

ADULTO MAYOR ENCAMADO EN EL DOMICILIO. ACCIONES EDUCATIVAS

*Dra. Irina Nelida Ramírez Moreno¹, Dra. Yeny Díaz Díaz², Dra. Sahily Omara Pérez
García³*

1 Filial de Ciencias Médicas “Manuel Piti Fajardo”, Cuba, irina.ramirez@ssp.sld.cu Edificio 24 apartamento 4
Olivos III Sancti Spiritus

2 Filial de Ciencias Médicas “Manuel Piti Fajardo”, Cuba, yeny.diaz@ssp.sld.cu

3 Filial de Ciencias Médicas “Manuel Piti Fajardo”, Cuba, sahily.perez@ssp.sld.cu.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo con diseño experimental con el objetivo de educar a los familiares acerca del manejo adecuado del adulto mayor encamado para evitar complicaciones, con el apoyo de los estudiantes de la carrera rehabilitación en salud de 4to año durante su educación en el trabajo. La población estuvo conformado por 200 pacientes dispensarizados por el departamento de trabajo social del policlínico centro de Sancti Spiritus en el período comprendido entre julio y diciembre del 2012. Se utilizaron métodos del nivel teórico: histórico-lógico, analítico-sintético e inductivo- deductivo, del nivel empírico: la entrevista y la encuesta, además de los procedimientos matemáticos, obteniéndose como resultados que el conocimiento de los familiares acerca del manejo de los pacientes adultos mayores encamados después de la intervención mejoró, lográndose que con la aplicación de las acciones educativas se evitaran complicaciones en los adultos mayores encamados. Arribando a la conclusión que el conocimiento por los familiares de las acciones educativas favorece el adecuado manejo del adulto mayor encamado.

Palabras claves: conocimientos; tratamiento postural; adultos mayores; encamados; familia

SUMMARY

It was carried out a descriptive study as a sperimental design for adult patients in bedded and their families, with the purpose to teach these families about the correct manipulation to adult in bedded patients to avoid complication. This is going to be with the help of the 4th year Rehabilitation health's students in their in- training services. The population was taken from 200 dispensaried

patients by social work department at Policlinic Center in Sancti Spíritus from July to December in 2012.

There were used different methods, such as theoretic level: historic-logic, analytic-synthetic, inductive-deductive also from the empiric level: were used the interview and the survey too, and the mathematic methods. Having as results after the intervention, that there was an increase in learning from their families about how to manipulate in better way these adult patients in bedded and as results there were less complication when manipulating adult patients in bedded. after using these educative actions too. We can arrive to the conclusion by saying that the families' knowledge through these educative actions helps them to an adecuated manipulation of the adult patients in bedded.

Key words: Knowledge, treatment, standing, adult, in bedded, family

.1. INTRODUCCIÓN

En Cuba, el adulto mayor, posee una estabilidad social sólida. Todo esto gracias a nuestras organizaciones sociales y a nuestro Sistema de Salud, todos ellos integrados en un complejo sistema de Instituciones entre las cuáles sobresalen los círculos de abuelos, los hogares de ancianos y las Dependencias del Ministerio de Seguridad Social.

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes de finales del siglo XX, en primer lugar, el nivel de envejecimiento que Europa logró en dos siglos lo alcanzará América Latina en apenas cincuenta años lo que significa que tendrá menos tiempo para adaptar sus sistemas al nuevo escenario de una población con mayor vejez. [1]

Cuba se proyecta como un país con un envejecimiento importante de su población. El 15,4% de los cubanos tienen hoy 60 años o más, cifra que aumentará a 20,1% en el 2025, con una expectativa de vida actual al nacer de 77 años, por lo que se prevé que será el país más envejecido de América Latina[2]- [5]. Se plantea que la proporción de ancianos en Cuba es superior a la de los países desarrollados.

Lo cual hace necesario la toma de medidas encaminadas al bienestar y desarrollo de una política de atención al anciano, dirigidas por la más alta dirección del gobierno de nuestro país, el Ministerio de Salud Pública y las diferentes áreas de atención de salud, para brindar de esta forma brindar la calidad de vida óptima a nuestros ancianos.[2]

La población va caminando de forma desenfrenada hacia la vejez, aunque se tomen las estrategias en los diferentes países para incrementar la natalidad, la realidad indica que cada día hay menos nacimientos y tenemos la tendencia inevitable de que las personas sean cada vez más envejecidas, por tal motivo debemos prepararnos de la mejor forma posible para esta etapa de la vida.

La rehabilitación en el adulto mayor es de gran importancia ya que pasa a convertirse, por el alto grado de sensibilidad y compromiso que conlleva, en una de las funciones más humanas que pueda realizar equipo de trabajo alguno. Este equipo debe actuar de manera Interdisciplinaria bajo un fundamento científico, y desarrollar de manera rápida una Rehabilitación intensiva, dinámica y cambiante, desde el punto de vista biomédico y psico - social.

Es evidente que no solamente el grupo multidisciplinario creará las condiciones idóneas para el correcto desenvolvimiento habitual del anciano, pues su acción es limitada, es necesaria también la intervención activa de la familia para lograr resultados relevantes con respecto a la cuestión que tratamos.

Con el envejecimiento acelerado de la población, las funciones en el anciano comienzan a declinar inevitablemente y comienzan a aparecer condiciones que propicien accidentes como las caídas, que junto a algunas patologías se convierten en Síndromes Invalidantes, trayendo consigo la aparición de complicaciones. Es tarea prioritaria de los rehabilitadores asesorar a la familia en el manejo adecuado de estos pacientes para mantener las medidas higiénico- sanitarias y de educación

Por la rapidez y magnitud que alcanza este fenómeno, hacen que el envejecimiento poblacional sea identificado como uno de los aspectos más relevantes a considerar dentro de las estrategias para el desarrollo socioeconómico del país. La prolongación de la vida debe ir acompañada de una mejora de la calidad de la vida de quienes alcanzan esta etapa, por lo que es imprescindible el conocimiento del estado de salud de este sector, así como sus demandas.

El día 7 de mayo de 1992, es fundado el Centro Iberoamericano para la tercera edad (CITED). Durante las actividades del Primer Congreso Centroamericano y del Caribe de Gerontología y Geriatría, por el Presidente Cubano, Dr. Fidel Castro Ruz. [2]

La rehabilitación domiciliar es una modalidad de la RBC que tiene como características: aplica tecnologías sencillas pero apropiadas y de bajo costo, cubre el espacio que no alcanzan otras fórmulas asistenciales, debe ser objeto de una adecuada planificación y control del trabajo, tiene un importante componente educativo. Este tipo de rehabilitación surge como una solución a los problemas de la rehabilitación en países subdesarrollados y de bajo ingreso per cápita, ya que da la posibilidad de dar cobertura a la gran mayoría de los discapacitados, logrando la equidad y eficiencia de los servicios de salud.

Tiene como objetivo: rehabilitar a las personas con discapacidad en su propio entorno comunitario, lograr la participación activa del discapacitado en actividades económicas, socioculturales y deportivas, lograr la incorporación del discapacitado y de la familia a las asociaciones de discapacitados de la comunidad, realizar actividades de promoción, prevención de deficiencias y discapacidades.

En el área de salud del Policlínico centro existe una población discapacitada que se encuentra dispensarizada por los médicos de familia, que en ocasiones acuden al servicio de rehabilitación a mejorar sus dolencias, pero hay un grupo de ellas que se les dificulta el acceso por tener discapacidades mayores que les limita sus actividades de vida diaria y sus mecanismos de enfrentamiento a la vida como los pacientes encamados, ancianos frágiles y enfermedades crónicas discapacitantes, lo cual sirvió de motivación para realizar el estudio con el objetivo de realizar acciones educativas encaminadas al manejo adecuado del adulto mayor encamado para evitar complicaciones y mejorarles de esta forma su calidad de vida.

2. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo con diseño experimental en pacientes adultos mayores encamados y sus familiares con el objetivo de educar a estos acerca del manejo adecuado de los mismos para evitar complicaciones. La población estuvo conformado por 200 pacientes dispensarizados por el departamento de trabajo social del policlínico centro de Sancti Spíritus en el período comprendido entre julio y diciembre del 2012.

2.2 Operacionalización de las variables.

- Edad: desde el nacimiento hasta los años cumplidos al momento del ingreso en el servicio de rehabilitación dividiéndose según los grupos de edades considerados dentro del rango de Adulto Mayor o Tercera Edad.

Edad: Se recogerá en años cumplidos:

1. De 60 a 64 Años.
 2. De 65 a 69 Años.
 3. De 70 a 74 Años.
 4. De 75 y más años
- Sexo: Se consideró el sexo biológico del paciente:
 1. Masculino.
 2. Femenino
 - Tipo de discapacidad: Se consideró el tipo de discapacidad presente en los pacientes.
 1. Anciano frágil
 2. Amputados
 3. Hemipléjicos crónicos
 4. Fractura de cadera
 - Conocimiento de los familiares acerca del tratamiento postural: se considera el manejo adecuado en las posturas del adulto mayor encamado desde diferentes posiciones.
 1. Sí en caso de adecuado conocimiento
 2. No en el caso contrario
 - Efectos del tratamiento: mejora de la movilidad, mejora de la circulación, mejora de la respiración, mejora de la higiene postural.
 1. Sí cuando el paciente lo logró después del tratamiento.
 2. No en caso contrario.

2.3 Acciones educativas a los familiares

Se entrena a los familiares en cuanto al tratamiento postural del paciente adulto mayor encamado, el que se mantendrá durante las 24 horas del día, y consiste en mantener alineados los diferentes segmentos corporales, se orientan especificidades de las posturas en cada caso.

Se realiza un abordaje multifactorial de las condiciones del paciente.

La cama será de bastidor rígido y colchón suave, las sábanas estarán limpias, estiradas y a temperatura adecuada, educar al paciente en sus problemas de salud.

Medidas para evitar caerse (medios auxiliares, entrenamiento de la marcha)

Fortalecimiento muscular.

Ajuste correcto del calzado.

Medidas encaminadas a modificar el medio.

Medidas a tener en cuenta en el hogar: Uso de aditamentos para levantarse, tasa del baño a 90 cm. de altura con agarraderas a los lados., quitar bañera y poner poseta con marcas para que no resbale con agarraderas a los costados, eliminar escaleras, no cambiar los muebles de lugar, usar calzado adecuado, evitar suelas lisas, evitar botones en la ropa y colocar velcro.

Tratamiento postural inherente a cada caso.

Este se mantendrá durante las 24 horas del día, cada 2 horas, para prevenir complicaciones como: retracciones tendinomusculares, úlceras por decúbito, posturas patológicas e infecciones.

2.4 Técnicas y procedimientos.

Se utilizaron métodos del nivel teórico como el histórico – lógico: Para realizar la valoración histórica del comportamiento de la prevención en el paciente adulto mayor encamado para evitar complicaciones.

Análítico – Sintético: que permitió analizar la situación actual del problema planteado para seleccionar aspectos básicos que debían ser incluidos en el trabajo investigativo.

Inductivo – Deductivo: en el diseño investigativo, en el criterio de los especialistas y en la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

De enfoque sistémico: con el objetivo de lograr la interrelación entre los diferentes elementos que de manera ordenada conforman las acciones propuestas.

Métodos del nivel empírico

Observación: Se realiza con el objetivo de evaluar la condición inicial con que es evaluado el adulto mayor encamado en su domicilio.

Entrevista Inicial: Tiene como objetivo recoger información a través de los familiares sobre el paciente relativo a sus datos personales, así como las discapacidades más frecuentes presentadas por ellos.

Para la realización del pre experimento se realizó la visita a la casa de los pacientes adultos mayores encamados de la población del estudio por parte del fisiatra del área de salud, el que



realizó interrogatorio, examen físico, evaluación fisiátrica y se decide el tratamiento rehabilitador, lo anterior se describe en la historia clínica de cada paciente.

Se realizó una encuesta a los familiares sobre el conocimiento en el manejo del adulto mayor encamado encontrando que muchos no sabían movilizarlos y educarlos en las actividades diarias por lo que se llevan a cabo las acciones de capacitación, estas fueron realizadas por los estudiantes de la carrera rehabilitación en salud de cuarto año durante la educación en el trabajo, previo entrenamiento por parte del especialista del servicio de rehabilitación, en los temas tratamiento postural y medidas a tener en cuenta en el hogar. Se decide llevar la práctica al domicilio pues estos pacientes no pueden acudir a la sala. El proceso de capacitación a los familiares se realizó en un término de 10 días, posteriormente se realiza la evaluación fisiátrica del paciente después que el familiar ha ejecutado las acciones educativas.

2.6 Aspectos éticos.

Durante el desarrollo de la investigación se consideraron los aspectos éticos y jurídicos en la recolección de la información y se obtuvo el consentimiento informado de los participantes para ingresar al estudio, garantizándoles que los resultados solo se utilizarían con fines investigativos.

2.7 Procesamiento de la información.

Para el procesamiento y análisis de la información se elaboró una base de datos en PC: Pentium 4, se determinó frecuencias absolutas y relativas (número y porcentaje) para describir el comportamiento de las variables estudiadas. Se utilizó el Test de comparación de proporciones Chi cuadrado para exponer nivel de significación de los resultados obtenidos, los cuáles, se presentaron en tablas, utilizando Microsoft Excel y Power Point para su mejor comprensión y análisis.

3. RESULTADOS

Tabla I Distribución de los pacientes según edad.

| Grupo de edades | No | % |
|-----------------|----|-------|
| 60-64 | 23 | 11.50 |
| 65-69 | 55 | 27.50 |



| | | |
|----------|-----|-------|
| 70-74 | 95 | 47.50 |
| 75 y mas | 27 | 13.50 |
| Total | 200 | 100 |

Fuente: Encuesta

En la tabla I se muestra que el grupo etáreo que prevaleció fue el de 70 a 74 años con 95 pacientes para un 47,50 %, seguido del grupo de 65 a 69 años de edad.

Tabla II Distribución de los pacientes según sexo.

| Sexo | Nro | % |
|-----------|-----|-----|
| Femenino | 102 | 51 |
| Masculino | 98 | 49 |
| Total | 200 | 100 |

Fuente: Encuesta

La tabla II visualiza que el sexo predominante fue el femenino con 102 pacientes para un 51%.

TABLA III Discapacidades encontradas en los pacientes

| Discapacidades | Nro | % |
|-----------------------|------------|------------|
| Anciano frágil | 100 | 50 |
| Amputados | 10 | 5 |
| Hemipléjicos crónicos | 70 | 35 |
| Fractura de cadera | 20 | 10 |
| Total | 200 | 100 |

Fuente: Encuesta

Esta tabla muestra que la mayor cantidad de pacientes corresponde con ancianos frágiles con 100 pacientes para un 50 %.

TABLA IV Conocimiento de los familiares acerca del manejo de los pacientes

| Conocimiento | Antes | % | Después | % | Chi cuadrado x ² |
|-----------------------|-------|------|---------|------|-----------------------------|
| Tratamiento postural | 103 | 51.5 | 197 | 98.5 | 115.32 p= 0.000 |
| Medidas para el hogar | 123 | 61.5 | 197 | 98.5 | 83.266 p= 0.000 |

Fuente: Encuesta



Existen diferencias estadísticamente significativas entre la proporción de sujetos que tenían conocimiento adecuados sobre los temas antes y después de la propuesta.

TABLA V Efectos del tratamiento

| Efectos | Antes | % | Después | % | Chi cuadrado x ² |
|-------------------------|-------|------|---------|------|-----------------------------|
| Mejora movilidad | 98 | 49 | 194 | 97 | 114,4 p=0.000 |
| Mejora circulación | 105 | 52.5 | 197 | 98.5 | 111,9 p=0.000 |
| Mejora respiración | 108 | 54 | 199 | 99.5 | 106,9 p=0.000 |
| Mejora higiene postural | 130 | 65 | 193 | 96.5 | 61,82p=0.000 |

Existen diferencias estadísticamente significativas entre el estado de los pacientes encamados respecto a los parámetros evaluados antes y después de la propuesta.

4. DISCUSION

Respecto a las edades donde existen mayor cantidad de pacientes encamados guarda relación con que a medida que la persona avanza en edad aparecen cambios en ella, con la disminución de las funciones pudieran aparecer trastornos que lo pueden llevar al encamamiento. Según las proyecciones demográficas de hoy, se estima que la proporción de personas mayores de 65 años alcanzará de 20-25 % en el 2020. En la actualidad, el segmento de la pirámide poblacional que más se expande es el correspondiente a los mayores de 75 años, mientras que la base se reduce drásticamente por la caída brutal de la natalidad. [6]- [9],

El sexo predominante de féminas se hace corresponder con estudios revisados acerca del tema de la ancianidad.[10], [11]

Los ancianos frágiles están relacionados con la tendencia de la población a ser cada vez más envejecida alcanzando edades muy avanzadas que hacen declinar sus funciones.

Los diferentes criterios de fragilidad han sido agrupados según criterios médicos y existe consenso en el hecho de que el reconocimiento clínico de la fragilidad sólo puede establecerse mediante la valoración integral sistemática de los adultos mayores. [8], [10]- [12]

Aplicando la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF) y teniendo en cuenta criterios nacionales, en Cuba se considera que los ancianos frágiles son aquellos que por sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales o funcionales están en riesgo de desarrollar un estado de necesidad. [5], [8]

El nivel de conocimiento de los familiares acerca del manejo de los pacientes adultos mayores encamados atendiendo al tratamiento postural y las medidas para adoptar en el hogar, se

corresponde con la falta de educación sanitaria que por parte del personal de salud deben recibir los familiares. Existen pocos estudios que traten del tema. Los efectos del tratamiento postural y las medidas para el hogar en pacientes adultos mayores encamados responden de forma positiva a las acciones educativas que se realizan con los familiares.

5. CONCLUSIONES

El grupo de edades predominante fue el de 70 a 74 años de edad, prevaleciendo el sexo femenino, la mayoría de los pacientes corresponde con ancianos frágiles, el conocimiento de los familiares acerca del manejo de los pacientes después de la intervención mejoró considerablemente y el tratamiento para los pacientes después de la intervención fue significativamente favorable.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. (C. d. Autores. (2006) Adulto Mayor en Cuba. Datos y cifras: estadísticas. [ART 14htm]. Available: WWW.Ciencias.Holguin.cu2006 / Diciembre/Artículos/ART 14htm.)
2. (G. G. Malagón CY. (2004, Enfoques de la situación de salud del adulto mayor. Cuba Available: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba>
3. (N. Gómez Viera. (2003) Adulto Mayor en Cuba. Datos y cifras: estadísticas. Rev. Cubana Med.
4. (e. y. s. C. Centro de Investigaciones sobre longevidad. Red Cubana de Gerontología y Geriatria.)
5. (F. R. Fish, Ed., consumption and the risk of Alzheimer disease. Arch Neurol., 2003, p.^pp. Pages.)
6. (B. R. Beers M, Ed., El manual Merck de geriatría. Madrid: Harcourt, 2001, p.^pp. Pages.)
7. (G. V. N. González Fabián JL, González González L, Marín Díaz MI. (2006, Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años de dos consultorios del Policlínico "La Rampa". Available: <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_3_06/mgi05306.htm>)
8. M. Q. JA. (2004) Enfermedades cerebrovasculares. Santiago de Cuba.
9. (P. M. VT. (2005, . El deterioro cognitivo: una mirada previsor. Available: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100017&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
10. (2008) Demencia, gran amenaza para los ancianos en los países pobres Available:http://noticias.latam.msn.com/ar/internacional/articulo_reuters.aspx?cp-documentid=22737349>

11 P. T. J. (2000) La genética y la enfermedad de Alzheimer. Available:
<<http://www.revneurolog.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=99376>>[consulta: 16 febrero
2008].

12 S. F. Alonso P, Díaz-Canel AM, Carrasco M, Oliva T. . (2007) Envejecimiento
poblacional y fragilidad en el adulto mayor. [Rev Cubana Salud Pública]. Available:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-
34662007000100010&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es&nrm=iso))