



REPÚBLICA DE CUBA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CIEGO DE ÁVILA

DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SALUD

MORÓN

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA A CUIDADORAS DE
ADULTOS MAYORES CON RIESGO DE SÍNDROME
DE INMOVILIZACIÓN AGUDA**

AUTOR: Dra. Amarilys de la Caridad Noda Espinosa.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral

Profesor Instructor.

INFORME FINAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÁSTER
EN LONGEVIDAD SATISFACTORIA

MORON, 2010



REPÚBLICA DE CUBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD
MORÓN

INTERVENCIÓN EDUCATIVA A CUIDADORAS DE ADULTOS MAYORES CON RIESGO DE SÍNDROME DE INMOVILIZACIÓN AGUDA

AUTOR: Dra. Amarilys de la Caridad Noda Espinosa. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor.

TUTOR: MSc. Dra. María Dolores Mondejar Barrios. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Máster en Urgencias Médicas Profesor Instructor.

ASESOR: MSc. Leonor González Cabrera. Licenciada en Enfermería Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Instructor.

INFORME FINAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÁSTER EN
LONGEVIDAD SATISFACTORIA

MORON, 2010

DECLARACIÓN JURADA DEL AUTOR.

Por medio de la presente declaro ante el Comité Académico de la Maestría en Longevidad Satisfactoria que el informe final del trabajo de grado ha sido presentado por la autora, no contiene material escrito por otra persona al no ser el referenciado debidamente en el texto; parte de ella o en su totalidad no ha sido aceptada para el otorgamiento de cualquier otro diploma de una institución nacional o extranjera.

Morón, ____ de Diciembre del 2010.

Dra. Amarilys de la Caridad Noda Espinosa
Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Se certifica que el informe final del trabajo de grado titulado: "INTERVENCIÓN EDUCATIVA A CUIDADORAS DE ADULTOS MAYORES CON RIESGO DE SÍNDROME DE INMOVILIZACIÓN AGUDA" del autor Dra. Amarilys de la Caridad Noda Espinosa en opción al título de Máster en Longevidad Satisfactoria sea presentada al acto de defensa.

Para que así conste firma la presente en Morón, el ---de Diciembre del 2010

MSc. Dra. María Dolores Mondejar Barrios.

Especialista de Primer Grado en Medicina Interna.

Máster en Urgencias Médicas .Profesor Instructor.

CERTIFICACION DE DEFENSA

Por medio de la presente se certifica que el informe final del trabajo de grado titulado "INTERVENCIÓN EDUCATIVA A CUIDADORAS DE ADULTOS MAYORES CON RIESGO DE SÍNDROME DE INMOVILIZACIÓN AGUDA", del autor Dra. Amarilys de la Caridad Noda Espinosa en opción al título de Máster en Longevidad Satisfactoria, fue defendida exitosamente con evaluación de _____ puntos, para que así conste, firman la presente en Morón, el _____.

Presidente del tribunal.

Secretario

Miembro.

PENSAMIENTO

"La gloria de los jóvenes es su fortaleza, la hermosura de los ancianos su vejez".

Proverbio de Salomón

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que hicieron posible y contribuyeron a la feliz culminación de esta obra científica y que por evidente razones de espacio no he podido mencionar, llegue mi agradecimiento.

A todos los que apoyaron, llegue el testimonio de mi eterna gratitud.

A todos muchas gracias.

DEDICATORIA

A mis hijos, por ser la razón de mi existencia.

A mi madre por guiarme siempre por los caminos de luz, inteligencia y sabiduría.

A mi esposo Osvaldo, por que sin su ayuda, comprensión y amor hubiese sido imposible lograr mis más grandes empeños.

A los adultos mayores y cuidadoras que fungieron como amigos y colaboradores de este trabajo, los que sin su dualidad de condición no se hubiese cumplido con éxito los propósitos de esta investigación.

RESUMEN

Se realizó un estudio pre- experimental (antes-después) de intervención educativa con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos de las cuidadoras de adultos mayores con riesgo de Síndrome de inmovilización aguda en el Hogar del Adulto Mayor del municipio Morón, en el período comprendido de octubre del año 2009 a abril del 2010. El universo de la investigación estuvo constituido por 29 cuidadoras de la institución, a las que se les aplicó una encuesta antes y después de la intervención educativa. Se obtuvo que antes de la intervención educativa el 72.41% no conocían factores de riesgo, el 68.96% no identificaron signos y síntomas, el 75.86% no conocieron método para identificar el Síndrome de inmovilización aguda y el 65.51% no reconocieron medidas de prevención ubicándolos en el nivel bajo de conocimientos. Después de la intervención educativa el 86.20 % reconocieron los factores de riesgos, el 86.20% identificaron los signos y síntomas, el 93.10% conocieron el método para identificarlo y el 93.10% reconocieron las medidas de prevención. En la evaluación general el 86.20% adquirieron conocimientos en el nivel alto y el 10.34% en el nivel medio.

PALABRAS CLAVE: Intervención educativa, Cuidadoras, Adultos mayores, Riesgo.

ÍNDICE

	Páginas
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	9
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	10
DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	44
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	54
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso que se inicia con el nacimiento y es de naturaleza multifactorial. Existe pérdida de vitalidad, lo que implica un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante cualquier agresión, y conduce, en último término, a la muerte (Hruza, 1972). La vitalidad, según ello, se definiría como la capacidad que tiene el organismo para realizar sus distintas funciones biológicas (Beier, 1973). A medida que el hombre envejece, va perdiendo vitalidad a través de un deterioro progresivo de casi todas sus funciones fisiológicas, y esto ocurre incluso en ausencia de enfermedad. (1)

El hombre a diferencia del resto de las especies biológicas, está consciente del desgaste progresivo que sufre el organismo, así como también su final, la muerte. El aspecto positivo de la senilidad es precisamente el de contribuir a una preparación psicológica progresiva para la aceptación de la muerte. El envejecimiento, es el conjunto de cambios morfológicos, fisiológicos y psicológicos que se producen con el paso del tiempo en los seres vivos. (2)

La visión sobre la salud en el envejecimiento sigue considerándose el problema fundamental. Se diseñan estrategias de salud pública que consideren los efectos de la gestación, la infancia, la adolescencia y la vida adulta en la vejez, teniendo en cuenta el número de Adultos Mayores que habitan en el planeta.

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto de este siglo. Las tendencias de este incremento tienen diversas manifestaciones, que plantean nuevas necesidades como son: el aumento de los índices por enfermedades crónicas degenerativas y de incapacidades; el acelerado incremento de personas de 85 y más años de edad y el predominio de mujeres en edades avanzadas. Mas allá de ser un fenómeno demográfico, las personas son las que envejecen y las sociedades las que deben buscar formas adecuadas para responder a las nuevas demandas. (3-4)

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aún a pesar

de la declinante tasa de crecimiento de la población en casi todos los países, la población mundial está envejeciendo y es mayormente urbana. En 1899 en Cuba habitaban sólo 72 000 personas mayores de 60 años (1 por cada 22 personas de la totalidad de la población). En 1953, 400,000 (1 por cada 15) y actualmente esa cifra se ha incrementado hasta 1,46 millones (1 por cada 8). Este incremento ascendente y continuo de la proporción de adultos mayores es producto de la modificación de patrones reproductivos, mejoría en los índices de expectativa de vida, migraciones y descenso de la mortalidad, esto se conoce como transición demográfica. Se inicia con elevados niveles de fecundidad y mortalidad y finaliza con niveles similares pero reducidos de estas variables, luego de pasar por etapas intermedias de descenso, primero de la mortalidad y después de la fecundidad. (5-6-7-8)

Las proyecciones para los decenios venideros indican un elevadísimo incremento de la población mayor de 65 años en todo el mundo, que si bien en los países desarrollados ha ido realizándose progresivamente con el notable aceleramiento actual, en los países subdesarrollados constituirá una auténtica "explosión" por la rapidez de instauración. España será probablemente en el año 2050 el país más envejecido de Europa. La adaptación a esta nueva realidad está desencadenando estrategias políticas, sociales, y por supuesto también sanitarias, para hacer frente a esta realidad. Cuba es ya un ejemplo de país en desarrollo con un envejecimiento importante de su población. El 14.5% de los cubanos tiene 60 años o más, cifra que aumentará, según estimaciones, a casi un 25 % en el 2025, con una expectativa de vida al nacer actual de 76.2. (9)

La sociedad moderna no puede ni debe prescindir del porcentaje de la población adulta mayor con que cuenta, debe aprovechar al máximo sus potenciales, contribuir a que los mismos tengan una vida con calidad para su última etapa. Los Adultos Mayores son parte integrante e indivisible de la

sociedad moderna. Las personas de edad deben desarrollar su vida activamente recibiendo y aportando de y a la sociedad, de manera que contribuyan al desarrollo armónico de la misma. En cambio, uno de los grandes problemas médicos en las instituciones son las enfermedades

invalidantes las cuales están dadas por diversos factores (caídas, fracturas, sedentarismo, problemas visuales, auditivos, entre otros). (10)

El problema ya no es solo lograr que las personas vivan mas años, sino darles la mejor “calidad de vida” a esos años. En esa etapa de la vida, las enfermedades que afectan la movilidad pueden ser más frecuentes, imponen más limitaciones y requieren mas cuidados. También las personas se enfrentan a acontecimientos de mucha importancia, como la institucionalización, el desmembramiento de la familia que crearon (por salida de los hijos adultos del hogar o la muerte del cónyuge), e incluso, a la progresiva disminución de sus fuentes de apoyo social. (Por la muerte o invalidez de los amigos y contemporáneos). (11, 12,13)

El progresivo crecimiento del número de ancianos en las instituciones, origina necesidades económicas, sociales y culturales, con modalidades integrales en el abordaje de este problema, con énfasis en los socios sanitarias, para la promoción y mantenimiento del bienestar de las personas mayores. (14)

Todas estas premisas justifican la necesidad del estudio profundo de los factores relacionados con la atención integral al adulto mayor, sobre los cuales recae la atención médico y socio cultural, lo cual es de gran importancia para la promoción de salud y la prevención, curación o rehabilitación al anciano.(15)

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.

En Chile cerca de un 7% de los ancianos se encuentran postrados. (16)

Del total de la población 13,1% tiene 60 años o más. El crecimiento de la población mayor duplica al de la población general, para el año 2025 aproximadamente 1 de cada 4 cubanos tendrá más de 60 años, en el año 2015 Cuba tendrá más población mayor de 60 años que población menor de 15 años, la expectativa de vida de un cubano que cumple 60 años es de más de 20 años y la del que cumple 80, es más de 7, Cuba es uno de los 4

países más envejecidos de América Latina y el Caribe, pero es donde el proceso se produce con mayor rapidez, por lo que será el más envejecido de la región para los primeros años del próximo siglo, este proceso es irreversible, las personas que representan estas cifras están nacidas y transitan por diferentes etapas de su envejecimiento. No cabe duda que este proceso ha de verse como uno de los resultados más importantes y positivos del proyecto social cubano, pero la rapidez extraordinaria con que avanza en Cuba, hace necesario el esfuerzo de todos para mantener y mejorar la calidad de vida de este creciente grupo etéreo.(17)

Al pasar los años, el organismo se deteriora progresivamente y de forma irreversible. El deterioro de la movilidad es el problema más frecuente experimentado por los adultos mayores ingresados en instituciones. Los efectos del deterioro prolongado de la movilidad en los adultos mayores pueden ser irreversibles, provocando una pérdida permanente de la función.

El adulto mayor inmovilizado es en cambio un paciente de alto riesgo para la aparición de complicaciones médicas, dependiente de las actividades básicas de la vida diaria y candidato a la institucionalización. Existe un incremento de la morbimortalidad proporcional al deterioro de la capacidad de movilización. En residencias asistidas la mortalidad de los pacientes que presentan deterioro funcional alcanza hasta el 50% en el plazo de seis meses a un año. Existe una inmovilidad relativa, en la que el anciano lleva una vida sedentaria pero es

capaz de moverse, y una inmovilidad absoluta que implica el encamamiento, siendo muy limitada la variabilidad postural. La frecuencia de este síndrome, aumenta con la edad, es mayor en mujeres y en adultos mayores institucionalizados se señalan cifras entre el 15 y el 18%.(18, 19,20)

De 7 a 22% de los pacientes geriátricos institucionalizados sufren restricciones físicas, ya sea por alteraciones del estado mental, caídas,

fracturas, problemas de visión, entre otros. En 80% de los casos, los factores que llevan a la inmovilidad son múltiples, encontrándose en sólo 20% de los casos una sola causa de inmovilidad. Se estima que el 95% de los Síndromes de inmovilización aguda pueden ser prevenidos. Por tal motivo la capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud del anciano y de su calidad de vida, ya que determina su grado de independencia. (21)

Es por ello que se considera que el Síndrome de inmovilización aguda constituye un problema de salud a escala mundial y es hora de aunar esfuerzos para lograr su control mediante las medidas de prevención. (21)

Cuba, tiene en cuenta las transformaciones en el comportamiento epidemiológico y enfrenta a esta enfermedad dentro de los síndromes geriátricos donde se debe focalizar la atención. (22)

Múltiples pueden ser las medidas encaminadas a la prevención, así como la aptitud permanente de enfrentamiento a la prevención tanto de la tendencia a la postración o a las complicaciones de la postración. Las cuidadoras y el resto del equipo multidisciplinario deben ser celosos en el examen detallado de las

condiciones físicas del anciano y de la rápida consulta al especialista médico cuando aparece una de las posibles alteraciones causales o complicaciones. (23,24)

El descubrimiento temprano de los factores de riesgo permite identificar a la persona expuesta a presentar la inmovilidad y, además, llevar a cabo acciones

para el manejo preventivo adecuado, mejorar la salud de los ancianos mayores, así disminuir la incidencia del inmovilismo, este es el método más eficaz, minimizando en lo posible los factores de riesgo, para prolongar la vida no sólo en el sentido físico, si no conseguir que los años adicionales merezcan ser vividos con minusvalías cada vez menores, y con un mayor grado de protección de la salud. (25)

Es fundamental, por tanto, trabajar con el personal que trabaja en un asilo y hacerlo desde el punto de vista humanístico con el objetivo de sembrar en

ellos la suficiente empatía con los ancianos, tratando de lograr que les den un trato digno y fuera de marginaciones por el hecho de ser viejos y estar cercanos a la muerte, no olvidar que todos estamos en el camino que nos hará llegar a esa etapa de la vida y qué mejor que llegar a ella con gracia, dignidad, optimismo y salud. (26)

Aunque resulta difícil lograr el complemento, la meta final es que los cuidadores de adultos mayores fuera o dentro de los asilos, tengan las suficientes herramientas físicas y emocionales para que se conjugue la salud integral de ellos con la prevención y tratamiento de la salud de los viejos en un marco de armonía y seguridad para ambos. (27)

Cuidar al anciano mayor al final de la vida puede causar estrés, el cuidador es el personaje más importante en las tareas de atención al anciano. Ya se ha descrito el síndrome del cuidador por las cargas que se generan, con síntomas físicos, psíquicos y sociales, y el médico debe estar alerta a fin de propiciar una correcta prevención del síndrome; la claudicación del cuidador puede tener consecuencias nefastas para el paciente, y se hace cada vez más necesario cubrir el descanso del cuidador (28,29)

El país, aunque no manifiesta entre sus principales causas de muerte esta entidad nosológica, si es un problema que afecta a un número significativo de ancianos y en aras de mejorar el estado de salud de los mismos, tiene en cuenta las transformaciones en el comportamiento epidemiológico y enfrenta a este problema dentro de un Programa Nacional que abarca la salud geriátrica. (30)

Los adultos mayores en Cuba sigue constituyendo un objetivo priorizado dentro de la política de Salud Pública; por lo que existen lineamientos que pautan el manejo a este tipo de paciente, pero a pesar de ello aún persisten lagunas en el tratamiento óptimo a este grupo de edad, que están en gran medida asociados a las brechas existentes en el adecuado manejo del

Síndrome de inmovilización aguda. Dentro de las principales causas asociadas a la problemática se describen las siguientes:

- Insuficiente conocimiento acerca del Síndrome de inmovilización aguda.
- Deficientes habilidades para operar con la teoría acerca del manejo del Síndrome de inmovilización aguda.
- Bajo nivel cultural de las cuidadoras para darle asistencia de manera general a estos pacientes.
- Demuestran incompetencias en su desempeño profesional para manejar el Síndrome de inmovilización aguda.

Es por ello que se considera que el Síndrome de inmovilización aguda constituye un problema de salud a escala mundial, Cuba no queda exenta de esta situación y específicamente el Hogar del Adulto Mayor del municipio Morón, pues se realizó una revisión documental y se observó que en el último quinquenio 45 ancianos padecieron Síndrome de inmovilización aguda.

Para darle salida a la problemática anteriormente enunciada se propone solucionar la siguiente pregunta científica: ¿Cómo contribuir a elevar el nivel de

conocimientos de cuidadoras de adultos mayores con riesgo de Síndrome de inmovilización aguda en el Hogar del Adulto Mayor del municipio Morón?

Hipótesis de la investigación:

Si se aplica una intervención educativa sobre el Síndrome de inmovilización aguda entonces se elevará el nivel de conocimientos en cuidadoras de adultos mayores del Hogar de Adulto Mayor del municipio de Morón.

La novedad científica de la investigación:

Está dada por la elaboración de un programa educativo de carácter sistémico, secuencial, jerarquizado, dinámico y modificable con el propósito

de capacitar a las cuidadoras de los adultos mayores con riesgo de Síndrome de inmovilización aguda para elevar el nivel de conocimientos para la prevención de este síndrome y sus posibles complicaciones, el cual será impartido a partir de un enfoque multidisciplinario, por personal médico y de enfermería.

OBJETIVOS.

1.- OBJETIVO GENERAL:

Elevar el nivel de conocimientos de cuidadoras de adultos mayores con riesgo de Síndrome de inmovilización aguda en el Hogar del Adulto Mayor del municipio Morón, durante el período comprendido entre octubre del 2009 hasta abril del 2010.

2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

2.1-Distribuir el universo objeto de estudio en cuanto a:

- Grupos de edad y sexo.
- Escolaridad.

2.2- Determinar el nivel de conocimientos de las cuidadoras de los adultos mayores con riesgo de Síndrome de inmovilización aguda, en cuanto a:

- Factores de riesgos.

- Signos y Síntomas.
- Métodos para identificarlo.
- Medidas de prevención.

2.3-. Aplicar un programa educativo para capacitar a las cuidadoras.

2.4- Evaluar el nivel de conocimientos alcanzado por las cuidadoras de adultos mayores con riesgo de Síndrome de inmovilización aguda después de la intervención educativa.

2.5 – Diseñar un folleto educativo sobre la prevención del Síndrome de inmovilización aguda.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

El conocimiento y la pretensión por entender el envejecimiento humano como un fenómeno sociológico, se remonta a las épocas más antiguas, así, desde la comunidad primitiva comienza a preocupar al hombre el misterio de la vida y la muerte, de la juventud y la vejez; las civilizaciones, los sabios chinos, el rey Salomón (970-931 a.C); el historiador griego Heródoto (484-420 ac), los hindúes antiguos y la Biblia, planteaban que la duración natural de la vida era de 70 a 80 años.

El filósofo Platón (428-347 a.C.) y Cicerón (106-43 a C), estuvieron inmersos en estas investigaciones y esbozaron en sus obras pensamientos relacionados con el declinar del hombre.

Aristóteles (384 – 322 a.n.e), trató de encontrar una correlación entre el período de crecimiento y la duración de la vida; de esta forma desarrolló una hipótesis que basada en estudios con animales trata de explicar el proceso de envejecimiento y sus consecuencias en los seres vivos.

Por otra parte Solón (638-559 a.C.), consideró que 80 años es el momento natural de la muerte, por razones de desgastes físicos que se observan en esta edad.

El Papa Inocencio III (1161 – 1216), en su libro “Sobre el desperdiciable mundo y la miseria humana” escribió, que son pocos quienes alcanzan los 40 años y los sexagenarios representan excepciones.

El renombrado poeta francés del siglo XIV , Eustache Deschamps (1330 – 1414) , en su libro “El espejo del matrimonio” expresaba, las mujeres alcanzan la vejez a los 30 años y los hombres a los 50, según él , 60 años era el límite de la vida humana , lo que no le impidió vivir hasta los 85 años.

Una de las primeras publicaciones que se conocen sobre la materia “La cura de la vejez y la preservación de la juventud”, fue editada en 1236 por Roger Bacon

(1214-1294), el cual hace alusión al problema del envejecimiento visto desde el punto de vista de cómo lograr alargar la vida, mediante la preservación de la juventud.

Otros como Zerbi (1468), Cornaro (1467), Ficher (1685) se encargaron de hacer algunas reflexiones sobre el envejecimiento y sus causas en el organismo humano, así como las formas de mejorar algunas dolencias que padecen los ancianos en su generalidad.

El estudio académico de las personas ancianas y del envejecimiento humano comienza con los trabajos biomédicos de Adolophe Quetelet (1796 – 1874), el cual a partir de investigaciones anatómicas se encarga de brindar elementos esenciales que sirvieron de base a la medicina moderna para los estudios posteriores relacionados con el tema; por tal aporte este importante científico es considerado el primer gerontólogo de la historia.

Por su parte, Charcot (1825-1893) en 1881 definió la importancia del estudio de la vejez y las enfermedades que más afectan, según la etapa que le correspondió vivir, aportó elementos fundamentales que desde el punto de vista clínico eran las principales causas de muerte en los abuelos,

algunas de las cuales se observan en la actualidad en varios países del tercer mundo.

A partir de la década de los años treinta y cuarenta del pasado siglo, se desarrollan estudios más sistemáticos que se continúan en la actualidad como son los casos de Moris, 1942, D. Dure en 1989, considerados los más representativos.

Foster W; Fujita , Fbourliere F 1992, y otros estudiaron el problema de la involución por la edad, observando los cambios relacionados con el envejecimiento que se produce en los órganos y tejidos más disímiles del organismo humano.

Fbourliere en 1995 plantea que con la edad hay una disminución progresiva y regular, "del margen de seguridad " de nuestras funciones, que parecen tener un ritmo de crecimiento y decrecimiento propio de la especie, por tanto, genéticamente programado, pero, no obstante, ampliamente afectado por las condiciones de vida.

Envejecer es una propiedad inherente a todo lo que existe y lleva implícito un cambio cualitativo y cuantitativo que ocurre por el efecto del paso del tiempo en un objeto o cosa, ya sea materia animada o inanimada. Estimaciones realizadas por la ONU, plantean que hasta agosto del año 2008 habitaban el planeta un total de 600 millones de ancianos, cifra que aumentará hasta el 2025 en 2000 millones.

Diferentes investigadores coinciden en que el hombre comienza a declinar entre los 35 y 40 años de edad, el cual se agudiza al entrar en los 60 o 65 años, esa etapa es considerada como la más larga de la vida del ser humano.

Envejecer es de naturaleza individual, pero además es un fenómeno poblacional, al cual los sociólogos lo definen como el aumento de la proporción de personas mayores de 60 años en relación con el resto de la población de una región determinada. (31)

Los cambios normales a causa del envejecimiento y de los problemas de salud, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional de las personas adultas.

Independientemente de las amplias diferencias entre las personas, todos los individuos muestran cambios relacionados con la edad. Al mismo tiempo existe una gran variación dentro de la población anciana en lo que se refiere a correspondencia entre edad cronológica y fisiológica. (32)

Se plantea que cuando un país tiene menos de un 5 % de personas mayores de 65 años se considera joven, si esta es de 5 a 10 % se considera mediana, pero si supera el 10 % es envejecida. (33).

Es interesante referirse al término “postración” y sus derivados, tan habitualmente usados a todo nivel. Los pacientes llamados “postrados” deben ese apelativo a la

posición viciosa de coxa y genuflexión secundaria a retracción y espasticidad del Miembro Inferior acompañada de ante flexión progresiva del tronco.

Al no existir una terminología técnica, se adoptó la descripción en términos académicos. “Postrarse” es sinónimo de “Hincarse, arrodillarse”, y los pacientes

crónicamente encamados producto de estas enfermedades terminaban adoptando una posición similar estar hincado. Sobra señalar que no es una similitud feliz. La importancia del grado de movilidad en el anciano, ya se destacó en los comienzos de la Geriatria cuando a finales de los años 30, Marjorie Warren aplicó con éxito criterios geriátricos y rehabilitadores en pacientes incapacitados. (34)

El Síndrome de inmovilidad es un problema geriátrico caracterizado por una reducción marcada de la tolerancia al ejercicio (respuesta taquicardizante, hipertensión arterial, disnea...), progresiva debilidad muscular y, en casos extremos, pérdida de los automatismos y reflejos posturales que imposibilitan la deambulacion. El inmovilismo se puede definir como la disminucion de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. (35)

La inmovilización prolongada permanente o temporaria es más común en personas ancianas cuando se encuentran confinados a la cama en el hogar.

La capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud del anciano y de su calidad de vida, ya que determina el grado de independencia. La mayoría de los ancianos mantienen una vida activa normal hasta los 75 años: hasta entonces sólo un 3% ingresa en una residencia asistida y un 10% precisa ayuda domiciliaria. (35)

Se estima que el 95% de los síndromes inmovilización aguda pueden ser prevenidos. Por tal motivo su incidencia es utilizada como un indicador de calidad

del cuidado que recibe el paciente. Este es un problema que puede producirse secundariamente a muchas enfermedades frecuentes en este grupo poblacional, es multifactorial y son entidades que afectan a un gran número de ancianos encamados que pueden conducirlo a la muerte. (36)

Los adultos mayores con riesgo de Síndrome de inmovilidad son aquellos con patologías donde están implicados los sistemas musculoesqueléticos, cardiovasculares, sistema nervioso, respiratorio, genito-urinario, digestivo, urinario, motoras, iatrogénicas, psicológicas, piel estando expuestos a la aparición de trastornos. (36)

En el grado de inmovilidad influyen muchos otros factores, el sobrepeso, la falta de motivación ó estados depresivos, un apoyo social insuficiente y una adecuada información sobre cómo debe reiniciarse la movilización y qué ayudas técnicas son necesarias. (36)

Alrededor de los 80 años se ven cambios que afectan la funcionalidad, en esta edad se separa el anciano joven del anciano-anciano, habiendo mayor cantidad de individuos frágiles que vigorosos, y los individuos notan que ya no son los mismos. Existen cambios propios del envejecimiento y cambios inducidos por el ambiente. Los cambios propios del envejecimiento son deletéreos, se traducen en un declinar, lo cual se manifiesta como una disminución del funcionamiento. Estos cambios son progresivos, se hacen más importantes con la edad. (37,38)

Envejecimiento: Es un proceso continuo, heterogéneo, universal, e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a stress se revela la pérdida de reserva funcional. Proceso dinámico que se inicia con el nacimiento y es de naturaleza multifactorial. Para HRUZA, 1972, es una pérdida de vitalidad, lo que

implica un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante cualquier agresión externa o situación de estrés, y conduce, en último término, a la muerte. La vitalidad, según ello, sería la capacidad que tiene el organismo para realizar sus distintas funciones biológicas. (39)

Tipos de envejecimiento: Fisiológico: En función del paso del tiempo provocará cambios morfológicos y estructurales en todos los órganos y sistemas del organismo con una cadencia variable en el tiempo según los individuos. Patogénico: Envejecimiento muy condicionado por alteraciones patológicas.

ENVEJECIMIENTO “Es un proceso universal (afecta a todo el mundo) e irreversible (por esto es diferente, viejo = enfermedad, y que a veces se producen en determinadas patologías crónicas que las sufren los mayores, de ahí ese proceso de irreversibilidad)”. Es un proceso que se da mucho antes de que nosotros seamos conscientes de ello”. “Es también lo contrario de INFANCIA”

La diferencia entre un anciano y un niño, es que el anciano está en fase de catabolismo o destrucción y el niño en fase de anabolismo o construcción.

Ejemplo: adulto mayor incontinente (es maduro, por destrucción, por demencia senil). Repiten las cosas (falla parte de la información, necesita reiterar para demostrar que aun está).

NIÑO incontinente (no controla, no es maduro a nivel neurológico).

Repiten las cosas, (porque aprende por ello necesita preguntar). (40)

Características del envejecimiento

Universal. Propio de todos los seres vivos.

Irreversible. A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.

Heterogéneo e individual. Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento pero, la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.

Deletéreo. Lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.

Intrínseco. No debido a factores ambientales modificables. En los últimos 2000 años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, se mantiene fijo alrededor de los 118 años. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades, y se han mejorado los factores

ambientales, la curva de supervivencia se ha hecho más rectangular. Se observa una mayoría de la población que logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud, y muere masivamente alrededor de los 80 años. (41)

Duración máxima de la vida

Aumento progresivo de la esperanza de vida, pero el máximo son 118 años.

Esperanza de vida: mujeres 81. 9 años, varones 74. 7 años.

No existe una teoría sobre envejecimiento que pueda explicarlo todo.

Probablemente envejecer sea la consecuencia de una serie de factores, intrínsecos y extrínsecos, que interactúan sobre el organismo a lo largo del tiempo, y determinan finalmente un debilitamiento de la homeostasis que culmina con la muerte. (42)

Ocurren cambios fisiológicos en órganos y sistemas durante el envejecimiento, y están referidos a:

- Pérdida total de determinadas funciones. (P.ej. capacidad reproductora en la mujer tras la menopausia).

- Cambios funcionales secundarios a otros estructurales: Las más frecuentes, normalmente habrá primero una alteración anatómica y/o histológica y luego una alteración funcional. (P. Ej. Alteración del funcionalismo renal secundario

a la disminución del nº de nefronas, disminución de la fuerza por la pérdida de la masa muscular, etc.).

- Pérdidas o limitaciones funcionales sin alteraciones estructurales demostrables. Menos frecuentes, por ejemplo disminución de la velocidad de conducción del nervio periférico sin cambios morfológicos en él.
- Cambios secundarios a fallos o interrupción de los mecanismos de control, por ejemplo el aumento de las gonadotropinas en la mujer menopáusica al caer la producción de hormonas sexuales.
- Respuestas con aumento de función. Muy raras, por ejemplo el aumento de la secreción de hormona antidiurética.
- Cambios sólo objetivables en situaciones no basales. Por ejemplo la presbicia, presbiacusia, que sólo se objetivan en la lectura cercana y cuando la intensidad del sonido baja.
- Sistema músculo-esquelético. Disminución de masa y fuerza muscular, disminución de la velocidad de contracción muscular, marcha senil.
- Sistema nervioso. Disminución de la sensibilidad propioceptiva y vibratoria, enlentecimiento de los reflejos posturales.
- Sistema cardiovascular. Disminución de la reserva para el ejercicio por disminución del gasto cardíaco y de la fracción de eyección, disminución de la frecuencia cardíaca máxima, disminución de la capacidad aeróbica o disminución de la distensibilidad del ventrículo izquierdo.
- Sistema respiratorio. Disminución de la elasticidad de la pared torácica y pulmonar con disminución del CRF y del VR, disminución de la CV, CVF y del VEMS y disminución de la PO₂. Alteración del reflejo tusígeno y de la función ciliar.

Hay otros cambios que ocurren fuera del aparato locomotor que también van a influir en la movilidad. La disfunción vestibular es frecuente en el anciano. La sensibilidad propioceptiva y vibratoria también está disminuidas, así como la conducción nerviosa y ciertas respuestas posturales reflejas. Finalmente

aunque la capacidad cardiopulmonar no varía en situación basal, está disminuida la reserva para una actividad física máxima. (43)

El adulto mayor sano refiere con frecuencia dificultad para la deambulación. Hasta la séptima década se observa el mismo patrón que el adulto joven. A edades más avanzadas se observan ligeros cambios, se enlentece la marcha con pasos cortos, ampliándose en las mujeres la base de sustentación. La velocidad máxima se alcanza aumentando el número de pasos en vez de la amplitud de estos. El centro de gravedad se desplaza arriba y adelante, siendo más difícil mantener el equilibrio. La cabeza se balancea en sentido lateral y se reduce la amplitud de los movimientos articulares (balanceo de los brazos, flexión y extensión de la cadera, rotación de la pelvis, elevación del pie) Estas alteraciones conllevan que la marcha del anciano tenga un mayor consumo energético. (44)

El adulto mayor necesita afecto y sentimientos de pertenecer a la familia. La fatiga que supone su cuidado y vigilancia puede agotar los recursos físicos y emocionales de los cuidadores o familiares y es posible que el anciano muestre pruebas de la tensión latente a través de quejas múltiples, angustias, fatiga, etc. (45)

El Síndrome de inmovilización aguda es un problema frustrante en los adultos mayores institucionalizados; estos incrementan la demanda de atención en salud. La prevención y las medidas correctas en el manejo de los ancianos pueden ayudar a la no aparición o una correcta incorporación a la vida diaria en caso de aparecer este síndrome.

Nos encontramos, entonces, frente a una entidad nosológica que debe redefinirse, especialmente en lo que se refiere a sus etapas iniciales y finales,

es decir, a su progresión e historia natural. Sus causas más frecuentes y evidentes corresponden a la esfera biológica, y corresponden a alteraciones del aparato locomotor, aunque es posible establecer que en un gran número

de casos, ya existía un nivel de dismovilidad previo a la aparición de estas causas; y a que, por regla general, una vez que es posible determinar las enfermedades que afectan el área motora, el daño que ya se encuentra establecido. Creo que resulta de fundamental utilidad, entonces, un abordaje que permita determinar la etapa en que se encuentra la enfermedad, lo que a su vez permite asumir una actitud mucho más activa, tanto del punto de vista curativo, preventivo y de rehabilitación.

Cabe aquí señalar que la definición de *dismovilidad* propuesta tiene como principal objetivo ser lo más funcional y abierta posible para lograr la *pesquisa precoz de las etapas iniciales del proceso dismovilizante*, y no el diagnóstico clínico de las mismas.

El Síndrome de inmovilización aguda es la consecuencia de Episodio de declinación rápida de la independencia en la movilidad hacia una situación de encamamiento o de "vida cama-sillón" durante tres días como mínimo y consiste en *"el descenso de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. Se caracteriza por reducción de la tolerancia a la capacidad física, debilidad muscular progresiva y en casos graves, pérdida de los automatismos y reflejos posturales necesarios para la deambulaci3n."* Es una verdadera emergencia médica y requiere atención inmediata. Se presenta en pacientes ancianos mayores de 65 y 70 años fundamentalmente que tiene dificultad para moverse por cualquier causa. Su presencia se asocia con un 33 % de mortalidad a los tres meses y 58 % al año, la probabilidad de morir dentro de los siguientes 6 meses es cercana al 50% cuando se inmovilizan de forma aguda.

Es conocido que en esta enfermedad existe un deterioro de la capacidad de desempeñar las actividades de la vida diaria (AVD). No obstante, se ha comprobado que el deterioro de éstas progresa no sólo a partir de deterioro de las funciones motoras, sino desde el deterioro progresivo de cualquiera de las esferas: biológica, psíquica, social, espiritual o funcional, lo que, eso sí, termina

por afectar de alguna manera la capacidad de moverse del paciente. En la vida no existe inmovilidad. Aún con un paciente encamado en las últimas etapas existe latente la capacidad de ser trasladado, además de la movilidad autónoma, pasiva o vegetativa. Ejemplos de ella son la movilidad cardiovascular, ocular, respiratoria y digestiva. Así visto, un paciente inmovilizado en la práctica no existe: Los seres humanos dejan de moverse sólo cuando mueren.

El Síndrome de inmovilización aguda se clasifica en dos tipos.

Dismovilidad aguda: existe un lapso corto entre la ocurrencia del evento desencadenante y el diagnóstico, que puede incluso ser inmediato. Esto permite sindicar claramente una enfermedad causal. Además, el nivel de funcionalidad previo del paciente es normal, lo que es muy frecuente de observar. En general la Dismovilidad aguda, además, se salta varias etapas de una sola vez. Puede progresar rápidamente hacia etapas más profundas si no se establece un manejo inmediato, y a veces puede observarse un efecto de “rebote” de la curva en alguna etapa, tendiendo inicialmente a la regresión, para luego continuar progresando con una curva menos pronunciada. La instalación aguda de Dismovilidad, definida como pérdida de movilidad hacia la vida encamada o de “cama-silla” en 72 horas o menos, independientemente de su etiología, debe ser considerada una **URGENCIA GERIÁTRICA**, por su gran morbimortalidad, y pérdida de funcionalidad y calidad de vida.

Dismovilidad larvada: en general va progresando lentamente, los períodos de paso entre una etapa y otra se hacen laxos y las etapas sufren períodos de traslape, lo que dificulta determinar la etapa precisa en que se encuentra. El tiempo que se tarda en hacer el diagnóstico es mayor, y las enfermedades causales, generalmente varias, suelen perderse en el tiempo, al igual que el momento en el que se comenzó a establecer la Dismovilidad. A veces el diagnóstico se establece debido a la ocurrencia de un evento agudo, lo que

pone al clínico frente a un paciente previamente deteriorado con una Dismovilidad de larga data que se ha complicado.

Las principales diferencias clínicas existentes entre los pacientes que presentan en forma súbita o larvada la Dismovilidad, se refieren a las enfermedades causales y a la respuesta que presentan a la rehabilitación.

El límite entre reciente o antigua, es 1 año, transcurrido este tiempo, la rehabilitación comienza a entorpecerse por las secuelas, trabajándose más en la optimización funcional que en la regresión, aunque nunca debe renunciarse a ella.

Es importante definir al momento del diagnóstico frente a qué dismovilidad nos encontramos, pues ello permitirá:

- a. Establecer un pronóstico mucho más acertado.
- b. Encauzar adecuadamente las intervenciones, para lograr no sólo un efecto sino, lograr que ésta mejore en forma sostenida en el tiempo.
- c. Facilitar el seguimiento de la curva evolutiva. Las formas de presentación de este síndrome son variadas según la causa subyacente. Existen pacientes que estando en condiciones de movilidad total caen abruptamente en inmovilidad, como es el caso de aquellos que sufren accidentes vasculares encefálicos o traumatismos incapacitantes. Otros muestran un deterioro progresivo, ya sea

desde una situación de movilidad total o parcial por alguna enfermedad crónica, como es el caso de la osteoartrosis, las enfermedades neoplásicas, la insuficiencia cardíaca y respiratoria o la enfermedad de Parkinson. Algunos cursan con fenómenos episódicos que ceden totalmente, 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.

Aguda

Accidente Vascular Encefálico

Hospitalización por Infección

Fracturas y Traumatismos

Infarto Agudo al Miocardio

Síndrome del Cuidador

Amputación Zaria a Diabetes

Trastorno del ánimo

Crisis de fe

Larvada

Osteoartritis Degenerativas

Obesidad

Demencias

Sedentarismo

Enfermedad de Parkinson

Trastornos visuales

Hidrocefalia Normotensiva EPOC

Cáncer

Trastorno del ánimo. (46)

En general, la Dismovilidad progresa en forma lineal tras su instalación y en la mayoría de los casos, la evolución está ligada, en cuanto a rapidez, a la forma de instalación. Una vez instalada, la Dismovilidad de instalación aguda progresa en forma más rápida que la Dismovilidad larvada. Puede decirse también que es la Dismovilidad aguda la que se diagnostica con mayor acuciosidad y rapidez, puesto que las entidades nosológicas causales tienen una gran dosis de espectacularidad, y la pérdida de funcionalidad es abrupta y evidente en relación al nivel de actividad previo del paciente. No obstante, en términos de similitud, existe un común denominador para la Dismovilidad aguda y larvada: Ambas se diagnostican cuando existe un deterioro importante, que en general coincide con una etapa avanzada. Sólo que en la Dismovilidad de instalación aguda el diagnóstico es precoz, y en la forma de instalación larvada, el diagnóstico generalmente es bastante tardío.

La capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud del anciano y de su calidad de vida, ya que determina el grado de independencia. La escala de movilización se utiliza para medir el riesgo que puede tener un paciente a desarrollar un Síndrome de inmovilización aguda, lo cual la convierte en una herramienta guía para decidir las intervenciones a tomar, además también cumple con fines evaluativos.

Los cambios de situación para riesgo de Síndrome de inmovilización aguda, son los siguientes:

- Evaluar la presencia de patología crónica.
 - Estado mental, visión y audición.
 - Estado nutricional.
 - Historia previa de caídas, antecedentes de fracturas.
 - Enfermedad aguda reciente.
-
- Analizar los factores psicosociales (edad, estado civil, nivel educativo, nivel socioeconómico, entorno social y familiar)

Además se encuentran otros riesgos como son la presencia de barreras arquitectónicas en el acceso del dormitorio, iluminación, características del suelo, obstáculos en los lugares de paso y situación del baño y el comedor como lugares más problemáticos. (47)

Además de los riesgos abordados, existen otros aspectos para contribuir a elevar el riesgo de inmovilización y está dado por:

Nivel de actividad física.

Encamado: Paciente constantemente encamado/a.

En silla: Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a su silla de ruedas.

Deambula ocasionalmente: Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o silla de ruedas.

Deambula frecuentemente: Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.

Movilidad.

La movilidad es otro aspecto a tener en cuenta y es la capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo, y se caracteriza por ser:

Completamente inmóvil: Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad.

Muy limitada: Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo/a.

Levemente limitado: Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo / a. (48)

De manera general es necesario evaluar la presencia de patología crónica, estado mental, visión y audición, estado nutricional, historia previa de caídas, antecedentes de fracturas, enfermedad aguda reciente, cambio de domicilio o antecedentes de ingresos hospitalarios recientes, el sobrepeso, la falta de motivación ó estados depresivos, un apoyo social insuficiente y una adecuada información sobre cómo debe reiniciarse la movilización y qué ayudas técnicas son necesarias.

El adulto mayor utiliza fármacos que pueden acelerar la inmovilidad (antidepresivos, hipnóticos, sedantes, neurolépticos, etc.,) por efectos secundarios como hipotensión ortostática, deterioro del nivel de conciencia ó efectos extrapiramidales. Hay que destacar la falta de atención al cuidado de los pies. Es frecuente que los adultos mayores tengan alteraciones de los pies que limitan progresivamente su movilidad: callosidades, trastornos

úngües y deformidades son causantes de dolor y de un patrón de marcha inadecuado. (49)

El descubrimiento temprano de los factores de riesgo permite identificar a la persona expuesta a presentar la inmovilidad y, además, llevar a cabo acciones para el manejo preventivo adecuado, mejorar la salud de los adultos mayores, así disminuir la incidencia de el inmovilismo ,este es el método más eficaz, minimizando en lo posible los factores de riesgo, instaurando una serie de medidas posturales, extremando la limpieza y eliminando las condiciones que

favorecen su aparición para prolongar la vida no sólo en el sentido físico, si no conseguir que los años adicionales merezcan ser vividos con minusvalías cada vez menores, y con un mayor grado de protección de la salud .

Hay dos grupos que debemos identificar:

Anciano sedentario, que es aquel que no ha incorporado en su actividad de vida cotidiana un ejercicio físico vigoroso, de clara repercusión en el consumo energético.

Anciano frágil (desde la perspectiva de la movilidad), que es aquel que ha limitado sus actividades extras, aunque mantiene un nivel adecuado para vivir en comunidad. Tiene una reserva funcional apenas suficiente y una fuerza, resistencia y flexibilidad muscular escasas. Suelen coexistir en él diversos síndromes geriátricos. (50)

El médico de atención primaria debe evaluar periódicamente las capacidades funcionales en estos dos grupos de adultos mayores, así como en aquellos que han sido recientemente dados de alta en un hospital.

Las principales causas de inmovilidad aguda en el adulto mayor son la falta de fuerza o debilidad, la rigidez, el dolor, alteraciones del equilibrio y problemas psicológicos y están dados por:

La debilidad puede deberse a desuso de la musculatura, malnutrición, alteraciones de electrolitos, anemia, desórdenes neurológicos o miopatías. La causa más común de rigidez es la osteoartritis, pero el parkinsonismo, la artritis

reumatoide, la gota y pseudogota también ocurren en este grupo etéreo. La polimialgia reumática no debe ser pasada por alto en pacientes con rigidez y

dolor, particularmente si la cintura pélvica y hombros están afectados y existen síntomas sistémicos asociados.

El dolor, ya sea del hueso, articulaciones, bursa o músculo, puede inmovilizar al paciente. Mención aparte constituyen los problemas en los pies, ya que son extremadamente frecuentes; el calzado inadecuado es causa frecuente de estas afecciones.

La alteración del equilibrio y el temor a las caídas son causas de inmovilidad muy frecuentes. El desequilibrio puede ser el resultado de debilidad general, causas neurológicas, ansiedad, hipotensión ortostática o hipotensión postprandial, así como drogas, y puede ocurrir después de un prolongado reposo en cama.

Condiciones psicológicas, como ansiedad severa, depresión o catatonia pueden producir o contribuir a la inmovilización. También es destacable que la condición de postración puede tener algunos aspectos gananciales para ciertos pacientes, como es el hecho de ser más atendidos y contar con apoyos económicos extras.

Otras causas se refieren a la ancianidad, malnutrición, estar en cama o en silla de ruedas, incontinencia urinaria, enfermedad mental, como el Alzheimer, afecciones Musculoesqueléticas, afecciones Neurológicas, afecciones Cardiovasculares, afecciones Pulmonares, otras(ceguera, Enfermedad sistémica grave, Caquexia, Diabetes), factores psicológicos (Depresión,

desesperanza, desamparo, temor a las lesiones, falta de motivación, ganancias secundarias por la discapacidad), causas ambientales y iatrogénicas

(inmovilidad forzada, obstáculos físicos (escaleras, luz insuficiente, piso resbaladizo, etc., efectos colaterales de las drogas), factores sociales, dados por la soledad, falta de apoyo social, entre otros.

Las enfermedades más frecuentes que aparecen asociadas al Síndrome de inmovilización aguda son:

- Enfermedades músculo-esqueléticas. Osteoartrosis, artritis (gota,..), osteoporosis, fracturas de cadera y miembros inferiores, enfermedad de Paget, patología podológica (hallus valgus, hiperqueratosis) y ungueal. Otros (polimialgia reumática, osteomalacia).
- Enfermedades neurológicas. Accidentes cerebrovasculares. Enfermedad de Parkinson. Demencias. Otras (neuropatías periféricas, atrofias multisistémicas, hidrocefalia normotensiva...)
- Enfermedades cardiorrespiratorias. Insuficiencia cardíaca severa, cardiopatía isquémica (º III y IV), enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Enfermedad vascular periférica (arterial o venosa).
- Enfermedades neurosensoriales. Déficits visuales (cataratas, glaucoma, retinopatía diabética), déficits auditivos (presbiacusia, tapones de cera), vértigo posicional benigno.
- Causas psicológicas. Depresión, miedo a caer.
- Causas endocrinometabólicas. Diabetes mellitus. Hipotiroidismo. Alteraciones hidro-electrolíticas (deshidratación, hipernatremia, hiponatremia, hipopotasemia e hipercalcemia).

-Debilidad generalizada. Neoplasias en fase terminal. Malnutrición. Anemias.
-Causas iatrogénicas. Fármacos (antihipertensivos, hipnóticos, sedantes, neurolépticos,). Hospitalización. (51)

Son múltiples las limitaciones que causa la inmovilidad y están referidas a la limitación de los rangos de movimiento (pasivo), disminución de la amplitud de movimiento (activo), contractura muscular, posturas viciosas, dolor a la movilización, edema, dificultad para la higiene y procedimientos de enfermería, lesiones a la piel (micosis, maceración, ulceración, etc.). Se señalan otras limitaciones como son:

- Sociales. Destacan las pérdidas del empleo, de actividades esparcimiento, de relaciones sociales, de la capacidad cuidar a terceros y de autocuidado.
- Psicológicas. Puede haber depresión, temor a las caídas, pérdida del control e incapacidad aprendida.
- Físicas. Puede conducir a caídas, incontinencia, pérdida de fuerza y capacidad aeróbica, alteraciones metabólicas (disminución de glucosa, balance negativo de calcio y nitrógeno), úlceras por decúbito, contracturas y trombosis venosa profunda y embolia pulmonar. (52)

Los principales síntomas y signos se refieren a deformidad de las articulaciones, apareciendo contracturas dolorosas, impotencia funcional o inmovilidad por dolor, se pierde la amplitud normal del movimiento articular y el equilibrio., disminución de la fuerza muscular y atrofia muscular y de ligamentos.

Una vez instaurado, trae como consecuencia:

- Limitación de los rangos de movimiento (pasivo)
- Disminución de la amplitud de movimiento (activo)
- Contractura muscular
- Posturas viciosas
- Dolor a la movilización

- Edema
- Dificultad para la higiene y procedimientos de enfermería.

- Lesiones a la piel (micosis, maceración, ulceración, etc.)

Se observa generalmente en extremidades superiores un compromiso bilateral, siendo en ocasiones más predominante en una extremidad que la otra. La postura es la siguiente:

- Aducción y rotación interna de hombros, flexión de codos y manos empuñada con aducción de pulgar, el que puede estar o no incluido. La posición de las muñecas y de los antebrazos es variable.

En tanto, en extremidades inferiores se observa dos patrones con mayor frecuencia:

- Patrón flexor: flexión y aducción de caderas, flexión de rodillas, pies en equino.
- Patrón extensor: Caderas en semiflexión, rodillas en extensión, pies en equino e inversión plantar, pudiendo en ocasiones agregarse aducción de caderas, que lleva las extremidades a un entrecruzamiento.

Además, se suma el hecho de su compromiso cognitivo que impide la comprensión y colaboración en su tratamiento. Por lo tanto, las medidas a adoptar sólo son instrumentales o paliativas en base a la modificación del entorno, equipamiento adaptado y de asistencia. (53)

El diagnóstico del Síndrome de inmovilización aguda es por observación directa al adulto mayor donde refiere el dolor, disminución o pérdida de la fuerza muscular, disminución de la amplitud del movimiento articular y el equilibrio.

Es fundamental realizar una historia clínica detallada, debiendo recurrir frecuentemente a familiares y cuidadoras para completar datos. Deben incluirse los apartados siguientes:

-Situación basal. Se debe determinar el tipo y la frecuencia con que el sujeto realizaba habitualmente el ejercicio físico, incluyendo todas las actividades de la vida diaria, subir escaleras, coger peso o realización de gimnasia, footing,

montar en bicicleta, etc.

-Forma de aparición y grado de inmovilidad. Debe indagarse desde cuando está inmovilizado y la repercusión sobre las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y sobre las recreativas.

Debemos analizar:

- Las actividades instrumentales de la vida diaria, que son las que determinan si un sujeto puede ser capaz de vivir de forma totalmente independiente en la comunidad. Se pueden valorar por distintas escalas, siendo la más recomendable por su facilidad y validez la Escala de Lawton.

- Las actividades básicas de la vida diaria (o de autocuidado), que se hallan muy relacionadas con la movilidad, ya que precisan de la misma para su realización.

- Historia farmacológica. Hay que registrar los motivos de prescripción, duración, dosis... Esto es especialmente importante para determinados fármacos que pueden alterar la movilidad, como los antihipertensivos, los psicofármacos (neurolepticos, benzodiazepinas, antidepresivos) y los antihistamínicos. Se ha de realizar una cuidadosa evaluación del potencial de riesgo/beneficio para su mantenimiento o no. Es una buena norma a seguir que el fármaco que no es indispensable debe ser retirado.

Hay que valorar la edad, estado civil, nivel educativo, nivel socioeconómico, entorno social y familiar, ya que estos factores pueden condicionar o agravar un

problema de movilidad. El conocimiento de los recursos sociales (relaciones sociofamiliares, grado de apoyo social formal e informal) se puede conseguir mediante escalas de valoración como el OARS. (54)

La exploración de los pacientes con inmovilidad debe ser exhaustiva, prestando especial atención a los sistemas cardiorrespiratorio, músculo-esquelético y nervioso y dentro de ellas.

Cardiorespiratoria. Descartar ortostatismo y alteraciones del volumen intravascular. Valorar respuesta hipertensiva al ejercicio, grado de ejercicio que provoca disnea o angina y posible claudicación intermitente.

Musculoesquelética. Rango de movilidad activa y pasiva (especialmente extensión de cadera y rodilla y dorsiflexión de tobillo); fuerza muscular (sobre todo cuádriceps y glúteos -bipedestación- y tríceps, deltoides y pectorales. Valorar en decúbito, contra gravedad y contrarresistencia.

Neurológica. Explorar tono, reflejos posturales y sensibilidad (superficial, profunda y esterognósica).

Piel. Buscar úlceras por presión incipientes y zonas de fragilidad que requieran protección.

Evaluación Podológica. Valorar estado de la piel, vascularización, anejos (uñas), deformidades y zonas dolorosas. Tipo de calzado utilizado (suela, fijación, altura del tacón..).

Evaluación Sensorial. Vista y oído, sensibilidad superficial y profunda y conservación del esquema corporal.

Evaluación Mental. Incluir aspectos cognitivos y afectivos, pues influyen en la motivación.

· *Evaluación cognitiva.* Evaluar la memoria inmediata y a corto plazo, el cumplimiento de múltiples órdenes (en tres fases), la atención y concentración. Está especialmente indicado el Mini-examen cognitivo.

- Evaluación afectiva. Detectar presencia de ansiedad o depresión. Para esta última se puede utilizar la Geriatric Depression Scale.

Para explorar los niveles de movilidad del paciente, este debe llevar su calzado y vestido habituales y usar los dispositivos de ayuda (bastones, andador) que emplee normalmente. A ser posible, se realizará la valoración en el medio en que se desenvuelva de forma habitual. La exploración de la movilidad comprende además:

- Cambios posturales y transferencias. Se examinará la movilidad en la cama, capacidad de girar y de incorporarse a la posición de sentado. A continuación se evaluará la realización de las transferencias de la cama a la silla, al baño...

Debe reflejarse si el paciente realiza los cambios posturales y las transferencias de manera independiente, con vigilancia, con escasa ayuda o con importante ayuda.

- Evaluación de la marcha y del equilibrio. Su valoración requiere instrumentos específicos de medida, siendo recomendables a nivel de atención primaria dos escalas por su rapidez y fiabilidad:

- Test de levántate y anda cronometrado ("Timed Up and Go test"). Consiste en hacer que el sujeto se levante se siente. Este test predice la capacidad de un sujeto para moverse de forma autónoma y es sensible a los cambios funcionales que sufre a lo largo del tiempo.

- Escala de Tinetti. Tiene la ventaja de evaluar no solo la marcha sino también el equilibrio. La evaluación de la marcha es especialmente compleja puesto que hay que considerar los "cambios normales" asociados a la edad: pasos cortos, menor velocidad, aumento de la base de sustentación,

La práctica de estas exploraciones se decidirá de forma individual según la historia clínica y la exploración física: radiografía de tórax, serie radiográfica

ósea, análisis hematológicos y bioquímicos, hormonas tiroideas, ECG, valoración oftalmológica, otológica, podológica, etc. (55)

Las complicaciones principales del Síndrome de inmovilización aguda son.

- Musculoesqueléticas: contracturas, debilidad muscular, atrofia por desuso, osteoporosis.
- Sistema nervioso: deprivación sensorial, deterioro cognitivo, menor equilibrio.

- Cardiovascular: hipotensión ortostática, reducción del volumen circulante. reducción de la reserva funcional, tromboembolismo .
- Respiratorio: menor capacidad vital, menor actividad ciliar. menor reflejo tusígeno, neumonía aspirativa.
- Genito-urinario: retención urinaria, cálculos urinarios , infecciones urinarias.
- Digestivo: inapetencia y estreñimiento.
- Metabólico y hormonal: Balances minerales negativos, resistencia a la insulina, elevación de la parahormona .
- Piel: Maceración y atrofia, Ulceras por presión, Dermatitis. (56)

Sí se lleva a cabo una adecuada profilaxis, se puede prevenir en gran medida el Síndrome de inmovilización aguda, y está dado porque la consecuencia última de la inmovilidad es la pérdida de la independencia del adulto mayor y la institucionalización. Desde el punto de vista de la calidad de vida del paciente y también por motivos sociales y financieros es preciso evitar ingresos innecesarios en residencias.

La mejor medida preventiva es mantener el grado de movilidad, Los objetivos son: que el adulto mayor sea funcionalmente independiente, estimular la motivación del mismo para integrarse a su entorno y finalmente

prevenir la aparición de contracturas, atrofas musculares y complicaciones médicas.

Es fundamental el papel que juega la atención primaria en la promoción y mantenimiento de la movilidad en los adultos mayores: es detectar precozmente patologías incapacitantes y factores ambientales asociados, fomentar programas de ejercicios físicos y proporcionar educación sanitaria para los cuidadores.

Conviene llevar a cabo revisiones periódicas del estado físico del adultos mayores, ajustando de forma individualizada el tipo de ejercicios y actividades que puede realizar. Hay que estimularle a que se mantenga activo, y proponerle que acuda a clubes de adultos mayores ó centros de día si es posible.

Es importante permitir que el adulto mayor realice ó participe todo lo que pueda en las actividades de la vida diaria y a su propio ritmo. Es frecuente que el cuidador sobreproteja al adulto mayor, haciendo por él las tareas - más rápido y mejor-. Se acelera así el grado de dependencia, por ejemplo, si en vez de ayudar al adulto mayor a ir al baño se le trae la cuña, a la larga se hará incontinente.

Es necesario insistir en mantener el ritmo de sueño nocturno del adulto mayor, para que durante el día esté el máximo tiempo posible fuera de la cama. Sobre todo en el ámbito institucional, se induce al paciente a hacerse dependiente a corto plazo, al tener el personal sanitario una sistemática de trabajo que no diferencia el manejo del paciente según su grado de incapacidad. Por ello al alta hospitalaria hay que revalorizar al paciente iniciando de forma precoz un programa de reentrenamiento.

La sociedad en su desarrollo debe tener en cuenta eliminar todo tipo de barreras arquitectónicas que limitan o impidan la deambulaci3n de los

adultos mayores y facilitar medios de transporte que puedan ser utilizados fácilmente por estos para evitar el aislamiento social.

Dentro de las medidas generales de prevención del Síndrome de inmovilización aguda además se encuentran los movimientos pasivos/activos de extremidades, control de enfermedades crónicas, incorporar elementos de autoayuda, animar la deambulaci3n y los ejercicios de movilizaci3n por lo menos

2 veces al d3a, evaluaci3n m3dica y funcional del adulto mayor por lo menos una vez al a3o, por un especialista m3dico en geriatr3a o m3dico en la familia con dominio del a geriatr3a y especialista en rehabilitaci3n, el control y ajuste adecuado del tratamiento m3dico y las interacciones entre los diferentes medicamentos, medidas m3dicas o f3sicas encaminadas al control y el alivio del dolor, reorganizaci3n y educaci3n sobre el dise3o interno del Hogar del Adulto y el arreglo del mobiliario en funci3n del cuidado del adulto mayor y la comodidad de todo los integrantes de la instituci3n, manteniendo una est3tica y c3nfort adecuada insistir en la pr3ctica permanente de los ejercicios por el adulto mayor, motiv3ndolo m3s a la actividad grupal, pues esto hace que la pr3ctica no sea aburrida y se pierda el inter3s, crear espacios adecuado de entretenimiento y recreaci3n para los adultos mayores, para la satisfacci3n de sus gustos e intereses. Incluyendo la creaci3n de programas de promoci3n social del adulto mayor realizara una vez al a3o un periodo de fisioterapia encaminada a la reeducaci3n de las habilidades de psicomotricidad del adulto mayor. (57)

El tratamiento del Síndrome de inmovilizaci3n aguda ya establecido debe tener objetivos espec3ficos acorde a la realidad del paciente individual definiendo nivel asistencial que requiera.

- Tratamiento de la causa de la inmovilidad
- Plan de rehabilitaci3n encaminado al tratamiento de la inmovilidad existente y evitar su progresi3n

- Uso de ayudas y adaptaciones en el hogar
- Prevención de las complicaciones asociadas
- Antes de iniciar tratamiento asegurar adecuada hidratación, nutrición, ritmo intestinal, control del dolor, sueño adecuado, evitar exceso de sedantes, ropa y calzado apropiados.

- Eliminar barreras arquitectónicas, uso de ayudas técnicas y correcta iluminación

- Proporcionar un apoyo sociofamiliar adecuado.

Dentro de las ayudas para la movilización se encuentran:

- Bastones: de puño, de codo, tipo trípode. Se necesita un período de aprendizaje.

- Muletas: es aconsejable el uso de dos muletas en vez de una.

- Andadores: fijos, con ruedas, articulados, plegables.

- Sillón de ruedas.

- Grúas

Ulceras por presión:

- Tratamiento sistémico: Nutrición adecuada, con aporte de proteínas y vitaminas, en especial ácido ascórbico (500 mg, 2 veces al día).

Antimicrobianos si existen evidencias de celulitis, sepsis u osteomielitis.

- Camas especiales: por lo general son caras y no sustituyen a la movilización.

- Curas locales acorde al estadio.

- Crisis Familiar

- Síndrome del Cuidador

- Síndrome del Nido Vacío

- Déficit económico

- Mayor dependencia de Redes Formales e Informales

- Necesidad de Institucionalización

Evaluar otros factores predisponentes

1. Fragilidad

2. Accidentes (Barreras, Caídas, Síndrome Post Caída, etc.)

3. Rehabilitación temprana ante una deficiencia
4. Trastornos Cognitivos y Afectivos
5. Osteoporosis
6. Situaciones Sociales de alto riesgo
7. Trastornos Nutricionales y Carenciales.(58)

Los riesgos y contraindicaciones del ejercicio dependerán de la intensidad y duración del mismo: incluye el cansancio extremo, respuestas hipertensivas, riesgo de muerte súbita, infarto de miocardio y de lesiones. Servirán como signos de alarma la disnea intensa, tos, sibilancias, sudación excesiva, lipotimias, molestias musculares ó articulares y fatiga que persiste más de media hora tras finalizar el ejercicio.

Excepcionalmente la movilización puede estar contraindicada:

1. Cuando existe deterioro severo del equilibrio ó debilidad muscular extrema.
2. En fases agudas de procesos artríticos.
3. Cuando hay dolor incontrolable desencadenado por la movilización.
4. Si hay falta absoluta de motivación del paciente.
5. Si existe riesgo de agravar una patología subyacente. (59)

Dentro de la prevención de complicaciones cutáneas se encuentran.

CAMBIOS POSTURALES.

- Seguir una rotación determinada respetando la alineación corporal
- No arrastrar al paciente para evitar las fuerzas de cizallamiento y fricción
- Repartir el peso del cuerpo por igual para evitar dolores musculares por contracturas de compensación
- En pacientes acostados cambiar de posición cada 1- 2 horas para evitar presión sobre prominencias óseas
- En pacientes sentados realizar cambios cada 10- 15 minutos, sosteniéndolo en pie durante 10 minutos para proteger zona sacra

ALMOHADILLADO.

- En las zonas de mayor presión como codo, rodilla, sacro, trocánteres, escápulas, etc.

HIGIENE.

- Baño adecuado y secado estricto de la piel, insistiendo en los pliegues
- Mantener cama y/o silla limpias, secas y sin objetos extraños
- Sábanas suaves y no formar arrugas
- La habitación bien ventilada y a temperatura adecuada.

MASAJES.

- Debe realizarse suavemente, con movimientos circulares amplios sobre la piel y el tejido celular subcutáneo (amasado) o pellizcando y soltando nuevamente el plano muscular con los dedos

APORTE DE LÍQUIDOS Y ALIMENTOS.

- Evitar déficit proteico
- Recomendar una ingesta de 1-1,5 litros de agua al día
- Conveniente un aporte de vitamina C (1 gr. al día en úlceras ya establecidas) y de Zn (15 mg/día) en la dieta.

Prevención de otras complicaciones

MUSCULOESQUELÉTICAS.

- Prestar atención a la postura y a la alineación corporal como movimientos precoces mediante ejercicios activos o pasivos.

CARDIOVASCULARES.

- Controlar la presión arterial y la frecuencia cardiaca en busca de alteraciones del ritmo

- Evitar embolismos pulmonares y flebitis.

RESPIRATORIAS.

- Pacientes encamados: Mantener elevada la cabecera de la cama elevada.

- Realizar fisioterapia respiratoria (informar al paciente que debe realizar inspiraciones profundas, toser y expectorar; en ocasiones será conveniente el uso de aerosoles)

- Abundantes líquidos para fluidificar las secreciones.

- Pacientes poco colaboradores o gravemente incapacitados: Drenaje postural

GASTROINTESTINALES.

- Evitar la constipación mediante dieta suficiente, equilibrada, rica en fibras, variada, de fácil ingestión, digestión y absorción.
- Revisar el estado de la boca (dentición, prótesis mal acopladas, etc.)
 - Potenciar la comida fuera de la cama y en compañía para prevenir la anorexia
 - Incorporar al paciente encamado para evitar problemas de broncoaspiración
 - Favorecer un patrón horario de defecación y preservar la intimidad

GENITOURINARIAS.

- Mantener adecuada posición en la micción
- Si existe vaciado incompleto recomendar contraer voluntariamente la pared abdominal o ejercer presión manual sobre ella
 - Si incontinencia: realizar ejercicios de entrenamiento del detrusor como los ejercicios de Kegel (empezar a orinar y dejar de hacerlo varias veces a lo largo de una evacuación normal)

PSICOLÓGICAS.

- Favorecer la expresión de los sentimientos y animar a compartir las emociones
 - Favorecer las visitas y la conversación sobre su vida, su pasado y sus intereses.
 - Colocar objetos significativos (fotos familiares, objetos personales) .
- Si existe movilidad progresiva e inmovilidad total se realizan.
- Cambios posturales pasivos cada 2 horas.

- Ejercicios pasivos suaves para aumentar el rango de movilidad articular y puede aplicarse calor sobre articulaciones para incrementar el estiramiento y reducir el dolor.

- En cuanto el paciente lo permita: realizar movilización activa en la cama (girar hacia los lados y flexionar el tronco hacia delante y posteriormente sentarse con los pies apoyados en el suelo).

- Incrementar gradualmente el tiempo en sedestación hasta mantener el equilibrio sin ayuda y pueda sentarse media hora tres veces al día.

- Practicar la deambulación diaria, a paso lento pero con distancias crecientes

- Vigilar la aparición de automatismos (ej: balanceo de brazos) y la tolerancia cardiorrespiratoria.

- Inicialmente se puede utilizar un andador, posteriormente un bastón o sin apoyo.

Mantenimiento

- Debe adecuarse al grado de tolerancia física del paciente.

- El programa debe incluir ejercicios respiratorios, flexionar y extender los miembros, practicar levantarse- sentarse, dar paseos cortos varias veces al día y si es posible, realizar algún tipo de gimnasia.

Puertas: Se intentará que tengan la máxima altura y facilitar el mecanismo de apertura, propiciar que haya espacio amplio para la movilización, colocar muebles en lugares estratégicos y bien anclados para que permitan el apoyo, colocar pasamanos en los pasillos, sillas firmes, con altura adecuada que facilite el incorporarse, respaldo alto que supere la altura de la cabeza.

Cama: Se ajustará su altura para facilitar las transferencias, condiciones en la prescripción del ejercicio físico en el adulto mayor, realizar revisiones periódicas del estado físico, ajustando de forma individualizada el tipo de ejercicios y

actividades que puede realizar, tener presente frecuente pluripatología a nivel cardiovascular y músculo-esquelética, establecer con el adulto mayor unos objetivos mínimos de actividad, dependiendo de su capacidad funcional,

prestar atención al correcto aprendizaje de las técnicas, evaluar la motivación del adulto mayor, ya que la capacidad de disfrute y el entretenimiento constituyen el mejor factor de adhesión al ejercicio, debe adaptarse a los gustos individuales y entre las actividades recomendadas de forma general puede incluirse caminar, montar en bicicleta, natación, baile, jardinería.

Características de las sesiones de ejercicios en adultos mayores sanos .

- Una fase de calentamiento con estiramientos musculares (de 3 a 5 minutos) y paseo de 5 a 10 minutos de duración.
- Ejercicios de fortalecimiento (extensores de brazos, pesos y poleas, uso de escaleras y escalones) y coordinación equilibrio.
- Ejercicios de resistencia progresiva (saltos, carrera...)
- Terminar con un período de enfriamiento no superior a los 10 minutos, con ejercicios de estiramiento muscular y paseo ligero con velocidad decreciente

Se recomienda iniciar el ejercicio dos o tres días a la semana hasta llegar hasta cinco, alternando la actividad física con situaciones de reposo.

Algunos tratamientos pueden ayudar en la reducción la aparición de este síndrome, pero una vez que el síndrome se establece aparecen las complicaciones en algunos casos y la curación completa no es posible la mayoría de las veces por la desatención y abandono del los pacientes por su condición de adultos mayores, de ahí la vital importancia de prevenir este, uno de los grandes Síndromes geriátricos.

Idealmente, las cuidadoras formales de adultos mayores son personas capacitadas a través de cursos teórico-empíricos de formación para otorgar

atención preventiva, asistencial y educativa al senecto y, en caso de que exista, a su grupo familiar. Saber cuidar a los viejos es un verdadero arte denominado "gerontocomia" (Valderrama, 1997).

Para ofrecer apoyo al cuidador principal se determina el nivel de conocimientos del cuidador, la aceptación del cuidador de su papel,

proporcionar conocimientos básicos, explicar la necesidad de una nutrición adecuada: proteínas, vitaminas B y C, hierro, calorías y agua, animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso, proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador, informar al Cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios (centros de salud, etc.). (60)

DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) de Intervención educativa con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos de las cuidadoras de adultos mayores con riesgo de Síndrome de inmovilización aguda en el Hogar del Adulto Mayor del municipio Morón durante el período comprendido de octubre del 2009 hasta abril del 2010.

UNIVERSO

El universo de la investigación estuvo constituido 29 cuidadoras de los adultos mayores con riesgo de Síndrome de inmovilización aguda, del Hogar del Adulto Mayor del municipio Morón en el período antes mencionado; las que manifestaron su conformidad de participar en la investigación firmando un documento previamente elaborado por el autora (Anexo 2). A los mismos se le aplicó una encuesta (anexo 3) antes y después de la intervención educativa para evaluar los resultados obtenidos una vez aplicada la estrategia de intervención diseñada al efecto. (Anexo 4). Evaluación de los conocimientos por ítem. (Anexo 5). Se confeccionó un folleto para facilitar la adquisición de los conocimientos. (Anexo 6)

Criterios de inclusión

- 1-Cuidadoras de adultos mayores con riesgo de desarrollar Síndrome de inmovilización aguda.
- 2- Dar el consentimiento de participar en la investigación.

Criterios de exclusión.

- 1-No estar dispuesta a participar en la investigación.
- 2-Presentar dos o más ausencias al programa educativo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se les explicó la importancia de la realización de este estudio a las cuidadoras con el fin de elevar el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de desarrollar Síndrome de inmovilización aguda, con la seguridad de que los conocimientos adquiridos contribuyeron a mejorar el estado de salud de los adultos mayores. Se creó un documento para reflejar la disposición de la muestra de participar en la investigación. (Anexo 2).

EL ESTUDIO SE REALIZÓ EN TRES MOMENTOS:

En un primer momento se le aplicó una encuesta inicial (anexo3) para diagnosticar el nivel de conocimientos que tenían las cuidadoras acerca de las variables de estudio y conocimientos generales del tema.

En un segundo momento se efectuó la intervención educativa, la que se basa en un programa educativo que se diseñó teniendo en cuenta las brechas existentes en los conocimientos sobre el Síndrome de inmovilización aguda en la encuesta inicial y a partir de una revisión bibliografía exhaustiva, este programa responde a la necesidad creciente en las cuidadoras de elevar los conocimientos sobre prevención del Síndrome de inmovilización aguda. En este programa se enfatizan los principios didácticos que aseguran una mejor atención a las particularidades sobre el tema de forma que se logre una asimilación activa y consciente de los conocimientos.

El programa se ejecuta en un tiempo de 16 semanas con una frecuencia semanal, desarrollándose a través de 6 encuentros, se trabajó con la muestra dividida en dos subgrupos con 14 y 15 integrantes. En los encuentros se ofrecen conferencias, talleres, seminarios, lo cual nos permitió utilizar las técnicas participativas-comunicativas necesarias para lograr los objetivos propuestos, como lluvia de ideas, lectura eficiente, dramatizaciones, discusión grupal, charla educativa, entre otras (Anexo 4).

En el tercer y último momento se realizó la evaluación final de la intervención a través de la aplicación de la encuesta (anexo 5), la evaluación se basó en el Nivel general de conocimientos y particular de cada una de las variables de estudio.

El Programa Educativo se basó en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social.

Finalmente se procedió a la distribución del folleto educativo (Anexo 6).

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico:

Análisis histórico – lógico: Se seleccionó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre el Síndrome geriátrico inmovilización aguda.

Análisis - síntesis: Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

Inducción - deducción: Porque en la investigación se establecen generalizaciones que confirmaron empíricamente la hipótesis.

Hipotético - deductivo: Por deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazado en la misma.

Sistémico - estructural: permitió la organización del Programa, a partir de la determinación de sus temas y el establecimiento de las relaciones entre ellos, para conformar una nueva estructura como totalidad.

Métodos empíricos:

La encuesta (anexo No.3): Se utilizó como técnica para la obtención de la información dada sus características de búsqueda de información rápida y

económica, la cual se aplicó a las 29 cuidadoras de los adultos mayores con riesgos y que constituyeron la muestra del estudio para evaluar los conocimientos

de los mismos acerca de los riesgos de desarrollar Síndrome de inmovilización aguda. La misma fue validada de acuerdo a los objetivos propuestos, en el período de estudio antes mencionado para determinar el nivel de comprensión de las preguntas.

Entrevistas en profundidad no estructurada: se utilizó en un proceso de comunicación en el que el investigador trató de averiguar lo que es significativo e importante para el entrevistado, sus significados, perspectivas, interpretaciones, vivencias y juicios, además posibilitó descubrir la definición personal que hace el entrevistado de su situación personal, por tanto tiene como principal característica la subjetividad.

Métodos estadístico –matemático

Estadístico-descriptivo: El cuál se utilizó para comparar los datos obtenidos como resultado del instrumento aplicado; el procesamiento se realizó en una microcomputadora Pentium 4 con Sistema Operativo WINDOWS XP Servipack 2, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows.

Como medida de resumen de la información se utilizaron los porcentajes (%) y como medida de significación estadística se usó el McNemar para muestras dependientes.

Dótimas de McNemar.

Objetivo: Verificar estadísticamente a través de esta dótima Ji- cuadrado si hay o no cambios después de aplicada la metodología, respecto a lo acontecido antes.

Dótimas de McNemar: Esta es un docima Ji- cuadrado, apropiada para decidir si hay diferencia o no entre dos poblaciones a partir de dos muestras apareadas en escalas nominales dicotómicas, en los que cada individuo o elemento de la muestra esta apareado consigo mismo, o sea es usado como su propio control.

Es una prueba de hipótesis no paramétrica a través de la cual se verifica estadísticamente si hay o no cambios después de aplicada la intervención, respecto a lo acontecido antes.

A partir de las hipótesis:

H₀: La metodología no es efectiva.

H₁: La metodología es efectiva.

Se utilizan las tablas de contingencia de dos por dos donde:

A: Es el número de personas que tenían conocimientos inaceptables antes y que después fueron aceptables.

B: Es el número de personas que tenían conocimientos inaceptables antes y que después continuaron inaceptables.

C: Es el número de personas que tenían conocimientos aceptables antes y que después continuaron aceptables.

D: Es el número de personas que tenían conocimientos aceptables antes y que después fueron inaceptables.

Proporción de cambios:

Región crítica:

$$X^2 = (A-D) / (A+D)$$

A+D $X^2_{(0.95)}^{(1)} = 0.0039$

Si ji-cuadrado calculado (X^2) es mayor que la ji-Cuadrado Tabulado ($X^2_{(0.95)}^{(1)}$) entonces se rechaza H_0 y se acepta H_1

Los resultados se presentaron en forma de tablas los cuales fueron analizados para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos y se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el departamento de investigación de la Facultad de Ciencias Medicas de Ciego de Ávila .

CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Independiente:

Nivel de Conocimiento sobre Síndrome de inmovilización aguda: La adquisición de conocimientos sobre temas relacionados con el Síndrome geriátrico de inmovilización aguda como son: factores de riesgos, signos y síntomas de la enfermedad, diagnóstico y medidas de prevención.

A partir de estos se establecieron las dimensiones y los indicadores, así como la técnica o ítem que evaluará los mismos por variables del estudio y nivel de conocimiento en general.

Se evaluó a partir de la pregunta 1 y hasta la número 4 del cuestionario inicial (anexo 1) aplicado a las cuidadoras antes y después de la intervención educativa.

Factores de riesgos que favorecen la aparición del Síndrome de inmovilización aguda: Se consideran correcto los factores de riesgos: inestabilidad y miedo a caídas, fracturas, traumatismos, alteraciones visuales y auditivas, malnutrición, incontinencia urinaria y fecal, afecciones del SNC, afecciones cardiopulmonares, enfermedades osteomioarticulares.

Operacionalización de esta variable: cualitativa, politómica.

Alto: Si conocen 5 ó más factores de riesgos que favorecen la aparición del Síndrome de inmovilización aguda: Inestabilidad y miedo a caídas, fracturas, traumatismos, alteraciones visuales y auditivas y malnutrición.

Medio: Si conocen 3 ó 4 factores de riesgos sin dejar de mencionar: inestabilidad y miedo a caídas, fracturas, traumatismos, alteraciones visuales y auditivas.

Bajo: Si conocen menos de 2 factores de riesgos sin dejar de mencionar inestabilidad y miedo a caídas y fracturas.

Principales signos y síntomas del Síndrome de inmovilización aguda

Se considera formas correctas. Deformidad de las articulaciones, contracturas

dolorosas, impotencia funcional, inmovilidad por dolor y se pierde la amplitud normal del movimiento articular, disminución de la fuerza muscular, la amplitud del movimiento articular y el equilibrio.

Operacionalización de esta variable: cualitativa, politómica.

Alto: Conoce 5 ó más de los síntomas más frecuentes del Síndrome de inmovilización aguda mencionando, Deformidad de las articulaciones, contracturas dolorosas, impotencia funcional, inmovilidad por dolor y se pierde la amplitud normal del movimiento articular, disminución de la fuerza muscular.

Medio: Conoce de 3 ó 4 síntomas más frecuentes del Síndrome de inmovilización aguda sin dejar de mencionar. Deformidad de las articulaciones, contracturas dolorosas, impotencia funcional, inmovilidad por dolor.

Bajo: Conoce menos de 2 síntomas más frecuentes del Síndrome de inmovilización aguda sin dejar de mencionar. Deformidad de las articulaciones y contracturas dolorosas.

Diagnóstico del Síndrome de inmovilización aguda: Se considera correcta: por observación directa del paciente donde refiere el dolor, disminución o pérdida de la fuerza muscular, disminución de la amplitud del movimiento articular y disminución del equilibrio.

Operacionalización de esta variable: cualitativa, politómica.

Alto: conoce correctamente los 4 métodos para diagnosticar Síndrome de inmovilización aguda mencionando observación directa del paciente donde refiere el dolor, disminución o pérdida de la fuerza muscular, disminución de la amplitud del movimiento articular y disminución del equilibrio.

Medio: si conoce 2 métodos para diagnosticar el Síndrome de inmovilización aguda sin dejar de mencionar por observación directa del paciente donde refiere dolor y disminución o pérdida de la fuerza muscular.

Bajo: si conoce o no 1 método para diagnosticar el Síndrome de inmovilización aguda sin dejar de mencionar observación directa del paciente donde refiere dolor.

Medidas de prevención: Se consideran formas correctas, la realización de movimientos pasivos/activos de extremidades, control de enfermedades crónicas, animar la deambulacion, los ejercicios de movilización por lo menos 2 veces al día, e incorporar elementos de autoayuda.

Operacionalización de esta variable: cualitativa, politómica.

Alto: conoce 5 medidas o más de prevención del Síndrome de inmovilización aguda movimientos pasivos/activos de extremidades, control de enfermedades crónicas, animar la deambulacion, los ejercicios de movilización por lo menos 2 veces al día e incorporar elementos de autoayuda.

Medio: conoce 3 ó 4 de las medidas de prevención del Síndrome de inmovilización aguda mencionando movimientos pasivos/activos de extremidades, control de enfermedades crónicas, animar la deambulacion, los ejercicios de movilización por lo menos 2 veces al día .

Bajo: conoce menos de 2 medidas de prevención del Síndrome de inmovilización aguda sin dejar de mencionar movimientos pasivos/activos de extremidades y control de enfermedades crónicas.

A partir de esto se establecen las dimensiones y los indicadores así como las técnicas o ítem que evalúan los mismos (anexo 5)

Variable Dependiente:**Intervención educativa.**

Es la proyección de un sistema de acciones a corto, mediano y largo plazo que permite la transformación del comportamiento de las cuidadoras de

adultos mayores y elevar el nivel de conocimientos sobre el Síndrome de inmovilización aguda.

DIMENSIONES E INDICADORES**VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas efectiva para lograr niveles elevados de conocimientos.

Variables	Tipo	Operacionalización	
		Escalas	Descripción
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico de pertenencia
Edad	Cuantitativo Continua.	Grupos de edades 30-39 40-49 50-59	Según último año cumplido
Ocupación	Cualitativa Nominal Politómica.	Cuidador de adulto mayor.	Según ocupación Referida.
Nivel de	Cualitativa	Alto.	Según calificación

conocimiento.	ordinal.	Medio. Bajo.	obtenida.
---------------	----------	-----------------	-----------

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas que se realiza después de detectar una problemática en la cual se planifican acciones, encuentros con los diagnosticados y se ofrecen conferencias, talleres, seminarios y actividades prácticas sobre tópicos centrales del tema para lograr elevar el nivel de conocimientos a través de métodos y técnicas de participación, se imparte

conjugando los componentes teóricos y prácticos (análisis de casos, juego de roles, modelación, mesa redonda, lluvia de ideas entre otros).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Después de diagnosticar el estado actual de conocimientos sobre el Síndrome de inmovilización aguda a las cuidadoras de adultos mayores en el Hogar del Adulto Mayor del municipio Morón, se obtuvo que estas personas poseen inaceptables conocimientos en cuanto a los factores de riesgos, signos y síntomas, diagnóstico y medidas de prevención del Síndrome de inmovilización aguda, se aplicó la intervención educativa y se logró los resultados siguientes.

Tabla 1: Distribución según edad y sexo de las cuidadoras de adultos mayores con riesgo de Síndrome de inmovilización aguda en el Hogar del Adulto Mayor del municipio Morón, en el período comprendido de octubre del 2009 hasta abril del 2010.

Grupos de edad	sexo				n = 29	
	femenino		masculino		total	
	no	%	no	%	no	%
30-39	1	3.12	0	0	1	3.12
40-49	13	44.82	0	0	13	44.82
50-59	15	51.72	0	0	15	51.72
Total	29	100	0	0	29	100

Fuente: Encuesta.

En la tabla 1 se distribuye la población de la muestra objeto de estudio según edad y sexo, donde se observó que el 100 % (29) de las cuidadoras son del sexo femenino y el grupo de edad que predominó fue el de 50 a 59 años con un

51.72 %(15). Consideramos que esto sea debido a la idiosincrasia cubana donde la mujer se dedica de forma significativa a estas labores.

En bibliografías consultadas se encontró datos similares donde la mujer es más dedicada al cuidado de los adultos mayores. Una de las principales razones es

que, debido a la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se favorece la concepción de que la mujer está mejor preparada que el hombre para el cuidado, ya que tiene más capacidad de abnegación, de sufrimiento y es más voluntariosa. Hay que considerar las funciones que la sociedad ha conferido a la mujer, el papel de cuidadora en situaciones de enfermedad o incapacidad.(61)

Tabla 2: Distribución de las cuidadoras según escolaridad.

Escolaridad	No	%
Primaria	0	0
Secundaria	24	82.7
Nivel medio superior	5	17.2
Universitario	0	0

La tabla 2 muestra la distribución de la escolaridad de las cuidadoras de adultos mayores con riesgo de Síndrome de inmovilización aguda, donde se pudo observar que el mayor número se ubica en el nivel de escolaridad secundaria con el 82.7% (24 cuidadoras), esto puede estar atribuido al desarrollo de la educación en nuestro país que desde las primeras etapas del triunfo de la Revolución se erradicó el analfabetismo y la mujer no quedó exento a esto, seguidos por nivel medio superior con el 17.2 % (5 cuidadoras), nivel primario 0% (0), al igual que el nivel universitario.

Tabla 3: Distribución de las cuidadoras según nivel de conocimiento sobre los factores de riesgos de aparición del Síndrome de inmovilización aguda antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimiento	Intervención educativa (n =29)			
	antes		después	
	no	%	no	%
Alto	3	10.34	27	93.10
Medio	8	27.58	2	6.89
Bajo	18	62.0	0	0

La tabla 3 muestra la distribución de las cuidadoras según conocimientos antes y después de la intervención educativa sobre los factores de riesgos de aparición del Síndrome de inmovilización aguda, antes de la intervención solo el 10.34% (3 cuidadoras) se ubicó en un nivel alto de conocimiento ya que identificó los cinco factores de riesgo de aparición del Síndrome de inmovilización aguda, el 27.58 % (8 cuidadoras) ocupa el nivel medio, pues sólo identificó tres o cuatro factores de riesgo, mientras que el mayor número 62.0% (18 cuidadoras) se ubicó en el nivel bajo ya que sólo identificaron dos factores de riesgo. Después de la intervención educativa el mayor número se ubicó en el nivel alto de conocimiento 93.10% (27 cuidadoras), Solo el 6.89% (2 cuidadoras) se ubicó en el nivel medio pues presentaron dificultad en identificar la Inestabilidad y miedo a caídas, fracturas, traumatismos, alteraciones visuales y auditivas, pues influye el nivel cultural. En estudios realizados en Buenos Aires en el año 2006 se obtuvo similares resultados donde las personas dedicadas al cuidado de los adultos mayores no fueron capaces de identificar los factores de riesgo de la aparición del Síndrome de inmovilización aguda. (62)

Tabla 4: Distribución de las cuidadoras según nivel de conocimientos sobre los signos y síntomas del Síndrome de inmovilización aguda antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimiento	Intervención educativa (n =29)			
	antes		después	
	no	%	no	%
Alto	0	0	25	86.20
Medio	9	31.03	3	10.34
Bajo	20	68.96	1	3.44

La tabla 4 expone la distribución de las respuestas de las encuestadas según conocimientos antes y después de la intervención educativa sobre los signos y síntomas del Síndrome de inmovilización aguda. El 68.96 % (20 cuidadoras) presentó dificultad al identificar los síntomas fundamentales de dicha enfermedad por lo cual fue ubicada en el nivel bajo seguido de un 31.03 % (9 cuidadoras) ubicado en el nivel medio.

Después de la intervención un grupo importante de ellos identificó de forma correcta los síntomas característicos como son (deformidad de las articulaciones, contracturas dolorosas, impotencia funcional, inmovilidad por dolor y se pierde la amplitud normal del movimiento articular, disminución de la fuerza muscular) ubicándose en el nivel alto de conocimiento 86.20% (25 cuidadoras). El 3.44 % (1 cuidadora) presentó dificultad para identificar Deformidad de las articulaciones y contracturas dolorosas, por lo cuál alcanzó el nivel bajo de conocimiento.

En estudios realizados en el año 2007 en Hospital Geriátrico de Limache sobre prevención del Síndrome de inmovilización aguda se encontraron similares

resultados donde las personas encuestadas no supieron identificar los signos y síntomas de la enfermedad. (63)

Tabla 5: Distribución de las cuidadoras según nivel de conocimiento sobre los métodos para identificar el Síndrome de inmovilización aguda antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimiento	Intervención educativa (n = 29)			
	antes		después	
	no	%	no	%
Alto	0	0	27	93.10
Medio	7	24.13	2	6.89
Bajo	22	75.86	0	0

La tabla 5 expresa el conocimiento sobre métodos para identificar el Síndrome de inmovilización aguda del total de encuestadas el 75.86% (22 cuidadoras) presentó conocimientos bajos antes de la intervención. Después de la intervención se pudo constatar que el 93.10 % (27 cuidadoras) adquieren conocimientos altos con relación al tema.

En estudios realizados en España, Flórez J y Adeva M, obtuvieron similares resultados en relación al conocimiento de las cuidadoras sobre el método para identificar el Síndrome de inmovilización aguda. Donde es importante realizar un grupo de actividades para la detección de esta enfermedad. (64)

Tabla 6: Distribución de las cuidadoras según nivel de conocimiento sobre medidas de prevención para evitar el Síndrome de inmovilización aguda antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimientos	Intervención educativa (n = 29)			
	antes		después	
	no	%	no	%
Alto	3	10.34	27	93.10
Medio	7	24.13	2	6.89
Bajo	19	65.51	0	0

Al analizar la tabla 6 en la que se representan los resultados de las encuestas realizadas a las cuidadoras en cuanto a los conocimientos sobre medidas de prevención, podemos apreciar que antes de la intervención educativa el 65.51 % (19 cuidadoras) presentaron dificultad para identificar los movimientos pasivos/activos de extremidades y control de enfermedades crónicas como una medida de prevención, lo cual los ubica en un nivel bajo de conocimiento. Después de la intervención educativa los niveles de conocimiento se elevaron considerablemente en todos los aspectos relacionados con movimientos pasivos/activos de extremidades, control de enfermedades crónicas, animar la deambulacion, los ejercicios de movilización por lo menos 2 veces al día e incorporar elementos de autoayuda, como medida de prevención ubicándose el 93.10 % (27 cuidadoras) en el nivel alto de conocimiento.

En estudios realizados en Chile plantea que conviene llevar a cabo revisiones periódicas del estado físico del adulto mayor, ajustando de forma individualizada el tipo de ejercicios y actividades que puede realizar. Hay que estimularle a que se mantenga activo, y proponerle su participación en las actividades que desarrolla la institución. Es importante permitir que el adulto mayor realice ó participe todo lo que pueda en las actividades de la vida diaria y

a su propio ritmo, para evitar que desarrollen un Síndrome de inmovilización aguda. (65)

Tabla 7: Evaluación general del nivel de conocimiento de las cuidadoras sobre factores de riesgo de aparición Síndrome de inmovilización aguda antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimiento	de antes		después	
	no	%	no	%
Alto	1	3.44	25	86.20
Medio	7	24.13	3	10.34

Cuando se obtiene el resultado de la probabilidad asociada al estadígrafo de prueba (p) $p = 0.003$ como este resultado es menor que el nivel de significación utilizado $\alpha = 0.05$, ($p < \alpha$) se rechaza la hipótesis nula (H_0), y se acepta la hipótesis alternativa (H_1) por lo que la intervención educativa elevó el nivel de conocimientos de las cuidadoras de adultos mayores con riesgo de Síndrome de inmovilización aguda en el Hogar del Adulto Mayor del municipio de Morón en cuanto a factores de riesgo, signos y síntomas, métodos para identificar el Síndrome de inmovilización aguda y medidas de prevención; esto se corrobora si observamos los intervalos de confianza calculados donde la media calculada se encuentra en el mismo intervalo; pudiendo entonces afirmar con una confiabilidad del 95% que las medias difieren en ambos momentos por lo que reafirmamos que la intervención aplicada fue efectiva y se cumplió con el objetivo propuesto en nuestra investigación.

CONCLUSIONES

La totalidad de las cuidadoras resultaron ser del sexo femenino, el grupo de edad que predominó fue el de 50-59 años. Antes de la intervención más de la mitad no dominaban los factores de riesgos de aparición del Síndrome de inmovilización aguda, al igual que no identificaron los signos y síntomas, y no conocieron los métodos para identificarlas, así como presentaron dificultad para describir las medidas de prevención ubicándolos en el nivel bajo de conocimiento. Después de la intervención educativa la mayoría conocieron los factores de riesgo de aparición del Síndrome de inmovilización aguda, e identificaron los signos y síntomas, y conocieron los métodos para identificarlas, también la mayoría describió las medidas de prevención ubicándolos en el nivel alto de conocimiento. La mayoría de las cuidadoras encuestadas alcanzaron un nivel alto de conocimiento después de la intervención educativa.

RECOMENDACIONES

Se recomienda evaluar los factores de riesgos de aparición del Síndrome de inmovilización aguda con la permanencia del cuidador del Hogar del Adulto Mayor, quien contribuirá con las medidas preventivas periódicamente.

Establecer programas de capacitación al personal que labora en la institución, en valoración del riesgo y prevención del Síndrome de inmovilización aguda.

Generalizar el programa educativo propuesto en esta investigación en otras instituciones de adultos mayores para elevar la calidad de vida de los mismos.

Distribuir el plegable complementario en el Hogar del Adulto Mayor y consultorios médicos de la familia para que pueda ser utilizado como una herramienta más en los programas de promoción de salud que se realizan en nuestro municipio.

En futuras investigaciones realizar intervenciones educativas dedicadas a abordar este tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1-Farreras-Rozman. Medicina Interna. 14ª edición. Madrid: Ediciones Harcourt S.A.; 2000.
- 2-Seligra A .El envejecimiento Fisiológico .Rev. .Iberoamericana geriátrica gerontología 1997; 13(3):15-20.
- 3-Salgado, A. Manual de Geriátria. Madrid: Ed Masson-Salvat, 1993.
- 4- Devesa Colina E. Gerontología y Geriátria. Documento de Discusión. 1992
- 5-Prieto Ramos O, Vega García E. Atención del anciano en Cuba. Desarrollo y perspectiva. 2da ed. La Habana: Editado por PALCO. 2006.
- 6-El envejecimiento de la población en Cuba y sus territorios. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). Centro de Estudios de Población y Desarrollo.2005.
- 7-Fernández Guerra Natalia. Ética de la actuación geriátrica y envejecimiento poblacional cubano. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2006.
- 8- Rodríguez A, Álvarez L. Repercusiones del envejecimiento de la población cubana en el sector salud. Rev Cubana Salud Pública. 2006;32 (2):118-22.
- 9- Nuevo Proyecto de Trabajo y Seguridad Social Periódico Granma. La Habana, 2008.
- 10-Estrategias en el control de los factores de riesgo coronarios en la prevención primaria y secundaria. Rev Esp Cardiol. 1998; 51 (Supl 6):30-5.

11-Anzola E... (1994:3). Et. Al. Dimensiones demográficas y de salud en América Latina y el Caribe. La atención de los ancianos. Un desafío de los años noventa. Washington DC OPS.

12-Castellanos Cabrera, Roxana. (2003). Psicología selección de textos. Editorial Félix Varela. La Habana.

13-Morales Calatayud, Francisco. (2004). Psicología de la salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo. Inst. Cub. Del Libro. Ed. Ciencia y Técnica, Ciudad Habana, Cuba.

14-Bayarre Veá H, Oliva Pérez M, Horsford Saing R, Ranero Aparicio V, Coutin Marie G, Díaz Llanes G. Libro de Texto de Metodología de la Investigación en APS. ISCMH-ENSAP: La Habana; 2004.

15- Astraín Rodríguez ME. Estadística Descriptiva. ENSAP: La Habana; 2001.

16- Albala C, Vio F, Yáñez M, .Transición epidemiológica en América Latina: Comparación de cuatro países .Rev. Med Chile; 122:719-727,2005.

17- Barras, LC. Aspectos sociales del envejecimiento, 1994
Informes estadísticos de la Dirección Nacional del Adulto Mayor. La Habana; 2005.

18- Loida Barrera Guíñez.Luz Marina Silva Concha. "Intervención de Terapia Ocupacional en Síndrome de Inmovilización instaurado".Revista Chilena de Terapia Ocupacional.Nº5, Noviembre 2005.

19- BERGSTROM N, BRADEN B. A prospective study score risk among elderly. JAGS 1992; 40: 747-58.

20- Carrasco García. Mayra R, Hernández Mojena Guillermo, Gómez Hernández Miguela, Dueñas Barbadillo Francisco. Inmovilidad. Síndrome de Importancia en Clínica Geriátrica. Universidad de Ciencias Médica de la Habana- Cuba. Facultad Salvador Allende.2005.

21- Bioética y vejez. El proceso de desvalimiento como constructo biográfico. En: Bioética 2. Santiago de Chile; 2006.

22- Dr. Dysmart Hernández Barrios: Editor Principal. Especialista de I Grado en Medicina Física y Rehabilitación | Hospital Provincial "Manuel Ascunce Domenech", MINSAP| calle e/ Municipio, Camagüey, CP, Cuba.

23- Álvarez Sintés .Principales afecciones del individuo en los contextos familiar y social .Medicina General Integral, Cuba ,2001.

24- Segura JM, Bastida N, Riba M. Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. Aten Primaria 1998; 21: 431-6.

25- Arita B y Arauz J (1999). Afrontamiento, estrés y ansiedad asociados al síndrome de burnout en enfermeras. Psicología y Salud, 14: 87-94.

26- Arita B (2008) Modelo para la investigación del proceso del síndrome de burnout. Psicología y Salud, 11 (1): 73-80.

27- Cardazo L, Leyva S. Afecciones comunes en el adulto mayor.En: Matarama M .La habana: Editorial Ciencias Medicas; 2007.p.680-96.

28- Dirección de Estadísticas, (2005). "Anuario Estadístico de Salud, 2004. República de Cuba". La Habana.2005.

29- Anciano (dignidad)." Microsoft Encarta 2007. Microsoft Corporación, 2006.

30- Bioética y vejez. El proceso de desvalimiento como constructo biográfico. En: Bioética 2. Santiago de Chile; 2006.

31- Dirección de Estadísticas, (2005). "Temas de Estadísticas de Salud". República de Cuba. La Habana; 2005.

32- Jorge Vidal. Anatomía, Fisiología e Higiene. 40 ediciones. Argentina: Buenos Aires. Editorial Estella. 1999; P153 – 172.2004.

33- Hernández Z (2001). Formación del alumno del área de ciencias de la salud en la atención del paciente de la tercera edad. Psicología y Salud, 11 (2): 31-37. [[Links](#)]

34- MSc. Juan Francisco Tejera Concepción jtejera@ucf.edu.cu Profesor Auxiliar. Carrera de Medicina. J.M. Espinosa almendro. El anciano en atención primaria. Documento 2- El entorno vital del anciano como lugar de investigación del médico de familia. 2005.

35- Antonuccio Osma N. La Salud Mental en la 3ra. Edad. Psicogeriatría. Buenos Aires. Ediciones Akadia 2006.

- 36- MR García-Palmieri. La rehabilitación en el adulto mayor de 65 años. Archivos de Cardiología de México Vol. 74, Supl. 2, 60 Aniversario/Abril-Junio 2004:S198-S201.
- 37- Rozo Alfredo, Jaime Borrero. Nefr.
- 38- Senado Dumoy J. Los factores de riesgo en el proceso salud enfermedad. Rev. Cubana Med Gen Integr 2007; 15(4):453-60.
- 39- Eugene Braunwald, StephenL. Huaser. Y cols. Harrison, Principios de Medicina Interna. 15° edición. Ed. McGraw – Hill. España, Madrid: Interamericana. 2006.
- 40- Claude Bennet, Fred Pluma y cols. Cecil, Tratado de Medicina Interna. 20° edición. México: Ed. McGraw – Hill Interamericana. 1999.
- 41- Hernández Valenti, C. Manozman, y cols. Diagnóstico y tratamiento 19° edición. España, Madrid: Ed. Harcourt. 2005.
- 42- ELIZASU, C. La animación con personas mayores. Editorial CCS. Madrid. 2005.
- 43- GUYTON, Arthur C/MAY, Jhon E, TRATADO DE FISIOLOGÍA MÉDICA, Décima Edición, Mc Graw Hill Interamericana, México, D.F, 2008
- 44- C. Jiménez Rojas y B Carrillo Manrique, Manual de Geriatria Salgado Alba, Editorial Masson, 3ª Edición, Barcelona. 2002).
- 45- (J .I. González Montalvo y T. Alarcón Alarcón. Grandes Síndromes Geriátricos, concepto y prevención de los más importantes, Medicine 2003, 8 (108):5778-5785).
- 46- Fred F. Ferri. Diagnóstico y tratamiento en Medicina Interna. España, Madrid: Editorial Harcourt; 2005.
- 47- Bautista LE, Vera-Cala IM, Villamil L, Silvia SM, Peña I, luna LV. Factores de riesgo asociados en adultos de Bucaramanga, Colombia. Salud Pública Méx. [Serie en Internet] 2004 [citado 28 Abr 2006]; 44:399-405. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.htm>.
- 48- JONES, D, SHEENA, E, HARTERY T, et al. Sociology and Occupational Therapy. Leisure. Chapter 14. Churchill Livingston. 2007.

- 49- Martínez Querol C y col. Polifarmacia en los adultos mayores. Rev. Cubana Med Gen Integr 2005; 21(1-2)
- 50- HARPER C M, LYLES Y. Physiology and complications of bed rest. JAGS 2006.
- 51- Hierrezuelo Cortina, Susana. Síndrome de inmovilidad en el adulto mayor. Orientaciones en su rehabilitación. 2006.
- 52- ELIZASU, C. Animación estimulativa para personas mayores. Narcea de Ediciones. Madrid. 2000.
- 53- YOUNGSTROM, Mary. The Occupational Therapy Practice Framework: The evolution of Our Professional Language. AJOT. November – December 2002.
- 54- SILLIMAN R. The social and functional consequences of stroke for elderly patients. Stroke 2006.
- 55- GUILLÉN LLERA, F.: “Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico”. Editorial Masson S.A. Barcelona, 2006.
- 56 – MOSEY, A. Social Participation. 1996, p 340; In: YOUNGSTROM, Mary. The Occupational Therapy Practice Framework: The evolution of Our Professional Language. AJOT. November – December .
- 57- Scharll M. Actividad física en la Tercera edad. Editorial Paidotubo, España 2000.
- 58- Bencomo Pérez P. Análisis de una metodología en un Programa de ejercicios físicos terapéuticos para el mejoramiento de la masa muscular en adultos mayores con osteoporosis , 2003.
- 59- La salud del adulto mayor en el siglo XXI 1999 –2006. Rev. Cubana Enfermería v.21n (3) Ciudad de la Habana sep.-dic.2005.
- 60- Valderrama H (1997). Manual argentino para el cuidado de ancianos. Santa Fe: Imprenta Lux.

61- Carnevali D L, Patrick M. Tratado de Geriátría y Gerontología. 2ª edición. Mexico: Interamericana; 2006.

62-Daichman I (2006). La difícil tarea de cuidar. En: Primeras jornadas internacionales para una mejor conciencia gerontológica. Buenos Aires: AMAOTE (Asociación Mutual de Agentes de Organismos de la Tercera Edad). Pp 59. [[Links](#)]

63- Dinamarca Montesinos, Jose Luis Reconceptualización del síndrome de inmovilidad . Hospital Geriátrico de Limache. 2007.

64- Flórez J, Adeva M, García M (2006). Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. España , Medicina y Humanidades. 1: 12-18.

65- Barrera Guíñez Loida.. "Intervención de Terapia Ocupacional en Síndrome de Inmovilización instaurado".Revista Chilena de Terapia Ocupacional.Nº5, Noviembre 2005.

66- Trejo Maturana. Carlos. Médico Internista Jefe Unidad de Gestión Clínica del Anciano. Hospital Padre Hurtado. Santiago de Chile. Bioética @ chi. OPS-OMS-org .2005.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana
Apdo. Postal 478, Xalapa, Veracruz.
e-mail: Méxicozhernandez@uv.mx

2. Chacón M (1995). El burnout en personal de enfermería. Memorias del Congreso Internacional de Dolor y Cuidados paliativos. Puerto Vallarta, México: Comité Organizador del Congreso. [[Links](#)]
 3. Chacón M y Grau J (1997). Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. Revista Cubana de Oncología, 13 (2): 118-125. [[Links](#)]
 4. Chacón M y Grau J (2003). Burnout en los equipos de cuidados paliativos; evaluación e intervención. En M. Gómez Sancho (Ed.): Avances en cuidados paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS; cap. 78, t.3, pp.213-221. [[Links](#)]
 5. Evans L, Connis T, Haselkorn K (1998). Hospital-based rehabilitative care versus outpatient services: Effect on functioning and health status. Disabil Rehabil, 20(8):298-307. [[Links](#)]
 6. Galinsky D (1994). Psicogeriatría: Bases, organización y experiencia. En: J. Buendía (Comp.). Envejecimiento y psicología de la salud. Murcia: Siglo Veintiuno Editores: 436-437. [[Links](#)]
 7. Programa de la Consejería de Salud dirigido por la Escuela Andaluza de Salud Pública consejo de redacción redactor jefe: José Ma Recalde Manrique. S E C R E T. R E D A C C I O N: Antonio Matas Hoces. (REFERENCIA NIC¹ 3540).

 8. García M (1991). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones, 7 (18): 3-12. [[Links](#)]
 9. George K y Gwiter P (1986). Caregiver well-being; a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. The Gerontologist, 26: 253-259. [[Links](#)]
 10. Gil-Monte R, Peiró M y Valcárcel P (1996). Influencias de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: Un estudio
-

en una muestra de profesionales de enfermería. *Psicología social aplicada*, 6 (2): 37-57. [[Links](#)]

11. Grau J y Chacón M (1999a). Burnout: una amenaza a los equipos de salud. Trabajo presentado en el Seminario del Capítulo del Valle de Cauca en la asociación Colombiana de Psicología de la Salud, Cali, Col. Pp 37-52. [[Links](#)]
12. Grau J y Chacón M (1999b). Burnout: una amenaza a los equipos de cuidados paliativos. *Memorias del IV Curso Nacional de Cuidados Paliativos*. México: Instituto Nacional de Cancerología. Pp 55-67. [[Links](#)]
13. Hernández Z y Muñoz M (2008). Propuesta de un modelo de atención geriátrica. *Psicología y Salud*, 13 (2): 187-192. [[Links](#)]
14. Prieto Ramos O, Vega García E. *Atención del anciano en Cuba. Desarrollo y perspectiva*. 2da ed. La Habana: Editado por PALCO. 2006.
15. Krassoievitch M (2001). *Psicoterapia Geriátrica*. México: Fondo de Cultura Económica. [[Links](#)]
16. Lara M, Acevedo M y López E (1996). Tensión laboral en el trabajo de Enfermería. *Psicología y salud*, 8: 19-32. [[Links](#)]

ANEXO 1

Escalas de valoración del grado de movilidad.

Ramsome, 1980.

Buena Movilidad	Casi completa ó total
Moderada	Capacidad funcional limitada pero aceptable.
Deficiente	Se precisa ayuda física.

Frazer, 1979

Movilidad independiente

Ligeramente limitada.

Limitada al domicilio: ligeras tareas domesticas.

Limitada al domicilio: cuidado personal AVD.

Limitada al domicilio: precisa ayuda para las AVD.

Limitada a silla: precisa ayuda para las AVD.

Totalmente dependiente.

CRITERIOS DE REMISION PARA EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE

ATENCIÓN GERONTOLÓGICA (EMAG)

(Anciano Frágil).

- ◆ Doble incontinencia.
- ◆ Alteraciones de la movilidad y el equilibrio < 4 según EGEF.
- ◆ Polifarmacia (uso de medicamentos < 3).
- ◆ Alteraciones de todos los ítems del EGEF en 4 o menos.
- ◆ APP de Síndrome Demencial con:
 - Alteraciones del estado emocional
 - Alteraciones del sueño
 - Alteraciones de la movilidad
 - Alteraciones del uso de medicamentos
 - Deficiente apoyo familiar
 - Deficiente apoyo social
 - Mala situación económica
- ◆ Cualquier combinación de los problemas sociales (situación familiar, social y económica)
- ◆ menores de 4 según EGEF
- ◆ Alteraciones del estado funcional global menor de 4 según EGEF
- ◆ Mayor de 80 años con alguna alteración del EGEF
- ◆ Anciano sólo con alguna alteración del EGEF
- ◆ Alteraciones de la memoria menor de 4 según EGE

ANEXO 2.

CONSENTIMIENTO INFOMADO PARA LAS CUIDADORAS DE ADULTOS MAYORES EN EL HOGAR DEL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO MORÓN DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN.

Yo _____

acepto participar en el estudio a realizar de forma voluntaria, para elevar el nivel de conocimientos sobre Síndrome de inmovilización aguda, con la seguridad de que la información allí obtenida será de gran importancia para ayudar al mantenimiento de la salud de los adultos mayores.

Para que así conste, firmo junto a la Doctora que me brinda las explicaciones.

Firma de la persona

Firma Dra.

ANEXO 3

Encuesta.

Este cuestionario es anónimo, tiene como objetivo conocer algunos aspectos relacionados con la aparición del Síndrome de inmovilización aguda en los adultos mayores con riesgo, agradecemos su ayuda con respuestas sinceras.

Edad_____ Sexo_____ Ocupación_____

Escolaridad:

Primaria____ Secundaria____ Nivel Medio Superior____

1- ¿Cuáles son las causas que con más frecuencia provocan el desarrollo de la aparición del Síndrome de inmovilización aguda en el adulto mayor?

Marque con una **x** el espacio que usted cree correcto

1.1 ___fracturas

1.2___ inestabilidad y miedo a caídas

1.3___ malnutrición

1.4___ traumatismos

1.5___ alteraciones visuales y auditivas

1.6___ ancianidad.

1.7___ alteraciones del equilibrio

1.7___ afecciones Músculo esqueléticas

1.8___ enfermedad mental (depresión)

2- ¿Cuáles son los signos y síntomas del Síndrome de inmovilización aguda?

Marque con una **X** el espacio que usted cree correcto.

2.1___ deformidad de las articulaciones

2.2___ contracturas dolorosas

2.3___ impotencia funcional

2.4___ inmovilidad por dolor

2.5___ atrofia muscular

3-¿Cómo usted identificaría o detectaría un Síndrome de inmovilización aguda?

Marque con una **x** el espacio que usted cree correcto.

3.1___ por observación directa al adulto mayor donde refiere dolor.

3.2___ disminución del equilibrio.

3.3___ disminución o pérdida de la fuerza muscular.

3.4___ disminución de la amplitud del movimiento articular

4- ¿Conoce cuáles medidas usted llevaría a cabo para prevenir el Síndrome de inmovilización aguda?

Marque con una **x** el espacio que usted cree correcto

4.1___ movimientos pasivos/activos de extremidades.

4.2___ control de enfermedades crónicas

4.3___ animar la deambulaci3n

4.4___ realizar los ejercicios de movilizaci3n por lo menos 2 veces al d3a.

4.5___ Incorporar elementos de autoayuda

ANEXO 4

1) TÍTULO: PROGRAMA EDUCATIVO PARA ELEVAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE SINDROME DE INMOVILIZACIÓN AGUDA.

2) FUNDAMENTACIÓN:

El Ministerio de Salud Pública se encuentra en todo un proceso de perfeccionamiento, en la atención al adulto mayor, como parte de este proceso, un elemento importante es la capacitación a las cuidadoras de los adultos mayores para una mejor vigilancia y prevención de Síndrome de Inmovilización aguda, es por esto que se diseñó este curso para enfrentar el gran síndrome geriátrico que afecta tanto al hombre en la tercera edad.

3) REQUISITOS DE INGRESOS:

Cuidadoras de adultos mayores con riesgo del Hogar del Adulto Mayor del municipio Morón.

4) DURACION:

16 frecuencias (Se realizaron 16 encuentros de 30 minutos de duración, con dos frecuencias semanales)

5) MODALIDAD:

Curso Municipal.

6) PERFIL DEL EGRESADO:

El egresado de este curso contará con el conocimiento necesario para la prevención del Síndrome de inmovilización aguda y sabrá a quien dirigirse o acudir en caso necesario.

7) ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIO Y ASPECTOS ORGANIZATIVOS:

SEMANAS LECTIVAS: 8

FRECUENCIA SEMANAL: 16 frecuencias (Se realizaron 16 encuentros de 60 minutos de duración, con dos frecuencias semanales

TOTAL DE HORAS: 64horas

Se realizará en el propio Hogar del Adulto Mayor, con una matrícula de 29 cursitas la cual se dividirá en 2 subgrupos de 15 y 14 personas cada uno, recibirán 4 encuentros en 2 semanas lectivas del curso.

El mismo se planificará de la siguiente forma

Cursos	Fecha de inicio	Fecha de terminación
Primera vez	5/10/09	5/4/10

PROGRAMA ANALÍTICO:

Todos los temas que son tratados en el curso se han preparado con aplicación a situaciones problemáticas de salud en relación con la metodología de OMS para el control del Síndrome de inmovilización aguda.

SEDE: En el propio Hogar del Adulto Mayor del municipio Morón.

TEMA 1: Introducción

Objetivo: Presentar a los participantes y el programa

Contenidos: Brindar información a los participantes de los propósitos que se persigue con esta investigación. Crear un ambiente positivo para la reflexión grupal, establecer reglas de trabajo del grupo dentro de los cursitas. Reflexionar entorno a la problemática, concepto de Síndrome de inmovilización aguda, antecedentes Históricos y Epidemiología.

Bibliografía

- 1- MSc. Juan Francisco Tejera Concepción Jtejera@ucf.edu.cu Profesor Auxiliar. Carrera de Medicina. J.M. Espinosa almendro. El anciano en atención primaria. Documento 2- El entorno vital del anciano como lugar de investigación del médico de familia. 2005.
- 2- Carlos Trejo Maturana Médico Internista Jefe Unidad de Gestión Clínica del Anciano. Hospital Padre Hurtado. Santiago de Chile. Bioética @ chi. OPS-OMS-org .2005
- 3- Hernández Z (2001). Formación del alumno del área de ciencias de la salud en la atención del paciente de la tercera edad. Psicología y Salud, 11 (2): 31-37. [[Links](#)]

Tema No. 2: El síndrome geriátrico: Síndrome de inmovilización aguda

Objetivo: Analizar los principales factores de riesgos de aparición de Síndrome de inmovilización aguda.

Forma organizativa: Panel

Contenido:

Vías de adquisición de la enfermedad.

Tareas para el tema.

Las cuidadoras identificarán los factores de riesgos de adquisición Síndrome de inmovilización aguda. Para ello dos panelistas (médico y enfermero), realizarán la exposición de los aspectos del sumario y posteriormente los miembros del grupo participarán a través de un intercambio que se realizará mediante un debate de las interrogantes que se formulen.

Bibliografía

- 1- Reconceptualización del síndrome de inmovilidad. Dr. Jose Luis Dinamarca Montesinos. Hospital Geriátrico de Limache.2007
- 2- Hierrezuelo Cortina, Susana. Síndrome de inmovilidad en el Adulto mayor. Orientaciones en su rehabilitación.2006

Tema 3: Principales signos y síntomas de Síndrome de inmovilización aguda.

Objetivo. Presentar los principales signos y síntomas y la conducta a seguir frente a este problema de salud.

Contenido:

Signos y síntomas de Síndrome de inmovilización aguda.

Conducta a seguir ante la sospecha del Síndrome de inmovilización aguda.

Tareas para el tema.

Los cursistas identificarán los diferentes signos y síntomas de Síndrome de inmovilización aguda.

Bibliografía

1- Farreras Valenti, C. Rozman, y cols. Medicina Interna. 14° edición. España, Madrid: Ed. Harcourt. 2004

2- Claude Bennet, Fred Pluma y cols. Cecil, Tratado de Medicina Interna. 20° edición. México: Ed. McGraw – Hill Interamericana. 1999.

3- Dinamarca Montesinos Jose Luis. Reconceptualización del síndrome de inmovilidad Hospital Geriátrico de Limache.2007

Tema 4: Métodos para Identificar el Síndrome de inmovilización aguda.

Objetivos: Identificar el Síndrome de inmovilización aguda.

Contenido:

1) Métodos para identificar el Síndrome de inmovilización aguda.

Tareas para el tema.

Identificar a través de tarjetas y casos simulados los Métodos para identificar el Síndrome de inmovilización aguda.

Bibliografía

1. Jorge Vidal. Anatomía, Fisiología e Higiene. 40 ediciones. Argentina: Buenos Aires. Editorial Estella. ; P153 – 172.2004.

2. Arthur C. Guyton M.D., PhD Jhon E. Hall. Tratado de fisiología Médica. Tomo I, Décima edición. España: Madrid: MacGraw Hill. 2006; P 47 – 111.

3. Fred F. Ferri. Diagnóstico y tratamiento en Medicina Interna. España, Madrid: Editorial Harcourt; 2004.

Tema No.5: Medidas de prevención del Síndrome de inmovilización aguda.

Objetivo 5: Reflexionar acerca del cumplimiento de las medidas de prevención del Síndrome de inmovilización aguda.

Contenido:

1).Orientar las medidas de prevención.

2) Conducta a seguir ante la enfermedad.

Tareas para el tema.

Esta actividad se dedicará a trabajar en función de elevar los conocimientos fundamentales de las cuidadoras sobre las medidas de prevención tales como: movimientos pasivos/activos de extremidades, incorporar elementos de autoayuda, apoyo y orientación Psicológica, crear espacios adecuado de entretenimiento y recreación para los adultos, convencer al adulto mayor para que camine y realice los ejercicios por lo menos 2 veces al día.

Bibliografía

1- Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana
Apdo. Postal 478, Xalapa, Veracruz.
e-mail: Méxicozhernandez@uv.mx

2- HARPER C M, LYLES Y. Physiology and complications of bed rest. JAGS 1988; 36: 1047-54.

3- Hierrezuelo Cortina, Susana. Síndrome de inmovilidad Aguda en el adulto mayor. Orientaciones en su rehabilitación. 2006

Tema: Cierre y evaluación.

Objetivos: Valorar la trascendencia de lo que han debatido y la utilidad para su vida práctica.

Contenido:

Integración de los temas abordados en los encuentros.

Aplicación de la encuesta.

Tareas para el tema.

En esta actividad los coordinadores realizaron una integración de los contenidos abordados en los encuentros valorando la importancia que revisten los mismos para el bienestar individual de cada uno de los participantes.

Bibliografía

1- Dinamarca Montesinos. Jose Luis. Reconceptualización del síndrome de inmovilidad. Hospital Geriátrico de Limache.2007

2- Hierrezuelo Cortina, Susana. Síndrome de inmovilidad en el Adulto mayor. Orientaciones en su rehabilitación.2006

9) METODOS:

Conferencia, Taller, Clase Práctica.

10) RECURSOS Y MEDIOS DE ENSEÑANZA:

Pizarra y plumones

Transparencias y retroproyector, Computadora, moden, vídeo y scanner para obtener información actualizada de bases de datos bibliográficas.

11) CLAUSTRO:

Dra. Amarilys de la Caridad Noda Espinosa. Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor

Dra. Madelyn Brito Orreilly. Especialista de primer grado en Medicina General Integral

Lic. Olga Triana Pérez. Licenciada en enfermería.

12) ESTRATEGIA

PROGRAMA DE CLASES

Tema	Contenido	Tipo de enseñanza				Total de Horas	Fecha	Prof.
		Conf.	CTP	Sem	Taller			
1	<p>Brindar información a los participantes de los propósitos que perseguimos con esta investigación.</p> <p>Crear un ambiente positivo para la reflexión grupal, establecer reglas de trabajo del grupo dentro de las cuidadoras y</p> <p>Reflexionar entorno a la problemática.</p> <p>Concepto de Síndrome de inmovilización</p>	4h				4h	5-10-09 9-10-09	Dra. Amarily s

	aguda, antecedentes Históricos y Epidemiología.							
2	Principales factores de riesgo del Síndrome de inmovilización aguda.	4h					12-10- 09 17-10- 09	Amarily s
3	Signos y síntomas del Síndrome de inmovilización aguda. Conducta a seguir ante la sospecha del Síndrome de inmovilización aguda. Tareas para el tema.	4h		4h		8h	19- 10-09 23-10- 09	Amarily s

	Los cursistas identificarán los diferentes signos y síntomas del Síndrome de inmovilización aguda.							
4	Identificar a través de tarjetas y casos simulados los Métodos para detectar el Síndrome de inmovilización aguda.	4h	4h			8h		Amarily s
5	Medidas de prevención para evitar la aparición del Síndrome de inmovilización aguda.	4h				4h	2-11-09 6-11-09	Amarily s

Total	24h	4h	4h		32h		
Total de horas del curso	128h						

13) EVALUACION:

La asistencia y puntualidad.

La participación será basada en la apreciación del profesor en las discusiones de grupo y en los ejercicios. Aportará 20 puntos.

La evaluación final será un examen teórico práctico e integrador donde se separará en 2 Subgrupos.

ANEXO 5

A partir de estos se establecieron las dimensiones y los indicadores, así como la técnica o ítem que evaluará los mismos

Variable dependiente	Indicadores/ dimensiones	Técnica que utilizó o ítem que evalúa
1. Nivel de conocimiento sobre el Síndrome de inmovilización aguda	<p>- Alto: Si conocen 4 factores de riesgo de aparición del síndrome geriátrico, si marcan correctamente los 4 a 5 signos y síntomas más frecuentes, si identifica cuatro formas de diagnosticar el Síndrome de inmovilización aguda, si marca 5 medidas de prevención.</p> <p>- Medio: Si conocen 3 factores de riesgo de aparición del síndrome geriátrico, si marcan correctamente 3 de los signos y síntomas más frecuentes, si identifica 2 a 3 formas de diagnosticar el Síndrome de inmovilización aguda, si marca 3 a 4 medidas de prevención.</p> <p>-Bajo: Si conocen 2 factores de riesgo de aparición del síndrome geriátrico, si marcan correctamente</p>	<p>- Encuesta</p> <p>Pregunta: 1</p> <p>Incisos: 1.1,1.2,1.3,1.4</p> <p>Valor del ítem 20 puntos, equivalente a 5 puntos por inciso.</p> <p>Pregunta:2</p> <p>Incisos:2.1,2.2,2.3, 2.4,2.5</p> <p>Valor del ítem 25 puntos, equivalente a 5 puntos cada uno.</p> <p>Pregunta:3</p> <p>Incisos: 3.1,3.2,3.3,3.4</p> <p>Valor del ítem 20 puntos, equivalente a 5 puntos cada uno.</p> <p>Pregunta:4</p> <p>Incisos:</p>

	2 de los signos y síntomas más frecuentes, si identifica 1 forma de detectar el síndrome, si marca 2 o menos medidas de prevención.	4.1,4.2,4.3,4.4,4.5 Valor del ítem 35 puntos, equivalente a 7 puntos cada uno.
--	---	---

ANEXO 6. Folleto

Síndrome de Inmovilización Aguda:

Reducción de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones relacionadas con el sistema neuro-músculo-esquelético



NO OLVIDAR QUE: En los Adultos Mayores debe siempre ser evaluada su AVD previa al evento que provocó la inmovilización, siempre comenzar tempranamente la Rehabilitación, no debemos subestimar las posibilidades de recuperación de funciones.

ANEXO 6

SIGNOS Y SINTOMAS:

- Deformidad de las articulaciones, apareciendo contracturas dolorosas.
- Impotencia funcional o inmovilidad por dolor.
- Se pierde la amplitud normal del movimiento articular.
- Atrofia muscular y de ligamentos.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN.

- Movimientos pasivos/activos de extremidades.
- Control de enfermedades crónicas.



FACTORES DE RIESGO

- Inestabilidad, miedo a caídas.
- Fracturas, traumatismos.
- alteraciones del equilibrio
- Afecciones cardiopulmonares.
- Enfermedades osteomioarticulares.
- Alteraciones visuales y auditivas, entre otras.
- Ancianidad.

Autora: Dra. Amarilys Noda Espinosa

Y no Olvides

**Toma las medidas
necesarias para
prevenir el Síndrome
de inmovilización**