



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina
Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**Valoración geriátrica integral en una población de
adultos mayores, Angamarca- Huánuco 2015**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Anthony Giancarlo MONCADA TARAZONA

ASESOR

Humberto Ricardo POMA TORRES

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Moncada A. Valoración geriátrica integral en una población de adultos mayores, Angasmarca- Huánuco 2015 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Medicina Humana; 2016.

975



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANO DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA



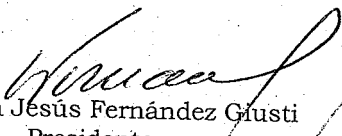
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

9/R
85

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Siendo las 11:30 horas del día diez de agosto del año dos mil dieciséis, en la Sala de Sesiones de la Escuela Académico Profesional de Medicina de la Facultad de Medicina, se reunió el Jurado integrado por los Doctores: Alicia Jesús Fernández Giusti (Presidenta), Renán Velapatiño Castilla (Miembro) y Juan Carlos Alberto Zavala Gonzales (Miembro).

Se realizó la exposición de la tesis titulada **“VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES, ANGASMARCA - HUÁNUCO 2015”**, presentado por don **Anthony Giancarlo Moncada Tarazona**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, habiendo obtenido el calificativo de... **QUINCE** (15).


Dra. Alicia Jesús Fernández Giusti
Presidenta


Dr. Renán Velapatiño Castilla
Miembro


Dr. Juan Carlos Alberto Zavala Gonzales
Miembro



AGRADECIMIENTOS

A Dios por haber sido mi guía y sustento en situaciones de angustia o soledad.

A mis padres y amigos más cercanos que de alguna manera me brindaron su apoyo y sobretodo aliento para seguir adelante.

Al Dr. Humberto Poma, quien accediera generosa y desinteresadamente a ser mi asesor en la elaboración de esta investigación.

A la Dra. Marcia Isimura por su sencillez y amabilidad al facilitarme y brindarme generosamente los datos e información necesaria para la óptima presentación de esta tesis.

Al personal de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana que siempre nos guían con los trámites para la obtención del título profesional.

Anthony Giancarlos Moncada Tarazona

DEDICATORIA

A mis padres René Moncada Flores, y Drucila Rebeca Tarazona Morales quienes me brindaron su amor y me apoyaron en todo momento.

A mis hermanos Gina, Norma y Edwin, porque a pesar de cualquier diferencia entre nosotros, siempre nos mantendremos unidos.

Anthony Giancarlos Moncada Tarazona

ÍNDICE

Resumen	VIII
Abstract	IX
Introducción	1
CAPÍTULO I: Planteamiento	
1. Planteamiento del problema	
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	3
1.2. Formulación del Problema	3
1.3. Justificación del estudio del problema	4
1.4. Limitaciones y viabilidad del estudio.....	5
2. Objetivos de la investigación	
2.1. Objetivo general.....	5
2.2. Objetivos específicos	6
CAPÍTULO II: Marco teórico	
1. Antecedentes de la investigación.....	7
2. Análisis situacional de salud del CP Angasmarca	10
CAPITULO III: Diseño metodológico	
1. Diseño y Tipo de Investigación.....	31
2. Población y muestra	32
2.1 Criterios de inclusión.....	32
2.2 Criterios de exclusión.....	33
3. Operacionalización de variables.....	33
4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	43
5. Técnicas para el análisis de los datos.....	43
6. Aspectos éticos.....	44
CAPITULO IV: Resultados de la investigación	
1. Resultados	46
2. Discusión de resultados	59
3. Conclusiones	62
4. Recomendaciones	63
Referencias bibliográficas	65
Anexos	

ÍNDICE TABLAS

	Pág.
1 Accesibilidad de las Comunidades al PS Angamarca 2014	17
2 Población por grupos quinquenales del PS Angamarca (Periodo 2010-2014)	21
3 Índice de masculinidad según el INEI 2014	22
4 Densidad Poblacional Comparativa 2009-2014 según INEI	25
5 Tasa de Crecimiento Poblacional 2010-2014 según INEI	25
6 Distribución de Servicios Básicos en la jurisdicción del PS Angamarca según Censo Comunal 2014	30
7 Operacionalización de Variables	42
8 Características de la Población de Adultos Mayores del Centro Poblado Angamarca, Huánuco 2015	49
9 Enfermedades Prevalentes de la población de Adultos Mayores del Centro Poblado Angamarca, Huánuco 2015	57
10 Estado Clínico de la población de Adultos Mayores del Centro Poblado Angamarca, Huánuco 2015	58

ÍNDICE DE IMÁGENES

		Pág.
1	Mapa del Distrito de Huácar dentro de la provincia de Ambo - Huánuco	12
2	Centro Poblado Angasmarca	13
3	Vista panorámica del Centro Poblado de Angasmarca	14
4	Vista del caserío Buenos Aires	15
5	Vista del caserío Marabamba	16
6	Clima del Centro Poblado Angasmarca	19
7	Clima del Centro Poblado Angasmarca	19
8	Clima del Centro Poblado Angasmarca	20

ÍNDICE GRÁFICOS

	Pág.
1 Pirámide Poblacional Comparativa 2010-2014	23
2 Densidad poblacional CP Angasmarca según INEI 2014	24
3 Población Rural concentrada y dispersa del PS Angasmarca 2014	26
4 Tasa de Fecundidad de Angasmarca 2010-2014	28
5 Flujograma de Ingreso al estudio	47
6 Distribución según sexo de la población de Adultos Mayores del Centro Poblado Angasmarca Huánuco 2015	50
7 Distribución de grupo etario de la población de adultos mayores del Centro Poblado Angasmarca, Huánuco 2015	50
8 Distribución de grado de instrucción de la población de Adultos Mayores del Centro Poblado Angasmarca, Huánuco 2015	51
9 Distribución del Estado Civil de la población de los Adultos Mayores del Centro Poblado Angasmarca, Huánuco 2015	51
10 Distribución de la procedencia de la población de Adultos Mayores del Centro Poblado Angasmarca, Huánuco 2015	52
11 Distribución según la Ocupación de la población de Adultos Mayores del Centro Poblado Angasmarca, Huánuco 2015	52
12 Estado Nutricional de la población de Adultos Mayores del Centro Poblado Angasmarca, Huánuco 2015	53
13 Estado Funcional de la población de Adultos Mayores del Centro Poblado Angasmarca, Huánuco 2015	54
14 Estado Cognitivo de la población de Adultos Mayores del Centro Poblado Angasmarca, Huánuco 2015	55
15 Estado Afectivo de la población de Adultos Mayores del Centro Poblado Angasmarca, Huánuco 2015	56
16 Enfermedades Prevalentes de la población de Adultos Mayores del Centro Poblado Angasmarca, Huánuco 2015	57
17 Estado Clínico de la población de Adultos Mayores del Centro Poblado Angasmarca, Huánuco 2015	58

RESUMEN

Objetivos: Determinar el estado clínico, funcional y enfermedades prevalentes de los adultos mayores que acuden al puesto de salud Angasmarca de la Dirección Regional de Salud de Huánuco.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el centro poblado de Angasmarca. 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.

Resultados: La mayoría (52,1%) de la población eran mujeres, el rango de edad que predominó (29,9%) fue entre 60 y 64 años; 11,1% fueron categorizados como adulto mayor frágil. Un 53,8% de adultos mayores es independiente. La mayoría (88,0%) tiene seguro de salud. Las enfermedades prevalentes fueron artrosis (48,72%), hipertensión arterial (7,69%), dislipidemia (34,19%) y el antecedente de tuberculosis estuvo presente en el 6,84%.

Conclusión: 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%.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Anciano; Valoración integral; Huánuco; Perú.

ABSTRACT

Objectives. Determine the clinical, functional status and prevalent diseases of the elderly attending primary care health centre in Angasmarca, Huanuco.

Materials and Methods: An observational, descriptive and cross-sectional study in the town center Angasmarca. It was attended by 117 older adults who were administered a questionnaire based on the form for the clinical status of aged persons established by the Peruvian Ministry of Health.

Results: Most of the subjects were women, (52.1%), age range predominated (29.9%) was between 60 and 64 years old, 11.1% were classified as frail elderly subjects. 53.8% of this elderly population is independent. Most subjects (88.0 %) have health insurance. Most prevalent diseases were osteoarthritis (48,72%), dyslipidemia (34,19%), hypertension (7,69%), and a past history of tuberculosis (TB) was found in 6,84%.

Conclusion: The functional status that prevailed was independent with 53.85%. Regarding the clinical status, 59.83% was considered sick elderly patients, this being the most frequent category. Of prevalent diseases was reported most frequently osteoarthritis in 48.72% and 34.19% dyslipidemia.

Key words: Primary health care; Aged; Comprehensive assessment; Huanuco;Peru.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población, la constante transición demográfica y epidemiológica y el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas causantes de dependencia, plantea nuevos retos al sistema sanitario por la gran demanda de servicios, pues cada vez se tiene que atender a un número creciente de población adulta mayor con limitados recursos y con un sistema de salud aún no adaptado a esta realidad (1).

El desgaste que va sucediendo asociado al proceso de envejecimiento da lugar a la falsa concepción que ser “viejo” es estar enfermo, es decir envejecer como sinónimo de patología. El estudio de la situación sanitaria del adulto mayor, se centra en estadísticas de mortalidad y causas de ésta, lo que nos brinda una imagen incompleta, puesto que no refleja los problemas que no conducen a la muerte, los problemas de morbilidad que se expresan por la demanda en consulta externa del primer nivel de atención en salud. Por otra parte, los datos que se toman en cuenta sobre las consultas por morbilidad, señalan la patología que el médico o el paciente mismo consideran como principal, dejando de lado otros problemas de salud particulares de mayor frecuencia en esta etapa de la vida (2).

La evaluación geriátrica integral es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, elaborado para identificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que provocan alteraciones y/o problemas de salud que con frecuencia llevan al adulto mayor a la dependencia o

incapacidad como deterioro cognitivo/demencia (3), trastornos de ánimo/depresión (4), trastornos del sueño/insomnio (5), inmovilidad/encamamiento (6), inestabilidad/ caídas (7), incontinencia urinaria (8), deprivación sensorial (vista y audición) (9, 10), malnutrición (11, 12, 13), iatrogenia/fármaco y sociales/ sistemas de apoyo (14).

En la literatura se mencionan numerosas investigaciones sobre evaluaciones integrales en la tercera edad (14 - 22), utilizando diversas escalas u omitiendo algunos problemas de salud (16, 18), estos estudios han demostrado que hay progreso en al menos una de las áreas que se evaluaron y otros muestran grandes beneficios (23) por ende, realizar la evaluación geriátrica integral nos guiará en el camino adecuado para identificar los problemas de salud y enfocar las políticas de acción preventivo promocionales en beneficio de esta población.

Se planteó este estudio a través de la aplicación de un cuestionario basado en la ficha única de Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM) establecida por el Ministerio de Salud del Perú, el cual permitió determinar el estado funcional, el estado clínico y las enfermedades prevalentes de los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Angasmarca, y así mismo identificó los problemas que aquejan con mayor frecuencia a la población de adultos mayores de esta localidad.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO

1. Planteamiento del problema

1.1. Descripción de la realidad problemática

El propósito de esta investigación fue realizar la valoración geriátrica integral mediante la determinación del estado clínico, estado funcional y enfermedades prevalentes de los adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud de Angamarca, ubicado en la provincia de Ambo, departamento de Huánuco durante el año 2015. Se realizó un estudio transversal, que incluyó a los 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.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el estado clínico, estado funcional y cuáles son enfermedades prevalentes de los adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud de Angamarca durante el año 2015?

A partir de esta interrogante, se planteó las siguientes:

- ¿Cuál es la distribución por sexo de los adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud de Angamarca durante el año 2015?

- ¿Cuáles son las características de la distribución etaria de los adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud de Angamarca durante el año 2015?

1.3. Justificación del estudio del problema

Cabe señalar que a pesar de que hay numerosas investigaciones en los adultos mayores del Perú, no existen datos a nivel nacional sobre la realidad de estos pacientes en el primer nivel de atención.

Además, casi la totalidad de estudios son realizados en la capital del país, dejando de lado el conocimiento de la situación del adulto mayor en el interior, donde muchas veces el acceso a los servicios de salud no es el adecuado, las condiciones de vida no son las óptimas, el acceso a los servicios básicos es un privilegio; enfrentándose por todo ello a múltiples barreras para poder acceder a los servicios de salud.

El poder contar con este conocimiento, toma especial relevancia en el marco de la prevención y promoción de la salud, pilar de nuestro sistema sanitario, porque conocer los problemas y las necesidades del adulto mayor permitirá priorizar futuras intervenciones para mejorar la situación de salud desde la atención primaria.

Se planteó este estudio que a través de la aplicación de la ficha VACAM permitirá: determinar el estado funcional, y las enfermedades prevalentes de los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Angasmarca, establecimiento de salud del primer nivel de atención del distrito de Huácar de la provincia de Ambo en el departamento de Huánuco, y así mismo identificar los problemas que aquejan con mayor frecuencia a esta población de adultos mayores de esta localidad.

1.4. Limitaciones y viabilidad del estudio

La limitación más importante fue la captación de la población de adultos mayores residentes en dicho lugar de estudio, Puesto de Salud Angasmarca, establecimiento de salud del primer nivel de atención del distrito de Huácar de la provincia de Ambo en el departamento de Huánuco; ya que por falta de conocimientos, costumbres y creencias, muchos de ellos no acuden al puesto de salud. Por lo que fue necesario muchas veces acudir hasta las mismas viviendas de dichos pobladores.

2. Objetivos de la investigación

2.1. Objetivo general

Determinar el estado clínico, estado funcional y enfermedades prevalentes de los adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud de Angasmarca durante el año 2015.

2.2. Objetivos específicos

- Determinar cuál es la distribución por sexo de los adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud de Angasmarca durante el año 2015.

- Determinar cuáles son las características de la distribución etaria en los adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud de Angasmarca durante el año 2015.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

1. Antecedentes de la investigación

En el mundo, el envejecimiento de la población es primordial por sus consecuencias sociales y económicas (24-25). No podemos dejar de lado, que los adultos mayores son un grupo que tiene gran demanda en el sistema sanitario, por la alta prevalencia de enfermedades crónicas, problemas de nutrición, desigualdades sociales, pérdida temprana de su capacidad funcional, etc. (25-26).

En nuestro país, como en varios países de Latinoamérica, el proceso de envejecimiento se da en un contexto de pobreza y desigualdades, sumando a esto la baja cobertura del sistema de salud y una tendencia hacia la disminución de las fuentes de soporte o apoyo, producto de los cambios en la composición y estructura familiar (20, 25, 27).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera como persona adulta mayor a aquella que tiene 60 o más años. La estimación para el año 2025 es que existirán más de 100 millones de adultos mayores en América Latina y el Caribe (24), y en el caso del Perú, para esa fecha, los adultos mayores representarán el 13,3% de la población (21,28).

La atención de salud de los adultos mayores prioriza evitar o retardar el deterioro funcional, para que puedan seguir viviendo de modo independiente

y socialmente integrada en su domicilio, por lo que es necesario realizar la valoración integral del adulto mayor en el primer nivel de atención (16-17).

Así mismo, numerosos estudios destacan la importancia del entorno social y el apoyo de la familia en la salud del adulto mayor; sin soporte familiar o una red sociofamiliar adecuada hay depresión, alteraciones cognitivas, una percepción de un estado de salud peor que el real e incluso mayor mortalidad (29-31).

Villegas en México, analizó las condiciones de vida de la población adulta mayor con seguridad social, de acuerdo con el derecho o prestación que recibe el adulto mayor, ya sea por pensión o jubilación, derecho habiencia o programas de apoyo de gobierno. Para realizar este estudio se utilizaron los datos de la Encuesta Sobre Envejecimiento Demográfico en el Estado de México (ESEDEM) 2008. Los resultados muestran que las condiciones en las que viven los adultos mayores se distinguen de acuerdo con el perfil sociodemográfico desarrollado en la investigación y se observa que según la trayectoria laboral y escolar, la población masculina recibe una retribución económica más favorable que la femenina, por lo que las mujeres mayores recurren más a los programas de apoyo de gobierno y acuden más frecuentemente que los hombres a las instituciones de salud de las cuales son derechohabientes (32).

En Ecuador, en el Centro de Salud de Chumblín, se realizó un proyecto con el fin de implementar un programa de Atención Integral al Adulto Mayor,

como resultado se obtuvo la sensibilización y conocimiento de los derechos que tienen los adultos mayores y la forma de atención de los mismos, tomando en cuenta sus necesidades físicas, psicológicas y emocionales, proyectando al personal sanitario en atención integral de calidad y calidez hacia esta población, elevando de este modo el nivel de atención y por tanto la calidad y expectativa de vida de dicha población prioritaria (18).

El Ministerio de Salud (MINSA) del Perú desde el año 2003 emplea un modelo de atención integral en salud (MAIS) enfocado por etapas de vida. Dentro de este modelo está ubicado el Programa de Atención Integral en Salud del Adulto Mayor. En el año 2006 se implementó una herramienta denominada ficha única de Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM), que incluye el estado funcional, mental, sociofamiliar y física, la cual debe ser aplicada una vez al año a toda PAM que acude a consulta externa en establecimientos de salud del primer nivel de atención (21).

Tenemos múltiples investigaciones peruanas (15, 22, 33-35) en la población de adultos mayores como la de Varela y col. sobre la “Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional” en el 2004 o la titulada “Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional” del 2005; la de Lisigurski-Teiltelman y col. sobre la “Valoración geriátrica integral en una población de adultos mayores”; “Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados” de Sandoval y “Utilización de los servicios de hospitalización, consulta externa y emergencia, por adultos mayores y de menor edad, en el

Hospital Nacional Cayetano Heredia” de Chigne Verástegui y col. (15, 22, 33-35); sin embargo, no existen datos a nivel nacional sobre la realidad de los pacientes que se atienden en el primer nivel de atención. Esta información es relevante, porque permitiría priorizar futuras intervenciones para mejorar la situación de salud de los adultos mayores desde la atención primaria.

En base a estos antecedentes se plantea esta investigación que a través de la aplicación de la ficha VACAM permitirá: determinar el estado funcional, y las enfermedades prevalentes de los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Angamarca, establecimiento de salud del primer nivel de atención del distrito de Huácar de la provincia de Ambo en el departamento de Huánuco, y así mismo identificar los problemas que aquejan con mayor frecuencia a esta población de adultos mayores.

2. Análisis situacional de salud (ASIS) del Centro Poblado de Angamarca (36)

El Análisis de Situación de Salud (ASIS), es un documento que se realiza anualmente en el que se recolecta de forma concreta y puntual los principales problemas de salud de una jurisdicción, analizando el proceso salud-enfermedad de nuestras comunidades con el fin de identificar o diagnosticar problemas o necesidades de salud, las cuales nos ayudan a realizar la planificación de actividades para mejorar los principales indicadores sanitarios.

Su objetivo fundamental es apoyar a la situación de salud, en los espacios donde se producen problemas, para orientar la gestión sanitaria, tomando en cuenta la participación social multisectorial para la solución de los problemas priorizados, sobre esta base de intervenciones más efectivas y eficientes.

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Epidemiología se encarga de realizar el Análisis Situacional de la Salud en el Perú, de acuerdo a lo expresado en el artículo 17, inciso B de la Ley 27657, Ley del Ministerio de Salud. En virtud de ese mandato, esta recolección de información de información que da a conocer la realidad sanitaria del Centro Poblado Angasmarca.

Para la elaboración del Análisis Situacional de Salud, se utilizaron datos oficiales que existen en el Instituto Nacional de Estadística e Informática publicadas en su página web, datos obtenidos en la Red de Salud - Huánuco, datos de los informes mensuales, trimestrales, semestrales y anuales del establecimiento de salud, datos obtenidos de las autoridades locales. Durante el proceso de elaboración del ASIS se contaron con muchas dificultades, ya que al ser un Centro Poblado, los datos oficiales sólo mostraban cifras distritales, provinciales y nacionales, en este punto fue de mucha ayuda el Censo Comunal del 2014, de donde se pudo obtener mucha información de la población y sus comunidades.

El Centro Poblado de Angasmarca está ubicado al sur del Distrito de Huácar, Provincia de Ambo, Departamento de Huánuco, entre las coordenadas 10°09'28" de latitud sur y 26°14'07" de longitud oeste del meridiano de Greenwich. Comprende territorios de sierra y ceja de selva. Los pisos altitudinales con que cuenta son: Quechua y Yunga (Ver imagen 1).

IMAGEN 1. MAPA DEL DISTRITO DE HUÁCAR DENTRO DE LA PROVINCIA DE AMBO - HUÁNUCO



FUENTE: INEI (Mapa referencial)

La zona geográfica que abarca la comunidad de Angasmarca presenta señales de zonas rurales que son las comunidades indígenas. El nombre de la comunidad de Angasmarca deriva de "ANCAS" que significa "Aves" y

“MARKA” que quiere decir “Pueblo”, ya que anteriormente según los antepasados la comunidad era el preferido de las aves, uniendo ambas palabras origina el nombre de “ANGASMARCA”, de igual forma la vista panorámica del paisaje serrano de la zona refleja un color azulejo; todos estos factores dieron origen al nombre del pueblo.

División Política

El centro poblado de Angasmarca fue creado políticamente el 18 de octubre de 1714. Se encuentra constituido por 6 comunidades: Angasmarca, Buenos Aires, Marabamba, Pumaquiرو, Pampatupe y San Isidro de Añay (Ver imagen 2).

IMAGEN 2. CENTRO POBLADO ANGASMARCA



FUENTE: Archivos fotográficos P. S. Angasmarca

ANGASMARCA: Siendo ésta la Capital, cuenta con la mayoría de la población y en ella se encuentra la Plaza Principal, el I.E. “Simón Bolívar”, (desde inicial, primaria y secundaria), el local del Municipio, la Iglesia.

Es el centro principal de todas las actividades económicas y socioculturales. Se encuentra ubicada a 2 horas de Huánuco por carretera. Se encuentra conectada con todas sus comunidades por carreteras de trocha (Ver imagen 3).

**IMAGEN 3. VISTA PANORÁMICA DEL CENTRO POBLADO DE
ANGASMARCA**



FUENTE: Archivos fotográficos P. S. Angamarca

BUENOS AIRES: Ubicado a 15 min. de camino a pie desde Angasmarca, es la comunidad más cercana de todas. Esta comunidad se encuentra en crecimiento de población debido a la migración de la comunidad de Pumaquiro por la electricidad y agua.

IMAGEN 4. VISTA DEL CASERIO BUENOS AIRES



FUENTE: Archivos fotográficos P. S. Angasmarca

MARABAMBA: Ubicado a 30 min de camino a pie desde Angasmarca.

IMAGEN 5. VISTA DEL CASERIO MARABAMBA



FUENTE: Archivos fotográficos P. S. Angasmarca

PUMAQUIRO: Ubicado a 40 min. de camino a pie desde Angasmarca.

PAMPATUPE: Ubicado a 2:00 Hrs. de camino a pie desde Angasmarca.

AÑAY: Ubicado a 2:00 Hrs. de camino a pie desde Angasmarca.

Superficie territorial

El centro poblado de Angasmarca posee una superficie territorial de 174.95 km² incluyendo sus caseríos y anexos con un relieve muy accidentado.

Límites

El centro poblado de Angamarca está ubicado en el Distrito de Huácar (Ver imagen 2), Provincia de Ambo, Departamento de Huánuco siendo sus límites: por el Sur con la comunidad de Acobamba, por el Norte con el distrito de Huácar, por el Este con la comunidad de Rondos y Chaucha y por el Oeste con la comunidad de Cochachinche.

**TABLA 1. ACCESIBILIDAD DE LAS COMUNIDADES AL P. S.
ANGASMARCA - 2014**

PROVINCIA	DISTRITO	NOMBRE DE LA COMUNIDAD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTANCIA / ACCESIBILIDAD AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD		
				DISTANCIA DE LA COMUNIDAD AL EE.SS (Km)	TIEMPO DE LA COMUNIDAD AL EE.SS (HORAS) CON CARRO	TIEMPO DE LA COMUNIDAD AL EE.SS (HORAS) A PIE
Amboro	Huácar	Añay	P.S. Angamarca	2 km	40 Min.	2:00 Hrs.
Amboro	Huácar	Pampatupe	P.S. Angamarca	1.5 Km	1:30 Hrs	2:00 Hrs.
Amboro	Huácar	Marabamba	P.S. Angamarca	0.5 Km	15 min	30 Min
Amboro	Huácar	Pumaquiro	P.S. Angamarca	600 Mts.	20 Min	40 Min
Amboro	Huácar	Buenos Aires	P.S. Angamarca	300 Mts	10 min	15 min

Clima y temperatura

El clima de Angamarca es muy variable en dependencia de las estaciones; pues en tiempo de precipitaciones el clima presenta desde lloviznas, garúas,

lluvias torrenciales hasta granizadas; en tiempo no lluvioso presenta ventiscas, ventarrones y por los meses de Junio – Agosto se puede observar cúmulo de nieve en las partes altas, dando un paisaje contrastado entre el blanco y el verdor.

Las precipitaciones ocurren frecuentemente en los meses de Noviembre a Marzo, siendo las lluvias torrenciales una de las causas naturales más frecuentes que generan deslizamientos de piedras, de lodo, erosión en el terreno, huaycos, aluviones, desborde de los ríos, de lagunas, etc. provocando daños irreparables e irreversibles en los sembríos y ganado de los pobladores, bloqueo de caminos, carreteras; incomunicando y dejando aisladas a las comunidades anexas; de esta manera obstaculiza el transporte y el desplazamiento del personal de salud a las comunidades de la jurisdicción del Puesto de Salud.

Además como consecuencia de estas lluvias intensas proviene el aumento del caudal de los ríos Huertas y Huacarmayo ocasionando riesgos de inundaciones en las partes bajas de la comunidad como son: Atahuayon, Huácar, etc (Ver imágenes 6 - 8).

En el Centro Poblado de Angasmarca la temperatura ambiental es variable; oscilando entre 8°C a 20°C, dependiendo de las estaciones y de la altura sobre el nivel del mar de cada localidad.

IMAGEN 6. CLIMA DEL CENTRO POBLADO ANGASMARCA



FUENTE: Archivos fotográficos P. S. Angasmarca

IMAGEN 7. CLIMA DEL CENTRO POBLADO ANGASMARCA



FUENTE: Archivos fotográficos P. S. Angasmarca

IMAGEN 8. CLIMA DEL CENTRO POBLADO ANGASMARCA



FUENTE: Archivos fotográficos P. S. Angasmarca

Altitud

El centro poblado de Angasmarca fue asentada en el valle de Huertas a una altitud de 2,800 metros sobre el nivel del mar.

SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

Distribución de la población por grupos etarios y sexo. A continuación se muestra un cuadro comparativo de los 5 últimos años de la distribución de la población de Angasmarca (Ver tabla 2). Asimismo se proyecta la pirámide poblacional (Ver gráfico 1: pirámide poblacional).

**TABLA 2. POBLACIÓN POR GRUPOS QUINQUENALES DEL P. S.
ANGASMARCA (PERIODO 2010 – 2014)**

GRUPO ETARIO	2010	2011	2012	2013	2014
0 – 4	190	143	137	132	127
5 – 9	185	170	166	162	157
10 – 14	170	186	183	181	177
15 – 19	144	118	115	115	114
20 – 24	160	110	102	93	86
25 – 29	133	111	112	113	112
30 – 34	122	117	115	113	111
35 – 39	108	101	100	99	97
40 – 44	88	78	79	79	80
45 – 49	73	72	72	72	72
50 – 54	60	58	58	58	58
55 – 59	49	56	56	56	56
60 – 64	39	47	48	48	48
65 – 69	30	35	36	36	36
70 – 74	23	35	35	35	35
75 – 79	15	21	21	21	21
80 y más	12	14	14	15	15
TOTAL	1 601	1 472	1449	1 428	1 402

FUENTE: Red de Salud Huánuco.

El índice de masculinidad, también llamado razón de sexo es un índice demográfico que expresa la razón de hombres frente a mujeres en un determinado territorio, expresada en tanto por ciento (Ver tabla 3).

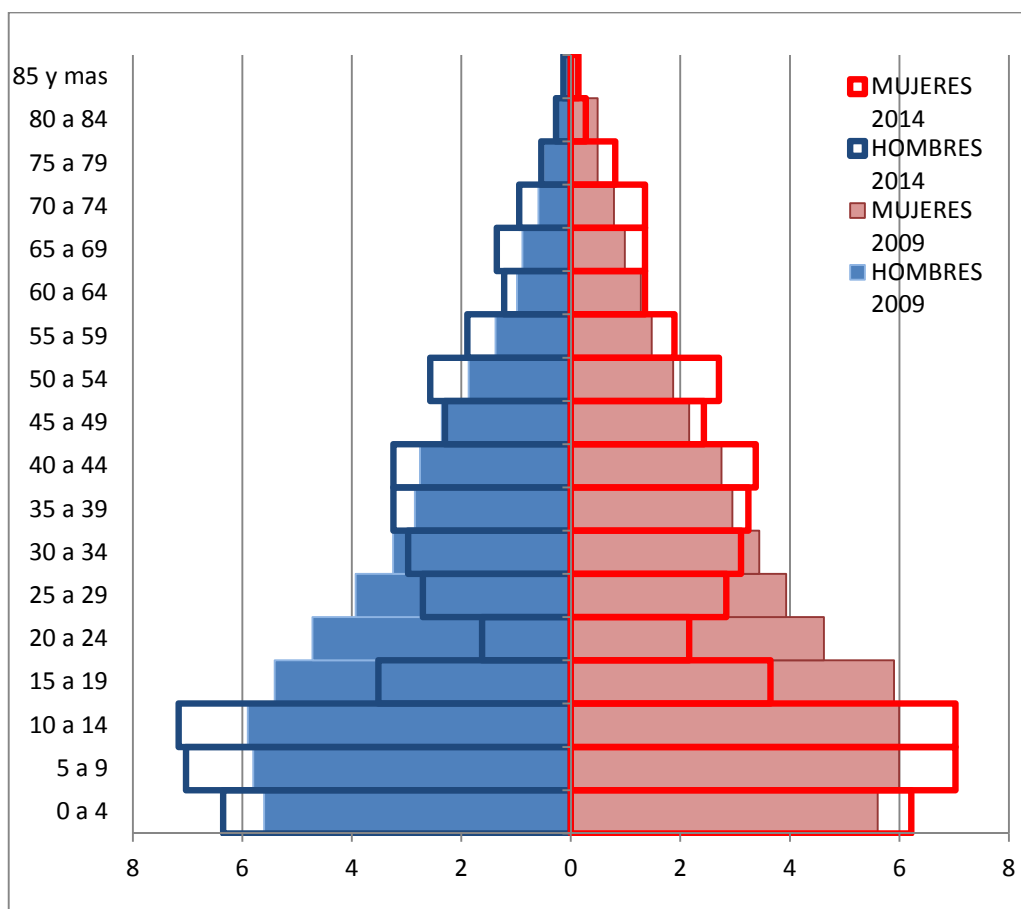
TABLA N° 3. INDICE DE MASCULINIDAD SEGÚN INEI 2014

GRUPO POR QUINQUENIO	POBLACIÓN TOTAL		SEXO				TASA DE MASCULINIDAD X 100	
	N°	%	MASCULINO		FEMENINO		N°	%
			N°	%	N°	%		
0 – 4	127	9.06	63	4.49	64	4.57	0.98	98
5 – 9	157	11.20	78	5.56	79	5.64	0.99	99
10 – 14	177	12.62	88	6.27	89	6.35	0.99	99
15 – 19	114	8.13	56	3.99	58	4.14	0.97	97
20 – 24	86	6.13	42	2.99	44	3.14	0.95	95
25 – 29	112	7.99	55	3.92	57	4.07	0.96	96
30 – 34	111	7.92	55	3.92	56	4.00	0.98	98
35 – 39	97	6.92	48	3.42	49	3.50	0.98	98
40 – 44	80	5.70	40	2.85	40	2.85	1.00	100
45 – 49	72	5.14	35	2.50	37	2.64	0.95	95
50 – 54	58	4.14	28	2.00	30	2.14	0.93	93
55 – 59	56	3.99	27	1.92	29	2.07	0.93	93
60 – 64	48	3.42	23	1.64	25	1.78	0.92	92
65 – 69	36	2.57	17	1.21	19	1.36	0.89	89
70 – 74	35	2.50	17	1.21	18	1.29	0.94	94
75 – 79	21	1.50	10	0.71	11	0.79	0.90	90
80 y más	15	1.07	7	0.50	8	0.57	0.87	87
TOTAL	1 402	100 %	689	49.1%	713	50.9%	97	97 %

FUENTE: Oficina de Estadística e Informática – Red Huánuco 2014

GRÁFICO 1. PIRÁMIDE POBLACIONAL COMPARATIVA 2010 - 2014

SEGUN INEI

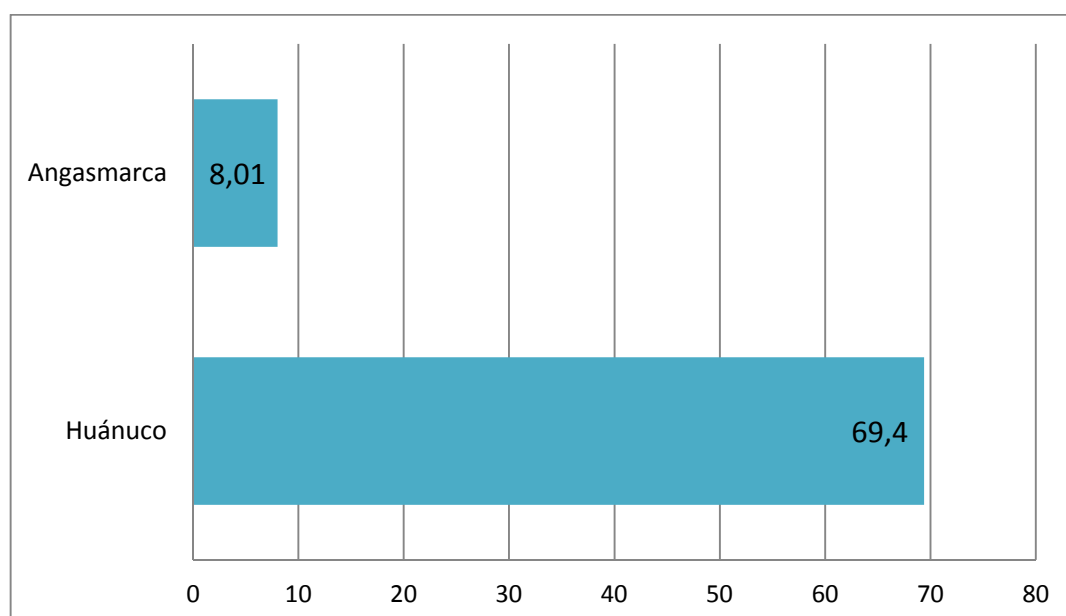


FUENTE: Oficina de Estadística e Informática – Red Huánuco 2014

Las pirámides poblacionales muestran un cambio en lo que respecta al número total de habitantes, Cada vez producto de la migración a la ciudad, el número total de habitantes ha ido disminuyendo. En el gráfico de la comparativa de la pirámide del 2009 y del 2014 se aprecia la gran diferencia en el grupo etario entre 20 hasta 34 años, debido esto a la gran migración de jóvenes y adultos que se ha presentado.

La densidad poblacional está relacionada con el grado de urbanización y desarrollo socioeconómico de cada una de las localidades, es así que el C.P. Angasmarca tiene menor densidad poblacional, relacionada con la extensión geográfica respecto Al distrito y al departamento de Huánuco (Ver gráfico 2 y tabla 4).

**GRÁFICO 2. DENSIDAD POBLACIONAL C.P.ANGASMARCA SEGÚN
INEI 2014**



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática – Red Huánuco 2014

La superficie del territorio del Centro Poblado de Angasmarca se estima en 174.95 Km² y una población de 1 416 habitantes, para una densidad poblacional de 8.01 hab/Km² para el año 2014, muy por debajo de las cifras distritales y regionales, esto debido a que gran parte de la geografía de

Angamarca, son terrenos de cultivos y de pastoreo, además la migración ha disminuido también estas cifras.

**TABLA 4. DENSIDAD POBLACIONAL COMPARATIVA 2009-2014
SEGÚN INEI**

POBLACIÓN	DENSIDAD POBLACIONAL (hab/Km ²)				
	2010	2011	2012	2013	2014
Huánuco	53.9	56.9	59.9	59.6	69.4
Angamarca	9.15	8.41	8.28	8.16	8.1

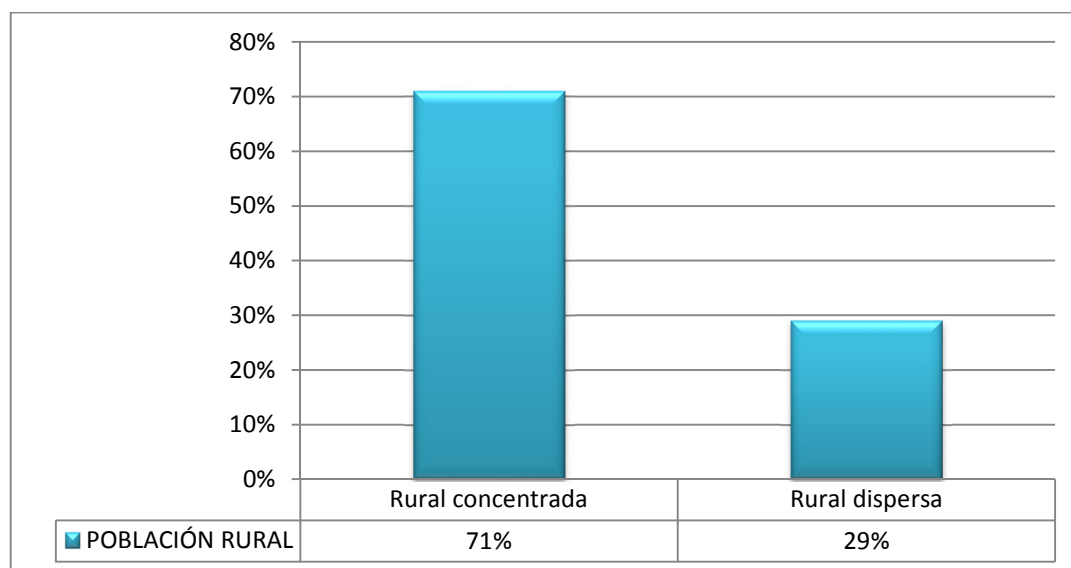
FUENTE: Oficina de Estadística e Informática – Red Huánuco 2014

**TABLA 5. TASA DE CRECIMIENTO POBLACIONAL 2010-2014 SEGÚN
INEI**

Periodo	Población Total	Incremento Anual	Tasa de Crecimiento anual
2010	1601	-	-
2011	1472	129	8.1%
2012	1449	-23	-1.6%
2013	1428	-21	-1.4%
2014	1416	-26	-1.8%

FUENTE: Oficina de Estadística e Informática – Red Huánuco 2014

GRÁFICO 3. POBLACIÓN RURAL CONCENTRADA Y DISPERSA DEL P. S. ANGASMARCA 2014.



FUENTE: Registro de Censo Comunal del EE.SS.

Migración (dinámica poblacional):

La migración es un problema de desplazamiento de la población por motivos económicos o sociales; y la población de Angasmarca no se ve indiferente a este fenómeno, dado que se produce gran migración, principalmente en la población joven (adolescentes y adulto joven) quienes migran para mejorar su calidad de vida, ya que en otros lugares encuentran mejores oportunidades de trabajo y de estudio. Las principales ciudades a las que migran son: Lima, Cerro de Pasco y Huancayo, en cuanto a la migración interna tiene como destinos a Ambo, Tingo María y Huánuco mismo.

Cabe resaltar que la población adolescente migra generalmente a la ciudad de Lima en tiempo de vacaciones y regresan para el comienzo de las clases. Asimismo, muchos de los pobladores que migran regresan en época de siembra para realizar esta actividad en sus tierras, pues también es uno de sus recursos económicos. Por este motivo la población de Angamarca es muy variante a lo largo del año.

Esperanza de vida al nacer:

El comportamiento de la esperanza de vida al nacer en el centro poblado de Angamarca ha venido variando con el transcurso de las décadas de forma positiva, mostrando un aumento considerable y que este año se observa una esperanza de vida de 65.8 años; podemos recalcar que existen adultos mayores con regular estado de salud y que las edades de muerte se suscitan entre los 70 a 90 años de edad pero es mínimo.

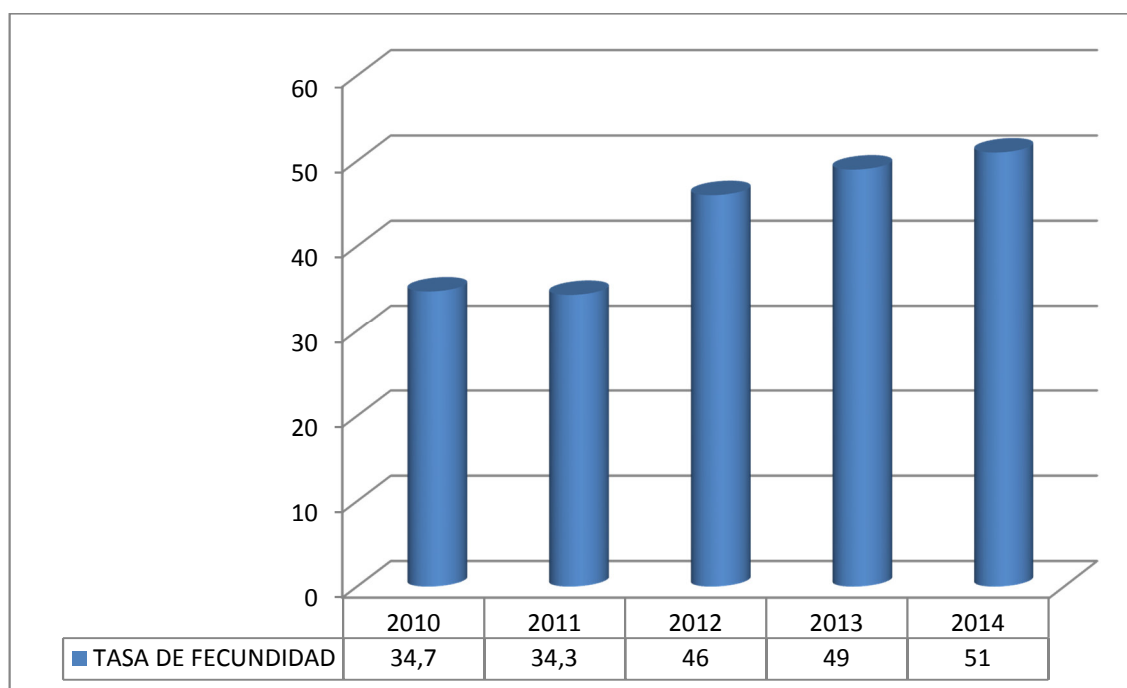
Por lo tanto, este indicador sintetiza una multiplicidad de variables tales como: situación nutricional de la población, niveles de sanidad ambiental, calidad de los programas de salud pública, desarrollo de la infraestructura sanitaria, mejora de la capacidad resolutive de los servicios de salud al contar con profesionales Médicos, Enfermeras, Obstetras, Odontólogos y otros profesionales, política de vacunación y prevención de enfermedades propias de la tercera edad.

Se realiza el estudio de brecha entre la provincia de Huánuco y el Centro Poblado de Angasmarca viendo que la esperanza de vida al nacer es 1.07 mayor en Huánuco en comparación con Angasmarca.

Tasa de fecundidad:

La tasa de fecundidad es el número de nacimientos por 1000 mujeres comprendidas en edades de 15 a 49 años. Se muestra a continuación un cuadro comparativo de la tasa de fecundidad de la población de Angasmarca.

GRÁFICO 4. Tasa de fecundidad de Angasmarca. 2010 – 2014



FUENTE: Servicio de Epidemiología. P.S. Angasmarca.

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Acceso a servicios básicos

a) Agua: La localidad de Angasmarca cuenta con una red de distribución domiciliaria y pública de agua, pero garantiza su potabilización porque se realiza la cloración del agua, la conexión a domicilio solo se limita al 40 % correspondiendo a la localidad de Angasmarca, como zona urbana; un 60% se abastece de las piletas públicas mientras que en las comunidades de la zona rural se abastece de agua de piletas públicas haciendo un porcentaje de 36%, mientras que el 10% de la población todavía se abastece de agua de los manantiales, quebradas, pozos, riachuelos, etc., constituyendo una necesidad primordial del poblador insatisfecha. (Ver Tabla 6)

b) Sistema de Desagüe y eliminación de excretas: La localidad de Angasmarca, en la actualidad cuenta con una buena disposición final de excretas porque poseen letrinas en el 90 % de la población; en comparación a los años anteriores se observa un incremento en la construcción de letrinas debido a la implementación de las diferentes estrategias sanitarias conjuntamente con el apoyo de los programas sociales; y el resto, que corresponde al 10%, carecen de una letrina debido a la concentración de la comunidad y la no posesión de terrenos cercanos; realizando así sus necesidades fisiológicas a campo abierto.

c) **Alumbrado Eléctrico:** En la localidad de Angasmarca, así, como en los demás caseríos se cuenta con alumbrado eléctrico, desde el mes de agosto de 2010; durante los primeros tres meses estuvo a prueba por lo que el fluido eléctrico no fue constante, ya desde el mes de diciembre de 2010 se cuenta con alumbrado eléctrico constante hasta la fecha.

TABLA 6. Distribución de servicios básicos en la jurisdicción del P.S. Angasmarca según Censo Comunal 2014

N°	LOCALIDADES	FAMILIAS	LUZ	AGUA DOMICILIARIA		AGUA PÚBLICA (Piletas)
				FAM	%	
1	Angasmarca	157	154	98	63	10
2	Añay	37	37	31	79	8
3	Pampatupe	30	30	23	77	7
4	Marabamba	31	31	30	94	0
5	Buenos Aires	33	33	33	97	1
6	Pumaquiro	5	0	0	0	PUQUIO

FUENTE: Censo comunal. 2014.

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de estudio y diseño

Respecto a la finalidad del estudio, éste fue de tipo descriptivo de enfoque cuantitativo, pues se recolectaron los datos y fueron utilizados solo con finalidad característica. En la secuencia temporal, se trató de un estudio de tipo transversal, ya que las variables fueron medidas en una sola ocasión. Se describió un fenómeno con una serie de variables en una población determinada y en un determinado lapso del tiempo. Es decir, la presencia del fenómeno y la exposición se observaron simultáneamente.

Finalmente, por la asignación del factor de estudio, ésta fue una investigación de tipo observacional, ya que no existió intervención del investigador sobre los resultados y la medición reflejó la evolución natural de los eventos ajena a la voluntad del investigador.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el centro poblado de Angasmarca ubicado en el distrito de Huácar de la provincia de Ambo en el departamento de Huánuco, el cual tiene una población estimada de 1416 habitantes donde el 10.95% son mayores de 60 años. El Ministerio de Salud (MINSa) brinda la atención médica a través de un establecimiento del primer nivel de atención, el puesto de salud Angasmarca, en el centro poblado no existen otros proveedores de salud.

2. Población y Muestra

Según el censo comunal del puesto de salud, hay 155 adultos mayores (≥ 60 años) pertenecientes a esta dependencia, considerando al centro poblado principal, Angasmarca, y los 5 anexos, Añay, Pampatupe, Marabamba, Buenos Aires y Pumaquiro.

Debido a que el número de participantes no era extenso y se contó con varios meses para la recolección de datos, se buscó incluir a la totalidad de adultos mayores del centro poblado Angasmarca.

Se seleccionó a todos los participantes que luego de ser informados sobre los objetivos del estudio dieron su consentimiento para ser incluidos en la investigación. Se logró contar con la participación de 117 adultos mayores de los 155 censados.

2.1. Criterios de inclusión

- Participantes adultos mayores; es decir cuyas edades sean mayores o iguales a los 60 años y que acrediten dicha edad con el documento nacional de identidad.
- Participantes adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Angasmarca, establecimiento de salud del primer nivel de atención del distrito de Huácar de la provincia de Ambo en el departamento de Huánuco, y que residan en dicho lugar por al menos 1 año.

- Participantes adultos mayores que luego de ser informados sobre el propósito de la investigación hayan accedido participar en ella, plasmando dicha aceptación mediante la firma del Consentimiento Informado respectivo.

2.2. Criterios de exclusión:

- Adultos mayores del Centro poblado Angasmarca que hayan fallecido durante el periodo de recolección de datos.
- Adultos mayores del Centro poblado Angasmarca que hayan viajado fuera de la jurisdicción del estudio, durante el periodo de recolección de datos, situación que haya imposibilitado completar el llenado de la ficha VACAM.
- Adultos mayores del Centro poblado Angasmarca cuyos familiares, responsables de su cuidado, no deseen que ellos participen en la investigación.

3. Operacionalización de variables

Se tomarán en cuenta las siguientes variables para el estudio:

- Edad, sexo, enfermedades prevalentes.
- Estado clínico y Estado funcional.

EDAD (41)

Anotar la edad en años cumplidos, verificar con fecha de nacimiento del documento nacional de identidad.

SEXO (41)

Según corresponda en el documento nacional de identidad.

PROCEDENCIA (41)

Centro poblado, anexo, distrito y/o provincia de donde procede.

GRADO DE INSTRUCCIÓN (41)

Se debe anotar el término correspondiente: sin instrucción, primaria, secundaria o superior.

ESTADO CIVIL (41)

Se debe anotar el término correspondiente: casada(o), conviviente, viuda(o), divorciada(o)/separada(o) o soltera(o).

OCUPACIÓN (41)

Se debe consignar su estado actual, jubilado u ocupación actual (trabajador dependiente, independiente, ama de casa, etc). De ser pertinente anotar la ocupación predominante.

ESTADO NUTRICIONAL (41)

Peso actual.- Controlar el peso con la menor cantidad de ropa.

Talla.- Realizar la medición con un tallímetro de adulto, la talla de la persona mayor va disminuyendo por cambios en la arquitectura ósea.

Índice de Masa Corporal - IMC (Índice de Quetelec).- Es el indicador del estado nutricional más recomendable en el adulto mayor.

Fórmula para determinar el IMC:

$$\text{IMC: } \frac{\text{Peso del adulto mayor en kilogramos}}{\text{Talla del adulto mayor expresada en metros}^2}$$

Adelgazado: $\text{IMC} \leq 23$

Normo peso: $\text{IMC } 23.1 \text{ a } 27.9$

Sobrepeso: $\text{IMC } 28 \text{ a } 31.9$

Obesidad: $\text{IMC} \geq 32$

ESTADO FUNCIONAL (41)

Procedimiento por el cual se obtiene e interpreta datos referentes al nivel de capacidad funcional de una persona, para ello se aplicará el Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria - ABVD: KATZ.

Marcar con una “X” si el adulto mayor es independiente (realiza las funciones sin ayuda) o dependiente en relación a las seis funciones a ser evaluadas: Bañarse, vestirse, usar el baño, moverse, continencia y alimentación. Luego de la valoración se determina el Diagnóstico Funcional de la siguiente manera:

- 1) Independiente: Ningún ítem positivo de dependencia
- 2) Dependiente parcial: De 1 a 5 ítems positivos de dependencia
- 3) Dependiente total: 6 ítems positivos de dependencia

ESTADO MENTAL (41)

Procedimiento mediante el cual se evalúa el estado cognitivo y afectivo. El primero abarca el conocimiento y la identificación de las alteraciones cognitivas o mentales, el segundo determina la presencia o ausencia de depresión.

Estado cognitivo

Para la evaluación del estado cognitivo se utiliza el Cuestionario abreviado de Pfeiffer, esta escala valora un pequeño número de funciones relativamente básicas como son: memoria, orientación, atención; debe recordarse que no detecta alteraciones leves ni cambios pequeños durante la evolución.

El cuestionario abreviado de Pfeiffer consta de 10 preguntas, y se debe marcar con “1” punto por cada pregunta errada (E), y “0” por cada pregunta totalmente acertada.

Preguntas:

- ¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes año)
- ¿Qué día de la semana?
- ¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)
- ¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?
- ¿Cuántos años tiene?
- ¿Dónde nació?
- ¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?
- ¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Perú?
- Dígame el primer apellido de su madre.
- Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)

Se suman el número total de preguntas erradas, y luego realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:

≤ 2 E : Normal, no deterioro cognitivo

5 a 7 E : Deterioro Cognitivo Moderado

3 a 4 E : Deterioro Cognitivo leve

8 a 10 E : Deterioro Cognitivo severo

Nota: Las personas con primaria incompleta y analfabeta se restará un punto a la suma total y se procede a la valoración de acuerdo con la valoración respectiva.

Estado afectivo

Escala Abreviada de Yesavage.- Esta escala determina si la persona adulta mayor presenta o no manifestaciones depresivas. La valoración del estado afectivo se determinará marcando con una “X” si la respuesta de la escala coincide con la del entrevistado. No se marcará sí la respuesta no es coincidente.

Preguntas:

- ¿Está satisfecho con su vida?
- ¿Se siente impotente o indefenso?
- ¿Tiene problemas de memoria?
- ¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?

Se cuentan las “X” coincidentes y determinamos la valoración afectiva de la siguiente manera:

0 a 1 “X” : Sin manifestaciones depresivas

2 a más “X” : Con manifestaciones depresivas

ENFERMEDADES PREVALENTES (41)

Marcar con una "X" según corresponda (sí o no) la presencia o no de enfermedades transmisibles y no transmisibles:

- Hipertensión Arterial
- Diabetes
- Dislipidemias (colesterol y/o triglicéridos en niveles altos)
- Osteoartritis (u osteartrosis)
- Accidentes cerebrovasculares (derrame cerebral): Ataques isquémicos transitorios (TIA), infartos, hemorragias, hematomas subdurales, etc.
- Enfermedad cardio vascular: Enfermedad Coronario isquémico agudo o crónico (Anginas inestables o estables, infartos de miocardio), arritmias cardiacas (fibrilación auricular), insuficiencia cardiaca congestiva, otras
- Cáncer: Según género preguntar sobre cáncer de cervix y/o mama en las mujeres y de próstata en los varones
- Hepatitis: Si ha sido confirmado mediante un examen de laboratorio
- Tuberculosis, especificar si es enfermedad actual en tratamiento o antecedente.
- Hospitalizado último año: Por cualquier diagnóstico
- Transfusiones
- Intervención/es quirúrgicas.

ESTADO CLÍNICO (41)

Luego de la evaluación física y mental, se clasificó a los pacientes de la siguiente forma:

- **Adulto mayor activo saludable.**

Es aquel sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a enfermedades agudas, subagudas o crónicas y con examen físico normal.

- **Adulto mayor enfermo.**

Es aquel que presenta alguna afección aguda, subaguda o crónica, en diferente nivel de gravedad, habitualmente no invalidante y que no cumple los criterios de adulto mayor frágil o paciente geriátrico complejo.

- **Adulto mayor frágil.**

Es aquella que cumple dos o más de las siguientes condiciones: 80 años a más, dependencia parcial (Índice de Katz), deterioro cognitivo leve o moderado (Test de Pfeiffer), manifestaciones depresivas (escala abreviada de Yesavage), riesgo social (escala de valoración sociofamiliar), una caída en el último mes o más de una caída en el año, pluripatología (tres o más enfermedades crónicas), enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial (Ej. déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, EPOC, insuficiencia cardiaca reciente, y otros), polifarmacia (toma más de tres fármacos por enfermedades crónicas y por más de seis semanas), hospitalización en los últimos 12 meses, índice de masa corporal menor de 23 o mayor de 28.

- **Paciente geriátrico complejo.**

Es aquel que cumple con tres o más de las siguientes condiciones: 80 años a más, pluripatología (tres o más enfermedades crónicas), el proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante (Katz: dependencia total), deterioro cognitivo severo, existe problema social en relación con su estado de salud (escala de valoración sociofamiliar), paciente terminal (ej.: neoplasia avanzada, insuficiencia cardíaca terminal, otra de pronóstico vital menor de 6 meses).

TABLA 7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable de estudio	Definición	Instrumento	Dimensiones	Indicadores	Intervención	Valores	
Valoración integral del adulto mayor	Proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas físicos, mentales y sociales con la intención de elaborar un plan de atención individualizada basada en la promoción, prevención, atención y rehabilitación, según corresponda.	Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM)	Datos generales	Edad	Historia clínica	60 a 69 años, 70 a 79 años, 80 años a más	
				Sexo		Masculino, Femenino	
				Grado de instrucción		Sin instrucción, Primaria, Secundaria, Superior	
				Estado civil		Soltero, Conviviente, Casado Separado/divorciado, Viudo	
				Ocupación		Dependiente, Independiente, Ama de casa, Cesante o jubilado, Otros	
			Valoración clínica del adulto mayor	Estado nutricional	Índice de masa corporal	Bajo peso, Normo peso, Sobrepeso, Obesidad	
				Estado funcional	Índice de Katz	Independiente, Dependiente parcial, Dependiente total	
				Estado mental	Estado cognitivo	Escala de Pfeiffer	Normal, Deterioro cognitivo leve, Deterioro cognitivo moderado, Deterioro cognitivo severo
					Estado afectivo	Escala abreviada de Yesavage	Sin manifestaciones depresivas, Con manifestaciones depresivas
			Enfermedades prevalentes	Problemas crónicos Problemas agudos	Historia clínica	Enfermedades prevalentes	

4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se empleó un cuestionario semiestructurado basado en la ficha del VACAM (21), el cual fue ejecutado por el médico responsable del programa del adulto mayor, quien encuestó a los adultos mayores y/o sus acompañantes tanto en el puesto de salud como en el domicilio de cada uno. El cuestionario contenía información sobre datos generales del adulto mayor y de los miembros de su familia, antecedentes de salud, y estado funcional.

El estado funcional se realizó con el índice de Katz incluido en el VACAM, la cual evalúa la dependencia o independencia de los adultos mayores para lavarse, vestirse, movilizarse, alimentarse, el uso de servicios higiénicos y continencia, clasificando a los adultos mayores en independiente, dependiente parcial (dependencia en uno o cinco de los ítems) o total (dependencia en todos los ítems) (21, 41).

5. Técnicas para el análisis de los datos

Para tener una visión general de la muestra obtenida, se registrarán las frecuencias respectivas concernientes al sexo, edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, estado nutricional, estado funcional, estado mental y enfermedades prevalentes.

Cada encuesta se rotulará con un código y se corresponderá con la información de cada uno de los sujetos encuestados. Esta información será

procesada siguiendo un patrón de tabulación automatizado con la ayuda del software Microsoft Excel 2014 y del paquete estadístico SPSS20; es decir, se procederá a crear una base de datos para acopiar las respuestas y finalmente se realizará el análisis estadístico de los resultados a través del software mencionado.

La representación del análisis univariado se realizará mediante tablas y gráficos de barras o circulares, según convenga.

6. Aspectos éticos

El investigador se compromete a mantener la confidencialidad de la información y resultados obtenidos en la presente investigación de la persona que es sujeto de investigación. Por lo tanto, se codificará con el número de su documento nacional de identidad.

Se hará de conocimiento, el motivo de la investigación y se dejará a decisión de éste su asentimiento para responder a las preguntas de la encuesta mediante la firma del Consentimiento Informado (Anexo 1).

Así mismo se hace mención que el estudio fue aprobado por la Micro red de Salud de Huácar perteneciente a la Dirección de Salud de Huánuco.

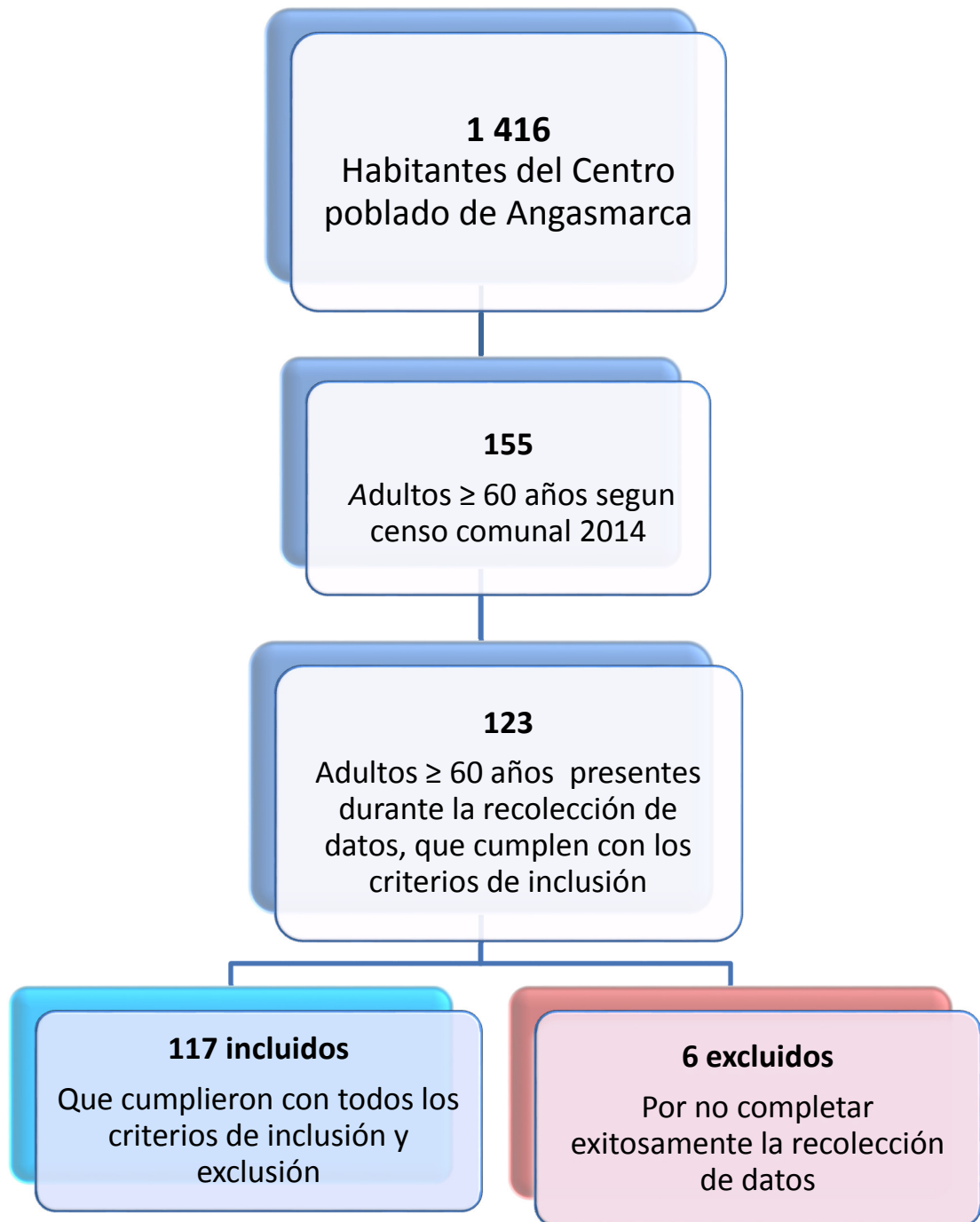
El investigador realizará estricto cumplimiento de las normas de Buenas Prácticas de Investigación en cumplimiento con el artículo 81 del Colegio Médico del Perú. Además, las consideraciones éticas se enmarcarán sobre la base de la Declaración de Helsinki, actualizada en la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en Seúl-Corea de octubre del 2008.

CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Resultados

Según el censo comunal desarrollado durante el año 2014 por el personal de salud, previamente sectorizado, había 155 adultos mayores (≥ 60 años) en el centro poblado Angasmarca y sus 5 anexos; sin embargo, al realizar la recolección de datos se encontró a 123 adultos mayores, todos aceptaron participar en el estudio, pero se perdieron 6 registros, debido a que la recolección de información se hizo en más de una visita al domicilio o al puesto de salud, y realizaron viajes por motivos personales fuera de la localidad, lo que impidió completar la recolección de datos.

GRÁFICO 5. FLUJOGRAMA DE INGRESO AL ESTUDIO



CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN (Tabla 9).

Se entrevistó a 117 adultos mayores; respecto a la distribución del sexo de los adultos mayores 61 (52,14%) fueron mujeres y 56 (47,86%) fueron varones. (Gráfico 6)

La edad promedio fue de $68,95 \pm 6,7$ años, ésta se distribuyó por decenios, de 60 a 69 años hubo 64 (54,70%); de 70 a 79 años, 41 (35,04%) y de 80 años a más, 12 (10,26%). (Gráfico 7)

En cuanto al grado de instrucción; 39 (33,33%) eran analfabetos; 68 (58,12%) tenían educación primaria, 8 (6,84%) tenían educación secundaria y 2 (1,71%) educación superior. (Gráfico 8)

Del estado civil 1 (0,85%) era soltero; convivientes, 73 (62,39%); casados, 28 (23,93%); separados, 1 (0,85%) y viudos, 14 (11,97%). (Gráfico 9)

De Angamarca procedían 64 (54,70%); Añay, 19 (16,24%); Buenos Aires, 11 (9,40%); Marabamba, 10 (8,55%); Pampatupe 10 (8,55%) y Pumaquiro, 3 (2,56%). (Gráfico 10)

De la ocupación de los adultos mayores, 32 (27,35%) eran amas de casa; jubilados, 20 (17,09%); independientes, 58 (49,57%) y dependientes, 7 (5,98%). (Gráfico 11)

Tenían algún seguro de salud 103 (88,03%) y carecían de él 14 (11,97%).

**TABLA 8. CARÁCTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS
MAYORES DEL CENTRO POBLADO ANGASMARCA, HUÁNUCO 2015**

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN		
	n	%
Sexo		
Femenino	61	52.14
Masculino	56	47.86
Grupo etario		
60 a 69 años	64	54.70
70 a 79 años	41	35.04
80 a más años	12	10.26
Grado de instrucción		
Sin instrucción	39	33.33
Primaria	68	58.12
Secundaria	8	6.84
Superior	2	1.71
Estado civil		
Soltero	1	0.85
Conviviente	73	62.39
Casado	28	23.93
Separado/divorciado	1	0.85
Viudo	14	11.97
Procedencia		
Angamarca	64	54.70
Añay	19	16.24
Buenos Aires	11	9.40
Marabamba	10	8.55
Pampatupe	10	8.55
Pumaquiro	3	2.56
Ocupación		
Ama de casa	32	27.35
Dependiente	7	5.98
Independiente	58	49.57
Jubilado	20	17.09
Tiene seguro de salud		
Sí	103	88.03
No	14	11.97

GRÁFICO 6. DISTRIBUCIÓN DE SEXO DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO ANGASMARCA, HUÁNUCO 2015

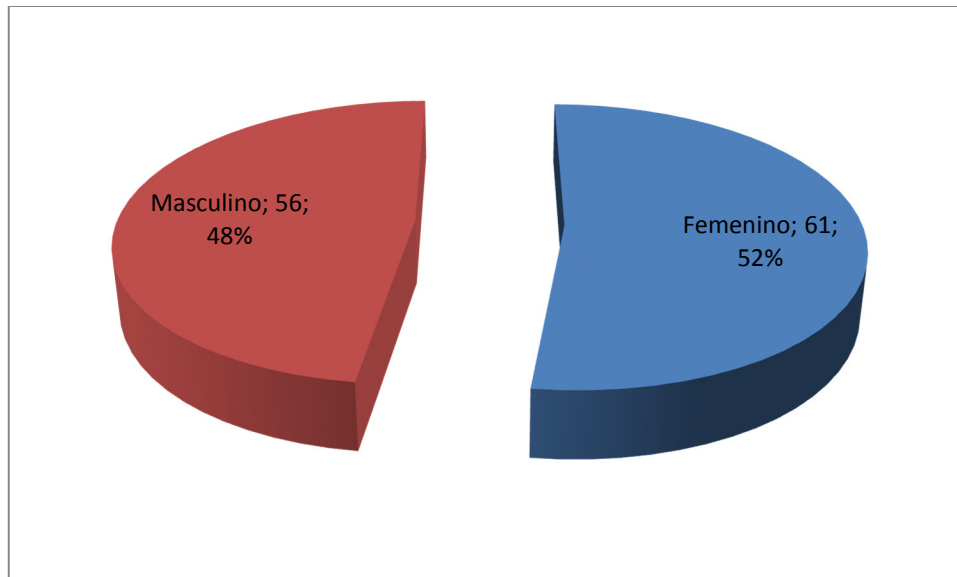


GRÁFICO 7. DISTRIBUCIÓN DE GRUPO ETARIO DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO ANGASMARCA, HUÁNUCO 2015

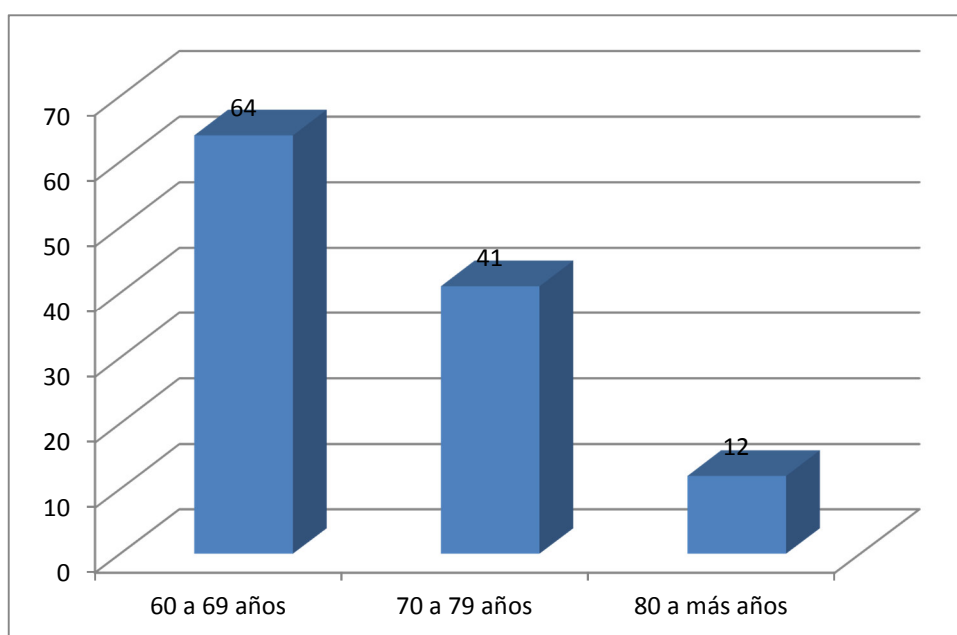


GRÁFICO 8. DISTRIBUCIÓN DE GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO ANGASMARCA, HUÁNUCO 2015

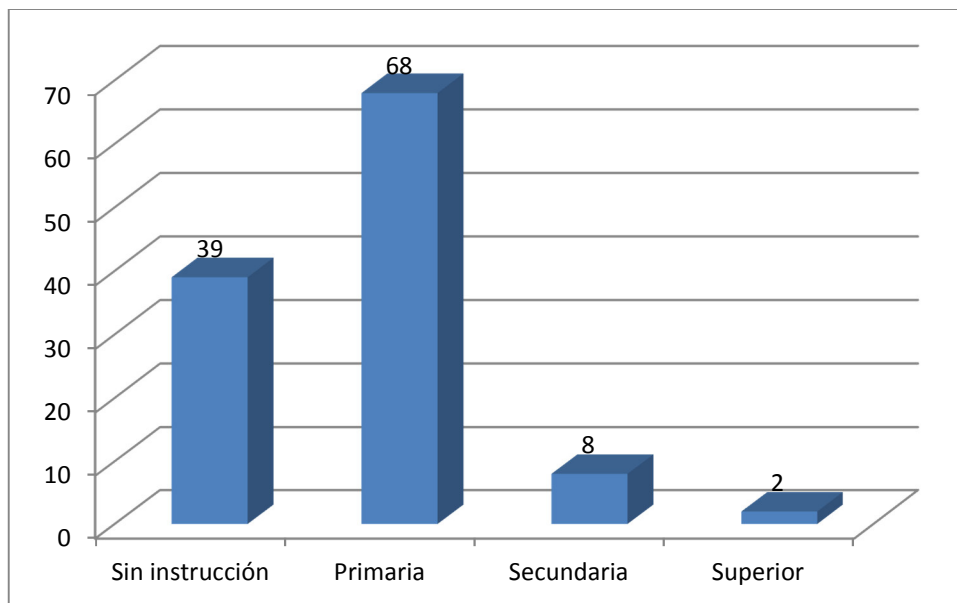


GRÁFICO 9. DISTRIBUCIÓN DE ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO ANGASMARCA, HUÁNUCO 2015

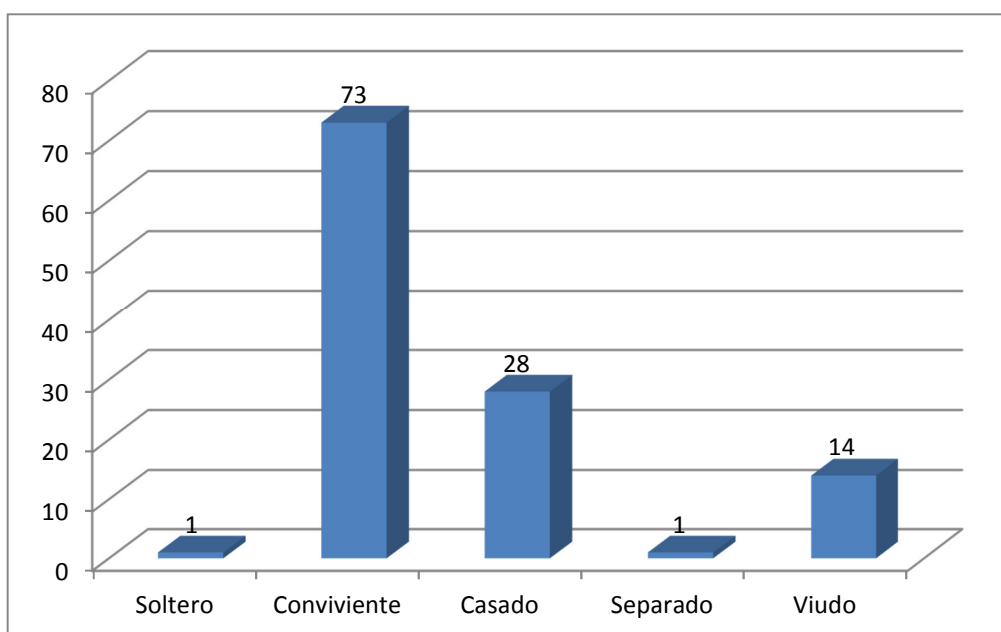


GRÁFICO 10. DISTRIBUCIÓN DE LA PROCEDENCIA DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO ANGASMARCA, HUÁNUCO 2015

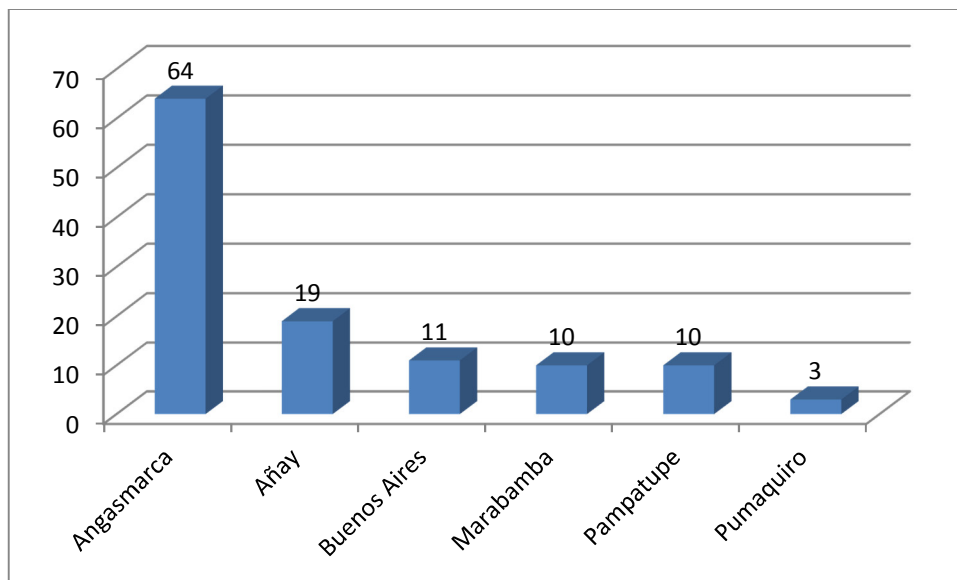
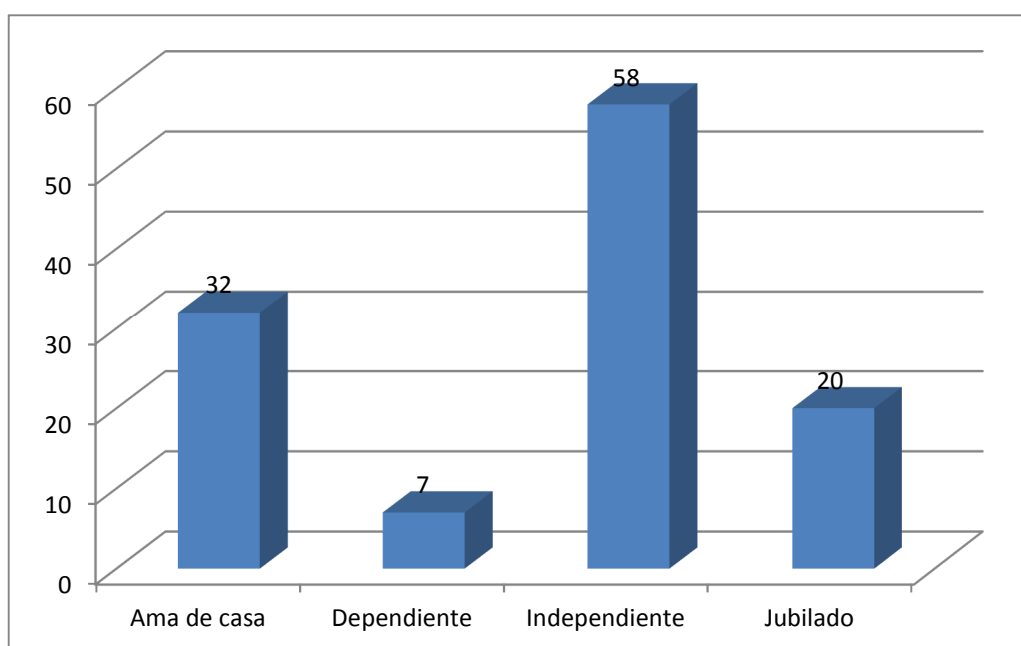


GRÁFICO 11. DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO ANGASMARCA, HUÁNUCO 2015

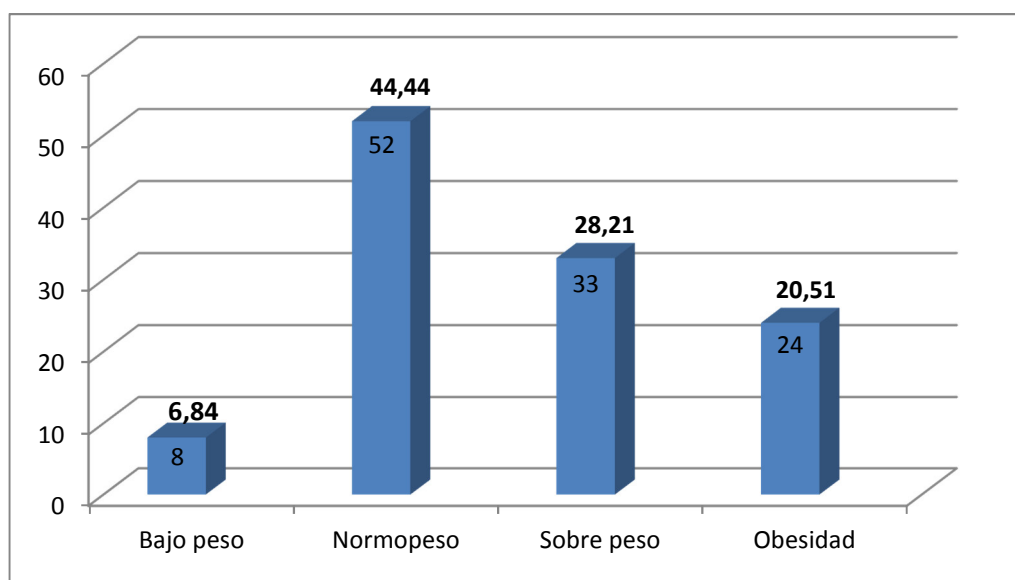


VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR

1. ESTADO NUTRICIONAL

De los 117 encuestados, 8 (6,84%) tuvieron bajo peso; 52 (44,44%), normopeso; sobre peso, 33 (28,21%) y obesidad 24 (20,51%). (Gráfico 12)

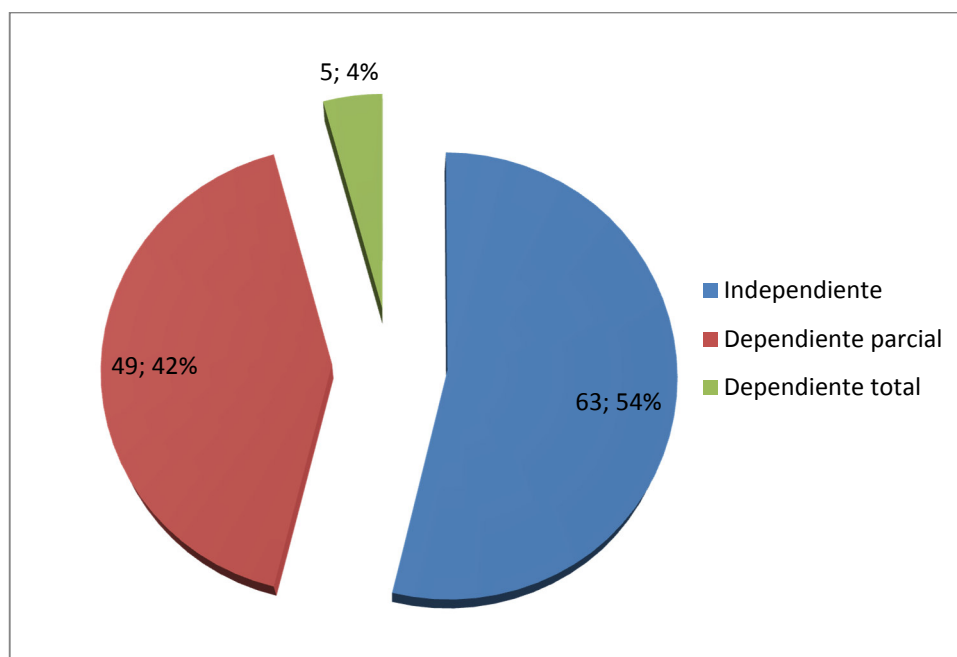
GRÁFICO 12. ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO ANGASMARCA, HUÁNUCO 2015



2. ESTADO FUNCIONAL

La mayoría (54%) de los adultos mayores que acuden al establecimiento de salud de Angasmarca son independientes, es decir sí realizan las actividades básicas de la vida sin depender de alguien, 42% son dependientes parciales y 4% son dependientes totales (Gráfico 13).

GRÁFICO 13. ESTADO FUNCIONAL DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO ANGASMARCA, HUÁNUCO 2015



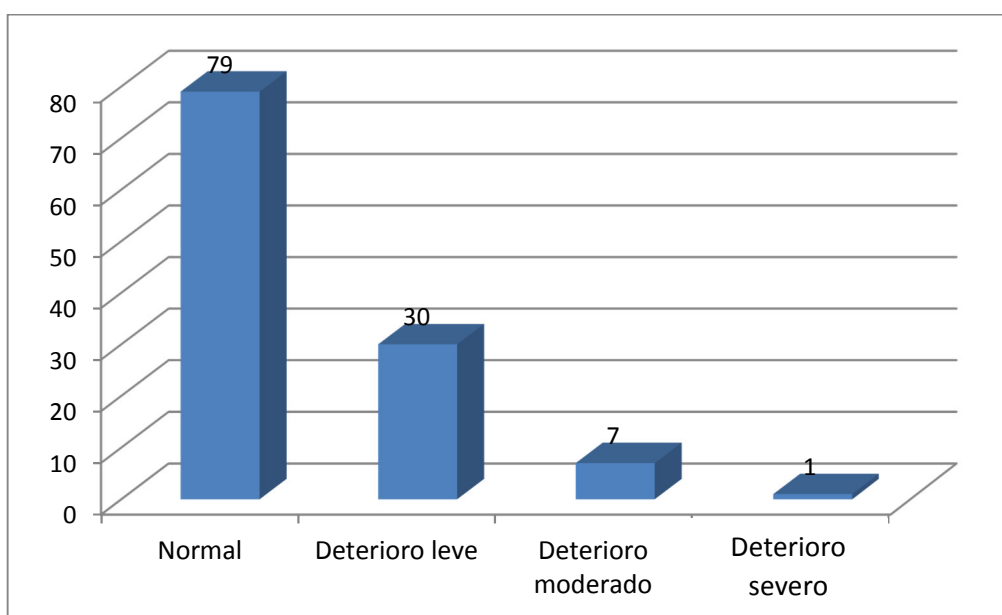
3. ESTADO MENTAL

Procedimiento mediante el cual se evalúa el estado cognitivo y afectivo. El primero abarca el conocimiento y la identificación de las alteraciones cognitivas o mentales; el segundo determina la presencia o ausencia de depresión.

ESTADO COGNITIVO

La mayoría tuvo resultado normal en el área cognitiva 79 (67,52%); deterioro leve se presentó en 30 (25,64%); deterioro moderado, 7 (5,98%) y deterioro severo 1 (0,85%). (Gráfico 14)

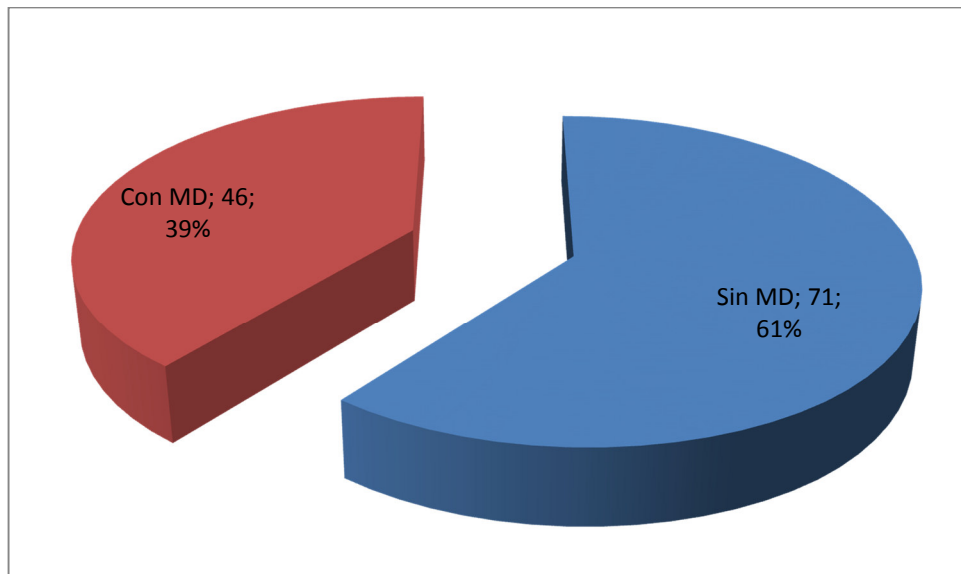
GRÁFICO 14. ESTADO COGNITIVO DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO ANGASMARCA, HUÁNUCO 2015



ESTADO AFECTIVO

De los adultos mayores 71 (61%) no tuvieron manifestaciones depresivas y 46 (39%) sí las presentaron. (Gráfico 15)

GRÁFICO 15. ESTADO AFECTIVO DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO ANGASMARCA, HUÁNUCO 2015



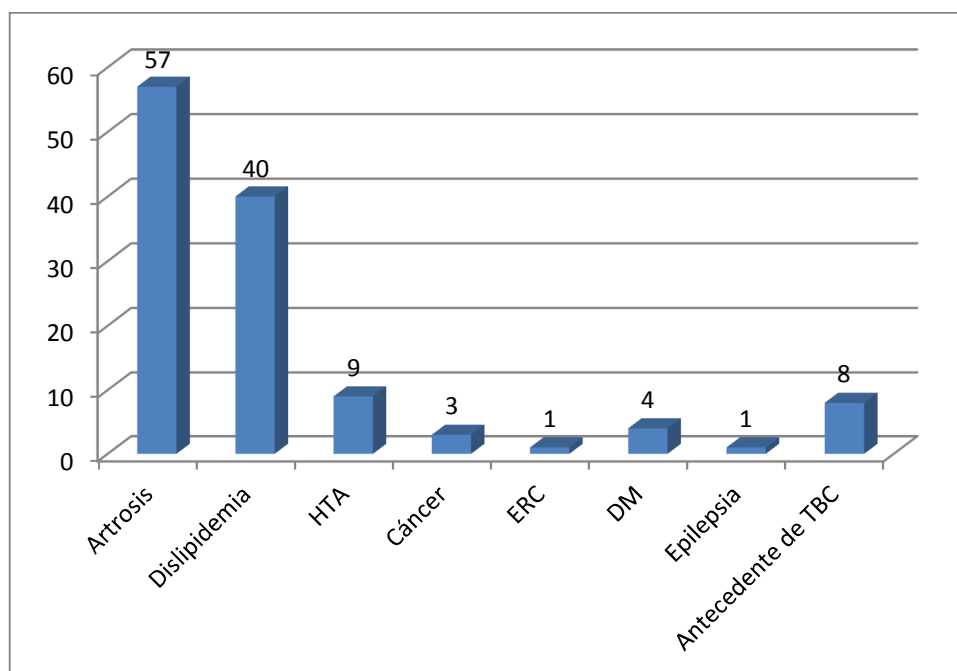
4. ENFERMEDADES PREVALENTES DEL ADULTO MAYOR

Las enfermedades crónicas más frecuentes en la población de estudio fueron artrosis (48,72%), dislipidemia (34,19%), hipertensión arterial (7,69%); además 6,84% tenía antecedente de TBC. Se muestra la distribución en la Tabla 9 y Gráfico 16.

TABLA 9. ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO ANGASMARCA, HUÁNUCO 2015

Enfermedades prevalentes	n	%
Artrosis	57	48.72
Dislipidemia	40	34.19
HTA	9	7.69
Cáncer	3	2.56
ERC	1	0.85
DM	4	3.42
Epilepsia	1	0.85
Antecedente de TBC	8	6.84

GRÁFICO 16. ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO ANGASMARCA, HUÁNUCO 2015



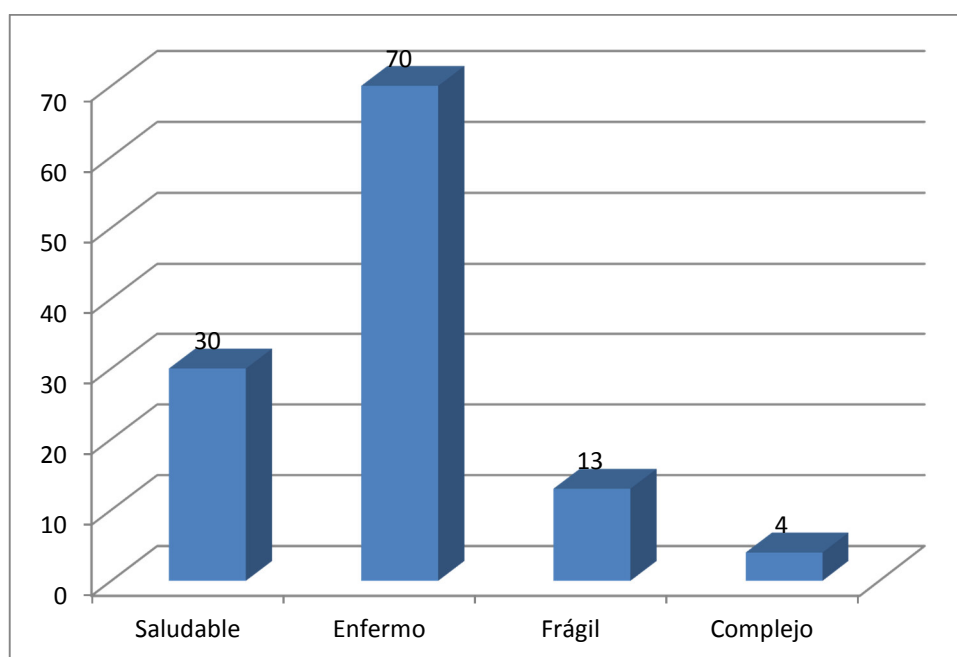
5. ESTADO CLÍNICO DEL ADULTO MAYOR

Solo 25,64% de los adultos mayores son saludables, 59,83% son enfermos, 11,11% son frágiles y 3,42% son pacientes geriátricos complejos. Podemos observar dicha distribución en la Tabla 10 y Gráfico 17.

TABLA 10. ESTADO CLÍNICO DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO ANGASMARCA, HUÁNUCO 2015

Valoración clínica	n	%
Saludable	30	25.64
Enfermo	70	59.83
Frágil	13	11.11
Complejo	4	3.42

GRÁFICO 17. ESTADO CLÍNICO DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO ANGASMARCA, HUÁNUCO 2015



2. Discusión de resultados

Lo adultos mayores que acudieron al puesto de salud Angasmarca durante el 2015, tienen un nivel de independencia inferior (53,9%) al de los pacientes ambulatorios (77,3%) y hospitalizados (59,5%) de Lima (34), o los que acudieron a centros de atención primaria (79,4%) en el Callao (42) o de la población mayor de 65 años de Madrid (63,2%) (38), y (87%) al hallado en centros de atención primaria de Santiago de Chile (17).

Por otro lado, 41,88% tienen algún grado de dependencia para desarrollar sus actividades básicas, con valores por encima a los de población de adultos mayores hallados en otras ciudades latinoamericanas por Menéndez *et al.* (39) en La Habana (20,5%), México DF (19,4%), Buenos Aires (18,6%) y Sao Paulo (23,7%).

Estas diferencias se pueden explicar porque los estudios realizados tanto en el Perú como fuera de él es en poblaciones de zonas urbanas, en las que no se precisa cuál es el nivel socioeconómico promedio y en esta investigación se trabajó con adultos mayores de una población predominantemente rural, que además se encuentran clasificados como quintil 1 o zona de extrema pobreza, por ello la diferencia en los hallazgos.

No encontramos datos con los que se pueda comparar la independencia funcional entre tipos de paciente (hospitalizado, paciente ambulatorio –de hospital o primer nivel de atención o si es población general), debido a las

características particulares de nuestra población de estudio, adultos mayores de zona rural y extrema pobreza.

En ese sentido, una de las limitaciones de nuestro estudio, radica en que se incluyó a la mayoría de los adultos mayores de una comunidad rural, que acudieron voluntariamente al establecimiento de salud, lo que implica que el ir a una consulta médica representa una necesidad de salud y por tanto las prevalencias de dependencia o enfermedades crónicas pueden ser mayores a lo que sucede en población general.

Sin embargo, en el Perú, al ser la mayoría de estudios sobre valoración geriátrica integral realizados en pacientes de hospitales, nuestros resultados se pueden acercar más a la situación de la población general.

La investigación de Ruiz y colaboradores realizada en el Callao con 301 adultos mayores provenientes de 48 establecimientos de atención primaria, consideró al igual que esta investigación el uso de la ficha VACAM (41), por lo que hacía suponer que sería sencilla la comparación de resultados, sin embargo, al ser la población de características tan disímiles no se encontraron mayores semejanzas (42).

En nuestro estudio encontramos que las mujeres consultaron más que los hombres (52,1% vs 47,9%), resultados similares a los encontrados por Lisigurski en una población de Barranca (56.2% vs 43.8%) (15) y el Callao (69,7% vs 30,3%) (42). Sin embargo, estos datos deben ser revisados en

función de la proporción de adultos mayores que hay en cada región y que tienen acceso a los servicios de salud.

Por otro lado, 88,03% de la población estudiada tiene acceso a un seguro de salud, resultado muy distinto a lo hallado por el estudio INTRA II que encontró que 61,4% no se hallaba afiliado a ningún seguro de salud (20) o al estudio de Ruiz en el Callao en el que el 66,1% no se hallaba afiliado a ningún seguro de salud (42).

Esta situación se explica por el estrato socio económico del centro poblado Angamarca, quintil 1 o extremo pobre, por lo que es una de las políticas y metas del Seguro integral de salud promover constantemente el aseguramiento universal, mediante campañas de afiliación en coordinación con las autoridades locales, siendo estas llevadas a cabo varias veces al año.

Sólo 25,4% de los adultos mayores evaluados fueron catalogados como saludables, porcentajes menores a los encontrados en población general de México DF (31,4%) (39), siendo las enfermedades más autorreportadas la artrosis (48,72%), similar a otros estudios en Madrid (56,8%) (38), Buenos Aires (52,8%) (39) o La Habana (57,4%) (39); por otro lado, llama la atención que 6,84% de los adultos mayores tengan antecedente de tuberculosis, resultado similar al estudio de Ruiz en el Callao que halló una frecuencia del 5,9%, en las demás investigaciones nacionales no se usó la ficha VACAM (41) por lo que no formaba parte del interrogatorio datos sobre antecedentes

de morbilidad. Destacamos que estos hallazgos no fueron encontrados en investigaciones fuera del Perú en las que sí se indagó sobre los antecedentes patológicos de los adultos mayores. Esto tiene relación con la alta prevalencia de tuberculosis en el Perú (40).

3. Conclusiones

El objetivo principal de este estudio fue determinar el estado clínico, funcional y enfermedades prevalentes de los adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud de Angasmarca durante el año 2015.

El estado clínico que predominó fue la de adulto mayor enfermo con 70 (59,83%), teniendo 30 (25,64%) saludables, 13 (11,11%) frágiles y 4 (3,42%) complejos.

Del estado funcional el adulto mayor independiente fue el que predominó con 53,85% (63/117) seguido del dependiente parcial con 41,88% y dependiente total 4,27%.

Con respecto a las enfermedades prevalentes de los adultos mayores se reportó con mayor frecuencia artrosis en 48,72%, dislipidemias 34,19% e hipertensión arterial 7,69%. Cabe destacar que se encontró 6,84% de adultos mayores que refirieron haber tenido TBC en algún momento de su vida, ninguno con enfermedad activa.

En cuanto a la distribución por sexo de los adultos mayores, el femenino predominó con 52,14% de los participantes del estudio.

Sobre las características de la distribución etaria se clasificaron las edades por decenios, formándose la siguiente distribución: de 60 a 69 años 54,70%, de 70 a 79 años 35,04% y 80 a más años 10,26%. La edad máxima hallada fue 86 años.

4. Recomendaciones

Se evidenció la falta de compromiso del equipo de trabajo del puesto de salud Angamarca respecto al programa de atención del adulto mayor. Ya que sólo el médico y la licenciada en enfermería se encontraban capacitadas en el llenado de la ficha VACAM, siendo esto responsabilidad del personal y de la Micro red Huácar. Si bien todo el personal tenía la predisposición de colaborar, no tenían mayor instrucción en las medidas de prevención, educación y tratamiento de las enfermedades prevalentes en la población adulta mayor, así como en los alcances del programa de atención integral de este grupo etario en el primer nivel de atención. Conociendo esta realidad y sabiendo que por la rotación de turnos, muchas veces queda una sola persona a cargo del puesto de salud, es necesario priorizar la capacitación de todo el equipo de salud.

El cuidado de los adultos mayores requiere mucha más inversión, pues utilizan más cantidad de medicamentos, pueden presentar estadías

hospitalarias prolongadas y las complicaciones suelen ser frecuentes. Por lo tanto, es necesario prevenir y detectar a tiempo los distintos problemas que presentan nuestra población geriátrica.

La creación de redes sociales de apoyo al adulto mayor facilitaría identificar a aquellos que se encuentran en riesgo social, permitiendo su acceso oportuno a la atención de salud (43-44).

Es indispensable elaborar guías de manejo para las enfermedades prevalentes en la población geriátrica, dirigidas al primer nivel de atención, de esta manera se podrá unificar criterios y mejorar la calidad de atención, además de fortalecer las aptitudes de los recursos humanos de los puestos de salud.

Finalmente, es importante señalar la necesidad de incluir tópicos de Geriátrica en la formación clínica del estudiante de medicina y de ser posible incluir el curso de Geriátrica en Pregrado, como ya otras casas de estudio lo han hecho. Debemos considerar que la pirámide poblacional está variando y la proporción de adultos mayores es cada vez mayor, su esperanza de vida se ha incrementado con los años, situación que debe tomarse en cuenta en el plan curricular de la carrera. Implementar estas medidas favorecería la labor del médico geriatra en la aplicación de las escalas de Valoración Geriátrica contenidas en el VACAM, ya que éstas requieren capacitación previa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Villanueva EA.** Sobre el envejecimiento: una perspectiva integral. Rev Hosp Gral Dr M Gea González 2000; 3 (3): 107-14. México.
2. **García GJJ.** Perfil epidemiológico en el adulto mayor. Rev. Fac Med UNAM, 2000; 0: 00-00. Chile.
3. **Beaman S, Beaman P, García-Peña C, Villa M, Heres J, Cordova A.** Validation of a modified version of the minimental state examination (MMSE) in Spanish. Aging Neuropsychology and Cognition 2004; 11 (1): 1-11. Inglaterra.
4. **Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora M, Lozano R.** Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Publica Mex 2005; 47 (S1): S4-S11. México.
5. **Harvey AG.** Insomnia: symptom or diagnosis?. Clin Psychol Rev 2001; 21: 1037-59. Inglaterra.
6. **Hsueh I P, Lee MM, Hsieh CL.** The psychometric characteristics of the Barthel activities of daily living index in stroke patients. J Formos Med Assoc 2001; 100: 526-32. Taiwan.

7. **Podsiadlo D, Richardson S.** The timed Up and go: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 142-8. Estados Unidos.
8. **International Continence Society.** Standardization of terminology of lower urinary tract function. *Scand J Urol Nephrol* 1988 Suppl; 114: 5-19. Reino Unido.
9. **Schneck ME, Haegerstrom-Portnoy G.** Practical assessment of vision in the elderly. *Ophthalmol Clin North Am* 2003; 16 (2): 269-87. Estados Unidos.
10. **Bagai A, Thavendiranathan P, Detsky AS.** Does this patient have hearing impairment?. *JAMA* 2006; 295: 416-28. Estados Unidos.
11. **Douketis JD, Paradis G, Keller H, Martineau C.** Canadian guidelines for body weight classification in adults: application in clinical practice to screen for overweight and obesity and to assess disease risk. *CMAJ* 2005; 172 (8): 995-8. Canadá.
12. **National Collaborating Centre for Acute Care. London.** Nutrition support for adults. Oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition., 2006. Reino Unido.

- 13. García-Navarro JA.** Niveles de atención geriátrica. En: Rivera CJM, Cruz JAJ. Geriatria en atención primaria. 3ª edición. Barcelona. Aula Médica, 2002. pp. 135-46. España.
- 14. Villanueva V.** Evaluación del paciente anciano. Revista de postgrado de la cátedra vía medicina-UNNE.2000. Argentina.
- 15. Lisigurski-Teitelman M, Varela-Pinedo L, Ortiz-Saavedra PJ.** Valoración geriátrica integral en una población de adultos mayores. Rev Soc Peru Med Interna. 2002; 15(1): 39-45. Perú.
- 16. Mussoll J, Espinosa MC, Quera D, Serra ME, Pous E, Villarroya I, et al.** Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos en riesgo. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37(5): 249-53. España.
- 17. Díaz V, Díaz I, Rojas G, Novogrodsky D.** Evaluación geriátrica en la atención primaria. Rev Med Chile. 2003; 131(8): 895-901. Chile.
- 18. Inga SS.** Atención integral al adulto mayor en el Puesto de Salud de Chumblín, Azuay, 2015. Universidad Técnica Particular de Loja. Ecuador.

- 19. Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas.** Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. Lima: DGSP/MINSA; 2005. Perú.
- 20. Varela L, Chavez H, Herrera A, Mendez F, Galvez M.** Perfil del adulto mayor Perú – INTRA II. Desarrollando respuestas integradas de los sistemas de cuidados de la salud para una población en rápido envejecimiento. Lima: OPS/MINSA; 2004. Perú.
- 21. Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas.** Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. Lima: DGSP/MINSA; 2006. NTS N° 043 -MINSA/DGSP-V01-2006. Perú.
- 22. Varela Pinedo LF, Chávez Jimeno H, Herrera Morales A, Ortiz Saavedra PJ, Chigne Verástegui O.** Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. Diagnóstico (Perú). 2004; 43(2): 57-63. Perú.
- 23. Gamarra P, Gómez M.** La necesidad de la evaluación geriátrica integral. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna 1997; 10: 143-52. Perú.

- 24. Del Popolo F.** Características sociodemográficas y socioeconómicas de la personas de edad en América Latina. Santiago de Chile: CEPAL; 2001. Chile.
- 25. Suárez R, Pescetto C.** Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica. 2005; 17(5/6): 419-28. Estados Unidos.
- 26. Borges-Yañez SA, Gómez-Dantés H.** Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. Salud Publica Mex. 1998; 40(1): 13-23. México.
- 27. Wallace SP, Gutiérrez VF.** Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities. Rev Panam Salud Publica. 2005; 17(5/6): 394-409. Estados Unidos.
- 28. Instituto Nacional de Estadística e Informática.** Perú: Perfil sociodemográfico de la tercera edad. Lima: INEI; 1995. Perú.
- 29. Litwin H.** Social networks and self-rated health: a cross-cultural examination among older Israelis. J Aging Health. 2006; 18(3): 355-58. Israel.

- 30. Bowling A, Browne PD.** Social networks, health, and emotional well-being among the oldest old in London. *J Gerontol.* 1991; 46(1): S20-32. Inglaterra.
- 31. Zunzunequi MV, Koné A, Johri M, Béland F, Wolfson C, Bergman H.** Social networks and self-rated in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65. *Soc Sci Med.* 2004; 58(10): 2069-81. Canadá.
- 32. Villegas-Vázquez K, Montoya-Arce B.** Condiciones de vida de los adultos mayores de 60 años o más con seguridad social en el Estado de México. *Papeles de Población* 2014, 20 (Enero-Marzo). México.
- 33. Varela Pinedo L, Chávez Jimeno H, Galvez Cano M, Mendez Silva F.** Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Rev Med Hered.* 2005; 16(3): 165-71. Perú.
- 34. Sandoval L, Varela L.** Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados. *Rev Med Hered.* 1998; 9(4): 138-42. Perú.
- 35. Chigne Verástegui O, Varela Pinedo L, Chávez Jimeno H, Sandoval Berrocal L.** Utilización de los servicios de hospitalización, consulta externa y emergencia, por adultos mayores y de menor edad,

en el Hospital Nacional Cayetano Heredia: 1990-1997. Rev Med Hered. 1999; 10(3): 111-18. Perú.

36. Isimura MM, Domínguez CE, Malpartida OF, Solórzano LM, Yalico

HF. Análisis situacional de salud del Centro Poblado de Angasmarca periodo 2014. Centro de Estadística e Informática Micro red Huácar, 2015. Perú.

37. García Gonzales JV, Diaz Palacios E, Salamea García A, Cabrera Gonzales D, Menendez Caicoya A, Fernández Sánchez A, et al.

Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria. 1999; 23(7): 434-40. España.

38. Valderrama-Gama E, Damián J, Ruigómez A, Martín-Moreno JM.

Chronic disease, functional status, and self-ascribed causes of disabilities among non institutionalized older people in Spain. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2002; 57(11): 16-21. España.

39. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso

JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica. 2005; 17(5/6): 353-61. Cuba.

40. Bonilla C. Situación de la tuberculosis en el Perú. Acta Med Peru.

2008; 25(3): 163-70. Perú.

- 41. Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas.** Guía Técnica para el llenado de la Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor. Lima 2006. Perú.
- 42. Ruiz DL, Campos LM, Peña N.** Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2008; 25 (4): 374-379. Perú.
- 43. Zelada M, Mayta P.** ¿Estamos preparados para la atención primaria del adulto mayor? Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2006; 23(1): 67-69. Perú.
- 44. Perú, Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.** Plan nacional para las personas adultas mayores 2006 - 2010. Lima: MIMDES; 2006. Perú.

Anexos

ANEXO 1
Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(FACULTAD DE MEDICINA - EAP DE MEDICINA HUMANA)
**“VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN UNA
POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES, ANGASMARCA -
HUÁNUCO 2015”**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Reciba cordiales saludos,

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

La presente investigación es conducida por Anthony Moncada Tarazona, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La meta de este estudio es determinar el estado funcional y enfermedades prevalentes de los adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud de Angasmarca durante el año 2015.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de la presente encuesta. Esto tomará aproximadamente 45 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradezco su atención, su tiempo y participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

FIRMA Y/O HUELLA DACTILAR

ANEXO 2

HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

PÁGINA N° 1

Esta página muestra de manera resumida los daños crónicos y agudos, así como el plan de atención integral de salud, ayudando al prestador a familiarizarse rápidamente con la situación de salud del usuario del servicio.

LISTA DE PROBLEMAS

Figura 1

Ministerio de Salud Personas que atendemos personas					1		
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR							
LISTA DE PROBLEMAS							
N°	FECHA			PROBLEMAS CRÓNICOS		CONTROLADO/NO CONTROLADO	OBSERVACIÓN
N°	PROBLEMAS AGUDOS		FECHA	FECHA	FECHA	OBSERVACIÓN	

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

Figura N° 2

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL						
		DESCRIPCIÓN	FECHA	FECHA	FECHA	LUGAR
1	EVALUACIÓN GENERAL: FUNCIONAL, MENTAL, SOCIAL Y FISICO					
2	ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS					
3	EVALUACIÓN BUCAL					
4	INTERVENCIONES PREVENTIVAS					
5	ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES					
6	CONSEJERÍA INTEGRAL					
7	VISITA DOMICILIARIA					
8	TEMAS EDUCATIVOS					
9	ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS					

PÁGINA N° 2

FECHA Y NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA

Figura N° 3


 Ministerio de Salud <small>Personas que atendemos personas</small>					2
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR					
FECHA	día	mes	año	HORA	N° HC

Figura N° 4

DATOS GENERALES					
Apellidos	Nombres	Sexo: M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Edad:	
		F. Nac: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Lugar de Nacimiento:	Procedencia:	Grupo sanguíneo	<input type="checkbox"/>	Rh	<input type="checkbox"/>
G° de Instrucción	Estado civil	Ocupación			
Domicilio	Teléfono				
Familiar o cuidador responsable :					

Figura N° 5

ANTECEDENTES								
ANTECEDENTES PERSONALES				ANTECEDENTES FAMILIARES				
	SI	NO		SI	NO			
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dislipidemias (Colesterol Alto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalizado el último año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarto de Miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACV (Derrame Cerebral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intervención Quirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer: (Mama, estómago, colon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Cáncer de cervix/mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Descripción de antecedentes y otros:			_____					

Figura N° 6

Medicamento de uso frecuente				
No.	Nombre	Dosis	Observaciones	
REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS		NO	SI	Cuál?

VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR - VACAM

I. VALORACIÓN FUNCIONAL

Figura N° 7

VALORACIÓN CLÍNICA ADULTO MAYOR - VACAM				
I. VALORACIÓN FUNCIONAL				
Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	KATZ		DIAGNÓSTICO FUNCIONAL	
	Dependiente	Independiente		
1. Lavarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE	(1)
2. Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE PARCIAL	(2)
3. Uso del Serv. Higiénico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE TOTAL	(3)
4. Movilizarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Continencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Alimentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

(1) Ningún ítem positivo de dependencia
(2) De 1 a 5 ítems positivo de dependencia
(3) 6 ítems positivos de dependencia

PÁGINA N° 3

II. VALORACIÓN MENTAL

Procedimiento mediante el cual se evalúa el estado cognitivo y afectivo. El primero abarca el conocimiento y la identificación de las alteraciones cognitivas o mentales, el segundo determina la presencia o ausencia de depresión.

2.1 ESTADO COGNITIVO

Figura N° 8

II. VALORACIÓN MENTAL	
2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer) Colocar 1 punto por cada error	
¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes año)	<input type="text"/>
¿Qué día de la semana?	<input type="text"/>
¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	<input type="text"/>
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene	<input type="text"/>
¿Cuál es su dirección completa?	<input type="text"/>
¿Cuántos años tiene?	<input type="text"/>
¿Dónde nació?	<input type="text"/>
¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?	<input type="text"/>
¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Perú?	<input type="text"/>
Dígame el primer apellido de su madre	<input type="text"/>
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	<input type="text"/>

VALORACION COGNITIVA	
NORMAL	<input type="checkbox"/>
DC LEVE	<input type="checkbox"/>
DC MODERADO	<input type="checkbox"/>
DC SEVERO	<input type="checkbox"/>

DC: Deterioro Cognitivo

Nota: Colocar un punto por cada error: A las personas con primaria incompleta y analfabeto restar un punto a la suma total.
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,

- No Deterioro Cognitivo	: ≤2 E
- Deterioro Cognitivo Leve	: 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado	: 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo	: 8 a 10 E

2.2 ESTADO AFECTIVO

Figura N° 9

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)			
¿Está satisfecho con su vida?	<input type="checkbox"/> NO	Colocar una marca (X), si corresponde	<input type="checkbox"/>
¿Se siente impotente o indefenso?	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas de memoria?	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/>
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/>

SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	<input type="checkbox"/>
CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	<input type="checkbox"/>

III. VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR

Figura N° 10

III. VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR			
Pts	1. SITUACIÓN FAMILIAR	Pts	2. SITUACIÓN ECONÓMICA
1	Vive con familia, sin conflicto familiar	1	Dos veces el salario mínimo vital
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica	2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales
3	Vive con cónyuge de similar edad	3	Un salario mínimo vital
4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima	4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)
5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)	5	Sin pensión, sin otros ingresos
Pts	3. VIVIENDA	Pts	4. RELACIONES SOCIALES
1	Adecuada a las necesidades	1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)	2	Relación social sólo con familia y vecinos
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).	3	Relación social solo con la familia
4	Vivienda semi construida o de material rústico	4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia
5	Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda	5	No sale del domicilio y no recibe visitas
Pts	5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA)	VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR <input type="checkbox"/> Buena/aceptable situación social <input type="checkbox"/> Existe riesgo social <input type="checkbox"/> Existe problema social 5 a 9 pts : Buena/aceptable situación social, 10 a 14 pts : Existe riesgo social, ≥15 pts : Existe problema social	
1	No necesita apoyo		
2	Requiere apoyo familiar o vecinal		
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social		
4	No cuenta con Seguro Social		
5	Situación de abandono familiar		

PÁGINA N° 4

CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO

CADA CONSULTA

Figura N° 11

CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - ADULTO MAYOR									
CADA CONSULTA	FECHA:								Comentario
Fiebre en los últimos 15 días									
Tos por más de 15 días									

SÍNDROMES Y PROBLEMAS GERIÁTRICOS

Figura N° 17

Síndromes y Problemas Geriátricos (Colocar SI o NO)										Comentario
Vértigo-mareo										
Delirio										
Síncope										
Dolor crónico										
Deprivación Auditiva										
Deprivación Visual										
Insomnio										
Incontinencia urinaria										
Prostatismo (síntomas prostáticos)										
Estreñimiento										
Úlceras de presión										
Inmovilización										
Caídas:										
Caídas en el último año										
Caídas (Número de caídas: _____)										
Fracturas										

PÁGINA N° 5

FORMATO DE CONSULTA

Figura N° 18

CONSULTA								
ENFERMEDAD ACTUAL								
Fecha:	Hora:	Edad:						
Motivo de consulta:					Tiempo de Enfermedad:			
Apetito:	Sed:	Sueño:	Estado de ánimo:					
Orina:	Deposiciones:			Pérdida de peso:				
Ex. Físico	T°:	P.A.:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:	
Piel:								
TCSC: Edemas			Estado de los pies (pulsos pedios):					
Cabeza y Cuello:								
Cavidad oral:								
Tórax y Pulmones:								
Aparato Cardiovascular:								
Abdomen:								
Aparato Génitourinario:					Tacto Rectal:			
Sistema Nervioso:								
Aparato Locomotor:								

Anexo 3. MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL TRABAJO DE TESIS

TÍTULO: VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES, ANGASMARCA-HUÁNUCO 2015

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	VARIABLES DEL ESTUDIO	INDICADORES	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
<p>1. Problema General</p> <p>¿Cuál es el estado clínico, estado funcional y cuáles son enfermedades prevalentes de los adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud de Angamarca durante el año 2015?</p> <p>2. Problemas Específicos</p> <p>¿Cuál es la distribución por sexo de los adultos mayores?</p> <p>¿Cuáles son las características de la distribución etaria de los adultos mayores?</p>	<p>1. Objetivo general</p> <p>Determinar el estado clínico, estado funcional y enfermedades prevalentes de los adultos mayores que acudieron al Puesto de Salud de Angamarca durante el año 2015.</p> <p>2. Objetivos Específicos</p> <p>Determinar cuál es la distribución por sexo de los adultos mayores.</p> <p>Determinar cuáles son las características de la distribución etaria en los adultos mayores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Variables: <ul style="list-style-type: none"> -Edad -Sexo -Enfermedades prevalentes. -Estado clínico -Estado funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de Valoración Clínica del Adulto Mayor • Índice de Masa Corporal • Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria - ABVD: KATZ. • Cuestionario abreviado de Pfeiffer • Escala Abreviada de Yesavage • Historia Clínica 	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de estudio y diseño Estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal • Población: 117 Adultos Mayores • Criterios de Inclusión: <ul style="list-style-type: none"> ○ Adultos Mayores; ≥ 60 años que acrediten dicha edad con el DNI. ○ Adultos Mayores que acuden al PS Angamarca y residen en dicho lugar ≥ 1 año. ○ Adultos Mayores que hayan accedido participar, firma del

				<p>Consentimiento Informado</p> <ul style="list-style-type: none">• Criterios de Exclusión:<ul style="list-style-type: none">○ Adultos Mayores que fallecieron durante la recolección de datos.○ Adultos Mayores que hayana viajado fuera de la jurisdicción del estudio.○ Adultos mayores que no deseen participar
--	--	--	--	---