

HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

GESTIÓN DE LA CALIDAD

II ENCUENTRO HOSPITALES «INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE IMPLEMENTACIÓN Y MEDICIÓN DE PRACTICAS SEGURAS»

Riesgo de caídas

La edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas

- ★ Las personas adultas mayores son quienes corren mayor riesgo de sufrir lesiones graves por caídas y el riesgo aumenta con la edad.

Riesgo de caídas en adultos mayores

Los mayores riesgos de caídas se deben, en parte, a los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos relacionados con el envejecimiento, así como a la falta de adaptación del entorno a las necesidades de las personas de edad avanzada.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES

[TALLER PREV CAIDAS HAIAM.mp4](#)

La prevención de caídas en adultos mayores busca reducir los factores de riesgos y fomentar medidas eficaces para reducir el número de personas que las sufren, disminuir su frecuencia y reducir la gravedad de las lesiones que producen.

Indicadores de recuperación luego de intervención, en pacientes adultos mayores con riesgo de caídas



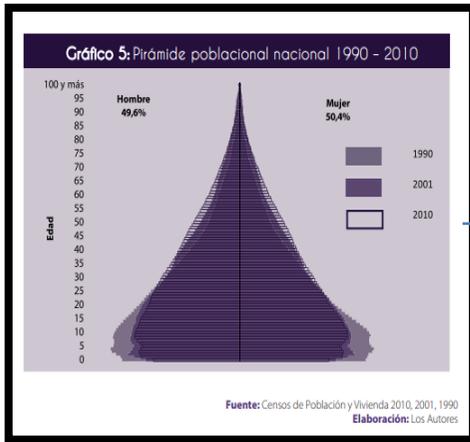
RECUPERACIÓN FUNCIONAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDIANA ESTANCIA DEL HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

Trabajo realizado por:

Dra. Karina Estefanía Pazmiño Vizúete

Dra. Ana Cecilia Vasco Martínez

INTRODUCCIÓN



REHABILITACIÓN INTEGRAL

Incluye aspectos médico-funcionales y de integración socio-laboral

OBJETIVOS:

> ENFERMEDADES CRONICAS

> DISCAPACIDAD

Disminuir al máximo posible los grados de discapacidad

Máxima independencia funcional

Optima participación e integración en la vida social

Mejorar la calidad de vida

UNIDADES DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL:
UME

Valoración Geriátrica Integral

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO -INDIVIDUALIZADO

INTRODUCCIÓN

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
★	AUTOCUIDADO	
1	ALIMENTACION	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
★	CONTROL DE ESFINTERES	
7	CONTROL DE INTESTINOS	
8	CONTROL DE VEJIGA	
★	TRANSFERENCIAS	
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRASFERENCIA AL BAÑO	
11	TRASFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
★	LOCOMOCION	
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERAS	
★	COMUNICACION	
14	COMPRESION	
15	EXPRESION	
★	CONEXION	
16	INTERACCION SOCIAL	
17	RESOLUCION DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	
PUNTAJE FIM TOTAL		18-126 puntos

* Si el logro de la actividad implica un riesgo para si o terceros, o bien se necesitan dos ayudantes, se califica con un 1.

FIM

(ESCALA FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE)

- Es una herramienta validada y aceptada desde 1983 por el Congreso Americano de Rehabilitación y la Academia Americana de Medicina Física y Rehabilitación
- Es una mejora al índice de Barthel para medir independencia funcional y además como indicador de discapacidad

TABLA DE PUNTUACION DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

INDEPENDIENTE	PUNTAJE
Independiente total	6
Independiente con adaptaciones.	7

DEPENDIENTE	PUNTAJE
Solo requiere supervisión. No se toca al paciente.	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% ó más.	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más.	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más.	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%.	1

OBJETIVO

Determinar el grado (puntaje) de la **recuperación funcional** de los pacientes adultos mayores atendidos en la Unidad de Mediana Estancia, como indicador de resultado de la atención integral brindada

Resultados a medir

Grado (puntaje) de ganancia y eficiencia de la recuperación funcional de los pacientes adultos mayores atendidos en la Unidad de Mediana Estancia del Hospital de atención integral del Adulto Mayor

MÉTODO

Se determinó la calidad psicométrica de la escala Functional Independence Measure (FIM) para medir la recuperación funcional en los pacientes adultos mayores mediante cuestionarios inter observador, entre 2 observadores, obteniendo un Alfa de Cronbach de 0.887, confirmando una validez interna con buena correlación en cada uno de los ítems.

DISEÑO DE LA MUESTRA

112 pacientes, ingresados en la unidad de recuperación funcional UME

Exclusión: Inestabilidad Hemodinámica, complicaciones medicas; Enfermedad Cerebro Vascular 24 hrs, Demencia Crónica Grave que no siga órdenes

Evaluación mediante la aplicación de la escala FIM ingreso y alta

Revisión documental: revisión de historias clínicas.

Análisis de datos

Validez FIM: Alpha de Cronbach, Valor Kappa

Datos en matriz Excel y análisis en IBM SPSS Statistics 24.0

Análisis descriptivo, bi y multivariable, calculo de correlación y diferencia de medias

V. cuantitativas → mediana, media, desviación estándar, varianza, rango, mínimo y máximo

Análisis de datos

Grado de funcionalidad → valor total FIM, diferencia de medias al Ingreso y al alta TEST WILCOXON

Ganancia funcional → Resta de puntaje FIM ingreso y Alta

Eficiencia → Ganancia / días de hospitalización

Test de U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis en e para analizar si la ganancia y eficiencia presentan diferencias significativas según la edad, el sexo, la instrucción, diagnóstico días de hospitalización, Charlson, Pfeiffer

Análisis de datos

Se realizó un análisis multivariado utilizando modelos lineales generalizados, en donde se adicionaron las variables, de acuerdo a su significancia en relación con ganancia y eficiencia funcional.

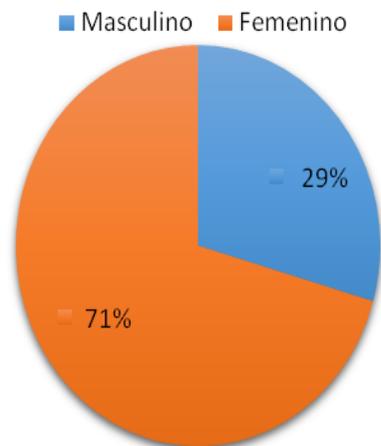
En cualquiera de los casos se aceptó un valor de $p \leq 0.05$ como estadísticamente significativo

RESULTADOS

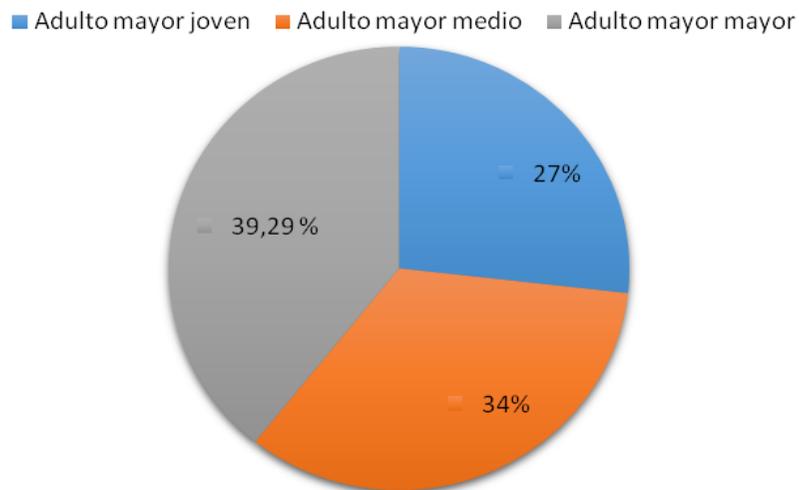


Características generales

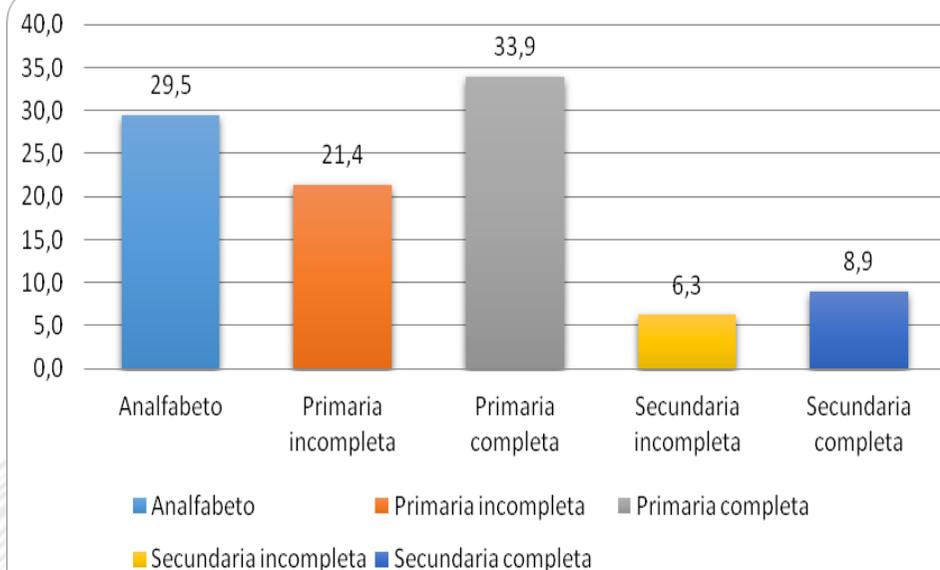
DISTRIBUCION POR GENERO



DISTRIBUCION POR EDAD



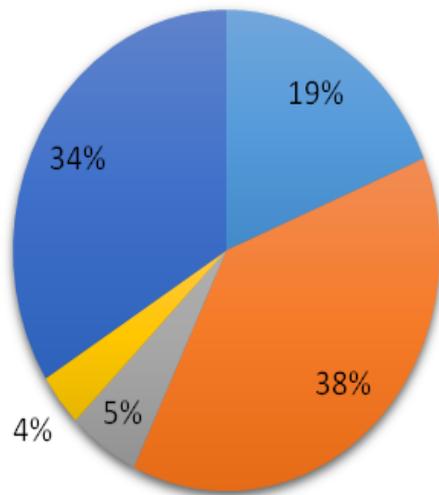
DISTRIBUCION POR INSTRUCCION



Características generales

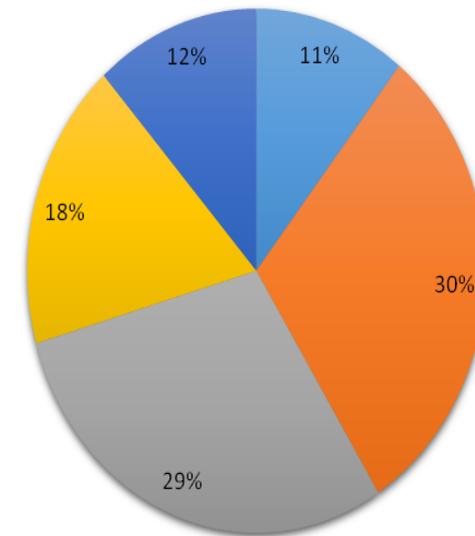
DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL

■ Soltero ■ Casado ■ Unión Libre ■ Divorciado ■ Viudo

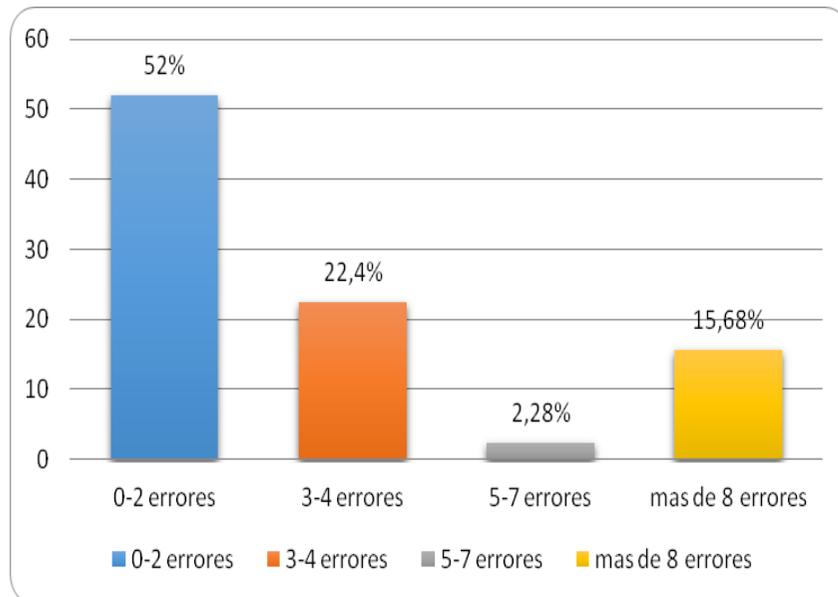


DISTRIBUCION POR DIAS DE HOSPITALIZACION

■ 0-5 ■ 6-10 ■ 11-15 ■ 16-20 ■ MAS DE 20



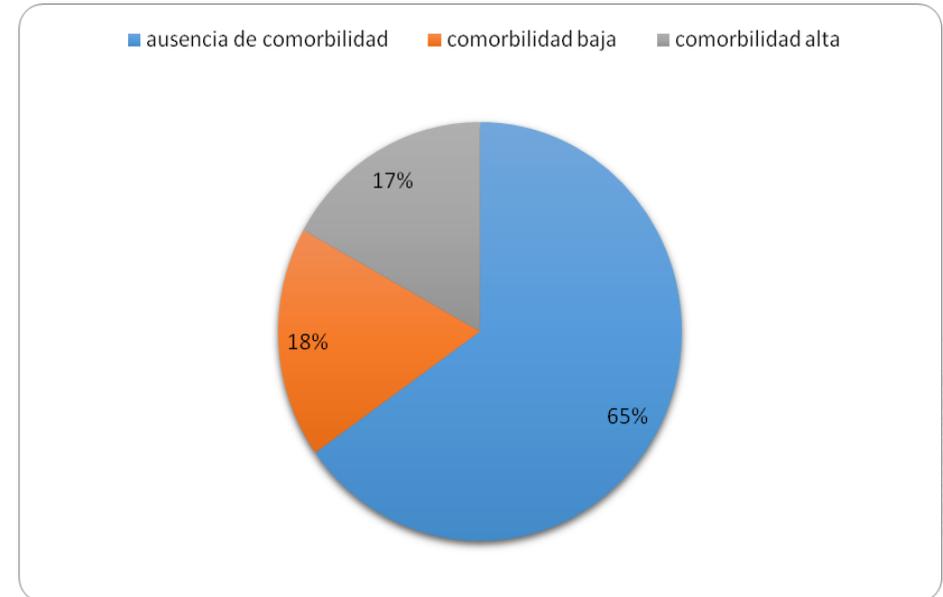
Pfeiffer y Charlson



PFEIFFER

Valora fundamentalmente la memoria y la orientación.

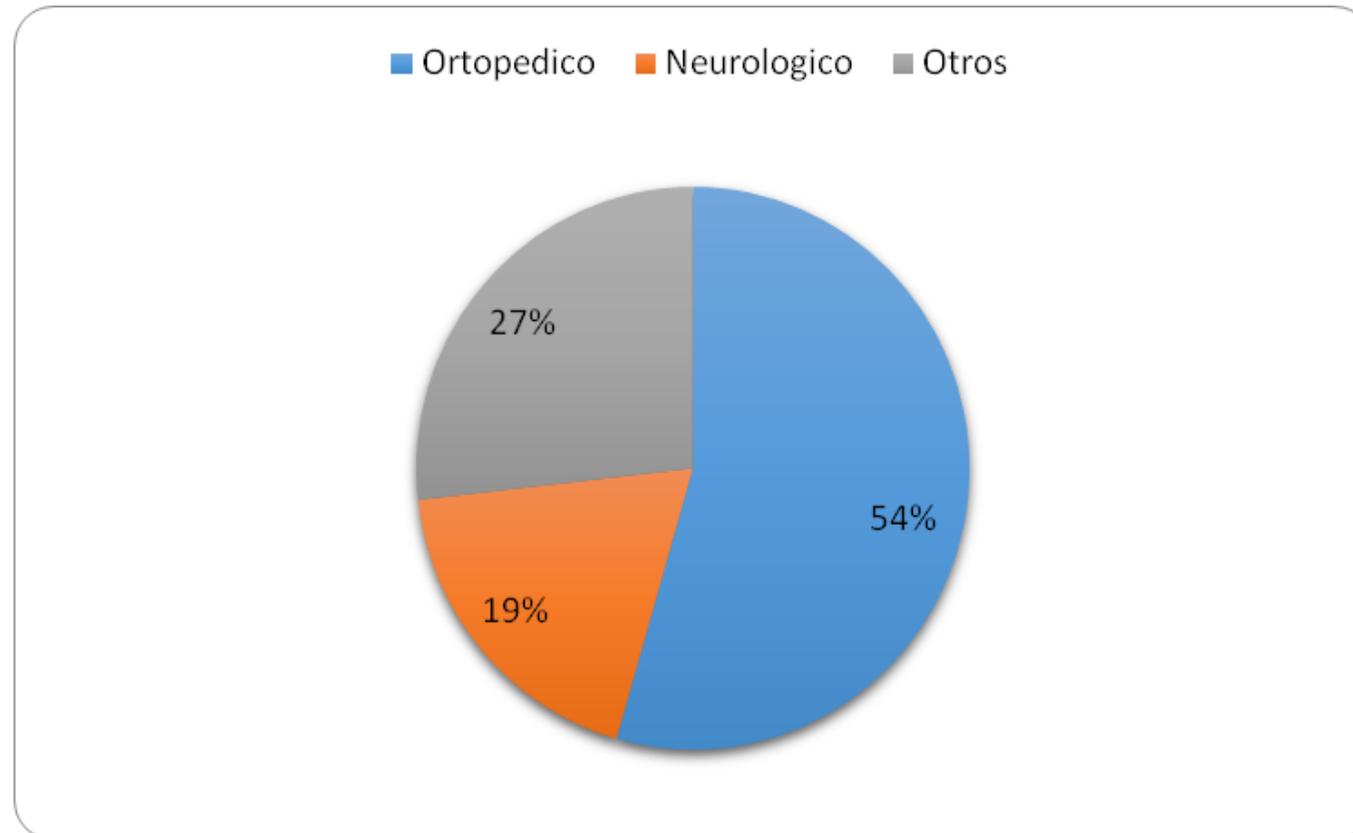
Tiene una corrección en su puntuación según el nivel cultural y de escolarización.



CHARLSON

Índice de Comorbilidad, es un sistema de evaluación de la esperanza de vida a los diez años, en dependencia de la edad en que se evalúa, y de las comorbilidades del sujeto.

Diagnóstico de Ingreso



Validez Escala FIM

Tabla 5. Correlación de cada ítem de la escala Functional Independence Measure (FIM), mediante Alfa de Cronbach

	MEDIA DE ESCALA SI EL ELEMENTO SE HA SUPRIMIDO	VARIANZA DE ESCALA SI EL ELEMENTO SE HA SUPRIMIDO	CORRELACION TOTAL DE ELEMENTOS CORREGIDA	CORRELACION MULTIPLE AL CUADRADO	ALFA DE CRONBACH SI EL ELEMENTO SE HA SUPRIMIDO
AUOCUIDADO	43,01	299,83	0,84	0,78	0,86
ESFINTERES	53,28	439,08	0,76	0,61	0,86
TRANSFERENCIAS	54,41	460,84	0,66	0,83	0,87
LOCOMOCION	57,41	499,43	0,65	0,79	0,89
COMUNICACION	53,25	419,43	0,84	0,94	0,85
COGNICION SOCIAL	49,4375	353,83	0,79	0,94	0,85

Tabla 4. Correlación de cada ítem de la escala Functional Independence Measure (FIM) por Pearson

	AUOCUIDADO	ESFINTERES	TRANSFERENCIAS	LOCOMOCION	COMUNICACION	COGNICION SOCIAL
ESFINTERES	0,67**	1				
TRANSFERENCIAS	0,78**	0,41**	1			
LOCOMOCION	0,73**	0,36**	0,88**	1		
COMUNICACION	0,69**	0,80**	0,42**	0,41**	1	
COGNICION SOCIAL	0,68**	0,79**	0,40**	0,41**	0,96**	1

** LA CORRELACIÓN ES SIGNIFICATIVA EN EL NIVEL 0,01 (BILATERAL).

A.C 0,887
VALIDEZ INTERNA
CON BUENA
FIABILIDAD Y
CONSISTENCIA
INTERNA

NO HACE FALTA
ELIMINAR NINGUN
ITEM DE LA ESCALA

**BUENA
CORRELACION**



Validez Escala FIM

Tabla 6 Correlación de cada ítem de la escala Functional Independence Measure (FIM), mediante el estadístico Kappa de Cohen

		VALOR	T	SIGNIFICACION
			APROXIMADA ^B	APROXIMADA
AUTOCUIDADO	KAPPA	0,66	31,33	0,000
ESFINTERES	KAPPA	0,55	18,19	0,000
TRANSFERENCIAS	KAPPA	0,64	18,36	0,000
LOCOMOCION	KAPPA	0,60	15,96	0,000
COMUNICACION	KAPPA	0,76	24,72	0,000
COGNICION SOCIAL	KAPPA	0,05	2,32	0,020
N DE CASOS VALIDOS		112		

A. NO SE PRESUPONE LA HIPÓTESIS NULA.

B. UTILIZACIÓN DEL ERROR ESTÁNDAR ASINTÓTICO QUE PRESUPONE LA HIPÓTESIS NULA.

CONCORDANCIA EN
LOS RESULTADOS
DE LOS 2
EVALUADORES

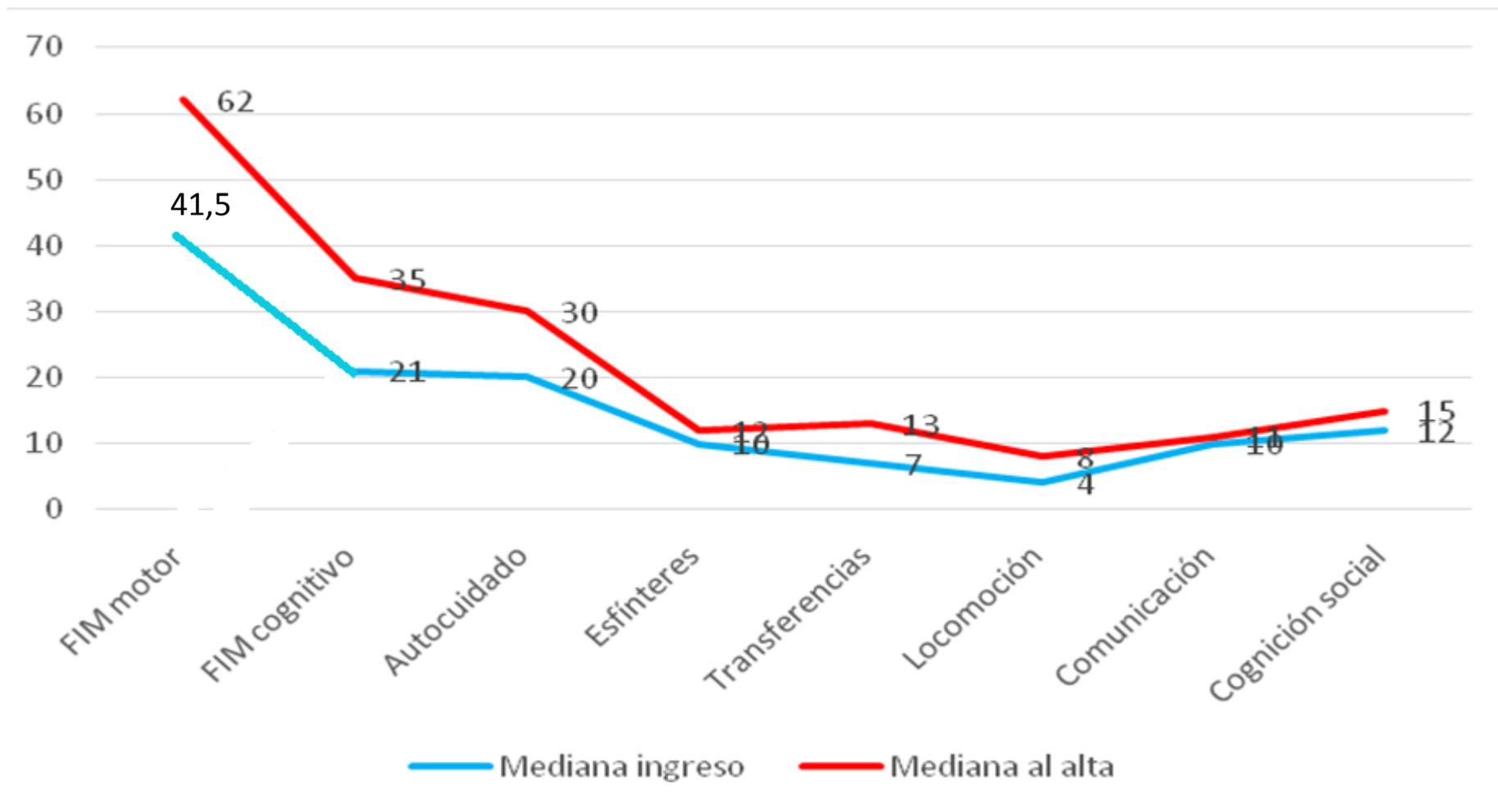
Puntajes Escala FIM

Escala FIM	FIM AL INGRESO				FIM AL ALTA				VALOR p
	Mediana	Media	Mínimo	Máximo	Mediana	Media	Mínimo	Máximo	
FIM motor	41,50	40,53	13,00	80,00	62	58,75	2,00	91,00	0,000
FIM cognitivo	21	21,63	5,00	35,00	35	24,89	2,00	35,00	0,000
Autocuidado	20	19,15	6,00	36,00	30	27,90	6,00	42,00	0,000
Esfinteres	10	8,88	2,00	14,00	12	10,01	2,00	14,00	0,000
Transferencias	7	7,75	3,00	18,00	13	12,96	3,00	21,00	0,000
Locomoción	4	4,75	2,00	14,00	8	7,88	2,00	15,00	0,000
Comunicación	10	8,91	2,00	14,00	11	10,25	2,00	18,00	0,000
Cognición social	12	12,72	3,00	21,00	15	14,64	2,00	21,00	0,000
FIM total	64,5	62,16	2,00	112,00	88	83,64	2,00	126,00	0,00003

FIM MOTOR: 18,22 PUNTOS
FIM COGNITIVO: 3,26 PUNTOS

GANANCIA 21,48
PUNTOS

Puntajes Escala FIM



Ganancia y Eficiencia FIM

Tabla 7. Distribución de Ganancia y eficiencia de los pacientes que ingresaron a la Unidad de Media estancia del Hospital de atención Integral del Adulto Mayor (HAIAM) durante el período Junio - Octubre del 2018.

	MINIMO	MAXIMO	MEDIANA	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	95,0% CL INFERIOR PARA MEDIA	95,0% CL SUPERIO R PARA MEDIA
GANANCIA	2,00	53,00	20	21.48	8,79	19,84	23,13
EFICIENCIA	0,33	14,33	1,57	2.19	1,92	1,83	2,55

Análisis Multivariable Ganancia

Parámetro	B	Desv. Error	95% de intervalo de confianza de Wald		Sig.
			Inferior	Superior	
(Intersección)	19,03	2,89	13,36	24,79	0,000
DIAS HOSPITALIZACION	0,29	0,12	0,04	0,54	0,020
[DG=ORTOPEDICO]	6,46	1,89	2,76	10,16	0,001
[DG=NEUROLOGICO]	-0,63	2,30	-5,15	3,89	0,784
[DG=OTROS]	0 ^a				
[MASCULINO]	-1,96	1,63	-5,16	1,25	0,232
[FEMENINO]	0 ^a				
BARTH INGRESO	0,18	0,06	0,05	0,30	0,005
FIM TOTAL AL INGRESO	-0,19	0,058	-0,30	-0,08	0,001
(Escala)	57,759 ^b	7,7184	44,450	75,053	

"Variable dependiente: GANANCIA Modelo: (Intersección), DIAS HOSPITALIZACION, DG, SEXO, BARTH INGRESO, FIM TOTAL AL INGRESO"

a. Definido en cero porque este parámetro es redundante.

b. Estimación de máxima verosimilitud.



EL GOBIERNO DE TODOS

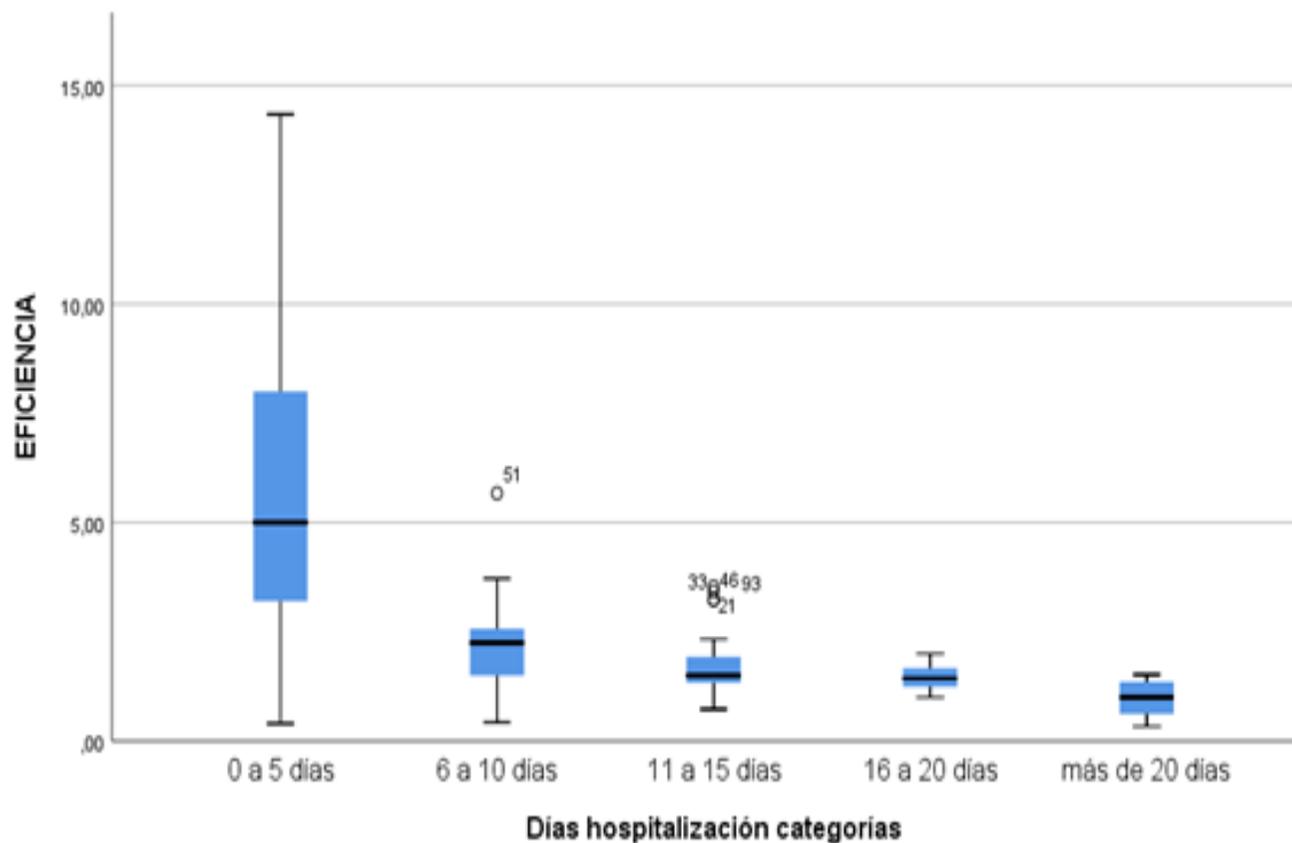
Análisis Multivariable Eficiencia

Parámetro	B	Desy. Error	95% de intervalo de confianza de Wald		Sig.
			Inferior	Superior	
(Intersección)	4,42	0,58	3,28	5,57	0,000
MASCULINO	-0,17	0,34	-0,83	0,50	0,63
FEMENINO	0 ^a				
BARTHEL INGRESO	0,02	0,01	-0,004	0,05	0,09
FIM TOTAL AL INGRESO	-0,01	0,01	-0,039	0,005	0,12
DIAS HOSPITALIZACION	-0,16	0,02	-0,20	-0,11	0,000
(Escala)	2,52 ^b	0,33	1,93	3,27	

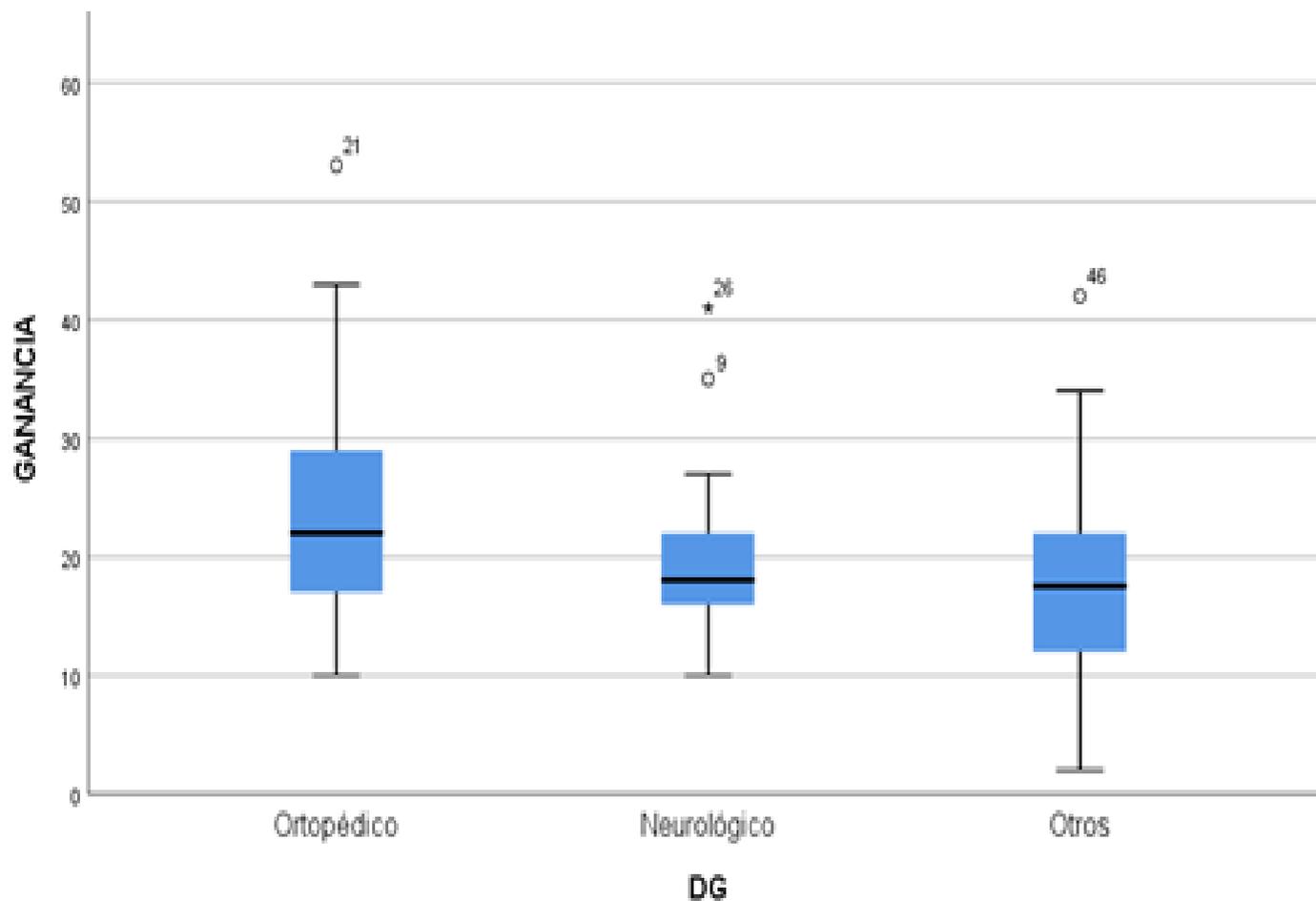
Variable dependiente: EFICIENCIA



Eficiencia – Días de Hospitalización



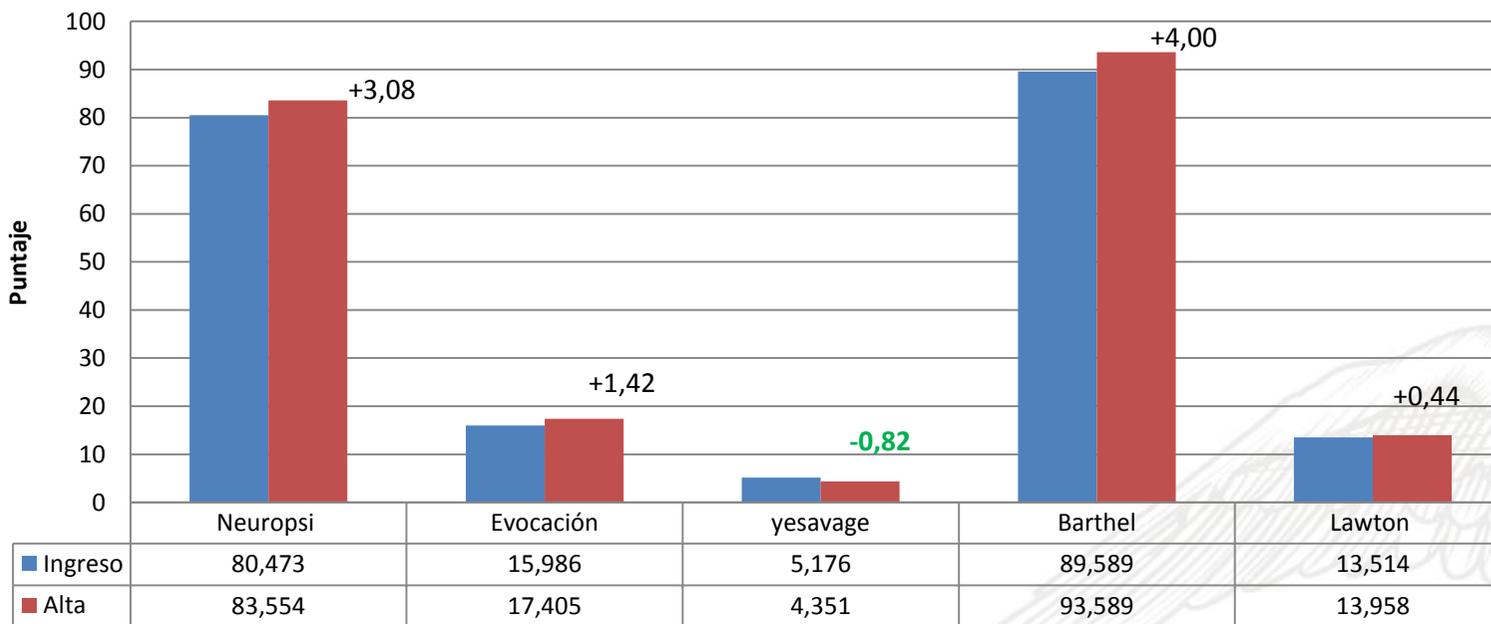
Ganancia -Diagnóstico



Indicadores de recuperación luego de intervención, en pacientes adultos mayores con riesgo de caídas, Unidad de Recuperación Funcional Ambulatoria

Análisis de resultados tras completar los talleres de estimulación cognitiva; segundo trimestre 2019

Comparación puntuación de las escalas aplicadas antes y después de la intervención en los talleres de la Unidad de Recuperación Funcional ambulatoria



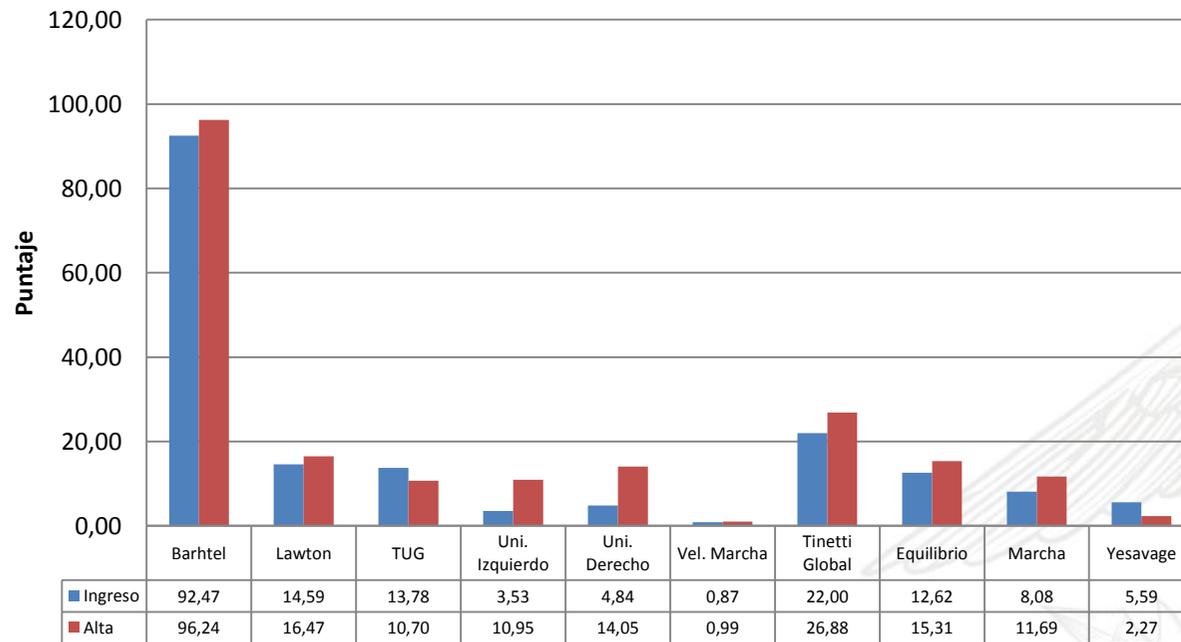
	Media	95 % Intervalo de Confianza	valor p
Neuropsi (puntaje global)	3,08	(1,45 - 4,71)	0,001 *
Evocación	1,42	(0,30 - 2,53)	0,013 *
Barthel	4,00	(1,72 - 6,28)	0,001 *
Lawton	0,44	(-0,22 - 1,11)	0,189
Yesavage	-0,82	(-1,40 - -0,24)	0,006 *

Tabla 1. Media de diferencia entre los resultados obtenidos tras completar los talleres de estimulación cognitiva. *: Significancia estadística.

El análisis se ha realizado de forma global en 86 pacientes incluyendo pacientes con Demencia Leve y pacientes con Deterioro Cognitivo Leve,

Análisis de resultados, luego de completar los talleres para recuperación funcional en pacientes con Trastornos Neurológicos; segundo trimestre 2019

Comparación puntuación de las escalas aplicadas antes y después de la intervención en los talleres
Unidad de Recuperación Funcional ambulatoria



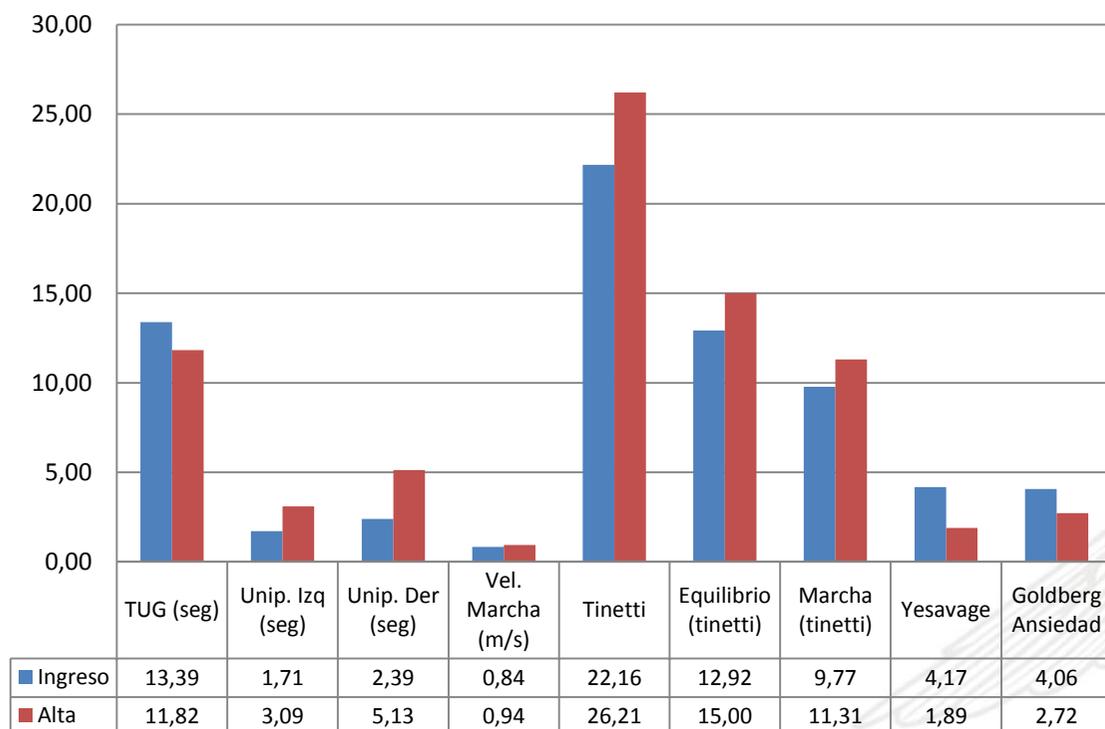
	Media	Intervalo confianza 95%	Valor p
Barthel	3,76	(1,28 - 6,25)	0,005*
Lawton	1,88	(-0,21 - 3,97)	0,074
TUG (seg)	-3,08	(-4,22 - - 1,94)	0,001*
Unipodal Izquierdo (Segundos)	7,42	(4,07 - 10,78)	0,001*
Unipodal Derecho (Segundos)	9,20	(3,79 - 14,62)	0,002*
Velocidad de la Marcha m/s)	0,12	(0,04 - 0,19)	0,004*
Tinetti	4,88	(3,42 - 6,33)	0,001*
Equilibrio (Tinetti)	2,69	(1,47 - 3,91)	0,001*
Marcha (Tinetti)	3,62	(2,39 - 4,84)	0,001*
Yesavage	-3,32	(-4,68 - -1,96)	0,001*

Media de diferencia entre los resultados obtenidos tras completar los talleres de trastornos neurológicos. *: Significancia estadística.

42 Pacientes post Accidente Cerebro Vascular,
Parkinson, Demencia Leve

Análisis de resultados tras completar los talleres de Riesgo de caídas ; segundo trimestre 2019

Comparación entre evaluación al Ingreso y Alta de Taller de Riesgo de Caídas



	Media	Intervalo Confianza 95%	valor p
TUG (seg)	-1,58	(-2,49 - -0,66)	0,002*
Unip. Izq (seg)	1,38	(0,32 - 2,44)	0,031*
Unip. Der (seg)	2,74	(0,92 - 4,55)	0,005*
Vel. Marcha (m/s)	0,10	(0,03 - 0,17)	0,011*
Tinetti	4,05	(2,82 - 5,25)	0,001*
Equilibrio (tinetti)	2,08	(1,02-3,14)	0,003*
Marcha (tinetti)	1,54	(0,63 - 2,45)	0,005*
Yesavage	-1,33	(-2,31 - -0,35)	0,012*
Goldberg Ansiedad	-2,28	(-3,61 - -0,95)	0,005*

Media de diferencia entre los resultados obtenidos tras completar los talleres de caídas. Valor de *p* Obtenido mediante test Wilcoxon. *: Significancia estadística.

47 pacientes con riesgo de caída según escala de **Downton**, que valora Alteraciones del equilibrio. Problemas en la marcha. Pérdida de fuerza muscular. Trastornos cognitivos. Alteraciones de la visión. Padecer determinadas enfermedades crónicas. Seguir un tratamiento con psicótopos.

LIMITACIONES Y FORTALEZAS

LIMITACIONES

- Toma mas o menos 45 minutos la aplicación de la o las escalas de valoración

FORTALEZAS

- La participación del personal del hospital y de los usuarios para la aplicación de las diferentes escalas.

Conclusiones



Conclusiones



Se puede concluir que los pacientes con mayor recuperación funcional son: de sexo femenino, con un buen soporte social o familiar con cualquier estado civil, que tiene una escolaridad primaria completa, sin presentar un deterioro cognitivo importante, sin comorbilidades o con un riesgo bajo de éstas.

Conclusiones



La Herramienta FIM es una escala válida y confiable , que debería ser utilizada en las Unidades de Media Estancia en nuestro medio, la cual nos podría permitir una valoración precisa y con mejores rangos en la cuantificación de la dependencia y riesgo de caída de un paciente

Conclusiones

Son muchas las capacidades cognitivas, funciones ejecutivas y motoras que en los adultos se pueden trabajar, potenciar y mantener para prevenir caídas, cuyas consecuencias pueden mermar la calidad de vida no solo del adulto mayor, sino de sus familias.

GRACIAS



MINISTERIO DE **SALUD**

