UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

FACTORES DE RIESGO DEL SÍNDROME DE DISMOVILIDAD EN ADULTOS MAYORES DEL HOGAR "DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ"

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÒN DE TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

Nelly Yolanda Quiroga Ortiz
AUTORA

Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo.
DIRECTOR

LOJA-ECUADOR
2015

CERTIFICACIÓN

Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo

DOCENTE DE LA FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS

Y DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que la presente tesis titulada **PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DEL SÍNDROME DE DISMOVILIDAD EN ADULTOS MAYORES DEL HOGAR "DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ"**, realizada por la Srta. Nelly Yolanda Quiroga Ortiz, ha sido revisada, corregida, aprobada y desarrollada de acuerdo a las normas establecidas, la misma que se encuentra científica y reglamentariamente en condiciones para la graduación del postulante.

.....

Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo

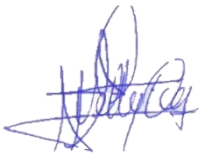
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÌA

Yo, Nelly Yolanda Quiroga Ortiz, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Nelly Yolanda Quiroga Ortiz



Firma: ……..

Cédula: 110171779

Fecha: 12 de Noviembre del 2015

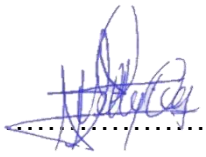
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, **Nelly Yolanda Quiroga Ortiz,** declaro ser autora de la tesis titulada: **FACTORES DE RIESGO DEL SÍNDROME DE DISMOVILIDAD EN ADULTOS MAYORES DEL ASILO** "**DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ",** como requisito previo a la obtención del título de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los diecinueve días del mes de noviembre del dos mil quince firma el autor.



Firma: ……

Autor: Nelly Yolanda Quiroga Ortiz

Cédula: 1105171779

Dirección: Barrio Las Palmitas

Teléfono: 0981455827

Correo: Nelly.quiroga@yahoo.es

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis: Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo

Tribunal de tesis: Dra. María Esther Reyes Rodríguez Presidente

Dra. Sara Felicita Vidal Rodríguez Vocal

Dr. Héctor Velepucha Velepucha Vocal

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a DIOS por mi vida y todo lo que ella contiene, por amarme siempre.

Con gratitud a toda mi familia, de manera especial a mi madre ISABEL y abuelita ETHELVINA y mis demás abuelitos, que dentro y fuera de este mundo se encuentran cuidándome y apoyándome.

A mis inolvidables amigos: VALERIA, ISMENIA y MARCO, por su aliento y apoyo desinteresado.

Dedicado también a todos los abuelitos que han entregado todo y seguirán haciéndolo con cariño sincero y desinteresado.

A cada persona e institución que me colaboró con el cumplimiento de esta meta tan importante.

Nelly Yolanda Quiroga Ortiz

AGRADECIMIENTO

Agradezco de manera especial al DIOS creador por ser mi guía, mi ayuda fortaleza e inspiración, sin quien no habría logrado las metas propuestas.

Agradezco a mi familia por ser mi compañía y apoyo incondicional, de manera especial a mi madre Isabel Ortiz, por su lucha diaria por mis sueños y su comprensión, y a cada uno de mis amigos incondicionales, especialmente a Valeria, Ismenia y Marco.

Agradezco profundamente al Dr. Ángel Ordoñez, por su muy valiosa acogida a este proyecto y por el inmenso apoyo y dedicación para que este trabajo sea llevado a cabo.

A la universidad Nacional de Loja por ser la institución que me abrió las puertas para acoger mis sueños y metas con ayuda de cada una de sus distinguidas autoridades.

Agradezco al hogar “Daniel Álvarez Sánchez”, a cada una de las personas que laboran, de manera especial a su distinguida directora Hna. Rosa Agila, quien además de abrirme las puertas de la institución, me brindó su apoyo y su consejo.

A cada uno de los Adultos Mayores por abrirme su corazón y colaboración sincera y desmedida.

Nelly Yolanda Quiroga Ortiz

TÍTULO

FACTORES DE RIESGO DEL SÍNDROME DE DISMOVILIDAD EN ADULTOS MAYORES DEL HOGAR “DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ”

b. RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivos determinar los factores de riesgo para el síndrome de dismovilidad, identificar el grado de independencia para realizar actividades básicas de la vida diaria, el grado de dismovilidad, y las comorbilidades más frecuentes para construir una propuesta de intervención en Adultos Mayores del hogar "Daniel Álvarez Sánchez" de la ciudad de Loja. Corresponde a un estudio Cuali-Cuantiativo, descriptivo, transversal y no aleatorizado con aplicación metodológica de la entrevista, valoración funcional e historias clínicas agrupada en una hoja de recolección de datos aplicada a 50 Adultos Mayores. Obteniéndose los siguientes resultados: los factores de riesgo corresponden a alteraciones auditivas 88%, alteraciones visuales 86%, caídas anteriores 86%, y dificultad del equilibrio de 60%, depresión 60%, falta de actividad física 46%, el sobrepeso de 28%, la desnutrición 8%, distimia 4%, y obesidad 2%. Con respecto al grado de dismovilidad se destaca la presencia de un estilo de vida sedentario secundario a la dificultad para desplazarse 60%, el 24% se traslada sin la necesidad de apoyo y el sedentarismo sin restricción en el 8%, además se presenta dependencia leve en el 38%, moderada 20% y el 16% presenta necesidad de asistencia grave para realizar actividades básicas de la vida diaria en Adultos Mayores, entre las patologías coexistentes más frecuentes están: incontinencia urinaria 24%, hipertensión arterial 20%, artrosis 19%, el hipotiroidismo y demencia senil en igual prevalencia 7%. La propuesta de intervención corresponde a actividades educativas y que estimulan la psicomotricidad.

PALABRAS CLAVE: *Adulto Mayor, Dismovilidad, Factores de Riesgo.*

SUMMARY

This research aims to determine the risk factors for the syndrome immobility, identify the degree of independence to perform basic activities of daily life, the degree of immobility, and the most frequent comorbidities to build a proposed intervention in Senior's home ¨Daniel Álvarez Sánchez¨ of the city of Loja.

Corresponding to a study qualitative and quantitative, descriptive, transverse and nonrandom with methodological application of the interview, functional evaluation and medical records grouped in a data collection sheet applied to fifty elderly.

With the following results : risk factors correspond to 88 % hearing impairment , visual disturbances 86 % , previous falls 86 % , and difficulty balancing 60 % , 60 % depression, lack of physical activity 46 % , overweight 28% , malnutrition 8%, dysthymia 4% and obesity 2% .

With regard to the degree of immobility the presence of a secondary sedentary life style to difficulty it stands to move 60%, 24% moved without the need for support and sedentary unrestricted 8% , plus mild dependence occurs in 38% , modern 20 % and 16 % have need of serious assistance to perform basic activities of daily living in the elderly, among the most common coexisting conditions they are : urinary incontinence 24 % , hypertension 20 % , 19% osteoarthritis , hypothyroidism and senile dementia prevalence equal 7%. The proposal is for intervention and educational activities that encourage motor skills.

KEY WORDS: Elderly, Dismovilidad, Risk Factors.

c. INTRODUCCIÒN

La población mundial se encuentra en un proceso de envejecimiento, la esperanza de vida ha aumentado en los últimos, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, sí bien el envejecimiento al ser un proceso natural, universal, heterogéneo e irreversible alude a la dificultad progresiva de satisfacer necesidades básicas así como aquellas más complejas que afectan y/o modifican el estilo de vida, siendo casi una constante la presencia de enfermedades crónico degenerativas, y el decremento de las capacidades físicas como intelectuales que conllevan a la dependencia e incapacidad progresiva y al desuso (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2006).

El 18 % de los mayores de 65 años tienen problemas para moverse sin ayuda. A partir de los 75 años más del 50 % tienen problemas para salir del domicilio y de ellos un 20 % quedan confinados en él. El 50 % de los ancianos que se inmovilizan de forma aguda fallecen en un plazo de 6 meses (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2006). Dichos porcentajes se incrementan considerablemente al analizar la población por encima de los 80 años donde las cifras aumentan significativamente en un 15,25 al 27% de manera respectiva próximas (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2006).

En el medio residencial 50% de los ancianos presentan algún problema de movilidad, con una prevalencia de 30% de inmovilidad significativamente clínico. En países en vías de desarrollo hasta el 20% de los adultos mayores tienen importantes dificultades en su desplazamiento y la mitad de ellos se encuentran en estado de postración (Gac, H. 2010).

En el Ecuador hay 14’483.499 habitantes, de ellos, 940.905 son mayores de 65 años, es decir, 6,5 % de la población total son personas adultas mayores según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010) el 21% de las mujeres y el 43% de los hombres llegan a este grupo perfectamente funcional, mientras que el 19% de las mujeres y el 13% de los hombres sufren de discapacidad, esta discapacidad

está determinada en gran medida en la dificultad que tenga el adulto mayor para desplazarse y por tanto satisfacer de manera independiente sus necesidades de la vida diaria y su relación con el entorno.

La importancia de la afección por la dismovilidad radica en el decremento de la capacidad de realizar actividades básicas, estas restricciones son dadas por enfermedades predominantemente físicas pero que son también dadas de manera importante por alteraciones psíquicas y mentales, por tanto, el síndrome de dismovilidad no es una afección independiente, sino más bien, la suma de factores que teniendo como denominador común la molestia, dificultad y/o restricción de la movilidad pueden llevar al individuo a la dismovilidad total y por tanto la dependencia total (Organización mundial de la salud, 2014).

El presente estudio tiene como propósito determinar: la prevalencia, grado de dismovilidad y sus factores de riesgo no modificables, conocer cuáles son las comorbilidades más frecuentes y que se relacionan con el síndrome de dismovilidad en Adultos Mayores, además realizar la etapificación del grado de dismovilidad ya presente para identificar vulnerabilidad y conductas de riesgo que contribuyan a un deterioro más acelerado sumado al inherente deterioro involutivo natural para poder construir una propuesta de intervención.

Según Dinamarca, J. (2012), estas alteraciones pueden ser potencialmente prevenibles con mejores resultados en etapas tempranas, para lograr la máxima rehabilitación y aportar en lo posible al mejoramiento y/o mantenimiento de las capacidades motoras, con impacto positivo en la calidad de vida, correspondiendo de manera justa a la contribución y progreso que sigue siendo aportado por nuestros adultos mayores, donde el aumento de la edad corresponda a un aumento de años vitales que sean ejemplares de ser vividos.

d. REVISIÒN DE LITERATURA

1. ENVEJECIMIENTO

Según el acuerdo de Kiev de 1979, la Organización Mundial de la Salud considera adultos mayores (2014) a las personas de más de 60 años para quienes viven en países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados

Se han propuesto innumerables definiciones sobre el envejecimiento, podemos decir, que “es un proceso progresivo, intrínseco, universal asociado a un conjunto de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas, funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo y que ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente” (Dinamarca, 2012).

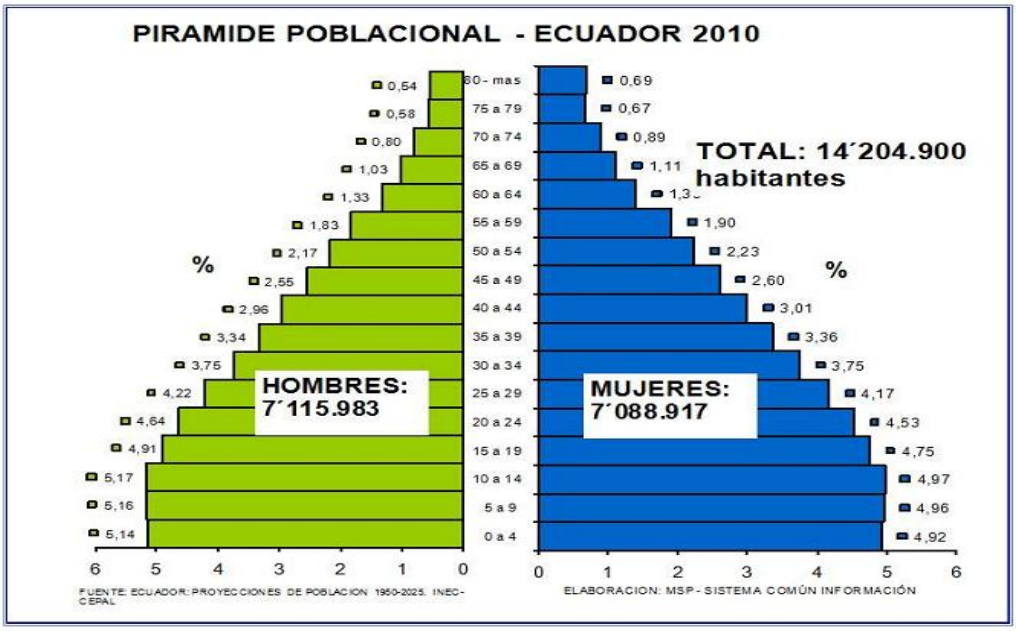
La Organización mundial de la salud (2014) expresa que actualmente de un 5,6% de personas de 65 años o más, América Latina y el Caribe pasarán a 6,7% en el 2010 y a un 8,7% en el 2020 y la esperanza de vida al nacer en el quinquenio 2000 -2005 América Latina y el Caribe fue de 68,3 años, y se espera que en el período del 2015 al 2020, alcance a los 78,1 años.

Según el Instituto ecuatoriano de estadísticas y censos (2010) “en el Ecuador en el 2010, 940.905 tienen una edad superior a 65 años, es decir, 6,5 % de la población total son personas adultas mayores, en el 2015 alcanzará al 12.6% o más,” y en su mayoría son mujeres (53,4%) y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad.

Además señala que el 11% de los adultos mayores vive solo; mientras que los adultos mayores que viven acompañados en su mayoría viven su hijo (49%), nieto (16%) y esposo o compañero (15%) (Instituto ecuatoriano de estadísticas y censos (2010), a pesar de que un 81% de los adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida el 28% menciona sentirse desamparado, 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder.

La satisfacción en la vida en el adulto mayor ecuatoriano aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien (satisfechos con la vida que viven solos: 73%, mientras que personas satisfechas con la vida que viven acompañados es del 83% (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010)

El Ministerio de inclusión económica y social (2009-2010) encontró que en Ecuador el 42% de los adultos mayores no trabaja y mayoritariamente su nivel de educación es el nivel primario. A pesar de que desean trabajar los hombres mencionan que dejaron de trabajar por: problemas de salud (50%), jubilación por edad (23%), y su familia no quiere que trabaje (8%). En el caso de las mujeres dejan de trabajar debido a: problemas de salud (50%), su familia no quiere que trabaje (20%) y jubilación por edad (8%)".



Nota: Conforme los datos preliminares del Censo de Población y Vivienda noviembre 2010, la población del Ecuador asciende a 14.306.786

FUENTE: Instituto ecuatoriano de estadísticas y censos 2010.

Las enfermedades más comunes en el área urbana son: osteoporosis (19%), diabetes (13%), problemas del corazón (13%) y enfermedades pulmonares (8%) y

el 28% se siente desamparado (Ministerio de inclusión económica y social, 2009-2010).

2. ESTADO BIOPSICOSOCIAL DEL ADULTO MAYOR

El Servicio Andaluz de Salud (2014) expresa que en la etapa de la vejez se adquieren nuevos roles, el más característico e importante es el de ser abuelos, rol que conlleva la idea de perpetuidad a través del apoyo que ofrecen los adultos mayores a su familia cuando están al frente del cuidado de sus nietos.

Existe la presencia de una serie de cambios biopsicosociales:

2.1 Biológico: con el avance de los años surgen problemas de fragilidad, dependencia y enfermedad que condicionan en roles de cuidado y dependerá de la capacidad y de la personalidad del individuo para afrontar dichos cambios (Victoria, 2014).

2.2 Psicológico: es una etapa caracterizada por la multiplicidad de pérdidas y la elaboración de duelos que acontecen esas pérdidas. Presencia además de alteraciones de la inteligencia y personalidad. (Victoria, 2014).

2.3 Social: en el mejor de los casos el adulto mayor suele estar jubilado y es una persona no activa, y en estratos económicos bajos suele caracterizarse por discriminación, falta de apoyo, abandono, soledad, menor oportunidad y disponibilidad de recursos económicos (Victoria, 2014).

Las relaciones del anciano con la familia también cambian, suelen convivir con sus nietos e hijos, con un potencial riesgo de convivir con una familia multigeneracional. Las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas; la primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y la segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele recurrir al ingreso del anciano en una residencia (Organización mundial de la salud, 2014).

3. PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Podría definirse como la pérdida de la capacidad del organismo a adaptarse al medio ambiente, lo que requiere especial atención sanitaria (Dinamarca, 2012).

Arango y Gutiérrez (2012) lo describen como un espacio biológico la totalidad de ciclos completos de actividades celulares o de órganos que todo individuo realiza desde que nace hasta que llega a su muerte fisiológica. Cuando se agota sucede la muerte. Se encuentra reflejado como las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte. Es difícil determinar el momento en que éste se inicia, algunos autores consideran que se manifiesta a partir del momento de la máxima vitalidad alrededor de los 30 años en el hombre.

Esta etapa comprende un amplio conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vida después de la edad madura, incluyendo aspectos positivos y negativos; no se limita al declive de las estructuras y funciones corporales y a las secuelas en el funcionamiento y la participación social, también involucra aspectos como procesos patológicos previos, ganancias psicológicas (experiencia) y sociales en las etapas avanzadas de la vida.

Hay una gran variabilidad entre las personas y entre sus propios órganos y sistemas, cuando aumentan los requerimientos frente a una situación de sobrecarga funcional, la pérdida de vitalidad se hace evidente generando una incapacidad para mantener la homeostasis. (Penny y Melgar, 2012).

Penny y Melgar (2012) asegura que “Estos cambios en el orden morfológico, psicológico, funcional y bioquímico se caracterizan por una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y de reserva del organismo, que producen un aumento de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés y finalmente la muerte”

VARIEDADES BÀSICAS DEL ENVEJECIMIENTO:

3.1 **Usual o primario:** Individuos que llevan una vida activa en la comunidad, sin sufrir enfermedades o procesos patológicos diagnosticados que sean netamente gravativos, que corresponde con el decremento común del estado de salud.

3.2 **Envejecimiento exitoso:** Aquellas personas en quienes se da un envejecimiento con un estado óptimo, donde se observa el decremento funcional y sensorial atribuible al proceso de envejecimiento per se, y donde ni la enfermedad ni los efectos adversos del medio ambiente y los estilos de vida incrementan o complican el deterioro esperable.

3.3 **Secundario o patológico:** Muestra la presencia de enfermedades usualmente relacionadas con la vejez y un deterioro marcado del estado de salud, sumado al envejecimiento intrínseco y no es inevitablemente dependiente de la edad y de factores de riesgo ligados que son modificables, reducibles e incluso reversibles. (Victoria, 2014).

3.4 **Envejecimiento terciario:** “Puede manifestarse hacia el final de la vida, como un deterioro funcional acelerado durante los meses que preceden la muerte (Stones, Kozma & Hannah, 1990), observándose un marcado deterioro de las funciones cognitivas, físicas y del ajuste al medio, diferenciables del habitual deterioro o disminución por edad avanzada, no <relacionándoselo en principio con la edad cronológica sino más bien con la proximidad de la muerte (Berg, 1996).”

4. CAMBIOS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES EN LA EDAD AVANZADA

El deterioro funcional no es homogéneo en los diferentes sistemas orgánicos del individuo y tampoco entre los distintos individuos.

A nivel de aparatos, suceden los siguientes cambios anatómicos y funcionales:

4.1 Tejidos de Sostén:

- Aumento de la fuerza de cohesión y estabilidad del colágeno.
- Fragmentación y calcificación de la elastina.
- Disminución de la capacidad de regeneración del tejido conjuntivo, lo que conlleva una disminución de la elasticidad tisular.

4.2 Piel y faneras:

- Arrugas cutáneas y laxitud de la piel.
- Fragilidad capilar, telangiectasias y úlceras de decúbito.
- Xerosis cutánea, queratosis actínica, encanecimiento y alopecia.

4.3 Aparato cardiovascular:

- Disminución de la reserva cardiaca, arritmias.
- Escasa respuesta del pulso al ejercicio, aumento de la presión diferencial del pulso y respuesta inadecuada al ortostatismo.

4.4 Aparato respiratorio:

- Disminución de la capacidad vital, aumento del volumen residual y de la diferencia alveolo-arterial del oxígeno.
- Aumento del riesgo de infecciones y broncoaspiración.

4.5 Sistema nefro-urológico:

- Disminución de la función renal y de la capacidad de concentración.
- Disminución del tono de los uréteres, vejiga y uretra.

- Trastornos del vaciamiento completo de la vejiga.
- Aumento del tamaño prostático en hombres, tendencia a la incontinencia urinaria e infección.

4.6 Aparato genital femenino:

- Vaginitis atrófica.
- Predisposición a la dispareunia, hemorragias e infección.
- Alteraciones en la función sexual.

4.7 Aparato genital masculino:

- Aumento del tamaño prostático.
- Cambios en la función sexual.

4.8 Aparato gastrointestinal:

- Alteraciones en boca y dientes: papilas, lengua y encías.
- Tránsito esofágico prolongado, reflujo esofágico.
- Disfagia, poliposis gástrica y metaplasia intestinal.
- Estreñimiento, diverticulosis e incontinencia fecal.

4.9 Sistema endócrino:

- Cambios de la respuesta de insulina a los niveles de glucosa en sangre.
- Modificación de los niveles hormonales.

4.10 Sistema Hematopoyético e inmune:

- Ferropenia, fibrinógeno elevado y disminución de algunas reacciones inmunológicas.

4.11 Sistema nervioso central:

- Capacidad reducida de memorización y lentitud mental.

- Enlentecimiento de la conducción nerviosa, confusión mental.
- Enfermedades ligadas a sustancias neurotransmisoras.

4.12 Órganos de los Sentidos:

- Ojos: presbicia, cataratas, aplanamiento corneal, astigmatismo, rigidez del iris, disminución del tamaño pupilar y de la elasticidad del cristalino, fotopsias y aumento de la presión intraocular, xantelasma y alteraciones de los músculos oculares.
- Oídos: presbiacusia.

4.13 Músculo esquelético:

- Pérdida global de la masa muscular.
- Disminución de la masa ósea.
- Reducción de la fuerza muscular.
- Envejecimiento de los tendones.
- Disminución de la velocidad de la contracción muscular.
- Marcha senil: consiste en aumento de la base de sustentación, disminución del balanceo, mayor número de pasos y más cortos y lentos.

5. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, dirigido a explicar los problemas médicos, psíquicos, sociales, y en especial, las capacidades funcionales y condiciones geriátricas, para desarrollar un plan de intervención, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de mantener o recuperar la autonomía e independencia que puede haber perdido (Ministerio de Salud Pública, 2010).

Dentro del continuo asistencial y progresivo, se considera a la valoración geriátrica integral, como el procedimiento básico que debe ser aplicado a toda persona adulta mayor.

La valoración geriátrica integral, comprende la valoración clínica y de laboratorio (primera consulta), funcional, cognitiva, nutricional y social, cada una de ellas apoyada por la aplicación de escalas específicas, reconocidas internacionalmente.

5.1 OBJETIVOS

5.1.1 OBJETIVO GENERAL:

Ofrecer una atención integral en la que todos los profesionales trabajen para conseguir un objetivo común para el adulto mayor.

5.1.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- Trabajar en un área común de forma interdependiente e interactuar con diferentes enfoques profesionales.
- Lograr un proceso diagnóstico estructurado, dinámico, multidimensional y multidisciplinario que permita identificar precozmente el deterioro funcional del adulto mayor, para después intervenir sobre ellos y monitorizar los cambios.
- Elaborar y establecer un plan de cuidado adecuado que se aplique a las diversas necesidades del adulto mayor.

Llenado de la historia clínica del adulto mayor, esta debe ser completada en varias sesiones, comprende tamizaje rápido, valoración funcional basada en el índice de Katz modificado (Ministerio de Salud Pública, 2010).

Valoración geriátrica integral	Escalas	Evaluación
Tamizaje rápido Anexo 8	Formulario correspondiente	Determina las condiciones geriátricas
Valoración Clínica y de Laboratorio	Formularios específicos de la Historia Clínica Única	Estado y condición de salud
Valoración Funcional	Índice de Katz modificado	Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)
Anexo 9	Lawton y Brody modificada	Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)3
Valoración Psíquica- Cognitiva	MMSE modificado	Déficit cognitivo
	Pfeiffer	Complementa evaluación estado cognitivo
Anexo 10	Yesavage modificada	Depresión
Valoración Nutricional	Mini nutricional Assessment MNA.	Estado nutricional
	Índice de masa corporal	Tendencias del estado nutricional
Anexo 11	Medidas antropométricas	
Valoración Social Anexo 12	Guijón, versión abreviada y modificada	Situación socioeconómica y familiar

FUENTE: Normas y protocolos de atención al adulto mayor del Ministerio de Salud Pública, 2010.

6. TAMIZAJE RÀPIDO

Tamizaje Rápido: Este cuestionario ayuda a identificar factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo y orienta al profesional de salud en la toma de decisiones oportunas.				Nivel		
				I	II	III
Actividad	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
Aplicación del cuestionario.	Personal seleccionado y capacitado.	• Primera consulta • Subsecuentes de acuerdo a la evolución y necesidades del paciente.	5 minutos	X	X	X

FUENTE: Normas y protocolos de atención al adulto mayor del Ministerio de Salud Pública, 2010.

Tomando en cuenta el aspecto de tiempo para la entrevista con el Adulto Mayor este cuestionario nos ayuda a identificar factores de riesgo condicionantes de deterioro funcional y que deben ser abordados en una forma adecuada, que de no ser así pueden conducir a incapacidad severa (Ministerio de Salud Pública, 2010).

PROBLEMA	ACCION	RESULTADO
Visión	Dos acciones: 1. Pregunte: ¿tiene Ud. dificultad para ver la televisión, leer o ejecutar cualquier actividad de la vida diaria a causa de su vista? 2. En caso afirmativo, evalúe una carta de Snellen con el uso de corrección óptica, si la tiene.	Respuesta afirmativa e incapacidad para leer > 20 / 40 en carta de Snellen.
Audición	Susurre al oído ¿me escucha Ud.?, de ambos lados.	No responde.
Movilidad de piernas	Tome el tiempo luego de pedir al sujeto: "Levántese de la silla, camine 5 metros rápidamente, de la vuelta y vuelva a sentarse".	Incapaz de completar la tarea en 15 segundos o menos.

CONTINÚA…

Incontinencia urinaria	Dos partes: 1. Pregunte: "¿en el último año, alguna vez se ha mojado al perder involuntariamente orina? 2. De ser así pregunte: ¿ha perdido involuntariamente orina en al menos 6 días diferentes?	Respuesta afirmativa a las dos preguntas.
Nutrición, pérdida de peso	Dos partes: 1. Pregunte: ¿ha perdido Ud., involuntariamente, 4.5 kg (10 lb) o más en los últimos 6 meses? 2. Pese al paciente.	Respuesta afirmativa o peso < de 45.5 kg2.
Memoria	Mencione tres objetos: árbol, perro y avión. Al cabo de un minuto pida que recuerde los tres objetos mencionados.	Incapaz de recordar los tres objetos.
Depresión	Pregunte: ¿Se siente Ud. triste o deprimido?	Respuesta afirmativa.
Incapacidad física	Seis preguntas. ¿Es Ud. capaz de: 1. ejecutar acciones pesadas como andar en bicicleta o caminar rápidamente? 2. ¿Realizar tareas pesadas en el hogar como lavar ventanas, pisos o paredes? 3. ¿Salir de compras? 4. ¿Ir a lugares a donde tenga que tomar algún medio de transporte? 5. ¿Bañarse solo, en tina, ducha o regadera? 6. ¿Vestirse sin ayuda alguna?	Respuesta negativa a cualquiera de las preguntas

FUENTE: Normas y protocolos de atención al adulto mayor del Ministerio de Salud Pública, 2010.

7. VALORACIÒN CLÌNICA Y DE LABORATORIO

Valoracion Clínica y Laboratorio: Es un proceso diagnóstico multidimensional y multidisciplinario, que debe ser realizado por profesionales médicos/as, ante un evento agudo o crónico, clínico o quirúrgico, a través de todos los pasos de la historia clínica geriátrica, para llegar a un diagnóstico. Es la primera intervención dentro del continuo asistencial y progresivo, que permite aplicar la Valoración Geriátrica Integral (Primera consulta).				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
1. Atención motivo de la consulta - Valoración Clínica y Laboratorio. - Plan de tratamiento de acuerdo al caso. - Aplicación de valoraciones geriátricas específicas, según caso y situación. - Post consulta. - Referencia al nivel superior, si el caso amerita. - IEC familia y / o cuidador. - Control y seguimiento.	Médico y Enfermera, Equipo Inter-disciplinario	1).-Demanda	30 minutos	X	X	X
2. Cita programada - Valoraciones específicas: detectar riesgo y evitar complicaciones. - Plan de intervención. - Post consulta. - Asistencia continua y progresiva a domicilio (EBAS). - Inscripción a grupos organizados de AM o redes de apoyo formales e informales. - Referencia al nivel superior si el caso amerita. - IEC e involucramiento a la Familia o cuidador. - Control y seguimiento.	Médico y Enfermera, Equipo Inter-disciplinario	2).-Anual	30 minutos	X	X	X
3. Atención evento agudo - Valoración Clínica y Laboratorio - Valoración geriátrica Integral. - Interconsulta si el caso requiere. - Tratamiento específico. - vigilancia médica. - Cuidados específicos de enfermería.	Médico y Enfermera, Equipo Inter-disciplinario	Demanda o referencia	8 a 12 días		X	X

FUENTE: Normas y protocolos de atención al adulto mayor del Ministerio de Salud Pública, 2010.

8. SÌNDROME DE DISMOVILIDAD SEGÙN NORMAS DEL MINISTERIOS DE SALUD PÚBLICA:

8.1 DEFINICIÒN

Se define como **“la molestia, dificultad y/o imposibilidad para movilizar parte del cuerpo y/o trasladarse, secundaria a situaciones de origen biológico, mental, social, espiritual y/o funcional; que afecta la calidad de vida y/o que tiene riesgo de progresión”** según Dinamarca José Luis (2007).

Al mismo tiempo que define “molestia” como aquella movilidad que permite lograr lo deseado sin alterar el curso físico normal del movimiento “dificultosa” aquella movilidad que permite lograr lo deseado pero que altera para ello el curso físico normal del movimiento.

Se caracteriza por la reducción de la tolerancia al ejercicio progresiva con debilidad muscular y, en casos extremos, pérdida de los automatismos y reflejos posturales que imposibilitan la deambulación (Triolo, 2014).

Por lo que en la actualidad se define como síndrome de “dismovilidad” al síndrome antes conocido como “inmovilidad” no porque se trate de una patología diferente sino debido a la practicidad en la comprensión y reconocimiento del estado del paciente con el objetivo de mostrar la capacidad potencial de mantener con la intervención apropiada el estado motriz del paciente e impedir su progresión a la inmovilidad propiamente dicha (Dinamarca, 2007).

La capacidad de movilización es un indicador de nivel se salud del anciano y de su calidad de vida, determinando su grado de dependencia y del riesgo de deterioro y de desarrollo de complicaciones médicas y candidato a hospitalización (Organización mundial de la salud, 2014).

8.2 EPIDEMIOLOGÌA

La secretaría de salud de México (2011) se estima que después de los 65 años el 18% de las personas tiene problemas para movilizarse sin ayuda, y a partir de los 75 años más de la mitad tiene dificultades para salir de la casa, estando un 20% confinado a su domicilio. De los ancianos con dismovilidad aguda, entendida como la pérdida rápida de la independencia en la movilidad durante un mínimo de tres días, el 33% muere en un plazo de tres meses y más de un 50% a los 12 meses.

Las estadísticas muestran que hasta un 20% de los adultos mayores de países en vías de desarrollo tienen importantes dificultades en su desplazamiento y la mitad de ellos se encuentran en estado de postración (secretaría de salud de México, 2011)

La dismovilidad aumenta con la edad y más aún en las mujeres, en la comunidad española en general se calcula que en el medio comunitario el 6% de la población mayor de 65 años presenta dificultad para movilizarse en su propia casa, el 12,7% para subir escaleras y un 12,4% para salir y andar en la calle. Por encima de los 80 años las cifras aumentan significativamente en un 15,25.6 a 27% de manera respectiva (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2006).

En el medio residencial 50% de los ancianos presentan algún problema de la de movilidad, con una prevalencia de 30% de dismovilidad significativamente clínico (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2006).

8.3 ETIOLOGÌA

Existen diferentes causas que en adulto mayor causan dismovilidad en mayor o menor grado, en el 80% de los casos interviene varios factores etiológicos y en el 20% pueden ser atribuidos a una única patología. (Organización Mundial de la Salud OMS, 2014).

8.4 FACTORES CONTRIBUYENTES Y FACTORES DETERMINANTES:

En la instauración de la dismovilidad pueden reconocerse factores contribuyentes y factores determinantes. Su descripción es interesante pues permite ordenarse y precisar el enfoque al momento de decidir una intervención.

8.4.1 FACTORES CONTRIBUYENTES:

Su presencia contribuye a la instauración de la dismovilidad, especialmente si coexisten en gran número pero no llevan *per se* a la dismovilidad, que una vez instalada estos factores la agravan (Dinamarca, 2012).

8.4.2 FACTORES DETERMINANTES:

La presencia de estos factores puede llevar *per se* sin coadyuvantes, a la instauración de la dismovilidad, lo que ocurre en casi todos los casos.

Todo aquello que contribuye en la capacidad de moverse y trasladarse puede ser causa de dismovilidad, el reconocer estos factores debe ayudar a la decisión de las medidas a implementar en el manejo de esta enfermedad (Dinamarca, 2012).

8.5 CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE LA DISMOVILIDAD

Dinamarca (2007) sostiene que la dismovilidad tiene una historia natural como cualquier otra enfermedad, con la característica de ser de “carácter expansivo”, que no solo afecta al paciente, sino al entorno, adquiriendo la capacidad de “transformar en paciente a todos los que lo rodean”.

8.5.1.- Autoperpetuación (Efecto De “Circulo Vicioso”); La dismovilidad es capaz de autoperpetuarse. Cada una de sus consecuencias influirá negativamente en las demás y sobre ella misma.

8.5.2.- Negación (“Efecto Lineal”); De relativo a absoluto, de leve a severo, de independiente a dependiente, la dismovilidad será peor si se deja que evoluciona sola. La molestia, progresará a dificultad; dificultad progresará a imposibilidad para moverse o trasladarse.

8.5.3.- Ampliación (“Efecto Expansivo”); Del paciente al cuidador; del cuidador a la familia; de la familia a los vecinos, los vecinos al barrio.

8.5.4.- Deterioro Múltiple (“Efecto de bomba de racimo”); La dismovilidad es una enfermedad mortal que ataca permanentemente, en forma multidimensional y variable llevando a la aparición de otros síndromes geriátricos.

		FACTORES	
		CONTRIBUYENTES	**DETERMINANTES**
C A U S A L E S	**CONDICIONES ESTADISTICAMENTE ASOCIADAS A EDADES GERIÁTRICAS**	• Disminución de la propiopercepción y del tiempo necesario de reacción. • Perdida de la masa ósea y muscular. • Disminución de la fuerza muscular. • Disminución del nivel de actividad. • Envejecimiento, sobreprotección. • Duelos. • Crisis de fe.	• Alteración de la sensibilidad baroceptora. • Alteración de la vista.
	CONDICIONES PATOLÓGICAS ASOCIADAS A EDADES GERIÁTRICAS	• Artrosis inicial. • Hipoacusia. • Anemia. Incontinencia urinaria. • Hernias inguinales, crurales, inguinales. • Ortotatismo. • Hospitalización. • Polifarmacia. • Ansiedad.	• **Plejia, paresia o rigidez** (Accidente Vascular Encefálico; Parkinson; Hidrocefalia normotensiva). • **Dolor** (Artropatías, Cáncer, Enfermedad Arterial

		• Trastornos del ánimo. • Síndrome demencial. • Obstáculos ambientales. • Maltrato.	Obstructiva, Ulceras De La Piel, Gastritis). • **Disminución de la resistencia del ejercicio** (desnutrición, EPOC, insuficiencia cardíaca).

FUENTE: Dismovilidad en geriatría, Dinamarca, J, 2012.

8.6 ETAPAS DE LA DISMOVILIDAD

8.6.1 Generalidades:

La dismovilidad sigue un patrón evolutivo bastante característico, no necesariamente lineal, pero si evidentemente progresivo, el obviar etapas se debe principalmente a eventos sobreagregados o a la descompensación de patología crónica asociada.

8.6.2 Etapificación de la Dismovilidad

La definición de la etapa de la Dismovilidad en la que se encuentre el paciente es de radical importancia, pues permite definir el nivel de atención; determinar las medidas terapéuticas y preventivas; contar con un patrón de referencia de la eficacia de las medidas implementadas; establecer pronóstico funcional (Estable, en riesgo de Progresión, en Progresión); y sienta una importante referencia de base para determinar el pronóstico vital (Dinamarca, 2007).

8.6.3 Etapas de la Dismovilidad

Para determinar la etapa debe comenzarse con la definición del nivel de alteración que presenta el paciente. Esto debe establecerse en base a la

observación clínica, a los datos aportados por los cuidadores, redes sociales de apoyo o por el mismo paciente (Dinamarca, 2007).

Las etapas descritas se refieren a las alteraciones en la capacidad de trasladarse, sin que necesariamente exista una alteración de la motricidad. Esto permite asumir la existencia de condiciones mejorables bajo la forma de un diagnóstico médico, lo que permite a su vez la intervención terapéutica y/o preventiva (Dinamarca, 2012).

La determinación de la etapa en que se encuentra el paciente debe hacerse **en base a su vida habitual**, no en lo que sería capaz de hacer.

En las etapas propuestas se hacen presentes 2 momentos de quiebre como la etapa 1 y la etapa 2; y entre la etapa 2 y la 3; esto es, entre el paciente que tiene una vida de pedestación al que tiene una vida principalmente sedente, y entre el paciente que tiene una vida sedente al que tiene una vida de cama. Las etapas 3, 4 y 5 corresponden a sub-etapas del Encamamiento (Dinamarca, 2004):

ETAPAS						
		1	2	3	4	5
		Permanece la mayor parte del día de pie. (Pero con algún grado de molestias, dificultad o imposibilidad en la movilidad y/o traslado)	Permanece la mayor parte del día sentado.	Permanece la mayor parte del día acostado,		
				con capacidad de levantarse o incorporarse	con capacidad de movilizarse en la cama	sin capacidad de movimiento en la cama.
SUBETAPAS	A	Camina sin ayuda	Se sienta y se incorpora solo	Puede salir de la cama solo o con ayuda	Puede movilizar extremidades superiores e inferiores y/o puede realizar giros sin ayuda	Puede expresarse y darse a entender
	B	Camina con ayuda (Técnica o de terceros) (Incluye caminar apoyándose de muebles o paredes)	Deben sentarlo y/o incorporarlo.	No puede salir de la cama, pero puede incorporarse y sentarse al borde de ella	Puede movilizar extremidades superiores o inferiores. Necesita ayuda para realizar giros	No puede expresarse, no puede darse a entender

FUENTE: Dismovilidad en geriatría, Dinamarca, J, 2012.

De este modo, se tiene:

- **ETAPA 1:** Paciente con vida de pedestación.
- **ETAPA 2:** Pacientes con vida sedente.

Los subcriterios de la etapificación propuestos permiten establecer el grado de estabilidad de cada paciente en esa etapa y, por lo mismo, permiten determinar cuál será el comportamiento de la dismovilidad y los objetivos del manejo (Dinamarca, 2012).

8.6.4 Subetapas y riesgo de progresión:

Permiten establecer el grado de estabilidad de cada paciente y permite determinar el comportamiento de la dismovilidad y los objetivos del manejo, siguen el eje continuo A>B>A>B>A>B por cada etapa, donde las etapas B son de transición, casi siempre la dismovilidad no regresa sola, en el anciano excepto limitados casos la dismovilidad siempre progresará (Dinamarca, 2012).

SUBETAPAS A → >Independencia

SUBETAPAS B → >Dependencia.

8.7 EVOLUCIÓN DE LA DISMOVILIDAD

8.7.1 Formas de instalación:

La dismovilidad progresa en forma lineal, una vez instalada, la dismovilidad de instalación aguda progresará en forma más rápida, es la que se diagnostica con mayor acuciosidad y rapidez ya que la perdida de funcionalidad es abrupta y en evidente relación a la actividad previa del paciente, sin embargo, ambas se diagnostican una vez que existe un deterioro importante.

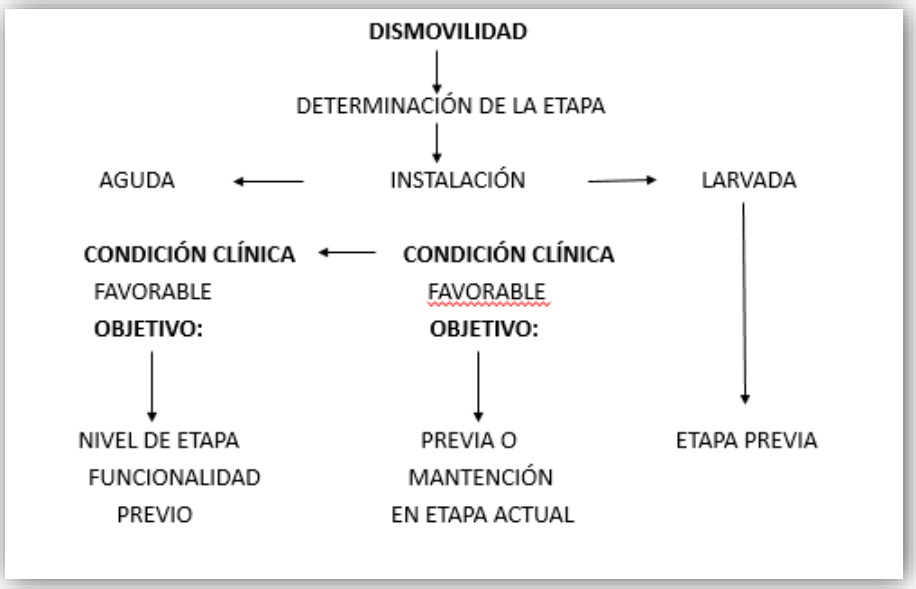
8.7.2 DISMOVILIDAD AGUDA: existe un tiempo de evolución corta entre el evento desencadenante y el diagnóstico y el nivel de funcionalidad previo del paciente suele ser normal, y obvia varias etapas a la vez y progresa rápidamente a otras etapas, cuando existe compromiso de 2 o más etapas en menos de 72 horas debe ser considerado como una URGENCIA GERIATRICA, por su gran morbimortalidad, pérdida de la funcionalidad y compromiso de la calidad de vida (Dinamarca, 2012).

	Dismovilidad Larvada	Dismovilidad Aguda
Forma de instalación	• Lenta y solapada	• Abrupta, generalmente espectacular
Etiología (ejemplos)	• Osteoporosis • Síndrome Metabólico • Déficit vitamínicos • Trastornos esfinterianos • Tabaquismo - EPOC • Hipercortisolismo • Osteoartrosis • Demencias • Déficit sensoriales • Estitiquez • Alcoholismo • Hipotiroidismo	• Caídas • Infarto al miocardio • Fecaloma • Delirium • Enfermedad tromboembólica • Infecciones (Urinaria, respiratoria) • Fractura de cadera • Infarto cerebral • Retención urinaria • Depresión
Evolución	• Múltiples patologías crónicas que producen el síndrome. • Signosintomatología: Alta variabilidad en el tiempo. Evolución inespecífica en el largo plazo. • Buena respuesta al manejo médico-farmacológico y estilos de vida saludable. • Escasa morbimortalidad secundaria.	• Fallo homeostático agudo por patología crónicamente descompensada. • Bastante específica y evidente. Evolución típica en corto tiempo. • Respuesta variable ante el tratamiento agudo. Alta probabilidad de secuelas, complicaciones y recaídas. • Alta morbimortalidad secundaria.
Diagnóstico	• Paciente y familiares tienen diversas opiniones acerca del diagnóstico. • El paciente "convive" con la patología durante mucho tiempo, antes de realizarse una hipótesis diagnóstica. • Lugar: Generalmente en atención ambulatoria (consultorios, consultas privadas) o domiciliaria.	• Paciente y familiares sospechan con alto nivel de certeza un mismo diagnóstico. • En un tiempo muy corto se establece al menos un diagnóstico sindromático. • Generalmente en el primer centro asistencial donde acuda el paciente. Alto porcentaje en unidades de emergencia.

FUENTE: Dismovilidad en geriatría, Dinamarca, J, 2012.

8.7.3 DISMOVILIDAD LARVADA: progresa lentamente, con periodos laxos entre una etapa y otra, que pueden sufrir periodos de traslape, lo que dificulta determinar la etapa precisa en la que se encuentra, con diagnóstico más tardío y varias

enfermedades causales. A veces el diagnostico se realiza por la presencia de un evento agudo, la dismovilidad aguda ocurre como una complicación de la dismovilidad larvada (Dinamarca, 2012).



FUENTE: Dismovilidad en geriatría, Dinamarca, J, 2012.

8.8 GRUPOS DE INFLUENCIA:

Constituidos por:

a. **Paciente:** la historia natural de la dismovilidad es la progresión, pasando por las distintas etapas, hasta llegar al encamamiento terminal y la muerte.
b. **El cuidador, y la red social de apoyo (RSA)**: los cuidadores constituyen un grupo importante por el gran número de personas involucradas y la influencia de estas en la evolución del paciente, salvo contadas ocasiones los pacientes que carecen de una red social de apoyo evoluciona de una forma rápida al encamamiento y la muerte.

8.9 MANEJO DEL PACIENTE CON DISMOVILIDAD SEGUN NORMATIVA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP):

8.9.1 OBJETIVOS

1. Reconocer las causas de dismovilidad.
2. Conocer las complicaciones del reposo prolongado.
3. Reconocer la necesidad de un abordaje interdisciplinario para corregir el problema.
4. Elaborar y ejecutar un plan para la prevención de complicaciones.
5. Identificar las indicaciones para referencia a otro nivel de atención.

8.9.2 HISTORIA CLÌNICA

8.9.2.1 Anamnesis:

Descarte en primer lugar las causas de dismovilidad aguda. Determine condiciones iniciales de funcionalidad e inicio del problema (Ministerio de salud pública del Ecuador, 2013).

8.9.2.2 Averigue sobre:

- Medicamentos.
- Enfermedad aguda.
- Restricción o sujeciones.
- Enfermedad de los órganos sensoriales.

8.9.2.3 Detecte factores de riesgo:

- Medicamentos.
- Medio donde vive el adulto mayor (escaleras, obstáculos en la vivienda, entre otros).

• Obesidad.

• Vasculopatía periférica.

• Insuficiencia cardiaca.

• Enfermedad del aparato locomotor.

• Insuficiencia respiratoria.

• Desnutrición.

• Afecto.

• Desacondicionamiento físico.

• Trastornos de la vista y la audición.

• Enfermedad oncológica.

• Enfermedad terminal.

• Accidente vascular cerebral.

• Las fracturas de cadera.

8.9.3 RECONOZCA EL GRADO DE DISMOVILIDAD:

8.9.3.1 Alteración Leve.- Dificultad para deambular distancias largas o subir escaleras.

8.9.3.2 Alteración Moderada.- Dificultad para realizar en forma independiente su movilización dentro del hogar.

8.9.3.3 Alteración Severa.- Va desde la dificultad para la movilización independiente de su cama o sillón para realizar las actividades básicas de la vida diaria, hasta la inmovilidad total.

Usualmente la dismovilidad es ignorada como un problema en sí mismo y más bien se acude al médico por las consecuencias de la misma (Normas y protocolos de atención al adulto mayor del Ministerio de Salud Pública, 2010).

8.9.4 EXÀMEN FÌSICO

8.9.4.1 Realizar Evaluación Geriátrica Integral Según Normas del Ministerio de Salud Pública:

- Evaluación mental y del estado de ánimo.
- Evaluación social .Valoración Funcional basado en la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) índice de katz modificado (ANEXO II).

8.9.4.2 Escalas Para Evaluar Discapacidad:

El índice de Katz asigna la puntuación de 2 puntos a la actividad que se hace sin apoyo o con mínima ayuda, o sea independientemente (I); 1 punto si necesita moderado nivel de ayuda (A); y 0 si es totalmente dependiente (D). Esta puntuación inicial es significativa como medida de base y su disminución a lo largo del tiempo indica deterioro; también puede servir para clasificar a la población objeto en una escala continua de más o menos autonomía (Normas y protocolos de atención al adulto mayor del Ministerio de Salud Pública, 2010).

El índice de Katz tiene la ventaja, que facilita preveer el orden en la pérdida de funciones e intensificar la intervención sobre ellas.

- Tolerancia al esfuerzo.
- Valoración de la marcha y el balance.

8.9.4.3 Reconozca complicaciones de la dismovilidad:

- Úlceras por decúbito (por presión).
- Contracturas.
- Estreñimiento.
- Trombosis y embolia.
- Incontinencia urinaria.

• Reducción de los volúmenes sanguíneos.

• Atrofia muscular.

• Insuficiencia respiratoria (neumonía).

• Hipotensión ortostática.

• Depresión.

• Cambios físicos asociados a deprivación sensorial y/o deprivación social.

8.9.4.4 Diagnosticar principales causas:

• Enfermedad articular degenerativa.

• Estados post-fractura de cadera.

• Enfermedad vascular cerebral (EVC).

• Falta de acondicionamiento físico, asociado a:

• Enfermedad aguda.

• Estados depresivos.

• Dolor.

• Medicamentos (ej: benzodiazepinas, metoclopramida, cinarizina, haloperidol).

8.9.4.5 Otras causas:

Músculo – esqueléticas:

• Osteoporosis.

• Fracturas (cadera o fémur).

• Trastornos de los pies.

Neurológicas:

• Enfermedad de Parkinson.

• Enfermedades degenerativas del sistema nervioso.

• Neuropatías.

Cardiovasculares:

• Insuficiencia cardíaca crónica severa.

• Enfermedad coronaria (angina frecuente).

• Enfermedad vascular periférica (claudicación).

• Enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa.

Pulmonares

Otras:

• Trastornos de la visión.

• Miedo (inestabilidad y miedo a caer).

• Inmovilidad forzada (asilos u hospitales).

8.10 COMPLICACIONES DEL SINDROME DE DISMOVILIDAD

La dismovilidad trae consecuencias fisiológicas y patológicas adicionales a los propios de la edad avanzada y empeora su pronóstico de las patologías subyacentes y comprometen la calidad de vida.

8.10.1 Sistema cardiovascular: Puede provocar tendencia sincopal y fatigabilidad, disminución de la tolerancia al ejercicio, reducción del volumen circulante y riesgo de desarrollar complicaciones.

8.10.2 Sistema osteomuscular: Se produce atrofia y debilidad muscular, disminuye la masa ósea, contracturas musculares, rigidez, deformidad, posturas viciosas y osificaciones de predominio en articulaciones proximales.

8.10.3 Sistema respiratorio: Disminución de la capacidad vital respiratoria, aumento de producción de secesión mucosa y disminución movilidad ciliar, menor reflejo tusígeno que producen neumonías por aspiración y atelectasias.

8.10.4 Sistema nervioso y psicológico: Deprivación sensorial por falta de estímulo, cuadros de síndrome confusional, mayor deterioro cognitivo, trastornos de la atención, falta de motivación, depresión y aislamiento social.

8.10.5 Sistema digestivo: Disminución del apetito, trastornos de la deglución y enlentecimiento digestivo, tendencia al reflujo gastroesofágico, estreñimiento e impactación fecal.

8.10.6 Sistema genitourinario: Se ve afectado por la aparición de retención urinaria la incontinencia urinaria funcional, litiasis e infección del tracto urinario.

8.10.7 Sistema endocrino y hormonal: Pérdida de minerales y oligoelementos, puede haber hiperglucemia.

8.10.8 Dermatológicas: Áreas cutáneas dolorosas y eritematosas, maceración y atrofia, úlceras por presión que constituyen la principal complicación de la dismovilidad.

8.10.9 Área social: Aislamiento de la sociedad, incapacitación para el propio cuidado, agotamiento del cuidador e institucionalización.

8.11 TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento incluye intervenciones realistas u objetivas en busca de mejorar la calidad de vida y en evitar las complicaciones.

Antes de iniciar cualquier tratamiento debe asegurar las condiciones adecuadas de hidratación, nutrición, control del dolor, sueño adecuado, asegurar que la medicación vigente sea estrictamente la necesaria, así como la atención al aspecto externo personal, del entorno, del medio familiar y social (Ruiz, 2014).

Según la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2006) “La aproximación a la movilización debe realizarse de forma progresiva y debe tener como objetivo mínimo en todo paciente la consecución de la sedestación. El objetivo es restablecer la función tras la enfermedad o lesión, compensando la pérdida funcional o realizando una adaptación a la misma, la prevención de las complicaciones secundarias, aumentar el nivel de salud y disminuir la morbimortalidad”.

8.12 INTERVENCIONES GENERALES

8.12.1 Principios básicos:

• Tratar las enfermedades concomitantes.

• Prevenir complicaciones asociadas a la inmovilidad.

• Ser realista e individualizar las metas.

• Enfatizar el logro de la independencia funcional.

• Motivar y apoyar psicológicamente al paciente, familia y cuidadores.

• Programa de ejercicios prescritos.

• Visita domiciliaria para revisión del ambiente y dar recomendaciones.

• Uso de medios auxiliares (en la cocina, el vestirse).

• Uso de medios de seguridad (barandales, agarraderas,

• Elevación de los excusados, sillas para bañarse).

• Evaluar el nivel de movilidad (en cama, transferencias

• cama-silla, en silla de ruedas o andador; balance y marcha).

8.12.2 Tratamiento específico:

- **Movilización (activa y pasiva):** Evitar posiciones viciosas, hidratar.
- **Cardiovasculares:** Profilaxis de trombosis-inclinación a 45 grados.

- **Respiratorias:** Evitar anticolinérgicos y antitusígenos. Drenaje postural, ejercicios respiratorios.
- **Digestivas:** Nutrición, hidratación, estimular reflejo gastrocólico, emolientes fecales. Estímulo rectal digital, supositorios y lavado intestinal periódico.
- **Urinarias:** Vigilar retención urinaria. Hidratación.
- **Locomotrices:** Posicionamiento. Ejercicios pasivos (arcos de movimiento). Ejercicios isométricos e isotónicos. Reeducación de las transferencias y la marcha.
- **Cutáneas:** Vigilar presencia de úlceras por presión. Cambios frecuentes de posición. Evitar la maceración.
- **Metabólicas:** Evitar sedantes hipnóticos. Vigilar electrolitos, glucemia y función renal. Hidratación.
- **Psíquicas:** Estimulación sensorial. Apoyo emocional.

8.12.3 Objetivos de la terapia física y terapia ocupacional:

• Aliviar el dolor.

• Mantener y mejorar rango de arcos de movimiento.

• Mejorar la fuerza.

• Mejorar la realización de actividades motoras.

• Mejorar la coordinación.

• Mejorar la marcha y la estabilidad.

• Valorar la necesidad de medios auxiliares y enseñar su uso (bastón sencillo, de cuatro puntos de apoyo, andador, silla de ruedas).

8.13 AYUDAS TÈCNICAS

8.13.1 **Bastones:** Soportan el 15-20% del peso corporal y han de utilizarse con la extremidad contraria al lado afecto. La altura debe ser individualizada, y para calcularla se puede medir desde el suelo a la apófisis estiloides del cúbito. Está indicado en patología articular o neurológica, debilidad muscular, aligerar el dolor articular secundario a la marcha, aumentar la base de sustentación si existe inestabilidad, compensar deformidades o como punto de referencia en déficit sensoriales (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2006).

8.13.2 Muletas: Se usa en caso de debilidad muscular de las extremidades inferiores, imposibilidad de apoyar una de las dos extremidades inferiores, incapacidad importante para apoyar una de ellas o afectación del equilibrio. Pueden soportar todo el peso del cuerpo y deben usarse por corto tiempo, ya que las de ajuste axilar pueden producir lesión del plexo braquial (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2006).

8.13.3 Caminadores: Se recomienda su uso en períodos prolongados de inmovilidad, con debilidad generalizada o en la marcha inestable. Soporta el peso de una extremidad inferior, pero no todo el peso del cuerpo

8.13.4 Sillas de Ruedas: Tienen que adaptarse al peso, discapacidad y pronóstico del paciente. La silla tiene que distribuir las presiones de forma equilibrada. La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, (2006) manifiesta que “La estabilidad se consigue con la cabeza y cuello en posición vertical, caderas en ligera abducción y hombros en rotación interna, con los brazos y pies apoyados y la espalda ligeramente inclinada hacia atrás.”

8.14 Puntos clave para recordar:

Las alteraciones de la movilidad son determinantes en:

1. La autonomía para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
2. Mantenimiento de la funcionalidad.
3. Mantenimiento y desarrollo psicosocial.
4. El tratamiento debe ser objetivo (realista).
5. El trabajo en equipo es fundamental para la recuperación del paciente.

8.15 PRONÒSTICO

La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, (2006) declara que el síndrome de dismovilidad puede aparecer incluso después de un periodo corto de tiempo y su repercusión puede ser mucho más grave que la enfermedad de esencial subyacente, basta decir que un 50% de ancianos que se inmovilizan de forma aguda fallecen en un periodo aproximado de 6 meses.

Los autores D´Hyver y Gutiérrez (2009) en su estudio en Estados Unidos de Norteamérica donde se examinó la relación entre los indicadores de la inflamación y la limitación de la movilidad en ancianos, e identifico que la inflamación es pronostica de dismovilidad con independencia de eventos cardiovasculares y enfermedad severa.

8.16 CUIDADOS ESPECIALES DEL ADULTO MAYOR CON DISMOVILIDAD

Principalmente prevención de los problemas cutáneos: Aparición de úlceras por presión es una de las complicaciones más graves en el paciente con alteraciones de la movilidad.

Prevención de complicaciones cardiovasculares, complicaciones respiratorias, gastrointestinales, genitourinarias y de problemas psicológicos, con medidas higiénicas, dietéticas y apoyo psicológico (Victoria, 2014).

8.17 CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON SÌNDROME DE DISMOVILIDAD

Según la Organización mundial de la salud (2014) declara que “Dentro del grupo de 60 años y más, la mayoría de la población sufre pérdidas en su capacidad para realizar actividades de la vida diaria, derivadas frecuentemente de complicaciones físicas y de padecimientos crónico-degenerativos.”

Como parte de la atención a adultos mayores, y formando parte de los grandes síndromes geriátricos, la dismovilidad tiene una especial relevancia, no solo por su prevalencia en éste grupo de edad, sino por las implicaciones en el plano orgánico, psicológico y social que presentan los adultos mayores afectados (Ecuador. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010),

Es indudable que la disminución de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras aumenta la dependencia y el desarrollo de padecimientos que afectan la calidad de vida; generando una pérdida de autonomía no solo física sino social, con afección de marco social y psicológica donde hay un mayor riesgo de depresión asociados con sentimientos de dependencia además de índole financiera (Salgado, 2009).

Se estima que después de los 65 años el 18% de las personas tiene problemas para movilizarse sin ayuda y a partir de los 75 años más de la mitad tiene dificultades para salir de casa, estando un 20% asilado en su domicilio (Romero A, 2007).

El 50% de los pacientes ancianos que quedan en dismovilidad por un proceso agudo fallecen en un plazo de 6 meses y el 80% intervienen factores etiológicos, relacionados con los aspectos psicológicos, sociales, ambientales y los más frecuentes los relacionados a la esfera biológica, y a alteraciones del aparato

locomotor, aunque es posible establecer que en un gran número de casos, ya existía un nivel de dismovilidad previa a la aparición de estas causas; ya que por regla general, una vez que es posible determinar las enfermedades que afectan el área motora, el daño ya se encuentra establecido (Alonso C, 2006)

Corresponde a una entidad que debe ser considerada como una urgencia geriátrica que finalmente produce alteración a nivel de todas las esferas del ser humano, inminente deterioro de la calidad de vida del Adulto mayor y de quienes se encuentran a su cuidado, contribuyendo a un aumento de la morbilidad y mortalidad.

8.18 FLUJOGRAMA DEL SÌNDROME DE DISMOVILIDAD

FUENTE: Normas y protocolos de atención al adulto mayor del Ministerio de Salud Pública, 2010.

e. METODOLOGÌA

TIPO DE ESTUDIO:

El presente trabajo es un estudio Cuali-Cuantiativo, descriptivo, tipo transversal, en el cual se determinó la prevalencia y los factores de riesgo del síndrome de dismovilidad más frecuentes en adultos mayores a partir de los cuales se realizó una propuesta de intervención acorde a las necesidades de los Adultos Mayores con síndrome de dismovilidad.

DESCRIPCIÒN DEL ÀREA DE ESTUDIO

- **ÀREA DE ESTUDIO:**

Lugar: El presente estudio investigativo se lo realizó en el hogar de ancianos "Daniel Álvarez Sánchez" ubicado en la Calle Agustín Carrión Palacios, al norte de la ciudad de Loja.

Tiempo: periodo abril-julio del año 2014.

- **UNIVERSO:**

Adultos mayores que se encuentran asilados en el hogar "Daniel Álvarez Sánchez" que corresponde a un total 50 individuos, de los cuales en su totalidad cumplieron con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÒN:

- Adultos Mayores que se encuentren institucionalizados en el hogar "Daniel Álvarez Sánchez".
- Hombres y mujeres que accedieron a participar en el presente trabajo investigativo.

TÈCNICA

El presente trabajo investigativo se realizó previa autorización de la directora del asilo de ancianos Daniel Álvarez Sánchez (Anexo I), a través de hojas de recolección de datos (Anexo II), aplicada a cada participante.

El interrogatorio se aplicó en base ha: que grado de dificultad presenta para realizar actividades básicas de la vida diaria basada en el instrumento de índice de Katz según normativa del Ministerio de Salud Pública (Anexo III).

De igual manera se realizó la valoración funcional individual usando el instrumento de etapificación de la dismovilidad ETADI (Anexo IV).

Los antecedentes patológicos entre otros datos específicos se obtuvieron de las historias clínicas registradas en la institución Daniel Álvarez Sánchez a partir de la valoración geriátrica integral.

PROCEDIMIENTO Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÒN

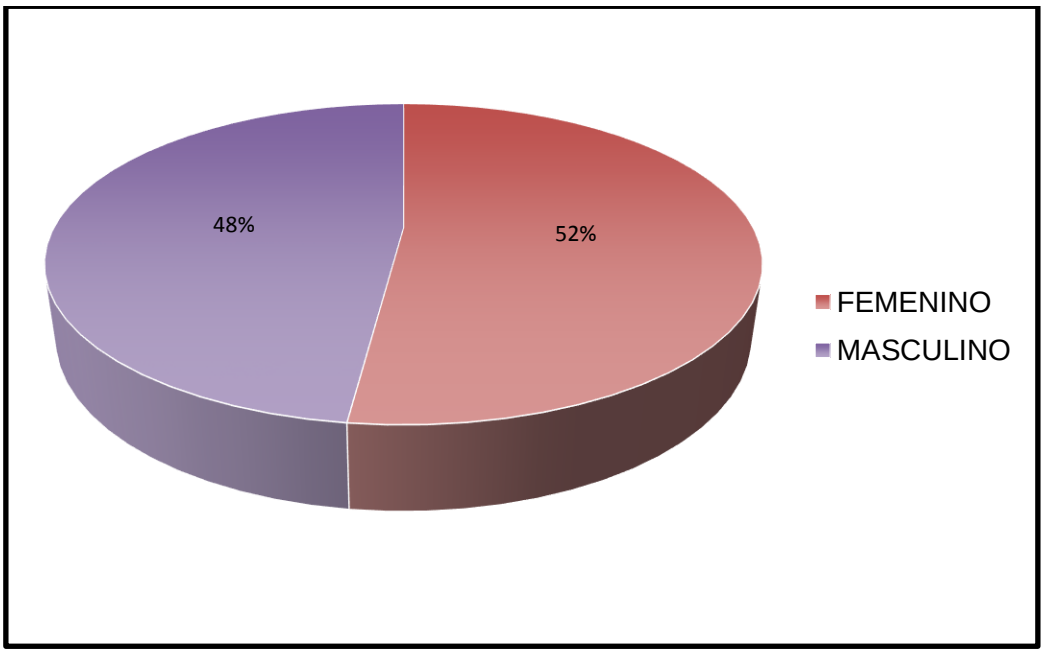
- ✓ Posterior a la recolección de datos, los resultados fueron representados en gráficos (pasteles), durante el proceso de tabulación, utilizando materiales tecnológicos tales como Microsoft Word y Excel.

- ✓ Finalmente se realizó la interpretación y análisis con sus respectivas conclusiones y recomendaciones.

f. RESULTADOS

Gráfico N° 1.

Factores de Riesgo del Síndrome de Dismovilidad en Adultos Mayores del Hogar "Daniel Álvarez Sánchez" Distribución de la Población según Género

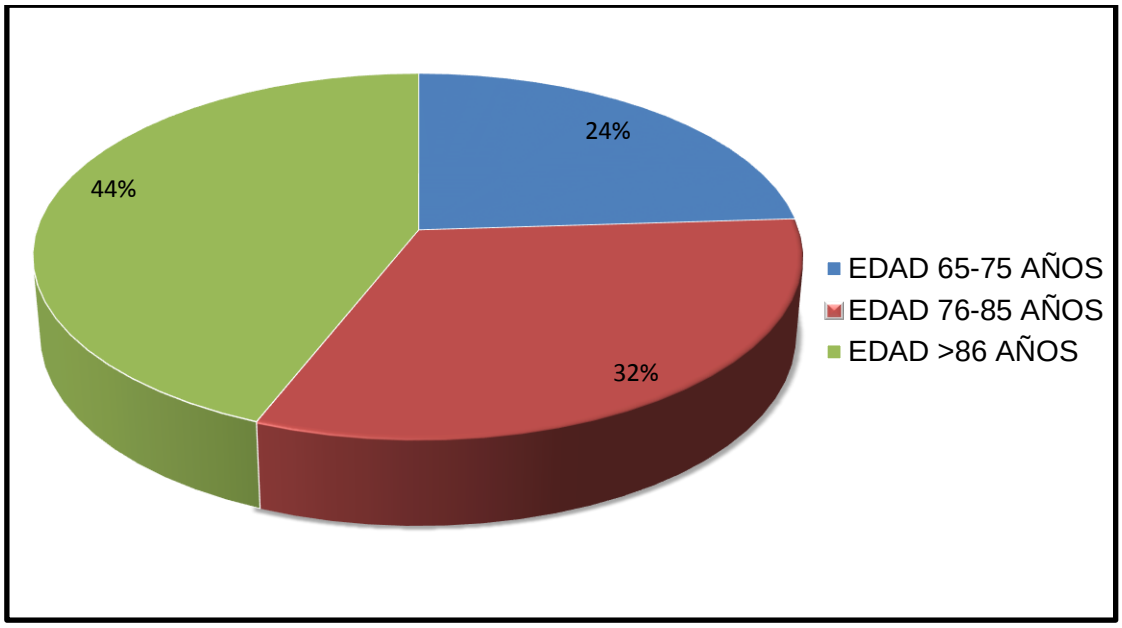


FUENTE: Historia clínica de los Adultos Mayores del Hogar "Daniel Álvarez Sánchez".
ELABORADO: Nelly Quiroga.

La población de estudio se encuentra conformada por el género femenino en un 52% y el género masculino en un 48% de Adultos Mayores.

Gráfico N° 2.

Factores de Riesgo del Síndrome de Dismovilidad en Adultos Mayores del Hogar "Daniel Álvarez Sánchez" Distribución de la Población según Edad

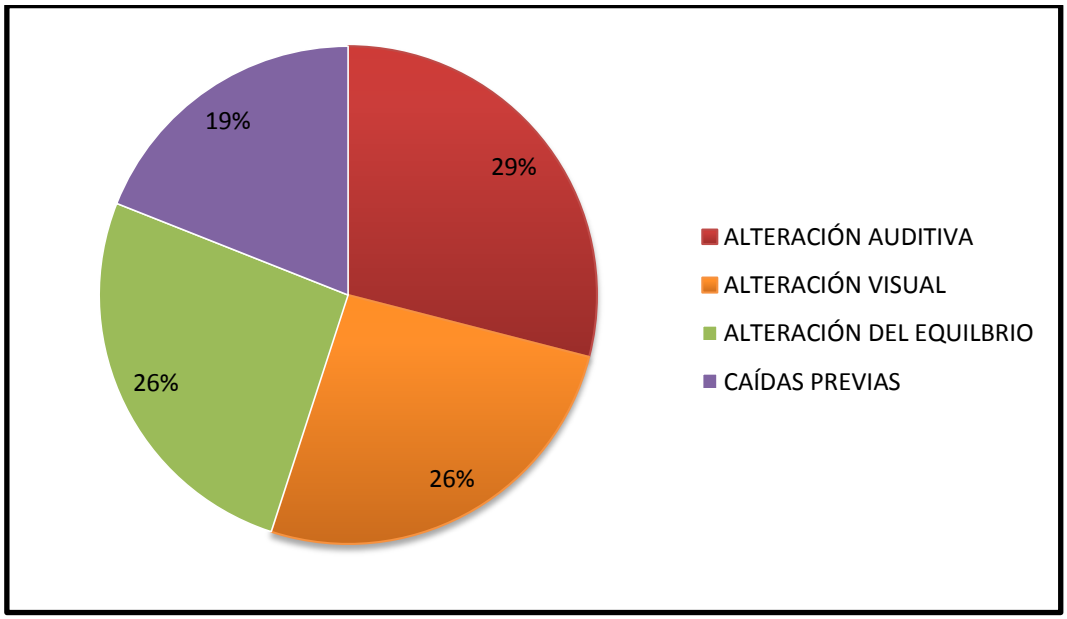


FUENTE: Historia clínica de los Adultos Mayores del Hogar "Daniel Álvarez Sánchez".
ELABORADO: Nelly Quiroga.

La población de estudio corresponde en la edad igual o mayor a 86 años en un 44%, seguido del intervalo de edad entre 76 a 85 años representando el 32%, y un 24% a la edad de 65 a 75 años.

Gráfico N°3

Factores de Riesgo del Síndrome de Dismovilidad en Adultos Mayores del Hogar "Daniel Álvarez Sánchez" presencia de Factores de Riesgo Sensoriales

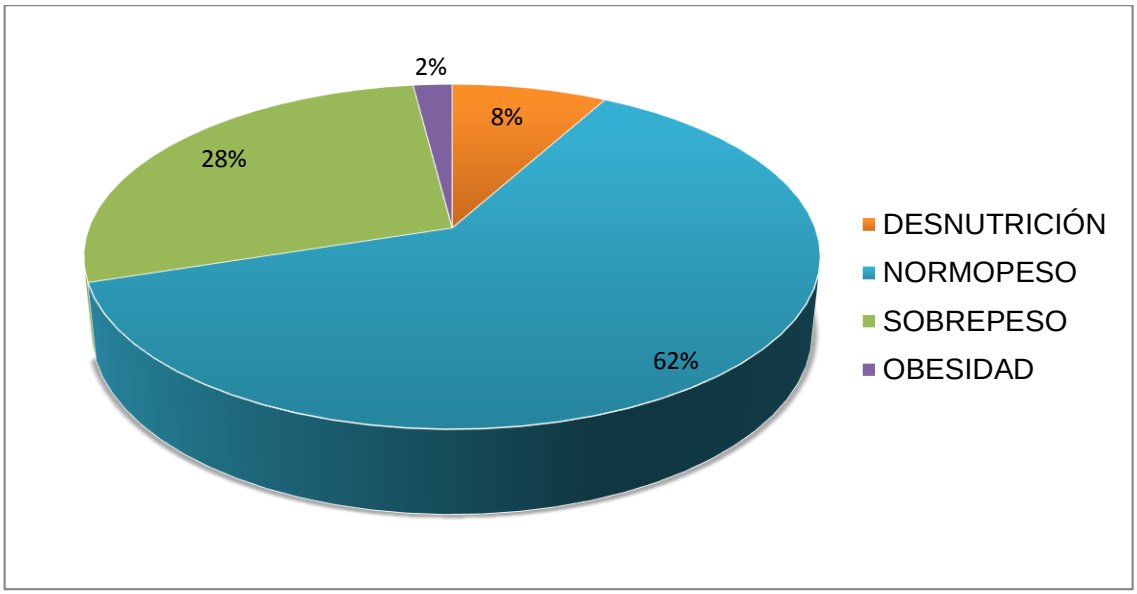


FUENTE: Encuesta a Adultos Mayores del Hogar "Daniel Álvarez Sánchez".
ELABORADO: Nelly Quiroga.

La población estudiada presenta disminución de la capacidad auditiva en el 29%, el 26% padece algún grado de dificultad visual, el 26% con alteración del equilibrio y el antecedente de haber sufrido una o más caídas anteriores del 19%.

Gráfico N° 4

Factores de Riesgo del Síndrome de Dismovilidad en Adultos Mayores del Hogar "Daniel Álvarez Sánchez" según Estado Nutricional

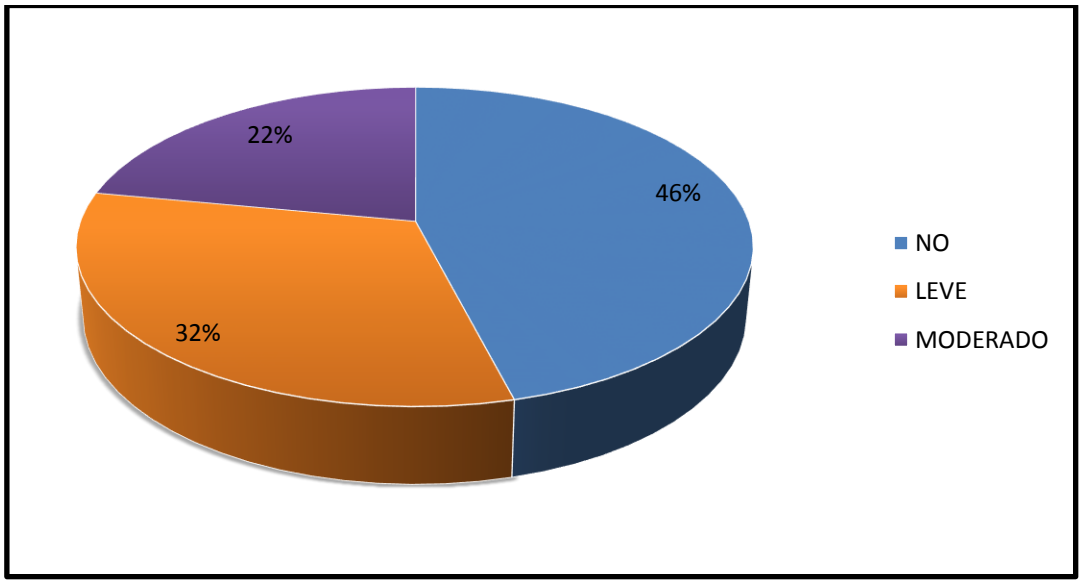


FUENTE: Historia clínica de los Adultos Mayores del Hogar "Daniel Álvarez Sánchez".
ELABORADO: Nelly Quiroga.

Los resultados obtenidos en la investigación muestran la presentación de normopeso en el 62% de ancianos asilados, el sobrepeso se presenta en un 28%, seguido de la desnutrición en el 8% y en minoría la presencia de obesidad en un 2% de la población.

Gráfico N° 5

Factores de Riesgo del Síndrome de Dismovilidad en Adultos Mayores del Hogar "Daniel Álvarez Sánchez" De acuerdo al Grado de Actividad Física



FUENTE: Encuesta a Adultos Mayores del Hogar "Daniel Álvarez Sánchez".

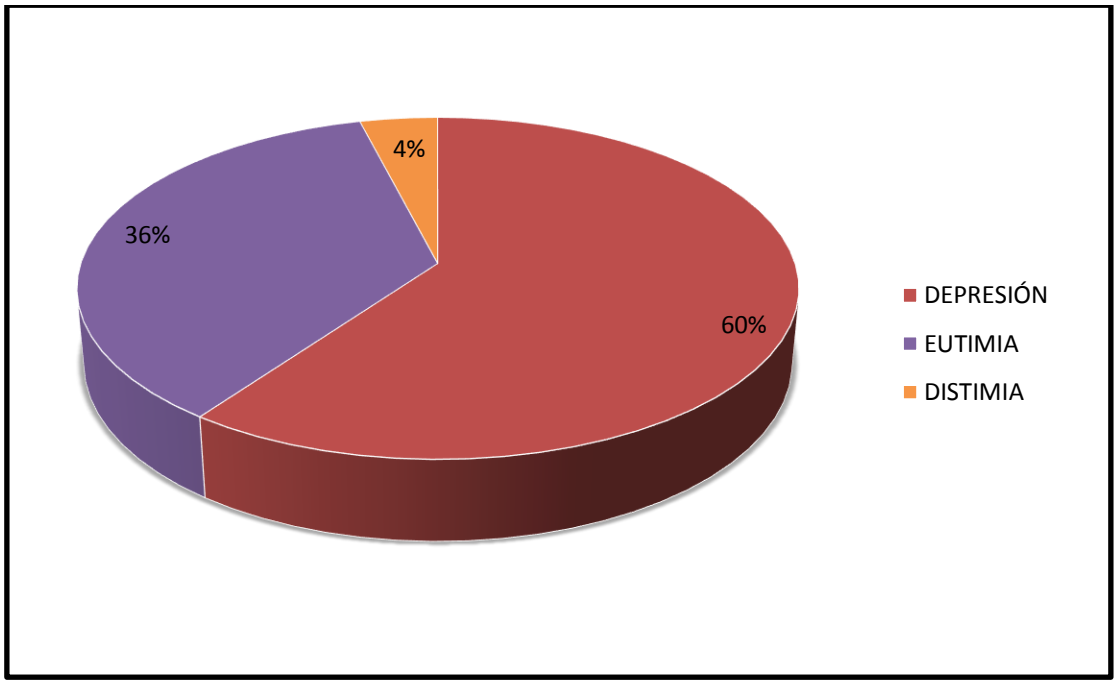
ELABORADO: Nelly Quiroga.

.

Evidenciamos que hasta el 46% de la población gerontológica no realiza actividad física significativa, en menor porcentaje del 32% se realiza actividad física leve, mientras que un 22% realiza actividad física en un nivel moderado.

Gráfico N° 6

Factores de Riesgo del Síndrome de Dismovilidad en Adultos Mayores del Hogar "Daniel Álvarez Sánchez" según Valoración del Estado Afectivo

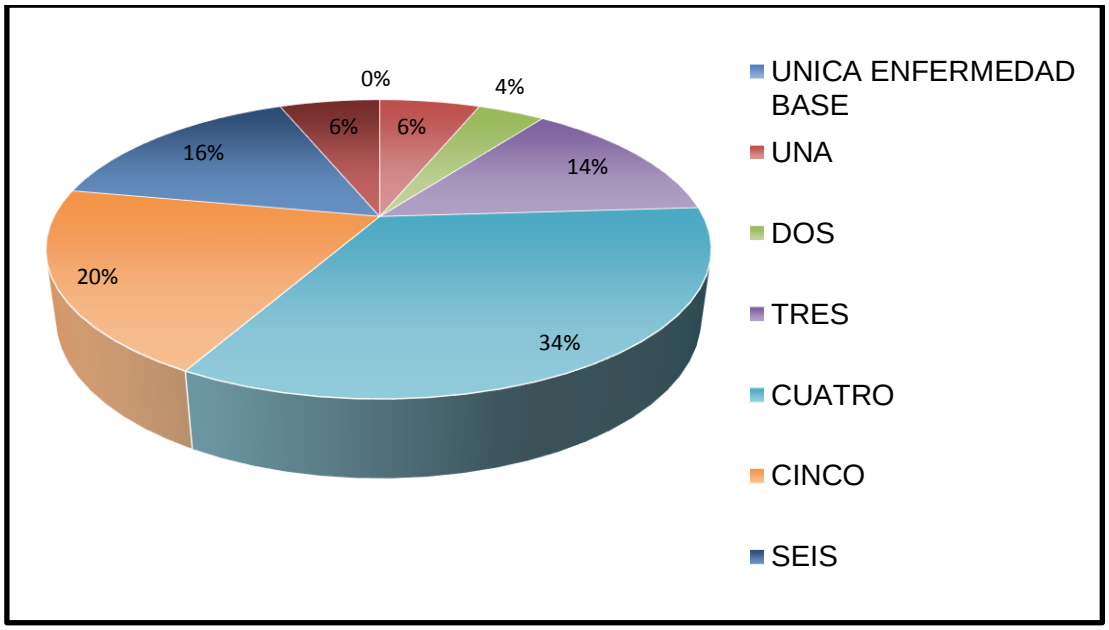


FUENTE: Historia clínica de los Adultos Mayores del Hogar "Daniel Álvarez Sánchez".
ELABORADO: Nelly Quiroga.

La investigación muestra que el 60% de individuos estudiados presenta depresión, seguido de la eutimia en el 36%, y la distimia afecta a un 4% de adultos mayores.

Gráfico N° 7

Factores de Riesgo del Síndrome de Dismovilidad en Adultos Mayores del Hogar "Daniel Álvarez Sánchez" según Número de Comorbilidades Asociadas

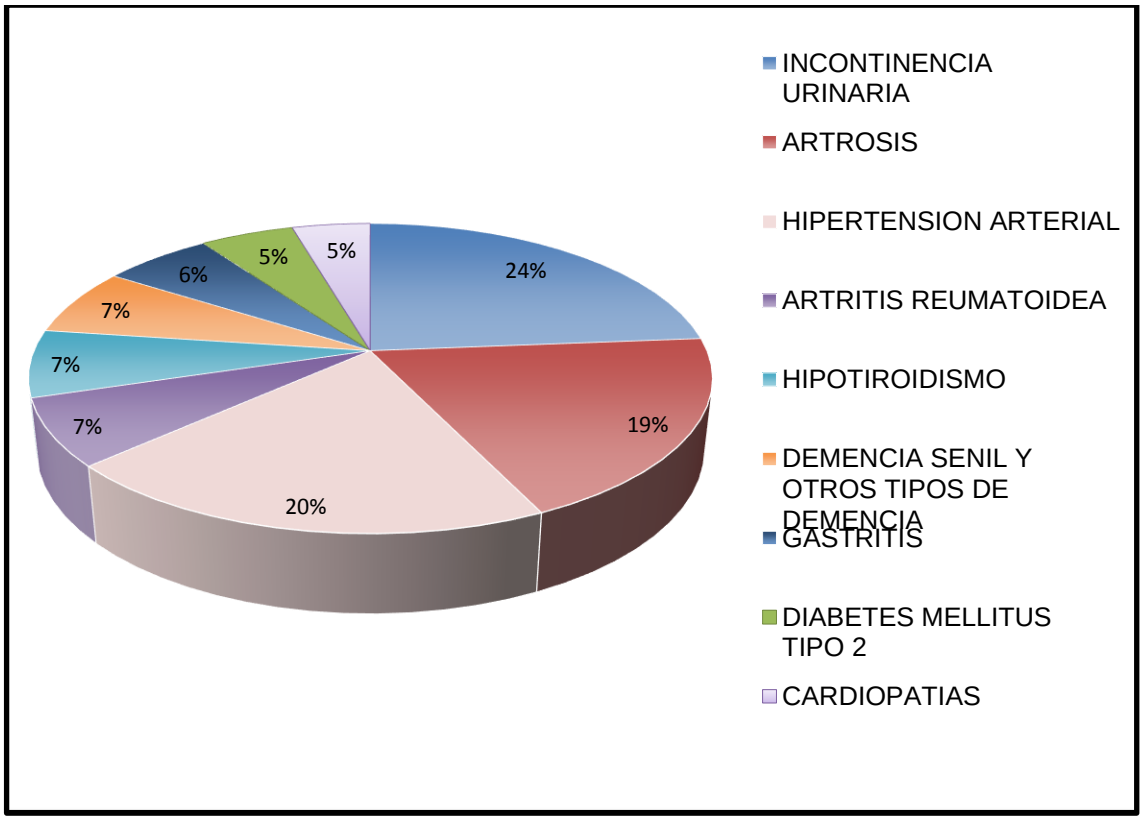


FUENTE: Historia clínica de los Adultos Mayores del Hogar "Daniel Álvarez Sánchez".
ELABORADO: Nelly Quiroga.

Del estudio realizado se deduce la predominancia cuatro enfermedades coexistentes en el mismo individuo en un 34%, cinco enfermedades en el 20%, y seis en el 16% de población geriátrica.

Gráfico N° 8

Factores de Riesgo del Síndrome de Dismovilidad en Adultos Mayores del Hogar "Daniel Álvarez Sánchez" Enfermedades Prevalentes

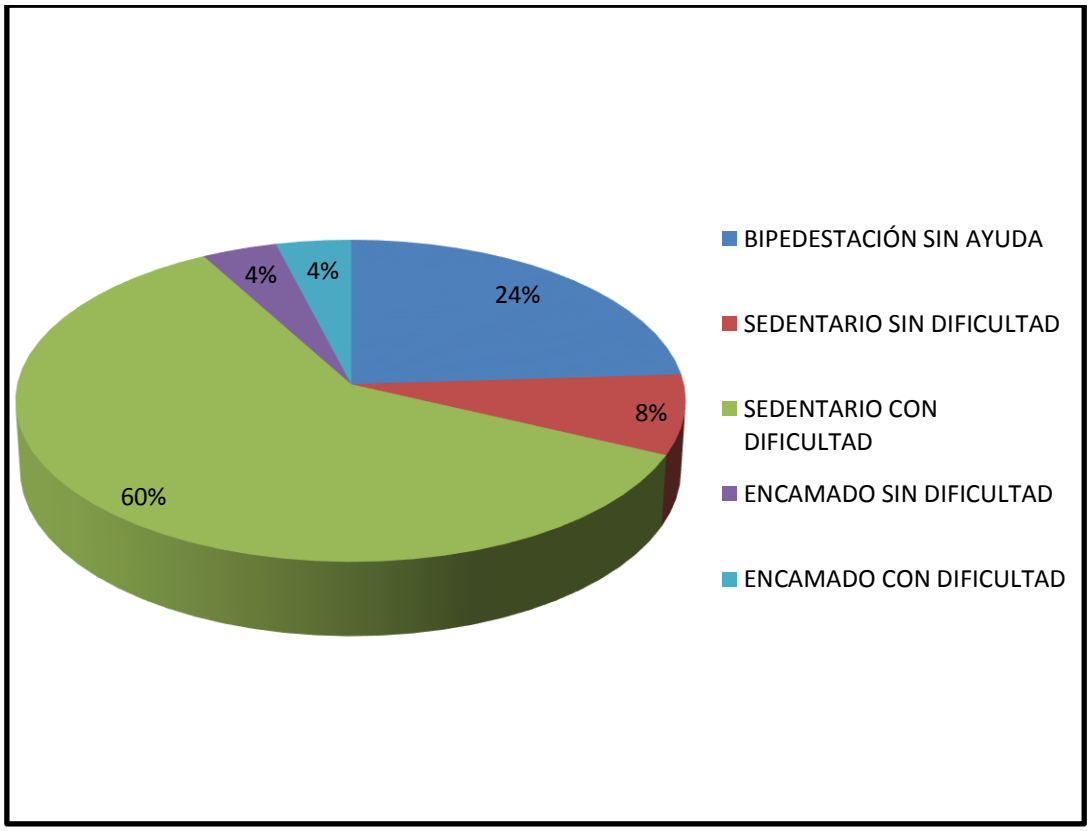


FUENTE: Historia clínica de los Adultos Mayores del Hogar "Daniel Álvarez Sánchez".
ELABORADO: Nelly Quiroga.

Las enfermedades predominantes corresponden a la incontinencia urinaria en el 24% de la población investigada, artrosis en el 19%, hipertensión arterial en un 20%, artritis reumatoidea, el hipotiroidismo, la demencia senil y otros tipos de demencia en una igual prevalencia del 7%.

Gráfico N° 9

Factores de Riesgo del Síndrome de Dismovilidad en Adultos Mayores del Hogar "Daniel Álvarez Sánchez" Grado de Dismovilidad

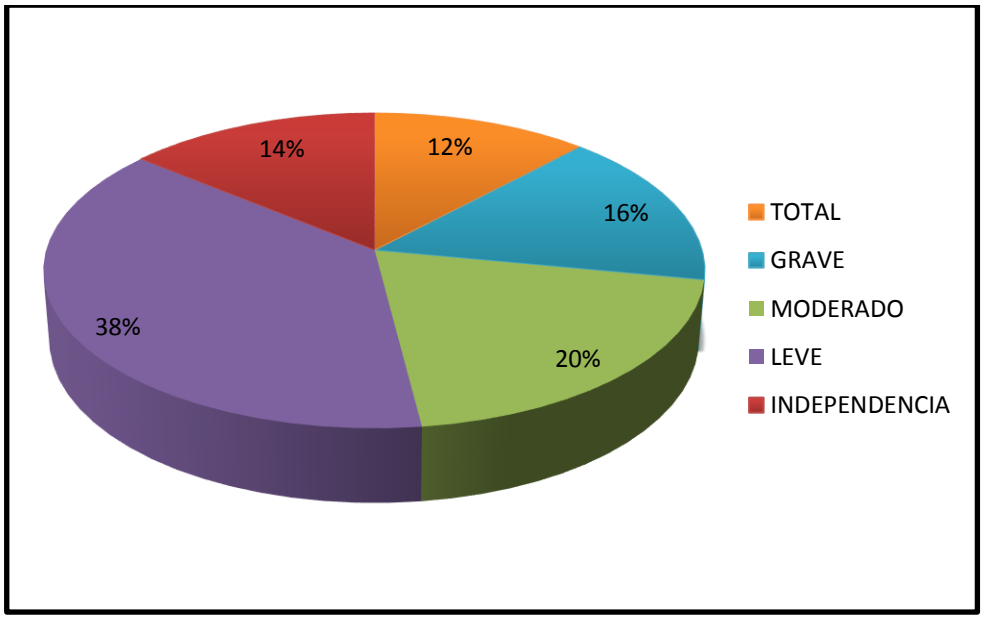


FUENTE: Valoración física realizada a los Adultos Mayores del Hogar "Daniel Álvarez Sánchez".
ELABORADO: Nelly Quiroga.

Es estudio muestra que el hasta el 60% de los individuos presenta un estilo de vida sedentario secundario a la dificultad para desplazarse, el 24% se traslada sin la necesidad de apoyo alguno, mientras que el sedentarismo sin una restricción propia para movilizarse se presenta en el 8% de adultos mayores.

Gráfico N° 10

Factores de Riesgo del Síndrome de Dismovilidad en Adultos Mayores del Hogar "Daniel Álvarez Sánchez" Grado de Dependencia para realizar Actividades Básicas de La Vida Diaria



FUENTE: Valoración física realizada a los Adultos Mayores del Hogar "Daniel Álvarez Sánchez".
ELABORADO: Nelly Quiroga.

Los adultos mayores investigados presentan un grado de dependencia leve en el 38%, seguido de una dependencia moderada en el 20% y el 16% de la población geriátrica muestra la necesidad de asistencia grave para realizar actividades básicas de la vida diaria.

g. DISCUSIÒN

En la presente investigación realizada en el hogar de ancianos “Daniel Álvarez Sánchez” determinamos lo siguiente:

La población de estudio corresponde a adultos mayores de género femenino del 52%, y masculino del 48%, con edad igual o mayor a 86 años en 44%, intervalo de edad entre 76-85 años que corresponde al 32%, y 24% a la edad de 65 a 75 años, que representa una óptima población de estudio a razón que la dismovilidad aumenta con la edad, según la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2007) el 18% de mayores a 65 años tienen problemas para moverse sin ayuda, a partir de los 75 años más del 50% tiene problemas para salir del domicilio y de ellos un 20% quedan confinados a su hogar.

La alteración sensorial corresponde a: presencia de lesiones auditivas 88% de la población de esta investigación, que corresponde a un porcentaje significativo y que es similar a lo referido en el estudio de Grettel Rojas Corrales (2009), donde las personas de edades entre 70 a 74 años se obtuvo un resultado de 72% de pérdida auditiva, tanto en personas en asilo de ancianos como en la población general.

Las alteraciones visuales se presentan en 76,7%, para la vejez avanzada de 90 años y más de la población de edad avanzada no institucionalizada, según los datos de las Naciones Unidas (2010), encontrándose en este estudio la similitud con 88% de nuestra población investigada.

Los trastornos del equilibrio presentes en 65% de esta población investigada concuerda con el estudio del Dr. Boris Hernández Briones, quien describe una afección similar respecto al equilibrio del 60,91% además, basándonos en la investigación de Juan Carlos Llibre GuerraI; y Milagros A. Guerra Hernández (2008) en México donde el 35,6% mostró riesgo moderado de caer, siendo importante la asociación entre riesgo de caídas y alteraciones de la marcha y el equilibrio como predictoras de caídas de la población geriátrica.

Los antecedentes de caídas previas afectan al 86% de la población del presente estudio, según Homero Gac E, Pedro Paulo Marín L. et al. (2010) en su investigación Caídas en adultos mayores institucionalizados, se estima que la incidencia anual de caídas en el anciano joven (65-70 años) es de 25% y llega a 35-45% al tener edad más avanzada (80-85 años), pero superados los 85 años el número de caídas reportadas disminuye, posiblemente por restricción de la actividad física, que conlleva al desuso y por tanto a la dismovilidad.

Respecto al estado nutricional los resultados con respecto al sobrepeso se presenta 28% de la población, la desnutrición 8% y la obesidad 2%, que concuerda con el estudio de Rocío Paz Letelier M. y Rodrigo Andrés Yanez Y. Chile (2009), donde el 61,54% padece de obesidad, y la desnutrición solo el 3,85%.

La inactividad física corresponde el 46%, la actividad física leve 32% y la actividad moderada de 22% de la población estudiada, los beneficios de la actividad física para las personas de edad avanzada puede reducir e inclusive prevenir diversas disminuciones funcionales asociadas con el envejecimiento, donde el entrenamiento para la resistencia en las personas adultas mayores conlleva un aumento del 10 al 30% en la función cardiovascular, semejante al que se observa en adultos jóvenes según la Organización Panamericana de la Salud(2006), por lo cual es importante mantener actividad física proporcional a las capacidades en cada etapa.

Respecto a la esfera emocional la depresión se encuentra hasta 60% de adultos mayores, y la distimia en 4%, donde llama la atención la depresión presente en 6,7 % de los pacientes mayores de la investigación de Juan Carlos Llibre Guerral; Milagros A. Guerra Hernández en el 2008, en adultos mayores en hospitalizados en Chile, que tiene un diferencia significativa con respecto a personas no asiladas en una institución.

En este estudio resalta la presencia predominante de cuatro patologías coexistentes en una misma persona en 34%, la presencia de cinco patologías

simultáneas en 20% y tres padecimientos en 14%, sin embargo según la Revista Española de Geriatría y Gerontología (2014) “la pluripatología no se asocia de manera ajustada con mortalidad, discapacidad incidente ni pérdida de movilidad en mayores de 70 años”, no obstante se podría dar una afectación de la movilidad dependiendo del estado biopsicosocial del paciente.

Las patologías asociadas son: incontinencia urinaria en 24% de la población, artrosis en 19%, hipertensión arterial en el 20%, artritis reumatoidea, hipotiroidismo y demencia senil y otros tipos de demencia en igual prevalencia del 7%, gastritis en 6% y diabetes mellitus tipo 2 y cardiopatías en igual porcentaje del 5% respectivamente, comparando al estudio del anterior citado Dr. Boris Hernández Briones en Guatemala (2013), donde la enfermedades prevalentes en pacientes ancianos hospitalizados corresponden a: hipertensión arterial (46.2%), osteoartrosis (66.2%), insuficiencia circulatoria periférica (53.8%), cardiopatías (60.0%) y diabetes mellitus tipo 2 (43.1%), no se observa una relación directa con nuestros resultados.

Esta investigación demostró además que la mayoría de los adultos mayores presenta tendencia a la sedestación por dificultad orgánico funcional en 60%, en menor proporción la deambulación con asistencia en el 8% seguido y en menor frecuencia sedentarismo voluntario 8%, y encamamiento circunstancial con el 4% de los adultos mayores, esto concuerda con el estudio de Rocío Paz Letelier M. y Rodrigo Andrés Yanez (2009), en pacientes geriátricos hospitalizados no institucionalizados, donde se muestra un estilo de vida con bipedestación con necesidad de ayuda en el 57,69% y en el sedentarismo involuntario en 30,77% principalmente.

Finalmente la mayoría de adultos mayores de la población de estudio presentan un grado de dependencia leve en 38%, seguido de aquellos con una dependencia moderada del 20%, y en menor porcentaje en personas que presentan una discapacidad grave o la dependencia total, con solo 14% de adultos mayores con independencia funcional, que tiene diferente comportamiento del estudio anterior

citado por el Dr. Boris Hernández Briones (2012), en pacientes hospitalizados no asilados, en los cuales se presenta una dependencia leve para realizar sus actividades básicas de la vida diaria en 33,64%, la dependencia moderada en el 5,45%, y el 47,27% presenta independencia funcional total.

h. CONCLUSIONES

- En esta investigación se concluyó que los factores de riesgo que predisponen a padecer el síndrome de dismovilidad en adultos mayores corresponden principalmente a presencia de alteración del equilibrio, deficiencia visual y auditiva, los antecedentes de caídas previas; dentro el estado nutricional el sobrepeso, la obesidad como la desnutrición, además la falta de actividad física, y la presencia de depresión y distimia son parte de estos factores.
- La dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria primordialmente se encuentra afectada de manera leve (38%) y moderada (20%); la independencia funcional (14%) como la disminución de la dicha capacidad en forma grave (16%) o total (12%) para las tareas elementales se encuentran en menor frecuencia.
- Los estilos de vida de tipo sedentario dado por restricciones a la movilidad afecta a una proporción importante de ancianos asilados (60%), seguido del desplazamiento sin necesidad de ayuda en aproximadamente un cuarto de la población (24%), el sedentarismo en ausencia de restricciones orgánicas (8%), y el encamamiento por incapacidad o el encamamiento circunstancial son menos frecuentes (8%) de la población investigada.
- En la población geriátrica estudiada presenta patologías coexistentes, de manera general son: incontinencia urinaria, artrosis, hipertensión arterial, artritis reumatoidea, hipotiroidismo, demencia senil y otros tipos de demencia, con menor prevalencia de Diabetes Mellitus Tipo 2, cardiopatías y gastritis.

i- RECOMENDACIONES

- Promover la movilización y la rehabilitación temprana luego de enfermedades y procesos debilitantes tanto en hospitales como en el ámbito domiciliario, identificando la necesidad del uso de instrumentos de ayuda técnica.
- Identificar las barreras arquitectónicas que impidan la movilidad, predispongan a caídas y el riesgo de padecer el síndrome de temor a caídas en El adulto mayor.
- Impulsar actividades colectivas que permitan el esparcimiento y el mejoramiento de las relaciones personales entre los miembros de una institución.
- Implementar actividades acordes con la capacidad física de las personas de edad avanzada, que produzcan un aumento progresivo de la tolerancia a la actividad.
- Realizar una valoración geriátrica integral y valoración de la funcionalidad según normas y protocolos del Ministerio de Salud Pública.
- Cumplir con las normas y protocolos de atención integral de salud de las y los Adultos Mayores, en un proceso continuo asistencial y progresivo recomendado como pauta vez cada 6 meses.

j. BIBLIOGRAFÌA

Albelo, Y. (2008). Incidencia de un plan de actividades física en el adulto mayor. Recuperado de: http://www.monografias.com/trabajos82/incidencia-plan-actividades-fisica-adulto-mayor/incidencia-plan-actividades-fisica-adulto-mayor2.shtml#ixzz3ptDokg3Y.

Arango, V. Pérez, M. y Gutiérrez L. (2012) Enfermedades crónicas y síndromes geriátricos: impacto en la capacidad funcional. Foro envejecimiento. México.

Cardoso, A. (2014). Síndrome de inmovilidad en el anciano.: http://www.elpracticante.galeon.com/.

Corrales, R. (2009). Incidencia de Problemas Auditivos que Requieren Rehabilitación con Prótesis Auditivas en una Población de Adultos Mayores de un Centro Diurno o Asilo de Ancianidad. Recuperado de: http://www.clinicasdeaudicion.com/documentos/investigaciones/Incidencia_de_problemas_auditivos_que_requieren_rehabilitacion_con_protesis_en_Adultos_Mayores.pdf. Chile.

Dinamarca, J. (2012). Revisión Definiciones de Dismovilidad una década definiendo un concepto clínico. Bol. Hosp. Viña del Mar 2012, 68 (2).

Dinamarca, J., Rubio R. y Bontá C. (2007). La Inmovilidad a la Dismovilidad en geriatría. Sociedad Chilena de Psicogeriatría, Santiago, Chile.

D´Hyver, C. y Gutiérrez, L. (2009). Síndrome de dismovilidad. Geriatría. Manual Moderno. 2009

Ecuador. Instituto Nacional de Censos y Rentas. (2011). En el Ecuador hay 1’229.089 adultos mayores, 28% se siente desamparado. Recuperado.de:.http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article%3Aen-ecuador-hay-1229089-adultos-mayores-28.

Ecuador. Ministerio de inclusión económica y social, (2009-2010). Encuesta de salud, bienestar y envejecimiento. Recuperado de:

http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf.

Ecuador. Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (2010). Recuperado.de:.http://www.ecuadorencifras.gob.ec/base-de-datos-censo-2010/.

Ecuador. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010), Censo de Población y Vivienda. Ecuador. Recuperado de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/.

Gac, H. (2010).Inmovilidad en el Adulto Mayor. (Programa de Geriatría y Gerontología). Santiago, Chile: geriatría, Pontificia Universidad Católica de Chile Laurence, Z. (2006).

Letelier, R., y Yáñez, R. (2009). Determinación del grado de dependencia funcional de los pacientes del Servicio de Geriatría del Hospital Regional Doctor Lautaro Navarro Avaria de la ciudad de Punta Arenas mediante la aplicación de Medida de Independencia Funcional y su relación con el Síndrome de Dismovilidad. (Tesis de pregrado). Universidad de Magallanes. Chile.

Llibre, J., Guerra, M., y Perera, E. (2008). Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_4_08/mgi05408.htm.

Maceda, T. (2008). Beneficios de la Actividad Física en Adulto Mayor. Recuperado de: http://www.monografias.com/trabajos97/beneficios-actividad-fisica-adulto-mayor/beneficios-actividad-fisica-adulto-mayor3.shtml#ixzz3ptHgKN00.

Martínez, (2008). Dismovilidad. Guías Clínicas Geronto-Geriáticas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor. Cap. 5, pág.64-67.

México. Secretaría de salud de México. (2011). Manual de guías clínicas de servicio de rehabilitación geriátrica manual de gestión de la calidad. Recuperado de: http://iso9001.inr.gob.mx/descargas/iso/doc/mg-smr-02.pdf.

Organización mundial de la salud. (2014). Publicaciones sobre el envejecimiento. Campaña de la OMS por un envejecimiento activo. Recuperado de: http://www.who.int/ageing/publications/es/

Palacios, C. (2005). El maltrato al anciano en el Ecuador; (tesis de posgrado). Instituto de Altos Estudios Nacionales; Facultad de Seguridad y Desarrollo. Ecuador.

Penny, E.,y Melgar F. (2012). Características del envejecimiento exitoso. E. Penny,. Melgar (Eds.). Geriatría y Gerontología para el médico internista. (pp. 27-35). Bolivia. Ed. La Hoguera.

Queralt, M. (2014). Síndrome de inmovilidad en personas mayores. Recuperado de: http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/tratamiento-inmovilidad-ancianos.shtml.

Ruiz, Norma. (2014). Síndrome de inmovilidad. Temas de Medicina Familiar. Recuperado de: http://preventiva.wordpress.com/2012/07/16/inmovilidad-en-el-anciano/.

Salgado, W. (2009). Cambios Psicosociales Del Adulto Mayor. Programa de enfermería de la Universidad Surcolombiana. Neiva, Colombia. (Universidad Surcolombiana).

Servicio Andaluz De Salud. (22/11/2014). Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. Recuperado de: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5.

Tratado de geriatría para residentes. (2006) Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). Madrid. International Marketing &Communication, S.A.

Triolo, C. (22 noviembre 2014). Características del envejecimiento. Geriatría. Recuperado de: http://www.drcarlostriolo.com/2013_10_01_archive.html.

Victoria, Y. (15 Noviembre 2014). El Proceso De Envejecimiento. Fundación Provejez Bienestar y Vida. Recuperado de: http://amigosprovejez.blogspot.com/2010/02/articulos-gerontoguia-n-2.html.

ANEXO I

AUTORIZACIÒN

Loja, marzo 07 del 2014

Hna.

Rosa Agila

Directora del hogar de ancianos Daniel Álvarez Sánchez

Ciudad.

Presente

De mi consideración:

Junto con saludarle cordialmente, el motivo de la presente para solicitar a Usted tenga a bien autorizar permiso para ingresar a efectuar un trabajo de investigación en la institución que usted dirige con plausible trabajo, la que consideraría entre los meses de abril-junio del presente año, durante los días sábado y domingo horario de 09:00 a 11:00 hrs. y de 14:00 a 16:00 a propósito de realizar la revisión de fichas clínicas y evaluación funcional a los pacientes de edad igual o mayor a 65 años.

Dicha actividad se llevara a cabo por la Srta. Nelly Yolanda Quiroga Ortiz, estudiante del décimo módulo de la carrera de medicina, bajo la supervisión del Dr. Ángel Ordoñez, docente de la Universidad Nacional de Loja, como trabajo de tesis para optar al grado de médico general titulado."Factores de Riesgo del Síndrome de Dismovilidad en Adultos Mayores del Hospital de Ancianos Daniel Álvarez Sánchez Periodo febrero-Junio Del 2014" con la aplicación de los instrumentos: Índice de Independencia para Actividades de Vida Diaria (Índice de Barthel) y Sistema de registro de la dismovilidad (Etapificación de la dismovilidad ETADI).

Sin otro particular y a la espera de una favorable respuesta atentamente

Dr. Ángel Ordoñez C.
Docente del Área de Salud Humana
GERIATRÍA - GERONTOLOGÍA
MAT. # 429
TEL. 575339- CEL. 098404

Recibido y aceptado
el 7-04-2014

FUNDACIÓN "ALVAREZ" DE ANCIANOS DANIEL ALVAREZ SANCHEZ
H.D.A.S.
SUPERIORA
LOJA

ANEXO II

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Numero de ficha:

Nombres:_____

Género:_____ **Edad:**_____

Fecha de nacimiento:_____

Diagnóstico médico:_____

_____

Enfermedades neurológicas:_____

_____

Co-morbilidades:

0: ☐ 1: ☐ 2: ☐ 3: ☐ 4: ☐ ≥ 4: ☐

PESO ☐ **TALLA** ☐ **IMC** ☐

Alteraciones sensoriales: _____

Alteraciones del equilibrio: NO ☐ SI ☐

Actividad física: NO ☐ LEVE ☐ MODERADA ☐ INTENSA ☐

Caídas previas: SI ☐ NO ☐

Estado afectivo: EUTIMIA ☐ DISTIMIA ☐ DEPRESIÓN ☐

ETAPIFICACION DE LA DISMOVILIDAD:

ETADI	1		2		3		4		5	
SUB-ETAPA	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B

ANEXO III

ANEXO 1. TAMIZAJE RAPIDO DE LAS CONDICIONES GERIATRICAS

PROBLEMA	ACCION	RESULTADO
Visión	Dos acciones: 1. Pregunte: ¿tiene Ud. dificultad para ver la televisión, leer o ejecutar cualquier actividad de la vida diaria a causa de su vista? 2. En caso afirmativo, evalúe una carta de Snellen con el uso de corrección óptica, si la tiene.	Respuesta afirmativa e incapacidad para leer > 20 / 40 en carta de Snellen.
Audición	Susurre al oído ¿me escucha Ud.?, de ambos lados.	No responde.
Movilidad de piernas	Tome el tiempo luego de pedir al sujeto: "Levántese de la silla, camine 5 metros rápidamente, de la vuelta y vuelva a sentarse".	Incapaz de completar la tarea en 15 segundos o menos.
Incontinencia urinaria	Dos partes: 1. Pregunte: "¿en el último año, alguna vez se ha mojado al perder involuntariamente orina? 2. De ser así pregunte: ¿ha perdido involuntariamente orina en al menos 6 días diferentes?	Respuesta afirmativa a las dos preguntas.
Nutrición, pérdida de peso	Dos partes: 1. Pregunte: ¿ha perdido Ud., involuntariamente, 4.5 kg (10 lb) o más en los últimos 6 meses? 2. Pese al paciente.	Respuesta afirmativa o peso < de 45.5 kg2.
Memoria	Mencione tres objetos: árbol, perro y avión. Al cabo de un minuto pida que recuerde los tres objetos mencionados.	Incapaz de recordar los tres objetos.
Depresión	Pregunte: ¿Se siente Ud. triste o deprimido?	Respuesta afirmativa.
Incapacidad física	Seis preguntas. ¿Es Ud. capaz de: 1. ejecutar acciones pesadas como andar en bicicleta o caminar rápidamente? 2. ¿Realizar tareas pesadas en el hogar como lavar ventanas, pisos o paredes? 3. ¿Salir de compras? 4. ¿Ir a lugares a donde tenga que tomar algún medio de transporte? 5. ¿Bañarse solo, en tina, ducha o regadera? 6. ¿Vestirse sin ayuda alguna?	Respuesta negativa a cualquiera de las preguntas

ANEXO IV

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

(ABVD) ÍNDICE DE KATZ MODIFICADO

ACTIVIDADES	I	A	D
Se baña			
Se viste y desviste			
Apariencia personal			
Uso de inodoro			
Continencia micción defecación			
Trasladarse, acostarse, levantarse			
Caminar			
Se alimenta			

I = INDEPENDIENTE ; A = AYUDA ; D = DEPENDIENTE

Independiente = 2 Ayuda = 1 Dependiente = 0
Puntuación _____ Fecha _____
Puntuación _____ Fecha _____
Puntuación _____ Fecha _____

El índice de Katz asigna la puntuación de 2 puntos a la actividad que se hace sin apoyo o con mínima ayuda, o sea independientemente (I); 1 punto si necesita moderado nivel de ayuda (A); y 0 si es totalmente dependiente (D).

ANEXO V

ETAPIFICACIÓN DE LA DISMOVILIDAD

ETAPAS		PERMANECE LA MAYOR PARTE DEL DÍA…				
		DE PIE	SENTADO	ENCAMADO		
		Con algún grado de molestias o dificultad en la marcha; o con disfunción de tronco, miembro superior, cabeza o cuello	Permanece la mayor parte del día sentado.	Con capacidad de levantarse o incorporarse	Con capacidad de movilizarse en la cama	Sin capacidad de movimiento en la cama
		1	2	3	4	5
SUBETAPAS	A	Camina sin ayuda	Se sienta y/o se incorpora solo	Puede salir de la cama solo o con ayuda.	Puede movilizar extremidades superiores e inferiores y/o puede realizar giros sin ayuda.	Puede expresarse y darse a entender
	B	Camina con ayuda (Técnica o de terceros). Incluye caminar apoyándose de muebles o paredes	Necesita ayuda para incorporarse y/o sentarse	No puede salir de la cama, pero puede incorporarse y sentarse al borde de ella.	Puede movilizar extremidades superiores o inferiores y/o necesita ayuda para realizar giros.	No puede expresarse, no puede darse a entender.

(Dinamarca. 2003)

ANEXO VI

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

INTRODUCCIÒN

El envejecimiento como el proceso natural de la vida no debe ser aceptado como un proceso decadente, sinónimo de polienfermedad y falta de energía, sino como una etapa como cualquier otra de la vida, con particularidades que necesitan se comprendidas, una de estas particularidades es la capacidad física y fortaleza intelectual que cada persona conserva, las cuales son el resultado de la higiene de la salud orgánica y también psíquica, sin embargo resulta impresionante que la mayor parte de personas tienen un deterioro marcado a medida que avanza la edad, particularmente llamativo en las capacidades motoras y la dificultad más o menos constante en realizar actividades diarias, percibidas tanto por el individuo como por quienes se encuentran en su entorno y que los lleva a ayudarlo, esta asistencia suele ser progresiva que ocasiona un círculo vicioso donde la dependencia lleva al desuso con un mayor declinación de estas capacidades, presentandose la dismovilidad o dificultad de la movilización, que sigue un patrón evolutivo no necesariamente lineal, pero sí evidentemente progresivo y estas etapas se pueden obviar por eventos sobreagregados o por descompensación de patologías crónicas asociadas.

La definición de la etapa de la dismovilidad es de gran importancia que permite puntualizar el nivel de atención, las medidas terapéuticas, preventivas, y establecer un pronóstico.

En términos más generales se sabe que el síndrome de dismovilidad es multifactorial, por tanto de atencion multidisciplinaria, pero que de manera general es beneficiada por la actividad fisica, todo esto es sugestivo de la necesidad de realizar intervenciones precoces, efectivas y aplicables para lograr el mantenimiento

y la restauracion posible de la capacidades motoras en los adultos mayores, con énfasis en la prevención primaria.

OBJETIVOS DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

- Motivar a los adultos mayores a realizar actividad fisica y a modificar los factores de riesgo modificables.
- Disminuir la inactividad física que permita mantener y restaurar la movilidad.
- Promover la participación de los adultos mayores en las actividades básicas de la vida diaria.

SELECCIÓN DE AUDIENCIA

SEGMENTACIÒN DE LA AUDIENCIA POR EDAD:

- Personas de 65 a 75 años.
- Personas Mayores de 75 años.

IDENTIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS EN CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

CONOCIMIENTOS

Conocimientos del síndrome de dismovilidad y sus factores de riesgo.

Conocimiento de la necesidad de realizar actividad física.

ACTITUDES

Aceptación de presentar o estar en riesgo para el síndrome de dismovilidad.

Motivación a la participación de actividades a plantearse.

PRÁCTICAS

Ejercicio físico de bajo impacto.

Terapias recreacionales.

DETERMINACIÒN DE ESTRATEGIAS

INFORMACIÓN

- Uso de carteleras mediante mensajes y gráficos.

EDUCACIÓN

- Actividades de capacitación a los adultos mayores buscando mejorar los conocimientos y prácticas de actividad física y prevención del síndrome de dismovilidad.

COMUNICACIÓN

- Acciones de organización y participación recreativa de forma individual y grupal para prevenir la tristeza y depresión.
- Consejería, actividades físicas, terapias ocupacionales individuales y grupales.

DEFINICIÒN DE LOS ENFOQUES DE LOS MENSAJES

- Hábitos de Vida: mantener la independencia para realizar actividades básicas de la vida diaria y prevenir la progresión de dependencia para realizar dichas actividades.
- Higiene corporal diaria, alimentación nutritiva, ejercicio y la participación en actividades sociales.
- Mantenimiento de la salud mental y prevención de la depresión.

IDENTIFICACIÒN DE LOS CANALES Y MEDIOS

INFORMACIÓN

- Carteleras de información e invitación verbal.

EDUCACIÓN

- Talleres de consejería
- Juegos y actividades recreativas
- Actividad física.

IDENTIFICACIÒN DE ESTRATEGIAS ORGANIZATIVAS Y ADMIINISTRATIVAS

- Acuerdo de visitas de intervención semanales
- Coordinación con las autoridades y personal pertinente.

PLAN DE ACTIVIDADES

TEMA: prevención de la dismovilidad y actividad física

OBJETIVO: brindar conocimientos sobre el síndrome de dismovilidad y la necesidad de realizar actividad física.

SEMANA 1

CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS	TÉCNICAS
Integración grupal *Charla motivacional*	Presentación inicial Saludos de bienvenida Dinámica de grupo Desarrollo de los temas con exposición participativa Despedida y agradecimientos	Marcadores cartulinas Folletos educativos	Participativa Intervención educativa

SEMANA 2

CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS	TÉCNICAS
Síndrome de dismovilidad *Consecuencias* *Prevención*	Presentación inicial Dinámica de ambientación Desarrollo de los temas con exposición participativa Despedida y agradecimientos	Marcadores cartulinas Folletos educativos	Participativa Intervención educativa

SEMANA 3

CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS	TÈCNICAS
Importancia de la actividad física	Presentación inicial Dinámica de grupo Desarrollo de los temas con exposición participativa Despedida y agradecimientos	Marcadores cartulinas Folletos educativos	Participativa Intervención educativa

SEMANA 4

CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS	TÈCNICAS
Actividad física	Presentación inicial Dinámica de ambientación Ejercicios de calentamiento Desarrollo de la actividades Ejercicios de relajación.	Ropa y zapatos deportivos	Participativa Actuación física

SEMANA 5

CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS	TÈCNICAS
Terapia ocupacional	Presentación inicial Dinámica de ambientación Desarrollo de manualidades con foami Despedida	Materiales Marcadores cartulinas Foami tijeras pegamento	Participativa Intervención ocupacional

Las actividades de las semanas 4 y 5 deberán se repetidos por el tiempo que se crea pertinente, dependiendo de los resultados.

ANEXO VII

ANEXOS FOTOGRÀFICOS

FOTOGRAFÌA NRO. 1

FOTOGRAFÌA NRO. 2

FOTOGRAFÌA NRO. 3

FOTOGRAFÌA NRO. 4

ÍNDICE

Certificación.....II
Título..... III
Autoría..... IV
Agradecimiento.....V
Dedicatoria..... VI
a. Título.....1
b. Resumen.....2
Summary..... 3
c. Introducción.....4
d. Revisión de la literatura. 6
1. Envejecimiento……..……..…….6
2. Estado biopsicosocial del adulto mayor……..……..……...8
2.1 Biológico……..……..8
2.2 Psicológico……..……..8
2.3 Social……..…..……8
3. Proceso de envejecimiento…...……..……9
3.1 Usual o primario…….……..10
3.2 Envejecimiento exitoso…….……..10
3.3 Secundario o patológico……..…10
3.4 Terciario……...……....10
4. Cambios estructurales y funcionales en la edad avanzada……..…..…11
4.1 Tejidos de sostén……..……..11
4.2 Piel y faneras…..……...…11
4.3 Aparato cardiovascular ……..……..……..11
4.4 Aparato respiratorio……..……..……...11
4.5 Sistema nefro-urológico……..……..……11
4.6 Aparato genital femenino…….……12
4.7 Aparato genital masculino……..…..12
4.8 Aparato gastro-intestinal…..……..……..12
4.9 Sistema endócrino……..……...…..…..12

4.10 Sistema hematopoyético e inmune……..…..*12*
4.11 Sistema nervioso central……..……..…..*12*
4.12 Órganos de los sentidos……...……..……..*13*
4.13 Músculo esquelético……..*13*
5. Valoración Geriátrica Integral ……...……..…..…..……..…..…..*14*
5.1 Objetivos……...……..*14*
5.1.1 Objetivo General……..……..14
5.1.2 Objetivos Específicos:……..……..……..…..*14*
6. Tamizaje Rápido ……...……..*16*
7. Valoración Clínica y de Laboratorio ……..……..…..*18*
8. Síndrome de Dismovilidad según Normas del Ministerios de Salud Pública….19
8.1 Definición……..……..…*19*
8.2 Epidemiología……20
8.3 Etiología……..20
8.4 Factores Contribuyentes y Factores Determinantes……...21
8.4.1 Factores Contribuyentes……..……21
8.4.2 Factores Determinantes……...21
8.5 características propias de la dismovilidad……..……21
8.5.1.- Autoperpetuación……..……21
8.5.2.- Negación……...21
8.5.3.- Ampliación……..……..22
8.5.4.- Deterioro Múltiple……..…22
8.6 Etapas de la Dismovilidad……..23
8.6.1Generalidades……..……23
8.6.2 Etapificación de la Dismovilidad……..……23
8.6.3 Etapas de la Dismovilidad……..23
8.6.4 Subetapas y Riesgo de Progresión……..……25

8.7 Evolución de la Dismovilidad……...25

8.7.1 Formas de Instalación……...25

8.7.2 Dismovilidad Aguda……26

8.7.3 Dismovilidad larvada……26

8.8 Grupos de influencia……..…..……..27

8.9 Manejo del Paciente con Dismovilidad Según Normativa del Ministerio de Salud Pública (MSP)……..……..…28

8.9.1 Objetivos……..……..…..28

8.9.2 Historia Clínica……..…..28

8.9.2.1 Anamnesis……..……..…..28

8.9.2.2 Averigüe sobre……..……..…..28

8.9.2.3 Detecte factores de riesgo……..…..28

8.9.3 Reconozca el Grado de Dismovilidad……..…..29

8.9.3.1 Alteración Leve……...…..29

8.9.3.2 Alteración Moderada…….....29

8.9.3.3 Alteración Severa. ……..29

8.9.4 Examen Físico…….……..…..30

8.9.4.1 Realizar Evaluación Geriátrica Integral Según Normas del Ministerio de Salud Pública……...30

8.9.4.2 Escalas para evaluar Discapacidad……30

8.9.4.3 Reconozca complicaciones de la dismovilidad……..30

8.9.4.4 Diagnosticar principales causas……...31

8.10 Complicaciones del Síndrome de Dismovilidad……..32

8.10.2 Sistema osteomuscular……..…..32

8.10.3 Sistema respiratorio……..32

8.10.4 Sistema nervioso y psicológico……...32

8.10.5 Sistema digestivo……..……..32
8.10.6 Sistema genitourinario……..……..32
8.10.7 Sistema endocrino y hormonal…….……..32
8.10.8 Dermatológicas……..32
8.10.9 Área social……..33
8.11 Tratamiento……..……..33
8.12 Intervenciones Generales…….……..34
8.12.1 Principios básicos……..……..34
8.12.2 Tratamiento específico……..……..34
8.12.3 Objetivos de la terapia física y terapia ocupacional…….…..35
8.13 Ayudas Técnicas……..…….…..36
8.13.1 Bastones……..…….…..36
8.13.2 Muletas……..…….…..36
8.13.3 Caminadores……..……..…….…..36
8.13.4 Sillas de Ruedas……..…….…..36
8.14 Puntos clave para recordar…….…..37
8.15 Pronóstico……..…….…..37
8.16 Cuidados Especiales del Adulto Mayor con Dismovilidad……..……..37
8.17 Calidad de Vida del Adulto Mayor con Síndrome de Dismovilidad……..38
8.18 Flujograma del Síndrome de Dismovilidad…….…..39
e. MATERIALES Y MÈTODOS……..…….…..40
f. RESULTADOS……..…….……..42
g. DISCUSIÓN……..…….…..52
h. CONCLUSIONES……..……..…….…..56
i. RECOMENDACIONES……..……..…….…..57
j. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS……..……..58
k. ANEXOS……..…….…..62

ANEXO I……62

ANEXO II……63

ANEXO III……64

ANEXO IV……65

ANEXO V……66

ANEXO VI……67

ANEXO VII……68

ÍNDICE GENERAL ……76

ÍNDICE DE CUADROS ……80

Gráfico	Contenido	Página
1.	Factores de Riesgo del Síndrome de Dismovilidad en Adultos Mayores del Hogar “Daniel Álvarez Sánchez” Distribución de la Población según Género	41
2.	Factores de Riesgo del Síndrome de Dismovilidad en Adultos Mayores del Hogar “Daniel Álvarez Sánchez” Distribución de la Población según Edad	42
3.	Factores de Riesgo del Síndrome de Dismovilidad en Adultos Mayores del Hogar “Daniel Álvarez Sánchez” presencia de Factores de Riesgo Sensoriales	43
4.	Factores de Riesgo del Síndrome de Dismovilidad en Adultos Mayores del Hogar “Daniel Álvarez Sánchez” según Estado Nutricional	44
5.	Factores de Riesgo del Síndrome de Dismovilidad en Adultos Mayores del Hogar “Daniel Álvarez Sánchez” De acuerdo al Grado de Actividad Física	45
6.	Factores de Riesgo del Síndrome de Dismovilidad en Adultos Mayores del Hogar “Daniel Álvarez Sánchez” según Valoración del Estado Afectivo	46
7.	Factores de Riesgo del Síndrome de Dismovilidad en Adultos Mayores del Hogar “Daniel Álvarez Sánchez” según Número de Comorbilidades Asociadas	47

8.	Factores de Riesgo del Síndrome de Dismovilidad en Adultos Mayores del Hogar “Daniel Álvarez Sánchez” Enfermedades Prevalentes	48
9.	Factores de Riesgo del Síndrome de Dismovilidad en Adultos Mayores del Hogar “Daniel Álvarez Sánchez” Grado de Dismovilidad	49
10.	Factores de Riesgo del Síndrome de Dismovilidad en Adultos Mayores del Hogar “Daniel Álvarez Sánchez” Grado de Dependencia para realizar Actividades Básicas de La Vida Diaria	50