



UNIVERSIDAD
FASTA

Facultad de Ciencias
Médicas

Licenciatura en
Kinesiología.

**Abordaje
Kinésico
Domiciliario En
Patologías Del
Adulto Mayor.**

Autor: García Camarero, Martín

Tutora: Lic. Sánchez, Agustina

Asesoramiento Metodológico:
Dra. Mg. Minnaard, Vivian.

*“Si me caí, es porque estaba caminando.
Y caminar vale la pena, aunque te caigas”.*

Eduardo Galeano

A mi mamá y mi papá
A mi hermana
A mi familia y amigos.

En principio le quiero agradecer a mis papás, por la paciencia que me tuvieron todos estos años y su apoyo incondicional porque sin ellos no lo hubiera logrado

A mi hermana, por acompañarme en cada paso de mi vida, ayudarme y darme consejos cuando los necesite.

A mis abuelos, que desde el cielo que siempre me acompañan

A mi abuela Titi, por su energía, cariño y acompañarme

A mi familia tías, tíos y primos, que siempre están presentes y se alegran por mis logros

A mis amigos de toda la vida, que me valoran y apoyan en cada momento de mi vida.

A mis amigas que me dio la facultad por nuestras vivencias y por saber que siempre están.

A todos los profesores que tuve a lo largo de la carrera, por cada conocimiento y aporte dado.

A la Dra. Vivian Minnaard por su asesoramiento metodológico.

A mi tutora, Lic. Agustina Sánchez por su apoyo.

Muchas gracias.

Objetivo: Analizar las intervenciones terapéuticas domiciliarias más implementadas por los kinesiólogos y las patologías más frecuentes en adultos mayores en la ciudad de Necochea durante el año 2019

Material y métodos: Estudio de tipo descriptivo, no experimental, y transversal; a 25 Licenciados en Kinesiología que realicen tratamientos de rehabilitación domiciliaria de la ciudad de Necochea. La recolección de datos fue mediante encuestas cara a cara y la selección de los mismos se realizó de manera no probabilística, La base de datos se construyó y análisis mediante la aplicación del paquete estadístico.

Resultados: El 64% de los profesionales de muestra son masculinos; con una edad promedio de 37 años. El 52% tienen una antigüedad profesional de entre 5 y 15 años. El 68% de los kinesiólogos han recibido formación específica durante la carrera. Solo el 28% han realizado especializaciones sobre abordaje domiciliario de geriatría y patologías crónicas. A el 60% le fueron derivados entre 1 a 3 pacientes en el último mes. El 80% de los pacientes con atención kinésica domiciliaria, poseen un rango etario de entre 70 y 79 años. Las patologías más habituales que requieren atención domiciliaria, son las neurológicas (92%), osteo-articulares (84%), respiratorias (68%) y cardiovasculares (36%). Las intervenciones kinésicas más destacadas son ejercicios de la marcha, movilizaciones pasivas y activas-resistidas (96% respectivamente), fortalecimiento muscular isométrico (88%), técnicas de elongación y flexibilidad (64%), ejercicios respiratorios y Estimulación Neuromuscular: FNP (28%). Al plantear objetivos terapéuticos en el tratamiento domiciliaria, el 96% buscan lograr mejoras en las actividades de la vida diaria, el 84% aumentar la fuerza muscular; el 76% mejorar la movilidad general del paciente; el 68% mejorar la capacidad funcional, el 52% prevenir complicaciones; 36% incrementar el rango de movimiento (ROM). El 44% evalúan la evolución a través del tratamiento, a través del índice de Bartel (24%), Examen Funcional del Adulto Mayor: EFAM (12%) y 4% correlacionan medidas de independencia funcional (FIM) con la Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF), y mediante Performance Status valoran cuidados paliativos para pacientes oncológicos. Entre las complicaciones se destacan las dificultades respiratorias (28%), dolores osteoarticulares y postración (16%). Entre los beneficios de la atención domiciliaria, en el 96% se logra mayor voluntad de los pacientes, 92% permite intervenciones coordinadas de equipo interdisciplinario, promueve la participación familiar, y 56% permite tratamientos prolongados y sin interrupciones. Desde la perspectiva de los profesionales, este tipo de intervención domiciliaria oscila entre moderada y muy efectiva, lográndose buenos resultados

Conclusión: La rehabilitación kinésica domiciliaria surge por la necesidad de brindar a la comunidad un proceso de tratamiento especializado y personalizado a personas que no puedan trasladarse a un centro de rehabilitación. Las patologías más prevalentes son las neurológicas, las osteoarticulares y respiratorias. Por lo que la mayoría de las intervenciones terapéuticas implementadas están encaminadas a paliar las secuelas y trastornos de las mismas; destacándose los ejercicios de la marcha, de fortalecimiento muscular y control postural, las movilizaciones articulares activas-pasivas, y diferentes técnicas de flexibilidad, así como ejercicios respiratorios, a través de los que se busca prevenir déficits funcionales, además de compensar, favorecer e incrementar la autonomía personal en la vida diaria, haciendo hincapié en la deambulación; siempre en un plan individualizado, donde se tendrán en cuenta el motivo por el que se ha desarrollado la inmovilidad, el estado actual, situaciones patológicas asociadas, estado de ánimo del paciente y apoyo de su entorno. Es necesario que los profesionales de la salud estén preparados para el correcto diagnóstico y tratamiento de las afecciones más comunes en los adultos mayores. En este sentido, sería indispensable una mayor capacitación sistemática, orientada al proceso de envejecimiento. Además, a nivel facultativo es imperioso generar mayor formación en esta área, ampliar los contenidos en Gerontología y Geriatría en los cursos de graduación, así como mayores estrategias para fomentar la integración de disciplinas y cursos en el cuidado de la salud para las personas mayores; con el fin de poder garantizar que los futuros profesionales estén capacitados para cubrir las necesidades de esta población cada día más numerosa, que continua siendo un tema pendiente

Palabras claves: Tratamiento Kinésico domiciliaria. Técnicas y/o método. Adulto mayor y patologías crónicas.

Objective: To analyze the home therapeutic interventions most implemented by kinesiologists and the most prevalent pathologies in older adults in the city of Necochea during the year 2019

Material and methods: Descriptive, non-experimental, and cross-sectional study; 25 Graduates in Kinesiology who carry out home rehabilitation treatments in the city of Necochea. The data collection was through face-to-face surveys and the selection of the same was carried out in a non-probabilistic way. The database was built and analyzed through the application of the statistical package.

Results: 64% of the sample professionals are male; with an average age of 37 years. 52% have a professional seniority of between 5 and 15 years. 68% of kinesiologists have received specific training during the race. Only 28% have completed specializations in geriatrics and chronic pathologies at home. 60% were referred between 1 to 3 patients in the last month. 80% of patients with home kinesic care have an age range of between 70 and 79 years. The most common pathologies that require home care are neurological (92%), osteo-articular (84%), respiratory (68%) and cardiovascular (36%). The most outstanding kinetic interventions are gait exercises, passive and active-resisted mobilizations (96% respectively), isometric muscle strengthening (88%), stretching and flexibility techniques (64%), respiratory exercises and Neuromuscular Stimulation: FNP (28 %). When setting therapeutic goals in home treatment, 96% seek to achieve improvements in activities of daily living, 84% increase muscle strength; 76% improve the patient's general mobility; 68% improve functional capacity, 52% prevent complications; 36% increase range of motion (ROM). 44% evaluate the evolution through treatment, through the Bartel index (24%), Functional Examination of the Elderly: EFAM (12%) and 4% correlate measures of functional independence (FIM) with the International Classification of Functioning (CIF), and through Performance Status assess palliative care for cancer patients. Among the complications, respiratory difficulties (28%), osteoarticular pain and prostration (16%) stand out. Among the benefits of home care, in 96% greater patient will is achieved, 92% allow coordinated interdisciplinary team interventions, promote family participation, and 56% allow long-term and uninterrupted treatments. From the professionals' perspective, this type of home intervention ranges from moderate to very effective, achieving good results.

Conclusion: Home kinetic rehabilitation arises from the need to provide the community with a specialized and personalized rehabilitation process for people who cannot transfer to a rehabilitation center. The most prevalent pathologies are neurological, osteo-articular and respiratory. Therefore, most of the therapeutic interventions implemented are aimed at alleviating their sequelae and disorders; highlighting gait exercises, muscle strengthening and postural control, active-passive joint mobilizations, and different flexibility techniques, as well as respiratory exercises, which seek to prevent functional deficits, in addition to compensating, promoting and increasing personal autonomy in daily life, with emphasis on ambulation; always in an individualized plan, where the reason why immobility has developed, the current state, associated pathological situations, state of mind of the patient and support of their environment will be taken into account. It is necessary that health professionals are prepared for the correct diagnosis and treatment of the most common conditions in older adults. In this sense, more systematic training, geared towards the aging process, would be essential. In addition, at the medical level, it is imperative to generate more training in this area, expand the contents in Gerontology and Geriatrics in undergraduate courses, as well as greater strategies to promote the integration of disciplines and courses in health care for older people; in order to ensure that future professionals are trained to meet the needs of this increasingly large population, which continues to be a pending issue

Key words: Kinetic home treatment. Techniques and / or method. Older adult and chronic pathologies.

Índice

Introducción.....	2
Capítulo 1: Patologías Más Preponderantes E Inmovilizantes Del Adulto Mayor.....	7
Capítulo 2: Intervenciones kinésicas domiciliarias para patologías del adulto mayor.....	19
Diseño Metodológico.....	31
Análisis de datos.....	38
Conclusiones.....	49
Bibliografía.....	53

Introducción

Hoy en día se está produciendo un progresivo envejecimiento de la población debido a la mejora de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad. Por lo tanto, el peso relativo de las personas mayores ha aumentado en los últimos años (Triadó Tur, 2018)¹.

Según la OMS (2016)², existe un ritmo de envejecimiento acelerado, más que la del siglo pasado, donde en la actualidad la esperanza de vida supera ya los 70 años de edad y el mundo está experimentando una transformación demográfica sin precedentes. Se espera que para el 2050, el número de personas con más de 60 años pase de 600 millones a casi 2.000 millones, previéndose una duplicación en el porcentaje de sujetos de 60 años o más, que pasarán a representar de un 10% a un 21% del total de la población mundial. Se especula que esta notable transición demográfica hará que para mediados del presente siglo XXI, el porcentaje de personas ancianas y jóvenes se igualen a nivel mundial.

Esta tendencia hacia el envejecimiento en los países desarrollados ha ocasionado un aumento importante en la necesidad de una atención profesional para las personas mayores en situación de dependencia, además de un gran interés por todo lo relacionado con la calidad de la asistencia que ofrecen los servicios de atención a este sector poblacional (Martínez Rodríguez, 2017)³.

Como consecuencia de la senectud de la población, con mayores probabilidades de sobrevivir ante una discapacidad congénita o adquirida, o con la presencia de una enfermedad crónica se observa la frecuente aparición de trastornos de evolución crónica, con un impacto físico y/o dependencia, para el paciente mayor y para su entorno. Así pues, la aparición de estas perturbaciones crónicas o la cronificación de los ya existentes, van a derivar en una disminución de su calidad de vida y en un aumento de la morbimortalidad de éstos (Cruz Ortiz et al. 2017)⁴. Esta acentuación, puede suponer que estos ancianos precisen atención con

¹ Describe las distintas maneras de entender el envejecimiento positivo ya sea activo, satisfactorio y productivo. Se describen las aportaciones que enfatizan criterios de salud y funcionamiento de las actividades de la vida cotidiana. Se remarca la importancia de aquellas teorías que tienen en cuenta criterios de tipo psicológico y entre ellas destacamos el concepto de generatividad, postulado por Erikson y explicitado en su teoría del desarrollo psicosocial.

² En su comunicado expresan que entre el 2000 y el 2015 la esperanza de vida se incrementó en 5 años, lo que supone el mayor incremento desde los años 60. El aumento en la esperanza de vida se debe a varios factores, incluida una disminución en las tasas de fertilidad y el éxito en la reducción de enfermedades infantiles fatales, mortalidad materna y mortalidad en edades más avanzadas

³ La Atención Centrada en la Persona (ACP) viene siendo objeto de un creciente interés en los cuidados de larga duración a personas mayores al considerarse un eje estratégico en la calidad de los servicios sociales y sanitarios.

⁴ Abordan la importancia de los fenómenos del envejecimiento, la discapacidad y la cronicidad, que con frecuencia se constituyen uno en puerta de entrada al otro, y las implicaciones que para el cuidado tiene su interrelación. Considerando que el cuidado debe extenderse y diversificarse a tantos lugares y ámbitos como requiera la persona y por ello constituye un reto para la formación de los profesionales y abre la puerta a una extensa gama de posibilidades al trabajo colaborativo y de ejercicio independiente de la profesión en el ámbito extra hospitalario.

mayor frecuencia, hecho que va a generar una disminución de su movilidad así como la aparición de posibles complicaciones derivadas de ello.

Se debe de tener en cuenta que los cambios derivados del proceso de envejecimiento, no afectan de igual modo a la totalidad de las personas (Tisnés & Salazar-Acosta, 2016)⁵. Estos pueden derivar en una mayor predisposición a la enfermedad y a su vez cierta limitación de la movilidad de éstas o pérdida de autonomía, requiriendo prolongados periodos de reposo en cama.

Según Gac Espindola (2010)⁶, 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. Algunos factores van a predisponer que el paciente se encuentre en estado de inmovilidad, son la edad avanzada, la disminución de la capacidad física, el cáncer, enfermedades reumáticas, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, la malnutrición, el exceso de peso, fracturas de cadera y los estados depresivos.

El tratamiento se lleva a cabo por un equipo multidisciplinar del que forma parte el kinesiólogo, y es la prevención la primera línea de actuación, existiendo tres tipos de prevención: primaria, secundaria y terciaria. Las intervenciones fisioterápicas realizadas para la prevención primaria tiene como fin prevenir déficits funcionales y son: movilización temprana, ejercicio físico y cuidado geriátrico especializado (Landinez Parra, Contreras Valencia & Castro Villamill, 2012)⁷. En la prevención secundaria el objetivo es mejorar la movilidad y prevenir la aparición de nuevas complicaciones. La intervención fisioterapéutica que se lleva a cabo es el diseño de un plan rehabilitador individualizado. La prevención terciaria se realiza cuando el síndrome de inmovilidad está en fases avanzadas y su finalidad es el tratamiento de las manifestaciones clínicas del paciente y prevención de nuevas complicaciones. Las intervenciones fisioterápicas utilizadas son: cambios posturales pasivos,

⁵ Las autoras buscaron caracterizar la población Argentina mayor de 65 años, utilizando indicadores demográficos robustos, a fin de mostrar el impacto del envejecimiento en las estructuras poblacionales por grupos de edad y sexo. Se tendrá en cuenta que las realidades actuales están determinadas fuertemente por las etapas anteriores del ciclo de vida de las personas, no sólo los personales, sino también los familiares, socioeconómicas e históricas

⁶ Estima que producto principalmente de patologías crónicas, alrededor del 7% de los adultos mayores (AM) se encuentran con dependencia severa o postrados, es decir, no están capacitados para realizar alguna actividad básica debido a una patología base que los aqueja

⁷ Describieron los beneficios de la actividad física y del ejercicio regular en la población mayor. Consideran que someter el organismo a un programa de entrenamiento planificado, contribuye a mejorar la capacidad funcional de múltiples sistemas orgánicos; los programas de ejercicio dirigidos a la población mayor pueden generar un ahorro en los costos sanitarios por disminución de caídas, accidentes cerebrovasculares, infartos de miocardio o enfermedades crónicas propias del proceso de envejecimiento.

movilizaciones articulares, incorporaciones progresivas, control postural activo, transferencias y fisioterapia respiratoria y cardiovascular (Ledezma Sanjuan, 2018)⁸

Además, en estos casos, el kinesiólogo, como miembro de un equipo multidisciplinario, debe conocer y responder a sus necesidades particulares, confeccionando un tratamiento significativo, que responda a los requerimientos esta población. La actitud fisioterápica en el paciente geriátrico se debe encaminar básicamente a mantener la independencia en la movilidad y en el desarrollo de las actividades de la vida diaria (Cano de la Cuerda & Collado Vázquez, 2012)⁹.

Esta temática se considera relevante en la actualidad debido al incremento poblacional del colectivo de personas mayores, que hace que se replanteen nuevos perfiles profesionales y se desarrollen propuestas de intervención adaptadas a dichas necesidades. La Kinesiología y rehabilitación domiciliaria nace por la necesidad de brindar a la comunidad un proceso de rehabilitación especializado y personalizado a personas que no puedan trasladarse a un centro de rehabilitación; en el adulto mayor suele ser indicada en pacientes no valentes y postrados que por su condición de salud se mantienen por un período prolongado inmovilizados, lo que trae consecuencia como: rigidez articular, atrofia muscular, úlceras por presión (escaras), disminución de la densidad ósea. Así como también en aquellos pacientes que hayan sufrido alguna alteración de tipo neurológica o que se encuentren cursando patologías respiratorias, tanto agudas como crónicas. Las intervenciones de rehabilitación en el hogar sugieren que esta práctica podría ser una herramienta clínica de bajo costo para retrasar el deterioro funcional y mejorar o mantener la calidad de vida de los adultos mayores. El estudio de Larregle (2015)¹⁰, pudo constatar un aumento significativo de la demanda en la fisioterapia y kinesiología a domicilio, encontrándose disponibles ofertas educativas de post grado en la Ciudad de Córdoba, aunque no pudo identificar kinesiólogos que prestan servicios a los adultos mayores con formación específica en esta especialidad. Tampoco observó que existiese planificación en los procesos de gestión relacionados con el propósito y los objetivos del servicio que garanticen calidad y resultados de ganancia en salud.

⁸ Este autor realizó una revisión bibliográfica narrativa donde buscó conocer publicaciones sobre el síndrome de inmovilidad y su tratamiento, identificar las estrategias de tratamiento fisioterápicas utilizadas y analizar las intervenciones utilizadas el paciente geriátrico.

⁹ Esta obra realiza, de forma multidisciplinar, un acercamiento actualizado a la mayoría de los aspectos relacionados con la Neurorehabilitación. Analizan y se discuten la eficacia de numerosas modalidades de tratamiento.

¹⁰ El presente trabajo trata de un estudio retrospectivo descriptivo que analiza una base de datos de 4075 pacientes adultos mayores de 60 años, de ambos sexos, quienes recibieron en total 100.860 sesiones fisio-kinésicas a domicilio durante los años 2010, 2011 y 2012. Por otro lado, un estudio de corte transversal, incluye 219 encuestas a profesionales médicos, fisioterapeutas y familiares de pacientes y cuenta con la información obtenida de entrevistas a representantes de entidades Educativas, Colegios Profesionales y otros actores sociales, todas ellas realizadas en la ciudad de Córdoba Capital, República Argentina.

El amplio campo del adulto mayor es investigado por diversas disciplinas, no obstante, en relación al tema del abordaje de rehabilitación domiciliaria en particular, es escasa la bibliografía científica, donde casi no se posee información sobre cómo es la demanda, cuál es la dinámica de su aplicación y sus implicaciones en el contexto en que se desarrolla; donde la creciente demanda exige nuevo contenido científico, razón por lo cual resulta el interés y novedad de la problemática.

Por lo expresado con anterioridad se considera importante poder investigar el siguiente problema:

¿Cuáles son las intervenciones terapéuticas domiciliarias más implementadas por los kinesiólogos y las patologías más frecuentes en adultos mayores en la ciudad de Necochea durante el año 2019?

Se plantea como objetivo general:

Analizar las intervenciones terapéuticas domiciliarias más implementadas por los kinesiólogos y las patologías más frecuentes en adultos mayores en la ciudad de Necochea durante el año 2019?

A continuación se detalla los objetivos específicos:

- ⇒ Determinar cuáles son las técnicas y/o métodos kinésicos más utilizados por los kinesiólogos en la rehabilitación domiciliaria
- ⇒ Identificar las patologías más frecuentes del adulto mayor que requieren intervención domiciliaria.
- ⇒ Indagar los diferentes objetivos propuestos en los tratamientos domiciliarios
- ⇒ Analizar el rol del kinesiólogo el tratamiento domiciliario

Capítulo 1:
El Adulto Mayor Y Sus
Patologías
Más Preponderantes E
Inmovilizantes

Actualmente, el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto de este siglo, donde se produjo una revolución de la longevidad¹¹, constituyendo una de las principales transformaciones sociales de la modernidad. Debiendo abordarse desde las políticas públicas de manera transdisciplinaria e integral, como lo requiere la complejidad y la heterogeneidad del proceso.

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, universal, heterogéneo, individual, progresivo, irreversible y continuo durante todo el ciclo de vida. Es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente, a la muerte (Agirre Lekue, 2018)¹².

Los cambios que acontecen no son uniformes, ni en individuos de la misma especie, ni tampoco dentro de los distintos órganos y sistemas: varían su inicio, su rapidez y su magnitud. Es por este motivo que la "edad cronológica" y la "edad fisiológica", no siempre coinciden. Estos cambios determinan una disminución de la reserva funcional y una alteración de la respuesta ante el stress. El órgano con menos reserva funcional claudica más tempranamente ante un proceso patológico independientemente de su afección directa.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2005)¹³ clasifica bajo el término de "Personas Adultas Mayores", a aquellas quienes tienen 60 o más años de edad en países en vías de desarrollo. A partir del año 1982 la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018)¹⁴, introduce el concepto de funcionalidad en este grupo etario, definiendo el estado de salud entre los adultos mayores no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional. Las políticas internacionales están orientadas a un cambio en la concepción de la vejez, considerándola como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de autorrealización. En algunos sujetos la adaptación a

¹¹ La esperanza de vida es cada vez mayor debido a los grandes avances en los campos de la medicina y la nutrición, entre otros. Hoy en día, la vida media en los países industrializados es al menos de 75 años.

¹² La pérdida gradual de la funcionalidad mitocondrial es uno de los procesos característicos del envejecimiento.

¹³ La Organización de las Naciones Unidas - ONU a partir del año 1996, de conformidad con la Resolución 50/141 aprobada por su Asamblea General, denomina a este grupo poblacional "Personas Adultas Mayores", subrayaron también la necesidad de atender a nuestros adultos mayores con una marcada determinación política y compromiso social para hacer de esta etapa de la vida, una época activa, saludable, participativa y segura para todos.

¹⁴ Define el envejecimiento como el "Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales

los cambios de la vejez no se produce, y se generan daños que pueden ser irreversibles (Alvarado García & Salazar Maya, 2014)¹⁵

Los procesos biológicos y problemas de salud asociados al envejecimiento individual resultan de la interacción de factores biomédicos y contextuales como estilos de vida, hábitos de alimentación, actividad física y presencia de enfermedades, los cuales se manifiestan de diversa forma y se asocian con una disminución de las capacidades funcionales y la autonomía de las personas mayores.

Las necesidades de salud del adulto mayor son diferentes al de las otras etapas de la vida, por ser un grupo poblacional más vulnerable, porque las capacidades funcionales y biológicas se han ido deteriorando con los años, volviéndose más dependiente de su familia y entorno; también tiene una tendencia a padecer de enfermedades aumentando la incidencia de morbimortalidad.

El aumento de los grupos de mayor edad entre las personas mayores constituye uno de los escenarios en los que se debe actuar con especial énfasis. El “envejecimiento de la vejez” trae consigo situaciones de mayor vulnerabilidad para las personas dado que, a mayor edad, aumentan significativamente los riesgos de dependencia y de desvinculación de las redes sociales de apoyo. Por ello se deben generar servicios diferenciados para las personas mayores pertenecientes a los distintos grupos etarios que consideren las especificidades de cada segmento.

Si bien la geriatría se ocupa también de las prácticas preventivas, la población que mayores beneficios obtiene con la atención especializada es la que corresponde a las personas mayores frágiles y a los pacientes geriátricos. El concepto de fragilidad se relaciona con el riesgo de pérdida de autonomía (Jauregui & Rubin, 2012)¹⁶.

La dependencia no es solo sinónimo de vejez, ya que esta puede aparecer a cualquier edad, aunque las personas mayores suelen ser las más afectadas (Olivares-Tirado et al. 2011)¹⁷. Dentro de los factores que influyen a la dependencia se encuentran: factores psicológicos, declive físico, problemas de salud crónicos, accidentes externos entre otros.

¹⁵ Las autoras definen el concepto de envejecimiento desde diferentes ópticas y prácticas

¹⁶ Consideran que el término fragilidad ha evolucionado a lo largo del tiempo, conceptualizándolo como “riesgo” de morir, de perder funciones, de enfermar, asociado a debilidad, caídas, desnutrición. concuerda en que es un estado asociado al envejecimiento y en que, a pesar de la claridad del concepto, el mayor desafío radica en encontrar factores causales. Concluyen que la fragilidad es un síndrome multifactorial y que la detección de grupos de riesgo constituye el desafío de futuras investigaciones.

¹⁷ Según El “Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores”, realizado en Chile en el 2010, por SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor); Enero 2011, acerca de los Cuidados y Dependencia del adulto mayor; menciona que la dependencia alcanza el 24,1% de las personas mayores. La frecuencia y severidad de la dependencia aumenta con la edad; a partir de los 75 años la dependencia severa constituye la mayor proporción de la dependencia total, llegando a más de 30% en los mayores de 80 años. El 35,2% de los adultos mayores dependientes presentan deterioro cognitivo; la dependencia presenta un aumento exponencial a partir de los 75 años, alcanzando cifras superiores al 40% a partir de los 80 años

Existen 4 tipos de dependencia: física, psíquica o mental, sensorial y mixta (Rodríguez Díaz, Cruz-Quintana & Pérez-Marfil, 2014)¹⁸

Los cambios anátomo-funcionales del envejecimiento unidos a disímiles problemas y procesos patológicos que afectan al adulto mayor pueden generar síndrome de inmovilidad¹⁹, siendo un cuadro clínico general que es condicionado por múltiples factores y que es potencialmente reversible y prevenible con estrategias adecuadas; casi siempre está asociado a serias enfermedades de base y a deterioro en las esferas psíquica y social. La inmovilización, considerada como uno de los grandes síndromes en la práctica geriátrica, comprende la reducción de la capacidad para desempeñar las actividades de vida diaria por deterioro de las funciones relacionadas con el sistema neuro-músculo-esquelético, afectan particularmente la movilidad como función física fundamental para la independencia del individuo. A partir de los 75 años más del 50% de las personas tienen problemas para salir de su casa y el 20% deben permanecer confinados en su domicilio. Cuando el anciano queda inmovilizado por una enfermedad aguda o una complicación aguda de una enfermedad crónica, el 50% fallece en los primeros seis meses. (Fierro, Solari & Pérez, 2015)²⁰

Las personas ancianas aun siendo saludables, pierden fortaleza (capacidad para ejercer fuerza) a razón de 1 a 2 % al año y potencia (fuerza por velocidad) de 3 a 4 % al año. Si a esto sumamos que una gran parte de estas personas tienen problemas adicionales por padecer enfermedades crónicas, es explicable el encontrar frecuentemente el síndrome de inmovilización en la práctica geriátrica cotidiana. 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

Las formas de presentación de este síndrome son variadas según la causa subyacente. Es importante delimitar, desde el punto de vista práctico, la inmovilidad aguda de la ya establecida crónicamente, pues tienen un manejo y un pronóstico diferentes (Torres Haba & Nieto de Haro, 2008)²¹.

¹⁸ Evaluaron el bienestar emocional de las personas mayores de 60 años en relación al grado de dependencia funcional. Como indicadores del bienestar se evalúan los niveles de depresión (Yesavage) y ansiedad (STAI-R), la satisfacción vital (CSV) y la ansiedad ante la muerte (DAS). Los resultados indican que se encuentran diferencias significativas entre los grupos de dependencia para la edad, deterioro cognitivo, depresión y ansiedad ante la muerte. En conclusión, se encuentra una relación directa entre el grado de dependencia funcional y el nivel de malestar emocional.

¹⁹ Es la disminución de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD), debido al deterioro de la función motora.

²⁰ El síndrome de inmovilidad debe considerarse como una entidad clínica independiente, muy frecuente en el adulto mayor, a pesar de lo cual es muchas veces ignorado. La prevención y la identificación precoz son las principales herramientas para evitar las complicaciones derivadas del mismo, que producen elevada morbilidad y mortalidad.

²¹ Hace tiempo que España se encuentra en la vanguardia de la Geriátrica, y los geriatras españoles han desarrollado excelentes sistemas y modelos de práctica geriátrica eficaces y con buen funcionamiento. La publicación de este completo texto de Geriátrica cubre las áreas más importantes de la especialidad. describiendo las características y los aspectos especiales de los ancianos

Se considera inmovilidad aguda a todo episodio de declinación rápida de la movilidad que lleva al enfermo a una situación de encamamiento o de vida cama-sillón durante tres días como mínimo. Como se comprende, este decúbito agudo acompaña a los episodios graves de las enfermedades, es una verdadera emergencia médica y requiere atención inmediata, como en las enfermedades autoinmunes o neuropatías de origen hidroelectrolítico, o episodios que van disminuyendo progresivamente la capacidad motriz, como las caídas a repetición o las hospitalizaciones frecuentes sin apoyo kinésico especializado. Se asocia con un 35 % de mortalidad a los 3 meses y 58 % al año (Roman & Ariel Ovejero, 2014)²².

Por su parte la inmovilización de mayor tiempo de duración constituye una secuela limitante que acompaña a muchas enfermedades invalidantes que ocurren con mucha frecuencia en el anciano frágil y que se acompañan de dependencia de la familia y los cuidadores y un compromiso importante de la calidad de vida.

Las consecuencias fisiológicas del reposo en cama son globales y, después de dos días, disminuyen el volumen sanguíneo, el gasto cardiaco, los volúmenes pulmonares, la capacidad de concentración de la orina, la motilidad intestinal y aumenta el catabolismo proteico así como las pérdidas de calcio y nitrógeno. La inmovilización favorece la aparición de complicaciones que, junto a las manifestaciones de la enfermedad causal, pueden considerarse dentro del cuadro clínico (Romero Cabrera, 2007)²³.

Algunas patologías se presentan en forma diferente al modo en que lo hacen en los adultos de mediana edad. Cuando tienen criterios de fragilidad, tienen mayor riesgo de pérdida de independencia. Es frecuente la comorbilidad (coexistencia de varias patologías) lo que con frecuencia se asocia con polifarmacia con el riesgo de producir iatrogenia en una población que de por sí es más susceptible (Ledesma Sanjuan, 2018)²⁴.

²² Buscaron determinar características epidemiológicas, la incidencia, prevalencia y complicaciones del Síndrome de Inmovilidad en los adultos mayores y que estrategias tomar desde la auditoria médica para prevenir o tratar el síndrome inmovilidad. Concluyen que Los pacientes mayores de 60 años que ingresan al medio hospitalario con diagnóstico de síndrome inmovilidad tienen alta prevalencia de escaras, elevada dependencia y elevada mortalidad.

²³ El autor es internista de profesión y geriatra por dedicación y ha querido, con la redacción del presente Manual, en primer lugar comunicar algunos aspectos generales de la Geriatria - poco manejados por los internistas - y, en segundo término, abordar los aspectos particulares de las enfermedades en los ancianos que, si bien pueden leerse en libros y revistas, se encuentran de manera dispersa y a veces, de forma inconexa

²⁴ En su tesis de grado buscó conocer lo publicado sobre el síndrome de inmovilidad y su tratamiento, identificar las estrategias de tratamiento fisioterápicas utilizadas en el síndrome de inmovilidad y analizar las intervenciones utilizadas por la fisioterapia en el síndrome de inmovilidad del paciente geriátrico.

Entre la multitud de procesos patológicos que pueden generar inmovilidad, se encuentran los que se destacan a continuación:

Cuadro N°1: Patologías y cambios fisiológicos que generan inmovilidad den el adulto mayor

Sistema musculoesquelético	-Osteo-artrosis, Artritis reumatoidea, alteraciones en los pies. Inestabilidad y Caídas y sus consecuencias: Traumas. Fracturas de cadera. Gota. Marcha senil. Polimialgia reumática. Invasión ósea metastásica. -Formación de fibrosis y anquilosis en las articulaciones, pudiendo originarse calcificaciones en las partes blandas que causan dolor y provocan una mayor limitación del rango articular. - Disminución de la masa ósea, propiciando la osteoporosis por deshabitación. La osteoporosis puede ocasionar fracturas. - Disminución de la fuerza y la resistencia muscular a causa de la sarcopenia. Cada día se pierde entre 1 y 3%, aproximadamente un 20% a la semana. - Atrofia muscular: especialmente en los músculos grandes, en los MMII y en los músculos flexores. Las principales afectaciones del SI son el desarrollo del pie equipo y el flexo de cadera.
Afecciones neuropsiquiátricas:	Confusión mental. Demencia. Depresión. Enfermedad de Parkinson. Tumores cerebrales.
Enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso Central.	Trastornos cerebelosos. Neuropatía periférica múltiple. Eventos agudos: infecciones, traumas craneales, intoxicaciones. - Alteración del equilibrio y de la propiocepción. - Enlentecimiento de los reflejos posturales.
Afecciones cardiopulmonares	Insuficiencia cardíaca y/o respiratoria severa. Cardiopatía isquémica: infarto miocárdico agudo, angina de pecho frecuente. Arteriopatía periférica invalidante. Accidente cerebrovascular - Aumento de la frecuencia cardíaca. - Aparición de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar. - Manifestación de hipotensión ortostática, debido a la pérdida de fluidos. - Disminución de la reserva cardíaca, lo que puede originar intolerancia a la actividad física. Aumenta la fatigabilidad y la tendencia al síncope. - Disminución de la capacidad vital y de la presión de O2. - Disminución de la elasticidad del pulmón y de la caja torácica. Alteración del reflejo tusígeno y de la función ciliar. - Aumento de la capacidad función residual y del volumen residual.
Déficits sensoriales	Pérdida o alteración de visión y/o audición
Iatrogenia	Psicofármacos. Hipotensores. neurolépticos
Debilidad generalizada por cualquier enfermedad o condición.	Incontinencia urinaria y/o fecal. Instauración de incontinencia urinaria debido a la reducción del tono muscular de la vejiga. - Riesgo de litiasis renal y de infección urinaria.
Status postoperatorio-Hospitalización	Intervenciones que requieren reposo prolongado.

Fuente Adaptada de: Roqué & Fassio (2012)²⁵

Se plantean a continuación algunos aspectos principales de las enfermedades más relevantes que pueden producir inmovilización del adulto mayor.

La osteoporosis es una enfermedad que afecta a la estructura ósea de forma generalizada, que produce un riesgo elevado de fracturas esqueléticas debido a una reducción en la densidad del tejido óseo. Habitualmente el tratamiento de la osteoporosis incluye el uso de agentes farmacológicos. En general se considera que períodos prolongados de inactividad y la disminución de la carga sobre el esqueleto promueven la reducción de la

²⁵ Las autoras, en conjunto con la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de Argentina (DINAPAM); el Servicio Nacional del Adulto Mayor dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de Chile (SENAMA) y el Instituto Nacional del Adulto Mayor del Uruguay (INMAYORES). Buscaron aunar conocimientos básicos sobre gerontología moderna enmarcados dentro del paradigma de derechos humanos tanto en Argentina, como en Chile y Uruguay.

masa ósea, mientras que la carga mecánica lograda a través del ejercicio aumenta la masa ósea (Álvarez Álvarez et al. 2014)²⁶. La OP es cada vez más prevalente en nuestra sociedad con previsión de un importante aumento en el número de fracturas en los próximos 50 años. Hasta hace poco tiempo se consideraba que la osteoporosis era una consecuencia natural del envejecimiento que se desarrollaba de forma "silenciosa" a lo largo de los años. El aumento progresivo del conocimiento epidemiológico, de la estructura y resistencia ósea y de las vías etiopatogénicas de osteoclasto y osteoblasto así como del papel activo del osteocito han permitido seleccionar nuevas dianas terapéuticas y desarrollar intervenciones más eficientes. El beneficio de la terapia anti-fractura está claramente demostrado así como su relación coste/beneficio en relación a los costes que se derivan del tratamiento de las fracturas por fragilidad y sus complicaciones, de gran impacto sobre la morbimortalidad de estos pacientes (Caamaño Freire et al. 2014)²⁷.

La artritis reumatoide (AR) es la artropatía inflamatoria crónica más frecuente, afecta aproximadamente al 0,5-1% de la población general. La etiología es desconocida y su patogenia es solo parcialmente conocida en la actualidad. En los últimos años se han estudiado e identificado múltiples factores de riesgo para su desarrollo. Intervienen factores genéticos y ambientales, y la interacción de ambos puede ser determinante en el desarrollo de la enfermedad. Suele ser simétrica y se localiza en las articulaciones periféricas, siendo la afectación axial y de las articulaciones proximales menos común. También se pueden producir manifestaciones extra-articulares (Barbadillo Mateos, 2013)²⁸. De un 5-20% de pacientes con AR presentan un curso auto limitado y otro 5-20% presenta una forma clínica mínimamente progresiva. Por tanto, entre 60 y 90% de los pacientes que la padecen, tienen una evolución clínica de deterioro progresivo. El diagnóstico debe hacerse lo más temprano posible, pues las erosiones se ven en el 75 % de los pacientes a los 2 años de su inicio. Si se detecta y empieza a tratar la enfermedad antes de los 3 meses, menos del 10 % la presenta (Prada, et al. 2013)²⁹

La artrosis es la enfermedad articular crónica más prevalente. La patogenia es compleja y no solo relacionada con la edad y con el desgaste. El dolor y la pérdida de

²⁶ Estas fracturas se asocian con un incremento en la morbilidad y mortalidad. El riesgo de fractura osteoporótica viene determinado por la presencia de uno o más factores de riesgo y el descenso de la densidad mineral ósea (DMO) valorado mediante la técnica Dual Energy X-ray absorptiometry (DEXA), densitometría. La indicación de tratamiento se realiza en función del riesgo absoluto de fractura por fragilidad.

²⁷ La intención del texto de consenso fue simplificar las recomendaciones que proporcionan las múltiples guías de práctica clínica para disponer de un documento común de referencia para profesionales decisiones en Osteoporosis.

²⁸ El autor realiza una descripción de la patología, desarrollo y tratamiento precoz

²⁹ Afirieron que "La evaluación frecuente y continuada de la actividad inflamatoria; así como el tratamiento precoz con fármacos modificadores de la enfermedad contribuye a lograr el objetivo terapéutico de la artritis reumatoide, el cual está dirigido a conseguir la remisión o, alternativamente mantener al paciente con la mínima actividad inflamatoria posible (MAIP).

funcionalidad son las manifestaciones clínicas principales, pero habitualmente aparecen tardíamente en la enfermedad. En la actualidad no existen tratamientos que hayan demostrado capacidad para reparar el cartílago o para detener la enfermedad. La investigación de la última década se ha centrado en mejorar los marcadores del cartílago y el conocimiento de los mecanismos patogénicos para identificar a los pacientes con riesgo de progresión significativa con la esperanza de que en un futuro próximo aparezcan fármacos con capacidad real para modificar la enfermedad (Martín Santos, 2013)³⁰.

La hipertensión arterial³¹ en el adulto mayor es, en todas sus formas de presentación (sistólica, diastólica, media, sistólica aislada), un factor de riesgo independiente para insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal y, en general, daño de todos los órganos diana (Berreta & Kociak, 2017)³². La hipertensión sistólica en este grupo etario es la de mayor prevalencia (60-70%), con alta frecuencia de hipertensión sistólica aislada, factor de riesgo cardiovascular importante (Guo et al. 2010)³³. A estas edades se dan como características peculiares del síndrome hipertensivo, la pseudo-hipertensión, el ortostatismo y la hipertensión “de guardapolvo blanco”

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico que resulta de la disfunción ventricular, caracterizado por síntomas y signos causados por retención de líquidos como falta de aire, estertores pulmonares y edemas, y signos de una inadecuada perfusión de los tejidos como fatiga y mala tolerancia al ejercicio. Es un problema grave de salud que va en aumento, con una prevalencia de 0,5 a 2% en general y que asciende hasta 10% en la población de edad avanzada de los países occidentales desarrollados. La magnitud de este problema es del orden del 5% de todos los adultos; el 80% de estos son mayores de 65 años (Ponikowski

³⁰ La patogenia es compleja y no solo relacionada con la edad y con el desgaste. El dolor y la pérdida de funcionalidad son las manifestaciones clínicas principales. El autor considera que el futuro de la artrosis es prometedor, una vez superada la idea de enfermedad crónica motivada por el desgaste del cartílago y es de prever que próximamente salgan al mercado nuevas terapias, fármacos modificadores, que atacarán a la base fisiopatológica de esta enfermedad.

³¹ Como hecho fisiológico la presión arterial sistólica (PAS) se eleva en forma lineal a lo largo de los años por aumento en la rigidez de las paredes arteriales. La presión arterial diastólica (PAD) se eleva hasta los 50 años aproximadamente. Esto explica que la hipertensión arterial sistólica sea la forma más prevalente en adultos mayores

³² Efectuaron una extensa revisión del tema, especialmente en este grupo etario, el registro tensional debe efectuarse en ambos miembros superiores, buscando siempre la presencia de hipotensión ortostática que puede llevar a serios daños cuando no se conoce su existencia. Se destaca el tratamiento no farmacológico, se desecha la existencia de una droga universal de primera elección y se remarca la necesidad de adaptar la terapéutica farmacológica a las comorbilidades que el paciente. Se ejemplifican en veintiséis situaciones de hipertensión arterial asociada a comorbilidades, la elección y contraindicación de fármacos

³³ Se cree que la desregulación de la presión arterial (PA) es un indicador de daño cerebrovascular, incluido el deterioro cognitivo. Aquí, investigaron la posible asociación de la variación de la PA circadiana con el deterioro cognitivo leve (DCL) en personas que viven en la comunidad que no muestran demencia definitiva.

et al. 2016)³⁴. La IC resulta tan letal como los tumores malignos más frecuentes. Las causas más frecuentes de este síndrome en los adultos mayores corresponden a cardiopatía hipertensiva, coronariopatía, enfermedad cardíaca valvular y cor pulmonale. Menos frecuentes resultan las miocardiopatías, aunque hay que tener en cuenta la miocardiopatía restrictiva por depósito de amiloide

En el anciano es importante reconocer factores precipitantes como anemia, fibrilación auricular, sobrecarga hídrica, hipertensión no controlada, tirotoxicosis, infecciones, embolismo pulmonar, insuficiencia renal y medicamentos ofensores como los esteroides y los antiinflamatorios no esteroideos. En los pacientes geriátricos, desde el punto de vista fisiopatológico, hay que considerar la disfunción diastólica producida por rigidez miocárdica debido a fibrosis y depósito tisular de sustancia amiloide. En el adulto mayor, al igual que los pacientes más jóvenes puede presentarse con los síntomas y signos clásicos: disnea, ortopnea, tos nocturna, fatiga o cansancio fácil, taquicardia, edemas, estertores húmedos pulmonares, hepatomegalia, etc. Sin embargo, debido a la frecuente presencia de disminución de la capacidad funcional y a las enfermedades asociadas puede tener una presentación tardía y atípica (Lupón, Vila & Bayes-Genis, 2015)³⁵.

La cardiopatía isquémica está presente entre el 50 y el 80% de los estudios necrópsicos de las personas mayores de 60 años, pero solo es sintomática en un 10 a un 20% de estas. Por lo demás, la cardiopatía isquémica sigue siendo la primera causa de muerte y el riesgo de morir por un infarto del miocardio se incrementa con la edad. La mortalidad intrahospitalaria en personas menores de 65 años es de alrededor de un 10%, mientras que en los mayores de 65 años es tan alta como 30%. (Alonso de Leciana et al. 2014)³⁶. Los marcadores de riesgo llamados mayores continúan siendo para estas personas la hipertensión arterial, sobre todo la hipertensión sistólica, los niveles elevados de LDL colesterol sanguíneos, el hábito de fumar cigarrillos, la diabetes mellitus, el sobrepeso/obesidad, el sedentarismo y la dieta aterogénica, aunque algunos trabajos cuestionan la asociación entre las concentraciones de colesterol total y la mortalidad por cardiopatía isquémica en los ancianos.

³⁴ Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) de diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica Desarrollada con la colaboración especial de la Heart Failure Association (HFA) de la ESC

³⁵ Consideran que los modelos de predicción del riesgo de mortalidad en el manejo contemporáneo de la insuficiencia cardíaca (IC), con biomarcadores ya incorporados en la práctica habitual. Las pautas de HF de la American College of Cardiology Foundation/American Heart Association de 2013 establecen que los biomarcadores son complementos poderosos de los estándares actuales para la insuficiencia cardíaca aguda y crónica, Los nuevos biomarcadores debe considerarse predictivos.

³⁶ Realizaron una actualización de las pautas de tratamiento del accidente cerebrovascular isquémico agudo de la Sociedad Española de Neurología basada en una revisión crítica de la literatura.. La trombólisis sistémica debe considerarse dentro de las 4,5 horas posteriores al inicio de los síntomas. Los enfoques intraarteriales con una ventana de oportunidad más amplia pueden ser una opción en ciertos casos. Se están investigando terapias protectoras y restauradoras.

En la actualidad se han sugerido algunos nuevos factores de riesgo denominados “emergentes, entre los que se señalan: el nivel alto de triglicéridos, las apolipoproteínas, los marcadores de la inflamación, la homocisteinemia, la glucemia en ayunas alterada y los factores trombogénicos / hemostáticos.

La angina inestable de pecho se manifiesta fundamentalmente por dolor torácico característico; aunque en las personas de edad la disminución de la actividad física, la existencia de neuropatía que altera la sensación dolorosa y de cambios miocárdicos asociados, provocan que, en muchas ocasiones se manifieste con dolor atípico o con disnea como equivalente anginoso. Para el diagnóstico, al igual que en los adultos de edades medias, resulta útil el electrocardiograma de esfuerzo, aunque hay que señalar que existen situaciones comunes en los ancianos que dificultan la interpretación de los cambios: bloqueo de rama izquierda, hipertrofia ventricular izquierda y uso de digital (Silva et al. 2015)³⁷. La angina inestable es un síndrome transitorio que resulta de la ruptura de una placa aterosclerótica coronaria con la subsecuente formación de un trombo que reduce de forma crítica el flujo sanguíneo coronario, provocando un nuevo comienzo o exacerbación de la angina y, en algunos pacientes, la ocurrencia de infarto miocárdico sin elevación del segmento ST. Los ancianos con angina inestable requieren hospitalización y, dependiendo de su estratificación de riesgo, monitoreo en una unidad de cuidados intensivos coronarios.

Hasta una quinta parte de los infartos de miocardio que ocurren en personas ancianas se presentan como infartos no-Q o con síntomas atípicos. La atipicidad se incrementa a medida que avanza la edad (Miró et al. 2019)³⁸

El deterioro cognitivo es una pérdida o reducción de funciones mentales superiores en personas que las conservaban intactas previamente. Esto incluye cuadros agudos muy definidos como el síndrome confusional agudo (secundario a infecciones, anemia, patología que afecta a cualquier sistema, ingreso hospitalario, cambio de domicilio, fármacos, etc.), u otros como la demencia de diferentes causas (enfermedad de Alzheimer, etiología vascular, formas mixtas, etc.) pero también engloba otros cuadros no tan definidos, vinculados o no a problemas de salud. La pérdida progresiva y frecuentemente irreversible de las funciones mentales caracteriza a la demencia, cuyos criterios definitorios requieren del desarrollo de múltiples defectos cognitivos que se establecen en un período de tiempo relativamente largo.

³⁷ Proporcionan un enfoque conciso a los aspectos más relevantes en el tratamiento de los síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST (NSTEMI). Concluyen que el tratamiento de los síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST evoluciona continuamente con la inclusión de nuevos fármacos antiplaquetarios y anticoagulantes, que apuntan a una mayor eficacia antiisquémica y menores tasas de hemorragia. El enfoque terapéutico adecuado puede ayudar a disminuir la morbilidad y la mortalidad.

³⁸ Esta guía recoge la opinión de la Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH) sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, se ha elaborado tras el estudio minucioso de los datos y la evidencia disponibles hasta la fecha.

Las demencias primarias son las más frecuentes, en particular la Enfermedad de Alzheimer (50-60%) y la demencia vascular (15-20%) (Manso Calderón, 2013)³⁹. En los estadios más avanzados de síndromes demenciales, las consecuencias son la pérdida de funciones que se complican con caídas, inmovilidad, incontinencia, riesgo aumentado de infecciones, aislamiento social, dependencia para las actividades de la vida diaria, cambio de carácter, alteraciones de conducta, desnutrición, sobrecarga para el cuidador y elevado consumo de recursos socio-sanitarios e institucionalización.

La Enfermedad de Alzheimer (EA), es una patología irreversible que afecta a ciertas regiones cerebrales relacionadas con la memoria y que se caracteriza por un progresivo deterioro cognitivo y funcional que finalmente acaba inhabilitando a los pacientes para llevar a cabo las tareas más simples. Se caracteriza por la acumulación de la proteína beta-amiloide (A β), principal componente de las placas seniles (Navarro, 2014)⁴⁰. Otra característica patológica de la enfermedad son las alteraciones cerebrovasculares, como son un flujo cerebral alterado y pequeños micro-infartos. Cabe mencionar que estas alteraciones cerebrovasculares se correlacionan directamente con el grado de deterioro cognitivo. Los síntomas de la EA incluyen la pérdida de memoria, la imposibilidad de comunicación o de realizar tareas rutinarias, alteración de la personalidad, y finalmente, estado vegetativo.

Aunque, los fármacos como los inhibidores de la acetilcolinesterasa han demostrado eficacia en el control temporal de los síntomas de la enfermedad de Alzheimer, en ausencia de un tratamiento curativo se hace necesario un abordaje terapéutico multidimensional dirigido a mantener y estimular las capacidades preservadas del individuo, intentando conseguir la mejor situación funcional posible en cada estadio de la enfermedad y con ello ralentizar el declive que pudiera venir generado por factores externos.

En la práctica muchas veces coexisten manifestaciones de demencia vascular con demencia de Alzheimer (demencia mixta), por lo que se acepta que la “demencia vascular pura” y la “demencia de Alzheimer pura” son los dos extremos de un continuo (Villarejo Galende et al. 2017)⁴¹.

La enfermedad de Parkinson es un desorden neurodegenerativo complejo, caracterizado por la pérdida progresiva de las neuronas dopaminérgicas de la sustancia nigra

³⁹ La enfermedad de Alzheimer (EA) y la demencia vascular (DV), las dos causas más frecuentes de demencia, representan un importante problema sociosanitario. Sugieren que los polimorfismos relacionados con la función endotelial y la muerte celular pueden variar, al menos en parte, la susceptibilidad al riesgo de padecer demencia.

⁴⁰ El grupo liderado por el Dr. Strickland se centraron en este factor con el objetivo de desarrollar un fármaco que pueda ser de utilidad para el tratamiento del Alzheimer. Este grupo de la Universidad Rockefeller (Nueva York), se ha centrado en el fibrinógeno, proteína soluble del plasma sanguíneo, implicada en la formación de los coágulos. Demostraron que el fibrinógeno actuaría como nexo molecular de unión entre las alteraciones vasculares y el deterioro neurológico en enfermos de EA.

⁴¹ Revisaron de los datos publicados hasta el momento sobre la epidemiología, morbilidad, mortalidad, discapacidad, dependencia e impacto económico de la demencia y el Alzheimer en España.

pars compacta de la sustancia negra (SNpc)⁴². La disminución del contenido de dopamina en el estriado es la principal responsable de la aparición de síntomas motores y también de algunos no motores. Asimismo, en el Parkinson se ven alterados otros componentes del sistema nervioso, como las neuronas del bulbo olfatorio, distintas estructuras subcorticales, neuronas simpáticas y parasimpáticas ganglionares, y núcleos serotoninérgicos y noradrenérgicos (Infante Molina et al. 2014)⁴³

Aunque la etiología de la enfermedad de Parkinson es desconocida, se postula un origen multifactorial, ya que su aparición se ve influida por distintos factores: uno de ellos es la edad. El envejecimiento se asocia a una disminución de las neuronas pigmentadas de la sustancia negra, a un aumento de la detección de los cuerpos de Lewy, a una disminución de la captación de F-DOPA (F-fluoro-L-Dopa), y a un descenso de los transportadores de dopamina del estriado. Sin embargo, aunque su incidencia aumenta con la edad, la enfermedad no es simplemente una aceleración del envejecimiento (García-Ramos et al. 2016)⁴⁴

En función del origen de la enfermedad, se clasifica en: Parkinsonismo idiopático (primario). Antiguamente conocido como «parálisis agitante». Suele emplearse para la enfermedad de Parkinson puramente dicha. Parkinsonismo adquirido (secundario). Incluye el parkinsonismo post-encefálico, el inducido por fármacos (neurolépticos, metoclopramida, lorazepam e inhibidores de la recaptación de serotonina, amiodona, etc.) y los síntomas asociados a la intoxicación por manganeso. Parkinsonismo plus. Los síntomas se deben a las alteraciones degenerativas del SNC, como parálisis supranuclear progresiva o atrofia multisistémica. En esta forma de presentación predomina la alteración oculomotora, las dificultades del habla y de la deglución, la pérdida de equilibrio con caídas y la demencia frontal (Martínez Fernández et al. 2016)⁴⁵

⁴² En los núcleos pigmentados del encéfalo es característica la presencia de cuerpos de Lewy, que son inclusiones hialinas eosinófilas con un núcleo esférico denso, en el que se almacenan neurofilamentos, enzimas (como fosfatasa y cinasas) y otras proteínas citosólicas, fundamentalmente alfa-sinucleína. De hecho, muchos autores incluyen esta enfermedad dentro del grupo de las sinucleinopatías.

⁴³ Los autores buscaron identificar mutaciones en los genes PINK1 (exones 4 y 6) y PARKIN (exones 2 y 7) en 22 pacientes colombianos con enfermedad de Parkinson de inicio temprano y/o antecedentes familiares, mediante amplificación por PCR y secuenciamiento. Se encontró una mutación homocigota c.155delA en el exón 2 de PARKIN de una paciente con la enfermedad de Parkinson de inicio temprano con historia familiar. No se encontraron cambios en el gen PINK1

⁴⁴ Buscaron conocer el alcance socioeconómico de la enfermedad de Parkinson, esencial para la planificación de recursos y concienciación social. Los profesionales realizan un gran esfuerzo para proporcionar una asistencia de calidad a los pacientes. Aun es largo el camino que queda por recorrer para que una asistencia de calidad, eficaz y multidisciplinar sea universal para todos.

⁴⁵ Actualizan aspectos clínicos y diagnósticos fundamentales en Parkinson así como estrategias terapéuticas disponibles. Aunque aún no se dispone de ningún fármaco que enlentezca la progresión de la enfermedad, existe un arsenal terapéutico extenso y eficaz para el control en cada fase.

Capítulo 2:
Intervenciones Kinésicas
Domiciliarias
Para Patologías Del
Adulto Mayor

Debido al incremento poblacional del colectivo de personas mayores tanto en el contexto geográfico nacional como internacional, con necesidades de acceso a los sistemas de salud totalmente diferentes a las de los pacientes para los que fueron diseñados hace medio siglo, que hace que se replanteen nuevos perfiles profesionales de atención y se desarrollen propuestas de intervención adaptadas a dichas necesidades (Romero Rizo, Abizanda Soler & Luengo Márquez, 2015)⁴⁶. Por ello, en los últimos años se está incrementando la amplitud y diversidad de contextos de intervención multidisciplinaria integral, como el caso de la kinesiología, siendo éste un campo muy abierto y poco definido y que en función de las necesidades y demandas sociales se va concretando, generándose un constante corpus experimental teórico multidisciplinar (Fernández-Fernández et al. 2015)⁴⁷

Históricamente, se ha considerado la institucionalización como única opción de asistencia a las personas mayores. A partir del cambio de paradigma, nos encontramos frente a un nuevo escenario, pasando de un sistema sanitario a un sistema socio sanitario. En este contexto, el aumento de la población de personas mayores no debería ser un problema sino un logro y, en función de ello, la planificación de propuestas de cuidados en domicilio.

Bajo el término anglosajón *home care* se puede englobar cualquier actuación médica o clínica, que se desarrolle en el domicilio del paciente. Con el considerable desarrollo técnico durante las últimas dos décadas, permitieron a los facultativos tratar en el domicilio procesos que, anteriormente, precisaban de un ingreso hospitalario. Además de este avance tecnológico, la sobrecarga asistencial, la creciente presión por parte de la gerencia hospitalaria para reducir las estancias y el número de ingresos de los pacientes constituyen importantes razones adicionales para el desarrollo de nuevos dispositivos asistenciales. La Rehabilitación domiciliaria puede definirse entonces como el tratamiento del paciente en su domicilio con la misma complejidad, intensidad y duración que en el hospital. Se basa en ofrecer un trato personalizado mediante el traslado de un médico, enfermera y/o personal especializado, al domicilio del paciente donde, además, se puede disponer de distinto material médico- tecnológico (Festa de Vasconcelos et al. 2015)⁴⁸.

⁴⁶ Este volumen es un recordatorio oportuno de la importancia del envejecimiento global para el nuevo milenio. El informe tiene un mensaje contundente: El anciano como diana de una atención sanitaria especializada. Fundamentos de la necesidad de atención y estrategias de atención

⁴⁷ Es necesario adaptar nuestro sistema sanitario a las necesidades más complejas de cuidados que requiere el paciente anciano y optimizar de forma eficiente y equitativa la utilización de los recursos disponibles. Esta necesidad ya ha sido identificada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como uno de los cinco objetivos estratégicos en la Estrategia y Plan de Acción Mundiales sobre Envejecimiento y Salud publicada recientemente

⁴⁸ La tendencia global para el sistema de atención a domicilio es una estrategia de desinstitucionalización. El cuidado en el hogar ayuda a reducir los costos de servicios operativos, la medida que proporciona la disminución en el tiempo medio de estancia en instituciones de

La rehabilitación a domicilio pretende realizar dos funciones que son complementarias: por un lado, reducir o incluso sustituir la estancia hospitalaria cuando el paciente es trasladado tempranamente a su domicilio; por otro, prevenir nuevos ingresos al diagnosticar y tratar episodios directamente en el domicilio.

La tendencia mundial en la atención domiciliaria está respaldada por una estrategia ampliamente adoptada por los hospitales a través del proceso de deshospitización. Ésta se asocia con la humanización y acelera la recuperación en el hogar para racionalizar el uso de camas de hospital (Griebeler Oliveira, Luce Kruse & Echevarría-Guanilo, 2015)⁴⁹. En muchos países, los programas en los que se brinda atención hospitalaria en el hogar del paciente continúan siendo una respuesta popular a la creciente demanda de camas hospitalarias de atención aguda. Es un servicio que brinda tratamiento activo por parte de profesionales de la salud en el hogar del paciente para una afección que de otro modo requeriría atención hospitalaria aguda. Es decir que si esta opción no estuviera disponible, el paciente permanecería en una sala de hospitalización aguda. Los pacientes que reciben atención de dichos programas, primero son evaluados por médicos de atención primaria o del departamento de emergencias, pudiendo evitar el ingreso a cuidados agudos. Alternativamente pueden ser dados de alta temprana del hospital para recibir atención hospitalaria en el hogar (Gonçalves-Bradley et al. 2017)⁵⁰.

Uno de los ejes centrales de la atención domiciliaria es la desinstitucionalización porque acelera el alta hospitalaria y permite la atención continua en el hogar brindada por los equipos de atención domiciliaria. La relación entre la atención domiciliaria y la red hospitalaria es estratégica, ya que permite a los pacientes hospitalizados continuar su tratamiento en el hogar de manera integral y responsable, acortando la duración de su estadía.

La atención domiciliaria se define como el conjunto de servicios de apoyo sanitarios y sociales prestados a las personas en su hogar, manteniéndolas en su casa el mayor tiempo posible y conveniente, insertas en su comunidad, con el fin de mejorar su calidad de vida (Lara Silva et al. 2017)⁵¹.

hospitalización, lo que reduce el número de reingresos, disminución de las complicaciones infecciosas éxito hospitalización prolongada y una mayor conformidad del paciente a tratamiento

⁴⁹ Se objetivó conocer las definiciones e implicaciones de la atención domiciliaria abordadas en artículos científicos

⁵⁰ A pesar del creciente interés en el potencial del alta hospitalaria en los servicios domiciliarios como una alternativa menos costosa a la atención hospitalaria, esta revisión proporciona evidencia insuficiente de beneficio económico (a través de una reducción en la duración de la hospitalización) o mejores resultados de salud.

⁵¹ Analizaron el proceso de deshospitización en un hospital público general en Minas Gerais, Brasil, desde la perspectiva de gerentes, trabajadores de salud, usuarios y sus familias. El estudio revela una deficiencia en la implementación, sistematización, reorganización interna y continuidad de la atención después de la deshospitización. Las estrategias actuales de deshospitización no favorecen la exhaustividad y la continuidad de la atención domiciliaria

Los servicios de cuidado en domicilio integran el conjunto de acciones que se llevan a cabo en la vivienda de la persona mayor, dependiente o con alguna discapacidad, con la finalidad de atender sus necesidades y brindar asistencia en las actividades de la vida diaria. Siendo implementados como un programa individual, de carácter preventivo y rehabilitador, a los que se articulan técnicas de intervención profesional. Tienen como objetivo fundamental favorecer e incrementar la autonomía personal. La prestación en el domicilio debe ser planificada de acuerdo a la situación particular de cada una, sus necesidades, teniendo en cuenta su contexto familiar, social y cultural. No es conveniente estandarizar esta prestación (Caudron, 2013)⁵².

Los tipos de pacientes que reciben atención en el hogar difieren entre los esquemas, al igual que el uso de la tecnología. Algunos esquemas están diseñados para atender a pacientes con afecciones específicas, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, o para proporcionar habilidades específicas, como la nutrición parenteral (Shepperd et al. 2009-a)⁵³. Sin embargo, muchas prestaciones de atención hospitalaria en el hogar carecen de funciones tan claras y tienen una política de "puertas abiertas" que cubre una amplia gama de condiciones. Estos esquemas pueden basarse en los recursos comunitarios existentes, o pueden funcionar como servicios de extensión hospitalaria, con el personal del hospital haciendo visitas a domicilio. En particular, los programas de "hospital en el hogar" se definen por la provisión, en los hogares de los pacientes y por un período limitado, de un servicio específico que requiere la participación activa de los profesionales de la salud.

Reducir los costos al evitar la admisión al hospital por completo es el objetivo central de tales esquemas. Otros beneficios percibidos incluyen la reducción del riesgo de eventos adversos asociados con el tiempo en el hospital y el beneficio potencial de recibir rehabilitación en el entorno del hogar mediante el cual los profesionales de la salud brindan tratamiento activo para una afección que de otro modo requeriría tratamiento hospitalario de atención aguda (Shepperd et al. 2009-b)⁵⁴.

El cuidado de las personas mayores y aquellas con dependencia por razones de salud se ubica en el eje fragilidad-autonomía, en el que el mismo debe concentrarse en brindarles los apoyos específicos para gestionar lo mejor posible su dependencia y ofrecer las

⁵² El apoyo domiciliario provee la oportunidad de desarrollar un entorno de vida en el cual cada persona que envejece pueda concebir y gestionar su propio proyecto de vida, en su domicilio personal, familiar y comunitario, integrado en su entorno (familia, amigos, vecinos) y su contexto gracias a un panel de ayuda adaptada y de calidad que permiten la libertad de elección.

⁵³ Intentaron comparar la efectividad de este método de atención para pacientes con ese tipo de atención hospitalaria. Donde la provisión de atención hospitalaria en el hogar arrojó resultados similares a la atención hospitalaria, a un costo similar o menor.

⁵⁴. A través de su revisión buscaron determinar la efectividad y el costo del manejo de pacientes con alta hospitalaria temprana en el hogar en comparación con la atención para pacientes hospitalizados.

compensaciones permanentes para suplir las limitaciones que sufren o a las que pueden estar expuestas. El resto de las personas mayores se podrían ubicar en el cuadrante fragilización-autonomía, en el que el cuidado tiene un carácter de orden preventivo y lo que se requiere son modificaciones en el entorno y la dotación de servicios para una sociedad que envejece, para que el solo hecho de ser mayor no se convierta inmediatamente en fragilidad, como antesala de la dependencia (Huenchuan & Rodríguez, 2014)⁵⁵.

La atención de los mayores requiere, desde el campo de la salud, realizar acciones múltiples e integradas, y preparar recursos humanos y servicios, que ayuden a las personas a conservar el máximo tiempo posible la mayor autonomía (Podesta & Risso, 2009)⁵⁶. Las intervenciones de rehabilitación en el hogar muestran que con su aplicación se extendió la supervivencia y los resultados sugieren que la intervención podría ser una herramienta clínica de bajo costo para retrasar el deterioro funcional y la mortalidad (Gitlin et al. 2009)⁵⁷.

Se puede decir que los servicios de apoyo o cuidado en domicilio son una pequeña parte de un sistema más amplio de servicios que debe ser integral e integrado, de calidad y centrado en la persona, con acceso equitativo, sostenible y coordinado.

El profesional debe estar dotado de los conocimientos más elementales sobre las características clínicas y psicofuncionales del anciano, con vista a que su acción sea positiva en el logro y mantenimiento de la independencia funcional. Para esto se deben determinar estrategias en vistas de una educación global futura y programas de formación basados en las necesidades que empiecen a responder a las demandas en aumento. Se requerirán técnicas y cambios innovadores para responder a las necesidades que tiene el número cada vez mayor de personas de la tercera edad de mantener sus funciones (Rodríguez Díaz, 2009)⁵⁸.

⁵⁵ Este libro fue elaborado a partir de los trabajos presentados en el segundo Foro Internacional sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores, organizado por el Gobierno de la Ciudad de México, a través de su Secretaría de Desarrollo Social, y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de las Naciones Unidas. Donde se abordaron los temas que han formado parte del debate internacional sobre los derechos humanos de las personas mayores en el último período, entre ellos, los cuidados y sus desafíos para la protección social en contexto de envejecimiento; la autonomía en la toma de decisiones y las limitaciones que se derivan de la restricción que afecta la capacidad legal de las personas mayores.

⁵⁶ Los autores buscaron determinar la formación académica de los egresados de la carrera de Kinesiología y fisioterapia de la Universidad Abierta Interamericana de Rosario

⁵⁷ Evaluaron el efecto de mortalidad a largo plazo de una intervención domiciliar que previamente demostró reducir las dificultades funcionales y si los beneficios de supervivencia difieren según el nivel de riesgo de mortalidad inicial. La intervención extendió la supervivencia hasta 3,5 años y mantuvo diferencias estadísticamente significativas durante 2 años. Los sujetos con riesgo de mortalidad moderado obtuvieron el mayor beneficio de intervención. Los resultados sugieren que la intervención podría ser una herramienta clínica de bajo costo para retrasar el deterioro funcional y la mortalidad.

⁵⁸ El artículo trata sobre los trastornos de la movilidad y las modalidades terapéuticas que ayudan a los ancianos en el proceso de rehabilitación, con especial énfasis en los beneficios que les reportan los ejercicios físicos y en la función del fisioterapeuta para lograr y mantener la mayor independencia posible en estos pacientes. El autor concluye que Queda mucho por hacer en el campo de la

El kinesiólogo tiene diversas posibilidades de intervención en los ámbitos de prevención, donde intervine como coadyuvante en el tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas, así como en la rehabilitación del control postural y la debilidad muscular, producto del desacondicionamiento físico o la inmovilización prolongada del adulto mayor (Barreto Grangeiro et al. 2018)⁵⁹. Para proporcionar un servicio de fisioterapia efectivo a las personas de la tercera edad, el profesional necesita todos los conocimientos y técnicas relacionadas con la prevención, el alivio y el tratamiento de los trastornos del movimiento que requieren otros grupos de edad; pero también debe tener una comprensión clara de las consecuencias psicológicas sociales y ambientales del proceso de envejecimiento.

Los actuales modelos de provisión de servicios de salud basados en servicios curativos están evolucionando a modelos de cuidado de la salud, que van desde la promoción de salud y de hábitos protectores, a la prevención de enfermedades, el diagnóstico y tratamiento oportuno e incluyen los cuidados paliativos y la provisión de atención socio-sanitaria que garantice la continuidad del cuidado una vez la persona egresa del establecimiento sanitario. En Argentina las obras sociales brindan rehabilitación FKT a domicilio, y es una práctica nombrada. Existen programas de cuidados domiciliarios que contemplan patologías crónicas y cuidados paliativos con equipos interdisciplinarios que incluyen la participación del fisioterapeuta (PAMI Resol.379/2008)⁶⁰

Según la situación en la que se encuentra el paciente se distinguen varios tipos de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

Las intervenciones fisioterápicas realizadas para la prevención primaria tiene como fin prevenir déficits funcionales y son: movilización temprana, ejercicio físico y cuidado geriátrico especializado. Primero se debe realizar una evaluación inicial del paciente y en base a ella se establecería un plan de intervención (Tousignant-Laflamme et al. 2015)⁶¹.

rehabilitación para lograr la satisfacción y calidad de vida que merecen los ancianos, por lo cual se impone hacer que la comunidad se convierta en un escenario beneficioso para velar por la salud de este grupo poblacional, de modo que la edad avanzada o los años acumulados no constituyan barreras u obstáculos para la participación activa en las actividades sociales.

⁵⁹ El objetivo de esta investigación fue caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de las personas mayores en los programas de fisioterapia en el hogar. Los estudios evaluativos en los programas de fisioterapia domiciliaria son esenciales, ya que es posible conocer las especificidades de los ancianos, minimizando las hospitalizaciones, reduciendo la morbilidad y la mortalidad, minimizando las discapacidades funcionales, brindando atención continua de manera humanizada y garantizada, garantizando una mayor longevidad con calidad de vida (AU)

⁶⁰ La obra social que agrupa a los adultos mayores de 60 años en Argentina, PAMI, le autoriza a su afiliado 60 sesiones al año con posibilidades de ampliar la cobertura si por su diagnóstico fuera medicamente necesario.

⁶¹ Evaluaron la viabilidad y exploraron el valor clínico potencial de agregar servicios de fisioterapia al Departamento de Emergencias, en colaboración con el personal de enfermería, para prevenir el Síndrome de Inmovilización

Ocampo Chaparro y Reyes Ortiz (2016)⁶² recomiendan realizar un cuidado geriátrico especializado adaptado a la situación actual del paciente. Dentro de la prevención primaria es importante el diseño de protocolos para prevenir déficits funcionales.

Existen numerosas actuaciones que se realizan dentro de la prevención primaria y es el ejercicio físico la más recomendada, ya que aporta numerosos beneficios tanto a nivel físico optimizando las funciones cardiovasculares, incrementando la densidad mineral ósea, aumentando la fuerza muscular que permite mejorar la marcha, como a nivel psicológico pues disminuye la depresión y la ansiedad (Fleuren et al. 2012)⁶³

A la hora de pautar el ejercicio físico se deben tener en cuenta aspectos individuales de cada paciente geriátrico, tales como la edad, si está entrenado, si padece alguna enfermedad concomitante, y en este caso saber cuál es y en qué fase de inmovilización se encuentra.

El plan de ejercicios tiene que ser individualizado y multimodal además debe perseguir alcanzar un mantenimiento físico del paciente geriátrico. Está compuesto por distintos tipos de ejercicios. Es importante pautar tiempos de actividad y tiempos de descanso, evitando la fatiga, así como la intensidad y la frecuencia de entrenamiento

Existen numerosas modalidades para trabajar el ejercicio en estos pacientes, tales como: ejercicio aeróbico, existen distintas formas de trabajarlo, algunos autores proponen caminar, bicicleta, natación y taichí (Granacher, Gruber & Gollhofer, 2009)⁶⁴

Para el trabajo de fuerza Loh y colaboradores (2015)⁶⁵ proponen fortalecimiento de musculatura extensora de MMSS, de musculatura posterior de pierna, ejercicios activos libres y resistidos de MMSS, MMII y tronco. Para el trabajo de resistencia se establecen ejercicios aeróbicos, prensa de pierna, elevación de gemelos, dorsiflexión de pie, flexión-extensión de pierna, abducción-aducción-flexión de cadera y prensa de pantorrillas (Pamukoff et. 2014)⁶⁶.

⁶² La implementación de modelos de atención que prevengan y mejoren el compromiso funcional deber ser una prioridad para las instituciones y personal de salud que atienden ancianos. Estos modelos incluyen revisión del manejo farmacológico, rehabilitación interdisciplinaria temprana, programas de ejercicio y diseño del egreso geriátrico planeado.

⁶³ Este protocolo de estudio se enfoca en identificar los determinantes de la implementación de un programa de ejercicios de tareas funcionales, desarrollar estrategias de implementación y estudiar los efectos de la implementación en la práctica diaria.

⁶⁴ investigar los efectos del entrenamiento de resistencia en el rendimiento de la fuerza y en el control postural en las personas mayores. Se observaron rendimientos mejorados en el alcance funcional y en la prueba de caminata en tándem. El entrenamiento de resistencia no tuvo un efecto en la compensación de las perturbaciones de la plataforma. Los aumentos en el rendimiento de la fuerza pueden explicarse principalmente por un impulso neuronal mejorado de los músculos agonistas.

⁶⁵ Desarrollaron y evaluaron la efectividad de un programa de intervención de Ejercicio multicomponente y el Estilo de vida terapéutico (CERgAS) dirigido a mejorar el rendimiento físico y mantener una vida independiente en comparación con la educación general de salud entre las personas mayores en un entorno urbano pobre en Malasia.

⁶⁶ Utilizaron una tarea de recuperación de equilibrio de un solo paso hacia adelante y lateral para examinar los efectos del entrenamiento de fuerza (ST) o entrenamiento de potencia (PT) en la

Para el entrenamiento del equilibrio se propone el baile, bipedestación con apoyo monopodal y realizar movimientos con la pierna contraria y movimientos asociados de MMSS y MMII variando la posición de la cabeza y el cuello, con o sin estimulación visual y en una superficie estable o inestable. Para realizar actividades funcionales se sugiere ponerse de pie, realizar ABVD, paso de sedestación a bipedestación, subir escaleras, caminar y transferencias entre distintas posiciones. Para entrenar la flexibilidad se proponen estiramientos de los grandes grupos musculares de MMSS, MMII y tronco. Para trabajar ejercicios de mantenimiento se sugiere subir escaleras y rampas, ir en bicicleta y natación.

Para trabajar la coordinación se proponen movimientos de diferentes partes del cuerpo, como los MMII, MMSS, cabeza y cuello, al mismo tiempo que varían el estímulo visual y la estabilidad de la superficie de trabajo. Con respecto a la estimulación multisensorial, consiste en estimular distintos sentidos como el visual, el auditivo, el táctil, el motor, mediante distintas acciones (Boneti Moreira et al. 2018)⁶⁷. En cuanto a la adición de vibración, esta se administra por todo el cuerpo un total de 4 minutos. Se realizan exposiciones de 1 minuto de vibración seguidas de 1-2 minutos de descanso, con una frecuencia de 30-40Hz. Con ello se mejora la confianza en el equilibrio por parte del paciente geriátrico (Lam et al. 2018)⁶⁸. Debe adecuarse al grado de tolerancia física del paciente. El programa debe incluir ejercicios respiratorios, flexionar y extender los miembros, practicar ponerse en pie y sentarse de nuevo, dar paseos cortos varias veces al día, y si es posible, realizar algún tipo de gimnasia, mejor si es pautada. El objetivo fundamental es reforzar los grupos musculares directamente implicados en asegurar la autonomía en las actividades de la vida diaria, sobre todo para la deambulación. La coordinación puede potenciarse con la realización seriada de un determinado ejercicio.

Existen contraindicaciones para la realización de ejercicio físico como son: infarto agudo de miocardio, angina inestable, desorden de conducción, paro cardiaco agudo congestivo, lesiones asociadas, dolor no controlado, hipertensión arterial (HTA),

recuperación del equilibrio de un solo paso en adultos mayores. Sugieren que el entrenamiento de resistencia puede mejorar el rendimiento de recuperación del equilibrio y que el PT no condujo a mejoras mayores en la recuperación del equilibrio en un solo paso en comparación con el ST.

⁶⁷ Verificaron los efectos de un programa de ejercicio multisensorial sobre la cognición y la funcionalidad de los adultos mayores institucionalizados. El programa de ejercicio multisensorial mejoró la cognición y la funcionalidad de los adultos mayores institucionalizados. La introducción de un enfoque motor y multisensorial en las rutinas de atención puede mejorar la salud.

⁶⁸ Investigaron si un programa de ejercicio integral fue efectivo para mejorar la función física entre los adultos mayores institucionalizados y si agregar vibraciones de cuerpo entero al programa confirió beneficios terapéuticos adicionales. El programa de ejercicios fue efectivo para mejorar la fuerza de las extremidades inferiores entre los adultos mayores institucionalizados, pero agregar vibraciones en todo el cuerpo no mejoró su efecto.

desmotivación del paciente, debilidad muscular extrema, alteración del equilibrio, posibilidad de aumentar la gravedad del paciente (Yeom, Keller & Fleury, 2009)⁶⁹.

Además, las sesiones deben estar estructuradas, todas ellas se desarrollan con: una fase de calentamiento, otra de trabajo y, por último la de enfriamiento. Su duración es entre 30 y 60 minutos, y se trabaja con una frecuencia de 2-3 sesiones a la semana (Papa, Dong & Hassan, 2017)⁷⁰.

También es importante tener en consideración la intensidad a la que se trabaja depende de los aspectos individuales, así pues, para los ancianos enfermos y frágiles será baja. Conforme vaya mejorando el estado del paciente se irá incrementando la intensidad del ejercicio. Para los pacientes post-hospitalización se llevarán a cabo actividades y ejercicios fuera de la habitación, para cambiar de ambiente y mejorar su motivación. En cuanto al uso de ayudas técnicas, se recomienda el bastón para aquellos pacientes geriátricos con problemas de movilidad (Colón-Emeric et al. 2013)⁷¹. Las medidas ambientales corresponden a las adaptaciones del entorno, con el objetivo de facilitar la autonomía del paciente (Satariano et al. 2012)⁷²

En la prevención secundaria el objetivo es mejorar la movilidad y prevenir la aparición de nuevas complicaciones; alcanzar la recuperación de un estado funcional óptimo, en el que el anciano posea autonomía funcional. Es necesario promover la movilidad del paciente geriátrico, que este se desplace y ofrecer estímulos para el mantenimiento de la independencia (Thomas Santiesteban et al. 2011)⁷³. La intervención fisioterápica que se lleva

⁶⁹ Proporcionaron un informe actualizado de los estudios de intervención diseñados para mejorar la movilidad en adultos mayores y discutir las fortalezas y limitaciones de los estudios de intervención existentes y sus implicaciones para la práctica. El cumplimiento de las recomendaciones de mejora de la movilidad por parte de los pacientes mayores.

⁷⁰ Presentaron evidencia de que el entrenamiento de resistencia puede atenuar los cambios relacionados con la edad en la movilidad funcional, incluidas las mejoras en la velocidad de la marcha, el equilibrio estático y dinámico, y la reducción del riesgo de caídas. Se debe alentar a los adultos mayores a participar en actividades progresivas de entrenamiento de resistencia, y se les debe advertir que sigan un ejercicio continuo desde la inmovilidad.

⁷¹ Las intervenciones deben centrarse en aumentar la capacidad del paciente para hacer frente a las demandas de la tarea y reducir las demandas de la tarea misma. Las intervenciones para el deterioro funcional en adultos mayores son casi siempre multifactoriales porque deben abordar múltiples afecciones, impedimentos y factores contextuales.

⁷² Examinaron las cargas de salud pública de la discapacidad de movilidad, con un enfoque particular en las principales intervenciones de salud pública para mejorar la marcha y la conducción, y los desafíos y oportunidades para la acción de salud pública. Proponemos una agenda de movilidad integrada, que se basa en la experiencia vivida de los adultos mayores. Se necesitan nuevas estrategias de investigación, práctica y política para ir más allá de los programas categóricos de promoción al caminar y conducir para establecer un programa integral que mejore la movilidad segura en todas sus formas.

⁷³ Describieron el comportamiento del Síndrome de Inmovilización en el Hogar de Ancianos "Carlos Font Pupo" de Las Tunas, Cuba. predominó la inmovilidad relativa, el sexo femenino, la raza blanca y el grupo de edad entre 75 y 84 años, así como la adicción al café y al tabaco. La demencia y la falta de apoyo familiar estuvieron presentes en mayor grado en la muestra. Las enfermedades predominantes fueron las del sistema musculoesquelético, seguidas de las cardiorrespiratorias y las principales complicaciones identificadas correspondieron a las afecciones digestivas y las respiratorias.

a cabo es el diseño de un plan rehabilitador individualizado. Por lo cual inicialmente el profesional, debe valorar diversos aspectos físico-funcionales del adulto mayor con el fin de crear un plan de tratamiento adecuado a la realidad del paciente. Se pueden llevar a cabo numerosas actuaciones, tales como: diseñar de un programa rehabilitador en el que se incluyen diferentes modalidades individualizadas de ejercicios, donde se tendrán en cuenta el motivo por el que se ha desarrollado la inmovilidad, el estado actual, situaciones patológicas asociadas, estado de ánimo del paciente y apoyo de su entorno.

Los ejercicios incluyen ejercicios de resistencia, que mejoran la fuerza y la masa muscular. Consiste en actividades como la marcha, la natación, el ciclismo. Entre los ejercicios de fuerza muscular, algunos ejemplos son ejercicios como extensión de los MMSS, elevación de la pelvis, abducción y aducción de cadera, flexión de rodillas, flexión plantar de tobillo. En cuanto a los ejercicios de flexibilidad, abarcan el estiramiento de los grandes grupos musculares de MMII, MMSS, tronco, cabeza y cuello. De forma pasiva o activa. Los ejercicios de equilibrio, permiten disminuir el riesgo de caídas. Algunos ejemplos, sedestación sin apoyo de espalda y pies, cuadrupedia en superficie inestable, bipedestación con los ojos cerrados. En cuanto a los ejercicios de mantenimiento, su objetivo es mejorar el gasto cardíaco y reducir la frecuencia cardíaca. Son actividades como subir escaleras o cuestas (Menéndez Colino et al. 2017)⁷⁴.

En esta fase también es interesante establecer una serie de pautas para adecuar el entorno al paciente geriátrico, para que este sea capaz de realizar las ABVD y las AIVD lo más fácilmente posible y esté motivado en su recuperación. Se realizan adaptaciones del entorno del paciente en: puertas, habitaciones, pasillos, suelo, lavabo, mobiliario, barandillas, iluminación, vestido, higiene personal, sillas, cama y cubiertos y considerar las ayudas técnicas que va a necesitar, en ese caso habrá que enseñarle a usarlas correctamente. Entre estas ayudas técnicas se distinguen las muletas que resisten el peso de todo el cuerpo, los bastones que aguantan alrededor de una quinta parte del peso del cuerpo, los andadores que soportan el peso de los MMSS y las sillas de ruedas cuando el paciente no puede caminar ni si quiera con ayudas externas.

La prevención terciaria se realiza cuando la inmovilidad está en fases avanzadas y su finalidad es el tratamiento de las manifestaciones clínicas del paciente y prevención de nuevas complicaciones. Las intervenciones fisioterápicas utilizadas son: cambios posturales pasivos, movilizaciones articulares pasivas, activo-asistidas y activas, incorporaciones progresivas,

⁷⁴ El establecimiento de objetivos en pacientes de atención compleja se orienta a preferencias personales orientadas al paciente y está muy en sintonía con la capacidad funcional individual en el momento de la consulta. El manejo de pacientes geriátricos debe, en cualquier entorno de atención, incluir la evaluación de algunos dominios de capacidad funcional.

control postural activo, transferencias y fisioterapia respiratoria y cardiovascular, uso de ayudas técnicas (Yang Ko, 2011)⁷⁵.

Cuando el paciente se encuentra confinado en la cama se realizan cambios posturales pasivos, logrando una posición en la que el anciano esté alineado correctamente. La aparición de UPP puede aumentar la mortalidad del anciano entre 2 y 4 veces, por ello son fundamentales los cambios de posición constantes (Johnson & Meyenburg, 2009)⁷⁶.

Estos cambios de posición se realizan cada 2 horas. Las posiciones que se utilizan son: decúbito supino (DS), es la mejor tolerada por los pacientes. La cabeza debe estar en la línea media y alineada con el tronco, que debe conservar las curvaturas fisiológicas normales. Tanto cintura escapular como cintura pélvica deben estar alineadas entre sí. En cuanto a los MMSS se utilizan distintas posiciones, y, con respecto a los MMII se debe evitar la rotación externa de cadera y la formación de un pie equino; decúbito lateral (DL) tiene alto riesgo de aparición de UPP en la zona trocantérea, esta posición fomenta la flexión de las caderas, las rodillas y el tronco; decúbito prono (DP) es la posición peor tolerada, como efecto negativo, compromete la función respiratoria. Es utilizada para la extensión total de cadera y para disminuir la presión en la parte posterior del cuerpo; y en sedestación, donde la cabeza se encuentra alineada con el cuello y el tronco, y se coloca una almohada entre la espalda y el sillón, caderas y rodillas se encuentran en flexión y las plantas de los pies están apoyadas en el suelo. Los MMSS se colocan en el reposa brazos (Nieto et al. 2010)⁷⁷.

A su vez, se inician las movilizaciones articulares pasivas de todas las articulaciones acompañadas de ejercicios de estiramiento muscular. Estas movilizaciones son progresivas, no se debe llegar a los rangos articulares máximos en un primer momento. Una vez que el paciente ya tiene contracción activa, se realizan movilizaciones articulares activo-asistidas por el fisioterapeuta. A medida que mejora el estado funcional del paciente geriátrico se realizan movilizaciones activas (De Vries et al. 2012)⁷⁸. De forma progresiva se van trabajando incorporaciones progresivas y transferencias entre distintas posiciones Cuando es capaz de

⁷⁵ Este artículo revisa el espectro clínico de fragilidad en adultos mayores, su etiología biológica y posibles intervenciones clínicas. Se describen varias definiciones operativas de fragilidad y los signos, síntomas y resultados clínicos asociados. Se exploran los mecanismos biológicos hipotéticos que subyacen a la fragilidad, particularmente en los sistemas musculoesquelético, endocrino e inmunitario. Se discuten las opciones de tratamiento para los adultos mayores frágiles,

⁷⁶ Revisaron las posiciones terapéuticas, incluidas las posiciones estacionarias (supina, semi-inclinada con elevación de la cabecera de la cama, lateral y propensa) y reposicionamiento activo (manual, rotación lateral continua y terapia cinética). Se describen los fundamentos fisiológicos y la evidencia actual para cada posición.

⁷⁷ El objetivo final del tratamiento postural es conseguir que el paciente abandone el encamamiento sin sufrir la iatrogenia derivada del mismo. Para conseguirlo nos planteamos una serie de objetivos intermedios a nivel de algunos órganos o aparatos considerados diana

⁷⁸ Este es el primer metanálisis centrado en pacientes de edad avanzada con problemas de movilidad, discapacidad física y / o morbilidad múltiple. El objetivo de este estudio es evaluar el efecto de la terapia de ejercicio físico sobre la movilidad, el funcionamiento físico, la actividad física y la calidad de vida.

mantener la posición de sedestación sin apoyar los pies en el suelo, se trabaja con ejercicios para el mejorar el control de tronco. También se trabaja el control postural.

Cuando el paciente va ganando fuerza y masa muscular, se le pone en bipedestación si lo necesita puede utilizar ayudas técnicas o la ayuda del fisioterapeuta, y se aguanta esta posición unos minutos. Progresivamente se va aumentando el tiempo en bipedestación. Cuando es capaz de mantener el equilibrio inicia la marcha, con ayudas técnicas. Asimismo, es importante realizar fisioterapia respiratoria y cardiovascular si dichas funciones se ven comprometidas. También se debe vigilar el estado nutricional y las posibles alteraciones en el sistema urinario (Osuna-Pozo et al. 2014)⁷⁹

Con el fin de evitar el sobre-diagnóstico o el diagnóstico erróneo y teniendo en cuenta que los signos y síntomas se expresan de manera diferente en los adultos mayores que en los jóvenes, se requiere que los profesionales de la salud estén preparados para el correcto diagnóstico y tratamiento de las afecciones más comunes en los adultos mayores. En este sentido, sería indispensable la capacitación sistemática de los recursos humanos en los niveles de atención primaria de la salud, orientada al proceso de envejecimiento. Generar recursos humanos bien formados en estas disciplinas desde el pregrado garantizará que los futuros profesionales estén capacitados para cubrir las necesidades de esta población cada día más numerosa. Aplicar la inserción de contenidos en Gerontología y Geriátrica en los cursos de graduación, así como estrategias para fomentar la integración de disciplinas y cursos en el cuidado de la salud para las personas mayores es un tema pendiente (Tejada Fernández, 2009)⁸⁰.

⁷⁹ Es preciso detectar a tiempo al paciente de riesgo para poner en marcha las medidas necesarias para evitar este deterioro, entre las que destacan el ejercicio físico y la atención geriátrica multidisciplinar.

⁸⁰ Existe bastante desestructuración y desorganización del ámbito formativo, se dan serias brechas entre lo público y lo privado, lo rural y lo urbano, falta de reconocimiento a los profesionales que operan en el sector, con bajas retribuciones, altos niveles de rotación y temporalidad, sobrecarga de horarios como condiciones sociolaborales

Diseño Metodológico

La presente investigación según el grado de conocimiento es descriptiva porque se describirán características y aspectos relacionados conocimiento y la importancia del kinesiólogo en el tratamiento domiciliario de adultos mayores.

El tipo de diseño según la intervención del investigador, es no experimental-observacional es un estudio en el que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. En esta investigación el investigador no tiene control directo sobre las variables, no puede influir sobre ellas, solo observar

Bajo este enfoque no experimental el diseño apropiado es de corte transversal, ya que los datos son recogidos un solo momento y en un único punto en el tiempo, en un grupo de kinesiólogos que realizan intervenciones domiciliarias,

El universo está conformado por Licenciados en Kinesiología de la ciudad de Necochea.

La muestra estará conformada por 25 kinesiólogos, que realicen o hayan realizado tratamientos de rehabilitación domiciliaria en la ciudad de Necochea, durante el período entre agosto y diciembre del año 2019. Para efectos de esta investigación la selección de profesionales se realiza mediante un muestreo no probabilístico intencional, con un procedimiento de selección por conveniencia. Es decir que se decide, según los objetivos, los elementos que integrarán la muestra, considerando los kinesiólogos que se encuentran ejerciendo atención domiciliaria en el momento de la investigación

Se seleccionan todos los profesionales que cumplan con los criterios de inclusión:

- ⇒ Profesionales que posean la Licenciatura en Kinesiología o títulos similares validantes.
- ⇒ Profesionales que cuenten con matrícula
- ⇒ Profesionales que tengan, 2 o más años de ejercicio profesional
- ⇒ Profesionales que trabajen en atención domiciliaria en la ciudad de Necochea.
- ⇒

Criterios de exclusión:

- ⇒ Aquellos kinesiólogos que no cumplan con los criterios de inclusión
- ⇒ Kinesiólogos se nieguen a participar o no firmen el consentimiento informado

Para el análisis de los datos se realizan interpretaciones descriptivas sucesivas de los resultados.

Definición De Las Variables Sujetas A Estudio

Sexo

Definición Conceptual: Condición orgánica por la cual se distingue el hombre de la mujer dentro de los componentes de la muestra.

Definición Operacional: Condición orgánica por la cual se distingue a los kinesiólogos. El dato se obtiene por encuesta y se considera Femenino / Masculino

Edad

Definición Conceptual: Período de vida humano que ha vivido que se toma en cuenta desde la fecha de nacimiento hasta el momento del estudio.

Definición Operacional: Período de tiempo que ha vivido el kinesiólogo, se toma desde su nacimiento hasta el momento del estudio. El dato se obtiene por encuesta cara a cara expresando la cifra en la unidad de años. Los valores de edad se clasificarán según rangos: Menos de 25 años, más de 25 a 30 años, más de 30 a 35 años, más de 35 a 40 años, más de 40 a 50 años, más de 50 a 60 años. Y de 60 a o más años

Años de ejercicio profesional

Definición Conceptual: Tiempo transcurrido que desempeña la profesión desde la finalización de sus estudios de grado

Definición operacional: Tiempo transcurrido que desempeña el kinesiólogo desde la finalización de sus estudios de grado. El dato se obtiene a través de la encuesta cara a cara y se expresa en años. Se dividen en rangos para hacer más simple el análisis de datos. Los valores son: Menos de 2 años, más de 2 a 3 años, más de 3 a 5 años, más de 5 a 7 años, más de 7 a 10 años, más de 10 a 15 años y más de 15 años.

Cantidad de pacientes derivados para intervención domiciliaria

Definición Conceptual: Número de personas derivadas del médico para una intervención disciplinaria especializada en domicilio

Definición Operacional: Número de personas derivadas del médico para una intervención kinesiológica domiciliaria. Los datos se indagán a través de una encuesta cara a cara al kinesiólogo, teniendo en cuenta un porcentaje dentro del total de pacientes que recibieron atención domiciliaria en el último mes.

Franja Etaria de los pacientes

Definición Conceptual: Periodo de vida humano a la fecha de los pacientes con intervención domiciliaria, y que se toma desde la fecha de nacimiento.

Definición Operacional: Periodo de vida humano a la fecha de los pacientes con intervención kinesiológica domiciliaria, y que se toma desde la fecha de nacimiento. El dato se obtiene a través de la encuesta cara a cara con el kinesiólogo, y se registra en grilla de observación los rangos de edad es más prevalentes de los pacientes. Los valores de edad se clasificarán en:

Menos de 50 años, más de 50 a 55 años, más de 55 a 60 años, más de 60 a 65 años, más de 65 a 70 años, más de 70 a 75 años, más de 75 a 80 años, más de 80 a 85 años. Y de 85 a o más años

Patologías derivadas a intervención domiciliaria

Definición conceptual: Tipo de enfermedad padecida por el paciente, la cual lleva a realizar el tratamiento domiciliario

Definición Operacional: Tipo de enfermedad padecida por el paciente, la cual lleva a realizar el tratamiento kinésico domiciliario. Los datos se obtienen a través de la encuesta cara a cara al kinesiólogo, y se considera: Muscular, Articular, Tendinosa, Ósea, Neurológica, Terminal, u Otras

Tratamiento Kinésico domiciliario

Definición conceptual: Conjunto de maniobras y métodos kinésicos utilizados en el tratamiento para la rehabilitación domiciliaria de adultos mayores.

Definición Operacional: Conjunto de maniobras y métodos kinésicos utilizados en el tratamiento para la rehabilitación domiciliaria de adultos mayores. Los datos se establecerán, a través de la encuesta cara a cara al kinesiólogo, y se considera: Masoterapia. Masaje transversal profundo (MTP o Cyriax). Movilizaciones pasivas, activas asistidas. Fortalecimiento muscular isométrico. Fortalecimiento muscular excéntrico. Manipulación de fascias, vendaje neuromuscular, FNP, Técnicas de elongación y flexibilidad. Ejercicios posturales. Ejercicios respiratorios, u otras

Pruebas objetivas para evaluar la recuperación funcional y evolución de los pacientes.

Definición Conceptual: Evaluaciones analíticas que se pueden realizar para cuantifican el rendimiento funcional del paciente, para identificar cualquier diferencia el estado del paciente, y para predecir la evolución luego de la intervención terapéutica domiciliaria.

Definición Operacional: Evaluaciones analíticas que pueden realizar un kinesiólogo para cuantifican el rendimiento funcional del paciente, para identificar cualquier diferencia el estado del paciente, y para predecir la evolución luego de la intervención terapéutica domiciliaria. Los datos se establecerán, a través de la encuesta personalizada al kinesiólogo, ahondando sobre la realización de pruebas de valoración, y en caso afirmativo se tendrá en cuenta dentro de aquellas que se pueden realizar.

A continuación, se adjunta el consentimiento informado y el instrumento implementado para la recolección de datos.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre De La Evaluación: EL ROL DEL KINESIÓLOGO EN EL TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE PATOLOGÍAS DEL ADULTO MAYOR.

Se me ha invitado a participar de la siguiente evaluación, explicándome que consiste en la realización de una encuesta kinesiológica. Los datos recabados servirán de base a la presentación de la tesis de grado sobre el tema arriba enunciado, que será presentado por Martín García Camarero, DNI: 34750821, estudiante de la carrera Licenciatura en Kinesiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad FASTA.

Dicha evaluación consiste en la recolección de datos relacionados con los efectos de Analizar las intervenciones terapéuticas domiciliarias más implementadas por los kinesiólogos y las patologías más prevalentes en adultos mayores en la ciudad de Necochea durante el año 2019

Luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto y sobre los riesgos y beneficios directos e indirectos de su colaboración en el estudio, y en el entendido de que se me garantiza suma confidencialidad sobre los datos revelados y sobre mi propia identidad. La firma de este consentimiento no significa la pérdida de ninguno de mis derechos que legalmente me corresponden como sujeto de la investigación, de acuerdo a las leyes vigentes en la Argentina.

Yo, he recibido de la estudiante de Kinesiología, , información clara y en mi plena satisfacción sobre esta evaluación y otorgo de manera voluntaria mi permiso para que se me incluya como sujeto de estudio en el proyecto de investigación kinésica

Firma del profesional.....Aclaración.....

Firma del estudiante.....Aclaración.....

Lugar y fecha.....

ENCUESTA PARA KINESIOLOGOS

Encuesta N°: _____

1) Sexo: Femenino _____ Masculino _____

2) Edad:

3) Cantidad de Años en el ejercicio de la profesión:

Hasta 2 años	
Más de 2 a 3 años	
Más de 3 a 5 años	
Más de 5 a 10 años	
Más de 10 a 15 años	
Más de 15 años	

4) ¿Durante su etapa de estudiante de grado, recibió formación sobre tratamientos a ancianos afectados con patologías crónicas? Si _____ No _____ No recuerda _____

5) Ha realizado algún post-grado en geriatría referente al abordaje de las patologías crónicas en domicilio?

Si _____ No _____.

5-a. ¿Cuál? (Puede marcar todas las opciones que indiquen su formación)

curso anual		Maestría	
Jornadas		Diplomatura	
Talleres		Investigaciones propias y entrecruzamiento de experiencias entre colegas	

6) ¿Cantidad de pacientes derivados para intervención domiciliaria en el último mes? _____

7) ¿Cuál es el rango de Edad promedio de los pacientes con atención domiciliaria?

Menos de 50 años		Más de 70 a 75 años	
Más de 50 a 55 años		Más de 75 a 80 años	
Más de 55 a 60 años		Más de 80 a 85 años	
Más de 60 a 65 años		Más de 85 a 90 años	
Más de 65 a 70 años		De 89 o más años	

8) ¿Cuáles son las patologías que más habitualmente le son derivadas para atención domiciliaria?

Muscular		Respiratorio	
Osteo-articular		Neurológica	
Cardiovascular		Terminal	
Gastrointestinal		Tegumentaria	
Otras? Cual?			

9) ¿Cuáles son las variaciones terapéuticas que utiliza mayormente en el tratamiento domiciliario?

Masoterapia		Fortalecimiento muscular excéntrico.	
Masaje transversal profundo (MTP o Cyriax).		Fortalecimiento muscular isométrico.	
Movilizaciones pasivas,		Vendaje neuromuscular	
Movilizaciones activas-resistidas		Manipulación de fascias	
Resistencia excéntrica		ejercicios de Propiocepción	
Técnicas de elongación y flexibilidad		Ejercicios respiratorios	
Estimulación neuromuscular- FNP		Ejercicios posturales.	
Otras: Cuales?			

10) -¿Cuál o Cuáles de estas opciones considera usted de mayor importancia a la hora de plantear objetivos terapéuticos en el tratamiento domiciliario?

Mejorar la movilidad general del paciente.		Incrementar el rango de movimiento (ROM)	
Disminuir el dolor		Mejorar la capacidad funcional	
Aumentar la fuerza muscular		Disminución de edemas y hematomas	
Prevención de complicaciones		Corrección postural	

11) ¿Habitualmente realiza evaluaciones para ver la evolución del paciente?

Sí ___ No ___.

11)-a) Índice de Bartel ___ b) Índice de katz ___ c) EFAM (Examen Funcional del Adulto Mayor) ___
- Otras, Cuales? _____

12) ¿Cuáles son las complicaciones más recurrentes? _____

13) ¿Cuáles son los mayores beneficios en los tratamientos de fisio-kinesiológicos a domicilio se observan en pacientes trabajados? (puede marcar más de una opción)

intervenciones de equipos multidisciplinares coordinados		pacientes voluntariosos	
tratamientos prolongados y sin interrupciones		familias participativas	

14) Según su experiencia, en relación a la evolución y recuperación de los pacientes tratados considera que el tratamiento aplicado es:

Tratamiento sin ninguna efectividad	Tratamiento moderadamente Efectivo	Tratamiento Efectivo	Tratamiento sumamente efectivo

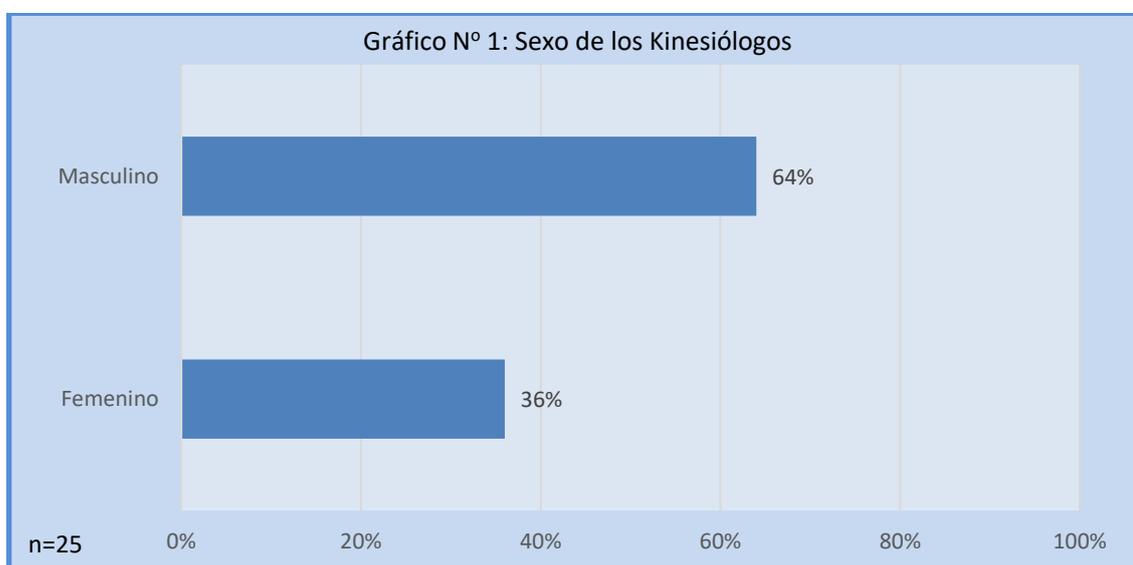
Análisis de Datos

Este trabajo tuvo como propósito analizar las intervenciones terapéuticas domiciliarias más implementadas por los kinesiólogos y las patologías más prevalentes en adultos mayores

Se realizó un trabajo de campo en él se recabaron datos, mediante aplicación del instrumento que incluyó una encuesta cara a cara a 25 Licenciados en Kinesiología, de diferentes centros de rehabilitación de la ciudad de Necochea, durante el año 2019.

Con los datos obtenidos se elaboró una matriz, se codificaron y tabularon, se realizó un análisis descriptivo e interpretativo de los resultados en respuesta a las variables propuestas; que se expresan a continuación:

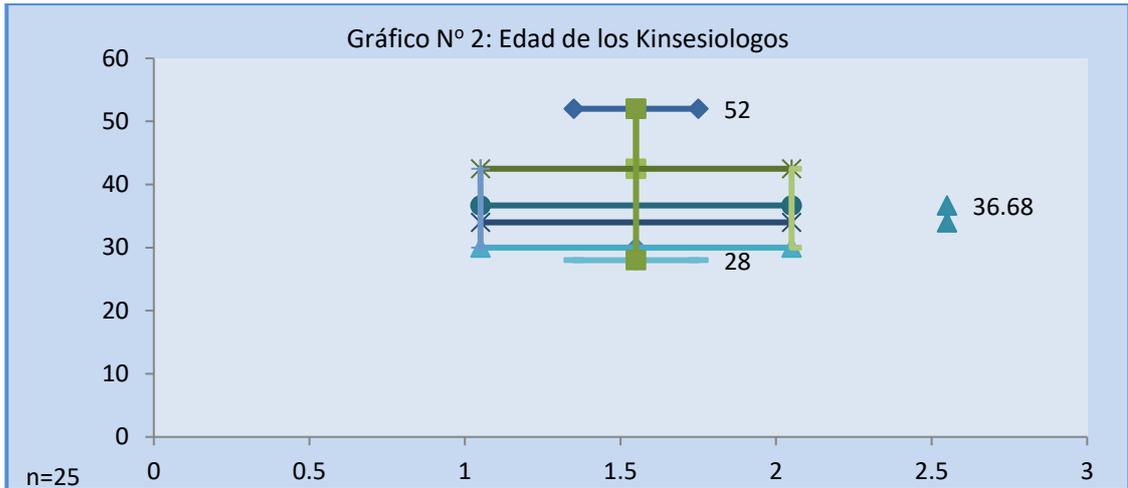
En el gráfico a continuación se puede observar la distribución según el sexo de los kinesiólogos de la muestra.



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al sexo de kinesiólogos de atención domiciliaria, la muestra refleja una prevalencia del 64% de masculinos, mientras que el 36% son femeninas.

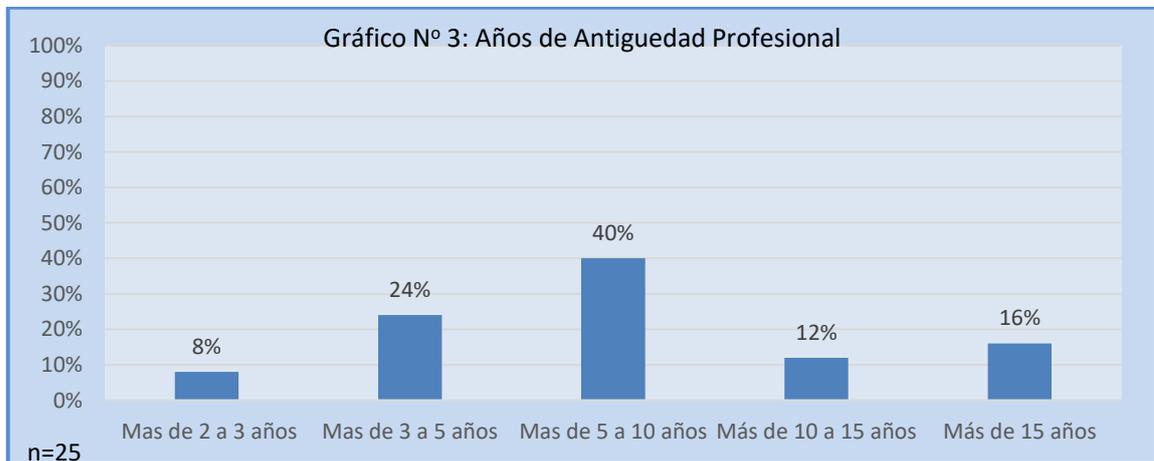
A continuación se detalla la composición etaria de los profesionales en estudio:



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a repartición de las edades de los profesionales de atención domiciliaria, se observa que la edad mínima es de 28 años, la máxima es de 52 años y la edad promedio es de 37 años. El 40% de los kinesiólogos de la muestra poseen más de 30 a 40 años, seguidos con un 32% que tienen menos de 30 años, mientras que el 24% comprenden el rango etario de menores demás de 40 a 50 años; y el 4% de los kinesiólogos son mayores de 50 años.

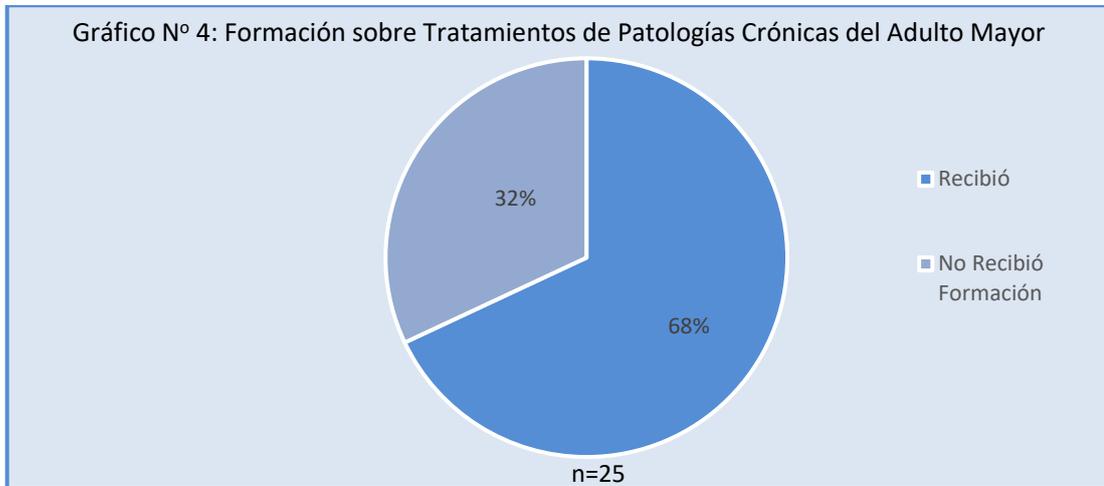
En el siguiente gráfico se puede observar la cantidad tiempo en años que cada profesional lleva realizando la actividad.



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a los años de ejercicio de la profesión, los resultados denotan que entre los kinesiólogos que realizan atención domiciliaria, el 40% de los tienen una experiencia de mayor a 5 a 10 años, en el 24% efectúan su labor de hace más de 3 a 5 años, el 16% tienen una antigüedad mayor de 15 años, el 12% realizan fisioterapia hace más de 10 a 15 años; mientras que el 8% tiene una experiencia laboral menor a 3 años.

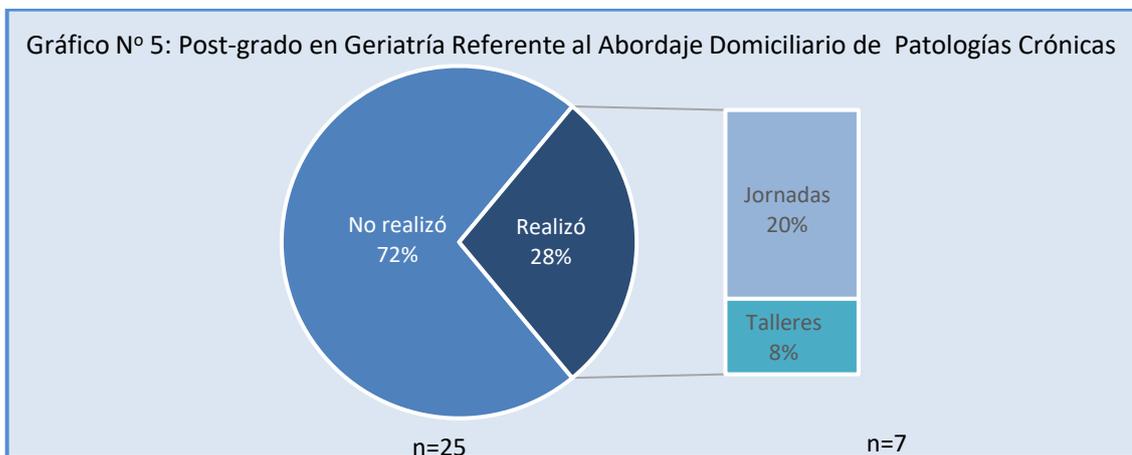
Seguidamente se destacan las perspectivas de los profesionales, sobre la formación recibida sobre tratamientos a ancianos afectados con patologías crónicas.



Fuente: Elaboración propia

En lo que respecta a la formación específica recibida sobre sobre tratamientos kinésicos en patologías crónicas del adulto mayor, del total de la muestra, se halló que el 68% consideran recibieron contenidos y conocimientos adecuados sobre tratamientos, mientras que para el 32% de los kinesiólogos, faltó profundización y especificidad

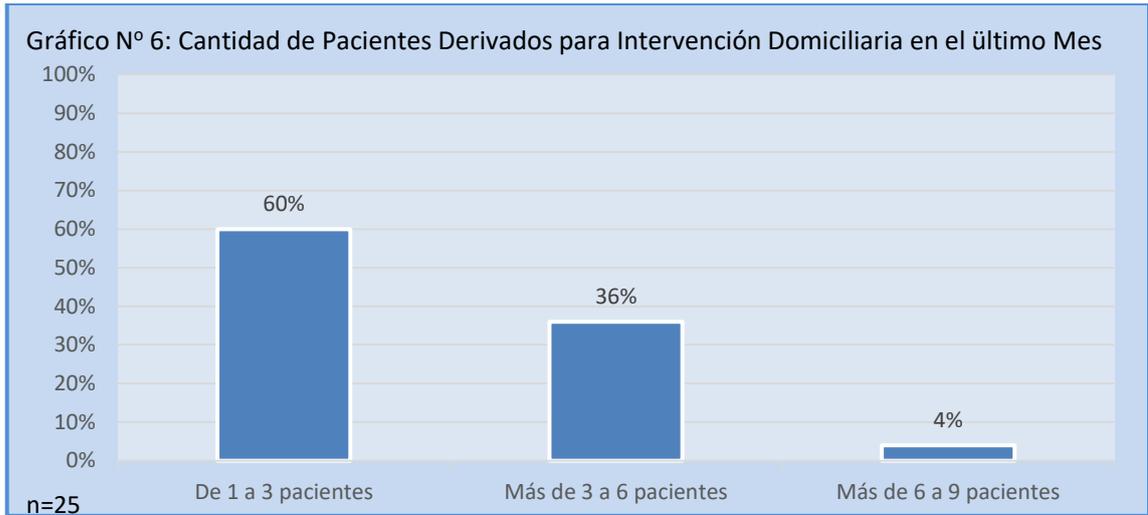
A continuación se describen los datos obtenidos en cuanto a las especializaciones kinésicas efectuadas por los profesionales, respecto a geriatría, patologías crónicas y abordaje domiciliario.



Fuente: Elaboración propia

Con relación a las especializaciones kinésicas de la muestra, el 72% de los kinesiólogos solo cuentan con la práctica diaria profesional, y solo el 28% tienen formación sobre abordaje domiciliario de patologías crónicas del adulto mayor; específicamente en el 20% realizaron jornadas y un 8% hicieron talleres.

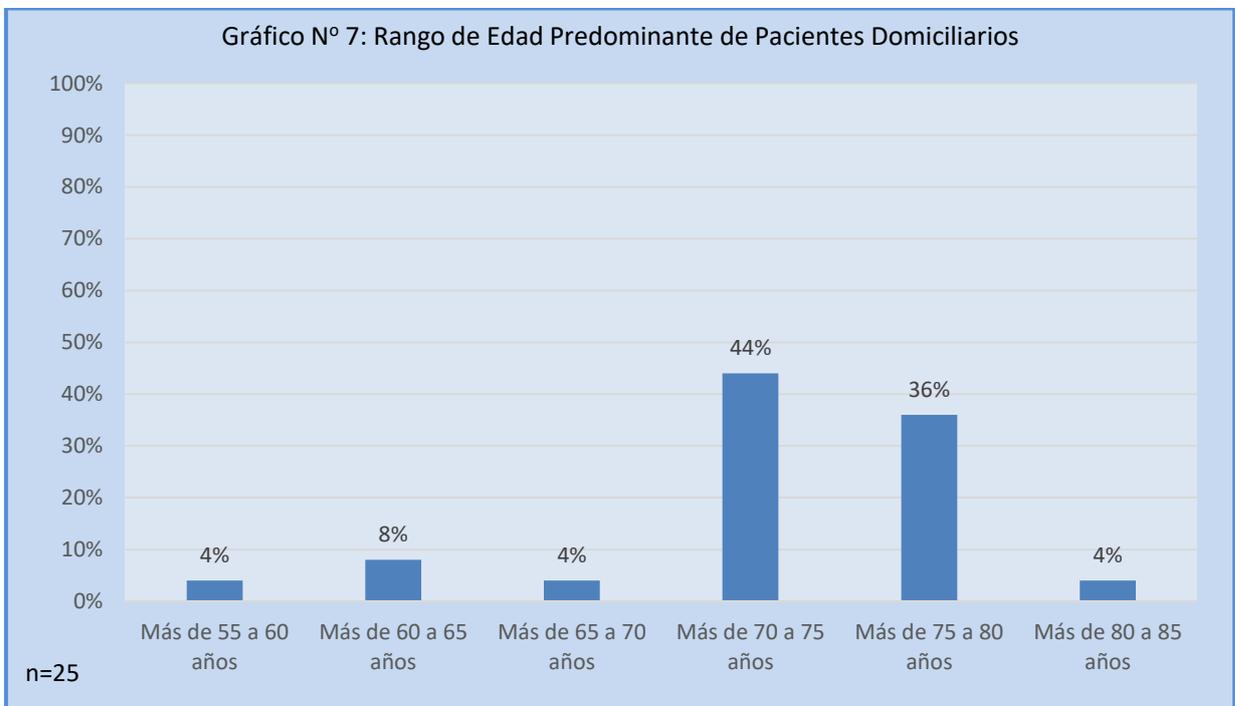
El porcentaje de pacientes derivados para intervención domiciliaria en el último mes, se expresa a continuación.



Fuente: Elaboración propia

En lo concerniente a la proporción de pacientes adultos mayores que fueron derivados en atención domiciliaria, el 60% de los kinesiólogos de la muestra expresan que fueron entre 1 a 3 derivaciones, a el 36% de los profesionales, en el último mes les derivaron entre 3 y 6 pacientes domiciliaria; mientras que un 4% tuvieron más de 6 a 9 derivaciones recibidas.

A continuación se detallan los datos obtenidos en cuanto al rango de edad de los pacientes domiciliarios.

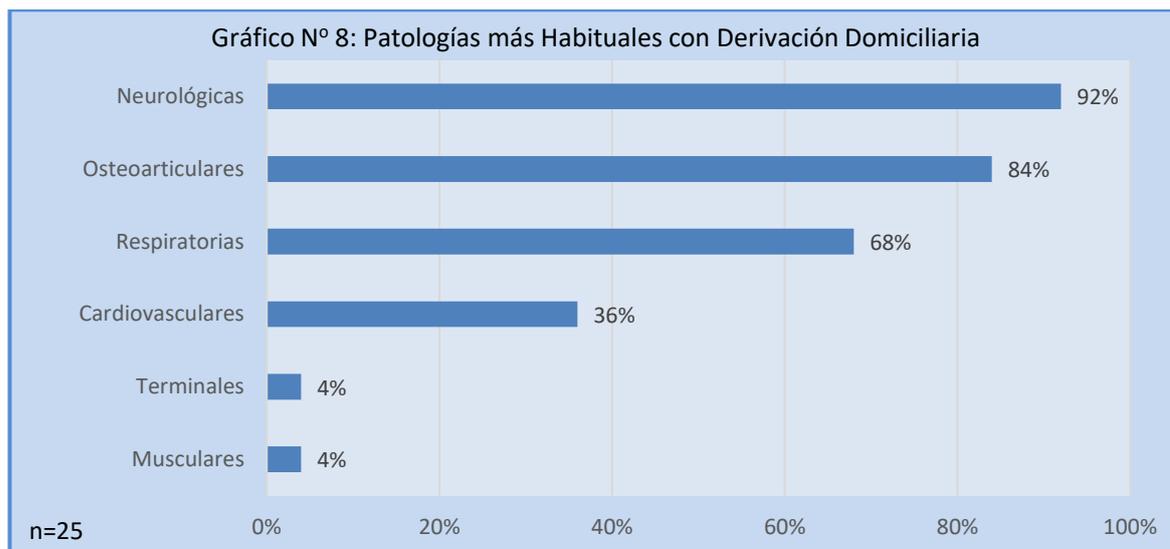


Fuente: Elaboración propia

Según los kinesiólogos de la muestra, el rango promedio de edad con mayor predominio de atención domiciliaria es el de más de 70 a 75 años (44%), en segundo de

atención se hallan los pacientes de más de 75 a 80 años de edad (36%), y en menores proporciones proveen atención a pacientes de más de 60 a 65 años (8%); y en más de 65 a 70 años, más de 55 a 60 años; así como aquellos mayores de 80 años (4% respectivamente).

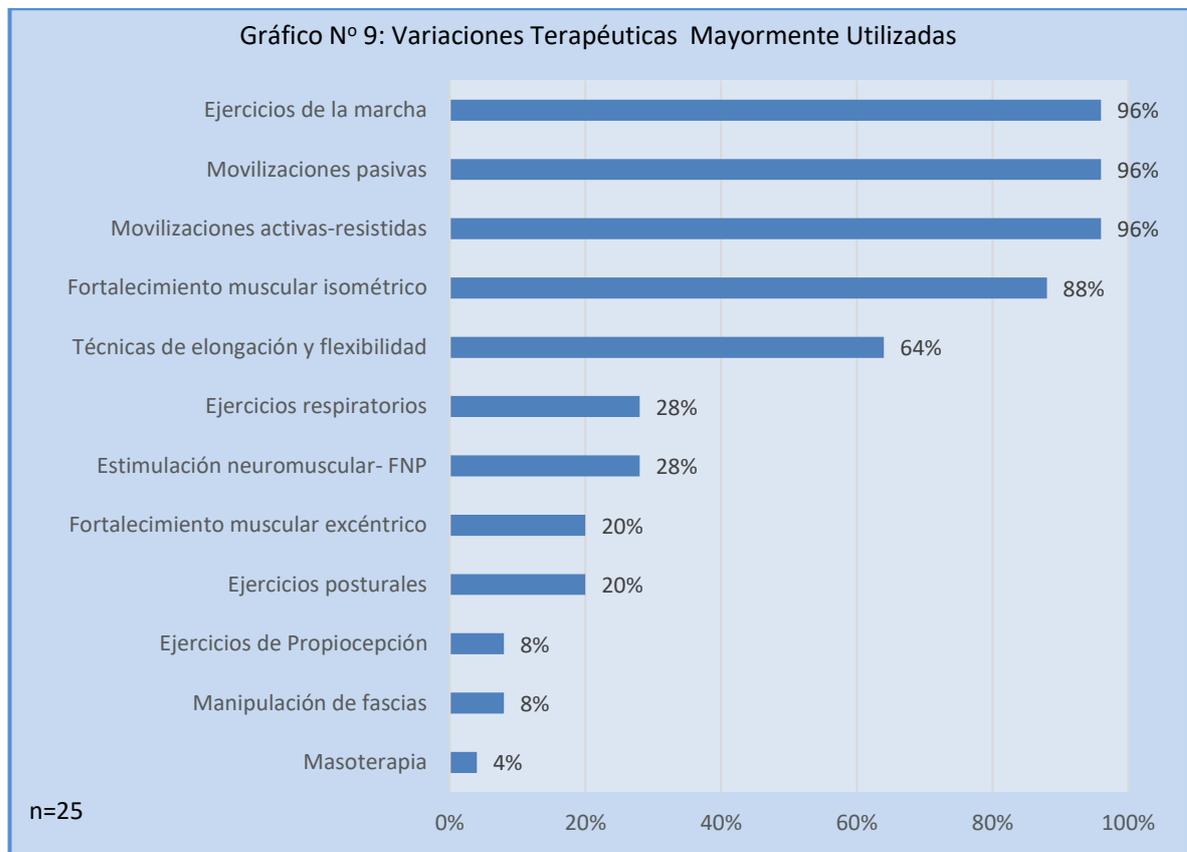
Se indagó sobre las patologías del adulto mayor que más habitualmente les son derivadas a los kinesiólogos para atención domiciliaria, cuyos resultados se destacan a continuación.



Fuente: Elaboración propia.

Los kinesiólogos de la muestra expresan que entre las patologías más recurrentes del adulto mayor que requieren atención domiciliaria, se destacan las neurológicas (92%), las osteo-articulares (84%), las respiratorias (68%) y cardiovasculares (36%); y en menor medida asisten a patologías terminales y musculares (en igual medida del 4%).

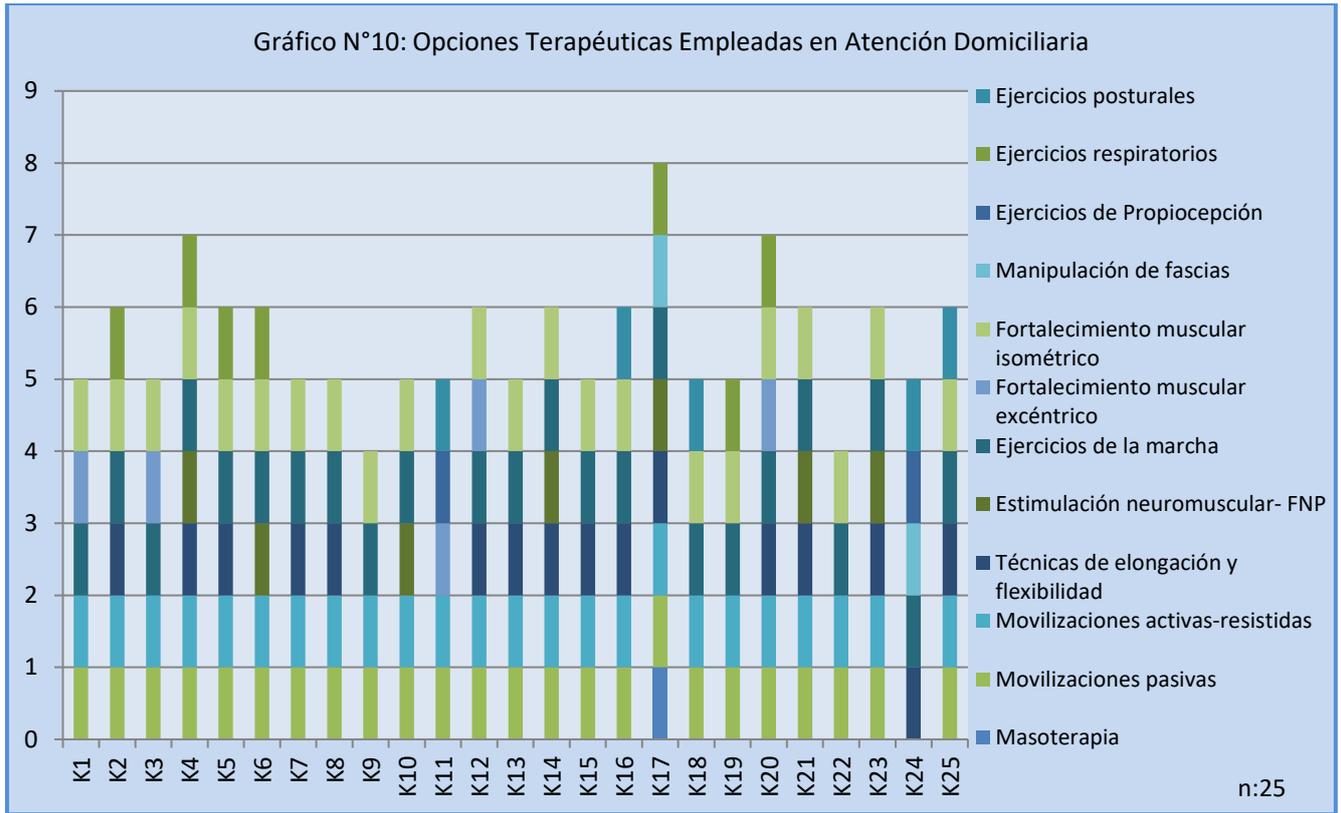
Paralelamente, se indagó sobre las principales variaciones terapéuticas que utiliza mayormente en el tratamiento domiciliario, cuyos resultados son vertidos a continuación.



Fuente: Elaboración propia

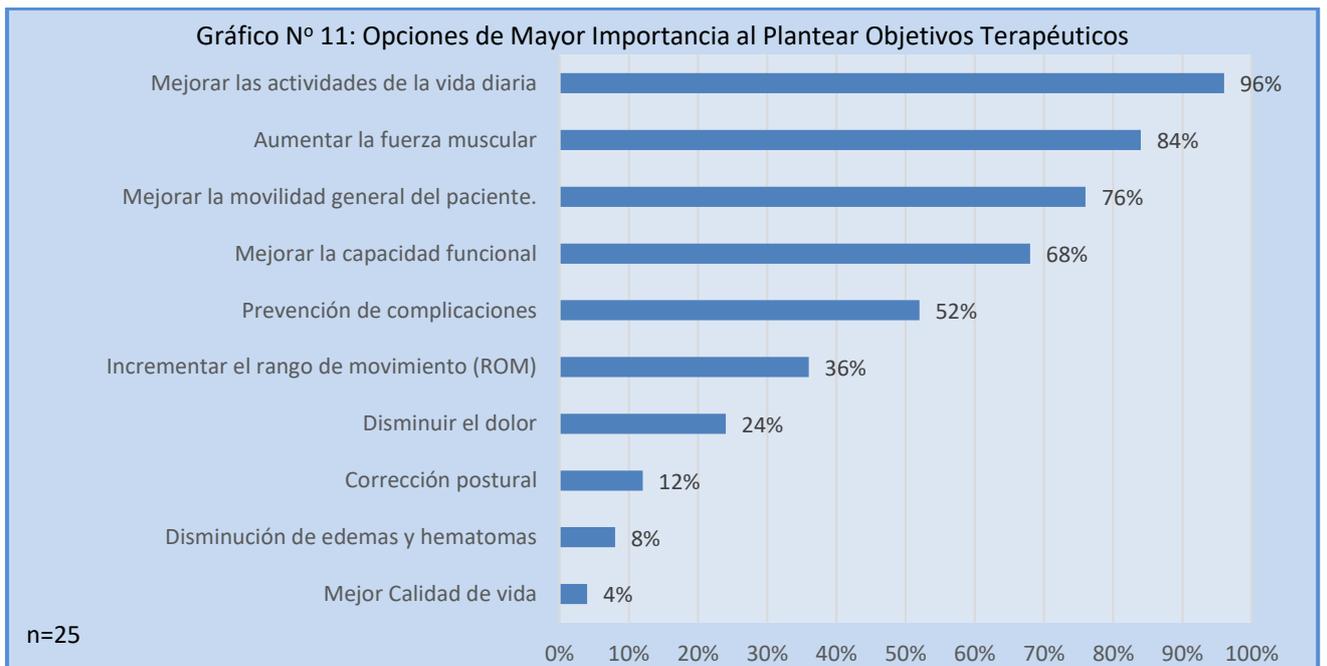
En cuanto a los tipos de intervenciones kinésicas más destacadas en atención domiciliaria, del total de la muestra, el 96% de los kinesiólogos utilizan dentro de los tratamientos ejercicios de la marcha, movilizaciones pasivas y activas-resistidas, en un 88% de los casos emplean fortalecimiento muscular isométrico, el 64% prescriben a los pacientes técnicas de elongación y flexibilidad, en iguales proporciones del 28% recurren a ejercicios respiratorios, así como a Estimulación Neuromuscular (FNP), el 20% emplean opciones terapéuticas como fortalecimiento muscular excéntrico y ejercicios posturales, respectivamente. Y en menores medidas, el 8% efectúan manipulación de fascias, así como ejercicios de propiocepción, y en el 4% aplican masoterapia. Kinesiólogos

En el siguiente grafico se especifican las opciones terapéuticas empleadas por cada profesional en la atención domiciliaria de adultos mayores



Fuente: Elaboración propia

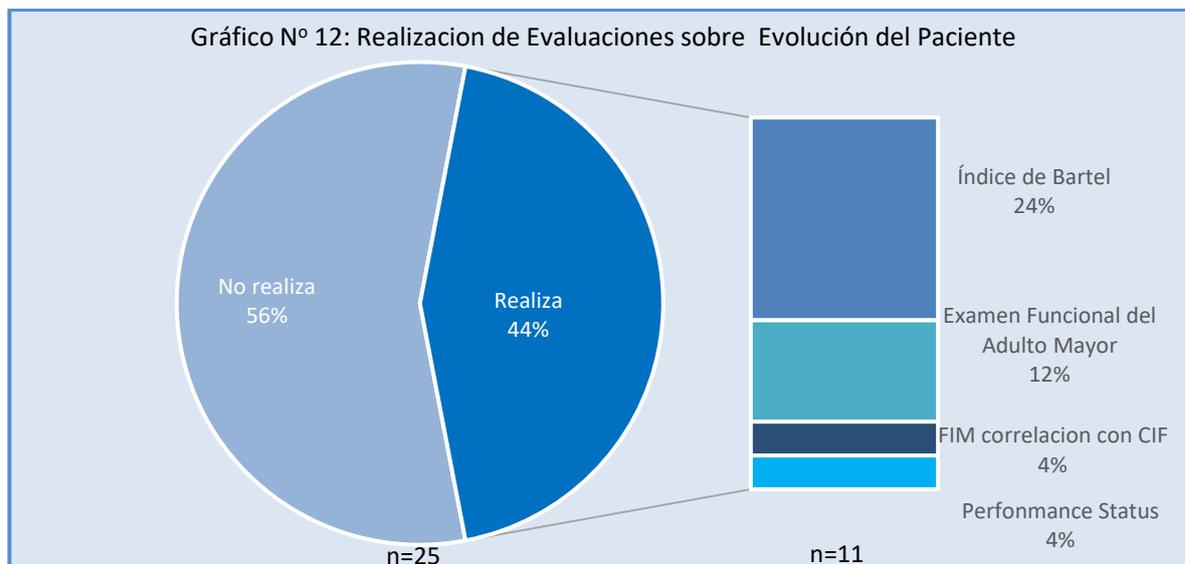
La consideración de los kinesiólogos sobre opciones consideradas de mayor importancia a la hora de plantear objetivos terapéuticos en el tratamiento domiciliario, se expresan a continuación.



Fuente: Elaboración propia

Al momento de plantear objetivos terapéuticos en el tratamiento domiciliario de patologías del adulto mayor, el 96% de los profesionales consideran necesario en el tratamiento del paciente lograr mejoras en las actividades de la vida diaria. Por otro lado, el 84% de los kinesiólogos creen que es imprescindible aumentar la fuerza muscular; para el 76% es más relevante mejorar la movilidad general del paciente; el 68% es importante mejorar la capacidad funcional, el 52% buscan prevenir complicaciones; mientras que para el 36% es relevante incrementar el rango de movimiento (ROM). En menor medida, dentro de los objetivos de intervención kinésica, se busca disminuir el dolor (24%), corregir posturas (12%), disminuir edemas y hematomas; así como mejorar la calidad de vida del paciente (4%)

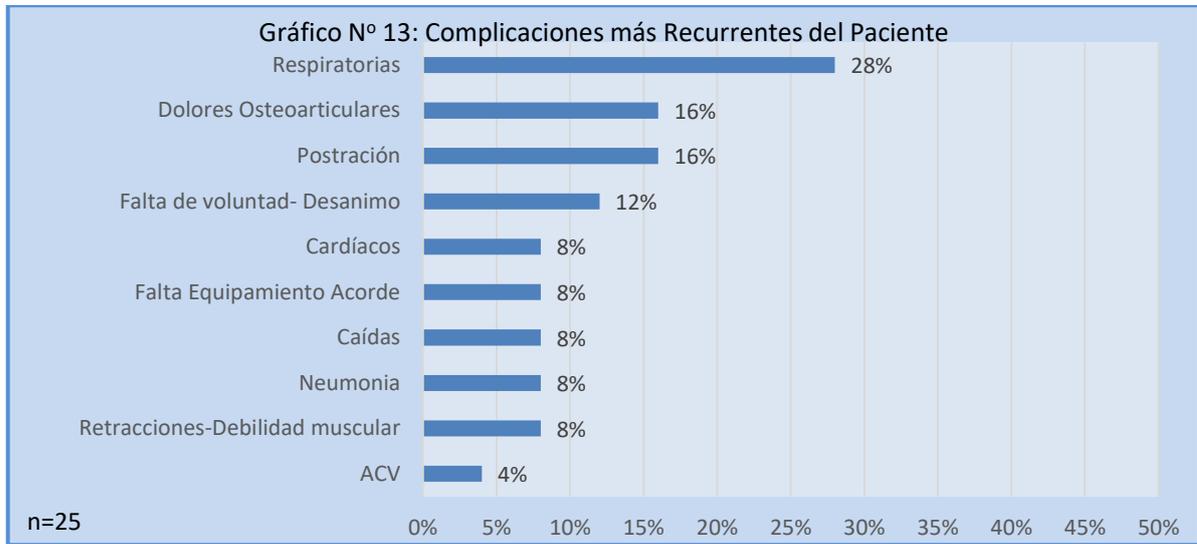
Se indagó entre los profesionales con intervención domiciliaria sobre la realización habitual de evaluaciones para conocer la evolución del paciente, los resultados se destacan a continuación.



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a efectuar evaluaciones para determinar la evolución de los pacientes domiciliarios, del total por los kinesiólogos de la muestra, el 56% no hacen seguimiento mediante evaluaciones; mientras que el 44% realizan seguimientos de evolución a través del tratamiento, destacando el índice de Bartel (24%), Examen Funcional del Adulto Mayor: EFAM (12%), Y en menor medida del 4%, al momento de valorar realizan correlaciones de medidas de independencia funcional (FIM) con la Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), y en casos de cuidados paliativos para pacientes oncológicos valoran mediante Performance Status.

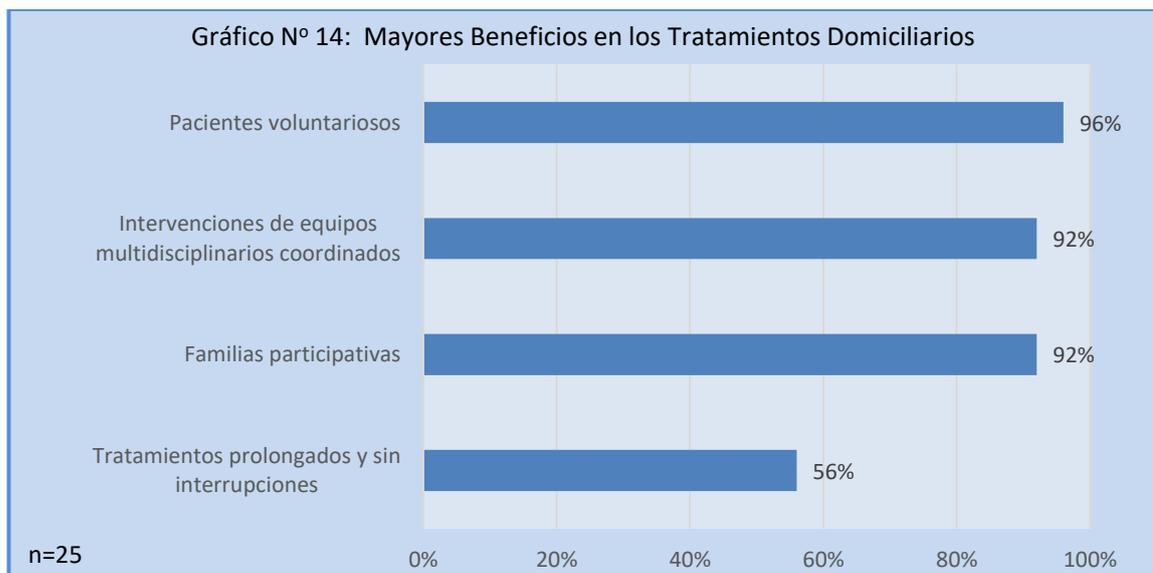
A continuación se observan los resultados sobre las complicaciones más recurrentes que suelen presentar los pacientes de abordaje domiciliario.



Fuente: Elaboración propia

Entre las complicaciones que más se presentan entre los pacientes de atención domiciliaria, se destacan las dificultades respiratorias (28%), dolores osteoarticulares y postración (16% respectivamente), falta de voluntad y desanimo (12%), trastornos cardiacos, falta de equipamiento acorde, caídas, neumonía, así como retracciones y debilidad muscular (8%), y accidentes cerebrovasculares (4%).

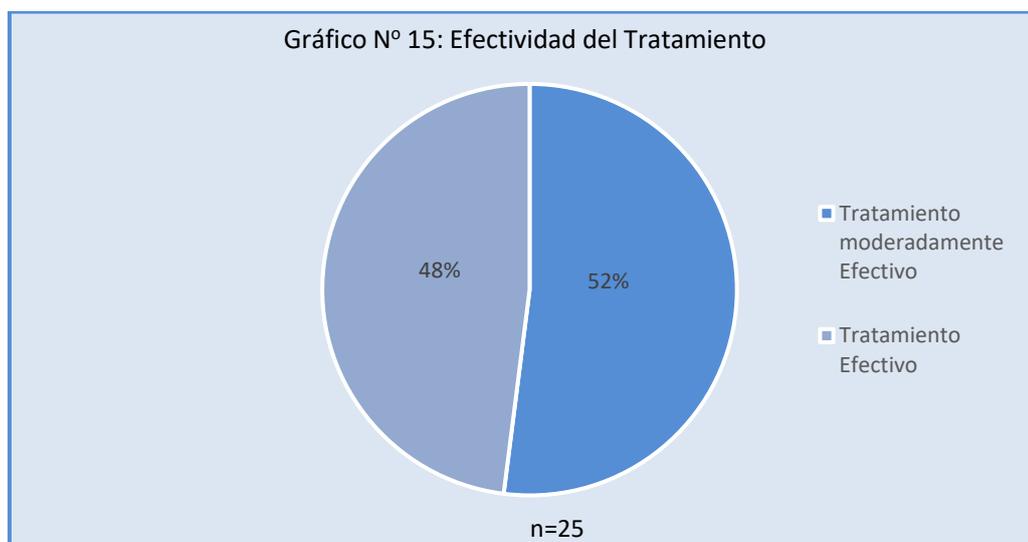
Se examinó sobre los beneficios observados por los profesionales que realizan intervenciones fisioterapéuticas en los pacientes domiciliarios, cuyo orden se detalla a continuación.



Fuente: Elaboración propia

Entre los beneficios observados en la atención domiciliaria, el 96% de los profesionales consideran que se logra mayor voluntad de los pacientes, para el 92% permite intervenciones coordinadas de equipos interdisciplinario, en igual proporción consideran que promueve la participación familiar, mientras que para el 56% de los kinesiólogos, este tipo de intervención permite tratamientos prolongados y sin interrupciones.

Paralelamente, en base a la experiencia profesional relacionada a la evolución y recuperación de los pacientes, se sondeó la efectividad del tratamiento domiciliario, cuyas respuestas se expresan a continuación.



Fuente: Elaboración propia

Dentro de la percepción de los profesionales sobre el grado de efectividad del tratamiento domiciliario, con respecto a la evolución y recuperación de los pacientes, se destaca que, el 52% de los kinesiólogos consideran que es moderadamente efectivo, mientras que el 48% opinan que los resultados de la rehabilitación son muy efectivos, lográndose buenos resultados.

Conclusiones

El propósito inicial que impulsó este trabajo fue analizar las intervenciones terapéuticas domiciliarias más implementadas por los kinesiólogos y las patologías más prevalentes en adultos mayores en la ciudad de Necochea durante el año 2019.

En lo que respecta a los profesionales de la muestra que se dedican intervenciones terapéuticas domiciliarias se destaca que tres cuartas partes de los profesionales que corresponden a la muestra, se dedican rehabilitación de LCA son masculinos. La edad mínima fue de 28 años, la máxima es de 52 años y la edad promedio fue de 37 años. Tienen una experiencia laboral mayormente de entre 3 y 10 años.

En cuanto a formación específica de tratamientos de patologías crónicas e Inmovilizantes, dos tercios de los profesionales consideran que recibieron contenidos y conocimientos adecuados proporcionados durante el transcurso de su formación académica; y solamente un tercio ha realizado especializaciones mediante jornadas y talleres eferentes al abordaje domiciliario.

A un poco más de tres cuartas partes de los kinesiólogos de la muestra les han derivado en el último tiempo entre 1 y 6 pacientes adultos mayores con patologías crónicas para atención domiciliaria.

El rango de edad más prevalente entre los pacientes con atención domiciliaria fue de entre 70 y 79 años.

Los diagnósticos que generaron las derivaciones para las intervenciones a domicilio del kinesiólogo, en primer término fueron los neurológicos, en segundo término las afecciones osteo-articulares, en menor medida las patologías respiratorias y cardiovasculares; siendo procesos de larga evolución por su cronicidad.

Entre los criterios considerados para el planteamiento de objetivos terapéuticos en el tratamiento domiciliario, los profesionales le dieron mayor preponderancia a lograr mejoras en las actividades de la vida diaria y aumentar la fuerza muscular; seguidos por conseguir incrementos en la movilidad general del paciente y la capacidad funcional, prevenir complicaciones; así como ampliar el rango de movimiento (ROM).

En cuanto a las técnicas y/o métodos kinésicos que los profesionales implementan más habitualmente en la rehabilitación domiciliaria, en primera instancia destacan ejercicios de la marcha, movilizaciones pasivas y activas-resistidas, luego el fortalecimiento muscular isométrico, seguidos por técnicas de elongación y flexibilidad, ejercicios respiratorios y FNP.

Un poco menos de la mitad de los profesionales realizan evaluaciones de seguimiento y evolución a través del tratamiento, entre las mismas, se destacan el índice de Bartel, Examen Funcional del Adulto Mayor (EFAM) y correlaciones de independencia funcional (FIM)

con la Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF), y también se realizan valoraciones de los cuidados paliativos para pacientes oncológicos mediante Performance Status.

Entre los beneficios de la atención domiciliaria, los profesionales destacan que se logra mayor voluntad de los pacientes, permite intervenciones coordinadas de equipo interdisciplinario, se promueve la participación de familiares, y permite tratamientos prolongados y sin interrupciones.

Entre las complicaciones que pueden ocurrir en entre los pacientes domiciliarios se enfatizan las dificultades respiratorias, dolores osteoarticulares y postración.

Desde la perspectiva de los profesionales, se valoró el grado de efectividad de la intervención domiciliaria; donde más de la mitad destacan que es de carácter moderada y el resto los profesionales lo consideran como muy efectivo, lográndose buenos resultados.

El gran crecimiento demográfico mundial de los últimos años, alude a una demanda de atención con énfasis en la población adulta de gran longevidad. La posibilidad de las personas mayores de envejecer en sus domicilios en situaciones de dependencia, supone abordar este fenómeno de una manera multidimensional.

Los programas kinésicos de atención en el hogar del paciente son fundamentales, ya que permiten la posibilidad de realizar una evaluación y diagnóstico funcional de la realidad y las dificultades específicas, desde una mayor comodidad para el paciente; mediante la cual se elabora un plan de tratamiento individual y adaptado, que proporciona una atención continua de una manera digna y humanizada, reduciendo las hospitalizaciones, minimizando las discapacidades funcionales, asegurando un seguimiento regular que contribuye a preservar o restaurar la salud del paciente, y promoviendo una mayor longevidad con calidad de vida.

Es necesario que los profesionales de la salud estén preparados para el correcto diagnóstico y tratamiento de las afecciones más comunes en los adultos mayores. La práctica kinésica profesional está en constante evolución, los requerimientos específicos de esta área demandan constantes capacitaciones, para poder tener mayores herramientas y brindar mejores abordajes, por lo que es necesario que los profesionales continúen formándose, profundizando en diferentes tendencias. En este sentido, sería indispensable una mayor capacitación sistemática, orientada al proceso de envejecimiento. Además, es imperioso generar mayor formación en esta área, ampliar los contenidos nivel de formación es en Gerontología y Geriatria en los cursos de graduación, así como mayores estrategias para fomentar la integración de disciplinas y cursos en el cuidado de la salud para las personas mayores; con el fin de poder garantizar que los futuros profesionales estén capacitados para cubrir las necesidades de esta población cada día más numerosa, que continua siendo un tema pendiente.

Por último, surgen posibles interrogantes para futuras evaluaciones, en donde se pueda determinar:

¿Cuáles son los beneficios de la intervención kinésica domiciliaria mediante ejercitación funcional de fuerza de, en la mejora de la postura y en la evitación de caídas del adulto mayor?.

¿Cuáles son los protocolos de rehabilitación domiciliaria más efectivos y con efectos más duraderos?

¿Qué técnicas o métodos kinésicos promueven una mayor calidad de vida del adulto mayor inmovilizado?

Bibliografía

- Albala C, Lebrão M, León Díaz E, Ham-Chande R, Hennis A, Palloni A, Peláez M & Pratts O. (2005). Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 17(5-6):307-22. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2005.v17n5-6/307-322/>
- Alonso de Leciñana M, Egido JA, Casado I, Ribó M, Dávalos A, Masjuan J, et al. (2014). Pautas para el tratamiento del accidente cerebrovascular isquémico agudo. *Neurología*; 29(2): 102-122. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-guia-el-tratamiento-del-infarto-S0213485311004063>
- Alvarado García, Alejandra María, & Salazar Maya, Ángela María. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*; 25 (2): 57-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002
- Álvarez Álvarez R, Mendoza Garcés F, Torre Mollinedo F, Callejo Orcasitas A., & Arizaga Maguregui A. (2014). Actualización en el tratamiento de la osteoporosis: manejo desde una unidad del dolor (1ª parte). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*; 21 (6): 328-337. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000600006
- Agirre Lekue MC. (2018). Características generales del envejecimiento y las personas mayores. Curso de atención al anciano frágil (dependiente). *El farmacéutico.es*; Disponible en: <http://elfarmacéutico.es/index.php/cursos/item/8768-caracteristicas-generales-del-envejecimiento-y-las-personas-mayores#.XZITUkZKjQA>
- Barbadillo Mateos, C. (2013). Artritis reumatoide (I). *Medicine*; 11 (30): 1841-1849. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-artritis-reumatoide-i--articulo-S0304541213705377>
- Barreto Grangeiro A, de Oliveira Gomes L, Alves Gama M & Franco Moraes C. (2018). Perfil sociodemográfico y clínico del adulto mayor en programas de fisioterapia domiciliaria. *O Mundo da Saúde, São Paulo*; 42 (3): 656-677. Disponible en: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/sociodemographic_home_programs.pdf
- Boneti Moreira N, Gonçalves G, da Silva T, Halila Zanardini F & Barauce Bento P. (2018). El programa de ejercicio multisensorial mejora la cognición y la funcionalidad en adultos mayores institucionalizados: un ensayo de control aleatorio. *Physiotherapy Research International*; 23(2): 1-6. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pri.1708>

- Caamaño Freire M, Graña Gil J, Hernández Rodríguez I, Mosquera Martínez JA & Romero Yuste S. (2014). Osteoporosis. Documento Consenso del Grupo de Osteoporosis de la Sociedad Gallega de Reumatología. *Galicia Clínica*; 75(1): 2-23. Disponible en: <https://galiciaclinica.info/pdf/28/622.pdf>
- Caudron, M. (2013). *Diálogos sobre políticas de cuidado en la Argentina*. Relatoría de los encuentros realizados el 22 de agosto y el 10 de octubre de 2013. Servicios de Apoyo en Domicilio. Fuente: Presentación Silvia Gascón. Disponible en: <https://www.undp.org/content/dam/argentina/Publications/Desarrollo%20Inclusivo/ARG%20RelatoriasEncuentros7y8.pdf>
- Colón-Emeric C, Whitson H, Pavon J & Hoenig H. (2013). Disminución funcional en adultos mayores. *American Family Physician*; 88(6): 388–394. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2013/0915/p388.html>
- Cruz Ortiz M, Pérez Rodríguez Ma. del C, Jenaro Río C, Torres Hernández E, Cardona González A & Vega Córdova V. (2017). Discapacidad, cronicidad y envejecimiento: la emergencia del cuidado ante la dependencia. *Index de Enfermería*; 26(1-2): 53-57. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100012
- De Vries N, van Ravensberg C, Hobbelen J, Olde Rikkert M, Staal J & Nijhuis-van der Sanden M. (2012). Efectos de la terapia de ejercicio físico sobre la movilidad, el funcionamiento físico, la actividad física y la calidad de vida en adultos mayores que viven en la comunidad con movilidad reducida, discapacidad física y / o morbilidad múltiple: un metanálisis. *Ageing Research Reviews*; 11(1): 136–149. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK91280/>
- Fernández Fernández M, López Dóriga Bonnardeaux P, Alonso Bouzón C, Baztán Cortés JJ, Velasco Guzmán de Lázaro R, González Ramírez A, Mazoterías Muñoz V, Megias Baeza G, López Arrieta J & Casas Herrero A. (2017). *Actualización sobre el posicionamiento de la SEMEG en la atención sanitaria al anciano*. Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG). Disponible en: <http://www.semeg.es/uploads/archivos/Actualizacion-posicionamiento-SEMEG-atencion-sanitaria-anciano.pdf>
- Fernández Martínez Elizabeth, Jorge Rodríguez Jorge Luis, Rodríguez Pérez Daymí, Crespo Moinelo Mercedes, Fernández Paz Javier. (2013). La neurorrehabilitación como alternativa esencial en el abordaje terapéutico de las ataxias cerebelosas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21428801007>

- Festa de Vasconcelos J, Nunes Ferreira C, Salgado Santana C, Rufino Souza C, Figueiredo Valente ML. (2015). Deshospitización para cuidado domiciliario: riesgos clínicos y económicos de linezolida. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*; 7 (2): 110-5. Disponible en: <http://files.bvs.br/upload/S/2175-2095/2015/v7n2/a4974.pdf>
- Fierro A, Solari P & Pérez A. (2015). Síndrome de inmovilidad: Un diagnóstico muchas veces ignorado. *Tendencias en Medicina*; 47: 73–76. Disponible en: http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes47/art_10.pdf
- Fleuren M, Vrijkotte S, Jans M, Pin R, Van Hespén A, Van Meeteren N & Siemonsma P. (2012). La implementación del programa de ejercicios de tareas funcionales para personas mayores que viven en casa. *BMC Musculoskeletal Disorders*; 13(1):1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3433330/>
- Gac Espindola, H. (2010). *Inmovilidad en el adulto mayor*. (Programa de Geriatria y Gerontología). Santiago, Chile: geriatría, Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/inmovilidad-adulto-mayor/>
- García-Ramos R, López E, Ballesteros L, Jesús S & Mir P. (2016). Informe de la Fundación del Cerebro sobre el impacto social de la enfermedad de Parkinson en España. *Neurología*; 31(6): 401-413. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485313001114>
- Gitlin L, Hauck W, Dennis M, Winter L, Hodgson N & Schinfeld S. (2009). Efecto a largo plazo sobre la mortalidad de una intervención en el hogar que reduce las dificultades funcionales en adultos mayores: resultados de un ensayo aleatorizado. *Journal of the American Geriatrics Society*; 57(3): 476-81, 2009. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2712136/>
- Gómez-Chavarín M, Roldán-Roldán G, Morales-Espinosa R, Pérez-Soto G, Torner-Aguilar C. (2012). Mecanismos fisiopatológicos involucrados en la enfermedad de Parkinson. *Archivos Neuroclen (Mex)*; 17(1): 25-33. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2012/ane121e.pdf>
- Gonçalves-Bradley D, Iliffe S, Doll H, Broad J, Gladman J, Langhorne P, Richards S & Shepperd S. (2017). Alta temprana hospital en domicilio. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 6 (6), CD000356. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6481686/>
- Granacher U, Gruber M & Gollhofer A. (2009). Entrenamiento de resistencia y rendimiento neuromuscular en personas mayores. *International Journal of Sports Medicine*; 30(9): 652–657. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/26332848_Resistance_Training_and_Neuromuscular_Performance_in_Seniors

- Griebeler Oliveira S, Luce Kruse MH & Echevarría-Guanilo ME. (2015). Enunciados sobre la atención domiciliaria en el panorama mundial: revisión narrativa. *Enfermería Global: Revista electrónica trimestral de enfermería*. Julio; Vol.14, N°3: 360-374. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/45700/1/202571-809881-1-PB.pdf>
- Guo H, Tabara Y, Igase M, Yamamoto M, Ochi N, Kido T, Uetani E, Taguchi K, Miki T & Kohara K. (2010). El perfil anormal de la presión arterial nocturna se asocia con un deterioro cognitivo leve en los ancianos: el estudio J-SHIPP. *Hypertension Research*; 33:32-36. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/hr2009172>
- Huenchuan S & Rodríguez R. (2014). *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. Ciudad de México, México: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39554/S1421014_es.pdf?sequence=1
- Infante Molina C, Mora Forero L, Ortega Rojas J, Arboleda-Bustos C, Fernández W, Arboleda H & Arboleda G. (2014). Análisis de mutaciones en los genes PINK1 Y PARKIN en pacientes colombianos con enfermedad de Parkinson. *NOVA: Publicación Científica en Ciencias Biomédicas*; 12(21): 15-21. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/nova/v12n21/v12n21a01.pdf>
- Jauregui, J & Rubin R. (2012). Fragilidad en el Adulto Mayor. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*; 32(3), 110-115. Disponible en: https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios_attachs/8040.pdf
- Johnson K & Meyenburg T. (2009). Justificación fisiológica y evidencia actual para el posicionamiento terapéutico de pacientes críticos. *AACN Advanced Critical Care*; 20(3): 228–240. Disponible en: <http://acc.aacnjournals.org/content/20/3/228.long>
- Lam FM, Chan P, Liao LR, Woo J, Hui E, Lai CW, Kwok TC & Pang MY. (2018). Effects of whole-body vibration on balance and mobility in institutionalized older adults: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*; 32(4): 462–472. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-11-72>
- Landinez Parra N, Contreras Valencia K & Castro Villamil A. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*; 38(4): 562-580. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v38n4/spu08412.pdf
- Lara Silva K, de Sena Rosangela R & Souza Castro W. (2017) Deshospitalización en un hospital general de Minas Gerais: desafíos y perspectivas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*; 38 (4), e67762. Epub 07 de junio de 2018. Disponible en:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000400419&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Larregle Marisa. (2015). *La fisiokinesioterapia en el domicilio una necesidad sanitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento poblacional*. Tesis de Maestría en Gerencia y Administración de Servicios de Salud. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Disponible en: <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/LARREGLE-MARISA.pdf>
- Ledesma Sanjuan Ma.I. (2018). *Síndrome de inmovilidad en el paciente geriátrico, intervención fisioterápica: Revisión bibliográfica narrativa*. Trabajo Fin De Grado. Facultad De Fisioterapia De Soria. Universidad de Valladolid. España. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/31894/TFG-O-1355.pdf;jsessionid=AA14F4824C279F8210C19C63B4D3264D?sequence=1>
- Loh D, Hairi N, Choo W, Mohd Hairi, F, Peramalah D, Kandiben S, Lee P, Gani N, Akram Z, Chu AS, Bulgiba A & Cumming R. (2015). El ejercicio multicomponente y la intervención del estilo de vida terapéutico (CERgAS) para mejorar el rendimiento físico y mantener una vida independiente entre las personas mayores pobres de las zonas urbanas: un ensayo aleatorizado controlado por conglomerados. *BMC Geriatrics*; 15: 8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4334409/>
- Lupón J, Vila J & Bayes-Genis A. (2015). Herramientas de predicción de riesgos en pacientes con insuficiencia cardíaca. *JACC: Heart Failure*, Mar; 3 (3): 267. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221317791400537X?via%3Dihub>
- Manso Calderón, R. (2013). *Análisis de polimorfismos de genes relacionados con la función endotelial y la muerte celular en demencia vascular y enfermedad de alzheimer*. Tesis Doctoral. Facultad De Medicina. Universidad De Salamanca. España. Disponible en: https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/123009/DME_MansoCalderon_Raquel_analisis_de_polimorfismos.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Martín Santos JM. (2013). Avances en artrosis. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*; Nº. 50: 205-210. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/375029>
- Martínez Fernández R, Gasca Salas C, Sánchez Ferro A & Obeso JA. (2016). Actualización en la enfermedad de Parkinson. *Revista Médica Clínica Las Condes*; 27(3): 363-379. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300372>
- Martínez Rodríguez T. (2017). Evaluación de los servicios gerontológicos: Un nuevo modelo basado en la Atención Centrada en la Persona. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatría*; 31 (3): 83–9. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/evaluacionACPFRAGG.pdf>

- Menéndez Colino R, Mauleón Ladrero MC, Condorhuaman Alvarado P & González Montalvo JI. (2017). Aspectos terapéuticos de los grandes síndromes geriátricos. Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Indicaciones. *Medicine- Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*; 12(46): 2743–2754. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-vol-12-num-46-sumario-S0304541217X00231>
- Miró O, Rosselló X, Gil V, Martín-Sánchez F, Llorens P, Herrero P, Jacob J, María Luisa López-Grima ML, et al. AA.VV. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH) sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. (2019). Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*; 72(2): 160.e1-e78. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893218306791>
- Navarro, E. (2014). Evitar la interacción AB-fibrinógeno, ¿ una nueva aproximación terapéutica para el tratamiento del Alzheimer?. *Actualidad en farmacología y terapéutica, septiembre*; 12(3): 187. Disponible en: http://www.se-arteriosclerosis.org/assets/farmacologiaterapeutica_aft.vol.12-n%C2%BA3-.pdf
- Nieto F, Delgado A, Peralta P, Gracia M^a. (2010). *Prevención De Secuelas En Pacientes Encamados. Tratamiento Postural*; 1: 1-8. Disponible en: <https://docplayer.es/2135842-Prevencion-de-secuelas-en-pacientes-encamados-tratamiento-postural.html>
- Ocampo Chaparro JM & Reyes Ortiz CA. (2016). Declinación funcional en ancianos hospitalizados. *Revista Médica Risaralda*; Vol. 22, N°1. Disponible en: <http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/11531/8661>
- Olivares-Tirado P, Ibáñez C, Miranda V & Gillmore M. (2011). Dependencia de los adultos mayores en Chile. Documento de Trabajo. Departamento de Estudios y Desarrollo Superintendencia de Salud (SIS), Departamento de Economía de la Salud (MINSAL), División Planificación Regional de MIDEPLAN- España. 1:(15). Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-4471_recurso_1.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *América Latina y el Caribe por un envejecimiento saludable y activo*. Noticias e Información Pública. Comunicado de Prensa. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps051214.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Acción multisectorial para un enfoque de ciclo vital para el envejecimiento saludable: proyecto de estrategia global y plan de acción sobre envejecimiento y salud*. 69.a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra (A69/17). Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-en.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2018). Envejecimiento y salud. Disponible en: <http://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Osuna-Pozo C, Ortiz-Alonso J, Vidán M, Ferreira G & Serra-Rexach J. (2014). Revisión sobre el deterioro funcional en el anciano asociado al ingreso por enfermedad aguda. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*; 49(2): 77–89. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X13001613>
- Pamukoff D, Haakonssen E, Zaccaria JA, Madigan M, Miller M & Marsh A. (2014). Los efectos del entrenamiento de fuerza y potencia en la recuperación del equilibrio en un solo paso en adultos mayores: un estudio preliminar. *Clinical Interventions in Aging*; 9:697–704. Disponible en: <https://www.dovepress.com/the-effects-of-strength-and-power-training-on-single-step-balance-reco-peer-reviewed-fulltext-article-CIA>
- Papa E, Dong X & Hassan M. (2017). Entrenamiento de resistencia para las limitaciones de actividad en adultos mayores con déficit de la función del músculo esquelético: una revisión sistemática. *Clinical Interventions in Aging*; 12:955–961. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5479297/>
- Podesta O & Risso F. (2009). *El rol de los fisioterapeutas en la tercera edad*. Rosario, Argentina. Febrero. Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría. Facultad De Medicina Y Ciencias De La Salud. Universidad Abierta Interamericana. Rosario. Santa Fe. Argentina Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC098739.pdf>
- Ponikowski P, Voors A, Anker S, Bueno H, Cleland J, Coats A, Falk V, José Ramón González-Juanatey JR, Harjola VP, Jankowska E, Jessup M; et al. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) de diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. (2016). Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. *Revista Española de Cardiología*; 69:1167.e1-e85. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893216305541>
- Randel, J., German, T. & Ewing, D. (2017). *The ageing and development report: poverty, independence and the world's older people*. Londres: Earthscan.
- Rodríguez Díaz O. (2009). Rehabilitación funcional del anciano. *Medisan, Santiago de Cuba* sep.-oct; Vol.13, N°5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000500014
- Rodríguez Díaz M, Cruz-Quintana F & Pérez-Marfil M. (2014). Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. *Index de Enfermería*; 23 (1-2): 36-40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100008

- Román L & Ariel Ovejero R. (2014). Estudio descriptivo de síndrome de inmovilidad en el paciente geriátrico. *Revista Electrónica de Biomedicina*; 1:19-24. Disponible en: <https://biomed.uninet.edu/2014/n1/roman.html>
- Romero Cabrera, Á. (2007). Temas para la asistencia clínica al adulto mayor. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos: MediSur*; 5(2) Supl 1: 1-178. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1800/180020187001>
- Romero Rizos L, Abizanda Soler P & Luengo Márquez C. El proceso de enfermar en el anciano: fundamentos de la necesidad de una atención sanitaria especializada. En: Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L, eds. (2015). *Tratado de medicina geriátrica*. Barcelona: Elsevier: 9-16. Disponible en: https://www.academia.edu/34893435/Tratado_de_Medicina_Geriatica_Abizanda_boksmedicos
- Sanchis Sánchez E, Igual Camacho C, Sánchez Frutos J & Blasco Igual MC. (2014). Estrategias de envejecimiento activo: revisión bibliográfica. *Fisioterapia*. 2014; 36(4): 177-186. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211563813000692?via%3Dihub>
- Satariano W, Guralnik J, Jackson R, Marottoli R, Phelan E & Prohaska T. (2012). Movilidad y envejecimiento: nuevas direcciones para la acción de salud pública. *AJPH: American Journal Public Health*; 102(8): 1508–1515. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3464831/>
- Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P, Richards S, Martin F & Harris R. (2009). Alta temprana hospital en domicilio. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; (1), CD000356. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4175532/>
- Shepperd S, Doll H, Angus R, Clarke M, Iliffe S, Kalra L, Ricauda N, Tibaldi V & Wilson, A. (2009). Evitar el ingreso hospitalario mediante la provisión de atención hospitalaria en el hogar: una revisión sistemática y un metanálisis de los datos individuales de los pacientes. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association Medicale Canadienne*; 180 (2), 175-182. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2621299/>
- Silva FM, Pesaro AE, Franken M & Wajngarten M. (2015). Manejo agudo de angina inestable e infarto de miocardio sin elevación del segmento ST. *Einstein (Sao Paulo, Brasil)*; 13 (3), 454–461. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4943796/>
- Thomas Santiesteban M, Rojas Pérez S, Ortíz González L, Pérez Sánchez A & Suárez Orama M. (2011). Comportamiento del Síndrome de Inmovilización. Hogar de Ancianos Las

- Tunas. *Revista electrónica Dr. Zoilo. E. Marinello Vidaurreta*. Disponible en: http://www.revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/viewFile/410/pdf_86
- Tisnés Adela, & Salazar-Acosta Luisa María. (2016). Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social. *Papeles de población*; 22(88): 209-236. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252016000200209
- Torres Haba R, Nieto de Haro M^ªD. Inmovilidad. En: Sociedad Española de Geriátrica y gerontología. (2008). *Tratado de geriatría para residentes*. Madrid: SEGG: 211-216. Disponible en: <http://www.gecotend.es/resources/segg-tratado-de-geriatria-para-residentes-01.pdf>
- Tousignant-Laflamme Y, Beaudoin AM, Renaud AM, Lauzon S, Charest-Bossé MC, Leblanc L & Grégoire M. (2015). Agregar servicios de fisioterapia en el departamento de emergencias para prevenir el síndrome de inmovilización: un estudio de factibilidad en un hospital universitario. *BMC Emergency Medicine*; 15(1): 1–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12873-015-0062-1>
- Triadó Tur, C. (2018). Envejecimiento activo, generatividad y aprendizaje. *Aula abierta*; 47 (1): 63-66. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6292838>
- Villarejo Galende A, Eimil Ortiz M, Llamas Velasco S, Llanero Luque M, López de Silanes de Miguel C, Prieto Jurczynska C. (2017). Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Neurología*, diciembre. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021348531730350X>
- Yang Ko FC. (2011). La atención clínica de los adultos mayores frágiles. *Clinics in Geriatric Medicine*; 27(1): 89–100. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2010.08.007>
- Yeom HA, Keller C & Fleury J. (2009). Intervenciones para promover la movilidad en adultos mayores que viven en la comunidad. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*; 21(2): 95–100. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1745-7599.2008.00390.x>

Abordaje Kinésico Domiciliario En Patologías Del Adulto Mayor.

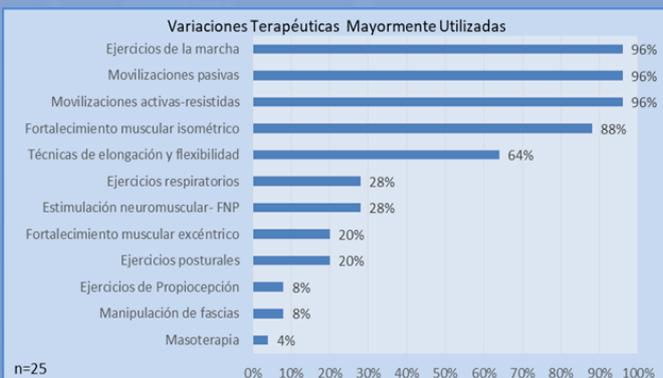
Autor: García Camarero, Martín

Objetivo: Analizar las intervenciones terapéuticas domiciliarias más implementadas por los kinesiólogos y las patologías más frecuentes en adultos mayores en la ciudad de Necochea durante el año 2019.

Material y métodos: Estudio de tipo descriptivo, no experimental, cuali-cuantitativo y transversal; a 25 Licenciados en Kinesiólogía que realicen tratamientos de rehabilitación domiciliaria de la ciudad de Necochea. La recolección de datos fue mediante encuestas cara a cara y la selección de los mismos se realizó de manera no probabilística, muestra de expertos. La base de datos se construyó y analizo mediante la aplicación del paquete estadístico.

Resultados: Predomino masculino del 64% de los profesionales de muestra; con una edad promedio fue de 37 años. El 52% tienen una antigüedad profesional de entre 5 y 15 años. El 68% de los kinesiólogos han recibido formación específica durante la carrera. Solo el 28% han realizado especializaciones sobre abordaje domiciliario de geriatría y patologías crónicas. A el 60% le fueron derivados entre 1 a 3 pacientes en el último mes. El 80% de los pacientes con atención kinésica domiciliaria, poseen un rango etario de entre 70 y 79 años. Las patologías más habituales que requieren atención domiciliaria, son las neurológicas (92%), osteo-articulares (84%), respiratorias (68%) y cardiovasculares (36%).

Las intervenciones kinésicas más destacadas son ejercicios de la marcha, movilizaciones pasivas y activas-resistidas (96% respectivamente), fortalecimiento muscular isométrico (88%), técnicas de elongación y flexibilidad (64%), ejercicios respiratorios y Estimulación Neuromuscular: FNP (28%). Al plantear objetivos terapéuticos en el tratamiento domiciliario, el 96% buscan lograr mejoras en las actividades de la vida diaria, el 84% aumentar la fuerza muscular; el 76% mejorar la movilidad general del paciente; el 68% mejorar la capacidad funcional, el 52% prevenir complicaciones; 36% incrementar el



rango de movimiento (ROM). El 44% evalúan la evolución a través del tratamiento, a través del índice de Bartel (24%), Examen Funcional del Adulto Mayor: EFAM (12%) y 4% correlacionan medidas de independencia funcional (FIM) con la Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF), y mediante Performance Status valoran cuidados paliativos para pacientes oncológicos. Entre las complicaciones se destacan las dificultades respiratorias (28%), dolores osteoarticulares y postración (16%). Entre los beneficios de la atención domiciliaria, en el 96% se logra mayor voluntad de los pacientes, 92% permite intervenciones coordinadas de equipo interdisciplinario, promueve la participación familiar, y 56% permite tratamientos prolongados y sin interrupciones. Desde la perspectiva de los profesionales, este tipo de intervención domiciliaria oscila entre moderadamente y muy efectiva, lográndose buenos resultados.



Conclusiones: La rehabilitación kinésica domiciliaria surge por la necesidad de brindar a la comunidad un proceso de rehabilitación especializado y personalizado a personas que no puedan trasladarse a un centro de rehabilitación. Las patologías más prevalentes son las neurológicas, las osteo-articulares y respiratorias. Por lo que la mayoría de las intervenciones terapéuticas implementadas están encaminadas a paliar las secuelas y trastornos de las mismas; destacándose los ejercicios de la marcha, de fortalecimiento muscular y control postural, las movilizaciones articulares activas-pasivas, y diferentes técnicas de flexibilidad, así como ejercicios respiratorios, a través de los que se busca prevenir déficits funcionales, además de compensar, favorecer e incrementar la autonomía personal en la vida diaria, haciendo hincapié en la deambulación; siempre en un plan individualizado, donde se tendrán en cuenta el motivo por el que se ha desarrollado la inmovilidad, el estado actual, situaciones patológicas asociadas, estado de ánimo del paciente y apoyo de su entorno. Es necesario que los profesionales de la salud estén preparados para el correcto diagnóstico y tratamiento de las afecciones más comunes en los adultos mayores. En este sentido, sería indispensable una mayor capacitación sistemática, orientada al proceso de envejecimiento. Además, a nivel facultativo es imperioso generar mayor formación en esta área, ampliar los contenidos en Gerontología y Geriatría en los cursos de graduación, así como mayores estrategias para fomentar la integración de disciplinas y cursos en el cuidado de la salud para las personas mayores; con el fin de poder garantizar que los futuros profesionales estén capacitados para cubrir las necesidades de esta población cada día más numerosa, que continua siendo un tema pendiente.

