

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA

“VALORACION GERIATRICA INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR CON SECUELAS  
DE UN ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO”

Tesis presentada como parte de  
los requisitos para optar al grado  
de Licenciado en Enfermería.

ANA IVONNE FIERRO PORMA.  
VALDIVIA-CHILE  
2003

**Profesor Patrocinante:**

Nombre : Ana Luisa Cisternas Muñoz.  
Profesión : Enfermera.  
Grados : Magister y Doctorado en Gerontología y Geriatria.  
Magister en Modelado del Conocimiento para Entornos Virtuales en Educación.  
  
Instituto : Enfermería.  
Facultad : Medicina.  
Firma :

**Profesores Informantes:**

1) Nombre : Adela Sanguinetti Villanueva.  
Profesión : Enfermera.  
Grados : Especialista en Enfermería en Oftalmología.

Instituto : Enfermería.  
Facultad : Medicina.  
Firma :

2) Nombre : Gema Santander Manriquez.  
Profesión : Enfermera.  
Grados: : Magister en Salud Pública.

Instituto : Enfermería.  
Facultad : Medicina.  
Firma :

**Fecha de Examen de Grado:**

## **INDICE DE MATERIAS.**

<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>3 – 4</b>
<b>MARCO TEORICO</b>	<b>5 – 10</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>11 12</b>
<b>MATERIAL Y METODO</b>	<b>13– 18</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>19 – 35</b>
<b>DISCUSION</b>	<b>36 – 39</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>40 – 41</b>
<b>PROYECCIONES DE LA INVESTIGACION</b>	<b>42</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>43</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>44 - 47</b>

## 1. RESUMEN

El proceso de transición demográfico en Chile ha determinado un cambio en la estructura de la población, cuya principal característica es el envejecimiento poblacional. Actualmente el 10% de la población chilena es adulto mayor. En los años 60 las enfermedades transmisibles – infecciosas y parasitarias, tenían una alta incidencia. A fines del siglo XX, predominan las enfermedades crónicas y degenerativas, que afectan al adulto mayor. Una de estas enfermedades es el accidente vascular encefálico (AVE), que es la afección neurológica que posee el más alto índice de mortalidad e invalidez a nivel mundial en el adulto mayor . Esta enfermedad constituye un grave problema de salud, pues involucra un costo social, secuelas incapacitantes, dependencia de los pacientes y, elevadas necesidades asistenciales.

Los resultados obtenidos en la investigación realizada, a los adultos mayores secueledos de un accidente vascular encefálico, conforme a la escala de Valoración Geriátrica de la Universidad Católica de Chile, validada en Chile, señalan que esta enfermedad afecta con mayor frecuencia a mujeres, y el grupo etareo con mayor incidencia es el grupo de 65-75 años.

La mayoría de los pacientes ejecutan sus labores diarias apoyados por un cuidador no especializado ni exclusivo, ya que éste además amplía su quehacer a las actividades del hogar, lo que le genera dificultades de carácter físicas, psicológicas y económicas.

En lo que se refiere a la capacidad funcional, los hombres poseen mayor capacidad de desempeño en las actividades de la vida diaria; no obstante, el grupo etareo de 76 y más años presenta mayores dificultades para realizar estas labores.

Las mujeres tienen una mejor evaluación mental que los hombres. En cuanto a grupos de edad, los mayores de 76 presentan mayor déficit cognitivo.

Todos los adultos mayores, afectos a un AVE; e independientes de su sexo y edad, poseen apoyo social y, reciben cuidados de familiares cercanos o de personas sin parentesco alguno.

## 2. SUMMARY.

The demographic process of transition in Chile has determined a change in the structure of the population, which principal characteristic is the population aging. Nowadays 10% of the Chilean population is grown-up. In the years 60 the diseases transmissible, infectious and parasitic had a high effect, at the end of the XX century, they predominate over the chronic and degenerative diseases that affect the grown-up. One of these diseases is the vascular encephalic accident, being the neurological affection of higher index of mortality and invalidity worldwide in the major adult. It is a question of a serious problem health, on having be verified the social cost, the heap of sequels incapacitates, the dependence of the patients and the high welfare needs.

The general lens of this investigation is to determine biological, psychological and social characteristics of 18 grown-ups with sequels of a vascular encephalic accident and that belong to the center of familiar health Valdivia's squalls, where will be applied "scale of geriatric valuation of the Catholic University of Chile", validate in our country, and to be able like that to detect, degrees of disability in activities of the daily life, alterations of the mental area and the type of social support which the major adult possess, for be able like that to identify the population of major risk and of major need of sanitary assistance.

The resells obtained of the geriatric integral valuation indicate that the accident vascular encephalic affects with major frequency the women, the group of more age affected is that of 65 – 76 years. The majority of the patients posses a keeper who represents it in the activities of the daily life. Who beside attending to the patient worries about the housekeeping of the home, generaándose in this, problem of physical, psychological and economic type. Regarding the functional capacity men possess abettor aptitude to effect activities of the daily vided; the group of age of 76 and more year present major difficulties to release these activities. Women have a better mental evaluation that men, and as for group of age, the majorettes of 76 and more years they present a majorcognitive deficit. All the major adults, independent from his(its) sex and age, possess social support and persons can receive taken, care of nearby relatives y/o not relatives.

### 3. INTRODUCCION.

e cambios relacionados con el paso del tiempo, se inicia con el nacimiento y continúa a lo largo de la vida. La población de adultos mayores crece anualmente, proyecciones mundiales indican que, para el año 2030 habrá más personas mayores de 65 años (22%), que menores de 18 años (21%).

“En 1960 la población chilena menor de 15 años alcanzaba 39,6%, mientras que los adultos mayores eran 4,3%. En 1995 la población menor de 15 años fue de 29,2 % y la población adulta mayor se elevó a un 7,13%”. (INE. 1996).

El Instituto Nacional de Estadísticas (2000), realiza estimaciones y proyecciones que señalan que en el año 2010 habrá en Chile 50 personas de 60 años y más por cada 100 menores de 15 años. “El descenso porcentual de los menores de 15 años y el aumento de representatividad de los adultos mayores, debido a la baja mortalidad y fecundidad, a través del tiempo, incide directamente en el índice de vejez (número de adultos mayores, de 60 años y más existentes por cada 100 menores de 15 años)” (INE, 2000).

“Los cambios demográficos referidos a las modificaciones en el tiempo desde niveles altos a bajos de la mortalidad y la fecundidad, han incidido en el proceso denominado **transición hacia el envejecimiento demográfico de la población chilena**”(Censo 2002).

Enfermedades crónicas como Hipertensión arterial y Diabetes, son frecuentes en el adulto mayor, alterando muchas veces, su calidad de vida, además, estas enfermedades son factores de riesgo para otro tipo de patologías más complejas y, que frecuentemente llevan a la muerte o dejan secuelas que pueden llegar a invalidar a la persona. Una de estas patologías es el Accidente Vascular Encefálico que afecta mayormente a la población adulta y adulta mayor.

El objetivo general de la investigación es determinar las características biológicas, psicológicas y sociales del adulto mayor con secuelas de un Accidente Vascular Encefálico. Aplicando una “Escala de Valoración Geriátrica de la Universidad Católica de Chile”, validada en nuestro país, y así poder detectar grados de capacidad en actividades de la vida diaria, el apoyo social con que cuenta el adulto mayor, y otros aspectos. Además se agrega un “Cuestionario de Valoración Geriátrica” para determinar, antecedentes generales, nivel socioeconómico, secuelas neurológicas, entre otras.

Se estima que lo anterior, permitirá conocer a la población de adultos mayores con secuelas de un accidente vascular encefálico y detectar cuales son los adultos mayores que requieren de una mayor atención de salud y poder así diseñar un plan de cuidados racionales y coordinados de tratamiento integral personalizado para cada uno (rehabilitación, educación, asesoramiento, servicios de apoyo).

Se trabajará con un universo de 18 adultos mayores que presentan secuelas de un accidente vascular encefálico y que pertenecen al CESFAM Las Animas de la ciudad de Valdivia, durante los meses de agosto-noviembre del año 2002. El objetivo de trabajar a nivel extrahospitalario es conocer el entorno real familiar y cotidiano del adulto mayor.

Estadísticas entregadas por el Ministerio de Salud (1999), indican que el Accidente Vascular Encefálico ocupa el segundo lugar en “Mortalidad por diez primeras causas específicas de defunción, en ambos sexos en la población general, con una tasa de 52,3 por 100.000 habitantes”. Ocupa el primer lugar de “Mortalidad entre 65 y 79 años por diez primeras causas específicas de defunción, en mujeres, con una tasa de 280,6 por 100.000 habitantes”. Estadísticas entregadas por el Servicio de Salud de Valdivia (1999), muestran que esta comuna no escapa de la realidad nacional, y el Accidente Vascular Encefálico lidera el primer lugar en “Mortalidad entre 65 y 79 años por principales causas de defunción, en mujeres, con una tasa de 314,4 por 100.000 habitantes”.

Considerando que el Accidente Vascular Encefálico es una importante causa de muerte, morbilidad e invalidez en nuestro país, se hace necesario profundizar estudios sobre esta mortal enfermedad. La capacidad funcional del adulto mayor normal, se reduce a medida que aumenta la edad, y si se agrega a esto, una enfermedad invalidante, como el Accidente Vascular Encefálico, se observa un notable aumento de la disminución de su capacidad funcional. En estas condiciones, el adulto mayor requiere del apoyo de un equipo multidisciplinario que atienda a sus necesidades y, que este apoyo no sea solamente durante su estadía en el hospital. Es de vital importancia continuar el seguimiento a nivel extrahospitalario, para prevenir o detectar precozmente complicaciones.

A través de mi experiencia clínica como estudiante de Enfermería he vivenciado cómo el Accidente Vascular Encefálico afecta a un sinnúmero de pacientes adultos mayores. Es común detectar a esta población en los servicios de Medicina y Neurología, donde la principal causa de hospitalización del paciente con secuelas de un Accidente Vascular Encefálico, es por la agudización de la patología o por una complicación de ésta, la que muchas veces es por causa del estado de postración que presentan algunos pacientes (ulceras por decúbito, neumonía, infecciones del tracto urinario, entre otras).

En la mayoría de los casos, el equipo multidisciplinario sólo se ocupa de estos pacientes durante su estadía en el hospital, por tal razón surgen interrogantes que motivan a investigar lo que ocurre con los pacientes dados de alta. ¿Los Centros de Salud Familiar realizan el seguimiento del adulto mayor con secuelas de un Accidente Vascular?, ¿Cuál es el tipo de atención que se les brinda?.

#### 4. MARCO TEORICO.

Las estimaciones elaboradas sobre la base de censos anteriores (Censo 1972, 1982, 1992) indican que del total de la población, un millón y medio son adultos mayores (10% de la población). Este proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento de la población chilena está generando, indudablemente, un impacto considerable en la sociedad, con demandas, principalmente en el área económica, de salud, de educación y seguridad social. “Se agregan nuevas necesidades o se reemplazan las antiguas, por ejemplo las enfermedades propias de la vejez adquieren mayor importancia que aquellas que afectan a otros grupos de edad de la población”. (INE, 2000).

“La esperanza de vida, es el promedio de años que se espera que viva una persona”. (INE, 1996). Durante los años 1965-1970, en nuestro país la esperanza de vida para el hombre alcanzaba a 57,6 años, y para la mujer 63,75 años. INE, estima, que para los años 2000-2005, será, de 73 años en el hombre y 79 años en la mujer. Sobre la base de estos datos se predice que en el futuro las personas vivirán más años. Por lo tanto, las ciencias de la salud tienen ante sí, el reto de hacer que estos años adicionales, sean más sanos y productivos.

La doctora Patricia Villaseca, propone un concepto de salud gerontológico. “Salud, estar sano, envejecer en salud”. Donde interactúan tres componentes: Social, biológico y psicológico. El componente social, son todas las relaciones que establece el adulto mayor, con su familia, pares y otras generaciones. Estas relaciones deben ser armónicas y sin conflictos. Debe tener roles sociales claros, participar en distintos grupos sociales, políticos, culturales, religiosos. Lograr, en lo posible tener una vida independiente en relación a lo económico, lo que permita sentirse útil, reconocido, apoyado y estimulado por los demás.

El componente biológico, son las expresiones de salud que tienen que ver con el cuerpo, la mente y su funcionamiento. Ser capaz de conservar la capacidad de poder realizar las actividades de la vida diaria a nivel básico o mínimo, con ayuda o con apoyo de elementos tecnológicos, esto implica, de la propia decisión y voluntad de desarrollar actitudes para mantenerse sano, y la capacidad de darse cuenta cuando pedir ayuda.

El componente psicológico, se refiere a las dimensiones de ser persona, asumir sus limitaciones, desarrollar potencialidades, construir un proyecto de vida, dentro del marco de las etapas de su ciclo vital, expresar su experiencia de vida.

La OMS incorpora en la definición de salud de los adultos mayores el concepto de funcionalidad, mediante la cual se reconoce el hecho del deterioro de la homeostasis de los órganos y tejidos con el paso de los años, recalcando que este proceso constituye enfermedad sólo en la medida que comprometa la independencia y/o autonomía en las funciones o actividades de la vida diaria de la población de adultos mayores. Por ello un buen marcador de la situación de salud del adulto mayor es determinar el impacto funcional que producen las enfermedades sobregregadas al proceso normal de envejecimiento.



Los ancianos tienen mayores probabilidades de conservar una buena salud e independencia funcional, cuando disponen de servicios de apoyo adecuados a nivel comunitario. Nuestro gobierno, preocupado por la población de adultos mayores, propone políticas de salud. A través del Ministerio de Salud (2002), ha desarrollado un **Programa de Salud del Adulto Mayor**, destinado a satisfacer las necesidades y demandas de salud del grupo de adulto mayor Chileno. Dicho programa, propone tres objetivos específicos:

“Mantener o recuperar la autonomía, constituye el objetivo principal del cuidado de la salud del adulto mayor. En consideración a la alta prevalencia de enfermedades crónicas o de secuelas invalidantes en este grupo etáreo, el propósito de los cuidados de salud es evitar que ellas se conviertan en factores limitantes en el desarrollo de las actividades que el adulto mayor necesite o desee realizar”. (Minsal. 2002).

“Disminuir la mortalidad por causas prevenibles o evitables y contribuir de esta manera a prolongar la vida, es el otro objetivo principal de esta política”. (Minsal. 2002).

“Incentivar acciones en las áreas de promoción, prevención y atención curativa – rehabilitación específica en la perspectiva de un envejecimiento activo”. (Minsal. 2002).

Las actividades del programa son: “Crema puré, años dorados”, control de salud adulto mayor, vacuna Antiinfluenza, enfermedades de costo catastrófico, órtesis y prótesis, oportunidad de atención. Pueden acceder a este programa todos los adultos mayores de 65 y más años, que presenten carné de Fonasa o Cédula de Identidad.

La satisfacción psicológica en la vejez se refleja en la capacidad de las personas ancianas para adaptarse a las pérdidas físicas, sociales y emocionales, y lograr serenidad y satisfacciones en su vida. Debido a que los cambios en los patrones de vida son inevitables con el curso del tiempo, la persona debe mostrar resignación y potenciar sus capacidades al confrontar la atención emocional y los cambios en su vida.

“El temor a envejecer y la incapacidad de muchas personas para hacer frente a su propio envejecimiento desencadena creencias gerontológicas. La jubilación y la improductividad que se percibe como parte del envejecimiento también son causa de sentimientos negativos. Las personas más jóvenes y que trabajan suelen pensar en los ancianos como personas que no contribuyen a la sociedad y que en realidad consumen recursos económicos. Esta imagen negativa es tan común en la sociedad, que los mismos adultos mayores creen en ella”. (Brunner y Suddarth, 1998).

A partir de estudios científicos sobre el envejecimiento, que se realizaron en poblaciones de adultos mayores hace 40 y 50 años surgieron tres teorías del envejecimiento, con el objeto de predecir y explicar las interacciones y roles sociales que contribuyen a la adaptación satisfactoria a la vida de personas de la tercera edad, estas teorías son: **Teoría del Desentendimiento, actividad y continuidad.**

Según la teoría del **desentendimiento** (Cummings y Henry; 1961), al retirarse de las obligaciones contraídas con la sociedad al mismo tiempo que ésta retira su apoyo a los ancianos, éstos logran un estado de ánimo favorable y encuentran satisfacción en la vida. Esta teoría ha sido refutada por datos de investigaciones en las que se muestra que las personas activas y que conservan obligaciones, obtienen mayor satisfacción de su vida que otras más pasivas sin obligaciones.

La teoría de la **actividad** (Havighurst, 1968) propone que la satisfacción vital en el envejecimiento normal se acompaña de la conservación del estilo de vida activo de la edad madura. Supone que los adultos mayores encuentran actividades sustitutas satisfactorias.

La teoría de la **continuidad** (Atchley, 1989; Neugarten, 1964) plantea que el ajuste satisfactorio se basa en la capacidad de la persona para continuar con los mismos patrones de conducta a lo largo de toda la vida. Es importante preservar la continuidad o vínculo con el pasado, ya que los antiguos hábitos, valores e intereses, son parte integral de la vida actual del individuo.

Dr. Galdames (1997), analiza la epidemiología del **accidente vascular encefálico** en Chile y sostiene que nuestro país está en un período de transición epidemiológica donde las enfermedades infecciosas y la desnutrición no han sido resueltas en su totalidad, y a la vez están emergiendo enfermedades como las cardiovasculares, cáncer, accidentes y violencias que son características de países desarrollados, actualmente estas patologías son las principales causas de muerte en Chile. “El accidente vascular encefálico en nuestro país es una importante causa de muerte, morbilidad e invalidez por lo tanto constituye una carga pesada para la economía nacional”. (Galdames, 1997).

En Anexo N° 1 se detallan estadísticas nacionales de Mortalidad causadas por el Accidente Vascular Encefálico, entregadas por el Ministerio de Salud (1999).

Teniendo en consideración el Cuadro Estadístico se deduce y se comprueba que el Accidente Vascular Encefálico, ocupa los primeros lugares en la Mortalidad del adulto mayor, siendo el sexo femenino al más afectado.

Más impresionante que la cifra de Mortalidad, es el modo como el Accidente Vascular Encefálico cambia la calidad de vida de los sobrevivientes. Muchas veces disminuye la capacidad funcional en el trabajo, el hogar, y la comunidad. Numerosos pacientes permanecen afectados en cuanto a su capacidad para caminar ver y sentir. Algunos nunca vuelven a poder leer, recordar, a pensar, a hablar ni comunicarse de otra forma como lo hacían antes. Las complicaciones pueden ser más devastadoras que el mismo accidente.

“Accidente Vascular Encefálico o Síndrome Cerebro Vascular definido como: un síndrome consistente en una constelación de hallazgos neurológicos; de inicio súbito o rápido, que persiste por más de 24 horas, y cuyo origen vascular es debido a una: Oclusión trombótica o embólica de una arteria cerebral, resultando en un infarto, o, a una ruptura espontánea de un vaso, ocasionando una hemorragia intracerebral.

Estas definiciones excluyen la oclusión o ruptura debido a procesos traumáticos, neoplásicos o infecciosos que secundariamente producen alteraciones”. (Sociedad de Neurología de Chile, 1997.)

Beare/Myers (1998) sostienen que las células necesitan oxígeno y nutrientes, que les aporta la circulación sanguínea. Si disminuye el aporte de oxígeno a alguna parte del cerebro da lugar a zonas focales o diferenciadas de isquemia e hipoxia tisular. En última instancia, la isquemia produce necrosis (muerte celular), o infarto del tejido cerebral. La interrupción del aporte sanguíneo cerebral da lugar a signos y síntomas de pérdida funcional de las zonas afectadas. Estos déficit neurológicos pueden ser leves o graves, dependiendo de la localización y extensión de la lesión cerebral. Muchos pacientes se recuperan por completo, pero presentan grados variables de discapacidad.

Dependiendo del área cerebral afectada aparecen alteraciones, es así como una lesión en el hemisferio izquierdo causa un déficit motor de debilidad derecha, el paciente muestra un comportamiento cauteloso y de cuidado, en el área de percepción manifiesta afasia receptiva. Si la lesión ocurre en el hemisferio cerebral derecho el paciente muestra debilidad izquierda, en relación al comportamiento se muestra impaciente, impulsivo, en el área de la percepción el paciente presenta dificultades con las relaciones espaciales.

“Dado que el tratamiento precoz del accidente vascular encefálico puede ser beneficioso, todos los pacientes en riesgo deben ser instruidos sobre los síntomas precoces del mismo, por nombrar algunos: paresia, disminución o pérdida súbita de la visión, pérdida del habla o dificultad para comprender el lenguaje hablado, cefalea súbita e intensa sin causa aparente, dificultad para caminar, pérdida de la coordinación o caídas. Estas personas deben acudir inmediatamente a un centro hospitalario para solicitar atención ya que el tratamiento debe comenzar en las 3 a 6 primeras horas desde el comienzo del evento”. (Beare/Myers, 1998).

“La recuperación tras el accidente vascular encefálico comprende dos aspectos: el neurológico y el funcional. La extensión de la recuperación neurológica depende del mecanismo, la localización y el tamaño de la lesión. También depende, de las circunstancias socioeconómicas del paciente, tanto o más que del accidente vascular en sí. La capacidad física y la salud mental antes del accidente vascular son predictores importantes de la posibilidad para enfrentarse a la situación y colaborar con el programa de recuperación, que a veces no se puede alcanzar a causa de la depresión, frecuente después del episodio. La vuelta a una vida activa y útil es mucho más probable en los pacientes con más recursos económicos y un hogar que facilite su independencia (recursos económicos para equipo de rehabilitación, kinesiólogo, entre otros.). La disponibilidad de un cuidador entrenado en el hogar es extremadamente importante en la rehabilitación”. (Beers, 2001).

El equipo multidisciplinario debe establecer lo antes posible un plan de cuidados apropiados según las necesidades del paciente. El tratamiento precoz e intensivo proporciona con frecuencia una recuperación favorable. Sin embargo, el tratamiento intensivo no siempre está justificado. En algunos casos el tratamiento resulta inútil, puesto que la calidad de vida es y continuará siendo mala. En estos casos, la atención debe centrarse en las medidas de apoyo.

Las pruebas diagnósticas invasivas, los tratamientos médicos y quirúrgicos agresivos y el reposo en cama prolongada son muchas veces perjudiciales para los ancianos. La neumonía, las úlceras por presión y la depresión son muy frecuentes y deben prevenirse o tratarse cuando ya existen.

La capacidad funcional del adulto mayor normal se reduce a medida que aumenta la edad, y si a ello le agregamos una enfermedad como el accidente vascular encefálico que en la mayoría de los casos deja secuelas invalidantes, se observa una notable disminución de su capacidad funcional.

“La valoración geriátrica integral de los pacientes frágiles o con enfermedades crónicas pueden mejorar su asistencia y los resultados clínicos finales. Los beneficios posibles consisten en una mayor exactitud diagnóstica, mejorar el estado funcional y mental, reducción de la mortalidad, menor necesidad de hospitalizaciones, entre otras”. (Brees, 2001).

Los programas de valoración geriátrica que existen son muy diferentes en cuanto a sus fines, amplitud, personal disponible, organización y componentes estructurales y funcionales. La mayoría de ellos intentan dirigir sus servicios a los ancianos con mayor riesgo y combinar los resultados de sus valoraciones con intervenciones adaptadas a cada persona (rehabilitación, educación, asesoramiento, servicios de apoyo).

“La evaluación geriátrica integral es un proceso multidimensional dirigido a valorar la capacidad funcional, la salud física, la salud mental y cognitiva y la situación socioambiental del adulto mayor. Se diferencia de la valoración médica habitual porque abarca campos no médicos, pone un énfasis especial en la capacidad funcional y en la calidad de vida, y por que es realizada por equipos multidisciplinarios. Esta valoración ayuda a diagnosticar los problemas relacionados con la salud, desarrollar planes terapéuticos y de seguimiento, coordinar la asistencia, determinar la necesidad y el lugar de la asistencia a largo plazo y a utilizar de manera óptima los recursos sanitarios”. (Beers, 2001).

La valoración geriátrica integral alcanza su mayor eficacia cuando está a cargo de un equipo geriátrico multidisciplinario. En la mayoría de los casos, la consulta ambulatoria es un lugar adecuado y económico donde realizar el estudio, por lo general no requiere de la tecnología ni de una monitorización excesiva de los centros de salud. Esto podría ser necesario si el adulto mayor presenta trastornos físicos, mentales o enfermedades crónicas que necesitan reposo durante el proceso de valoración.

Existen numerosos instrumentos validados internacionalmente, que hacen que las valoraciones sean, eficaces y facilitadoras de comunicación de la información clínica entre distintos profesionales del área de la salud. Algunos de ellos se detallan a continuación:

**Índice de Katz:** Evalúa independencia o dependencia en las actividades de la vida diaria. ( alimentación, continencia, movilidad, uso del servicio, vestirse y bañarse). **Índice de Barthel:** Evalúa capacidades 9 actividades de la vida diaria (AVD). **Escala Lawton:** cuestionario de valoración nutricional. **Escala de la Cruz Roja española:** evalúa grados de capacidad física y grados de capacidad psíquica. **Test del Informador:** Valora a través de un

informador (fidedigno) el declinar cognitivo-funcional del paciente en los últimos 5 a 10 años.

La OMS y las Sociedades de Geriátría de Gran Bretaña y de Estados Unidos aconsejan el uso de la valoración geriátrica en sus distintos niveles asistenciales.

En Chile son escasas las investigaciones relacionadas al tema, en el año 1997 un equipo multidisciplinario del Programa de Geriátría y Gerontología de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, aplicó un instrumento de valoración geriátrica validado internacionalmente, el tema de la investigación fue “Valoración Geriátrica Ambulatoria de 2116 Adultos Mayores Pobres”. Se aplicó a la población de adultos mayores de la Comuna de lo Espejo, Región Metropolitana, utilizándose la “Escala de la Cruz Roja Española”, que permite una evaluación funcional y mental del adulto mayor. A este instrumento se le agregó la “Escala de Evaluación de Apoyo Social”(de la Universidad Católica de Chile).

El objetivo de esta investigación fue obtener una visión mas objetiva de la situación real de la población y seleccionar el tipo de apoyo personal que requerían, también permitió obtener información útil para poder focalizar mejor los recursos a nivel comunal en aquellos adultos mayores mas frágiles (mayores de 75 años).

Otro estudio realizado en 1997, por el Programa de Geriátría y Gerontología de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile en el Hospital Clínico de la Universidad Católica, titulado “Resultados al Aplicar el Sistema de Clasificación de Pacientes (RUG-T18) en Ancianos Ingresados a un Hospital Universitario”, utilizó un instrumento que permite clasificar a los pacientes que ingresan a un centro hospitalario(RUG), independientes de su diagnóstico, para así asignar los recursos materiales, humanos y especificar anticipadamente el patrón de servicios óptimo para el paciente. El RUG-T18, es ideal para el paciente adulto mayor, porque se evalúan actividades de la vida diaria (continencia, alimentación, movilidad). A este instrumento se le agregó la “Escala de Valoración Geriátrica”(de la Universidad Católica de Chile), para obtener resultados más completos.

Esta investigación permitió clasificar jerárquicamente a los adultos mayores hospitalizados en grupos de: rehabilitación, cuidados especiales, clínicamente complejos, alteraciones de la conducta y funciones físicas reducidas. Los resultados obtenidos demostraron que el perfil de los pacientes atendidos fue: 27,7 % con mayor compromiso funcional, 11,5% con claras alteraciones mentales aumentando significativamente este porcentaje en los pacientes mayores de 75 años, lo cual reafirma que actualmente se atienden ancianos más complejos y con mayores limitaciones mentales y funcionales en las actividades de la vida diaria que requieren una mayor rehabilitación como también un enfoque multidisciplinario.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. OBJETIVO GENERAL:**

Determinar las características biopsicosociales del adulto mayor con secuelas de un accidente vascular encefálico que pertenecen al programa del adulto mayor del centro de salud familiar Las Animas de Valdivia.

### **5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

Identificar edad, sexo y estado civil del adulto mayor con secuelas de un accidente vascular encefálico, perteneciente al Centro de Salud Familiar Las Animas, según cuestionario de valoración geriátrica integral.

Clasificar al adulto mayor secuelado de accidente vascular encefálico, según nivel socio económico (a través de una encuesta, elaborada por el INTA, Anexo N° 2).

Determinar el tiempo que el adulto mayor con secuelas de accidente vascular encefálico padece la enfermedad y las enfermedades crónicas que posee.

Describir las alteraciones neurológicas que presenta el adulto mayor con secuelas de un accidente vascular encefálico, perteneciente al Centro de Salud Familiar Las Animas

Identificar el estado nutricional (según IMC. Modificada para el adulto mayor) del adulto mayor con secuelas de un accidente vascular encefálico, perteneciente al Centro de Salud Familiar Las Animas.

Determinar la capacidad funcional en las actividades de la vida diaria del adulto mayor secuelado de un accidente vascular encefálico, según escala de valoración geriátrica de la Universidad Católica de Chile.

Determinar la función mental del adulto mayor con secuela de un accidente vascular encefálico, a través de la escala de valoración geriátrica de la Universidad Católica de Chile.

Determinar el apoyo social que posee el adulto mayor con secuelas de un accidente vascular encefálico, según escala de valoración geriátrica de la Universidad Católica de Chile.

Caracterizar al cuidador de un adulto mayor secuelado de accidente vascular encefálico, según sexo, edad, escolaridad, grado de parentesco con el paciente, instrucción sobre los cuidados que entrega a su familiar.

Analizar las principales dificultades que demanda el cuidado del adulto mayor secuelado de accidente vascular encefálico, según cuestionario de valoración geriátrica integral.

Relacionar capacidad funcional y sexo del adulto mayor secuelado de un accidente vascular encefálico.

Relacionar evaluación mental y sexo del adulto mayor secuelado de un accidente vascular encefálico.

Relacionar evaluación de apoyo social y sexo del adulto mayor secuelado de un accidente vascular encefálico.

Relacionar capacidad funcional y edad del adulto mayor con secuelas de un accidente vascular encefálico.

Relacionar evaluación mental y edad del adulto mayor con secuelas de un accidente vascular encefálico.

Relacionar evaluación de apoyo social y edad del adulto mayor con secuelas de un accidente vascular encefálico.

## 6. MATERIAL Y METODO

### 6.1. TÍPO DE ESTUDIO:

Investigación cuantitativa descriptiva, prospectiva y transversal. Dirigida a determinar la situación de las variables que se estudiarán en la población de adultos mayores con secuelas de un accidente vascular encefálico. Las variables se estudiarán simultáneamente en un período determinado (agosto 2002–enero 2003), y se registrará la información según van ocurriendo los hechos.

### 6.2. POBLACIÓN EN ESTUDIO:

Universo de 18 adultos mayores con secuelas de un accidente vascular encefálico que pertenecen al Programa del adulto mayor del Centro de salud familiar Las Animas de Valdivia.

### 6.3. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

**Revisión de fichas clínicas:** Previo al trabajo de campo, se revisará cada ficha clínica de la población en estudio, en el Centro de Salud familiar Las Animas, para obtener información sobre el estado de salud y domicilio del paciente.

**Observación directa:** Se visitará al paciente en su hogar, lo que permitirá observar el entorno familiar, valorar el estado neurológico, funcional y nutricional del adulto mayor. (IMC. Modificada para el adulto mayor).

**Entrevista:** se aplicará un “Cuestionario de Valoración Geriátrica Integral al adulto mayor, si el paciente, no es capaz de responder se entrevistará al cuidador del paciente. (previo a la entrevista el paciente dará su autorización de consentimiento informado).



#### **6.4. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:**

El instrumento es un cuestionario, denominado “**valoración geriátrica integral del adulto mayor con secuelas de un accidente vascular encefálico**” (Anexo N° 3). Compuesto por cinco Items, el que facilitará una completa valoración integral del adulto mayor, es de fácil aplicación, requiere de poco tiempo para su desarrollo (20 minutos por paciente aproximadamente). Si el paciente presenta dificultades, o no es capaz de responder la encuesta por sí mismo, se entrevistará al cuidador del paciente.

**Antecedentes generales del paciente:** Número de ficha clínica, sexo, edad.

**Antecedentes Socioeconómicos del paciente:** Estado civil, ingreso familiar total, nivel socio económico (el cual se determinará aplicando una encuesta de 13 preguntas, elaborada por el INTA, Anexo N° 2).

**Antecedentes del cuidador del paciente:** Entregará datos generales de la persona que asiste al paciente en las actividades de la vida diaria.

**Antecedentes de salud del paciente:** Tiempo que padece la enfermedad (meses o años), enfermedades crónicas, estado nutricional, (se calculará a través del IMC. Modificada para el adulto mayor), valoración neurológica.

**Valoración geriátrica:** A través de una escala creada por un equipo multidisciplinario perteneciente al programa de geriatría y gerontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Esta escala resulta de la fusión de la “escala de valoración geriátrica de la Cruz Roja española” y “escala de apoyo social de la Universidad Católica”.

La escala de valoración geriátrica de la Cruz Roja española, validada internacionalmente, evalúa el área funcional en actividades de la vida diaria y el área mental del paciente. La escala de apoyo social, cuyo uso fue publicado previamente en Chile, valora si el paciente recibe o no ayuda de familiares cercanos o personas ajenas a la familia, cabe consignar que la escala general posee seis opciones, de la cual se debe elegir sólo una.

#### **6.5. CRITERIO DE EXCLUSIÓN:**

Pacientes que no deseen participar de la investigación.

## **6.6. ANALISIS Y TABULACIÓN DE DATOS:**

La información obtenida será analizada y tabulada en el programa EXCEL 98, según antecedentes encontrados.

### **Variable Dependiente (efecto):**

- Estado nutricional.
- Alteraciones neurológicas.
- Evaluación de la capacidad funcional.
- Evaluación mental.
- Evaluación de Apoyo social.

### **Variable Independiente (causa):**

- Sexo.
- Edad.
- Estado civil.
- Nivel socioeconómico.
- Ingreso familiar total.
- Cuidador.
- Edad del cuidador.
- Sexo del cuidador.
- Grado de parentesco.
- Escolaridad del cuidador.
- Dificultades que presenta, derivadas directamente del cuidado del paciente.
- Información y/o educación sobre los cuidados del paciente.
- Tiempo que padece la enfermedad.
- Enfermedades crónicas.

## **6.7. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS:**

Los resultados serán presentados a través de gráficos circulares, tablas simples y tablas de asociación.

### **Gráfico circular:**

- Sexo.
- Edad.
- Estado civil.

- Nivel socioeconómico.
- Ingreso familiar total.
- Necesidad de cuidador o asistente.
- Edad del cuidador.
- Sexo del cuidador.
- Grado de parentesco con el paciente.
- Escolaridad del cuidador.
- Ha recibido información sobre los cuidados del paciente en el hogar.
- Tiempo que padece la enfermedad.
- Estado nutricional del adulto mayor.

#### **Gráfico de barras simples:**

- Presencia de dificultades derivadas directamente del cuidado del paciente
- Presencia de patologías crónicas
- Presencia de alteraciones neurológicas

#### **Tablas simples:**

- Evaluación funcional
- Evaluación mental
- Evaluación de apoyo social

#### **Tablas de asociación:**

- Capacidad funcional y sexo
- Valoración mental y sexo
- Evaluación apoyo social y sexo
- Capacidad funcional y grupos de edad
- Valoración mental y grupos de edad
- Evaluación de apoyo social y grupos de edad

### **6.8. DEFINICIÓN DE VARIABLES:**

**Sexo:** Constitución orgánica que diferencia al hombre de la mujer.

**Edad:** Número de años cumplidos al momento de la aplicación del instrumento.

**Estado civil:** Situación civil del encuestado.

**Grado de parentesco con el paciente:** Relación de parentesco directa con el paciente.

**Escolaridad del cuidador:** Nivel de estudios que posee el cuidador.

**Dificultades que presenta el asistente relacionado al cuidado del paciente:** Físicas, económicas, sociales, psicológicas, otras.

**Información y/o educación sobre el cuidado del paciente en el hogar:** El cuidador ha recibido algún tipo de información o educación sobre los cuidados básicos del paciente en el hogar.

**Tiempo que padece la enfermedad:** Meses o años que el paciente permanece con la enfermedad.

**Enfermedades crónicas:** Enfermedades crónicas diagnosticadas clínicamente.

**Estado nutricional:** Resultantes en el tiempo del balance entre lo absorbido por el organismo. (Se medirá con la escala modificada para el adulto mayor).

**Alteración neurológica:** Signo clínico de accidente vascular encefálico.

**Actividades de la vida diaria:** Actividades básicas que realiza diariamente el ser humano.(AVD), para su sobrevivencia.

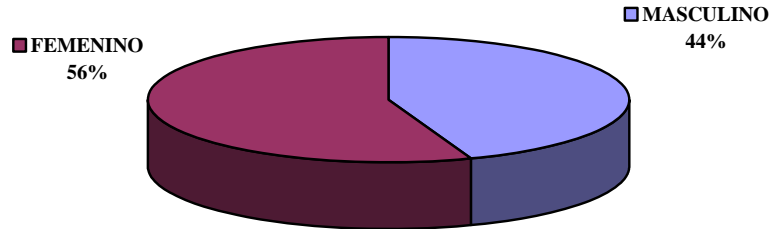
## **6.9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:**

<u>Variable</u>	<u>Dimensión</u>
Sexo:	Femenino - Masculino
Edad:	65 – 75 años – 76 y más años
Estado Civil:	Soltero – Casado – Unión libre – Separado – Viudo
Nivel Socio Económico:	Alto – Medio Alto – Medio – Medio Bajo – Bajo.
Ingreso Familiar Total:	Entre \$ 50.000 - \$ 80.000 Entre \$ 81.000 - \$ 111.000 Entre \$ 112.000 - \$142.000 Entre \$ 143.000 - \$173.000 Más de \$ 174.000
Necesidad de un asistente o cuidador:	Si - No

Edad del cuidador:	39 – 49 años 50 – 64 años 65 y más años
Grado de parentesco con el paciente:	Esposo (a) – hijo (a) – otro
Escolaridad:	Analfabeto – básica incompleta – básica completa – media incompleta – media completa – técnico o superior.
Dificultades derivadas del cuidado de paciente:	Físicas – sociales – económicas psicológicas
A recibido información sobre los cuidados del Paciente en el hogar:	Sí – No
Tiempo que padece la enfermedad:	Menos de 1 año De 1 a 5 años De 6 a 10 años Más de 10 años
Patologías crónicas:	Hipertensión arterial – diabetes mellitus Otras.
Estado Nutricional:	Enflaquecido - normal – sobre peso – obeso
Alteración neurológica:	Afasia motora - afasia sensitiva – disartria – hemiparesia derecha – hemiparesia izquierda – hemiplejía – mas de dos alteraciones.

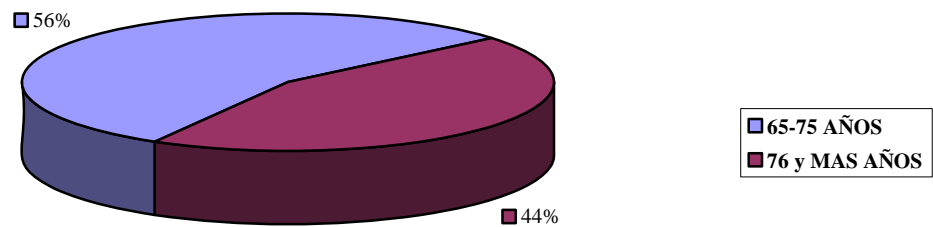
## 7. RESULTADOS

**GRAFICO N°1:** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ADULTOS MAYORES CON SECUELAS DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO (AVE), SEGUN SEXO. CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, VALDIVIA. AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.



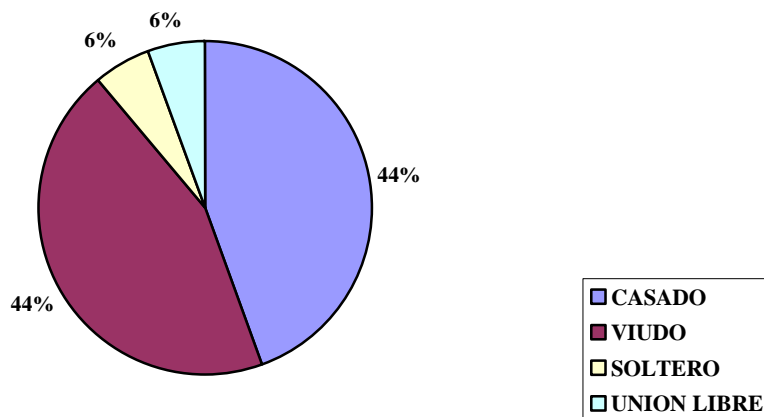
El gráfico muestra que la distribución de la población en estudio de acuerdo al sexo, es relativamente igualitaria, siendo, la población femenina superior a la masculina en un 12%.

**GRAFICO N°2:** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ADULTOS MAYORES CON SECUELAS DE UN AVE, SEGUN GRUPOS DE EDAD. CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, VALDIVIA. AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.



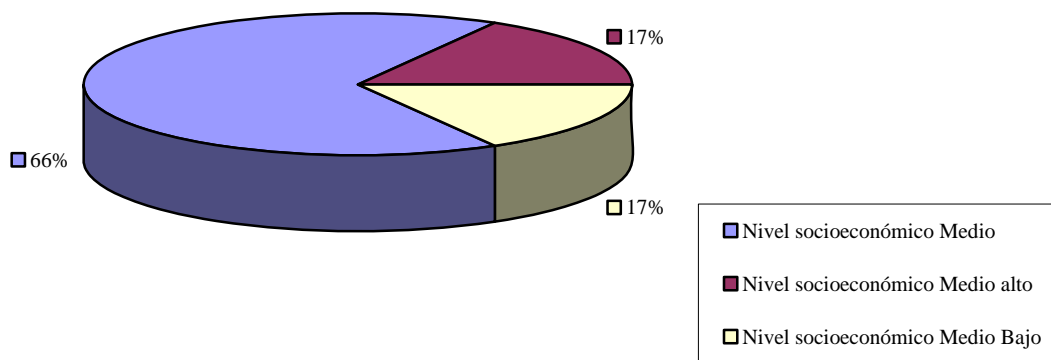
La población secuelada de AVE, mayoritariamente pertenece al intervalo de edad comprendido entre los 65-75 años, mientras que el 44% corresponde a adultos mayores de 76 y más años.

**GRAFICO N°3:** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ADULTOS MAYORES CON SECUELAS DE UN AVE, SEGUN SU ESTADO CIVIL. CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, VALDIVIA. AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.



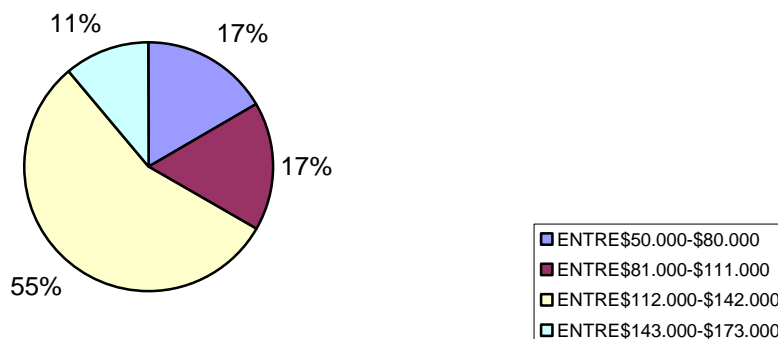
En este estudio predominan los adultos mayores casados y viudos, un porcentaje menor está soltero o posee una unión libre.

**GRAFICO N°4:** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ADULTOS MAYORES CON SECUELAS DE UN AVE, SEGUN NIVEL SOCIOECONOMICO. CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, VALDIVIA. AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.



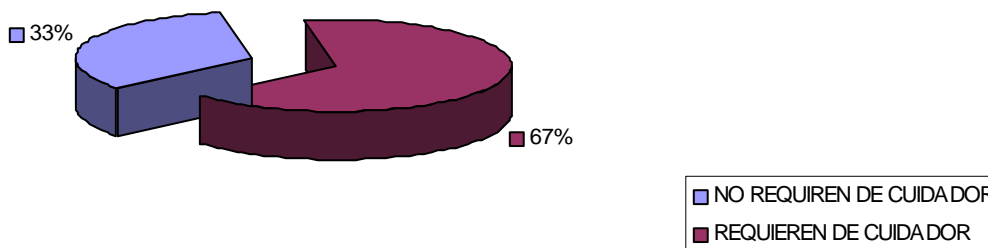
La gráfica nos muestra que, más de la mitad de los pacientes que conforman el universo de estudio, poseen un nivel socioeconómico medio, un porcentaje menor es de nivel socioeconómico medio alto y otro pequeño porcentaje posee nivel socioeconómico medio bajo.

**GRAFICO N°5:** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ADULTOS MAYORES CON SECUELAS DE AVE, SEGUN EL INGRESO FAMILIAR TOTAL. CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS. VALDIVIA, AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.



Un 55% de la población recibe entre \$112.000-\$142.000 de ingreso familiar total. Un 17% recibe un ingreso familiar total de \$81.000-\$111.000; otro 17% recibe solo \$50.000-\$80.000.

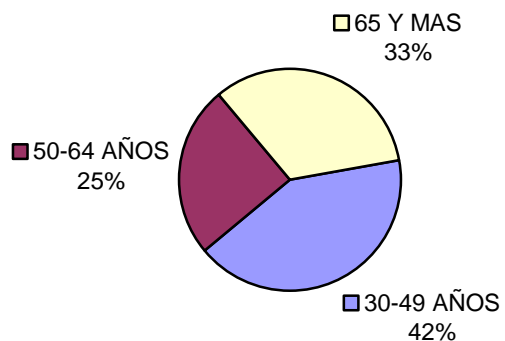
**GRAFICO N°6:** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ADULTOS MAYORES CON SECUELAS DE UN AVE SEGUN, NECESIDAD DE UN ASISTENTE. CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, VALDIVIA. AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.



Un alto porcentaje de los adultos mayores requiere de la ayuda de una persona que lo asista en las actividades de la vida diaria en el hogar, un 33% no necesita de asistente para realizar actividades de la vida diaria.

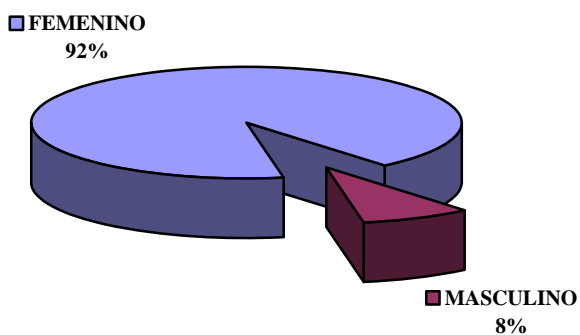


**GRAFICO N°7:** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS ASISTENTES DEL ADULTO MAYOR CON SECUELAS DE AVE, SEGUN EDAD. CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, VALDIVIA. AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.



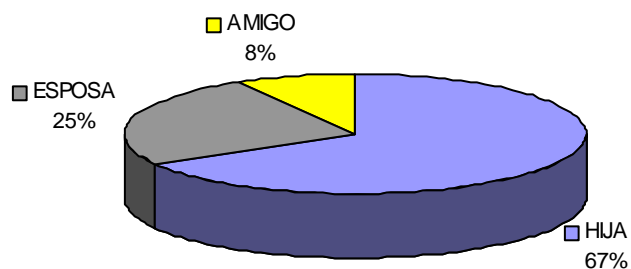
El gráfico muestra que un 33% de las personas que asisten al adulto mayor en el hogar, son también adultos mayores, 42% tienen entre 30-49 años, y un 25% son adultos maduros.

**GRAFICO N°8:** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS ASISTENTES DEL ADULTO MAYOR CON SECUELAS DE AVE. SEGUN, SEXO. CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, VALDIVIA. AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.



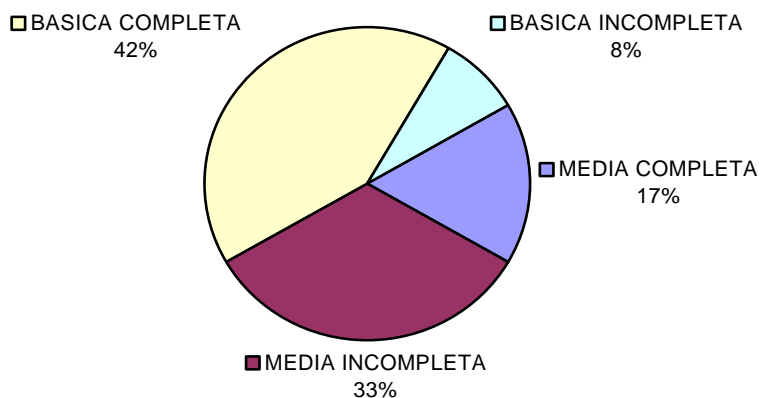
La mayoría de las personas que asisten al adulto mayor son mujeres, un porcentaje menor son hombres.

**GRAFICO N°9:** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CUIDADORES DEL ADULTO MAYOR CON SECUELAS DE UN AVE, SEGUN EL GRADO DE PARENTESCO CON EL PACIENTE. CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, VALDIVIA. AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.



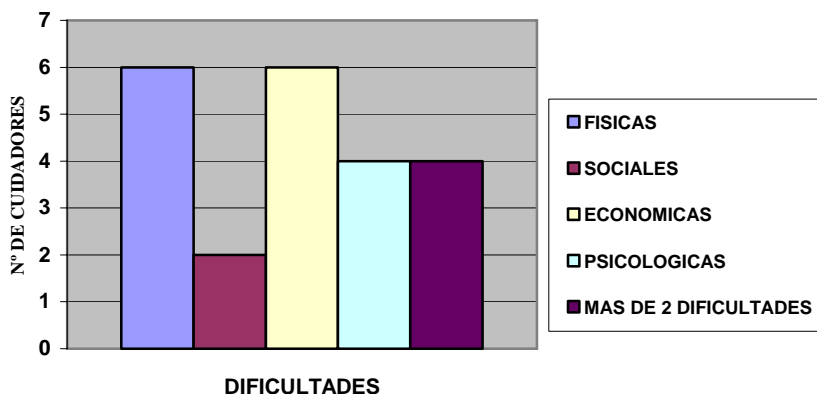
Un altísimo porcentaje de los cuidadores tiene una relación directa de parentesco con el adulto mayor, un porcentaje menor corresponde a personas externas al núcleo familiar.

**GRAFICO N°10:** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CUIDADORES DEL ADULTO MAYOR CON SECUELAS DE UN AVE, SEGUN ESCOLARIDAD. CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, VALDIVIA. AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.



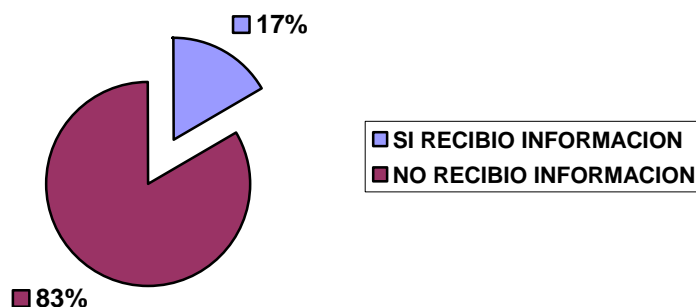
Todos los cuidadores de los adultos mayores son alfabetos y poseen un cierto nivel de escolaridad básica o media.

**GRAFICO N°11:** DISTRIBUCION DE LOS CUIDADORES DEL ADULTO MAYOR CON SECUELAS DE UN AVE, SEGUN DIFICULTADES DERIVADAS DEL CUIDADO DE SU FAMILIAR. CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, VALDIVIA. AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.



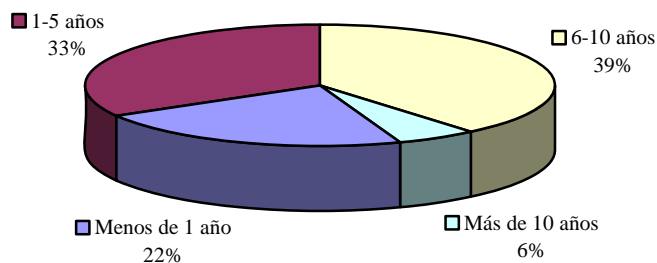
Problemas físicos y económicos son las mayores dificultades que presentan las personas que asisten al adulto mayor, derivadas directamente del cuidado diario del paciente. Un 22% posee problemas psicológicos los cuales derivan del desgaste emocional que significa cuidar diariamente a un adulto mayor con secuelas de un AVE. 22% tiene más de dos dificultades y un porcentaje menor presenta problemas de tipo sociales.

**GRAFICO N°12:** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS ASISTENTES DEL ADULTO MAYOR CON SECUELAS DE UN AVE, SEGUN SI HA RECIBIDO O NO INFORMACION SOBRE LOS CUIDADOS DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR, CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, AGOSTO-NOVIEMBRE 2002



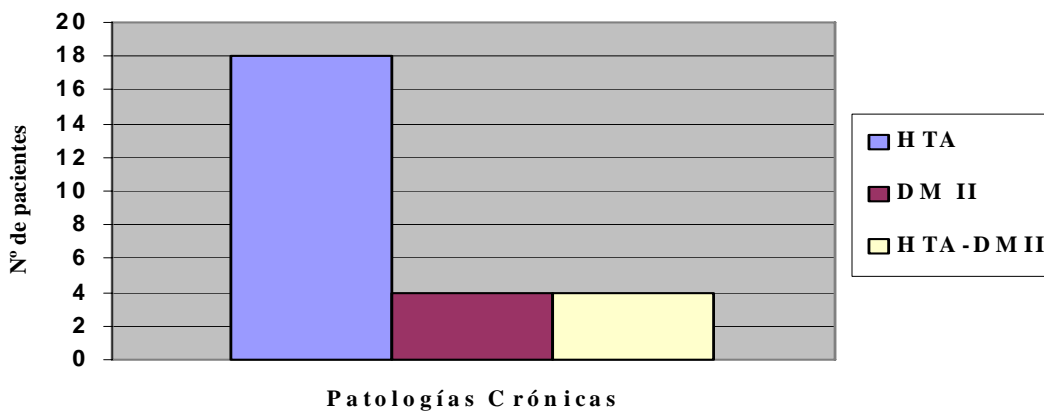
Un alto porcentaje de los cuidadores nunca ha recibido información sobre los cuidados del paciente en el hogar, un mínimo porcentaje ha recibido por parte del consultorio.

**GRAFICO N°13:** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ADULTOS MAYORES CON SECUELAS DE UN AVE, SEGUN EL TIEMPO QUE PADECE LA ENFERMEDAD, CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, VALDIVIA. AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.



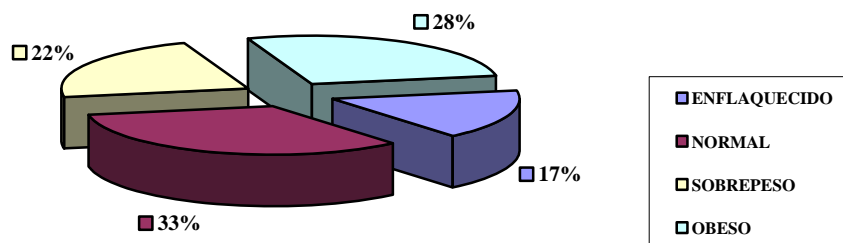
Un 39% de los pacientes sufrió el accidente vascular hace 6-10 años, 33% hace 1-5 años, 22% padece la enfermedad sólo algunos meses y un porcentaje menor la posee hace más de 10 años.

**GRAFICO N°14:** DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES CON SECUELAS DE UN AVE, SEGUN PRESENCIA DE PATOLOGIAS CRONICAS. CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, VALDIVIA. AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.



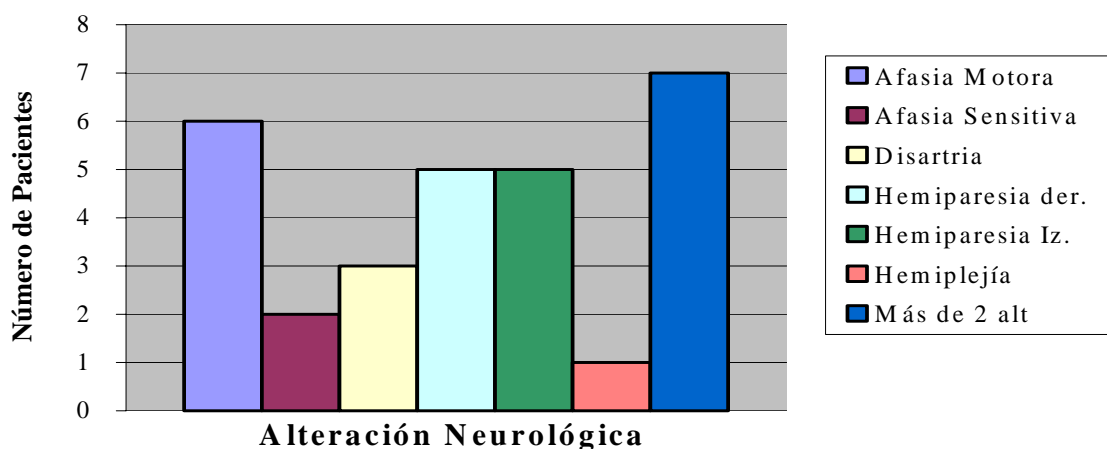
El gráfico indica que todos los pacientes del estudio padecen hipertensión arterial, un importante número tiene diabetes mellitus tipo II, y otro significativo posee las dos patologías.

**GRAFICO N°15:** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ADULTOS MAYORES CON SECUELAS DE UN AVE, SEGUN ESTADO NUTRICIONAL. CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, VALDIVIA. AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.



El gráfico nos muestra que un 33% de los adultos mayores presentan un estado nutricional normal, 22% se encuentra sobrepeso, 17% enflaquecido y un 28% obeso.

**GRAFICO N°16:** DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES CON SECUELAS DE UN AVE, SEGUN PRESENCIA DE ALTERACIONES NEUROLÓGICAS. CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, VALDIVIA. AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.



Un importante número de pacientes presenta alteraciones neurológicas que afectan el área funcional en distintos grados, un alto número presenta más de 2 alteraciones (área motora y otra del área funcional). Por otra parte un significativo número de pacientes presenta alteraciones neurológicas que sólo afectan el área del lenguaje.

**TABLA N°1:** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ADULTOS MAYORES CON SECUELAS DE UN AVE, SEGUN EVALUACION FUNCIONAL (ESCALA DE VALORACION GERIATRICA UC). CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, VALDIVIA. AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.

<b>EVALUACION FUNCIONAL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Se vale totalmente por sí mismo. Camina con normalidad.	5	<b>28</b>
Realiza suficientes AVD*, algunas dificultades para desplazamientos complicados.	4	<b>22,2</b>
Algunas dificultades en AVD, por lo que necesita ocasional apoyo. Camina con ayuda de bastón o similar.	3	<b>16,6</b>
Graves dificultades en AVD, necesitando apoyo en casi todas. Camina con dificultad, ayudado al menos por una persona.	1	<b>5,5</b>
Imposible realizar, sin ayuda, cualquiera de las AVD. Capaz de caminar con extraordinaria dificultad; ayudado al menos por dos personas. Incontinencia habitual.	2	<b>11,1</b>
Inmovilizado en cama o sillón, necesita cuidados continuos. Incontinente.	3	<b>16,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

\*AVD: actividades de la vida diaria

La tabla nos muestra que un 28% de los adultos mayores se vale totalmente por sí mismo, un 22% realiza suficientes actividades de la vida diaria. La otra mitad presenta dificultades en mayor o menor grado para realizar AVD, por lo que requieren de la colaboración total o parcial de un asistente. Un porcentaje significativo se encuentra inmovilizado en cama y necesita cuidados las 24 horas del día.

**TABLA N°2:** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ADULTOS MAYORES CON SECUELAS DE UN AVE, SEGUN RESULTADOS DE ESCALA DE EVALUACION MENTAL(ESCALA DE VALORACION GERIATRICA UC). CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, VALDIVIA. AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.

<b>VALORACION MENTAL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Absolutamente normal.	<b>9</b>	<b>50</b>
Trastorno leve de memoria, mantiene conversación totalmente normal.	<b>5</b>	<b>27,8</b>
Claras alteraciones en la memoria, conversación imperfecta.	<b>3</b>	<b>16,7</b>
Severas alteraciones de memoria y orientación. Imposible mantener una conversación lógica. Trastornos evidentes de comportamiento. Graves dificultades para el autocuidado. Frecuente incontinencia.	<b>0</b>	<b>0</b>
Desorientación completa. Claras alteraciones mentales etiquetadas ya de demencia. Incontinencia habitual.	<b>0</b>	<b>0</b>
Demencia senil avanzada. Vida vegetativa con o sin episodios de agitación.	<b>1</b>	<b>5,5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Según resultados de la escala de evaluación mental de la UC, la mitad de los adultos mayores del estudio tiene una evaluación mental que es considerada normal, 27,8% presenta trastornos leves de memoria pero mantienen una conversación totalmente normal, 16,6% presenta claras alteraciones de memoria, 1% padece de una demencia senil con vida vegetativa.

**TABLA N°3:** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ADULTOS MAYORES CON SECUELAS DE UN AVE, SEGUN EVALUACION DE APOYO SOCIAL (ESCALA DE VALORACION GERIATRICA UC), CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, VALDIVIA. AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.

<b>EVALUACION DE APOYO SOCIAL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Puede recibir apoyo y/o cuidados indefinidos de al menos un familiar cercano.	<b>17</b>	<b>94,4</b>
Puede recibir apoyo y/o cuidados indefinidos de al menos una persona no perteneciente a la familia.	<b>1</b>	<b>5,6</b>
Puede recibir apoyo y/o cuidados temporales (meses) de al menos un familiar cercano.	<b>0</b>	<b>0</b>
Puede recibir apoyo y/o cuidados temporales de al menos un cuidador no perteneciente a la familia.	<b>0</b>	<b>0</b>
Puede recibir apoyo y/o cuidados esporádicos de al menos un familiar o persona ajena a la familia.	<b>0</b>	<b>0</b>
No dispone de posibilidades de apoyo y/o cuidados, o son muy escasos.	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Casi todos los adultos mayores reciben apoyo y/o cuidados indefinidos de al menos un familiar cercano, a excepción de un porcentaje mínimo que recibe cuidados de una persona que no pertenece a su familia.



**TABLA N°4:** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ADULTOS MAYORES CON SECUELAS DE UN AVE, SEGUN CAPACIDAD FUNCIONAL Y SEXO. CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, VALDIVIA. AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.

CAPACIDAD FUNCIONAL	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Se vale totalmente por sí mismo. Camina con normalidad.	2	20	3	37,5	5	28
Realiza suficientes AVD, algunas dificultades para desplazamientos complicados.	2	20	2	25	4	22,2
Algunas dificultades en AVD, por lo que necesita ocasional apoyo. Camina con ayuda de bastón o similar.	1	10	2	25	3	16,6
Graves dificultades en AVD, necesitando apoyo en casi todas. Camina con dificultad, ayudado al menos por una persona.	1	10	0	0	1	5,5
Imposible realizar, sin ayuda cualquiera de las AVD. Capaz de caminar con extraordinaria dificultad; ayudado al menos por dos personas. Incontinencia habitual.	2	20	0	0	2	11,1
Inmovilizado en cama o sillón, necesita cuidados continuos. Incontinente.	2	20	1	12,5	3	16,6
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Los adultos mayores de sexo masculino tienen mejor capacidad funcional que los adultos mayores del sexo femenino. A un 40% de las mujeres se les hace imposible realizar AVD sin ayuda o se encuentran inmovilizadas en cama.

**TABLA N°5:** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ADULTOS MAYORES CON SECUELAS DE UN AVE, SEGUN VALORACION MENTAL Y SEXO. CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, VALDIVIA. AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.

VALORACION MENTAL	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Absolutamente normal.	6	60	3	37,5	<b>9</b>	<b>50</b>
Trastorno leve de memoria, mantiene conversación totalmente normal.	2	20	3	37,5	<b>5</b>	<b>27,8</b>
Claras alteraciones en la memoria, conversación imperfecta.	1	10	2	25,0	<b>3</b>	<b>16,7</b>
Severas alteraciones de memoria y orientación. Imposible mantener una conversación lógica. Trastornos evidentes de comportamiento. Graves dificultades para el autocuidado.	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
Desorientación completa. Claras alteraciones mentales etiquetadas ya de demencia.	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
Demencia senil avanzada. Vida vegetativa con o sin episodios de agitación.	1	10	0	0	<b>1</b>	<b>5,5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Según resultados obtenidos a través de la escala de valoración mental de la UC, más de la mitad de las mujeres del estudio tienen una evaluación mental que es considerada normal, solo un 37,5% de los hombres presenta esta condición.

**TABLA N°6:** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ADULTOS MAYORES CON SECUELAS DE UN AVE, SEGUN EVALUACION DE APOYO SOCIAL Y SEXO. CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, VALDIVIA. AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.

EVALUACION DE APOYO SOCIAL	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Puede recibir apoyo y/o cuidados indefinidos de al menos un familiar cercano.	10	100	7	87,5	17	94
Puede recibir apoyo y/o cuidados indefinidos de al menos una persona no perteneciente a la familia.	0	0	1	12,5	1	6
Puede recibir apoyo y/o cuidados temporales (meses) de al menos un familiar cercano.	0	0	0	0	0	0
Puede recibir apoyo y/o cuidados temporales de al menos un cuidador no perteneciente a la familia.	0	0	0	0	0	0
Puede recibir apoyo y/o cuidados esporádicos de al menos un familiar o persona ajena a la familia.	0	0	0	0	0	0
No dispone de posibilidades de apoyo y/o cuidados, o son muy escasos.	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Todas las mujeres del estudio reciben apoyo y/o cuidados indefinidos de al menos un familiar cercano, un 87,5% de los hombres recibe apoyos y/o cuidados de un familiar cercano, un porcentaje menor de hombres recibe apoyos y/o cuidados de una persona no perteneciente a la familia.

**TABLA N°7:** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ADULTOS MAYORES CON SECUELAS DE UN AVE, SEGUN CAPACIDAD FUNCIONAL Y GRUPOS DE EDAD. CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, VALDIVIA. AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.

CAPACIDAD FUNCIONAL	GRUPOS DE EDAD				TOTAL	
	65-75 AÑOS		76 Y MÁS		N°	%
	N°	%	N°	%		
Se vale totalmente por sí mismo. Camina con normalidad.	5	50	0	0	5	28
Realiza suficientes AVD*, algunas dificultades para desplazamientos complicados.	2	20	2	25	4	22
Algunas dificultades en AVD, por lo que necesita ocasional apoyo. Camina con ayuda de bastón o similar.	2	20	1	12,5	3	16,6
Graves dificultades en AVD, necesitando apoyo en casi todas. Camina con dificultad, ayudado al menos por una persona.	0	0	1	12,5	1	5,5
Imposible realizar, sin ayuda cualquiera de las AVD. Capaz de caminar con extraordinaria dificultad; ayudado al menos por dos personas. Incontinencia habitual.	0	0	2	25	2	11
Inmovilizado en cama o sillón, necesita cuidados continuos. Incontinente.	1	10	2	25	3	16,6
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

AVD\*: actividades de la vida diaria.

La mitad de los adultos mayores cuyas edades fluctuan entre los 65-75 años se valen totalmente por sí mismos o caminan con normalidad, a diferencia del grupo de adultos mayores de 76 y más años donde el 50% se les hace imposible realizar AVD o se encuentran inmovilizados en cama.

**TABLA N°8:** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ADULTOS MAYORES CON SECUELAS DE UN AVE, SEGUN VALORACION MENTAL Y GRUPOS DE EDAD. CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, VALDIVIA. AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.

VALORACION MENTAL	GRUPOS DE EDAD				TOTAL	
	65-75 AÑOS		76 Y MÁS		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Absolutamente normal.	6	60	3	37,5	<b>9</b>	<b>50</b>
Trastorno leve de memoria, mantiene conversación totalmente normal.	2	20	3	37,5	<b>5</b>	<b>27,8</b>
Claras alteraciones en la memoria, conversación imperfecta.	2	20	1	12,5	<b>3</b>	<b>16,7</b>
Severas alteraciones de memoria y orientación. Imposible mantener una conversación lógica. Trastornos evidentes de comportamiento. Graves dificultades para el autocuidado.	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
Desorientación completa. Claras alteraciones mentales etiquetadas ya de demencia.	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
Demencia senil avanzada. Vida vegetativa con o sin episodios de agitación.	0	0	1	12,5	<b>1</b>	<b>5,5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Más de la mitad de los pacientes entre 65-75 años de edad, tienen una evaluación mental considerada normal, a diferencia de los adultos mayores de 76 y más años donde solo un 37,5% se encuentra absolutamente normal.

**TABLA N°9:** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ADULTOS MAYORES CON SECUELAS DE UN AVE, SEGUN EVALUACION DE APOYO SOCIAL Y GRUPOS DE EDAD. CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS ANIMAS, VALDIVIA. AGOSTO-NOVIEMBRE 2002.

EVALUACION DE APOYO SOCIAL	GRUPOS DE EDAD				TOTAL	
	65-75 AÑOS		76 Y MÁS		N°	%
	N°	%	N°	%		
Puede recibir apoyo y/o cuidados indefinidos de al menos un familiar cercano.	9	90	8	100	17	94,5
Puede recibir apoyo y/o cuidados indefinidos de al menos una persona no perteneciente a la familia.	1	10	0	0	1	5,5
Puede recibir apoyo y/o cuidados temporales (meses) de al menos un familiar cercano.	0	0	0	0	0	0
Puede recibir apoyo y/o cuidados temporales de al menos un cuidador no perteneciente a la familia.	0	0	0	0	0	0
Puede recibir apoyo y/o cuidados esporádicos de al menos un familiar o persona ajena a la familia.	0	0	0	0	0	0
No dispone de posibilidades de apoyo y/o cuidados, o son muy escasos.	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Todos los pacientes de 76 y más años reciben apoyo y/o cuidados indefinidos de al menos un familiar cercano, mientras que el 90% de los adultos mayores de 65-75 años reciben apoyo o cuidados de al menos un familiar cercano, un 10% recibe apoyo y o cuidados de una persona no perteneciente a la familia.

## 8. DISCUSION

**Sexo:** La distribución de la población por sexo, concuerda con la realidad que suele encontrarse en todo grupo mixto, con proporciones similares en Chile. El Instituto Nacional de Estadísticas (INE 2000), afirma que actualmente la esperanza de vida por sexo favorece a las mujeres, que hoy sobreviven en promedio 4 años más que los hombres. En cuanto al accidente vascular encefálico, las estadísticas entregadas por la investigación concuerdan con las nacionales, donde se muestra que el sexo femenino es el más afectado por el AVE, en cuanto a mortalidad y morbilidad.

**Edad:** En lo que se refiere a grupos de edad, los resultados obtenidos son similares a las cifras entregadas por el Ministerio de Salud, que afirman que el accidente vascular encefálico afecta mayoritariamente al intervalo de edades comprendido entre 65-75 años, estos resultados demuestran que esta enfermedad cada día afecta a personas más jóvenes.

**Estado civil:** 9 de cada 18 adultos mayores no tienen pareja, ya sea por viudez o soltería, esta proporción es mayor a las estadísticas nacionales entregadas por el INE, durante el año 2000, pero son similares a otros estudios realizados en esta ciudad durante el mismo año. El 44% restante, permanecen casados y viven con su cónyuge, también adulto mayor. En muchos casos el cónyuge realiza las labores de cuidador del adulto mayor secueado.

**Nivel socioeconómico:** Según resultados entregados por la encuesta INTA, más de la mitad de los adultos mayores poseen un nivel socio económico medio, un número menor es de nivel socio económico medio – bajo.

**Ingreso familiar total:** Un poco más de la mitad de los adultos mayores reciben un ingreso familiar total entre \$ 112.000 - \$ 142.000, 34% recibe ingresos inferiores a los \$111.000, estos resultados indican que un alto número de pacientes no supera el ingreso mínimo familiar. Todos los adultos mayores pertenecen a familias pequeñas (en promedio 2 a 4 personas), el ingreso que aporta el adulto mayor se destina en la mayoría de los casos para satisfacer las necesidades económicas de este.

**Necesidad de un cuidador:** Debido a la condición de secueados de un accidente vascular encefálico, 12 de cada 18 adultos mayores necesitan de un cuidador que lo asista en mayor o menor grado en las actividades de la vida diaria, en la mayoría de los casos ese cuidador es un familiar cercano, (esposo (a) – hijo). 6 de cada 18 adultos mayores posee un grado total o parcial de autonomía, y no requiere de una persona que lo asista, pero estos no están 100% solos, todos poseen un apoyo social en mayor o menor grado.

**Sexo, edad, grado de parentesco y escolaridad del cuidador del adulto mayor:**

Un gran número de los cuidadores del paciente secueado son mujeres, la mayoría son hijas o esposas del adulto mayor. Las esposas son también adultas mayores, las hijas que cuidan a sus padres son adultas que fluctúan entre los 30 a 64 años, la mayoría no trabaja, debido a que son sustentadas económicamente por su cónyuge, y por lo tanto ellas se dedican al cuidado del adulto mayor en el hogar, además de realizar labores domésticas, cuidado y crianza de sus hijos, entre otras actividades.

Todos los cuidadores son alfabetos y poseen un cierto nivel de instrucción, por lo cual pueden recibir información y enseñanza sobre los cuidados del adulto mayor en el hogar.

**Dificultades que presentan los cuidadores, derivadas del cuidado del paciente:**

Problemas físicos y económicos son las mayores dificultades que presentan los cuidadores del adulto mayor secueado de AVE. Los problemas físicos son principalmente en el traslado del paciente (cama –sillón o salidas del hogar).

En el aspecto económico, las mayores dificultades que se presentan son a causa del bajo ingreso monetario que recibe el núcleo familiar, a esto hay que considerar las demandas materiales propias del adulto, tales como útiles de aseo, medicamentos, alimentación, pañales y otros. Debido a lo extenso y estresante de la actividad, al cuidador se le presentan problemas de carácter psicológicos. (Algunos casos diagnosticados clínicamente).

**El cuidador ha recibido información y/o educación sobre los cuidados del adulto mayor en el hogar:** Las estadísticas muestran que un altísimo número de cuidadores nunca ha recibido información sobre los cuidados del paciente secueado de AVE en el hogar, durante el trabajo de campo se percibe la gran necesidad de recibir información por parte de los cuidadores. Por el contrario sólo un pequeño número ha recibido información sobre el cuidado del adulto mayor en el hogar, que ha sido entregada por los alumnos de enfermería que realizan su práctica clínica en el Consultorio, pero estas informaciones educativas van orientadas al manejo y tratamiento de patologías crónicas prevalentes como, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, pero no específica cuidados básicos del paciente con secuelas de AVE en el hogar.

**Tiempo que padece la enfermedad:** 7 de los 18 pacientes sufrió el accidente vascular encefálico hace 6 a 10 años. 4 de ellos hace menos de un año.

**Patologías crónicas:** Todos los pacientes del estudio padecen hipertensión arterial diagnosticada, 4 de cada 18 pacientes presentan diabetes mellitus, y 4 pacientes presentan las dos patologías. Estudios realizados durante 1997, sobre el accidente vascular encefálico en un hospital de Cuba reafirman que el factor de riesgo de mayor incidencia para el accidente vascular encefálico es la hipertensión arterial, además de la dislipidemia y diabetes mellitus.

**Estado nutricional:** La mitad de los pacientes presentan obesidad o sobre peso, esta investigación concuerda con investigaciones realizadas durante el año 2000, en esta ciudad, donde un altísimo porcentaje de los adultos mayores estaba obeso o con sobre peso, lo que indica que existe una alimentación no adecuada dentro del grupo de adultos mayores.



**Alteraciones neurológicas:** Un alto número de pacientes presenta alteraciones neurológicas del área funcional en distinto grado, esto afecta en las actividades de la vida diaria de los adultos mayores; 7 de cada 18 pacientes tiene más de 2 alteraciones neurológicas, que generalmente es una del área funcional y otra del área del lenguaje.

**Evaluación funcional:** Los resultados que entrega la escala de evaluación funcional indican que 5 de los 18 adultos mayores se vale totalmente por si mismo y caminan con normalidad; 8 de ellos están secueledos y necesitan de la colaboración de un asistente en mayor o menor grado, para que lo ayude en las actividades de su vida diaria; 3 de los 18 pacientes se encuentran inmovilizados en cama o sillón y necesitan de cuidado las 24 horas de día.

Si se comparan los resultados de esta investigación con otras realizadas a adultos mayores, no afectados por el AVE, se observa una gran diferencia de que los pacientes de AVE tienen una menor capacidad funcional, esto demuestra que el accidente vascular encefálico es una enfermedad que causa discapacidad en mayor grado.

**Evaluación mental:** Según resultados entregados por la escala de evaluación mental de la UC., la mitad de los adultos mayores del estudio, presenta una evaluación mental considerada como normal; 9 de 18 adultos mayores presentan algún grado de déficit cognitivo, y uno de 18 presenta una demencia senil avanzada. Estos resultados son similares a la investigación realizada en 1997, por un equipo multidisciplinario de la UC., aplicando la misma escala en ancianos ingresados a un hospital universitario con distintas patologías.

**Evaluación de apoyo social:** 17 de 18 adultos mayores reciben apoyo y/o cuidados indefinidos de al menos un familiar cercano. Uno de cada 18 recibe apoyo y/o cuidados de una persona no perteneciente a su familia, lo cual demuestra que los pacientes secueledos poseen una buena red de apoyo social. Estos resultados son alentadores con relación a otros resultados de investigaciones efectuadas durante el año 1997, a una población de adultos mayores pobres y adultos mayores hospitalizados.

**Capacidad funcional y sexo:** A 5 de las 10 mujeres se les hace imposible realizar actividades de la vida diaria, sin ayuda, o se encuentran inmovilizadas en cama. A diferencia de los hombres que solamente 1 de los 8 presenta alteraciones para realizar actividades de la vida diaria. Estos resultados demuestran que los hombres poseen una mejor capacidad funcional que las mujeres.

**Evaluación mental y sexo:** 6 de 10 mujeres tienen una evaluación mental considerada como normal, 3 de 8 hombres presentan esta condición. Estos resultados indican que las mujeres poseen mejor evaluación mental que los hombres.

**Evaluación de apoyo social y sexo:** En cuanto al apoyo social no hay diferencias de sexo, hombres y mujeres reciben cuidados y/o apoyos indefinido por familiares y no familiares.

**Capacidad funcional y grupos de edad:** Los resultados son similares a otras investigaciones, donde se aplicó la escala de evaluación funcional en adultos mayores pobres y adultos mayores hospitalizados, donde se observa que, al aumentar la edad se presenta un mayor compromiso funcional y por lo tanto los adultos mayores poseen una mayor dependencia de un cuidador para realizar actividades de la vida diaria.

**Evaluación mental y edad:** El grupo de edad 65 a 75 posee una mejor evaluación mental, a diferencia de los adultos mayores de 76 y más años, donde sólo un pequeño número de pacientes presenta esta condición. Los resultados son similares a otros estudios realizados con adultos mayores pobres y hospitalizados. Se concluye que a mayor edad aumenta el déficit cognitivo de los adultos mayores.

**Evaluación de apoyo social y edad:** no existen diferencias significativas en tre grupos de edad; todos tienen apoyo por parte de un familiar.

## 9. CONCLUSIONES

Los resultados que entrega esta investigación dan cuenta de que la población adultos mayores secueledos de accidente vascular encefálico, son mayoritariamente de sexo femenino, que pertenecen al intervalo de edades entre 65 – 75 años, lo que demuestra que el AVE cada día afecta a personas más jóvenes.

Más de la mitad no tiene pareja, ya sea por viudez o soltería, un número considerable de adultos mayores permanece casado y muchas veces el cónyuge realiza labores de cuidador. Más de la mitad de los pacientes es de nivel socioeconómico medio, y muchos reciben un ingreso familiar total que fluctúa entre \$ 112.000 - \$ 142.000.

Un alto número de pacientes necesita de una persona que lo asista en las actividades de la vida diaria, el cuidador en su mayoría es mujer, y la relación de parentesco con el paciente es de hija o esposo (a).

El mayor número son hijas cuyas edades fluctúan entre 34 – 49 años, que además de asistir a su familiar deben dedicarse a las labores del hogar, y la crianza de sus hijos, por lo tanto es esperable que los problemas más frecuentes que presentan los cuidadores, como consecuencia del cuidado diario del adulto mayor, sean problemas físicos, principalmente de traslado del paciente, problemas económicos y psicológicos, a causa de la preocupación constante y la falta de recreación del cuidador.

Todos los cuidadores son alfabetos y poseen un cierto nivel de instrucción, por lo tanto pueden recibir información sobre los cuidados básicos del paciente en el hogar. Un alto porcentaje nunca ha recibido información sobre el cuidado de su familiar, un pequeño número ha recibido información, pero no orientada específicamente al cuidado, sino al manejo de patologías crónicas que presenta el adulto mayor. Se percibe que existe necesidad de recibir información.

Todos los pacientes secueledos de AVE padecen hipertensión arterial, algunos presentan diabetes mellitus y otros presentan las dos patologías. La mitad de los adultos mayores presenta un estado nutricional de obesidad o sobrepeso, por lo tanto hace pensar que la alimentación no es la adecuada. Las secuelas neurológicas que presenta el paciente son en su mayoría del área funcional (hemiplejía, hemiparesia), un gran número de pacientes presentan dos o más alteraciones, que en la mayoría de los casos es una del área motora y otra del lenguaje, que varían en distinto grado.

En lo que refiere a la escala de valoración geriátrica, los resultados indican que los hombres presentan una mejor capacidad funcional que las mujeres, en cuanto a edad, los mayores de 75 años, presentan mayor dificultad para realizar actividades de la vida diaria.

En cuanto al área de evaluación mental, las mujeres poseen mayor evaluación mental y a medida que aumenta la edad, aumenta el deterioro cognitivo.

Analizando el apoyo social, se observa que hombres y mujeres reciben el mismo apoyo, tampoco se hace diferencia por grupos de edad, y por lo tanto el apoyo lo reciben de un familiar cercano o no familiar.

## **10. PROYECCIONES DE LA INVESTIGACIÓN PARA ENFERMERIA Y LA SALUD DE LA POBLACION.**

Con los resultados de la investigación, se permitirá identificar al grupo de adultos mayores secueados de Accidente Vascular Encefálico que presentan mayor riesgo en salud, para así brindarles la prioridad en la atención.

Los resultados permitirán conocer las reales necesidades de cada adulto mayor y así, brindarle la atención que requiera cada uno: educación, rehabilitación, atención médica o ayuda social.

Cada paciente que participe en la investigación tendrá en su ficha clínica los antecedentes recopilados, contribuyendo así con una completa base de datos para el Centro de salud familiar, Las Animas.

Este instrumento de valoración geriátrica integral, podría ser incorporado a futuro en la práctica clínica de los distintos profesionales del área de la salud.

Este instrumento de valoración geriátrica integral, a futuro, podría ser utilizado por los profesionales, como un plan de atención de cuidados a nivel domiciliario para el paciente secueado de Accidente Vascular Encefálico, porque considera, factores de mayor riesgo, en el paciente.

Incentivar a los profesionales de enfermería y al equipo multidisciplinario para abordar la problemática del adulto mayor, y así, poder identificar la población de mayor riesgo y de mayor necesidad de asistencia sanitaria.

## 11. BIBLIOGRAFIA

BEARE,P.;J.MYERS. 1998. El Tratado de Enfermería Mosby. 3ra. Edición. Madrid, España, Harcourt Brace. V.3,pp1197-1223.

BEERS,M.;R.Berkow. 2001. Manual Merck de Geriátría. 2ed.:Madrid, España, Harcourt. 1507p.

GALDAMES,D. 1997. Manual de Neurología Clínica. 2da. Edición. Santiago, Chile, Mediterráneo. Pp 179-209.

Instituto Nacional de Estadísticas,INE. (2002) Disponible en :< [www.ine.cl/chile\\_cifras/fchile\\_cifras.htm](http://www.ine.cl/chile_cifras/fchile_cifras.htm)>{ 15 agosto 2002, 18 enero 2003 }.

MARIN,PP.;R,KORNFELD. 1998.” Valoración Geriátrica Ambulatoria de 2116 Adultos Mayores Pobres”. Rev. Médica de Chile (Chile) 126 (6): 609 – 614.

MARIN.PP.;E,VALENZUELA. 1998. “Resultados al Aplicar el Sistema de Clasificación de Pacientes RUG-T18 en Ancianos Ingresados a un Hospital Universitario”. Rev. Médica de Chile (Chile) 126 (7): 761-768.

OPS.OMS. 1986. Metodología de la Investigación. Reproducido de: Manual para el Desarrollo del Personal de Salud. OPS.OMS. Editorial Limusa, S.A. de C.V. Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina. Instituto de Salud Pública. 283 p.

p.u.c., 1999. Manual de Geriátría. “Aspectos demográficos y biológicos del envejecimiento”. Disponible en:<<http://infomed.uach.cl/seccióncientifica/materialdocente.www.puc.cl>>. { 15 agosto 2002, 19 febrero 2003 }.

SMELTZER,S.;B.BEARE.1998. Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y Suddarth. 8va.Ed. México DF.,México, Mcgraw-Hill. V.1.pp134-173.

URIBE, P. 1992. Redacción de Referencias Bibliográficas en Educación. Programa de Educación Continua. Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Austral de Chile. 26 p.

Anexo N°1

**Estadísticas de Mortalidad por Causas de Accidente Vascular Encefálico  
Ministerio de Salud, Chile**

<b>Mortalidad</b>	<b>Lugar que ocupa el accidente vascular.</b>	<b>Número de pacientes afectados</b>	<b>Tasa por 100.000 habitantes</b>	<b>%</b>
“Mortalidad entre 65 y 79 años, por diez primeras causas de defunción, hombres, Chile, 1999”.	2do.	1.715	458,6	11,1
“Mortalidad entre 65 y 79 años, por diez primeras causas de defunción, mujeres, Chile, 1999”.	1er.	1.389	280,6	11,7
“Mortalidad de 80 y más años por diez primeras causas de defunción hombres, Chile, 1999”.	3er.	1.238	1.854,6	11,4
“Mortalidad de 80 y más años por diez primeras causas de defunción, mujeres, Chile, 1999”.	2do.	1.926	1.534,6	12,2
“Mortalidad por diez primeras causas específicas de defunción, ambos sexos, Chile, 1999”.	2do.	7.859	52,3	9,6
“Mortalidad por diez primeras causas específicas de defunción, hombres, Chile, 1999”.	2do.	3.877	52,2	8,7
“Mortalidad por diez primeras causas específicas de defunción, mujeres, Chile, 1999”.	1er.	3.982	52,5	10,6
“Mortalidad entre 65 y 79 años por las principales causas de defunción, hombres, Servicio de Salud, Valdivia, 1999”.	2do.	54	536,7	13,7
“Mortalidad entre 65 y 79 años por las principales causas de defunción, mujeres, Servicio de Salud Valdivia, 1999”.	1er.	37	314,4	11,9
“Mortalidad de 80 y más años por principales causas de defunción, hombres, Servicio de Salud Valdivia, 1999”.	3er.	48	2.419,4	12,8
“Mortalidad de 80 y más años por principales causas de defunción, mujeres, Servicio de Salud Valdivia, 1999”.	2do.	54	1,912,9	14,5
“Mortalidad por diez primeras causas específicas de defunción, ambos sexos, servicio de salud Valdivia, 1999”.	1er.	237	67,1	10,9
“Mortalidad por diez primeras causas específicas de defunción, hombres Servicio de Salud Valdivia, 1999”.	2do.	126	70,6	10,5
“Mortalidad por diez primeras causas específicas de defunción, mujeres, Servicio de Salud Valdivia, 1999”.	1er.	111	63,4	11,5

Fuente: Depto. Estadísticas, Ministerio de Salud Chile, 1999.

1. **Personas que viven en la casa** (comen y duermen):

- 1= 1-3
- 2= 4-6
- 3= 7-9
- 4= 10-12
- 5= 13-15
- 6= 16 y más

2. **¿Está viviendo con su pareja?** :

- 1= Sí (o nunca tuvo pareja).
- 2= No, pero me ayuda siempre.
- 3= No, pero me ayuda esporádicamente.
- 4= No, me abandonó.

3. **Escolaridad del jefe del hogar** (persona que mantiene el hogar):

- 6= Analfabeto.
- 5= Básica incompleta.
- 4= Básica completa/media incompleta.
- 3= Media completa o técnica.
- 2= Universitaria incompleta.
- 1= Universitaria completa.

4. **Actividades del jefe de hogar:**

- 6= Cesante.
- 5= Ingresos inestables (pololos).
- 4= Obrero estable (empleado).
- 3= Pensionado, pequeña empresa.

5. **Seguridad social: ¿Está afiliado a alguna caja de previsión?** (SSS, AFP, otras):

- 6= Sin seguro.
- 4= S.S.S
- 2= AFP y otras cajas de previsión.
- 1= F.F.A.A. y de orden.

6. **El sitio en que vive lo ocupa en calidad de:**

- 6= Allegado.
- 5= Toma de sitio no saneado.
- 4= Usufructuario, préstamo.
- 3= Arrendatario.
- 2= Pagando dividendos u otra deuda de la vivienda.
- 1= Dueño.

7. **El tipo de casa es de:**

- 6= Madera con una pieza.
- 5= Madera con tres piezas, conventillos.
- 4= Autoconstrucción, casa del hogar de Cristo.
- 3= Casas tipo departamento (población homogénea)

8. **¿En la casa duermen dos personas juntas que no sean pareja?:**

- 6= Sí.
- 1= No.

9. **¿El agua que usa para cocinar la tiene en el lugar que cocina? :**

- 1= Sí.
- 6= No.

10. **¿puede hacer uso de un baño?:**

- 6= No (sitio eriazo).
- 5= Pozo negro.
- 1= Sí (alcantarillado o fosa séptica).

11. **La recolección de basura es:**

- 6= Nunca.
- 5= Menos de 1 vez por semana.
- 4= 1 vez por semana.
- 3= 2 veces por semana.
- 2= 3 veces por semana.
- 1= 4 veces por semana.

12. **¿Tiene pieza independiente para cocinar?:**

- 1= Sí.
- 6= No.

13. **Puede hacer uso de:**

- 1= TV.
  - 2= Equipo modular.
  - 3= Lavadora.
  - 4= Refrigerador.
  - 5= Auto.
- (6=0;5=1-3;4=4-6;3=7-9,2=10-12,1=13-15)

**Puntuación:**

- Alto (menos de 13)
- Medio alto (13,1-26)
- Medio (26,1-39)
- Medio bajo(39,1-52)
- Bajo (52,1-65)

Total Puntaje



## Cuestionario

**“Valoración geriátrica integral del adulto mayor secuestrado de accidente vascular encefálico” N°: \_\_\_\_\_**

### I. Antecedentes generales del paciente:

N° de ficha:

Sexo: Femenino  01  
Masculino  02

Edad:   años

### II. Antecedentes socioeconómicos del paciente:

Estado civil: Soltero  01  
Casado  02  
Unión Libre  03  
Separado  04  
Viudo  05

Nivel socioeconómico (encuesta elaborada por el INTA, anexo):

Alto  01  
Medio alto  02  
Medio  03  
Medio bajo  04  
Bajo  05

Ingreso familiar total:

Entre \$50.000-\$80.000  01  
Entre \$81.000-\$111.000  02  
Entre \$112.000-\$142.000  03  
Entre \$143.000-\$173.000  04  
Más de \$174.000  05

Requiere de un cuidador: Sí  01  
No  02

### III. Antecedentes del cuidador: (solo completar en caso de tener cuidador)

Edad:   años

Sexo: Femenino  01  
Masculino  02

Grado de parentesco con el paciente: Espos(a)  01  
Hijo(a)  02  
Otro  03

Escolaridad: Analfabeto  01  
Básica incompleta  02  
Básica completa  03  
Media incompleta  04  
Media completa  05  
Técnica o Superior  06

Dificultades del cuidador relacionado al cuidado del paciente:

Físicas  01  
Sociales  02  
Económicas  03  
Psicológicas  04

Ha recibido informació y/o cuidados del adulto mayor en el hogar:

Sí  01  
No  02

### IV. Antecedentes de salud del paciente:

Tiempo que padece la enfermedad:  años o meses

Enfermedades crónicas: \_\_\_\_\_

Estado nutricional (IMC modificada para el adulto mayor):

Enflaquecido (IMC menor de 23)  01  
Normal (IMC entre 23 y 27)  02  
Sobrepeso (IMC entre 28 y 30)  03  
Obeso (IMC mayor de 30)  04

Valoración Neurológica:

Afasia motora  01  
Afasia sensitiva  02  
Disartria  03  
Hemiparesia derecha  04  
Hemiparesia izquierda  05  
Hemiplejía  06

### V. Valoración geriátrica:

#### Evaluación Funcional:

- 00 Se vale totalmente por sí mismo. Camina con normalidad.
- 01 Realiza suficientes actividades de la vida diaria (AVD), algunas dificultades para desplazamientos complicados (viajes, etc.).
- 02 Algunas dificultades en AVD, por lo que necesita ocasional apoyo. Camina con ayuda de bastón o similar.
- 03 Graves dificultades en AVD, necesitando apoyos en casi todas. Camina con dificultad, ayudado al menos por una persona.
- 04 Imposible realizar, sin ayuda, cualquiera de las AVD. Capaz de caminar con extraordinaria dificultad; ayudado al menos por dos personas. Incontinencia habitual.
- 05 Inmovilizado en cama o sillón, necesita cuidados continuos. Incontinente.

#### Evaluación Mental:

- 00 Absolutamente normal.
- 01 Trastorno leve de memoria, mantiene conversación totalmente normal.
- 02 Claras alteraciones en la memoria, conversación imperfecta.
- 03 Severas alteraciones de memoria y orientación. Imposible mantener una conversación lógica. Trastornos evidentes de comportamiento. Graves dificultades para el autocuidado. Frecuente incontinencia.
- 04 Desorientación completa. Claras alteraciones mentales etiquetadas ya de demencia. Incontinencia habitual.
- 05 Demencia senil avanzada. Vida vegetativa con o sin episodios de agitación.

#### Evaluación de apoyo social:

- 00 Puede recibir apoyo y/o cuidados indefinidos de al menos un familiar cercano.
- 01 Puede recibir apoyo y/o cuidados indefinidos de al menos una persona no perteneciente a la familia.
- 02 Puede recibir apoyo y/o cuidados temporales (meses) de al menos un familiar cercano.
- 03 Puede recibir apoyo y/o cuidados temporales de al menos un cuidador no perteneciente a la familia.
- 04 Puede recibir apoyo y/o cuidados esporádicos de al menos un familiar o persona ajena a la familia.
- 05 No dispone de posibilidades de apoyo y/o cuidados, o son muy escasos.