependencia funcional en los pacientes geriátricos hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

### **1.3.1 Objetivos Generales**

- Describir algunas comorbilidades asociadas a los grados de dependencia funcional en los pacientes geriátricos hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Describir la asociación entre la diabetes mellitus y los grados de dependencia funcional en los pacientes geriátricos hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018.
- Describir la asociación entre la hipertensión arterial y los grados de dependencia funcional en los pacientes geriátricos hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018.
- Describir la asociación entre la artritis reumatoide y los grados de dependencia funcional en los pacientes geriátricos hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018.

### **1.4 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION**

La atención del paciente anciano requiere evaluación integral, los relacionados con las actividades cotidianas y funcionalidad, ya que en la actualidad existen las escalas evaluativas del paciente geriátrico. La valoración del paciente es fundamental ya que en cierto modo nos permitirá detectar enfermedades crónicas y así poder prevenir o tratar preventivamente los aspectos que pueden originar la dependencia funcional, y brindar atención personalizada según las patologías medicas presentadas por cada paciente geriátrico.

Es por ello que esta investigación se centra en describir cómo es que se asocian algunas comorbilidades y la funcionalidad geriátrica en pacientes con diabetes Mellitus, hipertensión arterial y artritis reumatoide.

### **1.4.1 Importancia de la investigación**

Al considerarse tan importante la valoración funcional en el adulto mayor nace la razón principal de este estudio para poder detectar los cambios en las actividades diarias de los pacientes y su dependencia para realizarlas. Basado en la evaluación de las actividades funcionales básicas, se planifica, con la finalidad de mantener y/o aumentar dichas actividades básicas, es decir, enlentecer su declive funcional.<sup>6</sup>

### **1.4.2 Relevancia de la investigación**

La investigación tiene una relevancia para futuras investigaciones, ya que los hallazgos encontrados permitirán sustentar la importancia de la detección temprana de las comorbilidades que pueden conllevar a un grado de dependencia funcional. Permitiendo que se puedan plantear programas preventivos de salud que mejoren la calidad de vida del adulto mayor.

### **1.4.3 Viabilidad de la investigación**

El estudio resulta viable, ya que se cuenta con disponibilidad de recursos humanos, materiales, financieros, temporales y el apoyo de la institución donde se realizará el estudio donde será factible los procesos de recolección y análisis de datos.

## **1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

- Anciano con dificultad para hablar o expresarse.
- Paciente con dificultad auditiva.
- Poca información del paciente y/o cuidador.
- Pacientes a los cuales no se les realiza un hemograma.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1 Antecedentes de la investigación**

##### **2.1.1 Antecedentes internacionales**

Acosta en el año 2017 en su tesis titulada Dependencia en el Anciano Frágil: Aspectos Médico Legales y deontológico, desarrollada en la Universidad Complutense, ubicada en Madrid – España. Tuvo como objetivo describir como se asocian las variables de estudio, como la dependencia y la fragilidad se relacionan con la existencia de diversas patologías y el riesgo a los que están expuestos. Se empleó un estudio metodológico basado en la revisión bibliográfica de las teorías que sustentan la dependencia y fragilidad del adulto mayor, además se realizó un análisis de correlación con una única medición (transversal) en los adultos geriátricos mayores de 70 años, quienes asisten a las consultas de un centro hospitalario en Madrid. Donde concluye que los adultos mayores que presentan fragilidad y envejecimiento son más propensos a sufrir comorbilidades y presentan un mayor índice de mortalidad.<sup>7</sup>.

Gómez en el año 2015 en su tesis titulada Capacidad Funcional Del Adulto Mayor Según La Escala De Barthel En Hogar Geriátrico Santa Sofía De Tenjo, cuyo objetivo fue valorar el nivel de dependencia funcional del adulto mayor empleando la escala de Barthel. Este estudio fue de tipo descriptivo, de carácter transversal con

una muestra de 56 personas conformada mayores de 65 años llegó a la conclusión resulta necesario reconocer la relación existente entre la vejez y la funcionalidad debiendo conocer que elementos la condicionan y que efectos tienen sobre la salud, requiriendo de una evaluación y valoración orientado al tratamiento de atención integral del adulto mayor.<sup>8</sup>

Gonzales en el año 2014 en su tesis orientada a determinar cuál es la asociación entre la valoración funcional geriátrica y la dependencia para ejercer sus funciones básicas en la familia de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. En donde hizo un análisis describiendo la relación entre las variables, se aplicó un instrumento mediante una ficha de observación, prospectivo a la población del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 que no presentan comorbilidades, que acuden a la consulta externa. El autor concluyó que la escala geriátrica de evaluación funcional, se puede aplicar de una forma práctica y sencilla, mediante la escala de Lawton y Brody, así como el índice de Katz, que permiten una adecuada valoración de la capacidad funcional del paciente geriátrico.

Tuesta en el año 2015 en su tesis titulada Variables de Valoración Geriátrica Integral Predictores De Mortalidad A Seis Meses Del Alta Unidad Geriátrica De Agudos Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, realizada con la finalidad de determinar las variables de la valoración geriátrica integral predictores de mortalidad a los seis meses del alta de pacientes hospitalizados realizando un estudio observacional, prospectivo, longitudinal, realizado en la Unidad Geriátrica de Agudos. concluyendo que, a mayor dependencia funcional y presencia de comorbilidades,

mayor predicción de mortalidad, lo que da una alerta para reconocer los grupos de riesgo y así proponer estrategias de acción para el proceso de continuidad de cuidados y aumentar el tiempo de seguimiento de los ancianos frágiles<sup>10</sup>.

### **2.1.2 Antecedentes nacionales**

Moncada en el año 2015 en su tesis titulada valoración geriátrica integral en una población de adultos mayores, Anasarca – Huánuco, desarrollada en la Universidad Mayor de San Marcos, ubicada en la ciudad de Lima – Perú. Tuvo como objetivo determinar el estado clínico, funcional y enfermedades prevalentes de los adultos mayores, realizando un estudio observacional, descriptivo y transversal, contó con la participación de 117 adultos mayores, a quienes se evaluó con un cuestionario basado en la ficha única de Valoración Clínica del Adulto Mayor establecida por el Ministerio de Salud del Perú. Concluyendo que el estado funcional que predominó fue la de independiente con 53,85%. Respecto al estado clínico 59,83% se clasificaron como adultos mayores enfermos, siendo esta categoría la más frecuente. De las enfermedades prevalentes se reportó con mayor frecuencia artrosis en 48,72% y dislipidemias 34,19%<sup>11</sup>.

Núñez en el año 2014 realizó su tesis en la que analizó el Deterioro cognitivo y dependencia funcional en adultos mayores, con la finalidad de determinar el grado de asociación entre la variable disminución de la capacidad cognitiva y la dependencia funcional de los pacientes geriátricos, empleándose una metodología de tipo descriptiva y de corte transversal. Los sujetos de estudio fueron 115 pacientes del

área de neurología, a quienes se les evaluó con el “*Test Pfeiffer*” así como el “*Test del Dibujo del Reloj*”.

El autor concluyó que el 9,84% de la población analizada presentó deterioro cognitivo, por otro lado, el 63,49% de la población presentó dependencia emocional, así también se encontró que existe asociación significativa entre la incidencia de deterioro cognitivo y dependencia funcional. Se logró entonces determinar que el deterioro cognitivo se asoció de manera significativa a dependencia funcional<sup>12</sup>.

Aguirre en el año 2014 publicaron una tesis de licenciatura titulada “Factores sociofamiliares y capacidad funcional asociados al nivel cognitivo de adultos mayores de un Centro Integral de Lambayeque. Diciembre, 2014” con el objetivo de determinar los factores socio-familiares y personales asociados al nivel cognitivo de los adultos mayores de dicho centro. Esta investigación cuantitativa descriptiva estuvo por una población de 29 participantes de un Centro Integral que acoge a adultos mayores entre los 65 a 84 años, donde el 45% fueron mujeres y el 55% varones. Para tal fin se utilizaron el Test de Pfeiffer para la detección de deterioro cognitivo, la Escala Socio familiar de Gijón para detectar situaciones de riesgo o problemática social, el Test de Barthel que evalúa las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor. Se aplicaron estrategias para asegurar los principios éticos y el rigor científico. La prueba estadística determinó una asociación positiva no significativa entre los factores socio familiares y personales asociados al nivel cognitivo, encontrándose que el 55,2% de adultos mayores no presentaba deterioro cognitivo y el 27.6% presentaba deterioro leve. En el factor socio-familiar se encontró que el 62.1% presentaba riesgo social mientras que el 13.8% tenía problemas sociales. En lo que respecta al factor personal,

encontramos dentro de la capacidad funcional que el 82.8% de los adultos mayores son independientes y solo el 3.4% son dependientes. Los autores concluyeron, que la mayoría de adultos presentaron riesgo social o problema social (13.7%), siendo las mujeres las que en mayor porcentaje (10.3%) presentaban problemas sociales<sup>13</sup>.

Regalito et al. en el año 2012 publicaron un artículo de investigación denominado “Caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar”, cuyo propósito fue establecer la incidencia las características representativas de los pacientes adultos mayores que fueron hospitalizados, para ello se diseñó una investigación descriptiva y transversal. Se consideró como muestra a 711 pacientes hospitalizados con más de 60 años, quienes fueron evaluados empleando la “Escala de Gijón” y el “Índice de Barthel” para cuantificar el estado social, así también se empleó el test “Mini Mental State Examination” para determinar el deterioro cognitivo. Los resultados más resaltantes encontrados con relación al estado social refieren que el 37,1% de la población presento dependencia funcional, así también el 35,4% presentaron problemas sociales, de la misma forma el deterioro cognitivo se presentó en el 34,4%. Los autores concluyeron que a pesar de que no se estudió una relación entre las variables la incidencia alta de las mismas en este grupo poblacional podría indicar una relación entre ellas<sup>14</sup>.

## 2.2 BASES TEORICAS

### 2.2.1 Algunas comorbilidades

Ciertas enfermedades como la diabetes, hipertensión y artritis reumatoide son factores directamente relacionados con la funcionalidad del adulto mayor<sup>18</sup>.

**Diabetes Mellitus:** Según American Diabetes Association es una enfermedad crónica asociada con niveles anormalmente altos de azúcar en la sangre. La diabetes se debe a uno de dos mecanismos: Producción inadecuada de insulina (que es producida por el páncreas y disminuye la glucosa en la sangre), o Sensibilidad inadecuada de las células a la acción de la insulina:<sup>15</sup>

Los signos y síntomas de ambos tipos de diabetes incluyen aumento de la producción de orina y disminución del apetito, así como fatiga. La diabetes se diagnostica mediante la prueba de glucosa en sangre, la prueba de tolerancia a la glucosa y la prueba del nivel de hemoglobina glicosilada (glicohemoglobina o hemoglobina A1C). El modo de tratamiento depende del tipo de diabetes.

Las principales complicaciones de la diabetes incluyen niveles de azúcar en la sangre peligrosamente elevados, niveles de azúcar en la sangre anormalmente bajos debido a los medicamentos para la diabetes y enfermedades de los vasos sanguíneos que pueden dañar los ojos, los riñones, los nervios y el corazón.

**Tipo 1.** La diabetes tipo 1 también se llama diabetes dependiente de la insulina. Solía llamarse diabetes de inicio juvenil, porque a menudo comienza en la infancia. Es una condición autoinmune. Es causado por el cuerpo que ataca su propio páncreas con anticuerpos. En las personas con diabetes tipo 1, el páncreas dañado no produce insulina.

Este tipo de diabetes puede ser causada por una predisposición genética. También podría ser el resultado de células beta defectuosas en el páncreas que normalmente producen insulina. Una serie de riesgos médicos están asociados con la diabetes tipo 1. Muchos de ellos provienen del daño a los diminutos vasos sanguíneos en sus ojos (llamada retinopatía diabética), nervios (neuropatía diabética) y riñones (nefropatía diabética). Aún más grave es el mayor riesgo de enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular.

**Tipo 2.** Por mucho, se reconoce a la diabetes tipo 2 como la más común y representa el 95% de los casos de diabetes en adultos. Unos 26 millones de adultos estadounidenses han sido diagnosticados con la enfermedad. <sup>(16, 17)</sup>.

La diabetes tipo 2 también se llamaba diabetes no dependiente de insulina. es a menudo una forma más leve de diabetes que la tipo 1.

Sin embargo, la diabetes tipo 2 todavía puede causar complicaciones de salud importantes, especialmente en los vasos sanguíneos más pequeños del cuerpo que nutren los riñones, los nervios y los ojos. La

diabetes tipo 2 también aumenta su riesgo de enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular.

En este tipo de diabetes el páncreas aun produce un poco de insulina, pero en mínimas cantidades y ésta no es suficiente para lo que el cuerpo requiere, o en algunos casos las células del cuerpo son resistentes a ella.

Las personas obesas, más del 20% de su peso corporal ideal para su estatura, tienen un riesgo particularmente alto de desarrollar diabetes tipo 2 y sus problemas médicos relacionados. Las personas obesas tienen resistencia a la insulina.

Con la resistencia a la insulina, el páncreas tiene que trabajar demasiado para producir más insulina. Pero incluso entonces, no hay suficiente insulina para mantener los azúcares normales.<sup>16,17</sup>

### **Hipertensión Arterial:**

También llamada presión arterial alta, es una presión que actúa de manera muy importante sobre las paredes de las arterias (presión arterial), que es la molestia de los países desarrollados. Es el mayor riesgo de un accidente cardiovascular.

Debe tratarse de forma preventiva, con una dieta higiénica y una terapia de tratamiento. Generalmente llamada enfermedad silenciosa, a menudo no se detecta con numerosos pacientes, lo que es una verdadera catástrofe sanitaria.

Sobre cifras de 115/75 de presión arterial por cada incremento de 20 mmHg de la presión sistólica o 10 mmHg de la presión diastólica, el riesgo de un evento cardiovascular se duplica.

Este criterio introduce la idea de la prevención. Las cifras entre 130/80 y 139/89 mmHg doblan el riesgo de progresión hacia la hipertensión arterial y la PAS es un factor de riesgo cardiovascular mayor que la PAD.<sup>18</sup>

**Artritis Reumatoide:** La artritis reumatoide es un trastorno inflamatorio crónico que puede afectar más que solo las articulaciones. En algunas personas, el trastorno puede dañar distintos sistemas corporales, incluida la piel, los ojos, los pulmones, el corazón y los vasos sanguíneos. La artritis reumatoide es un trastorno auto inmunitario que ocurre cuando el sistema inmunitario ataca por error los tejidos del cuerpo. Más de 23 millones de personas en todo el mundo padecen AR<sup>19</sup>.

Esto mantiene una importante necesidad de proporcionar tratamientos adicionales para mejorar una atención completa al paciente. A diferencia del daño por desgaste de la osteoartritis, la artritis reumatoide afecta el revestimiento de las articulaciones y causa una hinchazón dolorosa que puede finalmente causar la erosión ósea y la deformidad de las articulaciones. La inflamación asociada a la artritis reumatoide es lo que también puede dañar otras partes del cuerpo. Si bien los medicamentos nuevos han mejorado las opciones de tratamiento en gran medida, la artritis reumatoide grave aún puede causar discapacidades físicas.<sup>20</sup>

## Síntomas<sup>21</sup>

Estos incluyen:

- Articulaciones sensibles a la palpación, calientes e hinchadas.
- Rigidez articular que generalmente empeora por las mañanas y después de la inactividad.
- Cansancio, fiebre y pérdida del apetito.

Si los pacientes son diagnosticados con artritis reumatoide, el médico puede derivarlos a un especialista (reumatólogo) que será quien le determine el tratamiento a seguir. No existe en la actualidad una cura para esta enfermedad, pero el tratamiento se orienta a:

- Desinflamar las articulaciones
- Minimizar el dolor
- Reducir el dolor, o minimizar la no funcionalidad de miembros por el dolor articular.
- disminuir la velocidad o evitar daños en las articulaciones
- todo ello se logra mediante la toma de medicinas, terapias para el dolor, cirugías, asesoramiento.

A pesar de las opciones de tratamiento actuales, muchos pacientes no alcanzan sus objetivos terapéuticos o la remisión sostenida de la enfermedad

(21, 22),..

### **2.2.2 Grados de dependencia funcional**

La dependencia funcional es la incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria. En los ancianos, esto puede llevar a problemas de salud, depresión, aislamiento y dependencia, por lo que la rehabilitación y el apoyo familiar son importantes para facilitar el retorno a las actividades diarias y la recuperación de la autonomía, que es esencial para su calidad de vida. Pero existen barreras para mantener esta autonomía, como la falta de estructura física dentro y fuera del hogar y sobreprotectores familiares que a menudo los tratan como incapaces, dejando a los ancianos en una situación incómoda y limitada, impidiéndoles realizar tareas que aún pueden realizar.<sup>23</sup>.

Las discapacidades funcionales y cognitivas, han cambiado la vida de muchos ancianos y sus familias, lo que los lleva a dificultades en las relaciones familiares. Esta modificación en la existencia de estas personas, además de sus contextos de vida, experiencias, oportunidades, entre otros, los lleva a presentar diferentes modos de ser. Por lo tanto, la presencia de un cuidador se hace necesaria para ayudar en sus actividades de la vida diaria, que puede ser realizada por un profesional o un miembro de la familia.

Existen también teorías del envejecimiento que ayudan a entender estos cambios fisiológicos, El envejecimiento tiene varias consecuencias, como el aumento de la dependencia y la carga de la atención. La población mayor pierde contacto y tejido social. La retirada social, aunque en principio puede iniciarse desde los ancianos, a menudo se incrementa por la indiferencia del entorno, lo que lleva a la aparición de la dependencia de ellos. Las limitaciones de esta área incluyen el

reconocimiento del diagnóstico oficial de codependencia en cuidadores informales que permitiría una mejora en la calidad de la atención.<sup>24</sup>

Los principales factores de riesgo para la dependencia funcional son la edad avanzada, el sexo femenino, el bajo nivel de alfabetización, la carga de la enfermedad, como las enfermedades cerebrovasculares y otras enfermedades crónicas, la depresión, la visión y el deterioro cognitivo, la limitación funcional de las extremidades inferiores, la mala salud que se percibe, el bajo nivel físico. Actividad, tabaquismo y baja frecuencia de contactos sociales. La dependencia se evalúa y clasifica de diferentes maneras, aunque en términos generales, cuanto mayor es la dependencia, mayores son las consecuencias negativas para el adulto mayor, su familia y para la sociedad.

Para evitar mayor deterioro en estas personas se puede considerar algunos factores protectores que son: el nivel educacional; modalidades de comportamiento a considerar 16 tales como : el ejercicio mental y físico, los hábitos alimentarios, realización de actividades significativas con qué ocupar el tiempo y las relaciones que se mantienen con otros intercambiando apoyo afectivo y la posesión de dos atributos psicosociales: la percepción de autoeficacia y la capacidad de enfrentar las situaciones estresantes<sup>14</sup>; de modo que ellas tengan el menor impacto posible en el nivel de bienestar y en la capacidad de desempeñar por sí mismo las actividades de la vida diaria.

## Índice de Katz <sup>23</sup>

En 1969, un médico Sidney Katz se dio cuenta de la necesidad de mejorar la evaluación funcional en el anciano porque necesitaba un mejor medio para evaluar las intervenciones. Él también quería reunir información cuantitativa sobre los cambios naturales en la función de los seres humanos (Katz et al., 1969). Su visión era crear un medio para medir la función, lo cual puedo decir que es capaz de hacer (explicado más adelante) pero la forma en que se administra tiene un enorme efecto en los resultados. Katz quería que los administradores usaran una evaluación estándar en las necesidades de atención para los ancianos en diversas instalaciones como hospitales, centros de rehabilitación, hogares de ancianos y Programas de atención domiciliaria.

El personal realizó un estudio durante 8 años en pacientes con enfermedad prolongada. (caderas fracturadas, infarto cerebral, esclerosis múltiple, etc.) para recopilar y evaluar datos que dieron lugar a "actividades de la vida diaria" comunes lo que condujo al desarrollo de una Escala graduada conocida como el Índice de Independencia en Actividades de la Vida Diaria.

El Índice de Actividades de la Vida Diaria (Katz ADL) de Katz está diseñado para evaluar el estado funcional, específicamente, la capacidad del cliente para realizar actividades de la vida diaria (ADL) de manera independiente. Normalmente, los clínicos usarán la herramienta para detectar problemas en la realización de las actividades de la vida diaria para predecir la función y el nivel de atención futuros o para fines de planificación del tratamiento. El índice clasifica la adecuación del rendimiento en las siguientes

seis funciones: bañarse, vestirse, ir al baño, transferir, continencia y alimentación. Si no se requiere supervisión, dirección o asistencia personal, entonces se otorga 1 punto a esa actividad funcional. Si el cliente requiere supervisión, dirección, asistencia personal o atención total, entonces se asigna un 0 a esa actividad funcional.<sup>23</sup>

A continuación, se detalla la puntuación que se brinda a cada actividad considerada en la escala de Katz

<b>ACTIVIDADES</b> Puntos (1 o 0)	<b>INDEPENDENCIA: (1 PUNTO)</b> SIN supervisión, dirección o asistencia personal	<b>DEPENDENCIA: (0 PUNTOS)</b> CON supervisión, dirección, asistencia personal o atención total
<b>BAÑOS</b>	(1 PUNTO) Se baña completamente o necesita ayuda para bañarse solo una parte del cuerpo, como la espalda, el área genital o la extremidad discapacitada.	(0 PUNTOS) Necesita ayuda para bañarse en más de una parte del cuerpo, entrar o salir de la bañera o ducha. Requiere baño total.
<b>VESTIMENTA</b>	(1 PUNTO) Obtiene ropa de armarios y cajones y se pone ropa y prendas exteriores completas con sujetadores. Puede tener ayuda para atar los zapatos.	(0 PUNTOS) Necesita ayuda para vestirse o necesita estar completamente vestido.

USO DEL RETRETE	(1 PUNTO) Va al baño, se sube y baja, se arregla la ropa, limpia el área genital sin ayuda.	(0 PUNTOS) Necesita ayuda para transferirse al inodoro, para limpiarse a sí mismo o para usar un orinal o una cómoda.
TRASLADO	(1 PUNTO) Se mueve dentro y fuera de la cama o silla sin ayuda. Los auxiliares mecánicos de transferencia son aceptables.	(0 PUNTOS) Necesita ayuda para moverse de la cama a la silla o requiere una transferencia completa.
CONTINENCIA	(1 PUNTO) Ejercita el autocontrol completo sobre la micción y la defecación.	(0 PUNTOS) Es parcial o totalmente incontinente del intestino o vejiga.
ALIMENTACIÓN	(1 PUNTO) Obtiene los alimentos del plato en la boca sin ayuda. La preparación de los alimentos puede ser realizada por otra persona.	(0 PUNTOS) Necesita ayuda parcial o total con la alimentación o requiere alimentación parenteral.

La escala de Katz contiene seis ítems que presentan una jerarquía de acuerdo al grado de dependencia de los pacientes, lo que permite evidenciar una organización primaria biosocial del individuo independiente de influencias

externas como el aprendizaje y el entorno cultural, de modo que el paciente puede ser finalmente clasificado en 7 grupos denominados por letras (A-G).<sup>24</sup>

Mediante esta medición se considera a un paciente independiente cuando no requiere de ayuda para realizar sus actividades diarias, y dependiente a los pacientes o personas que necesitan de la ayuda o supervisión de un cuidador que les colabore con las seis actividades mencionadas en la escala de Katz.

Para la recolección de la información se encuestara tanto al paciente geriátrico como a los cuidadores.<sup>25</sup>

El índice de independencia en las actividades de la vida diaria se basa en análisis del nivel de independencia o de incapacidad funcional del adulto mayor para ducharse, alimentarse, ir al baño, caminar y la continencia. Las definiciones específicas de independencia funcional y dependencia aparecen debajo del índice.

A - Independiente en la alimentación, la continencia, la transferencia, el aseo, el vestidor y el baño.

B - Independiente en todas menos en una de estas funciones.

C - Independiente en todo menos en el baño y una función adicional.

D - Independiente en todo menos en el baño, el vestidor y una función adicional

E - Independiente en todo menos en el baño, vestirse, ir al baño y una función adicional

F - Independiente en todo menos en bañarse, vestirse, ir al baño, transferir y una función adicional

G - Dependiente en las seis funciones

A continuación, se define las categorías del índice de Katz:<sup>27</sup>

### **Baño (esponja, ducha, o bañera)**

- Independiente: asistencia solo para el aseo de una parte del cuerpo (como espalda o discapacitada extremidad) o se baña completamente
- Dependiente: requiere del apoyo o asistencia del cuidador médico para realizar su baño diario, de una o más partes de su cuerpo.

### **Vendaje**

- Independiente: obtiene ropa de armarios y cajones; se pone la ropa, exterior prendas, tirantes; maneja sujetadores; se excluye el acto de atarse los zapatos
- Dependiente: no se viste a sí mismo o permanece parcialmente desnudo

### **Ir al baño**

- Independiente: se va al baño, se sube y baja del baño, se arregla la ropa, se limpia Órganos de excreción (pueden manejar su propia vajilla utilizada solo en la noche y no pueden estar utilizando soportes mecánicos)
- Dependiente: usa el orinal o la cómoda o recibe ayuda para llegar y usando el baño

## **Transferir**

- Independiente: puede realizar las acciones de acostarse y levantarse de forma independiente y entra y sale de la cama o silla sin ayuda (puede o no estar usando soportes mecánicos)
- Dependiente: ayuda para moverse dentro o fuera de la cama y / o silla; no realiza una o más transferencias

## **Continencia**

- Independiente: tienen el control de sus actividades fisiológicas de micción y de deposición fecal.
- Dependiente: presentan un grado de incontinencia de la micción o defecación; parcial o total control mediante enemas, catéteres o el uso regulado de orinales y / o colchas

## **Alimentación**

- Independiente: obtiene la comida del plato o su equivalente en la boca (precorte de La carne y la preparación de alimentos, como pan de mantequilla, se excluyen de la evaluación)
- Dependiente: asistencia en el acto de alimentación (ver arriba); no come en absoluto o alimentación parenteral

Frente a lo expuesto se entiende que este procedimiento de valoración conocido como - ABVD: KATZ, y enfocándose en la problemática peruana y a la normativa aplicada a los adultos mayores, incluyendo el VACAM,<sup>16</sup> en el cual se realiza el análisis y valoración de los datos que indican el nivel de capacidad

funcional de los pacientes encuestados; los valores que indican el nivel de dependencia de los ancianos se medirá de la siguiente forma:

- (1): no presenta ítem de incapacidad funcional
- (2): de uno a cinco ítems de incapacidad funcional
- (3): seis ítems de incapacidad funcional.

Otro aspecto importante es que los adultos mayores<sup>17</sup> tienen una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles tal es así como (hipertensión arterial, diabetes, reumatismo, entre otras), tienen más episodios de enfermedades agudas y enfrentan un riesgo más elevado de accidentes que el resto de la población ostentando tasas más altas de hospitalización que la población general.

### 2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Gerriátrico:** El paciente geriátrico, es el adulto mayor que supera los 65 años de edad y evidencia un deterioro de sus funciones que está ligado al padecimiento de una o más enfermedades.
- **Estancia Hospitalaria:** Son los días de hospitalización.<sup>14</sup>
- **Comorbilidad:** es cuando un paciente presenta enfermedades además de una primera enfermedad crónica.<sup>9</sup>
- **Mortalidad:** Cantidad de personas que mueren durante un determinado periodo de tiempo y causa en relación con el total de la población. <sup>12</sup>

- **Predictor o Pronóstico:** Conocimiento anticipado de lo que sucederá en un futuro a través de ciertos indicios.<sup>14</sup>
- **Perdida Funcional:** Anulación completa o casi completa de la capacidad funcional en hacer frente a las demandas cotidianas establecidas por la sociedad.<sup>9</sup>
- **Valoración Funcional:** Es la evaluación de la capacidad funcional del anciano para realizar actividades de la vida diaria, así determinar su autonomía e independencia en el ambiente que le rodea. Se evaluará con el Índice de Katz.<sup>6</sup>
- **Valoración Geriátrica Integral:** se refiere al procedimiento que las diversas disciplinas emplean para diagnosticar y aplicar el tratamiento adecuado a las limitaciones médicas, psicosociales y funcionales de una persona mayor frágil para desarrollar un plan coordinado para maximizar la salud general con el envejecimiento. Requiere la evaluación de múltiples problemas.<sup>9</sup>
- **Fragilidad:** Es una expresión clínica de larga data que implica preocupación por la vulnerabilidad y el pronóstico de una persona mayor. La fragilidad es una característica común de los ancianos que tienen más de 75 años de edad y que presentan variadas comorbilidades.<sup>13</sup>
- **Índice de Katz:** es una medida de resultado diseñada para cuantificar la capacidad de un individuo para participar en actividades básicas de la vida diaria (B-ADL). A través de la evaluación, el clínico determina el estado funcional cuando observa que la persona realiza 6 actividades relacionadas con (1) alimentación, (2) continencia, (3) transferencia, (4) ir al baño, (5) vestirse, y (6) bañarse. <sup>6</sup>

- **Equipo Interdisciplinario:** grupo de especialistas en salud (psicólogos, doctores, enfermeros, terapistas, asistentes sociales, geriatras) que se encuentran enfocados a la atención integral del paciente y que buscan detectar a tiempo los diferentes problemas de salud, para luego abordarlos adecuadamente.<sup>16</sup>

## CAPITULO III

### HIPOTESIS Y VARIABLES

#### 3.1 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS

Esta investigación no plantea hipótesis por tratarse de un trabajo descriptivo.

#### 3.2 VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES)

Es preciso definir conceptualmente a las variables de estudio como son: 'Algunas comorbilidades' y 'Grados de dependencia funcional'

##### 3.2.1 Definición Conceptual

- **Algunas comorbilidades:** Conjuntos de enfermedades metabólicas, cardiovasculares y de colágeno causantes de dependencias o cronicidad.
- **Grados de dependencia Funcional:** Mide la capacidad o incapacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en la vida diaria.

##### 3.2.2 Definición Operacional

Para la definición operacional de las variables se usaron las dimensiones e indicadores que se muestran a continuación.

Tabla 1: Variable Algunas comorbilidades

<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES CLÍNICOS</b>	<b>ITEMS</b>
Diabetes Mellitus	Niveles elevados de glucosa >126mg/dl en la sangre, polidipsia, polifagia, poliuria, hemoglobina glicosilada > o igual a 6.5%	(1)
Hipertensión Arterial	Aumento de la presión arterial > o igual a 140/90mmHg	(2)
Artritis Reumatoide	Inflamación, dolor y rigidez de las articulaciones afectadas	(3)

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 2 Variable Grados de dependencia funcional

<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ITEMS</b>
Incapacidad leve.	Puntaje	Índice de Katz: 0-1 punto
Incapacidad moderada.		Índice de Katz: 2-3 puntos
Incapacidad severa		Índice de Katz: 4-6 puntos

Fuente: Elaboración Propia

## CAPITULO IV

### METODOLOGÍA

#### 4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Diseño tipo descriptivo, transversal analítico.

Es de tipo descriptivo ya que se observó tal y como se da en su contexto natural el comportamiento de ambas variables de estudio, sin que el investigador manipule ninguna variable, y de tipo transversal analítico porque se buscará una probable asociación entre variables, pero la relación de temporalidad entre éstas no es factible definirla por lo que se evalúan como si se presentaran al mismo tiempo. (*Gordis epidemiología*)

#### Diagrama



#### **Donde:**

M = Paciente geriátrico hospitalizado en el servicio de medicina interna del HNSB.

O1 = Algunas comorbilidades.

O2 = Grados de dependencia funcional.

## **4.2 DISEÑO MUESTRAL**

### **4.2.1 Población del estudio**

Se consideró 130 pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

### **4.2.2 Muestra del estudio**

Se utilizó el OpenEpi, es un software gratuito y de código abierto para estadísticas epidemiológicas para Salud Pública entregando una muestra de 100 adultos mayores con un nivel de confianza al 95 %.

#### **4.2.2.1 Criterios De Inclusión**

- Pacientes Hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018.
- Pacientes geriatricos de 65 años.
- Pacientes de ambos sexos.
- Paciente con puntaje en el índice de Katz<sup>11</sup> mayor o igual a 1.
- Paciente, familiar y/o cuidador que acepte ser incluido en el estudio.

#### **4.2.2.2 Criterios De Exclusión**

- Pacientes que no ingresaron a hospitalización.
- Pacientes que ingresaron para estudios de patología crónica o terminal.
- Pacientes intubados.
- Pacientes que se negaron a participar en el presente estudio.

### **4.3 Técnicas de recolección de datos**

La técnica es la entrevista al adulto mayor y/o cuidador, y el instrumento usado fue el cuestionario Escala De Capacidad Funcional – Índice de Katz (Ver Anexo 3) que mide el nivel de independencia o dependencia en las actividades de la vida diaria en el paciente geriátrico. Dicha escala, según revisiones sistemáticas, tiene un alfa de Cronbach =0.84, con una correlación intraobservador (Spearman) =0.94, y kappa=0.86

### **4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información**

La técnica empleada en este estudio es la estadística descriptiva, ya que permite registrar los datos, tablas y gráficos, se ejecutó mediante el programa de spss versión 22, agrupados según las variables de estudio.

### **5.4 Aspectos éticos**

Este estudio se llevó a cabo en un área hospitalaria, está encaminada en el marco de los parámetros deontológico que rigen la profesión, además de ello se respeta los derechos de los participantes de la muestra, manteniendo la privacidad de los mismos; por esa razón se solicitó su autorización a todos los participantes o a su cuidador principal o familiar.

También se respetó el derecho de los participantes en estudio de mantener en reserva su identidad.

## CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

### 5.1 Análisis descriptivo, gráficos, dibujos, tablas.

Tabla 1: Variable Edad

EDAD			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	65-70	14	14,0
	71-75	36	36,0
	76 a mas	50	50,0
	Total	100	100,0

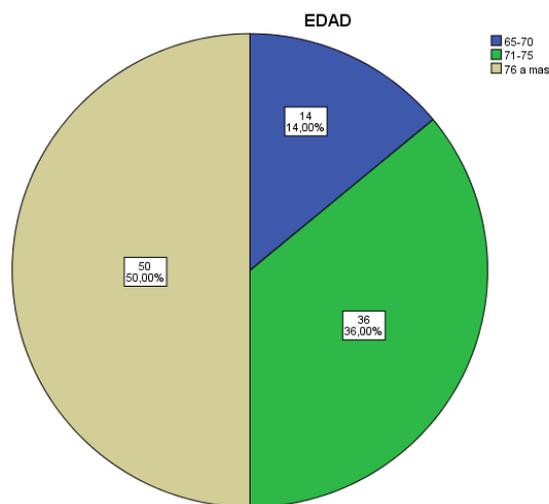


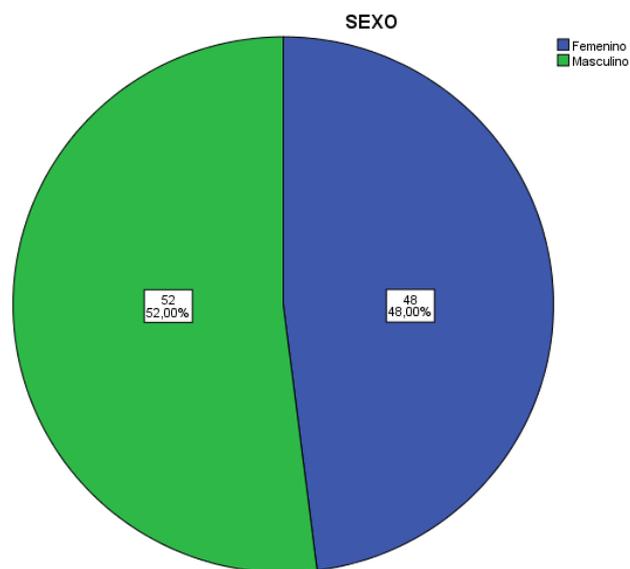
Gráfico 1: Variable edad  
Elaboración propia

#### Interpretación:

Tal como se aprecia en el gráfico y tabla 1 el porcentaje de pacientes geriátricos en el hospital está representado por el 50% de pacientes de 76 años a más, seguido del 36% que son pacientes entre 71-75 años de edad. Y por último el 14% de pacientes de 65-70 años de edad.

**Tabla 2: Variable Sexo**

SEXO			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Femenino	48	48,0
	Masculino	52	52,0
	Total	100	100,0



*Gráfico 2: Variable sexo*

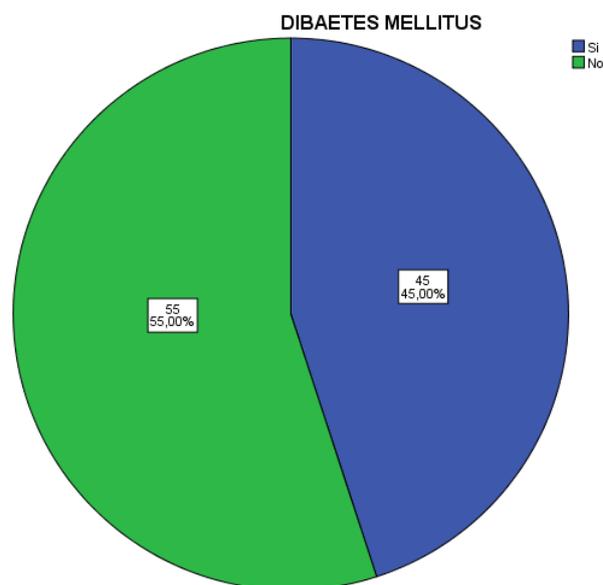
Elaboración propia

**Interpretación:**

Tal como se aprecia en la tabla y gráfico 2, 52 pacientes son masculinos y 48 pacientes son mujeres, lo que indica que existe un mayor porcentaje de pacientes geriátricos varones.

**Tabla 3: Diabetes Mellitus**

DIBAETES MELLITUS			
		Frecuencia	Porcentaje
Válid o	Si	45	45,0
	No	55	55,0
	Total	100	100,0



*Gráfico 3: Diabetes Mellitus*

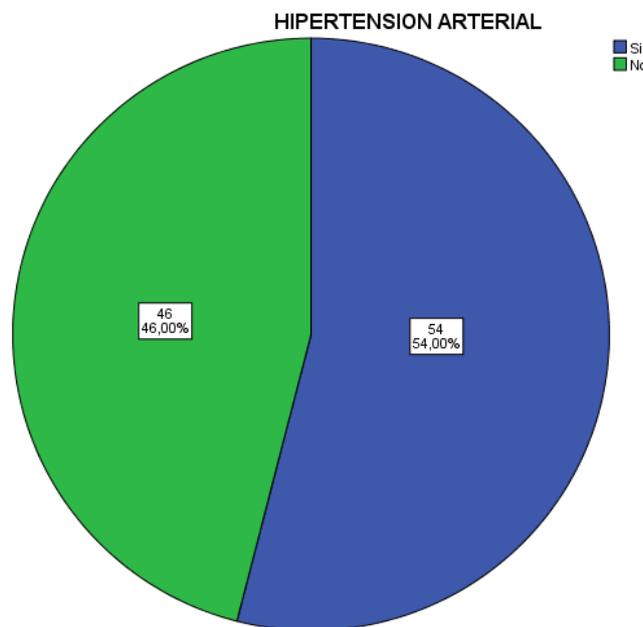
Elaboración propia

**Interpretación:**

Tal como se aprecia en la tabla y gráfico 3 el 55% de los pacientes presentan la comorbilidad de diabetes mellitus, seguido del 45% que no lo presentan.

**Tabla 4: Hipertensión arterial**

HIPERTENSION ARTERIAL			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	54	54,0
	No	46	46,0
	Total	100	100,0



*Gráfico 4: Hipertensión arterial*

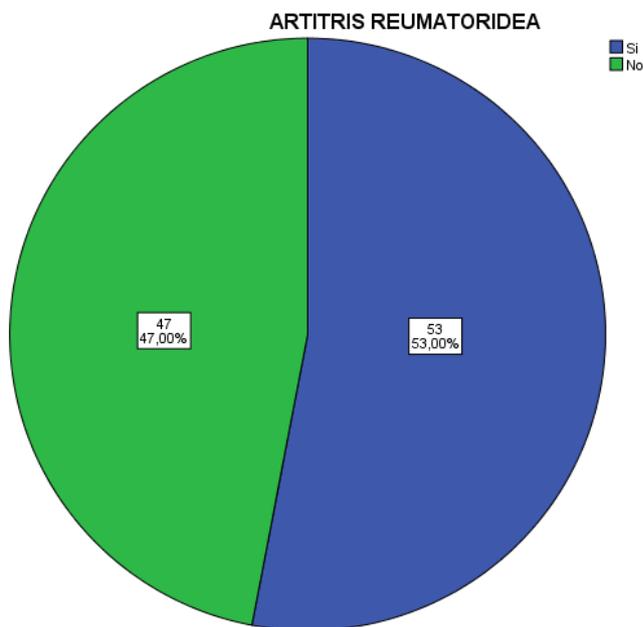
Elaboración propia

**Interpretación:**

Tal como se aprecia en la tabla y gráfico 4, el 54% de los pacientes presentan la comorbilidad de hipertensión arterial, seguido del 46% que no lo presentan.

**Tabla 5: Artritis reumatoide**

ARTITRIS REUMATOIDE			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	53	53,0
	No	47	47,0
	Total	100	100,0



*Gráfico 5: Artritis reumatoide*

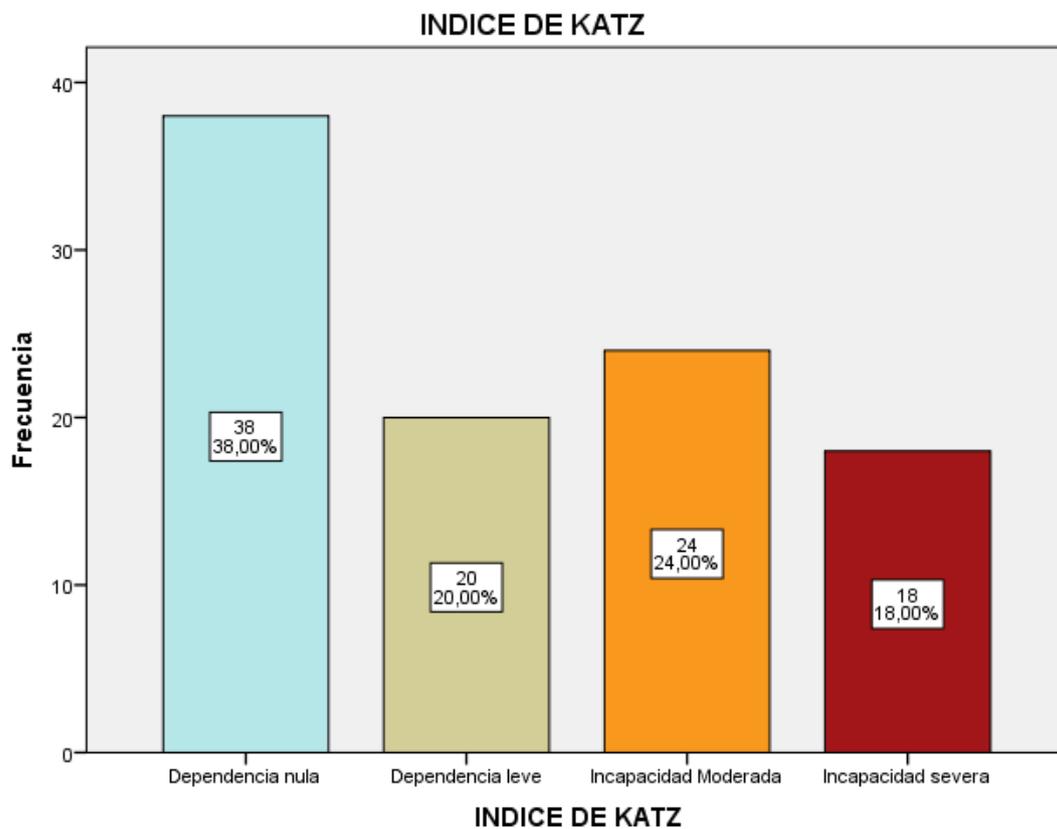
Elaboración propia

**Interpretación:**

Tal como se aprecia en la tabla y gráfico 5, el 53% de los pacientes presentan la comorbilidad de artritis reumatoide, seguido del 47% que no lo presentan

**Tabla 6: Dependencia**

<b>INDICE DE KATZ</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válid o	Dependencia nula	38	38,0
	Dependencia leve	20	20,0
	Incapacidad Moderada	24	24,0
	Incapacidad severa	18	18,0
	Total	100	100,0



*Gráfico 6: Dependencia – Índice de Katz*

**Interpretación:**

Tal como se aprecia en tabla 6 y grafico 6 de los pacientes encuestados el 38% presentó dependencia nula, el 20% dependencia leve, seguido del 24% con dependencia moderada y 18% dependencia severa.

Se puede entonces describir que las comorbilidades tienen una asociación directa con la dependencia funcional.

**5.2 Descripción del comportamiento de variables (comorbilidades vs grados de dependencia funcional)**

Para efectos de este estudio se realizó un análisis de ALGUNAS COMORBILIDADES ASOCIADAS A LOS GRADOS DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2018

### 5.2.1 Diabetes Mellitus vs Índice de Katz

Tabla cruzada DIBAETES MELLITUS*INDICE DE KATZ						
Recuento		INDICE DE KATZ				Total
		Dependencia nula	Dependencia leve	Incapacidad Moderada	Incapacidad severa	
DIBAETES	Si	18	11	7	9	45
MELLITUS	No	20	9	17	9	55
Total		38	20	24	18	100

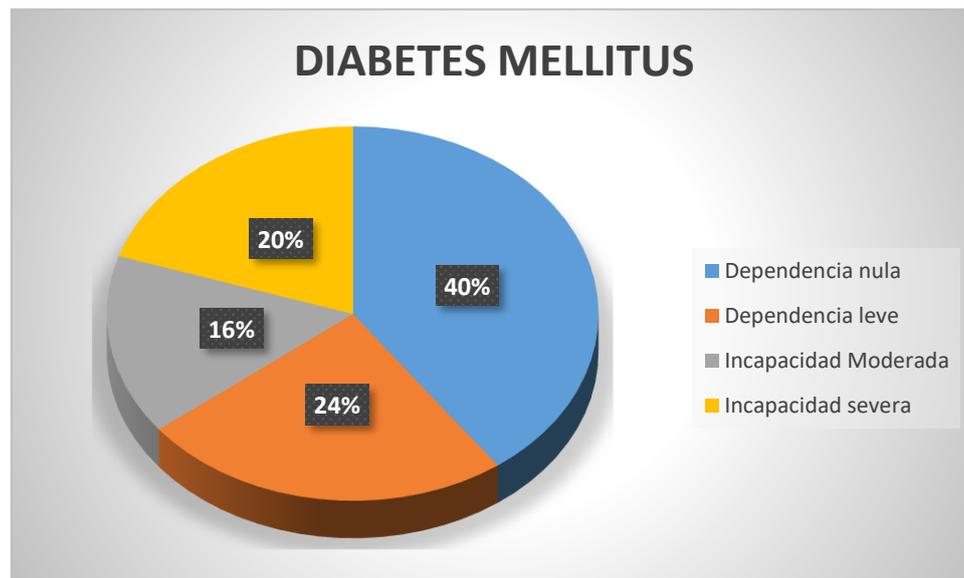


Gráfico 7: Diabetes mellitus

## Interpretación

Tal como se muestra en el gráfico 7, de los pacientes que presentan diabetes mellitus, el 40% no presentó ninguna dependencia funcional, seguido del 24% que presentó dependencia funcional leve, el 16% presentó dependencia moderada, y el 20% si presento una incapacidad severa.

### 5.2.2 Hipertensión arterial vs Índice de Katz

Tabla cruzada HIPERTENSION ARTERIAL*INDICE DE KATZ						
Recuento		INDICE DE KATZ				Total
		Dependencia nula	Dependencia leve	Incapacidad Moderada	Incapacidad severa	
HIPERTENSION ARTERIAL	Si	18	11	13	12	54
	No	20	9	11	6	46
Total		38	20	24	18	100

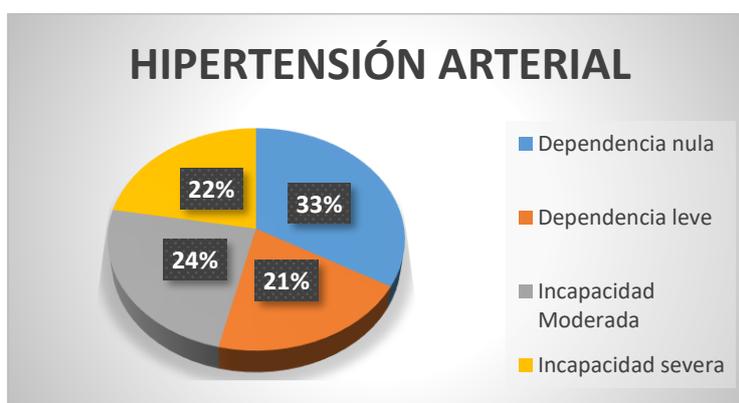


Gráfico 8: Hipertensión arterial

### Interpretación:

Tal como se muestra en el gráfico 8, de los pacientes que presentan hipertensión arterial, el 33% no presentó ninguna dependencia funcional, seguido del 21% que presentó dependencia funcional leve, el 24% presentó dependencia moderada, y el 22% si presento una incapacidad severa.

### 5.2.3 Artritis reumatoide vs Índice de Katz

Tabla cruzada ARTITRIS REUMATOIDE *INDICE DE KATZ						
Recuento		INDICE DE KATZ				Total
		Dependencia nula	Dependencia leve	Incapacidad Moderada	Incapacidad severa	
ARTITRIS REUMATOIDE	Si	21	11	11	10	53
	No	17	9	13	8	47
Total		38	20	24	18	100

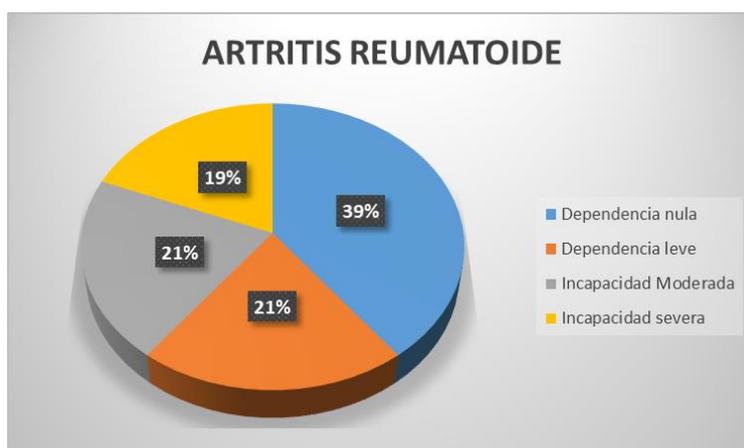


Gráfico 9: Artritis reumatoide

#### Interpretación:

Tal como se muestra en el gráfico 9, de los pacientes que presentan artritis reumatoide, el 39% no presentó ninguna dependencia funcional, seguido del 21% que presentó dependencia funcional leve, el 21% presentó dependencia moderada, y el 19% si presento una incapacidad severa.

## **Discusión y Conclusiones:**

### **5.2.1 Discusiones:**

-Esta tesis tiene similitud con la tesis de Acosta (2017) cuyo objetivo fue identificar la relación entre la fragilidad, la dependencia, la presencia de otras patologías y el riesgo social, y comprender las implicaciones médico-legales y deontológicas asociadas a la dependencia en el anciano frágil, cuyos resultados arrojan que la fragilidad en el anciano se relaciona por lo tanto con una serie de problemas médico y es necesario que el adulto mayor reciba atención ante su dependencia. En relación con nuestra investigación se asemeja que las comorbilidades como lo es hipertensión arterial, artritis reumatoide y diabetes mellitus generan dependencia funcional de moderada a severa en un porcentaje mayor al 62% de pacientes encuestados.

De igual forma con el estudio de Gómez en el año 2015 cuyo objetivo fue medir la capacidad funcional del adulto mayor según la escala de Barthel y donde los resultados arrojaron que la funcionalidad del adulto mayor tiene relación con las enfermedades o comorbilidades a lo que se sugiere que se aplique con precisión el protocolo de valoración del adulto mayor para poder garantizar una adecuada atención integral. En relación con este estudio, al compararlo y poder identificar el índice de katz se obtiene el grado de dependencia funcional en mayor porcentaje en dependencia funcional moderada, lo que permite aplicar un tratamiento integral adecuado al grado de funcionalidad.

De igual forma la tesis de Moncada en el año 2015 quien tuvo como como objetivo determinar el estado clínico, funcional y enfermedades prevalentes de los adultos mayores quien concluyo que el estado funcional que predominó fue la de

independiente con 53,85%. Respecto al estado clínico 59,83% se clasificaron como adultos mayores enfermos, siendo esta categoría la más frecuente. De las enfermedades prevalentes se reportó con mayor frecuencia artrosis en 48,72% y dislipidemias 34,19%. En cuanto a este estudio la dependencia leve la más frecuente con un porcentaje de 58%, seguido de la dependencia moderada con un 29% de prevalencia y la dependencia severa con un 13% de prevalencia.

Por ultimo para comparar la tesis de Aguirre en el año 2014 cuyo propósito fue establecer la incidencia las características representativas de los pacientes adultos mayores que fueron hospitalizados cuyos resultados arrojaron que lo más resaltante encontrados con relación al estado social refieren que el 37,1% de la población presento dependencia funcional, y en este estudio el mayor índice de dependencia es el de incapacidad moderada con el 29% de prevalencia, y la incapacidad funcional severa con el 13%, a diferencia de la dependencia leve grado 1 con un 58%.

Luego del análisis se determina según los resultados que la dependencia funcional se asocia en forma directa con la comorbilidad de diabetes mellitus, con la dependencia funcional, seguido de los pacientes con artritis reumatoide que tienen dependencia funcional sobre todo en los pacientes con avanzada edad. Se puede también afirmar que los pacientes con hipertensión arterial tienen una asociación baja con la dependencia funcional.

### **5.2.2 Conclusiones:**

Existe una asociación entre la diabetes mellitus y los grados de dependencia funcional, ya que los pacientes geriátricos presentaron un porcentaje de 60% con dependencia, distribuidas con el 24%, 16% y 20% entre leve, moderada y severa respectivamente.

Existe una asociación entre la hipertensión arterial y los grados de dependencia ya que los pacientes geriátricos presentaron un porcentaje de 67% con dependencia, distribuidas con el 22%, 24% y 21% entre leve, moderada y severa respectivamente.

Existe una asociación entre la artritis reumatoide y los grados de dependencia funcional ya que los pacientes geriátricos presentaron un porcentaje de 61% con dependencia, distribuidas con el 21%, 21% y 19% entre leve, moderada y severa respectivamente.

### **5.2.3 Recomendaciones:**

Se recomienda brindar a los pacientes geriátricos los medios para que puedan mejorar su calidad de vida y controlar su estado de salud, con la finalidad de que el envejecimiento no cause discapacidad funcional, y que disminuya el riesgo a padecer enfermedades propias de la edad, o caso contrario poder controlarlas, y mantener la autonomía de sus funciones.

Realizar actividades de prevención, o brindar consejerías nutricionales, talleres que permitan realizar acciones que estimulen la actividad física, los ejercicios, la alimentación saludable (tres comidas saludables y dos adicionales) con la finalidad de minimizar los riesgos de enfermedades y efectuar el tratamiento adecuado en caso de presencia de comorbilidades.

Realizar ejercicios, ya que la actividad física resulta beneficiosa para todas las personas, su práctica continua disminuye las enfermedades e incrementa las proyecciones de vida. es recomendable el ejercicio en el paciente geriátrico ya que mejora su acondicionamiento, disminuye los riesgos de enfermedades cardiovasculares, o de hipertensión, diabetes, artritis reumatoide, ansiedad, depresión y otras enfermedades. Los ejercicios del adulto mayor disminuyen la mortalidad y les permite mantener su independencia funcional.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Rubinstein L. Evaluación Geriátrica Integral: Evidencia de su importancia y utilidad. Santiago: Procedente de IV congreso latinoamericano de Geriatria y Gerontología; 2005 [cited 2015 septiembre 5. Available from: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Congresos/Geriatria2003/Evaluacion/666>.
2. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013 – 2017 [Internet] Lima: MIMP; 2013. [Citado: 5 enero 2014]. Disponible en: [http://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/plan\\_nac\\_pam\\_2013-2017.pdf](http://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/plan_nac_pam_2013-2017.pdf)
3. Aguirre H. Según INEI, cerca del 10% de la población es adulta mayor [Internet]. RPP: 1/10/2013. [Citado: 5 enero 2014]. Disponible en: [http://www.rpp.com.pe/2013-10-01-seguninei-cerca-del-10-de-la-poblacion-peruana-es-adulta-mayor-noticia\\_635887.htm](http://www.rpp.com.pe/2013-10-01-seguninei-cerca-del-10-de-la-poblacion-peruana-es-adulta-mayor-noticia_635887.htm)
4. Tatiana D. Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, centro de atención residencial geronto geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro”, Lima-2014. Disponible en: <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/viewFile/708/554>
5. Organización Mundial de la Salud. La cantidad de personas mayores de 60 años se duplicará para 2050; se requieren importantes cambios sociales [Ginebra/Washington, DC | 30 de septiembre de 2015 OMS] Disponible en:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11302%3Aworld-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302%3Aworld-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es)

6. Zúñiga. Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la "Casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados "de Lima. Mayo del 2012 [Tesis] Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3195/1/Zu%C3%B1iga\\_og.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3195/1/Zu%C3%B1iga_og.pdf)
7. Acosta. Dependencia en el anciano frágil: aspectos médico legales y deontológicos 2017 [Tesis] Disponible en: <http://eprints.ucm.es/41271/1/T38409.pdf>
8. Gómez. Capacidad Funcional Del Adulto Mayor Según La Escala De Barthel En Hogar Geriátrico Santa Sofía De Tenjo, Dulce Atardecer Y Renacer De Bogotá 2015 [Tesis] Disponible en : <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/457/1/Capacidad%20funcional.pdf>
9. Gonzales. Relación Entre Valoración Funcional Geriátrica En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Y La Funcionalidad Familiar, En Pacientes De La Unidad De Medicina Familiar Número 75, en la ciudad de Nezahualcóyotl, Ciudad de México 2014 [Tesis] Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/14529?show=full>
10. Tuesta. Variables de Valoración Geriátrica Integral Predictores De Mortalidad A Seis Meses Del Alta Unidad Geriátrica De Agudos Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2015 [Tesis]. Disponible en:

<https://es.slideshare.net/jurotuno/tesis-variables-de-valoracin-geritrica-integral-predictoras-de-mortalidad-a-seis-meses-del-alta-en-unidad-geriatrica-de-agudos-hospital-nacional-guillermo-almenara-irigoyen-2015>

11. Moncada. Valoración geriátrica integral en una población de adultos mayores, Anasarca – Huánuco 2015 [Tesis] Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5023/1/Moncada\\_ta.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5023/1/Moncada_ta.pdf)
12. Nuñez L. Deterioro cognitivo y dependencia funcional en adultos mayores. Tesis de especialidad. Lima : Universidad de San Martín de Porres , Facultad de Medicina Humana; 2014.
13. Aguirre A. Factores sociofamiliares y capacidad funcional asociados al nivel cognitivo de adultos mayores de un Centro Integral de Lambayeque. Diciembre,2014. Tesis para obtener el título profesional de Licenciado en Psicología. Chiclayo : Universidad Privada "Juan Mejía Baca"; 2014.
14. Rebagliati C, Runzer F, Horruitiniere M, Lavaggi G, Parodi J. Caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar. Horizonte Médico. 2012; 12(2): 21-27
15. [http://care.diabetesjournals.org/content/40/Supplement\\_1/S11.abstract](http://care.diabetesjournals.org/content/40/Supplement_1/S11.abstract)
16. Moreno. Valoración de la capacidad funcional y factores asociados en adultos mayores que residen en la parroquia el valle, Cuenca 2013. disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5013/1/med212.pdf>
17. El efecto devastador de la diabetes. American Diabetes Association.(2008).

18. <https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgocardiovascular/hipertension-tension-alta.html>
19. Escobar I. Órgano de Difusión de la Federación Diabética Colombiana Volumen 1, No 1 Pág. 1 (2001)
20. WHO Global Burden of Disease Report, (table 7, page 32) 2004, [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf) (Accessed: Nov. 11, 2014)
21. Rheumatoid arthritis, Lancet, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27156434> (Accessed: May 19, 2016)
22. Arthritis Foundation, Medications for Rheumatoid Arthritis, <http://www.arthritis.org/aboutarthritis/types-of-arthritis/rheumatoidarthritis/treatmentplan/medication-overview/medications.php> (Accessed: May. 15, 2013)
23. Escalas de Valoración Funcional y Cognitiva. Anexo IX. Aragón. 2002. (acceso 15 de febrero de 2014). 331:21,24. Disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+ESCALA+DE+VALORACION+FUNCIONAL+Y+COGNITIVA.PDF>
24. Guía Técnica para el llenado de la Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor. D S N° 006-2006-MIMDES, Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006, (acceso 15 de febrero de 2014). Disponible en:

www.minsa.gob.pe/.../MANUAL%20LLENADO%20HC%20ADULTO%

25. Observatorio – Metodología enfermera: Valoración de las actividades de la vida diaria indice de katz Fuden s/f Disponible en:

[http://www.ome.es/media/docs/Novedad\\_Test\\_Katz.pdf](http://www.ome.es/media/docs/Novedad_Test_Katz.pdf)

26. Portal Geriátrico-red de residencias. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. 2014. (acceso 5 de Marzo de 2014). Adriana Edith Brochero.

Disponible en: <http://www.portalgeriatrico.com.ar/detallenotas.asp?id=2049>

27. José Cabañero-Martínez M, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza CL. Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores. Rev Esp Geriatria Gerontol [Internet]. octubre de 2008 [citado 12 de abril de 2019];43(5):271-83. Disponible en:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X08735698>

## ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLES E INDICADORES	POBLACION Y MUESTRA	METODOLOGIA
<p><b>Problema General</b> ¿Cuáles son las comorbilidades asociadas a los grados de dependencia funcional en los pacientes geriátricos hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018?</p> <p><b>Problemas Específicos</b> <b>a)</b> ¿La diabetes mellitus está asociada a los grados de dependencia funcional en los pacientes geriátricos hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018? <b>b)</b> ¿La hipertensión arterial está asociada a los grados de dependencia funcional en los pacientes geriátricos hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018? <b>c)</b> ¿La artritis reumatoide está asociada a los grados de dependencia funcional en los pacientes geriátricos hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018?</p>	<p><b>Objetivo General</b> Describir algunas comorbilidades asociadas a los grados de dependencia funcional en los pacientes geriátricos hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b> <b>a)</b> Describir la asociación entre la diabetes mellitus y los grados de dependencia funcional en los pacientes geriátricos hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018. <b>b)</b> Describir la asociación entre la hipertensión arterial y los grados de dependencia funcional en los pacientes geriátricos hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018. <b>c)</b> Describir la asociación entre la artritis reumatoide y los grados de dependencia funcional en los pacientes geriátricos hospitalizados en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018.</p>	<p><b>Variable 1</b> ALGUNAS COMORBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabetes Mellitus</li> <li>-Hipertensión Arterial.</li> <li>- Artritis Reumatoide</li> </ul> <p><b>Variable 2</b> GRADOS DE DEPENDENCIA FUNCIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ausencia de incapacidad o incapacidad leve.</li> <li>-Incapacidad moderada</li> <li>-Incapacidad severa</li> </ul>	<p><b>Población:</b> Se consideró 130 pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.</p> <p><b>Muestra:</b> Se utilizó el OpenEpi, es un software gratuito y de código abierto para estadísticas epidemiológicas para Salud Pública entregando una muestra de 100 adultos mayores con un nivel de confianza al 95 %.</p>	<p>Diseño descriptivo, transversal analítico.</p> <p><b>Diagrama:</b> <b>M</b> → <b>O1</b> → <b>O2</b></p> <p><b>Donde:</b> <b>M</b> = Paciente geriátrico hospitalizado en el servicio de medicina interna del HNSB. <b>O1</b> = Algunas comorbilidades <b>O2</b> = Grados de dependencia funcional.</p>

## ANEXO 2: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
ALGUNAS COMORBILIDADES	Otras alteraciones de la salud presentes.	<p>Diabetes Mellitus</p> <p>Hipertensión Arterial.</p> <p>Artritis Reumatoide</p>	<p>Niveles elevados de glucosa &gt;126mg/dl polidipsia, polifagia, poliuria.</p> <p>Aumento de la presión arterial &gt; o igual a 140/90mmHg</p> <p>Inflamación, rubor, dolor e inmovilidad de las articulaciones afectadas</p>	<p>(1)</p> <p>(2)</p> <p>(3)</p>
GRADOS DE DEPENDENCIA FUNCIONAL	El índice de Katz evalúa independencia o dependencia en las actividades de la vida diaria. (alimentación, continencia, movilidad, uso del servicio, vestirse y bañarse). <i>(Escala de valoración Funcional en el anciano)</i> Galicia Clin 2011; 72 (1): 11-16. Disponible en: Dialnet-EscalasDeValoracionFuncionalEnElAnciano-4098178.pdf	<p>Ausencia de incapacidad o incapacidad leve.</p> <p>Incapacidad moderada.</p> <p>Incapacidad severa</p>	Puntaje	<p>1 punto</p> <p>2-3 puntos</p> <p>4-6 puntos</p>

## ANEXO N°3

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTO

#### ALGUNAS COMORBILIDADES ASOCIADAS A LOS GRADOS DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2018

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_

#### Datos generales:

Sexo: Masculino ( )

Femenino ( )

Edad: \_\_\_\_\_ años.

#### COMORBILIDADES:

1. Diabetes Mellitus: Si ( ) No ( )

2. Hipertensión Arterial: Si ( ) No ( )

3. Artritis Reumatoide: Si ( ) No ( )

## ANEXO 4: ESCALA DE KATZ

### VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -ÍNDICE DE KATZ-

<b>1. Baño</b>	<b>Independiente.</b> Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía ).	
	<b>Dependiente.</b> Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
<b>2. Vestido</b>	<b>Independiente.</b> Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	<b>Dependiente.</b> No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
<b>3. Uso del WC</b>	<b>Independiente:</b> Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretorios.	
	<b>Dependiente.</b> Precisa ayuda para ir al W.C.	
<b>4. Movilidad</b>	<b>Independiente.</b> Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	<b>Dependiente.</b> Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
<b>5. Continencia</b>	<b>Independiente.</b> Control completo de micción y defecación.	
	<b>Dependiente.</b> Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
<b>6. Alimentación</b>	<b>Independiente.</b> Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	<b>Dependiente.</b> Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

### Bibliografía

- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, y cols. Studies of illness in the age: the index of ADL a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963, 185: 914-919.
- Katz S, Down TD, Cash HR y cols. Progress in development of the index of ADL. Gerontologist, 1.970; 10(1): 20-30.
- Alvarez M, Alaiz AT, Brun E y cols. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. Aten Prim 1992, 10: 812-815.



# UAP

# UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

ESCUELA DE PREGRADO  
FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN  
JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

1.1 APELLIDOS Y NOMBRES  
1.2 GRADO ACADÉMICO

*Santiago Antonio Herrera Morales*  
*Especialidad en Geriatria RME 14479*  
*Dash. en Medicina Humana*

1.3 INSTITUCIÓN QUE LABORA  
1.4 TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

: Universidad Alas Peruanas  
: "ALGUNAS COMORBILIDADES ASOCIADAS A LOS GRADOS DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN PACIENTES GERIATRICOS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO ERNESTO BERNALES 2018"

1.5 AUTOR DEL INSTRUMENTO  
1.6 NOMBRE DEL INSTRUMENTO  
1.7 CRITERIOS DE APLICABILIDAD

: Huamán Tarazona Rosario Alicia  
: Encuesta

- a) De 01 a 09: (No valido, reformular)
- b) De 10 a 12: (No valido, modificar)
- c) De 12 a 15: (Valido, mejorar)
- d) De 15 a 18: (Valido, precisar)
- e) De 18 a 20: (Valido, aplicar)

II. ASPECTOS A EVALUAR

INDICADORES DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUANLITATIVOS CUANTITATIVOS	Deficiente (01-09)	Regular (10-12)	Bueno (12-15)	Muy Bueno (15-18)	Excelente (18-20)
		01	02	03	04	05
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					✓
2. OBJETIVIDAD	Está expresado con conductas observables					✓
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la Ciencia y Tecnología					✓
4. ORGANIZACIÓN	Existe un constructo lógico en los items.					✓
5. SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad					✓
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos trazados.					✓
7. CONSISTENCIA	Basado en el aspecto teórico científico y del tema de estudio.					✓
8. COHERENCIA	Entre Hipótesis, dimensiones e indicadores.					✓
9. METODOLOGÍA	Cumple con los lineamientos metodológicos.					✓
10. PERTINENCIA	Es asertivo y funcional para la Ciencia.					✓
Sub total						50
Total						50

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0.4) : *20*

VALORACIÓN CUALITATIVA : .....

OPINIÓN APLICABILIDAD : *A aplicar*

Lugar y Fecha: *Comas 12 Octubre 2018*

*Santiago Antonio Herrera Morales*  
Medicina Interna - Geriatria  
CAMP 29528 RME 14479

Firma y Postfirma del experto

DNI: *18.089.753*



PERU

MINISTERIO  
DE SALUD

HOSPITAL SERGIO E.  
BERNALES

OFICINA DE APOYO A  
DOCENCIA E INVESTIGACION

"AÑO DEL DIÁLOGO Y RECONCILIACIÓN NACIONAL"

MEMO N°. 607 -2018-OF-ADEI-HSEB

A : Srta. ROSARIO HUAMAN TARAZONA  
Asunto : Autorización para aplicación de Instrumento de Proyecto de Investigación  
Referencia : Solicitud s/n de fecha 23 de Noviembre del 2018  
Fecha :

---

Mediante el presente me dirijo a usted, para dar respuesta al documento de la referencia y comunicarle que esta Jefatura luego de revisar su Trabajo de Investigación Titulado: **"ALGUNAS COMORBILIDADES ASOCIADAS A LOS GRADOS DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2018"**  
Esta Oficina aprueba su Proyecto de Investigación para la aplicación del Instrumento de tesis (Encuestas).

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,



HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES  
DR. OSCAR  
C.M.P.  
JEFE DE LA OFICINA

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

**SOLICITO:** Autorización para realizar encuestas a pacientes del consultorio de geriatría

**JEFE DE LA OFICINA DE APOYO A LAS DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL  
“HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES”**

Yo, HUAMAN TARAZONA, Rosario Alicia identificada con DNI 45155311 con código universitario N° 2012149147 cursando el decimosegundo (XII) ciclo de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas – Facultad de Medicina me dirijo a usted con el debido respeto y expongo:

Que actualmente vengo realizando un trabajo de investigación que lleva como título “**ALGUNAS COMORBILIDADES ASOCIADAS A LOS GRADOS DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN PACIENTES GERIATRICOS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNAES 2018**” el cual requiere la aplicación de un instrumento (cuestionario) a los pacientes que acuden al consultorio de Geriatría, motivo por el cual recorro a usted para solicitar el permiso correspondiente en el mes de noviembre del presente año y me permita aplicar el instrumento de investigación para poder continuar con el procesamiento de los datos obtenidos.

POR LO EXPUESTO:

Solicito a usted, tenga bien acceder a mi solicitud por ser justa.

ADJUNTO

- Proyecto de tesis e instrumento de recolección de datos

Lima 23 de noviembre del 2018



  
ROSARIO A. HUAMAN TARAZONA  
DNI 45155311