

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
ESCUELA DE TERAPIA FÍSICA OCUPACIONAL Y ESPECIAL
“DR. MIGUEL ÁNGEL AGUILERA PÉREZ”
AVALADA POR LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS UNIVERSIDAD DE
SAN CARLOS DE GUATEMALA.**



**INFORME FINAL DEL EJERCICIO TÉCNICO SUPERVISADO DE
FISIOTERAPIA, REALIZADO EN EL HOGAR MARGARITA CRUZ RUIZ EN EL
PERIODO DEL 06 DE ENERO AL 06 DE JUNIO DEL AÑO 2014.**

Prevención de caídas en el adulto mayor por medio de la terapia física.

Presentado por:

LAURA MARITZA ZAPET DE LEÓN

Previo a obtener el título de:

TÉCNICO UNIVERSITARIO EN FISIOTERAPIA

Guatemala Septiembre del 2014



DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN
Escuela de Terapia Física Ocupacional y Especial
"DR. MIGUEL ANGEL AGUILERA PEREZ"



Guatemala, 26 de septiembre de 2014

Señorita Estudiante
Laura Maritza Zapet de León
Escuela de Terapia Física Ocupacional y Especial
"Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez"

Señorita Estudiante:

Atentamente me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que esta Dirección aprueba la impresión del **"INFORME FINAL DEL EJERCICIO TÉCNICO SUPERVISADO DE FISIOTERAPIA, REALIZADO EN EL HOGAR MARGARITA CRUZ RUIZ EN EL PERÍODO DEL 06 DE ENERO AL 06 DE JUNIO DEL AÑO 2014. Prevención de caídas en el adulto mayor por medio de la terapia física.** Realizado por la estudiante **Laura Maritza Zapet de León**, previo a obtener el título de **Técnico Universitario en Fisioterapia**. El trabajo fue asesorado por la Fisioterapeuta Magnolia Vásquez de Pineda.

Licenciada Bertha Melante Girard Luna de Ramírez

Directora

cc. Archivo



Laura Zapet
26/09/14



DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN
Escuela de Terapia Física Ocupacional y Especial
"DR. MIGUEL ANGEL AGUILERA PEREZ"



Guatemala, 7 de octubre de 2,014.

Licenciada:
Bertha Melanie Girard Luna de Ramírez
Directora.
Escuela de Terapia Física, Ocupacional y Especial
"Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez"
Pte.

Apreciable Licenciada:

Por este medio me permito comunicarle que he tenido a la vista el Informe final del Ejercicio Técnico Supervisado de fisioterapia, realizado en el Hogar Margarita Cruz Ruiz, en el periodo del 06 de enero al 06 de junio del 2,014. Con el tema "Prevención de caídas en el adulto mayor por medio de la terapia física". Previo a obtener el título de **Técnico Universitario en Fisioterapia**.

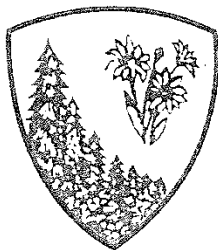
Presentado por la alumna: **Laura Maritza Zapet de León**.

El informe en mención, cuenta con los requisitos para ser aprobado. De la manera más atenta solicito a usted, se proceda con los trámites correspondientes.

Cordialmente:


Magnolia Vásquez de Pineda.
Fisioterapeuta.

HOGAR MARGARITA CRUZ RUIZ



Guatemala, 23 de Junio de 2014

Licenciada
Bertha Melanie Girard Luna de Ramírez
Directora

Estimada Licenciada Ramírez:

Por este medio le informamos que la terapeuta Laura Maritza Zapet de León, cumplió con su Servicio Técnico Profesional Supervisado ETS en esta Institución, del 6 de Enero al 6 de Junio del presente año de 8 a 14 horas.

Desde entonces ha sido de gran ayuda para este Hogar, no solo como terapeuta para las señoras, maestra para las enfermeras enseñándoles muchas técnicas, también demostrando su calidad humana hacia quien la necesitara.

Sin otro particular me despido cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lucia Zegada'. The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

Lucia Zegada Jordán
Administradora



DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS:

A DIOS:

Por brindarme salud, sabiduría y perseverancia para lograr este tan importante evento en mi vida, me siento doblemente bendecida “GRACIAS”.

A MI FAMILIA:

A mi papá, mamá y hermanos. Pilar importante de lucha y entrega incondicional, que todo esfuerzo tiene su recompensa. Siempre son ejemplo en mi vida.

A MI ESPOSO:

Por su gran apoyo y amor incondicional, gracias por ser mi media mitad y ser tan especial en mi vida.

A MI MADRINA:

Seño “BETTY”, que con su enseñanza me demostró que ser fisioterapeuta es más que solamente trabajo “es pasión por servir a los demás con amor”.

LICDA. MELANY:

Por darme la oportunidad de ingresar a la Escuela para iniciar un sueño que se hace realidad, gracias por ver dentro de mí la vocación de servicio.

SEÑO MAGNO:

Por orientarnos dentro del proceso de esta carrera tan llena de satisfacciones y estar siempre pendiente de nosotros.

Y agradezco a todos los que estuvieron de una u otra forma dentro del proceso de la carrera de fisioterapia.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I	
DIAGNÓSTICO POBLACIONAL.....	3
FORMAS DE ATENCIÓN EN SALUD.....	6
DATOS INSTITUCIONALES.....	7
NECESIDAD DE INVESTIGACIÓN.....	9
ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
OBJETIVO GENERAL.....	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
MARCO TEÓRICO.....	11
LA MARCHA EN EL ADULTO MAYOR.....	13
CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR.....	16
PREVENCIÓN DE CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR.....	16
TERAPIA FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR.....	18
PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA MEJORAR LA MARCHA.....	19
CAPITULO II	
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	22
RECOLECCIÓN DE DATOS.....	22

METODOLOGÍA.....	23
------------------	----

CAPITULO III

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	25
--	----

SEGUIMIENTO DE CASOS.....	30
---------------------------	----

CAPITULO IV

CONCLUSIONES.....	36
-------------------	----

RECOMENDACIONES.....	38
----------------------	----

BIBLIOGRAFÍA.....	39
-------------------	----

ANEXOS.....	40
-------------	----

INTRODUCCION

El presente informe es una recopilación del Ejercicio Técnico Supervisado, realizado en el Hogar Margarita Cruz Ruiz, en el periodo comprendido del 6 de enero al 6 de junio del año 2014, realizando diferentes actividades.

La Asociación Amigas De San Vicente, es una asociación no lucrativa que se fundó el 1° de Diciembre de 1950 por un grupo de señoras para apoyar al Sanatorio Antituberculoso San Vicente y tomo a su cargo el Pabellón de Mujeres tuberculosas apoyándolas en todo aspecto (medicinas, comida, servicios médicos, etc.). Con el transcurrir del tiempo la Asociación, formó el Hogar para atender mujeres adultas mayores en estado de abandono o problemas de atención por parte de sus familiares por escasos recursos económicos en su mayoría. A la fecha se encuentran albergadas entre 45 y 50 pacientes de diferentes edades y diagnósticos.

El envejecimiento conlleva un descenso de los niveles de habilidad funcional y como consecuencia, un decrecimiento en las capacidades físicas (fuerza, equilibrio, tiempo de reacción). Este proceso se ve agravado con la reducción de la práctica de actividad física en los mayores, lo que produce a su vez un aumento de las dificultades para llevar a cabo las tareas cotidianas.

Dentro del Hogar Margarita Cruz Ruiz, debido a la disminución de la actividad física y otras patologías se pudo observar las siguientes condiciones: Pérdida de equilibrio y coordinación, síndrome de caídas, rigidez articular, inadecuada

movilización y/o traslados de pacientes, úlceras por presión o fricciones, fracturas en miembro superior, miembro inferior y problema de osteoporosis.

En este informe se presentan dos casos en los cuales se lleva a cabo una secuencia de evaluaciones y evoluciones para dar a conocer los beneficios que se obtuvieron con las sesiones de fisioterapia.

CAPITULO I

DIAGNOSTICO POBLACIONAL

GUATEMALA

DEPARTAMENTO DE GUATEMALA¹

A continuación se describe el departamento y ciudad de Guatemala por ser donde se desarrolló el ejercicio técnico supervisado:

Guatemala es uno de los 22 departamentos de la Republica de Guatemala. Esta situada en la región central del país, tiene una extensión territorial de 2,253 kilómetros cuadrados y cuenta con 17 municipios, su cabecera departamental la Nueva Guatemala de la Asunción.

El departamento de Guatemala limita al Norte con: Baja Verapaz, al Este con El Progreso, Jalapa y Santa Rosa, al Sur con Escuintla y al Oeste con Sacatepéquez y Chimaltenango.

MUNICIPIO DE GUATEMALA

Guatemala es uno de los 334 municipios de la Republica de Guatemala, según actualización febrero 2012 y es la cabecera del departamento de Guatemala, además es la capital del país. Tiene una extensión de 228 kilómetros cuadrados aproximadamente, cuenta con una ciudad, siete aldeas y 20 caseríos. El municipio de Guatemala limita al Norte con Chinautla y San Pedro Ayampuc, al Sur con

¹ es.wikipedia.org/wiki/Guatemala

Santa Catarina Pínula, San José Pínula, Villa Canales, Villa Nueva y San Miguel Petapa, al Este con Palencia y al Oeste con Mixco, todos del departamento de Guatemala. Su clima es templado y su fiesta titular se celebra el 15 de agosto, cuando la iglesia católica conmemora la Asunción de la Virgen Santísima. Guatemala fue fundada el 2 de enero de 1776, en lo que era denominado como Valle de la Ermita o Valle de la Virgen.

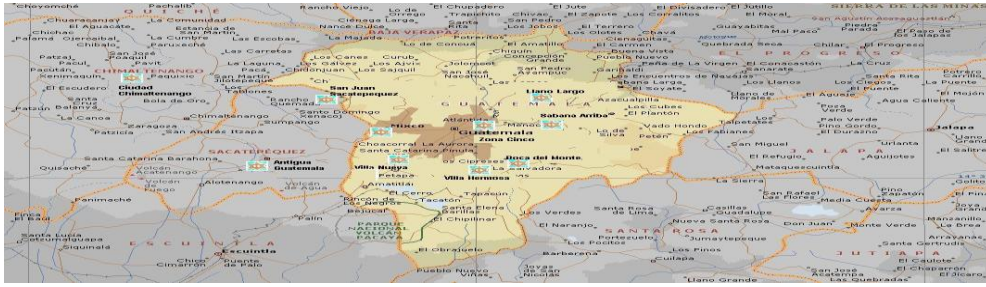
La Ciudad de Guatemala esta dividida en 25 zonas, fue diseñado por el Ingeniero Raúl Aguilar Batres.

El Centro Histórico formado por las zonas 1, 2 y 3 abarca únicamente: De la Avenida Elena a la 12 avenida y de la 1ª.calle a la 18 calle.

El Centro Histórico fue declarado Patrimonio Nacional, se encuentra el Palacio Nacional, en el cual está ubicado el kilómetro cero de la República de Guatemala, (a partir de este lugar se realiza el kilometraje a los cuatro puntos cardinales), la Casa Presidencial, el Congreso, el Portal del Comercio, la Catedral Metropolitana, las oficinas de Correos, el Mercado Central, el Mercado de Artesanías, Museos. En lo que ahora es el Mercado Central, estaba el primer cementerio de la Ciudad de Guatemala y fue denominado Cementerio del Sagrario por su ubicación fue trasladado a lo que ahora es el Hospital General, para finalmente quedar en lo que ahora se conoce como el Cementerio General, en la zona 3.²La Ciudad de Guatemala es la capital económica, gubernamental y cultural de la República.

² <http://mapasdeguatemala.com/turismo/2010/09/centro-historico-de-guatemala/>

Mapa de Capital de Guatemala³



POBLACION

De acuerdo con el último censo realizado en la ciudad, habitan 1.149.107 personas, pero considerando su área metropolitana de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística, alcanza un estimado de 4.058.519 habitantes para 2012, lo que la convierte en la aglomeración urbana más poblada y extensa de América Central. Del total de habitantes se calcula que un 3.6% pertenece a la cantidad de adultos mayores.

ETNIA

En Guatemala se encuentran cuatro etnias dominantes: Xinca, Garífuna, Mestiza o Ladina y Maya. En la capital de Guatemala el 59% pertenece a la Mestiza o Ladina (mezcla de dos culturas española e indígena).

IDIOMA

El idioma que más se habla en el departamento de Guatemala es el español.

³ <http://ldmgt.wordpress.com/2010/06/29/mapa-de-la-capital-de-guatemala/>

RELIGIÓN

La religión oficial y predominante es el catolicismo, con libertad de cultos (protestantes y creencias indígenas).

FORMAS DE ATENCION EN SALUD

La población de la ciudad de Guatemala cuenta con los servicios que brindan instituciones como el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Cruz Roja Guatemalteca y sector privado.

Para la atención en salud, el Hogar cuenta con un médico geriatra, con consulta de tres veces por semana, las pacientes son referidas a las diferentes instituciones de salud que se encuentran cercanas: Cruz Roja Guatemalteca, Fundación Pediátrica Guatemalteca, IGSS, en algunos casos al sector privado cuando es necesario.

Son atendidas por un equipo multidisciplinario entre el cual se encuentra personal de enfermería, personal voluntario, personal de la municipalidad de Guatemala y durante los primeros meses de este año se contó con fisioterapia por parte del etesista que presenta este informe.

OTRAS INSTITUCIONES QUE BRINDAN APOYO A LA POBLACION

Los recursos para la manutención del Hogar vienen de diferentes fuentes, como los beneficios obtenidos por el sorteo de un vehículo anualmente. Instituciones como Pollo Campero, donaciones y la colaboración efectiva de las damas que pertenecen a la Asociación amigas de San Vicente.

BARRERAS DE ENTENDIMIENTO ENTRE PROFESIONALES DE SALUD Y SUS PACIENTES

Debido a la edad o problemas de salud de las beneficiarias que se encuentran en el Hogar, se apreciaron las siguientes barreras de comunicación: Problemas auditivos, deterioro cognitivo, problemas visuales, problemas de lenguaje.

EL FISIOTERAPEUTA FRENTE AL CONTEXTO SOCIOCULTURAL DE SU TRABAJO

Es una responsabilidad del fisioterapeuta: la prevención, curación y rehabilitación, como profesionales de la salud. Los fisioterapeutas deben buscar y atender con ética a los pacientes adultos mayores ya que merecen amor y respeto para que tengan una mejor calidad de vida.

DATOS INSTITUCIONALES:

Asociación Amigas de San Vicente

CREACIÓN

A principios de los años 70, cuando la tuberculosis dejó de ser un flagelo para el país, la Asociación Amigas de San Vicente encabezada por Margarita Cruz Ruiz, comprometida en el problema del anciano necesitado de un refugio, cariño y comprensión, inicio el proyecto de crear el HOGAR LAS MARGARITAS para ancianas. Gracias a contribuciones de diferentes personas, a la primera rifa de un carro (Chevrolet Vega 1971) y a diferentes eventos para recaudar fondos, se colocó la primera piedra del Hogar, el 02 de abril de 1971, la obra concluyó en Agosto de 1975, en la 7av 2-36 zona 10, donde funcionó hasta el 10 de Mayo del 2013.

En el año 2006 falleció la principal fundadora del Hogar a los 88 años de edad, después de haber dedicado toda su vida al bienestar de las ancianas, dejando como donación a la Asociación Amigas de San Vicente 7 inmuebles de su propiedad, donde se construyeron las nuevas instalaciones en su honor y como reconocimiento a su amplia labor se cambió el nombre de “HOGAR LAS MARGARITAS” a “HOGAR MARGARITA CRUZ RUIZ”.

FILOSOFIA

Asociación Amigas De San Vicente, es una asociación no lucrativa que se fundó el 1 ° de diciembre de 1950 por un grupo de señoras para apoyar el Sanatorio Antituberculoso San Vicente y tomó a su cargo el Pabellón de Mujeres tuberculosas apoyándolas en todo aspecto (medicinas, comida, servicios médicos, etc.)

UBICACIÓN DEL CENTRO

Nuevas instalaciones en la 2da calle 6-72 zona 1.



TIPOS DE ATENCION QUE PRESTA

Se presta atención multidisciplinaria por:

Personal de enfermería las 24 horas del día

Un médico geriatra tres veces por semana

Personal voluntario

Servicio de lavandería

Alimentación

POBLACION ATENDIDA

El Hogar tiene bajo su cuidado a 49 señoras, no cuenta con una clínica de fisioterapia, entre los diagnósticos más relevantes se puede mencionar: deterioro cognitivo, demencia senil, disminución de capacidad motora y sensorial, depresión, alteraciones del sistema nervioso y eventos cerebro vascular.

NECESIDAD DE INVESTIGACION

Se pudo observar en el Hogar que las pacientes reflejan temor al realizar cualquier actividad, muchas por la dificultad de locomoción producto de su edad, patologia o algún tipo de discapacidad, se tomó en cuenta la necesidad de brindar el apoyo a las ancianas a través de actividades que promuevan la prevención de caídas por medio de la terapia física, encontrando los siguientes inconvenientes:

- Perdida de equilibrio y coordinación por diferentes patologías. Parkinson, Evento Cerebro Vascular, etc.
- Caídas por falta de fuerza y equilibrio en las ancianas que las incapacita temporal o permanentemente perdiendo independencia.

- Rigidez articular por permanecer sin movimiento en sus camas y sillas de ruedas que las mantiene dependientes totalmente.
- Fracturas en miembro superior y miembro inferior a consecuencia de caídas y problema de osteoporosis.
- El síndrome de abandono es otro problema encontrado, porque si el paciente no está bien emocional, física y mentalmente el proceso de rehabilitación suele ser lento.
- Baja autoestima en las pacientes por lo que es necesario alentar para que continúen con su tratamiento.

ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo a lo observado en el Hogar se ve la necesidad de implementar actividades para la prevención de caídas en el adulto mayor y sus posibles consecuencias, a través de terapia física; tomando de base este tema de investigación y verificar el trabajo realizado a través del seguimiento de 2 casos.

OBJETIVO GENERAL

Brindar tratamiento fisioterapéutico a las pacientes del Hogar Margarita Cruz Ruiz, así mismo llevar a cabo un programa de prevención de caídas en el adulto mayor y sus posibles consecuencias, a través de terapia física; para mantener la independencia funcional y calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar el estado físico que ayude al adulto mayor a mantener o maximizar la función cuando la recuperación total no es posible.
- Reeducación para mantener o maximizar el grado de independencia y funcionalidad.
- Mejorar el equilibrio y coordinación para contrarrestar las caídas en las pacientes adultas mayores.

EDUCACION PARA LA SALUD

En plática con administración del Hogar se evidencio la necesidad de orientar al personal de enfermería, sobre el uso de técnicas adecuadas de movilización y traslados de pacientes, por lo que se realizaron charlas de apoyo con presentaciones cada mes.

Al finalizar el periodo de estancia se realizó y brindó una: “Guía para la movilización y traslados del adulto mayor dirigido al personal de enfermería”.

MARCO TEÓRICO

A continuación se presentan los conceptos que sirven como base para el desarrollo del tema elegido para el ETS.

PREVENCION⁴

“Preparar con antelación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño”. La prevención es el resultado de concretar la acción de prevenir,

⁴ <http://www.definicionabc.com/general/prevencion>

la cual implica el tomar las medidas precautorias necesarias y más adecuadas con la misión de contrarrestar un perjuicio o algún daño que pueda producirse.

La prevención se dispone de modo anticipado, antes del momento en que se cree que se producirá la situación peligrosa de la cual hay que defenderse y cuidarse.

Prevención primaria: vacunas, control de presión arterial, estimular el ejercicio, medio ambiente saludable, evitar la obesidad.

Prevención secundaria: pesquisa y detección de factores de riesgo Ej.: hipotiroidismo (TSH), presencia de depresión, fallas sensorial (visión, audición)

Prevención terciaria: para evitar las complicaciones tardías, Ej.: úlceras por decúbito, se debe dar mucho énfasis a mantener la funcionalidad en el diario vivir.⁵

CAÍDAS

“Podríamos definir que caída es un momento involuntario e insospechada donde nos precipitamos hacia el suelo por lo que utilizaremos a continuación la siguiente definición a nuestro parecer la mejor”

La OMS define las caídas como “consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al suelo en contra de su voluntad”. Es el evento caracterizado por la pérdida de estabilidad postural con un desplazamiento del centro de gravedad hacia un nivel inferior, generalmente el piso, sin una previa pérdida de conocimiento y sin pérdida del tono postural, ocurriendo de una manera no intencional.

Las caídas producen en el paciente adulto mayor una elevada morbilidad y mortalidad, siendo un hecho predecible y evitable, debido a que en la mayoría de

⁵ Revista Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención

los casos se trata de una inadaptación entre el adulto mayor y su entorno, teniendo un origen multifactorial; de tal manera que el riesgo de sufrir una caída aumenta linealmente con el número de factores de riesgo existentes.⁶

ADULTO MAYOR⁷

“El concepto de adulto mayor presenta un uso relativamente reciente, ya que ha aparecido como alternativa a los clásicos persona de la tercera edad y anciano”.

Un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando.

Clasificación del Adulto Mayor

- Tercera edad: 60 – 74 años
- Seniles: 75 – 89 años
- Longevos: más de 90 años
- Centenarios: 100 años y más

⁶ Tideiksaar, Rein. “caídas en ancianos: prevención y tratamiento”. Editorial Elsevier.España.2005

⁷ <http://www.definicionabc.com/social/adulto-mayor>

LA MARCHA EN EL ADULTO MAYOR⁸

“Los problemas para caminar en el adulto mayor van a presentar disfunciones en su sistema motor que afectarán su capacidad para trasladarse de un lugar a otro. Esta disminución de la funcionalidad de su caminar, les puede restar independencia y hacerlos susceptibles a caídas”.

La marcha tiene dos componentes principales: equilibrio y locomoción. El equilibrio es la capacidad de adoptar la posición vertical y de mantener la estabilidad. La locomoción es la capacidad de iniciar y mantener un paso rítmico. Los factores que modifican las condiciones de marcha en los pacientes mayores han sido atribuidos a alteraciones del sistema nervioso central y periférico, como la disminución de los neurotransmisores, la dilatación de los ventrículos cerebrales secundario a atrofia, la disminución de fibras musculares de contracción rápida, el apagamiento de las respuestas vestibulares y la pérdida del ADN mitocondrial en las neuronas del putamen, entre otras causas.

Principales efectos de la edad sobre la marcha

- Disminución de la velocidad de la marcha
- Disminución de la longitud del paso
- Disminución de la repetición de movimientos/ritmo al caminar
- Disminución del ángulo del pie con el suelo

⁸ http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/movilidad,_equilibrio_y_caidas_bibliografia.pdf

- Prolongación de la fase bipodal
- Reducción de tiempo de balanceo/tiempo de apoyo
- Aumento de la anchura del paso y disminución de la altura
- Pérdida del balanceo de los brazos
- Reducción de las rotaciones pélvicas
- Menor rotación de cadera y rodilla

Los adultos mayores en general tienen más dificultades para conservar la estabilidad, lo que se manifiesta por la existencia de una “marcha senil” o “marcha cauta”, además se pierden las respuestas protectoras normales o reflejas frente a las caídas, como la extensión de las manos y brazos.

Trastornos de la Marcha

El movimiento del cuerpo usualmente es simétrico. El largo del paso, cadencia, movimiento del tronco, tobillo, rodilla, cadera y pelvis son iguales para ambos lados del cuerpo.

Al haber alteración en esta simetría se presentan los trastornos de la marcha:

- Síntomas de pseudoclaudicación: Dolor, debilidad, parestesias durante la marcha que se alivian al sentarse, pueden ser causados por una estenosis espinal, o neuropatía diabética.
- Dificultades en el inicio de la marcha: Puede representar evidencia de la enfermedad de Parkinson o de una enfermedad subcortical frontal, en el

caso del Parkinson, la bradiquinesia y la rigidez aumenta con la edad una vez iniciada la marcha los pasos son continuos con una pequeña variante en el tiempo del paso.

- Caída del pie (footdrop): Secundario a la debilidad del músculo tibial anterior o a la flexión reducida de rodilla.
- Inestabilidad de tronco: Puede ser causada por alteraciones cerebelosas, subcorticales y de los ganglios basales. En la marcha hemiparética el tronco es inclinado hacia el lado más fuerte para así poder levantar la pelvis contralateral permitiendo a la extremidad con espasticidad levantarse.
- Desviaciones de recorrido: Son indicadores fuertes de los déficits de control motor. La base amplia de sustentación por alteraciones cerebelosas y cambios en el largo de los pasos, sugiere alteraciones frontales o subcorticales.
- Marcha del anciano o "marcha sentado": Se caracteriza por la postura, esta es proyección anterior cefálica (de la cabeza), antepulsión de hombros, cifosis dorsal, antepulsión de pelvis y genuflexum, todo esto consecuencia del sedentarismo asociado a la vejez.

CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR⁹

Las caídas en el adulto mayor constituyen para muchos de ellos la entrada en un período de dependencia e inicio de la invalidez.

Existen factores de riesgo como:

1. Factores socioambientales: Mala iluminación, suelos mojados, escaleras y salidas de ascensores mal ajustados, escaleras autobuses, etc.
2. Alteraciones de la marcha: degeneraciones en los sistemas motores y sensoriales del anciano: la fuerza muscular y asociada al movimiento está reducida, menos sensibilidad posicional de rodillas y tobillos, etc.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR

- La prevención de caídas requiere una combinación del tratamiento médico, rehabilitación, modificación ambiental y de uso de cierta tecnología.
- Los ejercicios individualizados y administrados por profesionales calificados reducen la incidencia de caídas en ancianos.
- Los programas que combinan intervenciones (Hipotensión postural, polifarmacia, equilibrio, transferencia y entrenamiento en la marcha) reducen al incidencia de caídas en pacientes ambulatorios.
- La evaluación de la seguridad domiciliaria (ubicación alfombras, escaleras, muebles, barandales, iluminación) acompañado con programas de

⁹ www.luisbernal.com/fisioterapiaenelanciano

educación y posterior consulta con el médico de atención primaria ó geriatra reducen la incidencia de caídas.

- Evaluar y tratar el déficit visual
- La medicación psicotrópica en ancianos debe revisarse por un especialista apropiado y discontinuar si es posible.
- Los adultos mayores que tienen hipersensibilidad del seno carotideo cardioinhibidor presentan pausas cardiacas que son causa de caídas inexplicables.
- Vivir acompañado y el uso de lentes resultan factores de protección en la prevención de caídas del adulto mayor.
- Fortalecer el ejercicio
- Llevarlo con el especialista con periodicidad para valorar su agudeza visual y auditiva.
- Realizar pruebas de equilibrio y marcha sin olvidar también que entre más fármacos se le administre los efectos secundarios se incrementan y se favorecen los riesgos.¹⁰

LA TERAPIA FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR¹¹

La Terapia Física en el adulto mayor tiene la meta de proporcionar un programa preventivo, correctivo o de mantenimiento donde el objetivo primordial sea la independencia funcional de las personas, para una mejor calidad de vida.

¹⁰ <http://www.cuidatv.gob.mx/>

¹¹ <http://www.terapia-fisica.com/rehabilitacion-del-adulto-mayor.html>

“Shepard* encontró que una actividad física moderada da como resultado que la persona se sienta mejor, lo cual lo lleva a un mejor desarrollo intelectual y sicomotor, se aumenta la autoestima, imagen corporal y disminuyen los niveles de ansiedad, stress y depresión.”¹²

La movilidad mantenida, asistida o estimulada evita mayores lesiones articulares y problemas musculares sobre todo contracturas, pérdida de fuerza y sus consecuencias (trastorno de la marcha, caídas, síndrome de inmovilización). Por lo general la falta de ejercicio suele ser un problema constante en los adultos mayores, esto puede deberse a:

- las comodidades de la vida moderna
- la falta de información
- barreras arbitrarias de la edad para muchas actividades
- el efecto de enfermedades crónicas
- temores
- sobreprotección de la familia o de otros profesionales tratantes.

Por ello el ejercicio supervisado y adecuado es una necesidad terapéutica para el adulto mayor, los ejercicios dirigidos no tienen contraindicación en ningún caso, siendo beneficios incluso en pacientes con problemas cardiacos como insuficiencia coronaria y enfermedad vascular periférica.

Las actividades que el fisioterapeuta puede utilizar con las personas mayores son:

¹² Revista de Dra. Erika Cyrus Barker TF, M.Sc

- Actividades preventivas: Dirigidas sobre todo a evitar el sedentarismo y sus secuelas. Se enseñara a los ancianos ejercicios específicos de tipo respiratorio, coordinación, marcha, equilibrio.
- Actividades terapéuticas: Dependerán del proceso patológico del anciano. Se puede aplicar: Movilizaciones activas o pasivas, ejercicios específicos (coordinación, equilibrio), electroterapia, termoterapia, mecanoterapia, masajes.
- Actividades lúdicas
- Actividades deportivas

PROGRAMA DE ATENCION PARA MEJORAR LA MARCHA

Hay un grupo importante de técnicas terapéuticas para rehabilitar la marcha que tienen las siguientes metas:

1. Mejorar la fuerza muscular en miembros inferiores.
2. Aumentar la estabilidad funcional y el equilibrio para desarrollar la marcha.
3. Facilitar el aprendizaje de los patrones de movimiento normal.
4. Mejorar el control de la postura y el movimiento.
5. Lograr buen control de tronco y de desplazamiento de peso.

Aspectos para la rehabilitación de la marcha

- Antes del reentrenamiento de la marcha los pacientes deben mejorar el arco de movilidad articular y la fuerza muscular.

- Poner especial atención en el fortalecimiento de los siguientes músculos: peroneos (superficial y profundo), tibial anterior, gastronemios, ileopsoas y el tronco.
- El entrenamiento puede iniciar en barras paralelas, cuando el equilibrio del paciente es precario, progresando hasta la marcha con ayudas biomecánicas.
- Algunos pacientes deben llevar un cinturón de asistencia para evitar caídas.
- La reeducación del equilibrio también es parte esencial del proceso. Comienza promoviendo el equilibrio en posición de sedente con apoyo, siga con sin apoyo, bípedo estático, hasta llegar a bípedo dinámico.
- Una vez que el paciente camine con seguridad sobre terreno plano puede iniciarse el reentrenamiento en gradas, y terreno irregular.
- Los pacientes que utilizan ayudas biomecánicas deben aprender técnicas especiales para subir y bajar gradas así como caminar en terreno irregular.
- Al subir gradas se inicia subiendo la extremidad no afectada y se desciende con la pierna afectada.
- Es importante que se le enseñe al paciente la manera correcta de ponerse de pie si se cae, y a que aprenda como utilizar sus ayudas biomecánicas en estos casos.

- La rehabilitación de la marcha enfocan el manejo del espacio donde se vaya a desenvolver el paciente. Esto implica eliminar todo tipo de obstáculos que puedan afectar la marcha del paciente e incluso provocarle un accidente (alfombras, muebles, floreros, juguetes tirados).

CAPITULO II

TECNICAS E INSTRUMENTOS

Población:

35 residentes de diferentes edades de género femenino del Hogar Margarita Cruz Ruiz, que recibieron tratamiento fisioterapéutico, durante el periodo del 06 de enero al 06 de junio 2014.

Muestra:

Se tomó en cuenta 2 pacientes residentes del Hogar Margarita Cruz Ruiz, de sexo femenino, el primero con problemas de síndrome depresivo, alteraciones de la marcha, con 70 años de edad, padece de estreñimiento, incontinencia urinaria y el segundo con deterioro cognitivo y alteraciones de la marcha, con 75 años de edad, aislada social, diabetes.

Recolección de Datos:

- **Hoja de Asistencia:** Utilizada para llevar el control para la estadística mensual de las pacientes a quienes se les brindó atención fisioterapéutica diaria.

- **Hoja de Evaluación:** hoja en la que se documentan los datos a evaluar del paciente amplitud articular y fuerza muscular, etc.
- **Hoja de evolución:** hoja en la que se muestra el control del seguimiento dentro del proceso de rehabilitación.

Procesamiento de datos y presentación de resultados:

De las estadísticas mensuales. Se calcularon datos como: edad, diagnósticos atendidos, número de tratamiento aplicados, modalidades de terapias aplicadas. Toda esta información se tabuló y se procesó mediante gráficas de barra y lineal para luego presentar resultados con su respectivo análisis.

Metodología:

Se realizó el ejercicio técnico supervisado en el Hogar Margarita Cruz Ruiz en una jornada de labores de lunes a viernes de 8:00 am a 14:00 pm, del 6 de enero al 06 de junio del 2014, apoyando con tratamientos fisioterapéuticos.

Se brindó tratamiento a las pacientes, distribuyéndolas según la necesidad de 1, 2 o 3 veces por semana, atendiéndoles en el área de encamamiento, y en los alrededores del hogar; variando el tratamiento de acuerdo a las necesidades de cada caso y respetando el tiempo organizado para el tratamiento fisioterapéutico de cada paciente. Los tratamientos se brindaron haciendo uso de los recursos del Hogar y de las pacientes, ya que no se cuenta con el equipo necesario.

Se revisó el expediente de cada paciente, realizando una evaluación inicial de la cual se creó un protocolo de tratamiento de acuerdo a las necesidades de cada paciente, para brindar tratamiento fisioterapéutico.

Se llevó a cabo un programa preventivo, correctivo y/o de mantenimiento donde el objetivo primordial fue disminuir la incidencia de caídas y sus posibles complicaciones. Desde el inicio en el Hogar se motivó y se formó un grupo de pacientes con las cuales se trabajó con gimnasias a las 10 de la mañana durante 35 minutos, en enero se realizaron en plan diario, en el mes de febrero se cambió a dos veces por semana martes y jueves, lunes y miércoles voluntarios de la municipalidad visitan el hogar para impartir clases de taichí, viernes se realizaron otras actividades ocupacionales.

Las charlas al personal de enfermería se impartieron en grupos de 5 de una hora, se planificó de manera que el día que salieran de trabajar antes de irse recibiera la capacitación esto una vez al mes a partir de febrero.

CAPITULO III

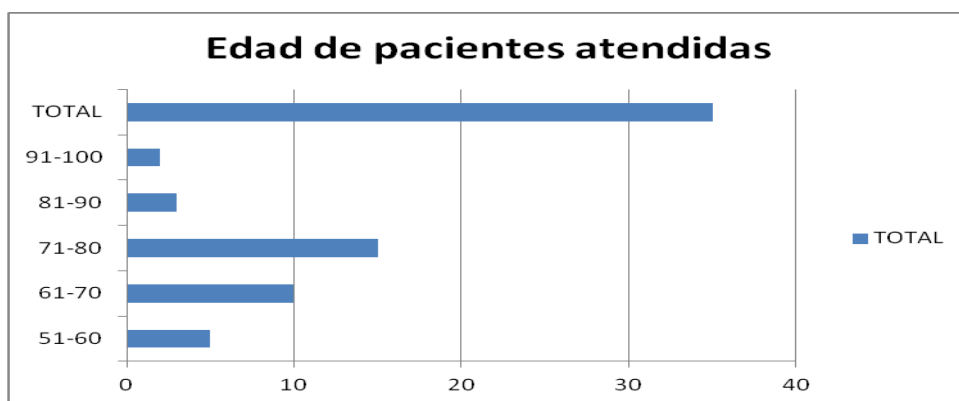
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

A continuación se encontrarán datos de 35 pacientes del Hogar Margarita Cruz Ruiz, distribuidas por: edad, diagnóstico, número de tratamientos individuales y grupales.

CUADRO No. 1
PRESENTACIÓN DE PACIENTES ATENDIDAS POR EDADES
EN HOGAR MARGARITA CRUZ RUIZ

EDAD	TOTAL	%
51-60	5	14.28
61-70	10	28.57
71-80	15	42.86
81-90	3	8.57
91-100	2	5.71
TOTAL	35	99.99

Fuente: Datos obtenidos de estadística mensual del Hogar Margarita Cruz Ruiz, durante el periodo del 06 de enero al 06 junio del 2014.

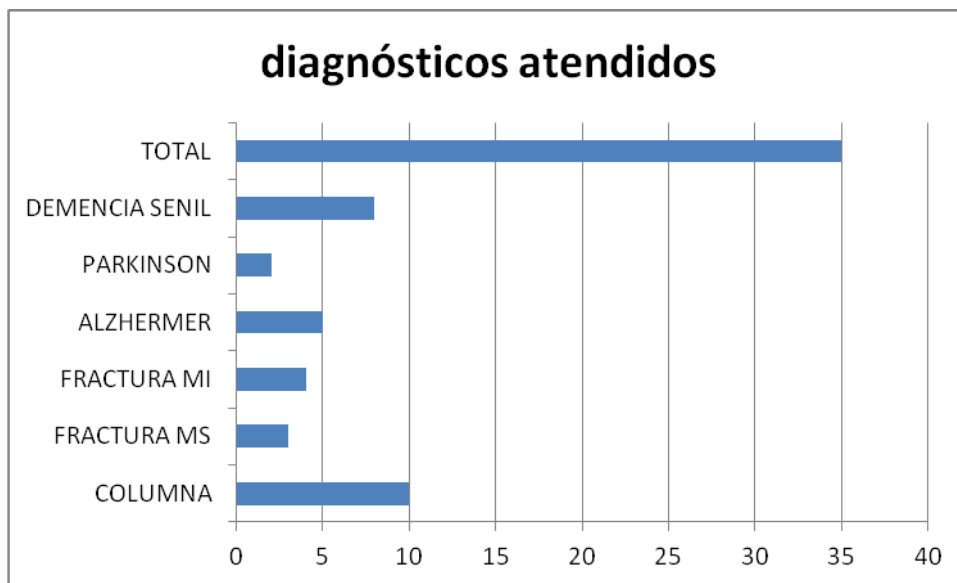


ANÁLISIS: La gráfica muestra que el rango de edad entre 71 años y 80 años tiene el mayor porcentaje de atención con un 42.86%. Una minoría en el rango de 91 años a 100 años con un 5.71%.

CUADRO No. 2
PRESENTACIÓN DE DIAGNÓSTICOS ATENDIDOS POR FISIOTERAPIA
HOGAR MARGARITA CRUZ RUIZ

DIAGNÓSTICO	CANTIDAD	PORCENTAJE
EVENTO CEREBRO VASCULAR	2	5.71%
EMBOLIA CEREBRAL	1	2.85%
LESIONES DE COLUMNA VERTEBRAL	10	28.57%
FRACTURA MS	3	8.57%
FRACTURA MI	4	11.43%
ALZHERMER	5	14.28%
PARKINSON	2	5.71%
DEMENCIA SENIL	8	22.86%
TOTAL	35	100%

FUENTE: Datos obtenidos de estadística mensual del Hogar Margarita Cruz Ruiz, durante el periodo del 06 de enero al 06 junio del 2014.

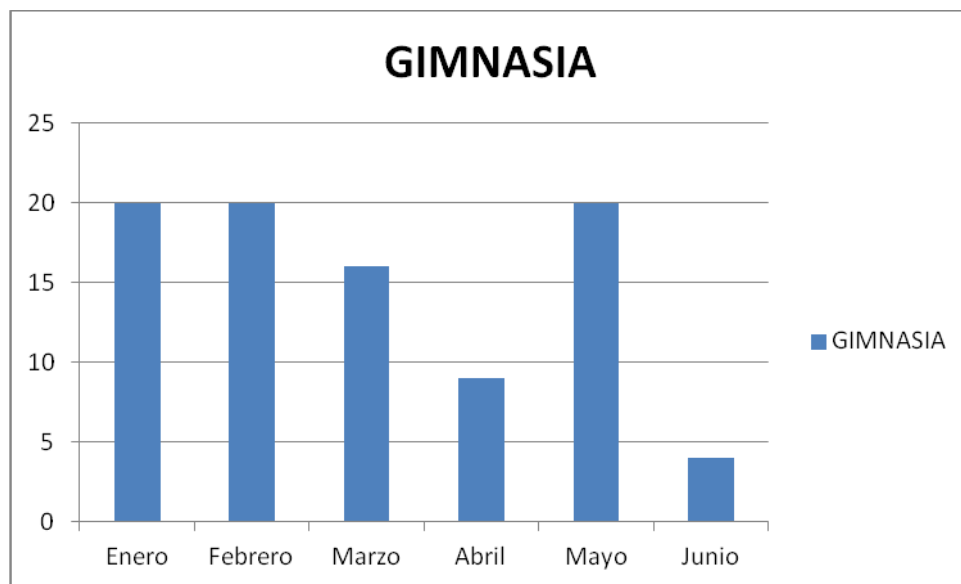


ANÁLISIS: La gráfica muestra los diferentes diagnósticos atendidos en el Hogar; los problemas de columna son los más frecuentes con 28.57% y con menor frecuencia Parkinson con 5.71%. Los demás diagnósticos varían en cantidades y porcentajes.

**CUADRO No. 3
PRESENTACIÓN DE GIMNASIAS REALIZADAS**

MES	GIMNASIA	PORCENTAJE
Enero	20	22.47
Febrero	20	22.47
Marzo	16	17.98
Abril	9	10.11
Mayo	20	22.47
Junio	4	4.49
TOTAL	89	99.99

FUENTE: Datos obtenidos de estadística realizada de forma mensual del Hogar Margarita Cruz Ruiz, durante el periodo del 06 de enero al 06 junio del 2014.

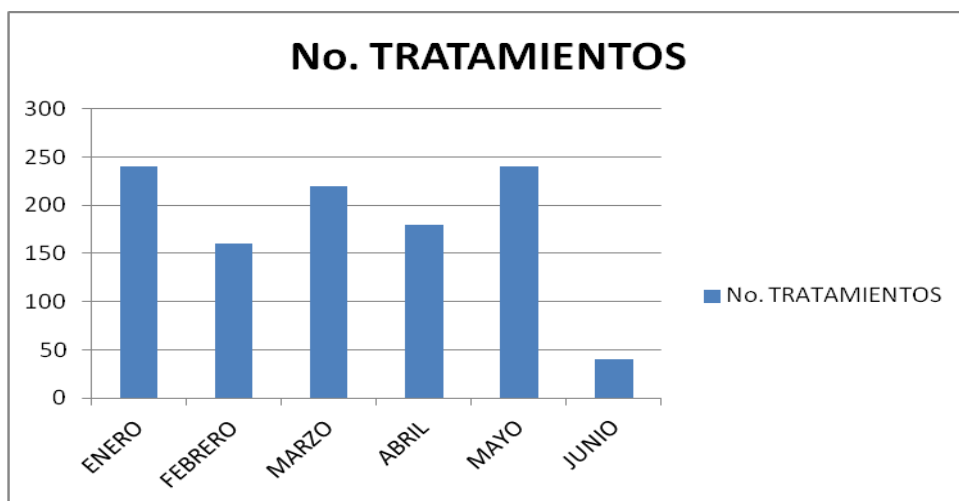


ANÁLISIS: La gráfica puede evidenciar que las gimnasias programadas en los meses de enero, febrero y mayo se brindaron en un porcentaje de 22.47% para el mes de marzo se brindó un porcentaje de 17.98%, mientras que en abril vario por el tiempo de Semana Santa y junio que termino ETS la primera semana.

CUADRO No.4
PRESENTACIÓN DE TRATAMIENTOS INDIVIDUALES APLICADOS POR MES
HOGAR MARGARITA CRUZ RUIZ

MES	No. TRATAMIENTOS	%
ENERO	240	22.22
FEBRERO	160	14.81
MARZO	220	20.37
ABRIL	180	16.66
MAYO	240	22.22
JUNIO	40	3.7
TOTAL	1080	99.98

FUENTE: Datos obtenidos de estadística realizada de forma mensual del Hogar Margarita Cruz Ruiz, durante el periodo del 06 de enero al 06 junio del 2014.



ANÁLISIS: La gráfica puede evidenciar que en el mes de enero y mayo se brindó el mayor porcentaje de tratamientos, correspondiendo en ambos meses un 22.22%; en marzo se redujo a un porcentaje de 20.37% de tratamientos, mientras que en febrero y abril variaron los tratamientos en porcentajes por diferentes actividades; el mes de junio cuenta con un porcentaje de 3.7%, debido a que la practica concluyó el día 6 del mes.

CUADRO No. 5
PRESENTACION DE TRATAMIENTOS INDIVIDUALES Y GRUPALES

Tratamiento	No.	%
Individual	1080	40.27
Grupal	1602	59.73
Total	2682	100

FUENTE: Datos obtenidos de estadística realizada de forma mensual del Hogar Margarita Cruz Ruiz, durante el periodo del 06 de enero al 06 junio del 2014.



ANÁLISIS: La gráfica muestra que durante el E.T.S. el menor porcentaje de tratamientos fue el individual con un 40.27% y en mayor el tratamiento grupal con un 59.73%.|

SEGUIMIENTO DE CASOS

Nombre: Caso #1

Edad: 70 años

Sexo: Femenino

Diagnostico: 1. Síndrome depresivo. 2. Alteraciones de la marcha.

Historia Clínica:

Paciente referida por dificultad para levantarse del asiento y lentitud al caminar. La movilización de las extremidades muestra contracturas. Se dio inicio con tratamiento fisioterapéutico preventivo a caídas.

1ra Evaluación 08/01/2014

La paciente presenta amplitudes articulares en los miembros superiores limitadas, presenta fuerza muscular en grado 2+. En los miembros inferiores presenta limitación en cadera, rodilla y tobillo debido a rigidez, fuerza muscular en grado 3, acortamiento de isquiotibiales. Ambula con bastón, alteración de la marcha. En tronco inclinación hacia adelante (cifosis).

La paciente presenta dificultad en el desarrollo de sus actividades de la vida: ejemplo: llevarse los alimentos a la boca utilizando los cubiertos, beber agua del vaso sin derramarla, dificultades para la realización de su arreglo personal e higiene, no quiere caminar por miedo a caerse, por lo que se mantiene acostada, presenta desamino ante sus dificultades de no poder valerse por sí misma.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Relajación muscular aplicando medios físicos
- Aumentar amplitudes articulares por medio de la movilidad
- Mejorar fuerza muscular por medio de ejercicios de fortalecimiento
- Mejorar coordinación y equilibrio para prevenir posibles caídas
- Reeducación de la marcha para evitar posibles caídas
- Ejercicios de estiramiento para corregir acortamiento de isquiotibiales

TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO

- Empaque eléctrico por veinte minutos, para relajar musculatura de los miembros inferiores.
- Ejercicios Activo- Asistidos.
- Ejercicios de coordinación y equilibrio sentada en silla

2da Evaluación 21/03/2014

Paciente mostró mejoría en las amplitudes articulares y fuerza muscular subió a grado 3; miembros inferiores se logró reducir contracturas y acortamiento de isquiotibiales, regular mejoría de la coordinación y equilibrio.

TRATAMIENTO:

Se le agregan ejercicios activo-resistidos; se inicia proceso de levantarse para ambular con ayuda de bastón y corrección de la marcha, al tratamiento anterior.

3ra. Evaluación 30/05/2014

La paciente presenta mejoría en amplitudes articulares completas y fuerza muscular grado 4. La coordinación y el equilibrio mejoraron a buena. La marcha fue corregida. Por lo que se observó mayor seguridad al desplazarse sin riesgo de caídas.

La paciente presentó mejoría en el desarrollo de sus actividades de la vida diaria, ejemplo: alimentarse utilizando cubiertos, beber agua de un vaso sin derramarla, agarrar objetos.

La evolución es satisfactoria se encuentra más animada para realizar actividades y salir de su habitación.

Nombre: Caso #2

Edad: 75 años

Diagnóstico: Depresión, problemas de deterioro cognitivo y alteraciones de la marcha

HISTORIA CLINICA:

Paciente referida por cambios de conducta a partir del traslado del Hogar, no sale de su habitación, no quiere realizar ninguna actividad se la pasa viendo televisión o durmiendo, por lo que esta perdiendo movilidad y fuerza; piden de la ayuda de fisioterapia para iniciar plan de ejercicios individuales. Se inicia tratamiento fisioterapéutico.

1ra Evaluación 08/01/2014

La paciente presenta amplitudes articulares en miembros superiores e inferiores normales; fuerza muscular en grados 3. No refiere dolor en ningún área de su cuerpo, solo que se siente triste.

No Presenta dificultades en la realización de sus actividades de la vida diaria.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Mejorar y mantener amplitudes articulares
- Mejorar fuerza muscular con ejercicios de fortalecimiento y estiramiento.
- Mejorar coordinación y equilibrio para prevención de caídas.

- Retorno a las actividades de la vida diaria y a la actividad física.

TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO

- Ejercicios activos asistidos y libres
- Ejercicios de coordinación y equilibrio
- Gimnasias cerebrales y Gimnasias grupales

El tratamiento se realizó durante todo el tiempo que se estuvo en ETS, dos veces por semana.

Para la gimnasia grupal se le invitó para que asistiera y conforme se fue ganando confianza ella salió de su habitación.

La paciente presentó mejoría en el desarrollo de los ejercicios y se mantuvo activa.

Se logró el retorno a la actividad física y a sus actividades de la vida diaria. Se logró prevenir el deterioro que la inmovilidad que conlleva y el riesgo de caídas.

ANÁLISIS DE CASOS

A cada paciente se le atendía en su habitación y en las diferentes áreas del Hogar Margarita Cruz Ruiz, incentivándolas en su proceso de rehabilitación.

Todo fue posible gracias a la utilización de los medios físicos, que nos brinda la fisioterapia como empaques eléctricos y masaje los cuales fueron efectivos para aliviar el dolor referido por las pacientes, la cinesiterapia para la recuperación de

amplitud articular, fuerza muscular, ambulaci3n, coordinaci3n y equilibrio, mejorando la calidad de vida del adulto mayor dentro del Hogar.

El cari3o expresado de parte de las se3oras hacia el servicio de fisioterapia se concluye con experiencias de agradecimiento por la ayuda, colaboraci3n y deja la satisfacci3n de que la base de cada plan de tratamiento es hacerlo todo con amor.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

Durante el Ejercicio Técnico Supervisado se llegó a las siguientes conclusiones:

- Se brindó atención fisioterapéutica grupal e individual con un número de 2682 tratamientos a las 35 residentes del Hogar durante el periodo comprendido del 06 enero al 06 de junio del 2014. la mayor cantidad de residentes atendidas esta entre el rango de edad de 71 a 80 años con un 43% y de 61 a 70 años con un 28%.
- Los diagnósticos de mayor atención dentro del hogar se dio a lesiones de columna vertebral con un 28.57% y demencia senil 22.86%. Otros diagnósticos atendidos fueron: Párkinson 5.71%, Alzhéimer 14.28%, evento cerebro vascular 5.71%, embolia cerebral 2.85% y fracturas tanto de miembro superior 8.57% inferior 11.43%.
- Se realizó un programa de terapia grupal o movilidad sostenida, con el objetivo de mantener la mejor condición física posible y la disminución del riesgo de caídas, a través de las gimnasias impartidas a las adultas mayores.
- Se brindó atención asistida y estimulada con el fin de evitar lesiones articulares para evitar la pérdida de fuerza y sus consecuencias, entre ellas

las caídas, en los diagnósticos de: Párkinson, Alzhéimer, evento cerebro vascular, embolia cerebral y fracturas inferior.

- Se logró mejorar el estado físico, ayudando a las residentes a mantener y/o maximizar la función cuando la recuperación total no era posible como en los diagnósticos de Alzhéimer y Párkinson, en un total de 7 pacientes del Hogar.
- En los dos casos que se presentan como muestra, se logró mantener y maximizar el grado de independencia y funcionalidad, mejorando el equilibrio y coordinación, contrarrestando de esta manera el riesgo de caídas y otros que la falta de movilidad ocasiona.

RECOMENDACIONES

- A la Escuela de Terapia Física, Ocupacional y especial “Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez”, que continúe con el programa de Ejercicio Técnico Supervisado (ETS) en el Hogar Margarita Cruz Ruiz, ya que las pacientes ameritan tratamiento adecuado.
- Al Hogar Margarita Cruz Ruiz que implemente una clínica de fisioterapia, para el adecuado tratamiento de cada paciente residente.
- A la administración del Hogar Margarita Cruz Ruiz, que mantenga capacitaciones de formación hacia el personal de enfermería, para que tengan una mejora continúa de su atención y servicio hacia las pacientes adultas mayores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado Ojeda, María Antonia. “Rehabilitación y fisioterapia en geriatría”2ed.Editorial Formación Alcalá, 2004. Pag.439
2. Tideiksaar, Rein. “caídas en ancianos: prevención y tratamiento”. Editorial Elsevier.España.2005

E-GRAFIAS

1. es.wikipedia.org/wiki/Guatemala
2. <http://mapasdeguatemala.com/turismo/2010/09/centro-historico-de-guatemala/>
3. <http://lldmgt.wordpress.com/2010/06/29/mapa-de-la-capital-de-guatemala/>
4. <http://www.definicionabc.com/general/prevencion>
5. Revista Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención
6. <http://www.definicionabc.com/social/adulto-mayor>
7. www.luisbernal.com/fisioterapiaenelanciano
8. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/movilidad,_equilibrio_y_caidas_bibliografia.pdf
9. <http://www.efisioterapia.com>
10. http://www.biomecnica_tecnicas
11. <http://www.terapia-fisica.com/rehabilitacion-del-adulto-mayor.html>

ANEXOS

“HOGAR MARGARITA CRUZ RUIZ”
EVALUACION FISIOTERAPEUTICA DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE _____ EDAD ___ AÑOS
DIAGNOSTICO _____

FECHA DE EVALUACION _____

AREA	MIEMBROS SUPERIORES						AREA	MIEMBROS INFERIORES					
	DERECHO			IZQUIERDO				DERECHO			IZQUIERDO		
A.A.							A.A.						
F.M.							F.M.						
DOLOR							DOLOR						
SENSIBILIDAD							SENSIBILIDAD						
COORDINACION							COORDINACION						
							EQUILIBRIO						
							MARCHA						
							AMBULACION						

COMENTARIOS: _____

TRONCO
PROBLEMAS:

POSTURA

SUPINO	SENTADA	PIE

BARRERA DE ENTENDIMIENTO

LENGUAJE	VISION	AUDICION	DEMENCIA

ESTADO GENERAL

COOPERADOR	
INDIFERENTE	
DEPRESIVO	
NEGATIVO	
AGRESIVO	
EUFORICO	
INESTABLE	

ESTADO DE SALUD

HIPERTENSO	PROBLEMAS CARDIACOS	PROBLEMAS RESPIRATORIOS	MAREO	DEBILIDAD

OBJETIVOS

TRATAMIENTO

NOMBRE F.T. _____

HOGAR MARGARITA CRUZ RUIZ

ETS (Ejercicio Técnico Supervisado) Enero-Junio

HOJA DE EVOLUCION

Nombre _____

Edad _____

Diagnóstico _____

Fecha _____

Evolución:

**LISTADO ASISTENCIA Y TRATAMIENTOS FISIOTERAPIA
PACIENTES HOGAR MARGARITA CRUZ RUIZ**

MES SEMANA DEL AL

	NOMBRE	LUNES	MARTES	MIERCO	JUEVES	VIERNES
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

Movilización del paciente ayudado por una sábana

Se realiza entre dos personas, situados uno a cada lado de la cama.



Movilización de pacientes con importantes limitaciones de movilidad

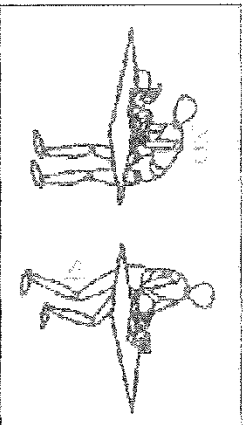
Igualmente la movilización proporciona comodidad al paciente. Para ello el profesional debe colaborar en que:

- o Las sábanas estén limpias, secas y bien estiradas.
- o Las zonas de mayor presión corporal estén protegidas.



Normas biomecánicas de las movilizaciones y transferencias

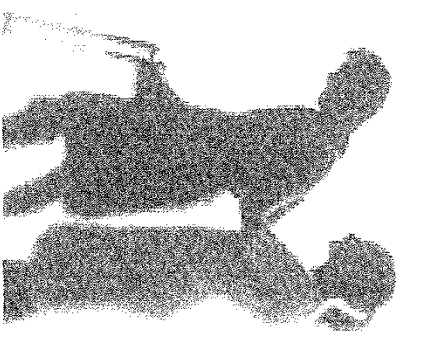
1. Mantener la espalda recta
2. Flexionar las piernas (caderas y rodillas)
3. Aproximar el cuerpo de la persona a la que se está ayudando.
4. se debe mantener su cuerpo muy cerca del propio cuerpo, así se reparte mejor la carga.
5. Seguridad en el agarre. para evitar caídas.
6. Ampliar la base. Los pies de la persona que ayuda deben estar separados para aumentar el equilibrio, dirigiendo una de las puntas de los pies en la dirección del movimiento y la otra ligeramente flexionada para realizar el desplazamiento con las piernas y no forzar la espalda.
7. Sincronizar los movimientos. Se debe crear un contrapeso al trasladar a la persona, realizando los movimientos al mismo tiempo, reduce su peso a menos de la mitad.
8. Si el objeto es demasiado pesado para una persona, deben coordinarse entre ellos contando, uno, dos, tres, arriba.



MINISTERIO DE SALUD
PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

MOVILIZACIÓN Y
TRASLADOS

"GUÍA PARA LA
MOVILIZACIÓN Y TRASLADOS
DEL ADULTO MAYOR
DIRIGIDO AL PERSONAL DE
ENFERMERÍA".



HOGAR MARGARITA CRUZ RUIZ

Principios básicos

1. Adaptar el medio.
2. Colaboración del paciente.
3. Orientar al paciente.
4. Emplear un único auxiliar
5. Basar la movilización en el contacto.
6. Hablar poco.
7. Moverse simultáneamente y en dirección al desplazamiento.
8. Postura
9. Movilizar imitando el movimiento del cuerpo humano.
10. No mover todo el cuerpo a la vez.
11. No levantar pesos.
12. No hacer daño al paciente.
13. Mantener el cuerpo del paciente bien alineado.

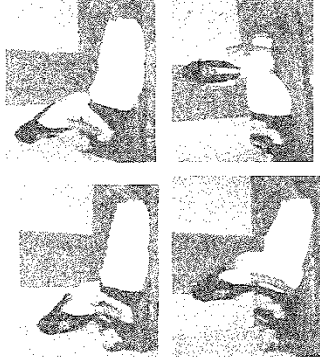
Técnicas de movilización de pacientes.

a) Acostado Boca arriba ha Acostado de lado

- Colocar los brazos hacia el lado a mover
- Doblar o cruzar la pierna lejana
- Girar al paciente del brazo y muslo hacia donde lo moverá.



- b) Movilización hacia un lateral de la cama.
- Tomar por debajo de los hombros y deslizar a donde se moverá.
 - Tomar luego por debajo de los glúteos deslizar



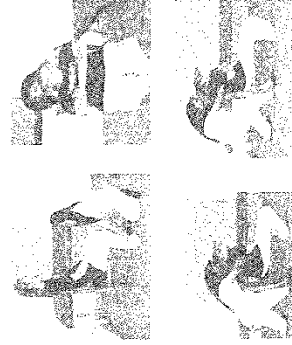
c) Sentar al paciente en el borde de la cama.

De acostado de lado se toma por detrás del hombro y por los muslos al mismo tiempo, se lleva a sentado.



d) Sentar correctamente al paciente en la silla.

Alinear el cuerpo del paciente ; luego colocarse por detrás y jalar hacia uno.



- e) Colocar al paciente en el borde de la silla
Halar por hombro y cadera para llevar al borde de la silla.



Técnicas de transferencia de pacientes.

a) Pasar de la posición de sentado a la bipedestación.

Tomar debajo de las axilas , colocamos una pierna nuestra por medio de las dos del paciente doblamos nuestras piernas una delante y otra detrás y halamos hacia nosotros.



b) Pasar de la bipedestación a la posición de sentado. Esta técnica se realiza igual que la anterior pero en sentido contrario.

c) Pasar de una superficie a otra desde la posición de sentado.

