

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE**  
**TECNOLOGÍA MÉDICA**



Efectividad de un programa fisioterapéutico integral en  
pacientes de atención domiciliaria, Hospital III EsSalud  
Chimbote, 2018.

Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Tecnología  
Médica en Terapia Física y Rehabilitación

Autora

Periche Buiza, Llúvica Yuleysi

ASESORA

Lic. Rosa Victoria Rodriguez Martinez

**CHIMBOTE - PERU**  
**2018**

## **TITULO DE INVESTIGACIÓN**

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA FISIOTERAPEUTICO INTEGRAL EN  
PACIENTES DE ATENCIÓN DOMICILIARIA, HOSPITAL III ESSALUD  
CHIMBOTE, 2018

**Palabra claves: Programa fisioterapéutico integral, atención domiciliaria.**

**Keywords : Physiotherapeutic program integral, home care.**

**Línea de investigación:** Ciencias Médica y de la Salud.

Ciencias de la Salud.

Salud Pública.

## DEDICATORIA

En primer lugar a Dios por darme fortaleza, sabiduría y salud; porque sin el nada es posible no hubiera alcanzado a lograr mis metas, por no abandonarme y estar conmigo en los momentos buenos y malos.

A mis dos ángeles: Gregorio Periche, Hermita Periche porque sé que desde el cielo están conmigo aplaudiendo mi esfuerzo, pero fue su ausencia que me dió la fuerza a salir adelante, para que en donde estén se sientan orgullosos.

A mis padres, abuela por su apoyo incondicional, por los consejos de cada día, por estar conmigo en este trayecto de mi formación como profesional, por sus enseñanzas, valores y comprensión porque a pesar de todos mis errores e dificultades estuvieron allí dándome la mano a no bajar la cabeza y salir adelante.

A mi esposo e hijo que son mi motor para cumplir mis metas y sueños para darle a mi hijo un ejemplo de superación, mi esfuerzo de cada día es para que se sientan orgullosos de mí.

## **AGRADECIMIENTO**

A dios por ser mi guía por vigilar mi camino y darme sabiduría para culminar con mis objetivos dados en el este trabajo de investigación donde los beneficiados son los usuarios adulto mayor del programa de atención domiciliaria.

A mi asesora la Lic. Rosa Victoria Rodríguez Martínez por su apoyo, orientación y consejos por su dedicación y tiempo que se empleó en la realización del trabajo de investigación.

A las licenciadas (os) que me ayudaron en la realización del trabajo de investigación con sus consejos, que me permitieron trabajar junto con ellos en el Programa de Atención Domiciliaria.

Al Hospital III EsSalud Chimbote, al paciente del Programa de Atención Domiciliaria y a su cuidador, por acogernos amablemente en su casa, permitiendo así la ejecución del presente trabajo investigador.

Llúvica Yuleysi Periche Buiza.

## **DERECHO DE AUTORIA**

Se observa esta propiedad intelectual y la información de los derechos de la autora en el DECRETO LEGISLATIVO 822 de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, solo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener nuestra autorización correspondiente.

La Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las precauciones razonables para verificar la información contenida y cada detalle adicional.

- AUTORA:

PERICHE BUIZA LLÚVICA YULEYSI.

## **PRESENTACIÓN**

La presente investigación es el resultado final de un arduo trabajo, es por ello que para su realización fue necesaria mucho empeño, dedicación y esfuerzo.

Como autora me complace presentar el informe de tesis titulado “Efectividad de un programa fisioterapéutico integral en pacientes de Atención Domiciliaria, Hospital III EsSalud Chimbote 2018”; La cual fue desarrollada en el programa de atención domiciliaria (PADOMI) contando con la colaboración del personal del área de Medicina Física y Rehabilitación, Paciente del programa, y familiar de dicho paciente.

En ello se encuentra detallado el programa fisioterapéutico integral que consta de ejercicios terapéuticos, ayudas biomecánicas, adaptaciones para el hogar, reeducación postural, Educación para el autocuidado y ayuda para las actividades básicas de la vida diaria.

Así el proceso de investigación consta de siete capítulos, donde se detalla las investigaciones anteriores que realizaron sobre los programa de atención domiciliaria, así también los materiales y la metodología para la investigación, los resultados en la que se representa mediante tablas y gráficos, análisis y la discusión, conclusiones y recomendaciones que se debe de tener en cuenta, referencias bibliográficas y anexos donde se evidencia el desarrollo del programa y los instrumentos que se utilizaron para la investigación.

Dado por concluidos espero que esta investigación sirva como referencia para que los estudiantes, docentes recopilen información para las futuras investigaciones, ya que es algo primordial en la Rehabilitación del adulto mayor.

## INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA .....	III
AGRADECIMIENTO .....	IV
DERECHO DE AUTORIA .....	V
PRESENTACIÓN .....	VI
INDICE DE CONTENIDO .....	VII
RESUMEN .....	XI
ABSTRACT.....	XIII
ICAPITULO .....	14
INTRODUCCIÓN .....	14
1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACION CIENTIFICA: .....	14
2.- MARCO TEORICO.....	21
Anciano frágil .....	21
Envejecimiento .....	22
Cambios biológicos del envejecimiento .....	22
Cambios psicológicos del envejecimiento.....	24
Cambios sociales del envejecimiento .....	25
¿Qué es la discapacidad? .....	26
Clasificación de la capacidad funcional según el Índice de Barthel.....	27
¿Qué es el adulto mayor?.....	27
¿Qué es la atención domiciliaria? .....	28
Características de la atención domiciliaria .....	28
Factores de riesgos en la atención domiciliaria.....	29
Síndrome de inmovilidad.....	29
Consecuencia del síndrome de inmovilidad .....	30
¿Qué es calidad de vida?.....	30
¿Qué es PADOMI? .....	31
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	31
4.- JUSTIFICACIÓN.....	32



5.- OBJETIVOS .....	32
5.1 OBJETIVO GENERAL:.....	32
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS: .....	33
6.- HIPÓTESIS .....	33
7.- CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	33
CAPITULO III.....	34
MATERIAL Y METODO.....	34
3.1 Tipo y Diseño de Investigación .....	34
3.2 Población y Muestra .....	34
3.3. Técnicas e Instrumento de Investigación.....	35
3.4. Procedimiento para la recolección de datos.....	37
3.5. Protección de los derechos humanos de los sujetos de estudio. ....	38
3.6. Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de datos.....	38
CAPITULO IV .....	39
ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....	39
4.1 RESULTADOS .....	39
CUADRO N° 1.1 Distribución de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018 según grupo etareos. ...	39
FIG. N°1.1 Porcentaje de los grupos etáreos de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018. ....	39
CUADRO N°1.2.- Distribución de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018 según sexo.....	40
FIG.N°1.2.- Porcentaje del sexo de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III Essalud Chimbote 2018.....	40
CUADRO N° 1.3.- Distribución de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018 según patología. ....	41
FIG N° 1.3 Porcentaje de la patología de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018. ....	41
CUADRO N° 2.1- Evaluación de la capacidad funcional de los pacientes adultos mayores del programa de atencion domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018 antes del programa fisioterapeutico integral.....	42

FIG N° 2.1 Porcentaje de la evaluación de la capacidad funcional de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018 antes del programa fisioterapéutico integral. ....	42
CUADRO N° 2.2.- Evaluación de la capacidad funcional de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018 después del programa fisioterapéutico integral. ....	43
FIG N°2.2 Porcentaje de la evaluación de la capacidad funcional de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018 después del programa fisioterapéutico integral.....	43
CUADRO 3.1- Evaluación de la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018 antes del programa fisioterapéutico integral. ....	44
FIG N° 3.1 Porcentaje de la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018 antes del programa fisioterapéutico integral .....	44
CUADRO N° 3.2.- Evaluación de la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III Essalud Chimbote 2018 después del programa fisioterapéutico integral. ....	45
FIG N° 3.2 Porcentaje de la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018 después del programa fisioterapéutico integral. ....	45
CUADRO 4.1- Aplicación del programa fisioterapéutico integral a los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018.....	46
Figura N° 4: Comparación promedio de la aplicación del programa fisioterapéutico integral a los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018. ....	46
CUADRO N° 4.2- Aplicación del programa fisioterapéutico integral a los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018.....	47
Figura N ° 4 Comparación promedio de la aplicación del programa fisioterapéutico integral a los pacientes adultos mayores de PADOMI del Hospital III EsSalud Chimbote 2018.....	47
4.2. Análisis y discusión .....	48
CAPITULO V .....	51
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES .....	51

5.1. CONCLUSIÓN.....	51
5.2. RECOMENDACIONES.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	53
ANEXOS .....	56
ANEXO N° 01 CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	57
ANEXO N° 02 MATRIZ DE CONSISTENCIA: .....	58
ANEXO N° 03 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO.....	61
ANEXO N° 04 FICHA DE RECOLECCION DE DATOS .....	65
ANEXOS N° 05 INDICE DE BARTHEL .....	66
ANEXO N° 06 ESCALA DE FUMAT .....	68
ANEXO N° 07 AUTORIZXACIÓN.....	73
ANEXO N° 08 EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS .....	74

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado “Efectividad de un programa fisioterapéutico integral en pacientes de Atención Domiciliaria, Hospital III EsSalud Chimbote 2018” donde surgió por la alta incidencia de cuidadores principales del usuario de PADOMI manifestando su incomodidad por la falta de atención a su familiar así nació esta idea donde como objetivo general fue Determinar la efectividad de un programa fisioterapéutico integral para adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018.

Es una Investigación Aplicada y de corte longitudinal. Se realizó en el Programa de Atención domiciliaria (PADOMI) Hospital III Chimbote EsSalud, durante los meses de Enero –Abril 2018. La población estuvo constituida de 50 pacientes teniendo en cuenta los criterios de Inclusión y exclusión, se estudiaron 20 pacientes, para la recolección de datos se utilizaron los siguientes instrumentos: Ficha de recolección de datos; Índice de Barthel; Escala de Fumat. Se hicieron valoraciones antes y al final del programa y se compararon los resultados. Los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS versión 20.0, obteniendo las siguientes conclusiones:

En la evaluación de la capacidad funcional antes del programa fisioterapéutico integral el (70,0%) de los pacientes adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria presentó un grado dependencia funcional severa, seguido la dependencia funcional total con un (25%), y el (5%) una dependencia moderada. En la evaluación después del programa fisioterapéutico integral se presentó una mejoría en los pacientes reduciendo de una dependencia severa a dependencia moderada con un (55%); como también mejoró a un 40 % dependencia severa de capacidad funcional en relación a la dependencia funcional total y el 5% aumentó su capacidad funcional a un grado de dependencia modera a leve.

En la evaluación de la calidad de vida antes del programa fisioterapéutico integral se observó que el 55% de los pacientes del programa de atención domiciliaria, se encuentran con una calidad de vida de nivel medio y el 45 % se encuentran en un nivel bajo; En la evaluación después del tratamiento se observó que aumentó su nivel

de calidad de Vida de los pacientes a un 70% encontrándose en un nivel alto con respecto al nivel medio, los pacientes que estuvieron en un nivel bajo aumento su calidad de vida a un 25 % encontrándose en un nivel medio, así como también el 5 % presentaron un bajo nivel de su calidad de Vida.

Como conclusión es que el programa fisioterapéutico integral fue efectivo para los pacientes adultos mayores, ya que contribuyó positivamente en la rehabilitación de los pacientes del programa de atención domiciliaria Hospital III EsSalud – 2018.

## **ABSTRACT**

The present research work entitled "Effectiveness of a comprehensive physiotherapy program in Home Care patients, Hospital III EsSalud Chimbote 2018" where it arose due to the high incidence of PADOMI's main caregivers, expressing their discomfort due to the lack of attention to their family member. This idea was born where the general objective was to determine the effectiveness of a comprehensive physiotherapy program for older adults of the home care program of Hospital III EsSalud Chimbote 2018.

It is an Applied Research and longitudinal cut. It was carried out in the Home Care Program (PADOMI) Hospital III Chimbote EsSalud, during the months of January - April 2018. The population was constituted of 50 patients taking into account the Inclusion and exclusion criteria, 20 patients were studied, for the collection The following instruments were used for data: Data collection card; Barthel Index; Fumat scale. Valuations were made before and at the end of the program and the results were compared. The data were processed in the statistical package SPSS version 20.0, obtaining the following conclusions:

In the evaluation of the functional capacity before the integral physiotherapy program, (70.0%) of the elderly patients of the Home Care Program presented a severe functional dependence degree, followed by the total functional dependency with one (25%), and the (5%) a moderate dependency. In the evaluation after the comprehensive physiotherapeutic program, there was an improvement in the patients, reducing from a severe dependence to moderate dependence with one (55%); as it also improved to 40% severe dependence on functional capacity in relation to total functional dependence and 5% increased its functional capacity to a moderate to mild degree of dependence.

In the evaluation of the quality of life before the integral physiotherapy program, it was observed that 55% of the patients of the home care program, have a quality of life of medium level and 45% are in a low level; In the evaluation after the treatment it was observed that it increased its level of quality of life of the patients to 70%

being found in a high level with respect to the average level, the patients who were in a low level increased their quality of life to a 25 % meeting at a medium level, as well as 5% presented a low level of their quality of life.

As a conclusion, the integral physiotherapeutic program was effective for elderly patients, since it contributed positively in the rehabilitation of patients in the Hospital III EsSalud home care program - 2018.

# I CAPITULO

## INTRODUCCIÓN

### 1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

En el ámbito internacional se encontraron los siguientes trabajos de investigación relacionados con las variables del presente estudio:

Según (Gomez, 2010) dijo que la edad aumenta la prevalencia de enfermedades degenerativas e incapacitantes, por ello posee importantes implicaciones sanitarias, sociales, económicas y políticas así como, (Spector, Katz, Murphy, & Fulton, 1987) dijo que discapacidad se asocia con un aumento de la mortalidad y conduce a mayores tasas de resultados adversos, como hospitalización, ingreso a un hogar de ancianos y uso de servicios domiciliarios formales e informales, supone una carga sustancial para las personas de edad, los cuidadores informales y los recursos de atención médica.

En Ecuador según encuestas realizadas solo el 33% de la población con discapacidad recibe tratamiento de rehabilitación integral (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, CONADIS, 2016)

(Lavinsky, 2004) Por lo tanto, el cuidado ofrecido por familiares a pacientes en el domicilio es una realidad, pues, cuando éstos salen de las instituciones hospitalarias después de haber tenido una enfermedad que acarrea secuelas o algún tipo de enfermedad incapacitante, aun requieren atenciones. Esto ocurre porque la mayoría de la población no dispone de recursos financieros que le permita añadir al presupuesto mensual el coste de la contratación de una empresa o profesional particular. Técnicamente listo para la prestación de atenciones en el domicilio; por lo que, la necesidad de cuidar ocurre más de una imposición circunstancial que de una elección.

Según (Ingles, 1999) expuso que las fisioterapias domiciliarias recogidas en la literatura se centran en tres aspectos. En primer lugar, garantizar el acceso de una práctica asistencial a la población que por sus características no puede ser atendida en el centro de referencia; en segundo lugar, promover la participación de la familia,



dándoles pautas de comportamiento para facilitar la recuperación y en tercer lugar, asesorar a otros grupos profesionales que realizan atención domiciliaria.

**En el centro de Salud “El Palo” en la Ciudad de Málaga (España) realizaron una investigación:** “Evaluación de la atención domiciliaria en los pacientes incapacitados” donde como objetivo general fue evaluar la atención domiciliaria en los pacientes incapacitados y mejorar la calidad atención prestada, el grupo de estudio estuvo conformado por 467 pacientes que conforman el programa de incapacitados donde consistió en evaluar la valoración de riesgos de caída se definió en como refleja en la historia clínica si se ha indagado sobre el riesgo de caída del, consistió también en la valoración a la cuidadora se definió en como refleja en la historia clínica la cuidadora principal y su valoración, así como también la valoración funcional del incapacitado se definió en cómo refleja en la historia al menos una valoración funcional anual por alguna escala, cómo: Barthel, Lawton, Pfeiffer, Yesavage, Social, Test de informador, Lobo, Isaacs y Kats. Como resultados obtenidos fue que la edad media es de 80 años (68-92). El 70,55% eran mujeres. El 30.05% (24.47%-35.62%) de los incapacitados presentaban una valoración funcional por escalas. Con un Barthel de media de 46.79, un Lawton de 2.36, un Pfeiffer de 4 errores y un Yesavage de 5.79. Al 32.4% (26.8%-38%) de los incapacitados se les valoró el riesgo caídas y al 22.27% (22.17%-22.36%) al cuidador principal. Dando como conclusión que los incapacitados son mujeres de 80 años, por enfermedades crónicas, con dependencia alta para actividades básicas e instrumentales, con escaso deterioro cognitivo y depresión. Es mejorable la valoración funcional, del riesgo de caídas y la atención a la cuidadora (Díaz, Ortiz, Ruiz, Blancas, Torrejon., & Zambrana, 2005)

**En el servicio de Andaluz en el área de consejería de salud. Andalucía (España), 2002:** Elaboraron estrategias de mejora de la atención domiciliaria donde su planteamiento fue de mejorar adecuadamente el servicio de atención domiciliaria donde su población de estudios es pacientes con necesidades de cuidados tras el alta hospitalaria, Pacientes inmovilizados por motivos neurológicos, reumatológicos,

deterioro cognitivo, Personas en situación terminal, Cuidadores principales en el cual se le realizaran las siguientes actividades en función de las necesidades detectadas:

Valoración integral.

Valoración de riesgos en el hogar y provisión de ayudas técnicas y adaptaciones, Plan asistencial multidisciplinario.

Monitorización y control de síntomas.

Educación para el autocuidado, ayuda para las actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales,

Detección precoz, tratamiento y seguimiento de hipertensión arterial, diabetes y otros problemas crónicos de salud.

Servicios de apoyo al cuidador principal: información, educación para el cuidado, apoyo emocional, ayuda para la búsqueda de recursos, movilización de redes, servicios de respiro, atención al duelo, manejo de problemas de afrontamiento.

Seguimiento y atención telefónica, Preparación del alta hospitalaria

Coordinación socio sanitario: Apoyo social de la familia como la gestión de recursos de ayuda domicilio para cuidados personales.

Información necesaria a otros proveedores que puedan intervenir en el proceso (servicios de urgencias, equipos de salud mental) para garantizar la continuidad del plan de cuidados.

Fisioterapia preventiva y rehabilitadora, Cuidados de los pies, Cuidados paliativos (Salud, 2002)

**En el área de atención primaria el fisioterapeuta Valero realizo un proyecto de investigación en el Madrid, (España), 2006 realizó:** Un programa fisioterapéutico en el domicilio a pacientes con síndrome de inmovilidad. Las cuales en su grupo de estudio considero Déficit reversible o estable, susceptibles de incrementar su capacidad funcional. Dependencia de cuidados de enfermería bajo el epígrafe de “síndrome por desuso”. Limitación funcional grave, de largo tiempo de evolución, que precisa tratamiento postural y movilizaciones para el mantenimiento de su estado físico y calidad de vida. Donde la atención no solo es para el paciente sino que también se dirige al adiestramiento de los cuidadores/as principales en el

entorno familiar; consistiendo el programa en Valorar la inmovilidad, exploración física, plan de intervención, intervención terapéutica (Primer estadio: paciente encamado, Segundo estadio: paciente en “cama-sillón”, Tercer estadio: bipedestación y deambulación, Cuarto estadio: mantenimiento). Dando como conclusión que la necesidad de elaborar un programa preventivo es fundamental para una valoración multidisciplinaria; así como, la fisioterapia a domicilio es un recurso asistencial eficiente en pacientes con pérdida de autonomía por déficit de la movilidad. (Valero, 2006)

**En la Universidad de Lleida de la Ciudad de Lérida en la tesis para obtener la licenciatura (España), 2016 realizaron:** una revisión sistemática acerca de la efectividad de la rehabilitación domiciliaria en el tratamiento de artroplastia de rodilla cuyo objetivo es analizar la efectividad de los programas de rehabilitación domiciliaria en los pacientes sometidos a cirugía de artroplastia de rodilla realizando una búsqueda bibliográfica sistemática de estudios científicos donde analizaron entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2015, las bases de datos utilizadas han sido Pubmed, Scopus, Web of Science y Cochrane Library. Su criterio de selección fueron Ensayos clínicos aleatorizados en lengua inglesa o española, pacientes de cirugía de prótesis de rodilla. La calidad metodológica de los estudios se evaluó mediante la escala Jadad. Se analizaron 9 ensayos clínicos aleatorizados donde se obtuvo como resultados según las revisiones bibliográficas muestra que la rehabilitación en casa no es inferior a la rehabilitación habitual. No se produjeron mejoras clínicamente relevantes, pero ambos métodos presentaron resultados similares. La literatura científica sobre rehabilitación en casa, y en especial en telerehabilitación, es escasa. (Ruiz, 2016).

**El diario de Nueva Inglaterra de medicina realizaron un estudio de investigación en (Alemania), 2002:** Un programa para prevenir la disminución funcional en personas físicamente frágiles, ancianos que viven en casa teniendo como objetivo determinar si la intervención mejoró la capacidad de estas personas mayores e identificar los subgrupos de esta población de personas mayores. Para los criterios de selección los participantes fueron evaluados por fragilidad física (Si se

requerían más 10 segundos para realizar la marcha rápida o si no podían pararse desde una posición sentada en una silla con los brazos cruzados); seleccionaron 188 pacientes de 216. Se dividieron en dos grupos para poder determinar si mejoró o no la capacidad funcional a comparación del grupo control en el cual el grupo de intervención de se realizó un programa de intervención basados en el hogar donde incluye un promedio de 16 visitas durante un periodo de 6 meses, por cada visita se le asignó un programa de ejercicios y en el grupo control se utilizó un programa educativo diseñado para proporcionar atención y educación sobre la salud como una nutrición adecuada, manejo de medicamentos, actividad física, higiene del sueño y otras áreas relacionadas con la salud. Dando como conclusión que el grupo de intervención no mejoró; por el cual el grupo control se destacó por tener un valor preventivo para las personas adultos mayores físicamente frágiles que viven en el hogar. (Thomas, Gill, Baker, & Dorothy, 2002)

En el **ámbito nacional** se encontraron los siguientes trabajos de investigación relacionados con las variables del presente estudio:

Según los resultados de Encuesta Nacional de Hogares correspondiente al informe técnico de diciembre del 2013, revelan que la población con 65 y más años de edad, denominada personas adultas mayores representa el 9,6% del total de población (el 8,2% son personas adultas de 65 a 79 años de edad y el 1,4% de 80 y más años de edad). (Enaho, 2013)

**En la Universidad privada Norbert Wiener de la facultad de Ciencias de la Salud escuela de Tecnología médica realizaron una Tesis para obtener la Licenciatura en (Lima), 2016:** Una revisión sistémica acerca de la efectividad de las intervenciones mediante ejercicio físico basadas en el hogar en personas de 50 a 75 años de edad con Alzheimer, desorden cerebrovascular y Parkinson como objetivo es verificar la efectividad de las intervenciones mediante ejercicio físico basadas en el hogar en personas entre 50 a 75 años de edad con Alzheimer, Desorden Cerebrovascular y Parkinson; realizando una búsqueda bibliografía sistémicas de estudios científicos en las bases de datos de Pubmed, EBSCOhost, SciELO (Scientific Electronic Library Online). La calidad metodológica se evaluó según la

escala de Pedro. Fueron incluidos 10 ensayos clínicos controlados en personas con enfermedades neurodegenerativas (Enfermedad de Alzheimer, Desorden cerebrovascular y Enfermedad de Parkinson) que recibieron atención por equipos profesionales multidisciplinarios la cual fue propuesta y realizada mediante ejercicio físico basadas en el hogar en personas. Dando como conclusión según la revisión bibliográfica existe una efectividad en la rehabilitación domiciliaria en personas con enfermedad de Alzheimer mediante las intervenciones del ejercicio físico, mantiene a la persona proactiva en el estado físico y mental. En la enfermedad neurodegenerativa desorden cerebrovascular, existe mayor información donde se demuestra la efectividad del ejercicio físico en el hogar demostrando resultados favorables a nivel motor. En la Enfermedad de Parkinson las intervenciones mediante ejercicio físico en el hogar han mostrado mejoría a nivel motor y mejora en la calidad de vida usando el Microsoft Kinect. (Barrientos & Yangali, 2016)

Las intervenciones previamente estudiadas se han centrado principalmente en la restauración de la función en personas mayores discapacitadas sometidas a rehabilitación después de un evento médico agudo, como un accidente cerebrovascular o una fractura de cadera. Ha habido relativamente pocos intentos de evaluar estrategias dirigidas a la prevención del deterioro funcional en personas débiles y de edad avanzada que no han tenido una enfermedad o lesión aguda (estrategias conocidas como "prehabilitación"). Debido a que las personas mayores con deficiencias en las capacidades físicas tienen un alto riesgo de desarrollar deterioro funcional, pueden ser particularmente buenos candidatos para intervenciones preventivas. (Gill, Williams, & Tinetti, 1995)

En el **ámbito local** se encuentran los siguientes trabajos de investigación relacionadas con las variables del presente estudio.

**La Universidad Nacional del Santa en la Facultad de Ciencias de Salud de la escuela de enfermería en la tesis para la obtención del título profesional de licenciatura se realizó una investigación en Nuevo Chimbote (Perú):** Acerca del Nivel de sobrecarga del cuidador familiar y su relación con el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del programa de atención domiciliaria teniendo

como objetivo conocer la relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador familiar y el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria. La muestra estuvo constituida por 30 usuarios adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital 1 ESSALUD con sus respectivos cuidadores familiares. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de dos instrumentos: Índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria y la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. La mayoría (90,0%) de los usuarios adultos mayores presenta dependencia funcional, siendo la dependencia total la más frecuente (33,3%), seguida de dependencia leve (30,0%) y dependencia grave (16,7%), así mismo un 10,0% presentó dependencia moderada y sólo el 10,0% restante presentó independencia funcional [(X): 45,33 DS: 34,961]. La mayoría (63,3%) de los cuidadores familiares presenta sobrecarga del cuidado, del cual el 40% presenta una sobrecarga intensa, el 23,3% una sobrecarga ligera y sólo el 36,7% restante presenta ausencia de sobrecarga [(X): 38,03 DS: 12,58]. Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de sobrecarga del cuidador familiar y el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital 1 ESSALUD. [ $\chi^2 = 20,496$ ; gl. 8;  $p = 0,009$ ]  $p < 0,05$ . (Gonzales & Rojas, 2014)

**En la Universidad Nacional del Santa de la Facultad de Ciencias de la Salud de la escuela de enfermería en la tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería, realizaron un estudio en (Nuevo Chimbote) 2000:** titulado "Nivel de depresión del adulto mayor y su relación con el grado de independencia, participación en actividades sociales y apoyo familiar entre la Urb. Santa Cristina y el AAHH. Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote", encontrando en los resultados que el grado de independencia y el nivel de depresión del adulto mayor, en ambas comunidades, presentan una moderada correlación inversa y una asociación significativa entre las dos variables. El grado de participación en actividades sociales y el nivel de depresión del adulto mayor, en ambas comunidades, presentaron una moderada correlación inversa; la Urb. Santa Cristina presentó un alto nivel de

significancia entre las variables estudiadas a diferencia del A.A.H.H. Golfo Pérsico que presentó una relación no significativa. (Mendoza, Miranda, & Quijandria, 2000)

Las personas adultas mayores de 60 años o más, presentan un conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas. Estos cambios no se deben sólo a los procesos biológicos normales sino también son producto de las enfermedades, la pérdida de las aptitudes y los cambios sociales que se suceden durante este período de la vida. (EsSalud, Padomi, 2014)

El programa de atención domiciliaria (PADOMI) nace en 1993 por ESSALUD, a diferencia que el MINSA, luego de haber aprobado en el 2003 el Modelo de Atención Integral (MAIS) en el 2004 implementa la Atención Integral para las Personas Adultas Mayores (PAMS) en las Direcciones de Salud de todo el país; en la actualidad todos los establecimientos conforman a través de esta atención el Programa del Adulto, sin embargo la mayoría de los pacientes son independientes, a diferencia del servicio que brinda ESSALUD con el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI). El cual brinda el servicio de salud de mantenimiento en cuanto a las enfermedades preexistentes bajo una atención preferencial en el domicilio dirigida a personas dependientes, que son aquellas que no pueden valerse por sí mismas y dependen de otra persona para realizar sus actividades de la vida diaria, tales como desplazarse, vestirse, comer, asearse, usar los servicios higiénicos, entre otros. Donde la familia cumple un rol complementario importante y responsable en el cuidado del paciente, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y darles una atención integral y digna.

## **2.- MARCO TEORICO**

### **Anciano frágil**

Se define al anciano frágil como aquel que tiene una disminución de las reservas fisiológicas y un mayor riesgo de declinar, lo que lo sitúa en una situación de mayor vulnerabilidad ante perturbaciones externas y resulta en una mayor probabilidad para presentar episodios adversos de salud (hospitalización, institucionalización, muerte, caídas) y pérdida de función, discapacidad y dependencia. Constituye una

continuidad entre lo fisiológico y lo funcional con lo patológico, desde la falta de fragilidad a la fragilidad y posteriormente a la discapacidad y dependencia; a diferencia de otros síndromes y cuadros, no existe un límite preciso biológico, fisicofuncional, o clínico, entre ambos estados, lo que dificulta su categorización y diagnóstico. (Martin, Gorroñoigoitia, Gomez, Baztan, & Abizanda, 2010)

### **Envejecimiento**

El envejecimiento puede entenderse como un proceso universal, intrínseco y paulatino que se desarrolla a lo largo de la vida. Todo ser vivo tiende a él. Existe una relación e interacción entre el medio ambiente y el programa genético del individuo (Hernando, 2006)

Cada persona envejece de manera distinta, siendo un proceso natural, universal y ligado al propio ciclo vital. Es necesario resaltar que la vejez no es una enfermedad, sino un proceso que se da por la interacción entre el programa genético de cada individuo (envejecimiento intrínseco: el número de genes involucrados en el envejecimiento supera los 100, a los que hay que sumar las mutaciones que se dan), y el entorno del individuo; cultura, estilos de vida y riesgos ambientales (envejecimiento extrínseco) (Hernando, 2006)

### **Cambios biológicos del envejecimiento**

Las modificaciones que se producen en el cuerpo humano a consecuencia del envejecimiento morfofisiológico, definido este último como los cambios producidos en el organismo con relación al paso del tiempo. Es conveniente conocer dichos cambios con el fin de distinguir el envejecimiento normal o envejecimiento primario, y lo anormal o envejecimiento secundario. (Millan & Znaidak, 2006)

- **Antropométricamente:** pérdida de estatura de un centímetro por década a partir de los 50 años (por la disminución de la altura del espacio intervertebral y por el aumento de la cifosis dorsal).
- **Sistema nervioso:** se produce una pérdida de neuronas, compensada en parte por la neuroplasticidad: que consiste en la formación de nuevas conexiones



neuronales, que permiten mantener la función. También se da una disminución de los neurotransmisores cerebrales.

- **Sistema cardiovascular:** se dan modificaciones de la capa íntima de las arterias, donde se observará un incremento del depósito de sustancias principalmente colesterol y fosfolípidos. La fibra miocárdica se atrofia disminuyendo su capacidad funcional.
- **Nefronas:** disminuyen su número, así como el flujo sanguíneo glomerular, lo que produce una disminución de la capacidad de depuración del riñón (se manifiesta con incremento en el plasma de productos resultantes del metabolismo nitrogenado: urea y creatinina).
- **Aparato respiratorio:** se produce una disminución de la capacidad vital (CV) y del volumen inspirado en el primer segundo (VEMS), debido a alteraciones de las estructuras musculoesqueléticas que participan en la respiración y por disminución de la elasticidad del tejido pulmonar, observándose un aumento del volumen residual.
- **A nivel endocrino:** en la mujer el cambio más importante es la modificación de las hormonas folículo estimulante (FSH) y luteinizante (LH) que se producen en la menopausia. En los varones se produce una disminución de la testosterona libre en el plasma y reducción de la gonadotropina, que constituyen un fenómeno conocido como andropausia. La hormona del crecimiento (GH) y el factor de crecimiento insuloide de tipo 1 (IGF-1) influyen en la disminución de la masa muscular y de la fuerza física con tendencia al incremento de la masa grasa. Disminuye la concentración de melatonina, pudiendo ser la responsable de los trastornos del sueño inherentes al envejecimiento.
- **A nivel del sistema musculoesquelético:** se da pérdida de masa ósea, disminución de la masa muscular esquelética, que ocasionan disminución de la fuerza, resistencia y velocidad de acción.

- **A nivel sensorial:** se da pérdida de la sensibilidad del sentido del gusto, disminución de la percepción de la sed.
- **Sistema inmunitario:** la capacidad inmunitaria del individuo disminuye, ya que, aunque el número de linfocitos T se mantiene, incrementan su actividad supresora, disminuyendo su actividad cooperativa y citotóxica. Y los linfocitos B y células plasmáticas disminuyen la producción de anticuerpos, sobre todo frente a antígenos nuevos.

### **Cambios psicológicos del envejecimiento**

Las funciones cognitivas (inteligencia, memoria, razonamiento), se pueden definir como aquellas actividades mentales que realiza el individuo al interactuar con el entorno. Los cambios se producen en las funciones cognitivas a consecuencia del envejecimiento. (Gonzales Albrales , Balo, & Gomez , 2006).

- **La memoria:** la información inmediata (memoria a corto plazo) se capta con más lentitud y cuesta más recuperarla. Se dan algunos problemas en el recuerdo y la evocación.
- **El lenguaje:** se hace más rico, mejora el vocabulario. Se da un declive en la fluidez verbal.
- **La personalidad:** algunos autores hablan de estabilidad y otros de cambio.
- **El estado afectivo:** se tiene mayor cautela, conformismo y aceptación.
- **Inteligencia:** se da un cierto déficit del procesamiento de información. Disminuye la inteligencia fluida (mide la capacidad para resolver problemas nuevos, no depende del conocimiento adquirido ni de factores culturales). No obstante, la rapidez es un factor importante en los test que evalúan la inteligencia fluida. Además las destrezas que son la base de las actividades fluidas no suelen practicarse por la mayoría de las personas mayores, por lo que con una estimulación adecuada, estas habilidades podrían mejorarse. Se mantiene estable o aumenta la inteligencia cristalizada (acumulación de

experiencias y conocimientos del individuo durante toda la vida, sí está influida por factores educativos y culturales).

- **Velocidad de procesamiento de información:** se da un enlentecimiento.
- **Percepción:** algo disminuida.

### **Cambios sociales del envejecimiento**

Entre los cambios sociales más comunes debidos al envejecimiento están los cambios de roles sociales, que cada individuo experimenta de distinta forma. El envejecimiento se produce en un contexto de relaciones sociales, formado por la familia, los amigos y la comunidad (Gonzales Albrales , Balo, & Gomez , 2006)

Uno de los principales problemas de la sociedad actual y especialmente de las personas mayores es la soledad. Sentirse solo debilita, deprime y entristece, por lo que hay que evitar que las personas mayores se sientan solas. El principal problema no es tanto el hecho de vivir solo como el de sentirse solo o aislado (Bazo , y otros, 2006)

La vejez es la etapa de la vida que suele coincidir con la jubilación, una etapa de la vida que a veces se desea y se vive como una liberación y otras se considera como un destierro o un abandono. Actualmente la percepción de la jubilación ha sufrido un cambio positivo, ya que la persona mayor llega a este periodo con la idea de disfrutar y aprovechar el momento, aunque esto está muy relacionado con algunas variables como: la formación, el estado de salud, las relaciones sociales y personales, el nivel económico, etc. (Gonzales Albrales , Balo, & Gomez , 2006) En caso de pérdida de poder adquisitivo a partir de la jubilación, repercute negativamente en la calidad de vida de los ancianos. Ya que necesidades primarias, como alimentación, calefacción, etc., precisan una inversión permanente de los ancianos, que en ocasiones no pueden realizar.

Esto ocasiona la dependencia económica de los familiares más próximos (Bazo , y otros, 2006)

En la vejez suele acontecer la viudedad (pérdida del cónyuge), que debido a las diferencias existentes sobre la esperanza de vida, afecta con más frecuencia a las mujeres que a los hombres. La situación de pérdida supone menos estrés si la persona fallecida llevaba tiempo enferma. Las personas mayores tienden a sobrellevar mejor la situación de pérdida que los adultos jóvenes, ya que suelen estar más preparados para aceptar la muerte (Gonzales Albrales , Balo, & Gomez , 2006)

En ocasiones existe la creencia social que atribuye, a las personas mayores el estereotipo, mito, o construcción social de la senilidad o disfuncionalidad, que consiste en pensar que el envejecimiento va asociado a la aparición de deficiencias en los diferentes ámbitos, entre ellos el cognitivo (pérdida de memoria, disminución de la atención) y el actitudinal (alteraciones en la responsabilidad y cambio de actitud). Sin embargo, existen muchas formas de vivir la vejez, como diversas son las trayectorias individuales que conducen a las personas a la última etapa de su vida. Aunque el senilismo todavía afecta a la percepción social de las personas mayores, actualmente se tiene un concepto más positivo de la vejez (Bazo , y otros, 2006)

### **¿Qué es la discapacidad?**

La Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. “Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.”(OMS, 2016)

“La discapacidad física es toda restricción en la movilidad y desplazamiento de una persona, que limita su participación y relación con el entorno social y o actividades de la vida diaria.” (Demetrio, 2011)

## **Clasificación de la capacidad funcional según el Índice de Barthel**

**Dependencia Total:** 0-19 puntos: Cuando la persona es totalmente incapaz de realizar las actividades de la vida diaria.

**Dependencia severa** (de 20 a 35 puntos): Requiere la intervención continua y permanente de un cuidador para ayudarlo a realizar las actividades de la vida diaria.

**Dependencia Moderada:** (de 40 a 55 puntos): Requiere la intervención no permanente de un cuidador para ayudarlo a realizar las actividades de la vida diaria.

**Dependencia leve** (de 60 a 90 puntos): Requiere la mínima intervención de un cuidador para realizar las actividades de la vida diaria.

**Independencia:** (de 95-100 puntos): Cuando es totalmente capaz de realizar todas las actividades de la vida diaria, sin necesidad de la ayuda de un cuidador.

### **¿Qué es el adulto mayor?**

Adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando. Generalmente se califica de adulto mayor a aquellas personas que superan los 70 años de edad. (Ucha, 2013). Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte.

Desde un punto de vista biopsicosocial, la persona mayor puede ser considerada (Benitez & Asencio, 2004)

**Anciano sano:** Cuando no padece enfermedad crónica ni ningún grado de problemática funcional ni social.

**Anciano enfermo:** Cuando se encuentra afectado de una patología crónica sin ser anciano de riesgo. De forma transitoria se incluyen sujetos que están afectados por enfermedades agudas.

**Anciano en situación de riesgo:** Cuando presenta uno o más de los siguientes factores: padecer patología crónica invalidante, estar confinado en su domicilio, vivir solo, tener más de 80 años, padecer una situación de pobreza, estar afectado de malnutrición, estar aislado socialmente o carecer de apoyo familiar cercano, haber perdido recientemente a su pareja (situación de duelo inferior a un año), tener una enfermedad en fase terminal. La situación de estar en riesgo debe considerarse en relación con su alto grado de vulnerabilidad biopsicosocial que puede provocar la muerte, la pérdida de la independencia y/o la institucionalización del anciano.

### **¿Qué es la atención domiciliaria?**

La atención domiciliaria consiste en la asistencia de los cuidados físicos, psíquicos, y social prestados en el domicilio del individuo cuando este o la familia padece un proceso agudo o crónicos y no tiene la capacidad o independencia suficiente para acudir a un centro de salud. (Tolaba, Juarez, & Robles, 2013).

La fisioterapia a domicilio se define como un conjunto de actividades de carácter y ámbito comunitario realizadas en el domicilio con la finalidad de detectar, valorar, dar apoyo y continuidad ante los problemas de salud del individuo y su familia para potenciar su autonomía. (Ingles, 1999)

### **Características de la atención domiciliaria**

- ✓ Es un proceso de atención longitudinal y continuada.
- ✓ Se realiza en el domicilio del individuo.
- ✓ Se realiza bajo una concepción de atención biopsicosocial.
- ✓ El núcleo de la atención es la persona enferma y la familia cuidadora (cuidadores informales).
- ✓ Los recursos necesarios para la atención a los problemas son fácilmente movilizables en el domicilio.
- ✓ Actuación programada de intervención multidisciplinar

La atención domiciliaria hace referencia a un programa de atención que sin poner en riesgo la vida del paciente y bajo un modelo multidisciplinario brinda una solución a los problemas de salud de ciertos pacientes (los que cumplen los criterios de inclusión) conservando siempre como mayor logro y objetivo mejorar de calidad de vida.

El programa se ha posicionado en los últimos años como una estrategia de atención extra hospitalaria que permite brindar servicios de salud humanizados y oportunos a la población, representando una mejoría importante en la calidad de vida de los usuarios y con un relativo menor costo comparado con la atención tradicional. En el modelo de atención domiciliaria caben actividades de todo el espectro de los servicios de salud desde el fomento y la protección de la salud, la atención primaria, la prevención clínica, la hospitalización en casa con el uso domiciliario de equipos tradicionalmente hospitalarios, enfermedades de alto costo y procedimientos de rehabilitación.

#### **Factores de riesgos en la atención domiciliaria.**

- ✓ Bajo nivel de bienestar personal.
- ✓ Dificultades de convivencia.
- ✓ Relaciones familiares disfuncionales
- ✓ Estado de Salud Delicado
- ✓ Inadecuadas condiciones de la infraestructura de la vivienda.

Todos estos factores conllevan que el paciente conlleve a una insatisfacción con la vida, estado de ánimo, percepción del tiempo, de la felicidad. (Leyva, 2014).

#### **Síndrome de inmovilidad**

El síndrome de inmovilidad se define como el descenso de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. Se caracteriza por una reducción de la tolerancia a la actividad física que provoca debilidad muscular generalizada y, en casos graves, pérdida de automatismos y reflejos posturales. El grado de afectación, evolución y pronóstico dependen del estado basal, las causas desencadenantes, la actitud del paciente y su interacción con

el entorno. Se habla de inmovilismo agudo cuando aparece un episodio de declive rápido de las funciones motoras, llegando incluso a un estado de inmovilidad absoluta que implique un encamamiento y/o mínima variabilidad postural en un período de 72 h. (Delgado, 2004)

### **Consecuencia del síndrome de inmovilidad**

El grado de afectación del paciente varía en función de la etiología, la clínica y la restricción de la movilidad que provoca, el estado de salud previo y el tiempo de evolución. Después de una semana de reposo en cama puede perderse hasta el 20% de la fuerza muscular, junto con una disminución de la resistencia. Las articulaciones presentan lesiones similares a una osteoartritis, como proliferación de tejido conectivo fibroso, lo que da lugar a adherencias y a la limitación de la movilidad en 3-4 semanas. Las contracturas y el acortamiento de las fibras musculares afectan preferentemente a los músculos biarticulares, los músculos básicos para el mantenimiento de la postura y la marcha se debilitan y la retracción de los músculos rotadores internos del hombro limita la funcionalidad a la altura de los miembros superiores, en el sistema respiratorio, la posición en decúbito altera la mecánica respiratoria y limita la movilidad diafragmática en posición cefálica así como la expansión costal. Las secreciones se acumulan en los bronquios en zonas declives, por una disminución de la actividad mucociliar y el reflejo de la tos, favoreciendo el crecimiento bacteriano, así como las úlceras por presión (Hettinger. & Mueller, 2004)

### **¿Qué es calidad de vida?**

Se describen ocho áreas importantes para determinar la calidad de vida en el anciano, así como a cualquier persona (Reig, 1994)

1. La vida intelectual.
2. La vida emocional.
3. La vida física.
  - ✓ Alimentación.
  - ✓ Ejercicio.



- ✓ Descanso.
  - ✓ Evitación del estrés.
4. Vida familiar.
  5. Vida social.
  6. Vida económica.
  7. Vida laboral.
  8. Vida espiritual.

### **¿Qué es PADOMI?**

Es la atención preferencial que brinda EsSalud en el domicilio a los pacientes con incapacidad para desplazarse a los centros asistenciales, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y darles una atención integral y digna; está dirigido a personas dependientes, que son aquellas que no pueden valerse por si mismas y dependen de otra persona para realizar sus actividades de la vida diaria, tales como desplazarse, vestirse, comer, asearse, usar los servicios higiénicos, entre otros. Donde la familia cumple un rol complementario importante y responsable en el cuidado del paciente, pacientes con dependencia funcional temporal o permanente y paciente con enfermedades terminales donde Atención Domiciliaria le brinda el servicio de salud de mantenimiento en cuanto a las enfermedades preexistentes. (EsSalud, Atención Domiciliaria, 2017).

“La rehabilitación para personas con discapacidad es la primera instancia que una persona con discapacidad física debe enfrentar para poder integrarse en la comunidad y en la sociedad” (Palacios, 2006)

### **3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En el Hospital III EsSalud Chimbote la población en la atención primaria es muy numerosa, al igual que la atención domiciliaria; pero por falta de Personal altamente capacitados no logran cubrir todas las áreas dificultando la atención al paciente de PADOMI, ocasionando una molestia en los familiares de los pacientes al no ser atendidos en sus domicilios. Así como también las atenciones domiciliarias por parte del Hospital III EsSalud Chimbote es una visita a la semana, porque la población es

muy numerosa y a falta de tiempo no se completa las visitas a todos los pacientes, es así que genera un problema de Salud para el adulto mayor donde está en un procesos de rehabilitación por alguna lesión (traumática, neurológicas, etc.) y como consecuencia su recuperación es prolongada; por tal motivo nace este programa fisioterapéuticos integral propuesto para los adultos mayores.

Ante todo lo referido se llega a plantear la siguiente interrogante:

**¿Cuál es el efecto del programa fisioterapéutico integral en los adultos mayores que conforman el programa de atención domiciliaria Hospital III EsSauld Chimbote – 2018?**

#### **4.- JUSTIFICACIÓN**

El proyecto es importante porque aún son escasos o casi nulos los trabajos de investigación acerca de un programa fisioterapéutico integral en pacientes de atención domiciliaria donde se evidencia más revisión sistemática, propuesta de proyectos que no han sido aplicadas en los pacientes.

Por otra parte beneficia a los adultos mayores del programa de atención domiciliaria, debido a que las visitas domiciliarias serán todas las semanas sin excepción.

Así como también favorece a los familiares logrando una integración en la recuperación del paciente, fortaleciendo el vínculo de familiaridad y unidos paciente/familia puedan afrontar la enfermedad que tengan un nivel de aceptación.

Por lo tanto esta investigación tiene como único propósito de prevenir los síndromes de postración, y así los pacientes logren su grado de independencia y tengan una buena calidad de vida.

#### **5.- OBJETIVOS**

##### **5.1 OBJETIVO GENERAL:**

- ❖ Determinar la efectividad de un programa fisioterapéutico integral para adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018.

## **5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- ❖ Clasificar a los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria según la edad, sexo y patología del Hospital III EsSalud Chimbote 2018.
- ❖ Evaluar la capacidad funcional a los adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018, según Índice de Barthel antes y después del programa fisioterapéutico integral.
- ❖ Evaluar la calidad de vida de los adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018, según escala de Fumat antes y después del programa fisioterapéutico integral.
- ❖ Aplicar un programa fisioterapéutico integral a los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018.

## **6.- HIPÓTESIS**

El programa fisioterapéutico será efectivo para los pacientes adultos mayores y contribuirá positivamente en la rehabilitación de los pacientes del programa de atención domiciliaria Hospital III EsSalud - 2018

## **7.- CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

### **Variable Dependiente:**

**PROPUESTA:** Es una idea de Proyecto acerca de un programa fisioterapéutico que se quiere realizar para los adultos mayores que conforman el programa de atención domiciliaria.

### **Variable Independiente:**

**PROGRAMA FISIOTERAPEUTICO INTEGRAL:** Conjunto de procedimiento que se realizaran en el programa de atención domiciliaria (PADOMI).

## **CAPITULO III**

### **MATERIAL Y METODO**

#### **3.1 Tipo y Diseño de Investigación**

##### **a. Tipo de Investigación**

Es una investigación aplicada, Cuantitativo de Corte Longitudinal el cual se realizó el mes de Enero - Abril en el programa de atención domiciliaria (PADOMI) del Hospital III EsSalud – Chimbote.

**Investigación aplicada:** porque es útil para estudiar problemas en los cuales no se puede tener control no es posible establecer de forma exacta la equivalencia inicial de los grupos, como ocurre en los diseños experimentales.

##### **b. Diseño de Investigación**

**Es cuantitativo:** porque se basa en técnicas mucho más estructuradas, ya que busca la medición de las variables previamente establecidas.

**De corte longitudinal:** porque se toma una cantidad considerable de medidas u observaciones de forma sucesiva y secuencial a lo largo de un amplio período de tiempo.

#### **3.2 Población y Muestra**

##### **Población**

La población total estuvo constituida por 50 pacientes adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital III EsSalud, Chimbote.

##### **Muestra:**

Estuvo constituida por 20 pacientes adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote, con sus respectivos cuidadores principales, siendo escogidas a través de nuestros criterios de inclusión y exclusión.

### **Unidad de análisis**

Paciente adulto mayor que pertenece al programa de atención domiciliaria (PADOMI) según lo constituyen las muestras que cumplen con los requisitos de inclusión y exclusión.

### **Marco muestral**

Registro de los pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Atención Domiciliaria del Hospital III EsSalud, Chimbote.

### **Criterio de Inclusión**

Pacientes con alteraciones neurológicas

Pacientes con lesiones traumáticas.

Pacientes con síndrome de postración.

Pacientes sin enfermedad neurológica degenerativa.

Pacientes sin enfermedades psiquiátricas.

Pacientes que no padezcan enfermedades terminales.

Pacientes que los familiares que dieron su consentimiento a participar en la investigación.

### **Criterio de Exclusión:**

Pacientes con enfermedad neurológica degenerativa.

Pacientes con enfermedades psiquiátricas.

Pacientes que padezcan enfermedades terminales.

Pacientes que los familiares que no dieron su consentimiento a participar en la investigación.

### **3.3. Técnicas e Instrumento de Investigación**

En el presente trabajo de investigación se aplicaron dos instrumentos para recolección de datos en el cual se consideraron lo siguiente:

a. **Índice de Barthel de las actividades de la vida diarias**

Diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y musculo esqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland, y publicado diez años después (1965).

Sirve para valorar la capacidad funcional de una persona para realizar las diez actividades de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/cama, deambulaci3n y escaleras). Consideradas como b3sicas, obteniéndose una estimaci3n cuantitativa de su grado de independencia. Se debe interrogar al paciente sobre cada una de las actividades correspondientes y segun su capacidad para realizarla se dar3 un puntaje entre 0, 5 6 10 (hasta 15 para determinadas actividades), con un puntaje m3ximo de 100 puntos (90 si utiliza silla de ruedas). (Anexo N°5)

b. **Escala de Fumat**

Diseñado por Verdugo, G3mez, Mart3nez fue validada por el Instituto Universitario de integraci3n en la comunidad (INICO). Universidad de Salamanca, Espa±a. Se cre3 con la finalidad de identificar el perfil de calidad de vida de una persona para la realizaci3n de planes individualizados de apoyo.

Es una evaluaci3n objetiva de la calidad de vida en sus ocho dimensiones (Bienestar emocional, Bienestar f3sico, Bienestar material, Relaciones interpersonales, Inclusi3n social, Desarrollo personal, Autodeterminaci3n y Derechos) es aplicado a personas mayores (m3s de 50 a±os) y personas con discapacidad (con una edad m3nima de 18 a±os), el tiempo de cumplimentaci3n es de 30 minutos. Para obtener la puntuaci3n directa total en cada dimensi3n se han de sumar las respuestas (1-2-3-4) de cada uno de los ítems, anotamos este valor en la casilla correspondiente, se localiza la puntuaci3n est3ndar y el percentil correspondiente a la puntuaci3n directa total de cada una de las dimensiones los percentiles, por su parte, indican el porcentaje de personas que tienen una puntuaci3n superior o inferior, tanto en el caso de las puntuaciones

estándar como en el de los percentiles, las puntuaciones altas denotan una mayor calidad de vida.. (Anexo N°6).

### **3.4. Procedimiento para la recolección de datos**

Se consideró los siguientes aspectos:

- ✓ Se coordinó con la Dirección de la Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica de la especialidad de Terapia Física y Rehabilitación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro.
- ✓ Se solicitó el permiso correspondiente a la Dirección del Hospital III EsSalud para tener el acceso a las historias Clínicas de los pacientes del Programa de Atención Domiciliaria, a través de un oficio, emitido por la Dirección de la Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica de la Universidad San Pedro. (Ver Anexo N° 7)
- ✓ Luego de emitido el oficio, y aceptada la petición, se coordinó con la jefa del área de Medicina Física, con el objetivo de que nos facilite el acceso a las visitas domiciliarias a dichos pacientes, recalando la importancia del presente estudio.
- ✓ Luego se realizó la evaluación y selección de los pacientes adultos mayores que estén dentro de los criterios de inclusión.
- ✓ La recolección de datos se hizo mediante las visitas domiciliarias, previa sectorización de la jurisdicción del Hospital III EsSalud.
- ✓ Se consideró la confidencialidad, derecho de anonimato, autorización y libre participación del paciente a través de la hoja de consentimiento informado para realizar un estudio por medio de una encuesta, instrumentos, las cuales tuvieron una duración de 30 minutos por paciente. (Ver Anexo N° 1).
- ✓ El tiempo de estudio para la recolección de los datos fue aproximadamente 3 meses.

### **3.5. Protección de los derechos humanos de los sujetos de estudio.**

Se considerará la confidencialidad y autorización del paciente a través de la hoja de consentimiento informado para realizar un estudio por medio de una encuesta. (Ver Anexo N° 1).

### **3.6. Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de datos**

Los resultados fueron procesados utilizando el programa de Microsoft Excel 2013 y el programa estadísticos de SPSS/info/software versión 20.0 considerando las herramientas descriptivas con un nivel de significancia de 95%, mediante la clasificación, el orden y la codificación de la base de datos.



## CAPITULO IV

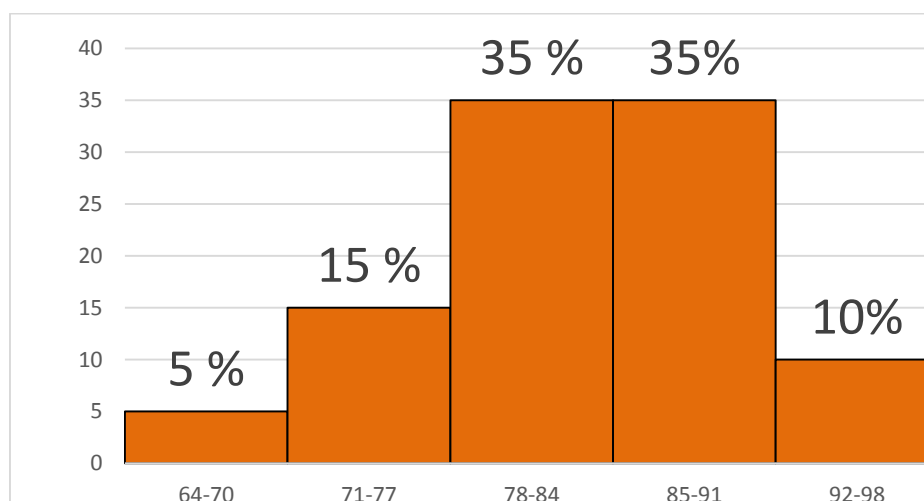
### ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

#### 4.1 RESULTADOS

**CUADRO N° 1.1 Distribución de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018 según grupo etareos.**

Edad	N° Paciente	%
64-70	1	5.0
71-77	3	15.0
78-84	7	35.0
85-91	7	35.0
92-98	2	10.0
Total	20	100.0

FUENTE: Ficha de Evaluación.



**FIG. N°1.1 Porcentaje de los grupos etáreos de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018.**

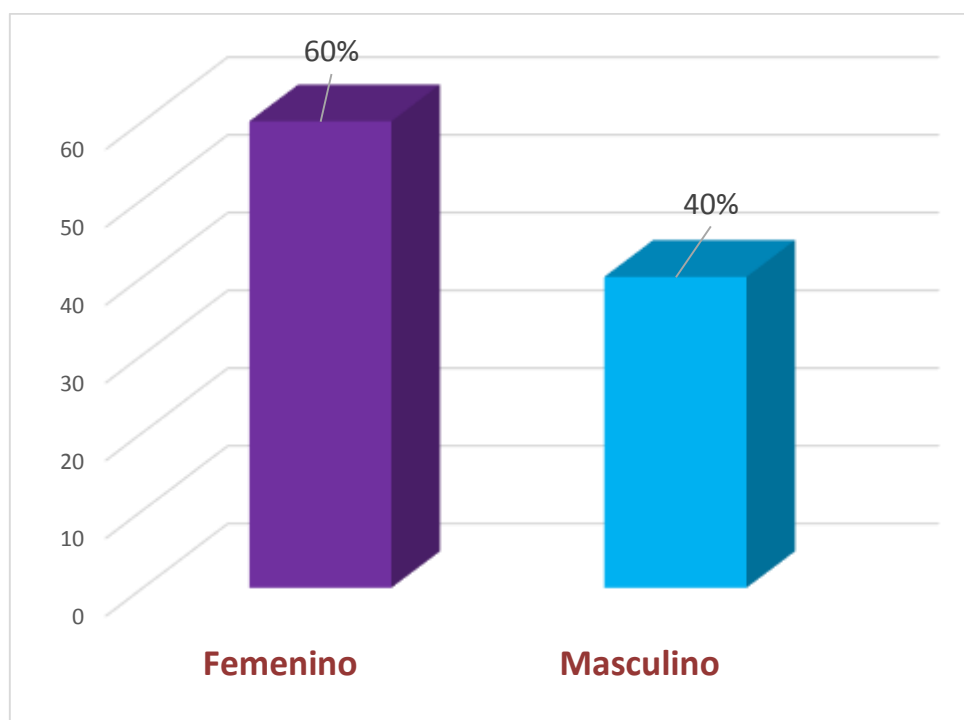
#### INTERPRETACIÓN:

Según el cuadro N°1.1 y figura N°1.1 se observa que el 35% de los pacientes del programa de atención domiciliaria Hospital III EsSalud Chimbote 2018 se encuentran entre las edades de 78-84 y 85-91 respectivamente, 15 % de 71-77 años, el 5% de los pacientes de menor edad varían de 64-70 y las personas de mayor de edad corresponden al 10 % donde varían de 92-98 años.

**CUADRO N°1.2.- Distribución de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018 según sexo.**

Sexo	N° Pacientes	%
Femenino	12	60.0
Masculino	8	40.0
Total	20	100.0

FUENTE: Ficha de Evaluación.



**FIG.N°1.2.- Porcentaje del sexo de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018.**

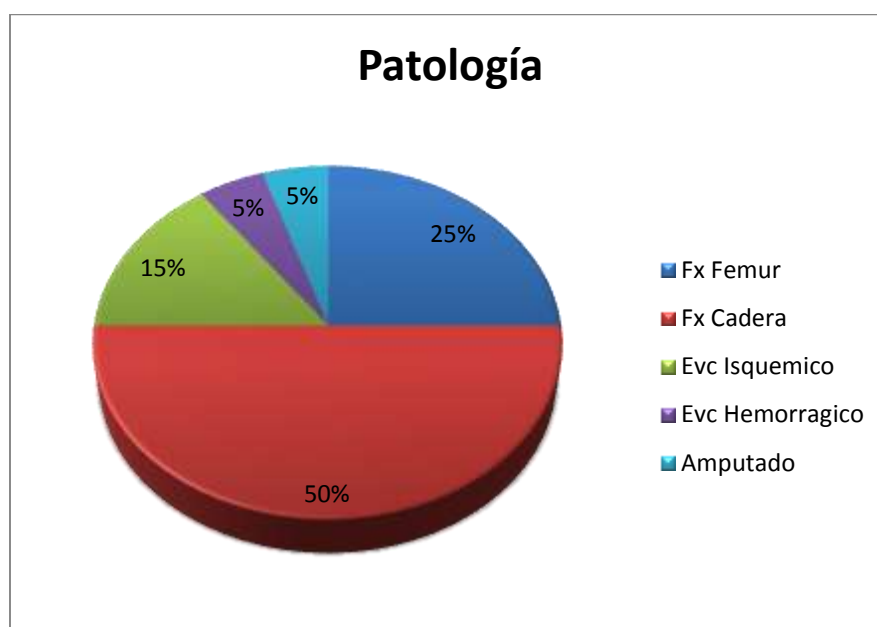
**INTERPRETACIÓN:**

Según el cuadro N° 1.2 y figura N° 1.2 se observa que el 60% de los pacientes del programa de atención domiciliaria Hospital III Es Salud Chimbote 2018 corresponden al sexo femenino y el 40% son masculino.

**CUADRO N° 1.3.- Distribución de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018 según patología.**

Patología	N° Pacientes	%
Fx Fémur	5	25.0
Fx Cadera	10	50.0
Evc Isquémico	3	15.0
Evc Hemorrágico	1	5.0
Amputado	1	5.0
Total	20	100.0

FUENTE: Ficha de Evaluación.



**FIG N° 1.3 Porcentaje de la patología de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018.**

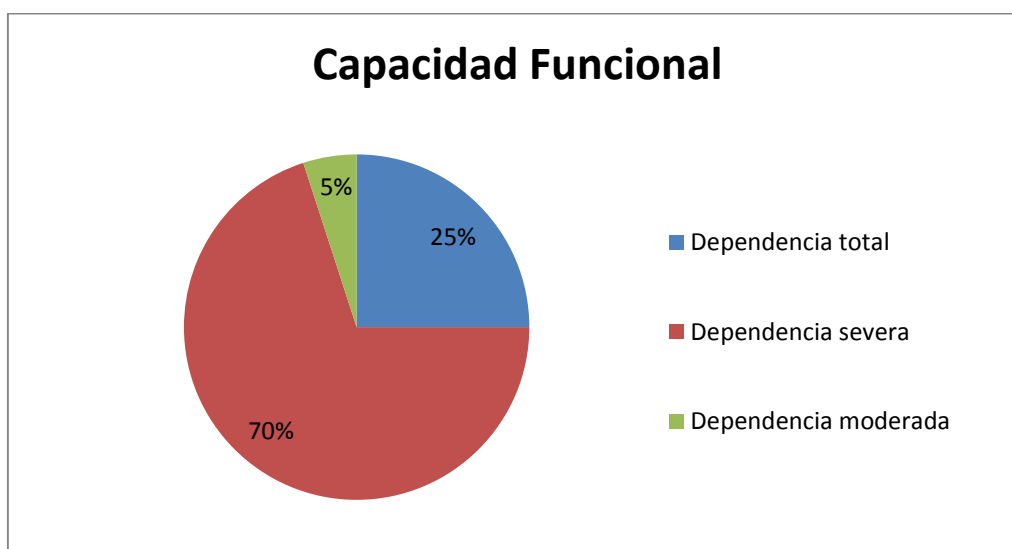
**INTERPRETACIÓN:**

Según el cuadro N° 1.3 y figura N° 1.3 se observa que el 50% de los pacientes del programa de atención domiciliaria Hospital III EsSalud Chimbote 2018 tienen fractura de cadera, 25% presentan fractura de fémur, 15% EVC isquémico, y el 5 % EVC hemorrágico y amputado.

**CUADRO N° 2.1- Evaluación de la capacidad funcional de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018 antes del programa fisioterapéutico integral.**

Capacidad Funcional	N° Pacientes	%
Dependencia total	5	25.0
Dependencia severa	14	70.0
Dependencia moderada	1	5.0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Índice de Barthel.



**FIG N° 2.1 Porcentaje de la evaluación de la capacidad funcional de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018 antes del programa fisioterapéutico integral.**

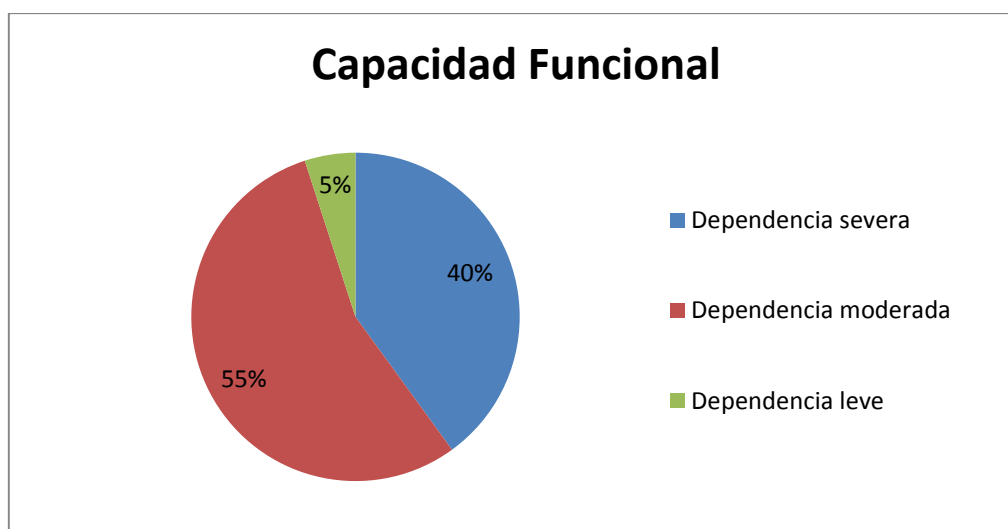
**INTERPRETACIÓN:**

Según el cuadro N° 2.1 y figura N° 2.1 se observa que el 70% de los pacientes del programa de atención domiciliaria Hospital III EsSalud Chimbote 2018 presentan una dependencia severa de la capacidad funcional, 25 % dependencia total y el 5% una dependencia moderada de la capacidad funcional.

**CUADRO N° 2.2.- Evaluación de la capacidad funcional de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018 después del programa fisioterapéutico integral.**

Capacidad Funcional	N° Pacientes	%
Dependencia severa	8	40.0
Dependencia moderada	11	55.0
Dependencia leve	1	5.0
Total	20	100.0

FUENTE: Índice de Barthel.



**FIG N°2.2 Porcentaje de la evaluación de la capacidad funcional de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018 después del programa fisioterapéutico integral.**

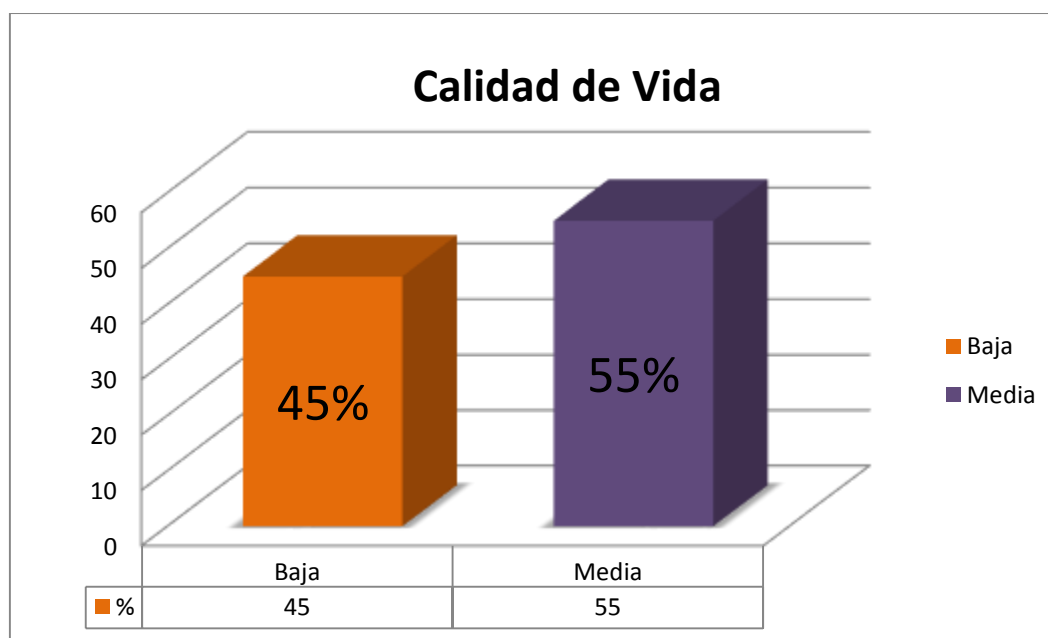
#### INTERPRETACIÓN

Según el cuadro N° 2.2 y figura N° 2.2 se observa que el 55% de los pacientes del programa de atención domiciliaria Hospital III EsSalud Chimbote 2018 presentan una dependencia moderada de la capacidad funcional, 40 % dependencia severa y el 5% una dependencia leve de la capacidad funcional.

**CUADRO 3.1- Evaluación de la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018 antes del programa fisioterapéutico integral.**

Calidad de Vida antes	N° Pacientes	%
Baja	9	45.0
Media	11	55.0
Total	20	100.0

FUENTE: Escala de Fumat.



**FIG N° 3.1 Porcentaje de la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018 antes del programa fisioterapéutico integral**

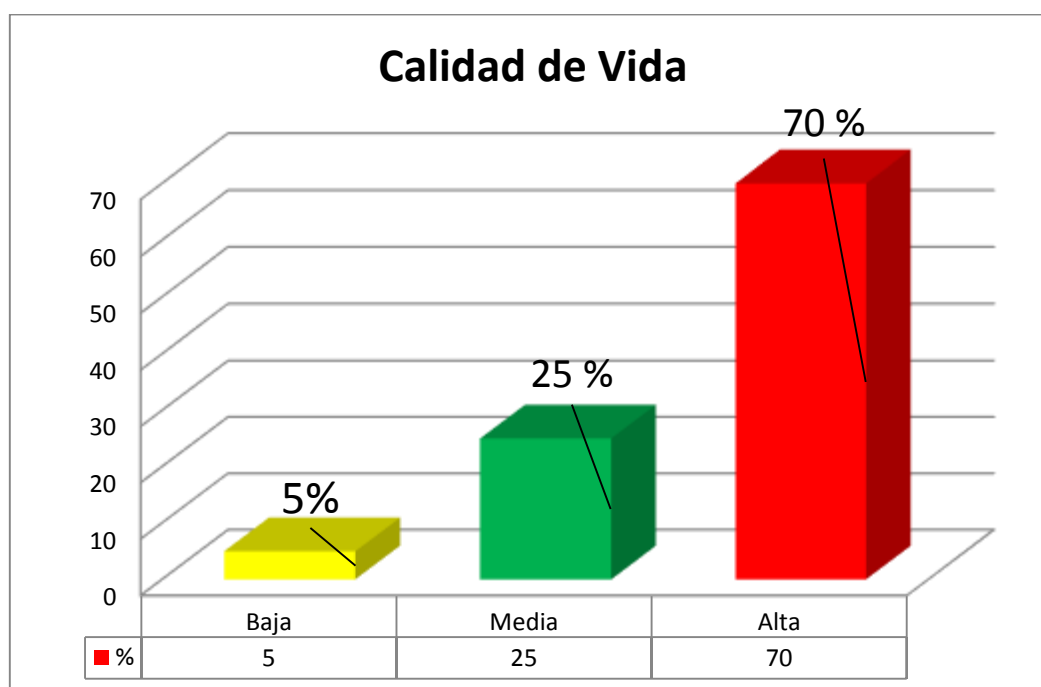
**INTERPRETACIÓN**

Según el cuadro N° 3.1 y figura N° 3.1 se observa que el 55% de los pacientes del programa de atención domiciliaria Hospital III EsSalud Chimbote 2018, se encuentran en un nivel calidad de vida media y el 45 % nivel bajo.

**CUADRO N° 3.2.- Evaluación de la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III Essalud Chimbote 2018 después del programa fisioterapéutico integral.**

Calidad de Vida	N° Pacientes	%
Baja	1	5.0
Media	5	25.0
Alta	14	70.0
Total	20	100.0

FUENTE: Escala de Fumat.



**FIG N° 3.2 Porcentaje de la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018 después del programa fisioterapéutico integral.**

**INTERPRETACIÓN**

Según el cuadro N° 3.2 y figura N° 3.2 se observa que el 70% de los pacientes del programa de atención domiciliaria Hospital III Es Salud Chimbote 2018, donde su nivel de calidad de vida es alto, 25 % nivel medio, y el 5 % nivel bajo.

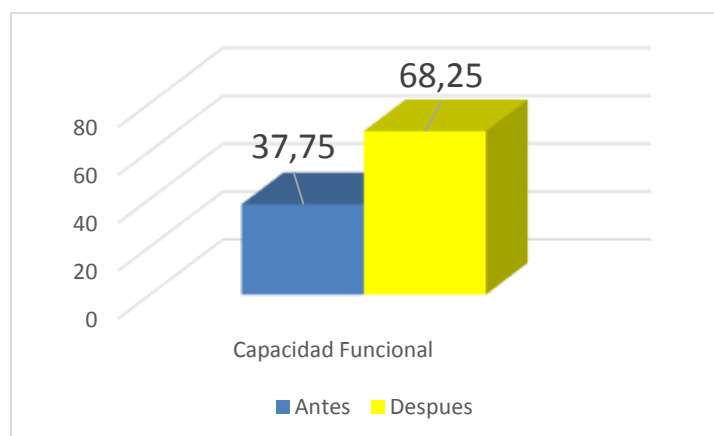
**CUADRO 4.1- Aplicación del programa fisioterapéutico integral a los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018.**

Variables	Capacidad Funcional	Media	Desviación Estándar	t	GI	P valor	Nivel de Significación $\alpha$	Decisión
Índice de Barthel	Antes	37,75	16,502	-7913	19	,000	0,05	p<0,05 Se Rechaza Ho
	Después	68,25	20,409					

Como  $P < 0.05$  se rechaza  $H_0$  la prueba es estadísticamente significativa.

Se puede decir que la Aplicación del programa fisioterapéutico a los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018, es efectiva

Por lo tanto la aplicación del programa fisioterapéutico es efectivo para los adultos mayores, y contribuyó positivamente en la rehabilitación de los pacientes del programa de atención domiciliaria Hospital III EsSalud – 2018.



**Figura N° 4: Comparación promedio de la aplicación del programa fisioterapéutico integral a los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018.**



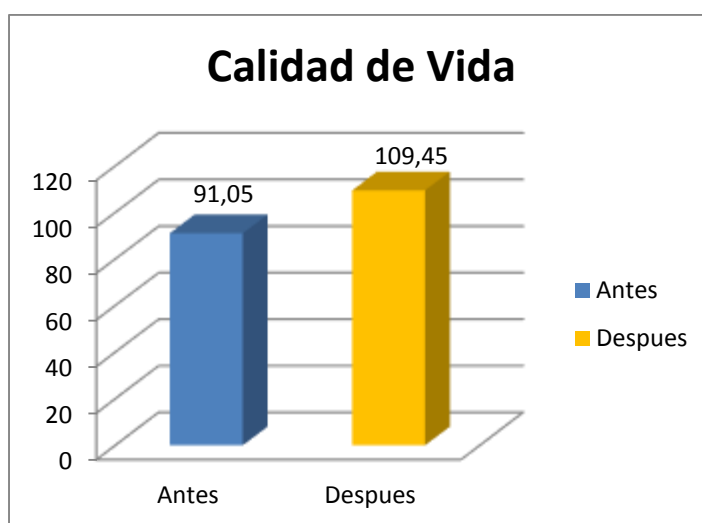
**CUADRO N° 4.2- Aplicación del programa fisioterapéutico integral a los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018.**

Variables	Calidad de Vida	Media	Desviación Estándar	T	GI	P valor	Nivel de Significación $\alpha$	Decisión
Escala de Fumat	Antes	91,05	7,957	-14,214	19	,000	0,05	p<0,05
	Después	109,4	9,081					Se Rechaza Ho

Como  $P < 0.05$  se rechaza  $H_0$  la prueba es estadísticamente significativa.

Se puede decir que la Aplicación del programa fisioterapéutico a los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018, es efectiva

Por lo tanto la aplicación del programa fisioterapéutico integral es efectivo para los adultos mayores, contribuyó positivamente en la rehabilitación de los pacientes del programa de atención domiciliaria Hospital III EsSalud - 2018



**Figura N ° 4 Comparación promedio de la aplicación del programa fisioterapéutico integral a los pacientes adultos mayores de PADOMI del Hospital III EsSalud Chimbote 2018.**

## **4.2. Análisis y discusión**

En la **Tabla y figura N° 1.1**, se representa la distribución de los grupos etareos de los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud, donde la mayoría (35%) se encuentran entre las edades de 78-84 y 85-91 respectivamente, 15 % entre las edades de 71-77 años, el 5% se encuentran los pacientes de menor edad cuyas edades varían de 64-70, las personas de mayor de edad que corresponden al 10 % de la muestra varían de 92-98 años.

Estos resultados de la presente investigación coinciden con los hallazgos reportados por el centro de Salud “El Palo” en la Cuidad de Málaga donde se observa que las edades de los pacientes del programa de atención domiciliaria varían entre (68-92) y la edad media es de 80 años.

Así mismo no coinciden con los hallazgos reportados por la: Encuesta Nacional de Hogares, donde revelan que la población con 65 y más años de edad, representa el 9,6% del total de población (el 8,2% son personas adultas de 65 a 79 años de edad y el 1,4% de 80 y más años de edad). (Enaho, 2013)

En la **Tabla y figura N° 1.2**, se representa la distribución de los pacientes adultos mayores según el sexo del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud, donde se pudo observar que el 60% de los pacientes corresponden al sexo femenino y el 40% son masculino.

Estos resultados de la presente investigación coinciden con los hallazgos reportados por el centro de Salud “El Palo” en la Cuidad de Málaga quienes encontraron que el 70,55% de los pacientes incapacitados del programa de atención domiciliaria corresponden al sexo femenino.

A medida que la edad aumentando va incrementando la prevalencia de enfermedades degenerativas e incapacitantes, y es un indicador del envejecimiento humano el cual muchas veces es sinónimo de enfermedad y dependencia, en donde experimentan situaciones de fragilidad física y emocional, habiendo mayor predisposición para condiciones patológicas, generalmente crónicas, que, si no son adecuadamente

tratadas o controladas, pueden llevar a la pérdida de la autonomía y de la capacidad funcional, se asocia con un aumento de la mortalidad y conduce a mayores tasas de resultados adversos como se evidencia en el estudio en donde el 100% de los usuarios son dependientes de sus familiares, pudiendo esto conllevar a una disminución de su autoestima como persona.

En la **Tabla y figura 2.1**, se observa que el 70% de los pacientes del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud presentan una dependencia funcional siendo la dependencia severa la más frecuente, seguida con 25 % dependencia total y el 5% una dependencia moderada de la capacidad funcional.

Estos resultados de la presente investigación no coinciden con los hallazgos reportados por: Gonzales, D y Rojas, K quien encontró que la dependencia total es la más frecuente (33,3%), seguida de dependencia leve (30,0%) y dependencia severa (16,7%), así mismo un 10,0% presentó dependencia moderada y sólo el 10,0% restante presentó independencia funcional.

Como también no coinciden con los hallazgos reportados por el diario de Nueva Inglaterra de medicina donde encontraron que el programa que se realizó a las pacientes físicamente frágiles no mejoró su capacidad funcional pero sí destacó en tener un valor preventivo para las personas adultas mayores físicamente frágiles que viven en el hogar.

En la **Tabla y figura N° 4.1**, se representa el resultado final de la aplicación del programa fisioterapéutico a los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud en donde se observa que fue efectiva con un nivel de significancia  $\alpha$  0,05.

Estos resultados de la presente investigación coinciden con los hallazgos reportados por Valero donde como conclusión determinó que la necesidad de elaborar un programa preventivo es fundamental para una valoración multidisciplinaria; así como, la fisioterapia a domicilio es un recurso asistencial eficiente en pacientes con pérdida de autonomía por déficit de la movilidad.

Así mismo no coinciden con los hallazgos reportados por la Universidad de Lleida donde en una revisión sistemática acerca de la efectividad de la rehabilitación domiciliaria en el tratamiento de artroplastia de rodilla donde encontraron que la rehabilitación en casa no es inferior a la rehabilitación habitual ya que se produjeron mejoras clínicamente relevantes, pero ambos métodos presentaron resultados similares.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIÓN**

- ✚ En la evaluación de la capacidad funcional según el índice de Barthel antes del programa fisioterapéutico integral el (70,0%) de los pacientes adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria presentó un grado dependencia funcional severa, seguido la dependencia funcional total con un (25%), y el (5%) una dependencia moderada. En la evaluación después del programa fisioterapéutico integral se presentó una mejoría en los pacientes reduciendo de una dependencia severa a dependencia moderada con un (55%); como también mejoró a un 40 % dependencia severa de capacidad funcional en relación a la dependencia funcional total y el 5% aumentó su capacidad funcional a un grado de dependencia modera a leve.
  
- ✚ En la evaluación de la calidad de vida según la Escala de Fumat antes del programa fisioterapéutico integral se observó que el 55% de los pacientes del programa de atención domiciliaria, se encuentran con una calidad de vida de nivel medio y el 45 % se encuentran en un nivel bajo; En la evaluación después del tratamiento se observó que aumentó su nivel de calidad de Vida de los pacientes a un 70% encontrándose en un nivel alto con respecto al nivel medio, los pacientes que estuvieron en un nivel bajo aumento su calidad de vida a un 25 % encontrándose en un nivel medio, así como también el 5 % presentaron un bajo nivel de su calidad de Vida.
  
- ✚ El programa fisioterapéutico integral fue efectivo para los pacientes adultos mayores, ya que contribuyó positivamente en la rehabilitación de los pacientes del programa de atención domiciliaria Hospital III EsSalud – 2018.

## 5.2. RECOMENDACIONES

- ✚ Al personal de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital III EsSalud Chimbote, tome en las referencias del presente estudio de investigación para continuar con la rehabilitación domiciliaria del adulto mayor, e integrando al binomio paciente-cuidador para que sea participe de su recuperación.
- ✚ A los estudiantes y futuros profesionales de Tecnología Médica en la especialidad de terapia física y rehabilitación deben realizar más trabajos de investigación similares con otras variables de estudio, en el Programa de Atención Domiciliaria, debido que las investigaciones son casi nulas.
- ✚ Que el programa fisioterapéutico integral que se realizó en los pacientes del programa de atención domiciliaria debe ser incluido dentro de un protocolo de atención en un equipo multidisciplinarios, donde la rehabilitación juega un papel muy importante en el adulto mayor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Barrientos, M., & Yangali, V. (2016). "Efectividad de las intervenciones mediante ejercicio físico basadas en el hogar en personas de 50 a 75 años de edad con alzheimer, desorden cerebrovascular y Parkinson. Tesis para Licenciatura, Universidad privada Norbert Wiener, Lima, Lima.
- Bazo , M., Garcia , B., Hernandez, G., Leira , J., Lopez , M., Millan , J., y otros. (2006). Sociología de la vejez. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Benitez, M., & Asencio, A. (2004). Gerontología. Recuperado el 15 de Mayo de 2018, de [http://www.semfyec.es/es/biblioteca/virtual/detalle/Atencion\\_personas](http://www.semfyec.es/es/biblioteca/virtual/detalle/Atencion_personas)
- Delgado, M. (2004). Rehabilitación y Fisioterapia en geriatría (Segunda ed.). Alcalá: Formación Alcalá.
- Demetrio. (2011). Afrontar la discapacidad y la dependencia.
- Diaz, M., Ortiz, M., Ruiz, J., Blancas, M., Torrejon., & Zambrana, R. (2005). Evaluación de la atención domiciliaria en los pacientes incapacitados. Centro de Salud "El Palo", Málaga, Portuaria en la costa del sol.
- Enaho. (2013). Encuesta Nacional de Hogares correspondiente al trimestre: julio-agosto-setiembre 2013. Encuesta, Instituto Nacional de Estadística e informática., Lima.
- EsSalud. (2014). Padoimi. Recuperado el 04 de Noviembre de 2017, de [http://www.essalud.gob.pe/cruzada-por-la-humanizacion/pdf/manual\\_del\\_cuidador\\_en\\_el\\_domicilio.pdf](http://www.essalud.gob.pe/cruzada-por-la-humanizacion/pdf/manual_del_cuidador_en_el_domicilio.pdf)
- EsSalud. (15 de Octubre de 2017). EsSalud. Recuperado el 12 de Ocutubre de 2017, de <http://www.essalud.gob.pe/atencion-domiciliaria-padomi/>
- Gill, T., Williams, C., & Tinetti, M. (1995). Evaluar el riesgo de aparición de dependencia funcional entre los adultos mayores. En J. A. Soc, El papel del rendimiento físico (págs. 603-609).
- Gomez, J. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud. Barcelona, España : Med Clin.
- Gonzales Albrales , I., Balo, A., & Gomez , M. (2006). Psicología del envejecimiento. Madrid: Millán JC.

- Gonzales, D., & Rojas, K. (2014). Nivel de sobrecarga del cuidador familiar y su relación con el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del programa de atención domiciliaria del hospital I Essalud. Tesis Doctoral, Universidad Nacional del Santa, Ancash, Nuevo Chimbote.
- Hernando, M. (2006). El fenómeno del envejecimiento. Universidad de Rioja. Giró J. Envejecimiento activo.
- Hettinger., & Mueller. (2004). Rehabilitación y fisioterapia en geriatría (Segunda ed.). Alcalá: Formación.
- Ingles, M. (1999). El apoyo la atención domiciliaria. España .
- Lavinsky, A. (2004). Proceso de cuidar de idosos con accidente vascular encefálico. 1(26), 41-45.
- Leyva, Y. (2014). Factores de riesgos sociales que limitan el bienestar personal del adulto mayor del programa de atención domiciliaria del Hospital I Pacasmayo de EsSalud de la provincia de Pacasmayo. Tesis doctoral, Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Trujillo.
- Martin, I., Gorroñoigoitia, A., Gomez, J., Baztan, J., & Abizanda, P. (2010). El Anciano Fagril.
- Mendoza, N., Miranda, E., & Quijandria, A. (2000). Nivel de independencia, participación en actividades sociales y apoyo familiar entre la urb. Santa Cristina y el AAHH Golfo Pérsico. Universidad Nacional del Santa , Ancash, Nuevo Chimbote .
- Millan , J., & Znaidak, R. (2006). Biología y genética del envejecimiento. Madrid.
- Palacios, A. (2006). Modelo Rehabilitador o Modelo Social. Dykinson, Buenos Aires.
- Reig. (1994). Adulto mayor. En Ser abuelo es la compensación de Dios por envejecer (pág. 64).
- Ruiz, J. (2016). Efectividad de la rehabilitación domiciliaria en el tratamiento de artroplastia de rodilla. Tesis de licenciatura, Universitat de Lleida, Lleida.
- Salud, C. d. (2002). Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía. 1-44, Junta de Andalucía, Andalucía, España.



- Spector, W., Katz, S., Murphy, J., & Fulton, J. (1987). La relación jerárquica entre las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria. En J. C. Dis. Alemania.
- Thomas, M., Gill, M., Baker, P., & Dorothy, I. (2002). A Program to Prevent Functional Decline in Physically Frail, Elderly Persons Who Live at Home. Alemania : The new England journal of medicine .
- Tolaba, M., Juarez, A., & Robles, M. (18 de mayo de 2013). Atención domiciliaria. (J. Murano, Ed.) Salud pública.
- Ucha, F. (12 de 03 de 2013). Adulto mayor. Definición ABC, 1.
- Valero, A. (2006). Síndrome de inmovilidad: Fisioterapia en domicilio. Proyecto de investigación, Área 2 de atención primaria., Madrid, España.

# **ANEXOS**

## **ANEXO N° 01 CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TITULO:** EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA FISIOTERAPEUTICO INTEGRAL EN PACIENTES DE ATENCION DOMICILIARIA, HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE 2018

Sr(a): \_\_\_\_\_

Con DNI \_\_\_\_\_

**MANIFIESTO:**

Que he sido informado por los estudiantes de la universidad SAN PEDRO especialidad de TERAPIA FISICA Y REHABILITACION del estudio que se realizara en sus domicilio de cada pacientes que conforman el programa de atención domiciliaria (PADOMI) del Hospital III EsSalud, así como la importancia de mi colaboración no suponiendo riesgo alguno para mi salud.

**ACEPTO:**

Participar en el estudio colaborando en cada uno de los puntos expuestos a continuación:

1. Recolección de datos que realizaré llenando la ficha dada.
2. Aplicación de un programa fisioterapéutico

Los estudiantes que realizan el estudio garantizan que, en todo momento, la información recogida de los pacientes participantes será confidencial y sus datos serán tratados de forma anónima.

Después de ser debidamente informado deseo libremente participar y me comprometo a colaborar en todo lo anteriormente expuesto, pudiendo interrumpir mi colaboración en cualquier momento.

Chimbote \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

**ANEXO N° 02 MATRIZ DE CONSISTENCIA:**

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA FISIOTERAPEUTICO INTEGRAL EN PACIENTES DE ATENCION DOMICILIARIA, HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE 2018

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>¿Cuál es el efecto del programa fisioterapéuticos integral en los adultos mayores que conforman el programa de atención domiciliaria Hospital III EsSalud Chimbote – 2018?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Determinar la efectividad de un programa fisioterapéutico integral para adultos mayores del programa de atención domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote 2018.</li> </ul> <p><b>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Clasificar a los pacientes a los adultos mayores del programa de atención domiciliaria según la edad, sexo y patología.</li> <li>❖ Evaluar la capacidad funcional a los adultos mayores del programa de atención domiciliaria, según Índice de Barthel antes y después al tratamiento.</li> </ul>	<p>El programa fisioterapéutico integral será efectivo para los adultos mayores y contribuirá positivamente en la rehabilitación de los pacientes del programa de atención domiciliaria Hospital III EsSalud - 2018</p>	<p><b>V.D:</b>  <b>Propuesta:</b> Es una idea de Proyecto acerca de un programa fisioterapéutico que se quiere realizar para los adultos mayores que conforman el programa de atención domiciliaria.</p> <p><b>V.I:</b>  <b>Programa Fisioterapéutico</b>            Conjunto de procedimientos que se realizaran en el programa de atención domiciliaria (PADOMI).</p>	<p><b>Tipo y Diseño de investigación:</b>            Investigación Aplicada, Cuantitativo de Corte Longitudinal.  <b>La población (50) y muestra (20)</b> Por tres meses durante el periodo de estudio.  <b>Criterio de Inclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pacientes con alteraciones neurológicas.</li> <li>✓ Pacientes con lesiones traumáticas.</li> <li>✓ Pacientes con síndrome de postración.</li> <li>✓ Pacientes sin enfermedades neurológicas degenerativa.</li> <li>✓ Pacientes sin enfermedades psiquiátricas.</li> <li>✓ Pacientes que no padezcan enfermedades terminales.</li> <li>✓ Pacientes que los familiares dieron su consentimiento a participar en la investigación</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Evaluar la calidad de vida de los adultos mayores del programa de atención domiciliaria, según escala de Fumat antes y después al tratamiento.</li> <li>❖ Aplicar un programa fisioterapéutico a los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria</li> </ul>			<p><b>Criterio de Exclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pacientes con enfermedad neurológica degenerativa.</li> <li>✓ Pacientes con enfermedades psiquiátricas</li> <li>✓ Pacientes en enfermedades terminales.</li> <li>✓ Pacientes que los familiares que no dieron su consentimiento a participar en la investigación.</li> </ul> <p><b>Instrumento de trabajo:</b></p> <p>Se aplicaran los instrumentos de recolección de datos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ficha de recolección de datos, la cual considera en datos generales del paciente (edad, antecedentes patológicos tomados, patología).</li> <li>✓ Índice de Barthel, para evaluar la capacidad funcional de los adultos mayores del programa de atención domiciliaria</li> <li>✓ Escala de Fumat, para evaluar la calidad de vida de los adultos mayores del programa de atención domiciliaria.</li> </ul>
--	--	--	--	--

				<p><b>Procedimiento de recolección de datos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se aplicará índice de Barthel, para evaluar la capacidad funcional de los adultos mayores del programa de atención domiciliaria</li> <li>✓ Se aplicara Escala de Fumat, para evaluar la calidad de vida de los adultos mayores del programa de atención domiciliaria.</li> </ul> <p><b>Procesamiento y análisis de la información:</b></p> <p>Serán procesados utilizando el programa de Microsoft Excel 2013 y el programa estadísticos de SPSS/info/software versión 23.0 estadística descriptivas con un nivel de significancia de 95%.</p>
--	--	--	--	--

### **ANEXO N° 03 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO**

Después de revisado el documento, es valiosa su opinión acerca de lo siguiente:

- |   | Menos de | 50 – 60 – 70 – 80 – 90 - 100 |
|---|----------|------------------------------|
| 1) ¿En qué porcentaje estima usted que con este Instrumento se lograra el objetivo propuesto?   | ( )      | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )      |
| 2) ¿En qué porcentaje considera que los ítems de llenado están referidos a los conceptos del tema?                                      | ( )      | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )      |
| 3) ¿Qué porcentaje de los ítems planteadas son Suficientes para lograr los objetivos?   | ( )      | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )      |
| 4) ¿En qué porcentaje valora usted que con este Instrumento se obtendrá los datos necesarios para realizar el trabajo de investigación? | ( )      | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )      |

#### SUGERENCIAS

- 1) ¿Qué ítems considera usted deberían agregarse?

.....  
.....

- 2) ¿Qué ítems estima podría eliminarse?

.....  
.....

- 3) ¿Qué ítems considera deberán reformularse o precisarse mejor?

.....  
.....

FECHA: ..... /...../.....

Validado por .....

Firma: .....

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Después de revisado el documento, es valiosa su opinión acerca de lo siguiente:

- | Menos de  | 50 – 60 – 70 – 80 – 90 - 100 |
|---|------------------------------|
| 1) ¿En qué porcentaje estima usted que con este instrumento se lograra el objetivo propuesto?   | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )      |
| 2) ¿En qué porcentaje considera que los ítems de llenado están referidos a los conceptos del tema?                                      | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )      |
| 3) ¿Qué porcentaje de los ítems planteadas son Suficientes para lograr los objetivos?   | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )      |
| 4) ¿En qué porcentaje valora usted que con este instrumento se obtendrá los datos necesarios para realizar el trabajo de investigación? | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )      |

SUGERENCIAS

- 1) ¿Qué ítems considera usted deberían agregarse?

.....  
.....  
.....

- 2) ¿Qué ítems estima podría eliminarse?

.....  
.....  
.....

- 3) ¿Qué ítems considera deberán reformularse o precisarse mejor?

.....  
.....

FECHA: 13 / 09 / 18

Validado por Lic. T.H. Blanco Villo

Firma: *Blanca Mirinda*

Lic. T. M. Blanca Mirinda Miranda  
C.T.M.P. 1020  
Serv. Médica Física y Rehabilitación  
Hospital III Chimbozo R.F.Ak  
EsSalud



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Después de revisado el documento, es valiosa su opinión acerca de lo siguiente:

- |   | Menos de | 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 |
|---|----------|------------------------------|
| 1) ¿En qué porcentaje estima usted que con este instrumento se lograra el objetivo propuesto?   | ( )      | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )      |
| 2) ¿En qué porcentaje considera que los ítems de llenado están referidos a los conceptos del tema?                                      | ( )      | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )      |
| 3) ¿Qué porcentaje de los ítems planteadas son Suficientes para lograr los objetivos?   | ( )      | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )      |
| 4) ¿En qué porcentaje valora usted que con este instrumento se obtendrá los datos necesarios para realizar el trabajo de investigación? | ( )      | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )      |

SUGERENCIAS

- 1) ¿Qué ítems considera usted deberían agregarse?  
.....  
.....  
.....
- 2) ¿Qué ítems estima podría eliminarse?  
.....  
.....  
.....
- 3) ¿Qué ítems considera deberán reformularse o precisarse mejor?  
.....  
.....

FECHA: 13.1.09.12  
Validado por Lic. Raul Merin Ch.

Firma: [Signature]  
**Lic. T. M. Raul Merin Chirre**  
C.T.M.P. 6173  
Serv. Medicina Física y Rehabilitación  
Hospital El Caimbote - RAAH  
EsSalud



## **ANEXO N° 04 FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

Patología:

Edad:

Sexo:

Parentesco con el paciente:

Antecedentes:

Se le invita a participar de esta encuesta respondiendo de las siguientes preguntas:

- 1) ¿Cómo describiría su estado de salud general en la actualidad?
  - a. Bueno
  - b. Regular
  - c. Malo
  
- 2) ¿Cuántas horas por semana es la atención domiciliaria en fisioterapia?
  - a. 15 minutos
  - b. Media hora.
  - c. 1 hora.
  
- 3) ¿Qué otros programas o equipo de salud es atendido?
  
- 4) ¿Cuál es su opinión respecto al programa de atención domiciliaria en fisioterapia?
  - a. Bueno.
  - b. Regular.
  - c. Malo.
  
- 5) ¿Todas las semanas recibe atención fisioterapéutica el paciente?
  - a. Sí.
  - b. No.
  - c. A veces.
  
- 6) ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que ingreso al programa de atención domiciliaria en fisioterapia?
  - a. Más de 2 meses
  - b. Más de 6 meses
  - c. Más de 1 año
  
- 7) Desde que ingreso al programa de atención domiciliaria en fisioterapia presento alguna caída en su domicilio.
  - a. Sí.
  - b. No.

## ANEXOS N° 05 INDICE DE BARTHEL

Actividad	Descripción	Puntaje
<b>Comer</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incapaz</li> <li>2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.</li> <li>3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)</li> </ol>	<p>0 5 10</p>
<b>Trasladarse entre la silla y la cama</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incapaz, no se mantiene sentado</li> <li>2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado</li> <li>3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)</li> <li>4. Independiente</li> </ol>	<p>0 5 10 15</p>
<b>Aseo personal</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Necesita ayuda con el aseo personal</li> <li>2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse</li> </ol>	<p>0 5</p>
<b>Uso del retrete</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dependiente</li> <li>2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo</li> <li>3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)</li> </ol>	<p>0 5 10</p>
<b>Bañarse o Ducharse</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dependiente</li> <li>2. Independiente para bañarse o ducharse</li> </ol>	<p>0 5</p>
<b>Desplazarse</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inmóvil</li> <li>2. Independiente en silla de ruedas en 50 m</li> <li>3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)</li> <li>4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador</li> </ol>	<p>0 5 10 15</p>
<b>Subir y bajar escaleras</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incapaz</li> <li>2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta</li> <li>3. Independiente para subir y bajar</li> </ol>	<p>0 5 10</p>
<b>Vestirse y desvestirse</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dependiente</li> <li>2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda</li> <li>3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.</li> </ol>	<p>0 5 10</p>
<b>Control de heces</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)</li> <li>2. Accidente excepcional (uno/semana)</li> <li>3. Continente</li> </ol>	<p>0 5 10</p>
<b>Control de orina</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa</li> <li>2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)</li> <li>3. Continente, durante al menos 7 días</li> </ol>	<p>0 5 10</p>

<b>Puntaje</b>	<b>Clasificación</b>
<20	Dependencia total
21 – 60	Dependencia severa
61 – 90	Dependencia moderada
91 – 99	Dependencia leve
100	Independencia

## **ANEXO N° 06 ESCALA DE FUMAT**

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	En general, se muestra satisfecho con su vida	4	3	2	1
2	Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
3	Se muestra intranquilo o nervioso	1	2	3	4
4	Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
5	Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	4	3	2	1
7	Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
8	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	1	2	3	4
PUNTUACION DIRECTA TOTAL					

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas	4	3	2	1
10	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude	4	3	2	1
11	Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
12	Carece de familiares cercanos	1	2	3	4
13	Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
14	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él Puntuación directa	4	3	2	1
PUNTUACION DIRECTA TOTAL					

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
15	El lugar donde vive es confortable	4	3	2	1
16	Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación o situación laboral actual	1	2	3	4
17	Se queja de su salario (o pensión)	1	2	3	4
18	El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
19	El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
20	Dispone de las cosas materiales que necesita	4	3	2	1
21	El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades	1	2	3	4
PUNTUACION DIRECTA TOTAL					

DESARROLLO PERSONAL		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
22	Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc.)	4	3	2	1
23	Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	1	2	3	4
24	Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
25	En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan	4	3	2	1
26	Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)	1	2	3	4
27	Tiene dificultades para comprender la información que recibe	1	2	3	4
28	Es responsable de la toma de su medicación	4	3	2	1
29	Muestra escasa flexibilidad mental	1	2	3	4
PUNTUACION DIRECTA TOTAL					

BIENESTAR FISICO		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
30	Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
31	Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
32	Tiene dificultad de seguir una conversación porque oye mal	1	2	3	4
33	Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
34	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	1	2	3	4
35	Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4
PUNTUACION DIRECTA TOTAL					

AUTODETERMINACION		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
36	Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1
37	Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques alquiler, facturas, ir al banco, etc)	1	2	3	4
38	Otras personas organizan su vida	1	2	3	4
39	Elige cómo pasar su tiempo libre	4	3	2	1
40	Ha elegido el lugar donde vive actualmente	4	3	2	1
41	Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
42	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	4	3	2	1
43	Otras personas toman las decisiones que son importante para su vida	1	2	3	4
PUNTUACION DIRECTA TOTAL					



INCLUSION SOCIAL		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
44	Participa en diversas actividades de ocio que le interesa	4	3	2	1
45	Está excluido de la comunidad	1	2	3	4
46	En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyo cuando lo necesita	1	2	3	4
47	Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
48	Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro que acude	1	2	3	4
49	Está integrado con los compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
50	Participa de forma voluntaria en algún programa o actividades del servicio que acude	4	3	2	1
51	Su red de apoyo no satisface sus necesidades	1	2	3	4
52	Tiene dificultad para participar en su comunidad	1	2	3	4

PUNTUACION DIRECTA TOTAL

DERECHOS		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
5 3	En el servicio al que acude se respetan y defienden SUS DERECHOS	4	3	2	1
5 4	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1
5 5	Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4
5 6	Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	4	3	2	1
5 7	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	4	3	2	1

PUNTUACION DIRECTA TOTAL

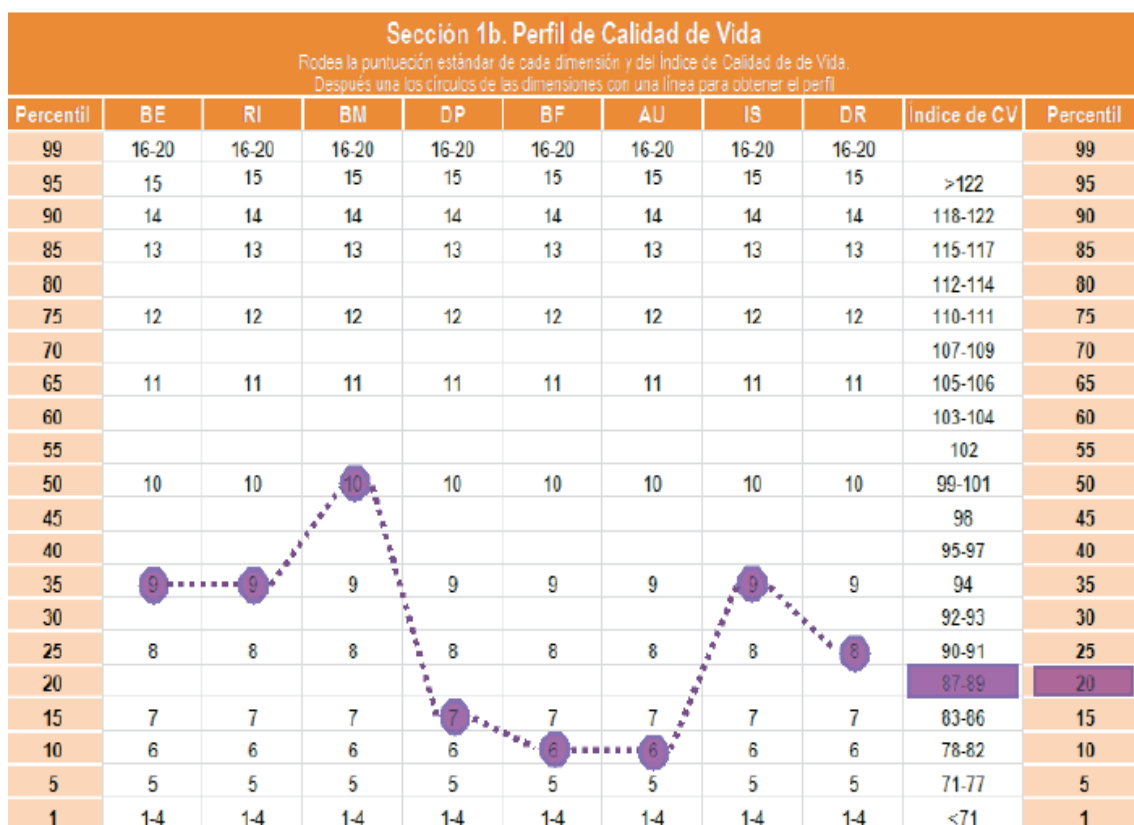


Figura 20. Perfil de Calidad de Vida de la Escala GENCAT

## ANEXO N° 07 AUTORIZACIÓN



"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

Chimbuto, febrero 05 del 2018

Señora  
Ruth Cotos Alva  
Jefa de la Unidad de Capacitación e Investigación  
ESSALUD  
Presente.

Asunto: Solicitud Autorización para Ingreso al Servicio de  
Terapia física y rehabilitación.

Tengo a bien dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y al mismo tiempo solicitarle a su despacho la autorización y las facilidades del caso para que la egresada de la Escuela Profesional de Tecnología Médica, en la Especialidad de Terapia Física y Rehabilitación Srta. LLUVICA YULEYSI PERICHE BUZA, que viene ejecutando el proyecto de investigación titulado "Efectividad de un programa fisioterapéutico integral en pacientes de atención domiciliar", se le permita el acceso a las fichas evaluativas de los pacientes del programa de atención domiciliar (PADOMI), del Hospital IR ESSALUD-Chimbuto.

Agradeciéndole por la atención al presente, hago propia la ocasión para reiterarle mi especial deferencia.

Atentamente,



## **ANEXO N° 08 EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS**

Contraccion Isometrica de Cuadriceps.



Contraccion excentrica de Cuadriceps



Reeducacion del respiracion (Diafragma)



Fortalecimiento de gluteo medio.



Propiocepcion en bipedestación



Propiocepcion en sedentacion.



Reeducacion de la marcha.



Inodoro.



Andador



Silla de ruedas .



Baston multipodal





Apoya brazos en el inodoro



Pasamano de baño





**“EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA FISIOTERAPEUTICO  
INTEGRAL EN PACIENTES DE ATENCION DOMICILIARIA,  
HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE, 2018”**

Autor:

PERICHE BUIZA. Llúvica Yulevsi.

## **FUNDAMENTACIÓN**

El presente programa se fundamenta en la falta de interés que le prestan a los pacientes adultos mayores del programa de atención domiciliaria, ya que en las referencias dadas solo se desarrollaron proyectos de un programa para los pacientes de atención domiciliaria pero no lo ejecutan.

Esto es algo perjudicial para la salud del adulto mayor debido a que las personas mayores con deficiencias en las capacidades físicas tienen un alto riesgo de desarrollar deterioro funcional, se evidencia según las encuestas por el consejo nacional para la igualdad de discapacidades realizadas en Ecuador donde encontraron que solo el 33% de la población con discapacidad recibe tratamiento de rehabilitación integral.

Este programa en primer lugar, garantiza el acceso de una práctica asistencial a la población que por sus características no puede ser atendida en el centro de referencia; en segundo lugar, promueve la participación de la familia, dándoles pautas de comportamiento para facilitar la recuperación y en tercer lugar, asesorar a otros grupos profesionales que realizan atención domiciliaria.

## **INTRODUCCIÓN**

El programa fisioterapéutico integral tiene como propósito mejorar el programa de atención domiciliaria, dar una buena calidad de vida a los adultos mayores, mejorar su capacidad funcional y a su vez prevenir el síndrome de postración. La edad aumenta la prevalencia de enfermedades degenerativas e incapacitantes, por ello posee importantes implicaciones sanitarias, sociales, económicas y políticas.

Las personas adultas mayores de 60 años o más, presentan un conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas. Estos cambios no se deben sólo a los procesos biológicos normales sino también son producto de las enfermedades, la pérdida de las aptitudes y los cambios sociales que se suceden durante este período de la vida.

La discapacidad se asocia con un aumento de la mortalidad y conduce a mayores tasas de resultados adversos, como hospitalización, ingreso a un hogar de ancianos y uso de servicios domiciliarios formales e informales, supone una carga sustancial para las personas de edad, los cuidadores informales y los recursos de atención médica.

El programa fisioterapéuticos integral consiste mejorar su capacidad corporal, valorando la inmovilidad, exploración física, plan de intervención, intervención terapéutica (Primer estadio: paciente encamado, Segundo estadio: paciente en “cama-sillón”, Tercer estadio: bipedestación y deambulación, Cuarto estadio: mantenimiento); que el paciente logre desarrollar las actividades básicas de la vida diaria, Y así se integre en al ámbito social.

# **I Fase**

## **1.1 Anamnesis**

Los cuadros clínicos más resaltante de un paciente adulto mayor en el programa de atención domiciliaria el dolor, la rigidez articular, y la incapacidad funcional las siguientes preguntas son:

- Datos personales: edad, sexo.
- Según su patología, como inicio, desde cuando presenta dicha enfermedad, como le afecta en su salud, si presenta algún dolor.
- Antecedentes: Que otras enfermedades presenta (diabetes, HTA, enfermedades cardiacas, intervenciones quirúrgicas, ha tenido un accidente, o caídas.

## **1.2. Exploración**

### **1.2.1. Inspección**

- Deformidad y mala alimentación.
- Deformidad articular (engrosamiento de la capsula articular y tejidos blandos).
- Hipotrofia muscular.
- Presenta inflamación.

### **1.2.2. Palpación**

- Dolor a la palpación.
- Crepitación o crujido.
- Pérdida progresiva de los últimos grados del arco articular en ambos MM.SS Y MM.II.
- Explorar las articulaciones. (cadera, hombro, tobillo).

## **INDICE DE BARTHEL**

Este cuestionario consta de 10 actividades básicas de la vida diaria son las siguientes:

- Comer.
- Trasladarse entre lasilla y la cama.
- Aseo personal.
- Uso del retrete.
- Bañarse y Ducharse.
- Desplazarse
- Subir y bajar las escaleras.
- Vestirse y desvestirse
- Control de heces.
- Control de orina.

El índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia.

Los valores asignados a cada actividad se basan en el tiempo y cantidad de ayuda física requerida para realizar una actividad. El índice se debe utilizar como expediente de lo que el paciente hace, no como un expediente de lo que el paciente podría hacer. El punto principal es establecer el grado de independencia del paciente ante cualquier tipo de ayuda, física o verbal, por mínima que sea o cualquier otro.

La gama de puntuación es de 0-100. Cuanta más alta es la puntuación, más es la independencia del paciente. Un paciente que obtiene 100 puntos en el IB es si realiza solo y sin ayuda las 10 (AVD). El rango de posibles valores está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos para la versión original. Cuanto más cerca está de 0 el paciente presenta más dependencia, por el contrario cuanto más cerca está de 100, es indicativo de independencia. La interpretación sugerida por Shah et al es:

- 0 – 20: Dependencia total
- 21 – 60: Dependencia severa
- 61 – 90: Dependencia moderada
- 91 – 99: Dependencia leve
- 100: Independencia

<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Puntaje</b>
<b>Comer</b>	4. Incapaz 5. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 6. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	0 5 10
<b>Trasladarse entre la silla y la cama</b>	5. Incapaz, no se mantiene sentado 6. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado 7. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 8. Independiente	0 5 10 15
<b>Aseo personal</b>	3. Necesita ayuda con el aseo personal 4. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	0 5
<b>Uso del retrete</b>	4. Dependiente 5. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo 6. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	0 5 10
<b>Bañarse o Ducharse</b>	3. Dependiente 4. Independiente para bañarse o ducharse	0 5
<b>Desplazarse</b>	5. Inmóvil 6. Independiente en silla de ruedas en 50 m 7. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) 8. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	0 5 10 15
<b>Subir y bajar escaleras</b>	4. Incapaz 5. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta 6. Independiente para subir y bajar	0 5 10
<b>Vestirse y desvestirse</b>	4. Dependiente 5. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda 6. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	0 5 10
<b>Control de heces</b>	4. Incontinente (o necesita que le suministren enema) 5. Accidente excepcional (uno/semana) 6. Continente	0 5 10
<b>Control de orina</b>	4. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa 5. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas) 6. Continente, durante al menos 7 días	0 5 10

## **ESCALA DE FUMAT**

La Escala FUMAT mide la calidad de vida del adulto mayor a través de 57 ítems distribuidos en las ocho dimensiones:

- Bienestar emocional.
- Relaciones interpersonales
- Bienestar material
- Desarrollo personal
- Bienestar físico
- Autodeterminación
- Inclusión social
- Derechos

Es aplicable a personas mayores (más de 50 años) y personas con discapacidad (con una edad mínima de 18 años). Se trata de un cuestionario auto administrado. El tiempo de cumplimentación es aproximadamente de 30 minutos.

Todos los ítems están enunciados en tercera persona, con formato declarativo, y se responden utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones (*'nunca o casi nunca'*, *'a veces'*, *'frecuentemente'* y *'siempre o casi siempre'*) cada dimensión tiene una puntuación directa total que oscila de (1-2-3-4) de cada uno de los ítems, consiste en determinar si la persona lleva a cabo o no una determinada actividad.

En el caso de evaluar la calidad de vida de una persona con un grave deterioro cognitivo, se encontrará varios ítems que se puede considerar no aplicables a la persona. Se debe responder a todos los ítems, aunque sea siempre de forma negativa, o contestar de forma positiva si la persona no lo hace por sí misma pero cuenta con los apoyos necesarios para poder realizar la actividad en cuestión.

Una vez terminada la aplicación de la escala y comprobado que no se ha dejado ninguna cuestión en blanco, se debe puntuar e interpretar los resultados como se describe en el siguiente apartado.



## ESCALA DE FUMAT

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	En general, se muestra satisfecho con su vida	4	3	2	1
2	Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
3	Se muestra intranquilo o nervioso	1	2	3	4
4	Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
5	Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	4	3	2	1
7	Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
8	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	1	2	3	4
PUNTUACION DIRECTA TOTAL					

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas	4	3	2	1
10	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude	4	3	2	1
11	Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
12	Carece de familiares cercanos	1	2	3	4
13	Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
14	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él Puntuación directa	4	3	2	1
PUNTUACION DIRECTA TOTAL					

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
15	El lugar donde vive es confortable	4	3	2	1
16	Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación o situación laboral actual	1	2	3	4
17	Se queja de su salario (o pensión)	1	2	3	4
18	El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
19	El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
20	Dispone de las cosas materiales que necesita	4	3	2	1
21	El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades	1	2	3	4

**PUNTUACION DIRECTA TOTAL**

DESARROLLO PERSONAL		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
22	Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc.)	4	3	2	1
23	Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	1	2	3	4
24	Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
25	En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan	4	3	2	1
26	Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)	1	2	3	4
27	Tiene dificultades para comprender la información que recibe	1	2	3	4
28	Es responsable de la toma de su medicación	4	3	2	1
29	Muestra escasa flexibilidad mental	1	2	3	4

**PUNTUACION DIRECTA TOTAL**

BIENESTAR FISICO		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
30	Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
31	Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
32	Tiene dificultad de seguir una conversación porque oye mal	1	2	3	4
33	Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
34	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	1	2	3	4
35	Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4

PUNTUACION DIRECTA TOTAL

AUTODETERMINACION		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
36	Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1
37	Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques alquiler, facturas, ir al banco, etc)	1	2	3	4
38	Otras personas organizan su vida	1	2	3	4
39	Elige cómo pasar su tiempo libre	4	3	2	1
40	Ha elegido el lugar donde vive actualmente	4	3	2	1
41	Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
42	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	4	3	2	1
43	Otras personas toman las decisiones que son importante para su vida	1	2	3	4

PUNTUACION DIRECTA TOTAL

INCLUSION SOCIAL		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
44	Participa en diversas actividades de ocio que le interesa	4	3	2	1
45	Está excluido de la comunidad	1	2	3	4
46	En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyo cuando lo necesita	1	2	3	4
47	Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
48	Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro que acude	1	2	3	4
49	Está integrado con los compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
50	Participa de forma voluntaria en algún programa o actividades del servicio que acude	4	3	2	1
51	Su red de apoyo no satisface sus necesidades	1	2	3	4
52	Tiene dificultad para participar en su comunidad	1	2	3	4

PUNTUACION DIRECTA TOTAL

DERECHOS		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
53	En el servicio al que acude se respetan y defienden SUS DERECHOS	4	3	2	1
54	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1
55	Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4
56	Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	4	3	2	1
57	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	4	3	2	1

PUNTUACION DIRECTA TOTAL

## **II FASE:**

A. **Ejercicios terapéuticos:** El ejercicio terapéutico es una actividad programada con el objetivo de recuperar una función alterada. El ejercicio no solo es una forma de tratamiento de diferentes afecciones, sino que permite prevenir alteraciones del movimiento corporal humano

### **1.- Objetivo**

- ✓ Prevenir la aparición de deformidades, evitar rigidez y anquilosis en posiciones viciosas.
- ✓ Mejorar la nutrición muscular.
- ✓ favorecer la circulación sanguínea y linfática.
- ✓ Preparar el músculo para un mejor trabajo activo.
- ✓ Mantener la movilidad articular o restablecer la misma en las articulaciones que presentan limitación.
- ✓ Despertar los reflejos propioceptivos.
- ✓ Conciencia del movimiento.
- ✓ Contribuir a conservar o crear las imágenes periféricas del esquema corporal espacial.

### **2.- Procedimiento**

Se procederá a realizar una rutina semanal de ejercicios terapéuticos de acuerdo a la necesidad, se le entregara las pautas del ejercicios al familiar, realizando una demostración mediante la visita domiciliaria; se monitoreará cada semana.

### **3.- Los ejercicios terapéuticos se clasificaran:**

- Contracción Isométrica de Cuádriceps.
- Contracción excéntrica de Cuádriceps
- Reeduación respiratoria.
- Fortalecimiento de glúteo medio.
- Propiocepción en bipedestación
- Propiocepción en sedentación.
- Reeduación de la marcha.
- Ejercicios pasivos del MM.II y MM.SS
- Control y equilibrio
- Reeduación de la marcha.
- Reeduación postural

Contracción Isométrica de Cuádriceps.



Contracción excéntrica de Cuádriceps



Reeducación del respiración (Diafragma)



Fortalecimiento de glúteo medio.



Propiocepción en bipedestación



Propiocepción en sedentación.



Reeducación de la marcha.





Ejercicios pasivos del MM.II.



Control y equilibrio



Reeducación de la marcha.



Reeducación postural



**B. Adaptación y barreras arquitectónicas para el hogar:** Aquellos instrumentos dispositivos o herramientas que permiten, a las personas que presentan una discapacidad temporal o permanente, realizar actividades que sin dicha ayuda no podrían ser realizadas o requerirían de un mayor esfuerzo para su realización.

### **1.- Objetivo**

- Facilitar la realización de actividades.
- Condiciones básicas de habitabilidad
- Dar confianza y seguridad.
- Mejorar la movilidad funcional.
- Aminorar la deficiencia o discapacidad.
- Reducir sus desventajas sociales.
- Promover la independencia.

### **2.- Procedimiento**

Se procederá a realizar un seguimiento y según como desarrolle el paciente sus actividades se le evaluará que ayudas biomecánicas necesita para buscar mejorar su independencia y así lograr su máxima capacidad funcional y mejorar su nivel de calidad de vida.

### **3.- Las ayudas biomecánicas fueron las siguientes:**

- Zapatos Ortopédicos.
- Andadores
- Silla de ruedas
- Bastón multipodal
- Inodoro
- Pasamano para el acceso a bañera.
- Pasamano en el inodoro.
- Antideslizantes en el baño.
- Tenedor adaptado.
- Asiento dentro de la bañera.

Inodoro.



Andador



Silla de ruedas



Bastón multipodal



Zapatos ortopédicos



Asiento dentro la bañera



Apoya brazos en el inodoro



Pasamano de baño



Apoya brazos dentro de la bañera





**C. Educación para el cuidado del familiar:** Es un método preventivo promocional dirigido al cuidador principal del adulto mayor del programa de atención domiciliaria.

### **1.- Objetivo**

- Facilitar la información de forma clara y precisa.
- Una buena enseñanza sobre los cuidados básicos.
- Ayudar a potenciar la autonomía del paciente
- Concientizar sobre las malas posturas
- Dar conocimiento sobre la enfermedad de su familiar.

### **2.- Procedimiento**

Se realizará las visitas domiciliaria cada semana, realizando un monitoreo al paciente- familiar y como un método preventivo y promocional se le entregará unos trípticos con información importante.

### **3.- Las temas que llevaron a cabo fueron las siguientes:**

- ✓ Educación para la salud.
- ✓ Aceptación e información de la enfermedad.
- ✓ Cuidados personales.
- ✓ Prevención de riesgos de caídas.
- ✓ Envejecimiento activo.

## ¿QUÉ ES LA ACTIVIDAD FÍSICA?

Es todo movimiento del cuerpo que hace trabajar a los músculos y requiere mas energía. Como caminar, correr, bailar, nadar, practicar yoga,

La edad no es un obstáculo para realizar actividades que contribuyan a mejorar significativamente la salud y el bienestar de las personas.  
**Cualquier momento es una buena oportunidad para comenzar a hacer ejercicio.**



## BENEFICIOS

- ✓ Ayuda a mantener la habilidad de vivir independiente.
- ✓ Reduce el riesgo de sufrir fracturas o accidentes.
- ✓ Menor riesgo a padecer enfermedades.
- ✓ Disminuye la incidencia de diabetes.
- ✓ Alivia el dolor y mejora la fuerza muscular.
- ✓ Reduce la hipertensión arterial.
- ✓ Ayuda a mantener todas las estructuras corporales y mejora su funcionamiento.
- ✓ Ayuda considerablemente al tratamiento de enfermedades degenerativas y crónicas.
- ✓ Proporciona el disfrute y vivir plenamente.



## EJERCICIOS

- De pie, mire al frente, y mantenga los hombros y los brazos alejados junto al cuerpo.
- Levante los talones alternadamente haga puntillas con el pie derecho mientras el pie izquierdo permanece en el piso.
- Muévase arriba y abajo alternadamente entre un talón y el otro.
- Hacer 4 a 5 minutos de calentamiento.



- De pie mantenga las piernas separadas cerca de 20 centímetros los pies paralelos y los brazos al lado del cuerpo.
- Balance los brazos al frente del cuerpo, cruzándolo hacia adelante y después levántelos hacia la altura de los hombros.
- Acompañe cada balanceo al frente del cuerpo y de los lados con una flexión de rodillas.
- Repetir 8 a 10 veces.



- Camine en un solo lugar levantando los hombros.
- Mantenga los brazos sueltos junto al cuerpo.
- Levante primero un hombro después el otro.
- Hacerlo durante 30 seg.



**PIENSA POSITIVO**  
**EJERCITATE A DIARIO**  
**MANTENTE FUERTE**  
**PREOCUPATE MENOS**  
**SE FELIZ**  
**AMA TU VIDA**



**SERVICIO DE MEDICINA FISICA**



**ACTIVIDAD FISICA**  
**EN EL ADULTO**  
**MAYOR**

## ¿CÓMO SON LAS CAÍDAS?

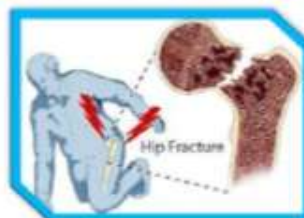
Son las consecuencias de cualquier acontecimiento que precipite al individuo caer al suelo en contra de su voluntad.



## ¿CÓMO CUIDARSE Y EVITAR

Evita los obstáculos en la casa, los pisos resbalosos, tapetes, etc.  
Evite cambios posturales bruscos.  
Buena iluminación en casa y camine por donde haya buena luz.  
Haga ejercicios según las recomendaciones para mantener fuerzas y vitalidad.  
Mejore su visión y audición con uso de anteojos y audifonos y visite al medico.  
Uso y colocacion de barandas y manijas en pasadizos, escaleras, baño.

Use baston cuando esta indicado.  
No tome medicamento que no le ha recetado el medico.  
No levante cosas pesadas.  
Use ropa comoda que se le haga facil vestirse, zapatos de soporte con tacos bajos.  
Evite caminar en medias .  
Evite el consumos de alcohol  
Mantenganse activoy con el peso ideal .

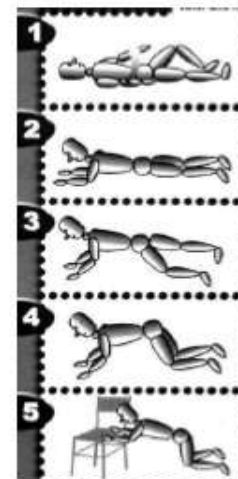


## CONSECUENCIA DE UNA CAIDA

Fracturas (caderas, muñecas y costillas).  
Pérdida de confianza temor a caidas futuras.  
Dependencia de otras personas para caminar.

## ¿CÓMO LEVANTARSE DESPUES DE UNA CAIDA-?

- o Primeramente mantengan la calma posteriormente concentrate en girar la cabeza en direccion que va a rodar.
- o Apoyese sobre sus brazos hast estar colocado en cuatro punto y gateé hasta un soporte estable (silla).



- o Coloque las manos en un soporte estable (silla), luego levante una pierna (la mas fuerte).
- o Tome impulso sobre el pierna y sobre las manos tirando sobre si mismo.

### IMPORTANTE.....!

Camnine acompañado  
 Realice ejercicios  
 Use baston si es necesario.  
 Use lentes y audifonos de ser necesario  
 Use zapatos adecuados  
 Mantengase el peso ideal.



### ¡ATENCIÓN.....!

Una caída puede ser mas grave de lo que usted piensa.

Las caidas pueden tener consecuencias:

- I Psicológicas: temor a salir, depresion, tristeza.
- II Físicas: fracturas heridas, hematomas.
- III Sociales: debido a causas psicologicas que pierden las actividades sociales
- IV Economicas: gastos no previstos

"PREVENIR ES MAS FACIL QUE CURAR"



## SERVICIO DE MEDICINA FISICA



**Prevención de caidas  
 en el adulto mayor  
 que conforman el  
 programa de PADOMI**

### ¿QUÉ ES UNA FRACTURA?

Es la pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea o cartilaginosa, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso



### CAUSAS

- Osteoporosis.
- Caída.
- Un accidente.
- Disminución de masa muscular (Debilidad muscular).
- Problemas de visión.



### CONSECUENCIA DE UNA FRACTURA

- La fractura es una lesión grave que puede causar la muerte.
- Trombosis venosa profunda.
- Embolia pulmonar.
- Inmovilidad.
- Úlceras por presión.
- Neumonía.
- Atrofia muscular.
- Infecciones del tracto urinario.



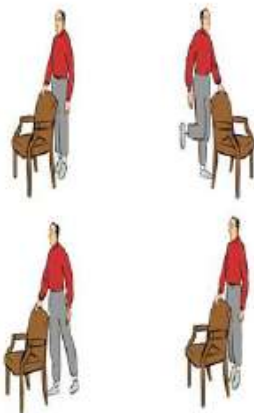
### ¿CÓMO RECONOCER UNA FRACTURA?

- Incapacidad para moverse inmediatamente después de una caída
- Dolor fuerte en la cadera o en la ingle
- Pierna más corta del lado de la cadera lesionada
- Incapacidad para cargar peso sobre la pierna del lado de la cadera lesionada
- Rigidez, hematomas e hinchazón en la zona de la cadera y alrededor de ella
- Giro hacia afuera de la pierna del lado de la cadera lesionada



## PREVENCIÓN

- Consumir calcio y vitamina D.
- Ejercicios para fortalecer las musculas y mejorar el equilibrio.
- Evitar fumar y beber en exceso.
- Evaluar el hogar para comprobar si hay peligro de caída.
- Control de la visión.
- Controlar medicamentos.
- Levantarse lentamente.
- Usar baston o andador si lo requiere



## ¡ATENCIÓN.....!

Cuando se ponen de pie muy rápidamente, puede disminuir tu presión arterial, lo cual puede podemos perder el equilibrio y generar una caída.

"PREVENIR ES MAS FACIL QUE CURAR"



 **EsSalud**  
Seguridad Social para todos

## SERVICIO DE MEDICINA FISICA



Fractura de Cadera  
en el adulto mayor

## ¿QUÉ ES LA HIGIENE?

Es un cuidado básico que tiene como objetivo proporcionar bienestar y comodidad, y contribuye en la prevención contra las infecciones. La piel es una de las primeras barreras del organismo para defenderse de las agresiones del medio.



## ¿CÓMO EVITAR LAS INFECCIONES?

- Higiene
- Vacunas
- Antibióticos
- Lavado de manos

## INDICACIÓN

- La higiene diaria
- Tener a mano todos los utensilios de ase personal
- Adecuar la altura de la cama para la persona que va a realizar la técnica del ase para no dañar la espalda de la persona cuidadora.
- La temperatura ambiental adecuada debe estar entre 22-25°C, evitando corrientes de aire.
- La temperatura del agua debe ser templada o ligeramente caliente ya que el agua demasiado caliente origina un secado excesivo e innecesario de la piel, además debido a la falta de sensibilidad se pueden producir quemaduras.
- Usar jabón neutro o ligeramente ácido, salvo indicación médica



## ¿QUÉ NECESITAMOS?

- Guantes desechables.
- Tinas de colores diferentes.
- Esponja.
- Jabón neutro
- Toalla
- Ácidos grasos hiperoxigenados. (Linovera, Mepentol).
- Sustancias emolientes: son sustancias que se utilizan exclusivamente para proteger la piel y combatir la sequedad.
- Productos barrera protegen la piel impermeabilizando la zona ante el exceso de humedad, entre otros tenemos: Cremas de silicona y los apósitos adhesivos.
- Crema hidratante.
- Ropa de cama.
- Bolsa para recoger la ropa sucia.
- Colonia.
- Peine.



### HIGIENE DE LA CAMA Y EL ENTORNO

1. Si la cama no está bien hecha, provocaremos un malestar y, en ocasiones, puede ser la causa de llagas e irritaciones en la piel.
2. Debe hacerse la cama dos veces al día para evitar arrugas en las sábanas. Si la persona se puede levantar de la cama, pídale que así también se mueva, y que colabore en todo lo que pueda.
3. Si existe incontinencia podemos utilizar protectores de colchón o travesaños, de ropa o de papel, para evitar que se estropee el colchón y evitar malos olores.
4. Abra las ventanas para que se renueve el aire de la habitación.
5. Deje a mano todo lo que pueda necesitar la persona: gafas, el periódico, la pape-lera, los pañuelos, un vaso de agua, etc.



### ¡IMPORTANTE.....!

Si encuentra alguna lesión en la piel o duda al respecto, comunique al personal para prevenir las úlceras por presión (escaras) y abordarlas a tiempo.

### ¡RECUERDA QUE!

La higiene de manos es la piedra angular en la prevención de la infección nosocomial"



## SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA



Manual de recomendaciones para la cuidadora sobre la higiene del adulto mayor de PADOMI

