



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Unidad Académica de Salud del Adulto y Anciano

Protocolo de Investigación
Prevalencia del Síndrome de
Inmovilidad en personas
mayores ingresadas en el servicio
Médico Quirúrgico en un Hospital
Público de la Regional Este

Autores:

Br: Arce Patricia C.I: 35595103

Br: Fernández Marcia C.I: 48884006

Br: Mesa Karen C.I: 48893958

Br: Viera Alejandro C.I: 52507715

Br: Viera Lilian C.I: 31332995

Tutores:

Prof. Mag. Isabel Silva

Prof. Adj. Mag. Florencia Pisón

Rocha- Maldonado



CONTENIDO

INTRODUCCION	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
OBJETIVO GENERAL	3
OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
JUSTIFICACION	4
ANTECEDENTES	8
DISEÑO METODOLOGICO	26
Referencias bibliográficas	40
ANEXO N° 1	46
Instrumento de caracterización de la población	46



LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD	Actividades Básicas de la Vida diaria
ACV	Accidente cerebro vascular
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
AVD	Actividad de la vida diaria
CEI	Consejo Internacional de Enfermería
EEII	Extremidades inferiores
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
HDL	Lipoproteína de alta densidad
ITU	Infección del tracto urinario
MIDES	Ministerio de desarrollo Social
MQ	Médico Quirúrgico
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PM	Persona Mayor
SDM	Síndrome de inmovilidad
TEP	Trombo embolismo pulmonar
TVP	Trombosis venosa profunda
UPP	Úlcera por presión



INTRODUCCION

El siguiente Protocolo de Investigación fue realizado por cinco estudiantes pertenecientes a la Facultad de Enfermería, CURE Rocha, cursando el cuarto ciclo de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, Plan 93, Generación 2017. Nuestro grupo fue incluido en el plan egreso, según lo determinado por el Departamento de Educación.

El síndrome de inmovilidad acorde a la definición de la Real Academia Española se define como “un conjunto de signos y síntomas, que juntos o separados, con presencia simultánea o no, provocan una serie de cambios y alteraciones asociados a procesos patológicos, con unas causas de producción más o menos claras”. (1)

El síndrome de inmovilidad es descrito por Jiménez Rojas C et al. 2002 (2) como el

“Descenso de la capacidad para desempeñar las AVD 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 deambulación.”

En las PM es una afectación de alta mortalidad y de alta frecuencia de presentación durante la internación pudiendo provocar la aparición de complicaciones de diversa índole alargando su estadía y deteriorando su funcionalidad y autonomía.

Es entonces que para la presente investigación se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de inmovilidad en las personas mayores hospitalizadas en el segundo nivel de atención, en un hospital público de la región este, en un período determinado?



El diseño de investigación corresponde a un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La población en estudio corresponderá a PM de 65 años, que se encuentren internadas en un hospital público de la región este en el segundo nivel de atención, en el período de la investigación. La muestra será no probabilística, por conveniencia, de las personas mayores de 65 años que cumplan con los criterios de selección.

El objetivo será determinar cuál es la prevalencia del Síndrome de Inmovilidad (SDM) en las personas mayores (PM) hospitalizadas en el Hospital Regional del Este, a través de la aplicación de un instrumento de elaboración propia el cual consta de una serie de preguntas de opción múltiple destinadas a caracterizar la población y describir la situación funcional de las PM hospitalizadas (Anexo 1) y la aplicación de las Escalas de Downton, Índice de Barthel y Lawton y Brody. (Anexo 2). Todos los instrumentos de recolección de datos serán administrados por los investigadores a cargo del estudio, previéndose la realización de una prueba piloto antes de su aplicación.

La importancia de dicho estudio para enfermería radica en poder determinar de forma oportuna la presencia de dicho síndrome, permitiendo a los profesionales asumir una actitud proactiva, que contribuya a prevenir complicaciones evitando la institucionalización del adulto mayor.

Se procesarán los datos mediante una base de datos de Excel, y se realizará el análisis estadístico de las variables cuantitativas mediante el cálculo de medidas estadísticas de resumen (media, Moda, mediana) y de dispersión (desvío estándar). Para el caso de las variables cualitativas se realizará análisis mediante tablas de frecuencias.

La aplicación del protocolo presenta un potencial valioso debido a su incidencia dentro de los 3 niveles de prevención (2). Una detección temprana permitiría implementar un plan de cuidados individualizados a tiempo que impida que las



restricciones físicas que pudieran aparecer en la hospitalización desencadenen el inicio de la dependencia para alguna de las AVD.

Palabras clave

Inmovilidad, síndrome de inmovilidad, persona mayor, envejecimiento, hospitalización / internación, cuidados de enfermería.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de inmovilidad en las personas mayores hospitalizadas en el segundo nivel de atención, en un hospital público de la región este, en un período determinado?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia del síndrome de inmovilidad de las personas mayores hospitalizadas en el servicio médico quirúrgico de un hospital público Regional del Este.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar la población de PM internadas en el servicio de MQ del Hospital Público Región Este.
- Identificar cual es el sexo mas afectado por el síndrome de inmovilidad dentro de la población en estudio.
- Identificar las consecuencias que genera el SDI en las PM.



JUSTIFICACION

En las últimas décadas se produjo un crecimiento sostenido de la población de adulto mayores, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. Se estima, según un informe de las Naciones Unidas, publicado en 2018 (3), que entre 2015 y 2030 la población de 60 años y más experimentará un incremento del 64%, siendo éste el grupo de edad que tendrá un crecimiento exponencial. Actualmente se calcula que a nivel mundial existen alrededor de 600 millones de personas mayores de 60 años. (4)

Por su parte, según dicho informe, América Latina y el Caribe, experimentará un cambio sin precedentes en su historia, en donde para el año 2037 se estima que la proporción de personas mayores de 60 años sobrepasará a la proporción de menores de 15 años. (5) Según un informe del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) publicado en 2018 (4), la población mayor de 60 años pasaría de un nivel actual del 11% al 25% en un periodo de tiempo de 35 años.

En Uruguay, según datos del Censo nacional del 2011(3), el 14% de las personas tienen más de 64 años, y dentro de ese conjunto, existen más de 500 personas superan los 100 años. Por tanto, nuestro país posee una estructura poblacional envejecida.

Menéndez, G en su estudio: *La revolución de la longevidad: cambio tecnológico, envejecimiento poblacional y transformación cultural publicado en 2017* (9) señala: “vivimos una “transformación silenciosa”, en donde cada vez más personas están viviendo más años, y, por tanto, si se combina con descensos en las tasas de natalidad, se produce un constante envejecimiento de la población”.

Cabe señalar que, según Sánchez Fernández G, en su estudio publicado en 2018 (10), si bien este aumento en la esperanza de vida es un indicador de mejor estado de salud en la población de edad temprana, también se relaciona con un



aumento en la aparición de enfermedades crónicas y degenerativas que afectan la calidad de vida de las personas mayores.

Es decir, a medida que las sociedades envejecen, aumenta el número de personas que presentan dificultades en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), y por ende aumenta el número de personas mayores que necesitan el cuidado de los demás para la realización de las mismas.

A este respecto, según Bernard, (2003) en Quintero Osorio MA (8) es importante hacer referencia también a los llamados síndromes geriátricos, definidos como un cuadro originado por una serie de enfermedades con elevada prevalencia en la población geriátrica, con frecuencia afectan la funcionalidad y autonomía, asociados a problemas socio familiares y con inadecuado control, con la consecuente pérdida de funcionalidad, autonomía y, por consiguiente, deterioro de la calidad de vida

Dentro de los síndromes geriátricos, según Jiménez Rojas C et al. 2002 (9), el más frecuente es el síndrome de inmovilidad, siendo descripto como el

“Descenso de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria (AVD) 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.”

Por su parte, en un estudio realizado en el a3o 2019 en Cuba por del Sol Perera M et al. (10), se3ala que:

“El 18 % de personas mayores de 65 a3os presentan problemas para movilizarse por s3 mismos y a partir de los 75 a3os, m3s del 50 % tienen dificultades para salir de su casa. Un 20 % de estos 3ltimos son confinados a su domicilio. Del 7 a 22 % de los pacientes geri3tricos hospitalizados sufren restricciones f3sicas, ya sea en el postoperatorio



inmediato o por alteraciones del estado mental o caídas. El 59 % de los ancianos ingresados en unidades de agudos inician dependencia en una nueva actividad de la vida diaria (AVD)”.

Según un informe de la OMS (2015), llamado “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud” (3):

“Las personas mayores hacen aportes a la sociedad de muchas maneras, ya sea en el seno de sus familias, en la comunidad local o en la sociedad en general. Sin embargo, el alcance de esos recursos humanos y sociales y las oportunidades que tendremos al envejecer dependerán en gran medida de algo fundamental: nuestra salud. Si las personas viven esos años adicionales de vida en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran apenas tendrá límites. Pero si esos años adicionales se caracterizan por la disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad serán mucho más negativas”.

Es por ello, por lo que el rol de enfermería en las PM hospitalizadas debe comprender una adecuada valoración y brindar una atención de enfermería de calidad, capaz de detectar, prevenir, e intervenir precozmente sobre las condiciones de inmovilidad, a fin de prevenir o tratar las complicaciones intrahospitalarias.

En ese sentido, y teniendo en cuenta la importancia del rol de enfermería y que:

- según Rojano I Luque X et al. (11) las personas mayores (entendiendo como tales las de 65 años o más) representan un alto porcentaje de los pacientes hospitalizados.

- el riesgo de presentar algún tipo de inmovilidad se ve incrementado con la edad,



- Según Ulloa Chávez O et al.; *“la inmovilidad es una entidad sindrómica que deteriora de manera significativa la calidad de vida de los adultos mayores ya que el anciano inmovilizado es un paciente de alto riesgo para la aparición de complicaciones”*.

- el reposo prolongado en cama y la disminución de la actividad física en las personas mayores puede agravar patológicas relacionadas especialmente con los sistemas cardiovascular, respiratorio y musculo esquelético.

- existe evidencia de que *“hasta el 33% de los adultos mayores hospitalizados presentarán deterioro funcional en al menos una de las AVD y se incrementa a acerca del 50% cuando superan los 80 años de edad”*. (12)

- la falta de movilidad en adultos mayores provoca un desacondicionamiento físico, que además de agravar la enfermedad preexistente que motivó su hospitalización, provoca un aumento en los días de hospitalización.

- dentro de las estrategias planteadas por la OPS, en su *“Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable”*, se encuentran: la idoneidad de los sistemas de salud para afrontar los retos asociados con el envejecimiento de la población, la capacitación de los recursos humanos necesarios para afrontar este reto y la importancia de generar la información necesaria para ejecutar y evaluar las acciones que mejoren la salud de las personas mayores. (12)

Consideramos de interés la realización de este estudio, que pretende caracterizar a la población de personas mayores hospitalizadas y determinar la prevalencia del síndrome de inmovilidad en las mismas. Además, permitirá a los profesionales de enfermería identificar cuáles son las consecuencias asociadas al SDI, y así constituirse en una herramienta útil al momento de poder planificar el proceso de atención de enfermería (PAE) incluyendo intervenciones multidisciplinarias que permitan prevenir o actuar, para no agravar la dependencia durante la internación y mejorar así la calidad de vida de las PM.



Desde este lugar, se reconoce la necesidad de adicionar nuevas formas de abordaje integral en los tres niveles de prevención (13) desde una vida activa, una detección precoz de la enfermedad y en caso de no ser evitable un tratamiento adecuado para la recuperación, como el control postural.

ANTECEDENTES

Se llevó a cabo una búsqueda de artículos científicos en las bases de datos SCIELO, LILAC y ELSEVIER con los descriptores “Síndrome de inmovilidad”, “inmovilidad”, “persona mayor”, “adulto mayor”, “hospitalización”, “cuidados de enfermería” y “envejecimiento”, en idioma español, con fecha de publicación desde enero 2017 hasta agosto 2022.

Los criterios de inclusión fueron: artículos originales en texto completo en español, en áreas de Enfermería, investigación y salud, mientras que se excluyeron editoriales, cartas, artículos de opinión y reflexión o ensayo.

Se encontraron 271 artículos, donde no se detectaron artículos nacionales relacionados con nuestro tema de estudio. En base a una lectura detenida de los títulos y resúmenes de los artículos encontrados, de la cantidad ya mencionada, por los diferentes buscadores y criterios de inclusión; Se obtuvo una muestra de cuatro artículos internacionales que cumplían con dichos criterios, siendo los mismos originales (100%), descriptivos retrospectivos (50%), metodología de cohorte (25%) y observacional prospectivo (25%). Desestimado los 267 artículos restante, los cuales no eran relacionados y de interés con nuestra investigación.

Según estudio de Enfermería realizado por Laguado Jaimes E et al., año 2017, (14) la funcionalidad en el adulto mayor constituye un eje principal para fortalecer el envejecimiento activo; ante el incremento de este grupo poblacional, factor



que limita la capacidad física, mental y social requieren acciones que disminuyan la dependencia lo cual contribuye a un deterioro mayor.

El objetivo de dicho estudio fue determinar la funcionalidad y grado de dependencia en el adulto mayor; y el estudio realizado fue descriptivo retrospectivo con una muestra de 60 adultos mayores institucionalizados y seleccionados por muestreo no probabilístico, los instrumentos utilizados para dicha investigación fueron escala de valoración de autonomía funcional (EVA) Y escala de valoración, de clasificación y graduación de dependencia.

Un estudio realizado por Ulloa Chávez O et al., 2019 (15) del Policlínico San Miguel del Padrón, de la Ciudad de La Habana, Cuba, tuvo por objetivo caracterizar el comportamiento del síndrome de inmovilidad en los adultos mayores. El mismo fue descriptivo, retrospectivo, en el período comprendido de enero del 2015 a diciembre del 2017. Se tomó una muestra de 145 ancianos que cumplían con los criterios de inclusión. Las variables fueron edad, sexo, hábitos tóxicos, tipo de inmovilidad, causas vinculadas a la inmovilidad y las complicaciones. Donde se llega a la conclusión de que el riesgo de presentar algún tipo de inmovilidad aumenta con la edad y a su vez el sexo femenino es más susceptible a este, siendo la inmovilidad larvada es la más frecuente en los adultos mayores. (15)

Según un estudio realizado por Córcoles-Jimenez M P et al., 2016 (16) en Enfermería Clínica, Revista ELSEVIER, en un Complejo Hospitalario de Albacete, España el cual su objetivo fue determinar la incidencia del deterioro funcional en personas mayores hospitalizadas en el área médica de un Centro Hospitalario de Albacete, España. Dicho estudio fue realizado con metodología de cohortes, y la variable principal fue la pérdida de capacidad para realizar AVD, cabe mencionar que se pudieron utilizar variables demográficas, ingreso,



patologías asociadas, estado cognitivo. Utilizando para la recolección de datos la entrevista presencial al paciente, revisión de HC y seguimiento telefónico al alta. Obteniendo como conclusión que existe un porcentaje elevado de las personas mayores de 65 años, entre los que son previamente independientes, casi una 5ta parte quedan en situación de dependencia en cuanto al síndrome de inmovilidad o deficiencia funcional de personas hospitalizadas. Aunque la atribución no tiene una causal determinante específica.

En otra investigación realizada por Rodríguez C et al., 2020 (17), en el Centro Hospitalario de Porto, Portugal, se trató de describir los cambios en las AVD en personas mayores de 65 años que ingresan con una patología aguda en la unidad médica de un hospital y evaluar el efecto de la edad en la pérdida de la función en las AVD. La metodología utilizada fue un estudio observacional prospectivo, la muestra utilizada fue una selección de personas de 65 o más años ingresados en la unidad médica del hospital público de Portugal en el periodo comprendido entre mayo y septiembre de 2017 por una enfermedad aguda. Midiendo allí el ingreso, dos semanas previas al ingreso y el día del alta, con dichas variables se pudo definir el deterioro funcional o deterioro de la inmovilidad. Se logra evidenciar la necesidad de implementar procesos hospitalarios específicos para prevenir el deterioro funcional en el ingreso y así conseguir mejorar la recuperación funcional.

MARCO TEORICO

A fin de poder comprender la temática de nuestro trabajo es importante definir varios términos enmarcados en nuestra pregunta problema.

Persona mayor:

Según la OMS, 2018 (20) las personas mayores son todas aquellas personas mayores de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías:



- Edad avanzada: 60 – 74 años
- Viejos o Ancianos: 75 – 89 años
- Grandes viejos- Longevos: 90 – 99 años
- Centenarios: Más de 100 años.

En Uruguay, la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, aprobado/a por: Ley N.º 19.430 de 08/09/2016 en su artículo 2 (21) define a las personas mayores como

“Aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor”.

En este sentido, a nivel mundial se habla de envejecimiento poblacional. Estos cambios se han constituido en uno de los fenómenos de mayor impacto del siglo XXI.

Por tanto, es sustancial definir envejecimiento y cuál es el concepto de envejecimiento en la práctica de enfermería.

Envejecimiento

Existen muchas definiciones de envejecimiento y conceptos relacionados con dicho término. Es importante destacar que envejecimiento y vejez no son lo mismo. Ésta última es *“la etapa de la vida en que los síntomas del envejecimiento se hacen más evidentes”* (18) y constituye el autor Alvarado García AM et al., 2014:

“una de las etapas de la vida: la última, donde el ser humano ha alcanzado su máxima expresión de relación con el mundo; ha llegado a la



madurez total a través de una gran cantidad de experiencias adquiridas durante los momentos e instantes disfrutados “.

Por tanto, la vejez forma parte de un concepto más global: el envejecimiento. Este último, según la OMS, 2014, (19) es el:

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

Siendo según la OMS, 2014 (19) desde el punto de vista biológico,

“el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de la capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte”.

Según dichos autores, el envejecimiento puede ser percibido de diferentes formas, dependiendo de varias condiciones, las cuales pueden ser positivas o negativas, pero dependerá de cada persona como deseará vivir esta etapa de la vida. (18-19)

Cuando se habla de condiciones negativas se hace referencia al conjunto de comorbilidades las cuales tienden a generar limitaciones en las AVD, con lo cual pueden aparecer sentimientos negativos que pueden conducir al aislamiento y disminución de la adaptabilidad frente a estas situaciones, disminuyendo la percepción que tiene la persona del propio envejecimiento. (20)

A este respecto, a mediados de los años 60, Bernard I, (21) describió un conjunto de síndromes de elevada prevalencia en pacientes mayores, a los que llamó “Gigantes de la Geriatria”:



- Inmovilidad: incapacidad de desplazarse sin que esto implique ayuda externa y/o riesgo.
- Incontinencia: pérdida involuntaria del control de esfínteres.
- Inestabilidad de la marcha: problemas con el equilibrio y caídas recurrentes.
- Deterioro intelectual: pérdida de las funciones cerebrales, que convierten al sujeto en un ser dependiente.

Síndromes geriátricos

Los síndromes geriátricos son definidos por Bernard, 2003, (22):

“ como un cuadro originado por la conjunción de una serie de enfermedades que alcanzan enorme prevalencia en el adulto mayor y con frecuencia, afectan la funcionalidad y autonomía, están asociados a problemas socio familiares y son el resultado de enfermedades de alta prevalencia en los adultos mayores, generalmente con manifestaciones atípicas o con inadecuado control y en estado avanzado de evolución con la consecuente pérdida de funcionalidad, autonomía y por consiguiente, deterioro de la calidad de vida. “

Para determinar estos tipos de síndromes se debe de tener en cuenta ciertas condiciones fundamentales: especificidades de la persona afectada (las cuales tienen características dadas por el proceso normal del envejecimiento) y la condición de salud. Estilo y condición de vida, entorno socio familiar que rodea al adulto mayor, acceso a los servicios socio sanitarios que garanticen atención en los diferentes niveles de intervención: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y programas de promoción y prevención para el usuario.

Inmovilidad

En palabras de Jiménez Rojas C et al. 2002 (2) sobre la inmovilidad:



“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.”

Según Dinamarca Montecino, J (2003) (24), es importante distinguir entre síndrome de inmovilidad, inmovilismo o inmovilización. El autor afirma que la inmovilidad solo existe cuando la persona muere porque una persona encamada aun estando en el final de su vida, tiene la capacidad de ser trasladado, además de la movilidad autónoma, pasiva o vegetativa. Un ejemplo de lo antes mencionado es la movilidad cardiorrespiratoria, la ocular y la digestiva. Este estudio sugiere sustituir el termino inmovilidad por dismovilidad, la cual hace referencia a «movilidad dificultosa» definida como

“la molestia, dificultad o imposibilidad para movilizar parte del cuerpo o trasladarse, suele ser secundaria a situaciones patológicas diversas, de origen biológico, psíquico, social, o espiritual que afecta la calidad de vida o que tiene riesgo de progresión”

Existen factores que influyen en la dismovilidad, tales como; enfermedades neurológicas (como el Parkinson), enfermedad vascular cerebral, enfermedades cardiopulmonares, insuficiencia cardiaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades musculo esquelético (cómo la osteoporosis y la enfermedad de Piaget), trastornos sensoriales, déficit visuales y auditivos, trastornos endocrinos, alteraciones de equilibrio y marcha, incontinencia urinaria y fecal. Es por ello por lo que distingue dos tipos de dismovilidad:

- Dismovilidad aguda: definida como *“pérdida de movilidad hacia la vida encamada o de “cama-silla” en 72 horas o menos, independientemente de su*



etiología” en donde existe *“un lapso corto entre la ocurrencia del evento desencadenante y el diagnóstico, que puede incluso ser inmediato”* (24) debe ser considerada una urgencia geriátrica, dado que puede ocasionar un aumento de la morbimortalidad, pérdida de funcionalidad y alterar la calidad de vida.

- Dismovilidad larvada: es aquella donde la dificultad en la movilización ocurre de manera progresiva y más lentamente.

Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria debe ser catalogada como un síntoma de un problema subyacente y no como una condición del proceso normal de envejecimiento, sin olvidar que para conservar la continencia se requiere un aparato urinario íntegro, un mecanismo esfinteriano competente (inervación adecuada y un reflejo coordinado), una función intelectual y física conservada y un entorno que haga posible la eliminación. Cuando alguna o algunas de estas condiciones se alteran, el adulto mayor pierde la capacidad del control voluntario de la excreción, siendo este un problema prevalente en las mujeres y muchas veces no identificado tempranamente por el personal de salud, bien porque no existe confianza para revelar su problema, o por pena el adulto mayor opta por hacer un manejo muchas veces equivocado, entonces la forma de enfrentarla es un tanto empírica, sin medir las consecuencias de orden psico-afectivo, físico, social y económico que trae esta alteración.

Es por ello que la valoración del adulto mayor, debe incluir los hábitos urinarios en términos de frecuencia, características de la micción, (color, cantidad, aspecto, olor) circunstancias del ambiente que lo rodea, todo esto con el fin de precisar la condición de continencia urinaria o su alteración, analizar la cantidad de líquidos que a diario ingiere y no menos importante, precisar el estado cognitivo y movilidad de la persona y las condiciones ambientales determinantes del patrón de eliminación. Como es el caso de la no presencia de barreras



arquitectónicas, el fácil y oportuno acceso a los servicios sanitarios, así como también, tener presente las enfermedades que padece el adulto mayor y los tratamientos que está recibiendo, especialmente teniendo en cuenta, la administración de sedantes, hipnóticos, anticolinérgicos, bloqueadores de los canales de calcio, antidepressivos, neurolépticos, diuréticos, analgésicos tipo narcóticos, que pueden afectar la continencia urinaria.

Síndrome de deterioro cognitivo

Es un síndrome que se define como una serie de problemas físicos, cognoscitivos y de comportamientos que afectan las funciones mentales superiores, como el lenguaje, juicio, memoria, orientación, cálculo, abstracción, habilidades visoespaciales y psicomotoras. Por tanto, es una alteración global de las funciones mentales superiores, pudiendo ser agudo o crónico. (25)

El delirium, es un problema frecuente en los adultos mayores, y se convierte en una manifestación inespecífica de enfermedad que refleja desequilibrio homeostático y baja reserva cerebral, por tanto, demanda un manejo urgente que ha de empezar por identificar el factor desencadenante, mantener la hidratación, la función respiratoria y nutricional de quien lo padece, así como establecer un ambiente terapéutico que incluye buena iluminación, comodidad y elementos que orienten al adulto mayor.

El deterioro de la memoria, por sí mismo, no es suficiente para diagnosticar falla cerebral crónica o demencia. La demencia suele presentarse de manera gradual y progresiva, sin descartar que algunas veces le antecede un episodio agudo de enfermedad física, emocional o social. (25)

De todas formas, en las últimas décadas se han propuesto varios modelos de envejecimiento desde una perspectiva más positiva. Entre estos tenemos:



- Envejecimiento exitoso, propuesto por Rowe y Kahn, en 1998 (26), en donde definieron el envejecimiento exitoso como multidimensional en donde

“existe una baja probabilidad de enfermar y de presentar discapacidad, un alto funcionamiento cognitivo y físico, y un alto compromiso con la vida”.

Para dichos autores, la capacidad física y cognitiva indica lo que la persona puede hacer, pero no lo que realmente hace, señalando que *“el envejecimiento activo va más allá del potencial, se refiere a la actividad.”* (27) En este sentido, hay autores que señalan que la estimulación continua, por parte del medio ambiente, familia y comunidad, ayuda a las personas mayores a permanecer cognitivamente intactas, contribuyendo con el mantenimiento de su salud.

- Envejecimiento activo. Para la OMS, 2014 (19), el envejecimiento activo es *“el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida”.*

El término activo hace referencia a:

“una participación continua en aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, no solo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra, si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva con una vida más larga”. (28)

- Envejecimiento saludable. El Envejecimiento Saludable hace referencia al *“proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez.”*. Este concepto es presentado por la OMS en el documento donde se expone el plan para el Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030.(29) El mismo surge a partir de la celebración de la Asamblea Mundial de la Salud en el año 2016, en donde intervinieron 194 países, y se acordó adoptar una Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud (2016 - 2030) teniendo en cuenta los resultados del Informe mundial sobre el



envejecimiento y la salud (2015) y en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). (30)

En esta definición se hace referencia a la capacidad funcional, la cual está determinada por capacidades físicas y mentales (capacidad intrínseca de la persona), por el entorno y por las interacciones entre ambos.

Dichos modelos deben ser considerados por parte de los profesionales de enfermería, dado que son quienes desempeñan una función esencial dentro del equipo sanitario, y son los responsables de la planificación de los cuidados.

En este sentido, es necesario destacar que, desde la visión holística de enfermería, existen teorías que contribuirían con un mayor bienestar de las personas mayores, y que permitan fomentar la adopción de medidas dirigidas a la prevención de enfermedades, promoción de la salud, mantenimiento de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional. (30)

Dentro de estas teorías, se destaca la de Virginia Henderson (1959) (31), que consideraba que:

"la única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su recuperación o a una muerte tranquila y que él realizaría sin ayuda si tuviera fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible".

o el modelo de adaptación de Callista Roy, que permite dirigir los cuidados de enfermería en la disminución de las respuestas inefectivas, de forma que las personas puedan mantener su integridad biopsicosocial y su calidad de vida. (32)



Hospitalización y cuidados de enfermería

Anteriormente se ha hablado del término hospitalización y del término enfermería, pero no se habían descrito. En este apartado quisiéramos definirlos a fin de comprender aún más el tema de estudio, así como también hacer referencia los cuidados de enfermería durante la hospitalización.

Según la Real Academia Española (RAE) se define hospitalización como el ingreso de un paciente en un centro sanitario para ocupar una plaza o cama y recibir atención especializada hasta el momento del alta hospitalaria.

Enfermería en tanto, es entendida según Barroso Romero Z, Torres Esperón JM, 2001 (33) como:

“una ciencia y un arte, la cual tiene su propio conjunto de conocimientos basados en teorías científicas y está enfocada hacia la salud y el bienestar del paciente. Se puede decir que la enfermería se ocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de las personas y no solo el proceso médico diagnosticado en el paciente”.

Por su parte, en el plan de estudios 93 de la carrera de Licenciatura en Enfermería (34) se define a la enfermería como:

“una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona-familia, grupo poblacional). La capacidad reaccional del Hombre está dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones bio-psico-sociales. Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria”.

Los cuidados de enfermería hacen referencia al cuidado humanizado de tener al individuo como el eje central del cuidado que brinda el enfermero, no solo centrándose en el área biológica y sintomática sino de manera integral. Este



cuidado está integrado por actividades intersubjetivas y transpersonales con el fin de encontrar un significado a la enfermedad, sufrimiento, etc. Esto permite que los sentimientos del paciente se tomen en cuenta en los cuidados y logre la búsqueda del bienestar propio.

Según los modelos y teorías de enfermería que argumentan una visión humanista del cuidado, la teórica Jean Watson (35) refiere que:

“el cuidado es para la enfermería su razón moral, es decir es un proceso interconectado, intersubjetivo de sensaciones compartidas entre enfermería y el paciente.”

Asimismo, el cuidado humanizado debe apoyarse en la reciprocidad y al mismo tiempo debe tener una calidad única y auténtica.

Para ello, el enfermero es el indicado a cuidar al paciente porque él atiende las 24 horas al día y sus actividades se centran en el cuidado de las necesidades de este.

Desde esta perspectiva, durante la hospitalización, el cuidado no solo requiere que el enfermero sea científico, académico y clínico, sino, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de este cuidado.

Es importante que el enfermero conozca y tome en cuenta la percepción de los adultos mayores acerca del cuidado humanizado que brinda.

Valoración geriátrica integral (VGI)

Según Wanden-Berghe C 2021 (36) la VGI se define como: “un instrumento que se utiliza para valorar de forma global la salud de los adultos mayores con una visión holística que garantice una atención de calidad, adecuada y efectiva.”



Es necesario realizar un plan estratégico basado en la prevención, terapia y rehabilitación, con el propósito de lograr un mayor nivel de independencia y una mejor calidad de vida.

Un diagnóstico, dinámico y estructurado permitirá detectar y cuantificar los problemas, las necesidades y capacidades del paciente en el ámbito clínico, funcional, mental y social.

Los objetivos de la VGI incluyen:

La atención de los cuatro ámbitos mencionados anteriormente, con el fin de realizar diagnósticos más exactos, detectar problemas no diagnosticados anteriormente y potencialmente tratables, establecer un tratamiento adecuado a las necesidades del paciente teniendo en cuenta las alteraciones detectadas, mejorar la calidad de vida, conocer los recursos del paciente y su entorno socio familiar, fomentar la autonomía en la medida de lo posible, intentando evitar las complicaciones y disminuir la mortalidad.

Para realizar la VGI enfermería utilizará los siguientes métodos: la anamnesis, la exploración física y escalas de valoración geriátricas que serán útiles para unificar la información y facilitar la comprensión y comunicación entre los diferentes profesionales.

En cuanto a la exploración del área clínica para comprender posibles secuelas funcionales se debe recopilar la historia de posibles enfermedades que haya tenido el paciente a lo largo de su vida, así como los hábitos de vida y los tratamientos vigentes, tanto farmacológicos como de otro tipo, y la adherencia que tenga a los mismos.

Se debe detectar mediante el interrogatorio, si existiera, la presencia de alguno de los síndromes geriátricos (inmovilidad, caídas, malnutrición, deterioro cognitivo, depresión, disminución auditiva o de agudeza visual, incontinencia, estreñimiento, etc.) ya sea instaurado o incipiente.



La historia nutricional debe considerar posibles alteraciones que presente el paciente para una adecuada alimentación (alteraciones en la masticación, deglución, xerostomía, utilización de sondas, etc).

Se evaluarán los factores que puedan llegar a afectar el estado nutricional como problemas funcionales que afecten la independencia para comer y la capacidad para adquirir y preparar los alimentos, cambios anatómicos, problemas psicoafectivos, problemas económicos, etc.

Para complementar la exploración física se realizarán pruebas de laboratorio o de imagen, necesarias para llegar a un diagnóstico, según la prescripción médica.

El área funcional está constituida por el conjunto de capacidades del anciano para realizar las actividades de su vida diaria, su actividad habitual, y mantener su independencia en el medio en que se encuentra.

Las AVD se clasifican en: ABVD, AIVD y AAVD. Para dicha valoración existen diferentes escalas, algunas de ellas son la escala de KATZ, Índice de Barthel e Índice de Lawton y Brody.

Para la valoración del área mental se explorará la parte cognitiva y afectiva.

La parte cognitiva depende de factores orgánicos, psicosociales y de las enfermedades que componen la biología de las personas (hipertensión, diabetes, alteraciones tiroideas, insuficiencia renal o hepática, etc.) polifarmacia y alteraciones en los órganos de los sentidos, identificando trastornos de ansiedad y depresión.

Una vez realizada la valoración geriátrica integral es necesario confeccionar una lista de problemas, priorizándolos y estableciendo un plan de intervención terapéutica y de cuidados.



En el área social, para conocer la relación del adulto mayor con su entorno se deben considerar las características sociales en las que vive, ya que pueden influir directamente en su estado de salud y en la evolución de sus patologías.

Esto hace necesario conocer algunos aspectos; lugar donde vive, con quién vive, situación del cuidador principal, características de la vivienda (barreras arquitectónicas), nivel de ingresos, etcétera. Existen varias escalas para recoger esta información y evaluar si el entorno es adecuado o no.

En el plan de cuidados y atención deben tenerse en cuenta los aspectos relacionados con el hogar y la familia. Una vez identificados, se derivarán a la trabajadora social para su evaluación e intervención.

Cuando exista necesidad de cuidados, es importante identificar al cuidador, y si este está en condiciones para brindar el apoyo que se necesita.

Escalas de valoración geriátrica: Downton, Barthel, Lawton y Brody.

*** Escala de Downton (37)**

El objetivo que presenta esta escala es valorar el riesgo de caída de las personas. Dicha escala puntúa cinco dimensiones, las cuales son: caídas previas, polifarmacia, déficits sensoriales, estado mental y deambulación. A cada punto se le asigna un valor entre 0 a 1. Un valor igual o mayor a 3 se interpreta que el paciente presenta un alto riesgo de sufrir una caída; valor de 1 a 2: mediano riesgo; valor de 0 a 1: bajo riesgo. Esta escala se adecua al presente estudio dado que permite conocer el grado de inestabilidad (21) que presentan los sujetos.

*** Índice de Barthel (36)**

El índice de Barthel está conformado por diez AVD más comunes, tales como: alimentación, baño, aseo, vestimenta, control de intestino y de vejiga, uso del



inodoro, uso de escaleras y el caminar. En dicho índice se clasifica la funcionalidad de la persona, si el mismo requiere de ayuda puntual o total para realizar las actividades o si las realiza de forma independiente.

La puntuación del Índice de Barthel es una suma y existe una ponderación preferencial en la movilidad y la continencia.

Las puntuaciones se designan de la siguiente forma: 0 a 10 puntos para alimentación, 0 a 15 puntos para trasladarse entre la silla y la cama, 0 a 5 puntos aseo personal, 0 a 10 puntos uso del inodoro, 0 a 5 puntos para lavarse/ ducharse, 0 a 15 puntos movilidad, 0 a 10 puntos para subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, 0 a 10 puntos para micción y deposiciones. Por lo tanto, la mayor puntuación que se puede obtener es de 100 puntos, lo cual indica que cuanto más alta la puntuación, mayor es el grado de independencia.

El índice de Barthel puede llevar entre 2 a 5 minutos para llevarse a cabo de forma escrita, y 20 minutos mediante la observación.

El IB predice el rendimiento instrumental de las AVD, la probabilidad de la recuperación de incontinencia, riesgo de caídas, y duración de atención hospitalaria luego de sufrir enfermedades que implican SI.

* **Escala de Lawton y Brody (36)**

Escala de Lawton y Brody evalúa la capacidad funcional, la cual consta de ocho dimensiones: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de comida, realizar aseo de la casa, lavado de ropa, utilización de medios de transporte, uso adecuado de medicación, y manejo adecuado de dinero. Cada dimensión se puntúa con un valor máximo de 1 y un mínimo de 0, la cual sería la máxima dependencia y la suma de 8 puntos independencia total. La cual esta última sería la suma de todos los valores.

Para obtener la información para llevar a cabo dicha escala, es necesario tener una entrevista con la persona o el cuidador.



Dicha escala permite estudiar y analizar tanto a nivel global cómo también cada uno de sus ítems. Y también permite detectar las primeras señales de deterioro del adulto mayor. Cabe destacar que las variables que se estudian en la escala están relacionadas a aspectos culturales y del entorno.

*** Prueba de Mini Mental State Examination de Folstein (36)**

Esta prueba nos permite valorar la orientación temporo-espacial, la memoria reciente y la fijación de esta, la atención, cálculo, capacidad de abstracción lenguaje y praxis.

Para la aplicación de esta prueba debe ajustarse la misma a el grado de conocimiento y capacidad de la PM.

Las puntuaciones por debajo de 24 indican un deterioro cognitivo.



DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

Cuantitativo, descriptivo, de corte transversal

Universo:

PM internadas en un Hospital público Regional Este.

Población y muestra:

PM internadas dentro de un período seleccionado por el investigador del año 2022, en el Hospital público del Región Este en un servicio MQ que cumplan con los criterios de inclusión.

Tipo de muestreo:

No probabilístico, por conveniencia.

Criterios inclusión:

Personas Mayores de 60 años y/o su familiar o cuidador a cargo en el caso de que no tenga la PM posibilidad de comunicación, que se encuentran internadas en un servicio MQ en el período de la investigación y acepten participar y responder el cuestionario.

Criterios de Exclusión:

Personas mayores de 60 años o más sin posibilidad de comunicación y que no tienen un familiar o cuidador presente (Ejemplo: alteración de algún tipo o deterioro cognitivo).



Método de recolección de datos:

Primeramente, se destaca la realización de una prueba piloto.

De esta forma se pretende lograr una aproximación real al problema que se desea abordar. (37) Este tipo de pruebas implican una ejecución en menor escala de la evaluación que se desea realizar, para poder construir una lógica operativa.

Nos permitirá realizar modificaciones del cuestionario para ajustarlo a las necesidades para la obtención de datos de nuestras variables. Una vez ha sido evaluado el plan piloto, se podrá ejecutar y se aplicara sobre la población que desee participar en el estudio.

La población de la prueba piloto debe tener características similares a la del estudio, es una muestra menor número.

Para llevar a cabo una adecuada recolección de datos se procederá a presentarnos ante la dirección del centro hospitalario, previamente autorizados por el comité de ética de la institución.

Posteriormente se ingresará a sala de servicio MQ, presentándonos ante el personal de salud; dirigiéndonos a sala para poder realizar la recolección de datos a las personas mayores, familiar o cuidador a cargo.

Se procederá identificándonos frente al paciente u acompañante, cuál es nuestro propósito. Se hará entrega de consentimiento informado, previamente dando lectura de este y aclaración de nuestro uso de la información. Estos datos serán guardados en un sobre distinto al sobre que contendrá los cuestionarios.

Aplicaremos la prueba de Mini Mental que nos permite obtener el grado de deterioro cognitivo de la PM, así lograremos saber si puede auto responder el cuestionario o necesitaremos de la participación del familiar o cuidador a cargo



para responder a las preguntas de los cuestionarios para la investigación. Luego de determinar el grado de deterioro cognitivo de la PM se aplicarán los cuestionarios para obtener las variables en estudio.

La recolección de datos se realizará por medio de la aplicación de un cuestionario, con 9 preguntas de opción múltiple, referentes a datos sociodemográficos. Dichos cuestionarios serán completados por los encuestadores, quienes deberán marcar una opción en cada pregunta.

Luego de aplicarán: Escala de Downton, Escala de Lawton y Brody y el Índice de Barthel Para conocer la situación funcional: dependencia o independencia en las ABVD y AIVD de las PM internadas

Se recolectarán datos relevantes para nuestro estudio también de las Historias clínicas.

Caracterización de las variables de estudio

Tabla N°1: Variables contenidas en el instrumento de caracterización de la población

Variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Valores o Categorías
Sexo	Características biológicas determinadas que hacen posible reconocer como diferentes a hombres y mujeres.	Cualitativa nominal	- Femenino - Masculino
Edad	Periodo de tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	Cuantitativa Continua	- 60 – 74 años - 75 – 89 años - 90 – 99 años - Más de 100 años
Antecedentes personales	Diferentes patologías y características del mismo paciente	Cualitativa nominal	Para esta variable las categorías se construirán agrupando los datos obtenidos



Motivo ingreso	Signos y síntomas que motivaron el ingreso.	Cualitativa nominal	Para esta variable las categorías se construirán agrupando los datos obtenidos en la Historia clínica de los pacientes.
Diagnóstico médico al ingreso	Diagnóstico médico constatado en la historia clínica	Cualitativa nominal	Para esta variable las categorías se construirán agrupando los datos obtenidos
Estadía	Tiempo cronológico que permanece un usuario internado en la institución.	Cuantitativa continua	- 1-7 días - 8-15 días - 16-30 días - Más 30 días
Nivel de Instrucción	Nivel de estudios reconocidos estatalmente, y aprobados	Cualitativa ordinal	- Primaria completa - primaria incompleta - Secundaria completa - Secundaria incompleta - Terciaria completa - Terciaria incompleta
Vive solo	Hace referencia a la convivencia diaria o no, con otra persona en su lugar de residencia habitual	Cualitativa Nominal	- Si - No
Con quien vive	Persona/s con las que convive diariamente	Cualitativa nominal	- Familiar Cuidador -Personal institucionalizado
Estado civil	Es el estado en el cual se encuentra una persona.	Cualitativa nominal	- Casado - Soltero - Viudo - Divorciado -Unión libre

Otras variables:



Factores predisponentes de inmovilidad durante internación	Refiere a elementos que predisponen a la persona a permanecer inmóvil durante su estadía en el centro hospitalario.	Cualitativa nominal	-Indicación de reposo -Medidas contención física. - Fármacos (neurolépticos, benzodiazepinas, antiHTA, diuréticos) -Presencia de acompañante en internación -Barreras arquitectónicas	Si/No Si/No Si/No Si/No
Grado de movilidad alcanzado desde el ingreso	Indica cuanto la persona es capaz de moverse una vez que ha sido ingresada.	Cualitativa Nominal	-Ninguna - Escasa (puede rolar por sí mismo) -Algo (Capacidad de sedestar) -Camina autónomamente.	Si/No Si/No Si/No Si/No
Presencia de lesiones de apoyo al ingreso	Evalúa la presencia o ausencia de lesiones de piel de zonas de apoyo cuando la persona ingresa al centro.	Cualitativa Nominal	-Ninguna -Alguna -Variadas lesiones	Si/No Si/No Si/No
Factores predisponentes de inmovilidad durante internación	Refiere a elementos que predisponen a la persona a permanecer inmóvil durante su estadía en el centro hospitalario.	Cualitativa nominal	-Indicación de reposo -Medidas contención física. - Fármacos (neurolépticos, benzodiazepinas, antiHTA, diuréticos) -Presencia de acompañante en internación -Barreras arquitectónicas	1 1 1 1 1



Grado de movilidad alcanzado desde el ingreso	Indica cuanto la persona es capaz de moverse una vez que ha sido ingresada.	Cualitativa Nominal	-Ninguna - Escasa (puede rolar por sí mismo) -Algo (Capacidad de sedestar) -Camina autónomamente.	0 1 1 1
Presencia de lesiones de apoyo al ingreso	Evalúa la presencia o ausencia de lesiones de apoyo cuando la persona ingresa al centro.	Cualitativa Nominal	-Ninguna -Alguna -Variadas lesiones	0 1 1

Tabla N°2: Variables contenidas en las diferentes escalas

ESCALA DE DOWNTON:

Variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Categorías	Puntuación
Caídas previas	Historia de caídas en los últimos doce meses	Cualitativa nominal	- Si - No	1 0
Medicamentos	Aquí se valoran los fármacos que toma y que de alguna manera pueden fomentar el riesgo de caídas	Cualitativa nominal	Ninguno Tranquilizantes Sedantes Diuréticos Antiparkinsonianos Antidepresivos Otros.	0 1 1 1 1 1
Déficits sensoriales	Dificultad del sistema nervioso para ingresar, integrar y procesar los	Cualitativa nominal	-Ninguno -Alteraciones visuales -Alteraciones auditivas	0 1 1 1



	estímulos sensoriales del ambiente, y dar una respuesta acorde a las demandas del entorno.		-Extremidades (Amputación, Ictus,)	
Estado mental	Es el estado clínico de funcionamiento emocional e intelectual del individuo	Cualitativa nominal	- Orientado - Confuso - Normal	0 1
Deambulación	Se refiere a la capacidad de una persona de caminar	Cualitativa nominal	- Normal -Segura con ayuda - Insegura con/ sin ayuda - Imposible	0 1 1 1

Interpretación del puntaje de la ESCALA DE DOWNTON

CLASIFICACIÓN:	
Riesgo bajo:	0 a 2 puntos
Riesgo medio:	3 a 4 puntos
Riesgo alto:	5 a 9 puntos

Tabla N°3: Variables contenidas en las diferentes escalas de valoración geriátrica

ESCALA DE BARTHEL:

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Categorías	Puntuación
Alimentarse	Es la acción y efecto de alimentar o alimentarse.	Cualitativa nominal	-totalmente independiente -Necesita ayuda -dependiente	10 5 0



Higiene personal	Es la acción de realizar y mantener el cuerpo limpio.	Cualitativa nominal	-Independiente -Necesita ayuda -dependiente	5 0
Vestirse y desvestirse	Es la acción de poder cubrirse el cuerpo o de quitarse prendas con el fin de mantener la temperatura corporal en valores normales.	Cualitativa nominal	-Independiente -necesita ayuda -dependiente	10 5 0
Deposiciones	Es la acción mediante la cual en cuerpo elimina desechos producto de la digestión	Cualitativa nomina	-Continencia normal - Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda. -Incontinencia	10 5 0
Micción	Es el reflejo mediante el cual la vejiga y la uretra elimina la orina.	Cualitativa nominal	-Continencia normal -Un episodio diario como máximo como incontinencia o necesita ayuda. -Incontinencia	10 5 0
Deambular	Forma activa, con control de los movimientos, en los que se nota coordinación y armonía. La persona se desplaza de acuerdo a su voluntad, siguiendo las trayectorias que decida.	Cualitativa nominal	-Independiente -Con ayuda Física o dispositivo. -dependiente	15 10 0
Uso escaleras			Independiente	



			Necesita ayuda Dependiente	
Traslado sillón cama				
Uso del baño				

Interpretación de los puntajes de la ESCALA DE BARTHEL

Máxima puntuación: 100 puntos (90 puntos si va en silla de rueda)	
Resultado	Grado de dependencia
<20	Total
20-35	Severo
40-55	Moderado
>60	Leve
100	Independiente.

Tabla N°4: Variables contenidas en las diferentes escalas de valoración geriátrica

* ESCALA DE LAWTON Y BRODY:

Variables	Definición conceptual	Tipos de variables	categorías	Puntuación Hombre-Mujer
Utiliza el teléfono	Capacidad de la PM de hacer uso de forma autónoma del dispositivo de comunicación (teléfono).	Cualitativa nominal	-Si -Solo marca los números -Contesta, no sabe marcar -No lo utiliza	1 / 1 1 / 1 1 / 1 0 / 0
Realiza compras	Capacidad de poder auto adquirir productor de consumo habitual de forma independiente	Cualitativa nominal	-Sí, realiza todas las compras. -Solo realiza pequeñas compras -Realiza las compras acompañado -Incapaz de realizar las compras	1 / 1 0 / 1 0 / 0 0 / 0
				0 / 0



Preparación de la comida	Acción de realizar la preparación de los alimentos a consumir diariamente.	Cualitativa nominal	- Prepara solo/a -Prepara la comida sólo si se le proporcionan los ingredientes. -Prepara, pero no sigue una dieta adecuada. -Necesita que le preparen y le sirvan la comida.	- / 1 - / 0 - / 0 - / 0
Tareas domésticas	Acción de realizar tareas vinculadas al hogar como por ejemplo limpieza, lavado de ropa, tendido de cama, etc	Cualitativa nominal	-Realiza las tareas de la casa por sí sola. -Realiza tareas ligeras. -Realiza tareas ligeras, pero no mantiene un nivel de limpieza adecuado. -Necesita ayuda. -No participa ni realiza ninguna tarea.	- / 1 - / 1 - / 1 - / 1 - / 0
Lavar la ropa	Posibilidad de la PM de poder realizar el cuidado y limpieza de sus prendas personales, calzado y ropa de cama.	Cualitativa nominal	- Lava sola toda la ropa -Lava sólo prendas pequeñas. -La ropa la tiene que lavar otra persona.	- / 1 - / 1 - / 0
Transporte	Es la acción de poder viajar o desplazarse de forma independiente.	Cualitativo nominal	-Viaja por sí solo/a, utiliza transporte público/conduce coche -Puede ir sólo en taxi, no utiliza otro transporte público -Sólo viaja en transporte	1 / 1 1 / 1 1 / 1 0 / 0



			público si va acompañado -Viajes limitados en taxi o coche con ayuda de otros (adaptado) -No viaja en absoluto	0 / 0
Responsabilidad respecto a la medicación	Capacidad de poder cumplir el tratamiento farmacológico de eficiente.	Cualitativa nominal	-Es capaz de tomar la medicación a la hora y en la dosis correcta, solo/a	1 / 1
			-Toma la medicación sólo si se la preparan previamente	0 / 0
			-No es capaz de tomar la medicación solo/a	0 / 0
Capacidad de utilizar el dinero	Acción de poder manejar el dinero.	Cualitativa nominal	-Se responsabiliza de asuntos económicos solo/a	1 / 1
			-Se encarga de compras diarias, pero necesita ayuda para ir al banco	0 / 0
			-Incapaz de utilizar el dinero	0 / 0

Interpretación de los puntajes de la ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Actividades instrumentales propias del medio extrahospitalario y necesario para vivir solo. Su normalidad suele ser indicativa de integridad de las actividades básicas para el autocuidado y del estado mental (es útil en programas de screening de ancianos de riesgo en la comunidad). Los autores de la escala identifican diferencias entre hombres y mujeres relacionadas a su implicancia



cultural en el rol de ser hombres y ser mujeres. Es por esto que existirá una puntuación total para hombres y otra para mujeres (se considera anormal < 5 en hombre y < 8 en mujer).

	HOMBRES	MUJERES
Dependencia	0	0-1
Total	1	2-3
Grave	2-3	4-5
Moderada	4	6-7
Leve	5	8
Autónomo/a		

Dependencia en alguna de las actividades instrumentales nos indica riesgo de deterioro. No resulta adecuada para evaluar respuesta al tratamiento o cambios funcionales a lo largo del tiempo.

Consideraciones Éticas

Dicho estudio de investigación brindará confidencialidad en cuanto a la información recabada garantizando a los participantes mediante previa lectura de un consentimiento el cual será entregado con el tiempo suficiente para que las personas mayores, cuidadores y/o familiares puedan estar informados, según lo previsto por el decreto N°158/019 del MSP del mes de junio 2019 sobre investigación en seres humanos (ver anexo 3 consentimiento informado). Se asegurará la confidencialidad de la información obtenida, resguardando la



identidad de quien respondió el mismo. Para este motivo, se solicitará autorización ante el comité de ética y la directiva del Hospital.



Plan de análisis y tabulación de datos obtenidos

Se realizará un análisis y tabulación de los datos obtenidos, dicho procedimiento se llevará a cabo mediante el estudio univariado y bivariado de las variables, se buscará presentar la información obtenida a través de las variables seleccionadas, las que se incluyeron en el instrumento de recolección de datos, lo que nos lograra dar respuesta a la pregunta problema y a los objetivos planteados en el estudio. La información recabada se llevará a cabo con un Software destinado para dicho fin, utilizando el programa Excel para preservar los datos proporcionados por las personas mayores y preservando la confiabilidad de estos.

En cuanto a las variables cualitativas se aplicará análisis de frecuencias, y para el caso de las variables cuantitativas se resumirán a través de medidas de tendencia central (moda, media y mediana) y de dispersión (desvío estándar). Luego de recopilar toda la información obtenida podremos presentarla en forma de gráficos circulares y de barra, adjuntando su tabla correspondiente.

Se plantea la realización de cruces entre variables sociodemográficas y los resultados obtenidos de las escalas, que puedan relacionarse con el SI, así como tener consideraciones de los resultados globales de las escalas y poder relacionarlos con los resultados de las variables de la caracterización.



Referencias bibliográficas

1. Real academia Española, 2014. 23a edición, Madrid.
2. Córcoles Jiménez MP, García MV, Saiz-Vinuesa MD, Muñoz Mansilla E, Herreros Sáez L, Fernández Pallarés P, Calero Yáñez F, Muñoz Serrano MT. Deterioro funcional asociado a la hospitalización en pacientes mayores de 65 años. Rev. Elsevier [Internet]. 2016 [citado 2022 Sep 24]; 26 (2): 121-128 Disponible en: [Deterioro funcional asociado a la hospitalización en pacientes mayores de 65 años | Enfermería Clínica \(elsevier.es\)](https://elsevier.es)
3. Tercer Congreso internacional de enfermería y envejecimiento, 2014 Nov. Fundación Matia, Mexico DC.
4. Day JC. Population projections of the United States by age, sex, race and Hispanic origin: 1995 to 2050. US Bureau of the Census, Current populations reports. Washington U.S. Department of Commerce 1996: 25-1130
5. Sánchez Fernández G, Naún Savón Y, Baró Bouly T, Serrano Durán C. Protocolo de atención de enfermería al adulto mayor en instituciones de salud. Rev. inf. cient. [Internet]. 2018 oct [citado 2022 Jul 31]; 97(5): 999-1009. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000500999&lng=es.
6. S. Huenchuan (ed.) Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos, Libros de la CEPAL, N° 154 (LC/PUB.2018/24-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2018 Disponible en: [Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos \(cepal.org\)](https://cepal.org)



7. Aranco N, Stampini M, Ibararán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. BID. División de Protección Social y Salud. 2018 disponible en: [Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf \(iadb.org\)](https://www.iadb.org/publications/document/panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-america-latina-y-el-caribe)
8. Brunet N, Márquez C. Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. [Internet]. 2016 [citado 2022 Jul 31] Disponible en: [https://www.ine.gub.uy/documents/10181/34017/Atlas+Fasciculo+7/#:~:text=1 aspectos sociodemográficos,-del envejecimiento poblacional, personas superan los 100 años.](https://www.ine.gub.uy/documents/10181/34017/Atlas+Fasciculo+7/#:~:text=1+aspectos+sociodemograficos,-del+envejecimiento+poblacional, personas+superan+los+100+años.)
9. Menéndez, G La revolución de la longevidad : cambio tecnológico, envejecimiento poblacional y transformación cultural. Revista de Ciencias Sociales. [Internet]. 2017. [citado: 2022, diciembre] n. 41, pp. 159-178. Disponible en <https://hdl.handle.net/20.500.12008/10188>
10. Sánchez Fernández G, Naún Savón Y, Baró Bouly T, Serrano Durán C. Protocolo de atención de enfermería al adulto mayor en instituciones de salud. Rev. inf. cient. [Internet]. 2018 oct [citado 2022 Jul 31]; 97(5): 999-1009. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000500999&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000500999&lng=es)
11. Quintero Osorio MA. La salud de los adultos mayores: una visión compartida. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2011. Disponible en: [9789275332504_spa.pdf \(paho.org\)](https://www.paho.org/hq/dmd/imports/201109275332504_spa.pdf)
12. Del Sol Perera M, Suárez González K, Nápoles Vega A, Díaz Cifuentes A, Estrada Díaz G, Contreras Tejeda J. Protocolo del síndrome de inmovilización en el paciente geriátrico hospitalizado. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación [revista en Internet]. 2019 [citado 9 Ago 2022]; 11 (3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/375>



13. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. (2015)
Disponible en: [9789240694873_spa.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/9789240694873_spa.pdf)
14. Fundación J. Roemmers A. Enfermería en la atención al adulto mayor. Buenos Aires, 2017. Disponible en: [Enfermería en la Atención al Adulto Mayor.pdf \(roemmers.com.ar\)](https://www.roemmers.com.ar/publicaciones/enfermeria-en-la-atencion-al-adulto-mayor.pdf)
15. Rojano i Luque X, et al. Complicaciones de la hospitalización en personas mayores. Med Clin (Barc). 2016. Disponible en: [Complicaciones de la hospitalización en personas mayores \(smgg.es\)](https://www.smgg.es/publicaciones/complicaciones-de-la-hospitalizacion-en-personas-mayores)
16. Ulloa Chávez Odalys, Martínez Muñoz Lidiana, Hernández Ferreras Kiria, Fernández Correa Linet. Síndrome de inmovilidad en adultos mayores del Policlínico Bernardo Posse del municipio San Miguel del Padrón. Gac Méd Espirit [Internet]. 2019 Dic [citado 2022 Dic 16] ; 21(3): 30-39. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212019000300030&lng=es. Epub 03-Dic-2019.
17. Ibarra Cornejo JL, Fernández Lara MJ, Aguas Alveal EV, Pozo Castro AF, Antillanca Hernández B, Quidequeo Reffers DG. Efectos del reposo prolongado en adultos mayores hospitalizados. An Fac med [Internet]. 23 de marzo de 2018 [citado 16 de diciembre de 2022];78(4):439-44. Disponible en:
<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/14268>
18. OPS. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable. Disponible en:
[plan de acción sobre la salud.pdf \(fiapam.org\)](https://www.fiapam.org/publicaciones/plan-de-accion-sobre-la-salud.pdf)
19. Laguado Jaimes E, Camargo Hernández K, Campo Torregroza E, Martín Carbonell M. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Gerokomos [Internet]. 2017 [citado 2022 Sep 24] ; 28(3): 135-141. Disponible en:



[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135&lng=es)

20. Ulloa Chávez O, Martínez Muñoz L, Hernández Ferreras K, Fernández Correa L. Síndrome de inmovilidad en adultos mayores del Policlínico Bernardo Posse del municipio San Miguel del Padrón. Gac Méd Espirit [Internet]. 2019 Dic [citado 2022 Sep 24]; 21(3): 30-39. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212019000300030&lng=es. Epub 03-Dic-2019.
21. Rodríguez C, Mendonça D, Martins MM. Trayectorias funcionales en mayores ingresados por enfermedad aguda. Rev. Elsevier [Internet]. 2019 [citado 2022 Sep. 24]; 30(4) 260-268 Disponible en: [Funcional trajectories of older acute medical inpatients | Enfermería Clínica \(elsevier.es\)](http://www.elsevier.es/funcional-trajectories-of-older-acute-medical-inpatients)
22. Reyes R. Adulto mayor significado, Adulto mayor inteligente. (20 de abril 2018). [Internet]. [Citado el 27 de julio 2022]. Disponible en: <http://www.adultomayorinteligente.com/significado-de-adulto-mayor>
23. IMPO. Normativa y avisos legales del Uruguay. Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. [Internet]. 2016 [citado 2022 Ago 02] Disponible en: [Ley \(impo.com.uy\)](http://www.impo.com.uy)
24. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014 Jun [citado 2022 Ago 02]; 25(2): 57-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200001&lng=es
25. OMS. Envejecimiento y salud. Sitio Web Oficial. Disponible en: [Envejecimiento y salud \(who.int\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health)
26. Dinamarca M, JL. DISMOVILIDAD EN GERIATRÍA: Una década definiendo un concepto clínico. Bol. Hosp. Viña del Mar 2012, 68 (2) Disponible en: [DISMOVILIDAD EN GERIATRÍA: Una década definiendo un concepto clínico - PDF Free Download \(docplayer.es\)](http://www.docplayer.es/1134-928X2012000200001.pdf)



27. Quintero Osorio MA. La salud de los adultos mayores: una visión compartida. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2011. Disponible en: [9789275332504_spa.pdf \(paho.org\)](#)
28. Petretto Donatella R, Pili R, Gaviano L, Matos C, Zuddas C. Envejecimiento Activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. Publicado Por Elsevier España, S.L.U. (2015). Disponible en: [Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales \(elsevier.es\)](#)
29. Ramos Monteagudo AM, Yordi García M, Miranda Ramos MÁ. El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. AMC [Internet]. 2016 Jun [citado 2022 Ago 02]; 20(3): 330-337. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300014&lng=es.
30. OMS. Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030. Publicado 14 de diciembre de 2020. [citado 2022 Ago 02] Disponible en: [Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030 \(who.int\)](#)
31. Barroso Romero Z, Torres Esperón JM. Fuentes teóricas de la enfermería profesional: Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2001 Jun [citado 2022 Ago 02]; 27(1): 11-18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100002&lng=es.
32. Díaz de Flores L, Durán de Villalobos MM, gallego de Pardo P, Gómez Daza B, Gómez de Obando E, González de Acuña Y et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichan [Internet]. 2002 Dic [citado 2022 Agosto 02]; 2(1): 19-23. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004&lng=en.



33. Román L, Ariel Ovejero R. Estudio descriptivo de síndrome de inmovilidad en el paciente geriátrico. Rev. Electron Biomed [Internet]. 2014 [consulta el 15 de abril de 2022]; 1:19-24. Disponible en: <https://biomed.uninet.edu/2014/n1/roman.html>
34. Barazal Gutiérrez A. Modelo de evaluación de impacto de la maestría en enfermería en el desempeño profesional de sus egresados [tesis]. Cuba: Universidad de La Habana; 2012. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/420/>
35. Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Plan de estudios 1993. Disponible en: <https://www.fenf.edu.uy/wp-content/uploads/2017/08/pdee-93-ultimo-compaginado.pdf>
36. Wanden-Berghe C. Valoración geriátrica integral. Hosp.domoc. [Internet]. 2021 Jun [citado 2022 Jul 29]; 5(2): 115-124. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2530-51152021000200004&lng=es. Epub 13- Sep-2021.
37. Downton J.H. Fallas Risk Score, Falls in the elderly, Ed.: Edward Arnold, 1993.
38. Hernandez Sampieri et al. (2018). Metodología de la Investigación. Mexico DF. McGraw Hill.



ANEXO N° 1

Instrumento de caracterización de la población

Prevalencia del síndrome de inmovilidad en las personas mayores ingresadas en un servicio Médico Quirúrgico en un Hospital Público de la Regional Este

Cuestionario de caracterización de la población

Instrucciones para el encuestador:

Las siguientes preguntas deben ser administradas por el investigador, a la población objeto de estudio. En caso de que el usuario no pueda responder se accederá a preguntar al cuidador.

Se deberá marcar solo una opción en cada caso, a excepción de la pregunta 4. En caso de que el usuario no cuente con la información necesaria para responder se deberá buscar la información en la historia clínica, de ser posible.

Las mismas aportan información confidencial y por tanto se mantendrá el anonimato de los participantes.

Una vez finalizadas deben ser guardadas en un sobre cerrado con los demás cuestionarios hasta el momento de su análisis.

Fecha: / /

1- Edad:

- 60 – 74 años
- 75 – 89 años
- 90 – 99 años
- Más de 100 años

2- Sexo

- Femenino
- Masculino

3- Estado civil:

- Casado
- Soltero
- Viudo
- Divorciado

4- Antecedentes personales

- ACV
- Diabetes
- Hipertensión arterial
- Enfermedad Parkinson
- Demencia
- EPOC
- Enfermedad oncológica



5- Motivo ingreso:

- infección respiratoria
- traumatismo
- enfermedad oncológica
- otro:

7- Estadía:

- 1-7 días
- 8-15 días
- 16-30 días
- Más 30 días

6- Nivel de Instrucción

- Primaria completa
- Primaria incompleta
- Secundaria completa
- Secundaria incompleta
- Terciaria completa
- Terciaria incompleta

8- Vive solo

- Si
- No

9- Con quien vive

- Familiar
- Cuidador
- Personal de casa de salud



ANEXO Nº 2

CUESTIONARIO DE VALORACION GERIATRICA

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR:

Las siguientes preguntas deben ser administradas por el investigador, a la población objeto de estudio. En caso de que el usuario no pueda responder se accederá a preguntar al cuidador.

Se deberá marcar las opciones en cada caso. En caso de que el usuario no cuente con la información necesaria para responder se deberá buscar la información en la historia clínica, de ser posible.

Las mismas aportan información confidencial y por tanto se mantendrá el anonimato de los participantes.

Para señalar se deberá redondear con una lapicera el número que corresponde a la respuesta del entrevistado.

Luego de haber llenado el cuestionario con todos los datos del participante, se deberá realizar la suma "TOTAL" del puntaje obtenido al final de cada cuestionario para lograr identificar, si el usuario presenta un síndrome de inmovilidad.

Una vez finalizadas deben ser guardadas en un sobre cerrado con los demás cuestionarios hasta el momento de su análisis.



ESCALA Nº1: DAWNTON

ESCALA DE RIEGO DE CAIDAS (J.H. DOWNTON)		
ALTO RIESGO: MAYOR A 2 PUNTOS		
CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES-SEDANTES	1
	DIURETICOS	1
	HIPOSENSORES (NO DIURETICOS)	1
	ANTIPARKINSONIANOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
	ANESTESIA	1
DEFICITS SENSITIVO-MOTORES	NINGUNO	0
	ALTERACIONES VISUALES	1
	ALTERACIONES AUDITIVAS	1
	EXTREMIDADES (PARALISIS, PARESIA...)	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
	NORMAL	0
DEAMBULACION	SEGURA CON AYUDA	1
	INSEGURA CON AYUDA/SIN AYUDA	1
	IMPOSIBLE	1
EDAD	< 70 AÑOS	0
	>70 AÑOS	1
	TOTAL	

ESCALA Nº2: BARTHEL

Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, ect.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	-independiente: entra y sale solo al baño.	5
	- Dependiente	0



Vestirse	-independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos. - Necesita ayuda. - Dependiente	10 5 0
Arreglarse	- independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. - Dependiente .	5 0
Deposiciones	- Continencia normal. - ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas -Incontinencia	10 5 0
Micción	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta. - Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita de ayuda para cuidar de la sonda. - Incontinencia	10 5 5
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa. - Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo. -Dependiente	10 5 0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama. - Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo. - Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo. - Dependiente.	15 10 5 0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros. - Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.	15 10 5 0



	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda. - Dependiente.	
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras. - Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo. - Dependiente.	10 5 0
	TOTAL	

ESCALA N°3: LAWTON Y BRODY

ESCALA DE LAWTON Y BRODY	HOMBRES	MUJERES
Teléfono -Utilizar el teléfono por propia iniciativa, buscar y marcar los números. -Sabe marcar números conocidos. -Contesta al teléfono, pero no sabe marcar -No utiliza el teléfono en absoluto.	1 1 1 0	1 1 1 0
Compras -Realiza todas las compras necesarias de manera independiente -Sólo sabe hacer pequeñas compras -Ha de ir acompañado para cualquier compra -Completamente incapaz de hacer la compra.	1 0 0 0	1 1 0 0



Preparación de la comida -Organiza, prepara y sirve cualquier comida por sí solo/a -Prepara la comida sólo si se le proporcionan los ingredientes -Prepara, calienta y sirve la comida, pero no sigue una dieta adecuada -Necesita que le preparen y le sirvan la comida	- - - -	1 1 0 0
Tareas domésticas -Realiza las tareas de la casa por sí sola, sólo ayuda ocasional -Realiza tareas ligeras (fregar platos, camas...) -Realiza tareas ligeras, pero no mantiene un nivel de limpieza adecuado -Necesita ayuda, pero realiza todas las tareas domésticas -No participa ni hace ninguna tarea	- - - - -	1 1 1 1 0
Lavar la ropa -Lava sola toda la ropa -Lava sólo prendas pequeñas (calcetines, medias, etc.) -La ropa la tiene que lavar otra persona	- - -	1 1 0
Transporte -Viaja por sí solo/a, utiliza transporte público/conduce coche -Puede ir sólo en taxi, no utiliza otro transporte público -Sólo viaja en transporte público si va acompañado -Viajes limitados en taxi o coche con ayuda de otros (adaptado)	1 1 1 0	1 1 1 0



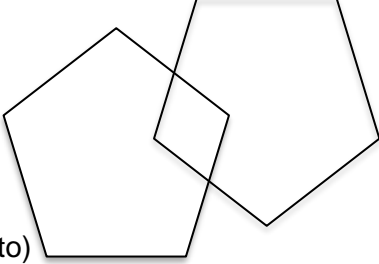
-No viaja en absoluto	0	0
Responsabilidad respecto a la medicación		
-Es capaz de tomar la medicación a la hora y en la dosis correcta, solo/a	1	1
-Toma la medicación sólo si se la preparan previamente	0	0
-No es capaz de tomar la medicación solo/a	0	0
Capacidad de utilizar el dinero		
-Se responsabiliza de asuntos económicos solo/a	1	1
-Se encarga de compras diarias, pero necesita ayuda para ir al banco	1	1
-Incapaz de utilizar el dinero	0	0
TOTAL		



ESCALA N°4: Escala de Mini Mental State Examination de Folstein

ESCALA DE MINI MENTAL	PUNTUACION
ORIENTACIÓN TEMPORAL ¿En que día estamos? ¿En que fecha? ¿En que mes? ¿En que estación?	(5 puntos)
ORIENTACIÓN ESPACIAL ¿En que hospital o lugar estamos? ¿En que piso o planta? ¿En que ciudad o departamento? ¿En que país?	(5 puntos)
FIJACION Repita estas 3 palabras: mesa, llave, libro (Repetir hasta aprenderlos, anotar ensayos)	(3 puntos)
CONCENTRACION Y CALCULO Restar 7 a partir de 100 5 veces seguidas como alternativa deletrear la palabra mundo al revés.	(5 puntos)
MEMORIA ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?	(3 puntos)
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN -Mostrarle un lápiz o un bolígrafo: ¿Que es esto? (2 punto) -Mostrarle un reloj: ¿Que es esto? (1 punto) -Repita: “ni si, ni no, ni pero” (1 punto) -Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa (3 puntos) -Lea esta frase y haga lo que dice “Cierre los ojos” (1 punto) -Escriba una frase corta (1 punto) -Realice este dibujo:	



<p>(1 punto)</p> 	
<p>TOTAL</p>	



ANEXO Nº 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN INVESTIGACIÓN DE CARÁCTER CIENTIFICO

Maldonado, ___ de _____ 2022

Somos un grupo de estudiante perteneciente a la Facultad de Enfermería, CURE Rocha de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, plan 93.

Lo estamos invitando a participar de un estudio de Investigación Científica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender los apartados que se detallan a continuación. Siéntase en absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le sirva para aclarar dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si desea participar, se le solicitara que firme el Consentimiento Informado.

El objetivo es determinar la Prevalencia del Síndrome de Inmovilidad en las Personas Mayores internadas en Hospital Público de la Región Este, en el periodo comprendido en 2022.

En caso de aceptar participar, se le realizará una encuesta sobre sus hábitos, sus antecedentes familiares y médicos.

No existe riesgo durante ni posterior a esta investigación. Toda la información que proporcione será manejada con carácter confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de lo académico.

ACLARACIONES: La realización de esta encuesta es voluntaria y no recibirán remuneración por su participación. En caso de sentirse incómodo ante alguna parte de la encuesta podrá decirselo al investigador y abstenerse de responder.

Los beneficios serán asociados a los resultados del estudio sobre conocimientos que poseen las personas mayores sobre Síndrome de Inmovilidad, a fin de poder ser utilizada esta información como base de futuros estudios o proyectos para fortalecer las áreas del conocimiento donde se encuentren deficiencias.

Los datos recogidas serán tratados según criterios de confidencialidad conformes a la ética de la investigación y a la normativa correspondiente; definidos por el Decreto N°379/008 del 4 de agosto de 2008, y su Anexo modificado por el Decreto N°158/019, publicado el 12/06/2019, que lo integra (<https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/158-2019>).

No habiendo dudas ni preguntas acerca de la participación en la investigación, yo, _____ C.I. _____, he leído y comprendido la información y entiendo que los datos obtenidos en la investigación pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto en participar en este estudio de investigación.



ANEXO Nº 4

Solicitud de autorización para la aplicación de la investigación

Maldonado, _____ 2022

Hospital Público de la Regional Este

Dir. Técnico

En la presente quienes suscriben se dirigen a usted con el fin de solicitar autorización para recabar datos que serán de utilidad para nuestro trabajo de investigación final, requisito curricular de la carrera de Licenciatura en Enfermería, Cure Rocha.

Dicha investigación tiene como título “Prevalencia del Síndrome de Inmovilidad en las Personas Mayores Ingresadas en un Servicio MQ en el Hospital Público de la Región Este”, siendo las tutoras a cargo las Licenciadas en Enfermería: Prof. Mag. Isabel Silva y Prof. Adj. Mag. Florencia Pisón. Quienes se enmarcan en las líneas de investigación de la Cátedra de Adulto y Anciano en el MSP.

El objetivo de la misma es determinar la prevalencia del síndrome de inmovilidad en las personas mayores hospitalizadas en el Hospital Regional del Este, para ello requerimos de su autorización para lograr recabar datos de las historias clínicas y realizar encuestas a pacientes y cuidadores respetando los principios Éticos que rigen toda investigación.

Se mantendrá la confidencialidad de los usuarios (resguardo de datos, secreto profesional, principio de no maleficencia).

Esperando una respuesta favorable y quedando a sus órdenes para cualquier consulta o ampliación de información.

Saludan Atte, estudiantes:

Arce Gallo Patricia C.I: 3559510-9	Fernández Marcia C.I: 4888400-6	Mesa Karen C.I: 4889395-8	Viera Alejandro C.I: 5250771-5
Viera Lilian C.I: 3133299-5	Mail de contacto: tesisadultoyanciano@gmail.com		