

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

UNAN-MANAGUA.

Instituto Politécnico de la Salud.

“Luis Felipe Moncada”.



Departamento de Fisioterapia.

Seminario de Graduación para optar al título de Licenciatura en Fisioterapia.

Tema:

“Promoción y prevención de la salud física”

Sub tema:

Condición física y funcional en pacientes adulto mayor residentes del Hogar de ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigíl, Departamento de Carazo, Nicaragua, Agosto–Noviembre 2016.

Autores:

Br. Delmis Daniela Cortez Urbina

Br. Francys Karely Vásquez Lumbi

Br. Liliana Angélica Ortiz Castellón

Tutor: Msc. Mario Antonio Gómez Picón

Escaneado - Toda

*SM
IPS
FISIO
378.242
COT
2017*

Biblioteca Central “Salomón de la Selva”	
UNAN-Managua	
Fecha de Ingreso.	<u>28/2/17</u>
Comprado:	<u>Don X Policia</u>
Precio: C\$	U\$
Registro No.	<u>53826</u>

Managua, Febrero 2017

Contenido

<i>DEDICATORIA</i>	3
Introducción	1
Justificación	2
Objetivos	3
Diseño Metodológico	4
Marco Teórico	19
Análisis y Discusión de los Resultados	34
Conclusiones	49
Bibliografía	50
ANEXO	51



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua
Instituto Politécnico de la Salud
Luis Felipe Moncada
UNAN Managua

Departamento de Fisioterapia
Teléfono 22770267-Ext. 6118

2017 "Año de la Universidad Emprendedora"

CARTA AVAL DEL TUTOR (A)

Las modalidades de graduación son la expresión culminante de los estudios de pregrado, con el fin de poner en práctica sus capacidades investigativas y el dominio de conocimientos y métodos alcanzados a lo largo de la carrera.

El presente trabajo de seminario de graduación para optar al título de Licenciatura en Fisioterapia lleva por: tema: "Prevención y promoción de la salud física "

Sub tema: Condición física y funcional en pacientes adulto mayores residentes del Hogar de ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil, Departamento de Carazo, Nicaragua, Agosto–Noviembre 2016.

Nombre del Autor (a):

- **Bra: Delmis Daniela Cortez Urbina**
No. carnet: 12074195
- **Bra: Francys Karely Vásquez Lumbi**
No. carnet: 05071230
- **Bra: Liliana Angélica Ortiz Castellón**
No. carnet: 12072655

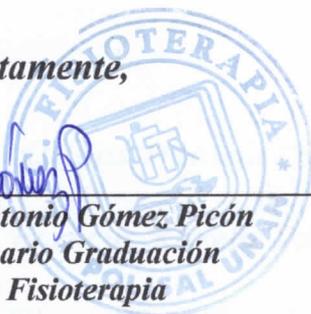
Reúne los requisitos académico y científico conforme lo establecido en el Reglamento del Régimen Académico de la Unan-Managua, citado de la normativa para las modalidades de graduación como formas de culminación de los estudios, plan 99. Aprobada por el consejo Universitario en sesión No. 15 del 08 de agosto del año 2003.

Después de revisarlo doy el aprobado para su defensa

Se extiende la presente a los veinte días del mes de enero 2017.

Atentamente,

Msc. Mario Antonio Gómez Picón
Tutor Seminario Graduación
Dpto. de Fisioterapia
POLISAL–Unan-Managua



DEDICATORIA

A DIOS y a nuestro señor Jesucristo, por regalarnos la fuerza espiritual y la sabiduría, iluminando con su luz nuestro camino con, misericordiosa divina, nuestros pensamientos y acciones.

A mis padres JULIO CORTEZ SANCHEZ Y NORMA URBINA LOPEZ que fueron el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional sembrando en mí las bases de responsabilidad y los deseos de superación, y a mis hermanas, por apoyarme incondicionalmente en todo el transcurso de mi carrera.

A mis padres JOSE ANTONIO VASQUEZ CUADRA Y REYNA MARGARITA LUMBI MAIRENA por su amor, su trabajo y su sacrificio en todos estos años, pues gracias a su esfuerzo he llegado hasta aquí y convertirme en lo que soy.

A mi madre DALILA CASTELLON GUERRERO, por su apoyo incondicional durante mi educación universitaria y mi vida, por estar en cada momento importante, por animarme, por su paciencia cuando la mía se agotaba, es un sueño compartido y hoy se hace realidad y también a mi familia por su apoyo emocional, por estar conmigo siempre.

Delmis Daniela Cortez Urbina.

Francys Karely Vásquez Lumbi

Liliana Angélica Ortiz Castellón

AGRADECIMIENTOS

En el presente trabajo de investigación, como grupo queremos agradecer a nuestro Padre Celestial por permitirnos levantarnos cada día y dejarnos concluir este proyecto.

También agradecemos de manera especial a la licenciada María de la Cruz, por su atención, amabilidad y por darnos la oportunidad de interactuar y realizar evaluaciones a los adultos mayores que residen en el hogar de ancianos Dr. Agustín Sánchez vÍgil de Carazo, Jínotepe.

A nuestros PADRES por apoyarnos en nuestro camino de superación profesional y personal, animándonos diariamente a salir adelante para cumplir nuestros sueños y metas, proporcionándonos siempre su apoyo incondicional.

A la UNIVERSIDAD por ofrecernos las herramientas educativas necesarias para nuestro porvenir profesional.

A nuestros MAESTROS por facilitarnos sus conocimientos, experiencias y muestras de afectos en el largo trayecto de aprendizaje.

A nuestro estimado TUTOR Msc. Mario Gómez Picón por su paciencia, dedicación, motivación, criterio y aliento durante la realización de nuestro seminario de graduación.

Delmis Daniela Cortez Urbina.

Francys Karely Vásquez Lumbí

Liliana Angélica Ortiz Castellón

Resumen

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, de corte transversal, presentando un enfoque cuantitativo, con el objetivo de analizar la condición física y funcional de los adultos mayores residentes del Hogar de ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil, de tal manera que los resultados obtenidos sirvan de base a la institución para la elaboración de planes de tratamientos que den respuesta a la problemática.

Para ello se seleccionó a un grupo de 15 personas de ambos sexo entre 60 a más años de edad, recopilando los datos mediante el uso del índice Barthel, escala de Tinetti, y test de senior Fitness, utilizando la técnica de la entrevista directa con el paciente, observación y lectura de expediente.

El análisis de los datos de las evaluaciones se realizó a través del programa estadístico SPSS versión 22, en el cual se presentaron mediante tablas y gráficos, obteniendo como resultados que la mayoría de la población son personas de edad avanzada, con un nivel de escolaridad bajo, en su mayoría procedentes de Diriamba, se estima que la muestra presentó un nivel de funcionalidad independiente en las actividades de la vida diaria, con alto riesgo de caída, en cuanto a los resultados obtenidos de las actividades de test de senior Fitness. La población en estudio tiene una condición física correcta dentro de los parámetros de edades y sexo, tomados del mismo.

Antecedentes

A nivel nacional

Según el análisis realizado por los estudiantes de fisioterapia Buitrago Somoza J, Dávila Avalos J, Ramos Espinoza M, (Noviembre 2015), realizaron un estudio acerca del estado funcional, cognitivo, y depresivo del paciente geriátrico que residen en el Hogar Sagrado Corazón de Jesús Managua, Nicaragua, el propósito de su investigación era mostrar las modificaciones o cambios funcionales, cognitivo, y depresivo obteniendo como resultados que existe una gran variedad de los niveles funcionales predominando el grado de dependencia moderado, con un nivel cognitivo moderado y la mayoría de la población se encontró con nivel depresivo.

Según Barreto Monge, W., Quintana Moreno, M., & Urroz Álvarez, R. en su estudio análisis de la situación geriátrica en Nicaragua en los años 1995-1996 lograron conocer los aspectos a los que se enfrenta la población de la tercera edad, su problemática social y de salud, sirviendo de insumo para proponer que las instituciones gubernamentales y no gubernamentales sienten las bases para el abordaje integral de la problemática de las personas de la tercera edad, tanto en el ámbito jurídico como en la política social establezcan políticas de responsabilidad con este grupo de personas.

A nivel Internacional

Según Martínez, Elia del Carmen. (2009). Realizo un estudio para Identificar el nivel de riesgo de caídas a pacientes en los servicios de ginecología, cirugía y medicina interna. Donde se obtuvo nivel de riesgo de caídas bajo (47.1%), en ambos géneros predominó el nivel bajo, el grupo de mayor edad (14.7 %) presenta nivel alto, prevaleció mayor deficiencia visual.

Según Alvarado Astudillo R., Astudillo Vallejo P., & Sánchez Becerra J. (2011). Determinaron la prevalencia de caídas en adultos mayores y sus factores asociados intrínsecos como las enfermedades crónicas, estado mental, deambulación; extrínsecos: fármacos, alcohol, calzado, actividades diarias, lugar, condición del suelo, intervalo del día, y no clasificables: caídas previas, temor a caer, tipos de caídas; en la Parroquia Sidcay, en Ecuador, mediante la "Escala de

Riesgo de Caídas de Downton".

Según estudio realizado en Cuenca- Ecuador (octubre 2013), por estudiantes de medicina, determinaron la prevalencia del grado de capacidad funcional de los adultos mayores y factores asociados en la parroquia El Valle del cantón Cuenca 2013, donde obtuvieron como resultado que la prevalencia de dependencia física en actividades de la vida diaria tales como lavado, vestido, uso de retrete, movilización, continencia y alimentación; es elevada y se asocia a factores biológicos y sociales.

Otro estudio realizado en Perú en el año 1998 observo que la independencia funcional de los adultos mayores fue de 77.3 % y 59.5% en pacientes ambulatorios y hospitalizados, respectivamente, se encontró una declinación funcional acentuada a partir del grupo etario 70 a 79 años con una relación entre declinación funcional y edad.

Mientras que un estudio realizado en Cuba se observó que un 27.6% precisa ayuda para realizar al menos una actividad de mantenimiento del ambiente y un 15.9 % es incapaz de realizar al menos una, dicho estudio aporta la descripción del estado funcional de mayores, que en la mayoría de los casos es óptimo, donde también se han identificado diversos factores socio-sanitarios asociados a la incapacidad funcional.

Introducción

Desde la década de los 70 los hogares del adulto mayor han sido un recurso que la sociedad fomentó para dar repuesta a diversos problemas planteados por la población de la tercera edad. En Nicaragua existen 27 hogares de adultos mayores, ubicados en 14 departamentos, en donde brindan atención médica, alimentación, alojamiento y en algunas ocasiones tratamiento psicológico.

Este grupo poblacional se encuentra en potencial riesgo de generar dependencia y discapacidad, por ello obliga a las instituciones a mantener una estrecha vigilancia sobre ellos para efectuar detección precoz, con el fin de ofrecer soluciones y tratamientos oportunos.

Para lograr este objetivo, es necesario en primer lugar analizar la condición física y funcional de los adultos mayores, siendo en este caso los de 60 años a más, por tal motivo nuestro estudio en una herramienta, que sirva de base a la institución para la elaboración de planes de tratamientos a futuros profesionales que lleguen a brindarles atención fisioterapéutica en base a la problemática encontrada.

El presente trabajo de investigación se llevo a cabo mediante la aplicación del índice Barthel, Escala de Tinetti, y Test de senior fitness, para evaluar la condición física y funcional de los residentes del Hogar de ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigíl, tomando a 15 adultos mayores de ambos sexo femenino y masculino que cumplieron con nuestros criterios de inclusión.

Justificación

El presente estudio puede conformar a largo plazo un aporte científico, ya que a partir de los resultados que se den en esta investigación se obtendrán aspectos teóricos y prácticos del proceso de evaluación geriátrico, desde el punto de vista teórico se podrá conocer el estado funcional y físico de esta población y con la finalidad de conocimiento empírico suministra las bases para el diseño de posteriores estudios inclinados en temáticas de investigación relacionada con la evaluación general al adulto mayor.

De esta manera el estudio no solo permitirá analizar la condición física y funcional de los adultos mayores, sino que representa beneficios directos al hogar de ancianos mejorando así los servicios de fisioterapia de calidad, para lograr resultados significativos y relevantes en la salud integral en los pacientes adultos mayores.

Esta investigación presenta una relativa facilidad para realizarse dado que se tiene la disposición tanto de recursos humanos como de materiales dentro de la institución que agilizará la fase más importante del trabajo como son la recolección de los datos y búsqueda de información que soportara a esta investigación.

Objetivos

Objetivo General

Analizar la condición física y funcional de pacientes adultos mayores residentes del Hogar de Ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigíl del departamento de Carazo, Nicaragua, Agosto–Noviembre 2016.

Objetivos Específicos

- Caracterizar demográficamente a los pacientes adultos mayores.
- Determinar el nivel funcional de los pacientes. Adultos mayores
- Identificar los riesgos de caídas de los pacientes adultos mayores.
- Determinar la condición física de los pacientes .adultos mayores ..

Diseño Metodológico

Tipo de estudio

Según análisis y alcance de los resultados

Según alcance es de tipo descriptivo ya que Hernández, Collado & Baptista (2010), definen que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.

Según el enfoque del estudio

Según el enfoque es cuantitativo porque según Hernández et al, (2010) lo describe como secuencial y probatorio es decir cada etapa precede a la siguiente y no podemos “brincar o eludir” pasos, el orden es riguroso, aunque, desde luego podemos redefinir algunas fases.

Según el periodo y secuencia del estudio

El estudio es de corte transeccional o transversal ya que se realizó en un momento determinado, como si fuera un corte en el tiempo de modo que se observaron los valores normales de la población en estudio, con el propósito de describir las variables y analizar su incidencia en un momento dado (Hernández et, 2010) en los meses de Agosto – Noviembre 2016.

Según el tiempo de ocurrencia y registro de la información

Estudio de carácter prospectivo ya que los datos obtenidos se recolectaron a medida que fueron ocurriendo los hechos

Área de estudio

El hogar de ancianos fue fundado el 1 de septiembre del 2004, con el apoyo del hermanamiento Helmond-Holando, en el departamento de Carazo, Municipio de San Marcos,

El hogar de ancianos se ubica contiguo a la cruz roja de Jinotepe sobre la carretera panamericana sur.

El hogar de ancianos cuenta con tres pabellones, el pabellón de varones que a la vez está estructurado cuatro cuartos grandes con inodoro y baño, el pabellón de mujeres, estructurado por cuatro cuartos grandes con tres inodoros y tres baños. El tercer pabellón se encuentra los baños del personal que labora, la cocina y el comedor, además cuenta con espacio amplio para disfrutar de la frescura que dan los árboles y pastos verdes y las flores.

Universo

El universo está constituido por 24 adultos mayores de ambos sexos que pertenecen al Hogar Dr. Agustín Sánchez Vigíl.

Muestra

Para nuestro estudio utilizamos el muestreo por conveniencia ya es una técnica que nos permite seleccionar a los participantes dada la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos, esta técnica es considerada la más fácil, y la que menos tiempo lleva.

Criterios de inclusión

- Adulto mayor de 60 años a más.
- Ambos sexo
- Adultos mayores que aceptaron voluntariamente participar en el estudio ➤ Que sean pacientes ambulatorios.

Criterios de exclusión

- Que usen sillas de ruedas.
- Que exista alguna barrera en la comunicación (disartria, alteraciones neurológicas)
- Que padezcan enfermedades respiratorias .

Método, técnicas e instrumento de recopilación de datos

Técnica e instrumento de recopilación de datos

Ficha demográfica

Para la recolección de la información de nuestro estudio se utilizó una ficha la cual fue diseñada para obtener datos demográficos de la población en estudio. Está Estructurada con los ítems de edad, sexo, procedencia, escolaridad y estado civil con el objetivo de obtener los datos generales de los adultos mayores. El llenado se realizó a través de una entrevista cara a cara, para obtener todos los datos personales antes mencionados a los adultos mayores así como la revisión del expediente clínico.

Índice de Barthel (IB)

La escala o índice de Barthel es una escala diseñada por Mahoney y Barthel en 1955 y desde entonces es utilizada para medir la capacidad individual de realizar las actividades básicas de la vida diaria que consiste en asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia, asignando un valor a cada actividad según el tiempo requerido para su realización y la necesidad de asistencia para llevarla a cabo.

Las AVD (ítems) que se incluyen en el índice original son diez: comer, el desplazamiento silla/sillón-cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, y la continencia. Las actividades se valoran de forma diferente como se puede observar en la propia escala y el rango global puede variar entre 0

(completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente). Para el llenado del índice de Barthel se utilizó la técnica de la encuesta la cual se le realiza de manera personal al participante.

Escala de Tinetti

La escala de Tinetti se divide en dos partes una evalúa el equilibrio: en el equilibrio sentado, levantarse, intentos para levantarse y equilibrio en bipedestación, y la otra parte evalúa marcha: dentro de la marcha se evalúa el empuje, ojos cerrados, vuelta de 360°, y sentarse.

La puntuación máxima para la prueba del equilibrio es 16 y para marcha es 12, de modo que da un total de 28 puntos. Cuanto mayor es la puntuación final, mejor la funcionalidad del paciente y menor el riesgo de que pueda sufrir una caída, considerándose que por debajo de los 19 puntos hay un claro riesgo de caída que aumenta según descende la puntuación.

En la escala de Tinetti se utilizó la técnica de la encuesta mediante la cual se obtendrían los datos necesarios para nuestra investigación.

Test de Senior Fitness (SFT)

Esta batería de test, "Senior Fitness Test" ha sido diseñada por Rikli y Jones. Surgió para evaluar la condición física saludable de las personas mayores. Esta tiene unas características que la hacen más completa y práctica con respecto a los test que se utilizaban anteriormente. Es muy completa, ya que los test que componen la batería recogen el mayor número de componentes del fitness asociados con la independencia funcional. La SFT puede realizarse en personas con diferentes edades entre 60 y 94 años y es de fácil aplicación en cuanto al equipamiento y espacios necesarios.

La batería de sénior fitness test evalúa siete actividades las cuales son: sentarse y levantarse de una silla, flexiones de brazo, caminata de seis minutos, flexión de tronco en silla, juntar las manos tras la espalda, levantarse caminar y volverse a sentar, también evalúa la caminata de dos minutos pero si el participante realiza la de seis minutos se omitirá la de dos minutos.

El fin del llenado de este test es para evaluar la condición física y funcional del adulto mayor ya que al realizar las actividades se verá el grado de dificultad y esto dependerá también del índice de masa corporal que él participante tenga los parámetros a utilizar serán correcto e incorrecto esto dependerá de las repeticiones que realice el participante y el grado de dificultad que presente ..

Para la realización del test de sénior Fitness La técnica que se utilizo fue la observación la cual es una técnica de investigación que consiste en observar personas, fenómenos, hechos, casos, objetos, acciones, situaciones, con el fin de obtener determinada información necesaria para una investigación , ya sea directa o indirecta.

Validación de Instrumentos

Para el proceso de validación de los instrumentos no se llevó ningún tipo de pilotaje, ni juicio de experto, ya que estos instrumentos poseen su propia validación que le dan la fiabilidad mediante pruebas de coordinación la cual poseen un coeficiente alto de confiabilidad.

Índice de Barthel

Para la validación del índice de Barthel entrenaron a catorce terapeutas que, usando grabaciones de vídeo de pacientes, puntuaron la realización de las actividades. De los resultados de este estudio se deduce una buena fiabilidad del inter-observador con índices de Kappa.

A la hora de considerar la validez del IB (capacidad de un instrumento para medir lo que pretende medir) hay que tener en cuenta que este índice se ha elaborado sobre bases empíricas, lo cual limita la posibilidad de llevar a cabo una evaluación exhaustiva de este criterio.

Escala de Tinetti

Para determinar la validez de constructo, se realizó una comparación de grupos extremos: 45 adultos mayores con alteraciones en la marcha o el equilibrio, o uso de dispositivos de asistencia (grupo de enfermos); este grupo se seleccionó por medio de la información suministrada por el personal de enfermería y con revisión de la historia clínica del paciente.

Test de Sénior Fitness

Para su validación realizaron un estudio a 30 adultos mayores con enfermedades crónicas metabólicas no transmisibles que ingresan al servicio de Terapia Física del Hospital Provincial. A los cuales se les aplicó dos veces la valoración en la mañana y en la tarde del mismo día, una vez realizada la valoración a cada participante se procedió a aplicar la técnica a investigar, estableciéndose que la aplicación del Sénior Fitness Test es 95% confiable para su utilización previo a un tratamiento fisio-kinesioterapéutico.

Aspectos Éticos

Para llevar a cabo esta investigación se procedió como primer paso informar de manera verbal y escrita a través de un consentimiento al Hogar Dr. Agustín Sánchez Vigil, donde, se plantearon los objetivos de la realización de este estudio, se les explico a las autoridades administrativas y la función que todo el manejo de la información obtenida será de manera confidencial y solamente el ejecutor del estudio tendría los conocimientos de quienes eran los participantes. Así mismo se realizó una explicación verbal a los participantes del estudio sobre los objetivos de este, así como la utilización de esta información.

Proceso de recolección de la información

Para la ejecución de esta investigación se realizó una visita el día 08/11/2016 con el fin de presentar cartas a las autoridades del asilo explicando de manera concreta los objetivos del estudio y solicitando a su vez la autorización para la aplicación de evaluaciones a los participantes.

El día 09/11/2016 se recolectaron los datos demográficos mediante la ficha demográfica y posteriormente se aplicó la evaluación del índice de Barthel, escala de Tinetti (equilibrio marcha), y Test Senior Fitness, terminando de recolectar los datos el día 15/11/2016 y 16/11/2016.

Plan de tabulación y análisis de datos

Concluida la fase de recopilación de la información, se creó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 22, posteriormente se realizaron tablas de frecuencia y gráficos cruzados basados en las características demográficas, así mismo se efectuaron tablas y gráficos de frecuencia

Variables de estudio

1. Caracterizar demográficamente a los pacientes adulto mayor que residen en el Hogar de ancianos Dr. Agustín Sánchez vigil

Características demográficas: son el conjunto de características biológicas, socioeconómicas, culturales, que están presentes en la población sujeta de estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles como son:

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Procedencia

2. Determinar el nivel funcional de los pacientes adulto mayor residentes del

Hogar de Ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil

Nivel funcional del adulto mayor: Son las diversas actividades que el adulto mayor puede realizar de manera independiente en su entorno como son:

- Comer
- Lavarse
- Vestirse
- Arreglarse
- Deposiciones
- Micción
- Uso del baño (retrete)
- Trasladarse
- Deambular
- Escalones

3 Identificar los riesgos de caídas en pacientes adulto mayor residentes del hogar de ancianos Dr. Agustín Sánchez vigil.

Riesgo de caída: se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga.

- Equilibrio sentado
- Levantarse
- Intentos para levantarse
- Equilibrio en bipedestación
- Empujar en bipedestación
- Ojos cerrados
- Vuelta de 360°
- Sentarse
- Iniciación de la marcha
- Movimiento pie derecho

- Movimiento pie izquierdo
- Simetría del paso
- Fluidez del paso
- Trayectoria
- Tronco
- Postura al caminar

4 Determinar la condición física y funcional de los pacientes adultos mayor residentes del Hogar de Acianos Dr Agustín Sánchez Vigil

Condición física: La capacidad física para desarrollar las actividades normales de la vida diaria de forma segura e independiente y sin excesiva fatiga.

- Sentarse y levantarse de la silla
- Flexión de brazos
- Caminata de 6 minutos
- Flexión de tronco
- Juntar manos tras espaldas
- Levantarse, caminar y volverse a sentar

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Objetivo # 1

Caracterizar demográficamente a los pacientes adultos mayor que residen en el

Hogar de Ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil

Ficha demográfica

Variable	Subvariable	Indicador	Valor
Característica demográficas	Demográfica	Edad	60-74 años 75-90 años >-90 años
		Sexo	Femenino Masculino
		Escolaridad	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Universidad terminada Analfabeta No lo recuerdan
		Procedencia	Jinotepe Diriamba León Managua Carazo

Objetivo # 2

Determinar el nivel funcional de los pacientes adultos mayor residentes del Hogar de ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil.

Índice Barthel

Variable	Subvariable	Indicador	Valor
Nivel funcional	Comer	Independiente	10
		Necesita ayuda	5
		Dependencia	0
	Lavarse	Independiente	5
		Dependencia	0
	Vestirse	Independiente	10
		Necesita ayuda	5
Dependencia		0	
Arreglarse	Independiente	5	
	Dependencia	0	
Deposiciones	Continencia normal	10	
		5	
	Necesita ayuda	0	
	Incontinencia		
Micción	Continencia normal	10	
		5	
	Necesita ayuda	0	
	Incontinencia		

	Uso de baño (retrete)	Independiente Necesita ayuda	10 5
		Dependencia	0
	Trasladarse	Independiente Mínima ayuda Necesita gran ayuda Dependencia	15 10 5 0
	Deambular	Independiente Necesita ayuda física Independiente silla de ruedas Dependencia	15 10 5 0
	Escalones	Independiente Necesita ayuda Dependencia	10 5 0

Objetivo 3

Identificar los riesgos de caídas de los pacientes adulto mayor residentes del Hogar de Ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil.

Escala Tinetti

Variable	Subvariable	Indicador	Valor
Riesgo de caída	Equilibrio sentado	Se inclina o desliza en la silla	0
		Se mantiene seguro	1
	Levantarse	Incapaz sin ayuda	0
		Capaz pero necesita más de un intento	1
		Capaz de levantarse en un intento	2
Intentos para levantarse	Incapaz sin ayuda	0	
	Capaz pero necesita más de un intento	1	
Equilibrio en bipedestación	en	Inestable	0
		Estable con apoyo amplio(talones separados mes de 10 cm) y usa bastón u otros apoyos	1
		Estable sin andador u otros apoyos	2

	Empujar bipedestación	en	Empieza a caerse Se tambalea, se	0 1
			agarra, pero se mantiene Estable	2
	Ojos cerrado		Inestable Estable	0 1
	Vuelta 360		Pasos discontinuos Continuos	0 1
			Inestable (se tambalea, o agarra) Estable	0 1

Objetivo # 4

Determinar la condición física de los adultos mayores residentes del Hogar de ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil.

Test de Senior Fitness

<u>Variable</u>	<u>Subvariable</u>	<u>Indicador</u>	<u>Valor</u>
<u>Nivel funcional</u>		<u>Sentarse y levantarse de la silla</u>	<u>Correcto</u> <u>Incorrecto</u>
		<u>Flexión de brazo</u>	<u>Correcto</u> <u>Incorrecto</u>
		<u>Caminata de 6 minutos</u>	<u>Correcto</u> <u>Incorrecto</u>
		<u>Dos minutos de marcha</u>	<u>Correcto</u> <u>Incorrecto</u>
		<u>Flexión de tronco</u>	<u>Correcto</u> <u>Incorrecto</u>
		<u>Juntar manos tras espalda</u>	<u>Correcto</u> <u>Incorrecto</u>
		<u>Levantarse, caminar y volverse a sentar</u>	<u>Correcto</u> <u>Incorrecto</u>

Marco Teórico

El sexo, la edad, el estado civil, el nivel de educación y la procedencia, son algunas de las características que se consideran en el análisis de la población quiere decir que cualquier característica que pueda ser medida o contada es susceptible al análisis demográfico.

Edad Con origen en el latín *aetas*, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta su actualidad, reconocemos la edad de la niñez, de la juventud, de la adultez o de la vejez, que comprenden grupos de edades.

Estado civil

Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.

Escolaridad

Se denomina Educación pública al sistema nacional educativo de cada país, que, por lo general, comprende la planificación, supervisión o ejecución directa de planes de estudio y educación escolarizada de diversos niveles académicos siendo preeminente la realización de los niveles que la Norma jurídica considere obligatorios, consistiendo por lo general en la educación primaria, no obstante, ello no excluye a niveles superiores que no se consideren obligatorios.

Procedencia

Del latín *procedens*, procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona.

Generalidades de Hogares de ancianos en Nicaragua.

"El concepto de hogar de personas adultas mayores es aún difícil de definir porque en muchos casos, difiere de la definición simple de hogar". (López M; 2008, p. 13)

Según, Tellechea (2005, p. 13) el concepto de residencia para personas adultas mayores nos remite a un centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención socio sanitaria interprofesional, en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia en las actividades de la vida diaria.

La conferencia Regional intergubernamental sobre envejecimiento en Santiago de Chile 2003, puso de manifiesto la implementación de las disposiciones legales para la apertura y el funcionamiento de los centros residenciales y la vigilancia de las condiciones de vida, derechos humanos y libertades fundamentales de las personas mayores que residen en ellos. Por tanto, es indispensable la evaluación periódica de dichos hogares a fin de promover la calidad del servicio y garantizar los derechos y libertades de sus residentes.

En nuestro país la mayoría de los hogares para ancianos es mixta, pues albergan a personas adultas mayores autovalentes -en su mayor parte- y personas dependientes. En ocasiones a los hogares de personas adultas mayores se les ha llamado también hogares de larga estada porque son instituciones de carácter privado con y sin fines de lucro que prestan atención diaria permanente al adulto mayor proporcionándoles alojamiento, alimentación completa, vestuario, atención médica y actividades recreativas.

Según, López M;(2008, p. 13)

Toda residencia debe potenciar la independencia y la seguridad de sus residentes, conseguir el equilibrio y la seguridad psíquica, respetar la intimidad individual, provocar las relaciones sociales y facilitar el trabajo del personal para el desarrollo de sus funciones.

Según: López M;(2008, p. 15).

Para las personas con 60 años o más, existe la alternativa de vivir en el propio domicilio o trasladarse a un hogar. En cambio para otros es llegar a la indigencia. Sin embargo, mientras para unos es una decisión libre de poder o no asistir a un hogar, para otros se convierte en una necesidad de parte de los familiares debido a sus condiciones de salud y alto grado de dependencia. En otras situaciones la familia no asume su rol y responsabilidad como cuidador de sus familiares ancianos.

Según, López M;(2008 p.16)

Las residencias para las personas adultas mayores les supone un reto adaptativo muy importante y que debe tener el objetivo de disminuir la pasividad y aumentar la actividad social. Los ancianos llegan al hogar afectando su identidad, bienestar y añorando el entorno en el cual por años han permanecido, en especial si las condiciones y calidad de vida que le ofrece el hogar colectivo son deficientes.

Según, López M; (2008 p.16)

La salud no sólo se asocia con el bienestar, sino con la incapacidad debida que, a edades avanzadas, los problemas de salud están relacionados con una disminución de las facultades físicas y mentales. Por tanto, el que algunas personas adultas mayores no puedan valerse por ellos mismos, serían una de las causas principales por las que las personas mayores se trasladarían a centros residenciales.

“La soledad también es otro motivo importante de vivir en una residencia porque consideran que en ellas pueden establecer nuevas relaciones sociales que ayudarían a la soledad

Pero en nuestro medio, “algunas condiciones de vulnerabilidad son las causas principales de ingresos a los hogares tales como la indigencia y la pobreza, la violencia y malos tratos familiares; el abandono, soledad y la falta de vivienda”. (López M; 2008, p. 16)

Fernández-Ballesteros; Zamarrón, 1998, citado por López M; (2008)

Cuando se averigua la opinión de las personas mayores respecto a las residencias en general tiene una opinión bastante positiva (Fernández-Ballesteros; Zamarrón, 1998) Algunos grupos de personas adultas mayores consideran que las residencias de ancianos son necesarias para las personas que están incapacitadas y no tienen a nadie que les ayude a realizar sus actividades de la vida diaria. Además, muchas personas mayores expresan su deseo de vivir siempre en casa todo el tiempo que fuera posible en vez de ir a parar a una residencia. (p. 16)

Generalidades del envejecimiento

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países del mundo. "Considera que el envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico". (Núñez, 2000, p.123). Adquiriendo un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

La Organización Mundial De La Salud (OMS) presta atención desde hace muchos años, a los diversos problemas de la vejez, y su intervención en las cuestiones de gerontología y en los programas de salud y servicios sociales para este grupo de población, en constante aumento.

Las actividades emprendidas por la OMS, corresponden a varios campos de la sanidad relacionados directamente con la vejez, tales como la organización de servicios de asistencia médica, la enseñanza y formación profesional en asistencia geriátrica y la protección sanitaria, la salud mental, nutrición, vivienda y rehabilitación de las personas de edad avanzada.

Según la O.M.S. define envejecimiento como: "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".

Funcionalidad, fragilidad del adulto mayor

Si pensamos ahora en el envejecimiento poblacional nos daremos cuenta que aumenta la importancia de lo que hemos planteado anteriormente, ya que se acentúa la tendencia al aumento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas.

Ya instalada la vejez la consideración de los aspectos físicos, psíquicos y sociales, es decir la mirada integral, se hace inevitable para cualquier intervención desde el área de salud. Y es precisamente el estado de la funcionalidad física, psíquica y social, el concepto clave de la calidad de vida en la vejez.

El reto es entonces prevenir la presencia de enfermedades crónicas que pueden ser potencialmente invalidantes y que una vez instaladas deterioran fuertemente la calidad de vida de la población mayor,

Características generales del envejecimiento.

Aunque los caracteres externos del envejecimiento varían dependiendo de los genes, y de una persona a otra, se pueden mencionar algunas características generales del envejecimiento humano, (Timaras, 2010, p.154), cita en su libro las siguientes características generales del envejecimiento:

- Pérdida progresiva de la capacidad visual: Síntomas que conducen a la presbicia, miopía, cataratas, etc.

- Hipoacusia progresiva.

- Pérdida de la elasticidad muscular.
- Alteración del sueño.
- Pérdida de la agilidad y capacidad de reacción refleja.
- Degeneración de estructuras óseas: aparición de deformaciones, osteoporosis, artritis reumatoides.
- Aparición de demencias seniles: enfermedad de Alzheimer.
- Pérdida de la capacidad de asociación de ideas.
- Pérdida progresiva de la fuerza muscular y de la vitalidad.
- Aumento de la hipertensión arterial.
- Pérdida progresiva de los sentidos del gusto y de la audición.

Las definiciones categóricas de viejo, tercera edad, mayor y envejecimiento no son ni claras ni universalmente aplicables. Viejo es un término específico de cada persona, cultura, país y género. Las definiciones pueden variar entre ambos sexos a medida que los acontecimientos de la vida contribuyen a las transiciones del envejecimiento, por ejemplo, la jubilación del trabajo. Una definición cronológica de tercera edad o de persona mayor se usa con mucha frecuencia, pero es cuestionada.

La ONU utilizaba tablas con cifras tanto para personas de 60 años como de 65, y para más mayores, posibilitando estimaciones y previsiones más detalladas para las personas de avanzada edad de la mayoría de los países. La OMS utiliza categorías que empiezan a la edad de 65 años y a los 80 años.

Funcionalidad (Gómez, Borreros, Gómez, 2003, p.46), Consideran la funcionalidad como:

La facultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad.

Los autores antes mencionados alegan también que, la capacidad funcional está estrechamente ligada al concepto de autonomía, definida como el grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como deseen hacerlo; esto implica tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y por tanto reorientar las propias acciones.

Algunos conceptos parecen identificar autonomía y funcionalidad; el siguiente autor define función como:

Capacidad de ejecutar de manera autónoma aquellas acciones más o menos complejas que componen nuestro quehacer cotidiano en una manera deseada a nivel individual y social", e igualmente se refiere a la "valoración funcional como la evaluación de las capacidades físicas del anciano para determinar su autonomía e independencia en el ambiente que le rodea, evitando la incapacidad y estimulando la independencia. (Castellón, 2004, p.322)

Belenger en su libro cuando habla de funcionalidad de una persona se hace referencia a la capacidad para realizar las actividades cotidianas fundamentales para la vida, estas actividades las podemos clasificar en básicas, ABVD, o actividades físicas relacionadas con seis aspectos: bañarse, vestirse, usar el sanitario, desplazarse, alimentarse y tener presente la continencia fecal y urinaria.

(Belenger y Aliaga 2000, p.167).

Objetivo de la fisioterapia en geriatría

No es aumentar la expectativa de vida, sino el cómo se vive una vida más larga. Esto implica prolongar la vida libre de discapacidad o de una vida funcionalmente sana. De allí la importancia de detectar a quienes están en riesgo de perder su capacidad funcional y de actuar a nivel de prevención primaria, vale decir, antes que se produzca la discapacidad.

La discapacidad constituye un proceso gradual que pasa por etapas. Este se inicia con una situación estresante que puede causar impedimentos, los que dificultan el funcionamiento físico, mental o social, pasando luego a producir limitaciones funcionales que equivalen a restricciones para ejecutar acciones de la vida diaria. Culminando en la discapacidad o incapacidad de realizar las acciones del diario vivir por sí mismo.

Lo destacable es que cuando las limitaciones funcionales o incluso una discapacidad se detecta a tiempo y se trata adecuadamente, se puede retrasar, contrarrestar, compensar, y/o recuperar los factores que impulsan o profundizan dicho proceso o incluso evitar la incapacidad total y dependencia.

Concepto de funcionalidad

Independencia entendida como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir vivir en la comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás.[1] Autonomía entendida como la capacidad de tomar decisiones por sí solos y afrontar las consecuencias de ello de acuerdo a preferencias propias y los requerimientos del entorno.

[1] OMS, "Envejecimiento activo: un marco político", en: Revista Española de Geriatría y Gerontología, Agosto 2002.

Los Adultos Mayores a los 80 años, aún en los mejores sistemas de salud, pueden presentar hasta tres enfermedades crónicas. De este modo la co-morbilidad, en el grupo de Adultos Mayores, dificulta establecer diferencia entre el grupo de sanos o enfermos, dado que en su gran mayoría las personas mayores presentarán alguna enfermedad crónica o degenerativa.

Lo que en realidad marcará la diferencia es si esta enfermedad u otra condición física, psíquica o social ha favorecido el Estado de Salud Funcional o llevado al compromiso del Estado de Salud Funcional.

Es así como una de las primeras manifestaciones de enfermedades en el adulto mayor se produce a través de alteraciones de la funcionalidad. Esta se constituye, en el signo de alerta más importante. De aquí la importancia fundamental de la medición permanente de la funcionalidad en el adulto mayor.

La pérdida de funcionalidad se puede detectar clínicamente por la pérdida de autonomía y aparición de dependencia que, poco a poco, van a limitar la calidad de vida de las personas mayores. Además cada tipo de enfermedad origina un tipo específico de pérdida funcional: cada enfermedad afecta a un grupo concreto de actividades.

Esta pérdida de la independencia y autonomía afecta inicialmente a las actividades complejas (por ejemplo desplazamientos fuera del hogar), pero, si se mantiene en el tiempo y no se actúa sobre ella, progresa y llega a afectar la independencia y autonomía para actividades básicas de la vida diaria que afectan al autocuidado: levantarse, lavarse, vestirse, comer y desplazamientos dentro del hogar.

Factores de riesgo de perder la funcionalidad

Por factor de riesgo se entiende "aquella característica innata o adquirida del individuo que se asocia con una probabilidad de fallecer o de padecer una determinada enfermedad o condición". La población considerada sana pero que presenta alguno de los llamados "factores de riesgo", va a tener una mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad o condición en el curso de los años siguientes. (Rivera Casado JM, Gil Gregorio P. 1997).

La capacidad funcional de un individuo puede verse alterada, generalmente disminuida, por variados factores de riesgo.

Entre ellos se escogieron las enfermedades crónicas las que por sí solas constituyen un factor de riesgo, es decir, ellas aumentan las probabilidades del adulto mayor de perder la capacidad de funcionar por sí sólo en la vida cotidiana y de morir.

Además, implican la posibilidad de producir otros procesos riesgosos debido a las complicaciones asociadas a ellas. Se consideraron las enfermedades siguientes: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Cardiopatía coronaria e insuficiencia cardíaca, Accidente vascular transitorio, Artritis y Artrosis, Osteoporosis.

Hay datos consistentes para considerar factores de riesgo de discapacidad a los denominados síndromes geriátricos, se consideraron los siguientes: caídas, pérdida del equilibrio, mareos, inestabilidad al caminar, incontinencia urinaria, déficit sensoriales: vista y audición, deformidades en los pies.

Factores predictivos del mantenimiento de la funcionalidad

Al estudiar un conjunto de sujetos a lo largo de un período de tiempo, se descubren mediante cálculos estadísticos los factores asociados a un envejecer saludable y conservando al máximo posible las capacidades físicas y mentales. Estos son los llamados factores protectores, es decir, aquellos que aumentan la probabilidad de mantenerse saludable y en posesión de las capacidades físicas y mentales.

Rowe y Kahn (1997), proponen el concepto de envejecimiento exitoso. Este es un concepto multidimensional que en una primera aproximación incluyó: evitar la enfermedad y la discapacidad y mantener un alto funcionamiento físico y mental.

En general, los factores de riesgo de perder funcionalidad física son los niveles alterados de glucosa y lípidos, la obesidad y la hipertensión a lo que los autores agregan que los factores protectores que pueden contrarrestar dichos riesgos son los hábitos alimentarios y la actividad física.

Los predictores del mantenimiento de un buen funcionamiento físico

Evaluated por movilidad de manos y piernas, por equilibrio y marcha - los categorizan en dos: unos relativos a las características del individuo, siendo los predictores de riesgo: ser viejo y con ingreso escaso, ser obeso y ser hipertenso. Los otros relativos a formas de comportamiento, siendo los predictores de mantener el buen funcionamiento: el realizar actividades productivas, no necesariamente generadoras de ingreso sino que consideradas socialmente valiosas, relacionarse con otros intercambiando apoyo emocional y hacer a lo menos un nivel moderado de ejercicio físico.

Índice de Barthel.

Existen varias escalas para medir la capacidad funcional; todas tienen limitaciones y por consiguiente no son suficientes para una apreciación del estado funcional de la persona; entre ellas están, el Índice de Barthel.

“El instrumento más ampliamente utilizado para la valoración de la función física es el Índice de Barthel (IB), también conocido como «Índice de Discapacidad de Maryland». (Moreno J & Ruzafa J.C. 1997).

Explican que “El índice de Barthel es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD)”, (Benítez R y Vázquez J, 1992), el cual asigna diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.

Unos de los objetivos fundamentales es obtener una medida de la capacidad funcional en pacientes crónicos, especialmente en aquellos trastornos neuromusculares y músculo esqueléticos. También pretende valorar de forma periódica la evolución de los pacientes en programas de rehabilitación. El IB es una medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, fundamentada sobre bases empíricas por consiguiente trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas.

Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Las AVD incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal: uso del retrete, bañarse ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir bajar escaleras, vestirse desvestirse, control de heces y control de orina.

Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10, 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente), dicho formato aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Lo que nos ayuda a reconocer cuáles son las deficiencias específicas de la persona.

Escala Tinetti para el equilibrio y la marcha

La escala de Tinetti para la marcha y el equilibrio se utiliza para determinar precozmente el riesgo de caída de un anciano durante el año siguiente a su aplicación. Generalmente se le pregunta al paciente si tiene miedo de caerse, ya que se ha comprobado que una respuesta afirmativa tiene un valor predictivo del 63% y del 87% si se trata de personas mayores con un grado apreciable de fragilidad.

Equilibrio

La escala de Tinetti para evaluar el equilibrio del paciente se realiza utilizando una silla sin brazos apoyada sobre la pared y colocando el médico junto a ella en posición de pie. Se evalúa la capacidad de equilibrio al sentarse en la silla, si lo hace con normalidad y sin necesidad de ayuda o si se deja caer situándose fuera del centro de la silla, si es capaz de mantener la posición, se mantiene erguido sin problemas o se separa del respaldo o se inclina levemente hacia un lado.

Se repite el análisis haciendo que el paciente se levante y comprobando que lo puede hacer sin ayuda, si necesita varios intentos antes de conseguirlo o se balancea al realizar el esfuerzo. Asimismo, se evalúa el equilibrio inmediato al ponerse en pie: si se tambalea, mueve los pies, necesita apoyarse (bastón o andador) o se mantiene estable.

En esta misma posición se realizan otras pruebas, como el mantenimiento del equilibrio cambiando el peso de un pie a otro, o qué ocurre cuando el médico tira ligeramente hacia atrás asiendo al paciente por la cintura (se cae o da algún paso hacia atrás), o si es capaz de mantener el equilibrio sobre un pie y durante cuánto tiempo lo hace. Se hace lo mismo en posición tándem y semitándem, al agacharse o al ponerse de puntillas o apoyar el peso sobre los talones.

Marcha

Para la evaluación de la marcha se aplica manteniéndose el médico detrás del paciente y acompañándole en todo momento y asegurándose previamente de que el suelo no tiene ningún tipo de irregularidad y no hay alfombras al examinador, aunque habrá que tener en cuenta el material del suelo.

Se hace caminar al paciente en trayectos de ida y vuelta utilizando, si es el caso, el bastón de apoyo o el andador. Se trata de ver si hay algún tipo de vacilación al iniciar la marcha, si se desvía de la trayectoria rectilínea, si pierde el paso o el equilibrio, cómo da la vuelta para volver a realizar el mismo camino en sentido contrario o si es capaz de caminar normalmente a pesar de los obstáculos que se le pongan en el camino.

La puntuación máxima para la prueba del equilibrio es 16 y para la de la marcha 12, de modo que la total es 28. Cuanto mayor es la puntuación final, mejor la funcionalidad del paciente y menor el riesgo de que pueda sufrir una caída, considerándose que por debajo de los 19 puntos hay un claro riesgo de caída que aumenta según desciende la puntuación.

Test de Senior Fitness (SFT)

Esta batería de test, "Sénior Fitness Test" ha sido diseñada por Rikli y Jones. Surgió para evaluar la condición física saludable de las personas mayores. Esta tiene unas características que la hacen más completa y práctica con respecto a los test que se utilizaban anteriormente. Es muy completa, ya que los test que componen la batería recogen el mayor número de componentes del fitness asociados con la independencia funcional. La SFT puede realizarse en personas con diferentes edades entre 60 y 94 años y es de fácil aplicación en cuanto al equipamiento y espacios necesarios.

La batería de sénior fitness test evalúa siete actividades las cuales son: sentarse y levantarse de una silla, flexiones de brazo, caminata de seis minutos, flexión de tronco en silla, juntar las manos tras la espalda, levantarse caminar y volverse a sentar, también evalúa la caminata de dos minutos pero si el participante realiza la de seis minutos se omitirá la de dos minutos.

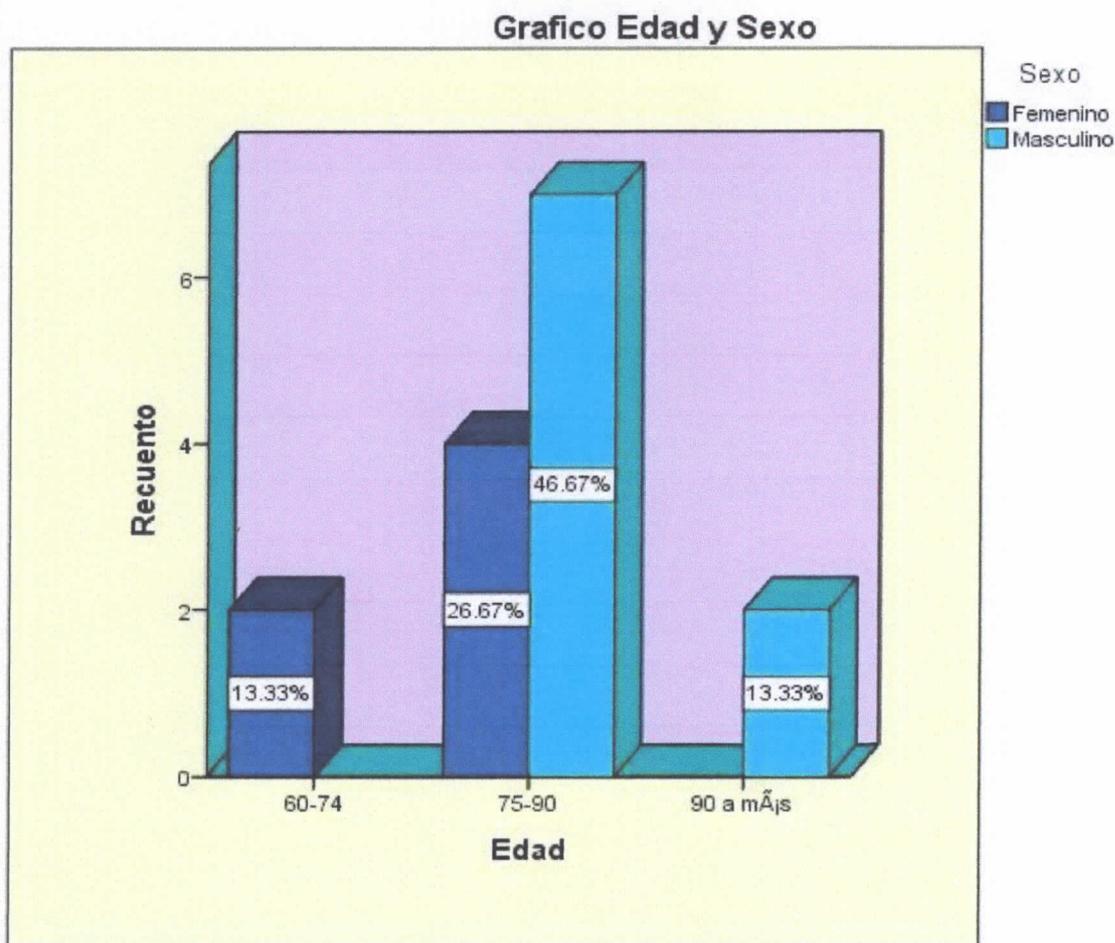
El fin del llenado de este test es para evaluar la condición física y funcional del adulto mayor ya que al realizar las actividades se verá el grado de dificultad y esto dependerá también del índice de masa corporal que él participante tenga.

Para la realización del test de sénior fitness La técnica que se utilizo fue la observación la cual es una técnica de investigación que consiste en observar personas, fenómenos, hechos, casos, objetos, acciones, situaciones, con el fin de obtener determinada información necesaria para una investigación , ya sea directa o indirecta.

Análisis y Discusión de los Resultados

Objetivo 1.

Caracterizar demográficamente a pacientes geriátricos que residen en el Hogar de ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil

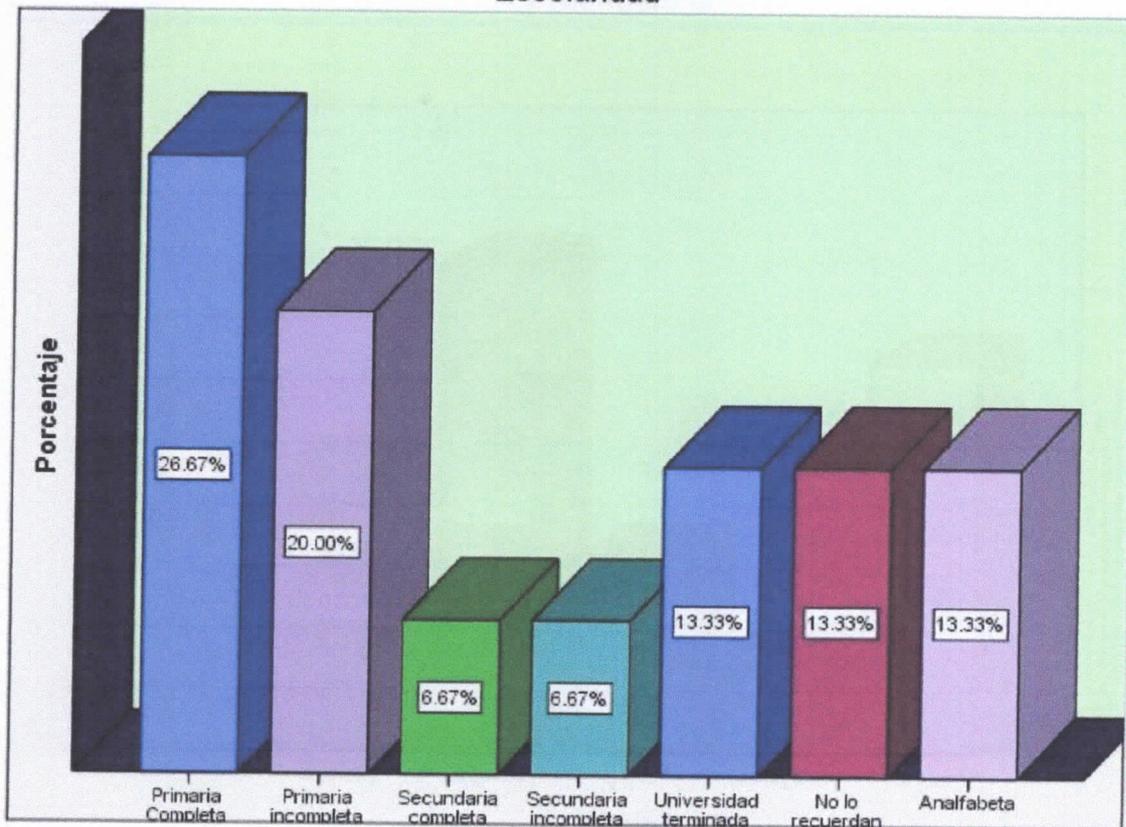


Fuente: ficha de encuesta

La razón de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países del mundo, la OMS presta atención desde hace muchos años a los diversos problemas de la vejez y en los programas de salud y servicios sociales para este grupo de población, según el

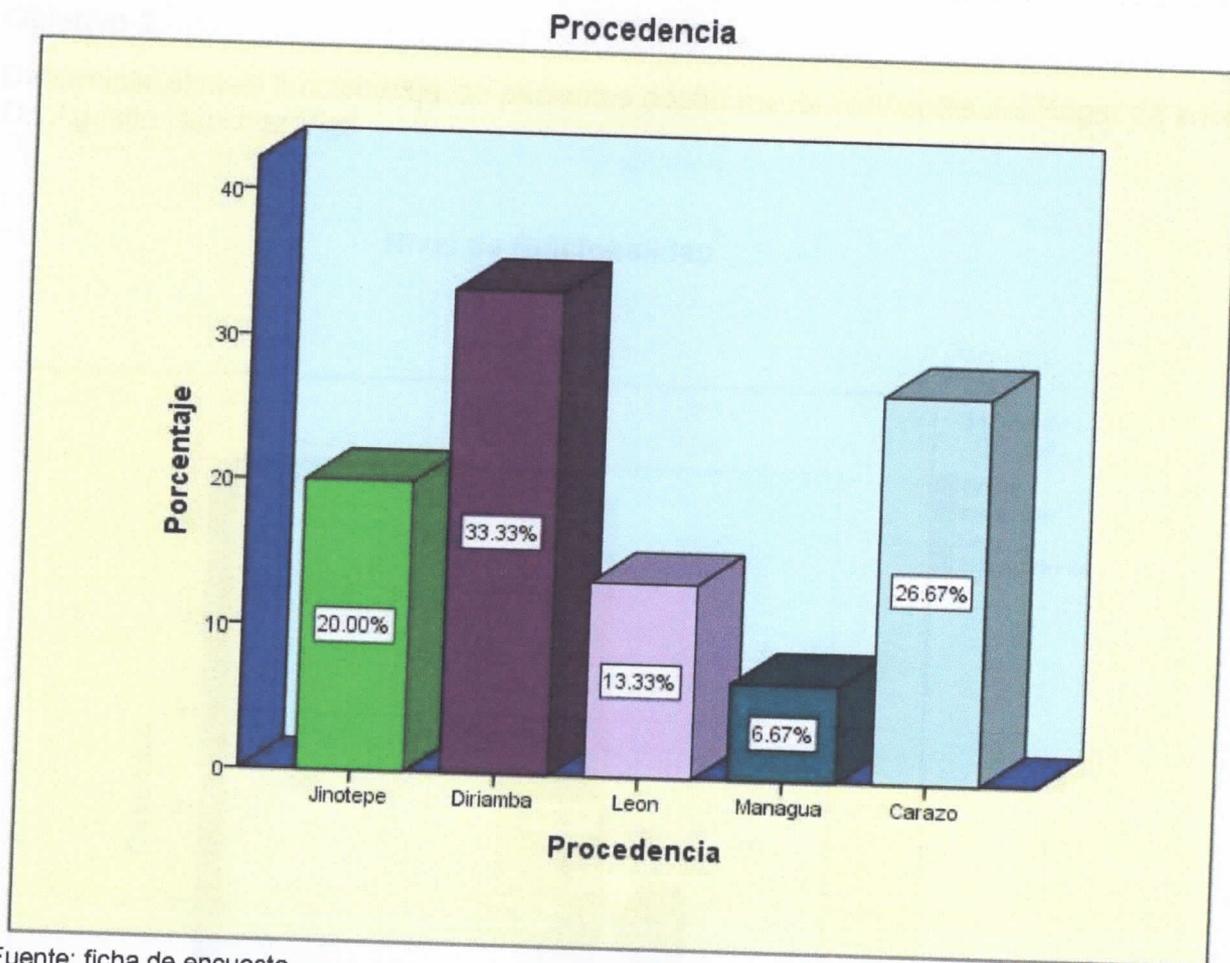
estudio realizado en el Hogar Dr. Agustín Sánchez vigil en relación a la ficha demográfica podemos decir que el 60% de los encuestados son del sexo masculino (8 personas) y el restante del sexo femenino que equivale al 40% (7 mujeres) Las edades que predominaron fueron las que están en el rango de 75-90 años.

Escolaridad



Fuente: ficha de encuesta

La mayor parte de la población Nicaragüense no logra alcanzar un nivel educativo adecuado, ya sea por la falta de recursos económicos o por abandono de los padres, a nivel de la educación se sigue promoviendo la cobertura total, aplicando diferentes medidas persuasivas, además de crear condiciones a través de todos los medios posibles, para la debida concientización., en base a los datos recolectados de la población del Hogar Dr. Agustín Sánchez Vigil obtuvimos: que el 26.67 % (4 personas) que alcanzaron la primaria, 20 % (3 personas) que no lograron terminar la primaria, seguido de 6.67 % (1 persona) que terminó la secundaria, igualmente 6.67 % (1 persona) no la terminó, 13.33 % (2 personas) lograron terminar sus estudios universitarios, 13.33 % (2 personas) se encontraron analfabetas y 6.67 % (1 persona) no recordó si había asistido a la escuela.



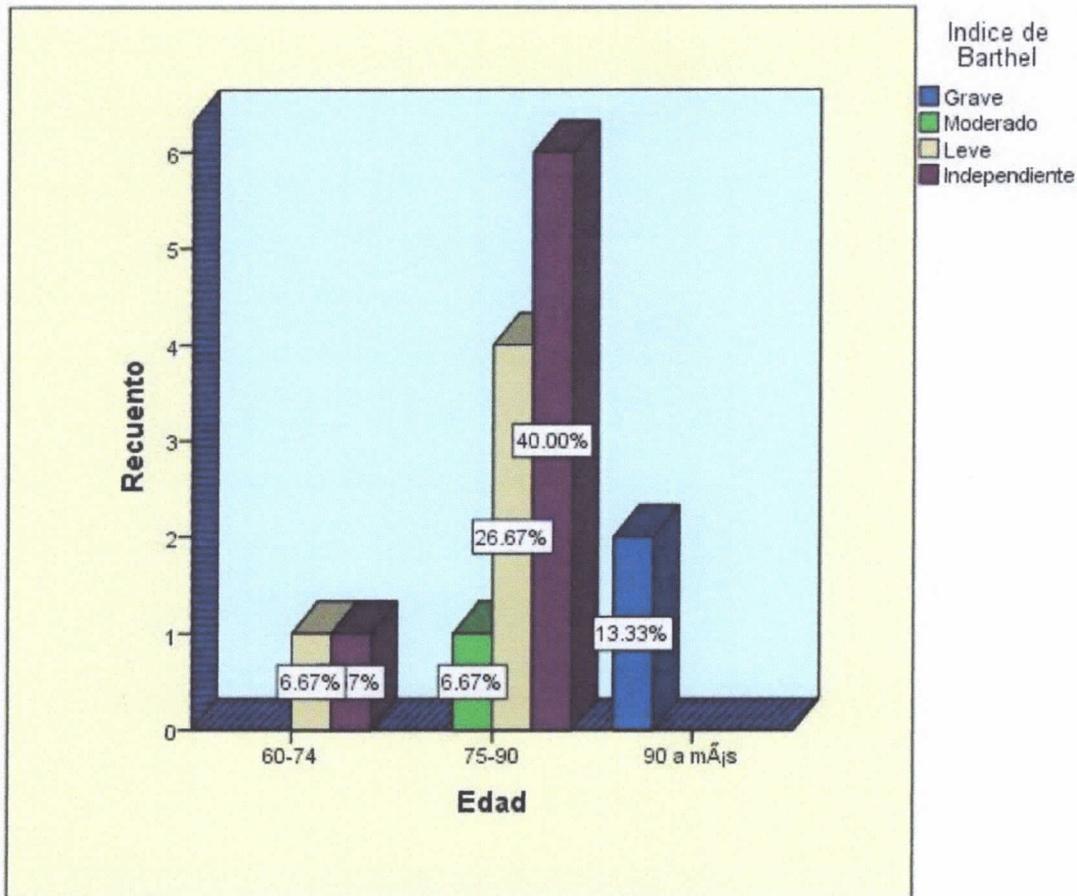
Fuente: ficha de encuesta

El hogar asilo de ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil tiene las puertas abiertas a toda la población que no cuente con un hogar y que necesitan de cuidados de personas capacitadas, la mayoría de los residentes del asilo que fueron partícipes de nuestro estudio provienen de Diriamba con un 33.33%, seguido del departamento de Carazo con un 26.67% y Jinotepe con un 20%, el 13.33 % son originarios de León y un 6.67 % pertenece al departamento de Managua.

Objetivo 2

Determinar el nivel funcional de los pacientes adulto mayor residentes del Hogar de ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil

Nivel de funcionalidad

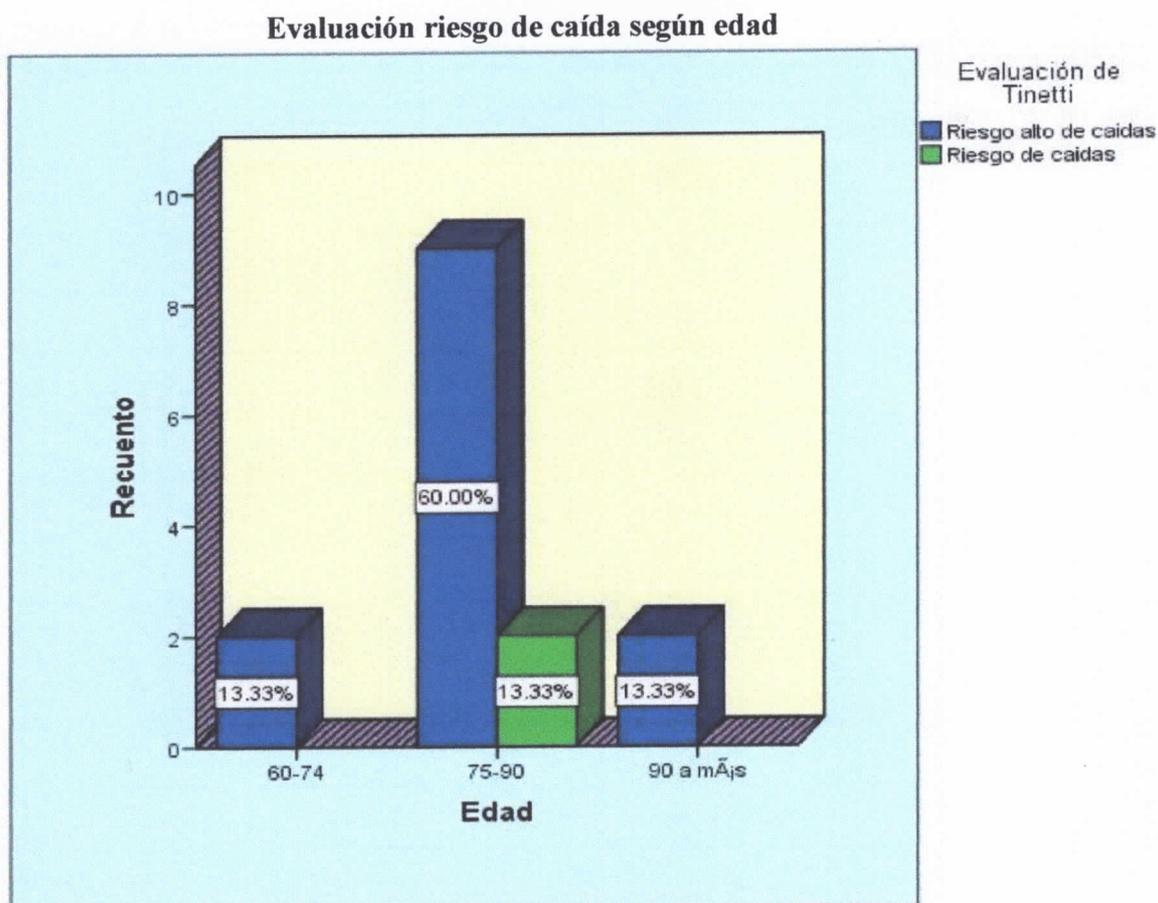


Fuente: valoraciones

En el hogar de ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil la población se encuentra en un nivel de independencia lo cual nos refleja que los adultos mayores de este hogar realizan las actividades básicas de la vida diaria de manera independiente, siendo un nivel funcional bueno comprendido en un rango de edad 75–90 años, ya que a esta edad se van perdiendo algunas funcionalidades propias de la etapa de envejecimiento debido a las enfermedades crónicas que con el paso del tiempo se van adquiriendo

Objetivo 3.

Identificar los riesgos de caídas de los pacientes adulto mayor residentes del Hogar de Ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil.



Fuente: valoraciones

Según la Organización mundial de la salud OMS la edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas. Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, y el riesgo aumenta con la edad, esto se ve reflejado en nuestro trabajo, con el 86.67 % correspondiente a 13 persona entre un rango de edades de 60-90 a más, tiene riesgo alto de caída, seguido del 13.33% que corresponde a 2 personas presentaron riesgo de caída, es por esta razón que se ratifica los datos destacados en donde las caídas son un importante problema mundial

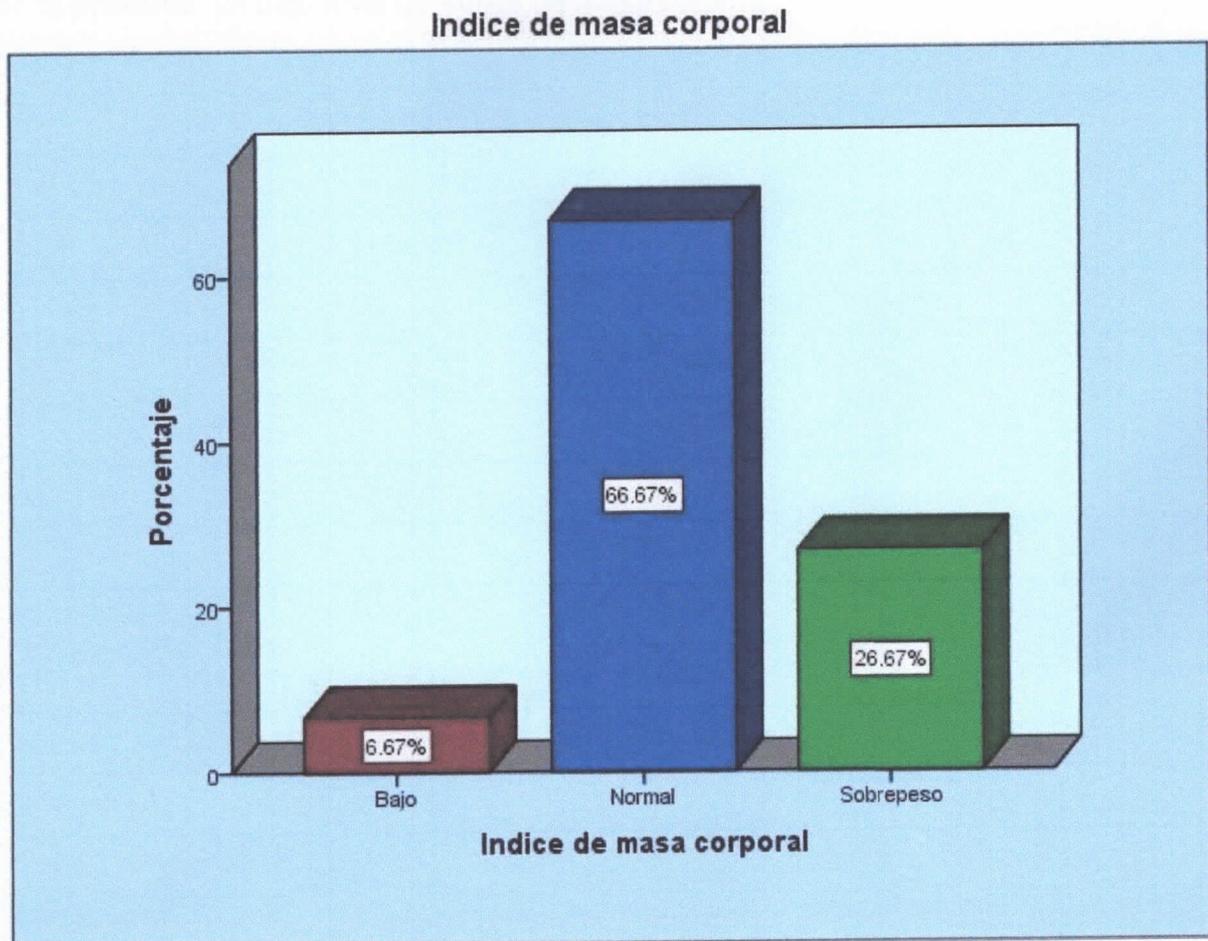
de salud pública, se calcula que anualmente se producen 424,000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, esto se ve reflejado en los resultados obtenidos conociendo que están en riesgo de sufrir caídas o incluso la muerte esto producto a la edad.



Objetivo 4.

Determinar la condición física de los pacientes adulto mayor residentes del Hogar de ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil.

Valoración de Senior Fitnees

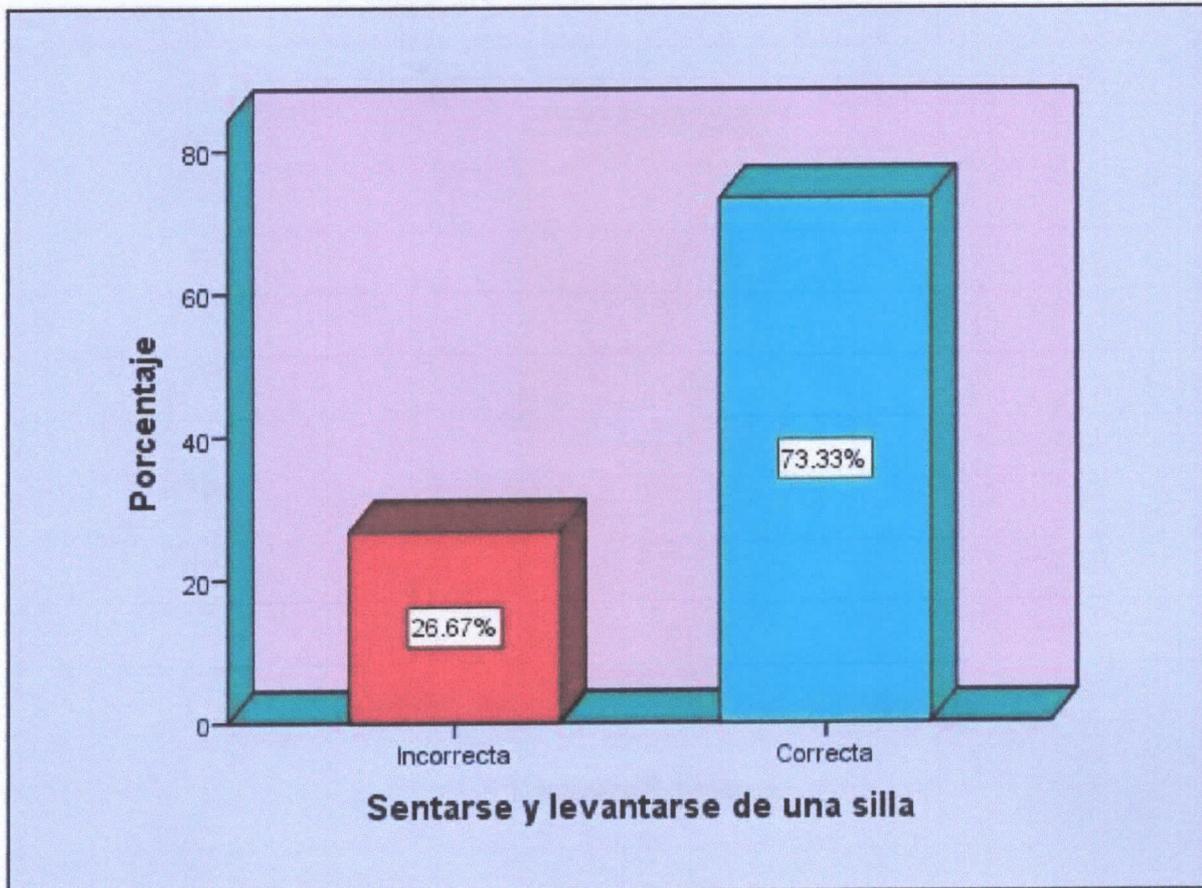


Fuente: valoraciones.

Antes de realizar cualquier tipo de actividad física es necesario conocer el índice de masa corporal, ya que este es el que indicara la medición y el rendimiento que obtenga el participante al momento de ser sometido a una serie de actividades físicas de esta manera poder dosificar los tiempo de ejercicios y el tiempo que debe realizarlo, esto es sumamente importante porque una persona con masa corporal normal tiene mayor capacidad de realizar una rutina diaria a diferencia de una

persona con sobrepeso y enfermedades asociadas esto nos indica que el nivel de la condición física será limitado por estos factores que pueden desencadenar complicación en la salud. Según la población del hogar Dr. Agustín Sánchez Vigil se encontró que el 66.67 % posee un índice de masa corporal normal lo cual beneficia sus actividades físicas, el 26.67 % se encontró en sobrepeso y solo un 6.67 % presentó un bajo nivel de índice de masa corporal.

Sentarse y levantarse de una silla

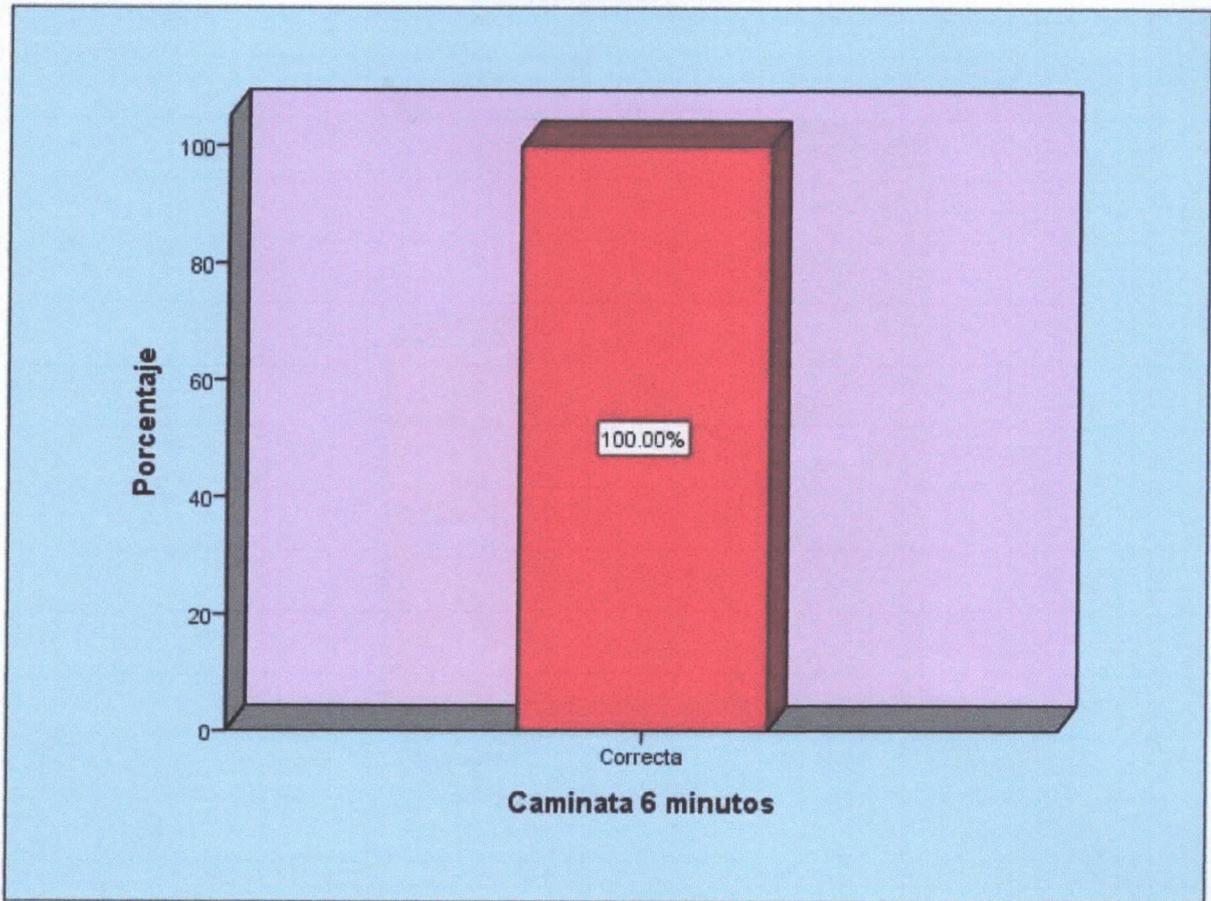


Fuente: valoraciones.

Según David Dunstan del instituto Baker IDI Heart & Diabetes en Melbourne, Australia, la falta de contracción muscular al estar sentados afecta el flujo de sangre a través del cuerpo, lo que reduce la eficiencia de los procesos biológicos, además de ser un factor de riesgo en lo independiente del individuo y a la mala salud y muerte prematura en la mayoría de los ancianos, en nuestro estudio obtuvimos que el 26.67 % realiza incorrectamente dicha actividad afectando su independencia, ya que no pueden realizar cosas sencillas como cambiarse de un lugar a otro perjudicial para ello y en un 73.33 % si logra realizarlo, esto es algo que beneficia su independencia, ya que son menos propensos a tener diabetes, enfermedad cardiovascular, y la enfermedad renal, según el investigador Thomas

Yates, MD

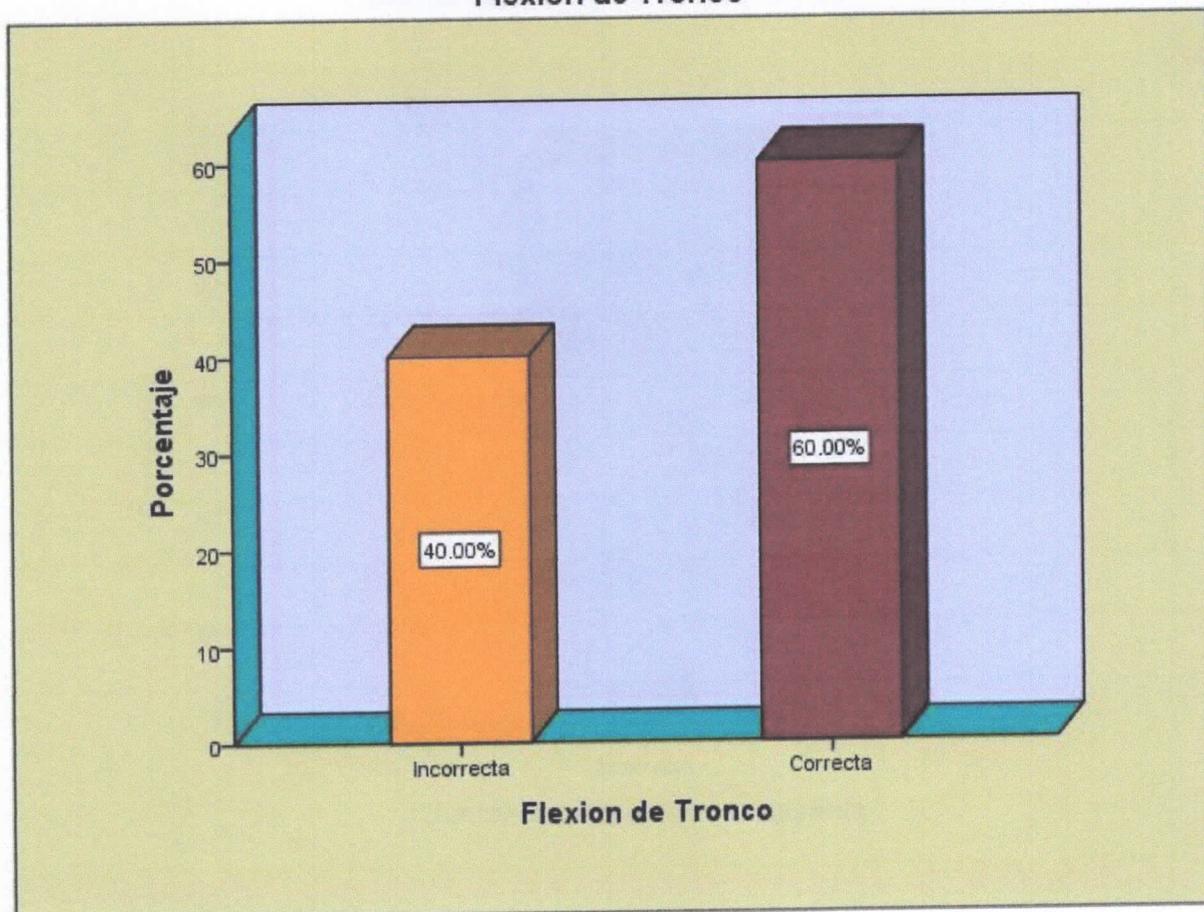
Caminata 6 minutos



Fuente: valoraciones.

Recientemente un estudio realizado por Elin Ekblombak, concluyo que la personas que viven una vida activa en general, tiene una mejor salud cardiaca y viven más en comparación con los que no tienen una actividad física durante la mayor parte del día, otro estudio encontró que los adultos mayores que hacen ejercicio presentan menos depresión, demencia y otros problemas crónicos, cabe destacar que los ancianos, realizan actividades de caminatas todos los días, motivo por el cual el 100 % de la población valorada realizó la actividad correctamente.

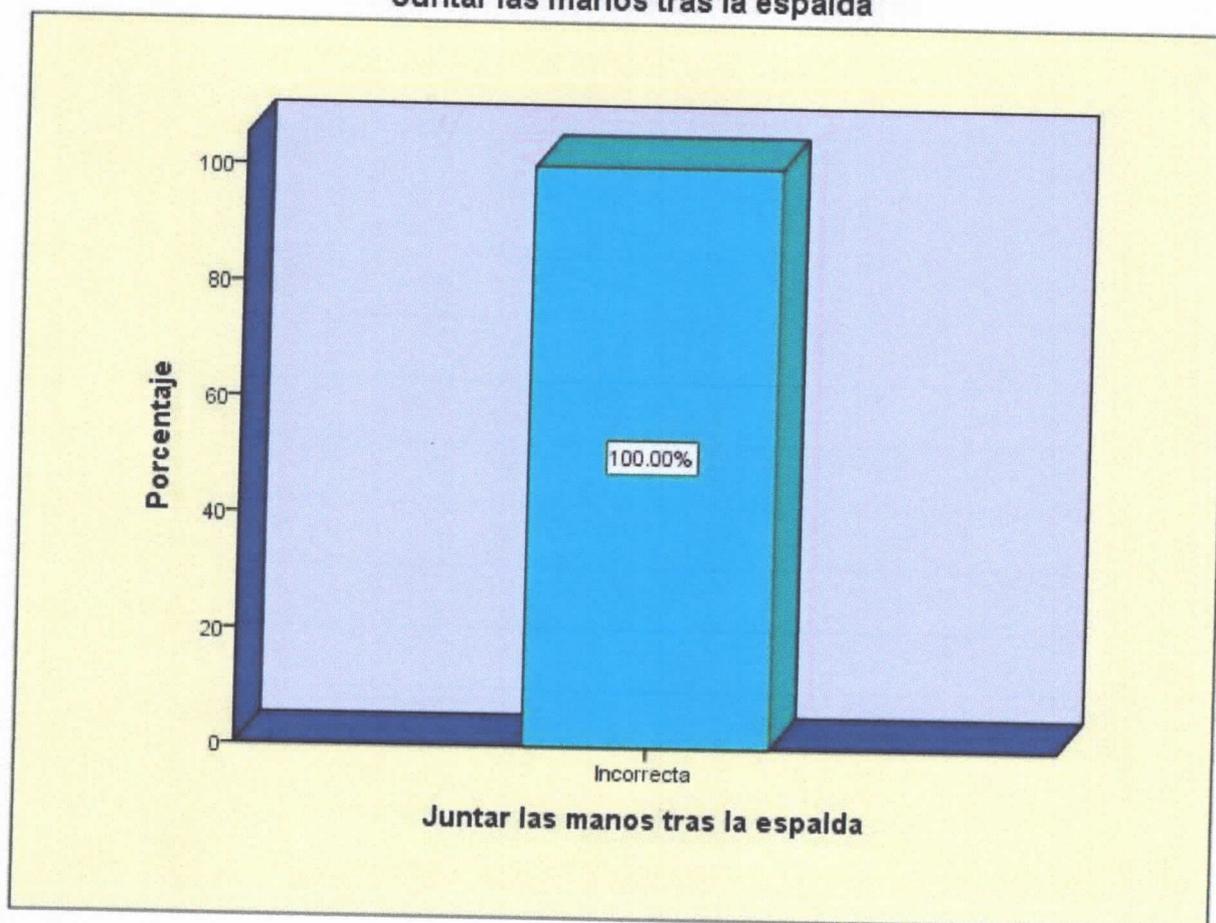
Flexion de Tronco



Fuente: valoraciones.

En el hogar de ancianos el 60 % de la población realiza la flexión de tronco correctamente, beneficioso para el desempeño de sus actividades diarias, como poder alcanzar un objeto caído etc, y un 40 % presentó incorrecto, algo perjudicial en ellos ya que pueden necesitar ayuda en sus actividades.

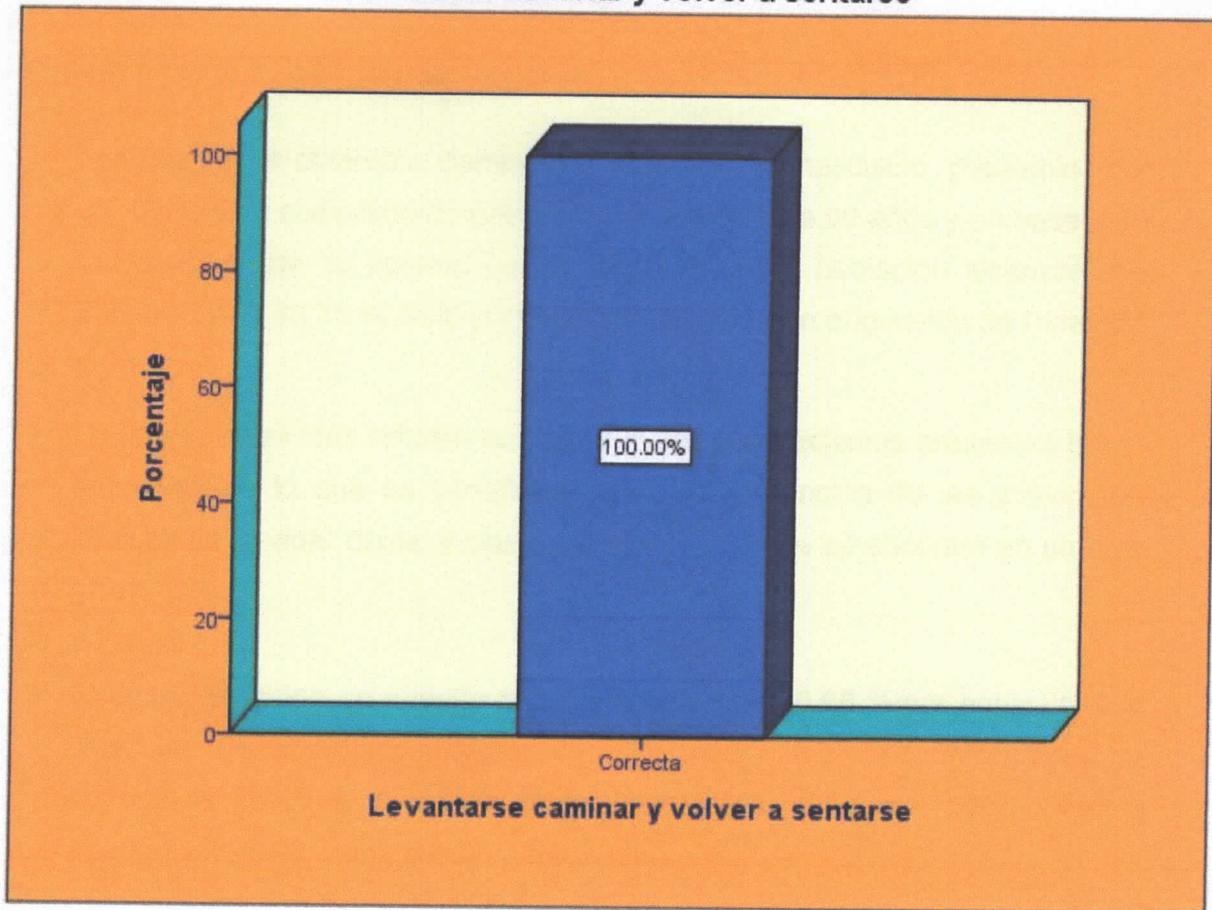
Juntar las manos tras la espalda



Fuente: valoraciones

El paso de los años trae consigo una mayor frecuencia en la aparición de enfermedades crónicas y una serie de cambios morfológicos y fisiológicos en diferentes aparatos y sistema del organismo que caracterizan el fenómeno del envejecimiento. Estos cambios constituyen, en la mayoría de los casos, limitaciones de la capacidad de trabajo físico, que reduce la capacidad de los ancianos para realizar actividad física, es por esta razón que en la actividad de cruzarse las manos tras la espalda del test de Senior Fitnees, dio que el 100 % de la población en estudio no puede realizarlo lo cual es justificado debido a la limitaciones propias de la edad, claro está que la pérdida de fuerza muscular ha disminuido para poder llevar a cabo este movimiento.

Levantarse caminar y volver a sentarse



Fuente: valoraciones.

Según la Dra. Vernikos: La clave de salud para toda la vida es más que asistir a un gimnasio tres a cinco veces a la semana. La respuesta es descubrir un estilo de vida con constantes movimientos naturales de baja intensidad, la razón de importancia es que cuando uno se mueve, aumenta la fuerza de gravedad en su cuerpo, su investigación muestra que levantarse varias veces durante 35 minutos mientras se está sentado, resulto ser más efectivo que caminar. Al realizar la prueba de levantarse caminar y volver a sentarse, el 100% de la población lo realizó correctamente, algo muy productivo en sus estilos de vida con el fin de contrarrestar los riesgos para la salud cardiovascular.

Conclusiones

Al finalizar nuestro trabajo se pudo concluir:

- Los resultados obtenidos demuestran que el sexo masculino predominó con un 60 % esto comprendido entre las edades de 75 a 90 años y en base a los datos obtenidos se aprecia que el 26.67 % de la población alcanzaron la primaria, y el 33.33 % de la población en estudio son originarios de Diriamba.
- Los datos obtenidos reflejan que el 47 % de los pacientes presentan buena funcionalidad lo que es beneficioso para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, y una minoría del 13.33 % se encontró en un nivel grave.
- El riesgo de caída en nuestro estudio es alto con 86.66 % que equivale a 13 personas de los adultos mayores, cabe destacar que se encuentran entre las edades de 60-90 años, según datos estadísticos publicados por la OMS la edad es un factor principal de sufrir caídas.
- Se determinó que la condición física evaluada en los adultos mayores es saludable, ya que pueden la mayoría de ellos realizar actividades básicas como caminar logrando un 100 % y otra menos común como flexionar el tronco donde aquí solo alcanzaron el 60 %.

Bibliografía

Barreto W; López Norori M; Linarte Hernández B; (2002). Desafíos del envejecimiento en Nicaragua, Mangua, Nicaragua: CIES.

Benito rosario & Vásquez Javier (1992). Valoración del grado de autonomía de los ancianos. Buenos aires, editorial panamericana.

Castellón Sánchez del pino. (2004). Valoración geriátrica. México. Editorial panamericana.

Hernández Sampieri Carlos Fernández collado, pilar baptista lucio (2003) Metodología de la investigación, México DF. Mc Graw, Hill interamericana.

Hernández, R, Fernández, C, & baptista, L. (2010). Metodología de la investigación quinta edición. México.

López Norori M. (2008) Evaluación de los hogares de ancianos del centro y norte de Nicaragua. Managua, Nicaragua: copyright Milton López Norori.

Organización mundial de la salud, (2001). Hombres, envejecimiento y salud.

Envejecimiento y el curso de la vida. 10.

Disponible, desde: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms_hombres-10.pdf.

Pineda E & Alvarado E. (2008). Metodología de la investigación. Washington. Editorial. Panamericana.

Segovia. M .Graciela Díaz & Torrez Erika (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermo. Madrid. Editorial Glosa S.A.

Diagrama 1:

Descrição geral: Este gráfico apresenta os dados relativos ao desempenho da empresa em relação ao mercado, considerando o período de 2010 a 2014.

Fonte: Dados da empresa.

ANEXO

Descrição:

Item	Valor	Porcentagem	Variação
Item 1	100	100%	0%
Item 2	200	200%	100%
Item 3	300	300%	100%
Item 4	400	400%	100%
Item 5	500	500%	100%
Item 6	600	600%	100%
Item 7	700	700%	100%
Item 8	800	800%	100%
Item 9	900	900%	100%
Item 10	1000	1000%	100%

Objetivo 1.

Caracterizar demográficamente a los pacientes adulto mayor que residen en el Hogar de ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil.

Edad*Sexo tabulación cruzada

Recuento

	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Edad 60-74		0	2
Edad 75-90	2	7	11
Edad 90 a más	4	2	2
Total	6	9	15

Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	4	26.7	26.7	26.7
Primaria Completa	3	20.0	20.0	46.7
Primaria incompleta	1	6.7	6.7	53.3
Secundaria completa	1	6.7	6.7	60.0
Secundaria incompleta	2	13.3	13.3	73.3
Universidad terminada	2	13.3	13.3	86.7
No lo recuerdan	2	13.3	13.3	100.0
Analfabeta	2	13.3	13.3	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Procedencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Jinotepe	3	20.0	20.0	20.0
	Diriamba	5	33.3	33.3	53.3
	Leon	2	13.3	13.3	66.7
	Managua	1	6.7	6.7	73.3
	Carazo	4	26.7	26.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Objetivo 2.

Determinar el nivel funcional de los pacientes adulto mayor residentes del Hogar de ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil.

I

Edad*Índice de Barthel tabulación cruzada

	Índice de Barthel				Total
	Grave	Moderado	Leve	Independiente	
Edad 60-74	0	0	1	1	2
Edad 75-90	0	1	4	6	11
Edad 90 a mas	2	0	0	0	2
Total	2	1	5	7	15

Objetivo 3.

Identificar los riesgos de caídas de los pacientes adulto mayor residentes del Hogar de ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil.

Edad*Evaluación de Tinetti tabulación cruzada

Recuento

	Evaluación de Tinetti		Total
	Riesgo alto de caídas	Riesgo de caídas	
60-74		0	2
75-90		2	1
90 a mas		0	2
Edad	2		
	9	2	
	2		
Total	13	5	1

Objetivo 4.

Determinar la condición física de los pacientes adulto mayor residentes del Hogar de ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil.

Índice de masa corporal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	6.7	6.7	6.7
	10	66.7	66.7	73.3
Bajo	4	26.7	26.7	100.0
Normal				
Sobrepeso		100.		
Total	15	0	100.0	

Sentarse y levantarse de una silla

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				26.7
Incorrecta		26.7	26.7	100.0
Correcta	4	73.3	73.3	
	11	100.		
Total	15	0	100.0	

Caminata 6 minutos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Correcta	15	100.0	100.0	100.0
		0			

Flexión de Tronco

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Incorrecta		40.0	40.0	40.0
	Correcta	6	60.0	60.0	100.0
		9	100.0		
Total		15	0	100.0	

Levantarse caminar y volver a sentarse

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Correcta			100.0	100.0
		15	100.0		

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
Instituto politécnico de la salud Dr. Luis Felipe Moncada.
Departamento de Fisioterapia.



Guía documental a residentes del Hogar de ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil.

La siguiente guía documental tiene como fin recolectar datos generales, de los pacientes en estudio. La información obtenida será confidencial y utilizada para fines de investigación, de ante mano damos las gracias por el apoyo brindado para la realización de dicho estudio.

I. Datos generales:

Nombre y apellido del paciente: _____ Fecha: _____

II. Características Demográficas:

Edad: 60-74 ____ 75-90 ____ 90 a más ____

Procedencia: _____

Nivel de escolaridad: Primaria completa ____ Primaria incompleta ____

Secundaria completa ____ Secundaria incompleta ____ Universitario ____

No lo recuerda ____ Analfabeta ____

Estado civil: Casado ____ Soltero ____ - Viudo ____

Divorciado ____ Separado ____

Índice de Barthel

Ítems	Indicadores	Puntuación
Comer	Independiente: capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.	10
	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla pero es capaz de comer solo.	5
	Dependiente: necesita ser alimentado por otra persona.	0
Lavado (baño)	Independiente: capaz de lavarse entero de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise.	5
	Dependiente: necesita algún tipo de ayuda o supervisión.	0
Vestido	Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda, abotonarse, atarse zapatos, etc.	10
	Necesita ayuda: Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.	5
	Dependiente: Necesita ayuda para las mismas.	0
Arreglo	Independiente: Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona.	5
	Dependiente: Necesita alguna ayuda.	0
Deposición	Continente: no presenta episodios de incontinencia.	10
	Accidente ocasional, menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	5
	Incontinente: Más de un episodio semanal.	0
Micción	Continente: No presenta episodios, capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (botella, sonda, orinar).	10
	Accidente ocasional, presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.	5
	Incontinente: Más de un episodio en 24 horas.	0
Ir al retrete	Independiente: entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.	10
	Necesita ayuda, capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño, puede limpiarse solo.	5
	Dependiente: Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.	0

Trasferencia (traslado cama/sillón)	Independiente: No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	15
	Mínima ayuda, incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	10
	Gran ayuda precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.	5
	Dependiente: Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas, es incapaz de permanecer sentado	0
Deambulación	Independiente: puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda ni supervisión, puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador, si utiliza una prótesis puede ponérsela y quitársela solo.	15
	Necesita ayuda, necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	10
	Independiente en silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión.	5
Subir y bajar escaleras	Independiente: Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.	10
	Necesita ayuda supervisión.	5
	Dependiente: Incapaz de salvar escalones.	0

Tinetti, escala de marcha y equilibrio y percepción de esfuerzo ante una actividad física**Escala de marcha:**

Instrucciones: El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o habitación (unos 8 metros) a paso normal.

Ítems	Indicadores	Puntaje
1. Iniciación de la marcha.	Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar.	0
	No vacila	1
2. Longitud y altura del paso: Movimiento Del pie derecho.	No sobrepasa al pie izquierdo, con el paso.	0
	Sobrepasa al pie izquierdo.	1
	El pie derecho, no se separa completamente del suelo con el paso.	0
	El pie derecho se separa completamente del suelo.	1
Mov. Del pie izquierdo.	no sobrepasa al pie derecho, con el paso	0
	Sobrepasa al pie derecho.	1
	El pie izquierdo, no se separa completamente del suelo con el paso.	0
	El pie izquierdo se separa completamente del suelo.	1
3. Simetría del paso	La longitud de los pasos con los pies izdo. Y dicho. No es igual.	0
	La longitud parece igual.	1
4. Fluidez del paso.	Parada entre los pasos.	0
	Los pasos parecen continuos.	1
5. Trayectoria (Observar el trazado que realiza uno de los pies durante tres metros).	Desviación grave de la trayectoria.	0
	Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria.	1
	Sin desviación o uso de ayudas.	2

6. Tronco	Balance marcado o uso de ayudas.	0
	No se balancea al caminar pero flexiona las rodillas o la espalda, o separa los brazos al caminar.	1
	No se balancea, ni flexiona, ni usa otras ayudas al caminar.	2
7. Postura al caminar.	Talones separados.	0
	Talones casi juntos al caminar.	1

Escala del Equilibrio

Ítems	Indicadores	Puntaje
1. Equilibrio sentado	Se inclina o desliza en la silla.	0
	Se mantiene seguro.	1
2. Levantarse	Incapaz sin ayuda.	0
	Capaz pero usa los brazos para apoyarse.	1
	Capaz sin usar los brazos.	2
3. Intentos para levantarse.	Incapaz sin ayuda.	0
	Capaz pero necesita más de un intento.	1
	Capaz de levantarse en un intento.	2
4. Equilibrio en sedestación	Inestable.	0
	Estable con apoyo amplio(talones separados más de 10cm) y usa bastón u otros apoyos	1
	Estable sin andador u otros apoyos	2
5. Empujar 3 veces, (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible).	Empieza a caerse	0
	Se tambalea, se agarra, pero se mantiene.	1
	Estable.	2
6. Ojos cerrados.	Inestable	0
	Estable.	1
7. Vuelta de 360°	Pasos discontinuos.	0
	Continuos.	1
8. Sentarse	Inseguro, calcula mal distancia, cae en la silla.	0
	Usa los brazos o el movimiento es brusco.	1
	Seguro, movimiento suave.	2

Hoja de Registro Senior Fitness Test

Día: _____

Nombre: _____

Edad _____ Peso _____

Actividad	Primer intento	Segundo intento
1. Sentarse y levantarse de una silla		
2. Flexiones del brazo		
3. 2 minutos marcha		
4. Flexión del tronco en silla		
5. Juntar las manos tras la espalda		
6. Levantarse, caminar y volverse a sentar.		
test de caminar 6 minutos		
7. Omitir el test de 2 minutos marcha si se aplica este test.		

Condición física en paciente geriátrico residentes del Hogar de ancianos Dr. Agustín Sánchez Vigil, departamento de Carazo, Nicaragua, Agosto–Noviembre 2016.

Actividades	Cronograma de actividades					
	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero Febrero
Fase exploratoria						
Elaboración del tema y objetivos						
Elaboración de antecedentes						
Elaboración del diseño metodológico						
Elaboración del marco teórico						
Visita al hogar de ancianos para solicitar permiso.						
Aplicación de valoraciones						
Elaboración de operacionalización de las variables						
Elaboración de Justificación						
Elaboración de introducción y resumen						
Elaboración de bibliografía						
Elaboración de anexos						
Entrega de informe final						
Defensa						