

11226

46
29.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "SANTA MARIA"

CLINICA SANTA MARIA
L S S T E

VALORACION DEL GRADO DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA
POR LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA COTIDIANA
DEL PACIENTE GERIATRICO EN LA CLINICA DE
MEDICINA FAMILIAR "SANTA MARIA"

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar, Presenta:

ROSARIO DE LA LUZ ELIZONDO FRAGOSO

México, D. F.

1998

264929

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

VALORACION DEL GRADO DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA POR LAS
ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA COTIDIANA DEL PACIENTE
GERIATRICO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "SANTA MARIA"

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

Presenta:

ROSARIO DE LA LUZ ELIZONDO FRAGOSO

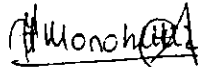
AUTORIZACIONES



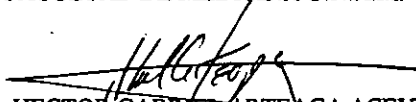
DR. RUBEN JORDAN MORA
PROFESOR TITULAR
DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES EN LA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "SANTA MARIA"



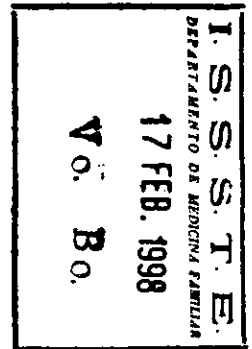
DR. RUBEN JORDAN MORA
ASESOR DE TESIS
I.S.S.S.T.E.



DRA. CLAUDIA TERESA MONOBE HERNANDEZ
ASESOR DE TESIS
U.N.A.M.
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.



VALORACION DEL GRADO DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA
POR LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA COTIDIANA
DEL PACIENTE GERIATRICO EN LA CLINICA DE
MEDICINA FAMILIAR "SANTA MARIA"

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

Presenta:

ROSARIO DE LA LUZ ELIZONDO FRAGOSO

AUTORIZACIONES



DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACION DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA. U.N.A.M.

DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR. U.N.A.M.

SABER ENVEJECER:
ES LA MAYOR DE LAS SABIDURIAS
Y UNO DE LOS MAS GRANDES CAPITULOS
EN EL GRAN ARTE DE VIVIR
(EN ESTE OFICIO TODOS SOMOS APRENDICES)

HENRI FREDERIC AMIEL

**VALORACION DEL GRADO DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA
POR LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA COTIDIANA
DEL PACIENTE GERIATRICO EN LA CLINICA DE
MEDICINA FAMILIAR "SANTA MARIA"**

INDICE

	Página
MARCO TEORICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
JUSTIFICACION	8
OBJETIVOS	9
METODOLOGIA	10
RESULTADOS	15
DISCUSION	24
CONCLUSIONES	25
BIBLIOGRAFIA	26
ANEXOS	28

MARCO TEÓRICO

De acuerdo a estudios recientes se ha podido observar un crecimiento mayor en la población geriátrica por arriba de los 65 años de edad, que solo en Estados Unidos de Norteamérica representa el 13% de la población y esperan para el año 2020 que se eleve a un 20% del total; o sea que desde comienzos de siglo la Esperanza de Vida ha aumentado en ese país en 25 años y la vida activa, así como la edad a la que se manifiestan las incapacidades secundarias a la mayor parte de enfermedades crónicas. Sin embargo la relación entre vida activa e incapacidad funcional no ha aumentado en los 25 años sino que ha disminuido. (1)

En Latinoamérica en 1970 la población de más de 60 años constituían el 6.4% de la población. Para el año 2000 se pronostican cifras de 7.6% que significa la presencia de 35 millones de ancianos con una expectativa de vida de 69.4 años en una población total de 455 millones (uno de los factores que más afecta a esta población es la pobreza). Uruguay es el país latinoamericano que tiene la mayor proporción de ancianos con un 16% de su población total y la Esperanza de Vida que supera los 70 años. (2)

En un país europeo como España, los ancianos representan el 13.5% de la población y consumen la mayor parte de los servicios asistenciales. (3)

En nuestro país los ancianos representan 4.4% (aprox. 4 millones) hasta 1995 de la población total. En nuestra República la población total hasta 1995 de 91,158,290; de los cuales 44,990,499 hombres y 46,257,791 mujeres. (4)

Podemos observar que el envejecimiento es una de las expresiones más notables de los cambios registrados en la estructura demográfica mundial; así mientras la población mundial crece al 1.7% anual los de 60 años y más aumentan 2.5%; esto se atribuye no solo al aumento de la Esperanza de Vida sino al descenso en la fecundidad. (5)

Podemos observar que en diferentes países en unos más que en otros la tendencia de la población anciana es aumentar y esto trae problemas que preocupan tanto a políticos-planificadores, gestores, sanitarios, agentes sociales y ciudadanos, etc. Esto ha provocado repercusiones a nivel cultural, social, sanitario, político y económico. Requiere de medidas que dependerán de la política sanitaria y social que se adopte. Estas políticas se determinan a través de la legislación dictada en cada caso: Sanitaria y Social y en cada país, siendo la sanitaria complementaria de la social ya que el nivel de salud y de bienestar de las personas de edad está estrechamente ligada al nivel de protección social ofertado.

El estudio demográfico de los diferentes países evidencian las causas del envejecimiento de la población: Disminución de la mortalidad, aumento de la Esperanza de Vida, disminución de la natalidad. Según proyecciones de las Naciones Unidas, la evolución demográfica para la región europea el año 2000 supondrá el 20% del total de la población.

Este grupo de población presenta características: padecimientos crónicos, pluripatologías, consumen varios fármacos, precisan atención social y tienen incapacidades. Todo esto hace que este grupo consuma gran cantidad de recursos sanitarios y sociales directamente proporcional al grado de dependencia, o sea que este

grupo consume 40% de la actividad del médico general, más de 50% de fármacos, 35 a 40% de las estancias hospitalarias y exceden en 12 días las estancias en relación con el resto de la población. (6)

Una de las pocas fuentes con las que cuenta México en relación a la estimación de la necesidad actual de atención, es la Encuesta Nacional de Salud; que nos permitió determinar las principales causas de morbilidad (7), y que en orden de importancia son:

1. Artritis y otras enfermedades musculoesqueléticas
2. Otras enfermedades infecciosas y parasitarias.
3. Infecciones respiratorias
4. Hipertensión arterial
5. Diabetes
6. Enfermedad ácido-péptica
7. Traumatismos
8. Coronariopatías y otras cardiopatías
9. Enfermedades de la circulación
10. Catarata, glaucoma y otras oculopatías
11. Problemas mal definidos

De las cuales podemos observar que si presenta casi cualquiera de estos padecimientos, influyen de manera directa en la manera de comportarse en la vida cotidiana, afectando su círculo familiar.

Se han ideado instrumentos sencillos y eficientes que permiten en poco tiempo determinar el estado físico y funcional de los pacientes de la tercera edad, como son: El

Índice de Actividades de la Vida Cotidiana (que nos permite evaluar las actividades más básicas que el paciente tiene que llevar a cabo con éxito todos los días para seguir siendo independiente); La Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Cotidiana (como es el constestar el teléfono, ir a la tienda, etc.); El Mini-Examen del Estado Mental (MEEM, que mediante algunas preguntas podemos tener una idea de la orientación, memoria, atención y cálculo, así como del lenguaje); La Exploración Rápida del Equilibrio y la Marcha de Tinetti (8) evalúa a los pacientes que presentan limitaciones ortopédicas o neurológicas. También existen pruebas para la audición y visión que de existir afecciones pueden contribuir al deterioro funcional. (8)

La evaluación tiene como objetivo medir la actividad, la independencia y la estabilidad psicológica de los pacientes ancianos. (1)

Si el médico obtiene la información suficiente podrá identificar y aminorar muchas de las afecciones que causan deterioro o enviar a los paciente a una evaluación multidimensional completa, con la probabilidad que el tratamiento subsecuente de uno o más problemas aumente el bienestar y mejore el funcionamiento.

Las evaluaciones pueden ser completas o breves a lo largo del tiempo para identificar factores que ocasionen deterioro. Los instrumentos para evaluar las actividades de la vida cotidiana pueden mostrar cómo los pacientes se enfrentan a su entorno físico. (1)

De gran importancia en la atención primaria es tener una visión completa e integral del paciente, tratar de identificar los factores que causan deterioro funcional o cognoscitivo. Un plan de atención es muy necesario al tratar a los ancianos como a los jóvenes. Se trata de reducir la dependencia. (8)

La prevención primaria es anticiparse a la enfermedad y proporcionar protección; la prevención secundaria, es detectar enfermedades no diagnosticadas o tratadas en forma inadecuada; la prevención terciaria es el atacar problemas que pueden ser incapacitantes. El éxito entonces sería no tan solo prevenir la enfermedad sino evitar la discapacidad y la minusvalía, es decir, prolongar la vida y no el acto de la muerte. Para medir la capacidad del anciano o sea la funcionalidad, podemos distinguir dos grandes áreas de actividad; actividades dirigidas hacia el entorno y actividades dirigidas hacia la persona misma. (9)

Las primeras que podríamos denominar trabajo comprende la manipulación de objetos con fines productivos, creativos o artísticos. Las segundas garantizan la subsistencia del individuo mediante actividades básicas cotidianas o de la vida diaria que incluye la higiene personal, alimentación, etc. Esta distinción es importante porque crea necesidades especiales. (9)

En la época de los 60's cuando comenzaba la gerontología moderna, se consideraba como rareza el vigor atlético e intelectual de los nonagenarios y por lo tanto irrelevante. En 1980, se cambia de manera de pensar y se considera a estas superestrellas que aunque pocas tenían mucho que enseñarnos. Al estudiar la fisiología, la psicología, la biología molecular, la epidemiología y la respuesta al estrés de aquellos que envejecen con éxito, es probable desarrollar estrategias que permite a las personas envejecer con éxito a lo largo de su vida.

Una vez que se identifiquen los factores que pueden estar relacionados con el envejecimiento exitoso, el siguiente paso sería estudiar la modificación sistemática de

estos factores en estudios de intervención controlados de manera cuidadosa para adultos de edad madura y edad avanzada. (1)

En la Clínica de Medicina Familiar "Santa María" del I.S.S.S.T.E., en la pirámide poblacional que se realizó en octubre de 1995 el porcentaje de personas de más de 65 años de edad, fue de 7.5% de la población total de un sólo consultorio; siendo 48 hombres y 105 mujeres, representando las mujeres más del 50% del total de esta población.

La población total de pacientes de más de 65 años en esta Clínica se considera alrededor de 1000 frente a una población total de 14,000.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población geriátrica presenta características especiales, como son padecimientos crónicos, pluripatologías, incapacidades, consumo de varios fármacos, y que necesariamente precisan atención social.

Uno de los objetivos del médico familiar es conocer las características de su población adscrita para poder ofrecer una atención adecuada y precisa. Dada la información obtenida de la pirámide poblacional en relación al paciente geriátrico y el interés por ofrecer a éste una mejor atención, surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es el grado de independencia/dependencia de la población geriátrica de acuerdo al Índice de Actividades de la Vida Cotidiana?

JUSTIFICACION

En nuestro país, se empieza a observar un paulatino envejecimiento de la población, es decir, una tasa de crecimiento de las personas mayores de 64 años, superior a la que experimenta el resto de la población. (7)

Actualmente las ancianas y los ancianos del país alcanzan los 4 millones de personas, lo que representa el 4.4% de los mexicanos. (4)

En diferentes foros realizados en México, en donde ha participado la Organización de las Naciones Unidas, la Organización Panamericana de la Salud y la Comisión Nacional de Derechos Humanos, se ha hablado acerca de la prioridad que deben representar los adultos mayores, destacando el acceso a atención médica en las instalaciones del Sistema Nacional de Salud. (4)

Para poder ofrecer una atención integral y de calidad es necesario conocer uno de los aspectos que frecuentemente poco preocupan al médico familiar, como es conocer el grado de independencia/dependencia del paciente geriátrico.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer el grado de independencia del paciente geriátrico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Conocer el grado de independencia del paciente geriátrico por edad.
- Conocer el grado de independencia del paciente geriátrico por sexo.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO:

Pacientes mayores de 65 años de edad, derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar "Santa María" del I.S.S.S.T.E., adscritos al consultorio 3 del turno matutino, durante el periodo de octubre a diciembre de 1996 y enero de 1997.

TIPO DE LA MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Todos los pacientes mayores de 65 años de edad, que acudieran a consulta.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1) Ser derechohabiente a la Clínica de Medicina Familiar "Santa María" del I.S.S.S.T.E.
- 2) Tener 65 años o más.
- 3) De ambos sexos.
- 4) Que acepten participar en este estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- 1) No ser derechohabiente del I.S.S.S.T.E.
- 2) Tener menos de 65 años

- 3) Presentar alteraciones de deterioro mental.
- 4) Que no acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- 1) Que no terminen con la participación en el estudio.

INFORMACIÓN A RECOLECTAR, VARIABLES A RECOLECTAR:

-EDAD (Independiente)

-SEXO (Independiente)

-BAÑO (Dependiente): *Independiente*, cuando no recibe ayuda (entra y sale de la tina por sí mismo, recibe ayuda para lavar solo una parte del cuerpo. *Dependiente*, cuando recibe ayuda para lavar más de una parte del cuerpo o no se baña.

-VESTIDO (Dependiente): *Independiente*, cuando saca la ropa y se viste completamente sin ayuda, o excepto para ajustar las cintas o hebillas de los zapatos. *Dependiente*, cuando recibe ayuda para sacar la ropa o para vestirse o permanece desvestido parcial o totalmente.

-SANTARIO (Dependiente): *Independiente*, cuando acude al sanitario y arregla sus ropas sin ayuda (puede utilizar un objeto para apoyarse como un bastón, una andadera o una silla de ruedas) y puede utilizar una bacinica o un cómodo por la noche, vaciándolo en la mañana. *Dependiente*, cuando recibe ayuda al acudir al sanitario o al asearse o arreglar sus ropas después de la eliminación o al emplear una bacinica o un cómodo por la noche, o no acude al sanitario para el proceso de eliminación.

-MOVILIZACIÓN (Dependiente): *Independiente*, sube y baja de la cama y se sienta y se levanta de la silla sin ayuda (puede utilizar un objeto para apoyarse como un bastón o una andadera). *Dependiente*, sube y baja de la cama y se sienta y se levanta de una silla con ayuda; no se levanta de la cama.

-CONTROL DE ESFÍNTERES (Dependiente): *Independiente*, cuando controla la micción y la defecación completamente. *Dependiente*, cuando presenta accidentes ocasionales; cuando requiere supervisión para controlar la micción o la defecación, o utiliza una sonda o no controla sus esfínteres.

-ALIMENTACIÓN (Dependiente): *Independiente*, se alimenta sin ayuda, se alimenta solo, pero requiere ayuda para cortar la carne o untar la mantequilla en el pan. *Dependiente*, cuando recibe ayuda para alimentarse o es alimentado parcial o completamente a través de sondas o por medio de soluciones intravenosas.

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN:

Se aplicó el Índice de Actividades de la Vida Cotidiana (AVC) de las Universidades de California, Nueva York y Cincinnati, para evaluar las actividades más básicas y que nos permite evaluar las actividades más básicas que el paciente geriátrico debe llevar a cabo con éxito todos los días para seguir siendo independiente.

Al momento de la consulta del paciente, se solicitó su participación en el estudio, aplicando así el cuestionario, con preguntas relacionadas con la ejecución de actos para llevar a cabo el baño, el vestirse, ir al sanitario y asearse solo, si puede levantarse y sentarse solo de una silla o de la cama; si controla la micción y defecación y si puede

alimentarse por sí mismo, o necesita de la ayuda de alguien para ejecutarlas. Conforme a las respuestas se marcaba en los cuadros o círculos que indican independencia o dependencia, respectivamente, previa anotación del nombre del paciente, edad, sexo y fecha de elaboración.

Posteriormente se obtenía la calificación, conforme el siguiente cuadro:

Indice

A: Independiente en las seis funciones

B: Independiente en todas, salvo en una de estas funciones

C: Independiente en todas, salvo en el baño y en otra función.

D: Independiente en todas, salvo en el baño, el vestido y en otra función.

E: Independiente en todas, salvo en el baño, el vestido, el sanitario y en otra función.

F: Independiente en todas, salvo en el baño, el vestido, el sanitario, la movilización y en otra función.

G: Dependiente en las seis funciones.

Otro: Dependiente por lo menos en dos funciones, pero no puede ser clasificado como C, D, E, ni F.

Finalmente se realizó la contabilidad de los resultados para formar cuadros y gráficas de acuerdo a sexo, edad y grado de independencia/dependencia.

CONSIDERACIONES ETICAS:

Se tomó en consideración la autorización del paciente, previa explicación del objetivo del estudio y el manejo de la información en forma confidencial. De acuerdo a la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 40 pacientes, de los cuales 17 (42.5%) son del sexo masculino y 23 (57.5%) son del sexo femenino. (Cuadro 1, Gráfica 1).

Y que representan un 26.1% del total de pacientes mayores de 65 años de edad que se encuentran registrados en la pirámide poblacional (153). (Cuadro 2, Gráfica 2).

Por grupos de edad, se clasificaron 9 (22.5%) en el grupo de 65 a 69 años de edad; 14 (35%) en el grupo de 70 a 74 años; 9 (22.5%) en el grupo de 75 a 79 años; 4 (10%) en el grupo de 80 a 84 años, solamente un paciente (2.5%) en el grupo de 85 a 89 años y tres pacientes (7.5%) en el grupo de más de 90 años de edad. (Cuadro 3, Gráfica 3).

En relación a la aplicación de la encuesta para la valoración del grado de independencia/dependencia, se observó que 37 (92.5%) de los ancianos presentaron independencia completa (es decir, en las seis funciones) con la calificación de A. Dos de los pacientes (5%) obtuvieron una calificación de B (es decir, independiente en todas salvo en una de las seis funciones) ya que uno de ellos necesita ayuda para ir al sanitario y el otro recibe ayuda para subir y bajar de la cama. El último paciente (2.5%) obtuvo calificación de Otro, ya que es independiente en dos de las funciones, y en las otras cuatro es dependiente. Cabe mencionar que este último paciente es mayor de 90 años de edad. (Cuadro 4, Gráfica 4).

VALORACION DEL GRADO DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA
POR LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA COTIDIANA
DEL PACIENTE GERIATRICO EN LA CLINICA DE
MEDICINA FAMILIAR "SANTA MARIA"

CUADRO N° 1

Población total estudiada de 65 años y más por sexo.

SEXO	N°	%
Masculino	17	42.5
Femenino	23	57.5
TOTAL	40	100

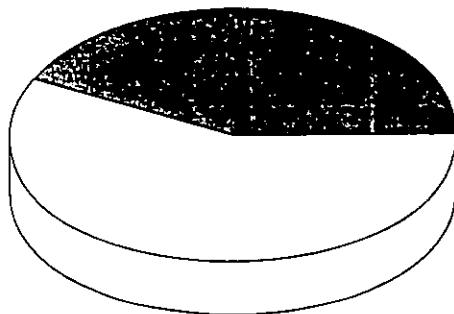
Fuente: Cédula de recolección de datos.

VALORACION DEL GRADO DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA
POR LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA COTIDIANA
DEL PACIENTE GERIATRICO EN LA CLINICA DE
MEDICINA FAMILIAR "SANTA MARIA"

GRAFICA N° 1

Población total estudiada de 65 años y más por sexo

Masculinos 42,5% 17



Femeninos 57,5% 23

Fuente: Cédula de recolección de datos.

**VALORACION DEL GRADO DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA
POR LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA COTIDIANA
DEL PACIENTE GERIATRICO EN LA CLINICA DE
MEDICINA FAMILIAR "SANTA MARIA"**

CUADRO N° 2

Población estudiada en relación al total del mismo
grupo de edad de la pirámide poblacional del consultorio.

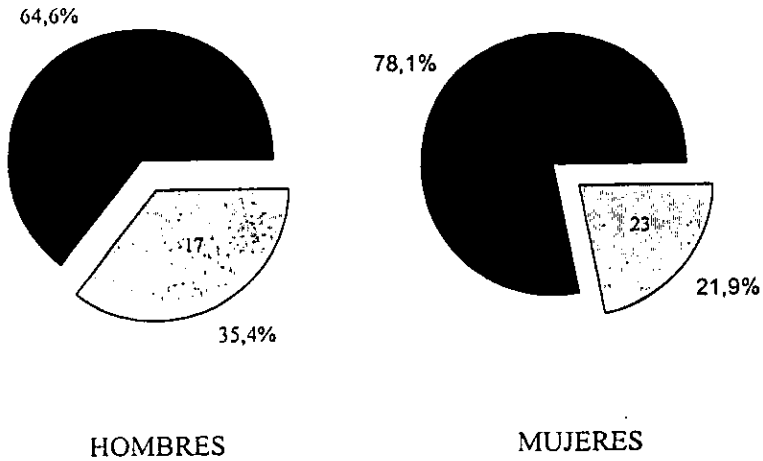
	Hombres	Mujeres	Total
Pirámide poblacional	48	105	153
Población estudiada	17	23	40
Porcentaje estudiado			26.1%

Fuente: Cédula de recolección de datos.

VALORACION DEL GRADO DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA
POR LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA COTIDIANA
DEL PACIENTE GERIATRICO EN LA CLINICA DE
MEDICINA FAMILIAR "SANTA MARIA"

GRAFICA N° 2

Población estudiada en relación al total del mismogrupo de edad de la pirámide poblacional del consultorio



Fuente: Cédula de recolección de datos.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

**VALORACION DEL GRADO DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA
POR LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA COTIDIANA
DEL PACIENTE GERIATRICO EN LA CLINICA DE
MEDICINA FAMILIAR "SANTA MARIA"**

CUADRO Nº 3

Población estudiada por grupos de edad y sexo.

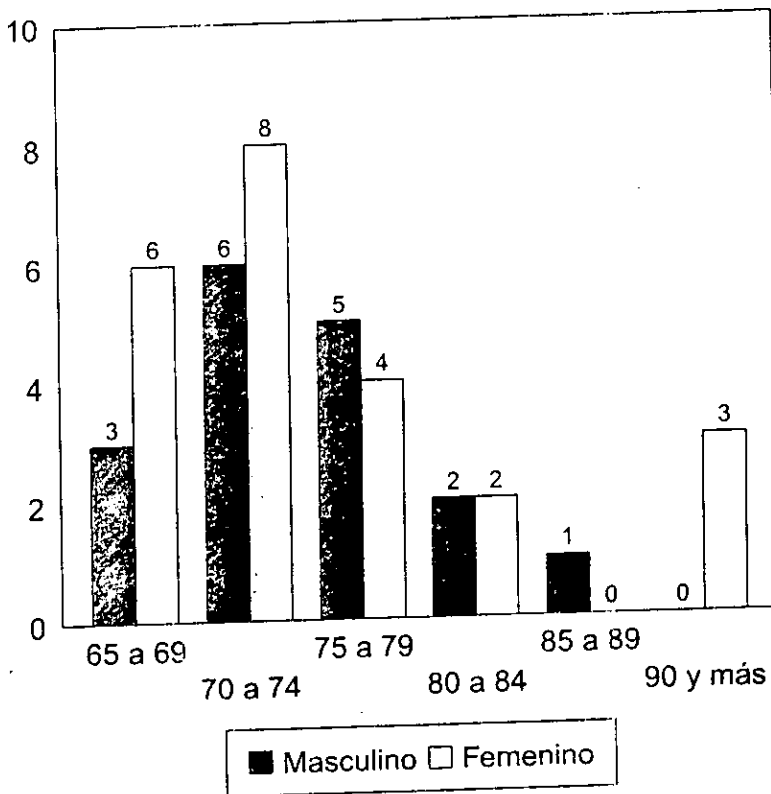
AÑOS	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
65 a 69	3	6	9	22.5
70 a 74	6	8	14	35.0
75 a 79	5	4	9	22.5
80 a 84	2	2	4	10.0
85 a 89	1	-	1	2.5
Más de 90	-	3	3	7.5
Total	17	23	40	100.0

Fuente: Cédula de recolección de datos.

VALORACION DEL GRADO DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA
POR LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA COTIDIANA
DEL PACIENTE GERIATRICO EN LA CLINICA DE
MEDICINA FAMILIAR "SANTA MARIA"

GRAFICA N° 3

Población estudiada por grupos de edad y sexo



Fuente: Cédula de recolección de datos.

**VALORACION DEL GRADO DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA
POR LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA COTIDIANA
DEL PACIENTE GERIATRICO EN LA CLINICA DE
MEDICINA FAMILIAR "SANTA MARIA"**

CUADRO Nº 4

Grado de Independencia/Dependencia de la población estudiada.

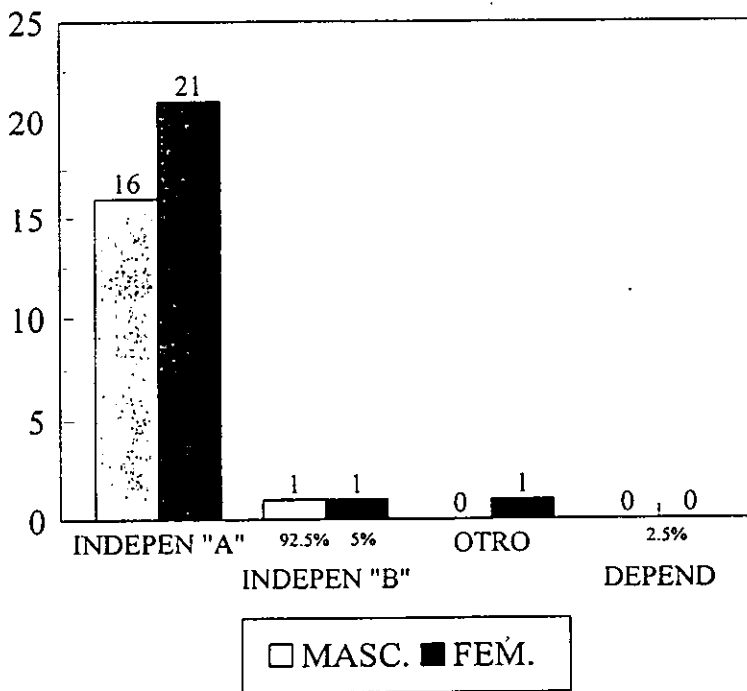
Edad en años	INDEPENDENCIA "A"		DEPENDENCIA "B"		DEPENDENCIA "Otro"	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
65 a 69	3	6	-	-	-	-
70 a 74	6	8	-	-	-	-
75 a 79	5	4	-	-	-	-
80 a 84	2	1	-	1	-	-
85 a 89	-	-	1	-	-	-
90 y más	-	2	-	-	-	1
Total	16	21	1	1	0	1
Porcentaje	92.5%		5%		2.5%	

Fuente: Cédula de recolección de datos.

**VALORACION DEL GRADO DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA
POR LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA COTIDIANA
DEL PACIENTE GERIATRICO EN LA CLINICA DE
MEDICINA FAMILIAR "SANTA MARIA"**

GRAFICA N° 4

Grado de Independencia/Dependencia de la
población estudiada.



Fuente: Cédula de recolección de datos.

DISCUSION

En México, en el Reporte del Censo de Población y Vivienda del INEGI en 1995, se refiere que los ancianos representan un 4.4% de la población total del país (4). Y se observa que la distribución por sexo es casi igual.

De los resultados obtenidos del presente estudio se puede observar que el sexo femenino predomina en la solicitud de la consulta con un 57.5%, tal vez debido a algún factor cultural que promueva que las mujeres en general acudan a consulta.

Diferentes estudios (6, 7, 9) coinciden en que la población geriátrica presenta características particulares como es la presencia de padecimientos crónicos y pluripatologías que ocasionan incapacidades y motivan la dependencia. Nuestros resultados revelan que el 97.5% de los pacientes estudiados es independiente. Esto puede explicarse si tomamos en cuenta que nos encontramos en una zona urbana, y esta población cuenta con el acceso a los servicios de salud, lo que facilita un mejor control de sus enfermedades.

Es importante mencionar que el paciente que se clasificó como dependiente es mayor de 90 años de edad.

El Índice de Actividades de la Vida Cotidiana (8) se mostró práctico y sencillo para su aplicación en este tipo de población (mayores de 65 años de edad) y facilitó la valoración del grado de independencia/dependencia.

CONCLUSIONES

1. El 97.5% de la población geriátrica estudiada del consultorio N° 3 de la Clínica “Santa María” es completamente independiente.
2. El grupo de edad de 70 a 79 años, 23 pacientes (57.5%) obtuvieron el grado A de independencia.
3. De 40 pacientes estudiados, 21 fueron mujeres (56.5%) y presentaron el grado A de independencia; 16 fueron hombres (43.2%) con el mismo grado.

La aplicación de esta encuesta, nos permitió tener una imagen de la funcionalidad más básica de una cuarta parte de la población geriátrica del Consultorio N° 3, y nos brindó la oportunidad de demostrar que con unos pocos minutos por parte del médico o de personal capacitado podemos obtener información valiosa.

Si este mismo instrumento se vuelve a aplicar en un tiempo, acompañado de otros instrumentos como los mencionados en el marco teórico, y haciéndolo extensivo a todas las clínicas de medicina familiar, podríamos obtener una imagen completa de la funcionalidad de la población geriátrica de nuestra institución.

Que por supuesto nos permitiría establecer programas educacionales de prevención y de tratamiento oportuno, para poder evitar el que muchos pacientes lleguen a estados dependientes y al mismo tiempo prevenir el sufrimiento físico y económico para la familia y la sociedad en general.

BIBLIOGRAFIA

1. Besdine, Richard W.: **Esperanza de Vida**. Rev. Atención Médica. Agosto 1994. p. 14-6.
2. Albrieux, A.S.: **Integración del anciano y su familia en la naturaleza**. Geriatrika. Vol. 8(5) 194-1992. p. 15-8.
3. Gorostiga, Rosa Y.: **Médico Familiar. Adaptación de un screening funcional dirigido a población anciana en un Centro de Salud**. Rev. Atención Primaria. Vol. 12(5) Sep. 30-93. p. 17-34.
4. INEGI. **Conteo de población y vivienda. Estados Unidos Mexicanos. Población total por entidad federativa por edad y sexo**. Ed. 1995. p. 40-1.
5. Ruíz Arregui, L. Rivera Márquez, J.A.: **Características de la morbilidad en población mexicana de edad avanzada: un análisis de la Encuesta Nacional de Salud 1988**. Edición 1996. Vol. 38. p. 430-6.
6. García Córdova, F.: **Médico Familiar. Políticas Sanitarias y Sociales desarrolladas en algunos países de la Comunidad Europea con respecto a la tercera edad**. Rev. Atención Primaria. Vol. 13(9) Mayo 31-94. p. 79-88.
7. Durán Arena, Luis.: **Financiamiento de la Atención a la Salud de la Población de la Tercera Edad**. Rev. Salud Pública de México. Edición 1996. p. 501-11.

8. Beck, John C.: **Geriatría: Evaluación Funcional**. Rev. Atención Médica. Agosto 1994. p. 17-34.
9. Vega Restrepo, Tito: **Evaluación Funcional de los Ancianos**. Rev. Geriatría. Vol. 11(2)107-95. p. 57-65.

ANEXOS

Índice de Actividades de la Vida Cotidiana (AvC)

Hoja de evaluación

Nombre _____ Fecha _____

En cada área de funcionamiento mencionada abajo, marque la descripción que sea aplicable. (La palabra "ayuda" significa supervisión, dirección o asistencia personal.)

Baño: Baño de esponja, baño en tina o regadera.

- No recibe ayuda (entra y sale de la tina por sí mismo cuando se baña en tina)
- Recibe ayuda para lavar sólo una parte del cuerpo (como la espalda o una pierna).
- Recibe ayuda para lavar más de una parte del cuerpo (o no se baña).

Vestido: Saca la ropa de armarios y cajones, incluyendo ropa interior y exterior, y utiliza prendas para ajustarla, incluyendo tirantes si los usa.

- Saca la ropa y se viste completamente sin ayuda.
- Saca la ropa y se viste sin ayuda, excepto para ajustar las cintas o hebillas de los zapatos.
- Recibe ayuda para sacar las ropas o para vestirse, o permanece desvestido parcial o completamente.

Sanitario: Acude al cuarto llamado "sanitario" para evacuar/orinar, se asea después y arregla sus ropas.

- Acude al sanitario, se asea y arregla sus ropas sin ayuda. (Puede utilizar un objeto para apoyarse, como un bastón, una andadera o una silla de ruedas, y puede utilizar una bacinica o un cómodo por la noche, vaciándolo en la mañana.)
- Recibe ayuda al acudir al sanitario o al asearse o arreglar sus ropas después de la eliminación o al emplear una bacinica o un cómodo por la noche.
- No acude al sanitario para el proceso de eliminación.

Movilización

- Sube y baja de la cama, y se sienta y se levanta de una silla sin ayuda. (Puede utilizar un objeto para apoyarse, como un bastón o una andadera.)
- Sube y baja de la cama, y se sienta y se levanta de una silla con ayuda.
- No se levanta de la cama.

Control de esfínteres

- Controla la micción y la defecación completamente.
- Presenta accidentes ocasionales.
- Requiere supervisión para controlar la micción o la defecación, utiliza una sonda, o no controla sus esfínteres.

Alimentación

- Se alimenta sin ayuda.
- Se alimenta solo, pero requiere ayuda para cortar la carne o untar la mantequilla en el pan.
- Recibe ayuda para alimentarse o es alimentado parcial o completamente a través de sondas o por medio de soluciones intravenosas.

Índice

Indica independencia

Indica dependencia

A: Independiente en las seis funciones.

B: Independiente en todas, salvo en una de estas funciones.

C: Independiente en todas, salvo en el baño y en otra función.

D: Independiente en todas, salvo en el baño, el vestido y en otra función.

Otra: Dependiente por lo menos en dos funciones, pero no puede ser clasificado como C, D, E ni F.

E: Independiente en todas, salvo en el baño, el vestido, el sanitario y en otra función.

F: Independiente en todas, salvo en el baño, el vestido, el sanitario, la movilización y en otra función.

G: Dependiente en las seis funciones.

Adaptada con autorización de A. H. S. y J. A. Moskowitz H, et al. Studies of illness in the aged: The index of ADL - a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1953; 155:914-919. Copyright 1963, American Medical Association.

QUISIERA ESTAR TOTALMENTE
AGOTADO AL MORIR
LA VIDA NO ES PARA MI
LA LLAMA FUGAZ DE UNA VELA
ES COMO UNA ANTORCHA
ESPLENDIDA QUE SOSTENGO
POR AHORA
Y QUE DESEO HACER ARDER
CON EL MAYOR BRILLO POSIBLE
ANTES DE ENTREGARLA A LAS
FUTURAS GENERACIONES.

GEORGE BERNARD SHAW