



Facultad Ciencias Médicas

Licenciatura en Kinesiología

Valoración funcional de los gerontes institucionalizados en comunidades rurales

Autora: Palacios, Lucía

Tutor: Lic. Rubén Rueda

Departamento de Metodología: Diego Pérez Llana

Septiembre 2014

REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA

AUTORIZACION DEL AUTOR¹

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.

Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

1. Autor:

Apellido y Nombre: _____

Tipo y Nº de Documento: _____

Teléfono/s _____

E-mail: _____

Título obtenido: _____

2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

Fecha de defensa ____/____/20____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LALICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero []

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa

Firma del Autor Lugar y Fecha

¹ Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ó pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.



“No te detengas”

Siempre ten presente que la piel se arruga,
el pelo se vuelve blanco,
los días se convierten en años...
Pero lo importante no cambia,
tu fuerza y tu convicción no tienen edad.
Tu espíritu es el plumero de cualquier telaraña.
Detrás de cada línea de llegada, hay una de partida.
Detrás de cada logro, hay otro desafío.
Mientras estés viva, siéntete viva.
Si extrañas lo que hacías, vuelve a hacerlo.
No vivas de fotos amarillas...
Sigue aunque todos esperen que abandones.
No dejes que se oxide el hierro que hay en ti.
Haz que en vez de lástima, te tengan respeto.
Cuando por los años no puedas correr, trota.
Cuando no puedas trotar, camina.
Cuando no puedas caminar, usa el bastón...
¡Pero nunca te detengas!

Madre Teresa de Calcuta

Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer a mi familia, en especial a mi mamá que estuvo siempre apoyándome, por su esfuerzo y educación. A mi papá y hermanos/as, a mis abuelas y tias, a mi novio y a mis amigas que me acompañaron a lo largo no sólo de la carrera, sino también de mi vida, porque sin todos ellos mi objetivo no hubiera sido posible.

Agradezco enormemente a la Directora de la Unidad Sanitaria de La Dulce, Lic. Amanda Piscitelli, y a todo su personal, médicos, enfermeras y auxiliares, por su aporte en la realización de esta investigación.

Al Dr. Humberto Pascucci por su disponibilidad y confianza para conmigo.

A Silvia Siri por su gran ayuda y apoyo incondicional.

También agradezco a mis tutores, Lic. Rubén Rueda por la transmisión de sus conocimientos a lo largo de la carrera, y a Diego Pérez Llana particularmente por su paciencia. A ambos por la colaboración en la realización de esta tesis.

Por último, pero no por eso menos importante a todos los que confiaron en mí.

Muchísimas Gracias a todos!!!

Resumen

El Índice de Barthel valora el nivel de independencia del geronte con respecto a las actividades de la vida diaria. La disminución de sus capacidades para la realización de éstas, afecta su calidad de vida, por lo que es necesaria la evaluación de su capacidad funcional.

Objetivo: Realizar una valoración funcional de los gerontes institucionalizados en la sala de geriatría de una comunidad rural y proponer una intervención terapéutica acorde con los resultados de la investigación

Materiales y Métodos: Investigación no experimental, descriptiva de corte transversal. Se trabaja con la totalidad de la población.

Resultados: Un 60% de los gerontes institucionalizados son mayores de 80 años, siendo ésta una de las características que determina al anciano frágil. El estado funcional prevalente es el de la dependencia severa. Se pudo observar que aquéllos que llevan más tiempo de permanencia en la Institución presentan mayor grado de dependencia. Las patologías más frecuentes que presentan son las denominadas crónico-degenerativas condicionando su estado funcional.

Conclusiones: Los gerontes institucionalizados presentan un estado funcional de dependencia prevaleciendo la severa. La incorporación del kinesiólogo en el equipo de salud para que actuara en la prevención de la dependencia y rehabilitación de la discapacidad, mejorará el bienestar del mayor y su calidad de vida.

Palabras claves: Calidad de vida, Dependencia, Estado funcional, Envejecimiento, Geronte

SUMMARY

The Barthel Index values the Independence level of older adults with relation to their activities of daily living. The decrease of the capacities to perform these activities affects the quality of life of the senior population for which it is necessary to evaluate their functional capacity.

Objective: To perform a functional assessment of the elderly population institutionalized in a nursing home ward of a rural community and to propose a therapeutic intervention in agreement with the results of the investigation.

Material and Methods: This was a non-experimental research, cross-sectional and descriptive performed on the total population of the ward.

Results: Sixty per cent of the elderly were more than eighty years old, a cohort that determined our population with the feature of fragile elderly. The prevalent functional status was that of severe dependency. Those who had been institutionalized for a longer time registered a higher level of dependence. Chronic degenerative pathologies were the most prevalent within the studied group, a fact that conditioned their functional status.

Conclusions: Most institutionalized elderly present a functional status of severe dependency. The incorporation of physical therapists in health teams to work in the prevention of dependency and in the rehab of the older population will enhance their well-being and their quality of life.

Keywords: Aging, Elderly people, Dependency, Functional status, Quality of life

Índice

Introducción	1
Marco Teórico:	
• Capítulo I: Envejecimiento	6
• Capítulo II: Valoración Funcional	13
Diseño Metodológico	20
Análisis de Datos	23
Conclusiones	51
Anexos	54
Bibliografía	57

Introducción

En los últimos años ha existido un aumento progresivo de la población geriátrica debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

El envejecimiento comporta un incremento importante de las enfermedades crónicas y degenerativas con problemas de dependencia y déficit funcional, que requerirán a corto o largo plazo soporte familiar y un aumento de las prestaciones sociales y sanitarias.² La disminución de la capacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria puede ser un signo de pérdida de salud, por este motivo la evaluación de la capacidad funcional es el centro de la valoración del adulto mayor.

Según la publicación de la OMS, "Aspecto de la Salud Pública en los ancianos y en la población" del año 1959, como mejor se mide la salud en los ancianos es en términos de función.³ La valoración funcional está referida a las funciones físicas del anciano para determinar su capacidad de vivir independientemente en su medio ambiente, prevenir la incapacidad y fomentar su independencia. La metodología de la valoración funcional se realiza a través de diversas escalas y medidas. La utilizada en este estudio es el Índice de Barthel, también conocido como Índice de Discapacidad de Maryland. Es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (abvd), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.⁴

El estado funcional de los gerontes institucionalizados es poco conocido. Los resultados de un estudio publicado en el año 2006 en la revista Gerokomos, muestran la existencia de una relación significativa entre la autonomía e independencia del anciano y su deterioro debido a la institucionalización, sólo un 36,8% presentaba total independencia para

² Fontana Fortuny C, (2002) "Concordancia entre índices de dependencia en las actividades de la vida diaria. Experiencia de aplicación en población geriátrica de ámbito rural", en: Enfermería clínica, 2002;12,(2)

³ OMS, *Aspecto de la Salud Pública en los ancianos y en la población*, en: http://www.polebn.sld.cu/Archivos_index/publicaciones/Beneficios%20de%20la%20evaluaci%F3n%20gerontogeri%E1trica.htm

⁴ Javier Cid-Ruzafa y Javier Damián Moreno, (1997), "Valoración de la discapacidad física: Índice de Barthel", en: Revista Española de Salud Pública, 1997 n°2, Madrid.

la realización de las abvd, y las actividades de subir y bajar escalones y la deambulaci3n, son las que presentaban mayor dependencia.⁵ En otra investigaci3n, el 46% present3 independencia total 3 dependencia leve.⁶

Hirsch y cols. estudiaron el deterioro que se producía durante el ingreso en pacientes ancianos en la movilidad, traslado, aseo, comida, arreglo personal, continencia de esfínteres y estado mental. Objetivaron que en el 65% de los casos suelen presentar un deterioro significativo, sobre todo en la movilidad.⁷ Estos resultados coinciden con otra investigaci3n que concluye que la hospitalizaci3n conlleva un deterioro importante en la capacidad funcional de los pacientes ancianos por lo que es necesario identificar los factores de riesgo responsables de esta p3rdida funcional y establecer pautas preventivas de actuaci3n.⁸

Teniendo en cuenta que el envejecimiento comporta un incremento de la dependencia en la realizaci3n de las actividades de la vida diaria, y por ello un aumento de la necesidad de atenci3n a largo plazo, el objetivo de este trabajo de investigaci3n es realizar una valoraci3n funcional de los gerontes institucionalizados en la sala de geriatría de una comunidad rural perteneciente al partido de Necochea – para conocer el estado funcional que presentan y proponer una intervenci3n terapéutica acorde con los resultados de la investigaci3n, a fin de lograr el mayor grado de autonomía posible, mejorando la calidad de vida.

Problema de investigaci3n:

¿Cuál es el estado funcional en que se encuentran los gerontes institucionalizados en la sala de geriatría de una comunidad rural?

⁵ M^a. J. Rojas Ocaña; A. Toronjo G3mez; C. Rodr3guez Ponce; J.B. Rodr3guez Rodr3guez, (2006), “Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados” en: Gerokomos, v17 n^o1 Madrid.

⁶Javier Damian y Emiliano Valderrama-gama, (2004), “Estado de salud y capacidad funcional de la poblaci3n que vive en residencias de mayores en Madrid” en: Gaceta Sanitaria, v18 n^o4, Barcelona.

⁷ Hirsch C, Sommers L, Olsen A, Mullen L, Hutner C. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. J Am Geriatr Gerontol 1990; 38: 1296-1303.

⁸M.D Mañas, E. Marchán, C .Conde, S. Sanchez, T. S3nchez-Maroto, M.C. Molina, “Deterioro de la capacidad funcional en pacientes ancianos ingresados en un Servicio de Medicina Interna” en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992005000300006&script=sci_arttext&tlng=pt

Objetivo general:

- Realizar una valoración funcional de los gerontes institucionalizados en la sala de geriatría de una comunidad rural y proponer una intervención terapéutica acorde con los resultados de la investigación.

Objetivos específicos:

- Determinar el estado funcional prevalente
- Determinar las actividades básicas de la vida diaria para las que estén incapacitados la mayoría de los gerontes.
- Indagar enfermedades presentes en el individuo y relacionarlas con su estado funcional
- Relacionar tiempo de permanencia en la sala de geriatría con el estado funcional.
- Establecer la importancia de la intervención kinesiológica para mantener o mejorar el estado funcional.

Marco teórico

Capítulo 1

Envejecimiento

El envejecimiento o senescencia es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

Es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente. Podría también definirse como todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte. (Rinnesi 2000: 23)⁹

Dicho proceso de envejecimiento puede ser contemplado desde dos perspectivas principales, la referida a los cambios fisiológicos o esperados para todos los individuos independientemente de sus experiencias vitales, o la referida a los cambios patológicos, propios de cada individuo y relacionados con las alteraciones del equilibrio orgánico en relación al desarrollo de procesos morbosos.

En 1987, Rowe y Kahn establecieron la diferenciación entre envejecimiento normal (usual aging) y envejecimiento exitoso o saludable (successful aging), incluyendo en éste la baja probabilidad de padecer enfermedades ó discapacidad, elevada capacidad funcional física y cognitiva, y mantenimiento de una vida activa en la sociedad. Con ello pretendían contrarrestar la tendencia creciente en gerontología a marcar una distinción entre lo patológico y lo no patológico, es decir, entre la población de mayores con enfermedades o algún tipo de discapacidad y la que no padece ninguna de ellas.¹⁰(1998)

Envejecer es un hecho incuestionable que va a afectar a todas las especies, dependiendo, en gran medida, del estado en que lleguemos a edades avanzadas y de la forma en que hayamos vivido en los años anteriores; considerando, además, la posibilidad de incrementar nuestra supervivencia modificando los hábitos anómalos.

Internacionalmente, en 1984, se admitió por convenio, que anciano es toda persona mayor de 65 años, edad coincidente con la jubilación.¹¹

En Argentina, la población de 65 años o más corresponde al 10, 2% del total, y la de 60 años o más al 14,3% haciendo que sea el tercer país más envejecido de América Latina. (INDEC)¹² Los adultos mayores, considerando como tales aquellos por encima de los 80

⁹ Prof. Dr. Juan F. Gómez Rinnesi, (2000), "Envejecimiento", en: Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina N° 100 -

¹⁰ John Wallis Rowe – Robert Lovis Kahn (1998), Envejecimiento exitoso, Dell pub.

¹¹ Wikipedia.org/envejecimiento

¹² Wikipedia.org/demografiaArg – INDEC: Censo 2010.

años, representan el 2,5% de la población total según el Censo 2010, mientras que en 1970 representaban el 1%. El envejecimiento de la población de adultos mayores según censos nacionales de 1970 a 2010 ha aumentado el porcentaje progresivamente. (INDEC)¹³ La esperanza de vida al nacer es para las mujeres 78 y para los hombres 71; la esperanza de vida por encima de los 60 años, aquella que se refiere a la media de años que se espera que una persona viva cuando cumpla esa edad, es de 23 para las mujeres y 18 para los hombres.¹⁴ Sin duda, es demasiado larga como para que se viva de acuerdo a una actitud pasiva.

El 7,1% de la población registra alguna discapacidad, los ancianos entre 65-74 años representan el 21,2% y los mayores de 75 años el 37,8%.(INDEC)¹⁵ Esto demuestra que el porcentaje de personas con discapacidades va creciendo con la edad.

Teniendo en cuenta los años que incluyen “la edad de la vejez”, tanto las personas mayores como los profesionales deben darle la importancia que merece, actuando para que pueda vivirse en plenitud.

Independientemente de que vivir más años sea un hecho positivo, no cabe duda de que un mayor porcentaje de personas mayores genera un incremento de las patologías edad-dependiente, y los que es peor, de la necesidad de apoyo por una tercera persona; es decir, de la dependencia. Por todo ello, conocida la tendencia de las sociedades a envejecer, a tener más sujetos mayores en peores condiciones de salud, la respuesta ha de ser buscar las herramientas para que dicho envejecimiento se acompañe de un adecuado estado de bienestar. (Calenti – Maseda Rodriguez 2011:6)¹⁶

En la República Argentina, el 89% de la población vive en áreas urbanas mientras que el 11% restante lo hace en áreas rurales. Se considera población rural agrupada a localidades con menos de 2000 habitantes, y población rural dispersa a las viviendas a campo abierto.

La Dulce, localidad bonaerense del Partido de Necochea, se considera comunidad rural, cuenta actualmente con 2131 habitantes (INDEC 2010)¹⁷, lo que representa un incremento del 7,7% frente a los 1978 habitantes (INDEC 2001)¹⁸ del censo anterior. En Necochea, la población de 65 años o más representa el 14,7%, mientras que en La Dulce

¹³ INDEC. Censo Nacional de población, familias y viviendas 1970. Censo 1980-1991. Censo Nacional de población, hogares, familias y viviendas 2001-2010.

¹⁴ <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/indwm/ww2005/tab3a.htm>

¹⁵ INDEC: Censo 2010

¹⁶ – José Carlos Millán Calenti y Ana Maseda Rodríguez, (2011) *Gerontología y Geriatria* – Argentina: Medica panamericana.

¹⁷ INDEC: Censo 2010

¹⁸ INDEC: Censo 2011

llega al 50%.¹⁹ El mundo rural se caracteriza no sólo porque hay más personas mayores, sino también porque los que hay tienen en conjunto más años.

La vida en los pueblos rurales es diferente a la vida en la ciudad. La valoración de la familia, los comportamientos de la gente, (status y roles) en el entramado de la comunidad, las relaciones entre los vecinos, el comportamiento de los diferentes grupos de edad, la división de trabajos por sexo, la forma de vivir, el óseo, la importancia de la religión en la vida de la comunidad, el trabajo y la concepción que se tiene de él, etc. Son algunos de los rasgos que diferencian la vida rural de la vida urbana. Por otro lado los servicios de los que disponen los rurales, los recursos económicos con los que cuentan, la manera y forma de gastarlos, distan todavía mucho de cómo se disponen y se gastan en las ciudades.(García Sanz 2011:549)²⁰

Los mayores rurales, quieren envejecer en su casa, en su pueblo, rodeados de los suyos (sus hijos, si los tuvieran, de sus vecinos, de sus paisanos, de la comunidad rural, etc). En La Dulce, aquellos ancianos que requieren mayor atención y presentan mayor grado de dependencia son institucionalizados en la Sala de Geriatria de la Unidad Sanitaria de dicha localidad.

En los pueblos rurales hay muchos recursos comunitarios que se pueden poner en práctica: potenciar la acción vecinal, incrementar y mejorar la vida en el pueblo; potenciar las visitas, es decir, lo que hoy se llama la ayuda voluntaria. Siempre ha existido en los pueblos la ayuda de unos en favor de otros. Los mayores son también pueblo y, como tales, necesitan atención, cuidado, inversión y programación de ayudas.

La biología del envejecimiento trata de evaluar las modificaciones que sobre los seres vivos conlleva el paso del tiempo (biogerontología), así como trata de explicar las causas que condicionan este envejecer.

En 1985, Birren Y Zarit establecieron la definición del envejecimiento biológico como el proceso de cambio del organismo que con el tiempo disminuye la probabilidad de supervivencia y reduce su capacidad fisiológica de autorregulación, de reparación y de adaptación a las demandas ambientales. No todos los órganos y sistemas envejecen de la misma forma, variando además en velocidad de envejecimiento; la piel es el órgano que más precozmente manifiesta signos de envejecimiento y el cerebro el que más tardíamente los manifiesta.

Se distingue entre envejecimiento primario o fisiológico, que sería el resultado de los cambios relacionados con el paso del tiempo y que van a ser observados en todo los miembros de las diferentes especies, con una importante relación con la expresión del código genético y envejecimiento secundario o patológico, resultado de la acción de diferentes agentes externos, como la enfermedad o los accidentes, sobre el sujeto. En relación a esto, podemos hablar de una velocidad de envejecimiento, que sería normal para el sujeto que envejece en un medio óptimo, nunca alcanzable y estaría incrementada en los sujetos que envejecen en un medio no óptimo y en donde la velocidad vendría determinada por el número de factores anómalos que confluyen en él. De dicho factores, unos serían endógenos,

¹⁹ Según Afiliados al PAMI

²⁰ – Benjamin García Sanz (2011), *Gerontología y Geriatria*, Argentina: Medica panamericana

no modificables, como la edad, el sexo, la raza o los genes, mientras que otros serían exógenos o ambientales, algunos de ellos modificables o evitables a través de la instauración de hábitos de vida saludables. (Calenti – Maseda Rodriguez 2011:7)²¹.

El Envejecimiento fisiológico es aquel que se produce por el propio paso del tiempo y según lo esperado para cada individuo con respecto a su edad, mientras que sería envejecimiento patológico cuando se suma algún factor que desestabiliza ese envejecer progresivo, acelerándolo y desadaptándolo al individuo de un entorno que en condiciones normales sería fácilmente aceptado. Las personas mayores con un envejecimiento patológico se denominan pacientes geriátricos o ancianos frágiles.

El envejecimiento genera cambios morfológicos y funcionales en todos los sujetos, independientemente de otros cambios secundarios que se puedan producir en relación a otros agentes morbosos. (Tabla 1)

...”La disminución de la masa muscular generará una importante pérdida de fuerza, con alteración del patrón de marcha, disminuye la velocidad y la longitud del paso, y postura corporal; Con la edad, se puede constatar una disminución de la estatura ocasionada por la disminución del espacio intervertebral, lesiones osteoporóticas y tendencias a la cifosis dorsal.

El envejecimiento del aparato locomotor, se va a caracterizar por una disminución de la masa muscular y de la masa ósea que condicionarán, a su vez, una disminución de la contractibilidad y del tono muscular, además de un incremento de la fragilidad ósea”...²²

²¹ José Carlos Millán Calenti y Ana Maseda Rodríguez, (2011) *Gerontología y Geriatria*, Argentina: Medica Panamericana.

²²– José Carlos Millán Calenti y Ana Maseda Rodríguez. (2011) *Gerontología y Geriatria* Editorial: Medica Panamericana- Argentina

Tabla 1. Principales cambios y riesgos a nivel fisiológico relacionado con el envejecimiento.

Fisiológicos	Cambios	Riesgos
Composición corporal	Incremento masa grasa	Acumulación de grasa en abdomen y cadera. Disminución de grasa en cara y cuello
	Disminución de masa muscular	Pérdida de fuerza Alteración del patrón de marcha y postura corporal.
	Disminución de agua extracelular	Incremento posibilidad de descompensación hídrica
Piel	Atrofia de folículos pilosos y glándulas sebáceas	Arrugas más marcadas en región facial, laxitud y palidez. Manchas oscuras canas y caídas del pelo Uñas frágiles y del crecimiento lento Vello en fosas nasales y pabellón auricular Mayor susceptibilidad a hipotermia e hipertermia
Estatura	Disminuye el espacio intervertebral Lesiones osteoporóticas Cifosis dorsal	Disminución de estatura
Dentadura	Desgaste	Carencia de piezas dentales
Sistema Inmunitario	Función inmune deteriorada	Infecciones
Cerebro	Disminuye el número de neuronas, conexiones y neurotransmisores. Disminuye el flujo sanguíneo cerebral	Problemas de equilibrio Reflejos más lentos
Hormonas sexuales	Andropausia en hombres Menopausia en mujeres	Hombres: menor resistencia física y reproductiva Mujeres: repercusiones óseas, vasculares, psicológicas y reproductivas.
Melatonina	Disminución en sangre	Reducida su función citoprotectora e inmunoprotectora

Páncreas y glándula tiroidea	Función disminuida	Disminuye la tolerancia a la glucosa y el metabolismo basal
Sistema cardiovascular	Corazón: degeneración muscular, fibrosis del tejido cardionector y calcificación vascular. Vasos: redistribución de elastina y depósitos de calcio y lípidos.	Enfermedades cardiovasculares. Arritmia, arterioesclerosis, etcétera. Hipertensión.
Sistema respiratorio	Caja torácica, vías aéreas, conductos alveolares t alveolos deteriorados.	Menor eficiencia pulmonar Mayor riesgo de neumonía
Sistema digestivo	Menor producción de enzimas, disminución de motilidad y alteración de la absorción.	Malnutrición
Sistema Renal	Menor flujo sanguíneo renal Disminuye el filtrado glomerular y nefronas circulantes	Elevación de niveles de creatinina y/o urea en sangre
Sistema locomotor	Disminución de masa muscular y ósea	Disminución de contractibilidad y tono muscular. Mayor fragilidad ósea
Sentidos	Vista: disminuye tamaño de pupila, el cristalino aumenta y opacifica y aparece el arco senil rodeando la córnea. Oído: afección selectiva para los tonos de frecuencia alta. Gusto y olfato: disminución de papilas gustativas y olfatorias Tacto: disminuido	Perdida agudeza visual Cataratas Aumento del umbral auditivo y mayor dificultad de audición debido a ruidos ambientales Pérdida de apetito Sensibilidad térmica y dolorosa profundas.

Fuente: José carlos Millán Calenti y Ana Maseda Rodriguez. (2011) Gerontología y Geriatria Editorial: Médica panamericana- Argentina

Capítulo 2

Valoración

Funcional

Se define valoración al proceso completo de recogida y posterior interpretación que, en el caso de la valoración funcional, se centra en el estado de un individuo respecto a su capacidad para cuidar de sí mismo, trabajar o realizar actividades de ocio e incorpora el juicio clínico del profesional que realiza dicha valoración.

Existen diferentes objetivos en la valoración funcional, así podemos realizar una evaluación cuya función principal sea establecer un criterio de derivación a recursos en la comunidad, establecer los cimientos para el enfoque y desarrollo del tratamiento, pero también podemos evaluar para determinar las dificultades potenciales o necesidades funcionales u ocupacionales del individuo en un futuro; en cuyo caso el objetivo será preventivo. Así mismo y aunque habitualmente la evaluación funcional se centra en el sujeto, también pueden evaluarse contextos físicos sociales o culturales para determinar si se adecuan a ese nivel de funcionalidad.

La valoración funcional se incorpora en procesos de valoración geriátrica integral (VGI), completando un proceso estructurado de valoración global, multidisciplinario, en el que se detectan, describen y aclaran los múltiples problemas físicos psicológicos y socioambientales que el paciente anciano presenta. Durante este proceso, se registran los recursos y posibilidades de la persona, se valora la necesidad de servicios y finalmente, se elabora un plan de cuidados progresivos, continuados y coordinados dirigidos a satisfacer las necesidades del paciente y sus cuidadores.

Por función se entiende la capacidad de ejecutar, de manera autónoma, aquellas acciones más o menos complejas que componen nuestro quehacer cotidiano en una manera deseada a nivel individual y social. Esta función se puede desglosar en varios componentes o esferas: Físico, cognitivo-perceptivo-sensorial, social-afectivo-emotivo y entorno y recursos sociales. La existencia del conjunto de estos componentes determina la capacidad para desempeñar tareas o capacidad funcional. (Larrión)²³

La realización de una tarea sencilla va exigir unos mínimos de capacidad física (fuerza, rango articular, tono muscular, coordinación y tonicidad) de capacidad cognitiva y perceptiva (reconocimientos de objetos, organización, planificación, secuenciación y ejecución) y capacidad efectiva-emotiva (deseo, así como un entorno (familiar y ambiental) y unos recursos sociales que lo permitan. Cuando cualquiera de estos componentes fallan la realización de la tarea se convertirá en algo difícil o imposible: se abra alterado la capacidad funcional.

²³ J.L.Larrión, *Valoración de la Capacidad funcional del paciente anciano*, en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple7.html>

Aun así el término funcional y la valoración funcional se utiliza más comúnmente dentro de la esfera física para identificar qué grado de independencia se alcanza en la actividades de la vida diaria (AVD), aunque no debemos olvidar que la capacidad funcional no está influenciada únicamente por su estado físico, sino también por su capacidad mental y su entorno social y ambiental, y nos permite distinguir entre grado de autonomía, como la capacidad del sujeto de decidir por sí mismo su conducta, la orientación de sus actos y la realización de diversas actividades, y grado de dependencia, como la necesidad de asistencia física o verbal, a través de dispositivos o terceras personas para realizar ciertos actos.

Por otro lado, el aumento de esperanza de vida asume que la mayor prevalencia de enfermedades discapacitantes disminuye la autonomía del individuo en la realización de las AVD, y, por lo tanto se deben tener en cuenta las implicaciones que tiene la capacidad funcional sobre el bienestar y la calidad de vida. La definición de la capacidad funcional entonces se enriquece sumándose el concepto de “calidad de vida”, ya que no solo amplía la concepción tradicional “salud”, sino que añade nuevos objetivos terapéuticos y nuevos servicios al que hacer hasta ahora habitual.

La dependencia de los mayores en términos de funcionalidad se relaciona con la mortalidad a corto plazo y con la probabilidad de institucionalización.

La correcta medición de las capacidades funcionales ha dado lugar a la aparición de innumerables escalas, pruebas o instrumentos de medición.

Las áreas funcionales para medir y el conjunto de la función física se pueden definir como aquellas tareas o actividades de la vida diaria que siguiendo la clasificación que permitiría un lenguaje común a distintos profesionales y a una medición de la capacidad funcional, se clasifican las actividades de la actividad diaria en “básicas”, “instrumentales” y “avanzadas”.

Estas AVD se definen como actividades transculturales y casi universales en la especie humana pues se realizan o desempeñan en todas las latitudes y en un principio no están influidas por factores como el sexo. Requieren una combinación de desempeño físico y cognitivo y la alteración de dichas actividades se produce de manera ordenada e inversa a su adquisición en la infancia. Esta ordenación clasificaría las herramientas de evaluación según el tipo de actividades de la vida diaria de la siguiente manera:

- *Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), que cubren las necesidades fundamentales del individuo (alimentarse, vestirse, asearse, deambular, movilización, uso del retrete, etc.); denominadas también como de autocuidado y*

que son prerequisite para las actividades instrumentales. Estas actividades constituyen el nivel más bajo de funcionamiento y son consideradas impredecibles para sobrevivir por debajo de éstas que darían las funciones vegetativas de respiración, excreción, etc. Su medida se realizan mediante la observación directa. Algunas escalas que miden este tipo de actividades no incluyen aspectos de continencia ya que se discute si la incontinencia es una actividad básica o es una función fisiológica y, por otro lado, existen otras que si lo incluyen puesto que consideran que esta información aporta datos necesarios a la hora de planificar los cuidados.

- *Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)*, son aquellas que permiten una vida autónoma dentro de la comunidad (realización de tareas domésticas, usar el teléfono, cocinar, utilizar dinero y comprar, manejo de la medicación y mantenimiento de la salud, realización de respuestas de emergencias, utilizar medios de transportes, etc.) dicho de otra forma son las actividades que se suponen necesarias para vivir de manera independiente midiendo el nivel de adaptación al entorno. Estas actividades son a su vez prerequisite de las actividades de la vida diaria avanzada.
- *Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD)*, son aquellas que permiten que la persona tenga una integración social satisfactoria, a través de conductas más elaboradas. Se identifican como actividades dirigidas al cuidado de otros, actividades educativas, tareas orientadas hacia la adquisición y ejecución laboral y productivas, exploración del óseo, tareas de voluntariado, planificación de la jubilación, etc.
Este tipo de actividades que exigen un amplio rango de funcionamiento, son un indicativo del declive funcional en cuanto al inicio de su abandono.(Labrador Toribio 2011: 191)²⁴

Los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de la función física, son el Índice de Katz y el Índice de Barthel.

El Índice de Katz o de Independencia de las actividades de la vida diaria fue elaborado por un equipo liderado por Sidney Katz y formado por médicos, enfermeras, asistentes sociales, fisioterapeuta y terapeutas ocupacionales del The Benjamin Rose Hospital, se publicó una primera escala de valoración de las actividades la vida diaria con el objetivo de delimitar y definir es concepto de dependencia en individuos con fracturas de caderas. Desde 1963 se ha venido utilizando como instrumento de valoración en instituciones geriátricas introduciéndose de forma paulatina su uso en la asistencia primaria para la valoración domiciliar de los pacientes crónicos. (Labrador Toribio 2011: 196)²⁵

Consta de seis ítems, baño – vestirse/desvestirse – uso del retrete – movilidad – continencia – alimentación, están organizados jerárquicamente según la secuencia en la que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizarlos.²⁶ A su vez, categorizan alfabéticamente en niveles de dependencia y las situaciones se expresan en una escala creciente de pérdida de capacidades según la progresión actual del declive, desde la A, independiente para las tareas mencionadas hasta la G, dependiente absoluto. Posteriormente se introdujo otra forma de clasificación numérica, otorgando 0 o 1 puntos a

²⁴ Cristina Labrador Toribio (2011), *Gerontología y Geriatria*, Argentina: Medica panamericana

²⁵ Cristina Labrador Toribio(2011), *Gerontología y Geriatria*, Argentina: Medica panamericana

²⁶ Ana Cristina Sanjoaquin Romero, Elena Fernández Arín, M.ª Pilar Mesa Lampré, Ernesto García-Arilla Calvo, *Valoración Geriátrica Integral* en: http://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2004_I.pdf

cada ítem según el sujeto sea dependiente o independiente respectivamente, clasificando al individuo en 7 posibles grupos, estas vez numéricos (0-6).

Es importante señalar el concepto de independencia de este índice, que difiere del utilizado por otros autores. Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda técnica o producto de apoyo y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad por otro.

El índice de Barthel (IB) o “índice de discapacidad de Maryland”, (véase anexo 1) es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de la función física. Es el instrumento recomendado por la Soc. Británica de Geriatria para evaluar las abvd en el anciano²⁷.

El IB se comenzó a utilizar en los hospitales de enfermos crónicos de Maryland en 1965. Uno de los objetivos era obtener una medida de la capacidad funcional de los pacientes crónicos, especialmente a aquellos con trastornos neuromusculares y musculo esqueléticos. También se pretendía obtener una herramienta útil para valorar de forma periódica la evolución de estos pacientes en programas de rehabilitación.

*Es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas AVD, mediante las que se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.*²⁸

Permite una evaluación más escalonada que la anterior de los grados de discapacidad, constituyendo el índice más utilizado en la valoración funcional de pacientes para el ingreso en residencias asistidas en geriatría. Pero a diferencia que el Katz, el contenido fundamental estriba en tareas dependientes de miembros inferiores, con lo que se acerca más al proceso de discapacidad, al incluir movilidad.

Cada ítem puntúa de forma ponderada según la relevancia que se otorgaron a cada actividad, decir por ejemplo, la máxima puntuación otorgada al ítem del baño es 5, mientras que para la deambulacion la puntuación máxima es 15, dándole más relevancia a la deambulacion que era más importante para el conjunto de la independencia como un todo que la independencia en el baño.

Esta propiedad del índice de Barthel permite que la suma de las puntuaciones obtenidas en los diferentes ítems pueda representar la dependencia funcional de un

²⁷ Ana Cristina Sanjoaquin Romero, Elena Fernández Arín, M.ª Pilar Mesa Lampré, Ernesto García-Arilla Calvo, *Valoración Geriátrica Integral* en: http://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2004_I.pdf

²⁸ Cristina Labrador Toribio. (2011) *Gerontologia y Geriatria*, Argentina: Medica panamericana

individuo, lo que no ocurre con otras escalas donde todos los ítems tiene igual “peso específico”.

La puntuación total varía entre 0 y 100 (90 para pacientes limitados en silla de ruedas). No es una escala continua, lo que significa que una variación de 5 puntos en la zona alta de puntuación (más cercana a la independencia) no es semejante al mismo cambio en la zona baja (más cerca de la dependencia). Las diferentes puntuaciones se interpretan de la siguiente forma:
100 independiente, mayor ó igual a 60 dependencia leve, entre 40 y 55 dependencia moderada, entre 20 y 35 dependencia severa y menor a 20 dependencia total. (Trigás Ferrín)²⁹

El tiempo de cumplimentación es aproximadamente de 5 minutos y la recogida de información es a través de la información directa y/o interrogatorio del paciente o, si su capacidad cognitiva no lo permite, de su cuidador o familiares. Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad funcional, pero se recomienda en especial a los pacientes en rehabilitación física y a los pacientes con patología cerebrovascular aguda.

A pesar de que la valoración de la capacidad funcional es deseable, ésta tiene algunas restricciones como que ninguna escala nos aporta información acerca de la naturaleza/déficit del proceso que está causando la discapacidad. De la misma manera una misma puntuación puede ser debida a la suma de pequeños déficit de distintas áreas, o al déficit severo en una determinada pero es complejo determinar de forma objetiva cuál de los dos es más devastador para quien las padece.

Por lo tanto, sería necesario, en un nivel posterior, realizar una evaluación especializada más completa para determinar las causas y proporcionar la intervención necesaria por el profesional adecuado para poder realizar una valoración más ajustada. (Ejemplo: Aunque las pruebas nos permiten detectar que el individuo no es capaz de utilizar el teléfono, nada nos dice si el déficit subyacente es por una limitación funcional a nivel de la mano o por deterioro cognitivo, visual, etc. O un conjunto de varios)

Valoración del paciente geriátrico

²⁹ María Trigás ferrín, *Índice de Barthel o de discapacidad de Maryland- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)* en: www.meiga.info/escalas/indicebarthel.pdf

En la valoración de un paciente geriátrico hay que tener en cuenta que además de tener una edad avanzada, presenta otras características asociadas, en general es mayor de 65 años, suele presentar pluripatología (dos o más enfermedades crónicas asociadas), con presencia habitual de uno o más síndrome geriátrico, con consumo de tres o más medicamentos al día, con limitaciones funcionales físicas o mentales, con problemas sociales añadidos. (Ribera Casado 2011)³⁰

En la medida en que se estudian grupos de más edad, se observa un incremento considerable del calificado como paciente geriátrico, de tal manera que casi la totalidad de los ingresos en las unidades de agudos hospitalarios por encima de los 90 años se corresponden con esta tipología.

Otro concepto importante al que cada vez e está concediendo una mayor relevancia, sobre todo en las cuestiones referentes a la prevención, pero también en las que se aluden a la necesidad de llevar a cabo una evaluación especialmente cuidadosa cuando se sospecha esa situación, es el anciano frágil. No existen unos criterios de definición universalmente aceptados, pero a continuación se señalan los que se estiman como principales marcadores de fragilidad. En general se considera que tres o más de los criterios señalados son suficientes para poder hablar de anciano frágil, con tanto mayor grado de fragilidad cuanto más elevado sea el número de ítems presentes: tener más de 80 años, vivir solo o aislado, reciente alta hospitalaria, presentar reingresos hospitalarios en el último año, ser portador de enfermedades crónicas (pluripatología), reunir criterio de deterioro funcional físico mental, tomar más de tres o cuatro fármacos por día, presentar trastornos en la marcha y/o caídas de repetición en el último año, disponer de un pobre soporte social, reunir criterios de desnutrición.³¹ (Ribera Casado 2011)

Las herramientas de actuación en el campo de la evaluación del paciente anciano es lo que se conoce como “valoración geriátrica integral”. Se trata de un concepto introducido en medicina durante el último tercio del siglo 20 que ha sido calificado desde un punto de vista metodológico como la herramienta de trabajo por excelencia del geriatra. En realidad, este instrumento de trabajo va más allá de la propia geriatría y debería ser conocido y aplicado por cualquier profesional que atienda a pacientes de edad avanzadas en su práctica clínica habitual, especialmente si estos se ajustan al concepto de pacientes geriátricos.

³⁰ José Manuel Ribera Casado (2011), *Gerontología y Geriatría*, Argentina: Medica panamericana.

³¹ Juan Manuel Ribera Casado (2011), *Gerontología y Geriatría*, Argentina: Medica panamericana.

Diseño Metodológico

Este estudio consiste en una investigación no experimental, descriptiva de corte transversal.

No experimental: Ambiente natural sin control ni intervención en variables.

Transversal: Es el diseño de investigación que recolecta datos de un solo momento.

Descriptiva: Evalúa el estado funcional de los gerontes institucionalizados.

Delimitación del campo de estudio:

Para la realización de este trabajo se tomó como población a los 15 gerontes que se encontraban institucionalizados en la sala de geriatría de la Unidad Sanitaria de la localidad de La Dulce, Partido de Necochea, Provincia de Buenos Aires en el mes de agosto de 2012.

Se trabaja con la totalidad de la población.

Unidad de análisis: Cada uno de los gerontes.

Variables:

Variable: EDAD

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el día que se toman los datos.

Definición operacional: Los datos serán extraídos de la historia clínica. Se establecen 4 grupos etarios:

65-69

70-79

80-89

>90

Variable: SEXO

Definición conceptual: Diferencias físicas que distinguen a los organismos individuales, según la función que realizan en el proceso de reproducción.

Definición operacional: Observación directa.

Variable: TIEMPO DE PERMANENCIA EN LA UNIDAD SANITARIA

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el ingreso a la Institución hasta el día que se toman los datos.

Definición operacional: Los datos serán extraídos de la historia clínica. Se establecen 3 grupos:

< 1 año

1-5 años

> 5 años

Variable: ENFERMEDADES PRESENTES

Definición conceptual: La enfermedad es un proceso y el estatus consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud.

Definición operacional: Los datos serán extraídos de la historia clínica

Variable: ESTADO FUNCIONAL

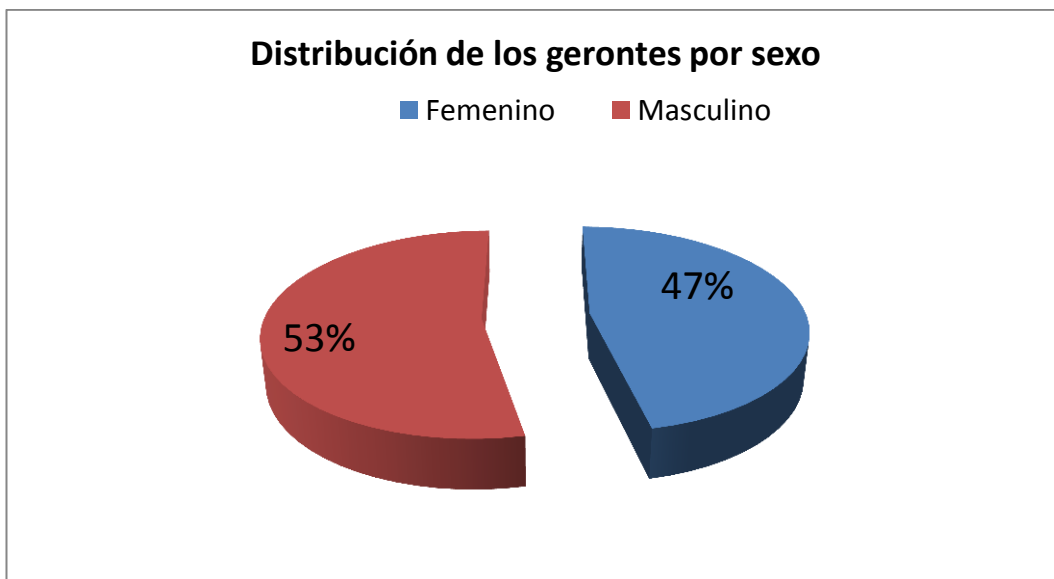
Definición conceptual: Capacidad del individuo para cuidar de sí mismo, trabajar o realizar actividades de ocio.

Definición operacional: Se realizará una valoración funcional: Índice de Barthel: es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas avd. La recolección de esta información será mediante interrogatorio al paciente, o si su capacidad cognitiva no lo permite, a su cuidador o familiar.

Análisis e interpretación de datos

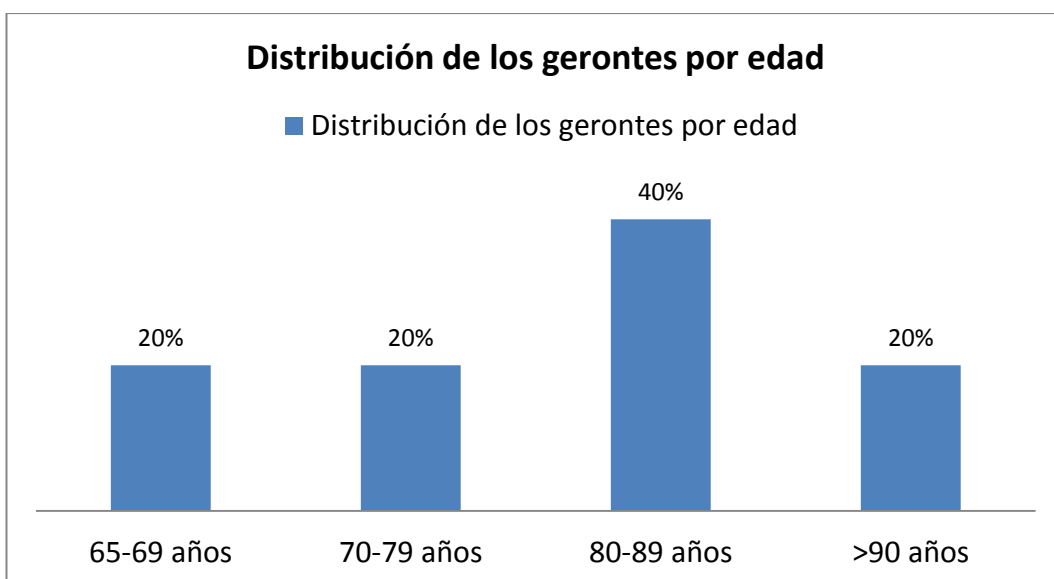
A continuación se presenta una serie de gráficos para el análisis e interpretación de los datos obtenidos a partir de las historias clínicas para la obtención de variables objeto de estudio de esta investigación. Para conocer el Estado Funcional de la población observada se realizó una valoración funcional mediante el Índice de Barthel.

En relación al sexo de los gerontes estudiados, corresponden 8 al masculino (53,3%) y 7 al femenino (46,7%).



Fuente: Elaboración propia.

En el siguiente gráfico de barras se detalla la distribución por edad de la muestra observada, estableciéndose 4 grupos etarios:



Fuente: ídem

Un 40% de los gerontes tiene entre 80-89 años, un 20% son mayores de 90, un 20% tiene entre 70-79 años y el 20% restante entre 65 y 69.

La mayoría de los institucionalizados son considerados adultos mayores por tener más de 80 años, siendo ésta una de las características que determina al anciano frágil, según Juan Manuel Ribera Casado. Esta franja etaria es la que según censos nacionales ha ido aumentando el porcentaje progresivamente, como se cita en el marco teórico.

Con respecto a las patologías que presentan los gerontes al momento de la recolección de datos, se encuentran patologías crónico degenerativas tales como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus y sus complicaciones, consideradas éstas como principales causas de morbilidad geriátrica. Además es importante destacar afecciones demenciales como Alzheimer, afecciones osteoarticulares como artrosis y cifosis dorsal y deterioro sensorial, auditivo y visual, afectando la capacidad de interaccionar con el medio ambiente. También se observó en algunos gerontes recién ingresados estados de desnutrición.

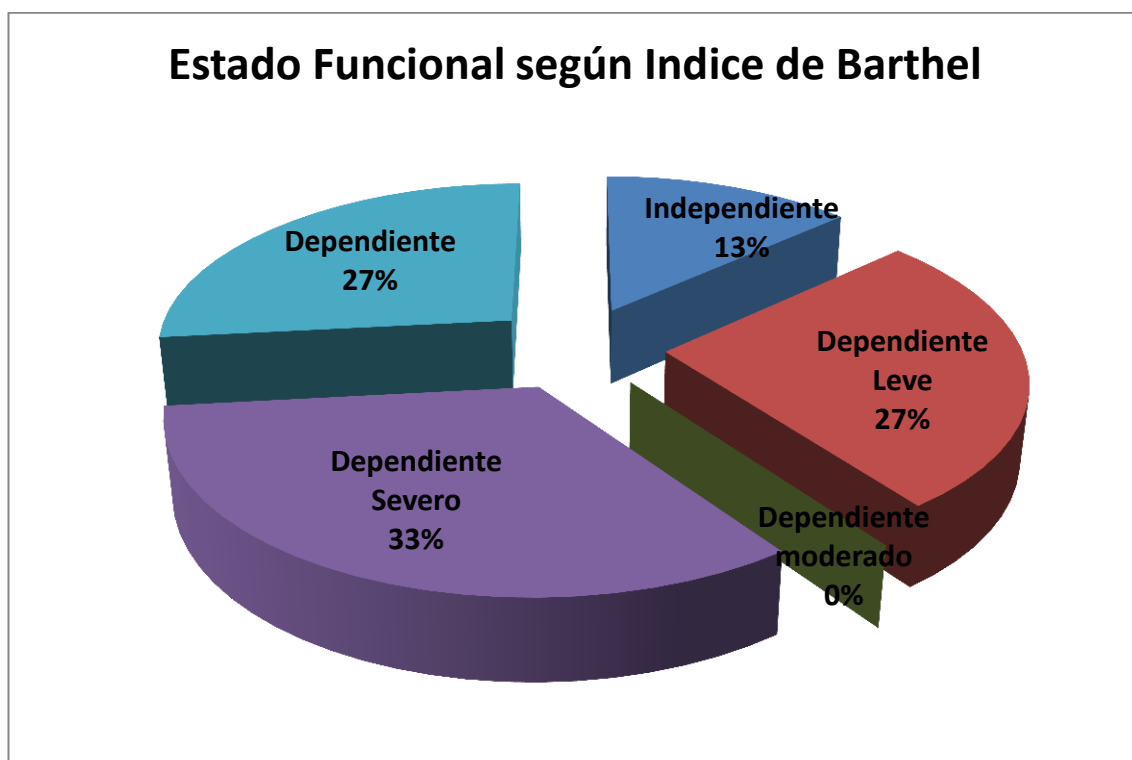
Estas enfermedades llevan al individuo a presentar cuadros con déficit funcional y consecuentemente a la dependencia.

En relación al tiempo de permanencia se puede observar que un 40 % de los gerontes se encuentran en la Institución hace más de 5 años, un 33% entre 1 y 5 años y un 27% solo llevan unos meses de estadía.



Fuente: ídem

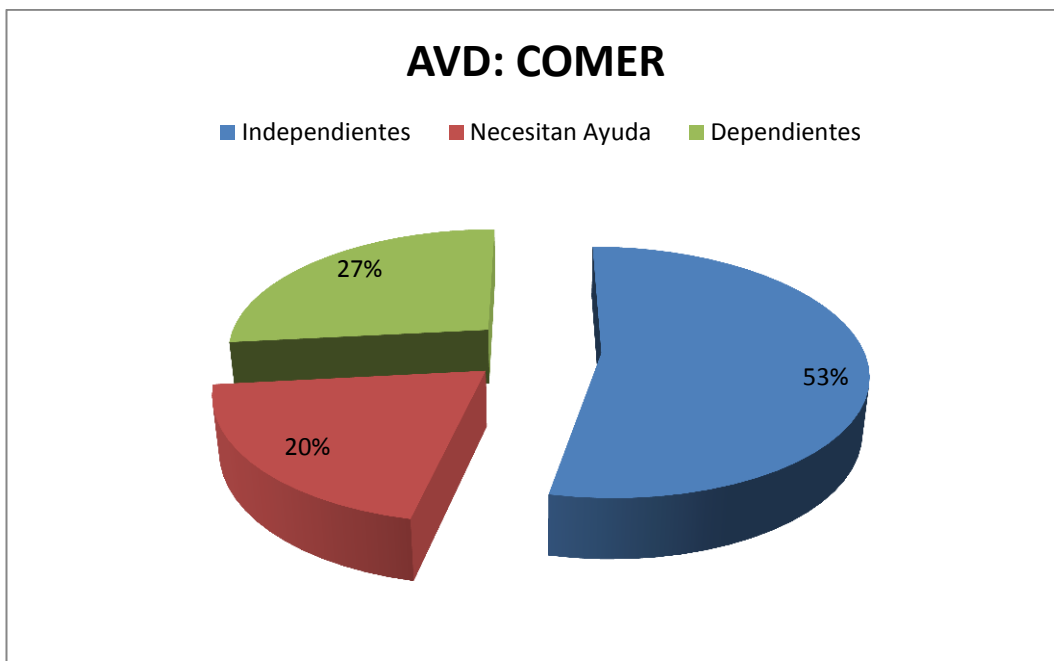
Para conocer el estado funcional, se realizó una valoración funcional, utilizando el Índice de Barthel, obteniendo los siguientes resultados:



Fuente: ídem

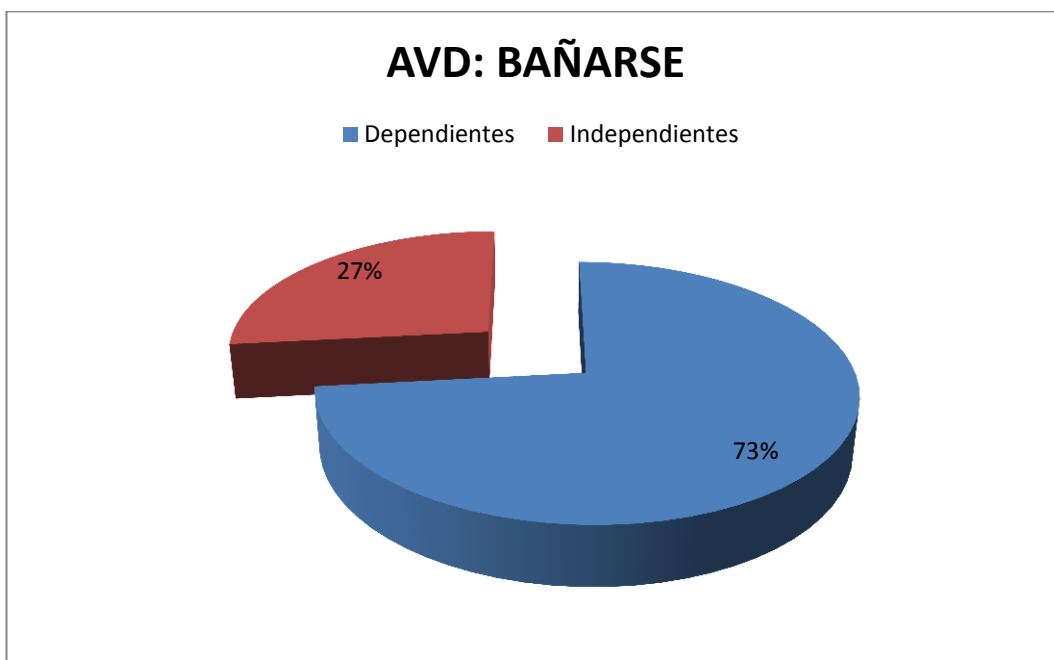
Un 87% de los gerontes son dependientes con menor o mayor grado de dependencia, necesitando asistencia física o verbal, a través de dispositivos o terceras personas para realizar ciertos actos. El estado funcional prevalente es el de la dependencia severa con un 33% y sólo un 13,3% son independientes.

Este Índice, valora el nivel de independencia del geronte, con respecto a las actividades de la vida diaria (avd), una de éstas, es comer, de los 15 gerontes de la sala de geriatría, 8 son independientes para realizar esta actividad aunque es cocinada y servida por otra persona, 3 necesitan ayuda para cortar la carne, el pan, etc y 4 son dependientes totalmente de una persona para poder comer debido a la debilidad en miembros superiores y/o su capacidad cognitiva no se lo permite.



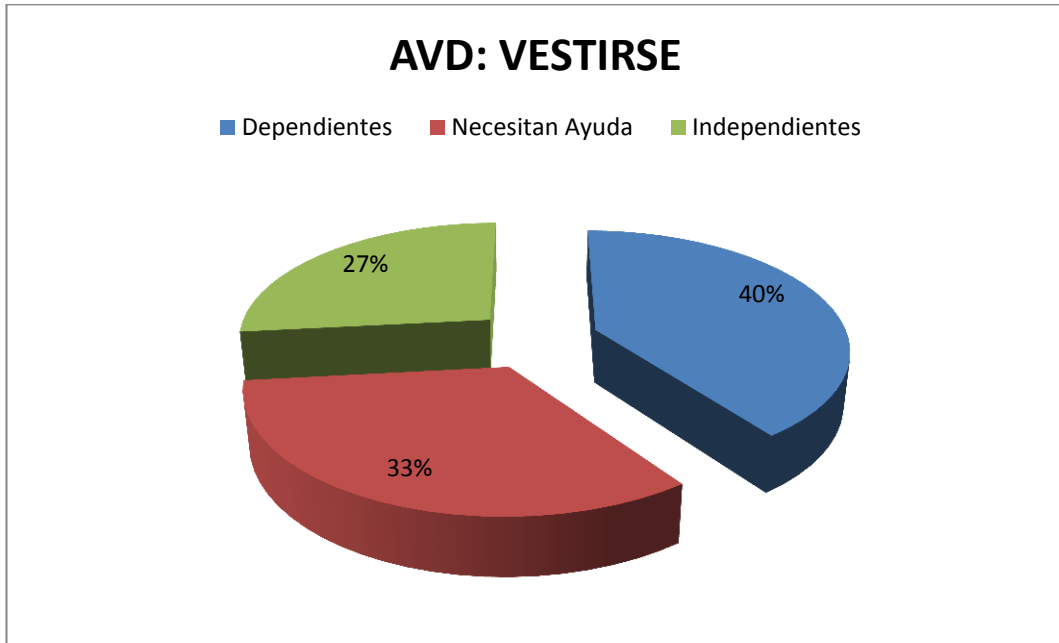
Fuente: ídem

Otra AVD, es la de bañarse/ ducharse, en este caso 11 gerontes son dependientes, mientras que solo 4 son independientes y pueden salir y entrar solos del baño.



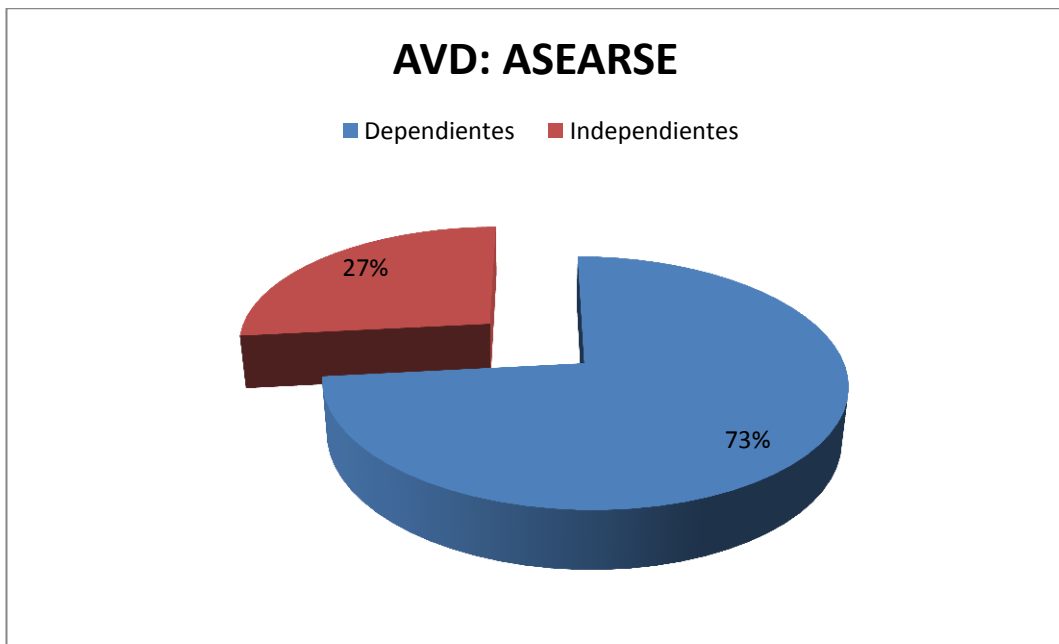
Fuente: ídem

Para vestirse, 6 son dependientes totalmente, 5 necesitan ayuda para ponerse los pantalones, polleras, medias y calzado. Sólo 4 son independientes, capaces de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse y atarse las zapatillas.



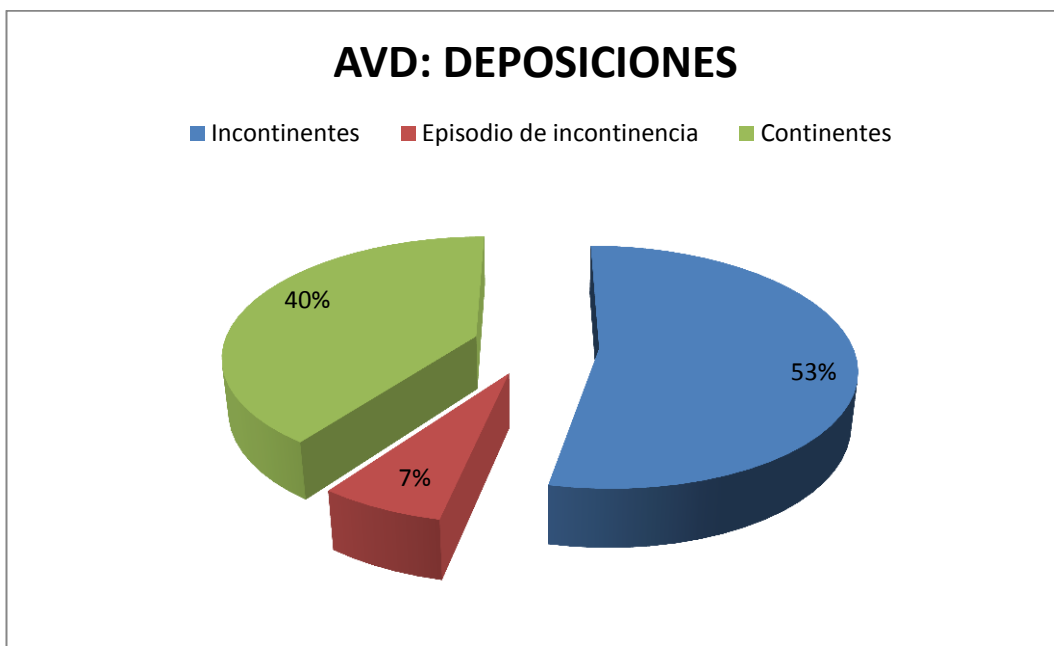
Fuente: ídem

Para asearse, 11 son dependientes y sólo 4 son independientes, capaces de lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc.



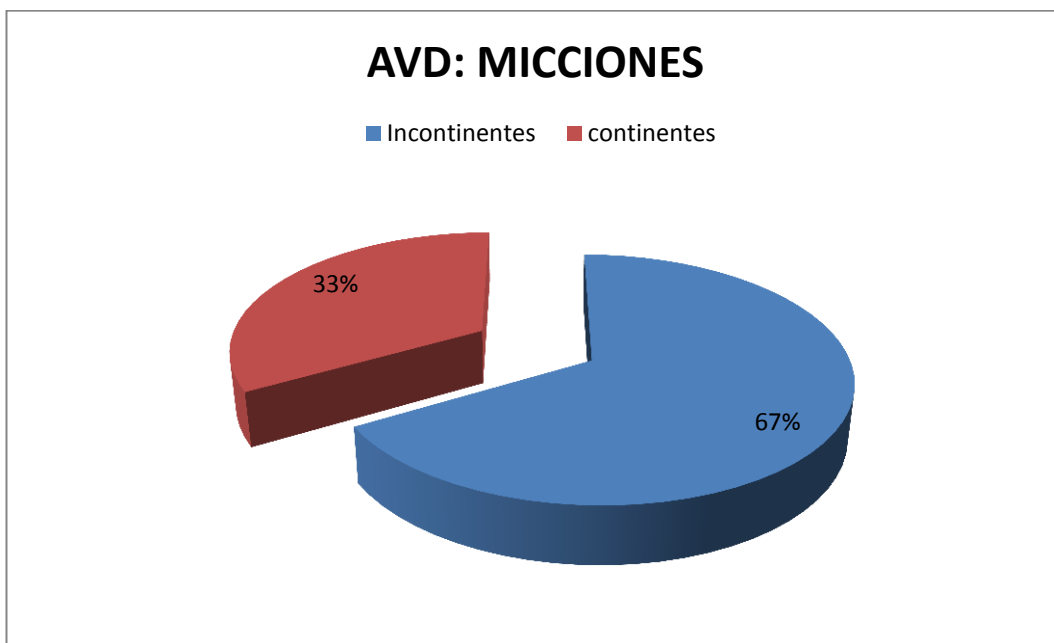
Fuente: ídem

Con respecto a las deposiciones, 8 son incontinentes y requieren del uso de pañales, 1 ocasionalmente tiene un episodio de incontinencia y 6 son continentales.



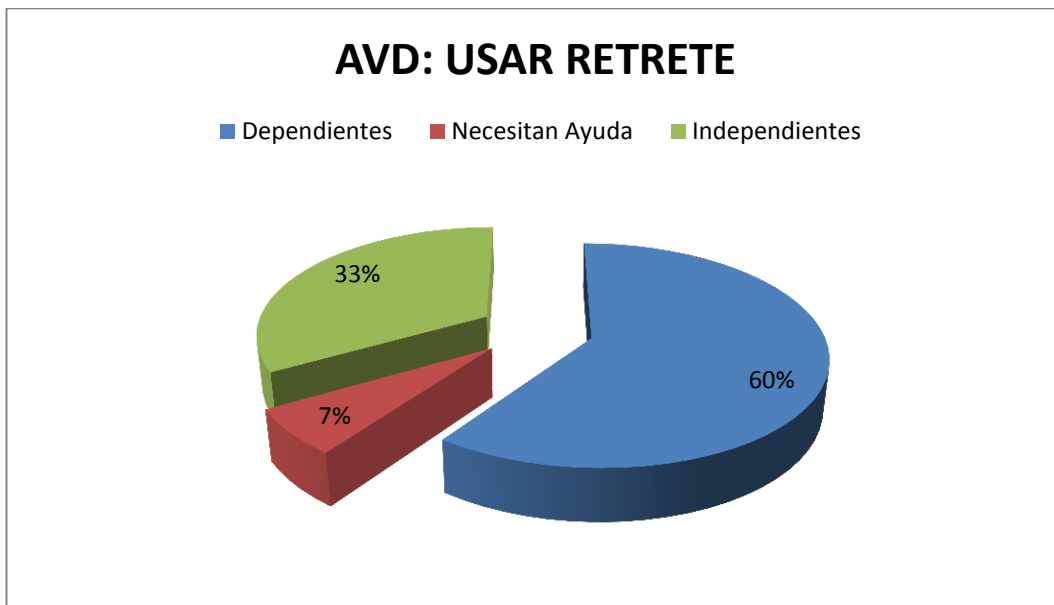
Fuente: ídem

Mientras que 10 sufren incontinencia de las micciones y 5 son continentales.



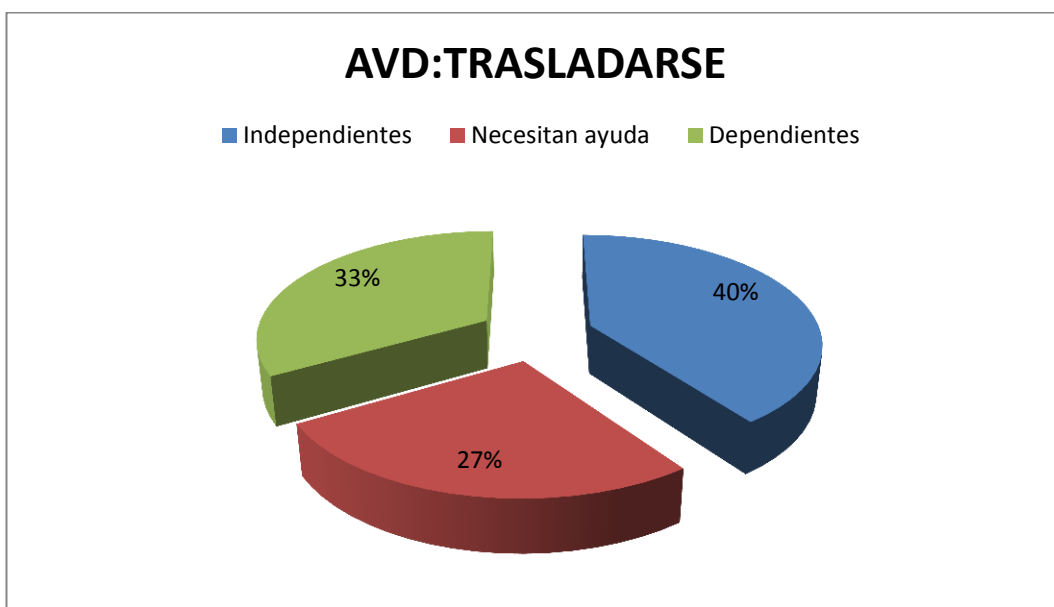
Fuente: ídem

Para usar el retrete, 9 son dependientes debido a su inestabilidad y el uso de silla de ruedas, sólo 1 necesita ayuda para incorporarse del retrete y vestirse, 5 son independientes, capaces de quitarse y ponerse la ropa.



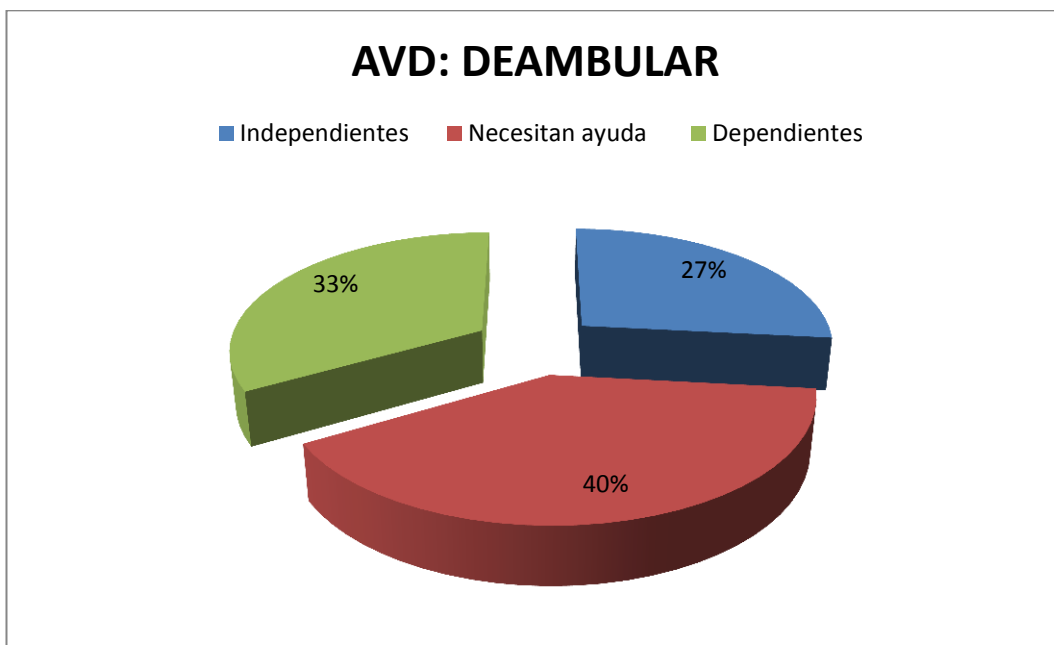
Fuente: ídem

Para trasladarse, ir del sillón a la cama, 6 son independientes, 4 necesitan gran ayuda para la movilización utilizando andador y/o supervisión, pero se mantienen sentados solos, 5 son dependientes y deben ser trasladados en silla de ruedas.



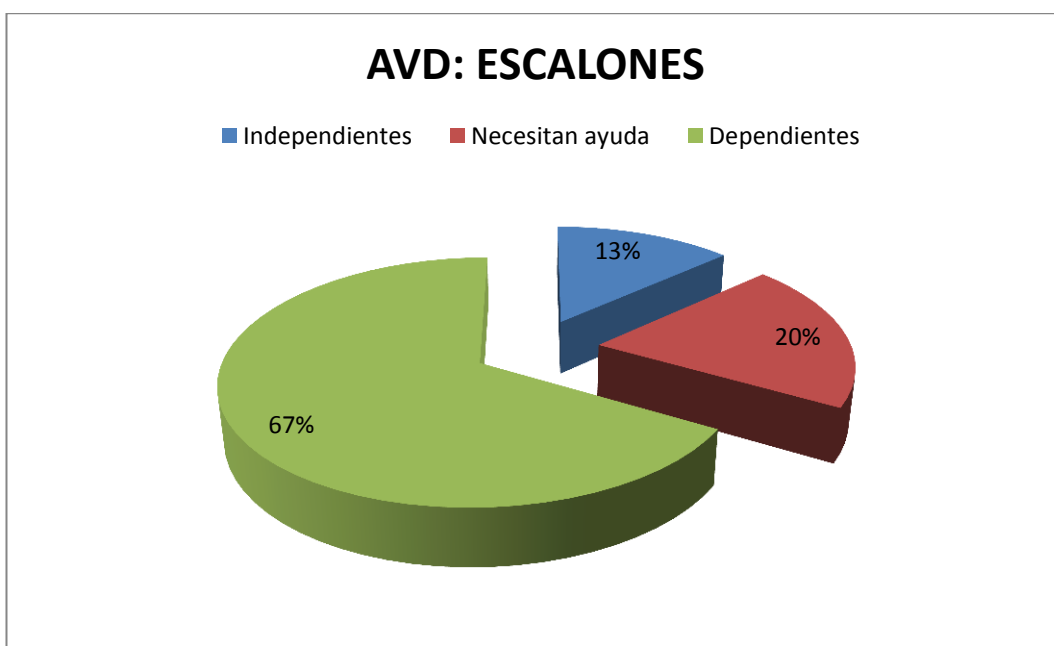
Fuente: ídem

Con respecto a la deambulaci3n, s3lo 4 son independientes, capaces de caminar hasta 50 metros, 6 necesitan ayuda f3sica, utilizando un andador y/3 supervisi3n para desplazarse y 5 son dependientes.



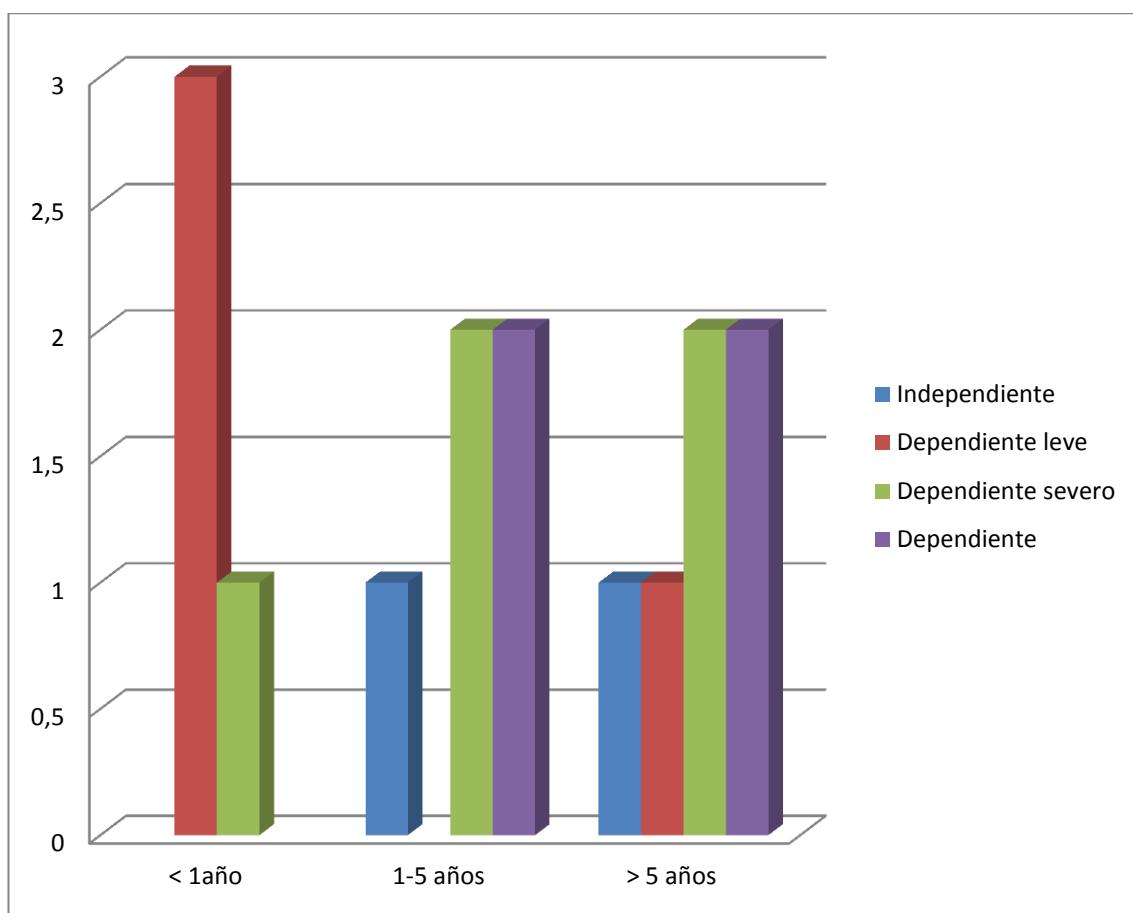
Fuente: ídem

Para bajar y subir escalones, s3lo 2 son independientes, 3 necesitan ayuda f3sica o supervisi3n y 10 son dependientes, debido a la complejidad que esto implica.



Fuente: ídem

Si se relaciona tiempo de permanencia en la Unidad Sanitaria y Estado Funcional de los gerontes institucionalizados, se puede observar que aquellos individuos que llevan más tiempo de estadía en la Institución presentan mayor grado de dependencia, con respecto a los últimos ingresantes.



Fuente: Elaboración propia

A continuación se realizará una breve descripción de cada caso:

Caso 1:

AVD	Situación del paciente			Ptos
	Independiente	Necesita ayuda	Dependiente	
Comer			✓	0
Bañarse			✓	5
Vestirse			✓	0
Asearse			✓	0
Usar el retrete			✓	0
Trasladarse		✓		5
Deambular		✓		10
Escalones		✓		5
	Contiene	Ocasionalmente algún episodio	Incontinente	
Deposiciones			✓	0
Micciones			✓	0

Total: 25 puntos.

Grado de dependencia: Dependiente Severo

Femenina de 69 años, paciente psiquiátrica, bipolar con esquizofrenia y demencia senil. Con 2 años de permanencia en la Institución, ingresa debido a su estado mental que no le permite decidir por sí misma su conducta, la orientación de sus actos y la realización de la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria.

La capacidad funcional de un individuo no está influenciada únicamente por su estado físico, sino también por su capacidad mental. Al evaluarla mediante el Índice de Barthel se puede observar que es dependiente totalmente para comer, bañarse, vestirse y asearse, presentando también incontinencia. Necesita ayuda para trasladarse, deambular y subir o bajar escalones.

Caso 2:

Situación del paciente AVD	Independiente	Necesita ayuda	Dependiente	Ptos
	Comer			✓
Bañarse			✓	5
Vestirse			✓	0
Asearse			✓	0
Usar el retrete			✓	0
Trasladarse			✓	0
Deambular			✓	0
Escalones			✓	0
	Continente	Ocasionalmente algún episodio	Incontinente	
Deposiciones			✓	0
Micciones			✓	0

Total: 5 puntos.

Grado de dependencia: Dependiente

Femenina de 94 años, considerada anciana frágil, con 6 años de permanencia en la Institución, Ingresó luego de que tuviera un accidente cerebro vascular, como consecuencia de éste presenta hemiplejía izquierda. Al no recibir un tratamiento rehabilitador que intente, en la medida de lo posible, controlar o aminorar la discapacidad consecutiva al déficit funcional, presenta un estado de dependencia total para todas las actividades básicas de la vida diaria.

Caso 3:

Situación del paciente AVD	Independiente	Necesita ayuda	Dependiente	Ptos
Comer	✓			10
Bañarse	✓			10
Vestirse	✓			10
Asearse	✓			5
Usar el retrete	✓			10
Trasladarse	✓			10
Deambular	✓			15
Escalones	✓			10
	Continente	Ocasionalmente algún episodio	Incontinente	
Deposiciones	✓			10
Micciones	✓			10

Total de puntos: 100

Grado de dependencia: Independiente

Femenina de 68 años ingresó a la institución debido a su situación social sin tutor ni responsable adulto presentando infantilismo. A pesar de su retraso madurativo es capaz de realizar todas las actividades básicas de la vida diaria, pero no es capaz de vivir sola.

Caso 4:

Situación del paciente AVD	Independiente	Necesita ayuda	Dependiente	Ptos
Comer		✓		5
Bañarse			✓	5
Vestirse		✓		5
Asearse			✓	0
Usar el retrete			✓	0
Trasladarse		✓		5
Deambular		✓		10

Escalones			✓	0
	Continente	Ocasionalmente algún episodio	Incontinente	
Deposiciones			✓	0
Micciones			✓	0

Total de puntos: 30

Grado de dependencia: Dependiente Severo

Femenina de 92 años, considerada anciana frágil, se encuentra institucionalizada hace 7 años. Es capaz de comer sola, pero necesita ayuda para cortar la carne, y para vestirse. Con un andador es capaz de trasladarse y deambular. Es dependiente para bañarse, asearse, usar el retrete y subir y bajar escalones.

Caso 5:

Situación del paciente AVD	Situación del paciente			Ptos
	Independiente	Necesita ayuda	Dependiente	
Comer	✓			10
Bañarse			✓	5
Vestirse			✓	0
Asearse			✓	0
Usar el retrete			✓	0
Trasladarse			✓	0
Deambular			✓	0
Escalones			✓	0
	Continente	Ocasionalmente algún episodio	Incontinente	
Deposiciones			✓	0
Micciones			✓	0

Total de puntos: 15

Grado de dependencia: Dependiente

Masculino obeso de 85 años, considerado anciano frágil por tener más de 80 años con deterioro funcional físico y pluripatología. Ingresó con Insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial e hipertrofia benigna de próstata. Con 6 años de permanencia en la Institución es independiente para comer, pero dependiente para bañarse, vestirse y asearse.

Debido a su obesidad y a su debilidad en miembros inferiores no puede deambular, ni subir o bajar escalones y debe ser trasladado en silla de ruedas.

Caso 6:

Situación del paciente AVD	Situación del paciente			Ptos
	Independiente	Necesita ayuda	Dependiente	
Comer			✓	0
Bañarse			✓	5
Vestirse			✓	0
Asearse			✓	0
Usar el retrete			✓	0
Trasladarse			✓	0
Deambular			✓	0
Escalones			✓	0
	Continente	Ocasionalmente algún episodio	Incontinente	
Deposiciones			✓	0
Micciones			✓	0

Total de puntos: 5

Grado de dependencia: Dependiente

Masculino de 89 años, con dos años de permanencia en la Institución, es considerado anciano frágil, presenta pluripatología: hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, cáncer de próstata, pólipo de vejiga, hemiplejia izquierda y trastornos en la deglución. Presenta un deterioro funcional físico y mental severo que le impide la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Este anciano no logra ni siquiera la sedestación.

Caso 7:

Situación del paciente AVD	Situación del paciente			Ptos
	Independiente	Necesita ayuda	Dependiente	
Comer		✓		5
Bañarse			✓	5
Vestirse			✓	0
Asearse			✓	0
Usar el retrete			✓	0
Trasladarse		✓		5
Deambular		✓		10
Escalones			✓	0
	Continente	Ocasionalmente algún episodio	Incontinente	
Deposiciones			✓	0
Micciones			✓	0

Total de puntos: 25

Grado de dependencia: Dependiente Severo

Femenina de 76 años con un año de permanencia en la institución. Presenta amaurosis e incontinencias. Debido a su ceguera necesita ayuda para cortar la carne, pero come sola. Es dependiente para bañarse, vestirse, asearse, y usar el retrete. Con ayuda de un andador es capaz de trasladarse y deambular unos pocos metros, pero no es capaz de superar escalones.

Caso 8:

Situación del paciente AVD	Situación del paciente			Ptos
	Independiente	Necesita ayuda	Dependiente	
Comer	✓			10
Bañarse	✓			10
Vestirse	✓			10
Asearse	✓			5
Usar el retrete	✓			10
Trasladarse	✓			10

Deambular	✓			15
Escalones		✓		5
	Continente	Ocasionalmente algún episodio	Incontinente	
Deposiciones	✓			10
Micciones	✓			10

Total de puntos: 95

Grado de dependencia: Dependiente leve.

Masculino de 96 años, con 7 años de permanencia en la Institución. A pesar de su ceguera bilateral es capaz de realizar todas las actividades básicas de la vida diaria, únicamente requiere supervisión para subir o bajar escalones.

Caso 9:

Situación del paciente AVD	Situación del paciente			Ptos
	Independiente	Necesita ayuda	Dependiente	
Comer		✓		5
Bañarse			✓	5
Vestirse		✓		5
Asearse			✓	0
Usar el retrete			✓	0
Trasladarse			✓	0
Deambular			✓	0
Escalones			✓	0
	Continente	Ocasionalmente algún episodio	Incontinente	
Deposiciones			✓	0
Micciones			✓	0

Total de puntos: 15

Grado de dependencia: Dependiente

Masculino de 84 años, anciano frágil con 2 años de permanencia en la Institución, presenta Parkinson con sus características clínicas como: bradicinesia, haciendo que el paciente tenga que esforzar el doble para realizar sus tareas cotidianas porque se ven afectados, sobre todo, los movimientos de precisión como abrocharse los botones a la hora

de vestirse, por lo que necesita ayuda, así también para cortar la carne a la hora de comer. La rigidez muscular e inestabilidad postural que presenta le imposibilita las actividades básicas de la vida diaria como asearse, usar el retrete, trasladarse y deambular. Además padece hipotensión ortostática complicando aún más la situación del individuo e incontinencias.

Caso 10:

Situación del paciente AVD	Independiente	Necesita ayuda	Dependiente	Ptos
Comer	✓			10
Bañarse			✓	5
Vestirse		✓		5
Asearse			✓	0
Usar el retrete			✓	0
Trasladarse			✓	0
Deambular			✓	0
Escalones			✓	0
	Continente	Ocasionalmente algún episodio	Incontinente	
Deposiciones			✓	0
Micciones			✓	0

Total de puntos: 20

Grado de dependencia: Dependiente Severo

Masculino de 79 años con 10 años de permanencia en la Institución, presenta hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, hipertrofia benigna de próstata y diabetes tipo 1 con neuropatías en miembros inferiores impidiéndole la realización de aquellas actividades básicas de la vida diaria que impliquen los mismos, como trasladarse, deambular, usar el retrete y subir o bajar escalones. Permanece en silla de ruedas y depende de otra persona para su movilización. Además necesita ayuda para vestirse y bañarse, pero es capaz de comer independientemente.

Caso 11:

Situación del paciente AVD	Situación del paciente			Ptos
	Independiente	Necesita ayuda	Dependiente	
Comer	✓			10
Bañarse			✓	5
Vestirse		✓		5
Asearse			✓	0
Usar el retrete		✓		5
Trasladarse	✓			10
Deambular		✓		10
Escalones			✓	0
	Continente	Ocasionalmente algún episodio	Incontinente	
Deposiciones	✓			10
Micciones	✓			10

Total de puntos: 65

Grado de dependencia: Dependiente leve.

Masculino de 80 años con menos de un año de permanencia, ingresa con estado de obstrucción intestinal y un cuadro de desnutrición. Queda en la Institución para mejorar su estado nutricional. Debido a su estado presenta debilidad generalizada. Es capaz de comer solo, pero necesita ayuda para bañarse, vestirse, asearse, usar el retrete y deambular. Sin embargo puede trasladarse solo del sillón a la cama.

Caso 12:

Situación del paciente AVD	Situación del paciente			Ptos
	Independiente	Necesita ayuda	Dependiente	
Comer	✓			10
Bañarse	✓			10
Vestirse	✓			10
Asearse	✓			5
Usar el retrete	✓			10
Trasladarse	✓			10

Deambular	✓			15
Escalones	✓			10
	Continente	Ocasionalmente algún episodio	Incontinente	
Deposiciones	✓			10
Micciones	✓			10

Total de puntos: 100

Grado de dependencia: Independiente

Masculino de 65 años, ingresa a la Institución debido a una enfermedad coronaria y permanece durante 4 años debido a su situación social, sin vivienda ni asistencia social. Es independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria.

Caso 13:

Situación del paciente AVD	Situación del paciente			Ptos
	Independiente	Necesita ayuda	Dependiente	
Comer			✓	0
Bañarse			✓	5
Vestirse			✓	0
Asearse			✓	0
Usar el retrete			✓	0
Trasladarse		✓		5
Deambular		✓		10
Escalones		✓		0
	Continente	Ocasionalmente algún episodio	Incontinente	
Deposiciones	✓			10
Micciones			✓	0

Total de puntos: 30

Grado de dependencia: Dependiente severo.

Femenina de 88 años, anciana frágil, con menos un año de permanencia en la Institución, ingresa luego de un reemplazo total de cadera sin la rehabilitación correspondiente, agravado esta situación con un cuadro de desnutrición severa presentando

dificultad en la marcha, necesitando ayuda para su traslado y deambular. Es dependiente para comer, bañarse, vestirse, asearse, usar el retrete.

Caso 14:

Situación del paciente AVD	Situación del paciente			Ptos
	Independiente	Necesita ayuda	Dependiente	
Comer	✓			10
Bañarse	✓			10
Vestirse		✓		5
Asearse	✓			5
Usar el retrete	✓			10
Trasladarse	✓			10
Deambular		✓		10
Escalones			✓	0
	Contiene	Ocasionalmente algún episodio	Incontinente	
Deposiciones	✓			10
Micciones	✓			10

Total de puntos: 80

Grado de dependencia: Dependiente leve

Femenina de 85 años, anciana frágil, con menos de un año de permanencia en la Institución, presenta una cifoescoliosis pronunciada, artrosis generalizada y osteoporosis. Es capaz de comer sola, de bañarse pero requiere ayuda para vestirse. Es independiente para lavarse la cara, las manos y peinarse, para usar el retrete, trasladarse del sillón a la cama pero para deambular necesita de un andador.

Caso 15:

Situación del paciente AVD	Situación del paciente			Ptos
	Independiente	Necesita ayuda	Dependiente	
Comer	✓			10
Bañarse			✓	5
Vestirse	✓			10
Asearse			✓	0
Usar el retrete	✓			10
Trasladarse	✓			10
Deambular	✓			15
Escalones		✓		5
	Continente	Ocasionalmente algún episodio	Incontinente	
Deposiciones		✓		5
Micciones			✓	0

Total de puntos: 70

Grado de dependencia: Dependiente leve.

Masculino de 72 años, con menos de un año de permanencia en la Institución, presenta desnutrición y diabetes. Tiene un estado de dependencia leve, debido a que es dependiente para bañarse y asearse, Sin embargo es independiente para comer, para vestirse, para usar el retrete, trasladarse, deambular y requiere supervisión para subir o bajar escalones.

PROPUESTA TERAPEUTICA PARA GERONTES INSTITUCIONALIZADOS:

Es muy importante el análisis de la situación dentro del equipo de salud cuando la persona está institucionalizada, sobre todo para que no aparezcan complicaciones. Entre todos se marcará un plan terapéutico. Desde la kinesiología tendremos en cuenta: potenciar la autonomía del paciente, en función de sus capacidades de realización, tomar medidas preventivas con la piel para evitar úlceras por presión e iniciar un tratamiento de movilización.

La práctica de ejercicio aporta una serie de beneficios: mejora la capacidad cardiovascular, mejora el arco de movimientos, mejora la fuerza muscular, aumenta la densidad ósea, mejora la flexibilidad de las articulaciones y, en definitiva, la movilidad, favorece la motilidad intestinal, disminuye la tensión arterial, disminuye los pensamientos negativos y mejora las relaciones sociales.

Para los casos de independencia, como medida general y preventiva de fácil realización, sería suficiente con caminar, de forma progresiva y en función de sus posibilidades, ya que se han demostrado los beneficios de la práctica de ejercicio aeróbico, para la calidad de vida de las personas.

En el caso de que se esté instaurando la inmovilidad, como en los distintos casos de dependencia, es necesario realizar una valoración integral e iniciar el tratamiento lo antes posible. Se debe evitar las consecuencias de la inmovilidad, evitar las recaídas y conseguir lo antes posible la reinserción en su dinámica de vida cotidiana.

Las intervenciones generales que hay que realizar con el anciano inmovilizado, son las siguientes:

- Desde el primer momento en que una persona disminuye la movilidad, hay que contemplar la protección cutánea para evitar úlceras por presión. Almohadillar las zonas de más presión como codos, sacro, escápula, tobillos, etc.
- Realizar cambios posturales, cada 2-3 horas se movilizará al anciano.
- Medidas de higiene y masajes: higiene corporal y mantenimiento de medidas higiénicas de ropa personal y de la cama y/ o silla. Como prevención, también se pueden realizar masajes corporales con el fin de favorecer la relajación muscular y favorecer la circulación.

- Alineamiento postural, buscando siempre posturas anatómicas para evitar las complicaciones musculoesqueléticas, unido a los ejercicios isométricos e isotónicos.

- Prevención de las posibles complicaciones que se pueden presentar:

- complicaciones cardiovasculares, favoreciendo el retorno.

- complicaciones respiratorias, enseñando los tipos de respiración que favorezcan la expectoración y la tos, y si fuera necesario con drenajes posturales.

- complicaciones gastrointestinales, prestando especial atención a las broncoaspiraciones y a los trastornos de evacuación intestinal.

- complicaciones genitourinarias, ya que las infecciones y pérdida de continencia parcial o total pueden agravar la situación. Incluir ejercicios de fortalecimiento de suelo pélvico en el plan terapéutico.

Las intervenciones que hay que realizar pueden ser activas o pasivas. Activas aquellas que el paciente realiza de forma autónoma o con ayuda de algún dispositivo, de forma voluntaria y porque tiene capacidad para su realización. Pasivas, aquellas en las que no interviene el paciente, por varias razones, o por no tener la fuerza para realizarlas, la voluntad o el conocimiento de la importancia que de ellas se deriva.

Además de los diferentes dispositivos con los que se cuente, se pueden realizar en una silla, una camilla, en bipedestación, en la cama, o practicando ejercicio, siempre desarrollando grandes dosis de creatividad de manera que no se convierta en una monotonía, que impida su adhesión y siempre con el objetivo de lograr el máximo de tonicidad muscular y articular que le permita ser autónomo y consiga recuperar el mayor grado de autonomía posible, de forma que vuelva, si es posible, a su patrón de normalidad de movimientos.

Para la intervención y el reentrenamiento en la inmovilidad se debe seguir unos pasos secuenciados que permitan su evolución:

- Explicación del programa con la máxima información, explicando el objetivo perseguido, con el fin de conseguir la adhesión a éste y permitiendo la presentación de dudas que pueda tener.

- Posteriormente habrá que realizar un calentamiento de las partes que hay que trabajar, bien de forma activa o pasiva. Pueden ser estiramientos musculares de 5 minutos y, si se lo permite su capacidad funcional, paseo de 5 a 10 minutos.

- Realización de los ejercicios recomendados para evitar rigideces, dolor y pérdida de capacidad funcional. A modo de ejemplo y siguiendo una secuencia corporal se seguirá el siguiente orden:

- Movimiento de pie y tobillo: con movimientos de interfalángicas, del metatarso, flexión y extensión del pie y separación y aproximación. Con el tobillo realizar rotaciones, flexiones y extensiones.

- Movimientos de rodilla con flexión, extensión y rotaciones.

- Movimientos de cadera con abducción y aducciones, flexión y extensión y rotaciones.

- Movimientos de la región lumbar y del sacro, para lo que en decúbito supino se le solicita que flexione las rodillas y que éstas se aproximen al tórax. En posición de decúbito lateral que eleve la cadera y la aproxime al plano. Y en decúbito prono, manteniendo la mano en la zona lumbar, solicitar que eleve la pierna, partiendo del muslo.

- Movimientos de la región dorsal, solicitando que realice inspiraciones y espiraciones intentando presionar una mano que colocaremos debajo del tórax. Y en decúbito lateral realizar rotaciones del tórax.

- Movimientos cervicales, con hiperextensión, hiperflexión, lateralizaciones y rotaciones.

- Movimientos de la articulación escápulo humerales, manteniendo el decúbito supino se realizarán movimientos de abducción, aducción, flexión y extensión y rotaciones hacia dentro y al exterior.

- Movimientos de la articulación del codo, con flexión, extensión, pronación y supinación.

- Movimientos de la articulación radiocubital, mediante flexiones y extensiones y abducción y aducción.

- Movimientos de las manos, con movimientos interfalángicos, flexiones y extensiones y abducción y aducción de los dedos.

- Relajación y descanso

- Además se pueden realizar otras actividades, como:

- Cambios posturales y movilizaciones de transferencias:
 - Movilizaciones activas en la cama.
 - Movilizaciones activas en sedestación.
 - Transferencia de la silla a la cama.
 - Transferencia desde la cama a la silla.
 - Transferencia de la cama a bipedestación.
 - Transferencia de la silla a bipedestación.
- Práctica de ejercicios isométricos e isotónicos:
 - Conseguir la bipedestación. Y posteriormente la deambulación del paciente de forma progresiva y de forma autónoma (actividades que se pueden realizar con dispositivos de ayuda o no).Entrenamiento de la marcha.

Si se consigue este último paso, el siguiente consiste en el mantenimiento de la movilidad, en un primer momento de forma tutelada con la realización de ejercicios aeróbicos, siguiendo con ejercicios de resistencia, de flexibilidad y de equilibrio, y fomentando siempre la autonomía.

Como elementos para incorporar dentro de la práctica de movilizaciones se puede contar con un sinfín de ellos: dispositivos de ayuda (bastones, andadores, paralelas, etc), colchonetas, pelotas de diferentes tamaños y texturas, camillas, taburetes, sillas, materiales de diferentes texturas, poleas, etc.

El kinesiólogo es capaz de evaluar el entorno donde se realizan las avd, y detectar los problemas con referencia a la problemática o patología que presenta el individuo y teniendo en cuenta el pronóstico o cambios funcionales previsibles, deberá entrenar las capacidades limitadas y recomendar las adaptaciones pertinentes o necesidad de ayudas técnicas.

Hay que tener en cuenta la movilidad dentro de la sala de geriatría, tiene q haber espacio adecuado para el uso de ayudas en la movilidad (muletas, bastón, silla de ruedas, andador, etc),los elementos de seguridad en el dormitorio, en el comedor y en el baño como barandas, rampas, anchos de puertas, etc, son indispensables para la seguridad del geronte.

Al evaluar el baño, hay que tener en cuenta que tal vez, el problema más importante con el que la persona mayor se encuentra sea la entrada y la salida de la

bañera. Se requiere un buen equilibrio durante la fase de apoyo de un solo pie, así como una buena movilidad para superar la altura de la bañera. Con la instalación de un asidero es suficiente para facilitar entrar y salir de la bañera con mayor seguridad. Si el usuario tiene limitación articular en rodillas o caderas, puede ser útil un asiento para la bañera.

Se debe utilizar alfombrilla antideslizante en el interior de la bañera para evitar accidentes y las alfombras exteriores también deben tener esta propiedad.

La forma de accionar los grifos tiene que ser fácil.

En caso de tener grandes problemas de movilidad en miembros inferiores, se puede sustituir la bañera por ducha y usar banquetas de ducha con patas regulables.

Cuando se necesite la ayuda de otra persona para pasar a uno de estos asientos, se podrá utilizar grúas para la elevación. La grúa domiciliaria más habitual suele ser una grúa móvil con asiento no rígido (arnés).

El hecho de levantarse y sentarse en el inodoro es costoso pero la persona puede seguir realizándolo si se le facilitan las condiciones adecuadas. Se debe evitar que el usuario se caiga ya que puede lesionarse y generaría más dependencia. La altura correcta del inodoro resulta fundamental no sólo para la economía articular de las piernas, para no cargar sobre esas articulaciones dañadas de la cadera y la rodilla que no le permiten el movimiento normal, sino también para las de los brazos, ya que disminuye la tracción o fuerza que hay que ejercer sobre las manos.

Cuanto más importante sea la limitación de la flexión de las caderas y de las rodillas más se deberá elevar el inodoro. Existen las llamadas altas para inodoro, las hay de diferentes alturas y características.

También existen inodoros con ducha y o secador de aire incorporado, los cuales permiten un aseo sin tener que usar el bidé.

En el dormitorio, la cama es el elemento en el cual se debe poner mayor atención. La altura correcta de la cama debe ser tal que le permita levantarse y sentarse adecuadamente a la persona. El uso de colchones o sobrecolchones para la prevención de úlceras por presión es muy importante en el cuidado de personas mayores. Los que proporcionan mayor protección son los de aire dinámicos, que cuentan con un pequeño motor con un mecanismo de bombeo de aire de las celdas o tubos del colchón de manera que los puntos de contacto de la persona con la

superficie de apoyo van variando y con ello se alivia la presión alternativamente. También existen otros colchones, que no son de aire, fabricados en otros materiales y con propiedades antiescaras.

Hay que tener en cuenta que cuanto más numerosos sean los factores de riesgo (pérdida del estado de alerta o consciencia, desnutrición, falta total de movilización, incontinencia, pérdida de sensibilidad, etc) mayor riesgo de úlceras por presión. Hacer cambios posturales, al menos cada dos horas, es la mejor medida preventiva.

Cuando el geronte apenas tiene movilidad, suele modificar su posición en la cama involuntariamente, pero es incapaz de rectificar y conseguir una postura adecuada. Sus cuidadores, utilizando sábanas deslizantes (saleas), podrán recolocar a la persona en la posición correcta, para esto es necesario saber la técnica adecuadamente, por lo que el kinesiólogo podrá enseñarla.

En sala general suelen pasar las horas más tranquilas de su quehacer diario. Es por ello por lo que se le debe facilitar comodidad en un ambiente agradable y seguro. Contar con el mobiliario adecuado, sillón o butaca de altura y diseño correcto, facilita la acción de levantarse y sentarse.

La seguridad es otro factor muy importante para preservar la calidad de vida de las personas mayores. Se debe evitar el uso de alfombras, los pisos deberán ser antideslizantes para evitar resbaladas y caídas. Para proporcionar una marcha más segura se pueden instalar pasamanos. Además tenemos que tener en cuenta que la iluminación debe ser la adecuada.

La adecuación del entorno es fundamental para que una persona pueda llevar a cabo sus actividades cotidianas de la manera más autónoma y segura posible garantizando la calidad de vida.

Conclusiones

Conclusiones

Con los resultados obtenidos, se pudo conocer que la mayoría de los gerontes institucionalizados en la sala de geriatría de una comunidad rural presenta un estado funcional de dependencia (87%), Y el que prevalece es el de la dependencia severa.

Cabe destacar que las actividades de la vida diaria que generan mayor dependencia son aquellas que implican los miembros inferiores, como bañarse/ ducharse, deambular, trasladarse y subir escalones. No obstante, en la mayoría de las avd son dependientes parcial o totalmente.

Los resultados del Índice de Barthel no nos aportan información acerca de la naturaleza/déficit del proceso que está causando la discapacidad y como consecuencia la dependencia. Por lo que sería necesario la realización de una evaluación especializada más completa para determinar las causas y proporcionar la intervención necesaria por el profesional adecuado.

En la sala de geriatría hay gerontes internados desde hace más de 5 años, aquellos individuos que llevan más tiempo de permanencia presentan mayor grado de dependencia con respecto a los últimos ingresantes. Si se tiene en cuenta estudios anteriores que coinciden en que la hospitalización conlleva un deterioro importante en la capacidad funcional de los pacientes ancianos, es necesario establecer pautas preventivas de actuación, a fin de mejorar su estado funcional.

Si se relacionan las enfermedades que padecen los gerontes con su estado funcional, observaremos que la enfermedad condiciona, en la mayoría de los casos a su estado funcional. Recordemos que la pérdida de funcionalidad es con frecuencia la única manifestación de diversas enfermedades y es un factor determinante en la calidad de vida.

Conociendo las edades de los gerontes, sus enfermedades y su estado funcional, y teniendo en cuenta las características que definen al paciente geriátrico y los elementos definitorios del anciano frágil, podemos decir que la mayoría de los gerontes institucionalizados en la sala de geriatría de una comunidad rural son ancianos frágiles.

Los ancianos frágiles tienden a perder su autonomía, y la disminución o pérdida de la capacidad para desplazarse y realizar actividades, simples o complejas, como consecuencia del deterioro de las funciones motoras, se llama inmovilidad. Es

importante tener en cuenta que la inmovilidad absoluta o total sitúa al anciano en una situación de dependencia severa, afectando su calidad de vida. Si se toman las medidas oportunas para que la inmovilidad no se desarrolle o al menos se retarde, se habrán conseguido varios objetivos: mejorar el bienestar del mayor, reducir la carga de trabajo para los familiares y o profesionales de la salud, disminuir los costes de servicios necesarios para su recuperación, y en definitiva, mejorar su calidad de vida.

Efectuada la evaluación y conociendo el estado funcional de los gerontes, se pone en evidencia la necesidad de la incorporación del kinesiólogo en el equipo de salud, para intervenir tanto en el ámbito de la prevención de la dependencia como en la rehabilitación de la discapacidad, con el fin de lograr una mejor calidad de vida del anciano.

Anexos

Ficha de recolección de datos:

Nº	Sexo F-M	Edad	Tiempo de permanencia en la sala de geriatría	Enfermedad/ afección presente	Estado Funcional Según Índice de Barthel
1	F	69	2 años	Esquizofrenia – bipolar- demencia	Dependiente severo
2	F	94	6 años	Hemiplejia izq	Dependiente
3	F	68	9 años	HTA – infantilismo	Independiente
4	F	92	7 años	HTA	Dependiente severo
5	M	85	6 años	IRC –HTA-hipertrofia benigna de próstata - obeso	Dependiente
6	M	89	2 años	HTA-hemiplejia izq.- IRC- cáncer próstata- pólipos de vejiga- trastornos de deglución.	Dependiente
7	F	76	1 año	HTA- amaurosis	Dependiente severo
8	M	96	7 años	Ceguera bilateral – HTA	Dependiente leve
9	M	84	2 años	Parkinson – Anemia – hipotensión ortostática	Dependiente
10	M	79	10 años	Diabetes I –neuropatía periférica mmii – HTA – IRC-Hipertrofia benigna de próstata.	Dependiente severo
11	M	80	< de 1 año	Desnutrición – obstrucción intestinal.	Dependiente leve
12	M	64	4 años	Enfermedad coronaria – HTA- dislipidemia	Independiente
13	F	88	< de 1 año	desnutrición	Dependiente severo
14	F	85	< de 1 año	Cifoescoliosis – HTA- artrosis –osteoporosis	Dependiente leve
15	M	72	< de 1 año	Diabetes – neuropatía mmii – HTA-fibrilación auricular crónica- desnutrición.	Dependiente leve

HTA: hipertensión arterial

IRC: Insuficiencia renal crónica

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA – Índice de Barthel

Nº Total de Gerontes 15

Ítem	Actividad básica de la vida diaria	Puntos	Frecuencia
Comer	Totalmente Independiente (puede ser cocinada y servida por otra)	10	8
	Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5	3
	Dependiente	0	4
Bañarse/ ducharse	Independiente. Entra y sale solo del baño.	10	4
	Dependiente	5	11
Vestirse	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse y atarse los zapatos.	10	4
	Necesita ayuda	5	5
	Dependiente	0	6
Asearse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5	4
	Dependiente	0	11
Deposiciones	Continente	10	6
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para suministrarse supositorios o lavativas	5	1
	Incontinente	0	8
Micciones	Continente o es capaz de cuidarse de la sonda	10	5
	Ocasionalmente, máximo un episodio de incontinencia en 24hs, necesita ayuda para cuidar de la sonda	5	
	Incontinente	0	10
Usar el retrete	Independiente para ir al retrete, quitarse y ponerse la ropa	10	5
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5	1
	Dependiente	0	9
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	10	6
	Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5	4
	Dependiente	0	5
Deambular	Independiente, camina solo 50m	15	4
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m	10	6
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5	
	Dependiente	0	5
Escalones	Independiente para subir y bajar escaleras	10	2
	Necesita ayuda física o supervisión	5	3
	Dependiente	0	10
TOTAL			
Grado de dependencia :			

Bibliografía

Libros:

García Sanz, Benjamín (2011), *Gerontología y Geriatria*, Argentina: Medica panamericana.

Hirsch C, Sommers L, Olsen A, Mullen L, Hutner C.(1990) *The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients*. J Am Geriatr Gerontol 1990; 38: 1296-1303.

Labrador Toribio, Cristina (2011), *Gerontología y Geriatria*, Argentina: Medica panamericana.

Millán Calenti, José Carlos y Maseda Rodríguez Ana, (2011) *Gerontología y Geriatria – Argentina*: Medica panamericana.

Ribera Casado, José Manuel (2011), *Gerontología y Geriatria*, Argentina: Medica panamericana.

Rowe, John Wallis – Kahn, Robert Lovis (1998), *Envejecimiento exitoso*, Dell pub.

Artículos:

Cid-Ruzafa Javier y Moreno, Javier Damián, (1997), “*Valoración de la discapacidad física: Índice de Barthel*”, en: Revista Española de Salud Pública, 1997 n°2, Madrid.

Fontana Fortuny C, (2002) “*Concordancia entre índices de dependencia en las actividades de la vida diaria. Experiencia de aplicación en población geriátrica de ámbito rural*”, en: Enfermería clínica, 2002;12

Moreno, Javier Damián y Valderrama-gama Emiliano, (2004), “*Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid*” en: Gaceta Sanitaria, v18 n°4, Barcelona.

Rinessi, Juan F. Gómez (2000), “*Envejecimiento*”, en: Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina N° 100

Rojas Ocaña, Toronjo Gómez, Rodríguez Ponce; J.B. Rodríguez Rodríguez,(2006), “*Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados*” en: Gerokomos, v17 n°1 Madrid.

Internet:

INDEC. Censo Nacional de población, familias y viviendas 1970. Censo 1980-1991. Censo Nacional de población, hogares, familias y viviendas 2001-2010.

<http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/indwm/ww2005/tab3a.htm>

INDEC: Censo 2010

Larrión, J.L *Valoración de la Capacidad funcional del paciente anciano*, en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple7.html>

María Trigás ferrín, *Índice de Barthel o de discapacidad de Maryland- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)* en: www.meiga.info/escalas/indicebarthel.pdf

M.D Mañas, E. Marchán, C .Conde, S. Sanchez, T. Sánchez-Maroto, M.C. Molina, “*Deterioro de la capacidad funcional en pacientes ancianos ingresados en un Servicio de Medicina Interna*” en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992005000300006&script=sci_arttext&lng=pt

OMS, *Aspecto de la Salud Pública en los ancianos y en la población*, en: http://www.polebn.sld.cu/Archivos_index/publicaciones/Beneficios%20de%20la%20evaluaci%F3n%20gerontoger%E1trica.htm

Sanjoaquín Romero, Ana Cristina - Fernández Arín, Elena - Mesa Lampré, Pilar – García Ernesto, *Valoración Geriátrica Integral* en: http://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2004_1.pdf