

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "MANUEL HUAMÁN GUERRERO"
ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN**



**FRECUENCIA DE DISMOVILIDAD EN ANCIANOS FRÁGILES DEL HOSPITAL
DE DÍA EN SAN ISIDRO LABRADOR DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2019**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN GERIATRÍA**

PRESENTADO POR CHRISTIAN JAVIER SILVA COTRINA

**ASESORA
DEL CARPIO RIVERA ADELA, DOCTOR EN MEDICINA**

LIMA-PERÚ 2019

Índice

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

1.2 Formulación del problema

1.3 Objetivos

1.4 Justificación

1.5 Limitaciones

1.6 Viabilidad

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.2 Bases teóricas

2.3 Definiciones conceptuales

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Diseño

3.2 Población y muestra

3.3 Operacionalización de variables

3.4 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos

3.5 Técnicas para el procesamiento de la información

CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

4.2 Cronograma

4.3 Presupuesto

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ANEXOS

1. Matriz de consistencia

2. Instrumentos de recolección de datos

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Anexo 2: Escala de Fragilidad de Edmonton

Anexo 3: Escala de Dismovilidad de Dinamarca

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La senectud de la población podría ser un desafío mundial, según lo que se indican en los estudios publicados y el Perú no está fuera de ello. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) ¹, la cantidad de adultos mayores de 60 años a más ² representaría un 10% en el año 2017 y cerca de un 22% en el 2050.

Fragilidad es parte de la gama de los llamados síndromes geriátricos que se define como “disminución de reserva funcional del adulto mayor ante situaciones estresantes, provocando mayor vulnerabilidad y riesgos adversos para la salud como: caídas, incapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte.” ³

Y definimos la dismovilidad como la dificultad y/o imposibilidad para movilizar una zona del cuerpo, posteriores a algún altercado de origen biológico, mental, espiritual o funcional; que terminará afectando la vitalidad ⁴⁻⁵

En una ciudad, Edmonton(Canadá) se logró desarrollar una escala de apoyo llamada la Escala de fragilidad de Edmonton (EFS). Siendo aplicada en distintas unidades geriátricas: agudos, hospital de día, consulta externa y atención ambulatoria. Presenta 10 dominios con una puntuación máxima de 17 (significando un mayor grado de fragilidad). Presenta incluso 2 dominios (movilidad y estado cognitivo) que son evaluados con el Test del reloj y el *Timed get up and go test*. Los otros dominios son: estado de ánimo, independencia funcional, uso de medicamentos, soporte social, nutrición, autopercepción de salud, continencia urinaria, la enfermedad per se y la calidad de vida, y lo bueno incluso es el tiempo de aprox de 5 minutos para la aplicación. ⁶⁻⁷

Conocer la relación y el grado de interacción entre dismovilidad y fragilidad podrá determinar el tipo de ejercicios no solo físicos que se pueden realizar en el paciente anciano, sino también el seguimiento pertinente para poder mejorar su funcionalidad, su independencia y sobretodo su calidad de vida.

1.2 Formulación del problema

¿Existirá frecuencia de dismovilidad en ancianos frágiles en la unidad de Hospital de día de San Isidro Labrador octubre a diciembre 2019?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Identificar si la Dismovilidad es un factor asociado al síndrome de fragilidad en la unidad de Hospital de Día de San Isidro Labrador entre octubre a diciembre 2019.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar la relación entre la etapa de Dismovilidad con el síndrome de fragilidad

Determinar las comorbilidades de los adultos mayores frágiles que presentaron dismovilidad.

Conocer la edad de los adultos mayores frágiles que presentaron dismovilidad.

Determinar los síndromes geriátricos de los ancianos frágiles que presentaron dismovilidad.

Identificar el sexo de los adultos mayores frágiles que presentaron dismovilidad.

1.4 Justificación del estudio

Esta investigación se realiza con el propósito de aportar conocimiento entre la relación de la dismovilidad y la cantidad de grado de fragilidad en adultos mayores, cuyos resultados podrán sistematizarse en una propuesta para poder mejorar el grado de funcionalidad y calidad de vida de dichos pacientes, recuperando su capacidad intrínseca y evitando la dismovilidad para tener en cuenta en los exámenes a futuro, comparando el basal vs el actual y así previniendo no solo para la vida del paciente, sino también para cuidar los costos.

1.5 Limitaciones

Un resultado pobre de la investigación puede ser dado por:

-La poca muestra de pacientes adultos mayores obtenidos en dichas fechas.

-Por una pobre información dada por los pacientes, familia o cuidadores.

-Pérdida de seguimiento de los pacientes o su negativa al iniciar o continuar la investigación

-Poca disponibilidad de literatura, información y/o estudios sobre el tema propuesto.

1.6 Viabilidad

El hospital San Isidro Labrador ha autorizado la investigación y cuenta con el apoyo del médico encargado de la unidad de “Hospital de día”, así como del equipo interdisciplinario, en especial el médico rehabilitador. Contando con la capacidad suficiente para la recolección de datos usando la historia clínica y el financiamiento adecuado para completar la investigación.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación

Martinez, L et al en su “Estudio de las enfermedades crónicas como causa del Síndrome de dismovilidad en adulto mayor” que trató de investigar cuántos adultos mayores con inmovilidad habían sido provocados por enfermedades, hay una inmovilidad causada por enfermedades en 61.76% y un promedio de ancianos mayores de 75 año con inmovilidad de 42.85%.⁸

Letelier R et al en “Determinación del grado de dependencia funcional de los pacientes del servicio de Geriatria del Hospital Regional Dr Lautaro Navarro Avaria de la ciudad de Punta Arenas mediante la aplicación de medida de independencia funcional y su relación con el síndrome de dismovilidad”, Chile 2009, halló que los ancianos que lograron recibir terapia física presentar mayor independencia funcional. Esta clasificación de dismovilidad se podría relación en forma inversa con la parte edad cronológica, el movimiento para realizar funciones, el IMC, los cuales vendrían a ser no determinantes con respecto a la funcionalidad y al rango de dismovilidad⁹

Saiz et al, España 2011, establece en “Impacto de un programa de Fisioterapia sobre la movilidad, el equilibrio y la calidad de vida de las personas mayores” que la prevalencia de caídas es 16.7% y que dicha aumenta con la edad, la intervención en los individuos mostrados en el nivel primario de atención de salud en adultos

mayores, que han logrado una caída previa, manifestando un grado significativo de no mejoría en la mayoría de test que valoraron aspecto como: fuerza en miembros inferiores, equilibrio, flexibilidad del tobillo, y movilidad. ¹⁰

Según Erika Cabeza Oviedo, San José de Costa Rica, “Diagnóstico de prevalencia de dismovilidad y fragilidad en la población de adultos mayores del hogar de Carlos María Ulloa” se determina que la prevalencia de la Dismovilidad hallada es de 86.21% y la de fragilidad de 47.83%. La mayor prevalencia de dismovilidad y fragilidad se encuentra asociada a género femenino. La mayoría de adultos mayores evaluados para detectar fragilidad presenta una velocidad de marcha disminuida. ¹¹

En la tesis del Dr Fernando Runzer, Perú, sobre “Fragilidad en adultos mayores y su asociación con su dependencia funcional”, manifestó un estudio transversal en 311 pacientes no hospitalizados(ambulatorios) del CEGENA (Centro geriátrico naval), de sexo masculino y femenino, mayores de 60 años. Encontrando la prevalencia de dependencia funcional de un 36.98%, fragilidad de 27.7%, para que al final se tenga la asociación estadísticamente significativa, ($p < 0.05$). Concluyendo que en estos adultos mayores, tanto depender funcionalmente como el síndrome de fragilidad son prevalentes y que presentan una gran asociación significativa. ¹²

En la tesis del Dr. Hector D. Bayarre, Habana, “Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos”, El grado de discapacidad de La Habana, va entre 5.2% (3.8–6.6%) en los viejos/ jóvenes, hasta 51.2% (40.4–62.0%) para las personas de 80 años a más. Y la cantidad de discapacidad para Las Tunas entre 5.8% (1.9–9.6%) para las personas de 60 a 69 años y 42.0% (9.5–74.6%) en los ancianos ¹³

Béland F et al, en su estudio “Predictores del estado funcional en ancianos que viven en casa”, España, la prevalencia de la discapacidad basada en la dependencia en cualquier cambio de Actividades de vida diaria fue de 15.5%. La mitad de los encuestados estaban discapacitados en al menos uno de los 10 ítems. Los factores socioeconómicos se asociaron al estado funcional inicial y al cambio del estado funcional en el análisis, el número de enfermedades crónicas, problemas cognitivos y síntomas depresivos predijeron transiciones. ¹⁴

En la Revista Cub Med Mil vol.42 no.3 de la Ciudad de la Habana (jul.-sep. 2013), “Fragilidad y asociaciones de riesgo en adultos mayores de una comunidad urbana“ se realizó un estudio descriptivo, transversal, de prevalencia, y analítico, estudio de casos y controles. Participando 315 adultos mayores que habitaban el centro de La Lisa. Diagnosticando fragilidad de acuerdo a la opinión de los expertos. Para hallar factores de riesgo se usó el análisis univariado entre cada una de las covariables explicativas y la variable de respuesta, mediante chi cuadrado.

Al determinar fragilidad que fue de un 42,9 %. Se confirmó mayor prevalencia en mujeres (59,5 %), sobretodo en aquellas que presentaban: peso bajo (51,9 %) mayor comorbilidades (61,9 %), discapacidad (84,0 %), depresión severa (100,0 %), con polifarmacia (63,8 %), mala autopercepción de salud (75,0 %) , deterioro cognitivo (100,0 %), deficiente movilidad (61,3 %), y con apoyo familiar bajo (71,4 %). La presencia de comorbilidad, alteraciones en la movilidad, caídas, deterioro de tipo cognitivo, estado de malnutrición, discapacidad e inadecuada percepción de salud ¹⁵

En el estudio de Pedro Abizanda Soler et al, *Fragilidad y dependencia en Albacete (FRADEA)*: Aplicando con población de 18.137 ancianos, se ejecutó un muestreo aleatorio estratificado, con una muestra de 1.172 personas. Los individuos finales fueron 993 personas (84,7%). Se recolectaron variables de tipo cognitivo, funcional, sociodemográficas, de comorbilidad, y calidad de vida. Teniendo frágiles un 16,9%, prefrágiles 48,5%, y robustos 21,8%. Usando 3 criterios para determinar su estado en el 12,8%, y de ello el 9,5% logró tener discapacidad moderada-severa, haciendo que la fragilidad se incrementase.¹⁶

En el estudio de “*Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe*” (Jesus Jimenez et al) identificó que los lugares donde hubo un mayor número de variables que se encontraban relacionadas a la pobre realización de Actividades instrumentales de la vida diaria(AIVD) fueron disminuyendo, Montevideo y Santiago (11 cada una), São Paulo (15 variables), México, D.F. (9) , Ciudad de La Habana (12), Buenos Aires (10), Bridgetown (8). En todos los lugares mencionados, la dificultad para realizar las AIVD se relacionó con las variables que no permitían

realizar Actividades básicas para la vida diaria. Las relaciones más cercanas se encontraron entre la dificultad para realizar AIVD y depresión, la evaluación de la propia salud relacionada a mayor edad, artrosis y el deterioro cognitivo. ¹⁷

En el trabajo de Roció Paz Letelier: *“Determinación del grado de dependencia funcional de los pacientes del servicio de geriatría del hospital Regional Doctor Lautaro Navarro Avaria”* con la aplicación de identificadores de no dependencia funcional relacionada con dismovilidad. El porcentaje de dismovilidad se entrecruza indirectamente con la funcionalidad, a menor etapa, existe mayor cantidad de pacientes (66.67%) con porcentajes mayores de no dependencia ¹⁸

Lidiana Martínez Muñoz et al, en su *“Estudio de las enfermedades crónicas como causa del síndrome de inmovilidad en el adulto mayor”*, de tipo observacional descriptivo en un grupo de pacientes del CM No 14 del policlínico Bernardo Posse que tenían síndrome de inmovilidad. Lo determinó con el objetivo de probar en cuántos de ellos la inmovilidad había sido el factor determinante de dicha enfermedad. El total de pacientes que presentaron inmovilidad dentro de la población fue de 34, el mayor porcentaje (61.76%) se encontraba por enfermedades. El grupo que prevaleció fue el de más de 75 años. Los mayores por ciento de pacientes tenían enfermedades neurológicas para un 33.33%, prevaleciendo las de tipo cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson y las neuropatías. Permitiendo llegar a las conclusiones y recomendaciones de prevenir, diagnóstica y buscar un tratamiento oportuno para dichas afectaciones. ¹⁹

En la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco y la Fundación Instituto Gerontológico Matia (Fundación Ingema), usando el trabajo de *“Discapacidad y dependencia de las personas mayores en el País Vasco”*, la relación de la variable edad muestra que, mientras mayor edad, indican mayor cantidad de problemas dentro del hogar, teniendo incluso diferencias de acuerdo a la edad, como por ejemplo: si la gran mayoría de personas dependientes y con 80 a más años representan tener problemas dentro de casa, notando que existe una gran relación el domicilio; y las diferencias por grupos de edad son: si más de la mitad de las personas en situación de dependencia de 80 y más años presentan problemas en sus casas ²⁰

En el estudio *“Factores asociados al síndrome de fragilidad en ancianos residentes en área urbana”*(Maycon Sousa Pegorar et al) , se encontró que 32,7% adultos mayores fueron no frágiles, el 55,4% prefrágiles y 12,8% frágiles; teniendo en cuenta factores asociados a la prefragilidad/fragilidad como por ejemplo: comorbilidades, deterioro funcional, mala percepción de salud, etc. ²¹

Marinês Aire et al en su publicación: *“Capacidad funcional de ancianos con edad avanzada: estudio comparativo en tres regiones de Rio Grande”*, comentó sobre datos de poblaciones transversales, logrando comparar la aplicación de actividades cotidianas de la vida diarios en 155 personas de edad de 80 años a más. Estos resultados mostraron la heterogeneidad de la vejez, haciendo que se tenga presente una planificación diferente con respecto a la salud²²

Nancy Guerrero-R et en: *“Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud”*, usando la muestra promedio de 72 años con un mínimo de edad de 60 años y con un máximo de hasta 101 años. La edad máxima determinada fue de 60 a 69 años llegando a un 44,1%, con mayor presencia de mujeres. Casi el 63% presentó algún grado de discapacidad, de estos el 94,8% es parcial, y con problemas visuales hasta un 40,8%, de 2do problemas de audición con el 25,7%. Las discapacidades aparecen más en mujeres menos en el habla, hasta un 29,5%.

Y con relación a enfermedades crónicas, el mayor porcentaje llegó a ser hipertensión arterial con un 44,2%. ²³

En el Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor ((M.T. Loredó-Figueroa et al) identificó que 54.3% de los participantes eran mujeres. Casi el 100% de ancianos tenían problemas para poder realizar actividades cotidianas y casi el 20% con dependencia leve. Con respecto a la calificación global de las actividades sobre autocuidado el 22.4% presentaron tener buena capacidad de ello, sin embargo sorprende que el 70.6% presentó una capacidad superior. Con respecto al autocuidado y dependencia fue de mínima relación; y una mejor correlación favorable entre dependencia y la calidad de vida.

Walston J et al en: *Fragilidad y discapacidad en el anciano*, presentó 11.093 adultos mayores de 65 años, residentes en la comunidad o en residencias en el año 2000. Buscando determinar cuáles fueron las molestias geriátricas indicadas por los propios pacientes (incontinencia, bajo peso, caídas, mareos, déficit visual- auditivo, deterioro cognitivo leve) en la población de adultos mayor relacionada con dependencia de actividades en casa. Dando como conclusiones que lo indicado por los pacientes se encuentran relacionadas con la dependencia de actividades, sobretodo cuando están relacionadas con características demográficas y enfermedades crónicas que no son transmisibles²⁵

En Dependencia y movimiento en la hospitalización de geriatría (María Eugenia González-Farfán): que presentando un estudio de tipo descripción-transversal, no experimental. Lo recolectado durante los 3 meses fueron: 75 pacientes mayores que ingresaron a unidad de agudos durante agosto a octubre de 2018. El mayor porcentaje fueron las damas. El 46.7% entre los 80-89 años y aproximadamente el 9.3% en el rango de 100 a más años.²⁶

2.2 Bases teóricas

Hacia el año 2000 al 2050, las personas mayores que habitan el planeta, se duplicarán. Probablemente el grupo de mayor edad pasará de 605 millones a 2000 millones. Y probablemente se observe más en los países de bajos recursos. Aumentando la cantidad de personas de 80-90 años. Aumentando significativamente.

Se puede ver que la capacidad funcional de las personas inicia durante los primeros años de vida, alcanzando picos en la edad adulta y posterior declina en la vejez. El descenso se encuentra determinando por todo tipo de situaciones donde nos exponemos durante la evolución de la vida. Entre ello se encuentra: actividad física, exposición a daños como fumar, el consumo de alcohol, etc.

Se quiere pensar que acá hacia el año 2050, el porcentaje de adultos mayores podrán valerse por sí solos, se va a multiplicar por cuatro en los países en que se encuentran en desarrollo. La mayoría de adultos mayores con edad avanzada van a perder la capacidad de ser independientemente porque podrían padecer de algún tipo dismovilidad, fragilidad y/o otras molestias físicas o mentales.

Muchos van a necesitar algún tipo de apoyo a largo plazo, que podría verse reflejado en domicilio o comunidad, con repercusión en casas de reposa y más aún en estadías prolongadas en los hospitales. ²⁷

En estos últimos años se viene estudiando la fragilidad se ha intentado demostrar poco a poco la utilidad de ésta. Evolutivamente durante los años 60 y 70, se comenzaron las bases de estudios del adulto mayor, permitiendo que en los 80 su importancia y valoración, aumentando el interés hacia los 90s.

Un gran porcentaje de autores están de acuerdo que la *fragilidad* es un estado que se encuentra relacionado con el envejecimiento, y se define como la disminución de la reserva fisiológica. Aumentando en la persona una pérdida de la resistencia, el riesgo de incapacidad, y mayor riesgo de eventos que puedan causarle mayor morbilidad y mortalidad.

De lo explicado, se intenta comprender la relación de que si el envejecimiento está siempre va con *fragilidad*. ¿Envejecimiento y fragilidad serán sinónimos? ¿Todos los ancianos vendrían a ser frágiles? ¿Cuál sería la diferencia de fragilidad con robustez? ¿Hay marcadores de fragilidad? Y es por ende que se continúan con las investigaciones específicas. Para poder identificar estas interrogantes, habrá que investigar más a fondo y tener en cuenta los últimos avances.

Fragilidad es un síndrome geriátrico caracterizado por continuo entre el adulto mayor de fenotipo robusto que puede llegar a la vulnerabilidad, presentando gran riesgo de muerte y con escasas posibilidades de recuperación posterior ello.

Con el pasar del tiempo, dicho concepto se ha utilizado con diferentes criterios para definirlo, definiciones médicas (enfermedades crónicas, alteración de marcha, déficit sensorial, salud saludable percibida, caídas, polifarmacia, y hospitalizaciones), criterios sobre funcionalidad (dependencia en actividades básicas (ABVD) y dependencia en actividades instrumentales AIVD)), criterios en la parte socioeconómica (viudez reciente, vivir solo, mayores de 80 años, pocos ingresos económicos), criterios cognoscitivos/emocionales (síndrome de depresión/ansiedad, deterioro cognitivo leve- severo) y finalmente el criterio de necesidad para institucionalizar personas en hogares de larga estancia. Todos estos

son elementos es de gran riesgo para un adulto mayor, sin embargo, es muy difícil lograr un consenso sobre una definición operacional con estos criterios tan amplios.

En los últimos años han surgido varios intentos de unificar los criterios que mejor clasificarían a estos pacientes frágiles. La autora de una de las primeras clasificaciones de Fragilidad, Linda Fried, logró resaltar los resultados del seguimiento de 5317 persona mayores que tenían entre 65 y 101 años durante el periodo de hasta 7 años. Dicho estudio “Cardiovascular Health Study”, por ende, logró definir la *fragilidad* de acuerdo si presentaba por lo menos 3 de 5 criterios: debilidad, pérdida de peso inactividad, disminución de la velocidad de la marcha y fatiga crónica auto reportada.

En dicho estudio pudo encontrar un 7% de la muestra que vendría a ser frágil, presentando una gran cantidad de mayor riesgo de alteración funcional, caídas y fallecimiento. Además, se determinó que el grupo de fragilidad se diferenciaba del grupo de discapacidad (mínimo 1 actividad diaria) y del que presentaba comorbilidades (2 enfermedades crónica relacionadas). A pesar de tener relación entre estos 3 grupos, casi el 20% logró ser solo frágil y el 20% presentaba las tres condiciones en conjunto.

La definición de Fragilidad sigue siendo un tema de investigación e interés y que ha despertado interés de las personas que se encuentran interesadas en el tema, ya que desean no solo unificar un criterio exacto para lograr la definición, sino que les permita contribuir para lograr una herramienta exacta para determinar discapacidad y mortalidad.²⁹

Hay que tener en cuenta los criterios para lograr el Diagnóstico de fragilidad, ya que pueden ser un eslabón entre su inicio y el de dismovilidad, puesto que, en algunos casos, aplicando algunas herramientas, como la velocidad de marcha (usado para fragilidad) puede predisponer en cualquier momento un grado de dismovilidad.

Se siguen proponiendo diferentes herramientas que intenten identificar de manera sencilla a los adultos mayores como frágiles^{3,4}. En Edmonton (Alberta, Canadá) se instauró una escala con el mismo nombre para identificar fragilidad. Aplicándose en diferentes escenarios: agudos, consulta externa, y atención domiciliaria. Presenta 10 dominios, con puntuación máxima de 17 puntos (significando mayor grado de fragilidad). 2 dominios (estado cognitivo y movilidad) usando el Test del reloj y

el *Timed get up and go test*. Y finalmente dominios de estado anímico, continencia, fármacos, nutrición, la independencia funcional, el soporte social, la autopercepción de salud, la carga de la enfermedad y la calidad de vida (dimensiones propias de la valoración geriátrica). Se correlaciona con la evaluación de Barthel (funcionalidad) de 0,58 ($p=0,006$) y se ha evidenciado con reproducibilidad interobservador ($k=0,77$) y consistencia interna; empleando alfa de Cronbach fue de 0,62.

En la encuesta "*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*" (SHARE) (estudio que incluyó análisis secundarios) se evaluó la relación de mortalidad con fragilidad, usando diferentes escalas (8 en total). Donde se evidenció que EDMONTON y la relacionada con índice de fragilidad tienen mejor identificación y relación con mortalidad con un área bajo la curva de 0,76 y 0,77 (IC 95%: 0,74-0,79) respectivamente.

Se han realizado en 2 países de Latino América estudios de fragilidad usando la EFS (Escala de fragilidad de Edmonton), tomando como corte para fragilidad, 7 o más puntos. Uno de ellos fue realizado en una población de adultos mayores hospitalizados del país de Argentina, con una prevalencia de fragilidad del 65% y el resto como robustos. Viéndose una mayor cantidad de hospitalizaciones con los pacientes que presentaban fragilidad.³⁰

Entre los 4 grandes síndromes geriátricos está la inmovilidad. Desde el 2002 se empezó a determinar las diferentes formas sobre el concepto y definición que fueron presentados en el IV Congreso Latinoamericano de Geriatria y Gerontología _ COMLAT, 2003 en Santiago de Chile, continúan vigentes.

Definiendo dismovilidad: "*molestia, dificultad y/o imposibilidad para movilizar parte del cuerpo y/o trasladarse, secundaria a situaciones de origen biológico, mental, social, espiritual y/o funcional; que afecta la calidad de vida y/o que tiene riesgo de progresión*". A su vez, es aquella donde se permite lograr el rango deseado sin alterar el curso normal del movimiento ("arco del movimiento") y "difícil" aquella que permite lograr el rango deseado pero que termina alterando curso final del movimiento.

El primer punto habla sobre el inicio, la dismovilidad pueda ser de forma abrupta o crónica. De esta manera se pudo distinguir la etiología, la evolución, el pronóstico y los tratamientos individualizados.

El segundo punto habla sobre el tiempo de evolución, demostrando que la dismovilidad puede ser aguda o crónica. Definiendo agudeza a aquella que tiene una evolución menor de un año; y crónica con más de un año.

La final es clasifica en etapas la dismovilidad. Se tiene: ETAPA 1: bipedestación. ETAPA2: sentado. ETAPAS 3, 4 y 5 son grados de encamamiento casi en su totalidad. Esta última división cae en sub etapas, A y B ³¹⁻³²

La comorbilidad es una realidad negativa muy característica en adultos mayores que hacen en ellos proporcionar complejidad, afectando en ellos y provocando riesgo de eventos adversos (deterioro funcional, dependencia, discapacidad, institucionalización, hospitalización, mala calidad de vida y muerte. La edad cronológica y declive funcional deben priorizarse antes que cualquier cosa.

2.3 Definiciones conceptuales

Fragilidad: síndrome geriátrico caracterizado por una disminución de la reserva fisiológica del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, donde si existiese una noxa causa mayor vulnerabilidad y riesgo de sufrir daños, hasta la muerte.

Dismovilidad: Impedimento para articular un parte del cuerpo posterior a algunas enfermedades que terminan afectando la calidad de vida del paciente hasta el fallecimiento.

Dependencia: Situación duradera donde se encuentran algunas personas que, por diferentes circunstancias como: la edad, enfermedades o discapacidad, y relacionadas a disminución de la autonomía física, intelectual, mental o sensorial, requiriendo la atención de otras personas para efectuar actividades básicas.

Vulnerable: aquella persona que tiene riesgo de ser dañado/lastimado físicamente o moralmente

Síndromes geriátricos: formas de presentación más frecuentes de las enfermedades en el adulto mayor que se deben a condiciones de salud multifactoriales

Co morbilidades: presencia de 2 o más enfermedades en un paciente, donde tienen relación causal fisiopatológica

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Retrospectivo, observacional, transversal, cuantitativo y descriptivo (con análisis exploratorio con variables asociadas al síndrome de fragilidad)

3.1.1 Diseño de investigación

Es retrospectivo puesto que tomará datos de octubre a diciembre 2019, es observacional porque solo se verán las variables sin ninguna intervención, es cuantitativo puesto que busca establecer la cantidad de algún elemento o componente presente en una muestra y es descriptivo puesto que recolectará y analizará un conjunto de datos asociados al síndrome de fragilidad.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población: Todos los Adultos mayores de 60 años a más aceptados, que se encuentran en la unidad geriátrica de “Hospital de día” en el periodo: octubre a diciembre 2019 en San Isidro Labrador. 81 en total.

Criterios de inclusión:

- Ancianos mayores de 60 años posteriores a la hospitalización en San Isidro Labrador.
- Pacientes ancianos que tengan la ficha de recolección de datos completa.
- Pacientes que acepten ingresar a la unidad de Hospital de día de San Isidro Labrador.

Criterios de exclusión

- Pacientes que presenten inmovilidad y/o que vivan solos, sin tener un apoyo de un familiar o cuidador para ser traídos a la unidad.

-Pacientes que, a pesar de haber salido de alta del hospital, presenten alguna agudización de sus síntomas.

-Pacientes con enfermedades oncológicas y/o crónicas avanzadas-terminales.

3.2.2 Tamaño de la muestra

Siendo la población pequeña, de 81 ancianos seleccionados, no se requiere ajuste en la muestra

3.2.3 Selección de la muestra

No probabilístico

3.3 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORÍA	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
Edad	# de años del paciente al momento	# años en la ficha	Razón discreta	Independiente cuantitativa	# Años cumplidos	Años de edad	Fecha de nacimiento
Sexo	Género orgánico	Género señalado	Nominal-dicotómica	Independiente cualitativa	0= Femenino, 1: masculina	Masculino/femenino	Sexo biológico
Fragilidad	síndrome que causa vulnerabilidad	Puntaje: Frágil, no frágil	Nominal-dicotómica	Independiente cualitativa	0: Si, 1: No	Frágil, No Frágil	Criterios del fenotipo de fragilidad(pérdida de peso, fuerza, actividad física, fatiga, marcha)
Escala Edmonton	Medición de fragilidad y no fragilidad	Puntaje asignado en ficha	Nominal-dicotómica	Independiente cualitativa	0: si, 1: no	Frágil, No frágil	Criterios de fragilidad(cognición, general de salud, independencia funcionalidad, social, medicación, nutrición, anímico, continencia, presentación funcional)
Dismovilidad	Impedimento para articular parte del cuerpo y/o moverse	Puntaje asignado en ficha	Nominal-dicotómica	Independiente cualitativa	0: Si, 1: No	Bipedestación, sedestación, acostado	Criterios de no dismovilidad y dismovilidad
Escala de Dinámica	Medición de dismovilidad(estadios)	Puntaje asignado en ficha	Nominal-dicotómica	independiente cualitativa	0:Si, 1: No	Bipedestación, sedestación, acostado	Criterios de división y subdivisión de dismovilidad(bipedestación, sedestación, acostado)
	2 o más enfermedades	Consignado en la ficha	Nominal-dicotómica	independiente cualitativa	0:Si, 1: No	Con comorbilidades	Con comorbilidades(cuáles), sin comorbilidades

Comorbilidades	des, tienen relación causal fisiopatológica					s(mayor igual 1), sin comorbilidades(0)	
Síndrome geriátrico	Presentaciones más frecuentes de las enfermedades en ancianos.	Consignado en la ficha	Nominal-dicotómica	independiente cualitativa	0: Si, 1: No	Con síndrome geriátrico(indicar), sin síndrome geriátrico	Con: tipo de síndrome geriátrico: Incontinencia, caídas, trastorno visual/auditivo, polifarmacia, trastorno del sueño, otros

En caso de asociar Dismovilidad con fragilidad, se tomará en cuenta les escala de Dinamarca (que determina el tipo de dismovilidad de cada individuo) y la escala de Edmonton (que esclarece si los pacientes son frágiles y el nivel), así todo paciente que resulte ser frágil se identificará el nivel de dismovilidad que presenta.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para recolectar la información de los registros médicos, utilizamos la ficha de ingreso a la unidad Geriátrica de Hospital de día, donde se indica: la fecha del ingreso, el motivo, los datos de pacientes, tanta edad, sexo, estado civil, fecha de nacimiento, hijos, dirección, teléfono, vivienda, familiar responsable y grado de instrucción. Muy aparte de ello, los antecedentes patológicos y /o familiares. Su tratamiento habitual, síndromes geriátricos y el VGI(dado por los especialistas de la reuniones interdisciplinarias) (anexo 1)

Para determinar la fragilidad se utilizó la ficha validada de Escala de Fragilidad de Edmonton, que esclarece diferentes dominios: cognición, estado general de salud, independencia funciona, apoyo social, uso de medicación, nutrición, estado anímico, continencia, funcionalidad, con un puntaje dado en: sano, vulnerable, fragilidad leve, moderado y severo que será evaluado hacia el paciente y el familiar/cuidador observará. Colocando el nivel en la hoja de VGI de cada paciente, para posterior realizar la comparación (anexo 2)

Para identificar la dismovilidad se utilizó la escala de Dinamarca, donde está dividida en 3 partes: bípedo, sedente y encamamiento, y cada uno tiene diferentes etapas y subetapas que se determinarán de acuerdo a la información del paciente

y familiar, donde se colocarán los resultados al lado de la hoja del VGI de cada paciente, para posterior realizar la comparación (anexo 3)

Para poder corroborar el síndrome de caídas con una prueba objetiva se toma en cuenta el SPPB, cuyo valor menor igual a 10, corrobora con riesgo de caídas (anexo4)

3.5 Técnicas para el procesamiento de información

Para evaluar la frecuencia entre dismovilidad y fragilidad, se utilizará la mediana mediante tablas. Se expresarán el resto de datos demográficos tanto, edad, género, comorbilidades, etapa de dismovilidad y síndromes geriátricos en tablas de frecuencia. La prueba estadística a utilizar será: Chi-cuadrado para encontrar si existe o no asociación entre variables. El recuento de la información se realizara a través del programa informático que proporcionara las herramientas necesarias para su posterior análisis y tabulación. Dicha información se digitalará en el programa SPSS versión 21, rangos de las variables de estudio. Los gráficos y tablas se se confeccionara en el programa Excel y la redacción en Word.

IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

Servicios de información y obtención de documentos (de las fichas y valoraciones del equipo interdisciplinario de “hospital de día”)

Recursos humanos

Materiales: fotocopias, impresiones, anillado, computadoras, lapiceros

4.2 Cronograma

ACTIVIDADES	MES					
	SET(2019)	Oct(2019)	NOV(2019)	DIC(2019)	ENERO(2020)	MARZO(2020)
IDENTIFICACIÓN DE TEMA DE INVESTIGACIÓN						
PRESENTACIÓN DE PROYECTO PARA APROBACIÓN						
RECOLECCIÓN DE DATOS 1 MES						
RECOLECCIÓN DE DATOS 2 MES						
RECOLECCIÓN DE DATOS 3 MES						
ENTREGA DE INFORME FINAL						

4.3 Presupuesto

TIPO	CATEGORIA	RECURSO	CANTIDAD	FUENTE	MONTO(sol es)
Recursos disponibles	Infraestructura	Computadora	1	Préstamo	0
		Consultorio	1	Préstamo	0
		Fichas VGI	81	Préstamo	0
Recursos necesarios	Materiales	Impresiones	120	Personal	36
		Anillados	4	Personal	30
		Papel	120	Personal	12
		Lapiceros	2	Personal	5
Recursos humanos	Humanidades	Servicios prestacionales	2 horas/semana por 3 meses: 24h Precio: 50sol/h	Personal-autofinanciado	1200
TOTAL:					1283

Referencia bibliográfica

1. INEI Boletín Especial N° 17: Perú: Estimaciones y Proyecciones de la Población Total, por Años Calendario y Edades Simples. [Internet]. 2009. Año [ENERO 2020]; Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/principales_indicadores/libro_1.pdf

2. Diario oficial: El Peruano. Ley de la Persona Adulta Mayor. Julio 2016. Artículo 5-37.

3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for phenotype. *An Geriatrics*. 2001;56A(3):146-56. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11253156>

4. Dinamarca, J., Rubio R. y Bontá C. La Inmovilidad a la Dismovilidad en geriatría. [Internet]. 2007. Año [ENERO 2020]; Disponible en: https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/imagen_id.cmd?idImagen=1071306

5. Triolo, C et al. Características del envejecimiento. *Geriatría*. [Internet]. 2014. Año [ENERO 2020]; Disponible en: http://www.drcarlostriolo.com/2013_10_01_archive.html.

6. Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, Guralnik JM, Newman AB, Studenski SA, et al.. Fragilidad y discapacidad en el anciano. 2008. *An Geriatrics*. 2008;56A(3):146-56. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-fragilidad-discapacidad-el-anciano-S0211139X0871151X>

7.D.B. Rolfson, S.R. Majumdar, R.T. Tsuyuki, A. Tahir, K. Rockwood. Validity and reliability of the Edmonton frail scale. [Internet]. 2006; 35 (2006), pp. 526-529. Año [ENERO 2020]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16757522>

8. Martinez, L et al. “Estudio de las enfermedades crónicas como causa del Síndrome de dismovilidad en adulto mayor. An Geriatrics [Internet]. 2015. [citado enero 2020]; (616) 551 – 555. Disponible en <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/616/art08.pdf>

9. Letelier R et al. Deteminación del grado de dependencia funcional de los pacientes del servicio de Geriatria del Hospital Regional Dr Lautaro Navarro Avaria de la ciudad de Punta Arenas mediante la aplicación de medida de independecia funcional y su relación con el sd de dismovilidad. An Geriatrics [Internet]. 2009. [citado enero 2020]; Disponible en http://www.umag.cl/biblioteca/tesis/letelier_matisen_2009.pdf

10. Saiz et al. Impacto de un programa de Fisioterapia sobre la movilidad, el equilibrio y la calidad de vida de las personas mayores. An Geriatrics [Internet]. 2011. [citado enero 2020]; Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=152356>

11. Erika Cabeza Oviedo. “Diagnóstico de prevalencia de dismovilidad y fragilidad en la población de adultos mayores del hogar de Carlos María Ulloa. An Geriatrics [Internet]. 2015. [citado enero 2020] Disponible en <https://es.slideshare.net/funiber/funiber-erika-cabezas-diagnstico-de-la-prevalencia-de-dismovilidad-y-fragilidad-en-la-poblacind-e-adultos-mayores>

12. Fernando Runzer. Fragilidad en adultos mayores y su asociación con su dependencia funciona. An Geriatrics [Internet]. 2012. [citado enero 2020];78(1):1-5. Disponible en

http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/1376/Runze_r_fm.pdf?sequence=3&isAllowed=y

13. Hector D. Bayarre. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos. An Geriatrics [Internet]. 2000. [citado enero 2020];70(1):3. Disponible en:

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/prevalencia_y_factores_de_riesgo.pdf

14. Béland F et al. Predictores del estado funcional en ancianos que viven en casa. An Geriatrics [Internet]. 1999. [citado enero 2020];28(2):153-9. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10350412>

15. Dr. C. Guido Emilio Lluís Ramos. Fragilidad y asociaciones de riesgo en adultos mayores de una comunidad urbana. An Geriatric [Internet]. 2013. [citado enero 2020]; vol 42(2). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000300003

16. Pedro Abizanda Soler et al. Fragilidad y dependencia en Albacete (estudio FRADEA): razonamiento, diseño y metodología. An Geriatric [Internet]. 2010. [citado enero 2020]; 10-004. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-fragilidad-dependencia-albacete-estudio-fradea--S0211139X10002544>

17. Jesús Menéndez et al. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. An Geriatric [Internet]. 2005. [citado enero 2020]; vol 17(5-6). Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26272.pdf>

18. Rocio Paz Letelier et al. Determinación del grado de dependencia funcional de los pacientes del servicio de geriatría del hospital Regional Doctor Lautaro Navarro Avaria de la ciudad de Punta Arenas mediante la aplicación de medida de independencia funcional y su relación con el sd de dismovilidad. An Geriatric [Internet]. 2009. [citado enero 2020]; 166 Disponible en http://www.umag.cl/biblioteca/tesis/letelier_matisen_2009.pdf

19. Lidiana Martínez Muñoz et al. Estudio de las enfermedades crónicas como causa del síndrome de inmovilidad en el adulto mayor. An Geriatric [Internet]. 2012. [citado enero 2020]; Disponible en <http://cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/view/639/409>

20. Convenio de colaboración entre la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco y la Fundación Instituto Gerontológico Matia (Fundación Ingema). Discapacidad y dependencia de las personas mayores en el País Vasco. An Geriatric [Internet]. 2008. [citado enero 2020]; Disponible en https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/EDAD_CSIC_CAPV.pdf

21. Maycon Sousa Pegorar et al. Factores asociados al síndrome de fragilidad en ancianos residentes en área urbana. An Geriatric [Internet]. 2014. [citado enero 2020]; 22(5):874-82 Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/es_0104-1169-rlae-22-05-00874.pdf

22. Marinês Aire et al. Capacidad funcional de ancianos con edad avanzada: estudio comparativo en tres regiones de Rio Grande. An Geriathics [Internet]. 2010 [citado enero 2020]; 18(1) [8]; Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_03.pdf

23. Nancy Guerrero-R et al. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud . An Geriathics [Internet]. 2015 [citado enero 2020]; Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>

24. M.T. Loredó-Figueroa et al. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. An Geriathics [Internet]. 2016 [citado enero 2020] vol.13 no.3; Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000300159

25. *Walston J* et al . Fragilidad y discapacidad en el anciano. An Geriathics [Internet]. 2008 [citado enero 2020] Vol 43, número 1, pag:60-62; Disponible <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-fragilidad-discapacidad-el-anciano-S0211139X0871151X>

26. María Eugenia González-Farfán, en Dependencia y movimiento en la hospitalización de geriatría, An Geriathics [Internet]. 2019 [citado enero 2020] Vol. 4 Núm. 3 (2019). Disponible <https://casus.ucss.edu.pe/index.php/casus/article/view/163>

27. OMS. Boletín informativo sobre envejecimiento. An Geriathics. [Internet]. 2019 [citado enero 2020] Disponible: <https://www.who.int/csr/don/archive/year/2019/es/>

28. Francisco Maman: Instituto de democracia y derechos humanos, PUCP. Personas Adultas Mayores en el Perú y la necesidad de garantizar sus derechos. An Geriathics. 2018 [citado enero 2020] Disponible: <http://idehpucp.pucp.edu.pe/notas-informativas/personas-adultas-mayores-en-el-peru-y-la-necesidad-de-garantizar-sus-derechos-por-francisco-mamani/>

29. Fried LP, Tangen CM, Walston J et al. Frailty in older adults: Evidence for phenotype. J Gerontol 2001;56A(3):146-56. [citado enero 2020] Disponible <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11253156>

30. Jairo Uriel Ramírez Ramírez et al. Aplicación de la Escala de fragilidad de Edmonton en población colombiana. Comparación con los criterios de Fried. An Geriathrics. 2017 [citado enero 2020] Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-aplicacion-escala-fragilidad-edmonton-poblacion-S0211139X17300926>

31. José Luis Dinamarca Montesinos. Dismovilidad. An Geriathrics. 2015 [citado enero 2020] Disponible: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/DISMOVILIDAD-MINSAL-2015.pdf>

32. Dinamarca JL. Dismovilidad en Geriatria: Una década definiendo un concepto clínico. An Geriathrics. 2012 [citado enero 2020] 68 (2):15-19. Disponible: https://www.researchgate.net/publication/336533348_Dismovilidad_en_Geriatria_Una_decada_definiendo_un_concepto_clinico

33. Pedro Abizanda Soler, Gema Paterna Mellinas, Esther Martínez Sánchez, Esther López Jiménez. Evaluación de la comorbilidad en la población anciana: utilidad y validez de los instrumentos de medida. An Geriathrics. 2009 [citado enero 2020] Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-evaluacion-comorbilidad-poblacion-anciana-utilidad-S0211139X09002935>

Anexos

Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>Problema general : ¿Existirá frecuencia de dismovilidad en ancianos frágiles en la unidad de Hospital de día de San Isidro Labrador octubre a diciembre 2019?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Identificar si la Dismovilidad es un factor asociado al síndrome de fragilidad en la unidad de Hospital de Día de San Isidro Labrador entre octubre a diciembre 2019</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificar la relación entre la etapa de Dismovilidad con el síndrome de fragilidad -Determinar las comorbilidades de los adultos mayores frágiles que presentaron dismovilidad -Conocer la edad de los adultos mayores frágiles que presentaron dismovilidad -Determinar los síndromes geriátricos de los ancianos frágiles que presentaron dismovilidad 	<p>No requiere hipótesis puesto que es un estudio de tipo descriptivo.</p>	<p>Variable independiente: dismovilidad.</p> <p>Variable dependiente: Fragilidad.</p> <p>Población: pacientes adultos mayores varones y mujeres que se ven en la Unidad Geriátrica de Hospital de día, en total:81</p>	<p>Tipo de estudio: Retrospectivo, observacional, transversal, cuantitativo y descriptivo.</p> <p>Población: 81, no probabilístico</p>

	<p>-Identificar el sexo de los adultos mayores frágiles que presentaron dismovilidad</p>			
--	--	--	--	--

Ficha de Recolección de datos (anexos)

Anexo 1:

Ficha de Recolección de datos para proyecto de investigación

Nombre:

Edad:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Distrito de procedencia:

Teléfono:

Historia clínica:

Nombre del familiar/cuidados acompañante:

Motivo de ingreso a la unidad de Hospital de día:

Antecedentes:

Antecedentes patológicos:

Antecedentes Quirúrgicos:

Reacciones adversas a medicamentos:

Medicación habitual:

Síndromes geriátricos:

Síndrome Geriátrico	Síntoma o signo	Especificar/Observaciones
Incontinencia urinaria	¿Se le escapa la orina al caminar/al hacer algún esfuerzo? ¿Ambas?¿afecta su rutina diaria?	
Caídas/riesgo de caídas	¿Ha Presentado 1 o más caídas en los últimos 6 meses?(corroborar riesgo con SPPB)(anexo 4)	
Polifarmacia	¿Toma 5 fármacos o más durante el día?	
Trastorno visual/auditivo	¿Hay problemas al ver o escuchar? ¿De qué tipo?	
Trastorno del sueño	¿Logra conciliar el sueño con facilidad? ¿Se despierta en la noche? ¿qué le despierta? ¿Otros síntomas?	
Otros / Ninguno	*Indicar la sintomatología	

Indicadores de Dependencia:

Katz Basal:

Katz Actual:

Escala de medición de fragilidad

Puntaje de escala de fragilidad de Edmonton:

Inicio:

Final:

Puntaje de escala de dismovilidad de Dinamarca:

Inicio:

Final:

Anexo 2: Escala de fragilidad de EDMONTON:

II EDMONTON: CLASIFICACION		Sano: 0-4 pto / Vulnerable 5-6 pto / Leve 7-8 pto / Moderado 9-10 pto / Severa >10 puntos					
DOMINIO DE FRAGILIDAD	ITEM	INGRESO			ALTA		
		0 punto	1 pto	2 pto	0 pto	1 pto	2 pto
Cognición	Por favor, imagina que este círculo pre dibujado es un reloj. Me gustaría que coloque los números en la posición correcta y luego coloque las manecillas que indiquen la hora "once y diez"	Sin errores	Errores menores de espaciado	Otros errores	Sin errores	Errores menores de espaciado	Otros errores
Estado general de salud	En el último año, ¿cuántas veces ha sido ingresado a un hospital?	0	1-2	≥ 3	0	1-2	≥ 3
	En general, ¿cómo describiría tu salud?	"Excelente", "Muy bien", "Buena"	"Justa", "De acuerdo a las enfermedades"	"Mala", "Pobre"	"Excelente", "Muy bien", "Buena"	"Justa", "De acuerdo a las enfermedades"	"Mala", "Pobre"
Independencia funcional	¿Con cuántas de las siguientes actividades requieres ayuda? Preparación de la comida, compras, transporte, teléfono, limpieza, lavandería, administrar dinero, tomar medicamentos	0-1	2-4	5-8	0-1	2-4	5-8
Apoyo Social	Cuando necesita ayuda, ¿puede contar con alguien que esté dispuesto y sea capaz de satisfacer sus necesidades?	Siempre	A veces	Nunca	Siempre	A veces	Nunca
Uso de Medicación	¿usa 5 o más medicamentos recetados, diferentes, de forma regular?	No	Si		No	Si	
	A veces, ¿se olvida de tomar sus medicamentos recetados?	No	Si		No	Si	
Nutrición	¿Ha perdido de peso recientemente, de manera que su ropa se ha vuelto más suelta?	No	Si		No	Si	
Estado Anímico	¿A menudo se siente triste o deprimido?	No	Si		No	Si	
Continencia	¿Tiene problema con perder el control de la orina, cuando no quiere?	No	Si		No	Si	
Presentación funcional (Test Timed Get Up and Go)	Me gustaría que se siente en esta silla con la espalda y los brazos descansando. Luego cuando digo "partir", por favor póngase de pie y camine a un ritmo seguro y cómodo hacia la marca en el piso (aprox 3m de distancia), vuelva a la silla y siéntese	0-10" (seg)	11-20" (seg)	≥20 o no puede solo (seg)	0-10" (seg)	11-20" (seg)	≥20 o no puede solo (seg)
SCORE							

Anexo 3: Escala de Dismovilidad de Dinamarca:

La Dismovilidad sigue un patrón evolutivo bastante característico, no necesariamente lineal, pero sí evidentemente progresivo. El saltarse etapas es debido principalmente a la ocurrencia de eventos sobreagregados o a la descompensación de patología crónica asociada.

La definición de la etapa de la Dismovilidad en la que se encuentre el paciente es de radical importancia, pues permite entre otras cosas, definir el nivel de atención; determinar las medidas terapéuticas y preventivas; contar con un patrón de referencia de la eficacia de las medidas implementadas; establecer pronóstico funcional (Estable, en riesgo de Progresión, en Progresión); y sienta una importante referencia de base para determinar el pronóstico vital.

Las etapas de la Dismovilidad propuestas para las edades geriátricas pueden apreciarse en la Tabla 1.

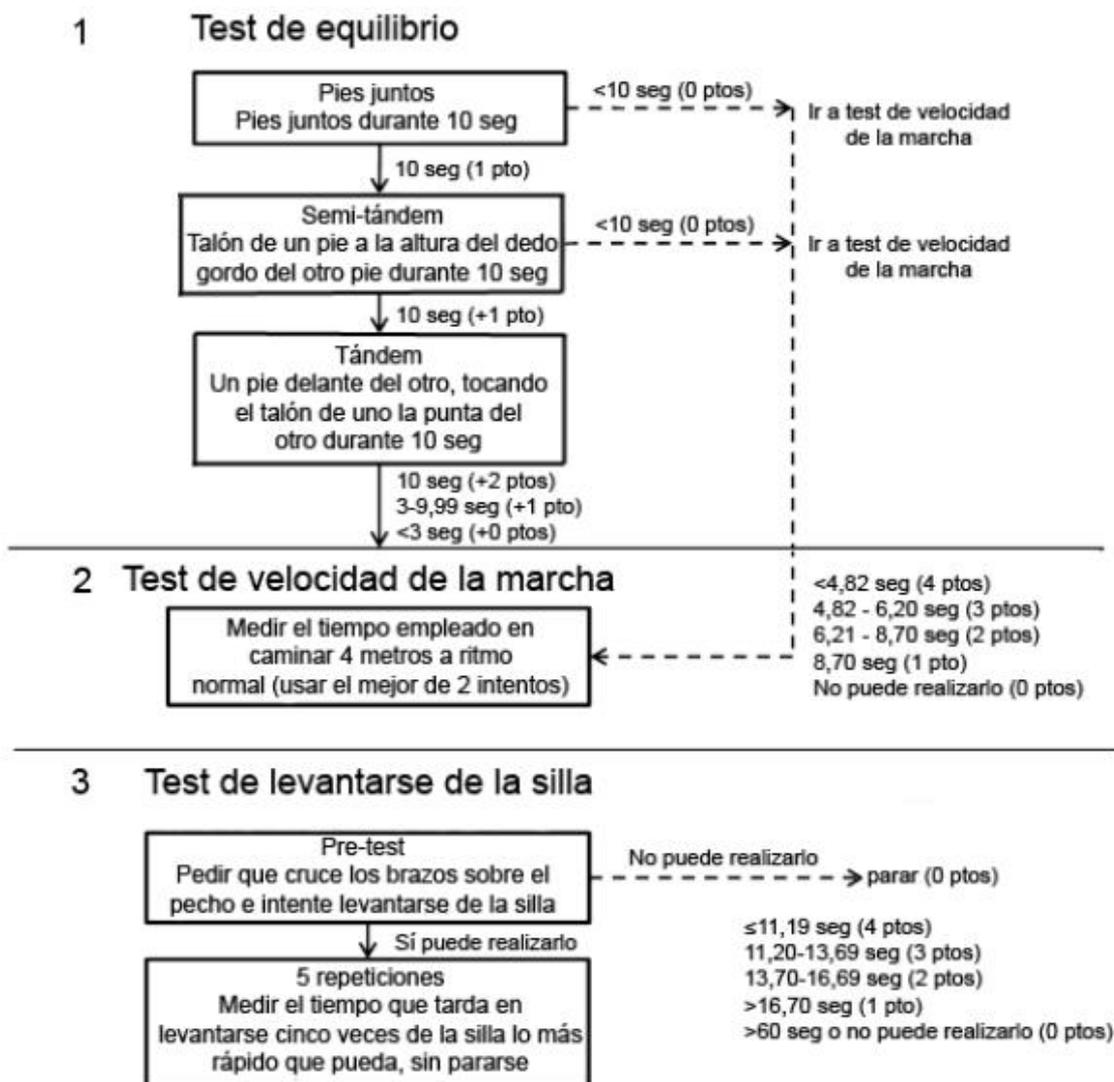
TABLA Nº 1

ETAPAS DE LA DISMOVILIDAD

		ETAPAS				
		1	2	3	4	5
SUBETAPAS	A	Permanece la mayor parte del día de pie, pero con algún grado de molestias, dificultad o imposibilidad en la movilidad y/o traslado.	Permanece la mayor parte del día sentado.	Permanece la mayor parte del día acostado, con capacidad de levantarse o incorporarse	Permanece la mayor parte del día acostado, con capacidad de movilizarse en la cama	Permanece la mayor parte del día acostado, sin capacidad de movimiento en la cama.
	B	Camina con ayuda (Técnica o de terceros). Incluye caminar apoyándose de muebles o paredes	Se sienta y se incorpora solo	Puede salir de la cama solo o con ayuda	Puede movilizar extremidades superiores e inferiores y/o puede realizar giros sin ayuda	Puede expresarse y darse a entender
			Deben incorporarlo y/o incorporarlo.	No puede salir de la cama, pero puede incorporarse y sentarse al borde de ella	Puede movilizar extremidades superiores o inferiores. Necesita ayuda para realizar giros	No puede expresarse, no puede darse a entender

Dinamarca 2003

Anexo 4: SPPB: “Short Physical Performance Battery” (riesgo/síndrome de caídas)



Puntaje menor a 10: riesgo de caídas.

