

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**“ASOCIACIÓN ENTRE LA ANEMIA, EL MALTRATO Y
ABANDONO EN EL ADULTO MAYOR DEL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENCHE ENERO 2019”**

Tesis presentada por la Bachiller:

Ardiles Quispe, Lisbet Tamara

para optar el Título Profesional de:

Medico Cirujana

Asesor:

Dra. Valencia Paredes, Pamela

Arequipa – Perú

2019



72

Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado:1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 190 - FMH-2018

Visto el Borrador de Tesis titulado:

"ASOCIACIÓN ENTRE LA ANEMIA Y EL MALTRATO Y ABANDONO EN EL ADULTO MAYOR EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ ENERO 2019*"

Presentado por el (la) Sr. (ta):

LISBET TAMARA ARDILES QUISPE

Nuestro dictamen es:

Favorable

OBSERVACIONES:

cumplió con todos los requisitos

Arequipa, 20/03/2019

[Signature]
DR. GUILLERMO HECTOR PACHECO
CHÁVEZ

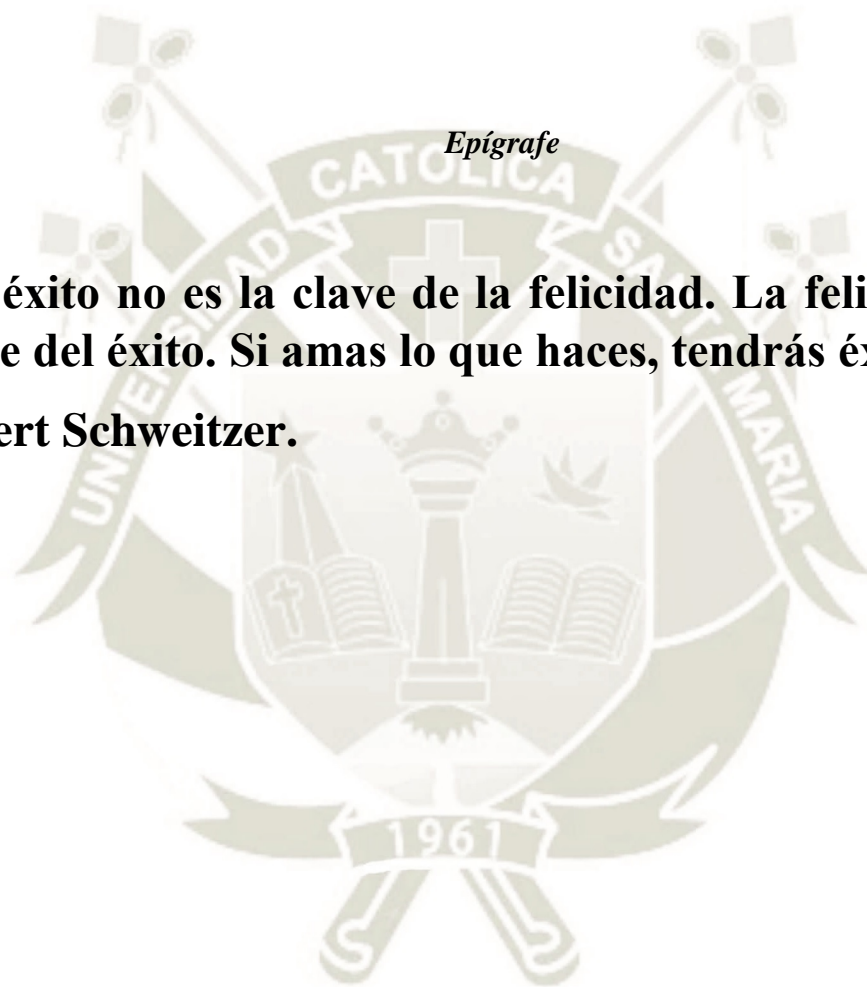
[Signature]
DR. MANUEL MEDINA VASQUEZ

[Signature]
DRA. AGUEDA MUÑOZ DEL CARPIO TOLA

Epígrafe

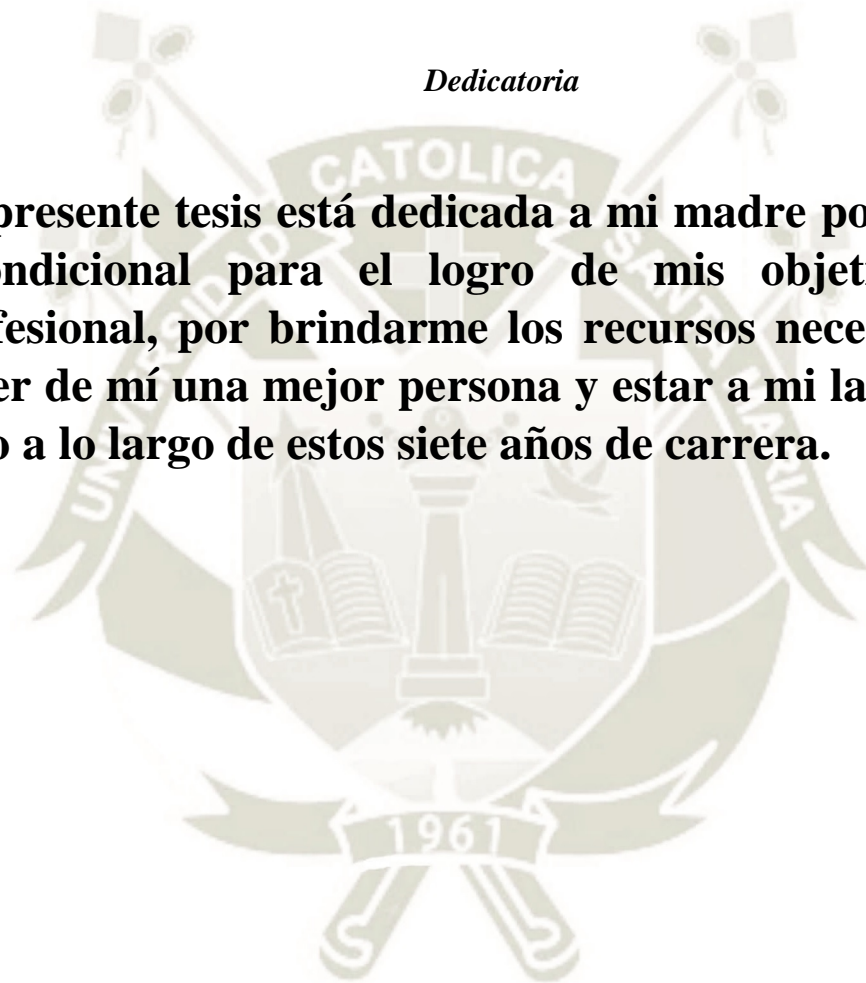
“El éxito no es la clave de la felicidad. La felicidad es la clave del éxito. Si amas lo que haces, tendrás éxito”

Albert Schweitzer.



Dedicatoria

La presente tesis está dedicada a mi madre por su apoyo incondicional para el logro de mis objetivos como profesional, por brindarme los recursos necesarios, por hacer de mí una mejor persona y estar a mi lado en cada paso a lo largo de estos siete años de carrera.



Agradecimiento

Agradezco a mis padres, por su apoyo y confianza brindada, gracias a ellos pude perseverar en este duro camino que es estudiar medicina.

A mis hermanas, por siempre creer en mí y motivarme a realizar mis metas.

Al Hospital III Goyeneche dónde tuve la oportunidad de realizar mi internado médico, lugar dónde me enriquecí de conocimientos y dónde conocí excelentes médicos que hoy son grandes amigos.

INTRODUCCIÓN

La Anemia en el adulto mayor es un problema prevalente en el Perú reportado por muchos autores , en estudio multicentrico en el Perú en donde Los departamentos con mayor prevalencia de anemia en el adulto mayor, fueron Ayacucho (57,6%), Ancash (40,1%), Lambayeque (37,7%) y Apurímac (36,9%), en especial en la población rural(1).

Arequipa todavía no cuenta con estadísticas claras acerca de esta situación; pero hay que recordar que el problema de Anemia en el Adulto Mayor es un problema multifactorial , en donde las enfermedades crónicas degenerativas como Diabetes y Hipertensión Arterial tienen un rol importante y son de alta prevalencia en esta población , acompañada de la polifarmacia , los cambios normales de envejecimiento y el déficit vitamínico junto de la desnutrición, son factores también importantes (1).

Pero hay un factor que normalmente dejamos de percibir y es muy importante para mejorar la morbi – mortalidad de nuestros pacientes , y esa es la percepción y detección del maltrato y abandono en el adulto mayor , poco estudiado en nuestro medio, el presente estudio tratara de demostrar la asociación de la Anemia con el maltrato y abandono en el adulto mayor para mejorar las políticas de salud referentes a este tema y reforzar la atención en esta etapa de la vida y que todos tenemos derecho a un proceso de envejecimiento saludables (2)(3).

RESUMEN

OBJETIVO:

Determinar la asociación entre la anemia , el maltrato y abandono en el adulto mayor en el servicio de medicina del Hospital III Goyeneche febrero 2019.

RESULTADOS: La muestra para el presente , estudio tuvieron un promedio de 78,80 años, una desviación estándar de 6,85 años. Según su sexo estuvo compuesta por 51 mujeres ,con un promedio de edad de 73,84 años, desviación estándar de 5,69 años y por 49 hombres ,con un promedio de edad de 73,76 años, desviación estándar de 7,94 años .El 50 (50 %) adultos mayores tienen pareja y el 50 (50 %) adultos mayores no tienen pareja .El 3 (3 %) adultos mayores conviven con amigos, el 94 (94 %) adultos mayores conviven con sus familiares y el 3 (3 %) adultos mayores viven solos. el 31 (3 %) adultos mayores tienen como ocupación ama de casa, el 22 (22 %) adultos mayores tienen como ocupación campesino, el 14 (14 %) adultos mayores tienen como ocupación comerciante, el 18 (18 %) adultos mayores tienen como ocupación empleado, el 7 (7 %) adultos mayores tienen como ocupación jubilado , el 4 (4 %) adultos mayores no tienen ocupación y el 4 (4 %) adultos mayores tienen como ocupación obrero. el 31 (3 %) adultos mayores son analfabetos, el 47 (47 %) adultos mayores tienen grado de instrucción primaria, el 34 (34 %) adultos mayores tienen grado de instrucción secundaria y el 09 (09 %) adultos mayores tienen grado de instrucción superior. el 4 (4 %) adultos mayores reciben apoyo económico de amigos, el 68 (47 %) adultos mayores reciben apoyo económico de hijos , el 19 (19 %) adultos mayores no reciben apoyo económico y 9 (9 %) adultos mayores reciben apoyo económico de pareja. el 44 (44 %) adultos mayores tienen un nivel de anemia leve , el 19 (19 %) adultos mayores tienen un nivel de anemia moderada , el 28 (28 %) adultos mayores no tienen anemia y el 9 (9 %) adultos mayores tienen un nivel de anemia severa. el 9 (9 %) adultos mayores tienen un tipo de anemia macrocítica, el 37 (37 %) adultos mayores tienen un tipo de anemia microcítica , el 28 (28 %) adultos mayores no tienen anemia y el 26 (26 %) adultos mayores tienen un tipo de anemia normocítica. el 42 (42 %) adultos mayores tienen como estado civil casado , el 9 (9 %) adultos mayores tienen como estado civil divorcado , el 28 (28 %) adultos mayores tienen como estado civil soltero y el 21 (21 %) adultos mayores tienen como estado civil viudo. el 18 (18 %) adultos mayores tienen diabetes mellitus tipo II y hipertensión arterial , el 17 (17 %) adultos mayores tienen diabetes mellitus tipo ii , el 18 (18 %) adultos mayores tienen hipertensión arterial , el 13 (13 %) adultos mayores no tienen comorbilidades y el 34 (34 %) adultos mayores tienen otras comorbilidades. el 4 (4 %) adultos mayores no sospecha de maltrato y abandono y que 96 (96 %) adultos mayores si sospecha de maltrato y abandono. adicionalmente se muestra que si existe asociación entre la presentación de anemia y sospecha de maltrato y abandono ;pero no hay asociación entre la sospecha de maltrato y abandono con el tipo de anemia y el nivel de anemia.

CONCLUSIONES: si existe asociación entre la presentación de anemia y sospecha de maltrato y abandono en el adulto mayor del servicio de medicina del Hospital III Goyeneche enero 2019. la anemia tuvo una prevalencia de 72 % , tipo microcítica (37%) ,con un nivel leve (44 %) fueron más prevalentes en el adulto mayor mas prevalentes en el servicio de medicina del Hospital III Goyeneche febrero 2019. la incidencia de la sospecha de maltrato y abandono en el adulto mayor en el servicio de medicina del Hospital III Goyeneche febrero 2019, es de 96 %.

PALABRAS CLAVE: anemia ,sospecha de maltrato y abandono, adultos mayores



ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the association between anemia, abuse and abandonment in the elderly in the medical service of Hospital III Goyeneche February 2019

RESULTS: the sample for the present study had an average of 78.80 years, a standard deviation of 6.85 years. according to sex, it consisted of 51 women, with an average age of 73.84 years, standard deviation of 5.69 years and 49 men, with an average age of 73.76 years, standard deviation of 7.94 years. the 50 (50%) older adults have a partner and 50 (50%) older adults do not have a partner. the 3 (3%) older adults live with friends, 94 (94%) older adults live with their families and the 3 (3%) older adults live alone. the 31 (3%) older adults have casa ama occupation, 22 (22%) older adults have campesino occupation, the 14 (14%) older adults have as occupation, 18 (18%) older adults have as an employee occupation, 7 (7%) older adults have a retired occupation, 4 (4%) older adults do not have an occupation and 4 (4%) older adults have a working class. the 31 (3%) older adults are analphabets, 47 (47%) older adults have a primary education degree, 34 (34%) older adults have a secondary instruction degree and 09 (09%) older adults have a higher instruction degree. 4 (4%) older adults receive economic support from amigos, 68 (47%) older adults receive financial support from children, 19 (19%) seniors do not receive financial support and 9 (9%) older adults receive support economic of couple. 44 (44%) older adults have a level of mild anemia, 19 (19%) older adults have a moderate anemia level, 28 (28%) older adults do not have anemia and 9 (9%) older adults they have a level of severe anemia. the 9 (9%) older adults have a type of macrocytic anemia, 37 (37%) older adults have a type of microctic anemia, 28 (28%) older adults do not have anemia and 26 (26%) older adults they have a type of normotic anemia. 42 (42%) older adults have married status, 9 (9%) older adults have a divorced marital status, 28 (28%) older adults have a marital status and 21 (21%) older adults they have as a civil status widow. 18 (18%) older adults have diabetes mellitus type ii and blood hypertension, 17 (17%) older adults have diabetes mellitus type ii, 18 (18%) older adults have blood hypertension, 13 (13%) adults older do not have comorbidities and 34 (34%) older adults have other comorbidities. the 4 (4%) older adults do not suspect maltreatment and abandonment and that 96 (96%) older adults do suspect maltreatment and abandonment. additionally, it is shown that there is an association between the presentation of anemia and abuse and maltreatment sustain, but there is no association between the suspected maltreatment and abandonment with the anemia type and the anemia level.

CONCLUSIONS: yes there is an association between the presentation of anemia and suspected maltreatment and abandonment in the elderly of the medical service of Hospital III Goyeneche january 2019. the anemia had a prevalence of 72%, microcitic type (37%), with a level of mild (44%) were more prevalent in the older adult, more prevalent in the medical service of Hospital III

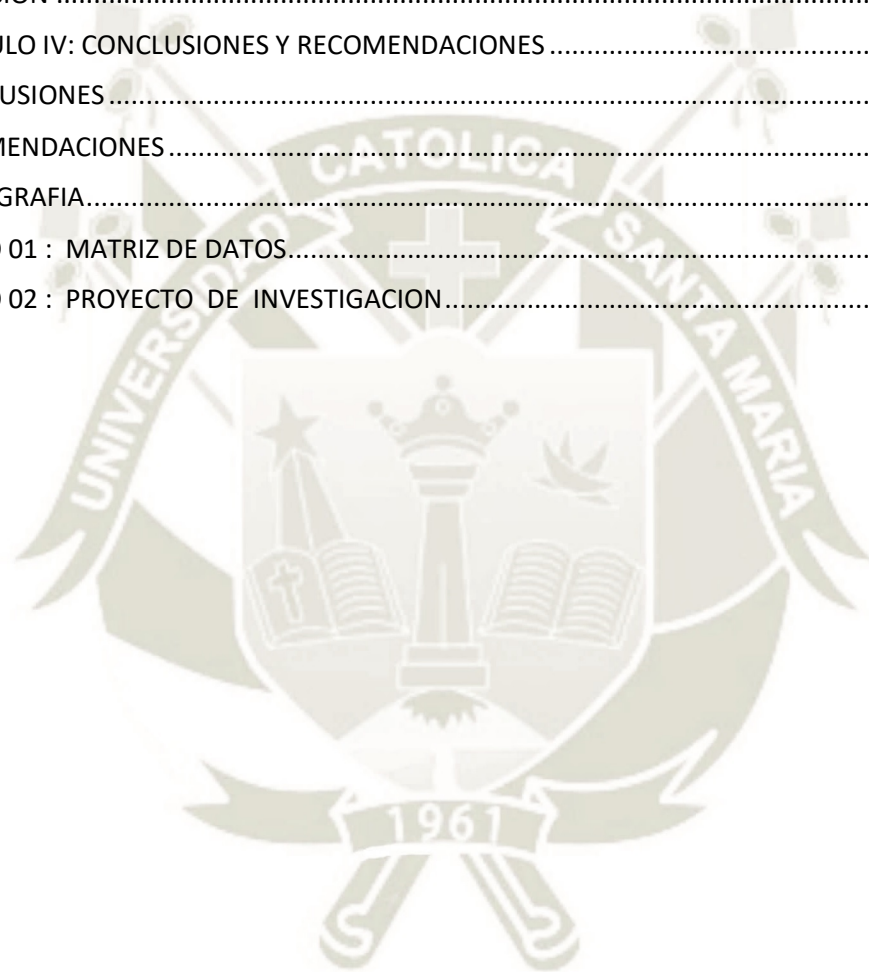
Goyeneche, february 2019. the incidence of the suspected maltreatment and abandonment in the elderly in the medical service of Hospital III Goyeneche february 2019, is of 96%.

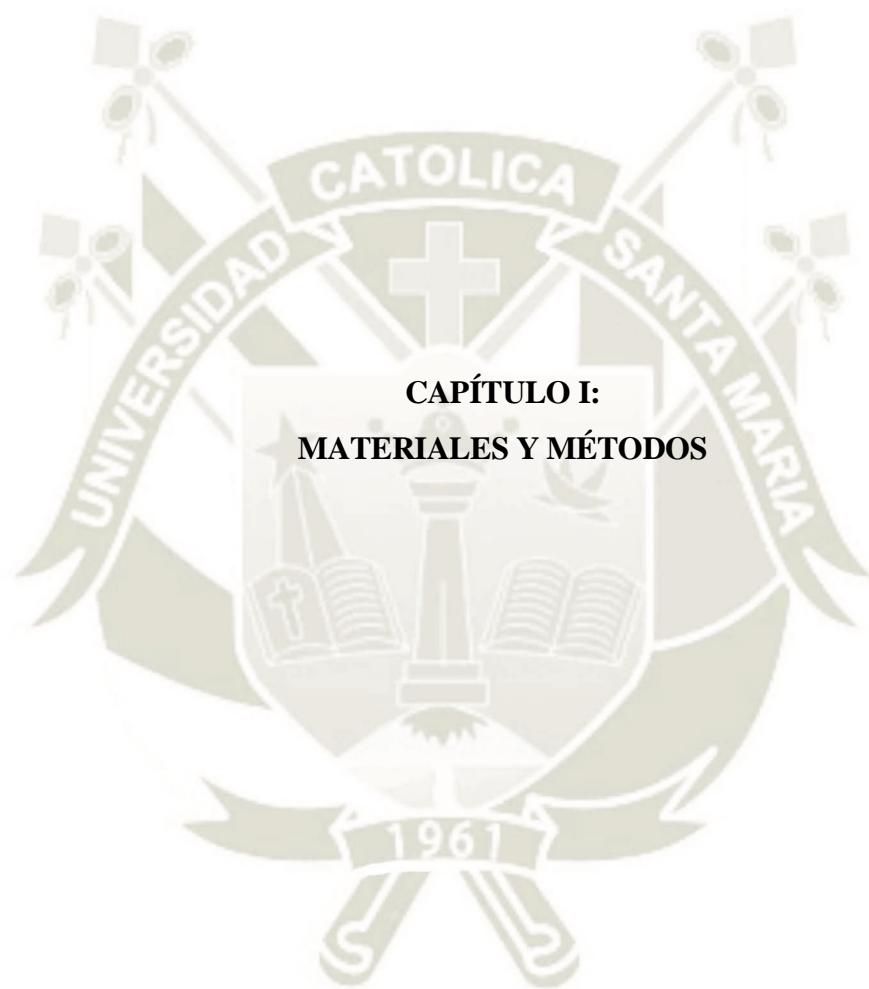
KEY WORDS: anemia, suspicion of abuse and abandonment, older adults.



INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	
RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I: MATERIALES Y MÉTODOS.....	1
CAPITULO II: RESULTADOS	6
CAPITULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	31
DISCUSION	32
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	36
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES.....	38
BIBLIOGRAFIA.....	39
ANEXO 01 : MATRIZ DE DATOS.....	42
ANEXO 02 : PROYECTO DE INVESTIGACION.....	46





PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnicas

Historias clínicas

1.2. Instrumentos

Índice de Sospecha de Maltrato hacia Personas Mayores (EASI).(adaptación realizada por Perez Rojo,G.Izal,y Montero 2008)

1.3. Materiales

Papel bond, lap top, lapiceros , tabla de madera

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial:

Hospital III Goyeneche

2.2. Ubicación temporal:

Febrero 2019

2.3. Unidades de estudio:

Adultos mayores hospitalizados en el servicio de Medicina del Hospital III Goyeneche

2.4. Población:

Muestra: 100 adultos mayores encuestados, escogidos de manera aleatoria.

Criterios de inclusión: Se encuestaron a adultos mayores sin alteración en el estado de conciencia sin presencia del cuidador , con valores de hemoglobina no mayores de 3 meses en historia clínica. Que hayan aceptado participar del estudio y hayan firmado consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Adultos mayores con alteración del estado de conciencia o impedidos de ser entrevistados por el estado general. Y/o que no hayan aceptado participar del estudio y que no hayan firmado consentimiento informado. Historias clínicas con datos que no contengan resultados de hemoglobina sérica en historia clínica.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

- El primera semana se coordino con el servicio de Medicina en Hospital III Goyeneche para la aplicación del instrumento respectivas.
- La segunda semana se realizo análisis de los posibles datos a evaluar.
- La tercera y cuarta semana se procedió a la organización de los datos.
- La quinta semana se procedió a la implementación de los materiales.
- El sexta semana la elaboro y aplicación de instrumentos (cuadro estadísticos)
- Séptima semana: Se proceso los datos de datos en una base de datos excel.
- Octava semana: Analizó e interpreto de datos.
- Novena semana: Elaboro de informe y comunico de resultados.

3.2. Recursos

Humanos Investigador: Tesista Lisbet Tamara Ardiles Quispe

Asesor: Dra. Pamela Elizabeth Valencia Paredes

3.3. Criterios para manejo de resultados

3.3.1. Plan de Procesamiento:

Los resultados obtenidos fueron analizados estadísticamente mediante el uso de cuadros de análisis de varianza y pruebas estadísticas como Chi^2 , coeficiente de relación.

3.3.2. Instrumento:

El Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (Elder Abuse Suspicion Index, EASI) es un instrumento cuantitativo desarrollado por un equipo de investigación de la Universidad McGill, St. Mary's Hospital Centre, Centro de Salud y Servicios Sociales de René Cassin y Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital (Montreal, Canadá). El ámbito de aplicación para el que fue diseñado fue Atención Primaria.

El EASI consiste en preguntas breves y directas. Concretamente incluye cinco preguntas dirigidas a la persona mayor y una al médico, que se realizan en el transcurso de cualquier encuentro paciente-médico en la consulta y que se formulan en un lenguaje accesible. Una de las preguntas está dirigida a evaluar si la persona mayor es dependiente para alguna actividad de la vida diaria básica o instrumental y las otras cuatro se centran en los diferentes tipos de maltrato: físico y sexual, psicológico, negligencia y económico.

Este instrumento es fácilmente aplicable a personas mayores de 65 años o más sin deterioro cognitivo. El EASI se diseñó no estrictamente para “detectar casos” de maltrato, sino para fomentar la sospecha de existencia de maltrato a personas mayores, con el objetivo de poder derivar estos casos a expertos comunitarios en maltrato a personas mayores, como los trabajadores sociales.

El propósito es ayudar a los médicos a familiarizarse con el maltrato a personas mayores mediante el empleo continuado de un sencillo conjunto de preguntas sobre este tema. Aunque el EASI no puede garantizar la detección de abuso o maltrato a personas mayores, su aplicación ya indica que el médico es consciente del problema y, por tanto, deriva posibles casos a los servicios sociales y comunitarios.

El estilo de las preguntas EASI y su aplicación se basan en las líneas de recomendaciones de la literatura científica en relación con la evaluación de las personas mayores: realizar preguntas explícitas, centradas en el comportamiento, orientadas contextualmente en informes previos y realizar una valoración simultánea acerca de agresiones por desconocidos y maltrato por parte de familiares/cuidadores.

La aplicación del EASI, en formato de entrevista, tiene diversas ventajas como permitir la valoración tanto del aspecto físico de la persona como de su conducta durante la entrevista. También permite mejorar la validez del diagnóstico clínico en comparación con otros métodos, como encuestas telefónicas, al disponer los entrevistadores de mayores vías de datos convergentes o divergentes. Finalmente, la entrevista permite mostrar apoyo a las personas que se encuentran en situación de maltrato.

Comparado con otras herramientas de detección de maltrato a personas mayores, por ejemplo el H-S/EAST (Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test) 1 con 15 ítems originalmente, el EASI consta de menos preguntas y requiere menos tiempo de realización (dos minutos de media). Además, por lo que se refiere a la aceptabilidad del instrumento por parte de los profesionales, En el estudio original de validación de este instrumento se compararon los resultados del EASI con el Formulario de Evaluación de Trabajo Social (Social Work Evaluation Form, FETS) 2 . Este formulario es una valoración estandarizada utilizada previamente por trabajadores sociales para evaluar en mayor profundidad a personas mayores en riesgo de sufrir maltrato de forma cualitativa y cuantitativa. Está compuesto por 67 preguntas sobre aspectos personales, familiares, de estilo de vida, condiciones de vida, relaciones, salud y economía que en la literatura se encuentran relacionadas con el maltrato hacia las personas mayores. Hay una pregunta en el cuestionario que puede considerarse el “patrón oro de diagnóstico” para comparar y validar los resultados del EASI y que registra el juicio del profesional acerca de la existencia de maltrato. Durante

las tres semanas siguientes a la realización del EASI por parte de los médicos, los trabajadores sociales que participaron en el estudio aplicaron el formulario de evaluación FETS a las personas mayores. La entrevista se realizó en el domicilio de la persona mayor o en un lugar, acordado por ambas partes, que garantizase la confidencialidad. El índice de sensibilidad alcanzado por el EASI fue de 0,47 y el índice de especificidad de 0,75.

Se tuvo en cuenta adicionalmente que :

- La pregunta 1 en el EASI es una forma de conocer si las personas mayores necesitan ayuda, y de presentar posibles situaciones de riesgo.
- La pregunta 2 indaga sobre la existencia de cualquier tipo de privación.
- La pregunta 3 abarca el maltrato psicológico y verbal. La pregunta 4 se refiere a abuso económico.
- La pregunta 5 aborda el abuso físico y sexual.
- La pregunta número 6a es de observación y la 6b es una pregunta sobre privacidad y honestidad que se realiza sólo con propósitos de investigación.

Adicionalmente las conclusiones de los debates del grupo focal y grupo de trabajo en los diversos países corroboran los hallazgos y recomendaciones del estudio EASI en Montreal:
– El instrumento con doce preguntas es demasiado largo, considerando que en la mayoría de los países participantes el tiempo medio de consulta de un médico de Atención Primaria es de 10-15 minutos o incluso menos. Un instrumento más breve que abarcase todos los aspectos principales del maltrato a las personas mayores tendría más probabilidad de ser aceptado y aplicado por los profesionales de Atención Primaria. Con una sensibilidad del 67% y una especificidad del 96%

CONSIDERACIONES PARA LA TOMA DEL INSTRUMENTO:

- Antes de aplicar este tipo de cuestionario es decisivo determinar si el paciente muestra signos significativos de deterioro cognitivo.
- Estas preguntas únicamente deben formularse cuando el paciente esté solo.
- En el caso de que se sospeche maltrato a personas mayores es esencial hacer seguimiento y estrategias de remisión..

INTERPRETACION: Se considera Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores si alguna de las respuestas es afirmativa sin presencia del cuidador.

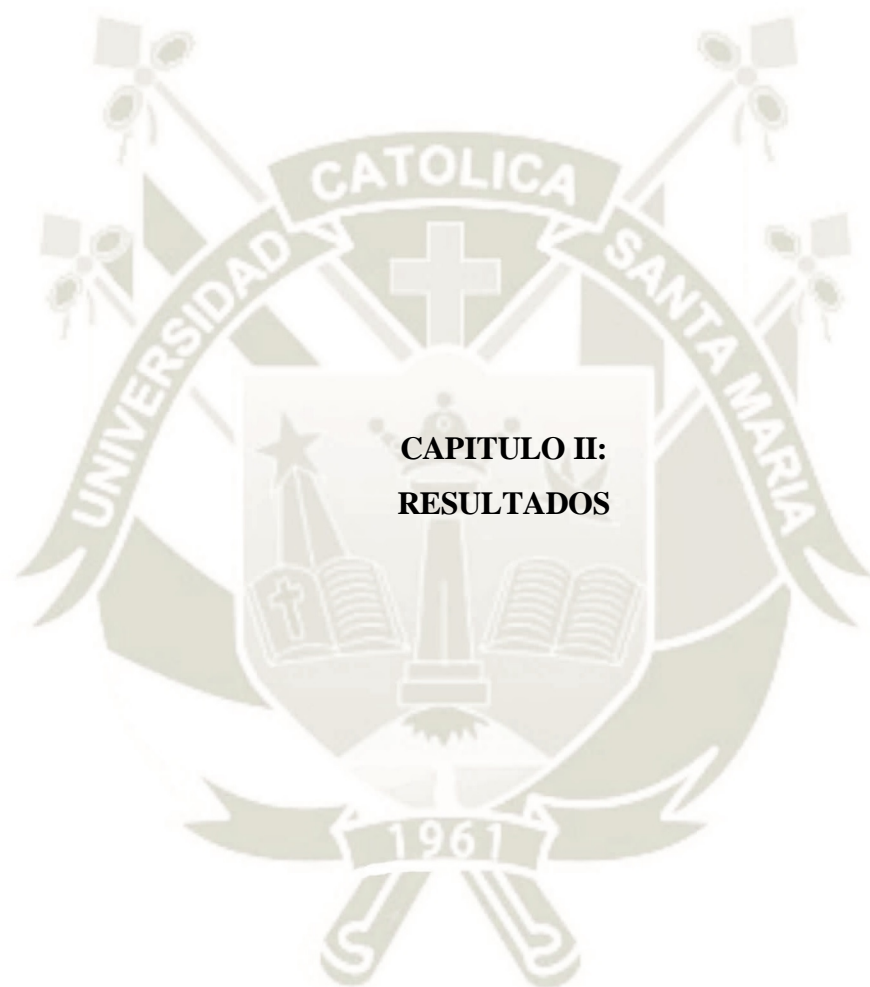
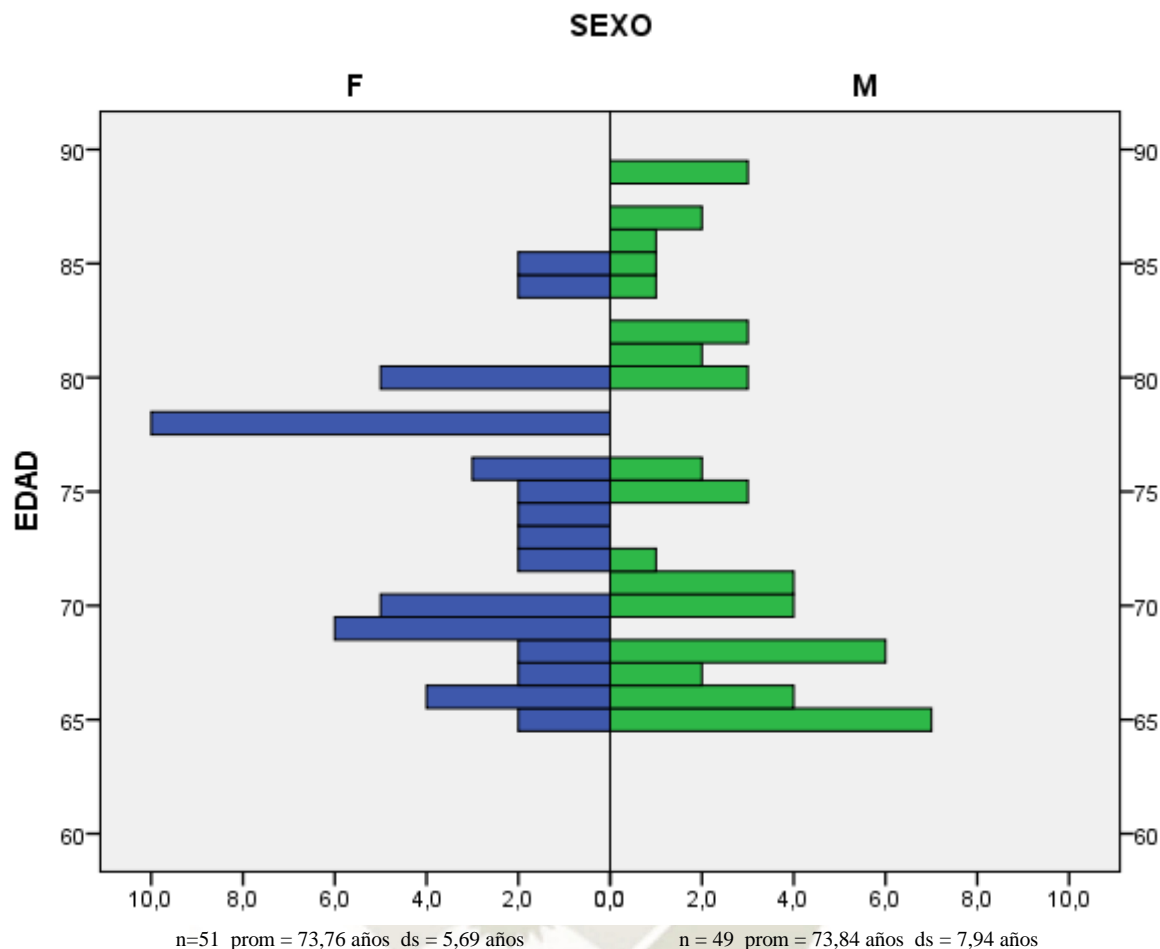


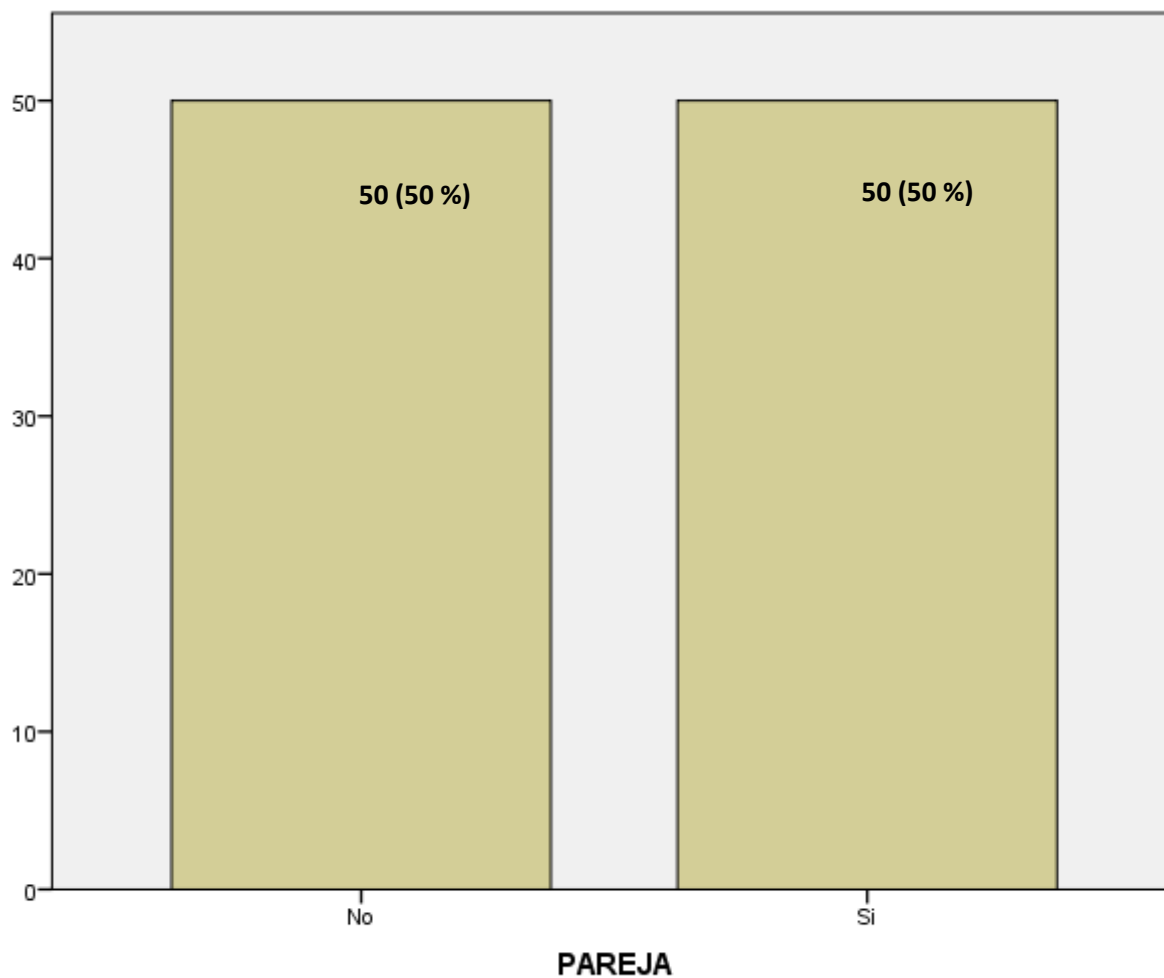
GRAFICO N° 01 : EDAD Y SEXO EN ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ ENERO 2019



Fuente: Elaboración propia

En el Grafico N° 01 se muestra que los adultos mayores que formaron parte de la muestra para el presente estudio tuvieron un promedio de 73,80 años, una desviación estándar de 6,85 años. Según su sexo estuvo compuesta por 51 mujeres ,con un promedio de edad de 73,76 años, desviación estándar de 5,69 años y por 49 hombres ,con un promedio de edad de 73,89 años, desviación estándar de 7,94 años .

**GRAFICO N° 02 : ADULTOS MAYORES CON Y SIN PAREJA DEL SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ ENERO 2019**



Fuente: Elaboración propia

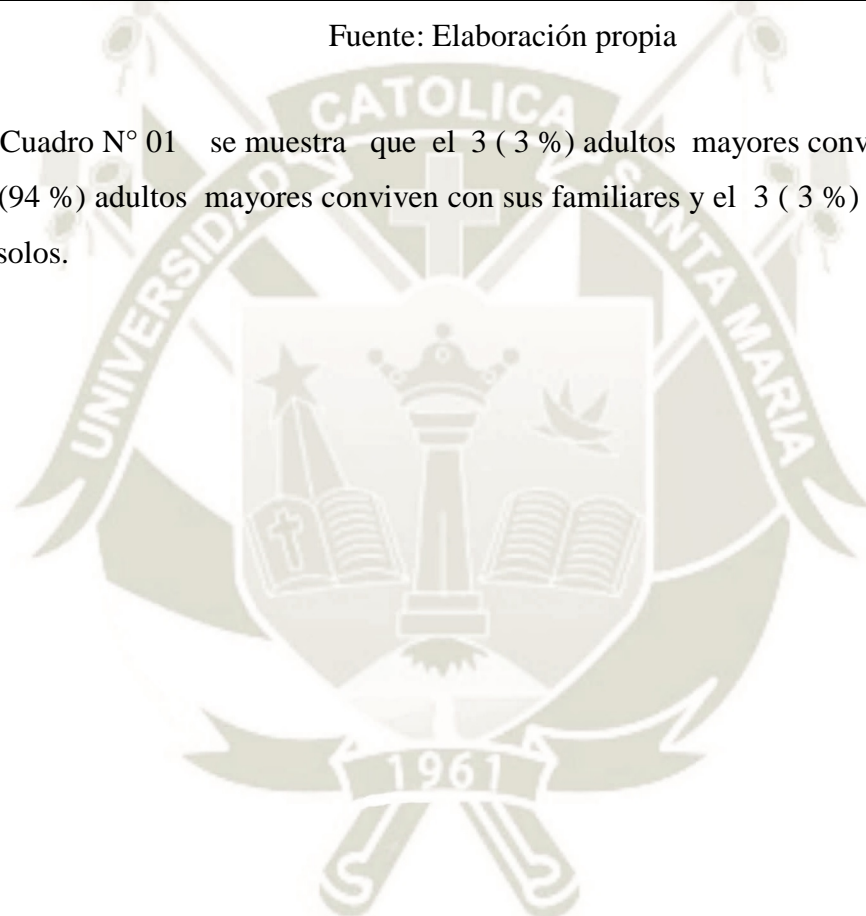
En el Grafico N° 02 se muestra que el 50 (50 %) adultos mayores tienen pareja y el 50 (50 %) adultos mayores no tienen pareja .

**CUADRO N° 01 : CONVIVENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ ENERO 2019**

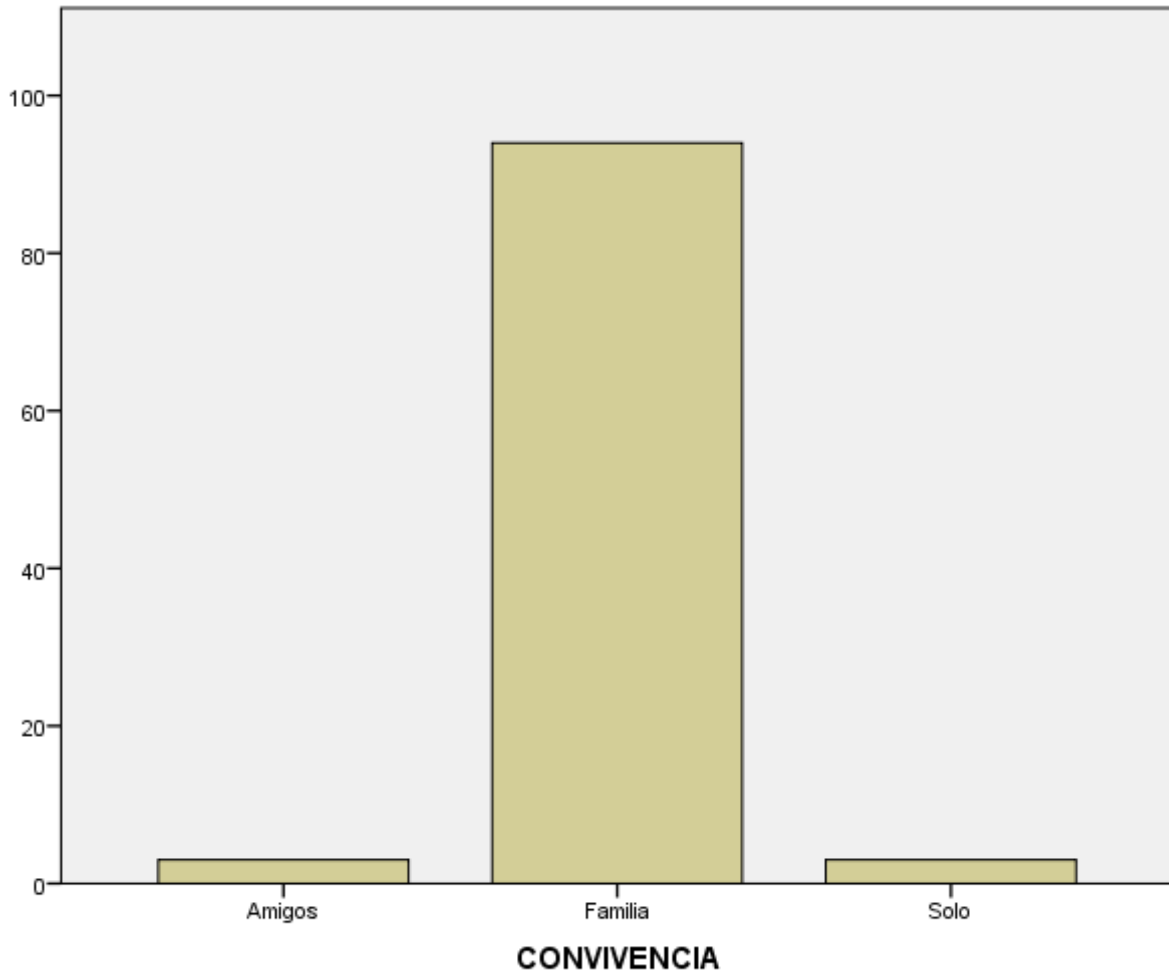
CONVIVENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES	N°	%
AMIGOS	3	3 %
FAMILIA	94	94 %
SOLO	3	3 %
TOTAL	100	100 %

Fuente: Elaboración propia

En el Cuadro N° 01 se muestra que el 3 (3 %) adultos mayores conviven con amigos, el 94 (94 %) adultos mayores conviven con sus familiares y el 3 (3 %) adultos mayores viven solos.



**GRAFICO N° 03: CONVIVENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ ENERO 2019**



Fuente: Elaboración propia

En el Grafico N° 03 se muestra que el 3 (3 %) adultos mayores conviven con amigos, el 94 (94 %) adultos mayores conviven con sus familiares y el 3 (3 %) adultos mayores viven solos.

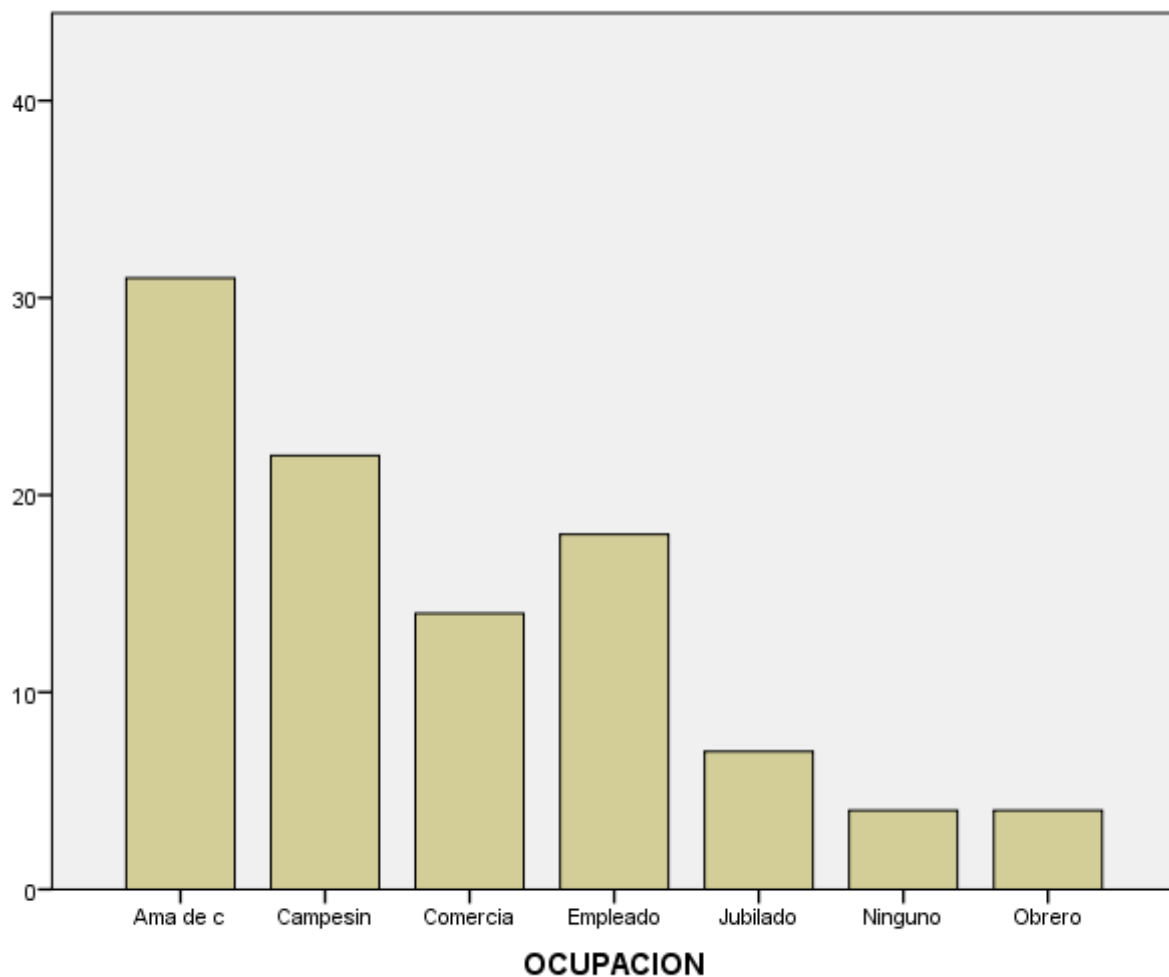
**CUADRO N° 02 : OCUPACION DE LOS ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ ENERO 2019**

OCUPACION	N°	%
AMA DE CASA	31	31 %
CAMPESINO	22	22 %
COMERCIANTE	14	14 %
EMPLEADO	18	18 %
JUBILADO	7	7 %
NINGUNO	4	4 %
OBRERO	4	4 %
TOTAL	100	100 %

Fuente: Elaboración propia

En el Cuadro N° 02 se muestra que el 31 (31 %) adultos mayores tienen como ocupación AMA DE CASA, el 22 (22 %) adultos mayores tienen como ocupación CAMPESINO, el 14 (14 %) adultos mayores tienen como ocupación COMERCIANTE, el 18 (18 %) adultos mayores tienen como ocupación EMPLEADO, el 7 (7 %) adultos mayores tienen como ocupación JUBILADO, el 4 (4 %) adultos mayores no tienen ocupación y el 4 (4 %) adultos mayores tienen como ocupación obrero.

**GRAFICO N° 04: OCUPACION DE LOS ADULTOS MAYORES DEL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENCHE ENERO 2019**



Fuente: Elaboración propia

En el GRAFICO N° 04 se muestra que el 31 (3 %) adultos mayores tienen como ocupación AMA DE CASA, el 22 (22 %) adultos mayores tienen como ocupación CAMPESINO, el 14 (14 %) adultos mayores tienen como ocupación COMERCIANTE, el 18 (18 %) adultos mayores tienen como ocupación EMPLEADO, el 7 (7 %) adultos mayores tienen como ocupación JUBILADO , el 4 (4 %) adultos mayores no tienen ocupación y el 4 (4 %) adultos mayores tienen como ocupación obrero.

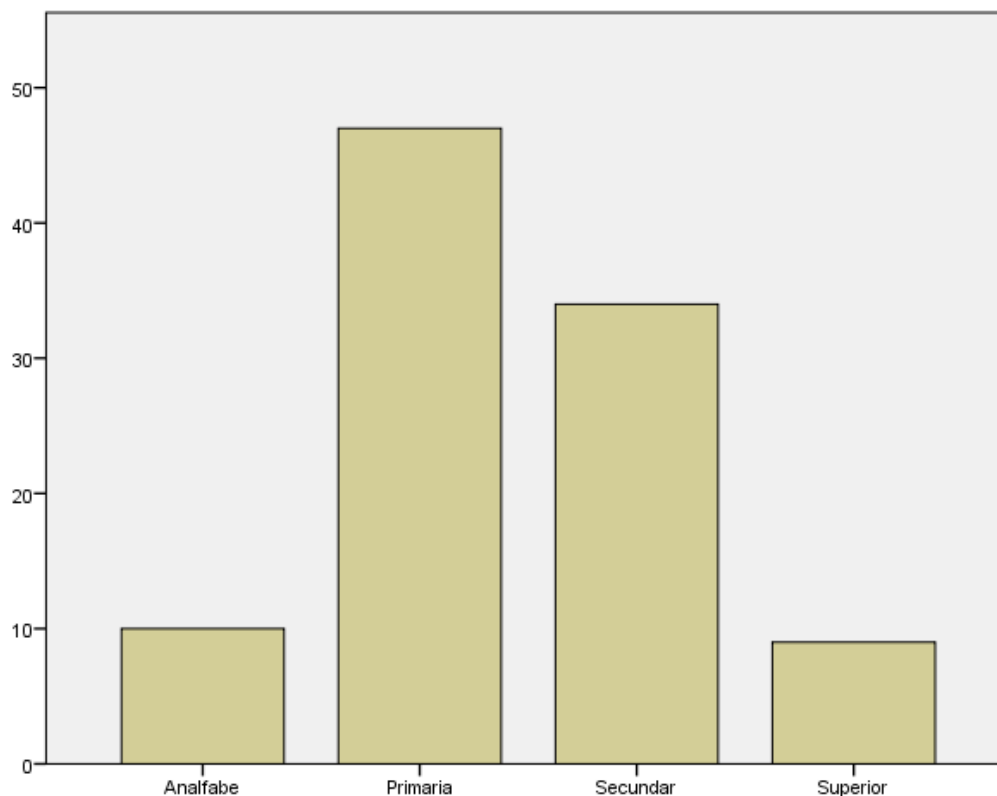
**CUADRO N° 03 : GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES
DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHE ENERO
2019**

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES	N°	%
ANALFABETO	10	10 %
PRIMARIA	47	47 %
SECUNDARIA	34	34 %
SUPERIOR	9	9 %
TOTAL	100	100 %

Fuente: Elaboración propia

En el Cuadro N° 03 se muestra que el 10 (10 %) adultos mayores son ANALFABETOS, el 47 (47 %) adultos mayores tienen GRADO DE INSTRUCCIÓN PRIMARIA, el 34 (34 %) adultos mayores tienen GRADO DE INSTRUCCIÓN SECUNDARIA y el 09 (09 %) adultos mayores tienen GRADO DE INSTRUCCION SUPERIOR.

**GRAFICO N° 05 : GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES
DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHE ENERO
2019**



Fuente: Elaboración propia

En el Grafico N° 05 se muestra que el 31 (3 %) adultos mayores son ANALFABETOS, el 47 (47 %) adultos mayores tienen GRADO DE INSTRUCCIÓN PRIMARIA, el 34 (34 %) adultos mayores tienen GRADO DE INSTRUCCIÓN SECUNDARIA y el 09 (09 %) adultos mayores tienen GRADO DE INSTRUCCION SUPERIOR.

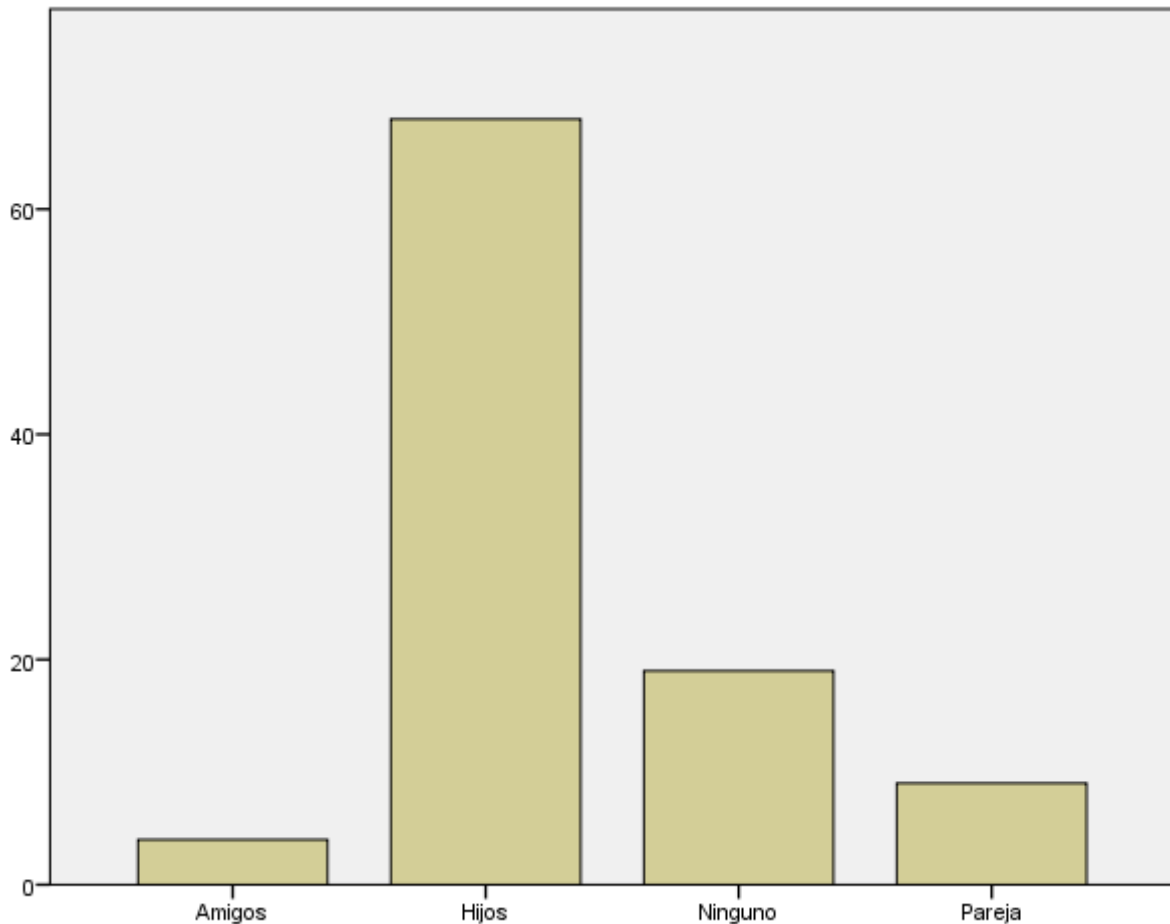
**CUADRO N° 03 : FAMILIAR QUE DA APOYO ECONOMICO DE LOS
ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ ENERO 2019**

FAMILIAR QUE DA APOYO ECONOMICO	N°	%
AMIGOS	4	4 %
HIJOS	68	68 %
NINGUNO	19	19 %
PAREJA	9	9 %
TOTAL	100	100 %

Fuente: Elaboración propia

En el Cuadro N° 03 se muestra que el 4 (4 %) adultos mayores reciben apoyo económico de AMIGOS, el 68 (47 %) adultos mayores reciben apoyo económico de HIJOS, el 19 (19 %) adultos mayores NO reciben apoyo económico y 9 (9 %) adultos mayores reciben apoyo económico de PAREJA.

**GRAFICO N° 06: FAMILIAR QUE DA APOYO ECONOMICO DE LOS
ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ ENERO 2019**



Fuente: Elaboración propia

En el Grafico N° 06 se muestra que el 4 (4 %) adultos mayores reciben apoyo económico de AMIGOS, el 68 (47 %) adultos mayores reciben apoyo económico de HIJOS, el 19 (19 %) adultos mayores NO reciben apoyo económico y 9 (9 %) adultos mayores reciben apoyo económico de PAREJA

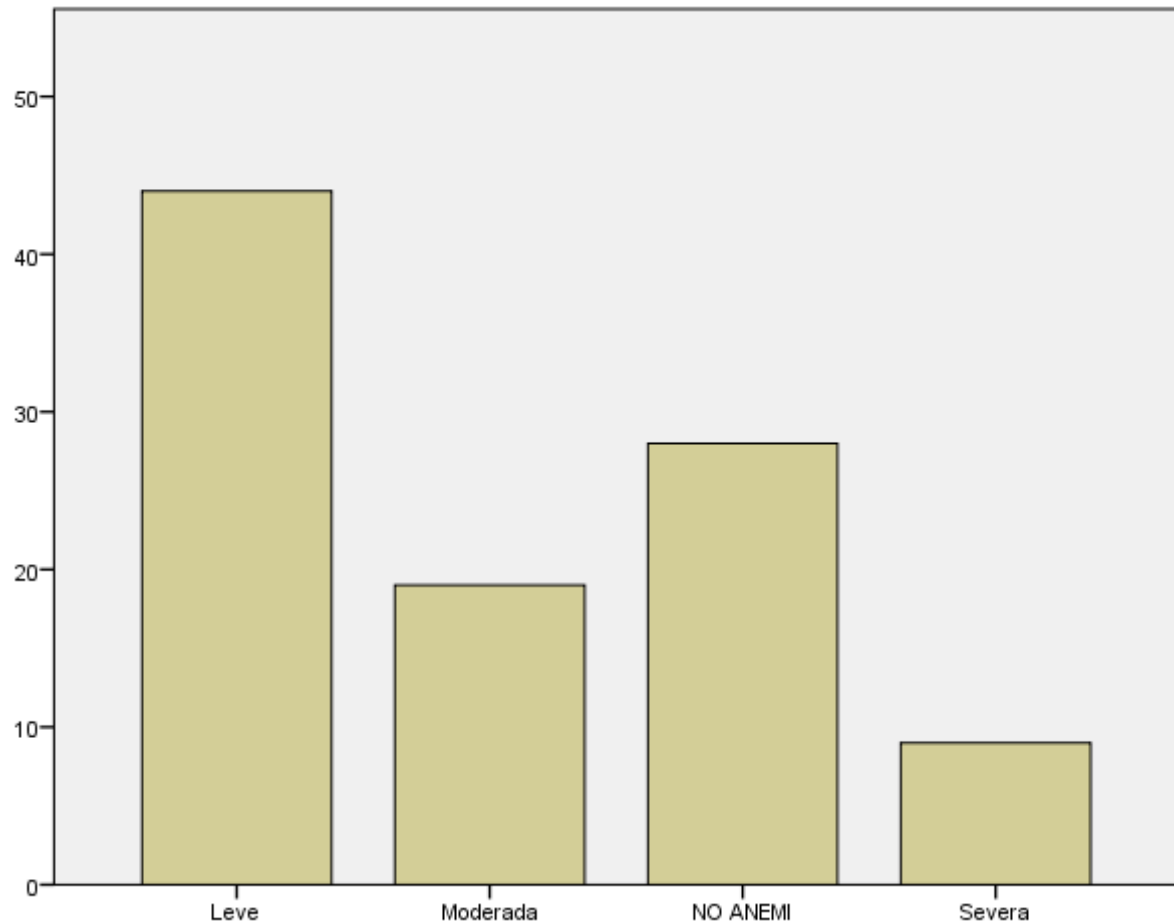
**CUADRO N° 04 : NIVEL DE ANEMIA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ ENERO 2019**

NIVEL DE ANEMIA DE LOS ADULTOS MAYORES	N°	%
LEVE	44	44,0
MODERADA	19	19,0
NO ANEMIA	28	28,0
SEVERA	9	9,0
TOTAL	100	100,0

Fuente: Elaboración propia

En el Cuadro N° 04 se muestra que el 44 (44 %) adultos mayores tienen un nivel de ANEMIA LEVE, el 19 (19 %) adultos mayores tienen un nivel de ANEMIA MODERADA, el 28 (28 %) adultos mayores NO tienen ANEMIA y el 9 (9 %) adultos mayores tienen un nivel de ANEMIA SEVERA.

**GRAFICO N° 07 : NIVEL DE ANEMIA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ ENERO 2019**



Fuente: Elaboración propia

En el Grafico N° 07 se muestra que el 44 (44 %) adultos mayores tienen un nivel de ANEMIA LEVE , el 19 (19 %) adultos mayores tienen un nivel de ANEMIA MODERADA , el 28 (28 %) adultos mayores NO tienen ANEMIA y el 9 (9 %) adultos mayores tienen un nivel de ANEMIA SEVERA.

**CUADRO N° 05 : TIPO DE ANEMIA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ ENERO 2019**

TIPO DE ANEMIA DE LOS ADULTOS MAYORES	N°	%
ANEMIA MACROCITICA	9	9 %
ANEMIA MICROCITICA	37	37 %
NO ANEMIA	28	28 %
ANEMIA NORMOCITICA	26	26 %
TOTAL	100	100 %

Fuente: Elaboración propia

En el Cuadro N° 05 se muestra que el 9 (9 %) adultos mayores tienen un tipo de ANEMIA MACROCITICA, el 37 (37 %) adultos mayores tienen un tipo de ANEMIA MICROCITICA, el 28 (28 %) adultos mayores NO tienen ANEMIA y el 26 (26 %) adultos mayores tienen un tipo de ANEMIA NORMOCITICA.

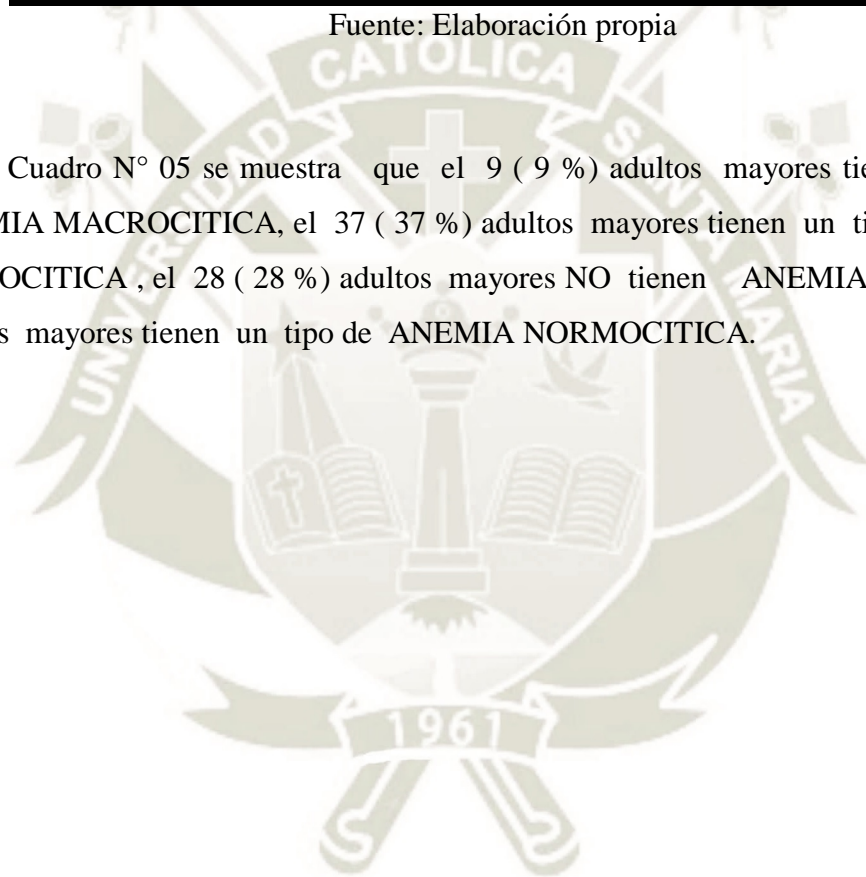
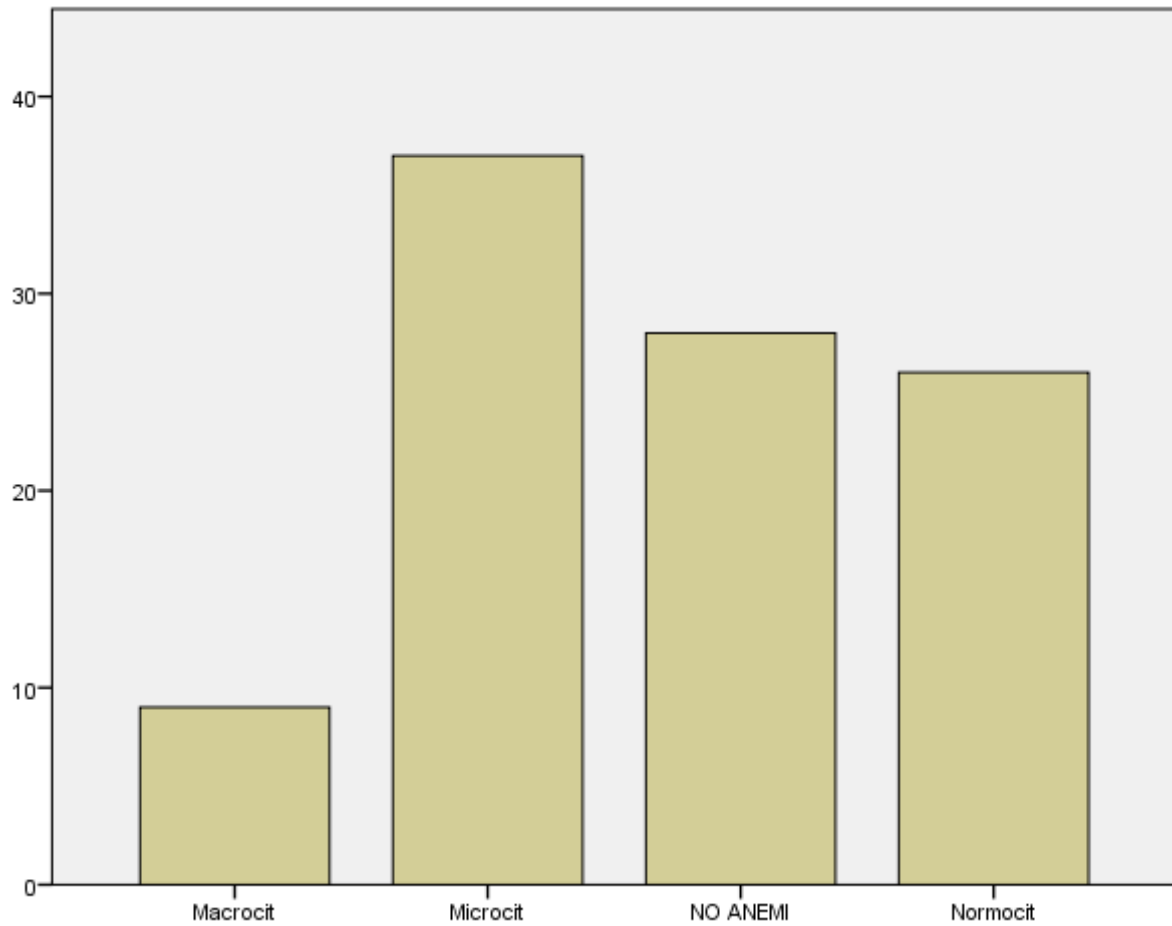


GRAFICO N° 08 : TIPO DE ANEMIA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ ENERO 2019



Fuente: Elaboración propia

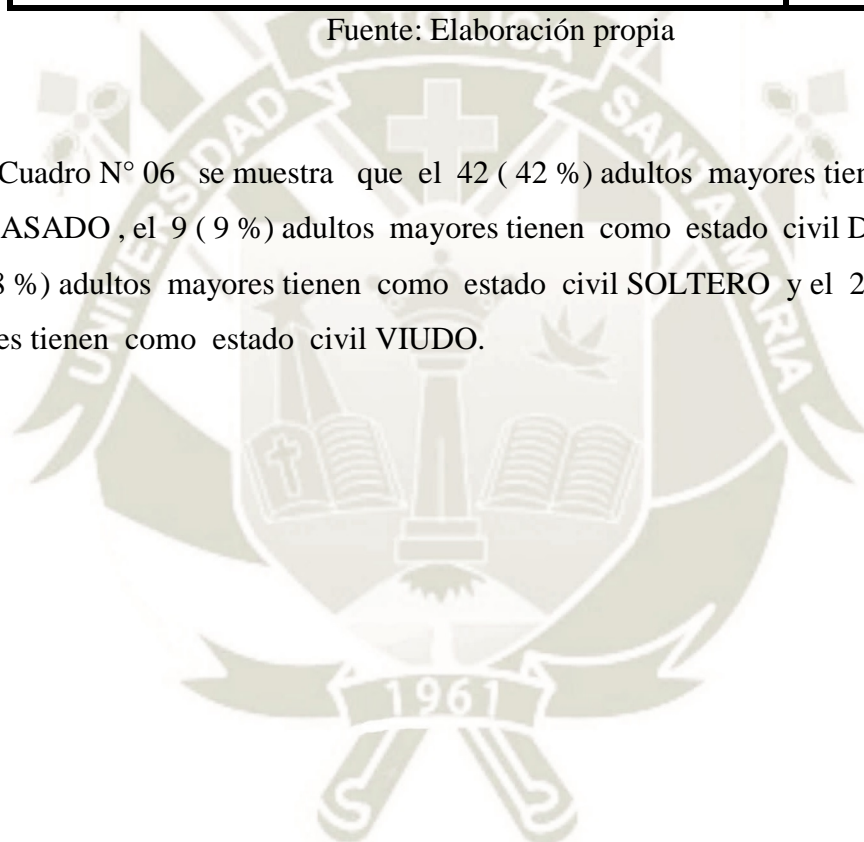
En el Grafico N° 08 se muestra que el 9 (9%) adultos mayores tienen un tipo de ANEMIA MACROCITICA, el 37 (37%) adultos mayores tienen un tipo de ANEMIA MICROCITICA, el 28 (28%) adultos mayores NO tienen ANEMIA y el 26 (26%) adultos mayores tienen un tipo de ANEMIA NORMOCITICA.

**CUADRO N° 06 : ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ ENERO 2019**

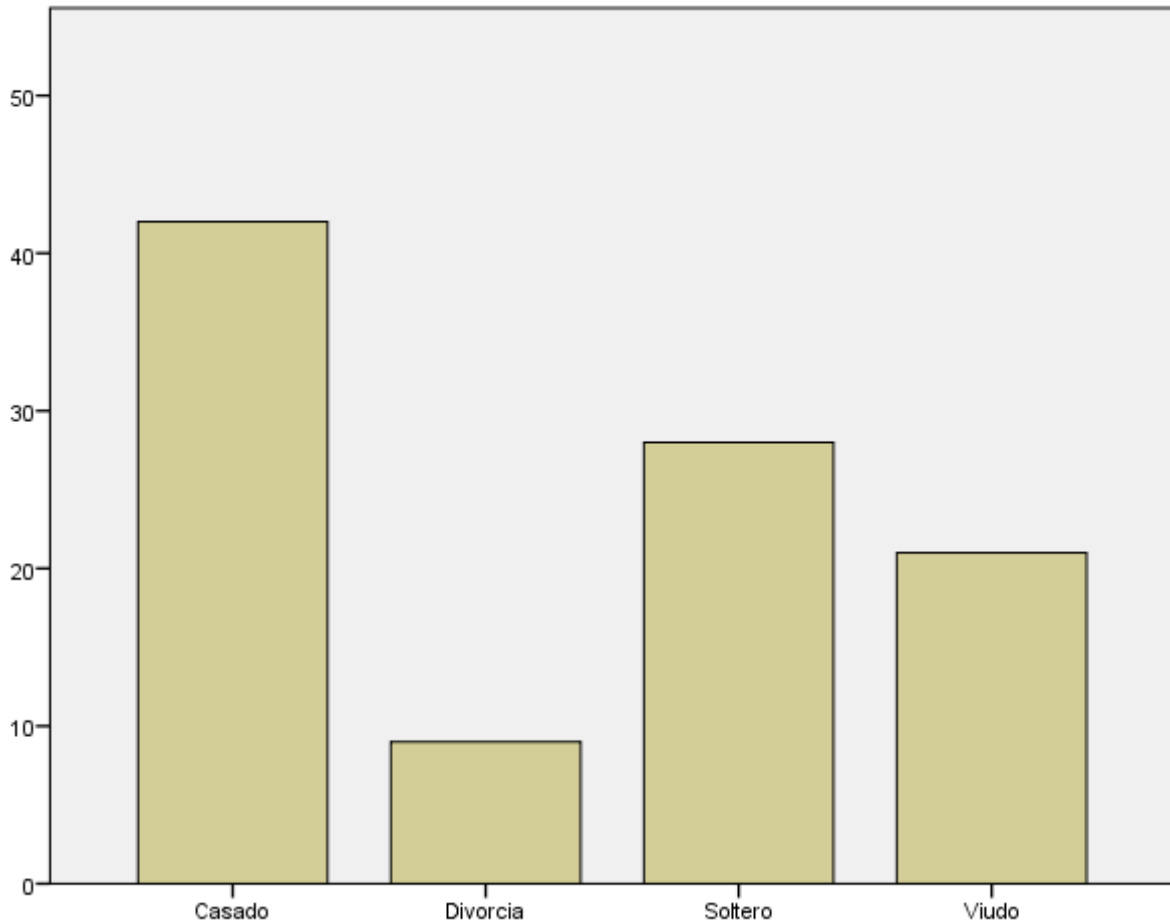
ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES	N°	%
CASADO	42	42 %
DIVORCIADO	9	9 %
SOLTERO	28	28 %
VIUDO	21	21 %
TOTAL	100	100 %

Fuente: Elaboración propia

En el Cuadro N° 06 se muestra que el 42 (42 %) adultos mayores tienen como estado civil CASADO, el 9 (9 %) adultos mayores tienen como estado civil DIVORCADO, el 28 (28 %) adultos mayores tienen como estado civil SOLTERO y el 21 (21 %) adultos mayores tienen como estado civil VIUDO.



**GRAFICO N° 09 : ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ ENERO 2019**



Fuente: Elaboración propia

En el Grafico N° 09 se muestra que el 42 (42 %) adultos mayores tienen como estado civil CASADO, el 9 (9 %) adultos mayores tienen como estado civil DIVORCADO, el 28 (28 %) adultos mayores tienen como estado civil SOLTERO y el 21 (21 %) adultos mayores tienen como estado civil VIUDO.

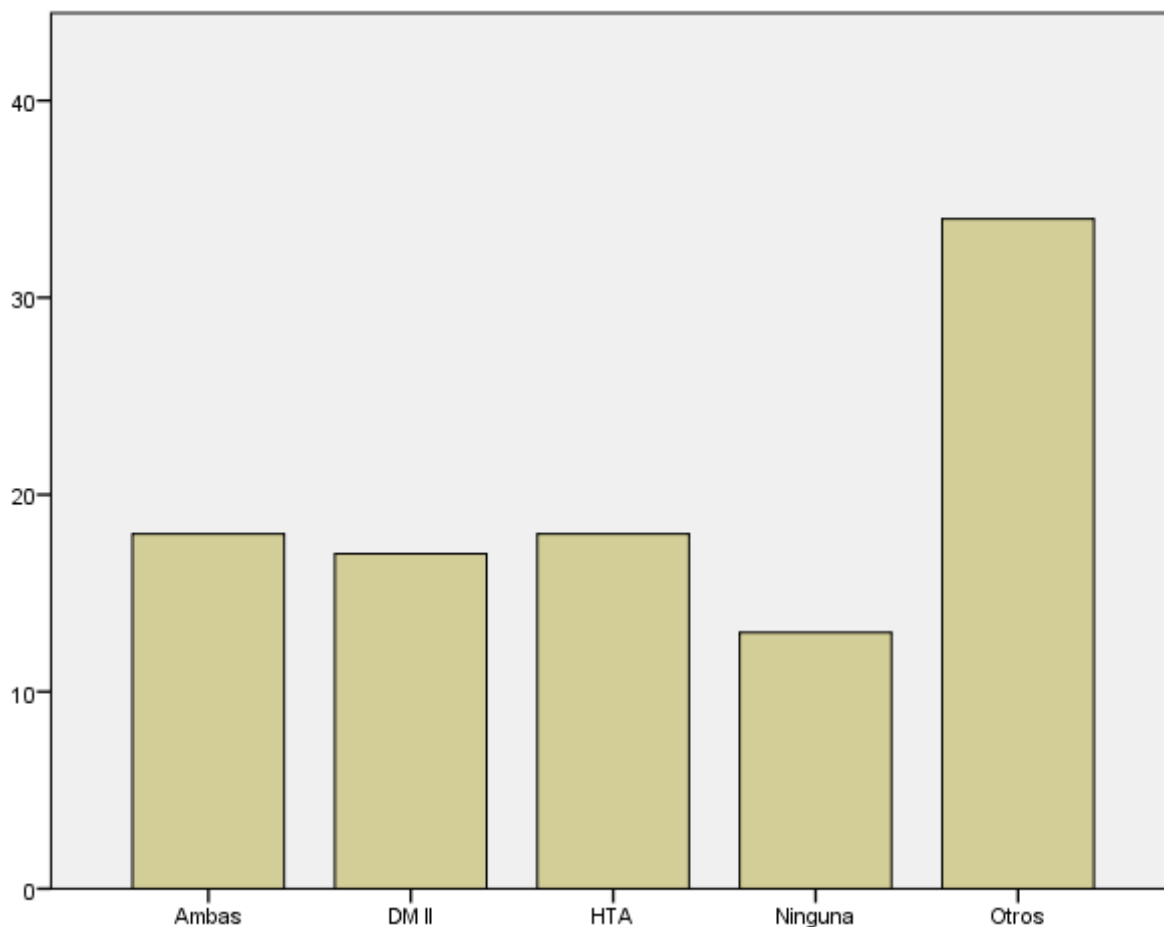
**CUADRO N° 07 : COMORBILIDADES DE LOS ADULTOS MAYORES DEL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ ENERO 2019**

COMORBILIDADES DE LOS ADULTOS MAYORES	N°	%
DIABETES MELLITUS TIPO II Y HIPERTENSION ARTERIAL	18	18 %
DIABETES MELLITUS TIPO II HIPERTENSION ARTERIAL	17	17 %
NINGUNA COMORBILIDAD	13	13 %
OTRAS COMORBILIDADES	34	34 %
TOTAL	100	100 %

Fuente: Elaboración propia

En el Cuadro N° 07 se muestra que el 18 (18 %) adultos mayores tienen DIABETES MELLITUS TIPO II Y HIPERTENSION ARTERIAL, el 17 (17 %) adultos mayores tienen DIABETES MELLITUS TIPO II, el 18 (18 %) adultos mayores tienen HIPERTENSION ARTERIAL, el 13 (13 %) adultos mayores NO tienen COMORBILIDADES y el 34 (34 %) adultos mayores tienen OTRAS COMORBILIDADES.

GRAFICO N° 10 : COMORBILIDADES DE LOS ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ ENERO 2019



Fuente: Elaboración propia

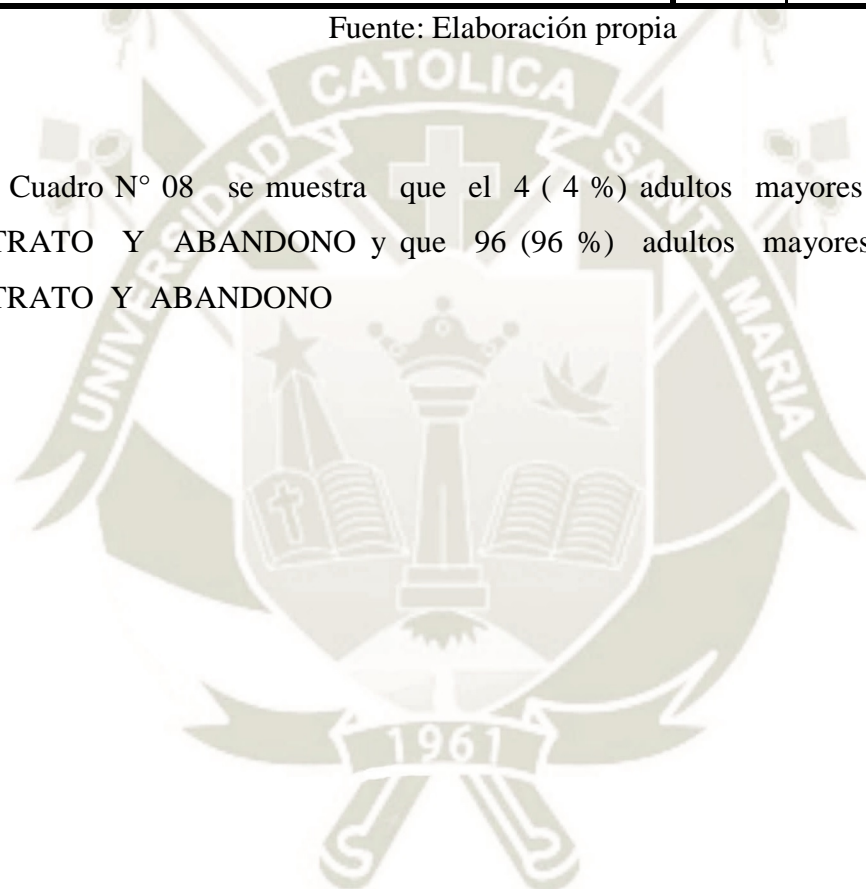
En el Grafico N° 10 se muestra que el 18 (18 %) adultos mayores tienen DIABETES MELLITUS TIPO II Y HIPERTENSION ARTERIAL , el 17 (17 %) adultos mayores tienen DIABETES MELLITUS TIPO II , el 18 (18 %) adultos mayores tienen HIPERTENSION ARTERIAL , el 13 (13 %) adultos mayores NO tienen COMORBILIDADES y el 34 (34 %) adultos mayores tienen OTRAS COMORBILIDADES.

**CUADRO N° 08 : SOSPECHA DE MALTRATO Y ABANDONO EN LOS
ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ ENERO 2019**

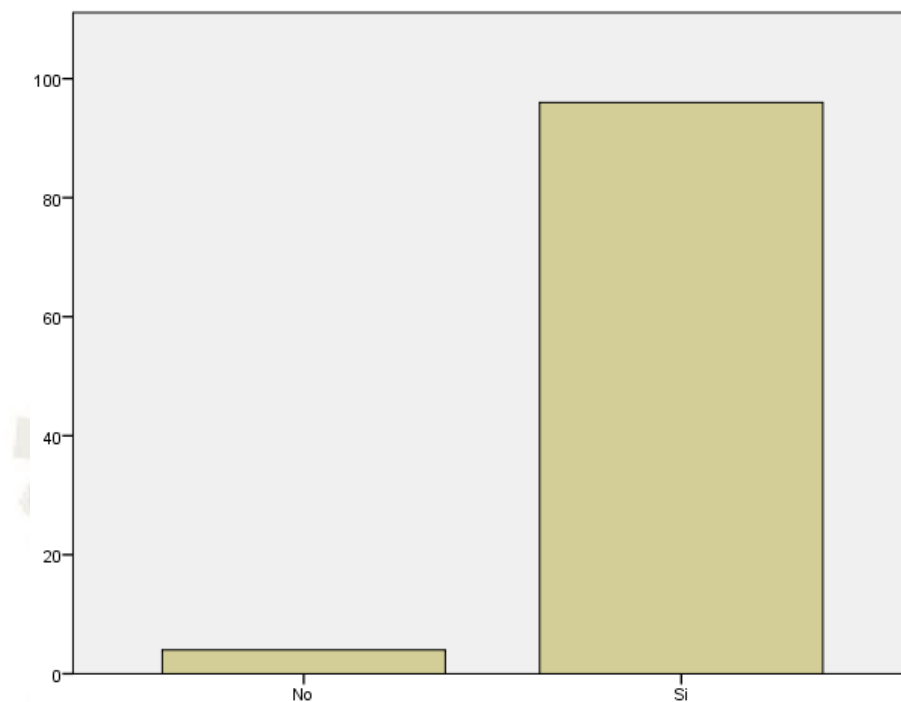
SOSPECHA DE MALTRATO Y ABANDONO EN LOS ADULTOS MAYORES	N°	%
NO	4	4 %
SI	96	96 %
TOTAL	100	100 %

Fuente: Elaboración propia

En el Cuadro N° 08 se muestra que el 4 (4 %) adultos mayores NO sospecha de MALTRATO Y ABANDONO y que 96 (96 %) adultos mayores SI sospecha de MALTRATO Y ABANDONO



**GRAFICO N° 11 : SOSPECHA DE MALTRATO Y ABANDONO EN LOS
ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ ENERO 2019**



En el Grafico N° 11 se muestra que el 4 (4 %) adultos mayores NO sospecha de MALTRATO Y ABANDONO y que 96 (96 %) adultos mayores SI sospecha de MALTRATO Y ABANDONO

CUADRO N° 09: ASOCIACION ENTRE ANEMIA - SOSPECHA DE MALTRATO Y ABANDONO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECH ENEERO 2019

ANEMIA	SOSPECHA DE MALTRATO Y ABANDONO		TOTAL
	NO	SI	
NO	0 0,0%	28 29,2%	28 28,0%
SI	4 100,0%	68 70,8%	72 72,0%
TOTAL	4 100,0%	96 100,0%	100 100,0%

$\text{Chi}^2 = 1,62$ $\text{gl} = 1$ $p = 0,002$
Fuente: Elaboración propia

En el Cuadro N° 09 se muestra que SI existe asociación entre la presentación de ANEMIA y SOSPECHA DE MALTRATO Y ABANDONO

CUADRO N° 10 : ASOCIACION ENTRE NIVEL DE ANEMIA - SOSPECHA DE MALTRATO Y ABANDONO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ ENERO 2019

NIVEL DE ANEMIA EN ADULTOS MAYORES	SOSPECHA MALTRATO		TOTAL
	NO	SI	
LEVE	3 75,0%	41 42,7%	44 44,0%
MODERADA	1 25,0%	18 18,8%	19 19,0%
NO ANEMIA	0 0,0%	28 29,2%	28 28,0%
SEVERA	0 0,0%	9 9,4%	9 9,0%
Total	4 100,0%	96 100,0%	100 100,0%

$\text{Chi}^2 = 2,53$ $\text{gl} = 3$ $p = 0,470$

Fuente: Elaboración propia

En el Cuadro N° 10 se muestra que NO existe asociación entre la presentación de NIVEL DE ANEMIA y SOSPECHA DE MALTRATO Y ABANDONO

CUADRO N° 11 : ASOCIACION ENTRE TIPO DE ANEMIA - SOSPECHA DE MALTRATO Y ABANDONO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ ENERO 2019

TIPO DE ANEMIA	SOSPECHA DE MALTRATO		TOTAL
	No	Si	
MACROCITICA	1 25,0%	8 8,3%	9 9,0%
MICROCITICA	2 50,0%	35 36,5%	37 37,0%
NO ANEMIA	0 0,0%	28 29,2%	28 28,0%
NORMOCITICA	1 25,0%	25 26,0%	26 26,0%
TOTAL	4 100,0%	96 100,0%	100 100,0%

$\text{Chi}^2 = 2,54 \quad \text{gl} = 3 \quad \text{p} = 0,06$

Fuente: Elaboración propia

En el Cuadro N° 11 se muestra que NO existe asociación entre la presentación de TIPO DE ANEMIA y SOSPECHA DE MALTRATO Y ABANDONO

**CUADRO N° 12 : RANGO DE HEMOGLOBINA SERICA EN EN LOS
ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ ENERO 2019**

RANGO DE HEMOGLOBINA	N°	%
6 -8,9 mg/ dl	10	10 %
9 – 11,9 mg/dl	20	20 %
12 -14,9 mg/dl	64	64 %
15 a mas mg/dl	6	6 %
Total	100	100 %

Prom = 12,60 ds= 10,45

En el cuadro 12 se muestra que 10 (10%) pacientes tenían un rango de **6 -8,9 mg/ dl** , 20 (20%) pacientes tenían un rango de **9 -11,9 mg/ dl** , 64 (64%) pacientes tenían un rango de **12 -14,9 mg/ dl** y 6 (06 %) pacientes tenían un rango de **mas de 15 mg/ dl**



DISCUSION

En el grafico n° 01 se muestra que los adultos mayores que formaron parte de la muestra para el presente estudio tuvieron un promedio de 73,80 años, una desviación estándar de 6,85 años. según su sexo estuvo compuesta por 51 mujeres ,con un promedio de edad de 73,76 años, desviación estándar de 5,69 años y por 49 hombres ,con un promedio de edad de 73,89 años, desviación estándar de 7,94 años . lo que coincide en el trabajo “ Factores sociales que se relacionan con el abandono del adulto mayor del Grupo Años Maravillosos del Centro de Salud Maritza Campos Díaz-Cerro Colorado Arequipa 2015-2016 ” realizado por Evelyn Tatiana Obando Estremadoiro encontró rangos de edad parecidos , de adultos mayores presentaron maltrato y abandono(31). en el entorno nacional coincide en el trabajo “Maltrato del adulto mayor en el entorno familiar urbanización Santa Eulalia ciudad de Chota - Cajamarca 2013” realizado en Acuña Tamayo, Lucelina, uso rangos parecidos . dando a entender que estas poblaciones son homogéneas y por ende comparables (32) .

En el grafico n° 02 se muestra que el 50 (50 %) adultos mayores tienen pareja y el 50 (50 %) adultos mayores no tienen pareja .

en el cuadro n° 02 y grafico n° 04 se muestra que el 31 (3 %) adultos mayores tienen como ocupación ama de casa, el 22 (22 %) adultos mayores tienen como ocupación campesino, el 14 (14 %) adultos mayores tienen como ocupación comerciante, el 18 (18 %) adultos mayores tienen como ocupación empleado, el 7 (7 %) adultos mayores tienen como ocupación jubilado , el 4 (4 %) adultos mayores no tienen ocupación y el 4 (4 %) adultos mayores tienen como ocupación obrero. lo que coincide en el trabajo “ Factores sociales que se relacionan con el abandono del adulto mayor del Grupo Años Maravillosos del Centro de Salud Maritza Campos Díaz-Cerro Colorado Arequipa 2015-2016 ” realizado por Evelyn Tatiana Obando Estremadoiro encontró que la principal ocupación fue amade casa 22% y desocupado 13 % (31). pudiendo intuir que la permanencia en casa es un factor importante en el maltrato y abandono al anciano teniendo que ser corroborado por más trabajos de investigación ; y como aporte vale decir que hay que educar a las nuevas generaciones en la valoración de la experiencia del anciano. en el cuadro n° 03 y grafico n° 05 se muestra que el 31 (3 %) adultos mayores son analfabetos, el 47 (47 %) adultos mayores tienen grado de instrucción primaria, el 34 (34 %) adultos mayores tienen grado de instrucción secundaria y el 09 (09 %) adultos mayores tienen grado de instrucion superior.

En el cuadro n° 03 y grafico n° 06 se muestra que el 4 (4 %) adultos mayores reciben apoyo económico de amigos, el 68 (47 %) adultos mayores reciben apoyo económico de hijos, el 19 (19 %) adultos mayores no reciben apoyo económico y 9 (9 %) adultos mayores reciben apoyo económico de pareja. lo que coincide parcialmente en el “ Factores sociales que se relacionan con el abandono del adulto mayor del Grupo Años Maravillosos del Centro de Salud Maritza Campos Díaz-Cerro Colorado Arequipa 2015-2016 ” realizado por Evelyn Tatiana Obando Estremadoiro encontró que el adulto mayor depende económicamente de esposo 35 %, hijos 30 %, otro familiar 20 % y otros 15 % (31). en la opinión del autor la dependencia económica parece ser también un factor de maltrato y abandono al adulto mayor por el poco aprecio y valoración al adulto mayor y su experiencia, olvidándonos del principio de agradecimiento a las generaciones anteriores por haber contribuido a nuestro desarrollo como sociedad.

En el cuadro n° 04 y grafico n° 07 se muestra que el 44 (44 %) adultos mayores tienen un nivel de anemia leve, el 19 (19 %) adultos mayores tienen un nivel de anemia moderada, el 28 (28 %) adultos mayores no tienen anemia y el 9 (9 %) adultos mayores tienen un nivel de anemia severa y en el cuadro n° 05 y grafico n° 08 se muestra que el 9 (9 %) adultos mayores tienen un tipo de anemia macrocítica, el 37 (37 %) adultos mayores tienen un tipo de anemia microcítica, el 28 (28 %) adultos mayores no tienen anemia y el 26 (26 %) adultos mayores tienen un tipo de anemia normocítica. en el estudio “anemia en adultos mayores que asistieron a consulta externa del hospital general san felipe” realizado por mónica marcela macías ortega, mónica marcela en el año 2015, encontró una prevalencia de anemia leve fue de 58%, anemia moderada fue de un 29% y anemia severa en un 12,5% (33). y coincide con el trabajo “situación social y de salud de los adultos mayores institucionalizados en un albergue, arequipa 2016” realizado por viamonte ccalla, José Esteban quien encontró en pacientes en un albergue que se encontraban en abandono social evidente una prevalencia de anemia en un 80% (34). dando a entender que por varias razones este es un problema de salud pública incubierto y poco estudiado, que debería ser tomada en cuenta por la sociedad y el Minsa.

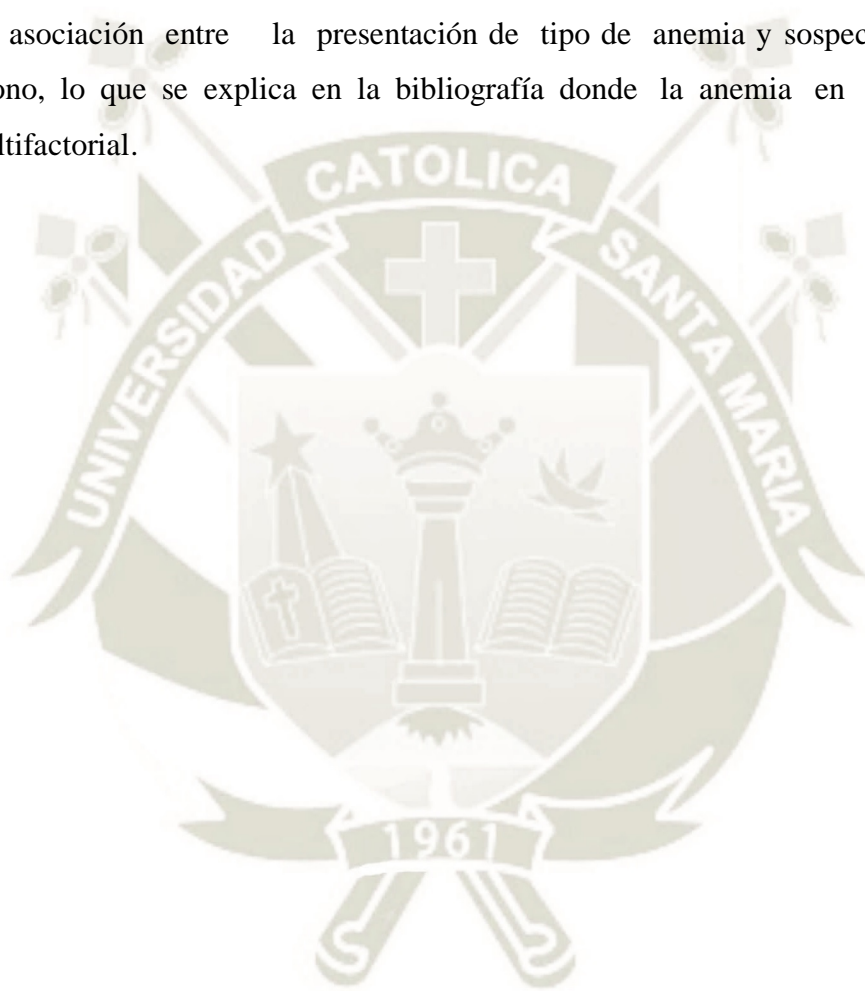
en el cuadro n° 06 y grafico n° 09 se muestra que el 42 (42 %) adultos mayores tienen como estado civil casado, el 9 (9 %) adultos mayores tienen como estado civil divorcado, el 28 (28 %) adultos mayores tienen como estado civil soltero y el 21 (21 %) adultos mayores tienen como estado civil viudo.

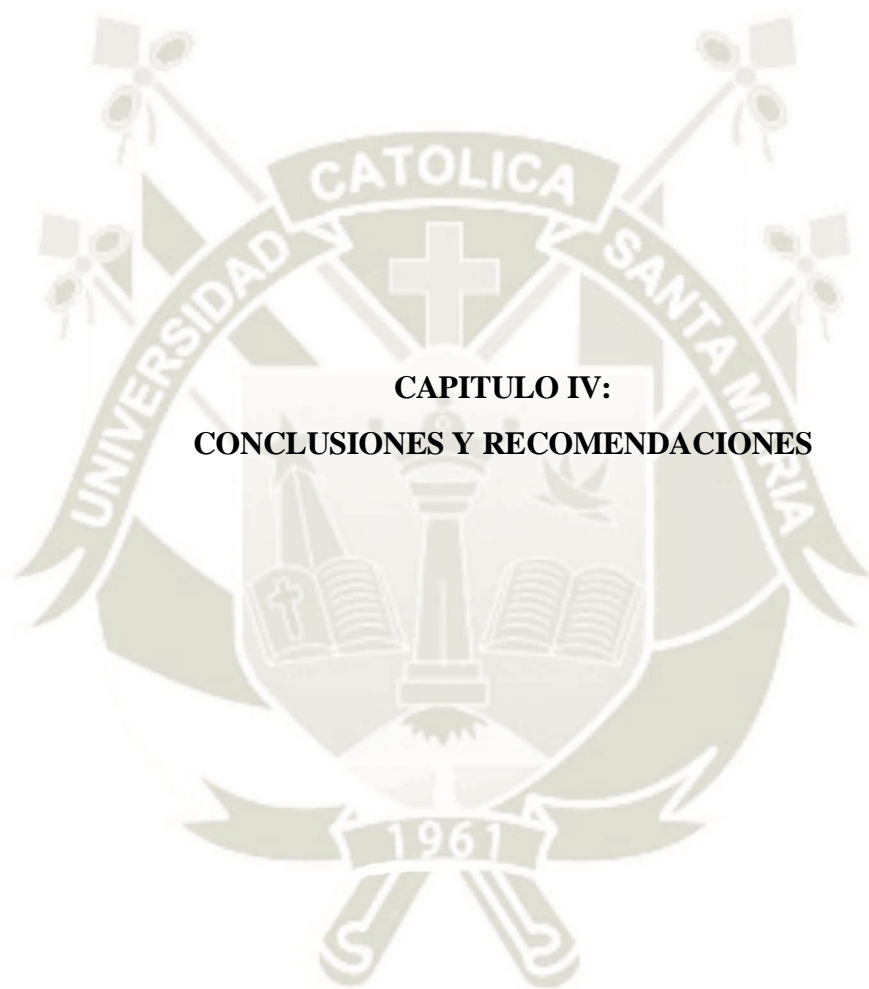
en el cuadro n° 07 y gráfico n° 10 se muestra que el 18 (18 %) adultos mayores tienen diabetes mellitus tipo ii y hipertensión arterial, el 17 (17 %) adultos mayores tienen diabetes mellitus tipo ii, el 18 (18 %) adultos mayores tienen hipertensión arterial, el 13 (13 %) adultos mayores no tienen comorbilidades y el 34 (34 %) adultos mayores tienen otras comorbilidades. lo que coincide en el trabajo “ factores sociales que se relacionan con el abandono del adulto mayor del grupo años maravillosos del centro de salud maritza campos díaz-cerro colorado arequipa 2015-2016 ” realizado por evelyn tatiana obando estremadoiro encontró que los adultos mayores padecían de diabetes mellitus tipo ii en un 22 %, hta (29 %), artritis 12 %, sin patología 5 % (32). asistían a sus controles médicos 88 %, y 80 % reciben apoyo cuando están enfermos (31). esto nos hace pensar que a pesar de que el adulto mayor va sus controles médicos y tienen apoyo cuando están enfermos, tienen una alta prevalencia de maltrato y abandono, entonces no es garantía de una vida feliz para el adulto mayor vivir y recibir apoyo dentro del núcleo familiar.

en el cuadro n° 08 y el gráfico n° 11 se muestra que el 4 (4 %) adultos mayores no sospecha de maltrato y abandono y que 96 (96 %) adultos mayores si sospecha de maltrato y abandono. lo que coincide en el trabajo “ Factores sociales que se relacionan con el abandono del adulto mayor del Grupo Años Maravillosos del Centro de Salud Maritza Campos Díaz-Cerro Colorado Arequipa 2015-2016 ” realizado por Evelyn Tatiana Obando Estremadoiro (31) realizado por Evelyn Tatiana Obando Estremadoiro encontró una prevalencia de un 85 %, de adultos mayores presentaron maltrato y abandono. en el entorno nacional coincide en el trabajo “maltrato del adulto mayor en el entorno familiar urbanización santa eulalia ciudad de Chota - Cajamarca 2013” realizado en Acuña Tamayo, Lucelina, en donde el 80 % de adultos mayores presentaron maltrato y abandono (32). al tener una alta prevalencia a nivel local y nacional y considerando que nuestros hospitales están llenos de adultos mayores con complicaciones agudas y crónicas, de patologías comunes es que entendemos que tiene que ser controlado por los servicios de medicina en la sospecha, trabajo social y psicología en su control, prevención y tratamiento, y así disminuir el excesivo costo de servicios de salud.

en el cuadro n° 09 se muestra que si existe asociación entre la presentación de anemia y sospecha de maltrato y abandono. si se toma en cuenta las dimensiones de este problema podemos tomar el trabajo “ Factores sociales que se relacionan con el abandono del adulto mayor del Grupo Años Maravillosos del Centro de Salud Maritza Campos Díaz-Cerro Colorado Arequipa 2015-2016 ” realizado por Evelyn Tatiana Obando Estremadoiro

encontró que el 78 % , de adultos mayores tenían una nutrición deficiente .estos factores nos llevan a pensar que si ya por el proceso de envejecimiento es deficiente la absorción de nutrientes ; empeora con el hecho de una nutrición deficiente ; siendo este un problema no explorado en el adulto mayor ni por los programas de salud gubernamentales y por los servicios de salud privados (31). esto en nuestro trabajo en el cuadro n° 10 se muestra que no existe asociación entre la presentación de nivel de anemia y sospecha de maltrato y abandono y el en el cuadro n° 11 se muestra que no existe asociación entre la presentación de tipo de anemia y sospecha de maltrato y abandono, lo que se explica en la bibliografía donde la anemia en el adulto mayor es multifactorial.





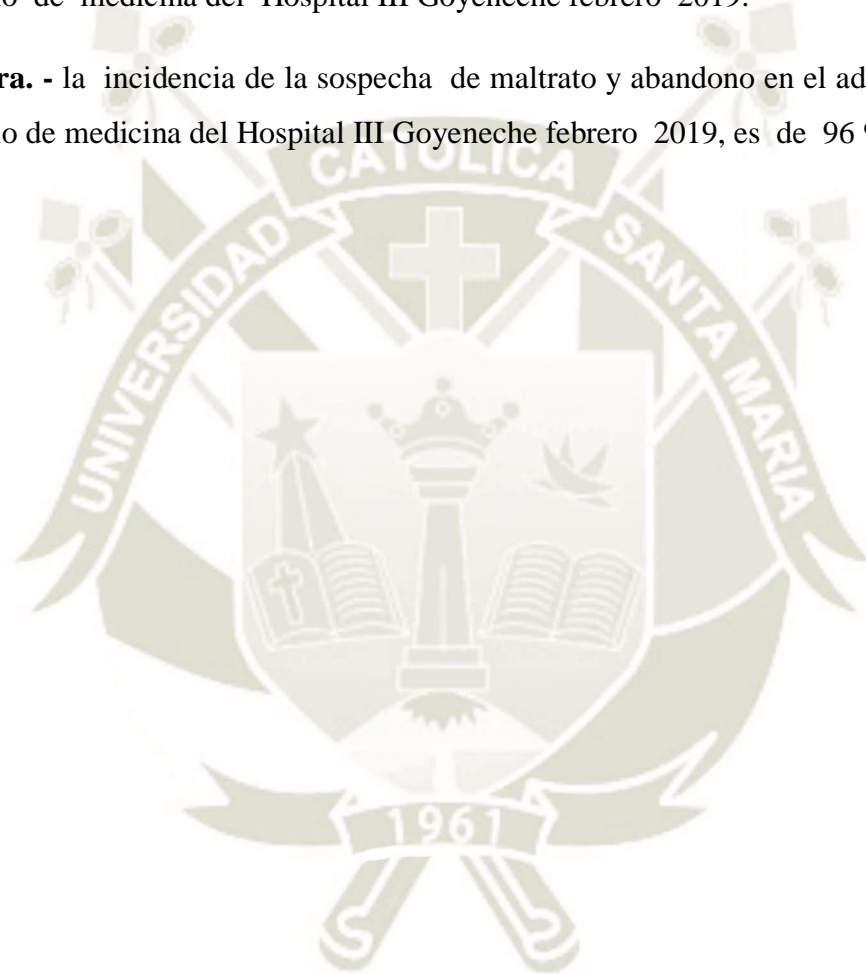
**CAPITULO IV:
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

CONCLUSIONES

Primera. - SI existe asociación entre la presentación de anemia y sospecha de maltrato y abandono en el adulto mayor del servicio de medicina del Hospital III Goyeneche enero 2019.

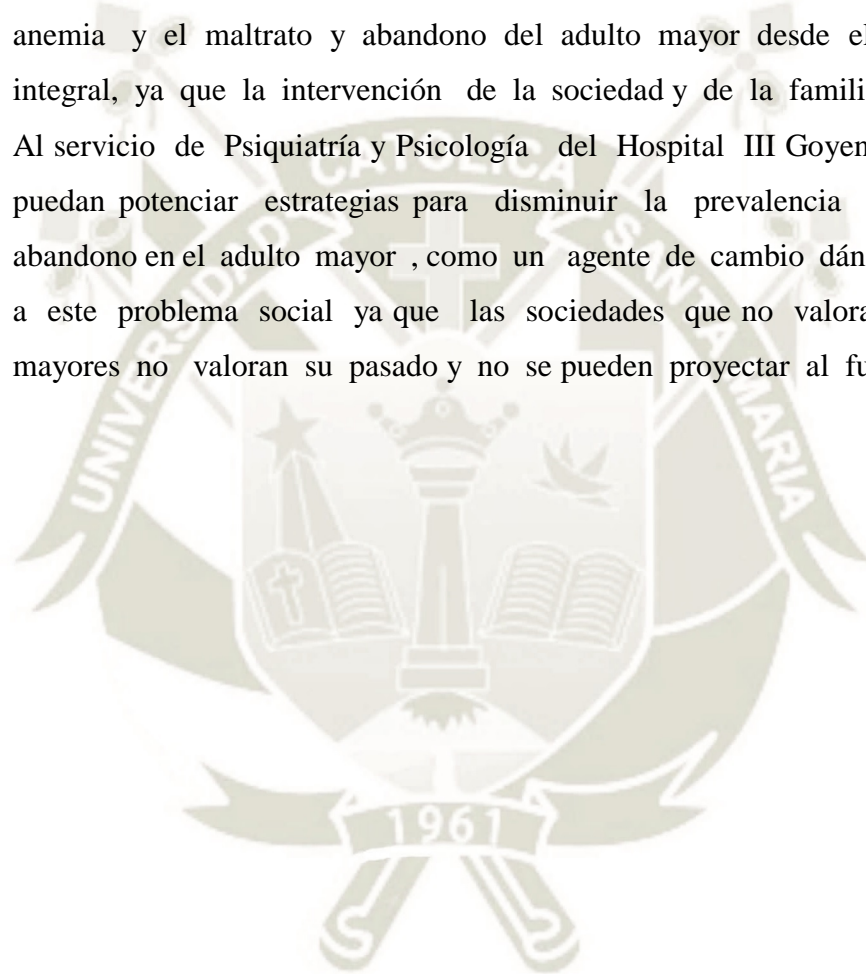
Segunda. - . la anemia tuvo una prevalencia de 72 % , tipo microcítica (37%) ,con un nivel leve (44 %) fueron más prevalentes en el adulto mayor mas prevalentes en el servicio de medicina del Hospital III Goyeneche febrero 2019.

Tercera. - la incidencia de la sospecha de maltrato y abandono en el adulto mayor en el servicio de medicina del Hospital III Goyeneche febrero 2019, es de 96 %.



RECOMENDACIONES

1. Al director del Hospital III Goyeneche al servicio de Medicina , formular estrategias para potenciar el seguimiento de Adultos mayores , haciendo una detección adecuada y tratamiento de ANEMIA del adulto mayor, ya que es una patología de prevalencia muy alta según el presente estudio.
2. A las Autoridades encargadas de las Facultades de Medicina , Enfermería y Psicología de la UCSM y UNSA ,deberían dar más realce a temas referentes a anemia y el maltrato y abandono del adulto mayor desde el punto de vista integral, ya que la intervención de la sociedad y de la familia
3. Al servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital III Goyeneche ; para que puedan potenciar estrategias para disminuir la prevalencia de maltrato y abandono en el adulto mayor , como un agente de cambio dándole importancia a este problema social ya que las sociedades que no valoran a sus adultos mayores no valoran su pasado y no se pueden proyectar al futuro .

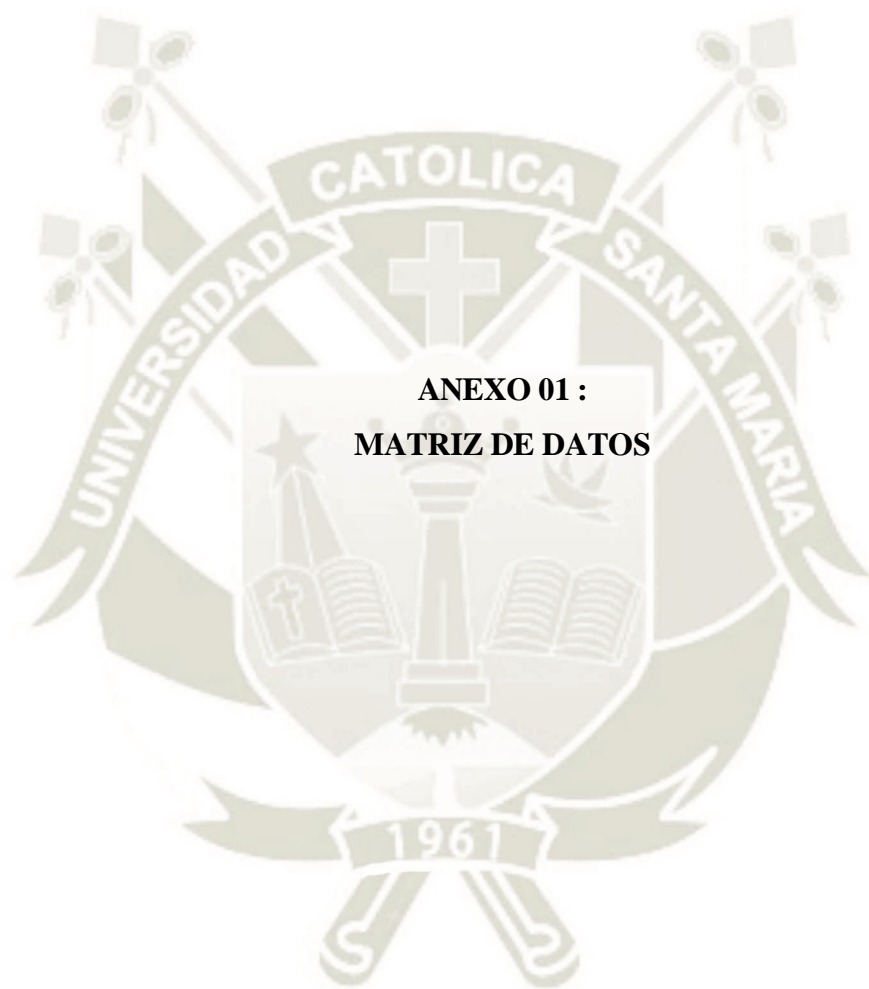


BIBLIOGRAFIA

1. L. Balducci, W.B. Ershler, S. Krantz. Anemia in the elderly: Clinical findings and impact on health. *Critical Rev Oncol Hematol*, 58 (2006), pp. 156-165.
2. S.D. Denny, M.N. Kuchibhatla, H.J. Cohen. Impact of anemia on mortality, cognition, and function in community-dwelling elderly. *Am J Med*, 119 (2006), pp. 327-334 <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.08.027>. Medline
3. R. Eisenstaedt, B. Penninx, R.C. Woodman. Anemia in the elderly: Current understanding and emerging concepts. *Blood Rev*, 20 (2006), pp. 213-216 <http://dx.doi.org/10.1016/j.blre.2005.12.002>. Medline.
4. A.S. Artz. Anemia and the frail elderly. *Semin Hematol*, 45 (2008), pp. 261-266 <http://dx.doi.org/10.1053/j.seminhematol.2008.06.002>. Medline.
5. N.A. Zakai, R. Katz, C. Hirsch, M.G. Shlipak, P.H. Chaves, A.B. Newman. A prospective study of anemia status, haemoglobin concentration, and mortality in an elderly cohort. *Arch Intern Med*, 165 (2005), pp. 2214-2220 <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.165.19.2214>. Medline.
6. P.H. Chaves. Functional outcomes of anemia in older adults. *Semin Hematol*, 45 (2008), pp. 255-260 <http://dx.doi.org/10.1053/j.seminhematol.2008.06.005>. Medline.
7. D. Lipschitz. Medical and functional consequences of anemia in the elderly. *J Am Geriatr Soc*, 51 (2003), pp. S10-S13. Medline.
8. P.H. Chaves, B. Ashar, J.M. Guralnik, L.P. Fried. Looking at the relationship between hemoglobin concentration and prevalent mobility difficulty in older women. Should the criteria currently used to define anemia in older people be reevaluated? *J Am Geriatr Soc*, 50 (2002), pp. 1257-1264. Medline.
9. P.H. Chaves, M.C. Carlson, L. Ferrucci, J.M. Guralnik, R. Semba, L.P. Fried. Association between mild anemia and executive function impairment in community-dwelling older women: The Women's Health and Aging Study
10. *J Am Geriatr Soc*, 54 (2006), pp. 1429-1435 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00863.x>. Medline.
11. M. Thein, W.B. Ershler, A.S. Artz, J. Tecson, B.E. Robinson, G. Rothstein. Diminished quality of life and physical function in community-dwelling elderly with anemia. *Medicine*, 88 (2009), pp. 107-114 <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0b013e31819d89d5>. Medline.

12. J.M. Guralnik, R.S. Eisenstaedt, L. Ferrucci, H.G. Klein, R.C. Woodman. Prevalence of anemia in persons 65 years and older in United States: evidence for a high rate of unexplained anemia. *Blood*, 104 (2004), pp. 2263-2268 <http://dx.doi.org/10.1182/blood-2004-05-1812>. Medline.
13. J. Joosten, B. Ghesquiere, H. Linthoudt, F. Krekelberghs, E. Dejaeger, S. Boonen. Upper and lower gastrointestinal evaluation of elderly inpatients who are iron deficient. *Am J Med*, 107 (1999), pp. 24-29. Medline .
14. D. Rockey, J. Cello. Evaluation of the gastrointestinal tract in patients with iron-deficiency anemia. *N Engl J Med*, 329 (1993), pp. 1691-1695 <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199312023292303>. Medline.
15. E. Andrès, L. Federici, K. Serraj, G. Kaltenbach. Update of nutrient-deficiency anemia in elderly patients. *Eur J Intern Med*, 19 (2008), pp. 488-493 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2008.01.016>. Medline.
16. D.J. McLernon, P.T. Donnan, A. Crozier, J. Dillon, C. Mowat. A study of the safety of current gastrointestinal endoscopy (EGD). *Endoscopy*, 39 (2007), pp. 692-700 <http://dx.doi.org/10.1055/s-2007-966578>. Medline.
17. A. Arora, P. Singh. Colonoscopy in patients 80 years of age and older is safe, with high success rate and diagnostic yield. *Gastrointest Endosc*, 60 (2004), pp. 408-413. Medline.
18. T.C. Sardinha. Colonoscopy in octogenarians: a review of 428 cases. *Int J Colorectal Dis*, 14 (1999), pp. 172-176. Medline.
19. S. Walleser, A. Griffiths, S.J. Lord, K. Howard, M.J. Solomon, V. Gebiski. What is the value of computered tomography colonography in patients screening positive for fecal occult blood? A systematic review and economic evaluation. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 5 (2007), pp. 1439-1446 <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2007.09.003>. Medline.
20. S. Purkayastha, T. Athanasiou, P.P. Tekkis, V. Constantinides, J. Teare, A.W. Darzi. Magnetic resonance colonography vs computed tomography colonography for the diagnosis of colorectal cancer: an indirect comparison. *Colorectal Dis*, 9 (2007), pp. 100-111 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1463-1318.2006.01126.x>. Medline.
21. M. Maffei, J.M. Dumonceau. Transnasal esogastroduodenoscopy (EGD): comparison with conventional EGD and new applications. *Swiss Med Wkly*, 138 (2008), pp. 658-664 <http://dx.doi.org/2008/45/smw-12220>. Medline.
22. R. Carmel. Nutritional anemias and the elderly. *Sem Hematol*, 45 (2008), pp. 225-234
23. G. Weiss, L. Goodnough. Anemia of Chronic Disease. *N Engl J Med*, 352 (2005), pp. 1011-1023 <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra041809>. Medline.

24. L. Ferrucci, J.M. Guralnik, S. Bandinelli, R.H.D. Semba, F. Laurent, A. Corsi. Unexplained anaemia in older is characterized by low erythropoietin and low levels of proinflammatory markers. *Br J Haematol*, 136 (2007), pp. 849-855 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2141.2007.06502.x>. Medline.
25. C.Y. Hsu, C.E. McCulloch, G.C. Curhan. Epidemiology of anemia associated with chronic renal insufficiency among adults in the United States: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Am Soc Nephrol*, 13 (2002), pp. 504-510
26. M. Alleyne, M.K Horne, J.L. Miller. Individualized treatment for iron deficiency anemia in adults. *Am J Med*, 121 (2008), pp. 943-948 <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2008.07.012>. Medline.
27. T.S. Dharmarajan, D. Widjaja. Erythropoiesis-Stimulating agents in anemia: Use and Misuse. *J Am Med Dir Assoc*, 10 (2009), pp. 607-616 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2009.05.003>. Medline.
28. A. Besarab. More than a decade of experience and still no consensus: Controversias in iron therapy. *Clin J Am Soc Nephrol*, (2006), pp. S1-S3.
29. A.L. Love, H.H. Billet. Obesity, bariatric surgery and iron deficiency: true, true, true and related, *Am J Hematol*, 83 (2008), pp. 403-409 <http://dx.doi.org/10.1002/ajh.21106>
30. M. Muñoz, S. Gómez-Ramirez, J.A. Garcia-Erce. Intravenous iron in inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*, 15 (2009), pp. 4666-4674. Medline.
31. Evelyn Tatiana Obando Estremadoiro. FACTORES SOCIALES QUE SE RELACIONAN CON EL ABANDONO DEL ADULTO MAYOR DEL GRUPO AÑOS MARAVILLOSOS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ-CERRO COLORADOAREQUIPA 2015-2016 .
32. Acuña Tamayo, Lucelina..MALTRATO DEL ADULTO MAYOR EN EL ENTORNO FAMILIAR URBANIZACIÓN SANTA EULALIA CIUDAD DE CHOTA - CAJAMARCA 2013” r
33. Mónica Marcela Macías Ortega.ANEMIA EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTIERON A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE”

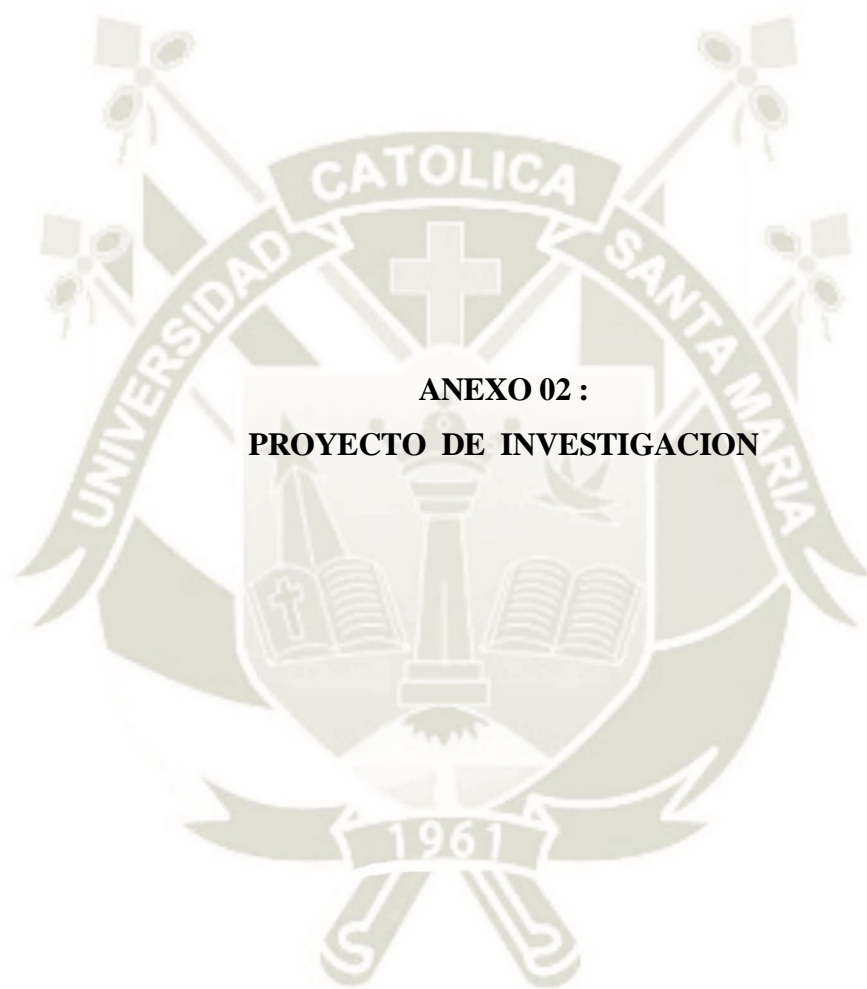


E.	S.	P.	V. C.	O.	G.I.	C.	Hb	N.	T.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	E.C.	M.	IMC
78	F	Si	Familia	Ama de c	Secundar	Hijos	11,3	Leve	Normocit	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	Si	Soltero	HTA	27,30
65	M	Si	Familia	Empleado	Primaria	Ninguno	16,60	NO ANEMI	NO ANEMI	No	No	No	No	Si	Si	No	No	No	Si	Soltero	Otros	41,80
78	F	Si	Familia	Campesin	Primaria	Hijos	9,60	Moderada	Microcit	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	Si	Casado	Ambas	28,30
75	F	No	Familia	Ama de c	Analfabe	Hijos	12,90	Leve	Normocit	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	Viudo	Ninguna	31,20
82	M	No	Familia	Empleado	Primaria	Amigos	13,50	Leve	Normocit	Si	No	No	Si	No	No	No	No	No	No	Soltero	HTA	22,30
71	M	Si	Familia	Comercia	Primaria	Hijos	15,40	NO ANEMI	NO ANEMI	No	No	No	No	Si	Si	No	No	Si	Si	Casado	Ninguna	23,30
70	M	Si	Familia	Campesin	Secundar	Pareja	12,90	Leve	Normocit	Si	No	Si	Si	No	No	No	No	No	No	Casado	DM II	27,60
68	M	No	Familia	Obrero	Primaria	Ninguno	14,20	NO ANEMI	NO ANEMI	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Soltero	HTA	23,90
69	F	No	Familia	Ninguno	Superior	Ninguno	11,90	Leve	Normocit	No	No	No	No	Si	No	No	No	No	No	Divorcio	Otros	31,90
74	F	No	Familia	Ama de c	Secundar	Hijos	14,90	NO ANEMI	NO ANEMI	Si	No	Si	Si	No	No	No	No	No	No	Viudo	Ninguna	24,10
70	F	Si	Familia	Campesin	Primaria	Pareja	14,10	NO ANEMI	NO ANEMI	No	No	Si	No	Si	Si	No	No	No	No	Casado	Otros	31,00
65	F	No	Familia	Comercia	Secundar	Ninguno	12,50	Leve	Normocit	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Soltero	DM II	35,70
80	F	No	Familia	Comercia	Primaria	Hijos	12,30	Leve	Normocit	No	Si	No	No	Si	No	No	No	No	No	Soltero	Ninguna	24,40
66	F	No	Familia	Comercia	Secundar	Hijos	10,30	Leve	Normocit	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Soltero	DM II	25,60
65	M	Si	Familia	Campesin	Primaria	Hijos	12,00	Leve	Microcit	No	Si	No	No	Si	Si	No	No	Si	No	Casado	Otros	25,30
75	M	Si	Familia	Campesin	Primaria	Hijos	13,30	NO ANEMI	NO ANEMI	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Casado	Otros	24,80
76	M	No	Amigos	Campesin	Analfabe	Amigos	15,60	NO ANEMI	NO ANEMI	Si	Si	No	Si	No	No	No	No	Si	Si	Viudo	HTA	28,80
84	M	No	Familia	Jubilado	Superior	Hijos	13,30	NO ANEMI	NO ANEMI	No	No	No	Si	No	No	No	No	No	No	Viudo	HTA	24,80
68	M	Si	Familia	Obrero	Primaria	Hijos	12,60	Leve	Microcit	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Casado	Otros	21,40
76	F	No	Familia	Comercia	Primaria	Hijos	14,10	NO ANEMI	NO ANEMI	Si	No	Si	No	No	No	No	No	No	No	Viudo	Otros	23,20
86	M	No	Familia	Campesin	Primaria	Hijos	14,90	NO ANEMI	NO ANEMI	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Viudo	DM II	26,60
66	M	No	Familia	Campesin	Primaria	Ninguno	7,80	Severa	Microcit	Si	No	No	No	Si	Si	No	No	Si	No	Soltero	Otros	16,00
80	F	No	Familia	Empleado	Primaria	Hijos	10,10	Leve	Microcit	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Casado	HTA	29,10
65	M	Si	Familia	Comercia	Primaria	Ninguno	12,50	Leve	Normocit	No	No	No	No	Si	No	No	No	No	Si	Casado	HTA	29,20
67	M	Si	Familia	Campesin	Primaria	Hijos	14,60	NO ANEMI	NO ANEMI	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Casado	Ambas	25,30
70	M	No	Familia	Comercia	Primaria	Hijos	14,90	NO ANEMI	NO ANEMI	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	No	Divorcio	DM II	26,10
66	M	Si	Familia	Campesin	Primaria	Hijos	10,40	Leve	Microcit	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Casado	Ninguna	22,30
87	M	Si	Familia	Jubilado	Superior	Hijos	12,40	Leve	Microcit	Si	Si	No	Si	No	Si	No	No	Si	No	Casado	Ambas	27,40
84	F	No	Familia	Ama de c	Primaria	Hijos	14,90	NO ANEMI	NO ANEMI	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	Viudo	Ambas	23,10
69	F	Si	Familia	Ama de c	Secundar	Hijos	12,20	Leve	Microcit	Si	Si	No	No	No	Si	No	No	Si	No	Casado	HTA	24,10
70	F	No	Familia	Ama de c	Primaria	Hijos	9,20	Moderada	Microcit	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	No	Viudo	Ambas	25,40
69	F	Si	Familia	Jubilado	Secundar	Hijos	14,20	NO ANEMI	NO ANEMI	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	No	Casado	DM II	26,40
68	F	Si	Familia	Ama de c	Secundar	Pareja	7,80	Severa	Normocit	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Casado	Otros	24,30
78	F	Si	Familia	Ama de c	Secundar	Hijos	10,40	Leve	Microcit	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Soltero	HTA	27,70
73	F	No	Familia	Ama de c	Analfabe	Hijos	11,40	Leve	Microcit	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Viudo	Otros	26,20
80	F	No	Familia	Empleado	Primaria	Hijos	8,90	Moderada	Microcit	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Soltero	Otros	20,50
66	F	Si	Familia	Ama de c	Secundar	Pareja	10,40	Leve	Microcit	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	Si	Casado	Ninguna	31,50
85	F	Si	Familia	Ama de c	Primaria	Hijos	9,20	Moderada	Microcit	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Casado	Ambas	25,50
78	F	No	Familia	Ama de c	Primaria	Hijos	4,70	Severa	Macrocit	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Viudo	Otros	23,00
67	F	Si	Familia	Ama de c	Primaria	Hijos	9,10	Moderada	Microcit	Si	Si	No	No	Si	Si	No	No	Si	Si	Soltero	Otros	25,30
72	F	Si	Familia	Ama de c	Secundar	Hijos	12,10	Leve	Macrocit	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Casado	Otros	35,30
76	F	No	Familia	Empleado	Secundar	Hijos	8,20	Moderada	Microcit	Si	No	Si	No	Si	Si	No	No	No	No	Viudo	Otros	19,20
78	F	No	Familia	Ama de c	Primaria	Hijos	10,10	Leve	Normocit	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Viudo	DM II	36,70
80	M	Si	Familia	Empleado	Secundar	Hijos	7,90	Severa	Normocit	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Casado	Ambas	22,20
68	M	Si	Familia	Empleado	Secundar	Hijos	14,30	NO ANEMI	NO ANEMI	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	Si	No	Casado	HTA	23,90
89	M	No	Familia	Jubilado	Superior	Hijos	9,70	Moderada	Macrocit	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Divorcio	DM II	23,20
86	M	Si	Familia	Empleado	Primaria	Hijos	5,10	Severa	Microcit	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	Si	No	Casado	Ambas	25,20
89	M	No	Familia	Campesin	Primaria	Hijos	8,70	Moderada	Macrocit	Si	Si	No	No	No	No	No	No	Si	No	Divorcio	Otros	27,20
85	M	No	Solo	Empleado	Primaria	Ninguno	11,40	Leve	Microcit	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Soltero	Otros	26,50
71	M	Si	Familia	Obrero	Primaria	Hijos	15,40	NO ANEMI	NO ANEMI	Si	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Casado	Otros	21,00
80	M	No	Solo	Ninguno	Analfabe	Ninguno	12,90	Leve	Microcit	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Soltero	Otros	16,10
65	M	Si	Familia	Empleado	Secundar	Ninguno	11,20	Leve	Microcit	Si	Si	No	Si	Si	No	No	Si	Si	Casado	Ambas	24,50	
81	M	No	Familia	Empleado	Superior	Hijos	10,40	Leve	Microcit	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Soltero	Otros	24,10
67	M	Si	Familia	Comercia	Secundar	Ninguno	10,80	Leve	Microcit	Si	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Casado	Ambas	36,70
81	M	Si	Familia	Campesin	Secundar	Hijos	9,70	Moderada	Microcit	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	Si	No	Soltero	Otros	27,50
68	M	No	Solo	Empleado	Superior	Ninguno	9,20	Moderada	Macrocit	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Divorcio	DM II	29,40
72	M	No	Familia	Ninguno	Analfabe	Ninguno	11,90	Leve	Macrocit	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	No	Soltero	Ninguna	28,36	
82	M	No	Familia	Campesin	Analfabe	Ninguno	9,70	Moderada	Normocit	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	No	Divorcio	HTA	28,10
71	M	Si	Familia	Comercia	Secundar	Hijos	15,80	NO ANEMI	NO ANEMI	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	No	Casado	Ambas	29,90
65	M	No	Familia	Campesin	Secundar	Ninguno	5,10	Severa	Normocit	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Soltero	Otros	25,90
75	M	No	Amigos	Campesin	Analfabe	Ninguno	11,20	Leve	Normocit	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Soltero	Ambas	23,70
70	F	Si	Familia	Ama de c	Secundar	Pareja	9,20	Moderada	Microcit	Si	No	No	No	No	No	No	No	Si	Si	Casado	DM II	31,20
70	M	No	Familia	Comercia	Primaria	Hijos	14,90	NO ANEMI	NO ANEMI	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	Si	No	Divorcio	DM II	26,10
66	M	Si	Familia	Campesin	Primaria	Hijos	10,40	Leve	Microcit	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Casado	Ninguna	22,30
87	M	Si	Familia	Jubilado	Superior	Hijos	12,40	Leve	Microcit	Si	Si	No	Si	No	Si	No	No	No	Si	Casado	Ambas	27,40
84	F	No	Familia	Ama de c	Primaria	Hijos	14,90	NO ANEMI	NO ANEMI	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	Viudo	Ambas	23,10
69	F	Si	Familia	Ama de c	Secundar	Hijos	12,20	Leve	Microcit	Si	Si	No	No	No	Si	No	No	Si	Si	Casado	HTA	24,10
70	F	No	Familia	Ama de c	Primaria	Hijos	9,20	Moderada	Microcit	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	No	Viudo	Ambas	25,40
69	F	Si	Familia	Jubilado	Secundar	Hijos	14,20	NO ANEMI	NO ANEMI	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	No	Casado	DM II	26,40
68	F	Si	Familia	Ama de c	Secundar	Pareja	7,80	Severa	Normocit	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Casado	Otros	24,30
78	F	Si	Familia	Ama de c	Secundar	Hijos	10,40	Leve	Microcit	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Soltero	HTA	27,70
73	F	No	Familia	Ama de c	Analfabe	Hijos	11,40	Leve	Microcit	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Viudo	Otros	26,20
80	F	No	Familia	Empleado	Primaria	Hijos	8,90	Moderada	Microcit	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Soltero	Otros	20,50
66	F	Si	Familia	Ama de c	Secundar	Pareja	10,40	Leve	Microcit	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	Si	Casado	Ninguna	31,50
85	F	Si	Familia	Ama de c	Primaria	Hijos	9,20	Moderada	Microcit	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Casado	Ambas	25,50
78	F	No	Familia	Ama de c	Primaria	Hijos	4,70	Severa	Macrocit	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Viudo	Otros	23,00
72	F	Si	Familia	Ama de c	Primaria	Hijos	9,10	Moderada	Microcit	Si	Si	No	No	Si	Si	No	No	Si	Si	Soltero	Otros	25,30
72	F	Si	Familia	Ama de c	Secundar	Hijos	12,10	Leve	Macrocit	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Casado	Otros	35,30
76																						



LEYENDA

ITEM	SIGNIFICADO
E.	EDAD
S.	SEXO
P.	PAREJA
V. C.	VIVE CON
O.	OCUPACION
G.I.	GRADO INST
C.	CUIDADOR
Hb	Hb
N.	NIVEL
T.	TIPO
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
E.C.	ESTADO CIV
M.	MORBILIDADES
IMC	IMC



**ANEXO 02 :
PROYECTO DE INVESTIGACION**

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**“ASOCIACIÓN ENTRE LA ANEMIA, EL MALTRATO Y
ABANDONO EN EL ADULTO MAYOR DEL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ ENERO 2019”**

Proyecto de Tesis presentado por la Bachiller:

Ardiles Quispe, Lisbet Tamara

para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujana

Asesor:

Dra. Valencia Paredes, Pamela Elizabeth

Arequipa – Perú

2019

Preámbulo:

La Anemia en el adulto mayor es un problema prevalente en el Perú reportado por

muchos autores, entre ellos Maqui en el 2015 hizo un estudio multicéntrico en el Perú en donde los departamentos con mayor prevalencia de anemia fueron Ayacucho (57,6%), Ancash (40,1%), Lambayeque (37,7%) y Apurímac (36,9%), en especial en la población rural; en Arequipa todavía no contamos con estadísticas claras acerca de esta situación; pero hay que recordar que el problema de Anemia en el Adulto Mayor es un problema multifactorial, en donde las enfermedades crónicas degenerativas como Diabetes y Hipertensión arterial tienen un rol importante y son de alta prevalencia en esta población, acompañada de la polifarmacia, los cambios normales de envejecimiento y el déficit vitamínico junto de la desnutrición, son factores también importantes.

Pero hay un factor que normalmente dejamos de percibir y es muy importante para mejorar la morbi-mortalidad de nuestros pacientes, y esa es la percepción y detección de EL MALTRATO Y ABANDONO EN EL ADULTO MAYOR, poco estudiado en nuestro medio, el presente estudio tratará de demostrar la asociación de la Anemia con el maltrato y abandono en el adulto mayor para mejorar las políticas de salud referentes a este tema y reforzar la atención en esta etapa de la vida y que todos tenemos derecho a un proceso de envejecimiento saludables.

PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema :

¿Existe asociación entre la anemia el maltrato y abandono en el adulto mayor del servicio de medicina del Hospital III Goyeneche enero 2019?

1.2. Descripción del Problema

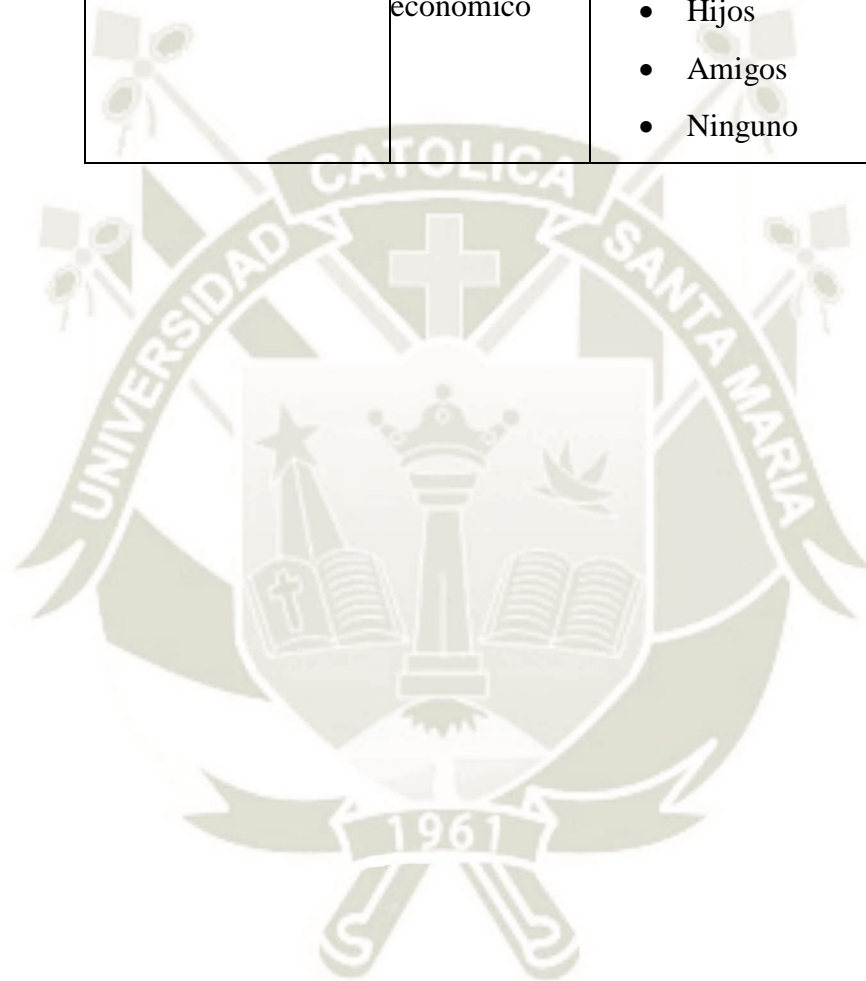
a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Geriátría y Hematología
- Línea: Maltrato y abandono del adulto mayor

b) Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
CARACTERISTICAS	Edad	Años	Cuantitativa
	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Nominal
	Tiene pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
	Convivencia	<ul style="list-style-type: none"> • Familia • Amigos • solo 	Nominal
	Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Empleado. • Jubilado, • Comerciante. • Obrero. • Profesional • Campesino 	Nominal

EPIDEMIOLOGICAS		<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	
	Escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeto • Primaria • Secundaria • Superior 	Nominal
	Apoyo económico	<ul style="list-style-type: none"> • Pareja • Hijos • Amigos • Ninguno 	Nominal



Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
ANEMIA EN EL ADULTO MAYOR	Valor de Hemoglobina Sérica	gr/dl	Nominal
	Clasificación Anemia	<ul style="list-style-type: none"> • Leve (10 – 13 mg/dl) • Moderada (9.9 – 8 mg/dl) • Severa (menos 7,9 mg/dl) 	Nominal
	Tipo de anemia	<ul style="list-style-type: none"> • Microcítica (- 80 fl) • Normocítica (80 – 100 fl) • Macroscítica (mas de 100 fl) 	Nominal

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
EL MALTRATO Y ABANDONO EN EL ADULTO MAYOR	Ayuda para actividades básicas	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No contesta 	Nominal
	Existencia de problemas con el cuidador	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No contesta 	Nominal
	Impedimiento de alimentación, ropa, medicamentos, audífonos y gafas	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No contesta 	Nominal
	Ocasiones repetitivas en las que se impidió de alimentación, ropa, medicamentos, audífonos y	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No contesta 	Nominal

	gafas		
	Se ha sentido fastidiado porque alguien lo ha hecho sentir avergonzado	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No contesta 	Nominal
	Ocasiones repetitivas en las q Se ha sentido fastidiado porque alguien lo ha hecho sentir avergonzado	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No contesta 	Nominal
	Intento de obligar al adulto mayor de firmar o entregar dinero sin su consentimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No contesta 	Nominal
	Ocasiones repetitivas en las que se ha Intentado de obligar al adulto mayor de firmar o entregar dinero sin su consentimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No contesta 	Nominal
	Amenazas y daño físico	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No contesta 	Nominal
	Ocasiones repetitivas de amenazas y daño físico	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No contesta 	Nominal
	Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Divorciado • Viudo. 	Nominal
	Enfermedades crónicas degenerativas	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus tipo 2. • Hipertensión arterial sistémica 	Nominal

		<ul style="list-style-type: none"> • Ambas • Ninguna • Otros 	
--	--	---	--

c) **INTERROGANTES BÁSICAS**

- ¿existen asociación entre la anemia, el maltrato y abandono en el adulto mayor del servicio de medicina del Hospital III Goyeneche febrero 2019?

d) **INTERROGANTES SECUNDARIAS**

- ¿Cuáles son los tipos de anemia en el adulto mayor mas prevalentes en el servicio de medicina del Hospital III Goyeneche febrero 2019?.
- ¿Cual es la incidencia el maltrato y abandono en el adulto mayor en el servicio de medicina del Hospital III Goyeneche febrero 2019?.

Tipo de investigación: De Campo

Diseño de investigación: Observacional, Prospectivo, transversal

Nivel de investigación: Nivel Asociativo.

1.3. **Justificación del problema:**

- ✓ **Justificación Científica:** El presente estudio posee relevancia científica y práctica ya que se obtendrán datos que nos permitirán estudiar dos problemas prevalentes en nuestros adultos mayores , tratando de asociarlos y asi demostrar que es necesario mejorar las políticas de salud mental en el Hospital III Goyeneche.
- ✓ **Justificación Humana:** La atención del adulto mayor es complicada y normalmente en nuestra sociedad a cargo de Un cuidador , que debe tener ciertas condiciones, para que este sea optimo , el presente trabajo tiene como propósito de mostrar que es necesario una capacitación permanente a estos para disminuir la prevalencia de estos problemas, dicho problema todavía no esta incorporado en el programa del Adulto Mayor .
- ✓ **Justificación Social:** La sociedad necesita entender que el cuidado de sus adultos mayores no es una carga sino es un acto de gratitud por lo que ellos entregaron de ellos al desarrollo de esta , este trabajo pretende

demostrar que el maltrato y el abandono al adulto mayor existe en el Hospital III Goyeneche, ya que no tenemos trabajos previos y al relacionarlo con la anemia demostraremos que es un problema multifactorial.

- ✓ Factibilidad: La factibilidad de la investigación está garantizada desde los aspectos de financiamiento económico, colaboración de la parte administrativa y asistencial del hospital III Goyeneche para otorgar los permisos correspondientes y la disposición e interés de los médicos asistentes y personal en general por la mejora en la calidad de atención del adulto mayor.
- ✓ Interés Personal: Es interés del investigador conocer como ha cambiado este fenómeno en el transcurso de los años. En especial en un hospital como el Hospital III Goyeneche donde se atienden gran número de pacientes adultos mayores en especial en el Servicio de Medicina

2. MARCO CONCEPTUAL :

2.1. ANEMIA EN EL ANCIANO:

a) DEFINICION:

Para la correcta definición de anemia debemos utilizar la concentración plasmática de hemoglobina (Hb), y rechazar otros parámetros como por ejemplo el hematocrito ya que este se halla sometido a variaciones en función de la volemia. Los puntos de corte empleados son específicos de género y se basan en la distribución estadística de las cifras de Hb de una población «aparentemente» sana (media de $Hb \pm 2$ DE).

En función de la muestra empleada para obtener dichos puntos de corte disponemos de diferentes criterios diagnósticos de los cuales, los más conocidos y utilizados son los de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que datan de 1958, aunque existen otros. En los criterios de anemia más recientes obtenidos de bases de datos americanas como NHANES III, Scripps-Kaiser y Mayo Clinic las cifras de Hb son discretamente más elevadas que en los de la OMS.

Sin embargo, en la mayoría de casos, la población anciana no está específicamente representada en esas bases de datos que dan origen a los criterios diagnósticos. Aunque todos los criterios se basan exclusivamente en

datos epidemiológicos y estadísticos existen algunas evidencias experimentales que aportan cierta relevancia clínica a dichas cifras. Así, cuando la Hb desciende por debajo de 12g/dl la producción de eritropoyetina se incrementa significativamente al igual que las complicaciones en pacientes posquirúrgicos mientras que la sensación de calidad de vida global evaluado con escala validadas (SF-36, EuroQol-5D, etc.) desciende de forma importante en esos pacientes(1,2).

En todo caso, es importante subrayar que los criterios de anemia que utilicemos deben ser los mismos tanto en la población anciana como en la población joven. Según el estudio NHANES III, la concentración de Hb es discretamente inferior en mujeres mayores de 65 años respecto a varones de su misma edad y por lo tanto los umbrales diagnósticos de anemia son diferentes en hombres y mujeres. Sin embargo, algunos autores plantean dudas sobre si desde el punto de vista clínico tiene sentido mantener criterios diagnósticos de anemia diferentes según el sexo en personas mayores de 65 años. Parece evidente que en mujeres premenopáusicas los criterios de anemia dependerán del género mientras que en las postmenopáusicas (como las ancianas) podría ser independiente del sexo. Sin embargo, esta última afirmación no tiene el consenso general de los expertos (1).

Los resultados de estudios observacionales publicados sugieren que los criterios de la OMS son excesivamente permisivos y que los mejores resultados en términos de morbilidad se alcanzan con cifras de Hb más elevada. De ahí que los criterios de NHANES III y Scripps-Kaiser hayan recogido un mayor consenso en los últimos años. Sin embargo, no disponemos de estudios de intervención y por lo tanto con la mayor evidencia científica que confirmen estos hallazgos.

b) PREVALENCIA:

La prevalencia de anemia se incrementa con la edad y según las características específicas de los ancianos analizados por lo que los datos que se disponen ofrecen enorme variabilidad (2,4). Así, si evaluamos ancianos de la comunidad la detectaremos entre el 5 y 10% en pacientes de 65 a 70 años mientras que esa cifra se incrementa hasta 15–25% en pacientes de más de 80 años (5). Por el contrario, si nos centramos en ancianos (≥ 65 años) que cumplen criterios de fragilidad la prevalencia es mucho mayor y puede oscilar entre el 48 y el 60% según datos del National Geriatrics Research Consortium y del Beverly Healthcare Data Warehouse. No obstante, debe subrayarse que la prevalencia de anemia grave ($Hb < 10g/dl$) es relativamente baja (11–13%) en esta población. Sin embargo, de estos datos no debemos cometer el error de pensar que la anemia es un hecho fisiológico del envejecimiento, sino que es indicativa de una o más enfermedades subyacentes y se asocia a mal pronóstico vital y funcional a medio-largo plazo (5).

c) Implicaciones pronosticas de la anemia:

Se han documentado que la existencia de anemia en el anciano, aunque no sea grave, es un factor predictivo de mal pronóstico funcional y vital a medio-largo plazo (2,8). Esta afirmación es válida tanto para ancianos aparentemente sanos, como para aquellos que cumplen criterios de fragilidad (2,5,7). De hecho se ha demostrado una fuerte asociación entre anemia y las características fenotípicas del síndrome de fragilidad como sarcopenia, reducción de la fuerza muscular y problemas de movilidad⁵. Asimismo estudios epidemiológicos han documentado que la anemia leve (criterios OMS) es factor predictivo de fragilidad (5).

- **Anemia, movilidad y caídas :**

La existencia de anemia se asocia a menor resistencia física y mayor riesgo de discapacidad, ambos, factores de riesgo independiente de caídas. En el estudio Women's Health and Aging Studies (WHAS) realizado en mujeres mayores de 70 años que vivían en la comunidad se observó que en la evaluación objetiva de la movilidad mediante la escala SPS (*Summary Performance Score*: deambulación a trayectos cortos, paso de sedestación

a bipedestación y equilibrio en bipedestación) se obtenían mejores puntuaciones en las pacientes con Hb alrededor de 14gr/dl que aquellas que estaban por encima o por debajo de esas cifras. Según este estudio, en el análisis multivariado, la anemia leve se asociaba con un incremento del riesgo de dificultad en la movilidad. Posteriormente, otro estudio prospectivo³ realizado en 1.744 ancianos (edad media 77±5 años) demostró que los ancianos anémicos al inicio del estudio presentan un mayor deterioro funcional en un seguimiento a 4 años que los no anémicos (4,5,7).

Asimismo, se ha demostrado que la anemia también es un factor de riesgo independiente de caídas, multiplica por 3 el riesgo de padecer una caída y esta suele ser más grave porque con mayor frecuencia se asocia a fractura. Se ha cuantificado que un incremento de 1g/dl en la concentración plasmática de Hb puede reducir hasta en un 45% el riesgo de fractura. Finalmente, la anemia al ingreso en el hospital en pacientes con fractura de fémur empeora el pronóstico a corto-medio plazo ya que aumenta la morbimortalidad y prolonga la estancia hospitalaria respecto a los sujetos no anémicos (4,5,7,8).

- **Anemia y alteraciones cognitivas**

Algunos estudios han analizado la relación entre anemia y alteraciones cognitivas subclínicas como la función ejecutiva (planificación, monitorización y resolución de problemas) que es un marcador precoz de discapacidad en actividades instrumentales (2,4). Un estudio transversal reciente evaluó la relación entre anemia leve (10–12g/dl) en una cohorte de 364 mujeres (70–80 años) con el Minimental Test de Folstein >24 y se observó que las pacientes anémicas tenían un riesgo 4 veces superior de obtener peores puntuaciones al realizar test cognitivos específicos. Mientras que otro estudio que incluyó 1.744 sujetos mayores de 71 años reveló que aquellos que estaban anémicos al inicio tenían un deterioro neurológico mayor a los 4 años de seguimiento evaluado por la escala de Pfeiffer. Sin embargo, los datos que se disponen respecto a la asociación entre anemia y demencia no son concluyentes ya que algunos estudios la confirman y otros la descartan (7).

Por otro lado, también se ha constatado que la anemia es un factor de riesgo predisponente para el desarrollo de delirium entre los pacientes ingresados y que su corrección contribuye a la normalización de las alteraciones cognitivas (4). Finalmente, en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en fase de hemodiálisis en los que la anemia es muy frecuente y puede afectar al 80% de casos se ha observado una mayor prevalencia de alteraciones cognitivas (confusión, pérdida de memoria, pérdida de atención) entre aquellos que no tienen corregida la anemia (2, 8).

- **Anemia y calidad de vida**

Parece lógico suponer que si la anemia se asocia a malos resultados funcionales en los ancianos también debería inducir una peor percepción de calidad de vida (2,4,8). Recientemente, se evaluaron 328 ancianos de la comunidad y se observó que los que tenían anemia (criterios OMS) tenían una peor percepción de calidad de vida medido mediante escalas validadas (SF-36 y FACIT-An). Además, existía un descenso progresivo en estas puntuaciones cuando la Hb caía por debajo de 15g/dl. Junto a peor calidad de vida percibida, los ancianos anémicos presentaban peor estado funcional y resistencia física (11).

- **Anemia y enfermedad cardiovascular**

La existencia de anemia se asocia a reducción del transporte de oxígeno a los tejidos periféricos, para corregir esta situación se activan mecanismos compensatorios no hemodinámicos (incremento en la producción de eritropoyetina y de la extracción de oxígeno en esos tejidos) y a medio plazo también mecanismos hemodinámicos (aumento de la precarga, reducción de la postcarga e incremento de la función del ventrículo izquierdo) con la finalidad de incrementar el gasto cardiaco. Los mecanismos no hemodinámicos tienen una capacidad compensatoria limitada por lo que de no corregirse la causa de la anemia y por lo tanto mantenerse activos los mecanismos hemodinámicos, puede desarrollarse hipertrofia del ventrículo izquierdo que favorecería la aparición de disfunción cardiaca y sería por ello un predictor de eventos vasculares futuros. De hecho, es conocido la asociación entre descenso del hematocrito y masa ventricular izquierda. Así, un descenso de 3 puntos del

hematocrito incrementa la masa de ventrículo izquierdo entre 1,8g/m² (mujeres) y 2,6g/m² (hombres). Por lo tanto tratar la anemia en pacientes con cardiopatía de base es una diana terapéutica importante para mantener estable el sistema cardiovascular. En efecto, se ha comprobado que la corrección de la anemia en estos pacientes reduce las necesidades de diuréticos y los ingresos hospitalarios, mejora la función cardíaca global y la capacidad de esfuerzo y reduce la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca estable o con infarto agudo de miocardio en fase aguda (2,4,8).

- **Anemia y mortalidad**

Diferentes estudios han constatado que la anemia es un factor predictivo de mortalidad a medio y largo plazo en pacientes ancianos. Un estudio realizado con 5.888 pacientes mayores de 65 años de la comunidad seguidos durante 11 años observó que la mortalidad total o de origen cardiovascular era significativamente más elevada entre aquellos en los que se había diagnosticado anemia (criterios OMS) al inicio del estudio, respecto a los no anémicos (57 frente a 39%; $p < 0,001$) (6). En este mismo trabajo, cuando se evaluó la relación entre mortalidad y los quintiles de Hb se observó una relación en J invertida. Así, la mortalidad fue más elevada en el primer (49%) y quinto (41%) quintil en comparación con segundo, tercer o cuarto quintil⁶. Por otro lado, en sujetos de edades más extremas (>85 años) se han observado resultados similares en los que la presencia de anemia en estos pacientes se asocia a un incremento significativo de la mortalidad (RR: 1,60 y 2,3 en mujeres y hombres respectivamente) respecto a sujetos no anémicos en un seguimiento a 5 años ($p < 0,001$) (7). Datos similares se han obtenido cuando se evalúan ancianos frágiles de la comunidad o residentes en centros de larga estancia (5,7).

d) Etiología de la anemia

El estudio de la anemia es algo diferente del de la población más joven por los distintos condicionamientos físicos, funcionales y de comorbilidad. No obstante, cuando nos enfrentamos a un anciano con anemia nuestro propósito debería ser el de poder llegar a conocer su etiología, teniendo siempre en cuenta que dicha anomalía no es explicable simplemente por el envejecimiento.

Las grandes revisiones reúnen las causas de la anemia en 3 grandes grupos: las deficitarias o carenciales, las asociadas a trastornos crónicos y las inexplicadas. Cada uno de estos grupos supone un tercio aproximadamente de los casos, por lo que resulta práctico recordar la regla de los tercios: aproximadamente un tercio para cada grupo de causas¹². Entre las anemias deficitarias se engloban las ferropénicas, que suponen casi el 18% de los casos, las debidas a deficiencia de cobalamina, ácido fólico o ambas vitaminas conjuntamente y la anemia por déficit del hierro y ambas vitaminas con un 6% aproximadamente para cada uno de estos subgrupos, con lo que podemos establecer otra regla de fácil recordatorio, la del 6%. Un 6% para los déficits vitamínicos y el triple de 6, siempre con las debidas reservas, es decir un 18% para las anemias ferropénicas (12). Aún cuando la causa más frecuente de la ferropenia es, con mucho, las pérdidas digestivas, potenciadas en muchos enfermos por el uso de anticoagulantes y/o antiagregantes, el estudio endoscópico completo —gastroscoopia y colonoscopia—, no siempre garantiza el diagnóstico. En diversas series entre un 20 y un 40% de los pacientes quedan sin llegar a diagnosticar el origen de las pérdidas (13, 15), a pesar de agotar todas las maniobras diagnósticas como arteriografía o cápsula endoscópica. Por otra parte entre un 15 y un 20% de ancianos con ferropenia tienen una lesión sangrante en tracto gastrointestinal alto y bajo simultáneamente. Ello no es óbice para que siempre que la situación funcional del anciano no sea realmente mala, intentemos llevar a cabo el estudio, ya que hay numerosos trabajos que han comprobado que la tolerancia y la eficiencia tanto de la gastroscoopia como de la colonoscopia en el anciano no difieren mucho de la de los pacientes adultos de edad media (16,18). Además, se están llevando a cabo estudios con otras formas de acceso al aparato digestivo, como la colonoscopia virtual o la colonografía mediante resonancia magnética que pueden ayudar a ampliar el número que pueden ser sometidos a exploraciones diagnósticas. Otra mejora en la exploración diagnóstica es la endoscopia transnasal con endoscopios de menor calibre, que permiten disminuir las complicaciones y ampliar el número de pacientes a los que se les puede estudiar con más tranquilidad (21).

No hemos de pasar por alto que en algunas ocasiones la pérdida oculta podría tener otras localizaciones, como la vía urinaria, no siendo frecuente, aunque

tampoco extraordinario, que bajo una anemia ferropénica se encuentre una neoplasia vesical. También hemos de considerar que la ferropenia puede tener su origen en una absorción deficitaria, ya sea por la existencia de una gastritis atrófica, una gastrectomía o celiaquía del adulto (22). En cuanto al déficit de cobalamina, la mitad de las causas son por malabsorción intestinal de la vitamina B₁₂, un tercio por anemia perniciosa y el resto por otras causas (déficit nutricional, malabsorción posquirúrgicas o indeterminadas), (15). La deficiencia de ácido fólico se desarrolla habitualmente como resultado de una ingesta inadecuada en legumbres y vegetales de hojas verdes como lechuga o espinacas, por dietas lácteas, el uso de algunos fármacos (metrotexato, cotrimoxazol o algunos anticomiciales), además del abuso de alcohol (22). Otro tercio de las anemias está causado o asociado a los procesos inflamatorios propios de diversas enfermedades crónicas, por lo que recibe el nombre de anemia por trastorno crónico o anemia de la inflamación, y corresponde por lo general, a una anemia normocítica y normocrómica (recordar que hasta un 30% de casos coexiste ferropenia y anemia de trastorno crónico).

Entre los trastornos crónicos asociados a la anemia inflamatoria destaca por su frecuencia la insuficiencia renal, que supone más de la mitad de los casos. El trastorno fisiopatológico de esta asociación descansa en el déficit de eritropoyetina. Menos de un tercio de los casos de la anemia por trastorno crónico son debidos a enfermedades como el hipotiroidismo, las neoplasias, en caso de pacientes geriátricos sobre todo las sólidas como colon, pulmón, mama, próstata o páncreas y la enfermedades inflamatorias como la arteritis de la temporal o la artritis reumatoide del anciano y el resto de los casos se deben a asociaciones de enfermedades crónicas e insuficiencia renal (23).

Desafortunadamente, entre los pacientes geriátricos no es infrecuente que la anemia quede sin explicación, hasta casi

grupo denominado precisamente por muchos autores como anemia inexplicada, y su fisiopatología se explica no por una respuesta inflamatoria, ya que en este grupo los marcadores inflamatorios no están elevados, sino por una respuesta renal disminuida al descenso de la Hb con una menor fabricación de eritropoyetina (24).

Evaluación diagnóstica de la anemia en el anciano :

Con una sola extracción se pueden obtener todos estos parámetros y será su interpretación, junto con otras pruebas complementarias, la que nos llevará al diagnóstico.. Una vez obtenidos los parámetros comentados, si el índice reticulocitario es alto (mayor del 2%) pensaremos que estamos ante una anemia hiperregenerativa, caso de las anemias hemolíticas o de la respuesta a una hemorragia. La clínica y las exploraciones nos ayudarán a descartar la presencia de una hemorragia y, si no es el caso, solicitaremos pruebas de hemólisis que nos confirmarán la presencia de una anemia hemolítica y nos orientarán sobre la existencia de su posible origen autoinmune o vascular.

Las anemias hemolíticas no suelen ser trastornos frecuentes en el anciano, pero siempre es importante tenerlas en mente. Si el índice reticulocitario es bajo, estamos ante una anemia hiporregenerativa, que es la situación más frecuente, con mucho, en el anciano. Analizaremos entonces los índices eritrocitarios (volumen corpuscular medio, concentración corpuscular media de Hb, amplitud de distribución de los hematíes) y podremos así clasificar la anemia como macrocítica e hipocroma, normocítica normocrómica o macrocítica. En este punto podremos ayudarnos de la ferrocínica

e) Algoritmo diagnóstico de la anemia del anciano.

Si hemos establecido que se trata de una ferropenia nos quedará indagar, si lo creemos oportuno, su etiología teniendo en cuenta que aunque las pérdidas digestivas son, con mucho, las causas más frecuentes de la ferropenia, no son las únicas. De todas formas el estudio endoscópico no garantiza la visualización de la lesión potencialmente anemizante, ya que alrededor de un tercio de los pacientes, según diversas series, quedan sin diagnóstico después de un estudio endoscópico alto y bajo (13,15). El déficit de vitamina B₁₂ y ácido fólico, cuya determinación puede ser algo errática, puede confirmarse mediante la determinación sérica del ácido metilmalónico y de la homocisteína.

Si estamos ante una anemia por trastorno crónico, podemos asegurar que la insuficiencia renal es responsable de la misma²⁵ cuando el filtrado glomerular se encuentra por debajo de 30/ml/min/, aunque algunos autores validan esta asociación con aclaramientos entre 30 y 60ml/min. Descartada la insuficiencia

renal como explicación de la anemia por trastorno crónico, una exploración física completa, con palpación de pulsos temporales y búsqueda de adenopatías, la determinación de reactantes de fase aguda (velocidad de sedimentación globular, proteína C reactiva y fibrinógeno), la determinación de algunos marcadores tumorales (CEA, PSA, CA-19.9), con la conocida limitación de que su utilidad fundamental no es diagnóstica y la realización de una tomografía computarizada toracoabdominal, nos puede ayudar a descartar las enfermedades crónicas más importantes de los ancianos. Finalmente si tenemos dudas de la existencia de un proceso hematológico, no hemos de dudar en realizar un aspirado de médula ósea para citología y citogénica, en las personas con una aceptable situación funcional.

Con todo ello podemos esperar, incluso empleando una sistemática sencilla y fácilmente interpretable, diagnosticar entre el 65 y el 80% de los ancianos con anemia, sabiendo que una parte importante nos quedará sin explicación y que en otros casos no podremos llegar al diagnóstico porque la situación del enfermo no hace aconsejable profundizar en estudios diagnósticos.

f) Tratamiento de la anemia

En el paciente anciano, como se ha comentado previamente, la anemia frecuentemente es multifactorial e infratratada.

- **Tratamiento de la anemia ferropénica**

Será oral en la inmensa mayoría de casos²⁶. Son preferibles las sales ferrosas a las férricas por su mejor absorción aunque son las peor toleradas. Lo ideal es administrarlo en ayunas, aunque en los ancianos con polifarmacia muchas veces será difícil que sigan de forma correcta el tratamiento. Además en los ancianos institucionalizados o ingresados en hospitales de agudos muchas veces las pastillas se reparten antes del desayuno, pero el paciente no las toma hasta que no llega este. Lo ideal sería poder darlos junto a un zumo de naranja, ya que la vitamina C puede aumentar un 30% su absorción; por otro lado los alimentos y muchos fármacos interfieren en su absorción. De entre los fármacos de uso común con interferencia en la absorción oral del hierro hay que considerar los inhibidores de la bomba de protones, los alcalinos o las quinolonas.

La dosis a prescribir es de 100 a 300mg al día de sal ferrosa durante un tiempo suficiente para llenar los depósitos (se estima de entre 4 y 6 meses). Los principales inconvenientes de la administración del hierro oral son: mala tolerancia digestiva, estreñimiento, la coloración negruzca de las heces, que además de asustar a muchos pacientes y cuidadores, a veces podrá interferir la valoración de unas posibles melenas. Finalmente hay un tema muy importante pero escasamente evaluado en la práctica clínica como es la nula o escasa utilización del hierro administrado por vía oral en los estados inflamatorios propios de la enfermedad aguda, proceso en que juega un importante papel la hepcidina (4).

Disponemos también, en caso de necesidad, de hierro parenteral para el tratamiento de la anemia ferropénica. Hasta hace poco solo se disponía de hierro dextrano que se administraba por vía endovenosa o intramuscular, presentaba importantes efectos secundarios, y ello limitaba su uso. La aparición de presentaciones como el hierro sacarosa o del hierro carboxymaltosa, mucho mejor toleradas y seguras, ha hecho que su uso se esté incrementando sobre todo en el medio hospitalario. A pesar de ser una alternativa teóricamente interesante en los pacientes ancianos, hay muchas incógnitas y falta de consenso sobre su uso. Sus indicaciones son la intolerancia al tratamiento oral, las pérdidas sanguíneas abundantes que superen la capacidad de reposición oral, en los casos demostrados de malabsorción de hierro (celíaquía, resección gástrica o intestinal, by pass intestinal poscirugía de la obesidad, en enfermedad inflamatoria intestinal), en casos de incumplimiento del tratamiento oral y administrada junto a la eritropoyetina (EPO) en los pacientes afectos de anemia e insuficiencia renal crónica (27,30). Hay indicaciones emergentes; así como parte de los programas de ahorro de sangre para evitar transfusiones en cirugía ortopédica, como complemento en el tratamiento de la anemia de la insuficiencia cardíaca, y en estados inflamatorios con ferropenia de base y en los que asumamos que no se absorberá el hierro oral.

La ventaja fundamental del hierro parenteral es su rápida biodisponibilidad, ya que evita la acción de la hepcidina a nivel de los enterocitos. A los 5 minutos de su infusión endovenosa se detecta en las células del sistema mononuclear fagocítico hepático y de la médula ósea.

Hay que desarrollar guías clínicas y protocolos para el uso del hierro parenteral ya que es posible que su empleo en ancianos frágiles con anemia que residan en la comunidad o que estén institucionalizados mejore la calidad de vida y evite transfusiones urgentes, descompensaciones de enfermedades crónicas, síndromes geriátricos y por último ingresos.

- **Tratamiento de la anemia megaloblástica**

Cuando el déficit sea de ácido fólico, el tratamiento será la reposición oral con 5 o 10mg al día durante 4 meses. Es un tratamiento seguro, cuya única precaución es no administrarlo de forma aislada si no tenemos asegurados los niveles de cobalamina, ya que podemos precipitar un déficit de esta. En los casos en los que el déficit sea atribuible a fármacos antifólicos (metotrexate, cotrimoxazol, etc.) el tratamiento será con ácido folínico por vía oral.

Cuando la causa sea el déficit de cobalamina, el tratamiento será por vía parenteral, siempre que se trate de anemia perniciosa. En los casos en los que sea otra la causa del déficit de B₁₂, teóricamente se puede dar por vía oral³¹ o incluso por vía nasal, con un 90% de respuestas. El problema es que en las series donde se ha ensayado la vía oral, además de excluir la anemia perniciosa, los estudios están hechos con escaso número de pacientes y poco tiempo de seguimiento para saber qué pasa a largo plazo. No hay que olvidar que en los pacientes gastrectomizados o con resección ileal hay que administrar profilaxis con cobalamina por vía parenteral.

La reposición de cobalamina se puede hacer de varias formas. Cuando haya síntomas neurológicos se administrarán 1.000µgr por vía intramuscular hasta la mejoría de los síntomas.

En ausencia de síntomas la pauta más utilizada consiste en la administración de 1 vial cada día durante 7 días por vía i.m, seguido de 1 vial cada 7 días durante 1 mes, y después 1 vial i.m. cada mes¹⁵. Recordar que aunque la vía de administración de la cobalamina es la i.m. se puede administrar por vía subcutánea en pacientes sometidos a tratamiento anticoagulante. No es aconsejable la vía i.v. por el riesgo de reacciones de hipersensibilidad.

- **Tratamiento de la anemia de proceso crónico**

Desde la introducción del primer agente estimulante de la eritropoyesis como era la epoetina α para el tratamiento de la anemia asociada a la enfermedad renal crónica terminal, se han ido ampliando sus indicaciones. Un interesante metaanálisis demostró que el uso de EPO en pacientes con insuficiencia renal crónica mejoraba las cifras de Hb y de hematocrito, disminuía el número de transfusiones, mejoraba la calidad de vida y la tolerancia al ejercicio, aunque no modificaba la progresión de la enfermedad renal. Hasta la fecha la prescripción de EPO, ha sido casi patrimonio exclusivo de los nefrólogos, pero con el envejecimiento de la población y la elevada prevalencia de anemia e insuficiencia renal crónica en los pacientes ancianos, los geriatras debemos aprender su uso, conocer sus ventajas y también sus efectos secundarios (32).

La EPO es una glucoproteína de 34KD cuya función es el control de la producción de los hematíes, mediante la promoción de la supervivencia, proliferación y diferenciación de los progenitores eritroides en la médula ósea. La EPO se sintetiza predominantemente en las células intersticiales del córtex renal, aunque un 20% se produce en el hígado. Favorecen la secreción de EPO, la hipoxia de los tejidos, la anemia y el hipertiroidismo. La EPO tiene otras propiedades como efecto antiapoptosis y función citoprotectora mediante la promoción de la angiogénesis (33).

En los últimos años se han producido algunas advertencias sobre los peligros de incrementar en exceso de forma rápida las cifras de Hb. El estudio CREATE (34) «Cardiovascular Risk Reduction by Early Anemia Treatment» comparó un grupo de pacientes en los que se corrigió la anemia con Epo β , alcanzando cifras de Hb de 13 a 15g/dl. Frente al grupo de pacientes con corrección incompleta (hemoglobinas de 10,5 a 11,5g/dl). En el grupo con corrección completa no se disminuyó el riesgo de eventos cardiovasculares, regresión de la hipertrofia ventricular izquierda, mejoría de la calidad de vida ni se frenó la progresión de la enfermedad renal. El estudio CHOIR (35). «Correction of Hemoglobin and Outcomes in Renal Insufficiency» mostró en un grupo aleatorizado de pacientes con insuficiencia renal, que el grupo en el que el objetivo de Hb era de 13,5g/dl

comparado con el grupo que alcanzó 11,3g/dl había un mayor riesgo de muerte, infarto de miocardio, hospitalización por insuficiencia cardiaca e ictus sin mejorar la calidad de vida.

Por lo tanto los peligros de la EPO de mayor morbimortalidad de causa cardiovascular van ligados claramente a cifras de Hb por encima de 12,5g/dl. Recientemente se ha publicado el estudio TREAT (36). «Trial to Reduce Cardiovascular Events with Aranesp –darbepoteina alfa-Therapy» que incluía 4.038 pacientes diabéticos con insuficiencia renal que no estaban en diálisis, aleatorizados a tratamiento con darbepoteina alfa o placebo, con el objetivo de demostrar una menor morbimortalidad cardiovascular alcanzando cifras de Hb de 13g/dl. Los resultados mostraron una mayor mortalidad en los pacientes con cáncer que recibieron darbepoetina, así como una incidencia significativamente mayor de ictus en dicho grupo. Hay un aviso reciente de la FDA (37), en el que advierte del riesgo de menor supervivencia de los pacientes con cáncer y tratamiento con EPO, así como del riesgo de progresión o recidivas de algunos tumores.

La recomendación actual para administrar EPO en pacientes con insuficiencia renal crónica y anemia, incluye la Hb menor de 10g/dl. El objetivo del tratamiento es aumentar o mantener los niveles de Hb para evitar transfusiones. Las cifras de Hb aconsejables para la FDA en el 2008 para el manejo de los agentes estimulantes de la eritropoyesis son entre 10 y 12g/dl. Si se siguen las recomendaciones de las guías y no se sobrepasa la cifra de Hb de 12g/dl, la EPO puede ser una buena arma terapéutica para nuestros pacientes con insuficiencia renal crónica a partir de estadio 3 (filtrado glomerular menor de 60).

Así, las recomendaciones prácticas para uso de EPO incluirían, en primer lugar, obtener un diagnóstico correcto, corregir el déficit de hierro y el de otros cofactores, además de garantizar un correcto y estrecho seguimiento de los pacientes. Cuando los pacientes están en predialisis la indicación es la presencia de una anemia sintomática con hemoglobinas inferiores a 10g/dl. En los pacientes diabéticos las cifras de Hb pueden ser más bajas que en los no diabéticos con filtrados glomerulares similares. Los efectos secundarios más frecuentes de todas las EPO son el empeoramiento o la

aparición de novo de una hipertensión arterial, la aparición de trombosis tanto arterial como venosa, mialgias, cefalea, náuseas y fiebre. Un efecto secundario poco frecuente, pero que hay que conocer es la aplasia pura de células rojas, provocada por el desarrollo de autoanticuerpos frente a la fracción proteica de la EPO.

2.2. . MALTRATO EN EL ANCIANO. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA :

Si el maltrato a la mujer ha sido hasta hace poco un problema oculto, el maltrato al anciano lo es aún más, y aunque se dispone de pocos estudios respecto a su magnitud, hay razones que hacen pensar que va en aumento. Algunas encuestas disponibles con base poblacional encuentran que el 4-6% de los ancianos sufre algún tipo de maltrato (24). En la práctica, sin embargo, el grado de identificación es mucho menor. A menudo los ancianos no quieren reconocerse víctimas de maltrato por temor a represalias, al confinamiento en instituciones o simplemente porque prefieren negar una realidad que les resulta difícil de aceptar; por otra parte, los familiares o los cuidadores, con frecuencia responsables de la situación, no revelan los hechos por razones obvias.

El maltrato al anciano se definió en la Primera Conferencia de Consenso sobre el anciano maltratado, celebrada en España en 1995, como "Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente", (24).

- **FORMAS DE MALTRATO :**

Las más frecuentes son:

MALTRATO FÍSICO. Cualquier forma de agresión física: golpes, quemaduras, fracturas, administración abusiva de fármacos o tóxicos.

MALTRATO PSICOLÓGICO. Conductas que producen daño psicológico, como manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantaje afectivo, desprecio o privación del poder de decisión.

NEGLIGENCIA FÍSICA. No satisfacer las necesidades básicas: negación de alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos.

MALTRATO EMOCIONAL O ABANDONO. Negación de afecto, aislamiento e incomunicación.

ABUSO ECONÓMICO. Impedir el uso y control de su dinero, explotación financiera y chantaje económico.

ABUSO SEXUAL. Cualquier tipo de actividad sexual no consentida, o cuando la persona no es capaz de dar su consentimiento.

La OMSy la Red Internacional para la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores (INPEA: International Network for the Prevention of Elder Abuse) recogen otras formas de maltrato al anciano:

MALTRATO ESTRUCTURAL Y SOCIAL. Es el maltrato ejercido desde los gobiernos e instituciones, entendido como la discriminación en las políticas hacia los ancianos, la falta de recursos para cubrir las necesidades asistenciales, así como la seguridad de ingresos y de alojamiento. Se considera que da origen a otros tipos de maltrato.

FALTA DE RESPETO Y PREJUICIOS CONTRA EL MAYOR. Los prejuicios y los estereotipos sobre las personas mayores se traducen en actitudes irrespetuosas y maltrato verbal y emocional, es decir, una actitud social negativa hacia el anciano (24).

- **CAUSAS DE MALTRATO**

El maltrato en el anciano es un fenómeno más reciente que otros tipos de maltrato, como el dirigido hacia la mujer o a la infancia, ambos documentados desde antiguo, aunque no se hayan reconocido como problema social o sanitario hasta hace sólo algunas décadas.

Ello tiene que ver, sin duda, con los cambios sociales y particularmente con el cambio de estatus de la persona mayor. El anciano gozaba de reconocimiento social, respeto y poder, y era la garantía de transmisión de conocimientos y tradiciones en una sociedad donde la experiencia ligada a la edad era considerada un valor. Los cambios en la estructura social, en el contexto familiar, en las actitudes y en los valores en nuestra sociedad actual, están

probablemente en el trasfondo del problema. La juventud, la productividad, la salud, el logro individual y el poder son valores en alza; el anciano, improductivo y con frecuencia dependiente, es infravalorado y a veces resulta una carga, una molestia para familias nucleares con dificultades para cuidar al anciano.

Los cambios demográficos y sociales no se han visto acompañados de la adaptación en recursos necesaria para dar respuesta a las nuevas necesidades que se han creado, sin añorar el pasado, sino mirando al futuro. En el origen del maltrato podemos encontrar multicausalidad, ya que no sólo los factores sociales están implicados, sino también los culturales, familiares e individuales.

Los malos tratos se ejercen generalmente sobre las personas más vulnerables del ámbito doméstico, en el caso de la mujer con el propósito de dominio y sometimiento por parte del agresor; en el caso del anciano, aunque también se pueden dar estas mismas razones (violencia en la pareja en los ancianos), se cree que con mayor frecuencia son la respuesta a una situación de rechazo hacia el anciano, considerado como carga para la familia. Se han identificado factores asociados al maltrato, como el estrés por sobrecarga del cuidador, problemas socioeconómicos, antecedentes de violencia familiar en la propia familia, etc. Estos factores se consideran más de riesgo que causales, ya que no siempre su existencia condiciona la aparición del problema, sino que sólo aumenta la probabilidad de que éste aparezca (24).

- **CONSECUENCIAS :**

Los malos tratos tienen consecuencias físicas, psicológicas o sociales sobre el anciano.

FÍSICAS. Lesiones por traumatismos, desnutrición, deshidratación, fracturas por caídas, úlceras de decúbito por negligencia, abandono o falta de cuidados, heridas por ataduras, abrasiones, quemaduras, intoxicaciones, etc.

PSICOLÓGICAS. Tristeza, sufrimiento, trastornos emocionales, ansiedad, depresión, ideación suicida, inhibición, somatizaciones y seudodemencias.

SOCIALES. Aislamiento físico, psicológico o social.

Se estima que los malos tratos tienen una importante repercusión en la utilización de servicios sanitarios, ya que generan un aumento de la frecuentación y de las hospitalizaciones.

- **EPIDEMIOLOGÍA**

No hay estudios con base poblacional que permitan estimar la magnitud de este problema en España, aunque hay algunos trabajos que han intentado investigarlo, tanto desde el punto de vista epidemiológico como mediante la búsqueda de herramientas diagnósticas y factores de riesgo. Sus resultados no se pueden extrapolar a la población general y tampoco están validadas las escalas que se utilizan.

Las cifras oscilan, según el ámbito de estudio, desde el 35% en ancianos atendidos por los servicios sociales al 8,5% en los hospitalizados⁸. En un estudio de prevalencia de sospecha de maltrato en ancianos (sin confirmación diagnóstica) se obtuvieron cifras del 11,9%.

En estudios realizados en otros países, como Estados Unidos¹, Canadá² y Reino Unido, se encontraron cifras de prevalencia de maltrato del 3-6% en mayores de 65 años. Un informe¹³ sobre las enfermeras de asistencia a domicilio mostró que más del 36% de ellas había sido testigo de abusos físicos y el 81%, de maltrato psicológico.

Los agresores eran, en el 66% de los casos, los propios cónyuges, mientras que en el resto lo fueron los hijos mayores. En otro estudio¹⁴, el 45 % de los cuidadores domésticos admitía haber tenido conductas consideradas como maltratantes. Sin embargo, muchas de las víctimas no las consideraban como abuso o maltrato.

El grado de denuncia es muy bajo, ya que se estima que se denuncia uno de cada 5 casos. Se desconoce la incidencia de los malos tratos de los ancianos en las instituciones (24).

- **PREVENCIÓN PRIMARIA**

Las intervenciones de los profesionales sanitarios en prevención primaria serían las siguientes:

Detectar los factores de riesgo del anciano y del cuidador y las situaciones de mayor vulnerabilidad para que el maltrato se produzca.

Canalizar las intervenciones para modificar los factores de riesgo.

Apoyar a los cuidadores. Identificar y actuar preventivamente ante situaciones de estrés y sobrecarga física y emocional que pueden influir en la aparición de conductas violentas, mediante el desarrollo de programas de atención al cuidador.

Otras acciones preventivas que deberían poner en marcha la administración y los gobiernos serían:

El desarrollo de programas educativos para niños y jóvenes orientados al respeto y al reconocimiento a las personas mayores y discapacitadas, en la familia, en la escuela, en los medios de comunicación y en la comunidad.

El desarrollo de programas de ayuda social a los ancianos y a las familias por parte de las instituciones públicas y una mayor dedicación de recursos para los cuidados psicosociales de la familia.

Cambios en la normativa laboral que faciliten la limitación de jornada en condiciones económicas dignas cuando se tienen a cargo ancianos dependientes.

- **PREVENCIÓN SECUNDARIA. DETECCIÓN TEMPRANA DEL MALTRATO**

Tras la revisión y el análisis en diferentes estudios de distintos instrumentos de cribado, se considera que aún no se dispone de uno suficientemente válido para la detección, por lo que debe seguir la investigación en este campo.

Por otro lado, hay que tener en cuenta las recomendaciones de organizaciones internacionales. La Asociación Médica Americana (AMA) recomienda que los médicos interroguen rutinariamente a los ancianos con preguntas directas acerca del maltrato (28).

La USTF24 (US Preventive Services Task Force) y la CTF25 (Canadian Task Force on Preventive Health Care) consideran que no hay evidencias científicas suficientes en el momento actual que permitan aconsejar o rechazar la utilidad de cuestionarios para el cribado rutinario de maltrato en el anciano

(recomendación tipo C). Sin embargo, aconsejan estar alerta ante signos y señales relacionados con maltrato y sugieren incluir preguntas en el curso de la consulta para detectar riesgos o signos de maltrato, con la intención de identificarlos tempranamente mediante la entrevista y la exploración (30).



3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. A nivel nacional

Autor: Carolina Tarqui-Mamani, José Sanchez-Abanto, Doris Alvarez-Dongo, Paula Espinoza-Oriundo, Teresa Jordan-Lechuga

Título: Prevalencia de anemia y factores asociados en adultos mayores peruanos (2015)

Resumen: *Objetivos.* Determinar la prevalencia de anemia y factores asociados en los adultos mayores del Perú. *Materiales y métodos.* Se realizó un estudio transversal durante el año 2011. El muestreo fue probabilístico, estratificado y multietápico. La muestra de viviendas fue 5792 y se incluyó 2172 adultos mayores. Se definió anemia como hemoglobina $<13,0$ g/dL en hombres y $<12,0$ g/dL en mujeres. El estado nutricional se evaluó mediante el IMC clasificándose como delgadez ($IMC \leq 23,0$), normal ($IMC > 23$ a < 28), sobrepeso ($IMC \geq 28$ a $< 32,0$) y obesidad ($IMC \geq 32$). El análisis estadístico se realizó por muestras complejas y se ajustó por factor de ponderación. Se calcularon las medias, proporciones, chi cuadrado y regresión logística. *Resultados.* El promedio de hemoglobina fue $13,4 \pm 1,6$ g/dL. La prevalencia de anemia fue 23,3% (Leve: 17,1%; moderada: 5,7% y severa: 0,5%). La edad de 70 a 79 años (OR 1,5; IC 95%: 1,1-2,0), >80 años (OR 2,1; IC 95%: 1,4-3,0) y la delgadez (OR 1,7; IC 95%: 1,2-2,3) se asociaron con la anemia. Los departamentos con mayor prevalencia de anemia fueron Ayacucho (57,6%), Ancash (40,1%), Lambayeque (37,7%) y Apurímac (36,9%). *Conclusiones.* Aproximadamente la cuarta parte de los adultos mayores tuvieron anemia, siendo más predominante en los analfabetos, procedentes de áreas rurales y pobres. La mayor edad y la delgadez se asocian con la presencia de anemia en los adultos mayores peruanos.

Palabras clave: Adulto mayor; Anemia; Delgadez; Sobrepeso; Obesidad

Cita en Vancouver:

3.2. A nivel internacional

Autor: Agustín Urrutia , Emilio Sacanella, Jordi Mascaro, Francesc Formiga

Título: Anemia en el anciano (2010)

Resumen: La anemia es un problema frecuente en las personas mayores y está relacionada con un aumento de la morbilidad y mortalidad. En las personas ancianas aunque la anemia tiene una prevalencia elevada, existen diversos aspectos como el umbral de hemoglobina por debajo del cual debemos preocuparnos o la identificación de las causas de la misma que no son fáciles de establecer. La presente revisión se centra en conocer lo que se considera niveles de hemoglobina normales en los adultos, las causas más frecuentes de la anemia y sus posibles consecuencias en pacientes de edad avanzada. Se aporta un algoritmo diagnóstico y una aproximación al tratamiento en que se abordan nuevas posibilidades terapéuticas como el hierro parenteral y los agentes estimulantes de la eritropoyesis.

Cita: Vol. 45. Núm. 5. Septiembre - Octubre 2010 páginas 247-310

4. Objetivos.

4.1. General

Determinar la asociación entre la anemia, el maltrato y abandono en el adulto mayor en el servicio de medicina del Hospital III Goyeneche febrero 2019

4.2. Específicos

- Determinar son los tipos de anemia en el adulto mayor mas prevalentes en el servicio de medicina del Hospital III Goyeneche febrero 2019.
- Determinar la incidencia el maltrato y abandono en el adulto mayor en el servicio de medicina del Hospital III Goyeneche febrero 2019.

5. Hipótesis

Nula: no existe entre la anemia, el maltrato y abandono en el adulto mayor en el servicio de medicina del Hospital III Goyeneche febrero 2019

alterna: si existe la asociación entre la anemia y el maltrato y abandono en el adulto mayor en el servicio de medicina del Hospital III Goyeneche febrero 2019

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

TÉCNICAS: encuestas y entrevistas

INSTRUMENTOS: El Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (Elder Abuse Suspicion Index, EASI)

MATERIALES: Papel bond, lap top, lapiceros , tabla de madera

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** Hospital III Goyeneche

2.2. **Ubicación temporal:** Febrero 2019

2.3. **Unidades de estudio:** Adultos mayores hospitalizados en el servicio de Medicina del Hospital III Goyeneche

2.4. **Población:**

Muestra: 100 adultos mayores encuestados, escogidos de manera aleatoria.

Criterios de inclusión: Se encuestaron a adultos mayores sin alteración en el estado de conciencia sin presencia del cuidador , con valores de hemoglobina no mayores de 3 meses en historia clínica. Que hayan aceptado participar del estudio y hayan firmado consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Adultos mayores con alteración del estado de conciencia o impedidos de ser entrevistados por el estado general. Y/o que no hayan aceptado participar del estudio y que no hayan firmado consentimiento informado. Historias clínicas con datos que no contengan resultados de hemoglobina sérica en historia clínica.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

El primera semana se coordina con el profesional del servicio de Medicina en Hospital III Goyeneche para las entrevistas respectivas.

La segunda semana se realiza análisis de los posibles datos a evaluar

La tercera y cuarta semana se procederá a la organización de los datos.

La quinta semana se procede a la implementación de los materiales

El sexta semana la elaboración y aplicación de instrumentos (cuadro estadísticos)

Séptima semana: procesamiento de datos

Octava semana: análisis e interpretación de datos

Novena semana: elaboración de informe y comunicación de resultados.

3.2. Recursos

Humanos Investigador: Tesista Lisbet Tamara Ardiles Quispe

Asesor: Dra. Pamela Elizabeth Valencia Paredes

3.3. Criterios para manejo de resultados

Plan de Procesamiento

Los resultados obtenidos serán analizados estadísticamente mediante el uso de cuadros de análisis de varianza y pruebas estadísticas como Chi^2 , coeficiente de relación.

Instrumento:

El Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (Elder Abuse Suspicion Index, EASI) es un instrumento cuantitativo desarrollado por un equipo de investigación de la Universidad McGill, St. Mary's Hospital Centre, Centro de Salud y Servicios Sociales de René Cassin y Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital (Montreal, Canadá). El ámbito de aplicación para el que fue diseñado fue Atención Primaria.

El EASI consiste en preguntas breves y directas. Concretamente incluye cinco preguntas dirigidas a la persona mayor y una al médico, que se realizan en el transcurso de cualquier encuentro paciente-médico en la consulta y que se formulan en un lenguaje accesible. Una de las preguntas está dirigida a evaluar si la persona mayor es dependiente para alguna actividad de la vida diaria básica o instrumental y las otras cuatro se centran en los diferentes tipos de maltrato: físico y sexual, psicológico, negligencia y económico.

Este instrumento es fácilmente aplicable a personas mayores de 65 años o más sin deterioro cognitivo. El EASI se diseñó no estrictamente para “detectar casos” de maltrato, sino para fomentar la sospecha de existencia de maltrato a personas mayores, con el objetivo de poder derivar estos casos a expertos comunitarios en maltrato a personas mayores, como los trabajadores sociales.

El propósito es ayudar a los médicos a familiarizarse con el maltrato a personas mayores mediante el empleo continuado de un sencillo conjunto de preguntas sobre este tema. Aunque el EASI no puede garantizar la detección de abuso o maltrato a personas mayores, su aplicación ya indica que el médico es consciente del problema y, por tanto, deriva posibles casos a los

servicios sociales y comunitarios.

El estilo de las preguntas EASI y su aplicación se basan en las líneas de recomendaciones de la literatura científica en relación con la evaluación de las personas mayores: realizar preguntas explícitas, centradas en el comportamiento, orientadas contextualmente en informes previos y realizar una valoración simultánea acerca de agresiones por desconocidos y maltrato por parte de familiares/cuidadores.

La aplicación del EASI, en formato de entrevista, tiene diversas ventajas como permitir la valoración tanto del aspecto físico de la persona como de su conducta durante la entrevista. También permite mejorar la validez del diagnóstico clínico en comparación con otros métodos, como encuestas telefónicas, al disponer los entrevistadores de mayores vías de datos convergentes o divergentes. Finalmente, la entrevista permite mostrar apoyo a las personas que se encuentran en situación de maltrato.

Comparado con otras herramientas de detección de maltrato a personas mayores, por ejemplo el H-S/EAST (Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test) 1 con 15 ítems originalmente, el EASI consta de menos preguntas y requiere menos tiempo de realización (dos minutos de media). Además, por lo que se refiere a la aceptabilidad del instrumento por parte de los profesionales, En el estudio original de validación de este instrumento se compararon los resultados del EASI con el Formulario de Evaluación de Trabajo Social (Social Work Evaluation Form, FETS) 2 . Este formulario es una valoración estandarizada utilizada previamente por trabajadores sociales para evaluar en mayor profundidad a personas mayores en riesgo de sufrir maltrato de forma cualitativa y cuantitativa. Está compuesto por 67 preguntas sobre aspectos personales, familiares, de estilo de vida, condiciones de vida, relaciones, salud y economía que en la literatura se encuentran relacionadas con el maltrato hacia las personas mayores. Hay una pregunta en el cuestionario que puede considerarse el “patrón oro de diagnóstico” para comparar y validar los resultados del EASI y que registra el juicio del profesional acerca de la existencia de maltrato. Durante las tres semanas siguientes a la realización del EASI por parte de los médicos, los trabajadores sociales que participaron en el estudio aplicaron el formulario de evaluación FETS a las personas mayores. La entrevista se realizó en el domicilio de la persona mayor o en un lugar, acordado por ambas partes, que garantizase la confidencialidad. El índice de sensibilidad alcanzado por el EASI fue de 0,47 y el índice de especificidad de 0,75.

Se tuvo en cuenta adicionalmente que :

- La pregunta 1 en el EASI es una forma de conocer si las personas mayores necesitan ayuda, y de presentar posibles situaciones de riesgo.
- La pregunta 2 indaga sobre la existencia de cualquier tipo de privación.

- La pregunta 3 abarca el maltrato psicológico y verbal. La pregunta 4 se refiere a abuso económico.
- La pregunta 5 aborda el abuso físico y sexual.
- La pregunta número 6a es de observación y la 6b es una pregunta sobre privacidad y honestidad que se realiza sólo con propósitos de investigación.

Adicionalmente las conclusiones de los debates del grupo focal y grupo de trabajo en los diversos países corroboran los hallazgos y recomendaciones del estudio EASI en Montreal: – El instrumento con doce preguntas es demasiado largo, considerando que en la mayoría de los países participantes el tiempo medio de consulta de un médico de Atención Primaria es de 10-15 minutos o incluso menos. Un instrumento más breve que abarcara todos los aspectos principales del maltrato a las personas mayores tendría más probabilidad de ser aceptado y aplicado por los profesionales de Atención Primaria. Con una sensibilidad del 67% y una especificidad del 96%

CONSIDERACIONES PARA LA TOMA DEL INSTRUMENTO:

- Antes de aplicar este tipo de cuestionario es decisivo determinar si el paciente muestra signos significativos de deterioro cognitivo.
- Estas preguntas únicamente deben formularse cuando el paciente esté solo.
- En el caso de que se sospeche maltrato a personas mayores es esencial hacer seguimiento y estrategias de remisión..

INTERPRETACION: Se considera Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores si alguna de las respuestas es afirmativa sin presencia del cuidador.

III. Cronograma de Trabajo

	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
Búsqueda bibliográfica problema De investigación					
Sistematización de bibliografía sobre tema					
Redacción de proyecto					
Aprobación proyecto de tesis por Asesor y profesores de curso taller de tesis					
Dictamen de comité de ética de investigación					
Ejecución de proyecto					
Recolección de datos					
Estructuración de resultados					
Informe final					

ELABORACION PROPIA

Fecha de inicio: DICIEMBRE 2018

Fecha probable de término: MARZO 2019

BIBLIOGRAFIA:

1. L. Balducci, W.B. Ershler, S. Krantz. Anemia in the elderly: Clinical findings and impact on health. *Critical Rev Oncol Hematol*, 58 (2006), pp. 156-165.
2. S.D. Denny, M.N. Kuchibhatla, H.J. Cohen. Impact of anemia on mortality, cognition, and function in community-dwelling elderly. *Am J Med*, 119 (2006), pp. 327-334 <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.08.027>. Medline
3. R. Eisenstaedt, B. Penninx, R.C. Woodman. Anemia in the elderly: Current understanding and emerging concepts. *Blood Rev*, 20 (2006), pp. 213-216 <http://dx.doi.org/10.1016/j.blre.2005.12.002>. Medline.
4. A.S. Artz. Anemia and the frail elderly. *Semin Hematol*, 45 (2008), pp. 261-266 <http://dx.doi.org/10.1053/j.seminhematol.2008.06.002>. Medline.
5. N.A. Zakai, R. Katz, C. Hirsch, M.G. Shlipak, P.H. Chaves, A.B. Newman. A prospective study of anemia status, haemoglobin concentration, and mortality in an elderly cohort. *Arch Intern Med*, 165 (2005), pp. 2214-2220 <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.165.19.2214>. Medline.
6. P.H. Chaves. Functional outcomes of anemia in older adults. *Semin Hematol*, 45 (2008), pp. 255-260 <http://dx.doi.org/10.1053/j.seminhematol.2008.06.005>. Medline.
7. D. Lipschitz. Medical and functional consequences of anemia in the elderly. *J Am Geriatr Soc*, 51 (2003), pp. S10-S13. Medline.
8. P.H. Chaves, B. Ashar, J.M. Guralnik, L.P. Fried. Looking at the relationship between hemoglobin concentration and prevalent mobility difficulty in older women. Should the criteria currently used to define anemia in older people be reevaluated? *J Am Geriatr Soc*, 50 (2002), pp. 1257-1264. Medline.
9. P.H. Chaves, M.C. Carlson, L. Ferrucci, J.M. Guralnik, R. Semba, L.P. Fried. Association between mild anemia and executive function impairment in community-dwelling older women: The Women's Health and Aging Study
10. *J Am Geriatr Soc*, 54 (2006), pp. 1429-1435 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00863.x>. Medline.
11. M. Thein, W.B. Ershler, A.S. Artz, J. Tecson, B.E. Robinson, G. Rothstein. Diminished quality of life and physical function in community-dwelling elderly with anemia. *Medicine*, 88 (2009), pp. 107-114 <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0b013e31819d89d5>. Medline.

12. J.M. Guralnik, R.S. Eisenstaedt, L. Ferrucci, H.G. Klein, R.C. Woodman. Prevalence of anemia in persons 65 years and older in United States: evidence for a high rate of unexplained anemia. *Blood*, 104 (2004), pp. 2263-2268 <http://dx.doi.org/10.1182/blood-2004-05-1812>. Medline.
13. J. Joosten, B. Ghesquiere, H. Linthoudt, F. Krekelberghs, E. Dejaeger, S. Boonen. Upper and lower gastrointestinal evaluation of elderly inpatients who are iron deficient. *Am J Med*, 107 (1999), pp. 24-29. Medline .
14. D. Rockey, J. Cello. Evaluation of the gastrointestinal tract in patients with iron-deficiency anemia. *N Engl J Med*, 329 (1993), pp. 1691-1695 <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199312023292303>. Medline.
15. E. Andrès, L. Federici, K. Serraj, G. Kaltenbach. Update of nutrient-deficiency anemia in elderly patients. *Eur J Intern Med*, 19 (2008), pp. 488-493 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2008.01.016>. Medline.
16. D.J. McLernon, P.T. Donnan, A. Crozier, J. Dillon, C. Mowat. A study of the safety of current gastrointestinal endoscopy (EGD). *Endoscopy*, 39 (2007), pp. 692-700 <http://dx.doi.org/10.1055/s-2007-966578>. Medline.
17. A. Arora, P. Singh. Colonoscopy in patients 80 years of age and older is safe, with high success rate and diagnostic yield. *Gastrointest Endosc*, 60 (2004), pp. 408-413. Medline.
18. T.C. Sardinha. Colonoscopy in octogenarians: a review of 428 cases. *Int J Colorectal Dis*, 14 (1999), pp. 172-176. Medline.
19. S. Wallerer, A. Griffiths, S.J. Lord, K. Howard, M.J. Solomon, V. Gebiski. What is the value of computered tomography colonography in patients screening positive for fecal occult blood? A systematic review and economic evaluation. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 5 (2007), pp. 1439-1446 <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2007.09.003>. Medline.
20. S. Purkayastha, T. Athanasiou, P.P. Tekkis, V. Constantinides, J. Teare, A.W. Darzi. Magnetic resonance colonography vs computed tomography colonography for the diagnosis of colorectal cancer: an indirect comparison. *Colorectal Dis*, 9 (2007), pp. 100-111 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1463-1318.2006.01126.x>. Medline.
21. M. Maffei, J.M. Dumonceau. Transnasal esogastroduodenoscopy (EGD): comparison with conventional EGD and new applications. *Swiss Med Wkly*, 138 (2008), pp. 658-664 <http://dx.doi.org/2008/45/smw-12220>. Medline.
22. R. Carmel. Nutritional anemias and the elderly. *Sem Hematol*, 45 (2008), pp. 225-234
23. G. Weiss, L. Goodnough. Anemia of Chronic Disease. *N Engl J Med*, 352 (2005), pp. 1011-1023 <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra041809>. Medline.

24. L. Ferrucci, J.M. Guralnik, S. Bandinelli, R.H.D. Semba, F. Laurent, A. Corsi. Unexplained anaemia in older is characterized by low erythropoietin and low levels of proinflammatory markers. *Br J Haematol*, 136 (2007), pp. 849-855 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2141.2007.06502.x>. Medline.
25. C.Y. Hsu, C.E. McCulloch, G.C. Curhan. Epidemiology of anemia associated with chronic renal insufficiency among adults in the United States: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Am Soc Nephrol*, 13 (2002), pp. 504-510
26. M. Alleyne, M.K Horne, J.L. Miller. Individualized treatment for iron deficiency anemia in adults. *Am J Med*, 121 (2008), pp. 943-948 <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2008.07.012>. Medline.
27. T.S. Dharmarajan, D. Widjaja. Erythropoiesis-Stimulating agents in anemia: Use and Misuse. *J Am Med Dir Assoc*, 10 (2009), pp. 607-616 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2009.05.003>. Medline.
28. A. Besarab. More than a decade of experience and still no consensus: Controversias in iron therapy. *Clin J Am Soc Nephrol*, (2006), pp. S1-S3.
29. A.L. Love, H.H. Billet. Obesity, bariatric surgery and iron deficiency: true, true, true and related, *Am J Hematol*, 83 (2008), pp. 403-409 <http://dx.doi.org/10.1002/ajh.21106>
30. M. Muñoz, S. Gómez-Ramirez, J.A. Garcia-Erce. Intravenous iron in inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*, 15 (2009), pp. 4666-4674. Medline

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Edad	_____ Años	
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo.	
Tiene pareja	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Convivencia	<input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> solo	
Ocupación	<input type="checkbox"/> Ama de casa , <input type="checkbox"/> Empleado. <input type="checkbox"/> Jubilado, <input type="checkbox"/> Comerciante. <input type="checkbox"/> Obrero. <input type="checkbox"/> Profesional , <input type="checkbox"/> Campesino , <input type="checkbox"/> Ninguno	
Escolaridad	<input type="checkbox"/> Analfabeto, <input type="checkbox"/> Primaria , <input type="checkbox"/> Secundaria, <input type="checkbox"/> Superior	
Apoyo económico	<input type="checkbox"/> Pareja, <input type="checkbox"/> Hijos, <input type="checkbox"/> Amigos, <input type="checkbox"/> Ninguno	
Enfermedades crónicas degenerativas	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus tipo 2. <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial sistémica, <input type="checkbox"/> Ambas , <input type="checkbox"/> Ninguna, <input type="checkbox"/> Otros	
IMC	PESO : _____ kg	
	Talla : _____ mts	
	IMC : _____	
ANEMIA EN EL ADULTO MAYOR	Valor de Hemoglobina Sérica	_____ gr/dl
	Clasificación Anemia	<input type="checkbox"/> Leve (10 – 13 mg/dl), <input type="checkbox"/> Moderada (9.9 – 8 mg/dl) <input type="checkbox"/> Severa (menos 7,9 mg/dl)
	Tipo de anemia	<input type="checkbox"/> Microcitica (- 80 fl) <input type="checkbox"/> Normocitica (80 – 100 fl) <input type="checkbox"/> Macrocitica (mas de 100 fl)
	Ayuda para actividades básicas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No contesta
	Existencia de problemas con el cuidador	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

EL MALTRATO Y		() No contesta
ABANDONO EN EL	Impedimento de alimentación ,ropa medicamentos, audífonos y gafas	() Si () No () No contesta
ADULTO MAYOR	Ocasiones repetitivas en las que se impidió de alimentación ,ropa medicamentos, audífonos y gafas	() Si () No () No contesta
	Se ha sentido fastidiado por que alguien lo ha hecho sentir avergonzado	() Si () No () No contesta
	Ocasiones repetitivas en las q Se ha sentido fastidiado por que alguien lo ha hecho sentir avergonzado	() Si () No () No contesta
	Intento de obligar al adulto mayor de firmar o entregar dinero sin su consentimiento	() Si () No () No contesta
	Ocasiones repetitivas en las que se ha Intentado de obligar al adulto mayor de firmar o entregar dinero sin su consentimiento	() Si () No () No contesta
	Amenazas y daño físico	() Si () No () No contesta
	Ocasiones repetitivas de amenazas y daño físico	() Si () No () No contesta

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo he tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis preguntas han sido contestadas.

He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Además, entiendo que estando de acuerdo de participar en este estudio estoy dando permiso para se procese la información que he respondido en los cuestionarios.

En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Nombre de participante que da su autorización DNI:	
--	--

Firma y/o huella digital del participante que da su autorización	
--	--

Nombre del Investigador principal Documento de identidad	961
---	-----

Fecha: