



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE MÉDICO GENERAL**

TÍTULO DEL PROYECTO DE TESINA

**PREVENCIÓN TERCIARIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS
CON PATOLOGÍAS CRÓNICO – DEGENERATIVAS DE LA
CASA DE HOGAR DE ANCIANOS DE RIOBAMBA, EN EL
PERIODO ENERO 2011 A JUNIO 2012**

Autora: DANIELA JACQUELINE CRIOLLO ZURITA

Tutores: DR. FABIAN ARIAS
DR. GUSTAVO ROJAS AREVALO

RIOBAMABA – ECUADOR

2013

DERECHO DE AUTORÍA

Yo, DANIELA JACQUELINE CRIOLLO ZURITA soy
responsable de todo el contenido
de este trabajo investigativo,
los derechos de autoría pertenecen a la
Universidad Nacional de Chimborazo.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por la vida y la sabiduría,
a mi madre, por inculcar
en mi la importancia del estudio,
por el apoyo incondicional
en todo momento,
a mi hija por el estímulo e inspiración
para finalizar este proyecto.

INDICE GENERAL

	Pág.
INDICE DE TABLAS	XI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XII
RESUMEN.....	XIII
SUMMARY	XIV
INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I	4
1. PROBLEMATIZACION	4
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.3. DELIMITACION DEL PROBLEMA	7
1.3.1. TEMPORAL	7
1.3.2. ESPACIAL	7
1.3.3. UNIDADES DE OBSERVACION	7
1.4. OBJETIVOS.	8
1.4.1. OBJETIVO GENERAL:	8
1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:	8
1.5. JUSTIFICACION:	9
CAPITULO II	11
2. MARCO TEORICO.....	11
2.1. POSICIONAMIENTO TEORICO PERSONAL	11
2.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	12
2.2.2. PERCEPCION DEL ADULTO MAYOR ACERCA DEL PROCESO DE MUERTE 13	
2.2.3. LA INTEGRACIÓN DE LA GERIATRIA EN INVESTIGACIÓN DE EFICIENCIA COMPARATIVA	14
2.2.4. MORBILIDAD HOSPITALARIA AGUDA DE LAS PERSONAS MAYORES DE ANDALUCÍA	14
2.2.5. INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE GERIATRICO	14

2.3. FUNDAMENTACION TEORICA.....	15
2.3.1. SALUD PÚBLICA	15
2.3.2. PROMOCION DE SALUD	16
2.3.3. PROMOCION DE SALUD EN PACIENTES GERIATRICOS	17
2.3.4. NIVELES DE ATENCION DE SALUD	17
2.3.4.1 Primer Nivel de Atención de Salud	17
2.3.4.2. Segundo Nivel De Atención De Salud	18
2.3.4.3. Tercer Nivel de Atención de Salud	18
2.3.5 PREVENCION.....	18
2.3.5.1 Prevención Primaria	20
2.3.5.1 Prevención Secundaria	20
2.3.5.3 Prevención Terciaria	21
2.3.6 ESTRATEGIAS DE PREVENCION	21
2.3.7. PROGRAMAS PREVENTIVOS	22
2.3.7.1. Conceptualización	22
2.3.8. CLASIFICACION DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS	24
2.3.8.1.1. Programas Universales	24
2.3.8.1.2. Programas Selectivos	24
2.3.8.1.3. Programas Indicados	25
2.3.9. LA CALIDAD EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCION	25
2.3.10. GERIATRIA	27
2.3.11. PACIENTE GERIATRICO	28
2.3.11.1. CARACTERISTICAS DEL PACIENTE GERIATRICO	29
2.3.11.1.1. Pluripatología	30
2.3.11.1.2. Plurifarmacia	30
2.3.11.1.3. Pronóstico Menos Favorable	30
2.3.11.1.4. Tendencia a la Incapacidad	30
2.3.11.1.5. Mayor Influencia de Factores Psicosociales	30
2.3.11.1.6. Mayor Incidencia de Complicaciones Potenciales	31
2.3.12. CALIDAD DE VIDA	31
2.3.13. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	32
2.3.13.1 Por qué usar las Medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud .	33
2.3.13.2. Que valora la Calidad de Vida Relacionada con la Salud	33

2.3.13.3. Cuando Evaluar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....	34
2.3.14. CALIDAD DE VIDA Y VEJEZ.....	35
2.3.15. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES	35
2.3.16. PATOLOGIAS OSTEOARTICULARES (ARTROSIS)	36
2.3.16.1. CONCEPTO	36
2.3.16.2. EPIDEMIOLOGIA.....	37
2.3.16.3. FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES.....	37
2.3.16.3.1 Edad.....	37
2.3.16.3.2 Sexo.....	37
2.3.16.3.3 Genética.....	38
2.3.16.3.4 Raza:.....	38
2.3.16.4. FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES.....	38
2.3.16.4.1. Obesidad.....	38
2.3.16.4.2 Actividad y ocupación.....	38
2.3.16.4.3. Densidad mineral ósea	39
2.3.16.5. CLASIFICACION	39
2.3.16.6. ETIOPATOGENIA.....	39
2.3.16.7. SINTOMATOLOGIA.....	40
2.3.16.8. IMAGENOLOGIA	40
2.3.16.9. PRINCIPALES ARTICULACIONES QUE SE VEN AFECTADAS.....	41
2.3.16.9.1. COXOFEMORALES	41
2.3.16.9.2. RODILLA	42
2.3.16.9.3. MANO	42
2.3.16.9.4. COLUMNA VERTEBRAL.....	42
2.3.17. HIPERTENSION ARTERIAL	43
2.3.17.1 CONCEPTO	43
2.3.17.2. FISIOPATOLOGÍA DE LA HTA EN EL ANCIANO.....	44
2.3.17.3. CLASIFICACION DE LA HIPERTENSION EN EL ANCIANO.....	44
2.3.17.4.1. Herencia	45
2.3.17.4.2. Sexo.....	45
2.3.17.4.3. Edad y Raza	46
2.3.17.4.4. Sobrepeso	46
2.3.17.5. SINTOMATOLOGIA.....	46

2.3.17.6. DIAGNOSTICO	46
2.3.17.7. TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION EN EL ADULTO MAYOR	47
2.3.18. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (NEUMONIAS)	47
2.3.18.1. CONCEPTO	47
2.3.18.2. CAMBIOS DEL APARATO RESPIRATORIO EN EL ADULTO MAYOR	48
2.3.18.2.1. Mucosas Nasal	48
2.3.18.2.2. Faringe	48
2.3.18.2.3. Laringe	49
2.3.18.2.4. Tórax	49
2.3.18.2.5. Musculatura.....	49
2.3.18.2.6. Bronquios	49
2.3.18.2.7. Pulmón	49
2.3.18.3. CLASIFICACION	49
2.3.18.3.1. Neumonías Extra hospitalarias	50
2.3.18.3.2. Neumonías Intra hospitalarias.....	50
2.3.18.4. SINTOMATOLOGIA.....	51
2.3.18.5. DIAGNOSTICO.....	52
2.3.18.6. TRATAMIENTO	52
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	53
2.5.- HIPÓTESIS Y VARIABLES	54
2.5.1. HIPOTESIS	54
2.5.2. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.....	54
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	55
CAPITULO III.....	56
3.- MARCO METODOLOGICO.....	56
3.1. METODO.....	56
3.2. POBLACION Y MUESTRA	57
3.2.1. POBLACION.....	57
3.2.2. MUESTRA.....	57
3.3. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	57
CAPÍTULO IV	59

4.1 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	59
4.2 VALIDACION DE HIPOTESIS	72
CAPITULO V	73
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
5.1. CONCLUSIONES	73
5.2. RECOMENDACIONES:.....	74
CAPITULO VI.....	75
6.1. PROPUESTA.....	75
6.1.1. PROGRAMA DE PREVENCION TERCARIA PARA ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES (ARTROSIS)	75
6.1.2. PROGRAMA DE PREVENCION TERCARIA PARA HIPERTENSION ARTERIAL	122
6.1.3. PROGRAMA DE PREVENCION TERCARIA PARA ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (NEUMONIAS)	132
6.2. BIBLIOGRAFÍA	141
ANEXOS	144

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 . HALLAZGOS RADIOLOGICOS Y ANATOMICOS EN ARTROSIS .	41
Tabla 2. TIPO DE PRESION ARTERIAL VALORES DE REFERENCIA	44
Tabla 3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	55
Tabla 4. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 1	59
Tabla 5. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 2	61
Tabla 6. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 3	62
Tabla 7. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 4	63
Tabla 8. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 5	64
Tabla 9. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 6	65
Tabla 10. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 7	66
Tabla 11. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 8	67
Tabla 12. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 9	68
Tabla 13. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 10	69
Tabla 14. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 11	70
Tabla 15. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 12	71
Tabla 16. COMPOSICION DE ÁCIDOS GRASOS DE LOS ACEITES Y GRASAS COMESTIBLES	129

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	34
Gráfico 2. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 1.....	60
Gráfico 3. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 2.....	61
Gráfico 4. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 3.....	62
Gráfico 5. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 4.....	63
Gráfico 6. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 5.....	64
Gráfico 7. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 6.....	65
Gráfico 8. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 7.....	66
Gráfico 9. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 8.....	67
Gráfico 10. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 9.....	68
Gráfico 11. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 10.....	69
Gráfico 12. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 11.....	70
Gráfico 13. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 12.....	71
Gráfico 14. EJERCICIOS PREVENCION ARTROSIS	111
Gráfico 15. TIPOS DE FERULAS EN ARTROSIS	120

RESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de implementar Programas de Prevención Terciaria en pacientes geriátricos con Patologías crónico - degenerativas para mejorar su calidad de vida.

La recolección de los datos se realizó por medio de una investigación de campo, aplicado a los instrumentos correspondientes, las Historias Clínicas fueron las que nos proporcionaron los datos de morbilidad de los pacientes geriátricos. En la investigación se identificó que las principales patologías que afectan a estos pacientes gerontológicos como son la Artrosis, Hipertensión Arterial y Problemas Respiratorios como las Neumonías.

Con esta investigación logramos que el personal médico y administrativo tenga interés en la aplicación y el seguimiento de los Programas Preventivos los cuales constataron además una mejora en el estado de ánimo y del grado de independencia de los pacientes mayores, también subrayaron que se había conseguido una mejoría en todo el proceso de comunicación y, consecuentemente, la relación médico-paciente se había vuelto más cercana, con mayor capacidad de empatía y confianza, lo que fue expresado desde las propias voces y percepciones de los adultos mayores, recogidas especialmente en las consultas, por lo que han sido experiencias altamente gratificantes y catalogadas de auténtico aprendizaje, reflejando su interés en continuar en posteriores fases del Programa y como consecuencia, en optimizar los procesos referentes a su calidad de vida.

SUMMARY

INTRODUCCION

El Asilo de ancianos es un lugar para personas que no precisan permanecer en un hospital, pero que necesitan cuidados especiales, la mayoría de estos centros cuentan con personal médico y de enfermería capacitada, disponible las 24 horas del día.

El Asilo de Ancianos de Riobamba guarda una larga historia desde su creación, hace aproximadamente 80 años, empezó sus labores en la parte posterior del edificio del actual Colegio San Vicente de Paúl, en las calles 5 de Junio y Chile frente a lo que hoy es la escuela Simón Bolívar, estaba regentado por las religiosas Vicentinas, luego de unos años de funcionamiento se levantó un edificio alternativo ubicado en las calles Espejo y 11 de Noviembre construido por la Asistencia Social de Riobamba, por el año de 1972 en los inicios presentaba un aspecto deplorable y no pasaba de ser un lugar donde los adultos mayores eran abandonados a su suerte, el mismo año pasó a manos del Ministerio de Salud Pública. A partir de esto las cosas han ido cambiando hasta la actualidad, la capacidad de sus instalaciones es para 100 personas, acoge ancianos no solo de la provincia si no también lo hace con los adultos mayores de la zona Centro del país, incluso de la Amazonía Ecuatoriana.

Este centro actualmente hospeda a 84 adultos mayores, de los cuales 48 son de sexo masculino y 36 de sexo femenino, sus edades fluctúan entre los 85 a 98 años de edad, clasificación que se realizó por grupos quinquenales; el 90% los han abandonados sus familiares, y el 10% restante aún tienen relación de dependencia con sus familias, cabe recalcar que un número grande de estos adultos mayores, residen en este centro, pero al cuantificarlos observamos que cuatro (4) de ellos solo acuden al Asilo para ser alimentados, posterior a esto retornan a las calles de la ciudad donde se dedican a la mendicidad.

Observamos el nivel socioeconómico de los pacientes geriátricos de la Casa Hogar de ancianos, donde el 100 % de los mismos no son productivos.

Este centro de cuidados para adultos mayores cuenta con la siguiente infraestructura distribuida de esta manera: Dos pisos, el primero que corresponde al área de mujeres, con cuatro salas que cuenta con 12 camas cada una, más una habitación individual en total tenemos 48 camas y dos habitaciones individuales, en la planta alta se encuentran asilados los pacientes de sexo masculino, la distribución de habitaciones y camas es la misma, en la distribución sanitaria existe dos baños y una ducha en cada sala, con esto podemos destacar que los adultos mayores que viven en este lugar se encuentran en hacinamiento, según la ONU, cita que Hacinamiento mide la relación entre el número de personas del hogar y el número de recintos habitables, que ocupan en una vivienda. Se estimó que existe hacinamiento medio cuando en un hogar hay tres personas por habitación utilizada como dormitorio, y hacinamiento crítico cuando hay más de tres personas en estas mismas condiciones, todo esto de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene.

En el Asilo de Ancianos de Riobamba se puede realizar varias actividades, para las cuales cuentan con una Sala de Fisioterapia subdividida para las áreas de Fisioterapia Respiratoria y Física, que es utilizada a diario por los pacientes, también existe Terapia ocupacional, Bailo terapia actividad que se desarrolla todos los Viernes y cultivo de ciclo corto en huertos o invernaderos, donde se dedican a la agricultura en pequeña escala.

Cuentan con un área específica para Alimentación, donde existe un Comedor que posee mesas generales en buen estado, la misma que es contigua al área de Cocina, espacio físico que se encuentra regentado por el Nutricionista de la Institución, el cual prepara una dieta general únicamente clasificada por la textura de los alimentos, tanto para pacientes que puedan deglutir y aquellos que no poseen sus piezas dentales, se realizan licuados y papillas para su alimentación, la frecuencia de alimentación es tres comidas diarias más dos colocaciones.

Por su infraestructura reducida hace que sea imposible receptor a más pacientes geriátricos en la Casa Hogar.

La institución recibe del Gobierno un presupuesto anual de 498 mil dólares junto con una asignación extra de \$ 30.000 dirigidos para la compra de medicina y vitaminas, para una población de adultos mayores que se caracteriza por la desnutrición, por lo que ha incrementado las enfermedades crónico degenerativas. Para el tratamiento de dichas patologías cuenta con varios profesionales Médico geriatra, un Odontólogo, un Nutricionista dos Terapistas Físicos un Terapeuta Ocupacional , una Psicóloga un Trabajador Social; los cuales laboran de Lunes a Viernes en horario de 08h00 am a 13h00 y de 14h00 a 17h00, dentro del personal de enfermería existen dos enfermeras, las misma que cubren dos turnos distribuidos de Martes a Sábado y de Domingo a Jueves cumpliendo ocho horas laborales, y catorce auxiliares de enfermería, que cubren jornadas de seis y doce horas rotativas durante toda la semana, sumado cinco personas encargadas de la Cocina durante todos los días cumpliendo una jornada de ocho horas diarias.

En la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba cuentan con Programas de prevención terciaria de manera general, pero carecen de Programas para enfermedades crónico degenerativas, que aquejan a este grupo vulnerable de la sociedad, de esta necesidad surge la idea de creación de dichos programas de salud para mejorar las calidad de vida de este grupo etario.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La problemática que presentan los pacientes geriátricos en la casa Hogar de Ancianos de Riobamba nos conlleva a conocer que la vejez no es solo una etapa de la vida, sino parte del desarrollo del hombre, según estadísticas los países desarrollados tienen mayor expectativas de vida que los países en vía de desarrollo, hoy en día debido al progreso de la medicina, en nuestro país también ha crecido el índice de envejecimiento en la población, por ende la pirámide poblacional se ha invertido notablemente, todo esto sumado a la situación laboral de los familiares; estos se ven obligados a dejar a sus adultos mayores en asilos, afectando su psiquis y su estado de salud físico.

Las enfermedades crónicas que padece un adulto mayor aumentan con la edad, existiendo una asociación significativa entre múltiples enfermedades crónicas y aumento en el número de admisiones en urgencias de pacientes geriátricos.

Los familiares del adulto mayor en la búsqueda de una mejor atención con personal especializado, prefieren internarlo en las casa hogar de ancianos, para posteriormente ser abandonados en dichos lugares, provocando, soledad, depresión y afectando la psiquis de los adultos mayores, siendo este el detonante para que las patologías se compliquen desmesurablemente.

La soledad y la falta afectividad son factores fundamentales que desencadena los problemas de salud del paciente geriátrico, y a menudo se asocia a la inactividad física y mental.

La actividad mental y social constante es importante para conservar la salud y las funciones intelectuales en las edades avanzadas.

Al no realizarse una valoración geriátrica completa de la situación física, social y mental no se podrá detectar ni tratar las causas reversibles de enfermedad e incapacidad, ni mejorar su calidad de vida.

No obstante los efectos de la edad en el periodo denominado vejez, vienen acompañados de grandes problemas de salud, que si bien en algunos casos pudieron haber sido acarreados a lo largo de toda la vida, por crisis económicas, la mala alimentación, enfermedades mal curadas, problemas patológicos provocados por virus o bacterias, en este periodo necesitan de una mayor atención y cuidado, en otros casos se presentan nuevas complicaciones escoltadas de una incapacidad física normal que demandan de una atención especializada para su cuidado.

El envejecimiento de la población conlleva un aumento del consumo de los recursos sanitarios, convirtiendo al paciente geriátrico en el principal ocupante de camas hospitalarias, lo que genera mayor mortalidad, estancias más prolongadas y mayor número de reingresos.

También el paciente geriátrico es el que acude con mayor frecuencia al médico de atención primaria.

Las patologías Osteoarticulares en el adulto se definen como aquellas adquiridas que comprometen el buen funcionamiento del sistema articular, generando problemas tales como pérdida de motricidad, invalidez e inclusive la inmovilidad total de su cuerpo, siendo esta la primera complicación en el adulto mayor.

Otra de las enfermedades críticas, es sin lugar a dudas los problemas cardiacos y su principal complicación la Hipertensión Arterial, la que se encuentra obstaculizando el normal desempeño de su vida diaria.

Y en tercer lugar y no menos importante tenemos a las Afecciones Respiratorias que con la edad se complican con mayor facilidad y por ende son más difíciles de tratar, teniendo como principio básico el uso desmesurado de antibióticos.

La prevención terciaria se aplica cuando aún la enfermedad está presente en la persona, y su finalidad es disminuir el daño que produce esta, mediante tratamiento

rehabilitador mejora la calidad de vida de los pacientes, con lo que tenemos la disminución de prevalencia de enfermedades, esto se realiza en el período clínico (cuando los síntomas y los signos son aparentes).

Intenta prevenir las discapacidades en los pacientes que presentan una enfermedad en fase sintomática. Incluye medidas para posponer y retrasar la progresión de la enfermedad y evitar complicaciones en la rehabilitación del paciente.

La Casa Hogar de ancianos de Riobamba no brinda una atención terciaria al paciente geriátrico, puesto que no cuenta con programas establecidos para atención médica a este nivel.

Todo esto se ve reflejado en que no cuenta con suficiente personal que labore en el Asilo de Ancianos, ya que la OMS sugiere que por cada cuatro a seis pacientes debe haber un auxiliar de enfermería, dentro de lo que es personal de enfermería específica que por cada ocho a diez pacientes en internación y con cuidados intermedios debe haber una enfermera, a más de que no son capacitados en su totalidad sobre el manejo adecuado de paciente geriátrico, olvidando uno de los principios básicos el cual es conocido como proteger la independencia, intimidad y pudor del paciente, lo que refleja que dentro del cuidado no se está proporcionando de forma integral ni se da la educación para la prevención terciaria en salud.

De allí la necesidad de elaboración de programas de prevención terciaria en pacientes geriátricos que presentan enfermedades crónicas degenerativas, lo que nos servirá para que los adultos mayores tengan una mejor calidad de vida y así evitar un daño mayor en su psiquis con cada internación en diferentes casas de salud, que este presenta por complicaciones de sus patologías.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo implementar programas de prevención terciaria en pacientes geriátricos con patologías crónico - degenerativas para mejorar su calidad de vida?

1.3. DELIMITACION DEL PROBLEMA

1.3.1. TEMPORAL

El período en el que ubicamos al objeto de investigación empieza desde que se inició su exploración la primera semana de Enero 2011 hasta la culminación de la investigación base de los resultados Junio 2012.

1.3.2. ESPACIAL

Se indica como área espacial a la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba, dentro del cual se señala las unidades de observación.

1.3.3. UNIDADES DE OBSERVACION

- Director de la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba
- Médico Geriatra
- Enfermeras
- Auxiliares de enfermería
- Fisioterapeutas Físicos y Ocupacional
- Nutricionista
- Personal del departamento de Estadística de la Institución

1.4. OBJETIVOS.

1.4.1. OBJETIVO GENERAL:

- Diseñar programas de prevención terciaria para las principales patologías crónico - degenerativas que presentan los pacientes geriátricos, y mejorar su calidad de vida en la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba. Período Enero 2011 a Junio 2012.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar las características de la población según edad, sexo y condición económica
- Analizar la morbilidad de los pacientes geriátricos.
- Cuantificar enfermedades crónico - degenerativas que afectan a los pacientes geriátricos.
- Aplicar programas de prevención terciaria en las principales patologías para mejorar su calidad de vida.

1.5. JUSTIFICACION:

La presente investigación servirá para mejorar la calidad de vida de los pacientes geriátricos de la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba que padecen enfermedades crónico - degenerativas, sumado a la mejora de la atención del paciente geriátrico, lo que nos ayuda a disminuir la morbilidad, costos, días de estadía en casas de salud, y el impacto psicológico de los pacientes geriátricos con cada internación.

Además se propone modificar en forma perdurable los factores causales de pérdida de salud, en vez de aplicar cuidados paliativos recurrentes cuando se haya deteriorado la misma, apliquemos programas de prevención terciaria, dirigido a esta población para mejorar su calidad de vida.

Es importante el papel del profesional a cargo de los pacientes geriátricos como educador y guía en los procesos crónico degenerativos; a través de la consulta con el Geriatra, este se convierte en el profesional de referencia para detectar situaciones de riesgo y valorar circunstancias de desconocimiento por parte de paciente o de la familia, no olvidemos que el adulto mayor se encuentra en un momento vital en el que son vulnerables ante los cambios en el medio.

Independiente de la forma de convivencia existente, que es grupal, las relaciones intrafamiliares en ocasiones no son concordantes con los requerimientos y necesidades del adulto mayor, por limitaciones físicas, psíquicas, culturales, sociales o económicas, lo que acarrea que sus familiares los ven como una carga para ellos, por lo que optan por abandonarlos en los llamados Ancianatos.

En el adulto mayor se describen enfermedades crónico - degenerativas y las complicaciones propias del desgaste funcional y orgánico. También se suma a la morbilidad el tipo de actividad laboral que realizaron durante toda su vida, en la población que se encuentra asilada en este lugar es mayoritariamente la agricultura,

ganadería, además se enfrentaron a todas las obligaciones domésticas, por lo que al llegar a la vejez son más vulnerables a padecer enfermedades.

Mejorar la salud de la gente involucra no solo a los Servicios de Salud, con su función primordialmente curativa, sino también a todos los sectores responsables de crear entornos socio – económicos, físicos y culturales que promueven la salud y faciliten la elección de mejorar la calidad de vida.

El Proyecto intenta implementar Programas de Atención Terciaria de Salud para pacientes geriátricos de la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba. Es un esfuerzo cooperativo para realizar actividades destinadas a modificar los factores determinantes de la salud de índole social así como para prevenir, controlar y rehabilitar; con esto lograremos mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes corrigiendo los factores de riesgo comunes a las enfermedades, como por ejemplo: La alimentación inadecuada y la inactividad física. Para ello se requiere la consecución de un equilibrio entre las actividades médicas los esfuerzos para promocionar y aplicar los programas de prevención terciaria, todo esto para poder enfrentar de forma global los numerosos aspectos sociales, físicos que influyen en el desarrollo de las principales enfermedades que afectan al paciente geriátrico.

Además cabe recalcar que por ser mayores para una sociedad globalizada merecen un trato y atención adecuada, rescatando que ellos fueron quienes construyeron el mundo que habitamos y además nos dieron la vida.

La presente investigación ayudará a mejorar la atención, cuidado y optimizar recursos para esta institución y sobre todo nuestro principal objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes geriátricos, con lo que lograremos disminuir la morbilidad, inmovilización total y conservar su independencia.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. POSICIONAMIENTO TEORICO PERSONAL

Como ya se ha dicho las enfermedades de paciente gerontológico pueden ser las mismas que en el adulto mayor y no existen enfermedades exclusivas de esta etapa del ciclo vital. Lo que si cambia es la frecuencia de la patología ya que existen enfermedades más prevalentes en los adultos mayores, tales como los problemas Osteoarticulares, cardiovasculares, infecciones respiratorias, tumores y demencias. También es distinto el sujeto en el que se asienta la enfermedad ya que el paciente geriátrico tiene una mínima cantidad de defensas y menor capacidad de adaptación y reserva.

En el adulto mayor no resulta fácil determinar hasta cuando son cambios debidos al proceso fisiológico de envejecimiento o cuando se trata de la presencia de la patología. Por otra parte las enfermedades en los pacientes geriátricos suelen ser menos expresivas que en los adultos mayores, siendo frecuente que las manifestaciones clínicas se presenten con ciertas peculiaridades que dificultan el diagnóstico médico.

Debido a todos estos cambios fisiológicos de los pacientes geriátricos el personal que labora en estas dependencias únicamente realiza medicina curativa y no tiene ninguna evaluación previa del paciente por eso es importante la identificación de los factores de riesgo en este grupo etario.

Mediante la prevención terciaria de salud podremos mejorar la calidad de vida de los pacientes geriátricos dando un tratamiento adecuado con la aplicación de fisioterapia física y ocupacional, para que el adulto mayor conserve su independencia, este objetivo se alcanzará una vez que se apliquen los Programas de Prevención Terciara

de Salud y estos estén incluidos en las políticas de la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba.

2.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

En la historia de la medicina se pueden señalar varias etapas. La primera fue paliativa, la segunda higiénico sanitaria, la tercera curativa todas exitosas en lograr sus fines.

En la primera conferencia internacional de promoción de salud realizada en Ottawa en 1986 con el patrocinio de la OMS se señaló la necesidad de facilitar el proceso para que la gente aumente su control sobre la salud y mejorarla, alcanzando un estado adecuado de bienestar físico, mental y social.

Para lograr verdaderamente esto es imprescindible comprender que los sistemas de salud no se pueden abocar únicamente a la lucha contra la enfermedad y a las prácticas clínicas tradicionales, sino que deben desarrollar políticas de prevención.

La prevención en el campo de la salud implica una concepción científica de trabajo no es solo un modo de hacer, es un modo de pensar de organizar y de actuar.

Un objetivo básico de la asistencia sanitaria es evitar las enfermedades o detectarlas con la oportunidad suficiente para que las intervenciones sean más eficaces.

Ya en los años noventa se propone el Examen Físico Anual para personas sanas. Esta acción preventiva continúa en la actualidad como uno de los pilares básicos en todos los sistemas de salud.¹

En este proyecto desarrollaremos conceptos teóricos y programas de salud de Prevención Terciaria, que servirán como apoyo para la implementación de actividades preventivas en la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba.

Revisando fuentes bibliográficas encontramos varias investigaciones relativas al tema, entre ellas citamos las siguientes:

2.2.1. ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Autor: Rafael Ortiz

Año: 2010

Lugar: España

Conclusiones: durante el proceso de envejecimiento las capacidades intelectuales como el tiempo de reacción, la velocidad de aprendizaje, y la memoria disminuyen de forma natural, sin embargo esto puede compensarse con un incremento de la sabiduría de los conocimientos y de la experiencia.

Es más frecuente que la falta de actividad práctica, la falta de motivación y de confianza, el aislamiento, la depresión, sean la causa de la disminución del rendimiento cognitivo que el envejecimiento por sí misma, los adultos mayores son más vulnerables que el resto de la población, debido a la edad, enfermedades crónicas y las discapacidades que sufren. Por lo tanto el reto que se debe plantear nuestra sociedad es mantener una vejez activa en la medida de lo posible y sobre todo una calidad de vida aceptable.

2.2.2. PERCEPCION DEL ADULTO MAYOR ACERCA DEL PROCESO DE MUERTE

Autor: Lidia Martínez González

Año: 2008

Lugar: México

Conclusiones: con los datos encontrados el predominio de la percepción negativa sobre la muerte en la población estudiada no es casualidad. La muerte en Occidente es percibida como un hecho no solo negativo sino también como un tabú, considerándose como el máximo mal que le puede ocurrir al hombre dependiendo de las condiciones personales. En los actuales momentos se debe tener una reflexión sobre los aspectos humanos, valores y actitudes que nosotros y los adultos mayores tienen frente al proceso de la muerte.

2.2.3. LA INTEGRACIÓN DE LA GERIATRIA EN INVESTIGACIÓN DE EFICIENCIA COMPARATIVA

Autor: Richard Hodes, Carolyn Clancy

Año: 2010

Lugar: Nueva York

Conclusiones: Eficiencia comparativa de investigación ayuda a los profesionales médicos a determinar la mejor manera de entregar una atención de calidad a sus pacientes mediante la medición de los beneficios y riesgos de medicamentos, tratamientos y procedimientos, dándonos así la potestad de individualizar a nuestro paciente.

2.2.4. MORBILIDAD HOSPITALARIA AGUDA DE LAS PERSONAS MAYORES DE ANDALUCÍA

Autor: García Ortega, Almenara Barrios.

Año: 2000

Lugar. España

Conclusiones: los ancianos de Andalucía poseen unos índices elevados de morbilidad hospitalaria, especialmente a partir de los 75 años. Los motivos de ingresos hospitalarios están constituidos fundamentalmente por enfermedades crónico - degenerativas, que se manifiestan habitualmente en la edad adulta y donde la medicina preventiva ha demostrado ser el arma más efectiva para combatirla. El buen envejecimiento depende en gran medida de la prevención de las enfermedades, mantenimiento de una actividad física regular y de las funciones cognoscitivas y la participación de actividades sociales y productivas.

2.2.5. INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE GERIATRICO

Autor: Carmen Pereira Domínguez, Margarita R. Pino Juste

Año: 2001

Lugar: España

Conclusiones: A partir de la información recogida a lo largo del Programa y expresada por todos los participantes y la valoración sobre este nos indica que los educadores sociales han demostrado un considerable nivel de participación e interés en su trabajo, destacando la necesidad que tienen las personas mayores de expresarse y comunicarse. Así como la importancia de promover este tipo de intervenciones pedagógicas para la mejora de su formación profesional.

2.3. FUNDAMENTACION TEORICA

Un objetivo básico de la asistencia sanitaria es evitar las enfermedades o detectarlas con la oportunidad suficiente para que las intervenciones sean más eficaces.

La constitución de la OMS de 1948 define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

La salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

Es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas.¹

2.3.1. SALUD PÚBLICA

La salud pública es la disciplina encargada de la mejora y protección de la salud a nivel poblacional. Tiene como objetivo mejorar la salud de la población así como el control y la erradicación de las enfermedades²

¹ MAYAN, Santos.2013.**Gerontología Clínica**. Santiago de Compostela.3^{ra} ed.

² ALVAREZ ARREDONDO, Luis M.2012. **Educación para la Salud**, Capítulo La Salud del Individuo, pág. 122

Es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental mediante esfuerzos organizados de la comunidad, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como la lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal organizar los servicios para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación.³

2.3.2. PROMOCION DE SALUD

La Promoción de la Salud no solo incluye acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejorarla.

Son actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y colectividades promoviendo la adaptación de estilos de vida saludables mediante intervenciones de educación sanitaria a través de medios de comunicación de masa, en las escuelas y en atención primaria. Así para toda la comunidad que no tienen los recursos necesarios para la salud.

La educación sanitaria debe ser complementada con los cambios necesarios en el medio ambiente y en las condiciones sociales y económicas que permitan a los ciudadanos el ejercicio efectivo de los estilos de vida saludables y la toma de decisiones que afecten a su salud.³

³ ALVAREZ ARREDONDO, Luis M.2012. **Educación para la Salud**, Capítulo La Salud del Individuo, pág. 121- 122

2.3.3. PROMOCION DE SALUD EN PACIENTES GERIATRICOS

Existen factores de riesgo que pueden ir asociados a otros problemas o bien ser el desencadenante de la enfermedad que se deben de tener presentes tanto en el domicilio como en el centro de salud en estos pacientes. Estos factores pueden ser orgánicos (por enfermedades) ambientales (barreras arquitectónicas, inactividad) o relacionales (soledad).⁴

Los objetivos que nos debemos de marcar en la prevención de pacientes geriátricos son fundamentalmente mantener la independencia funcional, mejorar su calidad de vida, disminuir la mortalidad y aumentar la esperanza de vida, proporcionando una atención individualizada al anciano y a su entorno.⁴

2.3.4. NIVELES DE ATENCION DE SALUD

Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados sino en el de los problemas de salud que se resuelven.⁵

Clásicamente se distinguen tres niveles de atención.

2.3.4.1 Primer Nivel de Atención de Salud

Es el más cercano a la población o sea el nivel del primer contacto. Está dado en consecuencia como la organización de los recursos que permite resolver las

⁴MAYAN, Santos.2013. **Gerontología Clínica**. Santiago de Compostela, 3^{ra} ed., pág. 183.

⁵ MOGOLLON YEPEZ, Amparo S.2009. **Reflexiones de Salud**, Capítulo de Niveles de Atención de Salud, pág. 121.

necesidades de atenciones básicas y más frecuentes que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud y puestos de salud. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

2.3.4.2. Segundo Nivel De Atención De Salud

Se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población:

2.3.4.3. Tercer Nivel de Atención de Salud

Se reserva para la atención de problemas poco prevalentes se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente el 5% de los problemas de salud que se planteen.

2.3.5 PREVENCIÓN

En virtud de los numerosos matices que se le atribuyen al término y para precisar su significado en este trabajo, parto del concepto que: Prevenir es como indica el diccionario: Preparar, aparejar y disponer con anticipación las cosas necesarias para

un fin; prever, ver, conocer de antemano o con anticipación un daño o perjuicio. Prevenir es llegar antes de que se produzca una situación o se instale un problema.⁶

Como lo manifiesta el PROBACI (2000) el propósito de la prevención es disponerse y prepararse anticipadamente para evitar el daño personal y social que compromete el futuro de la vida social. El programa apunta al compromiso y la participación de la comunidad en su conjunto, "Los espacios preventivos son todos aquellos en los cuales interactuamos a partir de nuestro propio espacio interior. La prevención será efectiva si asumimos una actitud de compromiso con la vida. Por eso no basta con informar, advertir, controlar es necesario el desenvolvimiento de las fuerzas de la vida por medio de una sostenida acción educativa para la salud a nivel personal, familiar e institucional".

Para Caplan, la Prevención es una acción integral con tres niveles de intervención, articulados y simultáneos.

- **Prevención Primaria:** Implica la participación de la comunidad bajo la organización de "Agentes de salud" para la detección y neutralización de las condiciones que constituyen la enfermedad.
- **Prevención Secundaria:** Es una manera especial de asistencia destinada a disminuir la prevalencia que incluye el número de casos, el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo. Tiene como objetivo evitar la cronicidad y la aparición de secuelas.
- **Prevención Terciaria (Rehabilitación):** Procura reducir el funcionamiento defectuoso (secuela) y el daño recobrando la posibilidad de reintegración.

⁶ ALVAREZ ARREDONDO, Luis M.2012. **Educación para la Salud**, Capítulo La Salud del Individuo, pág. 123

La Prevención se define como las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”.⁷

Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles:

2.3.5.1 Prevención Primaria

Son medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.

Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad

2.3.5.1 Prevención Secundaria

Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible. Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos (Pruebas de Screening).

En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado son esenciales para el control de la enfermedad.

⁷BLANCO RESTREPO, Jorge H. 2005. **Fundamentos de Salud Pública**, Capítulo Niveles de Prevención, pág. 5.

La captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase pre - clínica cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad.

2.3.5.3 Prevención Terciaria

Se refiere a acciones relativas a la recuperación de la enfermedad clínicamente manifiesta mediante un correcto diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria es fundamental el control y seguimiento del paciente para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo las recidivas de la enfermedad.

2.3.6 ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

Es un concepto que diferentes autores dirigen tanto a clasificaciones como “inespecífica/específica”, “primaria, secundaria o terciaria”, como dirigida a la “oferta o la demanda” o según diferentes segmentos de población (población general, familias, población escolar, población de riesgo).⁸

El término “estrategia” debe reservarse para designar aquello que caracteriza una intervención preventiva en lo que es el conjunto de actividades, actuaciones y/o servicios que constituyen la intervención estrategia y modelo de intervención.⁸

⁸ ALVIRAMARTÍN, Francisco. 2012. **Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención**, pág. 18.

2.3.7. PROGRAMAS PREVENTIVOS

2.3.7.1. Conceptualización

Un programa de prevención es un conjunto coherente de acciones encadenadas y construidas a partir de una evaluación de necesidades buscando la creación o adaptación de actividades dirigidas al cumplimiento de los objetivos realistas trazados como metas del programa a implementar. Se desarrollan en áreas o dominios donde se trabajan los factores de riesgo y de protección. En ellos encontramos el dominio individual, de grupo de pares, el familiar, el escolar laboral, el comunitario y el socio ambiental.⁹

Todo programa de prevención debe partir de un conocimiento del problema sobre el que se quiere intervenir y de un diagnóstico de necesidades que tenga en cuenta el contexto específico del área geográfica donde se va a aplicar las características de la población destinataria. Todo programa de prevención debe definir claramente cuál es su objetivo de prevención en función de esa información sobre cuál sea el problema y cuáles las necesidades.¹⁰

Ocasionalmente se confunde prevención con programa preventivo, mientras que la prevención es un concepto genérico y amplio, un programa preventivo es mucho más efectivo y sistemático.

Los programas de prevención buscan introducir acciones para la detección temprana de un factor de riesgo o un trastorno en una etapa en que pueda ser corregido o curado.

⁹ BLANCO RESTREPO, Jorge H. 2005. **Fundamentos de Salud Pública**, Capítulo Niveles de Prevención, pág. 15.

¹⁰ ALVIRAMARTÍN, Francisco. 2012. **Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención**, pág. 17.

Para que estas acciones de prevención sean consideradas efectivas de deben tener en cuenta algunas pautas relacionadas al problema al que nos enfrentamos:

1. Debe ser un problema de salud importante tanto en su prevalencia como incidencia sobre la calidad y cantidad de vida.
2. Deberá tener una respuesta efectiva para los casos identificados.
3. Deberán existir recursos diagnósticos y de tratamientos disponibles y accesibles.
4. El problema deberá tener un período latente reconocible que permita actuar y reducir la morbimortalidad.
5. Deberá tener una historia natural conocida.
6. El rastreo o los métodos de detección precoz deberán ser eficaces en proporción a su costo y a su riesgo.¹⁰

Para implementar estas tareas es necesario tener conocimientos clínicos, epidemiológicos y de morbimortalidad de la población.

Se pueden plantear dos modalidades estratégicas de intervención: La poblacional, que pretende disminuir los valores medios de los factores de riesgo en el conjunto de la población y la individual o de alto riesgo, que trata de identificar a los sujetos que por poseer uno o varios de estos factores presentan un mayor riesgo de padecer la enfermedad.¹¹

La primera estrategia se lleva a cabo por medio de medidas político- legales (institucionales) y de educación para la salud (consejos o campañas dirigidas a la población), sin que sea necesario conocer las características de cada individuo.

La segunda se ejecuta preferentemente en el nivel de la atención primaria por medio de la detección oportuna de los sujetos en alto riesgo y posterior intervención y seguimiento de los mismos.

Las estrategias poblacional e individual complementadas parecer rendir una relación costo-beneficio mayor que si se consideran en forma aislada.¹¹

2.3.8. CLASIFICACION DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS

Una forma útil de clasificar los programas preventivos es considerar tres grandes grupos en función de sus estrategias globales:¹²

- Programas universales
- Programas selectivos
- Programas indicados.

2.3.8.1.1. Programas Universales

Se dirigen a la población general o a amplios segmentos de la misma.

En este sentido se han desarrollado programas universales para los centros escolares, para las familias y para la comunidad en general.

2.3.8.1.2. Programas Selectivos

Se dirigen a grupos de la población con mayor riesgo. Estos grupos pueden delimitarse en función de la edad, lugar o zona de residencia, características familiares.

En estos programas los profesionales que los aplican están especialmente calificados tienen que motivar a la participación en el programa a las personas del grupo de riesgo, la intervención es más intensa y con una mayor duración que en los programas universales y requiere un conocimiento previo tanto de los factores de riesgo como de los factores de protección.

¹¹BLANCO RESTREPO, Jorge H. 2005. **Fundamentos de Salud Pública**, Capítulo Niveles de Prevención, pág. 18.

2.3.8.1.3. Programas Indicados

Tienen como objetivo es la identificación de los individuos en riesgo a través de las conductas problemáticas asociados, en frecuencia y duración.¹²

2.3.9. LA CALIDAD EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCION

Garantizar la calidad de los programas de prevención implica un compromiso claro y contundente con la búsqueda y utilización de programas efectivos, programas que logren sus objetivos de resultados.¹³

Pero para que un programa sea efectivo/eficaz requiere el cumplimiento de los siguientes puntos:

1.-Un buen conocimiento del problema sobre el que se quiere intervenir. El análisis del problema es una fase ineludible y previa e implica:

- Delimitar y definir la condición o hecho social que constituye el problema.
- Conocimiento de las características de los que experimentan o sufren la condición o hecho social.
- Conocer: El alcance y la cuantía de dicha condición, el valor o valores sociales amenazados que convierten la situación o condición social en problemática quién o quiénes definen la situación como problema, cuál es la etiología del mismo.

2.-Un adecuado conocimiento de las necesidades existentes lo que implica ante todo contextualizar el problema conocer el contexto y lugar donde se va a intervenir las características de las diferentes poblaciones implicados los recursos existentes.

3.- Selección de una estrategia de intervención que reúna una serie de condiciones:

¹³BLANCO RESTREPO, Jorge H. 2005. **Fundamentos de Salud Pública**, Capítulo Niveles de Prevención, pág. 21-22.

- Ser coherente con el problema y las necesidades detectadas.
- Ser conceptualmente lógica y racional y estar basada en una teoría.
- Tener evidencia empírica de su efectividad.

4.- Contar con la participación en las diferentes tareas (definición del problema, valoración de necesidades y diseño del programa) de los distintos actores sociales implicados, organismos e instituciones entre otros, con líderes informales de la comunidad, decisiones clave, población objeto, población intermedia, profesionales y técnicos.

5.-Integrar el programa en la propia organización/institución que lo pone en marcha, de modo que no se produzcan contradicciones ni conflictos pero también integrarlo en otros esfuerzos de prevención que se desarrollen en la zona o comunidad.

6.-Los programas de prevención diseñados deben reunir una serie de requisitos:

- Deben expresar claramente y con realismo los resultados que se esperan en forma de objetivos de resultados (a medio o largo plazo) adecuadamente formulado.
- Deben contar con una estructura organizativa de personal y de recursos suficientes y adecuados.
- Deben disponer de una temporalización de la intervención así como una previsión de que la intensidad y duración de la intervención sean las adecuadas.

7.- La aplicación e implementación del programa debe hacerse de tal modo que quede garantizado el desarrollo de todas las actividades y actuaciones previstas, así como la participación en las mismas de la población objeto.

8.- Una previsión de un sistema de información que garantice una adecuada recogida de información sobre el funcionamiento y aplicación del programa. De este modo se

garantiza una buena gestión del mismo y la posibilidad de realizar evaluaciones que permitan su mejora.

9.- Realización de evaluaciones de proceso y de resultados de un modo automático.

10. Tener en cuenta los resultados de las evaluaciones de modo que se produzca una constante adaptación del programa a los mismos.¹³

2.3.10. GERIATRIA

Es el estudio del proceso de envejecer en cualquiera de sus aspectos. El término fue utilizado por primera vez en 1903 por Metchnikoff y está focalizado en el estudio del envejecimiento en condiciones biológicas de normalidad. En 1909, Nascher utiliza el término de Geriatria para referirse al estudio del anciano en los aspectos relacionados con la enfermedad. Así la Geriatria se define como la rama de la Medicina que dedicada a la persona mayor se centra en la prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de la enfermedad, con el objetivo fundamentalmente posponer la pérdida de autonomía y el desarrollo de incapacidad, mejorando la calidad de vida.¹⁴

La Geriatria es una especialidad que abarca la atención de todas las necesidades sanitarias de la persona mayor cubriendo los siguientes aspectos:

- Preventivos: Promocionando el auto cuidado, desarrollando programas específicos.
- Asistenciales: En la enfermedad aguda, en la enfermedad crónica, en la que incapacita, en los cuidados de larga duración y en la enfermedad terminal.
- Rehabilitadores: Con carácter preventivo, en todas las fases de las enfermedades que llevan a la incapacidad.

¹⁴ MANSSON.2003. **Temas Prácticos en Geriatria y Gerontología**, 1^{ra} ed. Capítulo Necesidades Nutricionales Durante el Envejecimiento, pág. 15

Por todo ello el enfoque de la Geriátrica es integral abarcando además de los aspectos clínicos tradicionales (enfermedad), los funcionales, los físicos, los cognitivos, afectivos y sociales. Para lograr estos objetivos es imprescindible que la atención geriátrica sea multi e interdisciplinar integrada por personal con formación específica en Geriátrica: Médicos, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, psicólogos.

La Geriátrica ha desarrollado una técnica propia: La valoración geriátrica integral que identifica, valora y estudia todos estos problemas que acorralan al anciano para poder elaborar y aplicar un plan de tratamiento integral y de seguimiento a largo plazo.

La valoración geriátrica obtiene los mejores resultados cuando se aplica a los ancianos denominados frágiles que muestran como rasgo común el peligro de perder su independencia.

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios fisiológicos que conducen a un estado caracterizado por una menor reserva funcional y una disminución de la capacidad de adaptación a dichos cambios, lo que hace que en los ancianos la respuesta del organismo a las alteraciones que supone cualquier enfermedad, sea distinta a la del organismo joven. Por ello el anciano presenta una serie de características que le hace diferente al paciente adulto no anciano.

2.3.11. PACIENTE GERIATRICO

La persona mayor puede verse aquejada por cualquier de las enfermedades que afectan a los demás individuos. Sin embargo no todas las personas mayores enfermas se pueden considerar pacientes geriátricos. Muchos ancianos padecen de enfermedades que se manifiestan con pocas variaciones respecto a otros grupos de edad y, por tanto requieren la misma atención que hubieran necesitado en etapas

anteriores de su vida, no precisando una asistencia geriátrica especializada, a no ser que su capacidad de respuesta frente al proceso patológico se vea desestabilizada.¹⁵

Como ya se ha visto la edad por sí sola no define la vejez, ni tampoco al paciente geriátrico. El envejecimiento fisiológico comienza mucho antes de los 65 años de edad, lo determinante es la capacidad de respuesta ante las situaciones que comportan una agresión, como la presencia de enfermedad. De esta forma una persona mucho antes de llegar a ser sexagenaria podría considerarse un paciente geriátrico como consecuencia de un envejecimiento patológico y por el contrario un anciano de edad avanzada en el que la adaptabilidad y la capacidad de respuesta están conservadas eficazmente, difícilmente puede ser considerado como tal.¹⁵

Se considera paciente geriátrico a las personas mayores que cumple tres o más de los siguientes criterios:

- Edad superior a 75 años
- Presenta Pluripatología
- Su enfermedad tiene un carácter invalidante
- Su evolución está condicionada por factores psíquicos y/o sociales
- Requiere institucionalización

2.3.11.1. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE GERIATRICO

El paciente geriátrico presenta determinadas connotaciones que requieren una consideración especial, por su incidencia en la atención que deberá recibir por parte del profesional especializado.

¹⁵ MANSSON.2003. **Temas Prácticos en Geriátrica y Gerontología**, 1^{ra} ed. Capítulo Necesidades Nutricionales Durante el Envejecimiento, pág. 20

2.3.11.1.1. Pluripatología

La enfermedad se suele presentar de forma única o aislada en los adultos y en los ancianos, sin embargo en los pacientes seniles es habitual encontrar varias enfermedades que se presenten conjuntamente y que afecten a varios órganos y sistemas, interrelacionados o no.

2.3.11.1.2. Plurifarmacia

Como consecuencia de la Pluripatología, lo habitual es que el anciano tenga prescritos un número elevado de fármacos, siendo difícil que no exista una interacción farmacológica o que incluso no estén contraindicados para la enfermedad que presenta.

2.3.11.1.3. Pronóstico Menos Favorable

En general el pronóstico de la enfermedad es menos favorable que en el joven y el adulto, lo que resulta lógico si se tiene en cuenta que la enfermedad se asienta en un organismo con menores defensas, con alteraciones orgánicas y sistémicas propias del envejecimiento y lo probable con la presencia de otras enfermedades crónicas.

2.3.11.1.4. Tendencia a la Incapacidad

La mayoría de las enfermedades de los ancianos son crónicas o degenerativas, si bien en algunas ocasiones la enfermedad aguda se acaba cronificando por la disminución de la respuesta inmunitaria. Las enfermedades crónicas en muchas ocasiones originan limitaciones funcionales que incapacitan y provocan en las personas mayores manifestaciones de dependencia que requieren ayuda parcial o total de otras personas.

2.3.11.1.5. Mayor Influencia de Factores Psicosociales

Gran parte de los ancianos presentan algún tipo de problemática social o condicionantes psicológicos que se van a agravar la enfermedad y que en muchas

ocasiones acaban convirtiéndose en el principal problema para lograr un estado de salud aceptable.

2.3.11.1.6. Mayor Incidencia de Complicaciones Potenciales

Es frecuente que el anciano enfermo presente complicaciones graves que a veces pueden llegar a ser más importantes que la propia enfermedad y que pueden acarrear situaciones de cronicidad, incapacidad y a la muerte que lleva consigo el proceso de envejecimiento. Esto significa que un elevado número de personas mayores es capaz de adaptarse a los procesos crónicos que padecen.

De esta forma se diferencian el envejecimiento fisiológico y el patológico. El envejecimiento se convierte en un proceso patológico cuando hay presencia de enfermedad aguda o crónica dificulta su auto cuidado.

2.3.12. CALIDAD DE VIDA

Si bien el tema de la calidad de vida o de la "buena vida" está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente con un auge evidente en la década de los 90 que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI.

La palabra calidad se deriva de cualidad que significa cada una de las circunstancias o caracteres superiores y excelentes que distinguen a las personas y cosas. Conducta o método de vivir con respecto a sus acciones. La calidad de vida es un concepto que va más allá de lo físico pues implica valores y actitudes mentales. La calidad de vida es un estado positivo desde todos los puntos de vista. Es estar en la plenitud es poder funcionar completamente.¹⁶

¹⁶ MANSSON.2003. **Temas Prácticos en Geriátría y Gerontología**, 1^{ra} ed. Capítulo Necesidades Nutricionales Durante el Envejecimiento, pág. 128

- Físicamente significa encontrarse en buenas condiciones fuerte, resistente a las enfermedades o poder sobreponerse rápidamente a ellas.
- Psíquicamente es poder disfrutar hacerse cargo de las responsabilidades, combatir la tensión nerviosa y el estrés.
- Emocionalmente es estar en paz. La persona que mantiene su calidad de vida es una persona que se siente bien, vigorosa, entusiasmada, con la sonrisa propia del que se siente bien en todas sus dimensiones.

2.3.13. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La calidad de vida según la OMS, el Grupo WHO-QOL, es la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, preocupaciones y normas. Es un concepto amplio que incorpora de forma compleja el estado físico de la persona, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales el ambiente y las creencias personales. En los últimos años se ha desarrollado el término calidad de vida relacionada con la salud, para describir aquellos aspectos de la calidad de vida que empeoran con la presencia de determinadas enfermedades. Este concepto permite evaluar la eficacia que tienen diferentes intervenciones y/o tratamientos sobre la calidad de vida. Por otra parte se ha de tener en cuenta que en la persona anciana no es la comorbilidad en sí misma la que determina la calidad de vida, sino el modo en como dicha comorbilidad afecta a la capacidad de vivir de forma independiente. Por lo tanto la capacidad funcional en el caso de los ancianos es el componente más importante que determina en muchos casos la calidad de vida. La evaluación de la calidad de vida debe basarse en la percepción del individuo, de manera que son los mismos pacientes los que evalúan el impacto que una determinada intervención o tratamiento tiene sobre su propia calidad de vida.

2.3.13.1 Por qué usar las Medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud

1. La toma de decisiones en el sector salud debería tener en cuenta la percepción de los usuarios, apoyada en una profunda evidencia empírica de base científica, que considere, además de los indicadores clásicos cuantitativos (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) y los costos, los indicadores cualitativos que expresan el impacto sobre la calidad de vida y la satisfacción del paciente.¹⁶

2. Se debería además analizar el proceso de atención a la salud tanto en lo que hace a la evaluación de la excelencia técnica (decisiones terapéuticas, utilización de tecnologías de diagnóstico y tratamiento con fundamento sólido) así como la evaluación de la excelencia interpersonal basada en un manejo científico, ético y humano de la relación médico-paciente.

3. El estudio de los factores que determinan la percepción del paciente en los diversos momentos de la vida y de la enfermedad, es decir el proceso de adaptación a la enfermedad crónica, permitiría reconocer los mecanismos que inciden negativamente en la CVRS del paciente y encarar intervenciones psicosociales que promuevan el mayor bienestar posible.

4. Las decisiones exclusivas en base a costos que se vienen dando en muchos países donde la medicina pasa a ser una mercancía, son éticamente inaceptables y desde los profesionales de la salud debería insistirse en la necesidad de tomar en cuenta los otros elementos planteados.¹⁷

2.3.13.2. Que valora la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Esta evaluación de la calidad de Vida relacionada con la salud valora:

- Actividad Física
- Actividad Psicológica

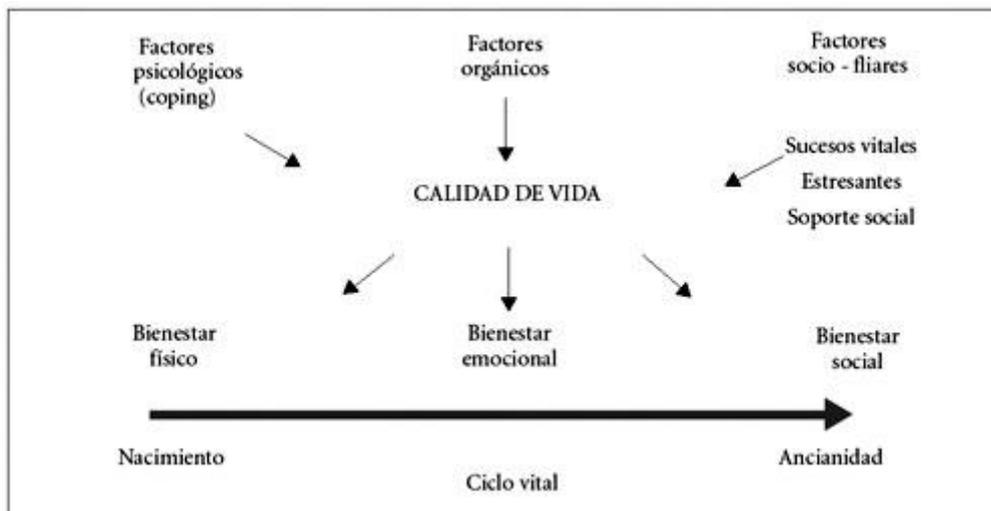
¹⁷ Ciencia y enfermería, *versión On-line*. 2003. **CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD**, pág. 133.

- Relaciones Sociales
- Entorno

2.3.13.3. Cuando Evaluar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

1. Cuando el tratamiento aumenta sobrevida pero también la morbilidad
2. Cuando el tratamiento se usa para prevenir una complicación importante pero aumenta la morbilidad
3. Cuando se comparan 2 tratamientos de distinto costo
4. Cuando el tratamiento no es curativo y deja secuelas importantes
5. Cuando el tratamiento es paliativo¹⁷

Gráfico 1. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD



Fuente: Ciencia y enfermería, *versión On-line*, diciembre. 2003.

2.3.14. CALIDAD DE VIDA Y VEJEZ

El término calidad de vida comienza a vincularse con la atención sanitaria a mediados de los años sesenta del siglo pasado. En este período la sanidad influenciada fundamentalmente por los cambios sociales resta importancia a la cantidad (mortalidad, morbilidad.) para centrarse y favorecer la calidad de vida humana en actuaciones que buscan, por ejemplo, aliviar los síntomas de deterioro, mejorar el nivel de funcionamiento del organismo, fomentar las relaciones sociales y la autonomía personal.¹⁸

Con este nuevo enfoque los cuidados de salud toman un nuevo giro y se empieza a valorar el impacto de las enfermedades y sus tratamientos sobre el bienestar y satisfacción de los pacientes, su capacidad física, psíquica y social, tiempo de ocio.

Plantearnos cubrir las carencias del colectivo de los ancianos desde una visión preventiva con el objeto de eliminar factores de riesgo que de no eliminarse supondrían la aparición de conductas poco deseables o que disminuya notoriamente su calidad de vida. Si pensamos en cómo favorecer la creación de actitudes saludables tales como la autoestima, la realización personal, el apoyo y estímulo o el pertenecer a un grupo.¹⁸

2.3.15. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES

El concepto anciano sano implica que la persona mayor es capaz de mantener un equilibrio con el medio que le permite ser funcionalmente activo a pesar de las numerosas modificaciones que impide la adaptación física, psíquica y social de la

¹⁸ ROTHSCHIL2005.**Factores de Riesgo en la Edad Avanzada**, Capítulo 11Cambios Cardiovasculares como factores de Riesgo de la Senilidad, pág. 150.

persona mayor al medio que le rodea, provocando situaciones de pérdida de autonomía o de total dependencia.¹⁹

Lo fundamental del proceso de envejecer es la disminución de la capacidad de adaptación y de reserva que tiene la persona mayor, de manera que cualquier situación que suponga una sobrecarga física, psicológica y/o social podría provocarle un desequilibrio haciéndose presente la enfermedad.

Las enfermedades que con mayor frecuencia afectan a las personas mayores no difieren sustancialmente de las padecidas por los adultos. Sin embargo muchos de los procesos patológicos que se presentan con alta incidencia en la vejez son consecuencia inmediata del deterioro funcional y orgánico que implica el envejecimiento. No hay que olvidar que un 60% de las personas mayores de 65 años presenta algún tipo de problema de salud, generalmente crónico y casi un 30% dos o más procesos crónicos.¹⁹

Los problemas de salud más prevalentes en la población mayor de 65 años son:

- PATOLOGIAS OSTEOARTICULARES 45%
- HIPERTENSION ATERIAL 35%
- PROBLEMAS RESPIRATORIOS (Neumonías) 20%

2.3.16. PATOLOGIAS OSTEOARTICULARES (ARTROSIS)

2.3.16.1. CONCEPTO

Grupo de afecciones degenerativas articulares, como definición la OMS en 1995 lo estableció de esta manera: La artrosis es la resultante de fenómenos mecánicos y bioquímicos que desestabilizan el equilibrio entre la síntesis y la degradación del

• ¹⁹ MANSSON. 2003. **Manual de Geriatria**, 2^{da} ed. Tomo II, Capítulo Enfermedades Crónicas del Anciano, pág. 150.

cartílago y el hueso subcondral. Este desequilibrio puede ser iniciado por múltiples factores: Genéticos del desarrollo metabólico y traumático.

2.3.16.2. EPIDEMIOLOGIA

La historia natural de la artrosis es poco conocida, ella se detecta más comúnmente en la vejez.

La prevalencia general revela que en el estudio radiológico sistemático es del 52% de los adultos para una sola localización. En los enfermos añosos es más elevado, la prevalencia alcanza al 85 %.

En nuestro medio la artrosis de las manos se presenta en el 10% de las personas de los 40 a 49 años, llegando al 92% en las personas que superan los sesenta años.

Asimismo se ha constatado una considerable diferencia de afectados según el sexo, especialmente en ciertas articulaciones, así la rodilla y las interfalángicas distales son las mayormente afectadas en el sexo femenino, mientras que las metacarpo falángicas y las coxofemorales son más prevalentes en el sexo masculino.

Con relación al sexo, las cifras señalan que el 29,4% para el masculino y el 52,3% para el femenino.

La artrosis de rodilla y mano son las que más afecta a los pacientes geriátricos.

2.3.16.3. FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

2.3.16.3.1 Edad

Existe una estrecha relación de la artrosis con el envejecimiento, queda demostrado con el crecimiento exponencial del número de casos afectados: 2 al 3% en la cuarta década de la vida a más del 80% pasado los 80 años.

2.3.16.3.2 Sexo

Leve predominio del sexo masculino, la explicación estaría dada en el tipo de actividad que realiza el hombre comparado a la mujer.

La diferencia se hace notable después de los cincuenta y cinco años, a partir de esta edad la enfermedad afecta más frecuentemente a la mujer.

Estas características se hacen también notar en el tipo de articulación afectada; se lesionan con suma frecuencia las interfalángicas distales y rodillas en la mujer y las metacarpo falángicas y coxofemorales en el hombre.

2.3.16.3.3 Genética

Se han podido identificar algunos subgrupos de artrosis que muestran un patrón hereditario.

Trabajos recientes de biología molecular han demostrado que artrosis familiares de cadera y rodilla son determinadas por una anomalía del gen codificador para el telopéptido del procolágeno II: en posición 519 del gen, la secuencia de bases codifica una arginina en vez de una cisteína.

También existen evidencias de que algunas formas de artrosis poseen un patrón de herencia mendeliana dominante a este esquema se asimila a la artrosis primaria.

2.3.16.3.4 Raza:

La artrosis tiene una distribución universal es decir que no se observan variaciones geográficas, la raza negra se ve afectada con menos frecuencia que la blanca, pero esto es para todo tipo de artrosis. También se observó menor prevalencia en los esquimales.

2.3.16.4. FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

2.3.16.4.1. Obesidad

La obesidad constituye un significativo factor de riesgo para la instalación de la artrosis especialmente en las rodillas, y que la pérdida de peso puede reducir el riesgo de padecer la enfermedad y mejorar la sintomatología´

2.3.16.4.2 Actividad y ocupación

La Artrosis es seis veces mayor en trabajadores mineros que en religiosos y variando la afectación de acuerdo a la profesión.

Para las rodillas el factor determinante más significativo, afecta más a albañiles, jardineros, agricultores. Hay trabajos que señalan a los ordeñadores manuales como

grupo de mayor riesgo para padecer la artrosis de las metacarpo falángicas. También el uso desmedido de la articulación, como ocurre en los deportes competitivos, donde existe utilización repetitiva, continuada y forzada conduce con mucha frecuencia al desarrollo de artropatía degenerativa precoz.

Futbolistas, bailarines y atletas de alta competición son los habitualmente afectados.

2.3.16.4.3. Densidad mineral ósea

Creciente interés ha recibido la asociación de las variaciones de la densidad mineral ósea y la artrosis se constata la observación de que los pacientes con mayor densidad ósea tienen aumentado el riesgo de padecer artrosis.

2.3.16.5. CLASIFICACION

El concepto de artrosis primaria (sin etiología conocida), y el de artrosis secundaria caracterizada por la presencia de factores determinantes, (endocrinopatías, Paget) es una forma de acercarnos a una clasificación.

Hasta el momento se han establecido criterios de clasificación para las manos, rodillas y Caderas.

2.3.16.6. ETIOPATOGENIA

El equilibrio entre síntesis/degradación es parte del programa de funcionamiento del condrocito, por medio del cual intervienen los inhibidores de las proteasas y las citosinas antiinflamatorias, cuyo cometido es mantener la formación de la matriz y la proliferación celular.

Por otro lado regula la producción de citosinas pro inflamatorias y un número importante de proteasas que cumplen la función de degradar diferentes estructuras de la matriz y evitan la proliferación celular. Las proteasas son el elemento más importante en la degradación del cartílago, las metal proteasas, llamadas así porque para ser activadas necesitan de la presencia de zinc son las más implicadas en el proceso artrósico. Un papel secundario ocupa las serinproteasas y las tiolproteasas.

2.3.16.7. SINTOMATOLOGIA

Es una enfermedad prevalente del adulto salvo las artrosis secundarias cuya sintomatología comienza en edades tempranas. Las manifestaciones clínicas comienzan entre los 40 y 50 años y se expresan con dolor, rigidez y limitación de los movimientos articulares. Estas manifestaciones clínicas varían de una articulación a otra y de acuerdo a la etapa de la evolución de la enfermedad. En la etapa precoz es difícil detectar manifestación clínica no así la expresión radiológica que es la dominante.

Para la mayoría de los pacientes la primera manifestación es el dolor, este es de tipo mecánico es decir que normalmente cede con el reposo, aparece cuando se inicia el movimiento y va cediendo a los pocos minutos.

El dolor nocturno indica cierto grado de actividad de un proceso inflamatorio.

La rigidez, otro de los síntomas cardinales de la artrosis tiene características particulares que la diferencian de la que aqueja a los pacientes portadores de artrosis.

Entre otros síntomas tenemos:

- Limitación de la amplitud articular
- Deformación
- Crepitación
- Inestabilidad
- Tumefacción /edema – Hidartrrosis)
- Dolor al movimiento
- Rigidez más de 30 minutos

2.3.16.8. IMAGENOLOGIA

El estudio radiológico es el más utilizado y con mayores beneficios para el diagnóstico de la artrosis.

Siendo las artrosis la enfermedad Osteo - articular más frecuente del ser humano, los hallazgos radiológicos debidos a la pérdida irregular del cartílago articular son observables en la población general con un notable aumento a medida que transcurren los años.

Tabla 1 . HALLAZGOS RADIOLOGICOS Y ANATOMICOS EN ARTROSIS

<i>RADIOLOGIA</i>	<i>ANATOMIA</i>
Disminución del espacio articular	Fibrilación y pérdida del cartílago
Esclerosis ósea subcondral	Proliferación ósea , vascular y celular subcondral
Quistes subcondrales	Intrusión del líquido sinovial en el espacio subcondral
Osteofitos	Proliferación ósea y sinovial
Colapso óseo	Fracturas trabéculas óseas
Cuerpos libres articulares	Fragmentación osteocondral
Subluxación	Disrupción de cápsula y ligamentos

Fuente: Daniela Criollo Zurita

2.3.16.9. PRINCIPALES ARTICULACIONES QUE SE VEN AFECTADAS

2.3.16.9.1. COXOFEMORALES

Hay disminución irregular de la luz articular, tres patrones radiológicos son característicos, es más frecuente en el sexo femenino, su prevalencia varía entre el 15% al 30% de los pacientes con artrosis de cadera. La clínica se expresa con disminución de la rotación medial y la abducción.

El patrón supero medial está presente en el 35% al 50% de los pacientes con artrosis de cadera y es más frecuente en el sexo masculino y bilateral. La sintomatología es precoz.

Los osteofitos se ven fundamentalmente en la parte inferior y medial de la cabeza femoral.

El patrón medial afecta entre el 10% al 35% de los pacientes con artrosis, suele ser simétrico, bilateral y de mayor prevalencia en el sexo femenino. La cabeza se desplaza medialmente, con estrechamiento de la parte medial. Se observa

deformación de la cabeza femoral, con disminución irregular de la luz y quistes subcondrales.

2.3.16.9.2. RODILLA

La rodilla es la articulación más afectada en la artrosis, factores de riesgo como sobrepeso, traumatismos previos, alteraciones de la alineación, sexo femenino.

De los tres compartimentos de la articulación (medial, lateral y rotuliano) el medial es el más afectado, pudiendo ser uní o bilateral.

Los osteofitos se detectan tanto en el margen medial como en el externo. En casos avanzados suele observarse subluxación de la rótula.

Con una placa de Rx convencional anteroposterior y lateral de ambas rodillas en bipedestación de pie y en ligera flexión entre 25° y 30°, la radiografía muestra imágenes de artrosis en el compartimento externo de la rodilla

2.3.16.9.3. MANO

En las mujeres menopáusicas es frecuente la afectación de las interfalángicas proximales y distales (nódulos de Bouchard y Heberden).

En las radiografías de ambas manos se observa osteofitos en las interfalángicas proximales (IFP-Bouchard) y en las articulaciones interfalángicas distales (IFD-Heberden)

2.3.16.9.4. COLUMNA VERTEBRAL

La manifestación radiológica de la artrosis de columna se traduce por afectación de las articulaciones interapofisarias, mientras que la degeneración del disco con posterior disminución del espacio, formación de osteofitos y esclerosis subcondral no corresponden a una alteración de articulación diartrodial o sinovial. Afecta con mayor frecuencia a la columna cervical baja y columna lumbar inferior.

Se observa estrechamiento de la luz articular y condensación subcondral. En la artrosis severa y muy evolucionada se manifiesta espondilolistesis de 1er. grado en la columna lumbar.

Es importante consignar su estrecha relación con el aumento de la edad: 10 a 15% de la población en la sexta década a más del 50% por encima de los 85 años.

2.3.17. HIPERTENSION ARTERIAL

2.3.17.1 CONCEPTO

Representa un factor de riesgo de otras enfermedades (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebro vascular, insuficiencia renal y retinopatía). Por su comportamiento en ocasiones es asintomática, esta afección es calificada por muchos autores como una “amenaza silenciosa”.

El incremento de las expectativas de vida en la mayoría de los países, ha propiciado que una gran cantidad de personas transite hacia la vejez. La frecuencia de HTA aumenta con la edad, casi el 50 % de la población mayor de 50 años la padece. En el anciano es un problema común la HTA, que alcanza una prevalencia de casi 60-80 % en mayores de 60 a 65 años; lo que se demuestra más para la hipertensión sistólica.

Se ha demostrado que la presión sistólica aumenta y la diastólica disminuye después de los 60 años, y que la hipertensión sistólica aislada responde al 65-75 % de los casos de hipertensión en el anciano.

En la década pasada la HTA era tratada de una forma menos agresiva en el anciano. Sin embargo, la incidencia de padecimientos cardiovasculares en los ancianos hipertensos es el doble que en los sujetos jóvenes.

Los ancianos hipertensos tratados según varios estudios tienen una reducción de un 22 % de la morbilidad cardiovascular, el 15 % de la reducción de sucesos coronarios y el 35 % de reducción en los ataques cerebrovasculares.

Existen otros dos problemas que deben tomarse en cuenta en los ancianos al momento de evaluar la HTA, la posible presencia de una pseudohipertensión y una hipertensión de bata blanca, especialmente en mujeres de edad avanzada.

2.3.17.2. FISIOPATOLOGÍA DE LA HTA EN EL ANCIANO

En la aorta y grandes vasos del anciano, se observa gradualmente endurecimiento y dilatación de estos, debido a un incremento en la relación colágeno y elastina, así como pérdida de la elasticidad de esta última, lo que conlleva a una probable hipertrofia de ventrículo izquierdo debido a que debe bombear la sangre hacia una aorta y un árbol vascular cada vez más resistentes y menos elásticos. Si se sobrepasa el punto de dilatación máxima de la aorta, el aumento de volumen, produce aumento repentino de la tensión de la pared, lo que quizá explica el aumento gradual de la presión sistólica y el discreto descenso de la presión diastólica.

Aunado a lo anterior, se ha observado que disminuyen la cantidad de receptores beta, así como la respuesta de dichos receptores a la estimulación en conjunto con la relajación muscular; mientras que a la inversa, se incrementa la actividad del sistema nervioso adrenérgico, siendo esto último lo que puede explicar en su caso, el incremento de las resistencias periféricas.

2.3.17.3. CLASIFICACION DE LA HIPERTENSION EN EL ANCIANO

Debe considerarse que la clasificación de la hipertensión arterial en el anciano es similar a la aplicada a las poblaciones más jóvenes:

Tabla 2. TIPO DE PRESION ARTERIAL VALORES DE REFERENCIA

<i>TIPO DE PRESION ARTERIAL</i>	<i>VALORES</i>
PRESION ARTERIAL OPTIMA	< 120 / 80 mm Hg
PRESION ARTERIAL NORMAL	120 – 129 / 80 – 84 mm Hg
PRESION ARTERIAL NORMAL ALTA	130 – 139 / 85 – 89 mm Hg
HIPERTENSION ATERIAL LIGERA	140 – 159 / 90 – 99 mm Hg
HIPERTENSION ARTERIAL MODERADA	160 - 179 / 100 – 109 mm Hg
HIPERENSION ARTERIAL SEVERA	>180 / 110 mm Hg

Fuente: Daniela Criollo Zurita

En el 90% de los casos la causa de la HTA es desconocida, por lo cual se denomina «hipertensión arterial esencial», con una fuerte influencia hereditaria. Entre el 5 y 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales. A esta forma de hipertensión se la denomina «hipertensión arterial secundaria» que no sólo puede en ocasiones ser tratada y desaparecer para siempre sin requerir tratamiento a largo plazo.

En la hipertensión esencial no se han descrito todavía sus causas específicas, aunque se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de estos sujetos. Conviene separar aquellos relacionados con la herencia, sexo, edad y raza y por tanto poco modificables, de aquellos otros que se podrían cambiar al variar los hábitos, ambiente y costumbre de las personas, como: La obesidad, la sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de anticonceptivos orales y un estilo de vida muy sedentario.

2.3.17.4. FACTORES DE RIESGO

2.3.17.4.1. Herencia

De padres a hijos se trasmite una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertenso/s las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión.

2.3.17.4.2. Sexo

Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que éstas llegan a la edad de la menopausia, a partir de la cual la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer mientras se encuentra en edad fértil con unas hormonas protectoras que son los estrógenos y por ello tiene menos riesgo de padecer enfermedades cardio-vasculares.

2.3.17.4.3. Edad y Raza

La presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con la edad y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos en los grupos de más edad. En cuanto a la raza únicamente señalar que los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca además de tener un peor pronóstico.

2.3.17.4.4. Sobrepeso

A medida que se aumenta de peso .La frecuencia de hipertensión arterial entre los obesos a cualquier edad que se considere es entre dos y tres veces superior a la de los individuos de la misma edad que estén en su peso ideal.

2.3.17.5. SINTOMATOLOGIA

Una elevada presión arterial rara vez se da conocer, porque generalmente no presenta síntomas. Estar nervioso o tenso por ejemplo no quiere decir necesariamente tener la presión arterial elevada, por esta razón es que existe en daño de los órganos diana ya que su diagnóstico se realiza en etapas tardías de la Hipertensión Arterial.

2.3.17.6. DIAGNOSTICO

La única manera de detectar la hipertensión en sus inicios es con revisiones periódicas. Mucha gente tiene la presión arterial elevada durante años sin saberlo. El diagnóstico se puede realizar a partir de tres vías: Los antecedentes tanto familiares como personales, una exploración física, y la edad que presentan nuestro paciente. Con un adecuado tratamiento se debe alcanzar cifras de presión arterial sistólica <140 mm Hg y presión arterial diastólica < 90 mm Hg.

2.3.17.7. TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION EN EL ADULTO MAYOR

Controlar las cifras de presión arterial en los hipertensos tiene como premisa fundamental individualizar la terapéutica, y disminuir al máximo los riesgos de isquemia.

Existen dos tipos de tratamientos:

- Tratamiento no farmacológico (modificaciones en el estilo de vida).
- Tratamiento farmacológico.

Los recursos no farmacológicos como la disminución de peso, restricción de sal, ejercicio físico, limitación de la ingesta de alcohol y abandono del hábito tabáquico (al menos la moderación o cambio de éste hábito) debe ensayarse antes del inicio de la terapia farmacológica, ya que ello puede disminuir la presión arterial en muchos de éstos pacientes.

A la hora de elegir el fármaco se deberán considerar las características del paciente (enfermedades asociadas: diabetes, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, arritmias, cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, etc.), así como el costo del tratamiento.

2.3.18. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (NEUMONIAS)

2.3.18.1. CONCEPTO

Es el proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar distal a los bronquiólos terminales (bronquiólos respiratorios, conductos y sacos alveolares, alvéolos e intersticio) producido por: infecciones, agentes químicos, físicos y fenómenos inmunológicos.

2.3.18.2. CAMBIOS DEL APARATO RESPIRATORIO EN EL ADULTO MAYOR

Los adultos mayores son más susceptibles de adquirir algunas enfermedades de tipo respiratorio que otras personas, siendo más frecuentes las crónicas como la bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma bronquial, bronquiectasias. En relación a las enfermedades agudas, las más comunes son las infecciones respiratorias altas seguido de neumonías y bronquitis.

Estos cuadros patológicos se deben a que las personas de la tercera edad tienen los pulmones envejecidos, por lo que se vuelven más lentos y menos elásticos, lo que finalmente va a limitar su función. Además el reflejo de la tos es más lento y menos fuerte, por lo que dificulta la eliminación de secreciones que están aumentadas, los músculos que participan en la respiración también se debilitan, lo que finalmente aumenta el riesgo de contraer infecciones, además su sistema inmunitario se puede encontrar debilitado.

Por eso los gérmenes, virus o bacterias ingresan al organismo del adulto mayor y encuentran sus mecanismos de defensa insuficientes para controlar el desarrollo de estos microorganismos, provocando finalmente una infección respiratoria.

El aparato respiratorio en el anciano presenta una involución propia del deterioro funcional como citamos a continuación:

2.3.18.2.1. Mucosas Nasal

Alteraciones en el epitelio glandular y proliferación del tejido conjuntivo con espesamiento de las secreciones, aumentando la susceptibilidad a las infecciones.

2.3.18.2.2. Faringe

Alteraciones de la mucosa semejantes a la nasal e hipotrofia muscular faríngea y del velo del paladar.

2.3.18.2.3. Laringe

Frecuentemente existe un cambio de posición debido a la cifosis cervicodorsal. La epiglotis tiende a fibrosarse, lo que junto a la atrofia de la mucosa favorece lesiones inflamatorias y tos espasmódica.

2.3.18.2.4. Tórax

Existe una disminución de los discos intervertebrales por pérdida y disminución de grosor. Osteoporosis en los cuerpos vertebrales, fibrosis y calcificaciones ligamentosas y de los cartílagos costales y articulaciones costo vertebrales, dando lugar a una jaula ósea semirrígida.

2.3.18.2.5. Musculatura

Se produce una hipotonía y menor contractibilidad (débil expansión del fuelle torácico).

2.3.18.2.6. Bronquios

Atrofias y metaplasias que modifican las secreciones (viscosas y adherentes), dificultando el mecanismo depurativo de los cilios.

2.3.18.2.7. Pulmón

Hipotrofia, disminución del número y calibre de la fibra elástica.

Todo esto lleva al anciano a sufrir una serie de cambios fisiológicos degenerativos, como son que los movimientos respiratorios por minuto aumenten de 12 (a los 30 años) hasta 23 (85 años), disminución de casi todos los volúmenes respiratorios, alteraciones del intercambio gaseoso entre oxígeno y CO₂.

Esto se traduce en la necesidad de cuidados, profilaxis respiratoria, y fisioterapia respiratoria en el anciano

2.3.18.3. CLASIFICACION

Teniendo en cuenta la cantidad de agentes bacterianos causales, la existencia de condiciones favorecedoras de infección, la expresión clínica y el pronóstico de la

enfermedad, en un intento de simplificar el tema y adoptar pautas terapéuticas, se ha clasificado las neumonías en:

- Extra hospitalarias
- Intra hospitalarias

2.3.18.3.1. Neumonías Extra hospitalarias

Son aquéllas que se adquieren en el medio ambiente donde reside el individuo (o sea en su comunidad).

En el primer caso, siempre que no medien factores agravantes, son de mejor pronóstico, porque pueden afectar pacientes previamente sanos y/o porque en la mayoría de los casos las lesiones inflamatorias correctamente tratadas son reabsorbidas y curan

2.3.18.3.2. Neumonías Intra hospitalarias

Son las que aparecen como mínimo hasta tres días después de internarse en cualquier establecimiento, y como máximo hasta siete días después de haber sido dado de alta.

En el 90% de los casos los gérmenes involucrados son: *Diplococcus pneumoniae* (neumococo), *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, virus de la influenza A, B o C (gripe), *Haemophilus influenzae*. La vía de acceso más importante de estos agentes al pulmón es la inhalación de partículas aerosolizadas menores a 5 micrones de diámetro que se encuentran flotando en el medio ambiente provenientes de otros enfermos o portadores sanos y que por pequeñez logran evitar el filtro nasal y la función depuradora del moco y las cilias de la mucosa traqueo bronquial. En el 10% restante (ancianos debilitados, que viven en asilos, diabéticos, alcohólicos o con EPOC) son frecuentes los bacilos gram negativos (*Klebsiella pneumoniae*, colibacilo, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Serratia*) y los estafilococos. En los pacientes con mala higiene dentaria y/o caries dentarias no tratadas, con trastornos deglutorios y depresión del mecanismo de la tos, sobre todo si tienen algunas de las condiciones favorecedoras

nombradas entran a tallar los anaerobios (bacteroides, peptococos, peptoestreptococcus, bacilo fusiforme).

Los agentes más frecuentes son: bacilos gram negativos (enterobacterias, klebsiella, pseudomona), bacterias gram positivas (staphilococcus aureus y epidermidis, streptococcus faecalis), anaerobios, hongos (cándida albicans y aspergillus).

2.3.18.4. SINTOMATOLOGIA

Los síntomas de la Neumonía son variables por depender de la condición individual y el tipo de organismo que causa la infección, por lo general la neumonía a menudo imita la Gripe, ya que comienza con tos y fiebre, por cual los afectados puede que no se den cuenta que tienen una condición más grave.

Entre los principales síntomas tenemos:

- Fiebre
- Tos
- Falta de aliento
- Sudoración
- Escalofríos
- Dolor en el pecho que varía con la respiración (pleuresía)
- Cefalea
- Dolor muscular
- Fatiga

Para las personas o grupos de alto riesgo, adultos mayores y personas con enfermedades crónicas o sistemas inmunológicos debilitados pueden tener síntomas leves o menores que la gente común, por ejemplo en el caso de los adultos mayores en lugar de tener la fiebre alta que a menudo caracteriza a la neumonía, pueden incluso tener una temperatura inferior a lo normal.

Los adultos mayores y personas con insuficiencia cardiaca o dolencias de pulmón, la neumonía puede convertirse rápidamente en una condición de riesgo para la vida.

2.3.18.5. DIAGNOSTICO

El diagnóstico etiológico es importante para indicar el antibiótico adecuado en una patología donde actúan múltiples agentes que además han variado su sensibilidad a estos fármacos.

Se realiza exámenes de esputo, coloración de gram, Rx atandart de tórax, estudio de LCR, estudio serológico, aspiración transtraqueal.

En las neumonías intrahospitalarias y en las extra hospitalarias graves o que no responden a la medicación empírica o en caso de duda de la identidad del germen aislado, se puede recurrir a métodos invasivos para el estudio de las secreciones respiratorias. El uso de un fibrobroncoscopio pasando un catéter telescopado (por dentro del endoscopio) y con tapón distal para aspirar secreciones, es una buena alternativa. También se utiliza el lavado bronco alveolar en el que se instila solución fisiológica estéril a través del broncoscopio en el bronquio segmentario de la zona pulmonar enferma y su posterior aspiración. Otro método es la punción transpulmonar de la lesión bajo control tomográfico especialmente cuando la lesión llega a la periferia del pulmón pero es peligroso por sus complicaciones.

2.3.18.6. TRATAMIENTO

Al hablar de tratamiento debemos citar que este tiene que ser individualizada y que para pacientes geriátricos la terapéutica se va utilizar uno o varios antibióticos de última generación, ya que son pacientes multiresistentes, sin olvidarnos que el tratamiento también depende del agente causal

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Salud.-** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social. Es decir, el concepto de salud no sólo da cuenta de la no aparición de enfermedades o afecciones sino que va más allá de eso. En otras palabras, la idea de salud puede ser explicada como el grado de eficiencia del metabolismo y las funciones de un ser vivo a escala micro (**celular**) y macro (**social**).
- **Patología.-** Estudio de las características, causas y efectos de la enfermedad tales como se reflejan en la estructura y función del organismo.
- **Enfermedad Degenerativa.-** es una afección generalmente crónica, en la cual la función o la estructura de los tejidos u órganos afectados empeoran con el transcurso del tiempo.
- **Paciente.-** El término suele utilizarse para nombrar a la persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica.
- **Paciente Geriátrico.-** Prefijo que significa perteneciente o relativo a la vejez o a los ancianos.
- **Estilo de vida.-** o sea el tipo de hábitos y costumbres que posee una persona, puede ser beneficioso para la salud, pero también puede llegar a dañarla o a influir de modo negativo sobre ella. Por ejemplo, un individuo que mantiene una alimentación equilibrada y que realiza actividades físicas en forma cotidiana tiene mayores probabilidades de gozar de buena salud. Por el contrario, una persona que come y bebe en exceso que descansa mal y que fuma corre serios riesgos de sufrir enfermedades evitables
- **Geriatría.-** Especialidad médica que estudia la fisiología del envejecimiento, así como el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a los ancianos.

- **Envejecimiento.-** Proceso de desgaste en parte debido al mal funcionamiento de las células corporales o a la falta de producción de células nuevas que reemplace las muertas o defectuosas. La función celular normal se pierde durante las enfermedades infecciosas, los estados de mal nutrición o la exposición a peligros ambientales, o bien por influencias genéticas. Las primeras células que muestran signos de envejecimiento son aquellas que suelen dejar de dividirse para alcanzar la madurez.
- **Adulto mayor.-** denominación que se le da a un individuo que ha pasado por las diferentes etapas de la vida, llegando así a la vejez
- **Gerontología.-** Estudio del proceso del envejecimiento
- **Gerontológico.-** Prefijo que significa perteneciente o relativo a la vejez o a los ancianos.

2.5.- HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.5.1. HIPOTESIS

¿La aplicación de los programas de prevención terciaria en pacientes geriátricos de la Casa Hogar Ancianos de Riobamba con enfermedades crónicas degenerativas, mejorará su calidad de vida?

2.5.2. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente

Aplicación de programas de prevención

Variable dependiente

Mejora de la calidad de vida

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable	Definiciones Conceptuales	Categorías	Indicadores	Técnicas instrumentos ^e
Independiente Aplicación de programas de prevención	Conjunto de acciones que se organizan con el propósito de mejorar las condiciones de vida en una determinada región.	Elaboración de Programas de Prevención Terciaria de las principales patologías crónico degenerativas de los pacientes geriátricos	Morbilidad existente en los pacientes geriátricos	Observación Historiales Clínicos
Dependiente Mejora de la calidad de vida	Percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones	Aplicación Programas de prevención terciaria para patologías crónico degenerativas	Calidad de vida	Observación Encuesta Cuestionario Aplicado al personal médico y administrativo

Fuente: Daniela Criollo Zurita

CAPITULO III

3.- MARCO METODOLOGICO

3.1. METODO

- **Tipo de Investigación**

El tipo de investigación a emplearse es descriptiva, debido a que consistirá en la recolección de datos del Historial clínico de los pacientes gerontológicos, recopilando las principales patologías Crónico - Degenerativas y la morbilidad que presentan los pacientes en la casa hogar de ancianos de Riobamba.

- **Diseño de la Investigación**

Para el proyecto se utilizó información Documental y de Campo

Toma de datos

Los datos serán obtenidos a través de historiales médicos de cada paciente geriátrico los cuales reposan en el departamento de estadística de la casa hogar de Ancianos Riobamba.

Análisis de la morbilidad

Este procedimiento se realizara a través de cuadros de estadística en los que se describirá por género y edad de cada paciente en los que conste la morbilidad existente en la casa hogar de Ancianos de Riobamba.

Cuantificación de las principales patologías Crónico - Degenerativas

Se realizara la compilación de las diferentes patologías Crónico - Degenerativas existentes entre los pacientes geriátricos, detallados en cuadros estadísticos.

Elaboración de Programas De Prevención Terciaria para patologías crónico Degenerativas

- **Tipo de Estudio**

El tipo de estudio a emplearse será de evaluación ya que constituirá en el análisis a través de tablas y gráficos estadísticos para determinar las principales patologías que presentan los pacientes gerontológicos de la casa hogar de ancianos de Riobamba y la morbilidad.

3.2. POBLACION Y MUESTRA

3.2.1. POBLACION

Se trabajó con toda la población que se encuentra asilada en la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba, compuesta por 84 adultos mayores, de los cuales 48 son de sexo masculino y 36 de sexo femenino, sus edades fluctúan entre los 85 a 90 años.

3.2.2. MUESTRA

No se trabaja con muestra

3.3. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- **Observación.-** esta ocupa un campo específico en la investigación, porque nos permite lograr el máximo grado posible de objetividad en el conocimiento de la realidad.

- **Análisis bibliográfico.-** es el conjunto documental que nos permite sustentar la investigación.
- **Encuestas.-** es la técnica que a través de un cuestionario adecuado nos permite recopilar datos de toda la población o de una parte representativa de ella, este método brindó la posibilidad de recopilar información acerca del estado actual de los pacientes de la Casa Hogar de Anciano de Riobamba.
- **Entrevistas.-** es una conversación seria, que propone conocer las cualidades, experiencias y conocimientos del entorno, aplicada al personal médico de la Casa Hogar de Anciano de Riobamba, con el objetivo de recopilar información acerca de las enfermedades crónico degenerativas y las diferentes características que presentan los pacientes que padecen esta patología.
- **Revisión de documentos:** Permitió la recopilación de información a través del Historial Médico acerca de las patologías crónico degenerativa en los pacientes geriátricos en la Casa Hogar de Anciano de Riobamba
- **Análisis Porcentual:** Este método permitió analizar los datos de los resultados de la encuesta y la entrevista.

CAPÍTULO IV

4.1 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL MEDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA CASA HOGAR DE ANCIANOS DE RIOBAMBA

Con el propósito de inquirir si el personal que labora en esta institución, tiene conocimiento sobre la existencia de Programas de Prevención Terciaria y las principales patologías crónicas degenerativas de los pacientes geriátricos, se obtuvieron los siguientes resultados.

1.- ¿TIENE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA PREVENCION TERCIARIA EN PACIENTES GERIATRICOS?

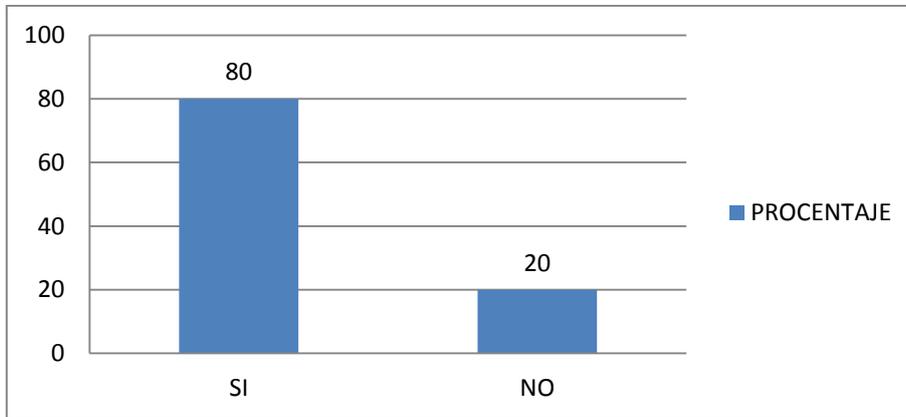
Tabla 4. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 1

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PROCENTAJE
SI	20	80.00
NO	5	20.00
TOTAL	25	100.00

FUENTE: Cuestionario aplicado a personal médico y administrativo.

ELABORADO POR: Daniela Criollo Zurita

Gráfico 2. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 1



ANALISIS:

En el siguiente gráfico observamos que de las 25 personas encuestadas el 80% del personal que labora en esta institución tiene conocimiento sobre Prevención Terciaria, pero el 20% no tiene conocimiento.

2.- ¿ESTA AL TANTO DE QUE ESTA INSTITUCION CUENTA CON PROGRAMAS DE PREVENCION TERCARIA?

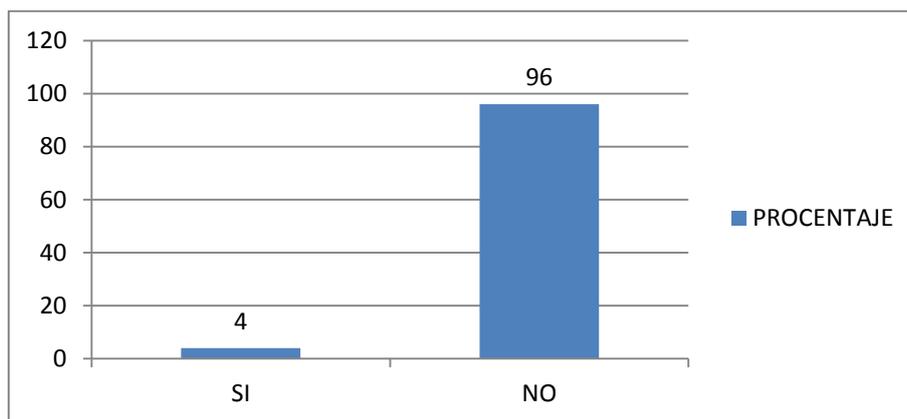
Tabla 5. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 2

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PROCENTAJE
SI	1	4.00
NO	24	96.00
TOTAL	25	100.00

FUENTE: Cuestionario aplicado a personal médico y administrativo.

ELABORADO POR: Daniela Criollo Zurita

Gráfico 3. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 2



ANALISIS:

En el siguiente gráfico observamos que de las 25 personas encuestadas el 96% del personal que labora en esta institución no tiene conocimiento sobre la existencia de Programas de Prevención Terciaria en su institución y apenas el 4% si tiene conocimiento de dichos programas.

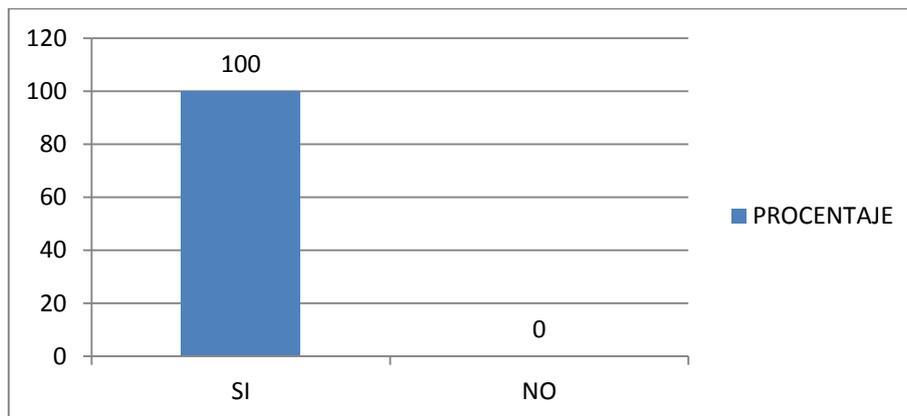
3.- ¿ESTA DE ACUERDO CON LA IMPLEMENTACION DE PROGRAMAS DE PREVENCION TERCARIA PARA PACIENTES GERIATRICOS EN ESTA INSTITUCION?

Tabla 6. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 3

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PROCENTAJE
SI	25	100.00
NO	0	0.00
TOTAL	25	100.00

FUENTE: Cuestionario aplicado a personal médico y administrativo.
ELABORADO POR: Daniela Criollo Zurita

Gráfico 4. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 3



ANALISIS:

En el siguiente gráfico observamos que de las 25 personas encuestadas el 100% del personal que labora en esta institución está de acuerdo en la implementación de Programas de Prevención Terciaria para pacientes geriátricos ya que esto ayudaría a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

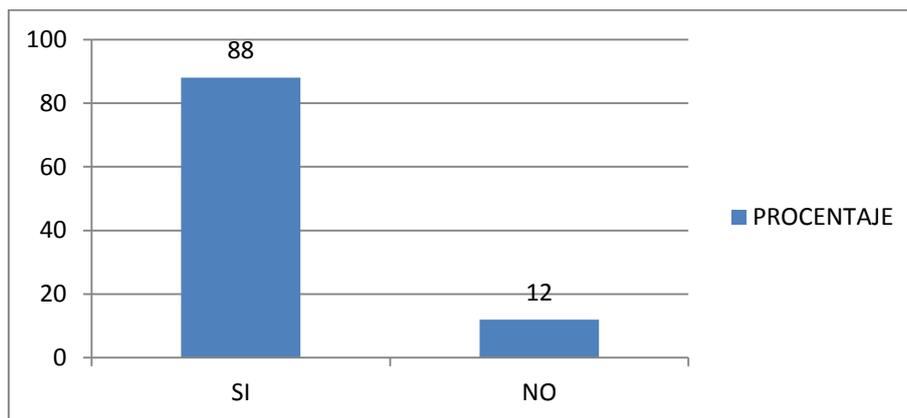
4.- ¿ESTARIA DISPUESTA /O A SER PARTICIPE EN LA IMPLEMENTACION DE PROGRAMAS DE PREVENCION TERCARIA EN ESTA INSTITUCIÓN?

Tabla 7. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 4

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PROCENTAJE
SI	22	88.00
NO	3	12.00
TOTAL	25	100.00

FUENTE: Cuestionario aplicado a personal médico y administrativo.
ELABORADO POR: Daniela Criollo Zurita

Gráfico 5. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 4



ANALISIS:

En el siguiente gráfico observamos que de las 25 personas encuestadas el 88% del personal que labora en esta institución está de acuerdo en participar de la Implementación de Programas de Prevención Terciaria ya que ayudaría a conservar la independencia de los pacientes geriátricos.

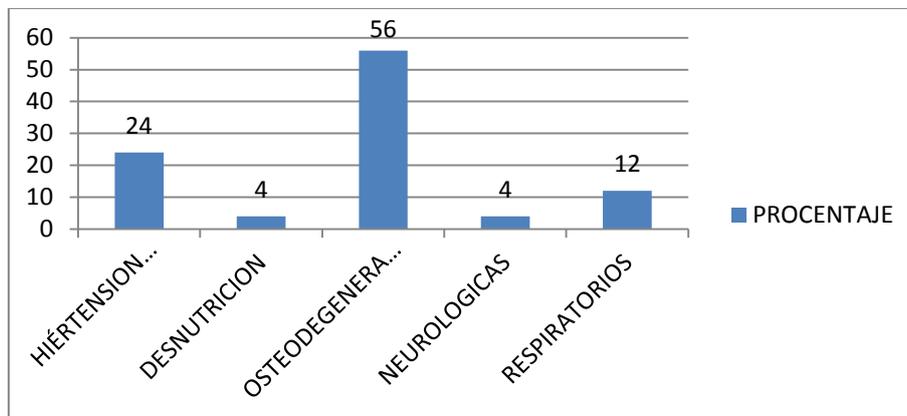
5.- ¿IDENTIFIQUE LAS TRES PRINCIPALES PATOLOGÍAS CRÓNICO DEGENERATIVAS QUE PRESENTAN LOS PACIENTES GERIATRICOS DE SU INSTITUCION?

Tabla 8. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 5

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PROCENTAJE
HIÉRTENSION ARTERIAL	6	24.00
DESNUTRICION	1	4.00
OSTEODEGENERATIVAS	14	56.00
NEUROLOGICAS	1	4.00
RESPIRATORIOS	3	12.00
TOTAL	25	100.00

FUENTE: Cuestionario aplicado a personal médico y administrativo.
ELABORADO POR: Daniela Criollo Zurita

Gráfico 6. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 5



ANALISIS:

En el siguiente gráfico observamos que de las 25 personas encuestadas, el 56% del personal que labora en esta institución coincide que las enfermedades osteodegenerativas son la que predominan en la Casa Hogar de Ancianos, seguida por la Hipertensión Arterial con el 24%, posterior a esta tenemos a los Problemas Respiratorios con el 12% y en el mismo porcentaje encontramos a la Desnutrición y Problemas Neurológicos con el 4%.

6.- ¿SE HA CAPACITADO USTED EN LA APLICACION DE PROGRAMAS DE PREVENCION TERCARIA?

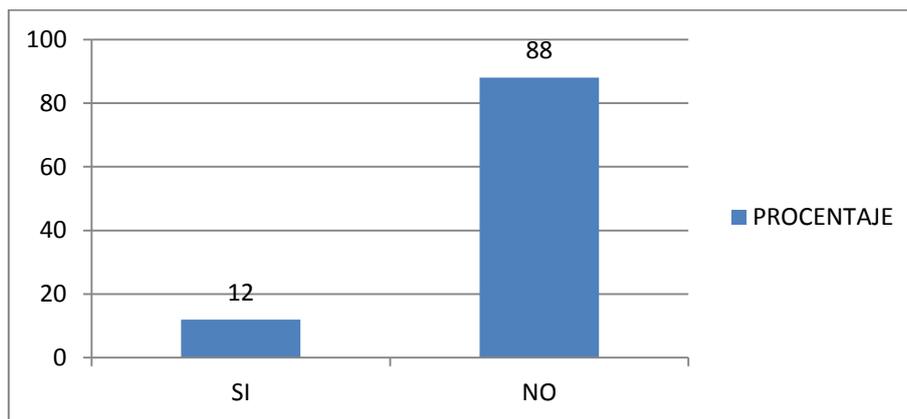
Tabla 9. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 6

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PROCENTAJE
SI	3	12.00
NO	22	88.00
TOTAL	25	100.00

FUENTE: Cuestionario aplicado a personal médico y administrativo.

ELABORADO POR: Daniela Criollo Zurita

Gráfico 7. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 6



ANALISIS:

En el siguiente gráfico observamos que de las 25 personas encuestadas, el 12% únicamente ha sido capacitado pero dentro de su formación profesional, mientras que la mayoría de personal que corresponde al 88 % no ha sido capacitado en la aplicación de Programas de Prevención Terciaria, ya que no conocen de la existencia de dichos programas de salud.

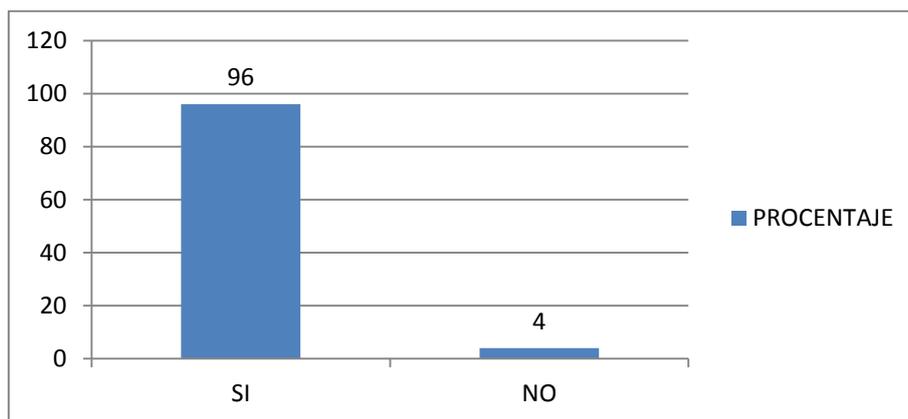
7.- ¿CREE USTED QUE CON LA APLICACIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN TERCIARIA PARA PATOLOGÍAS CRÓNICO DEGENERATIVAS EN ESTA INSTITUCION MEJORARÍA LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES GERIATRICOS?

Tabla 10. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 7

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PROCENTAJE
SI	24	96.00
NO	1	4.00
TOTAL	25	100.00

FUENTE: Cuestionario aplicado a personal médico y administrativo.
ELABORADO POR: Daniela Criollo Zurita

Gráfico 8. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 7



ANALISIS:

En el siguiente gráfico observamos que de las 25 personas encuestadas, el 96% del personal que labora en esta institución opina que si cambiaría la calidad de vida de los pacientes geriátricos y el 4% opinan que no mejorarían su calidad de vida.

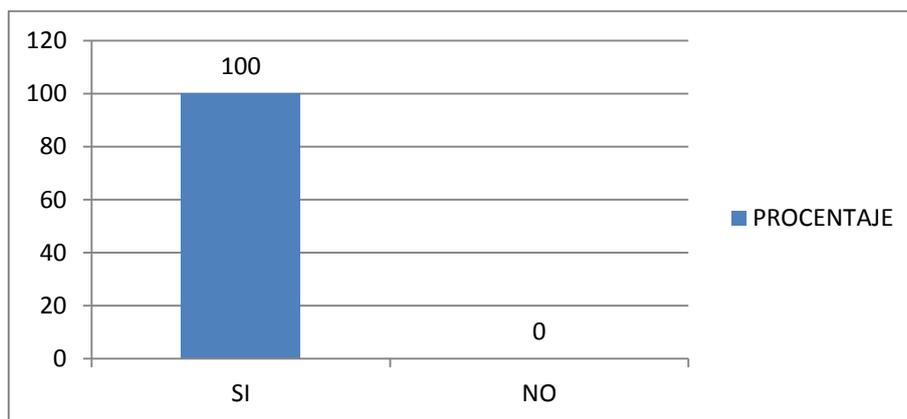
8.- ¿CON LA APLICACIÓN DE LA FISIOTERAPIA QUE CONSTA EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN TERCIARIA DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES CREE USTED QUE MEJORÓ LA CALIDAD DE VIDA?

Tabla 11. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 8

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PROCENTAJE
SI	25	10.00
NO	0	0.00
TOTAL	25	100.00

FUENTE: Cuestionario aplicado a personal médico y administrativo.
ELABORADO POR: Daniela Criollo Zurita

Gráfico 9. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 8



ANALISIS:

En el siguiente gráfico observamos que de las 25 personas encuestadas el 100% del personal que labora en esta institución opina que si cambio la calidad de vida de estos pacientes con patologías Osteoarticulares, con la aplicación de los programas de prevención terciaria.

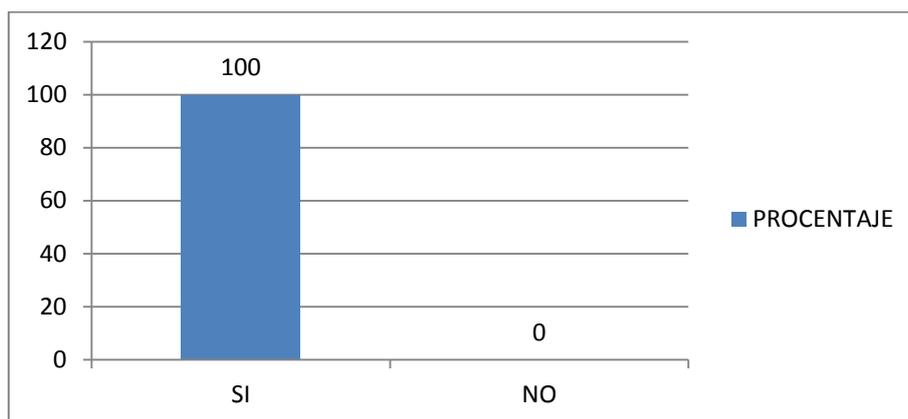
9.- ¿CON EL EJERCICIO FÍSICO REALIZADO POR LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS CREE USTED QUE MEJORÓ SU MOVILIDAD CORPORAL?

Tabla 12. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 9

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PROCENTAJE
SI	25	100.00
NO	0	0.00
TOTAL	25	100.00

FUENTE: Cuestionario aplicado a personal médico y administrativo.
ELABORADO POR: Daniela Criollo Zurita

Gráfico 10. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 9



ANALISIS:

En el siguiente gráfico observamos que de las 25 personas encuestadas, el 100% del personal que labora en esta institución está de acuerdo que los ejercicios físicos mejoraron la movilidad corporal de los pacientes geriátricos, con patologías Osteoarticulares.

10.- ¿AL PRACTICAR LOS PACIENTES GERIATRICOS GIMNASIA Y BAILOTERAPIA CREE USTED QUE LA AUTOESTIMA Y CONFIANZA MEJORÓ EN ELLOS?

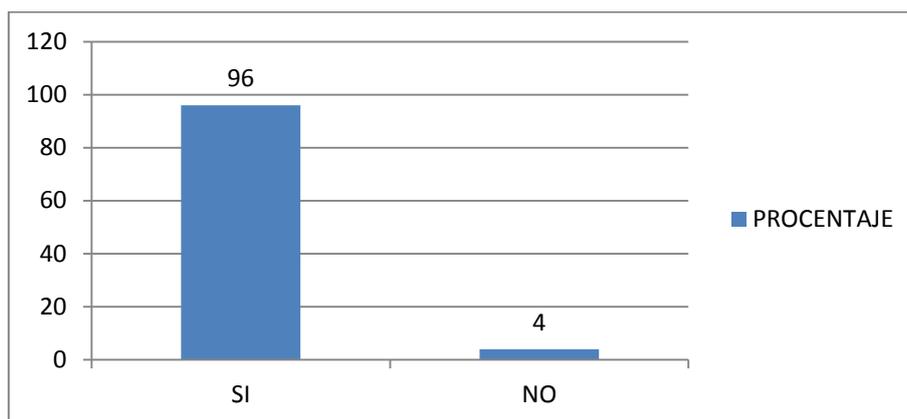
Tabla 13. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 10

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PROCENTAJE
SI	24	96.00
NO	1	4.00
TOTAL	25	100.00

FUENTE: Cuestionario aplicado a personal médico y administrativo.

ELABORADO POR: Daniela Criollo Zurita

Gráfico 11. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 10



ANALISIS:

En el siguiente gráfico observamos que de las 25 personas encuestadas, el 96% del personal que labora en esta institución opina que si mejoró la autoestima y confianza en los pacientes geriátricos de la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba y solo el 4% manifiesta que no mejoró su autoestima y confianza.

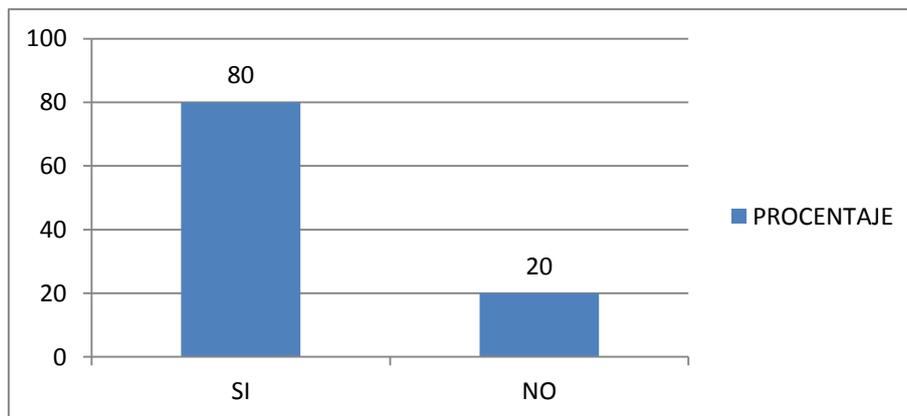
11.- ¿AL APLICAR LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN TERCIARIA EN LOS ADULTOS MAYORES SE LOGRARÁ QUE ELLOS RECOBREN SU INDEPENECIA?

Tabla 14. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 11

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PROCENTAJE
SI	20	80.00
NO	5	20.00
TOTAL	25	100.00

FUENTE: Cuestionario aplicado a personal médico y administrativo.
ELABORADO POR: Daniela Criollo Zurita

Gráfico 12. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 11



ANALISIS:

En el siguiente gráfico observamos que de las 25 personas encuestadas, el 80% del personal que labora en esta institución opinan que si recobraron su independencia los pacientes geriátricos de la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba y solo el 20% manifiesta que no recobraron su independencia.

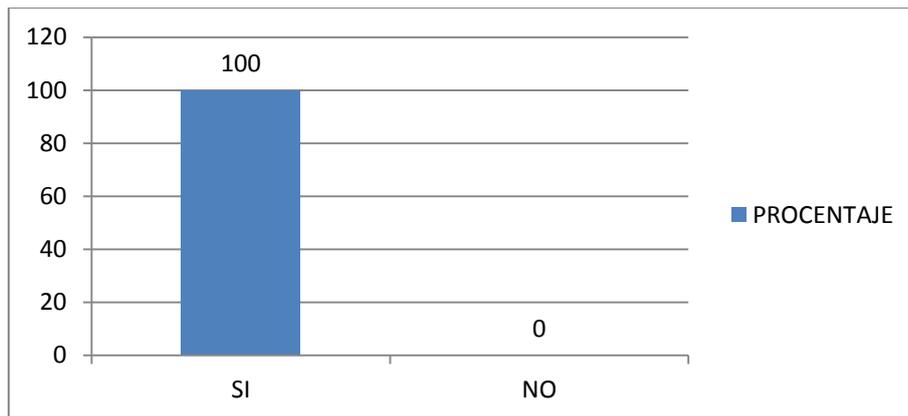
12.- ¿CREE USTED QUE EL INCREMENTO DE TERAPIAS OCUPACIONALES AYUDA A INTERACTUAR Y SOCIALIZAR ENTRE LOS PACIENTES GERIATRICOS?

Tabla 15. TABULACION DE DATOS PREGUNTA 12

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PROCENTAJE
SI	25	100.00
NO	0	0.00
TOTAL	25	100.00

FUENTE: Cuestionario aplicado a personal médico y administrativo.
ELABORADO POR: Daniela Criollo Zurita

Gráfico 13. TABULACION GRÁFICA DE DATOS PREGUNTA 12



ANALISIS:

En el siguiente gráfico observamos que de las 25 personas encuestadas, el 100% del personal que labora en la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba, está de acuerdo que con el incremento de terapias ocupacionales los pacientes geriátricos socializan e interactuar con mayor facilidad.

4.2 VALIDACION DE HIPOTESIS

Con el propósito de conocer el grado de percepción y utilidad de los contenidos de los Programas, aplicados en este Centro Gerontológico, concluimos que nuestra hipótesis es válida por lo que el desarrollo de Programas de Prevención Terciaria para patologías Crónico - degenerativas del Asilo de Ancianos de Riobamba mejorará la calidad de vida de estos pacientes.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- La distribución según grupos etarios de los adultos mayores de esta casa Hogar es de 85 a 89, de 90 a 94 y de 95 a más años de edad, predominando en sexo masculino, no se pudo determinar el nivel socioeconómico de los pacientes geriátricos, ya que estos no realizan actividades que generen ingreso económico.
- Se visualizó que los pacientes geriátricos de la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba por falta de infraestructura viven en total hacinamiento.
- Del análisis realizado a los Historiales clínicos de cada adulto mayor de la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba evidencian las siguientes patologías: Osteoarticulares, Hipertensión Arterial, Problemas Respiratorios (Neumonías), Problemas Neurológicos y Anemia.
- Se constató además una mejora en el estado de ánimo, actividad física y del grado de independencia de los pacientes geriátricos, alcanzando una mejoría en todo el proceso de comunicación y consecuentemente, la relación médico-paciente se había vuelto más cercana con mayor capacidad de empatía y confianza.
- Se percibió el interés por parte del personal médico, administrativo y pacientes geriátricos en continuar en posteriores fases del Programa y como consecuencia en optimizar los procesos referentes a su calidad de vida.

5.2. RECOMENDACIONES:

- Se debe institucionalizar la aplicación de los programas de Prevención Terciaria para patologías crónicas degenerativas en pacientes geriátricos de la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba ya que existe la predisposición del personal que labora en este lugar para mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Implementar los programas a la red de Salud Pública para que sean aplicados en todos los Centros Gerontológicos del país y así garantizar una mejor calidad de vida de estos pacientes.
- Realizar capacitaciones y actualización trimestrales al personal de Salud que labora en las Casas Hogar de Ancianos para que de una atención integral a las necesidades de los adultos mayores.
- Mejorar la infraestructura de la Casa Hogar de ancianos de Riobamba ya que viven en hacinamiento; además estos deben contar con áreas verdes accesibles, salas de Fisioterapia Física y/o ocupacional, Bailo terapia con lo que mejorará su independencia y calidad de vida.
- Que se destine un presupuesto para la aplicación de estos Programas y su desarrollo.
- Integrar grupos de adultos mayores para que sirvan como apoyo y motivación para realizar actividades físicas diversas, con lo que mejorarán su autoestima, independencia y calidad de vida.

CAPITULO VI

6.1. PROPUESTA

6.1.1. PROGRAMA DE PREVENCIÓN TERCIARIA PARA ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES (ARTROSIS)

INTRODUCCION

La artrosis o enfermedad articular degenerativa, es la más común de las enfermedades articulares. Pasa con más frecuencia en personas de edad media y ancianos, y afecta el cuello, la región lumbar, las rodillas, caderas y articulaciones de los dedos. Aproximadamente el 70% de las personas mayores de 70 años muestran pruebas radiológica de la dolencia, pero sólo la mitad de ellos desarrolla síntomas. La artrosis también puede afectar articulaciones que han sido dañadas previamente por un exceso de movimiento prolongado, infección o una enfermedad reumática ya existentes.

La rehabilitación comprende la evaluación, prevención y tratamiento de la discapacidad, con el objetivo de facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible. Su finalidad principal en la Artrosis es tratar las consecuencias de la enfermedad dolor, debilidad muscular, limitación en las actividades diarias e incluso su postración total y prevenir el deterioro funcional.

El ejercicio, como parte de un plan de tratamiento integral para la artrosis, puede mejorar la movilidad de las articulaciones, la fuerza de los músculos.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

OBJETIVO GENERAL

- Mejorar la movilidad para disminuir la incapacidad total y conservar la independencia del paciente geriátrico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Aumentar la fuerza muscular ya que proporciona soporte a la articulación y ayuda a reducir la carga, tensión que provoca el dolor articular y prevenir un daño articular.
- Mejorar la resistencia muscular y cardiopulmonar.
- Proporcionar acondicionamiento cardiovascular
- Proporcionar una actividad recreativa para mantener o recuperar la movilidad de las estructuras óseo - articulares afectadas sin causar dolor.
- Implementar el Programa de Prevención Terciaria en la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba.
- Socializar la importancia de la prevención y el control de las enfermedades Osteo - Articulares a los pacientes geriátricos.

LÍMITES

- **En el tiempo:**

El Programa se desarrollará en forma permanente con actualización anual de los mismos.

- **En espacio:**

El Programa será ejecutado en la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba.

ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA

Las Actividades fundamentales de este programa se desarrollarán en el nivel terciario de atención de salud, teniendo como acciones fundamentales mejorar la calidad de vida de los pacientes geriátricos y optimizar la atención médica.

UNIDAD EJECUTORA

- El Director de la casa Hogar de Ancianos de Riobamba será el responsable de organizar, dirigir y controlar la ejecución del programa, aportando los recursos humanos y materiales para el desarrollo del mismo.
- El Médico Geriatra y Fisioterapistas serán los responsable de organizar, dirigir y controlar la ejecución de las acciones que deben ser cumplidas a este nivel, por el personal de salud a su cargo.

EJECUCION DEL PROGRAMA

Actividad No. 1.

DIETA EQUILIBRADA Y CONTROL DE PESO

- **DIETA PARA PACIENTES GERIATRICOS CON PATOLOGÍAS OSTEOARTICULARES (ATROSIS)**

El anciano necesita 1600 – 1700 calorías día:

- 250 gr de leche
- 100gr de pan
- 10gr de mantequilla
- 25gr de mermelada o miel
- 50gr de jamón magro

- 150gr de fruta fresca Media mañana
- 150gr de patata o 35 de pasta o 50 de arroz
- 150gr de verdura
- 50gr de ensalada cruda
- 150gr de carne
- 50gr de queso fresco.
- 30gr de pan
- 20gr de aceite

Aporte lácteo Merienda.

- 100gr de carne.
- 100gr de frambuesa
- Patata
- Flan o yogurt
- 15gr de aceite
- 20gr de pan
- 2-2,5 l de H₂O/día

- **Alimentos Acidificante:**

La formación de ácido en el cuerpo puede ser excesiva por el consumo de gran cantidad de proteínas concentradas en la dieta. Estas proteínas acidificantes están contenidas en alimentos como carnes, pescados, huevos, quesos, legumbres y guisantes y frutos secos.

No deben tomarse nunca en grandes cantidades de una sola vez, al contrario repartirlos en 4 comidas al día.

- **Alimentos neutralizadores y alcalinizadores**

La Vitamina A, también conocida como retinol, es esencial en el desarrollo de huesos y cartílagos entre otros beneficios. Se encuentra en alimentos como higos, zanahorias, melones, calabazas, camotes, espinacas, mangos, leche, aceite de hígado de bacalao y mantequilla.

Los alimentos ricos en vitamina C, son muy importantes porque esta vitamina es un potente antioxidante, capaz de neutralizar los efectos

negativos de los radicales libres sobre las células del cerebro. Entre ellos están todos los cítricos como: limón, naranja, toronja, limas y otras frutas como la guayabas, la fresa, el kiwi, el melón y varias verduras como el jitomate, el brócoli y el pimiento. Cabe mencionar que muchos médicos prefieren omitir de las dietas los alimentos ricos en vitamina C, por lo que hay que consultar de forma particular.

Otro componente esencial, son **los alimentos ricos en vitamina E**, por sus propiedades antioxidantes. Los vegetales que tienen esta vitamina son las grasas de origen vegetal, como: el aceite de germen de trigo, las semillas de girasol, las avellanas, el aceite de girasol, las almendras, el cacahuete , el aceite de oliva. Otras fuentes vegetales poseen cantidades menores pero también muy importantes, entre ellos están: la manzana, los espárragos, el mango, el aguacate, la lechuga, la espinaca, el germen de trigo y otros más.

Los alimentos que contienen **ácidos grasos omega 3**, que contiene el pescado azul como la sardina, caballa, atún y otros más, ayuda a reducir la inflamación de las enfermedades de las articulaciones. Particularmente es muy eficaz en la artritis reumatoide pero es útil para todo tipo de artritis y sus consecuencias, como la artrosis.

También se deben incluir **aceites vegetales ricos en omega 3**, entre los que están: el aceite de linaza, de canola, de nuez, el aceite de soya, de germen de trigo o el de avellana.

Entre las verduras y hortalizas que se deben consumir y que contienen **calcio y ácido fólico**, están: las coles, coles de Bruselas, las lechugas, el brócoli, las acelgas, el apio, los espárragos, pepinos, perejil y otras como las zanahorias, por su riqueza en **betacarotenos**, son muy convenientes en la dieta de los artríticos.

También el consumo de **frutas, frutos secos y semillas** es muy recomendable, sobre todo si se incluyen: manzanas, plátanos, melones,

sandía, fresas, aguacates o cerezas. Es muy conveniente también para la salud de las articulaciones, el consumo de frutos secos, por su riqueza en vitaminas, especialmente la vitamina E.

Otro alimento recomendado son los **cereales integrales no refinados**, como la avena o el arroz, ya que aportan minerales, especialmente vitaminas y su riqueza en fibra evita el estreñimiento y ayuda a eliminar las impurezas del organismo. Contienen además carbohidratos que suministran energía durante mucho tiempo, lo que evita la necesidad de consumir azúcares de mayor riesgo para el organismo. El uso de cereales, especialmente combinados con las frutas, contribuye a evitar la obesidad, un factor determinante en la aparición de artrosis en las articulaciones que sostienen el organismo.

La **leche de soya**, se ha convertido en una excelente alternativa para las personas que tienen intolerancia a la lactosa.

- **CONTROLAR EL PESO**

Con una dieta citada anteriormente podemos evitar la obesidad, en cuanto que esta sobrecarga especialmente la columna lumbar y los miembros inferiores, complicando así la progresión de esta patología.

Actividad No. 2.

REGIMEN DE EJERCICIOS

Un programa de ejercicio incluye:

- **Rangos de movimientos:** para la flexibilidad de las articulaciones
- **De fortalecimiento:** ayuda a aumentar y fortalecer el tono muscular.
- **De endurecimiento:** para que sirva como soporte de la articulación.
- Actividad aeróbica de bajo impacto (también llamada ejercicios de resistencia).

Este régimen de ejercicio nos ayudará aliviar los síntomas de la artrosis, proteger las articulaciones y evitar su progresión.

Los ejercicios se realizan tres veces por semana con una duración de 20 a 30 minutos, con una intensidad de moderada a baja para estos pacientes.

- **EJERCICIOS PARA LA ARTROSIS DE CADERA**

EJERCICIO 1.

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de flexión activa de cadera en decúbito supino

NOMBRE ABREVIADO. Flexión de cadera en supino

OBJETIVO. Mantener y, si es posible mejorar, la flexión activa de la cadera. Estiramiento de los músculos extensores de cadera. Fortalecer la musculatura flexora de la cadera.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO.

Posición de partida. El paciente está en decúbito supino con la rodilla y la cadera del miembro inferior sintomático en flexión y con el pie apoyado sobre el suelo. La extremidad contralateral se sitúa extendida y apoyada en el suelo.

Ejecución. Se flexiona el muslo de la cadera afectada llevándolo hacia el pecho hasta notar sensación de tirantez ayudándose con las manos al final del recorrido, para mantener la posición de máxima flexión de cadera. Se mantiene 30 segundos y se vuelve a la posición de partida.

Repeticiones. Se realizan 3 repeticiones.

EJERCICIO 2.

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de elevación de la pelvis en supino (puente).

NOMBRE ABREVIADO. Elevación de la pelvis.

OBJETIVO. Fortalecimiento del músculo glúteo mayor. También produce un cierto grado de activación de la musculatura paravertebral.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO.

Posición de partida. El paciente se coloca en decúbito supino con ambas rodillas en flexión apoyando en el suelo la planta de los pies, ligeramente separados entre sí. Los brazos se colocan extendidos a lo largo del cuerpo y ligeramente separados del tronco con las palmas de las manos apoyadas en el suelo.

Ejecución. Realizar elevación de la pelvis extendiendo ambas caderas, con la zona lumbar en posición neutra, hasta alinear los muslos con el tronco. Se mantiene la posición durante unos 5 segundos y se desciende.

Repeticiones. Se realizarán, si se toleran, 10 repeticiones. Se recomienda intentar progresar, según tolerancia, a 2-3 series de 10 repeticiones dejando aproximadamente 1 minuto de descanso entre cada serie.

EJERCICIO 3.

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de rotación externa de cadera en supino

NOMBRE ABREVIADO. Rotación externa de cadera

OBJETIVO. Mantener y, si es posible mejorar, el grado de rotación externa activa de la cadera. Fortalecer los rotadores externos de la cadera. Estiramiento de los rotadores internos.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO.

Posición de partida. El paciente se coloca en decúbito supino con las piernas estiradas y los tobillos en posición neutra.

Ejecución. Girar la pierna, de la cadera que queremos ejercitar, hacia afuera acercando el borde externo del pie al suelo. Mantener 30 segundos y volver a la posición inicial.

Repeticiones. Se realizan 3 repeticiones.

EJERCICIO 4.

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de rotación interna de cadera en supino

NOMBRE ABREVIADO. Rotación interna de cadera.

OBJETIVO. Mantener y, si es posible mejorar, el grado de rotación interna activa de la cadera. Fortalecer los rotadores internos de la cadera. Estiramiento de los rotadores externos.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO.

Posición de partida. El paciente se coloca en decúbito supino con las piernas estiradas y los tobillos en posición neutra.

Ejecución. Girar la pierna, de la cadera que queremos ejercitar, hacia dentro acercando el borde interno del pie al suelo. Mantener 30 segundos y volver a la posición inicial.

Repeticiones. Se realizan 3 repeticiones.

EJERCICIO 5.

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de fortalecimiento del glúteo medio en cadena cinética abierta en decúbito lateral

NOMBRE ABREVIADO. Glúteo medio decúbito lateral

OBJETIVO. Fortalecimiento del músculo glúteo medio.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO

Posición de partida. El paciente está en decúbito lateral sobre la extremidad sana, cuya rodilla está algo flexionada para estabilizarse. El hombro y la cadera del lado afectado deben estar alineados. La extremidad inferior del lado con el que se va realizar el ejercicio tiene la rodilla extendida y se alinea con el plano del tronco.

Ejecución. El paciente abduce la cadera del lado con el que se va realizar el ejercicio alrededor de 25°-30°, con una ligera rotación externa, que anule el componente de rotación interna del tensor de la fascia lata.

Repeticiones. Se comenzará con 1 serie de 10 repeticiones (si el paciente lo tolera). Se recomienda intentar progresar, según tolerancia, a 2-3 series de 10 repeticiones dejando aproximadamente 1 minuto de descanso entre cada serie.

COMENTARIO. El paciente puede realizar el ejercicio en decúbito lateral apoyando la espalda sobre una pared para estabilizar la pelvis y facilitar la contracción del glúteo medio.

EJERCICIO 6.

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de elevación de la pierna en extensión en prono.

NOMBRE ABREVIADO. Elevación de la pierna en extensión en prono.

OBJETIVO. Fortalecimiento del músculo glúteo mayor. Aumentar, y si es posible mejorar, la extensión activa de la cadera. Estiramiento de los flexores de la cadera.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO.

Posición de partida. El paciente está en decúbito prono con las rodillas estiradas.

Ejecución. El paciente eleva la pierna, de la cadera con la va a realizar el ejercicio, lo máximo posible. Se mantiene 5 segundos la elevación y se vuelve a la posición inicial.

Repeticiones. Se comenzará con 1 serie de 10 repeticiones (si el paciente lo tolera). Se recomienda intentar progresar, según tolerancia, a 2-3 series de 10 repeticiones dejando aproximadamente 1 minuto de descanso entre cada serie.

EJERCICIO 7.

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de extensión de rodilla tumbado (cadera 90°).

NOMBRE ABREVIADO. Extensión de rodilla tumbada (cadera 90°).

OBJETIVO. Estiramiento de la musculatura isquiotibial.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO

Posición de partida. El paciente se coloca en decúbito supino con la espalda apoyada en el suelo. Mantiene una pierna con la cadera flexionada lo máximo posible (más de 90°) y la rodilla en flexión de 90°. La otra pierna queda extendida y apoyada a lo

largo del suelo. Se puede mantener el muslo elevado en esta posición sujetándolo con ambas manos para facilitar el ejercicio.

Ejecución. Se extiende la rodilla lo máximo posible. Se mantiene esta posición 5 segundos. Se progresa aumentando el tiempo de 5 en 5 segundos hasta llegar como máximo a 15 segundos. Se debe respetar la regla de no provocar dolor y se progresará sin producir fatiga 5 segundos, y se vuelve a la posición inicial.

Repeticiones. Gradualmente se incrementan de 5 en 5 las repeticiones hasta llegar a completar 4 series de 5 repeticiones.

EJERCICIO 8.

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de estiramiento de cuádriceps y flexores de cadera decúbito lateral.

NOMBRE ABREVIADO. Estiramiento de cuádriceps y flexores de cadera.

OBJETIVO. Estiramiento de músculos flexores de cadera y recto anterior de muslo. Mantener y, si es posible mejorar, la extensión activa de la cadera. Fortalecer los músculos extensores de la cadera.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO.

Posición de partida. El paciente está en decúbito lateral sobre la extremidad sana, cuya rodilla está algo flexionada para estabilizarse. El hombro y la cadera del lado con el que se va a realizar el ejercicio deben estar alineados y la extremidad inferior de ese lado en el plano del tronco.

Ejecución. El paciente flexiona algo más de 90° la rodilla del lado con el que se va a realizar el ejercicio y extiende a la vez la cadera. Mantiene esta posición 30 segundos y vuelve la posición inicial.

Repeticiones. Se realizan 3 repeticiones.

EJERCICIO 9.

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de flexión de cadera en sedestación

NOMBRE ABREVIADO. Flexión de cadera sentado.

OBJETIVO. Mantener y, si es posible, mejorar la flexión activa de la cadera. Estiramiento de los músculos extensores de cadera. Fortalecer la musculatura flexora de la cadera.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO.

Posición de partida. Paciente en sedestación en una silla con cadera y rodillas flexionadas 90°

Ejecución. Flexionar la cadera del lado con el que se va a realizar el ejercicio ayudándose con las manos para llevar la rodilla en dirección al hombro del lado contrario. Mantener 30 segundos, relajar el movimiento y entonces repetir de nuevo el gesto intentando llegar un poco más allá.

Repeticiones. Se realizan 3 repeticiones.

COMENTARIO: Existe la opción alternativa de ejecución del ejercicio con el paciente en decúbito supino. Flexionar la cadera del lado que se va a realizar el ejercicio ayudándose con las manos para llevar la rodilla en dirección al hombro del lado contrario, manteniendo la rodilla y cadera de la pierna no afectada en extensión.

EJERCICIO 10.

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de abducción de caderas en sedestación.

NOMBRE ABREVIADO. Abducción caderas sentado.

OBJETIVO. Mantener y, si es posible, mejorar la abducción activa de la cadera. Estiramiento de los músculos aductores de cadera. Fortalecer la musculatura abductora de la cadera.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO.

Posición de partida. Paciente en sedestación en una silla con cadera y rodillas flexionadas 90°.

Ejecución. Separar las piernas lo más posible abriendo ambas caderas. Mantener 30 segundos, relajar el movimiento y entonces repetir de nuevo el movimiento intentando llegar un poco más allá.

Repeticiones. Se realizan 3 repeticiones.

COMENTARIO. Existe la opción alternativa de ejecución del ejercicio con el paciente en decúbito supino con las rodillas y caderas flexionadas y los pies apoyados en el suelo, separar las piernas abriendo lo más posible ambas caderas.

EJERCICIO 11.

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de estiramiento de rotadores internos en sedestación.

NOMBRE ABREVIADO. Estiramiento de rotadores internos en sedestación

OBJETIVO. Estiramiento de los rotadores internos de la cadera. Mantener y, si es posible mejorar, el grado de rotación externa activa de la cadera. Fortalecer los rotadores externos de la cadera.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO.

Posición de partida. Paciente sentado en una silla con caderas y rodillas flexionadas a 90°.

Ejecución. Flexionando la cadera lesionada rotarla externamente intentando colocar el pie encima del muslo contralateral. Mantener 30 segundos, relajar algo el movimiento y repetir de nuevo intentando llegar un poco más allá.

Repeticiones. Se realizan 3 repeticiones.

EJERCICIO 12.

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de estiramiento de rotadores externos de cadera en sedestación.

NOMBRE ABREVIADO. Estiramiento rotadores externos de cadera sentado

OBJETIVO. Estiramiento de los rotadores externos de la cadera. Mantener y, si es posible mejorar, el grado de rotación interna activa de la cadera. Fortalecer los rotadores internos de la cadera.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO.

Posición de partida. Paciente sentado en una silla con caderas y rodillas flexionadas a 90°.

Ejecución. Cruzar la pierna de la cadera lesionada por encima del muslo contralateral. Mantener 30 segundos, relajar algo el movimiento y repetir de nuevo intentando llegar un poco más allá.

Repeticiones. Se realizan 3 repeticiones.

EJERCICIO 13.

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de estiramiento de rotadores internos/externos de cadera en bipedestación.

NOMBRE ABREVIADO. Estiramientos rotadores internos/externos de pie.

OBJETIVO. Estiramiento de los rotadores internos y externos de la cadera. Mantener y, si es posible, mejorar, el grado de rotación interna y externa activa de la cadera. Fortalecer los rotadores internos y externos de la cadera.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO.

Posición de partida. Paciente en bipedestación con los pies alineados y rectos mirando al frente.

Ejecución. Girar el tronco hacia un lado. Mantener 30 segundos, relajar algo el movimiento y repetir de nuevo intentando llegar algo más allá. Repetir hacia el otro lado.

Repeticiones. Se realizan 3 repeticiones.

COMENTARIO: Este ejercicio se puede realizar también sin precisar el apoyo de la silla para equilibrarse.

EJERCICIO 14.

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de estiramiento de flexores de cadera en bipedestación.

NOMBRE ABREVIADO. Estiramiento de flexores de cadera de pie

OBJETIVO. Estiramiento de los músculos flexores de cadera. Mantener y, si es posible mejorar la extensión activa de la cadera. Fortalecer la musculatura extensora de la cadera.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO.

Posición de partida. El paciente se coloca en bipedestación. El pie de la extremidad con la que se va a realizar el ejercicio debe quedar ligeramente desplazado hacia atrás respecto al contralateral, unos 30 cm, con la rodilla completamente extendida. Ambos pies estarán en línea uno con otro, con el dedo gordo del pie con el que se va a realizar el ejercicio señalando hacia el talón del pie contrario colocado delante.

Ejecución. Se flexionan ligeramente la cadera y la rodilla de la pierna colocada delante, cargando el peso del cuerpo sobre ella, mientras se mantiene extendida la rodilla de la extremidad con la que se va a realizar el ejercicio, colocada detrás, intentando que todo el pie quede apoyado en el suelo, sin despegar el talón, y sintiendo tirantez en la parte posterior de la rodilla y en la pantorrilla, en el tendón de Aquiles y, más ligeramente, en la planta del pie. Se mantiene la posición durante unos 10-30 segundos.

Repeticiones. Se realizan 5 repeticiones.

- **EJERCICIOS PARA ARTROSIS DE RODILLA**
PROGRAMA BÁSICO I
EJERCICIO 1.

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio isométrico de cuádriceps con rodilla en ligera flexión y cadera a 90° de flexión.

NOMBRE ABREVIADO. Isométrico de cuádriceps en extensión.

OBJETIVO. Fortalecimiento de los músculos cuádriceps.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO

Posición de partida. El paciente está sentado sobre el suelo con la espalda apoyada en la pared, la cadera en 90° de flexión, ambas rodillas extendidas, los dedos de los pies dirigidos hacia arriba y con una toalla enrollada colocada debajo de la rodilla para mantenerla en un ligero grado de flexión (30°).

Ejecución. Se empuja con la parte posterior de la rodilla hacia el suelo procurando aplastar la toalla contrayendo el cuádriceps. Esta posición se mantiene durante 5 Segundos

Repeticiones. Se completarán 3 series de 10 repeticiones, que se repetirán dos veces al día.

EJERCICIO 2.

NOMBRE COMPLETO: Ejercicio de elevación de la pierna en extensión.

NOMBRE ABREVIADO: Elevación de pierna en extensión.

OBJETIVO: Fortalecimiento de músculo cuádriceps.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO

Posición de partida: El paciente está acostado en decúbito supino, la cadera y la rodilla en extensión. Los dedos de los pies dirigidos hacia arriba. La pierna contralateral permanece en flexión de cadera, flexión de rodilla y con la planta del pie apoyada sobre el suelo.

Ejecución: La rodilla contralateral se mantiene doblada y la rodilla que realiza el ejercicio se eleva recta. Se mantiene la elevación 5 segundos y luego lentamente se lleva al suelo.

Repeticiones: Se realiza 3 tandas de 10 repeticiones (dos veces al día).

EJERCICIO 3.

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de extensión de rodilla en sedestación desde una flexión 90°.

NOMBRE ABREVIADO. Extensión de rodilla desde 90°.

OBJETIVO. Fortalecimiento de cuádriceps.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO

Posición de partida. El paciente está sentado con la parte posterior del tronco apoyado sobre una silla con respaldo y las plantas de los pies apoyados en el suelo. Los muslos deben estar bien apoyados en la silla y las caderas permanecerán en 90° de flexión

Ejecución. La rodilla se extiende por completo manteniendo el tobillo en posición neutra. Hay que evitar cualquier movimiento de la cadera. Se pueden colocar las manos sobre los muslos para comprobar la contracción de los músculos cuádriceps y estabilizar la cadera. La posición se mantiene 5 segundos y luego lentamente se vuelve a la posición inicial de apoyo del pie en el suelo.

Repeticiones: Se realiza 3 tandas de 10 repeticiones (dos veces al día).

PROGRAMA BÁSICO II

El programa incluye una serie de ejercicios de recorrido articular y otros de resistencia muscular de rodilla.

EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y DE RECORRIDO ARTICULAR

EJERCICIO 1.

NOMBRE COMPLETO. Estiramiento de cápsula articular en descarga.

NOMBRE ABREVIADO. Estiramiento cápsula articular de rodilla.

OBJETIVO. Flexibilización con estiramiento de cápsula articular de rodilla en sedestación y descarga.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO

Posición de partida: Paciente situado en sedestación (en una mesa, silla o cama suficientemente alto como para que las piernas cuelguen sin contactar con el suelo) con rodilla en ángulo recto de 90° y con un peso de 1 a 2 kilos colocado en el tobillo, según progresión y tolerancia.

Ejecución: Mantener la posición durante 5 a 15 minutos. Repetir el ejercicio con la otra pierna.

Repeticiones: 1 serie de 1 repetición.

Comentario: progresando según tolerancia de 5 hasta 10 minutos en una sola repetición.

EJERCICIO 2.

NOMBRE COMPLETO: Extensión de últimos grados de rodilla en sedestación con apoyo de pie en otra silla.

NOMBRE ABREVIADO: Extensión de rodilla en sedestación.

OBJETIVO: Aumento de recorrido articular de rodilla.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO

Posición de partida: El paciente está sentado en una silla con la cadera en flexión de 90° y con el pie apoyado en un taburete u otra silla frente a él, de manera que la rodilla esté algo más elevada que la cadera, manteniendo una flexión de 30° de rodilla y evitando girar la pierna, colocar el pie con los dedos hacia arriba. La pierna contralateral permanece en flexión de cadera y de rodilla.

Ejecución: La pierna que realiza el ejercicio empuja suavemente la rodilla hacia el suelo alcanzando su extensión completa (desde flexión de 30°) ayudada con el apoyo del talón en una silla o taburete enfrente y con la participación de la contracción del cuádriceps.

Se mantiene la posición final durante 5 a 10 segundos, luego se descansa un minuto.

Repeticiones: 1 serie de 10 repeticiones.

Comentario: se progresa en el número de repeticiones hasta alcanzar 3 series de 10 repeticiones.

EJERCICIO 3 (alternativo):

NOMBRE COMPLETO: Extensión de rodilla en sedestación en el suelo con apoyo del tendón de Aquiles sobre toalla enrollada.

NOMBRE ABREVIADO: Extensión de rodilla en sedestación en suelo.

OBJETIVO: Aumento de recorrido articular de rodilla.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO

Posición de partida: El paciente está en sedestación en el suelo o en colchoneta, la cadera en 90° de flexión y la rodilla en 30° de flexión. La región del tendón de Aquiles (en el tobillo) apoyado en una pequeña toalla enrollada. Los dedos de los pies dirigidos hacia arriba. La pierna contra lateral permanece en flexión de cadera y con la rodilla en extensión.

Ejecución: Intentar forzar la extensión de la rodilla aproximando la cara posterior de la rodilla hacia el suelo, manteniendo el apoyo del tendón de Aquiles sobre la toalla enrollada, con la participación de la contracción del cuádriceps. Se mantiene la posición durante 5 a 10 segundos, luego se descansa un minuto.

Repeticiones: 1 serie de 10 repeticiones.

Comentario: se progresa en el número de repeticiones hasta alcanzar 3 series de 10 repeticiones.

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR

EJERCICIO 4.

NOMBRE COMPLETO: Ejercicio de elevación de la pierna recta en extensión trazando una “T”.

NOMBRE ABREVIADO: Elevación de pierna en extensión trazando una “T”.

OBJETIVO: Fortalecimiento de cuádriceps.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO

Posición de partida: El paciente se coloca tumbado sobre el suelo o colchoneta. Los miembros inferiores hacia delante con las rodillas extendidas y con los dedos de los pies dirigidos hacia arriba. Los brazos a lo largo del cuerpo y las manos apoyadas en el suelo.

Ejecución: La pierna que realiza el ejercicio se eleva con el talón a 30 cm del suelo, traza una “T” en el aire 3 veces.

Repeticiones: 1 serie de 3 repeticiones.

Comentario: se progresa en el número de repeticiones hasta alcanzar 5 series de 3 repeticiones.

EJERCICIO 5.

NOMBRE COMPLETO: Ejercicio de sentadilla con la espalda apoyada en la pared.

NOMBRE ABREVIADO: Sentadilla con apoyo posterior.

OBJETIVO: Fortalecimiento de músculo cuádriceps.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO

Posición de partida: Bipedestación con espalda apoyada en la pared, los brazos a lo largo del cuerpo con palmas de las manos apoyadas en la pared. Los pies separados unos 20 cm de la pared, 15 a 20 cm entre sí y las piernas paralelas.

Ejecución: Con la espalda apoyada contra la pared deslizarse suavemente hasta flexionar las rodillas a 30°. Mantener la posición entre 5 a 10 segundos, volver a la posición de partida. Descansar 10 segundos

Repeticiones: 1 serie de 10 repeticiones.

Comentario: se progresa en el número de repeticiones hasta alcanzar 5 series de 10 repeticiones.

EJERCICIO 6 (Alternativa).

NOMBRE COMPLETO: Ejercicio de fortalecimiento de cuádriceps con extensión resistida de rodilla, en sedestación y banda en .el pie.

NOMBRE ABREVIADO: Extensión de rodilla sedestación banda en el pie.

OBJETIVO: Fortalecimiento de músculo cuádriceps.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO

Posición de partida: sentado en una silla alta. Caderas y rodillas dobladas a 90° con la espalda apoyada sobre el respaldo de la silla. Colocar un cinturón o una toalla alrededor de la parte anterior del pie sujetando cada extremo con cada mano, con los

codos flexionados y los brazos pegados al cuerpo y doblando la rodilla hasta alcanzar 30°.

Ejecución: Desde la posición de 30° de flexión de rodilla, estirla contra la resistencia que le ofrezca la toalla, todo lo que pueda tolerar, durante 10 a 15 segundos.

Repeticiones: 1 serie de 10 repeticiones.

Comentario: se progresa en el número de repeticiones hasta alcanzar 5 series de 10 repeticiones.

EJERCICIOS PARA ARTROSIS DE MANO

EJERCICIOS DE MOVILIDAD

EJERCICIO 1

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de movilización global, articular y de los músculos flexores y extensores de la mano, haciendo un “puño”.

NOMBRE ABREVIADO. Hacer un puño.

OBJETIVO. Mantener la movilidad de las articulaciones metacarpo falángicas e interfalángicas proximales y distales de los dedos de las manos y de los músculos flexores y extensores comunes de los dedos.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO

Posición de partida. El paciente está sentado frente a una mesa con la parte distal de la cara palmar de los antebrazos y las palmas de ambas manos apoyadas sobre su tablero. Tiene los codos flexionados unos 90°, las muñecas en posición neutra y los dedos separados.

Ejecución. Se cierran y se abren ambas manos movilizandolos dedos hasta el máximo rango de movimiento activo posible sin dolor, sin incluir el pulgar dentro de los restantes dedos. La velocidad irá en progresión creciente desde el inicio al final del ejercicio.

Repeticiones. Se realizan 3 series de 7 a 10 repeticiones con cada mano.

Alternativa. Si este ejercicio no se puede realizar porque haya ligera limitación de movilidad se puede sustituir por el ejercicio 2 (enrollar una venda). Si limitación de movilidad es muy marcada se sustituye por el ejercicio 3 (enrollar una toalla).

EJERCICIO 2

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de movilización global de los músculos flexores de los dedos de las manos, con oposición del pulgar, enrollando una venda.

NOMBRE ABREVIADO. Enrollar una venda.

OBJETIVO. Mantener los rangos intermedios de movilidad de las articulaciones metacarpo falángicas e interfalángicas proximales y distales de los dedos trifalángicos y de las articulaciones de los primeros dedos, incluyendo la oposición, así como movilizar los músculos extensores y flexores de los dedos.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO

Posición de partida. El paciente está sentado frente a una mesa con las zonas cubitales de la parte distal de la cara palmar de ambos antebrazos apoyadas sobre su tablero. Tiene los codos flexionados unos 90° y las muñecas en posición neutra. Con la parte final de todos los dedos, con las manos ligeramente abiertas, sostiene el extremo de una venda desenrollada.

Ejecución. Enrolla la venda utilizando todos los dedos de ambas manos con movimientos suaves y continuos sin hiperextender el pulgar. Cuando termine desenrolla la venda de manera análoga.

Repeticiones. En función de la longitud de la venda el ejercicio variará su duración. Para una venda de tamaño mediano realizará cinco repeticiones.

COMENTARIO

Alternativa este ejercicio se realiza si no se puede realizar el ejercicio 1 (hacer un puño) porque exista ligera limitación de movilidad. Si la limitación de movilidad es muy marcada se hará en su lugar el ejercicio 3 (enrollar una toalla)

EJERCICIO 3

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de movilización global de los músculos flexores de los dedos de las manos, con oposición del pulgar, enrollando una toalla.

NOMBRE ABREVIADO. Enrollar una toalla.

OBJETIVO. Mantener los rangos intermedios de movilidad de las articulaciones metacarpo falángicas e interfalángicas proximales y distales de los dedos trifalángicos y de las articulaciones de los primeros dedos, incluyendo la oposición, así como movilizar los músculos extensores y flexores de los dedos y, más ligeramente, los dorsiflexores de las muñecas.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO

Posición de partida. El paciente está sentado frente a una mesa con las zonas cubitales de la parte distal de la cara palmar de ambos antebrazos apoyadas sobre su tablero. Tiene los codos flexionados unos 90° y las muñecas en posición neutra. Con

la parte final de todos los dedos, con las manos ligeramente abiertas, sostiene el extremo de una toalla extendida.

Ejecución. Enrolla la toalla utilizando todos los dedos de ambas manos con movimientos suaves y continuos sin hiperextender el pulgar. Cuando termina desenrolla la toalla de manera análoga.

Repeticiones. En función del grosor y la longitud de la toalla el ejercicio variará de duración. Para una toalla de manos de tamaño mediano realizará cinco repeticiones.

COMENTARIO

Alternativa. Este ejercicio se realiza si no es posible realizar ni el ejercicio 1 (hacer un puño) ni el ejercicio 2 (enrollar una venda) porque exista una marcada limitación de movilidad.

EJERCICIO 4

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de oposición del pulgar

NOMBRE ABREVIADO. Oposición del pulgar.

OBJETIVO. Mantener la movilidad de las articulaciones trapecio metacarpiana, metacarpo falángicas e interfalángicas del primer dedo y de su musculatura flexora y extensora.

DESCRIPCION DEL EJERCICIO

Posición de partida. El paciente está sentado frente a una mesa con el codo de la mano con la que se va a realizar el ejercicio flexionado algo más de 90° y apoyado en la mesa. La muñeca está en posición neutra, los dedos segundo al quinto extendidos y el primer dedo extendido y en aducción.

Ejecución. Llevar el pulpejo del primer dedo a la base del quinto y volver a la posición de partida evitando la hiperextensión de la articulación interfalángicas.

Repeticiones. Se realizan 3 series de 7 a 10 repeticiones con cada mano.

COMENTARIO

También puede hacerse con el borde cubital del antebrazo apoyado encima de la mesa.

EJERCICIO 5

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de movilización individual de los músculos extensores de cada dedo.

NOMBRE ABREVIADO. Extensión individual de cada dedo.

OBJETIVO. Movilizar los músculos extensores y las articulaciones metacarpo falángicas de cada dedo.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO

Posición de partida. El paciente está sentado frente a una mesa con la parte distal de la cara palmar de los antebrazos, las palmas de ambas manos y la cara palmar de los dedos apoyados completamente sobre su tablero. Tiene los codos flexionados unos 90°, las muñecas en posición neutra y los dedos separados.

Ejecución. Se aleja de la mesa cada uno de los dedos por separado, sucesivamente, extendiendo la articulación metacarpo falángicas correspondiente sin mover los restantes dedos.

Repeticiones. Se realizarán dos series de 10 repeticiones con cada dedo.

EJERCICIO 6

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de movilización de las articulaciones metacarpo falángicas de los cuatro últimos dedos.

NOMBRE ABREVIADO. Flexión y extensión de metacarpo falángicas de los cuatro últimos dedos.

OBJETIVO

Mantener la movilidad de las articulaciones metacarpo falángicas de los cuatro últimos dedos facilitando el deslizamiento de los endones de la musculatura extrínseca e intrínseca de las manos.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO

Posición de partida. El paciente está sentado al lado de una mesa manteniendo apoyada la cara palmar del antebrazo a lo largo del borde del tablero, que queda junto a la parte lateral del tronco. La palma de la mano está apoyada en la esquina del tablero, con la muñeca en posición neutra, y los cuatro últimos dedos permanecen extendidos y juntos. El pulgar se mantiene en abducción apoyado sobre la mesa. Quedan “al aire” los cuatro últimos dedos a la altura de las articulaciones metacarpo falángicas.

Ejecución. El paciente flexiona las articulaciones metacarpo falángicas de los cuatro últimos dedos (manteniendo las restantes extendidas) sobre el borde de la mesa flexionando con fuerza en los grados finales de movimiento. A continuación extiende de nuevo las articulaciones flexionadas sin despegar la palma de la mano de la mesa.

Repeticiones. Realiza dos series de 10 repeticiones.

COMENTARIO

Este ejercicio se realizará si el ejercicio de hacer un puño es insuficiente para movilizar adecuadamente las articulaciones metacarpo falángicas de los cuatro últimos dedos.

EJERCICIO 7

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de movilización de las articulaciones interfalángicas proximales de los cuatro últimos dedos.

NOMBRE ABREVIADO. Flexión y extensión de interfalángicas proximales de los cuatro últimos dedos.

OBJETIVO. Mantener la movilidad de las articulaciones interfalángicas proximales de los cuatro últimos dedos facilitando el deslizamiento de los tendones de la musculatura extrínseca e intrínseca de las manos.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO

Posición de partida. El paciente está sentado al lado de una mesa manteniendo apoyada la cara palmar del antebrazo a lo largo del borde del tablero, que queda junto a la parte lateral del tronco. La palma de la mano está apoyada en la esquina del tablero, con la muñeca en posición neutra, y los cuatro últimos dedos permanecen extendidos y juntos. El pulgar se mantiene en abducción apoyando sobre la mesa. queda “al aire” los cuatro últimos dedos a la altura de la articulación interfalángicas proximales.

Ejecución. El paciente flexiona las articulaciones interfalángicas proximales de los cuatro últimos dedos (manteniendo las restantes extendidas) sobre el borde de la mesa flexionando con fuerza en los grados finales de movimiento. A continuación extiende de nuevo las articulaciones flexionadas sin despegar la palma de la mano de la mesa.

Repeticiones. Realiza dos series de 10 repeticiones.

COMENTARIO

Este ejercicio se realizará si el ejercicio de hacer un puño es insuficiente para movilizar adecuadamente las articulaciones interfalángicas proximales de los cuatro últimos dedos.

EJERCICIO 8

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de movilización de las articulaciones interfalángicas distales de los cuatro últimos dedos.

NOMBRE ABREVIADO. Flexión y extensión de interfalángicas distales de los cuatro últimos dedos.

OBJETIVO. Mantener la movilidad de las articulaciones interfalángicas distales de los cuatro últimos dedos facilitando el deslizamiento de los tendones de la musculatura extrínseca e intrínseca de las manos.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO

Posición de partida. El paciente está sentado al lado de una mesa manteniendo apoyada la cara palmar del antebrazo a lo largo del borde del tablero, que queda junto a la parte lateral del tronco. La palma de la mano está apoyada en la esquina del tablero, con la muñeca en posición neutra, y los cuatro últimos dedos permanecen extendidos y juntos. El pulgar se mantiene en abducción apoyado sobre la mesa. Quedan “al aire” los cuatro últimos dedos a la altura de las articulaciones interfalángicas distales.

Ejecución. El paciente flexiona las articulaciones interfalángicas distales de los cuatro últimos dedos (manteniendo las restantes extendidas) sobre el borde de la mesa flexionando con fuerza en los grados finales de movimiento. A continuación extiende de nuevo las articulaciones flexionadas sin despegar la palma de la mano de la mesa.

Repeticiones. Realiza dos series de 10 repeticiones.

COMENTARIO

Este ejercicio se realizará si el ejercicio de hacer puño es insuficiente para movilizar adecuadamente las articulaciones interfalángicas distales de los cuatro últimos dedos.

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO

EJERCICIO 9

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de fortalecimiento de los músculos lumbricales e interóseos.

NOMBRE ABREVIADO. Sujetar un papel entre los dedos.

OBJETIVO. Fortalecer la musculatura lumbrical e interósea de la mano y estabilizar las estructuras de las articulaciones metacarpo falángicas.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO

Posición de partida. El paciente está sentado frente a una mesa con el codo de la mano con la que se va a realizar el ejercicio flexionado unos 90° y con la cara palmar del antebrazo (que queda paralelo al borde del tablero de la mesa) apoyada en la mesa. La palma de la mano está también apoyada en la mesa y los dedos en aducción. El antebrazo contralateral queda perpendicular al borde del tablero de la mesa y con los dedos primero y segundo sostiene un trozo de papel doblado que queda colocado entre la parte cubital y radial de los dos dedos de la otra mano y que llega hasta la raíz de los dedos (comisura interdigital).

Ejecución. Intenta sujetar el papel con los dos dedos entre los que está colocado mientras con la otra mano intenta desplazarlo horizontalmente (“quitarlo de su sitio”).

Repeticiones. Realiza dos series de 5 repeticiones con cada espacio interdigital de cada dedo de cada mano.

COMENTARIO

En lugar del papel se puede utilizar un trozo de tela o de goma-espuma.

EJERCICIO 10

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de fortalecimiento de los músculos que realizan la desviación radial de la muñeca y dedos con plastilina.

NOMBRE ABREVIADO. Desviación radial resistida con plastilina.

OBJETIVO. Fortalecer los músculos responsables de la desviación radial de la muñeca y de la mano así como las estructuras articulares que proporcionan estabilidad a la articulación.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO

Posición de partida. El paciente está sentado frente a una mesa con la parte distal de la cara palmar del antebrazo y la palma de la mano que va a realizar el ejercicio colocada sobre ella. Apoya los cuatro últimos dedos, desde la zona correspondiente a las cabezas metacarpianas, sobre un trozo de forma rectangular de plastilina dispuesto sobre la mesa. La muñeca queda en posición neutra y los dedos permanecen con las articulaciones interfalángicas proximales y distales en extensión y muy ligeramente separados entre sí. Ambos codos están flexionados unos 90° y la mano contralateral permanece apoyada sobre la mesa en reposo.

Ejecución. Se realiza una desviación radial de la muñeca y de los dedos, contra la resistencia de la plastilina, recuperando posteriormente la posición neutra de partida, evitando la desviación cubital de la muñeca y de los dedos.

Repeticiones. Se realizan tres series de 10 repeticiones con cada mano.

COMENTARIO

Este ejercicio se puede hacer simultáneamente con ambas manos. En una sala de terapia de mano se pueden utilizar diferentes tipos de masillas terapéuticas para entrenar al paciente contra resistencias progresivas.

Alternativa. Si el paciente tiene suficiente fuerza se puede sustituir por el ejercicio 12 (ejercicio de fortalecimiento de los músculos que realizan la desviación radial de la muñeca y dedos con banda elástica) aunque requiere hacerlo primero con una mano y luego con la otra.

EJERCICIO 11

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de fortalecimiento para los músculos abductores y aductores de los dedos.

NOMBRE ABREVIADO. Abducción y aducción de dedos resistida con plastilina.

OBJETIVO. Fortalecimiento de la musculatura separadora y aproximadora de los dedos.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO

Posición de partida. El paciente está sentado frente a una mesa con la parte distal de la cara palmar del antebrazo y la palma de la mano que va a realizar el ejercicio colocado sobre ella. Apoya los cuatro últimos dedos, desde la zona correspondiente a las cabezas metacarpianas, sobre un trozo de forma rectangular de plastilina dispuesto sobre la mesa. La muñeca queda en posición neutra y los dedos permanecen con las articulaciones interfalángicas proximales y distal en extensión y muy ligeramente separados entre sí. Ambos codos están flexionados unos 90° y la mano contralateral permanecerá apoyada sobre la mesa en reposo.

Ejecución. Se intenta separar y juntar los dedos, sin mover la muñeca, venciendo la resistencia de la plastilina.

Repeticiones. Se realizan tres series de 10 repeticiones con cada mano.

COMENTARIO

Este ejercicio se puede hacer simultáneamente con ambas manos. En una sala de terapia de mano se pueden utilizar diferentes tipos de masillas terapéuticas para entrenar al paciente contra resistencias progresivas.

EJERCICIO 12

NOMBRE COMPLETO. Ejercicio de fortalecimiento de los músculos que realizan la desviación radial de la muñeca y dedos con banda elástica.

NOMBRE ABREVIADO. Desviación radial resistida con banda elástica.

OBJETIVO. Fortalecer los músculos responsables de la desviación radial de la muñeca y de los dedos de la mano.

DESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO

Posición de partida. El paciente está sentado frente a una mesa con los antebrazos colocados perpendicularmente al borde del tablero y con su parte distal apoyado sobre ella con las muñecas en posición neutra. La parte distal de la cara dorsal del antebrazo y el dorso de la mano que va a realizar el ejercicio están apoyados en posición de supinación, con los cuatro últimos dedos extendidos y juntos y el primer dedo en ligera abducción. El antebrazo contralateral está en pronación con la parte distal de la cara palmar del antebrazo y la mano, cerrada y sujetando los extremos de una banda elástica, apoyados también sobre la mesa. La banda elástica rodea el borde radial del segundo dedo de la extremidad que va a efectuar el ejercicio y se mantiene en ligera tensión con la otra mano.

Ejecución. Se efectúa una desviación radial de la muñeca contra la resistencia de la banda elástica sujeta con la mano contralateral con las articulaciones metacarpo falángicas e interfalángicas de los dedos en extensión.

Repeticiones. Se realizan tres series de 10 repeticiones con cada mano.

COMENTARIO

Se puede progresar cambiando la banda elástica. En ese caso de que el paciente tenga dificultad para sujetar adecuadamente la banda elástica a dolor al cerrar la mano se pueden rodear los extremos de la banda con un poco de gomaespuma.

Alternativa. Si el paciente no tiene suficiente fuerza se puede sustituir por el ejercicio 10 (ejercicio de fortalecimiento de los músculos que realizan la desviación radial de la muñeca y dedos con plastilina) que tiene la ventaja de que permite realizarlo con ambas manos a la vez.

Gráfico 14. EJERCICIOS PREVENCIÓN ARTROSIS

CADERAS

a) Sentado en el suelo con las piernas estiradas, ir separandolas poco a poco hacia los lados hasta el máximo posible y mantener la posición unos segundos.

b) Tumbado con las piernas juntas, doblar las rodillas hacia el pecho y mantenerlas unos segundos lo más cerca posible del cuerpo.

c) De pie y sujetándose con una silla levantar cada pierna hacia atrás lo más posible.

ESPALDA

DORSALES

a) Espalda recta pegada a la pared, mantener la posición unos segundos.

b) Sentado girar la espalda y los hombros hacia un lado lo máximo posible, aguantar la postura unos segundos, después repetir girando hacia el otro lado.

c) Coger todo el aire que se pueda, para llenar los pulmones y mantener el aire unos segundos.

LUMBARES

a) Inclinar el tronco hacia un lado, sin forzar, aguantar unos segundos y después repetir hacia el otro lado.

b) Tumbado con las rodillas dobladas tratar de levantar los glúteos del suelo, mantener la postura unos segundos y bajar.

c) A gatas, curvar la espalda hacia arriba metiendo tripa y luego hacia abajo. Repetir varias veces.

RODILLAS

a) Sentado con la espalda apoyada en la pared y las piernas estiradas, apretar las rodillas contra el suelo notando como se contraen los cuádriceps. Aguantar unos segundos.

b) Levantar una pierna con la rodilla estirada y mantenerla en el aire unos segundos. Repetir con la otra pierna.

c) De pie, subir un pequeño escalón con una pierna y bajar. Repetir con la otra pierna alternado una y otra varias veces.

TOBILLOS Y DEDOS

a) Mover los tobillos en círculos, en una dirección luego en la otra.

b) Mover los pies hacia delante y hacia atrás.

c) Doblar los dedos y estirarlos.

Fuente: [www. Programas de Prevención Artrosis](http://www.Programas de Prevención Artrosis)

Actividad No. 3.

FISIOTERAPIA

Se puede recomendar fisioterapia, que podría incluir:

- Calor o hielo.
- Férulas o dispositivos ortopédicos con el fin de apoyar las articulaciones y ayudar a mejorar su posición; esto con frecuencia es necesario para la artritis reumatoide.
- Termoterapia.
- Masaje.
- Parafina
- Bicicleta

Medios físicos:

La aplicación de calor y frío superficiales son técnicas ampliamente utilizadas para aliviar el dolor en paciente reumáticos.

Calor:

Presenta propiedades visco elásticas del tejido conectivo, analgesia y relajación muscular.

- **Paquetes calientes:** Geles de silicato empacados, que se sumergen en agua caliente y se aplican localmente envueltos en una toalla. Se efectúa un calentamiento de la zona durante 15-30 min.
- **Frío:** La crioterapia tiene efectos en la respuesta circulatoria e inflamatoria y reduce el espasmo muscular aunque estos mecanismos no están completamente elucidados. Parece promover la producción de endorfinas y alterar la transmisión neural. Ningún tipo de aplicación de frío parece provocar mejores resultados que otro.

Se utilizan paquetes congelados o paquetes que contienen geles fríos que se aplican sobre la articulación afectada y se cambian periódicamente. También pueden realizarse masajes con paquetes fríos, inmersión.

TERMOTERAPIA

Otra alternativa son los ejercicios en el agua, sea la natación, en cualquier estilo que el paciente controle, sean ejercicios recreativos o simplemente haciendo movimientos diversos dentro del agua, ya que ambos tienen similares efectos. Por el empuje hidrostático las articulaciones de carga se desgravan, evitándose el impacto articular inconveniente.

Los ejercicios de marcha dentro del agua, hacia adelante, hacia atrás, hacia cada lado, levantando la pierna con extensión total de rodilla, con flexión exagerada de cadera y rodilla, También el paciente, boca arriba o boca abajo, agarrado o con un flotador, puede hacer batidos de piernas, círculos con éstas, cruces en tijera, flexiones de rodillas al pecho y otros movimientos.

- ***Baño de Torbellino***

Consiste en un recipiente metálico lleno de agua que se mantiene en agitación constante. Es un método eficaz de conducir calor a las extremidades. La temperatura fluctúa de 43.5 a 46 °C, excepto cuando hay trastornos circulatorios, que se usa temperaturas de 40.5 °C o menos.

- ***Tanque de Hubbard***

Es un sustituto eficaz, si los factores de espacio, costo o necesidad no bastan para justificar la piscina terapéutica. Todo el cuerpo con excepción de la cabeza se sumergen en agua a la temperatura de 36.7 a 40 °C. El líquido suele ser agitado y aireado como el baño de torbellino. Es un método para proporcionar calor y ejercicio suave, de especial utilidad si hay incapacidad o padecimientos poliarticulares.

- ***Baño de Contraste***

Consiste en la inmersión alterna de antebrazos o piernas en agua caliente, por 5 a 10 minutos y fría, por 1 a 2 minutos, terminando con inmersión en agua caliente por 5 min. Esto produce vasodilatación y vasoconstricción activa y aumenta de manera importante el riego sanguíneo.

PARAFINA

Es la aplicación de calor para producir eritema intenso, dejando la piel suave y flexible. Tiene especial utilidad en las artrosis. Las técnicas más empleadas para aplicar son el baño y la compresa. Para el baño, la mano o el pie se introducen lentamente en la parafina fundida y después se saca, manteniéndola afuera lo suficiente para que la parafina endurezca; esto se repite hasta formar una capa gruesa. Luego se cubre con una toalla por espacio de 30 minutos o se deja en el baño de parafina.

El calor profundo se logra usando algunas formas de energía física que atraviesan la piel y tejido subcutáneo sin dañarlos y se convierten en calor en los tejidos profundos.

Dentro de las precauciones que hay que tomar en cuenta al aplicar calor están las siguientes:

- No usar calor en la inflamación o traumatismo agudo
- No usar calor en pacientes con obstrucción venosa o arterial
- No usar calor en zonas donde hay cáncer o se sospeche de él, esto porque aumenta el metabolismo que produce un aumento de la temperatura.

ELECTROTERAPIA

La corriente eléctrica tiene un lugar preciso entre los agentes utilizables con fines terapéuticos. El uso apropiado y eficaz de corriente eléctrica se funda en leyes físicas

y en la reacción fisiológica. Las variaciones en la reacción fisiológica de los tejidos corporales a las corrientes con diferentes frecuencias y voltaje permite clasificarlas de manera sencilla en corriente con efecto de calentamiento y corriente con efectos estimulantes.

Entre los efectos de la aplicación de corriente eléctrica están:

- El fenómeno conocido como reacción polar, el cual consiste en la movilización de iones en la piel y en el tejido celular subcutáneo subyacente al electrodo y la movilización de moléculas de albúmina, grasa y almidones,
- La estimulación del sistema nervioso periférico.
- La estimulación vasomotora en la piel en los lugares situados entre los electrodos, lo que aumenta la perfusión tisular, favoreciendo con ello la reabsorción de los productos inflamatorios.

BICICLETA

Otro medio fácil y excelente de realizar ejercicios de los miembros inferiores en descarga es la bicicleta estática de resistencias, de manillar y sillín regulables. Utiliza los grandes grupos musculares de las extremidades inferiores, específicamente los vastos medial y lateral, el recto femoral, los músculos de la pata de ganso, el glúteo mayor, el ileopsoas y el complejo gastrosoleo.

MASAJES

El objetivo de desarrollar y restablecer funciones del organismo y también influir en la coordinación muscular.

También se define como el conjunto de actividades especiales que ejercen una acción dosificada mecánica y refleja en los tejidos y órganos del ser humano.

El masaje manual es el que realiza el masajista con sus propias manos a través de las seis manipulaciones fundamentales que son:

- Fricción, Frotación, Amasamiento, Percusión o golpeteo, Movilizaciones pasivas. Sacudimiento

Las manipulaciones del masaje se dividen en tonificantes y relajantes, e inclusive algunas pueden tener ambos efectos sobre el organismo de acuerdo a la velocidad y profundidad con que se lleven a cabo.

- ***Influencia fisiológica del masaje:***

Favorece el aumento de la movilidad de los tejidos.

Dilata y distiende las cicatrices de la piel, así como las adherencias en los tejidos profundos.

Intensifica la circulación sanguínea favoreciendo la alimentación de los tejidos y los procesos de reabsorción de productos patológicos no solo de la piel sino de articulaciones, músculos, huesos, ligamentos y cápsulas articulares

Aumenta la temperatura local hasta 5 grados Celsius.

Disminuye el tono muscular y los dolores producidos por neuralgias, etc.; si se realiza de forma rápida aumentan la capacidad de contracción de los músculos y eleva su tono muscular.

- **Variedades:**

De rodilla:

Una mano agarra el tobillo y la otra por la parte posterior de la rodilla, luego se cambiará el agarre por la parte anterior de la misma, se flexionara la pierna sobre el muslo formando un ángulo de 90º en relación con el tronco, seguido a esto se ejecuta la extensión de la pierna llevándola a la posición inicial.

- **Sesión general y local de masaje**

General: Es la que se aplica en todo el cuerpo, su duración oscila entre los 45 minutos y las dos horas dependiendo de la edad del atleta, peso, actividad que realiza, deporte y propósito a lograr, la cantidad y desarrollo de la masa muscular

Local: Es el que se realiza en una parte determinada o segmento del cuerpo, ejemplo: el tren superior, inferior o una extremidad específica.

- **Rodillas:** Pies apoyados en la mesa y rodillas semi-flexionadas, Duración 3 minutos

Fricción, Frotación, Movilizaciones pasivas, Concéntrica con la región tenar y el pulgar, con el borde cubital.

- **Movilizaciones:** son movimientos Fisiológicos de cada articulación.

Las movilizaciones pueden ser de diferentes tipos (Pasivos, Activos, resistivos) pero en este caso sólo nos referiremos a los movimientos pasivos. En estos movimientos no existe una participación directa del paciente (el que recibe el masaje), sino que es el masajista quien realiza todos los movimientos a las articulaciones, mientras el paciente contribuye sólo con mantenerse relajado.

Estos movimientos influyen sobre el organismo de la forma siguiente:

- Fortalece los grupos musculares, previniendo las atrofias.
- Mantienen la movilidad articular
- Previene y elimina las contracturas
- Mejora la nutrición de los tejidos blandos que rodean las articulaciones
- Activa la reabsorción de exudados y hemorragias
- Ayuda a recuperar las funciones de tendones y ligamentos acortados

- Ayuda a eliminar secuelas de diferentes traumas
- Favorece el flujo sanguíneo y linfático.

Actividad No. 4.

TERAPIA OCUPACIONAL

La Terapia Ocupacional como parte del equipo multidisciplinario debe fomentar una mejor calidad de vida y lograr un desempeño ocupacional satisfactorio, rompiendo el ciclo negativo provocado por estas patologías y que impide al paciente seguir con su vida normal.

El papel del terapeuta ocupacional es ayudar al paciente a desarrollar y/o recuperar habilidades importantes para un funcionamiento independiente, la salud y el bienestar. El Terapeuta Ocupacional trabaja con el paciente para mejorar o mantener su capacidad, al realizar actividades de la vida diaria que son importantes para la persona en casa, en el trabajo y en la comunidad. El Terapeuta Ocupacional ayuda a los pacientes y a sus familias en los esfuerzos para adaptarse a las alteraciones en la calidad de vida de cada uno.

La terapia ocupacional es, por tanto, una profesión de la salud que utiliza las "ocupaciones" o actividades con el propósito de ayudar a estas personas con discapacidades físicas, de desarrollo o emocionales, a llevar una vida independiente, productiva y satisfactoria.

La intervención desde la Terapia Ocupacional se concentra en las áreas de desempeño funcional de auto cuidado, trabajo y ocio, prestando atención al entorno cultural y social dentro del cual funciona la persona.

Entre las actividades terapéuticas manuales que podemos mencionar se encuentran:

- **Cestería**

Dicha actividad tiene la ventaja de ser de un material fácil de moldear y es de bajo costo.

- **Cerámica y Manualidades**

En esta actividad el paciente puede expresar su creatividad e imaginación, así como también estimula la flexión y extensión de los dedos.

- **Carpintería**

Esta actividad es realizada por hombres en su mayoría, ya que necesita primordialmente de fuerza, presión y coordinación.

- **Escultura**

Es realizar figuras con materiales como piedra, madera, arcilla; entre otros materiales.

Actividad No. 5.

USO DE APARTOS ORTOPEDICOS

- **BASTONES**

Usar bastón si es necesario, ya que descarga y previene caídas, es mejor el bastón inglés o muleta de codo, que no contribuye a aumentar la desviación de los dedos como los tradicionales de mano, si se están iniciando dichas deformidades y evitar su progresión. Estos ayudan a conllevar hasta el 20% de su peso corporal

- **FÉRULAS**

Las férulas pueden proporcionar alivio articular, reducir el dolor y evitar la contracción.

Gráfico 15. TIPOS DE FERULAS EN ARTROSIS



Fuente: Programas de Prevención Terciaria Artrosis

Actividad No. 6.

USO ADECUADO DE CALZADO

Usar zapatos con buena amortiguación de suela y de tacones, por ejemplo blandos, de altura media y con cámara de aire. Evitar suelas finas y también tacones altos.

Si se tiene dificultad para atarse los cordones buscar zapatos tipo mocasín con cierres elásticos. En todo caso el zapato debe ser amplio: ancho y alto.

Actividad No. 7.

MODIFICACIONES EN LA INFRAESTRUCTURA

- Las instalaciones donde se realizan actividades físicas, recreativas, alimentación y alojamiento deben estar ubicadas en la planta baja, para evitar subir y bajar escaleras innecesariamente ya que es un ejercicio en carga, de impacto, por terreno irregular, además se debe contar con rampas y pasamanos que sirvan de apoyo para estos pacientes, en todos los ambientes.
- La cama de estos pacientes geriátricos debe ser alta, con colchón firme y almohada de altura media-baja, sus esquinas deben ser romas para que estos se puedan recostarse por lapsos de tiempo en una posición prono (boca abajo) y evitar golpearse ni tropezar.

- No deber haber cables por el suelo, alfombras, ni moquetas por el peligro de caída que pueden ocasionarse y sus consecuencias en muchos casos fatales.
- También deben existir suficientes enchufes que me permitan en un momento determinado o cuando haya perdido movilidad la posibilidad de que se pueda enchufar un colchón o cojín anti escaras.
- Respecto a las ventanas decir que mejor si no puedo abrirlas por lo que es conveniente que dispongan de un sistema de seguridad.
- Instalar barandas de donde prenderse en el baño, la tina o cerca del sanitario, los pisos deben ser antideslizantes; con esto podemos dar independencia a los pacientes geriátricos.

El Comedor debe ser en función de que el paciente geriátrico sea válido, semi asistido o asistido, con las mesas diseñadas para que un paciente en silla de ruedas pueda acercarse cómodamente al plato y cubiertos.

- Los Salones de estar, deben poseer buena iluminación y con mobiliario adaptado adecuadamente para evitar los accidentes al tropezar con los mismos, incluyendo sillones gerontológicos con reposapiés, cabezal de apoyo, y apoyos laterales para impedir el escoriamiento.

ACTIVIDAD No. 8

IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN TERCIARIA EN LA CASA HOGAR DE ANCIANOS DE RIOBAMBA

- Distribuir y estudiar el presente programa con los Directivos de la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba.
- Desarrollar una campaña de capacitación al personal de salud de la Casa Hogar de Ancianos referente a los programas de prevención terciaria.

ACTIVIDAD No. 9

SOCIALIZAR LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES OSTEODEGENERATIVAS (ARTROSIS) A LOS PACIENTES GERIÁTRICOS

Garantizar un adecuado soporte documental con materiales audiovisuales (Demostraciones, testimonios, dibujos animados, presentaciones en power point) y materiales impresos (Carteles, plegables, trípticos) que ayude en el propósito de incorporar conocimientos y practicar conductas positivas sobre la prevención control y aplicación de ejercicio que mejorarán su movilidad articular.

6.1.2. PROGRAMA DE PREVENCIÓN TERCIARIA PARA HIPERTENSION ARTERIAL

INTRODUCCION

La prevención de la HTA es la medida más importante, universal y menos costosa. El perfeccionamiento de la prevención y el control de la presión arterial es un desafío importante para todos los países, lo cual debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos. La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de HTA nos obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población, impactando sobre otros factores de riesgo asociados a la HTA, fundamentalmente la falta del ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal, el tabaquismo y el alcoholismo, sumado las complicaciones que conlleva esta patología.

De este modo, es imprescindible lograr la terapéutica más acertada para mantener un adecuado control de las cifras tensionales, la modificación positiva de los estilos de vida es un pilar para obtener estos beneficios.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

OBJETIVO GENERAL

- Controlar la Hipertensión Arterial para reducir su morbilidad, y mejorar su calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer acciones de prevención terciaria relacionadas con la Hipertensión Arterial.
2. Controlar las cifras de presión arterial en los hipertensos.
3. Implementar el Programa de Prevención Terciaria en la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba.
4. Socializar la importancia de la prevención y el control de la Hipertensión Arterial a los pacientes geriátricos.

LÍMITES

- **En el tiempo:**

El Programa se desarrollará en forma continua con actualización anual.

- **En espacio:**

El Programa será ejecutado en la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba.

ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA

Las Actividades fundamentales de este programa se desarrollarán en el nivel terciario de atención de salud, teniendo como acciones fundamentales mejorar la calidad de vida de los pacientes geriátricos y optimizar la atención médica.

UNIDAD EJECUTORA

- El Director de la casa Hogar de Ancianos de Riobamba será el responsable de organizar, dirigir y controlar la ejecución del programa, aportando los recursos humanos y materiales para el desarrollo del mismo.
- El Médico Geriatra será el responsable de organizar, dirigir y controlar la ejecución de las acciones que deben ser cumplidas a este nivel, por el personal de salud a su cargo.

EJECUCION DEL PROGRAMA

Actividad No. 1.

CONTROL DEL PESO CORPORAL

La persona debe mantener un peso adecuado. Para calcular el peso se recomienda usar:

$$\text{Índice de masa corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Talla (m}^2\text{)}}$$

Ej. 65 Kg.

1.60 ms.= Al cuadrado 2,56. Sería: 65/2,56= 25,3 El IMC

Se considera adecuado entre 20 y 25. Cifras por encima de 27 han sido relacionadas con aumentos de la presión arterial y otras enfermedades asociadas como la diabetes mellitus, dislipidemias y enfermedad coronaria.

Actividad No. 2.

ACTIVIDAD FÍSICA

Es conocido que una actividad física aeróbica sistemática favorece el mantenimiento o la disminución del peso corporal con un consiguiente bienestar físico y síquico del individuo.

Las personas con presión arterial normal con una vida sedentaria incrementan el riesgo de padecer presión arterial elevada entre un 20% a un 50%.

La hipertensión arterial puede disminuirse con una actividad física moderada acorde al estado de salud de cada individuo. Se recomiendan ejercicios aeróbicos, caminatas de 10 a 15 minutos al día, de 3 a 6 veces por semana. Puede también indicarse la caminata rápida 100 mts (una cuadra), 80 pasos por minuto, durante 40 a 50 minutos.

ACTIVIDAD NO. 3

DIETA EQUILIBRADA

1. Disminuir la ingestión de sal. (Sodio)

Se recomienda que la ingestión de sal no sobrepase los 6 g/día por persona; esto equivale a una cucharadita de postre rasa de sal percápita para cocinar, distribuirla entre los platos confeccionados en el almuerzo y comida.

Los alimentos ricos en proteínas de alta calidad contienen más sodio que la mayoría del resto de los alimentos. Ej.: carne, leche, pescado, mariscos. La cocción de estos puede reducir su contenido de sodio, desechando el líquido de cocción.

La mayoría de los vegetales y frutas frescas contienen cantidades insignificantes de sodio; pueden emplearse libremente.

En la dieta hiposódica ligera.

Alimentos que no deben ser utilizados:

- Sal de mesa (saleros en la mesa)
- Alimentos en conservas y embutidos (tocino, jamón, sardinas, aceitunas, jamonadas, salchichas).
- Alimentos que tienen adición de sal: galletas, pan, rositas de maíz, maní.
- Salsas y sopas en conservas
- Queso y mantequilla, mayonesa.

Alimentos que contienen poco o nada de sodio:

- Berenjena, Melón, Frutas Cítricas
- Calabaza
- Azúcar refinada
- Ciruelas, Plátano
- Miel de abejas

2. Aumentar la ingestión de Potasio:

Una dieta elevada en potasio favorece una protección contra la hipertensión y permite un mejor control de aquellos que la padecen.

Un exceso de potasio condiciona un aumento en la excreción de sodio. Los requerimientos mínimos para personas sanas del potasio son de 2000 mg o 2 g/día por persona.

La alimentación habitual garantiza el suministro de potasio, superior a los requerimientos mínimos.

No recomendar la suplementación cuando se están tomando diuréticos que ahorran potasio o inhibidores de la ECA.

Alimentos ricos en potasio:

- Frutas: (toronja, naranja, limón, melón, mandarina, bananas).
- Vegetales: (tomate, zanahoria, calabaza, espinaca, col).
- Leche y sus derivados
- Carnes (res, cerdo, pavo, conejo, pollo)
- Hígado

3. Garantizar ingestión adecuada de calcio.

Numerosos estudios han demostrado la asociación de dietas con bajos niveles de calcio con incrementos de la prevalencia de hipertensión arterial. Es por ello beneficioso mantener niveles adecuados en la ingesta.

La recomendación de calcio se establece a un nivel de 800 mg/día/persona para adultos mayores.

Las fuentes alimentarias de calcio:

- Leche de vaca o yogur 1 taza 288 mg de calcio
- Leche descremada (polvo) 4 cucharadas 302 mg de calcio
- Leche entera (polvo) 4 cucharadas 216 mg de calcio
- Leche evaporada ½ taza 312 mg de calcio
- Quesillo 3 cucharadas 331 mg de calcio
- Huevo 28 mg de calcio
- Soya 3 cucharadas 23 mg de calcio
- Frijoles ½ taza 46 mg de calcio
- Vegetales ½ taza 31 mg de calcio
- Naranja 56 mg de calcio
- Mandarina 40 mg de calcio
- Helado ¼ t 35 mg de calcio

4. Aumentar la ingestión de Grasas Poli insaturadas.

Se recomienda mantener la ingestión de grasas entre un 15 % y un 30 %.

Para la ingestión diaria de grasas debe ser de acuerdo a la actividad física que se realice:

- Actividades ligeras 65 g 81 g
- Actividades física moderadas 73 g 91 g
- Actividades física intensas 83 g 102 g
- Actividades muy intensas 89 g 112 g

Un factor importante a tener en cuenta es proporcionar un adecuado suministro de Ácidos Grasos esenciales, principalmente de la serie del Ácido Linoleico (n-6) y de la serie Acido Linolénico (n-3).

El consumo óptimo de estos ácidos grasos esenciales en el adulto mayor, debe representar el 3 % de la energía alimentaria total. Debe evitarse el consumo de ácidos grasos saturados por encima del 10% de la energía total. La ingestión de grasa de origen vegetal debe ser por lo menos el 50% de la ingestión total de grasas. Es bien conocida la influencia de los ácidos grasos poliinsaturados sobre los niveles séricos de lípidos, entre ellos los de la familia N-3: Acido Linolénico: presentes en el pescado, aceites de pescado, ellos disminuyen los niveles séricos de lípidos, reducen la presión arterial e inhiben la agregación plaquetaria; ejerciendo una función importante en la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

Tabla 16. COMPOSICION DE ÁCIDOS GRASOS DE LOS ACEITES Y GRASAS COMESTIBLES

PRODUCTO	SATU %	MONO INSAT%	POLINSATURADOS %
ACEITE DE SOYA	13	84	61
ACEITE DE MAIZ	13	35	62
ACEITE DE GIRASOL	11	20	69
ACEITE DE MANÍ	18	48	34
MANTECA DE CERDO	41	47	12
ACEITE OLIVA	14	47	9
SEBO DE RES	52	44	4
MANTEQUILLA	66	30	4

Fuente: Daniela Criollo Zurita

Nota: Debe tenerse presente que el aceite de coco y palma son fuertemente saturados, por lo cual se debe limitar su empleo en la alimentación.

5. Colesterol

Existen evidencias epidemiológicas que asocian la mortalidad por enfermedad coronaria con los niveles de ingestión dietética de colesterol, por lo cual se recomienda su ingestión a menos de 300 mg/día, en los adultos mayores.

El colesterol se encuentra en alimentos de origen animal; los más ricos en colesterol son las vísceras, principalmente el cerebro que puede contener 2000 mg/100 g; el hígado 290 mg/100 g; el corazón 120 mg/100 g; los riñones 340 mg/100 g; y lengua 120 mg/100 g.

Otra fuente son los huevos (La yema contiene hasta 300 mg); las carnes, leche y sus derivados, como la mantequilla (240 mg/100 g); los mariscos; algunos productos de

pastelería. Alto contenido de colesterol puede encontrarse en la piel del pollo y la del pescado.

ACTIVIDAD No. 3

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN MENTAL

El estrés puede favorecer elevaciones agudas de la presión arterial. Algunos estudios han demostrado diversos grados de efectos positivos en el control de la HTA.

Se precisan algunos de ellos:

- Meditación trascendental
- Ejercicios yoga
- Musicoterapia
- Bailo terapia

ACTIVIDAD No. 4

CONTROLAR LAS CIFRAS DE PRESIÓN ARTERIAL EN LOS HIPERTENSOS

Se debe establecer vigilancia y un monitoreo adecuado, se le toma la presión arterial, se interroga y se examina. La presión arterial debe medirse la mayor cantidad de veces posibles. Al final del período de observación se suman todas las presiones y se saca el promedio, si el resultado es normal (menor de 140/90 mm Hg), se mantiene el tratamiento no farmacológico. Se añade el tratamiento Farmacológico, es decir, se comienzan las drogas hipotensoras, si las presiones promedian 140 y 90 o más.

Se establece la siguiente clasificación sobre paciente controlado:

Paciente controlado: Aquel que en todas las tomas de presión arterial durante un año (4 como mínimo) ha tenido cifras inferiores a 140/90. O adecuadas para grupos de riesgos. Ej. Diabetes 130 / 85 mm Hg

Paciente parcialmente controlado: Aquel que en el período de un año ha tenido el 60% o más de las tomas de presión arterial con cifras inferiores a 140/90.

Paciente no controlado: Aquel que en el período de un año, menos del 60% de las cifras de presión arterial hayan sido de 140/90 o mayores. Acorde a grupo de riesgo.

ACTIVIDAD No. 5

IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN TERCIARIA EN LA CASA HOGAR DE ANCIANOS DE RIOBAMBA

- Distribuir y estudiar el presente programa con los Directivos de la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba.
- Desarrollar una campaña de capacitación al personal de salud de la Casa Hogar de Ancianos referente a los programas de prevención terciaria.

ACTIVIDAD No. 6

SOCIALIZAR LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL A LOS PACIENTES GERIÁTRICOS

Garantizar un adecuado soporte documental con materiales audiovisuales (Demostraciones, testimonios, dibujos animados, presentaciones en power point) y materiales impresos (Carteles, plegables, trípticos) que ayude en el propósito de incorporar conocimientos y practicar conductas positivas sobre la prevención y control de la hipertensión arterial.

6.1.3. PROGRAMA DE PREVENCIÓN TERCIARIA PARA ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (NEUMONIAS)

INTRODUCCION

En la sociedad contemporánea, el incremento en la población de ancianos es el resultado de los adelantos científicos, técnicos y las transformaciones sociales acontecidas siendo uno de los mayores logros el aumento de la esperanza de vida, lo cual no ha sucedido de forma similar en los países desarrollados y subdesarrollados. El envejecimiento modifica el cuadro clínico de determinadas afecciones broncopulmonares en lo que se refiere a su forma de presentación y sus consecuencias. En ocasiones resulta muy difícil el diagnóstico de las enfermedades respiratorias en este grupo de edad ya que a las dificultades en el interrogatorio se unen las que ofrecen el examen físico como deformidades torácicas o colaboración insuficiente. El adulto mayor omite o refiere mal sus síntomas ya sea por miedo a la hospitalización, atribución de síntomas al envejecimiento o a factores sociales y culturales. Los exámenes diagnósticos también resultan ser complicados tanto su realización como interpretación. Por tanto, para realizar una historia clínica y llegar al diagnóstico en esta población se requerirá de paciencia y de una mayor disponibilidad de tiempo .

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

OBJETIVO GENERAL

- Controlar los casos de Enfermedades Respiratorias (Neumonías) en los pacientes geriátricos para reducir su morbilidad, y mejorar su calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer acciones de prevención terciaria relacionadas con las Neumonías.
- Controlar los casos de Neumonías, mejorando las condiciones higiénicas sanitarias de los pacientes geriátricos.

- Implementar el Programa de Prevención Terciaria en la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba.
- Socializar la importancia de la prevención y el control de las a los pacientes geriátricos.

LÍMITES

- **En el tiempo:**

El Programa se desarrollará en forma continua con actualización anual.

- **En espacio:**

El Programa será ejecutado en la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba.

ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA

Las Actividades fundamentales de este programa se desarrollarán en el nivel terciario de atención de salud, teniendo como acciones fundamentales mejorar la calidad de vida de los pacientes geriátricos y optimizar la atención médica.

UNIDAD EJECUTORA

- El Director de la casa Hogar de Ancianos de Riobamba será el responsable de organizar, dirigir y controlar la ejecución del programa, aportando los recursos humanos y materiales para el desarrollo del mismo.
- El Médico Geriatra será el responsable de organizar, dirigir y controlar la ejecución de las acciones que deben ser cumplidas a este nivel, por el personal de salud a su cargo.

EJECUCION DEL PROGRAMA

Actividad No. 1.

DIETA EQUILIBRADA

Una dieta saludable incluye una variedad de frutas, verduras y cereales integrales. También incluye carnes magras, pollo, pescado, y productos lácteos descremados o de bajo contenido en grasa.

Una dieta saludable es baja en grasas saturadas, grasas trans, colesterol, sodio (sal), y azúcares añadidos.

Comer porciones de comida más pequeñas y con más frecuencia evita la sensación de plenitud en el estómago que puede dificultar la respiración.

Una dieta con alto valor nutritivo que contenga suficientes calorías es esencial.

El anciano necesita 1600 – 1700 calorías día:

- 250 gr de leche
- 100gr de pan
- 10gr de mantequilla
- 25gr de mermelada o miel
- 50gr de jamón magro
- 150gr de fruta fresca Media mañana
- 150gr de patata o 35 de pasta o 50 de arroz
- 150gr de verdura
- 50gr de ensalada cruda
- 150gr de carne
- 50gr de queso fresco.
- 30gr de pan

- 20gr de aceite

Aporte lácteo Merienda.

- 100gr de carne.
- 100gr de frambuesa
- Patata
- Flan o yogurt
- 15gr de aceite
- 20gr de pan
- 2-2,5 l de H₂O/día

Actividad No. 2.

EJERCICIO FISICO

La consecuencia más perjudicial de la enfermedad pulmonar y la sensación de falta de aire típica de ella es el desarrollo de un estilo de vida inactivo. Para muchos pacientes, las actividades de la vida diaria, como bañarse y vestirse, pueden crear un cansancio abrumador. La “disnea” puede provocar ataques de pánico, y producir efectos psicológicos negativos. Las personas con problemas respiratorios crónicos a veces limitan sus actividades físicas en un intento de evitar la dificultad respiratoria.

La falta de ejercicio es perjudicial; la inactividad debilita los músculos y se vuelven menos eficientes. El desacondicionamiento físico puede hacer que incluso las actividades diarias más simples resulten difíciles. El ejercicio regular fortalece los músculos y los hace más resistentes al cansancio. Con la práctica y el entrenamiento se puede aprender a realizar tareas de una manera más eficiente. Al ser más eficiente se necesita menos oxígeno para la misma cantidad de trabajo. El resultado es que el paciente encuentra que tiene más energía para realizar las tareas diarias y que tiene menos falta de aliento. Se prefiere un programa de rehabilitación formal (rehabilitación pulmonar) porque permite la observación durante el ejercicio y puede ser adaptado a las necesidades específicas de cada persona.

Actividad No. 3.

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

Es un conjunto de procedimientos cuya finalidad es ayudar al paciente a mejorar su capacidad respiratoria y eliminar las secreciones para evitar que estas queden acumuladas y se infecten, se debe instruir al paciente para que aprenda varias técnicas respiratorias que promueven la ventilación óptima y el intercambio gaseoso cuando existe una alteración en los patrones respiratorios normales.

- **Ejercicios respiratorios**

Su finalidad es conseguir que el paciente respire profundamente, movilizand las secreciones y mejorando la permeabilidad de la vía aérea. Los ejercicios que vamos a emplear pueden ser varios:

- **Respiración diafragmática.** La paciente se coloca en posición de Fowler o sentada y colocamos nuestra mano en la zona epigástrica. Le indicaremos a nuestra paciente que respire profundamente por la nariz y espire con lentitud. Nuestra mano sirve como dato visual del movimiento diafragmático efectivo durante la inspiración y la espiración. Con el tiempo nuestra paciente debe hacer por sí sola el control. Este ejercicio lo realizaremos 10 veces cada hora durante el tiempo que sea necesario.
- **Respiración resistida.** Nuestra paciente estará en posición Fowler o sentada, con nuestras manos colocadas sobre las paredes laterales de su tórax. La paciente respirará de forma profunda, tratando de apartar nuestras manos, que oponen una resistencia suave contra la pared torácica durante la inspiración.
- **Respiración con labios fruncidos.** La paciente puede estar en cualquier posición. Colocaremos una mano en la zona epigástrica. Cuando la paciente espire, a través de los labios fruncidos, contrayendo los músculos abdominales, empujaremos con suavidad hacia arriba y adentro para apoyar el diafragma. Los labios fruncidos proporcionan una presión positiva en las

vías aéreas, manteniendo los alvéolos abiertos por más tiempo durante la espiración.

Existen unos dispositivos de asistencia para apoyar los esfuerzos de nuestra paciente dirigidos a una respiración más profunda y sostenida, existiendo para fomentar tanto la inspiración (inspirómetro incentivo) como la espiración (espirómetro de asistencia). Ambos son de plástico desechable y funcionan de forma muy eficaz, sobre todo en pacientes cooperativos que aprenden a utilizarlo muy fácilmente.

- **Ejercicios tusígenos**

Muchos pacientes necesitan asistencia para provocar la tos, que evitan por dolor, posición. Son varios los ejercicios para fomentar la tos:

- **Tos escalonada.** Indicaremos al paciente que haga una respiración profunda y que luego tosa varias veces hasta que sienta que no queda aire en sus pulmones. Estas maniobras mueve las secreciones desde las vías aéreas más pequeñas a las más grandes para facilitar su expulsión.
- **Tos bufada.** La paciente respirará profundamente y luego realizará una serie de bufidos espiratorios con la boca abierta, intentando toser después de repetir esta maniobra varias veces.
- **Tos asistida.** Aumentaremos la fuerza de los músculos de la paciente empujando hacia arriba y adentro con una mano colocada debajo de la apófisis xifoides cuando la paciente trate de toser. Estos movimientos aumentan la presión abdominal, y el movimiento del diafragma hacia arriba facilita la eliminación de secreciones.
- **Drenaje postural**

Consiste en facilitar el drenaje de las secreciones de la paciente por acción de la gravedad. Se utiliza cuando la tos no es efectiva. La posición de nuestra paciente dependerá de la zona que se quiera drenar, quedando dicha zona en

posición más elevada que el resto. El intervalo de tiempo que nuestra paciente debe permanecer en dicha posición varía entre 5 y 20 minutos, según la tolerancia de la paciente (está contraindicada en ciertas patologías). El drenaje postural debe realizarse cada cuatro horas o más a menudo. El resultado debe ser: tos espontánea y productiva con mejoría en la respiración.

- **Percusión**

Consiste en golpear una zona específica para ser drenada con la mano ahuecada, de forma rápida y rítmica. Está indicada en pacientes con secreciones excesivas y tenaces. La paciente se coloca con la zona que va a percudirse en la parte superior, debiendo estar protegida pero no cubierta en exceso de ropa, ya que anularía su efectividad.

- **Vibración**

Es el resultado de las finas vibraciones realizadas manualmente a través de la compresión torácica creada en la espiración. Este procedimiento suele seguir a la percusión, por lo que la paciente se encuentra en la posición adecuada. Colocaremos las manos abiertas sobre la pared torácica y, cuando la paciente espire, temblarán para hacer vibrar la pared torácica. El tratamiento debe repetirse por lo menos tres veces para cada segmento pulmonar.

Existe un aparato eléctrico que realiza una función similar a nuestras manos, facilitándonos el trabajo (vibrador de ultrasonidos).

Actividad No. 4.

PROFILAXIS RESPIRATORIA

La profilaxis respiratoria puede resumirse de manera general en 5 puntos:

- **Medio ambiente:** Evitar las atmósferas secas.
- **Hidratación:** Mantener una adecuada hidratación.

- **Cuidados posturales:** para mejorar la ventilación y evitar la congestión pasiva del pulmón.
- Mantener la **permeabilidad de las vías aéreas:** para ello se debe hacer una tos reglada (inspiración profunda y espiración brusca con contracción de la musculatura espiratoria), incluso estimulación mecánica de la tos, expectoración asistida y, en último caso, aspiración con sonda.
- Mantener una **ventilación adecuada:** ejercicios fisioterápicos respiratorios para realizar una ventilación correcta y dirigida.

Actividad No. 5.

CUMPLIR CON LAS HORAS DE DESCANSO

Conseguir un buen descanso de al menos ocho horas cada noche puede fortalecer el sistema inmunitario y la sensación de bienestar.

Actividad No. 6.

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR SU CONTAGIO

- La ventilación de las habitaciones debe ser adecuada.
- Vacunación profiláctica.
- Abrigarlos bien si hace frío y evita exponerlo a cambios bruscos de temperatura.
- Evita que esté en contacto con personas enfermas.
- Cubre tu nariz y boca al toser o estornudar con pañuelo desechable.
- Lavar las manos frecuentemente evita contagios.

ACTIVIDAD No. 7.

IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN TERCIARIA EN LA CASA HOGAR DE ANCIANOS DE RIOBAMBA

- Distribuir y estudiar el presente programa con los Directivos de la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba.
- Desarrollar una campaña de capacitación al personal de salud de la Casa Hogar de Ancianos referente a los programas de prevención terciaria.

ACTIVIDAD No. 8.

SOCIALIZAR LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (NEUMONIAS) EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS

Garantizar un adecuado soporte documental con materiales audiovisuales (Demostraciones, testimonios, dibujos animados, presentaciones en power point) y materiales impresos (Carteles, plegables, trípticos) que ayude en el propósito de incorporar conocimientos y practicar conductas positivas sobre la prevención y control de Enfermedades Respiratorias (Neumonías).

6.2. BIBLIOGRAFÍA

- MOSBY, 2012. **Diccionario de medicina**. España, Océano, Última edición.
- MAYAN, Santos.2013. **Gerontología Clínica**. Santiago de Compostela, 3^{ra} ed.
- RIBERA, Cruz J.1996. **Geriatría**. Madrid, Idepsa, 1996, pág. 120 – 220.
- LAWRENCE, Marcet. 2008. **Diagnóstico Clínico y Tratamiento**. México, 47^{va} ed.
- CALLEJA, Javier. 2003. **Gerontología en la Práctica de la Medicina**. España.
- GUILLEN, Llera.1994. **Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico**, Barcelona, Mason.
- MOGOLLON YEPEZ, Amparo S.2009. **Reflexiones de Salud**, Capítulo de Niveles de Atención de Salud, pág. 100 – 132.
- BLANCO RESTREPO, Jorge H. 2005. **Fundamentos de Salud Pública**, Capítulo Niveles de Prevención, pág. 5 – 25.
- KILLIP, T.2000. **El Manual Merck**, Madrid, 10^{ma} ed.
- MARFAN. 2012. **Amir medicina**, Capítulo de cardiología y cirugía cardiovascular tema 11 pág. 71 – 73
- MARFAN. AMIR 2012. **Amir medicina**, Capítulo Reumatología, Tema 15 pág. 1180 - 1181
- MARFAN. 2012. **AMIR MEDICINA**, Capítulos Misceláneos Tema 1 Geriatría, pág. 663 – 664.
- MARFAN. 2012. **AMIR MEDICINA**, Tema 3 Grandes Síndromes Geriátricos, pág. 665 – 669.
- FARRERAS, Rozmam.2012.**Medicina Interna**, Capítulo de Cardiología, 17^{ava} ed. pág. 230 – 250
- FARRERAS, Rozmam.2012.**Medicina Interna**, Capítulo de Neumologías, 17^{ava} ed. pág. 315 - 350

- FARRERAS, Rozmam.2012.**Medicina Interna**, Capítulo de Reumatología, 17^{ava} ed. pág. 120 - 164
- ALVAREZ ARREDONDO, Luis M.2012. **Educación para la Salud**, Capítulo La Salud del Individuo, pág. 120- 130
- MANSSON. 2003. **Manual de Geriatria**, 2^{da} ed. Tomo II, Capítulo Niveles de Tensión Geriátrico, pág. 20 – 70.
- MANSSON. 2003. **Manual de Geriatria**, 2^{da} ed. Tomo II, Capítulo Enfermedades Crónicas del Anciano, pág. 180 – 250.
- MANSSON.2003. **Temas Prácticos en Geriatria y Gerontología**, 1^{ra} ed. Capítulo Prevención en la Atención de Salud a la Persona Mayor, pág. 43-50.
- MANSSON.2003. **Temas Prácticos en Geriatria y Gerontología**, 1^{ra} ed. Capítulo Necesidades Nutricionales Durante el Envejecimiento, pág. 72 - 74.
- ROTHSCIL2005.**Factores de Riesgo en la Edad Avanzada**, Capítulo 11Cambios Cardiovasculares como factores de Riesgo de la Senilidad, pág. 187 – 203.

LINKOGRAFICAS

- ALVIRAMARTÍN, Francisco. 2012. **Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención**, pág. 1 – 50
- Ciencia y enfermería, *versión On-line* ISSN 0717-955. 2003. **Calidad de vida relacionada con la Salud Aspectos Conceptuales.**
- Frances F. Rogers-Seidl. 2012. **Neumonía Programa**, Ediciones científicas y técnicas, S.A. Planes de cuidados en enfermería geriátrica.
- Sánchez Cabeza, Ángel. 2010. **Ejercicio para Mano**, Madrid, Rehabilitación del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- Flórez García, Mariano T. 2011. **Ejercicios para artrosis de rodilla**, Madrid, Hospital Universitario.

- **Definición de programa de salud.**
<http://definicion.de/programa-de-salud>
- Herrera, León I. 2008. **Niveles de Atención**, Temas de Salud Pública. Tomo I, Montevideo, pág. 39-49.
- Etchebarne. L. Atención Primaria de la Salud y Primer Nivel de Atención. Etchebarne L. 2001. **Temas de Medicina Preventiva y Social**, Montevideo, pág. 75-82.
- Villalba, Noceti. 2011. **Atención Médica del MSP**. Niveles de Complejidad, Montevideo.
- Colimon K. 2010. **Niveles de Prevención**.
<http://issuu.com/viejo03/docs/name>.
- **La Atención Primaria de la Salud**.1990. Documento de Alma Ata 1978. En Revista de Atención Primaria de la Salud. MSP. UNICEF, pág. 11-12.
- OPS/OMS. 2010. **La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas N° 1**. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de la Salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS.
<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/RenovacionSalud.pdf>
- OMS. 2010. **La Atención Primaria de la Salud**, Informe sobre la Salud en el Mundo. http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- UNIVERSIDAD DE PIURA, Facultad de Medicina Humana Departamento Académico De Clínica Y Patología. 2005. **ENFERMEDADES OSTEODEGENEATIVAS**, pág. 4 – 24
- Wikipedia, Enciclopedia libre. 2013. **Artículo sobre Presión Arterial Alta**.
- Medline, Plus.2012. **Artículo Presión Arterial**.
- Malpica Rivero, José A. 2006. **Hipertensión Arterial en el Anciano**, Sistema de Información Científica Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
- D'Cruz, Khamasht. 2007. **Programa Artritis**, pág. 587-96.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

ENCUESTA DIRIGIDA A PERSONAL MEDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA CASA
HOGAR DE ANCIANOS DE RIOBAMBA

Objetivo: Recopilar información para la creación de Programas de Prevención Terciaria para pacientes Geriátricos de la Casa Hogar de Ancianos de Riobamba.

Instructivo:

- Lea detenidamente cada pregunta y conteste según corresponda
- Marque con una X las preguntas que tengan espacios
- Seleccione únicamente una respuesta

1. ¿TIENE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA PREVENCION TERCIARIA EN PACIENTES GERIATRICOS?

SI

NO

2. ¿ESTA AL TANTO DE QUE ESTA INSTITUCION CUENTA CON PROGRAMAS DE PREVENCION TERCIARIA?

SI

NO

3. ¿ESTA DE ACUERDO CON LA IMPLEMENTACION DE PROGRAMAS DE PREVENCION TERCIARIA PARA PACIENTES GERIATRICOS EN ESTA INSTITUCIÓN?

SI

NO

POR QUE.....

4. ¿ESTARIA DISPUESTA / O A SER PARTICIPE EN LA IMPLEMENTACION DE PROGRAMAS DE PREVENCION TERCARIA EN ESTA INSTITUCIÓN?

SI

NO

PORQUE.....

5. ¿IDENTIFIQUE LAS 3 PRINCIPALES PATOLOGIAS CRONICO DEGENERATIVAS QUE PRESENTAN LOS PACIENTES GERIATRICOS DE SU INSTITUCION?

- HIPERTENSION ARTERIAL
- DESNUTRICION
- OSTEODEGENERATIVAS
- PREOBLEMAS NEUROLOGICOS
- PROBLEMAS RESPIRATORIOS

6. ¿SE HA CAPACITACION UD. EN LA APLICACION DE PROGRAMAS DE PREVENCION TERCARIA?

SI

NO

POR QUE.....

7. ¿CREE UD QUE CON LA APLICACIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCION TERCARIA PARA PATOLOGIAS CRONICO DEGENERATIVAS EN ESTA INSTITUCION MEJORARIA LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES GERIATRICOS?

SI

NO

POR QUE.....

8. ¿CON LA APLICACIÓN DE LA FISIOTERAPIA QUE COSTA EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN TERCIARIA DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES CREE UD. QUE MEJORO LA CALIDAD DE VIDA?

SI

NO

POR QUE.....

9. ¿CON EL EJERCICIO FISICO REALIZADO POR LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS CREE UD.QUE MEJORO SU MOVILIDAD CORPORAL?

SI

NO

POR QUE.....

10. ¿AL PRACTICAR LOS PACIENTES GERIATRICOS GIMNASIA Y BAILOTERAPIA CREE UD. QUE LA AUTOESTIMA Y CONFIANZA MEJORÓ EN ELLOS?

SI

NO

POR QUE.....

11. ¿AL APLICAR LOS PROGRAMAS DE PREVENCION TERCIARIA EN LOS ADULTOS MAYORES SE LOGRARA QUE ELLOS RECOBREN SU INDEPENENCIA?

SI

NO

POR QUE.....

12. ¿CREE UD. QUE EL INCREMENTO DE TERAPIAS OCUPACIONALES AYUDA A INTERACTUAR Y SOCIALIZAR ENTRE LOS PACIENTES GERIATRICOS?

SI

NO

POR QUE.....

GRACIAS POR SU COLABORACION

SALA DE TERAPIA OCUPACIONAL



SALA DE TERAPIA OCUPACIONAL



TERAPIA OCUPACIONAL



TERAPIA OCUPACIONAL



SALA FISIOTERAPIA FISICA



TERAPIA FISICA



DORMITORIO HOMBRES



DORMITORIO MUJERES

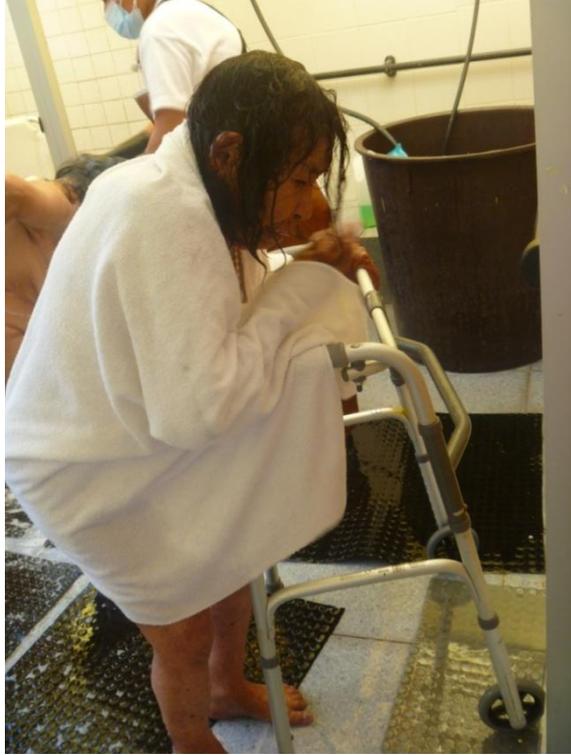


INSTALACIONES SANITARIAS





DUCHAS GENERALES



AREAS VERDES

