



# **UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

## **UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

### **CARRERA DE ENFERMERÍA**

#### **TEMA**

**SINDROME DE INMOVILIZACIÓN EN PACIENTES  
GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS**

**TRABAJO DE TITULACIÓN O PROYECTO DE  
INTEGRACIÓN CURRICULAR PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTOR: KHATERINE JOMIRA CORONEL ORDOÑEZ**

**DIRECTOR: ERIKA MICHELLE CARCHI FLORES, MGS.**

**CUENCA – ECUADOR**

**2021**

*Yo me gradué en  
los 50 años de La Cato!  
... y sostuve la Universidad*



# **UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

## **UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

### **CARRERA DE ENFERMERÍA**

**SÍNDROME DE INMOVILIZACIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS  
INSTITUCIONALIZADOS**

**TRABAJO DE TITULACIÓN O PROYECTO DE INTEGRACIÓN  
CURRICULAR PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTOR:** KATHERINE JOMIRA CORONEL ORDOÑEZ

**DIRECTOR:** LCDA. ERIKA MICHELLE CARCHI FLORES, MGS.

**CUENCA – ECUADOR**

**2021**

*Yo me gradué en  
los 50 años de La Cato!  
... y sostuve la Universidad*

## Indice

Resumen.....	3
Introducción .....	5
Metodología .....	7
Resultados y discusión.....	8
Prevalencia del síndrome de inmovilización en pacientes geriátricos institucionalizados.....	8
Factores asociados al síndrome de inmovilización en pacientes geriátricos.....	9
Medidas preventivas para el síndrome de inmovilización en pacientes geriátricos...	11
Complicaciones del síndrome de inmovilización en pacientes geriátricos .....	12
Cuidados de enfermería en pacientes geriátricos institucionalizados con síndrome de inmovilización.....	14
Conclusiones .....	16
Limitaciones.....	18
Prospectivas .....	18
Referencias bibliográficas.....	18
Anexos. ....	26

## Resumen

El síndrome de inmovilización en los pacientes geriátricos institucionalizados significa el declive de la capacidad para desarrollar actividades cotidianas, por tanto, las patologías que se desarrollan alrededor de este grupo etario son múltiples y afectan directamente a la salud frágil que mantienen, por tal motivo, la prevención, evaluación geriátrica y rehabilitación son factores claves que deben desarrollarse por el personal de salud, la familia y el propio paciente. **Objetivo:** analizar las investigaciones actuales relacionadas a la prevalencia, factores asociados, medidas preventivas, complicaciones y rol de enfermería que sobrellevan los pacientes geriátricos institucionalizados con síndrome de inmovilización. **Metodología:** se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos científicas como Scopus, Springer link, Taylor and Francis, Science Direct, Pub Med, Redalyc y Scielo, en suma, se recolectaron 50 artículos publicados entre el 2016 – 2021 para dar respuesta a las preguntas de investigación orientadas a las implicancias del grupo etario en cuestión. **Resultados:** el nivel de prevalencia no supera el 40%; los factores son múltiples y están ligados a nivel de nutrición, ejercitación, osteoartritis, entre otros; las medidas de prevención, van desde la ejercitación hasta la capacitación de autocuidado; las complicaciones fueron la “parálisis de pijama”, deterioro cognitivo, úlceras por presión, entre otros; finalmente, se ha visto ineludible la labor de enfermería para la promoción de salud del paciente geriátrico. **Conclusiones:** la investigación invita a la reflexión crítica acerca de las implicancias del paciente geriátrico institucionalizado. Así también, se ha constatado que es un grupo etario que demanda asistencia más especializada.

**Palabras clave:** síndrome de inmovilización, geriátricos, prevalencia, complicaciones, intervención de enfermería.

### Abstract

The immobilization syndrome in institutionalized geriatric patients means the deterioration of the capacity to develop daily activities, therefore, the pathologies that develop around this age group are multiple and directly affect the fragile health they maintain; for this reason, prevention, geriatric evaluation, and rehabilitation are key factors that should be developed by the health personnel, the family, and the patients themselves.

**Objective:** To analyze current research related to prevalence, associated factors, preventive measures, complications, and the nursing role in institutionalized geriatric patients with immobilization syndrome. **Methodology:** An exhaustive search was conducted in scientific databases, such as Scopus, Springer link, Taylor and Francis, Science Direct, Pub Med, Redalyc, and Scielo; in all, 50 articles published between 2016-2021 were collected to answer the research questions oriented to the implications of the age group in question. **Results:** The prevalence level does not exceed 40%; the factors are multiple and are linked to nutrition, exercise, osteoarthritis, among others; prevention measures range from exercise to self-care training; complications were "pajama palsy", cognitive impairment, pressure ulcers, among others; finally, the work of nursing for the health promotion of the geriatric patient is unavoidable. **Conclusions:** The research solicits critical reflection on the implications of the institutionalized geriatric patient. It has also been shown that this is an age group that requires more specialized care.

**Keywords:** Immobilization syndrome, Geriatric patients, Prevalence, complications, Nursing intervention

## Introducción

El síndrome de inmovilización en los pacientes geriátricos institucionalizados significa el declive de la capacidad para desarrollar actividades cotidianas, debido al deterioro de las funciones motoras y capacidad física, debilidad muscular progresiva, pérdida de reflejos posturales y automatismos. Asimismo, ante este síndrome se desenvuelven varias afecciones que van disminuyendo la funcionalidad de los órganos del adulto mayor (1).

En este marco, el síndrome de inmovilización toma mayor importancia debido al aumento de población de adultos mayores, puesto que la tendencia es tal que la OMS estima que “entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%” (2). Por tanto, el área de salud está buscando alternativas para mantener la salud de este grupo etario.

Las cifras en torno al síndrome de inmovilización no superan el 50% de prevalencia, sin embargo, es una patología con tendencia al alza. Koroukian et al (3) obtuvieron datos que reflejan la dinámica de la problemática, puesto que, un 39% de la muestra informó de mantener una salud regular o mala. Esta cifra ascendía cuando se la interrelacionaba con factores como nivel educativo, bajos ingresos o fumadores excesivos.

Así también, en un estudio propuesto por Tkacheva et al (4), en una muestra de 1220, se pudo conocer que un 47% de individuos ya presentaban dificultades para caminar, mientras que, un 20% ya no podía movilizarse por sí solo. El estudio realizado en Rusia, refleja el abordaje o tratamiento del adulto mayor en países desarrollados, sin embargo, en países en vías de desarrollo como México, Colombia o Brasil, el porcentaje de prevalencia asciende y, a veces, supera el 50%; por ejemplo, la prevalencia de limitaciones en la movilidad osciló entre el 58,1% y el 93% (5).

Según Menéndez et al (6), un 18% de adultos mayores, en un Hospital de Madrid, tienen problemas para moverse por sí solos, pudiéndose elevar la cifra hasta un 50% en personas adultas mayores de más de 75 años. De ahí que la problemática sea relevante porque, si bien el promedio de prevalencia no supera el 50%, se supone que se va a tener que instar medidas de prevención e implementación de programas que garanticen la asistencia médica al adulto mayor.

En este sentido, los factores asociados al síndrome de inmovilización son múltiples: antecedentes de caídas, los déficits sensoriales, las enfermedades agudas en general, las enfermedades crónicas que producen invalidez: (musculoesqueléticas, neurológicas, cardiovasculares), iatrogenia farmacológica, conflictiva situación social, incontinencia

urinaria, sarcopenia, Alzheimer, entre otros (7,8). Además, estos factores pueden presentarse cuando los pacientes están encamados y no se ha podido realizar una intervención para mantener su movilización (9).

A lo anterior, se sumarían factores psicosociales de la inmovilización, es decir, los asociados a cambios afectivos, cambios de estado de ánimo, aburrimiento, ansiedad y distorsión en las facultades verbales y gestuales (10). Frente a estas patologías son varias las medidas que se han tomado para paliar los problemas de salud del adulto mayor. Entre ellos, está la intervención directa de parte de los cuidadores y la constante medicación o tratamiento de especialistas, sin embargo, está la necesidad de sumar más alternativas que procuren la salud.

Ahora bien, las medidas preventivas vigentes se centran en la movilidad física constante, diagnóstico y rehabilitación física de pacientes geriátricos institucionalizados. De ahí que, se torne fundamental potenciar actividades fuera de la habitación conforme a la particularidad del caso, ya que, los ejercicios se suspenderían al presentarse dolor, disnea, mareos o inestabilidad (11).

Por lo tanto, una vez aparecida la inmovilidad, se debe configurar los espacios donde transitan los pacientes para estimular su independencia; por ello, las medidas recomendadas contemplan: la eliminación de barreras arquitectónicas (muebles, peldaños, iluminación, entre otros), estimulación de la autonomía acompañado de una serie de adaptaciones (pasillos amplios, instauración de barandas de apoyo, facilidad para abrir puertas, entre otros) que procuren el confort del paciente geriátrico (12,13).

En suma, la falta de movilidad puede contribuir al desarrollo de complicaciones en el adulto mayor como: neumonías, lesiones cutáneas (ulceras de presión), trombosis venosa, pérdida de masa muscular y ósea (14). Cabe destacar que, los cuidados de enfermería son fundamentales en este grupo etario pues tienen por objetivo brindar asistencia directa a las personas que tienen un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas (13,15).

En definitiva, las necesidades del adulto mayor que manifiesta síndrome de inmovilización son indispensables para conllevar una vida digna: movilización constante, mantenimiento de posturas ergonómicas, independencia para vestirse y autonomía en el mantenimiento de higiene personal y cuidado de la piel (16). Así que, el personal de salud, sobre todo, el de enfermería debería encargarse de promover una vida saludable del adulto mayor, brindando una asistencia integral que contemple la prevención, el diagnóstico, la intervención y rehabilitación.

Finalmente, la presente revisión bibliográfica tiene como propósito determinar: la prevalencia, grado de inmovilización y sus factores de riesgo, conocer cuáles son las medidas de prevención ante el síndrome de inmovilización en adultos mayores, conocer el nivel de complicación y los cuidados de enfermería. Por lo tanto, mediante la siguiente revisión bibliográfica instamos la revalorización del rol de la enfermería en pacientes geriátricos.

### **Metodología**

Para el desarrollo de la siguiente investigación, de carácter descriptiva, se ejecutó una búsqueda exhaustiva en bases de datos científicas como *Scopus*, *Springer link*, *Taylor and Francis*, *Science Direct*, *Pub Med*, *Redalyc* y *Scielo*. Para realizar el rastreo de información se determinaron palabras clave: síndrome de inmovilización, prevalencia, complicaciones, factores asociados, prevención, adulto mayor y cuidado de enfermería, y su variante en inglés como lo determina el motor de búsqueda de bases de datos anglosajonas.

En definitiva, se conformaron ecuaciones de búsqueda que incluían operadores booleanos para concatenar los términos: “functional impairment AND prevalence AND geriatric”; “associated factors AND functional impairment AND geriatric”; “functional impairment AND preventive measures”; “complications AND functional impairment”; “functional impairment AND immobility NOT fragility” y “complicaciones AND síndrome inmovilidad AND ancianos”. Por otro lado, durante la selección de los artículos se establecieron criterios de inclusión: artículos originales de varios idiomas acordes a las preguntas de investigación, artículos del área de salud o enfermería, publicaciones entre los años 2016-2021. Asimismo, los criterios de exclusión fueron: tesis, libros y publicaciones anteriores al año 2016.

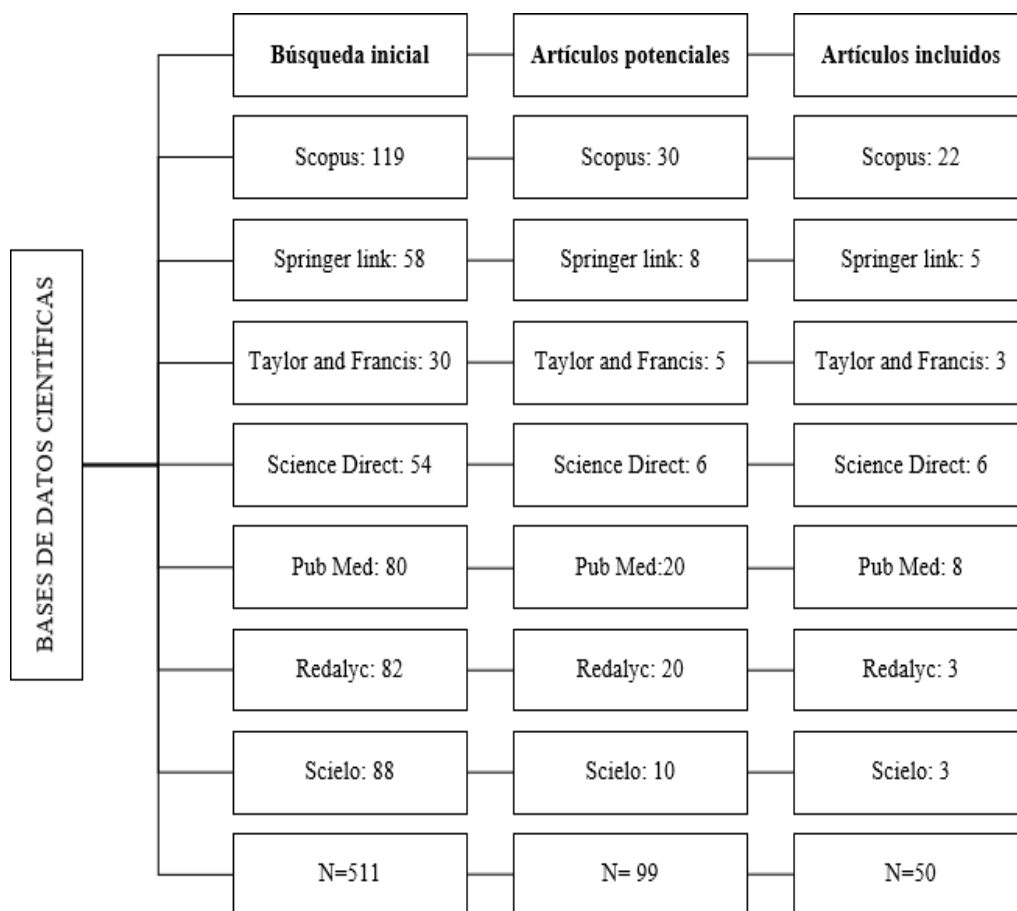


Figura 1  
 Flujograma de búsqueda bibliográfica  
 Elaborado por: autor

## Resultados y discusión

Con la finalidad de realizar una revisión bibliográfica sobre el síndrome de inmovilización en pacientes geriátricos institucionalizados, se analizaron 50 documentos científicos los cuales se distribuyeron de la siguiente manera, artículos de campo 45, artículos de revisión bibliográfica 5 divididos en las consecutivas bases científicas: Scopus 22, Springer link 5, Taylor and Francis 3, Science Direc 6, Pub Med 8, Redalyc 3, Scielo 3, los mismos que contribuyen a responder las siguientes preguntas planteadas

### *Prevalencia del síndrome de inmovilización en pacientes geriátricos institucionalizados*

Los pacientes geriátricos institucionalizados están presentando el síndrome de inmovilización de manera ascendente, lo cual representa una alarma para asistir al adulto mayor en aras de procurar su calidad de vida. En un estudio de Ramic et al (17) se obtuvo de una muestra de personas mayores a los 65 años que un 22,5% mantenía movilidad limitada

y un 4% en estado de inmovilidad.

En el estudio de Meyer et al (18) se realizó una indagación con 135 pacientes geriátricos de Alemania, en el cual un 32,19% sufrió síndrome de inmovilidad. Para obtener estos resultados se efectuó el Índice de Pronóstico Multidimensional que toma presupuestos de la evaluación geriátrica. Este índice facilita la correlación con otras variables como educación, edad, peso, medicación, entre otros.

Cheung et al (1) realizaron un estudio a 2618 adultos mayores a 60 años de edad del Jockey Club Health Care de Hong Kong, en el cual se pudo evidenciar un 22,5% de la muestra con discapacidad de inmovilización. Cabe destacar que este proyecto gubernamental ha implementado tecnología de punta para la gestión de salud, atención comunitaria y apoyo profesional.

Así también, Menéndez et al (6) estudiaron las características de tratamiento del síndrome geriátrico, haciendo énfasis en fármacos. En ese sentido, definieron que la prevalencia de inmovilidad mantiene una tendencia al alza conforme al avance de edad del adulto, por tanto, un 18% de la muestra, mayores a 65 años, mantienen dificultades para movilizarse sin ningún tipo de ayuda, no obstante, este porcentaje se acrecienta hasta el 50% con personas mayores a 75 años.

Paralelamente, tenemos de Ulloa et al (19) que estima entre el 15 y 18 % de adultos mayores de 65 años no se movilizan regularmente, mientras que, un 53 % de la muestra, mayores a 75 años, presenta serias complicaciones para salir de casa y, finalmente, un 20 % yace confinado en su hogar.

Por otro lado, Jordán y Estrada (15) determinaron, mediante una muestra de 260 pacientes mayores a 70 años de edad, “un 39% (n = 101) representaba a los pacientes independientes para las ABVD (actividades básicas de la vida diaria), un 49% (n = 127) eran dependientes leves, un 6% (n = 6) dependientes moderados, un 4% (n = 11) dependientes graves y solo un 2% (n = 5) fueron valorados como dependientes totales”. Esto significa que gradualmente los adultos mayores van asumiendo el síndrome de inmovilidad. Finalmente, en Bo et al (20) se concluyó, mediante una muestra de 1568 pacientes mayores a 65 años, que un 50% mantienen dependencia funcional, un 20% inmovilización crónica y un 30% fragilidad.

### ***Factores asociados al síndrome de inmovilización en pacientes geriátricos***

Los factores asociados al síndrome de inmovilización son múltiples y podrían ser

corregidos para potencializar la salud de los adultos mayores. En un estudio realizado por Juthavantana et al (21) en un hogar de ancianos en Tailandia se pudo reconocer factores asociados con la alimentación, el ejercicio regular, asistencia regular a revisión médica, falta de desarrollo espiritual y baja autoestima.

Asimismo, Bischoff et al (22), hace hincapié en factores elementales de estilo de vida, entre ellos, la nutrición, la educación, actividad física, comorbilidades, uso de medicamentos recetados y suplementos de venta libre. Estos factores son de vital importancia para pacientes geriátricos institucionalizados, no obstante, el estudio fue realizado en pacientes con estancia prolongada, más no permanente.

Otros factores de incidencia: “fumar (fumar diariamente), beber (más de dos vasos de alcohol casi todos los días), índice de masa corporal e inactividad física” (23). En ese sentido, otro factor relevante fue el índice de masa corporal que, por su parte, se valdría de la ingesta de vitaminas para disminuir la osteoartritis.

Kotb et al (24) pudieron recabar información importante con respecto a los factores asociados, frente a ello, se pudo reconocer que las prácticas de cuidado hospitalario son inadecuadas, debido a que están promoviendo el reposo constante de los pacientes, por tanto, genera el desacondicionamiento físico, neumonía y embolismo pulmonar. Además, se vuelve a presentar cambios irreversibles como la disminución de masa corporal, característico en esta etapa de adultez.

Se ha visto también que el síndrome de inmovilización se presenta de forma paulatina. Por

lo tanto, las caídas es uno de los factores asociados al surgimiento del síndrome, estas caídas pueden ocasionar fracturas. En Romero et al (25) se pudo conocer que las fracturas son comunes en la cadera y que causa el ingreso hospitalario. También, se presentan hematomas subdurales de alta peligrosidad; por otro lado, la inmovilidad ocasiona dependencia, depresión y la inmediata institucionalización del paciente (26).

Otro factor de mayor incidencia es la artritis. En el estudio de Brennan et al (27), se determinó la alta prevalencia de artritis en pacientes geriátricos. Por lo que, los trastornos musculoesqueléticos, a más de presentar una amenaza para este grupo etario es la segunda causa más común de discapacidad. Este estudio hizo hincapié en el factor socioeconómico para definir que mientras menor son los recursos económicos, existe más probabilidad de contraer problemas musculoesqueléticos, debido a que la carga de trabajo es mayor.

De regreso a los factores asociados al síndrome de inmovilización en pacientes

geriátricos institucionalizados, tenemos a Devlin et al (28) que concretamente identificó la prevalencia de dolor, agitación, delirio y sueño. Estos resultados pudieron concluirse, tomando en cuenta que para este estudio participaron 32 expertos internacionales. En esa misma línea, Crawford et al (10), identificaron trastornos a nivel del sistema nervioso central y periférico, en donde brotaron patologías como parálisis cerebral o Parkinson; por otro lado, también aparecieron trastornos musculoesqueléticos y neuromusculares, tales como: debilidad muscular, osteoartritis y artritis.

En Bo et al (20), se pudo conocer que las malas condiciones de salud de pacientes geriátricos prevalecen en ambientes de hospitalización. De ahí que, el deterioro cognitivo sea uno de los factores que coadyuvan la presencia prematura del síndrome de inmovilización. En ese marco, Castellanos et al (14), suma a este espacio, factores sociodemográficos (edad, ser mujer, menos años de escolaridad) como relevantes al apareamiento del síndrome de inmovilización.

#### ***Medidas preventivas para el síndrome de inmovilización en pacientes geriátricos***

Las medidas preventivas en pacientes hospitalizados son múltiples y han logrado mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en esta etapa de deterioro funcional. En Izquierdo et al (11), se promueve los protocolos de ejercicio y rehabilitación temprana. Este estudio experimental se lo llevó a cabo durante la hospitalización aguda de pacientes geriátricos. Por tanto, se ha podido prevenir el deterioro funcional y cognitivo que suelen acrecentarse en la estadía hospitalaria (29). Al respecto, Surkan et al (13) presentan un programa sistemático de prevención, el mismo que va desde: a) la evaluación inicial de la capacidad funcional por parte de terapia ocupacional y revisadas por el equipo de atención, b) revisión de la medicación, tomando en cuenta efectos adversos y pertinencia de la medicación, c) implementar la movilización durante el tiempo estipulado durante la hospitalización, d) evaluación geriátrica integral, e) retirar o evitar en lo posible el uso de dispositivos médicos de sujeción, como líneas intravasculares, cables de telemetría, tubos de oxígeno y catéteres urinarios, f) educar a los pacientes y familiares acerca de las repercusiones de la hospitalización y el riesgo de perder la movilidad, g) movilizar al paciente 3 veces al día y h) nutrición adecuada asistida por un profesional y monitoreada regularmente.

Valenzuela et al (30) han visto un gran problema en pacientes geriátricos que no quieren acceder a protocolos de ejercitación. Por ello, implementaron otras estrategias factibles para aquellos pacientes que se resisten al ejercicio, por tanto, se ha contemplado la

estimulación eléctrica neuromuscular, vibración y restricción del flujo sanguíneo. No obstante, se ha podido concluir que es mejor implementar programas de ejercicios, sin embargo, lo que se busca es la obtención de beneficios sinérgicos.

Ahora bien, en el estudio de Lyons et al (31), promueven la atención hospitalaria para rehabilitar la pérdida de función de adultos mayores y minimizar el grado de pérdida funcional. Para ello, el periodo hospitalario servirá para mejorar la movilidad y así poder dar el alta hospitalaria. Uno de los ejercicios que se han podido establecer como efectivos son los relacionados con la fuerza (32,33)

En cierto estudio, implementaron un programa de ejercicios enfocados a las extremidades inferiores a través de bandas elásticas de resistencia. Mediante 24 sesiones (60 min.) en 2 sesiones durante la semana y por 3 meses: “las sesiones consistieron en 10min de ejercicios de calentamiento trabajando la movilidad de las articulaciones de tobillo, rodilla y cadera; una parte principal de 50min, que consistió en 10 ejercicios de fortalecimiento para los miembros inferiores” (12).

En cambio, Johnson et al. (34), sugieren que el entrenamiento de flexibilidad no es un modo eficaz de ejercicio para obtener funcionalidad en el adulto mayor. Más bien, el estiramiento estático puede ayudar a mejorar la salud musculoesquelética, promover la autonomía y disminuir la mortalidad en los adultos mayores durante 3 sesiones semanales de estiramiento de 1 hora(35).

De vuelta a Devlin et al (28) enfatizan la importancia de evaluar los síntomas de dolor del paciente para aplicar la analgesia respectiva o aplicar un programa de rehabilitación centrado en

la recuperación física del paciente. También, Miranda et al (36), coinciden en la asistencia con estrategias de movilización temprana, en el estudio se hace énfasis en que se puede contrarrestar la polineuropatía del paciente crítico, para ello, se contó con técnicas como la quinesioterapia, la capacitación de enfermeros acerca de movilización de pacientes, la estimulación neuromuscular eléctrica y uso de bicicletas ergométricas.

### ***Complicaciones del síndrome de inmovilización en pacientes geriátricos***

El síndrome de inmovilización presenta varias complicaciones que tienen que ser abordadas por el personal de salud, tomando en cuenta que la salud del adulto mayor es prioritaria. En el estudio de Tkacheva et al (4), se distinguen complicaciones asociadas al paciente geriátrico con síndrome de inmovilización: deterioro cognitivo, trastornos afectivos, problemas visuales y auditivos, problemas de sueño y mareos.

Según Moon et al (37), una de las complicaciones con mayor prevalencia es la diabetes mellitus que provoca en los pacientes geriátricos la angina de pecho, el infarto de miocardio, daños a nivel cerebrovascular y la enfermedad renal crónica. Además, Liang et al (7), distinguen complicaciones relacionadas con la obesidad, hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la incontinencia urinaria. Ocampo et al (38), suman la incontinencia fecal como complicación.

Para Izquierdo et al (11) el anciano categorizado como octogenario y nonagenario tiene complicaciones severas a nivel físico que impide la inclusión a programas de acondicionamiento físico propio de la edad. En este sentido, Valenzuela et al (31) determinan que es contraproducente el reposo en cama porque causa complicaciones como la pérdida de masa muscular y, por ende, la fuerza para su movilidad. Asimismo, esto se relaciona con el aumento de riesgos en la salud y mortalidad. Por último, Surkan et al (13) aseveran que las complicaciones aparecen con la “parálisis del pijama” cuando se confina a adultos mayores. De ahí que, varios autores coincidan en las complicaciones implicadas con la hospitalización de pacientes geriátricos (39,40).

En esa línea, Calero et al (9), coinciden con que la hospitalización repercute negativamente en los pacientes adultos mayores provocándoles distorsión en las relaciones sociales, provocación del aislamiento, emerge la depresión y aumenta la dependencia funcional. Así también, para Jachan et al (41), han reconocido complicaciones como lesiones por presión, caídas e incontinencia urinaria; con ello, aparecería la dermatitis asociada a incontinencia o lesiones por presión.

En el estudio propuesto por Asp et al (42) se recalca el daño que ocasiona la obesidad, con frecuencia se pierde masa muscular en pacientes geriátricos, no obstante, prevalece un aumento de la masa grasa que acelera la disfuncionalidad. García et al (43), exponen las úlceras por presión del pie -específicamente en el talón- que prevalecen en pacientes institucionalizados. Asimismo, Pereral et al (44), distinguen como complicaciones más frecuentes la bronconeumonía, úlceras por presión, constipación intestinal y tromboflebitis. En fin, Ramírez et al (45) expusieron al cáncer colorrectal como complicación que a veces presentan los adultos mayores.

Para Torres et al (5), las limitaciones de movilidad llevarían al adulto mayor a usar sillas de ruedas o dispositivos de asistencia a la locomoción. Más allá de ser instrumentos que apoyan la movilización del anciano, este es un recurso que conlleva varias patologías que inciden en la dependencia y, por ende, el síndrome de inmovilidad. Cabe destacar que, en D'hyver (46) las complicaciones se presentan de manera paradójica, por ejemplo, las

patologías asociadas con pacientes geriátricos tienen presentaciones atípicas (infecciones sin elevación de la temperatura o infartos de miocardio sin dolor), esto supone una mayor atención a valoración geriátrica integral que ayude a contrarrestar estos factores mortales. Finalmente, en Li et al (47) se exhibieron complicaciones de inmovilidad: trombosis venosa profunda, neumonía e infección del tracto urinario.

### ***Cuidados de enfermería en pacientes geriátricos institucionalizados con síndrome de inmovilización***

En el estudio propuesto por Li et al (48) son contundentes en que la dotación de personal debe ser el sugerido en el área, conforme a parámetros internacionales. A su vez, deben contar con títulos profesionales superiores para contrarrestar las complicaciones graves por inmovilidad. Es decir, mientras más estudios especializados han podido obtener el enfermero, podrá brindar una mejor calidad de vida para el paciente geriátrico.

Para Zhou et al (49) la intervención del personal de enfermería para la asistencia a pacientes geriátricos es:

- Revisar la piel, por lo menos una vez al día.
- Evaluar zonas de presión: glúteos, espalda, codos y zona posterior de la cabeza.
- Asistir con la asepsia correcta en las zonas implicadas.

Por otro lado, Romero et al 26 establecen que el cuidado de pacientes geriátricos comprende:

- La no utilización de alcohol o colonia sobre la piel del anciano y tener más cuidado cuando
- se presente dermatitis.
- Monitorear la dieta variada con gran potencial proteico y vitaminas para procurar la salud del anciano.
- Proporcionar pijamas limpios y sin arrugas.
- No utilizar restricciones físicas o farmacológicas si no están indicadas.
- Asistir con cambios posturales cada 2-3 horas en pacientes encamados y en pacientes en posición sedente se realizará cada hora.
- Nunca deslizar al paciente sobre el lecho, debe moverse en bloque para evitar las erosiones de la piel por fuerzas de cizallamiento.
- Aplicar masajes.
- Implementar dispositivos confortables como colchones o cojines.

- Constante actividad en pacientes que puedan permitirse.
- Fisioterapia respiratoria: inflar globos, aerosoles, palmo percusión, vibrador, entre otros.

Para Cordero et al (16), los cuidados a tener en cuenta en pacientes con síndrome de inmovilización deben centrarse en la comunicación fluida y constante entre personal de salud y paciente geriátrico. Pues constituye una vía fundamental para establecer una relación de confianza y, a la postre, relación de cuidados. De ahí que, es muy necesario desarrollar estas competencias en el personal de enfermería, por tal motivo, los cuidadores son más competentes con apoyo académico e impulsan la calidad vida y del binomio cuidador-cuidado.

En cambio, Rodríguez et al (49) instan a que, desde la enfermería geriátrica, se proporcione una atención individualizada al anciano y su entorno. Por ello, han definido campos de acción: intervención, suplencia, ayuda, refuerzo y promotor. La intervención tiene que ver con la evaluación geriátrica para conocer los elementos en los cuales se debería intervenir; la suplencia tiene que ver con un relevo o alterno al enfermero para que supla la atención integral del paciente geriátrico con inmovilización; la ayuda comprende la asistencia cuando hay total incapacidad del anciano; el refuerzo sirve para cuando el anciano aún es autónomo y el enfermero brinda una orden en específico, pero no asiste con la actividad completa; y promotor significa que el cuidador brinda asesoría con orientaciones y consejos para motivar la automovilidad del adulto mayor.

Los cuidados al paciente geriátrico deben ir acompañados de la evaluación continua, según Crawford et al (10), desde la enfermería se debería monitorear:

- Nutrición adecuada: revisión del tamaño de las raciones, control de peso y seguimiento a
- la actividad física del paciente.
- Asistencia al paciente que requiera ayuda para comer.
- Seguimiento a preferencias alimentarias del paciente mediante el dialogo recurrente con la familia del paciente.
- Monitoreo a los resultados de laboratorio ligados a la nutrición (albúmina sérica, proteína sérica, glucemia) y monitoreo al nivel de electrolitos (sodio, potasio, magnesio y calcio).
- Controlar signos como fiebre y leucocitosis en pacientes geriátricos debilitados.

Por otro lado, para Hullick et al (50) se debe contar con un programa estratégico de cuidado para pacientes geriátricos. Con ello, se podría atender de forma sistémica a pacientes con malestar agudo. De ahí que, los elementos integrados en este programa contemplan:

- Soporte telefónico con el cual se brinda el primer acercamiento de atención para definirla pertinencia de transferencia al servicio de urgencias.
- Al ser un programa definido por enfermeras, deberán hacerse cargo de los cuidados propios a su rol en casos del servicio de urgencias.
- Así también, el programa contempla la promoción de salud mediante un programa educativo dirigido al paciente y su familia para conservar la salud del paciente.

Finalmente, para Jordán et al (15) el papel de enfermería debe procurar la atención integral de estos pacientes. Por tanto, se debe proporcionar a los ancianos técnicas y habilidades para que realicen su autocuidado. Esto con el objetivo de mejorar el proceso de envejecimiento y de las enfermedades crónicas asociadas a la edad. Por último, para Surkan et al (13) se debería promover un cambio cultural para el tratamiento del síndrome de inmovilización, en el cual intervengan el personal de enfermería a través de las siguientes acciones:

- Asistencia a la movilización.
- Asistencia, apoyo frecuente y progresivo.
- Actividades que contrarresten el deterioro cognitivo.
- Vigilar el uso de ayudas auditivas y visuales.

## **Conclusiones**

La prevalencia de pacientes con síndrome de inmovilización mantiene porcentajes relativamente bajos, no obstante, esta problemática mantiene una tendencia al alza. Si bien, los datos arrojan un nivel de prevalencia menor a 40%, es importante reconocer la problemática como prioritaria, tomando en cuenta que se debe procurar la salud del adulto mayor en esta etapa, la cual se sobrelleva con múltiples factores desfavorables para este grupo etario.

Por otro lado, los factores asociados son varios y su control hará que se potencialice la salud del adulto mayor. Por tanto, los factores tienen que ver con la alimentación, el ejercicio regular y programático, falta de desarrollo espiritual o la baja autoestima, el tabaquismo, alcoholismo, la osteoartritis, embolismo pulmonar, caídas recurrentes y

fracturas, factores socioeconómicos, trastornos del sistema nervioso, escolaridad, entre otros.

Frente a ello, las medidas de prevención intentan paliar el síndrome de inmovilización cuando este empieza a aparecer, en su desarrollo y en el periodo de rehabilitación. Los mismos van desde la implementación de protocolos de ejercicios, educación a pacientes, evaluación geriátrica integral, revisión de medicación, entre otros. No obstante, en este apartado se evidenciaron otras alternativas para pacientes inmovilizados mediante estimulación eléctrica neuromuscular, vibración y restricción del flujo sanguíneo. Así también, se promueve el estiramiento estático asistido frente a los trastornos musculoesqueléticos, en vez de la rigurosidad que implica los programas de ejercicios autónomos.

Entre la complicación más severa se encontró el deterioro cognitivo, trastornos afectivos, úlceras por presión del pie y diabetes, estas patologías se agravan en las diferentes etapas en las que se desarrolla el síndrome de inmovilización. Por otro lado, se identificó la “parálisis de pijama”, término acuñado por Surkan, que sucede de manera indiscriminada en el área hospitalaria a la falta de evaluación geriátrica integral. Es decir, no se contemplan otras alternativas que podrían evitar la inmovilización del paciente cuando este podría optar por prácticas más saludables de intervención. Puesto que, con la inmovilización se distorsionan las relaciones sociales y se desarrolla un cuadro de depresión.

Para finalizar, algunos autores coinciden en que se debe desarrollar programas académicos con relación al tratamiento de pacientes geriátricos. Esto ayudaría de manera óptima a asistir a este grupo etario que sobrelleva una salud frágil. Por ello, el personal de enfermería debería ser capaz de aplicar una evaluación geriátrica integral. Por otro lado, las acciones de enfermería son múltiples que implican la movilización del paciente, el monitoreo de la piel, proporcionar confort, suministrar y monitorear el uso de fármacos, aplicar masajes, evitar erosiones, aplicar fisioterapia respiratoria, entre otros. Sobre todo, el rol del enfermero debería ser el de la promoción de salud para el paciente y su familia, es decir, en todo momento el enfermero debe capacitar al paciente y a su entorno familiar sobre los cuidados respectivos que debe tener un adulto mayor con síndrome de inmovilización. Asimismo, se ha visto ineludible valerse de la tecnología para impulsar la salud del paciente y su entorno.

## **Limitaciones**

En torno a esta investigación, se reconoce que la bibliografía es limitada, es decir, cumplir con la normativa de 50 fuentes actualizadas y de alto impacto no fue fácil. Por tanto, la búsqueda e inclusión requirió más tiempo de lo establecido por falta de investigaciones en este ámbito. Además, el marco de pandemia dificultó la realización de esta investigación, ya que, el confinamiento no permitió un trabajo articulado y regular en la investigación.

## **Prospectivas**

Así también, se puede inferir que las patologías con respecto a pacientes geriátricos, si bien, son comunes, estos no se están abordando de forma multidisciplinaria. Es decir, las patologías alrededor de pacientes geriátricos institucionalizados deben abordarse desde otras áreas de salud que mejoren la calidad de vida de este grupo etario vulnerable. De ahí que, se deba implementar una asistencia integral, esto se traduce a que otras especialidades promuevan la salud del paciente geriátrico. Por ejemplo, hemos identificado que el adulto mayor mantiene cuadros de depresión intensos que podrían ser solventados desde la psicología. Además, la necesidad de acondicionamiento físico ha impulsado la incursión de preparadores físicos. En fin, yace latente la formulación e implementación de programas que abarquen las necesidades y patologías del adulto mayor desde la enfermería.

## **Referencias bibliográficas**

1. Cheung, J; Yu, R; Zimu, W; Wong, S; Woo J. Geriatric syndromes, multimorbidity, and disability overlap and increase healthcare use among older Chinese. *BMC Geriatr* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 6];18(1):1–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29940868/>
2. Organización Mundial de la Salud. OMS | Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. WHO [Internet]. 2016 [cited 2021 Apr 6];1–282. Available from: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
3. Koroukian S, Schiltz N, Warner D, Sun J, Bakaki P, Smyth K, et al. Combinations of Chronic Conditions, Functional Limitations, and Geriatric Syndromes that Predict Health Outcomes. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2021 Apr 6];31(6):630–7. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-016-3590-9>
4. Tkacheva O, Runikhina N, Ostapenko V, Sharashkina N, Mkhitarian E, Onuchina J, et al. Prevalence of geriatric syndromes among people aged 65

- years and older at four community clinics in Moscow. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2018 Feb 9 [cited 2021 Apr 6];13:251–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29467572/>
5. Torres, J;Tomaz, R; Ferreira, I; Costa K. Functional, nutritional and social factors associated with mobility limitations in the elderly: A systematic review. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 6];60(5):579–85. Available from: <https://doi.org/10.21149/9075>
  6. Menéndez, R; Mauleón, M; Condorhuaman, P; González J. Aspectos terapéuticos de los grandes síndromes geriátricos. Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Indicaciones. *Med* [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 6];12(46):2743–54. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541217303050?via%3Dihub>
  7. Liang, Y;Rausch, C; Laflamme, L; Möller J. Prevalence, trend and contributing factors of geriatric syndromes among older Swedes: Results from the Stockholm County Council Public Health Surveys. *BMC Geriatr* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 6];18(1):1–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30594139/>
  8. Salisbury, D; Plocher, T; Yu F. Efficacy of simultaneous aerobic exercise and cognitive training in subjective cognitive decline: study protocol for randomized controlled trial of the Exergames Study. *Trials* [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 6];22(1):14. Available from: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-020-04950-7>
  9. Calero, M; Ortega A, Navarro, E; Calero M. Relationship between hospitalization and functional and cognitive impairment in hospitalized older adults patients. *Aging Ment Heal* [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 6];21(11):1164–70. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2016.1220917>
  10. Crawford, A;Harris H. Cuidar a adultos con deterioro de la movilidad física. *Nurs (Ed española)* [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 6];34(4):32–7. Available from: <https://docplayer.es/196919279-Cuidar-a-adultos-con-deterioro-de-la-movilidad-fisica.html>
  11. Izquierdo M, Martínez N, Casas A, Zambom F, Sáez M, Lucia A, et al. Effect

- of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 6];179(1):28–36. Available from: [/pmc/articles/PMC6583412/](#)
12. Mollinedo, I; López, A; Cancela J. The effects of different types of physical exercise on physical and cognitive function in frail institutionalized older adults with mild to moderate cognitive impairment. A randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 6];83:223–30. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494319301116?via%3Dihub>
  13. Surkan, M; Gibson W. Interventions to Mobilize Elderly Patients and Reduce Length of Hospital Stay. *Can J Cardiol* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 6];34(7):881–8. Available from: <http://www.onlinecjc.ca/article/S0828282X18303702/fulltext>
  14. Castellanos N, Borda M, Fernández Á, Aarsland V, Soennesyn H, Cano C. Factors associated with functional loss among community-dwelling Mexican older adults. *Biomédica* [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 6];40(3):546–56. Available from: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/5380>
  15. Jordán, A; Estrada D. Rol enfermero en la valoración de síndromes geriátricos y estado funcional en una consulta de geriatría. *Gerokomos* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 6];29(4):160–4. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n4/1134-928X-geroko-29-04-00160.pdf>
  16. Cordero, M; Ferro, B; García M, Domínguez J. Cuidado informal al adulto mayor encamado en un área de salud. *Rev cienc med Pinar Rio* [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 6];23(2):195–203. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942019000200195](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000200195)
  17. Ramic E, Selmanovic S, Alibasic E, Džananovic D, Džafic F, Ramic I. The Frequency of Multifactorial Syndromes in Geriatrics of Tuzla Canton Population. *Mater Socio Medica* [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 6];29(4):268. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29284997/>

18. Meyer A, Becker I, Siri G, Brinkkötter P, Benzing T, Pilotto A, et al. The prognostic significance of geriatric syndromes and resources. *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 6];32(1):115–24. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40520-019-01168-9>
19. Ulloa, O; Martínez, L; Hernández, K; Fernández L. *Gaceta Médica Espirituana. CIENCIAS MEDICAS* [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 6];21(3):30–9. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-7465-8900>
20. Bo M, Fonte G, Pivaro F, Bonetto M, Comi C, Giorgis V, et al. Prevalence of and factors associated with prolonged length of stay in older hospitalized medical patients. *Geriatr Gerontol Int* [Internet]. 2016 [cited 2021 Apr 7];16(3):314–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25752922/>
21. Juthavantana, J; Sakunpong, N; Prasertsin, U; Charupheng, M; Lau S. An integrative counselling program to promote active ageing for older people in Thai nursing homes: an intervention mixed methods design. *BMC Psychol* [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 7];9(1):14. Available from: <https://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-021-00519-4>
22. Bischoff H, Molino C, Rival S, Vellas B, Rizzoli R, Kressig R, et al. DO-HEALTH: Vitamin D3 - Omega-3 - Home exercise - Healthy aging and longevity trial - Design of a multinational clinical trial on healthy aging among European seniors. *Contemp Clin Trials* [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 7];100:106124. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551714420302020?via%3Dihub>
23. Cimas M, Ayala A, Sanz B, Agulló M, Escobar A, Forjaz M. Chronic musculoskeletal pain in European older adults: Cross-national and gender differences. *Eur J Pain (United Kingdom)* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 7];22(2):333–45. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/ejp.1123>
24. Kotb, M; Kamal, A; Aldossary, N; Alsify, A; Ahmed Y. Value of magnetic resonance spectroscopy in geriatric patients with cognitive impairment. *Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg* [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 7];56(1):1–9. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s41983-020-0147-y>

25. Romero, Á; Amores, L; Cardona Y. Evaluación geriátrica hospitalaria: una herramienta necesaria Geriatric hospital evaluation: a necessary tool. *Medisur* [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 7];16(5):743–65. Available from: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4009>
26. Baztán J, Martínez S, Garmendia B, Pérez P, Martínez Y, Resino C, et al. Impact of a centralised hospital admission system on the efficacy and efficiency of a geriatric functional recovery unit. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2021 Apr 7];55(1):18–24. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X19301477?via%3Dihub>
27. Brennan S, Cook S, Leech M, Bowe S, Kowal P, Naidoo N, et al. Prevalence of arthritis according to age, sex and socioeconomic status in six low and middle income countries: Analysis of data from the World Health Organization study on global AGEing and adult health (SAGE) Wave 1. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 7];18(1):271. Available from: <http://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-017-1624-z>
28. Devlin J, Skrobik Y, Gélinas C, Needham D, Slooter A, Pandharipande P, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 7];46(9):e825–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30113379/>
29. Cano, C; Borda, M; Reyes C, Arciniegas, A; Samper R. Evaluación de factores asociados al estado funcional en ancianos de 60 años o más en Bogotá, Colombia. *Biomedica* [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 7];37:57–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v37i1.3197>
30. Valenzuela P, Morales J, Pareja H, Izquierdo M, Emanuele E, de la Villa P, et al. Physical strategies to prevent disuse-induced functional decline in the elderly. *Ageing Res Rev* [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2021 Apr 7];47:80–8. Available from: Physical strategies to prevent disuse-induced functional

decline in the elderly

31. Lyons, A; Romero, R; Hartley P. Functional mobility trajectories of hospitalized older adults admitted to acute geriatric wards: A retrospective observational study in an English university hospital. *Geriatr Gerontol Int* [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 7];19(4):305–10. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ggi.13623>
32. Devalapalli, A; Kashiwagi D. Perioperative care of geriatric patients. *Hosp Pract* (1995) [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 7];48:26–36. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/21548331.2020.1719713>
33. Rojas, C; Buckcanan, A; Benavides G. Sarcopenia: abordaje integral del adulto mayor. *Rev Medica Sinerg* [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 7];4(5):24–34. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7070478>
34. Johnson, N; Hutchinson, C; Hargett, K; Kosik, K; Gribble P. Bend Don't Break: Stretching improves scores on a battery of fall assessment tools in older adults. *J Sport Rehabil* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2021 Apr 7];30(1):78–84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32087599/>
35. Peyrusqué E, Buckinx F, Bolduc A, Law C, Kergoat M, Aubertin M. Potential Efficacy of Pragmatic Exercise Program (SPRINT) During Hospitalization in Older Adults on Health Care and Physical Performance: A Pilot Study. *J Nutr Heal Aging* [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 7];25(1):126–33. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-020-1483-4>
36. Miranda, A; Martinez, B; Maldaner, V; Forgiarini L. Early mobilization: Why, what for and how? *Med Intensiva* [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 7];41(7):429–36. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210569116302431?via%3Dihub>
37. Moon S, Roh Y, Yoon J, Jang K, Jung H, Yoo H, et al. Clinical features of geriatric syndromes in older Koreans with diabetes mellitus. *Ann Geriatr Med Res* [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 7];23(4):176–82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32743309/>
38. Ocampo, J; Mosquera, J; Davis, A; Reyes C. Functional impairment associated with cognitive impairment in hospitalised elderly. *Rev Esp Geriatr*

- Gerontol [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 7];53(1):19–22.  
Available from:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X17301294?via%3Dihub>
39. Ibarra J, Fernández M, Aguas E, Pozo A, Antillanca B, Quidequeo D. Efectos del reposo prolongado en adultos mayores hospitalizados. *An la Fac Med [Internet]*. 2018 [cited 2021 Apr 7];78(4):439. Available from:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832017000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
40. Martínez J, Castañeda A, Muñana A, Baeza M, de Peralta P, Fuentes C, et al. Acute care for elderly patients in a functional impairment prevention unit. *Rev Clin Esp [Internet]*. 2020 [cited 2021 Apr 7];220(9):548–52.  
Available from:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S001425651930267X?via%3Dihub>
41. Jachan, D; Müller, U; Lahmann N. Impaired Mobility and Urinary Incontinence in Nursing Home Residents: A Multicenter Study. *J Wound, Ostomy Cont Nurs [Internet]*. 2019 [cited 2021 Apr 7];46(6):524–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31478987/>
42. Hoffmann A, Glanzner H. Factores que interfieren en la salud del trabajador de enfermería del centro quirúrgico. *Rev Cubana Enferm [Internet]*. 2019 [cited 2021 Apr 7];35(4):e3020. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-8439-4937%0Ahttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=141418446&site=eds-live>
43. Garcia, S; Alòs, J; Guallar, J; Viu, M; Serra M. Prevalence, incidence and risk factors for foot pressure ulcers in hospitalized elderly patients. An observational and prospective study. *J Healthc Qual Res [Internet]*. 2021 [cited 2021 Apr 7];36(1):27–33. Available from:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33342758/>
44. Pereral M, González K, Vega A, Cifuentes A, Díaz G, Tejeda J. Protocolo del síndrome de inmovilización en el paciente geriátrico hospitalizado. *Rev Cuba Med Física y Rehabil [Internet]*. 2019 [cited 2021 Apr 7];11(3):1–11. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-5444-8762>

45. Ramírez R, Menéndez R, Déniz V, Gazo J, Marijuán J, González J. The efficiency of «Cross-speciality Geriatrics» in the co-management of patients older than 80 years admitted to the General Surgery Service. Economic results. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 7];56(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33518381/>
46. D'hyve C. Valoración geriátrica integral. *Rev Fac Med* [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 7];60:13–2017. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v60n3/2448-4865-facmed-60-03-38.pdf>
47. Li J, Wu X, Li Z, Zhou X, Cao J, Jia Z, et al. Nursing resources and major immobility complications among bedridden patients: A multicenter descriptive study in China. *J Nurs Manag* [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 7];27(5):930–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30422361/>
48. Li Z, Zhou X, Cao J, Li Z, Wan X, Li J, et al. Nurses' knowledge and attitudes regarding major immobility complications among bedridden patients: A prospective multicentre study. *J Clin Nurs* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 7];27(9–10):1969–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29546731/>
49. Rodríguez, I; Peña, M; Fajardo A. Envejecimiento poblacional y práctica de Enfermería de avanzada. 2017 [cited 2021 Apr 7];1(1):1–16. Available from: <http://enfermeria2017.sld.cu/index.php/enfermeria/2017/paper/viewFile/318/348>
50. Hullick C, Hall A, Conway J, Hewitt J, Darcy L, Barker R, et al. Reducing Hospital Transfers from Aged Care Facilities: A Large-Scale Stepped Wedge Evaluation. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2021 Apr 7];69(1):201–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33124692/>

**Anexos.****ANEXO 1. OFICIO DE SOLICITUD DE MODALIDAD DE TITULACIÓN**

Universidad  
Católica  
de Cuenca

---

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Cuenca, 15 de octubre del 2020

**Asunto:** Solicitud indicando la opción de titulación a desarrollar

Doctora  
Susana Peña Cordero, Mgs.  
DECANA DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA  
Presente.

De mi consideración:

Tras hacerle extensivo un cordial saludo, yo **KATHERINE JOMIRA CORONEL ORDOÑEZ** con cédula de identidad No 0106154677, estudiante de la Carrera de Enfermería – Matriz, comedidamente solicito se me permita optar como opción de titulación por el Trabajo de titulación implementado por la Carrera.

Aprovecho la ocasión para hacerle extensivo mi deseo de éxitos en el desempeño de sus delicadas funciones.

Atentamente,  
**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**  
**“AÑO JUBILAR, QUINCUGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL”**

**ESTUDIANTE  
CARRERA DE ENFERMERÍA MATRIZ**

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

ANEXO 2. CERTIFICADO DE ACEPTACIÓN DEL TEMA POR LA COMISIÓN DE TITULACIÓN.



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA – MATRIZ

CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

A los 4 días del mes de diciembre del 2020 se aprueba por la Comisión de Investigación y el Docente Revisor de la Carrera de Enfermería- Matriz el anteproyecto de Trabajo de Titulación del estudiante: **Katherine Jomira Coronel Ordoñez** portador de la cédula de identidad Nro. 0106154677 titulado: **“ÍNDROME DE INMOVILIZACIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS”** mismo que cumple con la estructura solicitada para la aprobación en el Consejo Directivo de la Unidad Académica y posterior desarrollo del proyecto final.

Es todo cuanto se puede certificar en honor a la verdad.

Atentamente;

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**  
**“AÑO JUBILAR, QUINCUGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL”**

Lcda. Nube Pacurucu Ávila  
**RESPONSABLE COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA-MATRIZ**

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

Cuenca: Av. de las Américas y Tarqui. Telf: 2830751, 2824365, 2826563 Azogues: Campus Universitario "Luis Cordero El Grande", (Frente al Terminal Terrestre).  
Telf: 593 (7) 2241 - 613, 2243-444, 2245-205, 2241-587 Cañar: Calle Antonio Ávila Clavijo. Telf: 072235268, 072235870 San Pablo de la Troncal: Cdia. Universitaria  
km.72 Quinceava Este y Primera Sur Telf: 2424110 Macas: Av. Cap. José Villanueva s/n Telf: 2700393, 2700392

## ANEXO 3. OFICIO DE DESIGNACIÓN DEL DIRECTOR



**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**UCACUE- UASB-CEM-CI-0050**

**Cuenca, 26 de noviembre del 2020.**

**Asunto:** Delegación de docente revisor de la propuesta de investigación para trabajo de titulación.

**Licenciada**

Mishelle Carchi

**CATEDRÁTICA**

De mi consideración:

Por medio del presente, reciba un cordial saludo de la Unidad de Investigación de la carrera de Enfermería. Me permito informarle que, se ha visto conveniente designarlo/a como docente revisor de la propuesta de investigación para trabajo de titulación del estudiante **Coronel Ordoñez Katherine Jomira**, con el tema: **“Síndrome de inmovilización en pacientes geriátricos institucionalizados”**. Para lo cual envío la propuesta del trabajo investigativo a su correo electrónico institucional. Además, adjunto una ficha de revisión en la cual usted podrá valorar la estructura y contenido de la propuesta, emitiendo sus observaciones y los aspectos que deben ser modificados por parte del alumno para su corrección.

En espera de contribuir a la culminación temprana de este proceso, solicito a usted que el informe sea entregado al correo electrónico [anteproyectosoctubre2020-febrero2021@ucacue.edu.ec](mailto:anteproyectosoctubre2020-febrero2021@ucacue.edu.ec), hasta el lunes 30 de noviembre del 2020 antes de las 10am, debe adjuntar la ficha con sus respectivas observaciones y sugerencias para que los alumnos puedan realizarlas.

Por su amable atención, anticipo mi agradecimiento y suscribo de usted.

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Nube Johanna Pacurucu Avila'.



Lcda. Nube Johanna Pacurucu Avila Mgs.

**DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA MATRIZ - UCACUE  
RESPONSABLE DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN**

**Elaborado por: Comisión de Investigación**

ANEXO 4. CONSOLIDADO DE TUTORÍAS REALIZADAS, EMITIDO POR EL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.



COMISIÓN DE TITULACIÓN-INVESTIGACIÓN

CRONOGRAMA DE PLANIFICACIÓN DE TUTORIAS DE TRABAJOS DE TITULACIÓN

TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN: SÍNDROME DE INMOVILIZACIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS

DOCENTE DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN: LCDA. MICHELLE CARCHI, MGS.

NOMBRES DEL ESTUDIANTE/S: KATHERINE JOMIRA CORONEL ORDOÑEZ

CICLO: DÉCIMO CICLO

NÚMERO DE TUTORÍAS	FECHAS DE EJECUCIÓN	LINK DEL ZOOM	OBSERVACIÓN
Tutoría 1 Horas: 1 hora	20.01.2021	<a href="https://cedia.zoom.us/j/82585581977">https://cedia.zoom.us/j/82585581977</a>	Revisión de las tablas de búsqueda de información, se guía en la estructura de las estrategias de búsqueda y operadores booleanos.
Tutoría 2 Horas: 1 hora	25.01.2021	<a href="https://cedia.zoom.us/j/82585581977">https://cedia.zoom.us/j/82585581977</a>	Modificación de las palabras clave, análisis y elegibilidad de artículos científicos.
Tutoría 3 Horas: 2 horas	27.01.2021	<a href="https://cedia.zoom.us/j/82585581977">https://cedia.zoom.us/j/82585581977</a>	Asesoramiento de análisis y elegibilidad de artículos científicos.
Tutoría 4 Horas: 2 horas	01.02.2021	<a href="https://cedia.zoom.us/j/82585581977">https://cedia.zoom.us/j/82585581977</a>	Análisis y elegibilidad de artículos científicos, se envía a hacer modificaciones por no responder a las preguntas de investigación.
Tutoría 5 Horas: 1 hora	08.02.2021	<a href="https://cedia.zoom.us/j/82585581977">https://cedia.zoom.us/j/82585581977</a>	Solicitud de modificaciones en la identificación de metodología de los artículos seleccionados.



Tutoría 6 Horas: 2 horas	10.02.2021	<a href="https://cedia.zoom.us/j/82585581977">https://cedia.zoom.us/j/82585581977</a>	Asesoría de medición y tratamiento de los artículos seleccionados.
Tutoría 7 Horas: 2 horas	22.02.2021	<a href="https://cedia.zoom.us/j/82585581977">https://cedia.zoom.us/j/82585581977</a>	Revisión y modificación de los hallazgos de los artículos seleccionados en la tabla de búsqueda. Aprobación de las tablas de búsqueda.
Tutoría 8 Horas: 1 hora	01.03.2021	<a href="https://cedia.zoom.us/j/82585581977">https://cedia.zoom.us/j/82585581977</a>	Revisión y modificación del formato de del trabajo de titulación. Revisión de la introducción, se envía a realizar cambios en la redacción.
Tutoría 9 Horas: 1 hora	03.03.2021	<a href="https://cedia.zoom.us/j/82585581977">https://cedia.zoom.us/j/82585581977</a>	Aprobación de la Introducción. Revisión de la metodología, se envía a realizar modificaciones en la redacción.
Tutoría 9 Horas: 2 horas	08.03.2021	<a href="https://cedia.zoom.us/j/82585581977">https://cedia.zoom.us/j/82585581977</a>	Aprobación de la metodología. Revisión a las respuestas de las preguntas de investigación planteadas. Se solicita modificaciones.
Tutoría 10 Horas: 1 hora	15.03.2021	<a href="https://cedia.zoom.us/j/82585581977">https://cedia.zoom.us/j/82585581977</a>	Revisión del contenido, se envía a realizar cambios en la redacción, ortografía y citas.
Tutoría 11 Horas: 1 hora	17.03.2021	<a href="https://cedia.zoom.us/j/82585581977">https://cedia.zoom.us/j/82585581977</a>	Revisión de las Referencias Bibliográficas, se solicita modificaciones.
Tutoría 12 Horas: 1 hora	22.03.2021	<a href="https://cedia.zoom.us/j/82585581977">https://cedia.zoom.us/j/82585581977</a>	Revisión y asesoría de las conclusiones, se solicita modificaciones en la redacción.



Tutoría 13 Horas: 1 hora	24.03.2021	<a href="https://cedia.zoom.us/j/82585581977">https://cedia.zoom.us/j/82585581977</a>	Revisión general del artículo científico y aprobación del documento.
Tutoría 14 Horas: 1 hora	29.03.2021	<a href="https://cedia.zoom.us/j/82585581977">https://cedia.zoom.us/j/82585581977</a>	Solicitud de análisis de antiplagio.

**NOTA:** recordándoles que son dos horas semanales para trabajos de titulación.

**DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN  
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA**

ANEXO 5. DOCUMENTACION DE CRITERIO FAVORABLE DEL DIRECTOR  
DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA

Cuenca, 19 de abril del 2021

**Asunto: Criterio favorable del Director previa designación de Docentes Revisores**

Sres. Docentes  
**COMISIÓN DE TITULACIÓN**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA-MATRIZ**  
**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
Presente.

De mi consideración:

Reciba un atento y cordial saludo, yo **ERIKA MICHELLE CARCHI FLORES** con cédula de identidad N° **0302440755** en calidad de Director/a del Trabajo de Titulación, con el tema: **“SÍNDROME DE INMOVILIZACIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS”** presentado por la estudiante **KATHERINE JOMIRA CORONEL ORDOÑEZ**, para optar por el grado de Licenciada en Enfermería; informo que: una vez revisado el contenido del Trabajo de Titulación, doy fe que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido al análisis de prevención de plagio y su posterior evaluación por parte de los Docentes Revisores que se designen.

Aprovecho la ocasión para reiterarles éxitos en el desempeño de sus funciones.

Atentamente,

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**  
**“AÑO JUBILAR, QUINCUGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL”**

**DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA**

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

ANEXO 6. SOLICITUD PARA REVISIÓN POR TURNITIN, EMITIDO POR EL ESTUDIANTE Y DIRIGIDO A LA COMISIÓN DE TITULACIÓN.



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA

Cuenca, abril 19 del 2021

**Asunto: Solicitud para análisis de plagio.**

Sres. Docentes  
**COMISIÓN DE TITULACIÓN**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA-MATRIZ**  
**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
Presente.

De mi consideración:

Yo **KATHERINE JOMIRA CORONEL ORDOÑEZ** con cédula de identidad No 0106154677 autor del Trabajo de Titulación, sobre **“SÍNDROME DE INMOVILIZACIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS”**, una vez concluida la redacción del Trabajo de Titulación, el cual ha sido revisado por el correspondiente Director, solicito sea sometido a análisis del sistema de prevención de plagio, para su correspondiente certificación.

Aprovecho la ocasión para reiterarles éxitos en el desempeño de sus funciones.

Atentamente,  
**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**  
**“AÑO JUBILAR, QUINCUGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL”**

**ESTUDIANTE**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA MATRIZ**

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

ANEXO 7. CERTIFICADO DEL SISTEMA DE PREVENCIÓN DE PLAGIO CON UNA SIMILITUD DE HASTA UN 10%, OTORGADO POR EL DOCENTE RESPONSABLE DE TITULACIÓN.



**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

Cuenca, 14 de abril de 2021

**Asunto:** Certificado de análisis del sistema de prevención de plagio.

Yo **Jhohana Vintimilla Molina** con cédula de identidad No **0301919304** en calidad de Responsable de la Comisión de Titulación, certifico que:

El Trabajo de Titulación bajo el tema: **“Síndrome de inmovilización en pacientes geriátricos institucionalizados”**, presentado por la estudiante **Katherine Jomira Coronel Ordoñez**, con cédula de identidad No. **0106154677**, para optar por el grado de Licenciado en Enfermería; tras haber sido analizado por el sistema de prevención de plagio Turnitin presenta una similitud de 1%, por lo que procede para continuar con el trámite respectivo para la evaluación por parte de los Docentes Revisores que se designen.

Cabe señalar que, como aspectos generales, se sugiere:

- Cumplir con todos los aspectos establecidos en la Guía de elaboración de los trabajos de Titulación (revisión bibliográfica).
- Tanto el texto, así como, las tablas y los gráficos no pueden extender el margen sugerido.
- Las tablas y los gráficos deben cumplir con lo establecido en la Guía antes mencionada, esto es tanto para el cuerpo como para los títulos.
- Corregir las faltas ortográficas y mejor redacción.

Atentamente,

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**  
**“AÑO JUBILAR, QUINCUAGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL”**

Lcda. Jhohana Vintimilla Molina, Mgs.  
**RESPONSABLE DE LA COMISIÓN DE TITULACIÓN**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA-MATRIZ**  
**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

# Síndrome de inmovilización en pacientes geriátricos institucionalizados

*por* Katherine Jomira Coronel Ordoñez

---

**Fecha de entrega:** 14-abr-2021 07:58a.m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 1552025517

**Nombre del archivo:** inmovilizacion\_es\_pacientes\_geriatricos\_institucionalizados.docx (208.69K)

**Total de palabras:** 6824

**Total de caracteres:** 41496

## Síndrome de inmovilización en pacientes geriátricos institucionalizados

### INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>1</b> %	<b>1</b> %	<b>0</b> %	<b>0</b> %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>documents.mx</b> Fuente de Internet	<1 %
<b>2</b>	<b>archive.org</b> Fuente de Internet	<1 %
<b>3</b>	<b>documentop.com</b> Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas      Activo

Excluir bibliografía      Activo

Excluir coincidencias < 15 words

ANEXO 9. CERTIFICADO DE SECRETARIA VERIFICANDO QUE EL TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTE SU DESARROLLO EN AL MENOS TRES MESES.



Cuenca, 27 de abril de 2021

AUXILIAR DE SECRETARÍA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA – MATRIZ DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

CERTIFICA:

Que de acuerdo a la Resolución N°. 054 C.D. – 2021 del Consejo Directivo de fecha 04 de enero de 2021, se aprueba el trabajo de titulación de la Srta. CORONEL ORDOÑEZ KATHERINE JOMIRA, portadora de la cedula de ciudadanía No. 0106154677 por lo que, tras cotejar la fecha de aprobación antes señalada con la fecha de presentación de la solicitud para la designación de docentes revisores de su trabajo de titulación, se verifica que han transcurrido al menos tres meses entre las mismas.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente,



LCDA. CARMITA VICUÑA MERCHÁN

Elaborado por:	Lcda. Carmita Vicuña M.	
Aprobado por:	Dra. Shirley Cárdenas H.	

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

ANEXO 10. SOLICITUD DEL ESTUDIANTE PARA LA REVISIÓN POR PARES  
DIRIGIDOS A DIRECCIÓN DE CARRERA.



Universidad  
Católica  
de Cuenca

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA

Cuenca, 5 abril del 2021

**Asunto: Solicitud para asignación de docente revisor**

Licenciada

Licenciada Lilia Jaya Vásquez, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA-MATRIZ

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Presente.

De mi consideración:

Yo **KATHERINE JOMIRA CORONEL ORDOÑEZ** con cédula de identidad No **0106154677** autor del Trabajo de Titulación, sobre **“SÍNDROME DE INMOVILIZACIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS”**, una vez concluida la redacción del Trabajo de Titulación, el cual ha sido revisado por el correspondiente Director, solicito sea sometido a evaluación por parte de los Docentes Revisores que se designen.

Aprovecho la ocasión para reiterarles éxitos en el desempeño de sus funciones.

Atentamente,

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**  
**“AÑO JUBILAR, QUINCUAGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL”**

KATEHRINE JOMIRA CORONEL  
ORDOÑEZ  
CARRERA DE ENFERMERÍA  
MATRIZ

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

ANEXO 11. DELEGACION DE DOCENTES REVISORES DE TRABAJO DE  
TITULACION EMITIDO POR DIRECTOR DE CARRERA



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA

Oficio Nro. UCACUE-UASB-ENF- 2021-230-OF  
Cuenca, 27 de abril de 2021

**Asunto:** Designación de docentes revisores para trabajo de titulación.

Licenciada  
Marcia Cobos Albarracin Mgs.  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA-MATRIZ**  
**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
Su despacho.

De mi consideración:

Reciba un cordial y afectuoso saludo a la vez que le deseo éxito en las funciones que viene desempeñando a diario, por medio del presente me permito poner a su conocimiento que ha sido designada como docente revisor del trabajo de titulación que lleva por título " **SINDROME DE INMOVILIZACION EN PACIENTES GERIATRICOS INSTITUCIONALIZADOS**", realizado por los estudiantes **Coronel Ordoñez Katherine Jomira** con cédula de identidad 0106154677 a fin de que en un plazo máximo de siete días, una vez emitida la presente designación, entregue un informe firmado con uno de los siguientes criterios:

- Aprobado para la sustentación;
- Aprobado con observaciones para corrección previa a la sustentación;
- Reprobado

Para cuyo efecto anexo la siguiente documentación:

- El trabajo de titulación elaborado por las estudiantes en formato PDF, junto con las tablas de registro de la búsqueda bibliográfica.
- La rúbrica de calificación del docente revisor
- Modelo de informe del docente revisor.

Sin otro particular que informar, suscribo de Usted con sentimientos de consideración, agradecimiento y estima.

Atentamente,  
**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**  
**"AÑO JUBILAR, QUICUAGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL"**

Lic. Lilia Jaya Vásquez, Mgs.  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA – MATRIZ**  
**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Oficio Nro. UCACUE-UASB-ENF- 2021-231-OF**  
Cuenca, 27 de abril de 2021

**Asunto:** Designación de docentes revisores para trabajo de titulación.

Doctora  
Karla Cumbe Guerrero Mgs.  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA-MATRIZ**  
**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
Su despacho.

De mi consideración:

Reciba un cordial y afectuoso saludo a la vez que le deseo éxito en las funciones que viene desempeñando a diario, por medio del presente me permito poner a su conocimiento que ha sido designada como docente revisor del trabajo de titulación que lleva por título "**SINDROME DE INMOVILIZACION EN PACIENTES GERIATRICOS INSTITUCIONALIZADOS**", realizado por los estudiantes **Coronel Ordoñez Katherine Jomira** con cédula de identidad 0106154677 a fin de que en un plazo máximo de siete días, una vez emitida la presente designación, entregue un informe firmado con uno de los siguientes criterios:

- Aprobado para la sustentación;
- Aprobado con observaciones para corrección previa a la sustentación;
- Reprobado

Para cuyo efecto anexo la siguiente documentación:

- El trabajo de titulación elaborado por las estudiantes en formato PDF, junto con las tablas de registro de la búsqueda bibliográfica.
- La rúbrica de calificación del docente revisor
- Modelo de informe del docente revisor.

Sin otro particular que informar, suscribo de Usted con sentimientos de consideración, agradecimiento y estima.

Atentamente,  
**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**  
**"AÑO JUBILAR, QUICUAGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL"**



Lic. Lilia Jaya Vásquez, Mgs.  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA – MATRIZ**  
**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

## ANEXO 12. INFORME DE DOCENTES REVISORES



**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Cuenca, 4 de mayo del 2021

**Asunto: Informe del Docente Revisor**

Lcda. Lilia Jaya Vásquez. Mgs  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA-MATRIZ  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
Presente.

De mi consideración:

Yo Marcia Yolanda Cobos Alvarracín, con cédula de identidad Nro. 010355773, Docente Revisor del Trabajo de Titulación, sobre “SINDROME DE INMOVILIZACION EN PACIENTES GERIATRICOS INSTITUCIONALIZADOS”, presentado por la estudiante Katherine Jomira Coronel Ordoñez, con cédula de identidad 0106154677 para optar por el grado de Licenciados en Enfermería, informo que: el Trabajo de Titulación se encuentra aprobado con observaciones para corrección previa a la sustentación

Se adjunta la rúbrica aplicada.

Aprovecho la ocasión para reiterarles éxitos en el desempeño de sus funciones.

Atentamente,

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO  
“AÑO JUBILAR, QUINCAGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL”**

**DOCENTE REVISOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN  
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA**

Cc: Comisión de Titulación

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

Cuenca: Av. de las Américas y Tarqui. Telf: 2830751, 2824365, 2826563 Azogues: Campus Universitario “Luis Cordero El Grande”, (Frente al Terminal Terrestre).  
Telf: 593 (7) 2241 - 613, 2243-444, 2245-205, 2241-587 Cañar: Calle Antonio Ávila Clavijo. Telf: 072235268, 072235870 San Pablo de la Troncal: Cdia. Universitaria  
km.72 Quinceava Este y Primera Sur Telf: 2424110 Macas: Av. Cap. José Villanueva s/n Telf: 2700393, 2700392

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Cuenca, 04 de mayo del 2021

**Asunto: Informe del Docente Revisor**

Lcda. Lilia Jaya Vásquez. Mgs  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA-MATRIZ  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
Presente.

De mi consideración:

Yo **Md. Karla Cumbe Guerrero**, con cédula de identidad N° **0105226641**, Docente Revisor del Trabajo de Titulación, sobre **“SÍNDROME DE INMOVILIZACIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS”**, presentado por la estudiante **KATHERINE JOMIRA CORONEL ORDOÑEZ**, para optar por el grado de Licenciados en Enfermería, informo que: el Trabajo de Titulación se encuentra **aprobado con observaciones para corrección previa a la sustentación.**

Se adjunta la rúbrica aplicada.

Aprovecho la ocasión para reiterarles éxitos en el desempeño de sus funciones.

Atentamente,

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO  
“AÑO JUBILAR, QUINCUGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL”**



**Mgs. Karla Cumbe Guerrero**  
MÉDICO - NUTRICIONISTA INFANTIL  
M.S.P. Libro 38 Folio 14 No 38

**Md. Karla Cumbe Guerrero, Mgs.  
DOCENTE REVISOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN  
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA**

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

Cuenca: Av. de las Américas y Tarqui. ☎ Telf: 2830751, 2824365, 2826563 Azogues: Campus Universitario "Luis Cordero El Grande", (Frente al Terminal Terrestre).  
☎ Telf: 593 (7) 2241 - 613, 2243-444, 2245-205, 2241-587 Cañar: Calle Antonio Ávila Clavijo. ☎ Telf: 072235268, 072235870 San Pablo de la Troncal: Cda. Universitaria  
km.72 Quinceava Este y Primera Sur ☎ Telf: 2424110 Macas: Av. Cap. José Villanueva s/n ☎ Telf: 2700393, 2700392

## ANEXO 13. RUBRICA DE CALIFICACION DE LOS DOCENTES



**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA – MATRIZ  
RÚBRICA. DOCENTE REVISOR**

La presente rúbrica hace referencia a la revisión que realizan los docentes de la carrera de Enfermería-Matriz, relacionado al Trabajo de Titulación, la cual deberá ser revisada paralelamente a la Guía de elaboración de los Trabajos de Titulación (Revisión bibliográfica).

<b>TEMA:</b> SINDROME DE NMOVILIZACION EN PACIENTES GERIATRICOS INSTITUCIONALIZADOS”
<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE:</b> Katherine Jomira Coronel Ordoñez
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b> 0106154677
<b>FECHA DE ENTREGA:</b> 4-05-2021
<b>NOMBRE DEL DOCENTE REVISOR:</b> Lcda. Marcia Yolanda Cobos Alvarracín

**Puntuaciones:**

*Todos los parámetros excepto metodología y, resultados y conclusión.*

1: No cumple. Ningún aspecto de los parámetros es consistente y coherente. 2: Cumple débilmente. La mayor parte del parámetro es inconsistente e incoherente. 3: Cumple mayoritariamente. Presenta errores el algún aspecto del parámetro que puede ser corregido. 4: Cumple. No necesita corrección

*Metodología y, resultados y conclusión.*

1: No cumple. Ningún aspecto de los parámetros es consistente y coherente. 4: Cumple débilmente. La mayor parte del parámetro es inconsistente e incoherente. 7: Cumple mayoritariamente. Presenta errores el algún aspecto del parámetro que puede ser corregido. 9: Cumple. No necesita corrección

PROCESO				
PARÁMETROS	1	2	3	4
<b>Formato del Trabajo de Titulación</b> (numeral 2.12 al 2.16 de la Guía) y posee <b>título, autor/es, tutor y asesor</b> antes del resumen				X
<b>Resumen:</b> en 250 palabras que recoge, introducción, metodología, los principales resultados y conclusión o conclusiones más relevantes de la revisión.				X
<b>Palabras clave:</b> incluir de 4-5 palabras clave que describan y orienten al lector sobre el tema de la revisión. Debe ser escrito de acuerdo al Medical Subject Headings (MeSH) o los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).				X
<b>Introducción:</b> entre 2 a 3 hojas, en la cual se presenta la problemática que aborda el trabajo de titulación, se definen los conceptos principales y/o los principales antecedentes en relación al tema objeto de estudio.				X
<b>Preguntas de investigación:</b> redactadas en un párrafo al final de la introducción.				X
	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>9</b>

<b>Metodología:</b> constituido por el tipo de estudio realizado, las fuentes bibliográficas consultadas, el uso de palabras clave utilizadas; así como, las estrategias de búsqueda o ecuaciones de búsqueda. También se debe incluir los limitadores de búsqueda y/o criterios de inclusión exclusión. Contiene el diagrama de búsqueda.				X
<b>Resultados y discusión:</b> posee en su primer párrafo el número de artículos totales consultados y los seleccionados finalmente para la realización del trabajo, deben responder a las preguntas de investigación planteadas de forma ordenada por medio de subtítulos. Discute y/o compara los resultados con aportaciones de interés, sobre el tema tratado.			X	
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Conclusión:</b> da respuesta a las preguntas del estudio, además incluye las limitaciones del estudio y prospectivas futuras (sin citas bibliográficas).				X
<b>Citas y referencias bibliográficas:</b> presentadas según las Normas Vancouver. Constituido por un mínimo de 50 referencias bibliográficas científicas citadas a lo largo de todo el trabajo de titulación.				X
<b>Anexos</b> Obligatorio: tablas de registro de la búsqueda de información científica los cuales no serán referidos en el Trabajo de Titulación *En caso de tener otro anexo, debe indicarse dentro del artículo y enumerado por orden de aparición.				X
<b>Puntuación total</b>	48			

PUNTUACIONES		RESOLUCIÓN (marcar con una x donde corresponda)
<b>0 - 34 puntos</b>	REPROBADO	
<b>35 - 48 puntos</b>	*APROBADO CON OBSERVACIONES PARA CORRECCIÓN PREVIA A LA SUSTENTACIÓN	X
<b>50 puntos</b>	APROBADO PARA SUSTENTACIÓN	

\*Observaciones: Se solicita a la señorita estudiante corregir las faltas ortográficas de su trabajo y la revisión del mismo mejorando también la redacción de los resultados y discusión



FIRMA Y SELLO DEL DOCENTE REVISOR

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA – MATRIZ**  
**RÚBRICA. DOCENTE REVISOR**

La presente rúbrica hace referencia a la revisión que realizan los docentes de la carrera de Enfermería-Matriz, relacionado al Trabajo de Titulación, la cual deberá ser revisada paralelamente a la Guía de elaboración de los Trabajos de Titulación (Revisión bibliográfica).

<b>TEMA: SÍNDROME DE INMOVILIZACIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS</b>
<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE: KATHERINE JOMIRA CORONEL ORDOÑEZ</b>
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>
<b>FECHA DE ENTREGA: 04 de mayo del 2021</b>
<b>NOMBRE DEL DOCENTE REVISOR:</b> <b>Md. Karla Cumbe Guerrero, Mgs.</b>

**Puntuaciones:**

*Todos los parámetros excepto metodología y, resultados y conclusión.*

1: No cumple. Ningún aspecto de los parámetros es consistente y coherente. 2: Cumple débilmente. La mayor parte del parámetro es inconsistente e incoherente. 3: Cumple mayoritariamente. Presenta errores el algún aspecto del parámetro que puede ser corregido. 4: Cumple. No necesita corrección

*Metodología y, resultados y conclusión.*

1: No cumple. Ningún aspecto de los parámetros es consistente y coherente. 4: Cumple débilmente. La mayor parte del parámetro es inconsistente e incoherente. 7: Cumple mayoritariamente. Presenta errores el algún aspecto del parámetro que puede ser corregido. 9: Cumple. No necesita corrección

<b>PROCESO</b>				
<b>PARÁMETROS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Formato del Trabajo de Titulación</b> (numeral 2.12 al 2.16 de la Guía) y posee <b>título, autor/es, tutor y asesor</b> antes del resumen				X
<b>Resumen:</b> en 250 palabras que recoge, introducción, metodología, los principales resultados y conclusión o conclusiones más relevantes de la revisión.				X
<b>Palabras clave:</b> incluir de 4-5 palabras clave que describan y orienten al lector sobre el tema de la revisión. Debe ser escrito de acuerdo al Medical Subject Headings (MeSH) o los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).				X
<b>Introducción:</b> entre 2 a 3 hojas, en la cual se presenta la problemática que aborda el trabajo de titulación, se definen los conceptos principales y/o los principales antecedentes en relación al tema objeto de estudio.			X	
<b>Preguntas de investigación:</b> redactadas en un párrafo al final de la introducción.				X
	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>9</b>
<b>Metodología:</b> constituido por el tipo de estudio realizado, las fuentes bibliográficas consultadas, el uso de palabras clave utilizadas; así como,				X

las estrategias de búsqueda o ecuaciones de búsqueda. También se debe incluir los limitadores de búsqueda y/o criterios de inclusión exclusión. Contiene el diagrama de búsqueda.				
<b>Resultados y discusión:</b> posee en su primer párrafo el número de artículos totales consultados y los seleccionados finalmente para la realización del trabajo, deben responder a las preguntas de investigación planteadas de forma ordenada por medio de subtítulos. Discute y/o compara los resultados con aportaciones de interés, sobre el tema tratado.			X	
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Conclusión:</b> da respuesta a las preguntas del estudio, además incluye las limitaciones del estudio y perspectivas futuras (sin citas bibliográficas).				X
<b>Citas y referencias bibliográficas:</b> presentadas según las Normas Vancouver. Constituido por un mínimo de 50 referencias bibliográficas científicas citadas a lo largo de todo el trabajo de titulación.				X
<b>Anexos</b> Obligatorio: tablas de registro de la búsqueda de información científica los cuales no serán referidos en el Trabajo de Titulación *En caso de tener otro anexo, debe indicarse dentro del artículo y enumerado por orden de aparición.				X
<b>Puntuación total</b>	47			

PUNTUACIONES		RESOLUCIÓN (marcar con una x donde corresponda)
<b>0 - 34 puntos</b>	REPROBADO	
<b>35 - 48 puntos</b>	*APROBADO CON OBSERVACIONES PARA CORRECCIÓN PREVIA A LA SUSTENTACIÓN	X
<b>50 puntos</b>	APROBADO PARA SUSTENTACIÓN	

\*Observaciones Realizar las recomendaciones realizadas en el documento del artículo.



Mgs. Karla Cumbe Guerrero  
MÉDICO - NUTRICIONISTA INFANTIL  
M.S.P. Libro 38 Folio 14 No 3E

Md. Karla Cumbe Guerrero, Mgs.

FIRMA Y SELLO DEL DOCENTE REVISOR

ANEXO 14. CERTIFICADO DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACION DE HABER REALIZADO LAS CORRECCIONES SUGERIDAS POR LOS REVISORES.



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA

Cuenca, 19 de mayo del 2021

**Asunto: Certificado de haber realizado correcciones sugeridas por los Docentes Revisores**

Licenciada

Lilia Carina Jaya Vásquez, Mgs.

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA-MATRIZ  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

Presente.

De mi consideración:

Reciba un atento y cordial saludo, yo **ERIKA MICHELLE CARCHI FLORES** con cédula de identidad No **0302440755** en calidad de Director/a del Trabajo de Titulación, con el tema: **“SÍNDROME DE INMOVILIZACIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS”** presentado por la estudiante **KATHERINE JOMIRA CORONEL ORDOÑEZ**, para optar por el grado de Licenciada en Enfermería; certifico que: se ha procedido a realizar las correcciones sugeridas por los Docentes Revisores al trabajo de titulación en mención.

Aprovecho la ocasión para reiterarles éxitos en el desempeño de sus funciones.

Atentamente,

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO  
“AÑO JUBILAR, QUINCUAGÉSIMO ANIVERSARIO FUNDACIONAL”**

Lcda. Michelle Carchi, Mgs.

**DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN  
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA**

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

ANEXO 15. RUBRICA DE CALIFICACION DE LA PARTE ESCRITA DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACION.



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA – MATRIZ  
RÚBRICA. CALIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

La presente rúbrica hace referencia a la calificación del Director de Trabajo de Titulación, otorgada a la parte escrita.

<b>TEMA: SÍNDROME DE INMOVILIZACIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS</b>
<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE: KATHERINE JOMIRA CORONEL ORDOÑEZ</b>
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD: 0106154677</b>
<b>FECHA DE ENTREGA: 19/04/2021</b>
<b>NOMBRE DEL DOCENTE DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: LCDA. MICHELLE CARCHI, MGS.</b>

**Puntuaciones:**

*Todos los parámetros excepto metodología y, resultados y conclusión.*

**1: No cumple.** Ningún aspecto de los parámetros es consistente y coherente. **2: Cumple débilmente.** La mayor parte del parámetro es inconsistente e incoherente. **3: Cumple mayoritariamente.** Presenta errores el algún aspecto del parámetro que no involucra afección al documento de tipo sustancial. **4: Cumple.** No presenta errores de ningún aspecto en cada parámetro.

*Metodología y, resultados y conclusión.*

**1: No cumple.** Ningún aspecto de los parámetros es consistente y coherente. **4: Cumple débilmente.** La mayor parte del parámetro es inconsistente e incoherente. **7: Cumple mayoritariamente.** Presenta errores el algún aspecto del parámetro que no involucra afección al documento de tipo sustancial. **9: Cumple.** No presenta errores de ningún aspecto en cada parámetro.

PARÁMETROS	PROCESO			
	1	2	3	4
<b>Formato del Trabajo de Titulación</b> (numeral 2.12 al 2.16 de la Guía) y posee <b>título, autor/es, tutor y asesor</b> antes del resumen				X
<b>Resumen:</b> en 250 palabras que recoge, introducción, metodología, los principales resultados y conclusión o conclusiones más relevantes de la revisión.				X
<b>Palabras clave:</b> incluir de 4-5 palabras clave que describan y orienten al lector sobre el tema de la revisión. Debe ser escrito de acuerdo al Medical Subject Headings (MeSH) o los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).				X
<b>Introducción:</b> entre 2 a 3 hojas, en la cual se presenta la problemática que aborda el trabajo de titulación, se definen los conceptos principales y/o los principales antecedentes en relación al tema objeto de estudio.				X
<b>Preguntas de investigación:</b> redactadas en un párrafo al final de la introducción.				X
	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>9</b>

www.ucacue.edu.ec

<b>Metodología:</b> constituido por el tipo de estudio realizado, las fuentes bibliográficas consultadas, el uso de palabras clave utilizadas; así como, las estrategias de búsqueda o ecuaciones de búsqueda. También se debe incluir los limitadores de búsqueda y/o criterios de inclusión exclusión. Contiene el diagrama de búsqueda.				X
<b>Resultados y discusión:</b> posee en su primer párrafo el número de artículos totales consultados y los seleccionados finalmente para la realización del trabajo, deben responder a las preguntas de investigación planteadas de forma ordenada por medio de subtítulos. Discute y/o compara los resultados con aportaciones de interés, sobre el tema tratado.				X
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Conclusión:</b> da respuesta a las preguntas del estudio, además incluye las limitaciones del estudio y prospectivas futuras (sin citas bibliográficas).				X
<b>Citas y referencias bibliográficas:</b> presentadas según las Normas Vancouver. Constituido por un mínimo de 50 referencias bibliográficas científicas citadas a lo largo de todo el trabajo de titulación.				X
<b>Anexos</b> Obligatorio: tablas de registro de la búsqueda de información científica los cuales no serán referidos en el Trabajo de Titulación *En caso de tener otro anexo, debe indicarse dentro del artículo y enumerado por orden de aparición.				X
<b>Puntuación total</b>				

Calificación final: 50 /50

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN  
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA**

## ANEXO 16. TABLAS DE BUSQUEDA DE LA INFORMACION FIRMADO

**TABLA 1**

Estrategia de búsqueda

**Elaborado por:** Autor

Functional impairment	AND	Prevalence	AND	Geriatric
Associated factors	AND	Functional impairment	AND	Geriatric
Functional impairment	AND	Preventive measures		
Complications	AND	Functional impairment		
Functional impairment	AND	Immobility	NOT	Fragility
Complicaciones	AND	Síndrome Inmovilidad	AND	Ancianos

**TABLA 2**

Palabras claves para el proceso de búsqueda de información

**Elaborado por:** Autor

Palabras clave	Inglés	Portugués	Español
Síndrome de inmovilización	Syndrome Immobility		Síndrome de inmovilización
prevalencia	Prevalence		prevalencia
Complicaciones	complications		Complicaciones
Factores asociados	Associated factors		Factores asociados
Prevención	Prevention		Prevención
Adulto Mayor	Elderly		Adulto mayor
Cuidado de enfermería	Nursing care		Cuidados de enfermería

TABLA 3

Ficha para recolección bibliográfica

**Elaborado por:** Autor

o.	Autor (es)	Título Artículo	Revista (Volumen, año, número)	Link	Idioma	Método
1	Enisa Ramic, Senada Selmanovic, Esad Alibasic, Dzevad Džananovic, Fejzo Dzafic, Irma Ramic	The Frequency of Multifactorial Syndromes in Geriatrics of Tuzla Canton Population	Mater Sociomed, Vol. 4, Año 2017, 268-271	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29284997/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29284997/</a>	Inglés	Cuantitativo de muestreo
2	Anna Maria Meyer, Ingrid Becker, Giacomo Siri, Paul Thomas Brinkkötter, Thomas Benzing, Alberto Pilotto, M Cristina Polidori	The prognostic significance of geriatric syndromes and resources	Aging Clinical and Experimental Research. Vol. 32, Año 2019. 115-124.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30911909/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30911909/</a>	Inglés	Cuantitativo de muestreo
3	Siran M. Koroukian, Nicholas Schiltz, David F. Warner, Jiayang Sun, Paul M.	Combinations of Chronic Conditions, Functional Limitations, and Geriatric	Revista de Medicina Interna Integral, Vol. 31, Año 2016, 630-637.	<a href="https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-016-3590-9">https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-016-3590-9</a>	Inglés	Cuantitativo de muestreo

	Bakaki, Kathleen A. Smyth, Kurt C. Stange M. & Charles W. Given	Syndromes that Predict Health Outcomes				
4	Cheung, Johnny T.K. Yu, Ruby Wu, Zimu Wong, Samuel Y.S. Woo, Jean	Geriatric syndromes, multimorbidity, and disability overlap and increase healthcare use among older Chinese	BMC Geriatr, Vol. 18, Año 2018, 147.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29940868/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29940868/</a>	Inglés	Cuantitativo de muestreo
5	Tkacheva, Olga N. Runikhina, Nadezda K. Ostapenko, Valentina S. Sharashkina, Natalia V. Mkhitaryan, Elen A. Onuchina, Julia S.	Prevalence of geriatric syndromes among people aged 65 years and older at four community clinics in Moscow	Clin Interv Aging, Vol. 13, Año 2018, 251-259.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29467572/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29467572/</a>	Inglés	Cuantitativo de muestreo
6	Shinje Moon, Yong Kyun Roh, Jong Lull Yoon, Ki Un Jang,	Clinical Features of Geriatric Syndromes in Older Koreans with Diabetes Mellitus	Ann Geriatr Med Res. Vol. 4, Año 2019, 176-182.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32743309/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32743309/</a>	Inglés	Cuantitativo de muestreo

	Hun Jong Jung, Hyung Joon Yoo, Hak Chul Jang, Geriatric Syndromes Study Group of Korea Geriatrics Society					
7	Salisbury, D., Plocher, T. Yu, F	Efficacy of simultaneous aerobic exercise and cognitive training in subjective cognitive decline: study protocol for randomized controlled trial of the Exergames Study	Trials. Vol. 22. Año 2021. 1-10	<a href="https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-020-04950-7">https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-020-04950-7</a>	Inglés	Cuantitativo muestreo
8	Liang, Yajun Rausch, Christian Laflamme, Lucie Möller, Jette	Prevalence, trend and contributing factors of geriatric syndromes among older Swedes: results from the Stockholm County Council Public Health Surveys	BMC Geriatr, Vol. 18, Año 2018, 322.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30594139/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30594139/</a>	Inglés	Cuantitativo de muestreo

9	Martínez eromingo, J. Castañeda, A. Muñana, A.	Acute care for elderly patients in a functional impairment prevention unit	Revista clínica española. Vol. 19.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31780072/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31780072/</a>	Inglés	Cuantitativo muestreo.
	Baeza, M. E. de Peralta, P. Fuentes, C. Barba, R		Año 2019. S0014-2565.			
10	Ocampo-Chaparro, José Mauricio Mosquera-Jiménez, José Ignacio Davis, Annabelle S. Reyes-Ortiz, Carlos A.	Deterioro funcional asociado al deterioro cognitivo en el anciano hospitalizado	Revista Española de Geriatria y Gerontología. Vol. 53. Año 2018, 19-22	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S021139X17301294">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S021139X17301294</a>	Inglés	Cuantitativo muestreo
11	Izquierdo, Mikel Martínez-Velilla, Nicolás Casas-Herrero, Alvaro Zambom- Ferraresi, Fabricio Sáez De Asteasu, Mikel L. Lucia, Alejandro Galbete, Arkaitz García-Baztán.	Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial	JAMA Intern Med. Vol. 179. Año 2019, 28-36	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30419096/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30419096/</a>	Inglés	Cuantitativo muestreo

12	Valenzuela, Pedro L. Morales, Javier S. Pareja-Galeano, Helios	Physical strategies to prevent disuse-induced functional decline in the elderly	Ageing Res Rev. Vol. 47. Año 2018, 80-88.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30031068/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30031068/</a>	Inglés	Análisis descriptivo
	Izquierdo, Mikel Emanuele, Enzo de la Villa, Pedro Lucia, Alejandro					
13	Lyons Adam, Romero- Ortuno, Roman Hartley, Peter 2019	Functional mobility trajectories of hospitalized older adults admitted to acute geriatric wards: A retrospective observational study in an English university hospital: Mobility trajectories on geriatric wards	Geriatría y Gerontología Internacional. Vol. 19, Año 2019, 305- 310.	<a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ggi.13623">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ggi.13623</a>	Inglés	Cuantitativo muestreo

14	Calero-García, María José Ortega, Ana Raquel Navarro, Elena Calero, María Dolores 2017	Relationship between hospitalization and functional and cognitive impairment in hospitalized older adults patients	Envejecimiento y salud mental. Vol. 21. Año 2017, 1164- 1170.	<a href="https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2016.1220917">https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2016.1220917</a>	Inglés	Cuantitativo de muestreo
15	Mollinedo Cardalda, Irimia López, Adriana Cancela Carral, Jose María 2019	The effects of different types of physical exercise on physical and cognitive function in frail institutionalized older adults with mild to moderate cognitive impairment. A randomized controlled trial	Arch Gerontol Geriatr. Vol. 8, Año 2019, 223-230.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31100545/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31100545/</a>	Inglés	Cuantitativo de muestreo

16	Jerez-Roig, Javier De Brito MacEdo Ferreira,Lidiane Maria De Araújo, José Rodolfo Torres Lima, Kenio Costa	Functional decline in nursing home residents: A prognostic study	Plos One. Año 2017, Vol. 12, (5).	<a href="https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0177353">https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0177353</a>	Inglés	Cuantitativo de muestreo
17	Jachan, Deborah Elisabeth Müller-Werdan, Ursula Lahmann, Nils Axel 2019	Impaired Mobility and Urinary Incontinence in Nursing Home Residents: A Multicenter Study	J Wound Ostomy Continen Nurs. Vol. 46. Año 2019.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31478987/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31478987/</a>	Inglés	Cuantitativo de muestreo
18	Asp, M. Simonsson, B. Larm, P. Molarius, A. 2017	Physical mobility, physical activity, and obesity among elderly: findings from a large population-based Swedish survey	Salud pública. Vol. 147. Año 2017, 524-529.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28404503/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28404503/</a>	Inglés	Cuantitativo de muestreo

19	Surkan, Megan J. Gibson, William	Interventions to Mobilize Elderly Patients and Reduce Length of Hospital Stay	Canadian Journal of Cardiology. Vol. 34, Año 2018, 881-888	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0828282X18303702">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0828282X18303702</a>	Inglés	Análisis bibliográfico
20	Garcia, S. Alòs, J. Guallar, J. Viu, M. Serra-Prat, M.	Prevalence, incidence and risk factors for foot pressure ulcers in hospitalized elderly patients. An observational and prospective study	J Healthc Qual Res. Vol 36. Año 2021, 27-33.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33342758/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33342758/</a>	Inglés	Cuantitativo de muestreo
21	Menéndez Colino, R. Mauleón Ladrero, M. C. Condorhuaman Alvarado, P. González Montalvo, J. I.	Aspectos terapéuticos de los grandes síndromes geriátricos. Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Indicaciones	Medicine. Vol. 12. Año 2017, 2743-54.	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541217303050">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541217303050</a>	Español	Análisis bibliográfico
22	Pereral, Sol Manuel, José Tejada, Contreras 2019	Protocolo del síndrome de inmovilización en el paciente geriátrico hospitalizado	Revista Cubana de Medicina Fisica y Rehabilitacion. Vol. 11. Año 2019, (3)	<a href="http://www.revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/375">http://www.revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/375</a>	Español	Cuantitativo de muestreo

23	Torres-de Araújo, José Rodolfo Tomaz-de Lima, Rafael Rodolfo Ferreira- Bendassolli, Ila Maria Costa-de Lima, Kenio	Factores funcionales, nutricionales y sociales asociados con las limitaciones de la movilidad en los ancianos: revisión sistemática.	Salud pública Méx [online]. Año 2018, vol. 60, 579-585.	<a href="http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&amp;pid=S0036-36342018000500019&amp;lng=es&amp;nrm=iso">http://www.scielo.org .mx/scielo.php?s cript=sci_abstract&amp; pid=S0036- 363420180005000 19&amp;lng=es&amp;nrm=i so</a>	Español	Análisis bibliográfico
24	D'hyver De Las Deses, Carlos 2017	Valoración geriátrica integral.	Rev. Fac. Med. (Méx.) [online]. Vol. 60, Año 2017, 38- 54.	<a href="http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422017000300038&amp;script=sci_abstract">http://www.scielo.o rg.mx/scielo.php?pi d=S0026- 174220170003000 38&amp;script=sci_abst ract</a>	Español	Análisis bibliográfico
25	Ulloa CO, Martínez ML, Hernández FK, Fernández CL	Síndrome de inmovilidad en adultos mayores del Policlínico	Gaceta Médica Espirituana. Vol. 21, Año 2019, 30-39.	<a href="https://www.medicographic.com/pdfs/espirituana/gme-2019/gme193d.pdf">https://www.medig raphic.com/pdfs/es pirituana/gme- 2019/gme193d.pdf</a>	Español	Cuantitativo de muestreo
26	Jordán Agud, Ana Isabel Estrada Reventos, Dolors	Rol enfermero en la valoración de síndromes geriátricos y estado funcional en una consulta de geriatría	Gerokomos Vol.29, Año 2018, 160-164.	<a href="http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n4/1134-928X-geroko-29-04-00160.pdf">http://scielo.isciii.e s/pdf/geroko/v29n4 /1134-928X-geroko- 29-04-00160.pdf</a>	Español	Cuantitativo de muestreo

27	Cano-Gutiérrez, Carlos Borda, Miguel Germán Reyes-Ortiz, Carlos Arciniegas, Antonio J. Samper-Ternent, Rafael 2017	Evaluación de factores asociados al estado funcional en ancianos de 60 años o más en Bogotá, Colombia	Revistabiomedica. Vol. 37. Año 2017. 57-65.	<a href="https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3197">https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3197</a>	Español	Cuantitativo de muestreo
28	Ibarra Cornejo, José Luis Fernández Lara, María José Aguas Alveal, Elena Viviana Pozo Castro, Alex Felipe Antillanca Hernández, Bárbara Quidequeo Reffers, Diego Galvarino 2018	Efectos del reposo prolongado en adultos mayores hospitalizados	An. Fac. med. Vol. 78, Año 2017, 439-444.	<a href="http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1025-55832017000400013">http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1025-55832017000400013</a>	Español	Análisis bibliográfico

29	Castellanos-Perilla, Nicolás Borda, Miguel Germán Fernández-Quilez, Álvaro Aarsland, Vera Soennesyn, Hogne Cano-Gutiérrez, Carlos Alberto	Factores asociados con la pérdida funcional entre los adultos mayores mexicanos que viven en la comunidad	Biomédica. Año 2020, Vol. 3, 546.	<a href="https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84365262015">https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84365262015</a>	Español	Cuantitativo de muestreo
30	Hullick, C.J., Email Author, Hall, A.E, Conway, J.F, Hewitt, J.M, Darcy, L.F, Barker, R.T., Oldmeadow, C., Attia, J.R.	Reducing Hospital Transfers from Aged Care Facilities: A Large-Scale Stepped Wedge Evaluation	Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 69. 2021, 201-209.	<a href="https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85094670966&amp;origin=resultslist&amp;sort=plf-f&amp;src=s&amp;st1=&amp;st2=&amp;sid=eb2e1dbe33efee841a6676fc0818965d&amp;sot=b&amp;sdt=b&amp;sl=40&amp;s=TIT">https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85094670966&amp;origin=resultslist&amp;sort=plf-f&amp;src=s&amp;st1=&amp;st2=&amp;sid=eb2e1dbe33efee841a6676fc0818965d&amp;sot=b&amp;sdt=b&amp;sl=40&amp;s=TIT</a>	Inglés	Cuantitativo de muestreo

				<a href="#">LE-ABS-KEY+%28geriatric+AND+experiment%29&amp;relpos=10&amp;citeCnt=1&amp;searchTerm=</a>		
31	Ramírez-Martín, R. Email Author, Menéndez Colino, R., Déniz González, V.a, Gazo Martínez, J.A., Marijuán Martín, J.L., González-Montalvo, J.I.	The efficiency of «Cross-speciality Geriatrics» in the co-management of patients older than 80 years admitted to the General Surgery Service. Economic results	Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia, Año 2021, Vol. 20, 30223-7	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33518381/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33518381/</a>	Inglés	Cuantitativo de muestreo
32	Crawford A, Harris H.	Cuidar a adultos con deterioro de la movilidad física	Nurs (Ed española). Vol. 34, Año 2017, 32-37.	<a href="https://docplayer.es/196919279-Cuidar-a-adultos-con-deterioro-de-la-movilidad-fisica.html">https://docplayer.es/196919279-Cuidar-a-adultos-con-deterioro-de-la-movilidad-fisica.html</a>	Español	Análisis bibliográfico

33	Johnson, N.F, Email Author, Hutchinson, C. Hargett, K., Kosik, K., Gribble, P.d	Bend Don't Break: Stretching improves scores on a battery of fall assessment tools in older adults	Journal of Sport Rehabilitation. Vol. 30, Año 2020, 78-84.	<a href="https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85099086359&amp;origin=resultslist&amp;sort=plf-f&amp;src=s&amp;st1=&amp;st2=&amp;sid=eb2e1dbe33efee841a6676fc0818965d&amp;sot=b&amp;sdt=b&amp;sl=40&amp;s=TITLE-ABS-KEY+%28geriatric+AND+experiment%29&amp;relpos=15&amp;citeCnt=0&amp;searchTerm=">https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85099086359&amp;origin=resultslist&amp;sort=plf-f&amp;src=s&amp;st1=&amp;st2=&amp;sid=eb2e1dbe33efee841a6676fc0818965d&amp;sot=b&amp;sdt=b&amp;sl=40&amp;s=TITLE-ABS-KEY+%28geriatric+AND+experiment%29&amp;relpos=15&amp;citeCnt=0&amp;searchTerm=</a>	Inglés	Cuantitativo de muestreo
34	Aurora, F. V., Iyemair, R. H., & Maricela, P. J., 2017.	Envejecimiento poblacional y la practica de enfermería avanzada	In Enfermería. e, Vol. 50. Año, 2017.	<a href="http://enfermeria2017.sld.cu/index.php/enfermeria/2017/p">http://enfermeria2017.sld.cu/index.php/enfermeria/2017/p</a>	Inglés	Análisis bibliográfico

				<a href="#">aper/viewPaper/318</a>		
35	Cordero Cabrera M, Ferro González B, García Veloz M, Domínguez Álvarez J.	Cuidado informal al adulto mayor encamado en un área de salud.	Rev cienc med Pinar Rio. Año 2019. Vol. 23.	<a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1561-31942019000200195">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1561-31942019000200195</a>	Español	Cuantitativo de muestreo
36	Christopher RB, Buckcanan Vargas A, Benavides Jiménez Gabriela.	Sarcopenia: abordaje integral del adulto mayor	Revista Médica Sinergia Vol.4. Año 2019, 195-205.	<a href="https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7070478">https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7070478</a>	Español	Análisis bibliográfico
37	Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al.	Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU	Crit Care Med. Año 2018. Vol. 46, e825- e873.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30113379/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30113379/</a>	Inglés	Cuantitativo de muestreo
38	Brennan-Olsen SL, Cook S, Leech MT,	Prevalence of arthritis according to age, sex and socioeconomic status in six low and middle	BMC Musculoskeletal	<a href="https://bmcmusculoskeletaldisord.biomedcentral.com/articl">https://bmcmusculoskeletaldisord.biomedcentral.com/articl</a>	Inglés	Cuantitativo de muestreo

	Bowe SJ, Kowal P, Naidoo N, et al.	income countries: analysis of data from the World Health Organization study on global AGEing and adult health (SAGE) Wave 1	Disorders. Vol. 18, Año 2017, 1-12.	<a href="https://doi.org/10.1186/s12891-017-1624-z">es/10.1186/s12891-017-1624-z</a>		
39	Romero Á, Amores L, Cardona Y.	Evaluación geriátrica hospitalaria: una herramienta necesaria	Medisur. Vol 16. Año 2018, 744-765.	<a href="http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4009/2682">http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4009/2682</a>	Español	Cuantitativo Muestreo
40	Kotb, M.A. Email Author, Kamal, A.M. Email Author, Aldossary, N.M. Email Author, Alsify, A.A. Email Author, Ahmed, Y.M.	Value of magnetic resonance spectroscopy in geriatric patients with cognitive impairment	Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery, Año 2020. Vol. 56. Año 2020, 1-9.	<a href="https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85077900494&amp;origin=resultslist&amp;sort=plf-f&amp;src=s&amp;nlo=&amp;nlr=&amp;nls=&amp;sid=eb2e1dbe33efee841a6676fc0818965d&amp;sot=b&amp;sdt=b&amp;sl=40&amp;s=TITLE-ABS-">https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85077900494&amp;origin=resultslist&amp;sort=plf-f&amp;src=s&amp;nlo=&amp;nlr=&amp;nls=&amp;sid=eb2e1dbe33efee841a6676fc0818965d&amp;sot=b&amp;sdt=b&amp;sl=40&amp;s=TITLE-ABS-</a>	Inglés	Cuantitativo Muestreo

				<a href="#">KEY+%28geriatric+AND+experiment%29&amp;relpos=24&amp;citeCnt=1&amp;searchTerm=</a>		
41	Sarabia-Cobo, C. Email Author, Pérez, V., de Lorena, P., Hermosilla-Grijalbo, C., Sáenz-Jalón, M., Fernández-Rodríguez, A., Alconero- Camarero, A.R.	Experiences of geriatric nurses in nursing home settings across four countries in the face of the COVID-19 pandemic	Journal of Advanced Nursing, Vol. 77. Año 2021, 869-878.	<a href="https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85096660746&amp;origin=resultslist&amp;sort=plf-f&amp;src=s&amp;st1=&amp;st2=&amp;sid=118e8ae34be3d0b3bfaf6f1616d167f7&amp;sot=b&amp;sdt=b&amp;sl=36&amp;s=TITLE-ABS-KEY+%28geriatric+AND+nurses%29&amp;relpos=1&amp;citeCnt=0&amp;searchTerm=">https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85096660746&amp;origin=resultslist&amp;sort=plf-f&amp;src=s&amp;st1=&amp;st2=&amp;sid=118e8ae34be3d0b3bfaf6f1616d167f7&amp;sot=b&amp;sdt=b&amp;sl=36&amp;s=TITLE-ABS-KEY+%28geriatric+AND+nurses%29&amp;relpos=1&amp;citeCnt=0&amp;searchTerm=</a>	Inglés	Cuantitativo muestreo

42	Cimas M, Ayala A, Sanz B, Agulló-Tomás MS, Escobar A, Forjaz MJ.	Chronic musculoskeletal pain in European older adults: Cross-national and gender differences	Eur J Pain. Vol. 22, Año 2018, 333-345.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29235193/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29235193/</a>	Inglés	Cuantitativo Muestreo
43	Li Z, Zhou X, Cao J, Li Z, Wan X, Li J, et al	Nurses' knowledge and attitudes regarding major immobility complications among bedridden patients: A prospective multicentre study	J Clin Nurs. Año 2018. Vol. 27, 9-10.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29546731/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29546731/</a>	Inglés	Cuantitativo Muestreo
44	Li J, Wu X, Li Z, Zhou X, Cao J, Jia Z, et al.	Nursing resources and major immobility complications among bedridden patients: A multicenter descriptive study in China	J Nurs Manag. Año 2019. Vol. 27, 930-938.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30422361/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30422361/</a>	Inglés	Cuantitativo Muestreo
45	Aditya P. Devalapalli, Deanne T. Kashiwagi	Perioperative care of geriatric patients	Hospital Practice, Vol. 48 Año 2020, 26-36.	<a href="https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21548331.2020.1719713?scroll=top&amp;needAccess=true">https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21548331.2020.1719713?scroll=top&amp;needAccess=true</a>	Inglés	Análisis bibliográfico

46	Miranda Rocha AR, Martinez BP, Maldaner da Silva VZ, Forgiarini Junior LA.	Early mobilization: Why, what for and how?	Med Intensiva. Año, 2017. Vol. 41, 429-436.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28283324/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28283324/</a>	Inglés	Análisis bibliográfico
47	Bischoff-Ferrari, HA, Molino, CDGRC, Rival, S., Vellas, B., Rizzoli, R., Kressig, RW.	DO-HEALTH: Vitamin D3 - Omega-3 - Home exercise - Healthy aging and longevity trial - Design of a multinational clinical trial on healthy aging among European seniors	Ensayos clínicos contemporáneos. Vol. 100. Año 2021, 106124.	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551714420302020">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551714420302020</a>	Inglés	Cuantitativo muestreo
47	Bo, M., Fonte, G., Pivaro, F., Bonetto, M., Comi, C., Giorgis, V.	Prevalence of and factors associated with prolonged length of stay in older hospitalized medical patients	Observational Study. Vol. 16. Año, 314-21	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25752922/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25752922/</a>	Inglés	Muestreo cuantitativo
48	Peyrusqué, E., Buckinx, F., Bolduc, A. et al	Potential Efficacy of Pragmatic Exercise Program (Sprint) During Hospitalization in Older Adults on Health Care and Physical Performance: A Pilot Study	The Journal of Nutrition, Health & Aging. Vol. 25. Año 2021, 126-133.	<a href="https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-020-1483-4">https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-020-1483-4</a>	Inglés	Muestreo cuantitativo

49	Cortés, J. J. B., Zujeros, S. M., Prieto, B. G., Morillo, P. P., Cervantes, Y. M., Luis, C. R., ... & García, A. S.	Repercusión de un sistema centralizado de ingresos sobre la eficacia y eficiencia de una unidad geriátrica de recuperación funcional	Revista española de Geriatria y Gerontología. Vol. 55, Año 2020, 18-24.	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X19301477">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X19301477</a>	Español	Cuantitativo de muestreo
50	Jantana Juthavantana, Nanchatsan Sakunpong, Ujsara Prasertsin, Monthira Charupheng y Sheibon Hassakama Lau	An integrative counselling program to promote active ageing for older people in Thai nursing homes: an intervention mixed methods design	BMC Psychology.	<a href="https://bmcpsychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-021-00519-4">https://bmcpsychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-021-00519-4</a>	Inglés	Cuantitativo de muestreo
51	Menéndez Colino, R. Mauleón Ladrero, M. C. Condorhuaman Alvarado, P. González Montalvo, J. I.	Aspectos terapéuticos de los grandes síndromes geriátricos. Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Indicaciones	Medicine. Vol. 12. Año 2017, 2743-2754.	<a href="https://www.medicineonline.es/es-aspectos-terapeuticos-grandes-sindromes-geriatricos--articulo-S0304541217303050">https://www.medicineonline.es/es-aspectos-terapeuticos-grandes-sindromes-geriatricos--articulo-S0304541217303050</a>	Español	Cuantitativo de muestreo

52	Morales, VH.	La población Adulto Mayor en la ciudad de Quito, Estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica.	INEC. 2019	<a href="https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Sociodemograficos/Poblacion_Adulto_Mayor.pdf">https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Sociodemograficos/Poblacion_Adulto_Mayor.pdf</a>	Español	Cuantitativo de muestreo
53	Valle Sagastume JC.	Síndrome de inmovilización en el Adulto Mayoy	REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA A LXXI, Año 2016, 551-555.	<a href="https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc153h.pdf">https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc153h.pdf</a>	Español	Cuantitativo de muestreo

**TABLA 4**

Ecuación de búsqueda

**Elaborado por:** Autor

<b>Base de datos</b>	<b>Ecuación de búsqueda</b>	<b>Número de resultados</b>	<b>Numero de documentos seleccionados</b>
Scopus	Functional Impairment AND Prevalence AND Geriatric	19	4
	Associated factors AND Functional impairment	22	4
	Functional impairment AND Preventive measures	21	4
	Complications AND Functional Impairment AND Geriatric	19	3
	Functional AND Immobility NOT Fragility	20	5
	Nursing AND Geriatric OR Eldery	18	5
Springer	Functional Impairment AND Prevalence	35	2
	Functional AND Immobility NOT Fragility	11	2
	Nursing AND Geriatric OR Eldery	12	1
Taylor and Francis	Functional AND Immobility NOT Fragility	13	2
	Nursing AND Geriatric OR Eldery	17	1
Science direct	Functional Impairment AND Prevalence	17	2

	Associated factors AND Functional impairment AND Geriatric	23	2
	Nursing AND Geriatric OR Eldery	14	2
Pub Med	Functional Impairment AND Prevalence	33	3
	Associated factors AND Functional impairment	23	2
	AND Geriatric		
	Nursing AND Geriatric OR Eldery	24	3
Redalyc	Complicaciones AND Síndrome Inmovilidad AND Ancianos	35	1
	Factores asociados AND Deterioro funcional OR Síndrome inmovilidad	28	1
	Enfermería AND Geriatría OR Vejez	19	1
Scielo	Complicaciones AND Síndrome Inmovilidad AND Ancianos	30	1
	Factores asociados AND Deterioro funcional OR Sindorme inmovilidad	28	1
	Enfermería AND Geriatría OR Vejez	30	1

**TABLA 5**

Registro de la información del documento que finalmente seleccionó:

**Elaborado por:** Autor

<b>Título Artículo</b>	<b>Autor (es)</b>	<b>Método</b>	<b>Revista (Volumen, año, número)</b>	<b>Link</b>
The Frequency of Multifactorial Syndromes in Geriatrics of Tuzla Canton Population	Enisa Ramic, Senada Selmanovic, Esad Alibasic, Dzevad Dzananovic, Fejzo Dzafic, Irma Ramic	Cuantitativo de muestreo	Mater Sociomed, Vol. 4, Año 2017, 268-271	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29284997/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29284997/</a>
The prognostic significance of geriatric syndromes and resources	Anna Maria Meyer, Ingrid Becker, Giacomo Siri, Paul Thomas Brinkkötter, Thomas Benzing, Alberto Pilotto, M Cristina Polidori	Cuantitativo de muestreo	Aging Clinical and Experiment al Research. Vol. 32, Año 2019. 115-124.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30911909/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30911909/</a>
Combinations of Chronic Conditions, Functional Limitations, and Geriatric Syndromes that Predict Health Outcomes	Siran M. Koroukian, Nicholas Schiltz, David F. Warner, Jiayang Sun, Paul M. Bakaki, Kathleen A. Smyth, Kurt C. Stange M. & Charles W. Given	Cuantitativo de muestreo	Revista de Medicina Interna Integral, Vol. 31, Año 2016, 630-637.	<a href="https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-016-3590-9">https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-016-3590-9</a>
Geriatric syndromes, multimorbidity, and disability overlap and increase healthcare use among Older Chinese	Cheung, Johnny T.K. Yu, Ruby Wu, Zimu Wong, Samuel Y.S. Woo, Jean	Cuantitativo de muestreo	BMC Geriat, Vol. 18, Año 2018, 147.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29940868/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29940868/</a>
Prevalence of geriatric syndromes among people aged 65 years and older at four community clinics in Moscow	Tkacheva, Olga N. Runikhina, Nadezda K. Ostapenko, Valentina S. Sharashkina, Natalia V. Mkhitaryan, Elen A. Onuchina, Julia S.	Cuantitativo	Clin Interv Aging, Vol. 13, Año 2018, 251-259.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29467572/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29467572/</a>

Clinical Features of Geriatric Syndromes	Shinje Moon, Yong Kyun Roh, Jong Lull Yoon, Ki	Cuantitativo de muestreo	Ann Geriatr Med Res.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32743309/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32743309/</a>
in Older Koreans with Diabetes Mellitus Efficacy of simultaneous aerobic exercise and cognitive training in subjective cognitive decline: study protocol for randomized controlled trial of the Exergames Study	Un Jang, Hun Jong Jung, Hyung Joon Yoo, Hak Chul Jang, Geriatric Syndromes Study Group of Korea Geriatrics Society Salisbury, D., Plocher, T. Yu, F Christian Laflamme, Lucie Möller, Jette	Cuantitativo muestreo	Vol. 4, Año 2019, 176-182. Trials. Vol. 22. Año 2021. 1-10	<a href="https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-020-04950-7">h.gov/32743309/ https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-020-04950-7</a>
Prevalence, trend and contributing factors of Geriatric syndromes among older Swedes: Results from the Stockholm County Council Public Health Surveys	Liang, Yajun Rausch,	Cuantitativo de muestreo	BMC Geriatr, Vo. 18, Año 2018, 322.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30594139/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30594139/</a>
Acute care for elderly patients in a functional impairment prevention unit	Martínez eromingo, J. Castañeda, A. Muñana, A. Baeza, M. E. de Peralta, P. Fuentes, C. Barba, R	Cuantitativo muestreo.	Revista clínica española. Vol. 19. Año 2019. S0014- 2565.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31780072/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31780072/</a>
Deterioro funcional asociado al deterioro cognitivo en el anciano hospitalizado	Ocampo-Chaparro, José Mauricio Mosquera-Jiménez, José Ignacio Davis, Annabelle S. Reyes-Ortiz, Carlos A.	Cuantitativo muestreo	Revista Española de Geriatria y Gerontología. Vol. 53. Año 2018, 19-22	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X17301294">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X17301294</a>

Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial	Izquierdo, Mikel Martínez-Velilla, Nicolás Casas-Herrero, Alvaro Zambom-Ferraresi, Fabricio Sáez De Asteasu, Mikel L. Lucia, Alejandro Galbete, Arkaitz García-Baztán.	Cuantitativo muestreo	JAMA Intern Med. Vol. 179. Año 2019, 28-36	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30419096/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30419096/</a>
Physical strategies to prevent disuse-induced functional decline in the elderly	Valenzuela, Pedro L. Morales, Javier S. Pareja-Galeano, Helios Izquierdo, Mikel Emanuele, Enzo de la Villa, Pedro Lucia, Alejandro	Análisis descriptivo	Ageing Res Rev. Vol. 47. Año 2018, 80-88.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30031068/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30031068/</a>
Functional mobility trajectories of hospitalized older adults admitted to acute geriatric wards: A retrospective observational study in an English university hospital: Mobility trajectories on geriatric wards	Lyons Adam, Romero-Ortuno, Roman Hartley, Peter 2019	Cuantitativo muestreo	Geriatría y Gerontología Internacional. Vol. 19, Año 2019, 305-310.	<a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ggi.13623">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ggi.13623</a>
Relationship between hospitalization and functional and cognitive impairment in hospitalized older adults patients	Calero-García, María José Ortega, Ana Raquel Navarro, Elena Calero, María Dolores 2017	Cuantitativo de muestreo	Envejecimiento y salud mental. Vol. 21. Año 2017, 1164-1170.	<a href="https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2016.1220917">https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2016.1220917</a>
The effects of different types of physical exercise on physical and cognitive function in frail	Mollinedo Cardalda, Irimia López, Adriana Cancela Carral, Jose María 2019	Cuantitativo de muestreo	Arch Gerontol Geriatr. Vol. 8, Año 2019, 223-230.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31100545/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31100545/</a>

institutionalized older adults with mild to moderate cognitive impairment. A randomized controlled trial				
Functional decline in nursing home residents: A prognostic study	Jerez-Roig, Javier De Brito MacEdo Ferreira, Lidiane Maria De Araújo, José Rodolfo Torres Lima, Kenio Costa	Cuantitativo de muestreo	Plos One. Año 2017, Vol. 12, (5).	<a href="https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0177353">https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0177353</a>
Impaired Mobility and Urinary Incontinence	Jachan, Deborah Elisabeth	Cuantitativo de muestreo	J Wound Ostomy	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31478987/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31478987/</a>
in Nursing Home Residents: A Multicenter Study	Müller-Werdan, Ursula Lahmann, Nils Axel 2019		Continece Nurs. Vol. 46. Año 2019.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31478987/">h.gov/31478987/</a>
Physical mobility, physical activity, and obesity among elderly: findings from a large population-based Swedish survey	Asp, M. Simonsson, B. Larm, P. Molarius, A. 2017	Cuantitativo de muestreo	Salud pública. Vol. 147. Año 2017, 524-529.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28404503/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28404503/</a>
Interventions to Mobilize Elderly Patients and Reduce Length of Hospital Stay	Surkan, Megan J. Gibson, William	Análisis bibliográfico	Canadian Journal of Cardiology. Vol. 34, Año 2018, 881-888	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0828282X18303702">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0828282X18303702</a>
Prevalence, incidence and risk factors for foot pressure ulcers in hospitalized elderly patients. An observational and prospective study	Garcia, S. Alòs, J. Guallar, J. Viu, M. Serra-Prat, M.	Cuantitativo de muestreo	J Healthc Qual Res. Vol 36. Año 2021, 27-33.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33342758/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33342758/</a>

Aspectos terapéuticos de los grandes síndromes geriátricos. Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Indicaciones	Menéndez Colino, R. Mauleón Ladrero, M. C. Condorhuaman Alvarado, P. González Montalvo, J. I.	Análisis bibliográfico	Medicine. Vol. 12. Año 2017, 2743-54.	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541217303050">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541217303050</a>
Protocolo del síndrome de inmovilización en el paciente geriátrico hospitalizado	Pereral, Sol Manuel, José Tejada, Contreras 2019	Cuantitativo de muestreo	Revista Cubana de Medicina Fisicay Rehabilitacion Vol. 11. Año 2019, (3)	<a href="http://www.rehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/375">http://www.rehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/375</a>
Factores funcionales, nutricionales y sociales asociados con las limitaciones de la movilidad en los ancianos: revisión sistemática.	Torres-de Araújo, José Rodolfo Tomaz-de Lima, Rafael Rodolfo Ferreira-Bendassolli, Ila Maria Costa-de Lima, Kenio	Análisis bibliográfico	Salud pública Méx [online]. Año 2018, vol. 60, 579-585.	<a href="http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&amp;pid=S003636342018000500019&amp;lng=es&amp;nrm=iso">http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&amp;pid=S003636342018000500019&amp;lng=es&amp;nrm=iso</a>
Valoración geriátrica integral.	D'hyver De Las Deses, Carlos 2017	Análisis bibliográfico	Rev. Fac. Med. (Méx.) [online]. Vol. 60, Año 2017, 38-54.	<a href="http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S002617422017000300038&amp;script=sci_abstract">http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S002617422017000300038&amp;script=sci_abstract</a>
Síndrome de inmovilidad en adultos mayores del Policlínico	Ulloa CO, Martínez ML, Hernández FK, Fernández CL	Cuantitativo de muestreo	Gaceta Médica Espirituana. Vol. 21, Año 2019, 30-39.	<a href="https://www.medigraphic.com/pdfs/espirtuana/gme-2019/gme193d.pdf">https://www.medigraphic.com/pdfs/espirtuana/gme-2019/gme193d.pdf</a>
Rol enfermero en la valoración de síndromes geriátricos y estado funcional en una	Jordán Agud, Ana Isabel Estrada Reventos, Dolors	Cuantitativo de muestreo	Gerokomos Vol.29, Año 2018, 160-164.	<a href="http://scielo.icsiii.es/pdf/geroko/v29n4/1134-928X-geroko-29-">http://scielo.icsiii.es/pdf/geroko/v29n4/1134-928X-geroko-29-</a>

consulta de geriatría				<a href="#">04-00160.pdf</a>
Evaluación de factores asociados al estado funcional en ancianos de 60 años o más en Bogotá, Colombia	Cano-Gutiérrez, Carlos Borda, Miguel Germán Reyes-Ortiz, Carlos Arciniegas, Antonio J. Samper-Ternent, Rafael 2017	Cuantitativo de muestreo	Revistabio medica. Vol. 37. Año 2017. 57-65.	<a href="https://revista.biomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3197">https://revista.biomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3197</a>
Efectos del reposo prolongado en adultos mayores hospitalizados	Ibarra Cornejo, José Luis Fernández Lara, María José Aguas Alveal, Elena Viviana Pozo Castro, Alex Felipe Antillanca Hernández, Bárbara Quidequeo Reffers, Diego Galvarino 2018	Análisis bibliográfico	An. Fac. med. Vol. 78, Año 2017, 439-444.	<a href="http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1025-55832017000400013">http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1025-55832017000400013</a>
Factores asociados con la pérdida funcional entre los adultos mayores mexicanos que viven en la comunidad	Castellanos-Perilla, Nicolás Borda, Miguel Germán Fernández- Quilez, Álvaro Aarsland, Vera Soennesyn, Hogne Cano-Gutiérrez, Carlos Alberto	Cuantitativo de muestreo	Biomédica. Año 2020, Vol. 3, 546.	<a href="https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84365262015">https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84365262015</a>
Reducing Hospital Transfers from Aged Care Facilities: A Large-Scale Stepped Wedge Evaluation	Hullick, C.J., Email Author, Hall, A.E, Conway, J.F, Hewitt, J.M, Darcy, L.F, Barker, R.T., Oldmeadow, C., Attia, J.R.	Cuantitativo de muestreo	Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 69. 2021, 201-209.	<a href="https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85094670966&amp;origin=resultslist&amp;sort=plf-f&amp;src=s&amp;st1=&amp;st2=&amp;sid=eb2e1dbe33efee841a6676fc0818965d&amp;sot=b&amp;sdt=b&amp;sl=40&amp;s=TITLE-ABS-KEY+%28ge">https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85094670966&amp;origin=resultslist&amp;sort=plf-f&amp;src=s&amp;st1=&amp;st2=&amp;sid=eb2e1dbe33efee841a6676fc0818965d&amp;sot=b&amp;sdt=b&amp;sl=40&amp;s=TITLE-ABS-KEY+%28ge</a>

				<a href="#">riatric+AND+experiment%29&amp;relpos=10&amp;citeCnt=1&amp;searchTerm=</a>
The efficiency of «Cross-speciality Geriatrics» in the co-management of patients older than 80 years admitted to the General Surgery Service. Economic results	Ramírez-Martín, R. Email Author, Menéndez Colino, R., Déniz González, V.a, Gazo Martínez, J.A., Marijuán Martín, J.L., González- Montalvo, J.I.	Cuantitativo de muestreo	Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia, Año 2021, Vol. 20, 30223-7	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33518381/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33518381/</a>
Cuidar a adultos con deterioro de la movilidad física	Crawford A, Harris H.	Análisis bibliográfico	Nurs (Ed española). Vol. 34, Año 2017, 32-37.	<a href="https://docplayer.es/196919279-Cuidar-a-adultos-con-deterioro-de-la-movilidad-fisica.html">https://docplayer.es/196919279-Cuidar-a-adultos-con-deterioro-de-la-movilidad-fisica.html</a>
Bend Don't Break: Stretching improvescores on a battery of fall assessment tools in older adults	Johnson, N.F, Email Author, Hutchinson, C. Hargett, K., Kosik, K., Gribble, P.d	Cuantitativo de muestreo	Journal of Sport Rehabilitation. Vol. 30, Año 2020, 78-84.	<a href="https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85099086359&amp;origin=resultslist&amp;sort=plf-f&amp;src=s&amp;st1=&amp;st2=&amp;sid=eb2e1dbe33efee841a6676fc0818965d&amp;sot=b&amp;sdt=b&amp;sl=40&amp;s=TITLE-ABS-KEY+%28ge">https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85099086359&amp;origin=resultslist&amp;sort=plf-f&amp;src=s&amp;st1=&amp;st2=&amp;sid=eb2e1dbe33efee841a6676fc0818965d&amp;sot=b&amp;sdt=b&amp;sl=40&amp;s=TITLE-ABS-KEY+%28ge</a>

				<a href="#">riatric+AND+experiment%29&amp;relpos=15&amp;citeCnt=0&amp;searchTerm=</a>
Envejecimiento poblacional y la practica de enfermería avanzada	Aurora, F. V., Iyemair, R. H., & Maricela, P. J., 2017.	Análisis bibliográfico	In Enfermería, Vol. 50. Año, 2017.	<a href="http://enfermeria2017.sld.cu/index.php/enfermeria/2017/paper/viewPaper/318">http://enfermeria2017.sld.cu/index.php/enfermeria/2017/paper/viewPaper/318</a>
Cuidado informal al adulto mayor encamado en un área de salud.	Cordero Cabrera M, Ferro González B, García Veloz M, Domínguez Álvarez J.	Cuantitativo de muestreo	Rev cienc med Pinar Rio. Año 2019. Vol.23.	<a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1561-31942019000200195">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1561-31942019000200195</a>
Sarcopenia: abordaje integral del adulto mayor	Christopher RB, Buckcanan Vargas A, Benavides Jiménez. Gabriela.	Análisis bibliográfico	Revista Médica Sinergia Vol.4. Año 2019, 195-205	<a href="https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7070478">https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7070478</a>
Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU	Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al.	Cuantitativo de muestreo	Crit Care Med. Año 2018. Vol. 46, e825-e873.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30113379/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30113379/</a>
Prevalence of arthritis according to age, sex and socioeconomic status in six low and middle income countries: analysis of data from the	Brennan-OlsenSL, Cook S, Leech MT, Bowe SJ, Kowal P, Naidoo N, et al.	Cuantitativo de muestreo	BMC Musculoskeletal Disorders. Vol. 18, Año 2017, 1-12.	<a href="https://bmcmusculoskeletaldisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-017-1624-z">https://bmcmusculoskeletaldisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-017-1624-z</a>

World Health Organization study on global AGEing and adult health (SAGE) Wave1				
Evaluación geriátrica hospitalaria: una herramienta necesaria	Romero Á, Amores L, Cardona Y.	Cuantitativo Muestreo	Medisur. Vol 16. Año 2018, 744-765.	<a href="http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4009/2682">http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4009/2682</a>
Value of magnetic resonance spectroscopy in geriatric patients with cognitive impairment	Kotb, M.A. Email Author, Kamal, A.M. Email Author, Aldossary, N.M. Email Author, Alsify, A.A. Email Author, Ahmed, Y.M.	Cuantitativo Muestreo	Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery, Año 2020. Vol. 56. Año 2020, 1-9.	<a href="https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85077900494&amp;origin=resultslist&amp;sort=platform&amp;src=s&amp;nlo=&amp;nlr=&amp;nls=&amp;sid=eb2e1dbe33efee841a6676fc0818965d&amp;sot=b&amp;sdt=b&amp;sl=40&amp;s=TITLE-ABS-KEY+%28geriatric+AND+experiment%29&amp;relpos=24&amp;citeCnt=1&amp;searchTerms=">https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85077900494&amp;origin=resultslist&amp;sort=platform&amp;src=s&amp;nlo=&amp;nlr=&amp;nls=&amp;sid=eb2e1dbe33efee841a6676fc0818965d&amp;sot=b&amp;sdt=b&amp;sl=40&amp;s=TITLE-ABS-KEY+%28geriatric+AND+experiment%29&amp;relpos=24&amp;citeCnt=1&amp;searchTerms=</a>
Experiences of geriatric nurses in nursing home settings across four countries in the face of the COVID-19	Sarabia-Cobo, C. Email Author, Pérez, V., de Lorena, P., Hermosilla-Grijalbo, C., Sáenz-Jalón, M., Fernández-Rodríguez, A.,	Cuantitativo muestreo	Journal of Advanced Nursing, Vol. 77. Año 2021, 869-878.	<a href="https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85096660746">https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85096660746</a>

pandemic	Alconero- Camarero, A.R.			<a href="#">&amp;origin=resulistslist&amp;sort=plf-f&amp;src=s&amp;st1=&amp;st2=&amp;sid=118e8ae34be3d0b3bfaf6f1616d167f7&amp;stot=b&amp;sdt=b&amp;sl=36&amp;s=TITLE-ABS-KEY+%28geriatric+AND+nurses%29&amp;relpos=1&amp;citeCnt=0&amp;searchTerm=</a>
Chronic musculoskeletal pain in European older adults: Cross-national and gender differences	Cimas M, Ayala A, Sanz B, Agulló-Tomás MS, Escobar A, Forjaz MJ.	Cuantitativo Muestreo	Eur J Pain. Vol. 22, Año 2018, 333-345.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29235193/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29235193/</a>
Nurses' knowledge and attitudes regarding major immobility complications among bedridden patients: A prospective multicentre study	Li Z, Zhou X, Cao J, Li Z, Wan X, Li J, et al	Cuantitativo Muestreo	J Clin Nurs. Año 2018. Vol. 27, 9-10.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29546731/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29546731/</a>
Nursing resources and major immobility complications among bedridden patients: A multicenter descriptive study in China	Li J, Wu X, Li Z, Zhou X, Cao J, Jia Z, et al.	Cuantitativo Muestreo	J Nurs Manag. Año 2019. Vol. 27, 930-938.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30422361/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30422361/</a>

Perioperative care of geriatric patients	Aditya P. Devalapalli, Deanne T. Kashiwagi	Análisis bibliográfico	Hospital Practice, Vol. 48 Año 2020, 26-36.	<a href="https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21548331.2020.1719713?scroll=top&amp;needAccess=true">https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21548331.2020.1719713?scroll=top&amp;needAccess=true</a>
Early mobilization: Why, what for and how?	Miranda Rocha AR, Martinez BP, Maldanera Silva VZ, Forgiarini Junior LA.	Análisis bibliográfico	Med Intensiva. Año, 2017. Vol. 41, 429-436.	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28283324/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28283324/</a>
DO-HEALTH: Vitamin D3 - Omega-3 - Home exercise - Healthy aging and longevity trial - Design of a multinational clinical trial on healthy aging among European seniors	Bischoff-Ferrari, HA, Molino, CDGRC, Rival, S., Vellas, B., Rizzoli, R., Kressig, RW.	Cuantitativo muestreo	Ensayos clínicos contemporáneos. Vol. 100. Año 2021, 106124.	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551714420302020">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551714420302020</a>
Prevalence of and factors associated with prolonged length of stay in older hospitalized medical patients	Bo, M., Fonte, G., Pivaro, F., Bonetto, M., Comi, C., Giorgis, V.	Muestreo cuantitativo	Observation al Study. Vol. 16. Año, 314-21	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25752922/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25752922/</a>
Potential Efficacy of Pragmatic Exercise Program (Sprint) During Hospitalization in Older Adults on Health Care and Physical Performance: A Pilot Study	Peyrusqué, E., Buckinx, F., Bolduc, A. et al	Muestreo cuantitativo	The Journal of Nutrition, Health & Aging. Vol. 25. Año 2021, 126- 133.	<a href="https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-020-1483-4">https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-020-1483-4</a>
Repercusión de un	Cortés, J. J. B., Zujeros,	Cuantitativo	Revista	<a href="https://www.s">https://www.s</a>

sistema centralizado de ingresos sobre la eficacia y eficiencia de una unidad geriátrica de recuperación funcional	S. M., Prieto, B. G., Morillo, P. P., Cervantes, Y. M., Luis, C. R., ... & García, A. S.	de muestreo	española de Geriátria y Gerontología. Vol. 55, Año 2020, 18-24.	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7011391/">ciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X19301477</a>
An integrative counselling program to promote active ageing for older people in Thai nursing homes: an intervention mixed methods design	Jantana Juthavantana, Nanchatsan Sakunpong, Ujsara Prasertsin, Monthira Charupheng y Sheibon Hassakama Lau	Cuantitativo de muestreo	BMC Psychology.	<a href="https://www.bmcpsychology.com/articles/10.1186/s40359-021-00519-4">https://www.bmcpsychology.com/articles/10.1186/s40359-021-00519-4</a>
Aspectos terapéuticos de los grandes síndromes geriátricos. Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Indicaciones	Menéndez Colino, R. Mauleón Ladrero, M. C. Condorhuaman Alvarado, P. González Montalvo, J. I.	Cuantitativo de muestreo	Medicine. Vol. 12. Año 2017, 2743-2754.	<a href="https://www.medicineonline.es/es-es-aspectos-terapeuticos-grandes-sindromes-geriatricos--articulo-S0304541217303050">https://www.medicineonline.es/es-es-aspectos-terapeuticos-grandes-sindromes-geriatricos--articulo-S0304541217303050</a>
La población Adulto Mayor en la ciudad de Quito, Estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica.	Morales, VH.	Cuantitativo de muestreo	INEC. 2019	<a href="https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Sociodemograficos/Poblacion_Adulto_Mayor.pdf">https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Sociodemograficos/Poblacion_Adulto_Mayor.pdf</a>
Síndrome de inmovilización en el Adulto Mayor	Valle Sagastume JC.	Cuantitativo de muestreo	REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICANA	<a href="https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/r">https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/r</a>

			MERICA LXXI, Año 2016, 551- 555.	<a href="#">mc- 2015/rmc153 h.pdf</a>
--	--	--	---	---

**TABLA 6**

Registro de la búsqueda

**Elaborado por:** Autor

<b>Base de datos consultada</b>	<b>Fecha de la búsqueda</b>	<b>Estrategia para la búsqueda</b>	<b>Número de artículos encontrados</b>	<b>Porcentaje de artículos relevantes</b>
Scopus	18/02/2020	Functional Impairment AND Prevalence AND Geriatric	19	4
	18/02/2020	Associated factors AND Functional impairment	22	4
	18/02/2020	Functional impairment AND Preventive measures	21	4
	18/02/2020	Complications AND Functional Impairment AND Geriatric	19	3
	18/02/2020	Functional AND Immobility NOT Fragility	20	5
	18/02/2020	Nursing AND Geriatric OR Eldery	18	5
Springer	18/02/2020	Functional Impairment AND Prevalence	35	2
	18/02/2020	Functional AND Immobility NOT Fragility	11	2

	18/02/2020	Nursing AND Geriatric OR Eldery	12	1
Taylor and Francis	19/02/2020	Functional AND Immobility NOT Fragility	13	2
	19/02/2020	Nursing AND Geriatric OR Eldery	17	1
Science direct	19/02/2020	Functional Impairment AND Prevalence	17	2
	19/02/2020	Associated factors AND Functional impairment AND Geriatric	23	2
	19/02/2020	Nursing AND Geriatric OR Eldery	14	2
Pub Med	19/02/2020	Functional Impairment AND Prevalence	33	3
	19/02/2020	Associated factors AND Functional impairment AND Geriatric	23	2
	19/02/2020	Nursing AND Geriatric OR Eldery	24	3
Redalyc	19/02/2020	Complicaciones AND	35	1

		Síndrome Inmovilidad AND Ancianos		
	19/02/2020	Factores asociados AND Deterioro funcional OR Síndrome inmovilidad	28	1
	19/02/2020	Enfermería AND Geriatria OR Vejez	19	1
Scielo	19/02/2020	Complicaciones AND Síndrome Inmovilidad AND Ancianos	30	1
	19/02/2020	Factores asociados AND Deterioro funcional OR Síndrome inmovilidad	28	1
	19/02/2020	Enfermería AND Geriatria OR Vejez	30	1

**TABLA 7**

Síntesis de los estudios para generar una revisión de la literatura científica

**Elaborado por:** Autor

N o	Autor y año	Propósito	Muestra	Medición	Tratamiento	Resultados	Hallazgos
1	Enisa Ramic, Senada Selmanovic, Esad Alibasic, Dzevad Dzananovic, Fejzo Dzafic, Irma Ramic, 2017.	Determinar la diferencia en la valoración del nivel de inmovilidad, inestabilidad, dependencia, incontinencia urinaria ("4N") en grupos de ancianos	La investigación incluyó un total de 200 encuestados de edad avanzada del grupo experimental formado por personas mayores (> 65 años) que viven solas.	Para la evaluación de la reducción de las capacidades mentales en los ancianos se utilizó el "Cuestionario de estado mental portátil corto" (SPMSQ).	Contiene preguntas relacionadas con edad, género, examen físico general, condiciones de vida, condiciones económicas, movilidad, actividades de la vida cotidiana, seguridad en el hogar, negligencia, aparatos, tabaquismo, alcohol, trastornos	En la muestra total, la investigación incluyó a 200 encuestados ancianos, 45% en el grupo experimental y 55% en el grupo control. La edad promedio ( $\pm$ DE) fue de $75,4 \pm 6,2$ años en el grupo experimental, mientras que en el grupo control la edad promedio fue de $74,9 \pm 5,6$ años. Observamos una distribución	Pregunta 1: Nuestra investigación ha demostrado que en la muestra total de encuestados había 62% móviles, 22,5% con movilidad limitada y 4% inmóviles en la muestra total. Pregunta 2. El principal factor general que hizo que el sistema de

					<p>urinarios, sexualidad, información sobre el uso de medicamentos.</p>	<p>casi igual del riesgo de caída según los grupos (50%, 47%). En la muestra total hubo 62% móviles, 22,5% movilidad limitada y 4% inmóviles.</p>	<p>movimiento envejeciera es la disminución de la movilidad o la inmovilidad. Las causas de la inmovilidad pueden ser diferentes como dolor, debilidad general del cuerpo, retroceso psicógeno, daño iatrogénico. La inestabilidad al caminar provoca caídas frecuentes, por lo que los daños traumáticos pueden causar</p>
--	--	--	--	--	---	---	---

							<p>inmovilidad directa o indirectamente.</p> <p>Pregunta 4: La inestabilidad al caminar provoca caídas frecuentes, por lo que los daños traumáticos pueden causar inmovilidad directa o indirectamente.</p>
2	<p>Meyer, Anna          Maria Becker,          Ingrid Siri,          Giacomo Brinkkött er,          Paul Thomas Benzing,          Thomas</p>	<p>Determinar el impacto de GS y GR comunes en el pronóstico de los pacientes evaluado mediante el Índice de Pronóstico Multidimensional (IPM) basado en la evaluación</p>	<p>Ciento treinta y cinco pacientes hospitalizados de 70 años o más</p>	<p>Índice de Pronóstico Multidimensional (IPM) basado en la evaluación geriátrica integral</p>	<p>El cálculo del IPM se basó en evaluaciones incluída la Escala de calificación acumulativa de enfermedades (CIRS), Escala de Exton Smith (ESS)</p>	<p>Se demostró que una menor cantidad de GS y una mayor cantidad de GR se correlacionan de manera altamente significativa con un IPM más bajo, así como con los</p>	<p>Pregunta 1:          135 pacientes en Alemania se sometieron a una evaluación de síndromes geriátricos en donde el 32,19</p>

	<p>Pilotto, Alberto Polidori, M. Cristina, 2019.</p>	<p>geriátrica integral (CGA).</p>		<p>(CGA).</p>	<p>para la evaluación de la presión riesgo</p>	<p>años de educación, el grado de atención y la cantidad de medicamentos independientemente de la edad, el sexo y la cantidad de GS o GRAMO. El bajo peso y la obesidad según el IMC se correlacionaron significativamente con un mayor número de GS. Los pacientes con más RG tenían una probabilidad significativamente mayor de ser dados de alta</p>	<p>sufrió síndrome de inmovilidad. Pregunta 2: La mezcla de multi morbilidad, enfermedades agudas y cambios en las edades conduce a los síndromes geriátricos (SGC).</p>
--	--	-----------------------------------	--	---------------	--	--	--

3	Siran	Identificar	La población del	Encuestas y	Se agruparon	El veintinueve por	Pregunta 1:
---	-------	-------------	------------------	-------------	--------------	--------------------	-------------

	<p>Koroukia n, SM, Schiltz, N., Warner, Sun, Jiayang. 2016.</p>	<p>combinaciones de afecciones crónicas, limitaciones funcionales y síndromes geriátricos que predicen resultados de salud deficientes.</p>	<p>estudio incluyó a 16.640 encuestados.</p>	<p>análisis de bases de datos.</p>	<p>acorde a los siguientes criterios: en la categoría <math>\geq 85</math> para proteger la privacidad. La raza/ origen étnico incluyó cuatro categorías: blancos no hispanos, negros no hispanos, hispanos y otros. El estado civil se identificó como casado, divorciado, viudo o nunca casado. Los años de educación se agruparon en seis categorías: &lt;9, 9-11, 12, 13-15, 16 y</p>	<p>ciento y el 23% de los encuestados informaron de una salud regular/ mala y una peor salud autoevaluada a los 2 años, respectivamente, y el 5% murió en 2 años.</p>	<p>El veintinueve por ciento de los encuestados informó de salud regular / mala, el 23% informó una disminución funcional de 2 años y el 5% murió al final del período de seguimiento de 2 años.</p> <p>Pregunta 2:</p> <p>Los factores asociados con el síndrome geriátrico tienen que ver con edad/</p>
--	---	---	--	------------------------------------	---	---	---

				<p><math>\geq 17</math>. El ingreso ajustado por tamaño del hogar se expresó como la relación entre el ingreso del hogar y el nivel federal de pobreza, de la siguiente manera:</p> <p><math>&lt;100</math>, <math>100-199</math>, <math>200-299</math> y <math>\geq 300\%</math>.</p>	<p>mayor edad (39%); los de origen hispano (48%); personas con bajos ingresos o nivel educativo (53 y 57%, respectivamente); fumadores actuales (40%); los que tienen bajo peso (48%); y entre aquellos con encuestados sustitutos (54%).</p>
--	--	--	--	--	---

4	Cheung, Johnny T.K. Yu, Ruby Wu, Zimu Wong, Samuel Y.S. Woo, Jean, 2018.	Tiene como objetivo estimar la prevalencia superpuesta de síndromes geriátricos, multimorbilidad y discapacidad; y examinar las asociaciones de estas tres condiciones con el uso de la atención médica.	Estudio en adultos mayores de 60 años o	La prueba de chi-cuadrado de Pearson que incluye fragilidad, deterioro cognitivo e incontinencia urinaria.	La prueba de chi-cuadrado de Pearson para la tendencia se realizó para examinar la prevalencia de síndromes geriátricos, multimorbilidad y discapacidad en tres grupos de edad (60-69, 70-79 y $\geq 80$ ). Se realizó una regresión logística múltiple para explorar las asociaciones de estas tres condiciones con tres tipos de uso de la atención médica	Entre 2618 participantes, 75,3, 41,8 y 22,5% tenían síndromes geriátricos, multimorbilidad y discapacidad, respectivamente, y 10,4% tenían las tres condiciones. La prevalencia de las tres condiciones y su coexistencia aumentaron significativamente con la edad ( $p < 0,001$ ). Cada condición se asoció de forma independiente con al menos dos de	Pregunta 1: Entre 2618 participantes 22,5% tenían discapacidad de inmovilización, y el 10,4% tenían síndromes geriátricos, multimorbilidad e discapacidad. Pregunta 2: La fragilidad, la sarcopenia, el deterioro cognitivo y la incontinencia urinaria son
---	--	--	---	--	--	--	---

					<p>(ingreso hospitalario, atención ambulatoria general y asistencia a la clínica ambulatoria especializada) respectivamente.</p>	<p>cada tres tipos de uso de la atención médica. Curiosamente, las asociaciones de multimorbilidad y discapacidad con la asistencia a consultas externas de especialistas se debilitaron a mayor edad, mientras que las asociaciones de síndromes geriátricos con la admisión hospitalaria y la asistencia a consultas externas de especialistas se fortalecieron.</p>	<p>ampliamente reconocidos como ejemplos comunes de síndromes geriátricos, a su vez estos se relacionan estrechamente con los síndromes de inmovilización.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

5	Tkacheva, Olga N. Runikhina, Nadezda K. Ostapenko, Valentina S. Sharashkina,	El objetivo de este estudio es evaluar la prevalencia de SG entre los adultos mayores que viven en la comunidad de Moscú.	Un total de 1.220 pacientes de cuatro clínicas comunitarias	El cuestionario VNP y pruebas objetivas.	El cuestionario del estudio estaba compuesto por siete ítems dicotómicos para la evaluación de las siguientes características: pérdida de peso (“¿Perdiste 5 kg o más en los últimos 6 meses?”),	El número medio de SG por paciente fue de $2,9 \pm 1,5$ . Según la CGA, se identificó una disminución en el puntaje de la Actividad Instrumental de la Vida Diaria en el 34.8% de los	Pregunta 1: Aproximadamente el 47% de los participantes notó la presencia de alguna dificultad para caminar y otro 20% informó de una dificultad grave.  Pregunta 2:
---	---	---	---	--	--	---	---

	<p>Natalia V. Mkhitarian, Elen A. Onuchina, Julia S., 2018.</p>				<p>Problemas de visión o audición (“¿Tienes alguna restricción en la vida diaria? debido a una disminución de la visión o la audición?”), lesiones relacionadas con caídas (“¿Ha tenido caídas relacionadas con lesiones durante el último año?”), trastorno del estado de ánimo (“¿Se ha sentido deprimido, triste o ansioso durante las últimas</p>	<p>pacientes, un riesgo de desnutrición (puntaje de la Evaluación Mini- Nutricional, 17-23.5) en el 25.8%, deterioro cognitivo probable (Mini Examen del Estado Mental puntuación &lt;25) en el 8,6% y síntomas de depresión (puntuación de la escala de depresión geriátrica de 15 ítems &gt; 5) en el 36,2%.</p>	<p>La movilidad que se asocia con un alto riesgo a caídas. Estado nutricional/riesgo de desnutrición. Función cognitiva de los pacientes se clasificaron en una de tres categorías: 25-30 puntos indicaron un estado cognitivo normal, 21-24 puntos indicaron un deterioro</p>
--	---	--	--	--	---	--	--

					<p>semanas?"), deterioro cognitivo ("¿Tiene problemas de memoria, comprensión, orientación o capacidad para planificar?"), incontinencia urinaria ("¿Tiene incontinencia urinaria?") y dificultad para caminar ("¿Tiene alguna dificultad para caminar en casa? ¿o en la calle hasta una distancia de 100 metros, o</p>	<p>cognitivo leve y ≤20 puntos indicaron un deterioro cognitivo moderado</p> <p>Pregunta 4: Deterioro funcional y cognitivo, trastornos afectivos, problemas visuales y auditivos, autodescuido y abuso de ancianos, desnutrición, problemas de</p>
--	--	--	--	--	---	---

					subiendo un tramo de escaleras? ”).		alimentación y problemas de sueño e incluso mareos y síncope también se han incluido bajo el título de GS.
--	--	--	--	--	-------------------------------------	--	--

6	Moon, Shinje Roh, Yong Kyun Yoon, Jong Lull Jang, Ki Un Jung, Hun Jong Yoo, Hyung Joon Jang, Hak Chul, 2019.	Este estudio exploró la prevalencia y las características clínicas de los síndromes geriátricos entre los adultos mayores coreanos con diabetes mellitus (DM)	Entre 10,299 participantes de 65 años o más.	Se tomaron los datos de la Encuesta Nacional de Coreanos Mayores del año 2017	Se analizó los síndromes geriátricos clásicos de polifarmacia, incontinencia urinaria, caídas, deterioro cognitivo y deterioro funcional asociados Diabetes mellitus.	La prevalencia de polifarmacia fue del 64,1% en el grupo con DM y del 31,6% en el grupo sin DM (p <0,001). Se produjeron una o más caídas por año en el 18,7% de los participantes con DM en comparación con el 14,9% de los sin DM (p <0,001). La prevalencia de incontinencia urinaria fue	Pregunta 1: Se observaron limitaciones en las extremidades inferiores en 27. 2% de los participantes en el grupo DM en comparación con el 21,2% de los participantes en el grupo sin DM (p <0,001). El deterioro funcional, según lo evaluado por ADL y IADL, existió en el 32,2% de los participantes en el grupo con DM en comparación con
---	--	---	--	---	---	--	---

					<p>significativamente mayor en el grupo con DM (3,8%) que en el grupo sin DM (2,5%) (<math>p = 0,001</math>). La prevalencia de deterioro cognitivo fue del 17,7% en el grupo con DM frente al 14,9% en el grupo sin DM (<math>p = 0,001</math>). El deterioro funcional ocurrió en el 32,2% de los participantes en</p>	<p>el 26,8% de los participantes en el grupo sin DM (<math>p &lt; 0,001</math>).</p> <p>Pregunta 4: En los pacientes tratados con síndrome de inmovilización y además paciente con diabetes mellitus poseen complicaciones con respecto a la diabetes como: la angina de pecho, el infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular y la enfermedad renal</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>el grupo con DM en comparación con el 26,8% de los participantes en el grupo sin DM (p &lt;0,001).</p> <p>Finalmente, el número de síndromes geriátricos se asoció significativamente con enfermedad cardiovascular (ECV) y enfermedad renal crónica (ERC) en pacientes con DM.</p>	crónica.
--	--	--	--	--	--	--	----------

7.	Salisbury, D., Plocher, T. Yu, F., 2021	El propósito de este ensayo controlado aleatorio de 3 grupos paralelos, simple ciego, es probar la eficacia sinérgica de una intervención de exergame (ciclismo aeróbico de intensidad moderada simultánea y entrenamiento cognitivo) sobre la cognición y la aptitud aeróbica en adultos mayores con ECF que viven en la comunidad.	96 participantes	El ensayos controlados aleatorios (ECA)	Usaremos una proporción de asignación de 2: 1: 1 para aleatorizar 48 sujetos a exergame, 24 a ciclismo solamente y 24 a control de atención dentro de los estratos de edad (<75 y ≥ 75 años) y usando bloques permutados de 4 y 8 participantes.	El ejercicio aeróbico y el entrenamiento cognitivo representan dos intervenciones prometedoras para paliar el deterioro cognitivo subjetivo.	Pregunta 2: Enfermedad cardiovascular sintomática. La atenuación de la neurodegeneración de la enfermedad de Alzheimer EA
8	Liang, Yajun Rausch, Christian Laflamme,	Este estudio evalúa cómo la prevalencia de SG cambia con el tiempo en los habitantes de la	Adultos mayores de 65 a 84 años. El número de participantes (tasa	Aplicación de cuestionarios	Los datos sobre sociodemografía, estilos de vida y estado de salud se	De 2006 a 2014, la prevalencia de GS se mantuvo estable	Pregunta2: Hay varios factores asociados con el SG que incluyen edad

	Lucie Möller, Jette, 2018	comunidad sueca de edad avanzada por sociodemografía, e intenta destacar los factores que pueden contribuir a explicar la tendencia.	de respuesta, %) fue de 6713 (74,5%) en 2006, 7153 (74,1%) en 2010 y 4726 (60,1%) en 2014.		recopilaron a través de cuestionarios. GS se definió como tener al menos uno de los siguientes: insomnio, incontinencia urinaria, problemas graves de audición / visión, deterioro funcional, caída y trastorno depresivo.	(tendencia de P = 0,54). Sin embargo, entre los adultos mayores nacidos fuera de los países nórdicos, aumentó significativamente del 73,0% en 2006, el 78,0% en 2010 al 83,0% en 2014 (tendencia P <0,001). Además, la asociación con GS se hizo más fuerte para los nacidos fuera de	avanzada (generalmente > 65 años), estilos de vida poco saludables (p. Ej., Trastorno por consumo de alcohol), deterioro funcional (p. Ej., Movilidad o cognición deterioradas), antecedentes de caídas, enfermedades (p. Ej., Comorbilidad múltiple) y uso de medicamentos (p. ej., uso de medicamentos psicoactivos)
--	---------------------------	--	--	--	--	---	--

						<p>los países nórdicos (tendencia de <math>P &lt; 0,001</math>) y más débil para los estilos de vida sedentarios (tendencia de <math>P = 0,004</math>), mientras que la asociación no cambió para otros factores sociodemográficos, conductas de salud y enfermedades crónicas (todas las <math>P</math> tendencia <math>&gt; 0,05</math>).</p>	<p>Pregunta 4: Las enfermedades crónicas (como obesidad, hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], discapacidad auditiva, problemas de visión, deterioro funcional, insomnio e incontinencia urinaria)</p>
--	--	--	--	--	--	---	---

9	<p>Martinez - Peromingo, J. Castañeda, A. Muñana, A. Baeza, M. E. de Peralta, P. Fuentes, C. Barba, R., 2019.</p>	<p>Determinar si la atención de los pacientes con dependencia moderada que fueron hospitalizados en una unidad de prevención de deterioro funcional (UIFF) fue superior a la de una unidad convencional (UC) en términos de deterioro funcional y estancia media.</p>	<p>El estudio incluyó a 466 pacientes ancianos</p>	<p>Estudio de intervención controlado, retrospectivo.</p>	<p>Se aplicó en un solo centro que comparó el tratamiento agudo en una Unidad de prevención de deterioro funcional. UIPF y en salas convencionales.</p>	<p>Los pacientes hospitalizados en la UIPF mostraron un menor deterioro funcional determinado por la pérdida de continencia urinaria (2,1% de los pacientes con UIPF vs 9,7% de los pacientes con UC; p &lt;0,01) y la pérdida de la capacidad de caminar (2,1% frente a 25,3%; p&lt;0,01).</p>	<p>Pregunta 1: En cuanto a la pérdida de la capacidad de caminar, hubo diferencias entre los pacientes hospitalizados en la UIPF y los de la UC (6 [2,1%] vs 47 [25,3%] pacientes, respectivamente; p &lt;0,01 Pregunta 4: Los elementos clave de este cuidado incluye la identificación del riesgo de caídas, la optimización farmacológica, la</p>
---	---	---	--	---	---	---	--

							<p>evaluación del estado cognitivo y afectivo, la evaluación de la nutrición, la identificación de apoyo social y recursos comunitarios y la movilización y la prevención del delirio. Las intervenciones sobre la fragilidad centradas en la actividad física han demostrado ser eficaces para retrasar e incluso revertir el deterioro funcional y la</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

							discapacidad en pacientes ambulatorios.
--	--	--	--	--	--	--	---

10	Ocampo-Chaparro, José Mauricio	El objetivo de este estudio fue analizar el efecto del deterioro cognitivo sobre el deterioro funcional en	133 pacientes adulto mayores	Cuantitativo de muestreo	Las medidas a la admisión incluyeron datos demográficos, índice de	De 133 pacientes incluidos el 24,8% tenían IB $\leq 75$ al alta y el 19,6% tenían IB $\leq$	Pregunta 2: Entre los factores comunes asociados al DF durante la hospitalización se
	Mosquera-Jiménez, José Ignacio Davis, Annabell e S. Reyes-Ortiz, Carlos A, 2018.	pacientes hospitalizados $\geq 60$ años.			comorbilidad de Charlson y deterioro cognitivo (de acuerdo al nivel educativo). También se midieron estancia hospitalaria, depresión y delirium	75 al mes después. Comparado con los hombres, las mujeres tenían más del doble de riesgo para deterioro funcional al alta	incluyen la edad, la comorbilidad, un DF previo, la inmovilidad, las caídas en el último año, el deterioro cognitivo, el delirium, la depresión y la

					<p>desarrollado durante la hospitalización.</p>	<p>y al mes (<math>p &lt; 0,05</math>).</p> <p>Comparados con aquellos sin delirium y sin deterioro cognitivo, aquellos con delirium y deterioro cognitivo tuvieron un riesgo aumentado de deterioro funcional (<math>IB \leq 75</math>) al alta (OR 5,15; IC del 95%: 1,94-13,67) y al mes (OR 6,26; IC del</p>	<p>polifarmacia. Los estudios han demostrado que tanto el deterioro cognitivo como el delirium se han asociado de forma independiente con el DF durante la hospitalización.</p> <p>Además, disminución de la masa ósea, de la fuerza muscular, de la densidad mineral ósea, de la capacidad aeróbica, de la sensibilidad barorreceptora, del agua corporal, de la ventilación</p>
--	--	--	--	--	---	--	---

						<p>95%: 2,30-17,03). En forma similar, aquellos con morbilidad (<math>\geq 2</math>) tuvieron un riesgo aumentado de deterioro funcional al alta (OR 2,36 IC del 95% 1,14-4,87) y al mes (OR 2,71 IC del 95% 1,25-5,89).</p>	<p>pulmonar; presencia de inestabilidad vasomotora, y alteraciones neurosensoriales.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

11	Izquierdo , Mikel Martínez -Velilla, Nicolás Casas- Herrero, Alvaro Zambom - Ferraresi, Fabricio Sáez De Asteasu, Mikel L. Lucia, Alejandro	Evaluar los efectos de una innovadora intervención de ejercicio multicomponente sobre el estado funcional de esta población de pacientes.	De los 370 pacientes incluidos en los análisis, 209 eran mujeres (56,5%).	El estudio fue un ensayo clínico aleatorizado (ECA) realizado de acuerdo con SPIRIT 2013 y la declaración CONSORT para informes transparentes.	La muestra que se encontraba hospitalizada fue asignada aleatoriamente a una intervención de ejercicio o control (atención habitual).	La estancia hospitalaria media fue de 8 días en ambos grupos (rango intercuartílico, 4 y 4 días, respectivamente ). La mediana de duración de la intervención fue de 5 días (rango intercuartílico, 0); hubo una media (DE) de 5 (1) sesiones matutinas y 4 (1) vespertinas por paciente. No se	Pregunta 3: Los protocolos de ejercicio y rehabilitación temprana aplicados durante la hospitalización aguda pueden prevenir el deterioro funcional y cognitivo en pacientes mayores y están asociados con una duración de la estadía reducida y costos más bajos.  Pregunta 4: A los pacientes con deterioro cognitivo o multimorbilidad al
----	---	---	---	--	---	---	--

	Galbete, Arkaitz García- Baztán, 2019.					observaron efectos adversos con la intervención.	inicio del estudio son comúnmente excluidos de los ensayos de intervención de ejercicio, y los programas conservadores o tradicionales porque hay complicaciones por una incorrecta aplicación de ejercicios, sobre todo, a octogenarios y nonagenarios
--	--	--	--	--	--	---	---

12	Valenzuela, Pedro L. Morales, Javier S. Pareja-Galeano, Helios Izquierdo, Mikel Emanuel e, Enzo	Resistance training (RT) is a main strategy for improving physical function and preventing acute sarcopenia in elderly adults (Cadore et al., 2014c), as it can induce substantial gains in muscle mass and strength and provides a protective effect against several of the cellular	La presente revisión proporciona a los médicos y cuidadores información detallada y práctica sobre la viabilidad y eficacia de las estrategias físicas que están	Análisis descriptivo	Análisis a través de análisis bibliográfico.	En este contexto, los enfoques activos como los ejercicios de resistencia y las contracciones voluntarias máximas, que se pueden realizar tanto isométrica como dinámicamente, son factibles	Pregunta 3: Otras estrategias factibles para los pacientes que no quieren o no pueden realizar ejercicio voluntario comprenden estimulación eléctrica neuromuscular, vibración y restricción del flujo sanguíneo. Sin embargo, idealmente deberían aplicarse de
----	---	---	--	----------------------	--	--	--

	de la Villa, Pedro Lucía, Alejandro	and molecular changes associated with muscle wasting (Reeves et al., 2006).	disponibles actualmente para prevenir o atenuar el deterioro funcional que se produce de forma secundaria a las situaciones de desuso en los ancianos, especialmente en el ámbito hospitalario.			durante la mayoría de situaciones de inmovilización, incluso en ancianos hospitalizados, y representan herramientas poderosas para la prevención de la atrofia muscular.	forma sincrónica con el ejercicio voluntario para obtener beneficios sinérgicos.  Pregunta 4: En este sentido, la inactividad física, especialmente el reposo en cama, es un factor clave que contribuye al inicio de la disminución de la capacidad funcional en los ancianos. Diez días de reposo en cama resultan en una marcada reducción de la masa muscular y la fuerza, la velocidad al caminar y la
--	-------------------------------------	---	---	--	--	--	--

							capacidad funcional en las personas mayores todos estos cambios están relacionados con un mayor riesgo de eventos adversos relacionados con la salud y mortalidad Aunque se ha producido una pérdida de masa muscular, fuerza, potencia, capacidad aeróbica y capacidad funcional.
13	Lyons, Adam Romero-Ortuno, Roman Hartley, Peter 2019	Las trayectorias de movilidad de las personas mayores hospitalizadas son heterogéneas y es	926 adultos mayores	Estudio observacional retrospectivo de los primeros ingresos en	Los datos clínicos anonimizados recopilados de forma rutinaria se extrajeron de las	La trayectoria funcional general fue una mejoría, desde una	Pregunta 2: Factor estresante: muchas personas mayores experimentan una

		necesario comprender los grupos de pacientes con trayectorias similares.		geriátricos durante 3 meses a partir del 1 de mayo de 2016.	historias clínicas electrónicas de los pacientes: edad, sexo, puntuación de la escala de fragilidad clínica, presencia de delirio (sí / no), diagnóstico de demencia (sí / no), índice de comorbilidad de Charlson, caídas en el último año y la puntuación de alerta temprana modificada más alta registrada en el departamento de emergencias.	mediana de la Escala de Movilidad del Anciano de 11 al ingreso a 14 al alta. El análisis de conglomerados identificó cinco grupos de trayectorias de movilidad: bajo-bajo (n = 117), intermedio o intermedio (n = 95), intermedio-alto (n = 205), bajo-alto (n = 89) y alto-alto (n = 209).	pérdida de función. Asimismo, otro factor asociado es el síndrome geriátrico o caídas.  Pregunta 3: La atención hospitalaria es crucial para rehabilitar esa pérdida de función y minimizar el grado de pérdida funcional asociada a la enfermedad. Como resultado, las muestras de pacientes hospitalizados muestran una mejora promedio en las puntuaciones de
--	--	--	--	---	--	---	---

						<p>Una mayor fragilidad y la presencia de deterioro cognitivo se asociaron con la pertenencia al grupo bajo-bajo e intermedio-intermedio, y se asociaron negativamente con la pertenencia al grupo alto-alto.</p>	<p>movilidad funcional desde la admisión hasta el alta hospitalaria</p>
--	--	--	--	--	--	---	---

14	Calero- García, María José Ortega, Ana Raquel Navarro, Elena Calero, María Dolores 2017	Estudiar los cambios en el estado cognitivo y la dependencia de los pacientes mayores de 65 años durante la hospitalización por fractura ósea y cómo estos cambios se relacionan con el número total de días de ingreso y el reposo absoluto durante la hospitalización.	La muestra estuvo formada por 259 adultos mayores.	Aplicación de pruebas índice de Barthel, escala de Lawton- Brody, Phototest y cuestionario.	Se administraron las siguientes pruebas: índice de Barthel, escala de Lawton- Brody, Phototest y cuestionario para informantes sobre deterioro cognitivo en ancianos.	La principal variable que fomenta la dependencia funcional, el deterioro cognitivo y la pérdida funcional y disminuye la ganancia funcional (tanto en el hospital como en el domicilio) es el número de días de reposo en cama	Pregunta 2: El mayor impacto en los niveles de dependencia funcional y deterioro cognitivo proviene de los días de reposo en cama del paciente en el hospital, más que del total de días de hospitalización  Pregunta 4: El deterioro funcional durante la hospitalización repercute negativamente en los
----	---	--	--	---	---	--	---

						durante la hospitalización.	pacientes adultos mayores ' calidad de vida, que se ve agravada aún más por un deterioro de las capacidades cognitivas, ya que la hospitalización conlleva un deterioro de las relaciones sociales, fomenta el aislamiento y la depresión y aumenta la dependencia funcional.
--	--	--	--	--	--	-----------------------------	---

15	Mollinedo Cardalda, Irimia López, Adriana Cancela Carral, José María 2019	verificar los diferentes efectos de dos programas de ejercicio físico (entrenamiento de fuerza-TG y entrenamiento calisténico-MG) sobre el estado cognitivo, funcionalidad, estabilidad y salud general de adultos mayores	<b>Participaron</b> un total de 77 personas institucionalizadas	Se utilizaron las siguientes medidas: Test Minimental, Test de Pfeiffer, SF- 12, Test de Barthel, Five Times sit-to-stand y una plataforma de presión.	El TG realizó un programa de fuerza con therabands®; El MG realizó un programa de ejercicios de multicalistenia y el GC no realizó ningún ejercicio físico.	El programa TG generó alguna mejora en el estado cognitivo e independencia funcional, mientras que en el componente físico y mental de la S- 12 se generó una mejora significativa. El programa	Pregunta 2: El mayor impacto en los niveles de dependencia funcional y deterioro cognitivo proviene de los días de reposo en cama del paciente en el hospital, más que del total de días de hospitalización.  Pregunta 3:
		institucionalizados en edad frágil.				emprendido por MG mostró una tendencia a la	Los participantes asignados a TG realizaron un programa de ejercicio

						<p>estabilización de los parámetros mencionados, mientras que el GC mostró una tendencia al deterioro.</p>	<p>físico basado en la fuerza enfocado en miembros inferiores, mediante bandas elásticas de resistencia. Hubo un total de 24 sesiones, programadas como 2 sesiones no consecutivas a la semana durante 12 semanas, con una duración de 60min por sesión. Las sesiones consistieron en 10min de ejercicios de calentamiento trabajando la movilidad de las articulaciones de tobillo, rodilla y cadera; una parte</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							principal de 45min, que consistió en 10 ejercicios de fortalecimiento para los miembros inferiores (plantares y dorsales
							flexores, flexores y extensores de rodilla, flexores, extensores, abductores y rotadores de cadera) de los cuales 2 - 4 se utilizan por sesión; un enfriamiento de 5min, con estiramiento de los músculos antes mencionados.  Pregunta 4:

							Además de requerir ingreso hospitalario y / o tratamiento quirúrgico, las fracturas aumentan los factores de riesgo que contribuyen a la discapacidad y dependencia en los adultos mayores.
16	Jerez- Roig, Javier De Brito MacEdo Ferreira,	Verificar la probabilidad de mantener la capacidad funcional en actividades básicas de la vida diaria e identificar los factores pronósticos de deterioro	164 Adultos mayores	La capacidad funcional se evaluó mediante los ítems 'comer', 'higiene	Se presenta un estudio longitudinal, con 5 oleadas cada 6 meses, a lo largo de 2 años (2013-	La probabilidad acumulada de mantenimiento funcional fue 78,2% (IC 95%: 72,8-82,7%),	Pregunta 1: Un total de 77 personas institucionalizadas en edad frágil (70,1% mujeres, $84,8 \pm 7,9$ años).

	<p>Lidiane Maria De Araújo, José Rodolfo Torres Lima, Kenio Costa, 2017.</p>	<p>funcional en adultos mayores institucionalizados.</p>		<p>personal', 'vestirse', 'bañarse', 'trasladarse', 'ir al baño' y 'caminar', mediante una escala Likert de 5 ítems.</p>	<p>2015), realizado con individuos <math>\geq 60</math> años en 10 residencias de ancianos de la ciudad de Natal- RN (Brasil). La capacidad funcional se evaluó mediante los ítems 'comer', 'higiene personal', 'vestirse', 'bañarse', 'trasladarse', 'ir al baño' y 'caminar', mediante una escala Likert de 5 ítems. Se consideraron variables sociodemográficas, institucionales y de salud para establecer la línea de base.</p>	<p>65,1% (IC 95%: 58,9-70,5%), 53,5% (IC 95%: 47,2-59,5%) y 44,0% (IC 95%: 37,7-50,2%) a los 6, 12, 18 y 24 meses, respectivamente. Los factores predictores del deterioro funcional fueron: deterioro cognitivo</p>	<p>Pregunta 3: El programa TG generó alguna mejora en el estado cognitivo e independencia funcional, mientras que en el componente físico y mental de la S-12 se generó una mejora significativa. El programa emprendido por MG mostró una tendencia a la estabilización de los parámetros mencionados, mientras que el GC mostró una tendencia al deterioro.</p> <p>Pregunta 2:</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>severo (HR = 1,96; p = 0,001), descenso de la continencia (HR = 1,85; p = 0,002) e incidencia de hospitalizaciones (HR= 1,62; p = 0,020), ajustado por la incidencia de depresión, edad, nivel educativo, presencia de enfermedades crónicas y bajo peso.</p>	<p>Tres estudios longitudinales en diferentes países también han identificado la incontinencia fecal y / o urinaria como factores de riesgo significativos para el deterioro funcional en adultos mayores institucionalizados</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

17	Jachan, Deborah Elisabeth Müller-Werdan, Ursula Lahmann, Nils Axel 2019	El propósito de este estudio fue evaluar las asociaciones entre el uso de ayudas para caminar, el estado de movilidad y la aparición de incontinencia urinaria (IU) en pacientes geriátricos.	2044 pacientes de hogares de ancianos	Aplicación de Escala de movilidad de ancianos (EMS), la IU y la CdV medida utilizando el Formulario corto del cuestionario de la Consulta internacional de incontinencia (ICIQ-SF).	Los datos fueron recolectados por enfermeras capacitadas utilizando un formulario de recolección de datos estandarizado para recopilar información sobre características demográficas, condiciones de salud, estado de movilidad medido de acuerdo con la Escala de movilidad de ancianos (EMS), IU y CdV medido mediante el	La prevalencia de IU fue del 69,7% (n = 1804). El análisis de varianza mostró que, en 1659 residentes de hogares de ancianos con información sobre la IU, 572 informaron una cantidad media de fuga con un impacto	Pregunta 2: La asociación significativa entre la movilidad reducida y la IU en los residentes de hogares de ancianos. La incontinencia urinaria crónica y grave ejerció el mayor impacto en la calidad de vida relacionada con la salud.  Pregunta 4: Los factores de riesgo más comunes de síndromes geriátricos como
----	--	---	---------------------------------------	---	--	--	--

					<p>Cuestionario de Consulta Internacional de Incontinencia Breve Formulario (ICIQ-SF).</p>	<p>medio en la CdV relacionada con la salud de 2.2 (DE 2.2, P &lt;.001) en una escala de 0 (sin impacto) a 10 (impacto muy alto).</p>	<p>lesiones por presión, caídas e IU. La evidencia también respalda una relación entre la IU y la inmovilidad. Estas observaciones indican la necesidad de realizar más investigaciones que aborden el tema de la incontinencia en los ancianos frágiles.</p> <p>Otro factor de riesgo sería la presencia de dermatitis asociada a incontinencia o lesiones por presión.</p>
--	--	--	--	--	--	---	--

18	Asp, M. Simonsson, B. Larm, P. Molarius, A. 2017	Examinar cómo la actividad física y la movilidad física se relacionan con la obesidad en las personas mayores.	2558 hombres y mujeres de 65 años o más	Aplicación de cuestionario	El cuestionario incluía preguntas sobre altura, peso, movilidad física, actividad física e ingesta de frutas y verduras.	La prevalencia general de obesidad fue del 19% en mujeres y del 15% en hombres y disminuyó después de los 75 años. Se encontró una fuerte asociación entre la actividad física y la obesidad, y la movilidad física y la obesidad. Las	Pregunta 2: Otra característica que se asocia con el peso y que aumenta a medida que las personas envejecen es la movilidad física alterada. La movilidad física deteriorada generalmente incluye discapacidades de las actividades de la vida diaria, como caminar distancias cortas, subir escaleras y ducharse. Pregunta 4: Los estudios longitudinales
----	--	--	---	----------------------------	--	--	---

						probabilidades de obesidad fueron mayores para la movilidad física alterada.	muestran que la obesidad predice la movilidad física deteriorada como producto de dos procesos simultáneos en los que envejecer se asocia con una disminución de la masa muscular, pero también un aumento de la masa grasa.
19	Surkan, Megan J. Gibson, William, 2018.	En este artículo revisamos la evidencia del daño de la inmovilización innecesaria y discutimos las innovaciones que se han desarrollado para alentar un cambio cultural desde la	Revisión de literatura acerca del daño de la inmovilización innecesaria.	Análisis de literatura.	Estrategias de movilización e impulsar esta cultura en la hospitalización.	En este artículo revisamos la evidencia del daño de la inmovilización innecesaria y discutimos las	Pregunta 2: La discapacidad asociada al hospital conduce a la incapacidad para deambular, a la hospitalización prolongada, a

		parálisis del pijama hacia la movilización temprana de las personas mayores en el hospital.				innovaciones que se han desarrollado para alentar un cambio cultural desde la parálisis del pijama hacia la movilización temprana de las	mayores gastos de atención médica y a una mayor necesidad de institucionalización después del alta Pregunta 3:
						personas mayores en el hospital.	1. Evaluación inicial de la capacidad funcional re independiente AVD y AVD por terapia ocupacional y revisadas por el equipo de atención. 2. Revisión de la

							<p>medicación: revisión frecuente de la justificación de la medicación y si ha ocurrido algún efecto adverso no reconocido, en particular delirio.</p> <p>Considere el método de evaluación de la confusión una vez al día que califica con signos vitales.</p> <p>3. La movilización ocurre temprano, en el fi primeras 24 horas, y consistentemente durante toda la estadía en el hospital.</p> <p>Considere</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							<p>unaconsulta geriátrica para una evaluación geriátrica integral.</p> <p>El uso de dispositivos médicos de sujeción, como líneas intravasculares, cables de telemetría, tubos de oxígeno y catéteres urinarios, se evita en la medida de lo posible y se retiran rápidamente.</p> <p>Considere si los medicamentos orales pueden reemplazar a los intravenosos y la unidad de telemetría</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

							<p>portátil puede reemplazar los cables del monitor cardíaco.</p> <p>Educación: se educa a los pacientes y sus familias sobre los daños de la</p> <ol style="list-style-type: none"><li>0. hospitalización, el</li><li>1. riesgo de perder la independencia y la importancia de la participación en el progreso de la movilidad.</li><li>2. Movilización TID: objetivo de movilizar al paciente 3 veces al día: esto</li><li>3. podría hacerse prácticamente una</li></ol>
--	--	--	--	--	--	--	--

							<p>vez con fisioterapia, una vez con</p> <p>4. enfermería y una vez con el paciente 's familia.</p> <p>5. Nutrición adecuada: comidas supervisadas, proporcionar asistencia si es necesario. Los recuentos de calorías y las consultas dietéticas están indicadas con frecuencia en</p> <p>6. adultos mayores vulnerables.</p> <p>7.</p> <p>8. Pregunta 4:</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							<p>Uno de los principales impulsores del daño iatrogénico en los adultos mayores es la inmovilidad inducida por el hospital, la llamada "parálisis del pijama". Las personas mayores hospitalizadas a menudo están confinadas a la cama incluso después de que su enfermedad aguda haya mejorado; no solo por factores físicos como sondas urinarias</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							<p>potencialment e innecesarias y equipo de monitoreo, sino también por la cultura que se encuentra a menudo en el hospital de mantener a los pacientes en cama la mayor parte del día.</p> <p>Pregunta 5:</p> <p>Se promueve un cambio cultural para el tratamiento del síndrome de inmovilización en el cual intervienen el personal de enfermería que debe concentrar la asistencia la</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

							<p>movilización del paciente 3 veces al día y la asistencia en:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Asistencia a la movilización</li><li>• Asistencia y apoyo frecuentes y progresivos</li><li>• Visualización de las comidas</li><li>• Actividades cognitivas,</li><li>• Estímulo para seguir realizando las AVD de forma independiente</li><li>• Velar por el uso de ayudas auditivas y visuales.</li></ul>
--	--	--	--	--	--	--	---

20	García, S. Alòs, J. Guallar, J. Viu, M. Serra-Prat, M., 2021.	El objetivo del estudio fue determinar la incidencia de FPU durante la hospitalización, describir las principales características de la FPU y evaluar los principales factores de riesgo de FPU en ancianos hospitalizados.	Se reclutaron 299 pacientes adultos mayores.	Estudio prospectivo observacional	Se realizó un estudio prospectivo observacional en el que se realizó un seguimiento de pacientes de 65 años o más ingresados en los departamentos de Cirugía Vascular, Ortopedia o Geriatria desde el ingreso hasta el alta.	La prevalencia de UPF fue del 30,1% al ingreso y del 73,9% al alta. La incidencia de FPU durante la hospitalización fue de 9,5 nuevos FPU / 100 personas-día. El 97,0% de las nuevas UPF fueron de grado 1 (eritema) y las localizaciones más	Pregunta 2: Aparte de la inmovilidad, los principales factores de riesgo de FPU son la edad, el origen de la residencia geriátrica y la imposibilidad de vivir al aire libre Pregunta 4: UPF (úlceras por presión del pie) tiene una alta incidencia entre los ancianos hospitalizados; la mayoría son de grado 1 y se ubican en el talón. Se debe prestar más atención a la prevención de las
----	---	---	--	-----------------------------------	--	---	---

						frecuentes fueron en el talón (57,6%), la parte lateral externa del pie (13,1%) y el <i>hallux</i> del puño (11,8%).	úlceras por presión en sujetos frágiles hospitalizados.
21	Menéndez Colino, R. Mauleón Ladrero, M. C. Condorhuaman Alvarado, P. González Montalvo, J. I., 2017.	En esta actualización se presentan los principales síndromes geriátricos, concretamente el deterioro cognitivo, las caídas, la inmovilidad, la incontinencia y la fragilidad.	Revisión de literatura de los grandes síndromes geriátricos.	Análisis de literatura de síndromes geriátricos.	Se describen los siguientes síndromes geriátricos. Se define brevemente el concepto de cada uno y los criterios e instrumentos para su diagnóstico.	Los síndromes geriátricos comparten entre sí una serie de características comunes como son su elevada frecuencia, su carácter sindrómico	Pregunta 1: La prevalencia de inmovilidad y discapacidad se incrementa con la edad, mientras que alrededor de un 18% de las personas mayores de 65 años tienen problemas para moverse sin ningún tipo de ayuda,

						(cada uno de ellos constituye una forma de presentación de diferentes procesos causales).	esta cifra se eleva hasta el 50% en personas de más de 75 años.
22	Pereral, Sol Manuel, José Tejeda, Contreras 2019	Implementar un protocolo de prevención, diagnóstico y tratamiento del síndrome de inmovilización.	141 pacientes geriátricos	Estudio cuasi experimental	Durante un año se realizó un estudio cuasi experimental longitudinal prospectivo en el Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico “Manuel Ascunce	Las enfermedades cerebrovasculares, los padecimientos pulmonares y el cáncer fueron los factores de riesgo biológico de inmovilización	Pregunta 2: Las enfermedades cerebrovasculares, los padecimientos pulmonares y el cáncer fueron los factores de riesgo biológico de inmovilización que ocuparon los tres

					Domenech” de Camagüey. En ese lapso se elaboró e implementó el protocolo de prevención, diagnóstico y tratamiento del síndrome de inmovilización y sus complicaciones en el servicio de medicina interna de la mencionada institución médica.	que ocuparon los tres primeros lugares en ese mismo orden de frecuencia en nuestro estudio	primeros lugares en ese mismo orden de frecuencia en nuestro estudio. Dentro de los factores de riesgo psicológicos el más repetido fue la confusión aguda, seguida por la depresión y la demencia  Pregunta 3: La implementación del protocolo de diagnóstico y atención del síndrome de
--	--	--	--	--	---	--	--

						<p>inmovilización, la bronconeumonía, las úlceras por presión y la constipación al ser las complicaciones más recurrentes que se presentaron en los pacientes estudiados, respectivamente.</p> <p>Pregunta 4:</p> <p>Las complicaciones más recurrentes fueron la bronconeumonía, las úlceras por presión y el estreñimiento, seguidas por la incontinencia y la tromboflebitis de miembros inferiores.</p>
--	--	--	--	--	--	---

23	Torres de Araújo, José Rodolfo Tomaz- de Lima, Rafael Rodolfo Ferreira-Bendasso Ili, Ila Maria Costa-de Lima, Kenio, 2018.	Revisar sistemáticamente la prevalencia e incidencia de limitaciones de movilidad en personas mayores y sus factores asociados.	Se encontraron un total de 2189 artículos	Análisis de literatura acerca de las limitaciones de movilidad en personas mayores y sus factores asociados.	Se realizaron búsquedas de artículos en la literatura electrónica a través de PubMed, Scopus, Lilacs, SciELO, PAHO, MedCarib, Repidisca, Wholis, IBCES, PEDro, Medline y Bireme (2012-2016).	La prevalencia de limitaciones de movilidad osciló entre el 58,1 y el 93,2% y la incidencia entre el 23 y el 53,7%. Los estudios proporcionan evidencia de la asociación de las limitaciones de movilidad en la	Pregunta 2: Los factores sociales, nutricionales y funcionales pueden estar involucrados con limitaciones de movilidad. Generalmente se asocian con el descondicionamiento físico y pueden tener un impacto en el funcionamiento de los sistemas fisiológicos. La reducción de las reservas fisiológicas en los adultos mayores a lo largo de
----	--	---	---	--	--	---	--

						<p>población anciana con un IMC alto, 25-hidroxi vitamina D bajo, sarcopenia, fragilidad, dolor crónico, dependencia funcional, edad avanzada en las mujeres, baja flexión de cadera, estilo de vida sedentario y apoyo social dificultades</p>	<p>los años facilita las limitaciones funcionales. Pregunta 4: Las limitaciones de movilidad pueden ocurrir de varias maneras, como dificultades para moverse, subir o bajar escaleras. Con el tiempo, pueden surgir restricciones importantes que impliquen el uso de sillas de ruedas (usarlas con inseguridad) o dispositivos de asistencia a la locomoción.</p>
--	--	--	--	--	--	---	---

24	D'hyver De Las Deses, Carlos, 2017	Se presentan algunos test de los más utilizados, que ayudan a lograr la valoración de la persona adulta mayor.	Revisión de literatura acerca de test de valoración geriátrica integral.	Análisis de literatura acerca de test de valoración geriátrica integral.	Se presentan algunos test de los más utilizados, que ayudan a lograr la valoración de la persona adulta mayor	En muchos servicios de oncología se ha iniciado en los adultos mayores el empleo rutinario de la VGI, ya que les ha permitido otorgar un manejo integral y, en algunos de los estudios, hasta	Pregunta 3: En Italia se ha visto que la VGI en los pacientes que van a requerir una cirugía les permite identificar a aquellos sujetos con alto riesgo de eventos adversos perioperatorios y poner en marcha medidas preventivas, como es el caso del delirium postquirúrgico.
----	--	--	--	--	---	---	--

						<p>reducir el grado de toxicidad de los medicamentos empleados, así como la falla de dichos manejos farmacológicos, en especial cuando se prueban nuevos medicamentos</p>	<p>Pregunta 4: En especial en la persona adulta mayor, las enfermedades tienen presentaciones atípicas (infecciones sin elevación de la temperatura, infartos de miocardio sin dolor, etc.), y adicionalmente, para favorecer su manejo integral se han integrado síndromes geriátricos como inmovilidad, caídas, deterioro cognitivo, malnutrición, sarcopenia, etc., esto hace necesario</p>
--	--	--	--	--	--	---	--

							familiarizarse con ellos, conocerlos, identificarlos e iniciar un manejo multidisciplinario
25	Ulloa Chávez, Odalys	Caracterizar el comportamiento del síndrome de inmovilidad en los adultos mayores	145 pacientes con síndrome de inmovilidad,	Aplicación de entrevista	Se obtuvieron los datos de la historia clínica y se utilizó la entrevista para	El síndrome predominó en pacientes femeninos en	Pregunta 1: La prevalencia e incidencia de los problemas de movilidad
	Martínez Muñoz, Lidiana Hernández Ferreras, Kiria Fernández Correa, Linet 2019	del Grupo Básico de Trabajo n.o 1 del policlínico Bernardo Posse de San Miguel del Padrón.	de una población de 160 ancianos desde enero de 2015 a diciembre del 2017.		completar los aspectos que median las variables: causas relacionadas con la inmovilidad y las complicaciones. Se recogió la información en	edades altas de la vida. El tipo de inmovilidad más frecuente fue la larvada y las causas más frecuentes fueron las	en los ancianos aumentan con la edad. Por otro lado, la primera varía en dependencia de las circunstancias. Se estima que entre el 15 y 18 % de los mayores de 65 años tienen problemas

				<p>una planilla de vaciamiento de datos los cuales fueron procesados por el paquete estadístico SPSS versión 11.0 en ambiente Windows.</p> <p>El procesamiento estadístico se realizó mediante el paquete SPSS (Statistical Package for Social Sciences), se realizó un análisis estadístico, sustentado en el empleo de tablas de</p>	<p>enfermedades osteomioarticulares, las infecciones, el cáncer y el síndrome del cuidador. Las complicaciones que predominaron fueron a nivel de los sistemas digestivo, respiratorio, cardiovascular y la piel.</p>	<p>para movilizarse por sí mismos; el 53 % de los ancianos de más de 75 años presenta dificultades para salir de casa, y el 20 % está prácticamente confinado en su domicilio. De un 7 a un 22 % de los ancianos hospitalizados sufren restricciones físicas; el 50 % ancianos hospitalizados forma aguda fallecen a los 6 meses.</p> <p>Pregunta 2: Los hábitos tóxicos como el tabaquismo son</p>
--	--	--	--	--	---	---

					distribución de frecuencia		<p>responsables de múltiples enfermedades que constituyen factores de riesgo para la inmovilidad.</p> <p>Dentro de las causas más frecuentes de inmovilidad aguda prevalecen en la presente investigación el llamado síndrome del cuidador.</p> <p>Pregunta 4:</p> <p>La inmovilidad es una entidad sindromática que deteriora de manera significativa la</p>
--	--	--	--	--	----------------------------	--	---

							calidad de vida de los adultos mayores ya que el anciano inmovilizado es un paciente de alto riesgo para la aparición de complicaciones de sistemas digestivo, respiratorio, cardiovascular y la piel.
26	Jordán Agud,	Los objetivos de este estudio son evaluar el estado funcional de los	260 pacientes mayores de 70 años que	Se les realizó una valoración	Estudio descriptivo prospectivo en el que se incluyeron	La población analizada tenía una buena	Pregunta 1: El estado funcional de los ancianos se valoró

	<p>Ana Isabel Estrada Reventos, Dolors, 2018.</p>	<p>pacientes visitados en una consulta de geriatría hospitalaria de un hospital terciario, conocer la prevalencia de los síndromes geriátricos mayores y valorar la percepción de su calidad</p>	<p>acudieron a una consulta de geriatría</p>	<p>geriátrica integral que incluye una evaluación funcional, cognitiva y de percepción de la calidad de vida.</p>	<p>260 pacientes mayores de 70 años que acudieron a una consulta de geriatría</p>	<p>capacidad funcional. Los síndromes geriátricos eran muy prevalentes, especialmente en el subgrupo de mayores de 81 años, siendo la polifarmacia la más destacada. Los pacientes con más síndromes geriátricos tenían una</p>	<p>mediante el índice de Barthel (<math>83,4 \pm 22,3</math>) y la escala de Lawton (<math>3,75 \pm 2,8</math>). Un 39% (n = 101) representaba a los pacientes independientes para las ABVD, un 49% (n = 127) eran dependientes leves, un 6% (n = 6) dependientes moderados, un 4% (n = 11) dependientes graves y solo un 2% (n = 5) fueron valorados como dependientes totales.</p>
--	---	--	--	---	---	---	--

						<p>peor percepción de la calidad de vida</p>	<p>Si valoramos tanto el índice de Barthel como la escala de Lawton y las franjas de edad, observamos que los pacientes comprendidos entre 70 y 80 años fueron mayoritariamente independientes, y que la dependencia aumentó progresivamente con la edad.</p>
							<p>Pregunta 5:</p> <p>El papel de enfermería se ha demostrado fundamental en la atención integral de</p>

							<p>estos pacientes, enseñando técnicas y habilidades para el autocuidado. Es decir, se busca que comprendan mejor el proceso del envejecimiento y de las enfermedades crónicas asociadas a la edad.</p> <p>Para ello, es importante empoderar al paciente, fortaleciendo sus capacidades para afrontar su situación, retrasar la dependencia y aumentar su calidad</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							<p>de vida.</p> <p>Por otro lado, se debe hacer hincapié en revisar con frecuencia los medicamentos que toman los ancianos y</p>
							<p>realizar el diseño de un plan terapéutico individualizado, donde el plan farmacológico tuviera un rol relevante, Puesto que, a menudo los pacientes de edad tienen problemas en el manejo de los medicamentos, tanto por exceso como por defecto. Se calcula</p>

							que el 40% de las personas mayores de 65 años toman más de 5 fármacos diferentes.
27	Cano-Gutiérrez, Carlos Borda, Miguel Germán Reyes-Ortiz, Carlos Arciniegas,	Caracterizar y determinar los factores asociados con el deterioro funcional del anciano en Bogotá.	Se entrevistaron 2.000 personas de 60 o más años, con una edad promedio de 71,2 ± 8 años	Aplicación de escalas de Barthel y Lawton.	Se utilizaron los datos del Estudio SABE-Bogotá. El estado funcional de los participantes se evaluó mediante las escalas de Barthel y Lawton. Se usaron como variables independientes los factores	Una mayor funcionalidad en actividades instrumentales se asoció con una menor edad (valor beta estandarizado: - 0,15; (15,16), y conlleva el deterioro de la calidad de vida	Pregunta 2: La declinación funcional produce un amplio espectro de efectos negativos, como dificultad para la movilidad, aislamiento social, deterioro de la calidad de vida, discapacidad e internación en instituciones

	<p>Antonio J. Samper-Ternent, Rafael 2017</p>				<p>sociodemográfico s, las enfermedades concomitantes, las medidas antropométricas y los terciles de actividad física, y se obtuvieron análisis bivariados y multivariados con regresiones lineales.</p>	<p>(17,18). Por ello, se recomienda la evaluación rutinaria del estado funcional en las personas mayores de 60 años para, así, determinar su estado y los factores de riesgo cuya evitación puede permitir mejores resultados y prevenir el</p>	<p>especializadas, lo cual convierte la medición de la funcionalidad en un marcador importante del bienestar.</p> <p>Pregunta 4: El deterioro de la funcionalidad incrementa los costos de atención en salud, incluida la necesidad de tener un cuidador permanente o de internarse en instituciones especializadas y conlleva el deterioro de la calidad de vida.</p>
--	---	--	--	--	--	---	--

						deterioro funcional y sus complicaciones	Por ello, se recomienda la evaluación rutinaria del estado funcional en las personas mayores de 60 años para, así, determinar su estado y los factores de riesgo cuya evitación puede permitir mejores resultados y prevenir el deterioro funcional y sus complicaciones.
28	Ibarra Cornejo, José Luis Fernández Lara, María José Aguas Alveal, Elena	Describir los principales efectos del reposo en cama sobre los principales sistemas que pudiesen generar un decline	Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Scielo y Pedro	Análisis de la literatura acerca del reposo en cama del adulto mayor hospitalizado.	Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Scielo y Pedro.	El reposo en cama puede ser minimizado tanto como sea posible y	Pregunta 2 La inmovilidad, el reposo prolongado en cama y la disminución de la

	<p>Viviana Pozo Castro, Alex Felipe Antillanca Hernández, Bárbara Quidequeo Reffers, Diego Galvarin o 2018</p>	<p>funcional en el adulto mayor hospitalizado.</p>				<p>puede ser prescrita una recuperación ambulatoria y actividad física para limitar los efectos de desacondicionamiento del reposo en cama. desacondicionamiento físico, además de un agravamiento de la enfermedad que lo llevó a la residencias</p>	<p>actividad física representan un factor predisponente al desarrollo o al agravamiento de ciertas condiciones patológicas relacionadas en mayor medida con los sistemas cardiovascular, respiratorio y musculoesquelético.</p> <p>Pregunta 4: A pesar de que durante muchos años fue aceptado el reposo prolongado en cama en pacientes hospitalizados, y eso</p>
--	--	--	--	--	--	---	--

						hospitalarias conllevando a un aumento de los días de hospitalización	se debe a que el personal de salud busca a toda costa evitar los efectos adversos asociados a la atención en salud; sin embargo, la evidencia científica logró demostrar lo contrario.
29	Castellanos-Perilla, Nicolás Borda, Miguel Germán Fernández-Quilez, Álvaro Aarstrand, Vera Soennesy n, Hogne Cano-Gutiérrez	Explorar la relación de los factores sociodemográficos, médicos y psicológicos con la incidencia del deterioro funcional en los adultos mayores mexicanos	Se analizaron los datos de las cohortes de 2012 y 2015 de la encuesta del Estudio Mexicano de Salud y Envejecimiento.	Análisis de los datos de las cohortes de 2012 y 2015 de la encuesta del Estudio Mexicano de Salud y Envejecimiento.	Se evaluó de forma individual el deterioro funcional en las actividades básicas de la vida diaria (AVD) y en las instrumentales (AIVD).	Se encontró que el dolor, las comorbilidades, el nivel educativo, el estatus socioeconómico y la depresión se	Pregunta 2: Factores sociodemográficos (edad, ser mujer, menos años de escolaridad) (4,16). Otros factores relacionados con el deterioro del estado funcional incluyen el nivel

	, Carlos Alberto, 2020.					<p>asociaban independiente mente con el deterioro de las AVD. El deterioro de las AIVD se asoció con la edad, la educación deficiente, las comorbilidades, la depresión y el deterioro cognitivo.</p>	<p>socioeconómico, que se encontró que era más alto entre aquellos con una condición socioeconómica más baja en una cohorte chilena (17). La mayor incidencia y prevalencia de la obesidad se correlaciona con la enfermedad cardiovascular y afecta el estado funcional en la región.</p>
							<p>Pregunta 3: La prevención devendría a través de</p>

							la movilidad temprana y las intervenciones de rehabilitación física durante la hospitalización de pacientes agudos, que pueden mejorar los resultados funcionales de una manera segura y rentable. Es por eso que esta revisión se centra en los efectos del reposo en cama sobre los principales sistemas que pudiesen generar un decline funcional.
--	--	--	--	--	--	--	---

30	Hullick, C.J., Email Author, Hall, A.E, Conway, J.F, Hewitt, J.M,	Las personas mayores que viven en instalaciones residenciales para el cuidado de personas mayores (RACF) experimentan un deterioro agudo que requiere evaluación y toma de	Nueve SU de hospitales y 81 RACF participaron en la evaluación.	Intervención con el programa de atención de emergencias para ancianos.	El programa ACE es una intervención integrada dirigida por enfermeras respaldada por una comunidad de práctica diseñada para mejorar la capacidad de los RACF para tratar a	Para obtener el cálculo de indicadores a nivel parroquial se requiere de la ampliación de los tamaños de la muestra de la población adulto mayor de la	Pregunta 3: Hullick et al. proponen el diseño de cuña escalonada que permite una intervención a gran escala. Por tanto, como medida preventiva se fortalece un análisis a distancia para reducir las visitas al servicio de
	Darcy, L.F, Barker, R.T., Oldmeadow, C., Attia, J.R., 2021.	decisiones. Evaluamos el impacto de un programa regional de atención de emergencias para ancianos (ACE) a gran escala en la reducción			los residentes con malestar agudo.	ciudad de Quito. Se propone realizar un estudio de esta magnitud conjuntamente	urgencias y la hospitalización de personas mayores con necesidades de atención médica complejas.

		de las admisiones hospitalarias y las transferencias al departamento de emergencias (DE).				e o alianza con alguna entidad gubernamental, ya que el adulto mayor necesita “salud, nutrición, casas de reposo, atención a la discapacidad, tiempo libre, vacaciones, educación y cualquier otro servicio	Pregunta 5: El programa de atención de emergencia para ancianos (ACE) es una intervención integrada dirigida por enfermeras, respaldada por una comunidad de práctica diseñada para mejorar la capacidad de las personas mayores en instalaciones residenciales (RACF) para el manejo de residentes con malestar agudo. Por tanto, los cuidados de
--	--	---	--	--	--	---	---

							<p>enfermería contemplan el:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Soporte telefónico con el cual se brinda el primer acercamiento de</li></ul>
							<p>atención para definir la pertinencia de transferencia al servicio de urgencias.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Al ser un programa definido por enfermeras, deberán hacerse cargo de los cuidados propios a su rol en casos del servicio de urgencias.</li><li>• Así también,</li></ul>

							el programa contempla la promoción de salud mediante un programa educativo dirigido al paciente y su familia para conservar la salud del paciente.
31	Ramírez-Martín, R. Email Author, Menéndez Colino, R., Déniz González, V.a, Gazo Martínez, J.A.,	Determinar la eficacia del programa de «Geriatría transversal» en pacientes mayores de 80 años ingresados en la Unidad de Patología Colorrectal de un Servicio de Cirugía General.	Se incluyeron un total de 175 pacientes, de los cuales 53 fueron tratados por Cirugía General y 122 con el manejo de geriatría. La edad media fue de 84,9 años (DE 4,8).	Estudio experimental	Se realizó un estudio «antes-después». El período inicial (tratamiento habitual para Cirugía General) incluyó a pacientes ingresados desde 1 de enero al	Se incluyeron un total de 175 pacientes, de los cuales 53 fueron tratados por Cirugía General y 122 con el manejo de geriatría. La	Pregunta 3: El apoyo de la Geriatría Cruzada en pacientes mayores de 80 años ingresados en Cirugía General es un modelo de atención eficiente. Estos datos avalan su implantación en hospitales donde aún

	<p>Marijuán Martín, J.L., González- Montalvo , J.I., 2021.</p>				<p>31 2018 agosto, y el período posterior (con apoyo de geriatría) a partir de 1 de enero al 31 Diciembre de 2019. Se estudiaron dos tipos de pacientes: Tipo 1, que ingresaron en Urgencias, y Tipo 2, ingresos programados para intervención por cáncer colorrectal</p>	<p>edad media fue de 84,9 años (DE 4,8). En el período con el programa de Geriatría de especialidades cruzadas, la estancia media se redujo en 10,6 días (39%) y 8,5 días (44%) en los tipos 1 y 2, respectivamente (p &lt;0,01). Esto provocó una disminución</p>	<p>no se ha desarrollado esta línea asistencial.</p> <p>Pregunta 4: Se estudiaron dos tipos de pacientes: Tipo 1, que ingresaron en Urgencias, y Tipo 2, ingresos programados para intervención por cáncer colorrectal.</p>
--	--	--	--	--	---	--	---

						en la ocupación de camas (3,3 camas / día) y una reducción de costes (1.215.970 € / año).	
32	Crawford A, Harris H., 2017.	Este artículo describe las razones por las cuales la movilidad puede verse afectada, los riesgos de una movilidad limitada o de inmovilidad, y las intervenciones de enfermería para atenuar las complicaciones.	Revisión de literatura acerca de las razones de inmovilidad.	Análisis de literatura acerca de las razones de inmovilidad	Este artículo describe las razones por las cuales la movilidad puede verse afectada, los riesgos de una movilidad limitada o de inmovilidad, y las intervenciones de enfermería para	El estado nutricional afecta tanto a la posibilidad de que el paciente presente complicacion es relacionadas con la inmovilidad	Pregunta 2: Los procesos de enfermedad que afectan directamente a la movilidad incluyen trastornos de los sistemas nerviosos central y periférico, trastornos musculoesqueléticos y neuromusculares.

					<p>atenuar las complicaciones.</p>	<p>como a la capacidad del paciente de recuperar la movilidad. Compruebe el consumo de alimentos del paciente y el tamaño de las raciones, el peso diario, el balance hídrico y el nivel de actividad. Cuando sea necesario, ayude al paciente a comer, hable</p>	<p>Entre las enfermedades del sistema nervioso que pueden deteriorar la movilidad pueden citarse parálisis cerebral, esclerosis múltiple y enfermedad de Parkinson. Entre los trastornos musculoesqueléticos que reducen la movilidad cabe citar distrofia muscular, osteoartritis y artritis reumatoide. Otros trastornos que pueden deteriorar la movilidad son las deformidades</p>
--	--	--	--	--	------------------------------------	---	--

					<p>sobre las preferencias alimentarias con el paciente/la familia y consulte a un dietista.</p> <p>Verifique los valores de laboratorio relacionados con la nutrición, como la albúmina sérica, proteína sérica, glucemia y electrolitos</p>	<p>congénitas, como la osteocondrodisplasia y las enfermedades que contribuyen al agotamiento físico, como la insuficiencia cardíaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Las lesiones ortopédicas, de la cabeza y de la columna traumáticas pueden reducir enormemente la movilidad.</p> <p>Pregunta 3: El cumplimiento de las estrategias de prevención y</p>
--	--	--	--	--	--	--

						clave, como sodio, potasio, magnesio y calcio.	tratamiento recomendadas puede marcar la diferencia de forma importante en la recuperación de la movilidad del paciente o en el desarrollo de complicaciones relacionadas con la inmovilidad. Eduque a los pacientes y a sus familias sobre los riesgos del deterioro de la movilidad y sobre la importancia de mantener el más alto nivel de actividad física posible. Hable de la importancia de girar
--	--	--	--	--	--	--	--

							<p>y volver a colocar al paciente para mantener la integridad de la piel y explique que los ejercicios pasivos y activos de movimiento ayudarán al paciente a mantener la flexibilidad articular, la fuerza y la masa musculares.</p> <p>Pregunta 5:</p>
							<p>Por parte de enfermería se debería ejecutar una Evaluación continua y cuidados de enfermería centradas en:</p>

							<ul style="list-style-type: none"><li>• El estado nutricional afecta tanto a la posibilidad de que el paciente presente complicaciones relacionadas con la inmovilidad como a la capacidad del paciente de recuperar la movilidad.</li><li>• Compruebe el consumo de alimentos del paciente y el tamaño de las raciones, el peso diario, el balance hídrico y el nivel de actividad.</li></ul>
--	--	--	--	--	--	--	--

						<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuando sea necesario, ayude al paciente a comer, hable sobre las preferencias alimentarias con el paciente/la familia y consulte a un dietista.</li><li>• Verifique los valores de laboratorio relacionados con la nutrición, como la albúmina sérica, proteína sérica, glucemia y electrolitos clave, como sodio, potasio, magnesio y calcio.</li><li>• Los pacientes</li></ul>
--	--	--	--	--	--	--

							debilitados son más propensos a la infección; por tanto, controle los signos como fiebre y leucocitosis
33	Johnson, N.F, Email Author, Hutchins on, C. Hargett, K., Kosik, K., Gribble, P.d, 2021.	Este estudio tuvo como objetivo determinar si 5 semanas de entrenamiento de flexibilidad podrían aumentar la prueba de sentarse y levantarse, cronometrar e ir y 5 veces las puntuaciones de sentarse y pararse en adultos mayores que viven en la comunidad.	Participaron en este estudio 47 adultos de 60 años o mas (edad media = 66,7 años.,	Implementaci ón de un programa de ejercicios físicos.	Los participantes completaron un protocolo de estiramiento estático que consta de 3 sesiones semanales de estiramiento de 1.	El protocolo mejoró la flexibilidad como se ve en las puntuaciones de sit and reach y mejoró las puntuaciones en todas las variables de resultado. Específicamente, hubo un aumento significativo en las puntuaciones de las pruebas de levantarse	Pregunta 3: Los resultados sugieren que el entrenamiento de flexibilidad puede ser un modo eficaz de ejercicio de bajo nivel para mejorar los resultados funcionales. El estiramiento estático puede ayudar a mejorar la salud musculoesquelética, promover la autonomía y disminuir la mortalidad en los adultos mayores que

						<p>sentado desde la preintervención (M = 7,45, DE = 1,45) hasta la postintervención (M = 8,04, DE = 1,36), <math>t(42) = -5,21</math>, <math>p &lt; 0,001</math>.</p> <p>Los puntajes</p>	<p>viven en la comunidad. Los participantes completaron un protocolo de estiramiento estático que consta de 3 sesiones semanales de estiramiento de 1 hora.</p>
						<p>cronometrados y listos demostraron una disminución significativa desde la preintervención (M = 8.85, SD = 1.32) hasta la postintervención (M = 8.20, SD = 1.35), <math>t(46) =</math></p>	<p>Pregunta 4:</p> <p>Las caídas y la pérdida de autonomía a menudo se atribuyen en gran parte a deficiencias musculoesqueléticas en la edad adulta tardía. La disminución de la flexibilidad relacionada con la edad contribuye al</p>

					<p>5.10, <math>P &lt; .001</math>.  Cinco veces las puntuaciones de sentarse y pararse demostraron una disminución significativa desde la preintervención (<math>M = 12.57</math>, <math>SD = 2.68</math>) hasta la postintervención (<math>M = 10.46</math>, <math>SD = 2.06</math>), <math>t(46) = 6.62</math>, <math>P &lt; .001</math>. Finalmente, los aumentos significativos en las puntuaciones de sentarse y estirarse se asociaron con un mejor</p>	<p>deterioro musculoesquelético tardío de la edad adulta</p>
--	--	--	--	--	---	--

						rendimiento funcional ( $r = -0.308$ , $p = .03$ ).	
34	Aurora, F. V., Iyemair, R. H., & Maricela, P. J.	Reflexionar sobre el envejecimiento poblacional y la necesidad de desarrollar las competencias en enfermería geriátrica.	Revisión de literatura	Análisis de la literatura	Se realizó una revisión bibliográfica en el tercer trimestre del 2015, que incluyó diversos libros de textos, artículos científicos y páginas web.	El desarrollo de competencias específicas de enfermería geriátrica coadyuvará junto a otros profesionales que brindan atención al adulto mayor a garantizar la calidad y la excelencia en la atención, permitirá potenciar el desarrollo social y	Pregunta 5: Desde la enfermería geriátrica se pretende proporcionar una Atención individualizada al anciano y su entorno Intervención: Suplencia: el cuidador efectúa por completo la acción de enfermería, al presentar el anciano una total incapacidad para la misma. Ayuda: el cuidador contribuye

						<p>prevenir que se convierta en un factor de crisis para la estructura sanitaria y de la seguridad social no solo de Cuba, también de las Américas en un mundo que envejece.</p>	<p>parcialmente a la ejecución de una acción, al presentar el anciano una cierta limitación física o psíquica que le impida hacerlo solo. Refuerzo: el cuidador está a disposición del anciano. Solo se le indica la acción a realizar en un determinado momento. Eso quiere decir que el anciano es autónomo. Promotor: el</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

							cuidador actúa con el anciano dando consejos y orientaciones y animando a que el anciano emprenda y ejecute el mismo una determinada acción.
35	Cordero Cabrera M, Ferro González B, García Veloz M, Domínguez Álvarez J., 2019.	Diagnosticar el estado actual del cuidado informal al adulto mayor encamado en el área de salud del Policlínico Manuel Piti Fajardo de Guane en Pinar del Río, durante el período de julio 2015 a octubre 2016.	Constituido por una población de 79 cuidadores informales de adultos mayores encamados y una muestra de 35 de estos, que cumplieron con los criterios de inclusión.	Estudio observacional, descriptivo y transversal,	Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal.	Se identificaron tendencias actuales en el desarrollo del objeto, se realizó el diagnóstico del estado inicial, determinando regularidades que posibilitan la transformación de sus	Pregunta 2: Estudios muestran la necesidad de mayor acompañamiento de los cuidadores por el equipo de salud, ya que el cuidado exige una preparación emocional y técnica; factores como la falta de preparación para el cuidado y la

						insuficiencias	<p>ausencia de soporte familiar y profesional sobrecargan al cuidador.</p> <p>Pregunta 4: Se plantea que los efectos se sienten más cuando la condición socio-económica del cuidador es menor y el enfermo tiene mayor dependencia. En el mejor de los casos, la familia es capaz de unirse en ese momento, establecer rutinas de rotación de las</p>
--	--	--	--	--	--	----------------	---

							actividades y servir de soporte al cuidador, mientras la enfermedad avanza, las relaciones familiares se alteran y se complican las rutinas cotidianas.
--	--	--	--	--	--	--	---

							<p>de inmovilización se centra en:</p> <p>Escuchar y comunicarse. Pues constituye una de las claves en la relación de cuidados, es muy necesario apoyar y potenciar desde las áreas de desempeño de enfermería.</p> <p>La evidencia indica que los cuidadores son más competentes y disminuyen los niveles de estrés cuando tienen un apoyo formal que les ayude a potenciar sus habilidades y conocimientos, lo cual contribuye a mejorar la calidad de vida del binomio cuidador- cuidado.</p> <p>En cuanto al</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							dominio de habilidades técnicas para brindar cuidados oportunos al adulto mayor encamado, se
							encontró que los cuidadores informales no tienen un correcto dominio de las habilidades técnicas. De ahí la necesidad del personal de enfermería, puesto que los resultados de esta investigación coinciden con estudios de sobrecarga del cuidador familiar, donde se determinó que los cuidadores familiares carecían de la habilidad requerida para dar un cuidado

							competente, y a pesar de ello asumen la responsabilidad de cuidar.
36	Christopher RB, Buckcanan Vargas A, Benavides	Se realiza una revisión de las guías internacionales y literatura reciente con enfoque en conceptos básicos, tamizaje, diagnóstico y terapéutica con el objetivo de aumentar la sospecha	Revisión bibliográfica acerca de la sarcopenia en adultos mayores.	Análisis de la literatura acerca de la sarcopenia en adultos mayores.	Descripción de la sarcopenia: análisis, prevención, medidas de prevención, entre otros.	Se debe tener alta sospecha clínica para diagnosticarla, por lo que se recomienda el uso de cuestionario SARC-F. El	Pregunta 3: Se ha asociado la inactividad física con pérdida de fuerza y masa muscular, por lo tanto, un régimen de ejercicios es la piedra angular del tratamiento
	Jiménez. Gabriela. , 2019.	clínica de la patología en la práctica médica diaria para así poder realizar diagnósticos tempranos que ayuden a brindar un manejo integral.				diagnóstico se basa en comprobar mediante estudios de gabinete y examen físico la pérdida de función y masa muscular.	de la sarcopenia. El ejercicio de resistencia ha demostrado un aumento en la síntesis de proteínas a nivel muscular a corto plazo. Entrenamiento de resistencia y fuerza han demostrado ser

						<p>Cada vez se le da mayor énfasis a la valoración de la calidad del tejido muscular con herramientas como el TAC, US RMN.</p>	<p>efectivos para prevención y tratamiento de sarcopenia, en especial el de resistencia que influye en el sistema neuromuscular aumentando las concentraciones y tasa de producción de proteína. La intervención con ejercicio debe durar como mínimo 3 meses para lograr un impacto en la función muscular.</p> <p>Pregunta 4: Sarcopenia se asocia a menudo con una</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

							condición médica subyacente, siendo imperativo tratar esta condición de fondo antes de la sarcopenia como tal. La caquexia por ejemplo se caracteriza por una severa pérdida de músculo que va de la mano con enfermedades como cáncer, miocardiopatías, e insuficiencia renal en estadios finales.
--	--	--	--	--	--	--	---

37	Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandhari pande	Actualizar y ampliar la Guía de práctica clínica de 2013 para el manejo del dolor, la agitación y el delirio en pacientes adultos en la UCI.	Treinta y dos expertos internacionales, cuatro metodólogos y cuatro sobrevivientes de enfermedades críticas se reunieron virtualmente al menos una vez	Teleconferencias, debates, paneles.	Las teleconferencias y los debates electrónicos entre los subgrupos y todo el panel fueron parte del desarrollo de las directrices. Todos los miembros del panel realizaron una revisión general del	Como expertos designados por la Sociedad de Medicina de Cuidados Intensivos, nuestro objetivo era proporcionar la información reciente que los médicos necesitan para atender mejor a los	Pregunta 2: Factores asociados: El panel de dolor, agitación / sedación, delirio, inmovilidad (movilización / rehabilitación) y sueño (interrupción).  Pregunta 3: Se enfatiza la importancia de la evaluación del dolor
	PP, et al., 2018.		al mes. en 2017..		contenido cara a cara en enero de 2017.	adultos en estado crítico utilizando los procesos más rigurosos y transparentes a nuestra disposición. Debido a que dicho proceso	previa al procedimiento y la analgesia preventiva, cuando sea apropiado, para los procedimientos que se sabe causan dolor.

						<p>no necesariamente garantiza la aceptabilidad entre los proveedores de conocimientos y los usuarios, establecimos formas de abordar cuestiones relacionadas con el dolor, la sedación, el delirio, la inmovilidad y la práctica del sueño relevantes y centradas en el paciente .</p>	<p>Pregunta 4: De hecho, el dolor severo durante el procedimiento se asocia con eventos adversos graves (p. Ej., Taquicardia, bradicardia, hipertensión, hipotensión, desaturación, bradipnea y dificultad respiratoria) que se pueden prevenir con una evaluación adecuada del dolor y analgesia preventiva.</p>
--	--	--	--	--	--	---	---

38	Brennan- Olsen SL, Cook S, Leech MT, Bowe SJ, Kowal P, Naidoo N, et al., 2017.	Análisis de datos del estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre el envejecimiento global y la salud de los adultos	5003 mujeres y 2664 hombres (19,9% y 14,1%,)	Se aplicaron ponderaciones de encuestas específicas por países.	SAGE Wave 1 (2007-2010) incluye muestras representativas a nivel nacional de adultos mayores ( $\geq$ 50 años), más muestras más pequeñas de adultos de 18 a 49 años, de China, Ghana, India, México, Rusia y Sudáfrica ( n = 44.747).	5003 mujeres y 2664 hombres (19,9% y 14,1%, respectivamente) informaron artritis autoinmune (de por vida), mientras que 1220 mujeres y 594 hombres tenían artritis actual basada en síntomas (4,8% y 3,1%, respectivamente). Para los hombres, las tasas de artritis estandarizadas fueron	Pregunta 2: La alta prevalencia de artritis en los PIBM es preocupante y puede empeorar la pobreza al afectar la capacidad para trabajar y cumplir con los roles comunitarios. En todo el mundo, los trastornos musculoesqueléticos representan una amenaza global para el envejecimiento saludable, y se clasifican como la segunda causa más común de discapacidad, medida por años vividos con discapacidad (AVD). Los países de
----	--	---	--	---	--	--	---

						<p>aproximadamente de dos a tres veces mayores que para las mujeres. Las tasas más altas se observaron en Rusia: 38% (IC 95% 36% - 39%) para hombres y</p>	<p>ingresos bajos y medianos (PIBM) no son inmunes a la carga de enfermedades musculoesqueléticas ; de hecho, la prevalencia de</p>
						<p>17% (IC 95% 14% -20%) para mujeres.</p>	<p>este grupo de enfermedades no transmisibles (ENT) está aumentando drásticamente en los PIBM.</p>

						<p>Pregunta 4:</p> <p>Para ambos sexos y en todos los países de ingresos bajos y medianos, la artritis fue más prevalente entre los que tenían menos educación y entre las mujeres separadas / divorciadas / viudas disminuyendo así su capacidad de movilidad.</p>
--	--	--	--	--	--	---

39	Romero Á, mores L, Cardona Y., 2018	Exponer los elementos indispensables para realizar la valoración geriátrica a todos los ancianos que ingresen en el hospital y que pueda servir al personal médico de todos los servicios que ingresan a estos pacientes, en aras de	En Cienfuegos, provincia localizada al centro sur, Cuba.	Valoración geriátrica	Análisis de hospitalización de ancianos mediante la valoración geriátrica. .	A pesar de que los múltiples estudios publicados han confirmado la eficacia de la EG en diferentes escenarios, existe una brecha considerable entre	Pregunta 2:  Las caídas son uno de los factores asociados, entre ellas las fracturas (la de cadera como sitio frecuente y causa usual de ingreso hospitalario), hematomas (el subdural, muy peligroso), inmovilidad,
		homogeneizar y ajustar su atención.				lo que se conoce y lo que se hace. Es preciso introducir, paso a paso, de forma	aislamiento, dependencia, depresión e institucionalización. Pregunta 3: La movilización de los enfermos

						<p>efectiva, esta herramienta necesaria y al alcance de todos en los servicios hospitalarios que atienden ancianos. La presente guía puede constituir una aproximación a este objetivo, pero se necesita participación y cohesión de los colectivos, así como una fuerte dosis de capacitación, entrenamiento e investigación, para lo cual el servicio de</p>	<p>hospitalizados es tarea de todos: del propio enfermo, sus familiares y cuidadores, médicos, enfermeras, estudiantes, asistentes de pacientes y personal de rehabilitación.</p> <p>Pregunta 4:</p> <p>El reposo prolongado en cama está asociado a complicaciones como constipación, hipotensión postural, caídas, úlceras por presión, neumonía aspirativa y trombosis venosa, entre otros.</p> <p>Pregunta 5:</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

						<p>Geriatría puede ser el vivero.</p>	<p>El rol de la enfermería se desarrolla mediante lo siguiente: Revisar diariamente la piel. No usar alcohol o colonia directamente sobre la piel. Ingesta diaria de líquidos. Dieta variada con importante aporte proteico y vitaminas favoreciendo el buen mantenimiento de la piel. Ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. No utilizar restricciones físicas o farmacológicas si no están indicadas. Los cambios posturales se realizan cada 2-3 horas y en pacientes que puedan estar sentados se realizará</p>
--	--	--	--	--	--	---	---

							<p>cada hora, descargando el peso sobre los glúteos. Nunca deslizar al paciente sobre el lecho, debe moverse en bloque para evitar las erosiones</p>
							<p>de la piel por fuerzas de cizallamiento. Aplicar masajes. Proveer dispositivos especiales que alivien la presión como colchones, cojines. nunca dispositivos tipo flotador; no sustituyen la movilización. Realizar actividad física siempre que se pueda, ya sean ejercicios activos o</p>

							<p>pasivos.</p> <p>Fisioterapia respiratoria: inflar globos, aerosoles, palmo percusión, vibrador.</p> <p>Psicoactivantes; hablar con el enfermo para mantenerlo orientado, brindar confianza y calmar su ansiedad.</p>
40	<p>Kotb, M.A. Email Author, Kamal,</p>	<p>La implementación de modelos de atención que previenen y mejoran el compromiso funcional debería ser una prioridad</p>	<p>El presente estudio incluyó a 85 sujetos.</p>	<p>Aplicación de evaluaciones médicas integrales, pruebas</p>	<p>Los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo fueron reclutados en clínicas de</p>	<p>La DF asociada con hospitalización es un evento de ocurrencia</p>	<p>Pregunta 2:  Las prácticas de cuidado hospitalario son inadecuadas, debido a que promueven el</p>
	<p>A.M. Email Author, Aldossar y, N.M. Email Author, Alsify, A.A. Email Author, Ahmed, Y.M.,</p>	<p>para las instituciones y personal de salud que atienden ancianos. Estos modelos incluyen revisión del manejo farmacológico, rehabilitación</p>		<p>neuropsicológicas, pruebas de laboratorio, así como estudios de resonancia magnética cerebral y 1 H-</p>	<p>neurología y psiquiatría. Todos los sujetos se sometieron a evaluaciones médicas integrales, pruebas</p>	<p>frecuente que refleja la morbilidad esperada debido a los cambios anatómicos y</p>	<p>reposo en cama lo cual puede generar desenlaces adversos como descondicionamiento físico, síndrome de inmovilidad,</p>

	2020.	interdisciplinaria temprana, programas de ejercicio y diseño del egreso geriátrico planeado		MRS.	neuropsicológicas, pruebas de laboratorio, así como estudios de resonancia magnética cerebral y H-MRS.	fisiológicos que genera el envejecimiento, fragilidad y la propia enfermedad aguda. Afecta la calidad de vida e independencia de los ancianos, cuidadores e incrementa los costos en atención de salud. Se puede desarrollar antes, durante y posterior a la hospitalización. La identificación oportuna es el primer paso para	neumonía y embolismo pulmonar entre otros. Debido a los cambios fisiológicos con el envejecimiento que disminuyen la reserva muscular.  Pregunta 3: La medida preventiva se realiza mediante intervenciones dirigidas a modificación del entorno, cuidado centrado en el anciano, revisión del manejo farmacológico, programas de ejercicio y diseño del egreso
--	-------	---	--	------	--	---	--

						la valoración del riesgo y determinar los FR con el objeto de prevenir y manejar esta condición.	geriátrico planeado, ha mostrado tener buenos resultados en la
41	Sarabia-Cobo, C. Email Author, Pérez, V., de Lorena, P., Hermosilla- Grijalbo, C., Sáenz- Jalón, M., Fernánde	Explorar el impacto emocional y las experiencias de geriátrico enfermeras trabajando en hogares de ancianos y cuidando pacientes con enfermedad coronavirus 2019 (COVID-19).	(N = 24)	Se realizaron entrevistas	Se extrajeron tres categorías principales: miedo a la situación pandémica, sentido del deber y compromiso profesional y agotamiento emocional.	Independiente me nte del país y la situación, ante la pandemia, se han vivido situaciones dramáticas en los hogares de ancianos a nivel mundial, con el personal de	Pregunta 4: Todas las enfermeras presentan malestar psicológico en forma de ansiedad y agotamiento emocional, aspecto psicológico muy prevalente en esta situación pandémica. Estos hallazgos reflejan la situación de los

<p>z- Rodríguez, A., Alconero - Camarero, A.R., 2017.</p>						<p>enfermería sintiéndose exhausto y abrumado, y se insta a la reflexión a nivel global para considerar el modelo de atención más adecuado en enfermería hogares.</p>	<p>pacientes geriátricos que les ha supuesto depresión y malestar psicológico, de igual forma. El deterioro emocional presente se da también en otros estudios del mismo carácter, en el cual coinciden que se debe formular un modelo de atención más adecuado en hogares de ancianos. prevención y / o manejo de la declinación funcional.</p> <p>Pregunta 4: La inmovilidad</p>
---	--	--	--	--	--	---	--

							lleva a la rápida pérdida de masa muscular, disminuye la síntesis de proteínas musculares, produce cambios en articulaciones generando dolor, alterando la movilidad y capacidad aeróbica además de favorecer el desarrollo de hipotensión postural y úlceras por presión
42	Cimas M, Ayala A, Sanz B, Agulló- Tomás	Este estudio tuvo como objetivo analizar la prevalencia y los factores asociados al dolor musculoesquelético	Se incluyó un total de 61,157 participantes.	Estudio transversal a partir de la ronda 5 de la Encuesta sobre salud,	Se realizaron modelos de regresión de Poisson multivariable con varianza robusta	La prevalencia global de dolor musculoesquelético crónico fue del 35,7% (28,8-31,7), variando	Pregunta 2: Los factores asociados explorados fueron fumar (alguna vez fumar diariamente), beber (más de dos

MS, Escobar A, Forjaz MJ., 2018.	crónico por género en adultos mayores de 14 países europeos.		envejecimien to y jubilación en Europa (SHARE).	para analizar la razón de prevalencia por covariables, estratificada por sexo.	del 18,6% (17,1- 20,1) para Suiza al 45,6% (43,3- 47,8) para Francia. La prevalencia fue mayor en mujeres que en hombres: 41,3% (40,2- 42,4) versus 29,1% (28,0-30,3). El dolor musculoesquel ético crónico fue menor en los hombres mayores de 75 años (RP = 0,82; 0,72- 0,92) que en el grupo más joven (50-	vasos de alcohol casi todos los días), índice de masa corporal (IMC) e inactividad física. Factores dietéticos asociados con IMC o la menor ingesta de vitaminas han sido relacionado con un aumento de la osteoartritis.	
--	--	--	---	---	--	---	--

						<p>59). El estado de separación / divorcio presentó efectos opuestos entre los hombres (RP = 0,85; 0,76-0,96) y las mujeres (RP = 1,12; 1,03-1,21) en comparación con los casados, y el desempleo fue un factor significativo en los hombres (RP = 1,21; IC de 95%: 1,02 - 1,43)</p> <p>En comparación con los</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

						empleados. 95%: 1,02 - 1,43) en comparación con los empleados.	
43	Z, Zhou X, Cao J, Li Z, Wan X, Li J, et al, 2018.	Conocer el conocimiento y las actitudes de las enfermeras con respecto a las principales complicaciones de la inmovilidad (úlceras por presión, neumonía, trombosis venosa profunda e infecciones del tracto urinario) y explorar la correlación de los conocimientos y las actitudes de las enfermeras con la incidencia de estas complicaciones.	Se encuestó a un total de 3.903 enfermeras y 21.333 pacientes encamados de 25 hospitales en China.	Estudio transversal.	La validez de contenido, confiabilidad y consistencia interna de los cuestionarios fueron validados mediante revisión de expertos y un estudio piloto. Investigadores capacitados estudiaron la incidencia de complicaciones importantes por inmovilidad entre los pacientes encamados de salas seleccionadas. Las	Las puntuaciones medias de conocimiento fueron 64,07% para úlceras por presión, 72,92% para trombosis venosa profunda, 76,54% para neumonía y 83,30% para infecciones del tracto urinario. Las puntuaciones medias de	Pregunta 3: Para una mejor prevención hacia este síndrome que afecta al adulto mayor, se toma en cuenta los programas de educación sobre úlceras por presión mejoran el conocimiento de las enfermeras. Ayudando a adquirir actitudes profesionales que les permitieron mejorar la calidad de la atención de

					<p>correlaciones entre el conocimiento, las actitudes y la incidencia de complicaciones importantes de la</p> <p>actitud para estas complicaciones fueron 86,25%, 84,31%, 85,00% y 84,53%, respectivamente. Los puntajes de conocimiento y actitud fueron significativamente</p>	<p>enfermería.</p> <p>Pregunta 5: Asimismo, la intervención personal de enfermería se traduciría a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar la piel,</li> </ul> <p>por lo menos una vez al día.</p>
--	--	--	--	--	--	--

					<p>inmovilidad se evaluaron con modelos de regresión multinivel.</p>	<p>e más altos entre las enfermeras con mayor edad, mayor duración del empleo, nivel de educación superior, experiencia de formación previa y las que trabajan en hospitales terciarios o unidades de cuidados críticos.</p>	<p>- Evaluar las zonas comunes de presión: talones, glúteos, espalda, codos y parte posterior de la cabeza.</p> <p>- Asistir con la asepsia correcta en las zonas implicadas.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

44	Li J, Wu X, Li Z, Zhou X, Cao J, Jia Z, et al., 2019	Conocer los recursos de enfermería en China y explorar la relación entre los recursos de enfermería y la incidencia de las principales complicaciones de inmovilidad entre los pacientes encamados. Las principales complicaciones de inmovilidad incluidas en nuestro estudio fueron úlceras por presión,	Se reclutaron 19.530 participantes de un total de 18 hospitales (seis terciarios y 12 secundarios) de seis provincias y ciudades en diferentes regiones geográficas (este, sur,	Encuesta transversal, multicéntrica y nacional.	Se utilizó un análisis de regresión multinivel para estimar el impacto de los recursos de enfermería en la incidencia de complicaciones importantes por inmovilidad, ajustando las características del paciente y la sala.	El estudio incluyó a 23.637 pacientes en 213 salas y se reclutó a 19.530. La incidencia de las cuatro complicaciones fue 0,77% (úlceras por presión), 0,82% (trombosis venosa profunda), 3,39% (neumonía) y 0,86% (infección	Pregunta 1: El estudio incluyó a 23.637 pacientes en 213 salas y se reclutó a 19.530. La incidencia global de complicaciones graves por inmovilidad fue del 5,41%.  Pregunta 4: Las principales complicaciones de inmovilidad incluidas en nuestro estudio
		trombosis venosa profunda, neumonía e infección del tracto urinario.	oeste, norte y centro) de China.			del tracto urinario), y la incidencia global de complicaciones	fueron úlceras por presión, trombosis venosa profunda, neumonía e infección del tracto

					<p>s graves por inmovilidad fue del 5,41%. La incidencia de complicaciones graves por inmovilidad fue mayor en las salas que no alcanzaron las proporciones de cama a enfermera objetivo que en las que cumplieron con estos criterios (<math>\beta=0,44</math>, intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,02-0,87; OR=1,553, 95% CI: 1,002-</p>	<p>urinario.</p> <p>Pregunta 5:</p> <p>La dotación de personal de enfermería suficiente y los títulos profesionales superiores de las enfermeras podrían contribuir a reducir la incidencia de complicaciones graves por inmovilidad. Por tanto, el rol de enfermería para paliar las patologías relacionadas con el síndrome de inmovilización debe centrarse en la promoción de estudios superiores.</p>
--	--	--	--	--	---	--

						2,387). La incidencia de complicaciones graves por inmovilidad se asoció negativamente con la proporción de enfermeras con puestos de trabajo intermedios o superiores ( $\beta = -2,12$ , IC del 95%: -3,78 a -0,45; OR= 0,120, IC del 95%: 0,023-0,638).	Es decir, mientras más estudios especializados ha podido obtener mantiene una mejor calidad de vida para el paciente geriátrico. Si bien, no se señala las prácticas adecuadas de cuidado, se insta la formación continua para el mejoramiento de habilidades de atención al paciente encamado.
45	Miranda Rocha AR, Martinez	Este estudio examina los principales protocolos descritos en la literatura y sus resultados	Revisión de literatura acerca de protocolos de movilización.	Análisis de literatura acerca de protocolos de	Meta análisis reciente de seis ensayos aleatorizados. Esta	En resumen, Muchos criterios de Contraindicación para la	Pregunta 3: Las estrategias de movilización precoz en la unidad de

<p>BP, Maldaner da Silva VZ, Forgiarin i Junior LA ., 2017.</p>	<p>asociados a las estrategias de movilización temprana en la unidad de cuidados intensivos.</p>			<p>movilización.</p>	<p>revisión utilizó artículos cuya calidad evaluada en la escala PEDro (que varía de 0 a 10) fue relativamente baja: la mayoría de los artículos variaron en la puntuación de 4 a 7/10, y solo un artículo obtuvo 8/10 en esa escala.</p>	<p>movilización temprana son solo relativos y carecen de una evaluación de costo / beneficio de la terapia. En un estudio reciente, Hickmann et al. 55 usó sólo 5 contraindicaciones para establecer la movilización en las primeras 24 h de estancia en UCI: infarto agudo de miocardio, sangrado activo, aumento de la presión</p>	<p>cuidados intensivos pueden asociarse a la prevención y una reducción de la polineuropatía del paciente crítico, una mejora de la calidad de vida del paciente y la reducción tanto del período de ingreso en la UCI y el hospital como de la mortalidad durante la hospitalización, acompañado de las principales técnicas empleadas fueron la quinesioterapia, la formación sobre traslados y locomoción, la estimulación neuromuscular eléctrica y el uso de</p>
---	--	--	--	----------------------	---	--	---

						intracraneal con inestabilidad de la misma, fracturas pélvicas inestables y suspensión del tratamiento.	bicicletas ergometrías.
46	Bischoff-Ferrari, HA, Molino, CDGRC, Rival, S., Vellas, B., Rizzoli, R., Kressig, RW, 2021.	Implementación de DO-HEALTH es un ensayo clínico multicéntrico entre 2157 hombres y mujeres europeos de 70 años o más que viven en la comunidad. El ensayo de diseño factorial de control aleatorio	7 centros de contratación ubicados en 5 países europeos: Suiza (Universidad de Zúrich, Hospital Universitario de Basilea, Hospital Universitario de Ginebra), Francia	Ensayo experimental	DO-HEALTH fue diseñado para establecer evidencia del papel de la vitamina D, n-3 s y un programa de ejercicios de fuerza basado en el hogar simple (SHEP), tanto individualmente como una intervención	DO-HEALTH tiene varios puntos fuertes. Se dirige al segmento relativamente saludable de la población de más de 70 años que se espera que crezca rápidamente en los próximos años, en una edad en la que las tasas de	Pregunta 2: Su seguimiento detallado que incluye visitas clínicas anuales durante todo el día y llamadas telefónicas trimestrales en todos los participantes incluye la evaluación de factores clave del estilo de vida como la nutrición, la educación y la

							actividad física, así como las comorbilidades y el
			(Centro hospitalario de la Universidad de Toulouse), Alemania (Charit Coimbra)		combinada, en la prevención de enfermedades crónicas en edades avanzadas, durante 6 criterios de valoración principales (cambio de la presión arterial sistólica y diastólica, fracturas no vertebrales, batería de rendimiento físico corto (SPPB) [ 34 ], la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) [	enfermedad están aumentando exponencialmente . Además, como ensayo de envejecimiento saludable, funciona para 6 criterios de valoración principales de 5 dominios de salud: cambios en la presión arterial	uso de medicamentos recetados. y suplementos de venta libre.  Pregunta 3: DO-HEALTH fue diseñado para establecer evidencia del papel de la vitamina D, n-3 s y un programa de ejercicios de fuerza basado en el hogar simple (SHEP), tanto

					<p>35 ] e infecciones), que abordan 5 dominios de salud (salud cardiovascular, salud ósea, salud muscular, salud cerebral e inmunidad), respaldados y ampliados por una serie de criterios de valoración</p> <p>sistólica y diastólica (cardiovascular), incidencia de fracturas no vertebrales (hueso), deterioro funcional (músculo), deterioro cognitivo (cerebro) y tasa de infección (inmunidad). Además, se diseñaron una serie de criterios de valoración secundarios y</p>	<p>individualmente como una intervención combinada, en la prevención de enfermedades crónicas en edades avanzadas, durante 6 criterios de valoración principales (cambio de la presión arterial sistólica y diastólica, fracturas no vertebrales, batería de rendimiento físico corto (SPPB), la Evaluación Cognitiva de</p>
--	--	--	--	--	--	--

							Montreal (MoCA) e infecciones),
					secundarios y exploratorios.	estudios auxiliares predefinidos y bien integrados para explorar el papel de las intervenciones también con respecto a la salud articular, mental, dental, gastrointestina l, metabólica de la glucosa, renal y global.	que abordan 5 dominios de salud (salud cardiovascular, salud ósea, salud muscular, salud cerebral e inmunidad), respaldados y ampliados por una serie de criterios de valoración secundarios y exploratorios.  Pregunta 4: En este marco, DO-HEALTH fue

							diseñado, a través de un monitoreo intensivo de 2152 participantes cada 3 meses, para abordar cambios en factores de riesgo importantes, como deterioro funcional / cognitivo y presión arterial elevada, en lugar de eventos clínicos importantes como demencia, miocardio infarto o accidente cerebrovascular.
--	--	--	--	--	--	--	--

7	Bo, M., Fonte, G., Pivaro, F., Bonetto, M., Comi, C., Giorgis, V., 2016	Caracterizar a los pacientes médicos de edad avanzada e identificar los factores asociados a la estancia prolongada.	Pacientes consecutivos de $\geq 65$ años ingresados en salas médicas y geriátricas de agudos.	Evaluación integral	Se realizó una evaluación integral que incluyó variables demográficas, clínicas, funcionales y cognitivas. El alta tardía se definió cuando los pacientes fueron dados de alta después de la fecha en que los médicos los consideraron médicamente listos para el alta. El análisis se realizó inicialmente sobre la muestra total y posteriormente	Entre 1568 pacientes (edad $81,3 \pm$ $7,3$ años, 712 hombres), observamos una alta prevalencia de dependencia funcional, deterioro cognitivo, inmovilización crónica y fragilidad (50%, 25%, 20% y 40%, respectivament e). En general, el alta tardía	Pregunta 1: Entre 1568 pacientes (edad $81,3 \pm$ $7,3$ años, 712 hombres), observamos una alta prevalencia de dependencia funcional, deterioro cognitivo, inmovilización crónica y fragilidad (50%, 25%, 20% y 40%, respectivamente).  Pregunta 2: Las malas condiciones de salud y la alta
---	--	---	---	------------------------	---	--	--

				según si el ingreso hospitalario había sido desde el domicilio, o desde instalaciones de mediano o largo plazo.	ocurrió en 442 casos, lo que resultó en 2637 días de estadía hospitalaria prolongada, y se asoció de forma independiente con deterioro en las actividades de la vida diaria, fragilidad, alta comorbilidad e ingreso inadecuado. Entre los pacientes ingresados desde	prevalencia de síndromes geriátricos son extremadamente comunes entre los pacientes hospitalizados de edad avanzada. El alta tardía se observó principalmente en los pacientes ingresados desde su domicilio, y se asoció a deterioro cognitivo y dependencia funcional.
--	--	--	--	---	---	--

						<p>el hogar (aproximadamente el 90% de la muestra), el alta tardía ocurrió en 392 pacientes y se asoció de forma independiente con deterioro cognitivo, dependencia funcional, baja gravedad de la comorbilidad e ingreso inadecuado (OR 3,39). Entre los pacientes</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

						ingresados en instalaciones de mediano o largo plazo	
48	Peyrusqu é, E., Buckinx, F., Bolduc, A. et al	Nuestro objetivo fue evaluar el efecto de un programa de AF pragmático, no supervisado y específico (SPRINT) sobre la práctica asistencial y las capacidades funcionales en pacientes mayores hospitalizados. Diseño: Estudio piloto	De los 39 pacientes (> 65 años) hospitalizados en una GAU y elegibles, 19 aceptaron participar (AP) y 20	Evaluar el efecto de un programa de AF pragmático, no supervisado y específico (SPRINT)	Uno de los 4 programas de AP, desarrollado por nuestro equipo, fue asignado según perfil de movilidad. Las capacidades funcionales individuales (es decir, el equilibrio, la velocidad de la	Las características basales de los 2 grupos fueron comparables. Al alta, el grupo AP mejoró más en la velocidad de la marcha ( $0,57 \pm 0,21$ frente a $0,64 \pm 0,19$ ; $p = 0,013$ ), escala de	Pregunta 3: SPRINT parece eficaz para contrarrestar el declive iatrogénico y reducir la LOS. Además, esta sencilla herramienta de AF pragmática parece mejorar la trayectoria de vida y la práctica

		pragmático intervencionista de un solo brazo.	rechazaron (N-AP).		marcha, el perfil de movilidad funcional (PFMP), el tiempo activo (METS > 1,5: min), la duración de la hospitalización (LOS) y la orientación al alta se evaluaron al ingreso y al alta de la GAU.	equilibrio de Berg (41,8 ± 13,7 frente a 45,1 ± 9,7; p = 0,017) y PFMP (54,0 ± 7,1 frente a 55,1 ± 5,5; p = 0,042) que el grupo N-AP. La LOS fue significativamente más corta en el grupo AP en comparación con el grupo N-AP (5 vs.36 días; p =	sanitaria en la población que envejece.
--	--	---	--------------------	--	--	--	---

						0.026) y más sujetos en el grupo AP se orientaron en el hogar sin servicios sociales o de salud (89.5 vs 60%; p = 0,065).	
49	Cortés, J. J. B., Zujeros, S. M., Prieto, B. G., Morillo, P. P., Cervante	Evaluar la influencia del cambio en la gestión de ingresos en una unidad geriátrica de recuperación funcional (UGRF) sobre su actividad y resultados asistenciales.	Se recogieron datos registrados desde el año 2000 de la UGRF del Hospital Central Cruz	Estudio observacional retrospectivo	Los datos recogidos al ingreso fueron Escala Funcional y Mental de Cruz Roja, índice de Barthel, diagnóstico principal motivo	En el análisis multivariante los pacientes ingresados desde la unidad central presentaron una mayor ganancia funcional global y relativa	Pregunta 2: Deterioro funcional (que se agrupó en ictus, patología ortopédica y cuadros de inmovilidad multifactorial) y  Pregunta 3:

	s, Y. M., Luis, C. R., ... & García, A. S. (2020)		Roja, agrupados en periodos de 4 años, salvo los ingresos centralizados (septiembre de 2016- diciembre de 2018).		del deterioro funcional (que se agrupó en ictus, patología ortopédica y cuadros de inmovilidad multifactorial) y comorbilidad evaluada por el índice de Charlson.	(diferencia de medias de 3,49 puntos con IC 95% = 1,65-5,33 y 12,41% con IC 95% = 0,74-24,08, respectivamente), mayor estancia (12,92 días; IC 95% = 11,54-14,30) y menor eficiencia (-0,36; IC 95% = -0,16 a -0,57), mayor riesgo de institucionaliza	En este caso en particular el sistema centralizado de ingreso influyó en la mejora de parámetros funcionales, pero a costa de una mayor estancia y una menor eficiencia asistencial, objetivándose un incremento de la institucionalización al alta y de los retrasados a unidades de agudos.
--	--	--	--	--	---	--	---

						ción (OR 1,61; IC 95% = 1,19-2,16) y riesgo de retraslado a unidad de agudos (OR 3,16; IC 95% = 2,24-4,47).	
50	Jantana Juthavantana, Nanchatsana Sakunpong, Ujsara Prasertsi	Investigar el envejecimiento activo de los ancianos tailandeses en un asilo de ancianos, además de promover el envejecimiento activo para ellos mediante la integración asesoramiento.	Un total de 16 participantes en la fase 2 que se dividieron por igual en grupos experimentales y de control,	Implementación del Modelo Satir y las técnicas de Entrevista Motivacional.	El estudio se realizó en un hogar de ancianos en la provincia de Samut Prakan, Tailandia. El programa de consejería integradora se	La fase 1 del estudio mostró resultados cualitativos del progreso del desarrollo del envejecimiento activo en las	Pregunta 2: Los factores asociados van desde la alimentación, el ejercicio constante, cumplimiento de citas regulares de atención médica, falta de

	n, Monthira Charuphe ng y Sheibon Hassaka ma Lau, 2021		respectivamente.		refirió a la literatura apropiada junto con la implementación del Modelo Satir y las técnicas de Entrevista Motivacional. En el estudio se aplicó un diseño de intervención de métodos mixtos, que constaba de dos fases. La fase 1 implicó una investigación del concepto de envejecimiento activo. La fase 2 comprendió una	personas mayores. Fase 2. Los resultados cuantitativos mostraron que la puntuación de envejecimiento activo de los participantes en el brazo experimental aumentó significativamente después de la inscripción ( $p < 0,05$ ).	desarrollo espiritual, baja autoestima. Pregunta 3: Las personas mayores se dieron cuenta de la importancia de mantener su salud con una combinación de ejercicio, una dieta saludable y el cumplimiento de sus citas regulares de control. El desarrollo espiritual se refiere al proceso en el que
--	--	--	------------------	--	---	--	--

				<p>investigación de los efectos de un programa de asesoramiento integrador para promover el envejecimiento activo de las personas mayores en el mismo hogar de ancianos.</p>	<p>las personas mayores realizan prácticas religiosas y ejercen regularmente su fe en el budismo. Como resultado, las personas mayores pudieron dejar de lado cualquier negatividad y aprovechar su energía espiritual que contribuyó a su desarrollo espiritual y felicidad general.</p>
--	--	--	--	--	---

**TABLA 8**

Comparación y contraste de los hallazgos de estudios: revisión integrativa

**Elaborado por:** Autor

No	Autor y año	Hallazgo 1	Hallazgo 2	Hallazgo 3	Hallazgo 4	Hallazgo 5
1	Enisa Ramic, Senada Selmanovic, Esad Alibasic, Dzevad Dzananovic, Fejzo  Dzafic, Irma  Ramic, 2017.	Pregunta 1: Nuestra investigación ha demostrado que en la muestra total de encuestados había  62% móviles, 22,5%  con movilidad limitada y 4% inmóviles en la muestra total	Pregunta 2. El principal factor general que hizo que el sistema de movimiento  envejeciera es la  disminución de la movilidad o la inmovilidad. Las causas de la inmovilidad pueden ser diferentes como dolor, debilidad general del cuerpo, retroceso psicógeno, daño iatrogénico. La inestabilidad al caminar provoca caídas frecuentes, por		Pregunta 4: La inestabilidad al caminar provoca caídas frecuentes, por lo que los daños traumáticos pueden causar inmovilidad directa o indirectamente.	

			lo que los daños traumáticos pueden causar inmovilidad directa o indirectamente.			
2	Meyer, Anna Maria Becker, Ingrid Siri, Giacomo Brinkkötter, Paul Thomas Benzing, Thomas Pilotto, Alberto Polidori, M. Cristina, 2019.	Pregunta 1: 135 pacientes en Alemania se sometieron a una evaluación de síndromes geriátricos en donde el 32,19 sufrió síndrome de inmovilidad	Pregunta 2: La mezcla de multi morbilidad, enfermedades agudas y cambios en las edades conduce a los síndromes geriátricos (SGC).			
3	Siran Koroukian, SM, Schiltz, N., Warner, Sun, Jiayang. 2016.	Pregunta 1: El veintinueve por ciento de los encuestados informó de salud regular / mala, el 23% informó una disminución de 2 años y el 5% murió al final del período de seguimiento de 2 años.	Pregunta 2: Los factores asociados con el síndrome geriátrico tienen que ver con edad/ mayor edad (39%); los de origen hispano (48%); personas con bajos ingresos o nivel educativo (53 y 57%, respectivamente); fumadores actuales			

			(40%); los que tienen bajo peso (48%); y entre aquellos con encuestados sustitutos (54%).			
4	Cheung, Johnny T.K. Yu, Ruby Wu, Zimu	Pregunta 1: Entre 2618 participantes 22,5% tenían discapacidad de inmovilización, y el	Pregunta 2: La fragilidad, la sarcopenia, el deterioro cognitivo y la incontinencia			
	Wong, Samuel Y.S. Woo, Jean, 2018.	10,4% tenían síndromes geriátricos, multimovilidad e discapacidad.	urinaria son ampliamente reconocidos como ejemplos comunes de síndromes geriátricos, a su vez estos se relacionan estrechamente con los síndromes de inmovilización.			
5	Tkacheva, Olga N. Runikhina, Nadezda K. Ostapenko, Valentina S. Sharashkina,	Pregunta 1: Aproximadamente el 47% de los participantes notó la presencia de alguna dificultad para	Pregunta 2: La movilidad que se asocia con un alto riesgo a caídas. Estado nutricional/riesgo de		Pregunta 4: Deterioro funcional cognitivo, y trastornos afectivos,	

	<p>Natalia V. Mkhitarian, Elen A. Onuchina, Julia S., 2018.</p>	<p>caminar y otro 20% informó de una dificultad grave.</p>	<p>desnutrición. Función cognitiva os pacientes se clasificaron en una de tres categorías: 25-30 puntos indicaron un estado cognitivo normal, 21-24 puntos indicaron un deterioro cognitivo leve y <math>\leq 20</math> puntos indicaron un deterioro cognitivo moderado</p>		<p>problemas visuales y auditivos, autodescuido y abuso de ancianos, desnutrición, problemas de alimentación y alimentación, problemas de sueño e incluso mareos y síncope también se han incluido bajo el título de GS.</p>	
6	<p>Moon, Shinje Roh, Yong Kyun Yoon, Jong Lull Jang, Ki Un Jung, Hun Jong Yoo, Hyung Joon Jang, Hak Chul, 2019.</p>	<p>Pregunta 1: Se observaron limitaciones en las extremidades inferiores en 27. 2% de los participantes en el grupo DM en comparación con el 21,2% de los</p>			<p>Pregunta 4: En los pacientes tratados con síndrome de inmovilización y</p>	

		participantes en el grupo sin DM ( $p < 0,001$ ). El deterioro funcional, según lo evaluado por ADL y IADL, existió en el 32,2% de los participantes en el grupo con DM en comparación con el 26,8% de los participantes en el grupo sin DM ( $p < 0,001$ ).			además paciente con diabetes mellitus poseen complicaciones con respecto a la diabetes como: la angina de pecho, el infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular y la enfermedad renal crónica.	
7.	Salisbury, D., Plocher, T. Yu, F., 2021		Pregunta 2: Enfermedad cardiovascular sintomática.			
			La atenuación de la neurodegeneración de la enfermedad de Alzheimer EA			
8	Liang, Yajun Rausch, Christian Laflamme, Lucie Möller, Jette, 2018		Pregunta2: Hay varios factores asociados con el SG		Pregunta 4: Las enfermedades crónicas (como	

			que incluyen edad avanzada (generalmente > 65 años), estilos de vida poco saludables (p. Ej., Trastorno por consumo de alcohol), deterioro funcional (p. Ej., Movilidad o cognición deterioradas), antecedentes de caídas, enfermedades (p. Ej., Comorbilidad múltiple) y uso de medicamentos (p. ej., uso de medicamentos psicoactivos).		obesidad, hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], discapacidad auditiva, problemas de visión, deterioro funcional, insomnio e incontinencia urinaria).	
9	Martinez- Peromingo, J. Castañeda, A. Muñana, A. Baeza, M. E. de Peralta, P. Fuentes, C. Barba, R., 2019.	Pregunta 1: En cuanto a la pérdida de la capacidad de caminar, hubo diferencias entre los pacientes hospitalizados en la UIPF y los de la UC (6 [2,1%] vs 47 [25,3%] pacientes, respectivamente; p			Pregunta 4: Los elementos clave de este cuidado incluyen la identificación del riesgo de caídas, la optimización farmacológica, la evaluación del	

		<0,01.			estado cognitivo y afectivo, la evaluación de la nutrición, la identificación de apoyo social y recursos comunitarios y la movilización y la prevención del delirio. Las intervenciones sobre la fragilidad centradas en la actividad física han demostrado ser eficaces para retrasar e incluso revertir el deterioro funcional y la discapacidad en pacientes ambulatorios.	
10	Ocampo-Chaparro, José Mauricio Mosquera-Jiménez,		Pregunta 2: Entre los factores comunes asociados al			

	<p>José Ignacio Davis, Annabelle S. Reyes-Ortiz, Carlos A, 2018.</p>		<p>DF durante la hospitalización se incluyen la edad, la comorbilidad, un DF previo, la inmovilidad, las caídas en el último año, el deterioro cognitivo, el delirium, la depresión y la polifarmacia. Los estudios han demostrado que tanto el deterioro cognitivo como el delirium se han asociado de forma independiente con el DF durante la hospitalización. Además, disminución de la masa ósea, de la fuerza muscular, de la densidad</p>			
			<p>mineral óseo, de la capacidad aeróbica, de la sensibilidad</p>			

			barorreceptora, del agua corporal, de la ventilación pulmonar; presencia de inestabilidad vasomotora, y alteraciones neurosensoriales.			
11	Izquierdo, Mikel Martínez-Velilla,  Nicolás  Casas-Herrero, Alvaro  Zambom-Ferraresi, Fabricio Sáez De Asteasu, Mikel L. Lucia, Alejandro Galbete, Arkaitz García-Baztán, 2019.			Pregunta 3: Los protocolos de ejercicio y rehabilitación temprana aplicados durante la hospitalización aguda pueden prevenir el deterioro funcional y cognitivo en pacientes mayores y están asociados con una duración de la estadía	Pregunta 4: A los pacientes con deterioro cognitivo o multimorbilidad al inicio del estudio son comúnmente excluidos de los ensayos de intervención de ejercicio, y los programas conservadores o tradicionales porque hay	

					complicaciones por una incorrecta aplicación de ejercicios, sobre	
					todo, a octogenarios y nonagenarios.	
12	Valenzuela, Pedro L. Morales, Javier S. Pareja-Galeano, Helios Izquierdo, Mikel Emanuele, Enzo de la Villa, Pedro Lucía, Alejandro			Pregunta 3: Otras estrategias factibles para los pacientes que no quieren o no pueden realizar ejercicio voluntario comprenden estimulación eléctrica neuromuscular, vibración y restricción del flujo sanguíneo. Sin embargo, idealmente deberían	Pregunta 4: En este sentido, la inactividad física, especialmente el reposo en cama, es un factor clave que contribuye al inicio de la disminución de la capacidad funcional en los ancianos. Diez días de reposo en cama resultan en una marcada reducción de la masa muscular y la fuerza, la velocidad al caminar y la	

				aplicarse de forma sincrónica con el ejercicio voluntario para obtener beneficios sinérgicos.	capacidad funcional en las personas mayores todos estos cambios están relacionados con un mayor riesgo de eventos adversos relacionados con la salud y mortalidad Aunque se ha producido una	
					pérdida de masa muscular, fuerza, potencia, capacidad aeróbica y capacidad funcional.	
13	Lyons, Adam Romero-Ortuno, Roman Hartley, Peter 2019		Pregunta 2: Factor estresante: muchas personas mayores experimentan una pérdida de función. Asimismo, otro factor asociado es el síndrome geriátricos o	Pregunta 3: La atención hospitalaria es crucial para rehabilitar esa pérdida de función y minimizar el grado de		

			caídas.	pérdida funcional asociada a la enfermedad. Como resultado, las muestras de pacientes hospitalizados muestran una mejora promedio en las puntuaciones de movilidad funcional desde la admisión hasta el alta hospitalaria		
14	Calero-García, María José		Pregunta 2: El mayor impacto en los niveles de		Pregunta 4: El deterioro funcional durante la	
	Ortega, Ana Raquel Navarro, Elena Calero, María Dolores 2017		dependencia funcional y deterioro cognitivo proviene de los días de reposo en cama del		hospitalización repercute negativamente en los pacientes	

			paciente en el hospital, más que del total de días de hospitalización		adultos mayores ' calidad de vida, que se ve agravada aún más por un deterioro de las capacidades cognitivas, ya que la hospitalización conlleva un deterioro de las relaciones sociales, fomenta el aislamiento y la depresión y aumenta la dependencia funcional.	
15	Mollinedo Cardalda, Irimia López, Adriana Cancela Carral, José María 2019		Pregunta 2: El mayor impacto en los niveles de dependencia funcional y deterioro cognitivo proviene de los días de reposo en cama del paciente en el hospital, más que del	Pregunta 3: Los participantes asignados a TG realizaron un programa de ejercicio físico basado en la fuerza enfocado en miembros	Pregunta 4: Además de requerir ingreso hospitalario y / o tratamiento quirúrgico, las fracturas aumentan los factores de riesgo	

				inferiores,	que contribuyen a la discapacidad y dependencia en los adultos mayores.	
			total de días de hospitalización.	mediante bandas elásticas de resistencia Hubo un total de 24 sesiones, programadas como 2 sesiones no consecutivas a la semana durante 12 semanas, con una duración de 60min por sesión. Las sesiones consistieron en 10min de ejercicios de calentamiento trabajando la movilidad de las		

				articulaciones de tobillo, rodilla y cadera; una parte principal de 45min, que consistió en 10 ejercicios de fortalecimiento para los miembros inferiores (plantares y dorsales flexores, flexores y extensores de rodilla, flexores, extensores, abductores y rotadores de cadera) de los cuales 2 - 4 se utilizan por sesión; un enfriamiento de		
--	--	--	--	--	--	--

				5min, con estiramiento de los músculos antes mencionados.		
16	Jerez-Roig, Javier De Brito MacEdo Ferreira, Lidiane Maria De Araújo, José Rodolfo Torres Lima, Kenio Costa, 2017.	Pregunta 1: Un total de 77 personas institucionalizadas en edad frágil (70,1% mujeres, $84,8 \pm 7,9$ años). Pregunta 3:	Pregunta 2: Tres estudios longitudinales en diferentes países también han identificado la incontinencia fecal y / o urinaria como factores de riesgo			
		El programa TG generó alguna mejora en el estado cognitivo e independencia funcional, mientras que en el componente físico y mental de la S-12 se generó una mejora significativa. El programa emprendido por MG mostró una tendencia	significativos para el deterioro funcional en adultos mayores institucionalizados			

		a la estabilización de los parámetros mencionados, mientras que el GC mostró una tendencia al deterioro.			
17	Jachan, Deborah Elisabeth Müller-Werdan,  Ursula Lahmann, Nils Axel  2019		Pregunta 2: La asociación significativa entre la movilidad reducida y la IU en los residentes de hogares de ancianos. La incontinencia urinaria crónica y grave ejerció el mayor impacto en		Pregunta 4: Los factores de riesgo más comunes de síndromes geriátricos como lesiones por presión, caídas e IU. La evidencia también respalda una relación entre la IU y la
			la calidad de vida relacionada con la salud.		inmovilidad. Estas observaciones indican la necesidad de realizar más investigaciones que aborden el

					<p>tema de la incontinencia en los ancianos frágiles.</p> <p>Otro factor de riesgo sería la presencia de dermatitis asociada a incontinencia o lesiones por presión</p>	
18	<p>Asp, M. Simonsson, B. Larm, P. Molarius, A. 2017</p>		<p>Pregunta 2:</p> <p>Otra característica que se asocia con el peso y que aumenta a medida que las personas envejecen es la movilidad física alterada. La movilidad física deteriorada generalmente incluye discapacidades de las actividades de la vida diaria, como caminar distancias cortas, subir escaleras y ducharse.</p>		<p>Pregunta 4:</p> <p>Los estudios longitudinales muestran que la obesidad predice la movilidad física deteriorada como producto de dos procesos simultáneos en los que envejecer se asocia con una disminución de la masa muscular, pero también un</p>	

					aumento de la masa grasa.	
19	Surkan, Megan J. Gibson, William, 2018.		Pregunta 2: La discapacidad asociada al hospital	Pregunta 3: 1. Evaluación inicial de la capacidad	Pregunta 4: Uno de los principales impulsores del daño	Pregunta 5: Se promueve un cambio cultural para
			conduce a la incapacidad para deambular, a la hospitalización prolongada, a mayores gastos de atención médica y a una mayor necesidad de institucionalización después del alta	funcional re independiente AVD y AVD por terapia ocupacional y revisadas por el equipo de atención. 2. Revisión de la medicación: revisión frecuente de la justificación de la medicación y si ha ocurrido algún efecto adverso no reconocido, en particular	iatrogénico en los adultos mayores es la inmovilidad inducida por el hospital, la llamada " parálisis del pijama ". Las personas mayores hospitalizadas a menudo están confinadas a la cama incluso después de que su enfermedad aguda haya mejorado; no solo por factores físicos como sondas urinarias potencialmente innecesarias y	el tratamiento del síndrome de inmovilización en el cual intervienen el personal de enfermería que debe concentrar la asistencia la movilización del paciente 3 veces al día y la asistencia en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia a la movilización</li> <li>• Asistencia y apoyo frecuentes y progresivos</li> <li>• Visualización de las comidas</li> <li>• Actividades</li> </ul>

				<p>delirio.          Considere el método de evaluación de la confusión una vez al día que califica con signos vitales.          3. La movilización ocurre temprano, en el fi primeras 24 horas, y consistentemente durante toda la estadía en el hospital.</p>	<p>equipo de monitoreo, sino también por la cultura que se encuentra a menudo en el hospital de mantener a los pacientes en cama la mayor parte del día.</p>	<p>cognitivas,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estímulo para seguir realizando las AVD de forma independiente</li> <li>• Velar por el uso de ayudas</li> </ul>
				<p>4. Considere una consulta geriátrica para una evaluación geriátrica integral.          5. El uso de dispositivos médicos de</p>		<p>auditivas y visuales.</p>

				<p>sujeción, como líneas intravasculares, cables de telemetría, tubos de oxígeno y catéteres urinarios, se evita en la medida de lo posible y se retiran rápidamente. Considere si los medicamentos orales pueden reemplazar a los intravenosos y la unidad de telemetría portátil puede reemplazar los cables del monitor cardíaco.</p> <p>6. Educación: se</p>		
--	--	--	--	--	--	--

				educa a los		
				<p>pacientes y sus familias sobre los daños de la hospitalización, el riesgo de perder la independencia y la importancia de la participación en el progreso de la movilidad.</p> <p>7. Movilización  TID: objetivo de movilizar al paciente 3 veces al día: esto podría hacerse prácticamente una vez con fisioterapia, una vez con enfermería y una vez con el paciente ' s</p>		

				familia. 8. Nutrición adecuada: comidas supervisadas, proporcionar asistencia si es necesario. Los		
				recuentos de calorías y las consultas dietéticas están indicadas con frecuencia en adultos mayores vulnerables.		
20	García, S. Alòs, J. Guallar, J. Viu, M. Serra-Prat, M., 2021.		Pregunta 2: Aparte de la inmovilidad, los principales factores de riesgo de FPU son la edad, el origen de la residencia geriátrica y la imposibilidad de vivir al aire libre		Pregunta 4: UPF (úlceras por presión del pie) tiene una alta incidencia entre los ancianos hospitalizados; la mayoría son de grado 1 y se ubican en el talón. Se debe	

					prestar más atención a la prevención de las úlceras por presión en sujetos frágiles hospitalizados	
21	Menéndez Colino, R. Mauleón Ladrero, M. C. Condorhuaman Alvarado, P. González Montalvo, J. I., 2017.	Pregunta 1: La prevalencia de inmovilidad y discapacidad se incrementa con la edad, mientras que alrededor de un 18% de las personas mayores de 65 años				
		tienen problemas para moverse sin ningún tipo de ayuda, esta cifra se eleva hasta el 50% en personas de más de 75 años.				
22	Pereral, Sol Manuel, José Tejeda, Contreras 2019		Pregunta 2: Las enfermedades cerebrovasculares, los padecimientos pulmonares y el cáncer fueron los factores de	Pregunta 3: La implementación del protocolo de diagnóstico	Pregunta 4: Las complicaciones más recurrentes fueron la	

			<p>riesgo biológico de inmovilización que ocuparon los tres primeros lugares en ese mismo orden de frecuencia en nuestro estudio. Dentro de los factores de riesgo psicológicos el más repetido fue la confusión aguda, seguida por la depresión y la demencia</p>	<p>y atención del síndrome de inmovilización, la bronconeumonía, las úlceras por presión y la constipación al ser las complicaciones más recurrentes que se presentaron en los pacientes estudiados, respectivamente</p>	<p>bronconeumonía, las úlceras por presión y el estreñimiento, seguidas por la incontinencia y la tromboflebitis de miembros inferiores.</p>	
23	Torres de Araújo, José Rodolfo		<p>Pregunta 2: Los factores sociales, nutricionales y</p>		<p>Pregunta 4: Las limitaciones de movilidad pueden</p>	
	Tomaz-de Lima, Rafael Rodolfo Ferreira- Bendassolli, Ila Maria Costa-de Lima, Kenio, 2018.		<p>funcionales pueden estar involucrados con limitaciones de movilidad. Generalmente se asocian con el</p>		<p>ocurrir de varias maneras, como dificultades para moverse, subir o bajar escaleras. Con el tiempo,</p>	

			desacondicionamiento físico y pueden tener un impacto en el funcionamiento de los sistemas fisiológicos. La reducción de las reservas fisiológicas en los adultos mayores a lo largo de los años facilita las limitaciones		pueden surgir restricciones importantes que impliquen el uso de sillas de ruedas (usarlas con inseguridad) o dispositivos de asistencia a la locomoción.	
24	D'hyver De Las Deses, Carlos, 2017			Pregunta 3: En Italia se ha visto que la VGI en los pacientes que van a requerir una cirugía les permite identificar a aquellos sujetos con alto riesgo de eventos adversos perioperatorios y poner en marcha medidas	Pregunta 4: En especial en la persona adulta mayor, las enfermedades tienen presentaciones atípicas (infecciones sin elevación de la temperatura, infartos de miocardio sin dolor, etc.), y adicionalmente, para favorecer su manejo integral se	

				preventivas, como es el caso del	han integrado síndromes geriátricos como	
				delirium postquirúrgico.	inmovilidad, caídas, deterioro cognitivo, malnutrición, sarcopenia, etc., esto hace necesario familiarizarse con ellos, conocerlos, identificarlos e iniciar un manejo multidisciplinario.	
25	Ulloa Chávez, Odalys Martínez Muñoz, Lidiana Hernández Ferrerías, Kiria Fernández Correa, Linnet 2019	Pregunta 1: La prevalencia e incidencia de los problemas de movilidad en los ancianos aumentan con la edad. Por otro lado, la primera varía en dependencia de las circunstancias. Se estima que entre el 15 y 18 % de los mayores de 65 años tienen	Pregunta 2: Los hábitos tóxicos como el tabaquismo son responsables de múltiples enfermedades que constituyen factores de riesgo para la inmovilidad. Dentro de las causas más frecuentes de inmovilidad aguda		Pregunta 4: La inmovilidad es una entidad sindromática que deteriora de manera significativa la calidad de vida de los adultos mayores ya que el anciano inmovilizado es un	

		problemas para movilizarse por sí mismos; el 53 % de los ancianos de más de 75 años presenta dificultades para salir de casa, y el 20 % está prácticamente confinado en su domicilio. De un 7 a	prevalecen en la presente investigación el llamado síndrome del cuidador.		paciente de alto riesgo para la aparición de complicaciones de sistemas digestivo, respiratorio, cardiovascular y la piel.	
		un 22 % de los ancianos hospitalizados sufren de restricciones físicas; el 50 % de los ancianos hospitalizados en forma aguda fallecen a los 6 meses.				
26	Jordán Agud, Ana Isabel Estrada Reventos, Dolors, 2018.	Pregunta 1: El estado funcional de los ancianos se valoró mediante el índice de Barthel ( $83,4 \pm 22,3$ ) y la escala de Lawton ( $3,75 \pm 2,8$ ). Un 39% (n = 101) representaba a los pacientes independientes para las				Pregunta 5: El papel de enfermería se ha demostrado fundamental en la atención integral de estos pacientes, enseñando técnicas y habilidades para el autocuidado, que

		<p>ABVD, un 49% (n = 127) eran dependientes leves, un 6% (n = 6) dependientes moderados, un 4% (n = 11) dependientes graves y solo un 2%</p>				<p>comprendan mejor el proceso del envejecimiento y de las enfermedades crónicas asociadas a la edad. Para ello es importante empoderar al paciente, fortaleciendo sus capacidades para afrontar su situación, retrasar la</p>
		<p>(n = 5) fueron valorados como dependientes totales. Si valoramos tanto el índice de Barthel como la escala de Lawton y las franjas de edad, observamos que los pacientes comprendidos entre 70 y 80 años fueron mayoritariamente independientes, y que la dependencia aumentó progresivamente con la</p>				<p>dependencia y aumentar su calidad de vida.</p>

		edad.				
27	Cano-Gutiérrez, Carlos Borda, Miguel Germán Reyes-Ortiz, Carlos Arciniegas, Antonio J. Samper-Ternent, Rafael 2017		Pregunta 2: La declinación funcional produce un amplio espectro de efectos negativos, como dificultad para la movilidad, aislamiento social, deterioro de la calidad de vida, discapacidad e internación en instituciones especializadas, lo cual		Pregunta 4: El deterioro de la funcionalidad incrementa los costos de atención en salud, incluida la necesidad de tener un cuidador permanente o de internarse en instituciones especializadas y	
			convierte la medición de la funcionalidad en un marcador importante del bienestar.		conlleva el deterioro de la calidad de vida. Por ello, se recomienda la evaluación rutinaria del estado funcional en las personas mayores de 60 años para, así, determinar su estado y los factores de riesgo	

					cuya evitación puede permitir mejores resultados y prevenir el deterioro funcional y sus complicaciones.	
28	Ibarra Cornejo, José Luis Fernández Lara, María José Aguas Alveal, Elena Viviana Pozo Castro, Alex Felipe Antillanca Hernández, Bárbara Quidequeo Reffers, Diego Galvarino 2018		Pregunta 2 La inmovilidad, el reposo prolongado en cama y la disminución de la actividad física representan un factor predisponente al desarrollo o al agravamiento de ciertas condiciones patológicas relacionadas en mayor medida con los sistemas		Pregunta 4: A pesar de que durante muchos años fue aceptado el reposo prolongado en cama en pacientes hospitalizados, y eso se debe a que el personal de salud busca a toda costa evitar los efectos adversos asociados a la atención en salud; sin embargo, la evidencia científica	
			cardiovascular, respiratorio y		logró demostrar lo contrario.	

			musculoesquelético.			
29	Castellanos-Perilla, Nicolás Borda, Miguel Germán Fernández-Quilez, Álvaro Aarsland, Vera Soennesyn, Hogne Cano-Gutiérrez, Carlos Alberto, 2020.		Pregunta 2: Factores sociodemográficos (edad, ser mujer, menos años de escolaridad) (4,16). Otros factores relacionados con el deterioro del estado funcional incluyen el nivel socioeconómico, que se encontró que era más alto entre aquellos con una condición socioeconómica más baja en una cohorte chilena (17). La mayor incidencia y prevalencia de la obesidad se correlaciona con la enfermedad cardiovascular y	Pregunta 3: La prevención devendría a través de la movilidad temprana y las intervenciones de rehabilitación física durante la hospitalización de pacientes agudos, que pueden mejorar los resultados funcionales de una manera segura y rentable. Es por eso que esta revisión se centra en los efectos del reposo en cama sobre los principales		

				sistemas que pudiesen generar un decline funcional.		
			afecta el estado funcional en la región.			
30	Hullick, C.J., Email Author, Hall, A.E, Conway, J.F, Hewitt, J.M, Darcy, L.F, Barker, R.T., Oldmeadow, C., Attia, J.R., 2021.			Pregunta 3: El diseño de cuña escalonada permitió una evaluación rigurosa de una intervención a gran escala del mundo real. Estos resultados confirman que el programa ACE puede ampliarse a una gran área geográfica y puede reducir las visitas al servicio de		Pregunta 5: El programa de atención de emergencia para ancianos (ACE) es una intervención integrada dirigida por enfermeras, respaldada por una comunidad de práctica diseñada para mejorar la capacidad de las personas mayores en instalaciones residenciales (RACF) para el manejo de residentes con malestar agudo. Por

				urgencias y la hospitalización de personas mayores con necesidades de atención médica complejas que viven en RACF.		tanto, los cuidados de enfermería contemplan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soporte telefónico, algoritmos basados en evidencia,</li> </ul>
						definición de objetivos de atención para la transferencia al servicio de urgencias. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de casos en el servicio de urgencias y</li> <li>• un programa educativo.</li> </ul>
31	Ramírez-Martín, R. Email Author, Menéndez Colino, R., Déniz González, V.a, Gazo Martínez, J.A., Marijuán Martín, J.L., González- Montalvo,			Pregunta 3: El apoyo de la Geriátría Cruzada en pacientes mayores de 80 años ingresados	Pregunta 4: Se estudiaron dos tipos de pacientes: Tipo 1, que ingresaron en Urgencias, y Tipo 2, ingresos	

	J.I., 2021.			en Cirugía General es un modelo de atención eficiente. Estos datos avalan su implantación en hospitales donde aún no se ha	programados para intervención por cáncer colorrectal.	
				desarrollado esta línea asistencial.		
32	Crawford A, Harris H., 2017.		<p>Pregunta 2: Los procesos de enfermedad que afectan directamente a la movilidad incluyen trastornos de los sistemas nerviosos central y periférico, trastornos musculoesqueléticos y neuromusculares. Entre las enfermedades del sistema nervioso que pueden deteriorar</p>	<p>Pregunta 3: El cumplimiento de las estrategias de prevención y tratamiento recomendadas puede marcar la diferencia de forma importante en la recuperación de la movilidad del</p>		<p>Pregunta 5: Por parte de enfermería se debería ejecutar una Evaluación continua y cuidados de enfermería centradas en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El estado nutricional afecta tanto a la posibilidad de que el paciente presente complicaciones</li> </ul>

			<p>la movilidad pueden citarse parálisis cerebral, esclerosis múltiple y enfermedad de Parkinson. Entre los trastornos musculoesqueléticos que reducen la movilidad cabe citar distrofia muscular, osteoartritis y artritis reumatoide. Otros trastornos que pueden deteriorar la movilidad son las</p>	<p>paciente o en el desarrollo de complicaciones relacionadas con la inmovilidad. Eduque a los pacientes y a sus familias sobre los riesgos del deterioro de la movilidad y sobre la importancia de mantener el más alto nivel de actividad física</p>		<p>relacionadas con la inmovilidad como a la capacidad del paciente de recuperar la movilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compruebe el consumo de</li> </ul>
			<p>deformidades congénitas, como la osteocondrodisplasia y las enfermedades que contribuyen al agotamiento físico, como la insuficiencia cardíaca y la</p>	<p>posible. Hable de la importancia de girar y volver a colocar al paciente para mantener la integridad de la</p>		<p>alimentos del paciente y el tamaño de las raciones, el peso diario, el balance hídrico y el nivel de actividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando sea necesario, ayude al</li> </ul>

			<p>enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Las lesiones ortopédicas, de la cabeza y de la columna traumáticas pueden reducir enormemente la movilidad.</p>	<p>piel y explique que los ejercicios pasivos y activos de movimiento ayudarán al paciente a mantener la flexibilidad articular, la fuerza y la masa musculares.</p>		<p>paciente a comer, hable sobre las preferencias alimentarias con el paciente/la familia y consulte a un dietista.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifique los valores de laboratorio relacionados con la nutrición, como la albúmina</li> </ul>
						<p>sérica, proteína sérica, glucemia y electrolitos clave, como sodio, potasio, magnesio y calcio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes debilitados son más propensos a la infección; por tanto, controle los signos como fiebre y leucocitosis.</li> </ul>
33	Johnson, N.F,			Pregunta 3:	Pregunta 4:	

	<p>Email Author, Hutchinson, C. Hargett, K., Kosik,  K., Gribble, P.d,  2021.</p>			<p>Los resultados sugieren que el entrenamiento de flexibilidad puede ser un modo eficaz de ejercicio de bajo nivel para mejorar los resultados funcionales. El estiramiento</p>	<p>Las caídas y la pérdida de autonomía a menudo se atribuyen en gran parte a deficiencias musculoesqueléticas en la edad adulta tardía. La disminución de la flexibilidad relacionada con la</p>	
				<p>estático puede ayudar a mejorar la salud musculoesquelética, promover la autonomía y disminuir la mortalidad en</p>	<p>edad contribuye al deterioro musculoesquelético tardío de la edad adulta</p>	

				<p>los adultos mayores que viven en la comunidad. Los participantes completaron un protocolo de estiramiento estático que consta de 3 sesiones semanales de estiramiento de 1 hora.</p>		
34	Aurora, F. V., Iyemair, R. H., & Maricela, P. J., 2017.					<p>Pregunta 5: Desde la enfermería geriátrica se pretende proporcionar una atención individualizada al anciano y su entorno Intervención:</p>

						<p><b>Suplencia:</b> el cuidador efectúa por completo la acción de enfermería, al presentar el anciano una total incapacidad para la misma.</p> <p><b>Ayuda:</b> el cuidador contribuye parcialmente a la ejecución de una acción, al presentar el anciano una cierta limitación física o psíquica que le impida hacerlo solo.</p> <p><b>Refuerzo:</b> el cuidador está a disposición del anciano. Solo se le indica la acción a realizar en un determinado momento. Eso quiere decir que el anciano es</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<p>autónomo.</p> <p><b>Promotor:</b> el cuidador actúa con el anciano dando consejos y orientaciones y animando a que el anciano emprenda y</p>
						<p>ejecute el mismo una determinada acción.</p>
35	<p>Cordero Cabrera M, Ferro González B, García Veloz M, Domínguez Álvarez J., 2019.</p>		<p>Pregunta 2:</p> <p>Estudios muestran la necesidad de mayor acompañamiento de los cuidadores por el equipo de salud, ya que el cuidado exige una preparación emocional y técnica; factores como la falta de preparación para el cuidado y la ausencia de soporte familiar y profesional sobrecargan al cuidador.</p>		<p>Pregunta 4:</p> <p>Se plantea que los efectos se sienten más cuando la condición socio-económica del cuidador es menor y el enfermo tiene mayor dependencia. En el mejor de los casos, la familia es capaz de unirse en ese momento, establecer rutinas de rotación de las</p>	<p>Pregunta 5:</p> <p>Uno de los cuidados a tener en cuenta en pacientes con síndrome de inmovilización se centra en:</p> <p>Escuchar y comunicarse. Pues constituye una de las claves en la relación de cuidados, es muy necesario apoyar y potenciar desde las áreas de desempeño de enfermería.</p>

					<p>actividades y servir de soporte al cuidador, mientras la enfermedad avanza, las relaciones familiares se alteran y se complican las rutinas cotidianas.</p>	<p>La evidencia indica que los cuidadores son más competentes y disminuyen los niveles de estrés cuando tienen un apoyo formal que les ayude a potenciar sus habilidades y conocimientos, lo cual</p>
						<p>contribuye a mejorar la calidad de vida del binomio cuidador- cuidado. En cuanto al dominio de habilidades técnicas para brindar cuidados oportunos al adulto mayor encamado, se encontró que los cuidadores informales no tienen</p>

						<p>un correcto dominio de las habilidades técnicas. De ahí la necesidad del personal de enfermería, puesto que los resultados de esta investigación coinciden con estudios de sobrecarga del cuidador familiar, donde se determinó que los cuidadores familiares carecían de la habilidad requerida para dar un cuidado competente, y a pesar de ello asumen la responsabilidad de cuidar.</p>
	<p>Christopher RB, Buckcanan Vargas A, Benavides Jiménez. Gabriela., 2019.</p>			<p>Pregunta 3: Se ha asociado la inactividad física con</p>	<p>Pregunta 4: Sarcopenia se asocia a menudo con una condición</p>	

				<p>pérdida de fuerza y masa muscular, por lo tanto, un régimen de ejercicios es la piedra angular del tratamiento de la sarcopenia. El ejercicio de resistencia ha demostrado un aumento en la síntesis de proteínas a nivel muscular a corto plazo. Entrenamiento de resistencia y fuerza han demostrado ser efectivos para prevención y tratamiento de sarcopenia, en especial el de</p>	<p>médica subyacente, siendo imperativo tratar esta condición de fondo antes de la sarcopenia como tal. La caquexia por ejemplo se caracteriza por una severa pérdida de músculo que va de la mano con enfermedades como cáncer, miocardiopatías, e insuficiencia renal en estadios finales.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

				resistencia que influye en el sistema neuromuscular aumentando las concentraciones y tasa de producción de proteína. La intervención con ejercicio debe durar como mínimo 3 meses para lograr un impacto en la función muscular.		
37	Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al., 2018.		Pregunta 2: Factores asociados: El panel de dolor, agitación / sedación, delirio, inmovilidad (movilización / rehabilitación) y	Pregunta 3: Se enfatiza la importancia de la evaluación del dolor previa al procedimiento y la analgesia	Pregunta 4: De hecho, el dolor severo durante el procedimiento se asocia con eventos adversos graves (p. Ej., Taquicardia,	

			sueño (interrupción).	preventiva, cuando sea apropiado, para los procedimientos	bradicardia, hipertensión, hipotensión, desaturación, bradipnea y dificultad	
				que se sabe causan dolor.	respiratoria) que se pueden prevenir con una evaluación adecuada del dolor y analgesia preventiva.	
38	Brennan-Olsen SL, Cook S, Leech MT, Bowe SJ, Kowal P, Naidoo N, et al., 2017.		<p>Pregunta 2:</p> <p>La alta prevalencia de artritis en los PIBM es preocupante y puede empeorar la pobreza al afectar la capacidad para trabajar y cumplir con los roles comunitarios.</p> <p>En todo el mundo, los trastornos musculoesqueléticos representan una amenaza global para</p>		<p>Pregunta 4:</p> <p>Para ambos sexos y en todos los países de ingresos bajos y medianos, la artritis fue más prevalente entre los que tenían menos educación y entre las mujeres separadas / divorciadas / viudas disminuyendo así</p>	

			<p>el envejecimiento saludable, y se clasifican como la segunda causa más común de discapacidad, medida por años vividos con discapacidad (AVD). Los países de ingresos</p>		<p>su capacidad de movilidad.</p>	
			<p>bajos y medianos (PIBM) no son inmunes a la carga de enfermedades musculoesqueléticas; de hecho, la prevalencia de este grupo de enfermedades no transmisibles (ENT) está aumentando drásticamente en los PIBM.</p>			
39	Romero Á, mores L, Cardona Y., 2018		<p>Pregunta 2: Las caídas son uno de los factores asociados,</p>	<p>Pregunta 3: La movilización de los enfermos</p>	<p>Pregunta 4: El reposo prolongado en cama</p>	<p>Pregunta 5: El rol de la enfermería se desarrolla mediante</p>

		entre ellas las fracturas (la de cadera como sitio frecuente y causa usual de ingreso hospitalario), hematomas (el subdural, muy peligroso), inmovilidad, aislamiento, dependencia,	hospitalizados es tarea de todos: del propio enfermo, sus familiares y cuidadores, médicos, enfermeras, estudiantes, asistentes de pacientes y	está asociado a complicaciones como constipación, hipotensión postural, caídas, úlceras por presión, neumonía aspirativa y trombosis venosa, entre otros.	lo siguiente: Revisar diariamente la piel. No usar alcohol o colonia directamente sobre la piel. Ingesta diaria de líquidos. Dieta variada con importante aporte proteico y vitaminas favoreciendo el buen mantenimiento de la
		depresión e institucionalización.	personal de rehabilitación.		piel. Ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. No utilizar restricciones físicas o farmacológicas si no están indicadas. Los cambios posturales se realizan cada 2-3 horas y en pacientes

						<p>que puedan estar sentados se realizará cada hora, descargando el peso sobre los glúteos. Nunca deslizar al paciente sobre el lecho, debe moverse en bloque para evitar las erosiones de la piel por fuerzas de cizallamiento. Aplicar masajes. Proveer dispositivos especiales que alivien la presión como colchones, cojines. nunca dispositivos tipo flotador; no sustituyen la movilización.</p>
						<p>Realizar actividad física siempre que se pueda, ya sean ejercicios activos o pasivos.</p>

						<p>Fisioterapia respiratoria: inflar globos, aerosoles, palmo percusión, vibrador.</p> <p>Psicoactivantes; hablar con el enfermo para mantenerlo orientado, brindar confianza y calmar su ansiedad.</p>
40	<p>Kotb, M.A. Email Author, Kamal, A.M. Email Author, Aldossary, N.M. Email Author, Alsify, A.A. Email Author, Ahmed, Y.M., 2020.</p>		<p>Pregunta 2: Las prácticas de cuidado hospitalario son inadecuadas, debido a que promueven el reposo en cama lo cual puede generar desenlaces adversos como desacondicionamiento físico, síndrome de inmovilidad, neumonía y</p>	<p>Pregunta 3: La medida preventiva se realiza mediante intervenciones dirigidas a modificación del entorno, cuidado centrado en el anciano, revisión del manejo farmacológico,</p>	<p>Pregunta 4: La inmovilidad lleva a la rápida pérdida de masa muscular, disminuye la síntesis de proteínas musculares, produce cambios en articulaciones generando dolor, alterando la movilidad y capacidad aeróbica</p>	

				programas de		
			embolismo pulmonar entre otros. Debido a los cambios fisiológicos con el envejecimiento que disminuyen la reserva muscular.	ejercicio y diseño del egreso geriátrico planeado, ha mostrado tener buenos resultados en la prevención y / o manejo de la declinación funcional.	además de favorecer el desarrollo de hipotensión postural y úlceras por presión.	
41	Sarabia-Cobo, C. Email Author, Pérez, V., de Lorena, P., Hermosilla- Grijalbo, C., Sáenz-Jalón, M., Fernández- Rodríguez, A., Alconero- Camarero, A.R., 2017.				Pregunta 4: En el marco de pandemia se refleja en los pacientes geriátricos: malestar psicológico en forma de ansiedad y agotamiento emocional, aspecto psicológico muy prevalente en esta	

					situación pandémica. El deterioro emocional presente se da también en otros estudios del mismo carácter, en	
					el cual coinciden que se debe formular un modelo de atención más adecuado en hogares de ancianos.	
42	Cimas M, Ayala A, Sanz B, Agulló-Tomás MS, Escobar A, Forjaz MJ., 2018.		Pregunta 2: Los factores asociados explorados fueron fumar (alguna vez fumar diariamente), beber (más de dos vasos de alcohol casi todos los días), índice de masa corporal (IMC) e inactividad física. Factores			

			dietéticos asociados con IMC o la menor ingesta de vitaminas han sido relacionado con un aumento de la osteoartritis.			
43	Z, Zhou X, Cao J, Li Z, Wan X, Li J, et al, 2018.			Pregunta 3: Para una mejor prevención hacia este síndrome que afecta al adulto mayor, se toma en cuenta los programas de educación sobre		Pregunta 5: Asimismo, la intervención del personal de enfermería se traduciría a: - Revisar la piel, por lo menos una vez al día.
				úlceras por presión mejoran el conocimiento de las enfermeras. Ayudando a adquirir actitudes profesionales que les permitieron		- Evaluar las zonas comunes de presión: talones, glúteos, espalda, codos y parte posterior de la cabeza. - Asistir con la asepsia correcta en las zonas implicadas.

				mejorar la calidad de la atención de enfermería.		
44	Li J, Wu X, Li Z, Zhou X, Cao J, Jia Z, et al., 2019	<p>Pregunta 1:</p> <p>El estudio incluyó a 23.637 pacientes en 213 salas y se reclutó a 19.530. La incidencia global de complicaciones graves por inmovilidad fue del 5,41%.</p>			<p>Pregunta 4:</p> <p>Las principales complicaciones de inmovilidad incluidas en nuestro estudio fueron úlceras por presión, trombosis venosa profunda, neumonía e infección del tracto urinario.</p>	<p>Pregunta 5:</p> <p>La dotación de personal de enfermería suficiente y los títulos profesionales superiores de las enfermeras podrían contribuir a reducir la incidencia de complicaciones graves por inmovilidad. Por tanto, el rol de enfermería para paliar las patologías</p>
						<p>relacionadas con el síndrome de inmovilización debe centrarse en la promoción de estudios superiores. Es decir, mientras</p>

						más estudios especializados ha podido obtener mantiene una mejor calidad de vida para el paciente geriátrico. Si bien, no se señala las prácticas adecuadas de cuidado, se insta la formación continua para el mejoramiento de habilidades de atención al paciente encamado
45	Miranda Rocha AR, Martinez BP, Maldaner da Silva VZ, Forgiarini Junior LA ., 2017.			Pregunta 3: Las estrategias de movilización precoz en la unidad de cuidados intensivos pueden asociarse a la prevención y una reducción		

				de la polineuropatía del paciente crítico, una mejora de la		
				calidad de vida del paciente y la reducción tanto del período de ingreso en la UCI y el hospital como de la mortalidad durante la hospitalización, acompañado de las principales técnicas empleadas fueron la quinesioterapia, la formación sobre traslados y locomoción, la estimulación neuromuscular		

				eléctrica y el uso de bicicletas ergométricas.		
46	Bischoff-Ferrari, HA, Molino, CDGRC, Rival, S., Vellas, B., Rizzoli, R., Kressig, RW, 2021.		Pregunta 2: Su seguimiento detallado que incluye visitas clínicas anuales durante todo el día y llamadas telefónicas trimestrales en todos los participantes incluye la evaluación de factores clave del	Pregunta 3: DO-HEALTH fue diseñado para establecer evidencia del papel de la vitamina D, n-3 s y un programa de ejercicios de	Pregunta 4: En este marco, DO- HEALTH fue diseñado, a través de un monitoreo intensivo de 2152 participantes cada 3 meses, para abordar cambios en factores de riesgo	
			estilo de vida como la nutrición, la educación y la actividad física, así como las comorbilidades y el uso de medicamentos recetados. y suplementos de venta libre.	fuerza basado en el hogar simple (SHEP), tanto individualmente como como una intervención combinada, en la prevención de enfermedades	importantes, como deterioro funcional / cognitivo y presión arterial elevada, en lugar de eventos clínicos importantes como demencia, miocardio infarto o accidente cerebrovascular.	

				<p>crónicas en edades avanzadas, durante 6 criterios de valoración principales (cambio de la presión arterial sistólica y diastólica, fracturas no vertebrales, batería de rendimiento físico corto (SPPB), la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) e infecciones), que abordan 5 dominios de salud (salud</p>		
				<p>cardiovascular, salud ósea,</p>		

				salud muscular, salud cerebral e inmunidad), respaldados y ampliados por una serie de criterios de valoración secundarios y exploratorios.		
47	Bo, M., Fonte, G., Pivaro, F., Bonetto, M., Comi, C., Giorgis, V., 2016	Pregunta 1: Entre 1568 pacientes (edad $81,3 \pm 7,3$ años, 712 hombres), observamos una alta prevalencia de dependencia funcional, deterioro cognitivo, inmovilización crónica y fragilidad (50%, 25%, 20% y 40%, respectivamente).	Pregunta 2: Las malas condiciones de salud y la alta prevalencia de síndromes geriátricos son extremadamente comunes entre los pacientes hospitalizados de edad avanzada. El alta tardía se observó principalmente en los pacientes ingresados desde su domicilio, y se asoció a deterioro cognitivo y dependencia funcional.			

8	Peyrusqué, E., Buckinx, F., Bolduc, A. et al, 2021			Pregunta 3: SPRINT parece eficaz para contrarrestar el declive iatrogénico y reducir la LOS. Además, esta sencilla herramienta de AF pragmática parece mejorar la trayectoria de vida y la práctica sanitaria en la población que envejece.		
49	Cortés, J. J. B., Zujeros, S. M., Prieto, B. G., Morillo, P. P., Cervantes, Y. M., Luis, C. R., ... & García, A. S. (2020)		Pregunta 2: Deterioro funcional (que se agrupó en ictus, patología ortopédica y cuadros de inmovilidad multifactorial) y comorbilidad.	Pregunta 3: En este caso en particular el sistema centralizado de ingreso influyó en la mejora de parámetros funcionales,		

				pero a costa de una mayor estancia y una menor eficiencia asistencial, objetivándose un incremento de la institucionalización al alta y de los retrasados a unidades de agudos.		
50	Jantana Juthavantana, Nanchatsan Sakunpong, Ujsara Prasertsin, Monthira Charupheng y Sheibon Hassakama Lau, 2021		Pregunta 2: Los factores asociados van desde la alimentación, el ejercicio constante, cumplimiento de citas regulares de atención médica, falta de desarrollo espiritual, baja autoestima.	Pregunta 3: Las personas mayores se dieron cuenta de la importancia de mantener su salud con una combinación de ejercicio, una dieta saludable y el		

				<p>cumplimiento de sus citas regulares de control.</p> <p>El desarrollo espiritual se refiere al proceso en el que las personas mayores realizan prácticas religiosas y ejercen regularmente su fe en el budismo.</p>		
--	--	--	--	---	--	--

**TABLA 9**

Cuadro integrado de la revisión bibliográfica

Elaborado por: Autor

País, año	Título Artículo	Autor (es)	Revista (Volumen, año, número)	Tipo de estudio	Objetivo	Escenario medición	Participantes	Método	Principales resultados	Conclusión
Bosnia, 2017	The Frequency of Multifactorial Syndromes in Geriatrics of Tuzla Canton Population	Enisa Ramic, Senada Selmanovic, Esad Alibasic, Dzevad Džananović, Fejzo Dzafic, Irma Ramic	Mater Sociomed, Vol. 4, Año 2017, 268-271	Cuantitativo de muestreo	Determinar la diferencia en la valoración del nivel de inmovilidad, inestabilidad, dependencia, incontinencia urinaria ("4N") en	Población del cantón de Tuzla.	La investigación incluyó un total de 200 encuestados de edad avanzada del grupo experimental formado por personas mayores (> 65 años) que viven solas.	Para la evaluación de la reducción de las capacidades mentales en los ancianos se utilizó el "Cuestionario de estado mental portátil corto" (SPMSQ).	Pregunta 1: Nuestra investigación ha demostrado que en la muestra total de encuestados había 62% móviles, 22,5% con movilidad limitada y 4% inmóviles en la muestra total. Pregunta 2. El principal factor general que hizo que el sistema de	En la muestra total, la investigación incluyó a 200 encuestados ancianos, 45% en el grupo experimental y 55% en el grupo control. La edad promedio ( $\pm$ DE) fue de 75,4 $\pm$ 6,2 años en el grupo experimental, mientras que en el grupo

					grupos de ancianos				<p>movimiento envejeciera es la disminución de la movilidad o la inmovilidad. Las causas de la inmovilidad pueden ser diferentes como dolor, debilidad general del cuerpo, retroceso psicógeno, daño iatrogénico. La inestabilidad al caminar provoca caídas frecuentes, por lo que los daños traumáticos pueden causar inmovilidad directa o indirectamente.</p> <p>Pregunta 4: La inestabilidad</p>	<p>control la edad promedio fue de <math>74,9 \pm 5,6</math> años. Observamos una distribución casi igual del riesgo de caída según los grupos (50%, 47%). En la muestra total hubo 62% móviles, 22,5% movilidad limitada y 4% inmóviles.</p>
--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	---	---

									al caminar provoca caídas frecuentes, por lo que los daños traumáticos pueden causar inmovilidad directa o indirectamente.	
German , 2019	The prognostic significance of geriatric syndromes and resources	Anna Maria Meyer, Ingrid Becker, Giacomo Siri, Paul Thomas Brinkkötter, Thomas Benzing , Alberto Pilotto , M Cristina Polidori	Aging Clinical and Experimental Research. Vol. 32, Año 2019. 115-124.	Cuantitativo de muestreo	Determinar el impacto de GS y GR comunes en el pronóstico de los pacientes evaluado mediante el Índice de Pronóstico	German Clinical Trials Register	Ciento treinta y cinco pacientes hospitalizados de 70 años o más	Índice de Pronóstico Multidimensional (IPM) basado en la evaluación geriátrica integral (CGA).	Pregunta 1: 135 pacientes en Alemania se sometieron a una evaluación de síndromes geriátricos en donde el 32,19 sufrió síndrome de inmovilidad.  Pregunta 2: La mezcla de multi morbilidad, enfermedades agudas y	Se demostró que una menor cantidad de GS y una mayor cantidad de GR se correlacionan de manera altamente significativa con un IPM más bajo, así como con los años de educación, el

					Multidimensional (IPM) basado en la evaluación geriátrica				cambios en las edades conduce a los síndromes geriátricos (SGC).	grado de atención y la cantidad de medicamentos independiente de la edad, el sexo y la cantidad de GS o
					integral (CGA).					GRAMO. El bajo peso y la obesidad según el IMC se correlacionaron significativamente con un mayor número de GS. Los pacientes con más RG tenían una probabilidad significativamente mayor de

										ser dados de alta
EEUU , 2016	Combinations of Chronic Conditions , Functional Limitations, and Geriatric Syndromes that Predict	Siran M. Koroukian, Nicholas Schiltz, David F. Warner, Jiayang Sun, Paul M. Bakaki, Kathleen A.	Revista de Medicina Interna Integral, Vol. 31, Año 2016, 630-637.	Cuantitativo de muestreo	Nuestro objetivo fue identificar combinaciones de afecciones crónicas, limitaciones funcionales y síndrome	Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU	La población del estudio incluyó a 16.640 encuestados .	Encuestas y análisis de bases de datos.	Pregunta 1:  El veintinueve por ciento de los encuestados informó de salud regular / mala, el 23% informó una disminución de 2 años y el 5% murió al final del período	El veintinueve por ciento y el 23% de los encuestados informaron de una salud regular / mala y una peor salud autoevaluada a los 2 años, respectivamente, y el 5% murió en 2 años.
	Health Outcomes	Smyth, Kurt C. Stange M. & Charles W. Given			s geriátricos que predicen resultados de salud deficientes.				de seguimiento de 2 años.  Pregunta 2: Los factores asociados con el síndrome geriátrico tienen	

									que ver con edad/ mayor edad (39%); los de origen hispano (48%); personas con bajos ingresos o nivel educativo (53 y 57%, respectivamente); fumadores actuales (40%); los que tienen bajo peso (48%); y entre aquellos con encuestados sustitutos (54%).	
Corea , 2018,	Geriatric syndromes ,	Cheung, Johnny T.K.	BMC Geriat, Vol.	Cuantitati vo de muestreo	Tiene como objetivo	Jockey Club	Estudio adultos	La prueba de chi-	Pregunta 1: Entre 2618 participantes	Entre 2618 participantes, 75,3, 41,8 y

	multimorbidity, and disability overlap and increase healthcare use among older Chinese	Yu, Ruby Wu, Zimu Wong, Samuel Y.S. Woo, Jean	Año 2018, 147.		estimar la prevalencia superpuesta de síndromes geriátricos, multimorbilidad y discapacidad; y examinar las asociaciones de estas tres condiciones con el uso de la atención médica.	eHealth Care Project	mayores de 60 años o	cuadrado de Pearson que incluye fragilidad, deterioro cognitivo e incontinencia urinaria.	22,5% tenían discapacidad de inmovilización, y el 10,4% tenían síndromes geriátricos, multimorbilidad e discapacidad.  Pregunta 2: La fragilidad, la sarcopenia, el deterioro cognitivo y la incontinencia urinaria son ampliamente reconocidos como ejemplos comunes de síndromes geriátricos, a su vez estos se relacionan estrechamente con los	22,5% tenía síndrome geriátricos, multimorbilidad y discapacidad, respectivamente, y 10,4% tenían las tres condiciones. La prevalencia de las tres condiciones y su coexistencia aumentaron significativamente con la edad (p de tendencia <0,001). Cada condición se asoció de
--	--	--	----------------	--	--	----------------------	----------------------	---	---	---

									síndromes de inmovilización.	forma independiente con al menos dos de cada tres tipos de uso de la atención médica. Curiosamente, las asociaciones de multimorbilidad y
										discapacidad con la asistencia a consultas externas de especialistas se debilitaron a mayor edad, mientras que las asociaciones de síndromes

										geriátricos con la admisión hospitalaria la asistencia a consultas externas de especialistas se fortalecieron.
Rusia , 2018	Prevalence of geriatric syndromes among people aged 65 years and older at four community	Tkacheva, Olga N. Runikhina, Nadezda K. Ostapenko, Valentina S. Sharashkina , Natalia V.	Clin Interv Aging, Vol. 13, Año 2018, 251-259.	Cuantitativo de muestreo	El objetivo de este estudio es evaluar la prevalencia de SG entre los adultos mayores que	Cuatro clínicas comunitarias en Moscú	Un total de 1.220 pacientes de cuatro clínicas comunitarias	El cuestionario VNP y pruebas objetivas .	Pregunta 1: Aproximadamente el 47% de los participantes notó la presencia de alguna dificultad para caminar y otro 20% informó de una dificultad grave.	El número medio de SG por paciente fue de $2,9 \pm 1,5$ . Según la CGA, se identificó una disminución en el puntaje de la Actividad Instrumental de la Vida Diaria en el 34.8% de

	clinics in Moscow	Mkhitaryan, Elen A. Onuchina, Julia S.			viven en la comunidad de Moscú.				<p>Pregunta 2: La movilidad que se asocia con un alto riesgo a caídas. Estado nutricional/riesgo o de desnutrición. Función cognitiva o pacientes se clasificaron en una de tres categorías: 25-30 puntos indicaron un estado cognitivo normal, 21-24 puntos indicaron un deterioro cognitivo leve y <math>\leq 20</math> puntos indicaron un deterioro cognitivo</p>	<p>los pacientes, un riesgo de desnutrición (puntaje de la Evaluación Mini-Nutricional, 17-23.5) en el 25.8%, deterioro cognitivo probable (Mini Examen de Estado Mental puntuación <math>&lt; 25</math>) en el 8,6% y síntomas de depresión (puntuación de la escala de depresión</p>
--	----------------------	---	--	--	--	--	--	--	---	--

									moderado	geriátrica de 15 ítems > 5) en el 36,2%.
									<p>Pregunta 4:  Deterioro funcional y cognitivo, trastornos afectivos, problemas visuales y auditivos, autodescuido y abuso de ancianos, desnutrición, problemas de alimentación y alimentación, problemas de sueño e incluso mareos y síncope también se han incluido bajo el</p>	

									título de GS.	
Corea , 2019.	Clinical Features of Geriatric Syndromes	Shinje Moon, Yong Kyun Roh, Jong Lull Yoon,	Ann Geriatr Med Res. Vol. 4, Año 2019, 176-182.	Cuantitati vo de muestreo	Este estudio exploró la prevalen cia y las	Encuest a Nacion al de Corean os	Entre 10,29 9 participante s de 65 años o más.	Se tomaron los datos de la Encuesta Nacional	Pregunta 1: Se observaron limitaciones en las extremidades inferiores en	La prevalencia de polifarmacia fue del 64,1% en el grupo con DM y del 31,6% en el

	in Older Koreans with Diabetes Mellitus	Ki Un Jang, Hun Jong Jung, Hyung Joon Yoo, Hak Chul Jang, Geriatric Syndromes Study Group of Korea Geriatrics Society			características clínicas de los síndromes geriátricos entre los adultos mayores coreanos con diabetes mellitus (DM)	Mayores de 2017		de Coreanos Mayores del año 2017	27. 2% de los participantes en el grupo DM en comparación con el 21,2% de los participantes en el grupo sin DM (p <0,001). El deterioro funcional, según lo evaluado por ADL y IADL, existió en el 32,2% de los participantes en el grupo con DM en comparación con el 26,8% de los participantes en el grupo sin DM (p <0,001).  Pregunta 4: En los pacientes tratados con	grupo sin DM (p <0,001). Se produjeron una o más caídas por año en el 18,7% de los participantes con DM en comparación con el 14,9% de los sin DM (p <0,001). La prevalencia de incontinencia urinaria fue significativamente mayor en el grupo con DM (3,8%) que en el grupo sin DM (2,5%) (p = 0,001). La prevalencia de
--	---	---	--	--	---	-----------------	--	----------------------------------	---	--

									síndrome de inmovilización y	deterioro cognitivo fue del 17,7% en el grupo con DM frente al 14,9% en el grupo sin DM (p = 0,001). El deterior o funciona l
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------	---

									<p>además paciente con diabetes mellitus poseen complicaciones con respecto a la diabetes como: la angina de pecho, el infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular y la enfermedad renal crónica.</p>	<p>ocurrió en el 32,2% de los participantes en el grupo con DM e n comparación con el 26,8% de los participantes en el grupo sin DM ( p &lt;0,001). Finalmente, el número de síndromes geriátricos se asoció significativamente con enfermedad</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

										cardiovascular (ECV) y enfermedad renal crónica (ERC) en pacientes con DM.
EEUU, 2021	Efficacy of simultaneous aerobic exercise and	Salisbury, D., Plocher, T. Yu, F	Trials. Vol. 22. Año 2021. 1-10	Cuantitativo muestreo	El propósito de este ensayo controlado	Instituto de Ciencias Clínicas y	96 participantes	Los ensayos controlados aleatorios (ECA)	Pregunta 2: Enfermedad cardiovascular sintomática.	El ejercicio aeróbico y el entrenamiento cognitivo representan dos intervenciones

	cognitive training in subjective cognitive decline: study protocol for randomized controlled trial of the Exergames Study				aleatorio de 3 grupos paralelos, simple ciego, es probar la eficacia sinérgica de una intervención de exergames (ciclismo aeróbico de intensidad moderada simultánea y entrenamiento	Traslacionales en el Laboratorio de Fisiología Clínica de la Universidad de Minnesota, en el gimnasio local de la Asociación Cristiana de Jóvenes (YMCA) o en un centro para personas mayores cerca			La atenuación de la neurodegeneración de la enfermedad de Alzheimer EA  Pregunta 3: El ejercicio aeróbico y el entrenamiento cognitivo ayuda a prevenir la prevención de enfermedad de Alzheimer asociado con la vejez. Este ejercicio implica la supervisión simultánea de intensidad moderada + intervención de entrenamiento cognitivo sobre	prometedoras para paliar el deterioro cognitivo subjetivo.
--	---	--	--	--	--	---	--	--	---	--

					cognitivo o ) sobre la cognición y la aptitud aeróbica en adultos				la cognición y la aptitud aeróbica.	
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

					mayores con ECF que viven en la comunidad.	de la residencia del participante.			.	
Corea, 2018	Prevalence, trend and contributing factors of geriatric syndromes among older Swedes: results from the Stockholm County Council	Liang, Yajun Rausch, Christian Laflamme, Lucie Möller, Jette	BMC Geriatr, Vol. 18, Año 2018, 322.	Cuantitativo de muestreo	Este estudio evalúa cómo la prevalencia de SG cambia con el tiempo en los habitantes de la comunidad sueca de edad avanzada por sociodemografía	Encuestas de salud pública del consejo condado de Estocolmo en 2006, 2010 y 2014.	Adultos mayores de 65 a 84 años. El número de participantes (tasa de respuesta, %) fue de 6713 (74,5%) en 2006, 7153 (74,1%) en 2010 y 4726 (60,1%) en 2014.	Aplicación de cuestionarios	Pregunta2 : Hay varios factores asociados con el SG que incluyen edad avanzada (generalmente > 65 años), estilos de vida poco saludables (p. Ej., Trastorno por consumo de alcohol), deterioro funcional (p. Ej., Movilidad o cognición deterioradas), antecedentes de	De 2006 a 2014, la prevalencia de GS se mantuvo estable (tendencia de P = 0,54). Sin embargo, entre los adultos mayores nacidos fuera de los países nórdicos,

	Public Health Surveys				, e intenta destacar los factores que pueden contribuir			caídas, enfermedades (p. Ej., Comorbilidad	aumentó significativamente del 73,0% en 2006, el
					r a explicar la tendencia.			múltiple) y uso de medicamentos (p. ej., uso de medicamentos psicoactivos)  Pregunta 4: Las enfermedades crónicas (como obesidad, hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva	78,0% en 2010 al 83,0% en 2014 (tendencia P <0,001).  Además, la asociación con GS se hizo más fuerte para los nacidos fuera de los países nórdicos (tendencia de P <0,001) y más débil para los

									crónica [EPOC], discapacidad auditiva, problemas de visión, deterioro funcional, insomnio e incontinencia urinaria)	estilos de vida sedentarios (tendencia de $P = 0,004$ ), mientras que la asociación no
										cambió para otros factores sociodemográficos, conductas de salud y enfermedades crónicas (todas las $P$ tendencia $> 0,05$ ).
España, 2019	Acute care for elderly patients in a functional	Martínez eromingo, J. Castañeda, A.	Revista clínica española .	Cuantitativo muestreo.	Determinar si la atención de los	Departamento de Medicina Interna / Medicina	El estudio incluyó a 466 pacientes	Estudio de intervención controlado	Pregunta 1: En cuanto a la pérdida de la capacidad de	Los pacientes hospitalizados en la

	impairment prevention unit	Muñana, A. Baeza, M. E.  de Peralta,  P. Fuentes, C. Barba, R	Vol. 19.  Año 2019. S0014-2565.		pacientes con dependencia moderada que fueron hospitalizados en	Geriatría de la Universidad Hospital Rey. Juan Carlos	ancianos	o, retrospectivo.	caminar, hubo diferencias entre los pacientes hospitalizados en la UIPF y los de la UC (6 [2,1%] vs 47 [25,3%] pacientes, respectivamente; p <0,01  Pregunta 4:	UIPF mostraron un menor deterioro funcional determinado por la pérdida de continencia urinaria (2,1% de los pacientes con UIPF vs 9,7% de los pacientes con UC; p <0,01) y la pérdida de la capacidad de caminar (2,1%). frente
					una unidad de prevención de				Los elementos clave de este cuidado incluyen la identificación	

					<p>deterioro funcional (UIFF) fue superior a la de una unidad convencional (UC) en términos de deterioro funcional y</p>			<p>del riesgo de caídas, la optimización farmacológica, la evaluación del estado cognitivo y afectivo, la evaluación de la nutrición, la identificación de apoyo social y recursos comunitarios y la movilización y la prevención del delirio. Las intervenciones sobre la fragilidad centradas en la actividad física han demostrado ser eficaces para retrasar e</p>	<p>a 25,3%; <math>p &lt; 0,01</math>.</p>	<p>p</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	----------

					estancia a media.				incluso revertir el deterioro funcional y la discapacidad en pacientes ambulatorios.	
Colombia, 2018.	Deterioro funcional asociado al deterioro cognitivo en el anciano hospitalizado	Ocampo- Chaparro, José Mauricio Mosquera- Jiménez, José Ignacio Davis, Annabelle S.	Revista Española de Geriatría y Gerontología. Vol. 53. Año 2018, 19- 22	Cuantitativo muestreo	El objetivo de este estudio fue analizar el efecto del deterioro cognitivo	Sala de medicina interna, una unidad convencional, entre junio y agosto de 2011.	133 pacientes adultos mayores	Cuantitativo de muestreo	Pregunta 2: Entre los factores comunes asociados al DF durante la hospitalización se incluyen la edad, la comorbilidad,	De 133 pacientes incluidos el 24,8% tenían IB ≤ 75 al alta y el 19,6% tenían IB ≤ 75 al mes después.

o	Reyes-Ortiz, Carlos A.				o sobre el deterioro funcional en pacientes hospitalizados $\geq$ 60 años.				un DF previo, la inmovilidad, las caídas en el último año, el deterioro cognitivo, el delirium, la depresión y la polifarmacia. Los estudios han demostrado que	Comparado con los hombres, las mujeres tenían más del doble de riesgo para deterioro funcional al alta y al mes ( $p < 0,05$ ). Comparados con aquellos sin delirium y
									tanto el deterioro cognitivo como el delirium se han asociado de forma independiente con el DF durante la hospitalización. Además, disminución de la masa ósea, de	sin deterioro cognitivo, aquellos con delirium y deterioro cognitivo tuvieron un riesgo aumentado de deterioro funcional (IB $\leq$ 75) al alta (OR

									la fuerza muscular, de la densidad mineral óseo, de la capacidad aeróbica, de la sensibilidad barorreceptora, del agua corporal, de la ventilación pulmonar; presencia de inestabilidad vasomotora, y alteraciones	5,15; IC del 95%: 1,94-13,67) y al mes (OR 6,26; IC del 95%: 2,30- 17,03). En forma similar, aquellos con comorbilidad ( $\geq 2$ ) tuvieron un riesgo aumentado de deterioro funcional al alta (OR 2,36 IC del 95% 1,14-4,87) y al mes (OR 2,71
									neurosensoriales .	IC del 95% 1,25-5,89).
España, 2019.	Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in	Izquierdo , Mikel Martínez-Velilla, Nicolás Casas-	JAMA Intern Med. Vol. 179. Año	Cuantitativo muestreo	Evaluar los efectos de una innovadora	Hospital público terciario de Navarra ,	De los 370 pacientes incluidos en los análisis, 209 eran	El estudio fue un ensayo clínico aleatorizado (ECA)	Pregunta 3: Los protocolos de ejercicio y rehabilitación temprana aplicados	La estancia hospitalaria media fue de 8 días en ambos grupos (rango intercuartílico

	Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial	Herrero, Alvaro Zambom-Ferraresi, Fabricio Sáez De Asteasu, Mikel L. Lucia, Alejandro Galbete, Arkaitz García-Baztán.	2019, 28- 36		intervención de ejercicio multicomponente sobre el estado funcional de esta población de pacientes.	España.	mujeres (56,5%).	realizado de acuerdo con SPIRIT 2013 y la declaración CONSORT para informes transparentes.	durante la hospitalización aguda pueden prevenir el deterioro funcional y cognitivo en pacientes mayores y están asociados con una duración de la estancia reducida y costos más bajos.  Pregunta 4: A los pacientes con deterioro	, 4 y 4 días, respectivamente). La mediana de duración de la intervención fue de 5 días (rango intercuartílico, 0); hubo una media (DE) de 5 (1) sesiones matutinas y 4 (1) vespertinas por paciente. No se observaron efectos adversos con la intervención.
--	---	---	--------------	--	---	---------	------------------	--	---	--

									<p>cognitivo o multimorbilidad al inicio del estudio son comúnmente excluidos de los ensayos de intervención de ejercicio, y los programas conservadores o tradicionales porque hay complicaciones por una incorrecta aplicación de ejercicios, sobre todo, a octogenarios y nonagenarios</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

España, 2018.	Physical strategies to prevent disuse-	Valenzuela, Pedro L. Morales, Javier S.	Ageing Res Rev. Vol. 47. Año 2018, 80-88.	Análisis descriptivo	Resistencia training (RT) is a main strategy	La presente revisión proporciona la	La presente revisión proporciona a los médicos y cuidadores información	Análisis descriptivo	Pregunta 3: Otras estrategias factibles para los pacientes que no quieren o no pueden realizar	En este contexto, los enfoques activos como los ejercicios de resistencia y las
	induced functional decline in the elderly	Pareja-Galeano, Helios Izquierdo, Mikel Emanuele, Enzo de la Villa, Pedro Lucia, Alejandro			for improving physical function and preventing acute sarcopenia in elderly adults (Cadore et al., 2014c), as it can induce substantial gains	viabilidad y eficacia de las estrategias que están disponibles actualmente para prevenir o atenuar el deterioro funcional.	detallada y práctica sobre la viabilidad y eficacia de las estrategias físicas que están disponibles actualmente para prevenir o atenuar el deterioro funcional que se produce de forma		ejercicio voluntario comprenden estimulación eléctrica neuromuscular, vibración y restricción del flujo sanguíneo. Sin embargo, idealmente deberían aplicarse de forma sincrónica con el ejercicio voluntario para obtener beneficios sinérgicos.	contracciones voluntarias máximas, que se pueden realizar tanto isométrica como dinámicamente, son factibles durante la mayoría de situaciones de inmovilización, incluso en ancianos hospitalizados, y representan

					in muscle mass and strength and provides a protective effect against		secundaria a las situaciones de desuso en los ancianos, especialmente en el ámbito hospitalario.		Pregunta 4: En este sentido, la inactividad física, especialmente el reposo en cama, es un factor clave que contribuye al	herramientas poderosas para la prevención de la atrofia muscular.
					several of the cellular and molecular changes associated with muscle wasting (Reeves et al., 2006).				inicio de la disminución de la capacidad funcional en los ancianos. Diez días de reposo en cama resultan en una marcada reducción de la masa muscular y la fuerza, la velocidad al caminar y la capacidad funcional en las	

									personas mayores todos estos cambios están relacionados con un mayor riesgo de eventos adversos relacionados con la salud y mortalidad Aunque se ha producido una pérdida de masa	
									muscular, fuerza, potencia, capacidad aeróbica y capacidad funcional.	
UK, 2019 .	Functional mobility trajectories of hospitalized	Lyons, Adam Romero - Ortuno, Roman	Lyons, Adam Romero - Ortuno, Roman	Cuantitativo muestreo	Las trayectorias de movilidad de las personas	Departamento de Medicina de la Tercera Edad	926 adultos mayores	Estudio observacional retrospectivo de los primeros	Pregunta 2: Factor estresante: muchas personas mayores	La trayectoria funcional general fue una mejoría, desde una mediana de la

	<p>older adults admitted to acute geriatric wards: A retrospective observational study in an English university hospital:</p>	<p>Hartley, Peter 2019</p>	<p>Hartley, Peter. Vol. 19, Año 2019, 305-310.</p>		<p>mayores hospitalizadas son heterogéneas y es necesario comprender los grupos de pacientes con trayectorias similares .</p>			<p>ingresos en geriátricos durante 3 meses a partir del 1 de mayo de 2016.</p>	<p>experimentan una pérdida de función. Asimismo, otro factor asociado es el síndrome de caídas.</p> <p>Pregunta 3: La atención hospitalaria es crucial para rehabilitar esa pérdida de</p>	<p>Escala de Movilidad del Anciano de 11 al ingreso a 14 al alta. El análisis de conglomerados identificó cinco grupos de trayectorias de movilidad: bajo-bajo ( n = 117), intermedio-intermedio (n= 95), intermedio-alto (n = 205), bajo-alto (n = 89) y alto-alto (n = 209).</p>
	<p>Mobility trajectories on geriatric wards</p>								<p>función y minimizar el grado de pérdida funcional asociada a la</p>	<p>Una mayor fragilidad y la presencia de deterioro cognitivo se</p>

									enfermedad. Como resultado, las muestras de pacientes hospitalizados muestran una mejora promedio en las puntuaciones de movilidad funcional desde la admisión hasta el alta hospitalaria	asociaron con la pertenencia al grupo bajo-bajo e intermedio-intermedio, y se asociaron negativamente con la pertenencia al grupo alto-alto.
España, 2017.	Relationship between hospitalization and functional and cognitive	Calero-García, María José Ortega, Ana Raquel Navarro, Elena	Envejecimiento y salud mental. Vol. 21. Año 2017, 1164-1170.	Cuantitativo de muestreo	Estudiar los cambios en el estado cognitivo y la dependencia de los pacientes	residentes del sur de España, ingresados consecutivamente en el	La muestra estuvo formada por 259 adultos mayores.	Aplicación de pruebas índice de Barthel, escala de Lawton-Brody, Phototest y	Pregunta 2: El mayor impacto en los niveles de dependencia funcional y deterioro cognitivo proviene de los días de reposo	La principal variable que fomenta la dependencia funcional, el deterioro cognitivo y la pérdida funcional y disminuye la ganancia

	impairment in hospitalized older adults patients	Calero, María Dolores 2017			mayores de 65 años durante la hospitali- zación por fractura ósea y cómo estos cambios se relacion an con el número total de días de ingreso y el reposo absoluto durante la hospitali	Hospital Neurotraumatológico en Jaen, España, en 2014		cuestiona- rio.	en cama del paciente en el hospital, más que del total de días de hospitalización  Pregunta 4: El deterioro funcional durante la hospitalización repercute negativamente en los pacientes adultos mayores ' calidad de vida, que se ve agravada aún más por un deterioro de las capacidades cognitivas, ya que la hospitalización conlleva un deterioro de las	funcional (tanto en el hospital como en el domicilio) es el número de días de reposo en cama durante la hospitalización .
--	---	-------------------------------------	--	--	--	--	--	--------------------	--	---

					zación.				relaciones sociales,	
									fomenta el aislamiento y la depresión y aumenta la dependencia funcional.	
España, 2019	The effects of different types of physical exercise on physical and cognitive function in frail institutional	Mollinedo Cardalda, Irimia López, Adriana Cancela Carral, Jose María 2019	Arch Gerontol Geriatr. Vol. 8, Año 2019, 223-230.	Cuantitativo de muestreo	verificar los diferentes efectos de dos programas de ejercicio físico (entrenamiento de	Unidad es geriátricas de la Fundación San Rosendo.	<b>Participar</b> o n un total de 77 personas institucionales	Se utilizaron las siguientes medidas: Test Minimental, Test de Pfeiffer, SF-12, Test de Barthel, Five Times sit-	Pregunta 2: el mayor impacto en los niveles de dependencia funcional y deterioro cognitivo proviene de los días de reposo en cama del paciente en el hospital, más	El programa TG generó alguna mejora en el estado cognitivo e independencia funcional, mientras que en el componente físico y mental de la S-12 se

	ized older adults with mild to moderate cognitive impairment. A randomized controlled trial				fuerza-TG y entrenamiento calisténico-MG) sobre el estado cognitivo			to-stand y una plataforma de presión.	que del total de días de hospitalización. Estos hallazgos podrían tenerse en cuenta al analizar la recuperación	generó una mejora significativa. El programa emprendido por MG mostró una tendencia a la estabilización de los parámetros mencionados,
					, funcionalidad, estabilidad y salud general de adultos mayores institucionalizados en edad frágil.				funcional posterior al alta.  Pregunta 3: Los participantes asignados a TG realizaron un programa de ejercicio físico basado en la fuerza enfocado en miembros inferiores, mediante bandas	mientras que el GC mostró una tendencia al deterioro.

									elásticas de resistencia Hubo un total de 24 sesiones, programadas como 2 sesiones no consecutivas a la semana durante 12 semanas, con una duración de 60min por sesión. Las sesiones	
									consistieron en 10min de ejercicios de calentamiento trabajando la movilidad de las articulaciones de tobillo, rodilla y cadera; una parte principal de 45min, que consistió en 10 ejercicios de	

									<p>fortalecimiento para los miembros inferiores (plantares y dorsales flexores, flexores y extensores de rodilla, flexores, extensores, abductores y rotadores de cadera) de los cuales 2 - 4 se utilizan por</p>	
									<p>sesión; un enfriamiento de 5min, con estiramiento de los músculos antes mencionados. Pregunta 4: Además de requerir ingreso hospitalario y / o</p>	

									tratamiento quirúrgico, las fracturas aumentan los factores de riesgo que contribuyen a la discapacidad y dependencia en los adultos mayores.	
Brasil, 2017.	Functional decline in nursing home	Jerez-Roig, Javier De Brito MacEdo	Plos One. Año 2017, Vol. 12, (5).	Cuantitativo de muestreo	Verificar la probabilidad de mantener la capacidad	Ancianos de la ciudad de Natal- RN (Brasil)	164 Adultos mayores	La capacidad funcional se evaluó mediante los ítems	Pregunta 1: Un total de 77 personas institucionalizadas en edad frágil	La probabilidad acumulada de mantenimiento funcional fue 78,2% (IC 95%: 72,8-
	residents: A prognostic study	Ferreira, Lidiane Maria De Araújo, José Rodolfo Torres Lima, Kenio Costa			d funcional en actividades básicas de la vida diaria e			'comer', 'higiene personal', 'vestirse', 'bañarse', 'trasladarse', 'ir al baño' y 'caminar'	(70,1% mujeres, 84,8 ± 7,9 años). Pregunta 3: El programa TG generó alguna mejora en el estado cognitivo e independencia funcional,	82,7%), 65,1% (IC 95%: 58,9-70,5%), 53,5% (IC 95%: 47,2-59,5%) y 44,0% (IC 95%: 37,7-50,2%) a los 6, 12, 18 y 24

					identificar los factores pronósticos de deterioro funcional en adultos mayores institucionalizados.			, mediante una escala Likert de 5 ítems.	mientras que en el componente físico y mental de la S-12 se generó una mejora significativa. El programa emprendido por MG mostró una tendencia a la estabilización de los parámetros mencionados, mientras que el GC mostró una tendencia al deterioro.  Pregunta 2:	meses, respectivamente. Los factores predictores del deterioro funcional fueron: deterioro cognitivo severo (HR = 1,96; p = 0,001), descenso de la continencia (HR = 1,85; p = 0,002) e incidencia de hospitalizaciones (HR = 1,62; p = 0,020), ajustado por la incidencia de depresión, edad, nivel
--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--

									Tres estudios longitudinales en diferentes países también han identificado la incontinencia fecal y / o urinaria como factores de riesgo significativos para el deterioro funcional en adultos mayores institucionalizados	educativo, presencia de enfermedades crónicas y bajo peso.
Alemania, 2019.	Impaired Mobility and Urinary Incontinence in Nursing Home Residents:	Jachan, Deborah Elisabeth Müller-Werdan, Ursula Lahmann,	J Wound Ostomy Continen c e Nurs. Vol. 46. Año 2019.	Cuantitativo de muestreo	El propósito de este estudio fue evaluar las asociaciones	Departamento de Medicina Geriátrica en la Charité — Univers itätsme dizin Berlina	2044 pacientes de hogares de ancianos	Aplicación de Escala de movilidad de ancianos (EMS), la IU y la CdV medida utilizand o	Pregunta 2: La asociación significativa entre la movilidad reducida y la IU en los residentes de hogares de ancianos. La	La prevalencia de IU fue del 69,7% (n = 1804). El análisis de varianza mostró que, en 1659 residentes

	A Multicenter Study	Nils Axel 2019			entre el uso de ayudas para caminar, el estado de			el Formulario corto del	incontinencia urinaria crónica y grave ejerció el mayor	de hogares de ancianos con información sobre la IU, 572 informaron
					movilidad y la aparición de incontinencia urinaria (IU) en pacientes geriátricos.			cuestionario de la Consulta internacional de incontinencia (ICIQ-SF).	impacto en la calidad de vida relacionada con la salud.  Pregunta 4: Los factores de riesgo más comunes de síndromes geriátricos como lesiones por presión, caídas e IU. La evidencia también respalda una relación entre la IU y la inmovilidad.	una cantidad media de fuga con un impacto medio en la CdV relacionada con la salud de 2.2 (DE 2.2, P <.001) en una escala de 0 (sin impacto) a 10 (impacto muy alto).

									Estas observaciones indican la necesidad de realizar más investigaciones que aborden el tema de la incontinencia en	
									los ancianos frágiles. Otro factor de riesgo sería la presencia de dermatitis asociada a incontinencia o lesiones por presión.	
Suecia, 2017	Physical mobility, physical activity, and obesity among elderly:	Asp, M. Simonsson, B. Larm, P. Molarius, A. 2017	Salud pública. Vol. 147. Año 2017, 524-529.	Cuantitativo de muestreo	Examinar cómo la actividad física y la movilidad física	Encuesta 'Salud en igualdad de condiciones' realizada en 2012 en colaboración	2558 hombres y mujeres de 65 años o más	Aplicación de cuestionario	Pregunta 2: Otra característica que se asocia con el peso y que aumenta a medida que las	La prevalencia general de obesidad fue del 19% en mujeres y del 15% en

findings from a large population-based Swedish survey					se relacionan con la obesidad en las personas mayores .	con el Instituto Sueco de Salud Pública, ahora Autoridad de			personas envejecen es la movilidad física alterada. La movilidad física deteriorada generalmente incluye discapacidades de las actividades de la	hombres y disminuyó después de los 75 años. Se encontró una fuerte asociación entre la actividad física y la obesidad, y la movilidad física y la obesidad. Las probabilidades de obesidad
						Salud Pública de Suecia.			vida diaria, como caminar distancias cortas, subir escaleras y ducharse.  Pregunta 4: Los estudios longitudinales	fueron mayores para la movilidad física alterada.

									muestran que la obesidad predice la movilidad física deteriorada como producto de dos procesos simultáneos en los que envejecer se asocia con una disminución de la masa muscular, pero también un aumento de la masa grasa.	
aná, 2018.	Interventio n s to Mobilize Elderly Patients and Reduce Length of Hospital Stay	Surkan, Megan J. Gibson, William	Canadian Journal of Cardiolo g y. Vol. 34, Año 2018, 881-888	Análisis bibliográfi co	En este artículo revisam o s la evidenci a del daño de la inmovili zación	Revisió n y análisis de bibliogr afía relacion ada con el daño de las inmovil ización inneces aria.	Revisión de literatura acerca del daño de la inmovilizac i ón innecesaria.	Análisis de literatura	Pregunta 2: La discapacidad asociada al hospital conduce a la incapacidad para deambular, a la hospitalización prolongada, a mayores gastos	En este artículo revisamos la evidencia del daño de la inmovilizació n innecesaria y discutimos las innovaciones

					<p>innecesaria y discutimos las innovaciones que se han desarrollado para alentar un cambio cultural desde la parálisis del pijama hacia la movilización temprana de las personas</p>			<p>de atención médica y a una mayor necesidad de institucionalización después del alta</p> <p>Pregunta 3:</p> <p>1. Evaluación inicial de la capacidad funcional independiente AVD y AVD por terapia ocupacional y revisadas por el equipo de</p>	<p>que se han desarrollado para alentar un cambio cultural desde la parálisis del pijama hacia la movilización temprana de las personas mayores en el hospital.</p>
--	--	--	--	--	---	--	--	---	---

					mayores en el hospital .				atención. 2. Revisión de la medicación: revisión frecuente de la justificación de la medicación y si ha ocurrido algún efecto adverso no reconocido, en particular delirio. Considere el método de evaluación de la confusión una vez al día que califica con signos vitales. 3. La movilización ocurre temprano, en el fi primeras 24 horas, y	
--	--	--	--	--	--------------------------	--	--	--	---	--

									consistentemen t e durante toda la	
									estadía en el hospital. 4. Considere una consulta geriátrica para una evaluación geriátrica integral. 5. El uso de dispositivos médicos de sujeción, como líneas intravasculares, cables de telemetría, tubos de oxígeno y catéteres urinarios, se evita en la	

									<p>medida de lo posible y se retiran rápidamente. Considere si los medicamentos orales pueden reemplazar a los intravenosos y la</p>	
									<p>unidad de telemetría portátil puede reemplazar los cables del monitor cardíaco.</p> <p>6. Educación: se educa a los pacientes y sus familias sobre los daños de la hospitalización, el riesgo de perder la independencia y la importancia de la</p>	

									participación en el progreso de la movilidad. 7. Movilización TID: objetivo de movilizar al paciente 3 veces al día: esto podría hacerse prácticamente una vez con	
									fisioterapia, una vez con enfermería y una vez con el paciente y su familia. 8. Nutrición adecuada: comidas supervisadas, proporcionar asistencia si es necesario. Los recuentos de calorías y las consultas	

									<p>dietéticas están indicadas con frecuencia en adultos mayores vulnerables.</p> <p>Pregunta 4: Uno de los principales impulsores del daño iatrogénico en los adultos mayores es</p>	
									<p>la <u>inmovilidad</u> inducida por el hospital, la llamada "<u>parálisis del pijama</u>". Las personas mayores hospitalizadas a menudo están confinadas a la cama incluso después de que su enfermedad</p>	

									aguda haya mejorado; no solo por factores físicos <a href="#">como sondas urinarias</a> potenci almente innecesarias y equipo de monitoreo, sino también por la cultura que se encuentra a menudo en el hospital de	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

									<p>mantener a los pacientes en cama la mayor parte del día.</p> <p>Pregunta 5: Está la necesidad de movilizar al paciente 3 veces al día: esto podría hacerse prácticamente una vez con fisioterapia, una vez con enfermería y una vez con el paciente familia.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

España, 2021	Prevalence, incidence and risk factors for foot pressure ulcers in	Garcia, S. Alòs, J. Guallar, J. Viu, M. Serra-Prat, M.	J Healthc Qual Res. Vol 36. Año 2021, 27-33.	Cuantitativo de muestreo	El objetivo del estudio fue determinar la incidencia de FPU durante la	Ancianos hospitalizados en los departamentos de Cirugía Vascul ar ,	Se reclutaron 299 pacientes adultos mayores.	Estudio prospectivo observacional	Pregunta 2: Aparte de la inmovilidad, los principales factores de riesgo de FPU son la edad, el origen de la residencia geriátrica y la	La prevalencia de UPF fue del 30,1% al ingreso y del 73,9% al alta. La incidencia de FPU durante la hospitalización fue de 9,5 nuevos FPU /
	hospitalized elderly patients. An observational and prospective study				hospitalización, describir las principales características de la FPU y evaluar los principales factores	Ortopédica o Geriátrica			imposibilidad de vivir al aire libre  Pregunta 4: UPF (úlceras por presión del pie) tiene una alta incidencia entre los ancianos hospitalizados; la mayoría son de grado 1 y se ubican en el	100 personas-día. El 97,0% de las nuevas UPF fueron de grado 1 (eritema) y las localizaciones más frecuentes fueron en el talón (57,6%), la parte lateral externa del pie (13,1%) y

					de riesgo de FPU en ancianos hospitalizados.				<p>talón. Se debe prestar más atención a la prevención de las úlceras por presión en sujetos frágiles hospitalizados.</p> <p>Pregunta 5: Las enfermeras capacitadas evaluaron a todos los pacientes</p>	<p>el <u>hallux</u> del puño (11,8%).</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---

									reclutados diariamente para detectar una posible FPU. Se registraron las principales características del paciente (edad, sexo y comorbilidades) y de la úlcera (localización, grado).	
España, 2017.	Aspectos terapéuticos de los grandes síndromes geriátricos.  Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos	Menéndez Colino, R. Mauleón Ladrero, M. C. Condorhuan  Alvarado, P. González Montalvo, J. I.	Medicine . Vol. 12. Año 2017, 2743-54.	Análisis bibliográfico	En esta actualización se presentan los principales síndromes geriátricos, concretamente el	Revisión y análisis bibliográfico acerca de síndromes geriátricos	Revisión de literatura de los grandes síndromes geriátricos.	Análisis de literatura de síndromes geriátricos.	Pregunta 1: La prevalencia de inmovilidad y discapacidad se incrementa con la edad, mientras que alrededor de un 18% de las personas mayores de 65 años tienen problemas para	Los síndromes geriátricos comparten entre sí una serie de características comunes como son su elevada frecuencia, su carácter sindrómico (cada uno de

	cos.			deterioro cognitivo , las				moverse sin ningún tipo de ayuda, esta cifra	ellos constituye una forma de presentación de diferentes
	Indicaciones			caídas, la inmovilidad, la incontinencia y la fragilidad.				se eleva hasta el 50% en personas de más de 75 años.	procesos causales).

Cuba , 2019	Protocolo del síndrome de inmovilización en el paciente geriátrico hospitalizado	Pereral, Sol Manuel, José Tejada, Contreras 2019	Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación. Vol. 11. Año 2019, (3)	Cuantitativo de muestreo	Implementar un protocolo de prevención, diagnóstico y tratamiento del síndrome de inmovilización.	Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico “Manuel Ascunce Domenech” de	141 pacientes geriátricos	Estudio cuasi experimental	Pregunta 2: Las enfermedades cerebrovasculares, los padecimientos cerebrovasculares, los padecimientos pulmonares y el cáncer fueron los factores de riesgo biológico de inmovilización que ocuparon los tres primeros	Las enfermedades cerebrovasculares, los padecimientos pulmonares y el cáncer fueron los factores de riesgo biológico de inmovilización que ocuparon los tres primeros lugares en ese
						Camagüey			lugares en ese mismo orden de frecuencia en nuestro estudio. Dentro de los factores de	mismo orden de frecuencia en nuestro estudio

									<p>riesgo psicológicos el más repetido fue la confusión aguda, seguida por la depresión y la demencia</p> <p>Pregunta 3:</p> <p>La implementación del protocolo de diagnóstico y atención del síndrome de inmovilización, la bronconeumonía, las úlceras por presión y la constipación al ser las complicaciones</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

									<p>más recurrentes que se presentaron en los pacientes estudiados, respectivamente.</p> <p>Pregunta 4: Las complicaciones más recurrentes fueron la bronconeumonía, las úlceras por presión y el estreñimiento, seguidas por la incontinencia y la tromboflebitis de miembros inferiores.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

México, 2018	Factores funcionales, nutricional e s y sociales asociados con las limitaciones de la	Torres-de Araújo, José Rodolfo Tomaz-de Lima, Rafael Rodolfo	Salud pública Méx [online]. Año 2018, vol. 60, 579-585.	Análisis bibliográfico	Revisar sistemáticamente la prevalencia e incidencia de limitaciones de	Revisión y análisis de literatura acerca de la prevalencia de	Se encontraron un total de 2189 artículos	Análisis de literatura acerca de las limitaciones de movilidad en	Pregunta 2: Los factores sociales, nutricionales y funcionales pueden estar involucrados con limitaciones	La prevalencia de limitaciones de movilidad osciló entre el 58,1 y el 93,2% y la incidencia entre el 23 y el 53,7%. Los
	movilidad en los ancianos: revisión sistemática	Ferreira-Bendassolli, Ila Maria Costa-de Lima, Kenio			nes de movilidad en personas mayores y sus factores asociados.	limitaciones de movilidad.		personas mayores y sus factores asociados.	de movilidad. Generalmente se asocian con el descondicionamiento físico y pueden tener un impacto en el funcionamiento de los sistemas fisiológicos. La reducción de las reservas fisiológicas en los adultos mayores a lo	estudios proporcionaron evidencia de la asociación de las limitaciones de movilidad en la población anciana con un IMC alto, 25-hidroxi vitamina D bajo, sarcopenia,

									<p>largo de los años facilita las limitaciones funcionales.</p> <p>Pregunta 4: Las limitaciones de movilidad pueden ocurrir de varias maneras, como dificultades para moverse, subir o bajar escaleras.</p>	<p>fragilidad, dolor crónico, dependencia funcional, edad avanzada en las mujeres, baja flexión de cadera, estilo de vida sedentario y apoyo social dificultades</p>
									<p>Con el tiempo, pueden surgir restricciones importantes que impliquen el uso de sillas de ruedas (usarlas con inseguridad) o dispositivos de asistencia a la locomoción.</p>	

México, 2017.	Valoración geriátrica integral.	D'hyver De Las Deses, Carlos 2017	Rev. Fac. Med. (Méx.) [online] . Vol. 60, Año 2017, 38-54.	Análisis bibliográfico	Se presentan algunos test de los más utilizados, que ayudan a lograr la valoración de la persona adulta mayor.	Revisión y análisis de literatura acerca de la valoración geriátrica.	Revisión de literatura acerca de test de valoración geriátrica integral.	Análisis de literatura acerca de test de valoración geriátrica integral.	Pregunta 3: En Italia se ha visto que la VGI en los pacientes que van a requerir una cirugía les permite identificar a aquellos sujetos con alto riesgo de eventos adversos perioperatorios y poner en marcha medidas preventivas, como es el caso	En muchos servicios de oncología se ha iniciado en los adultos mayores el empleo rutinario de la VGI, ya que les ha permitido otorgar un manejo integral y, en algunos de los estudios, hasta reducir el grado de toxicidad de los medicamentos
---------------	---------------------------------	-----------------------------------	--	------------------------	--	---	--	--	---	---

									<p>del delirium postquirúrgico .</p> <p>Pregunta 4: En especial en la persona adulta mayor, las enfermedades tienen presentaciones atípicas (infecciones sin elevación de la temperatura, infartos de miocardio sin dolor, etc.), y adicionalmente, para favorecer su manejo integral se han integrado síndromes geriátricos como inmovilidad, caídas, deterioro</p>	<p>empleados, así como la falla de dichos manejos farmacológicos , en especial cuando se prueban nuevos medicamentos</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

									cognitivo, malnutrición, sarcopenia, etc.,	
									esto hace necesario familiarizarse con ellos, conocerlos, identificarlos e iniciar un manejo multidisciplinario.	
Cuba, 2019	Síndrome de inmovilidad en adultos mayores del	Ulloa CO, Martínez ML, Hernández FK, Fernández CL	Gaceta Médica Espirituana. Vol. 21, Año 2019, 30-	Cuantitativo de muestreo	Caracterizar el comportamiento del síndrome de	Policlínico Bernardo Posse del municipio San Miguel del Padrón	145 pacientes con síndrome de inmovilidad	Aplicación de entrevista	Pregunta 1: La prevalencia e incidencia de los problemas de movilidad en los ancianos aumentan con la	El síndrome predominó en pacientes femeninos en edades altas de la vida. El tipo de

	Policlínico		39.		inmovilidad en los adultos mayores del Grupo Básico de Trabajo n.o 1 del policlínico o Bernardo Posse de		, de una población de 160 ancianos desde enero de 2015 a diciembre del 2017.		edad. Por otro lado, la primera varía en dependencia de las circunstancias. Se estima que entre el 15 y 18 % de los mayores de 65 años tienen problemas para	inmovilidad más frecuente fue la larvada y las causas más frecuentes fueron las enfermedades osteomioarticulares, las infecciones, el cáncer y el síndrome del cuidador. Las complicaciones que predominaron
					San Miguel del Padrón				movilizarse por sí mismos; el 53 % de los ancianos de más de 75 años presenta dificultades para salir de casa, y el 20 % está prácticamente	fueron a nivel de los sistemas digestivo, respiratorio, cardiovascular y la piel.

									<p>confinado en su domicilio. De un 7 a un 22 % de los ancianos hospitalizados sufren de restricciones físicas; el 50 % de los ancianos hospitalizados en forma aguda fallecen a los 6 meses.</p> <p>Pregunta 2:</p> <p>Los hábitos tóxicos como el tabaquismo son responsables de múltiples</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

									<p>enfermedades que constituyen factores de riesgo para la inmovilidad. Dentro de las causas más frecuentes de inmovilidad aguda prevalecen en la presente investigación el llamado síndrome del cuidador.</p> <p>Pregunta 4:</p> <p>La inmovilidad es una entidad sindromática que deteriora de manera significativa la calidad de vida de los adultos mayores ya que el anciano</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

									inmovilizado es un paciente de	
									alto riesgo para la aparición de complicaciones de sistemas digestivo, respiratorio, cardiovascular y la piel.	
España, 2018	Rol enfermero en la valoración de síndromes geriátricos y estado funcional en una	Jordán Agud, Ana Isabel Estrada Reventos, Dolors	Gerokomos Vol.29, Año 2018, 160-164.	Cuantitativo de muestreo	Los objetivos de este estudio son evaluar el estado funcional de los paciente	Hospital Clínic de Barcelona	260 pacientes mayores de 70 años que acudieron a una consulta de geriatría	Se les realizó una valoración geriátrica integral que incluye una evaluación funcional, cognitiva y	Pregunta 1: El estado funcional de los ancianos se valoró mediante el índice de Barthel (83,4 ± 22,3) y la escala de Lawton (3,75 ± 2,8). Un 39%	La población analizada tenía una buena capacidad funcional. Los síndromes geriátricos eran muy prevalentes,

consulta de geriatría				s visitados en una consulta de geriatría hospitalaria de un hospital terciario, conocer la prevalencia de los síndrome			de percepción de la calidad de vida.	(n = 101) representaba a los pacientes independientes para las ABVD, un 49% (n = 127) eran dependientes leves, un 6% (n = 6) dependientes	especialmente en el subgrupo de mayores de 81 años, siendo la polifarmacia la más destacada. Los pacientes con más síndromes geriátricos tenían una peor percepción de la calidad de vida
				s geriátricos mayores y valorar la percepción de su calidad				moderados, un 4% (n = 11) dependientes graves y solo un 2% (n = 5) fueron valorados como dependientes totales. Si valoramos tanto	

									<p>el índice de Barthel como la escala de Lawton y las franjas de edad, observamos que los pacientes comprendidos entre 70 y 80 años fueron mayoritariamente independientes, y que la dependencia aumentó progresivamente con la edad.</p>	
									<p>Pregunta 5: El papel de enfermería se ha demostrado fundamental en la atención integral de estos pacientes, enseñando</p>	

									técnicas y habilidades para el autocuidado, que comprendan mejor el proceso del envejecimiento y de las enfermedades crónicas asociadas a la edad. Para ello es importante empoderar al paciente, fortaleciendo sus capacidades para afrontar su situación, retrasar la	
									dependencia y aumentar su calidad de vida.	

Colombia, 2017	Evaluación de factores asociados al estado funcional en ancianos de 60 años o más en Bogotá, Colombia	Cano-Gutiérrez, Carlos Borda, Miguel Germán Reyes-Ortiz, Carlos Arciniegas, Antonio J. Samper-Ternent, Rafael 2017	Revista médica. Vol. 37. Año 2017. 57-65.	Cuantitativo de muestreo	Caracterizar y determinar los factores asociados con el deterioro funcional del anciano en Bogotá.	Datos del estudio SABE Bogotá	Se entrevistaron 2.000 personas de 60 o más años, con una edad promedio de $71,2 \pm 8$ años	Aplicación de escalas de Barthel y Lawton.	<p>Pregunta 2: La declinación funcional produce un amplio espectro de efectos negativos, como dificultad para la movilidad, aislamiento social, deterioro de la calidad de vida, discapacidad e internación en instituciones especializadas, lo cual convierte la medición de la funcionalidad en un marcador importante del bienestar.</p> <p>Pregunta 4:</p>	Una mayor funcionalidad en actividades instrumentales se asoció con una menor edad (valor beta estandarizado: -0,15; (15,16), y conlleva el deterioro de la calidad de vida (17,18). Por ello, se recomienda la evaluación rutinaria del estado funcional en las personas mayores de 60 años para, así, determinar su
----------------	---	--	---	--------------------------	--	-------------------------------	--	--	--	---

										estado y los factores de riesgo cuya evitación puede permitir mejores
									El deterioro de la funcionalidad incrementa los costos de atención en salud, incluida la necesidad de tener un cuidador permanente o de internarse en instituciones	resultados y prevenir el deterioro funcional y sus complicaciones

									especializadas y conlleva el deterioro de la calidad de vida. Por ello, se recomienda la evaluación rutinaria del estado funcional en las personas mayores de 60 años para, así, determinar su estado y los factores de riesgo cuya evitación puede	
									permitir mejores resultados y prevenir el deterioro funcional y sus complicaciones.	

Cuba , 2018	Efectos del reposo prolongado en adultos mayores hospitaliza dos	Ibarra Cornejo, José Luis Fernández Lara, María José Aguas Alveal, Elena Viviana Pozo Castro, Alex Felipe Antillanca Hernández, Bárbara Quidequeo Reffers, Diego Galvarino 2018	An. Fac. med. Vol. 78, Año 2017, 439- 444.	Análisis bibliográfi co	Describi r los principal es efectos del reposo en cama sobre los principal es sistemas que pudiesen generar un decline funciona l en el adulto mayor hospitali zado.	Revisió n y análisis de literatur a acerca el reposo prolong ado en adultos mayore s hospital izados	Se realizó una revisión bibliográfic a en las bases de datos Pubmed, Scielo y Pedro	Análisis de la literatura acerca del reposo en cama del adulto mayor hospitali zado.	Pregunta 2 La inmovilidad, el reposo prolongado en cama y la disminución de la actividad física representan un factor predisponente al desarrollo o al agravamiento de ciertas condiciones  patológicas relacionadas en mayor medida con los sistemas cardiovascular, respiratorio y musculoesquelét ico.	El reposo en cama puede ser minimizado tanto como sea posible y puede ser prescrita una recuperación ambulatoria y actividad física para limitar los efectos de desacondicion amiento del reposo en cama. desacon d icionamiento físico, además de un agravamiento de la enfermedad que lo llevó a la residencias
-------------------	--	---	---	-------------------------------	--	--	--	--	--	---

									hospitalarias conllevando a un aumento de los días de hospitalización
								Pregunta 4: A pesar de que durante muchos años fue aceptado el reposo prolongado en cama en pacientes hospitalizados, y eso se debe a que el personal de salud busca a toda costa evitar los efectos adversos asociados a la atención en salud; sin embargo, la evidencia	

									científica logró demostrar lo contrario.	
México, 2020.	Factores asociados con la	Castellanos-Perilla, Nicolás	Biomédica. Año 2020, Vol. 3, 546.	Cuantitativo de muestreo	Explorar la relación de los	Datos de las cohortes de	Se analizaron los datos de las cohortes	Análisis de los datos de las	Pregunta 2: Factores sociodemográficos (edad, ser	Se encontró que el dolor, las comorbilidades
	pérdida funcional entre los adultos mayores mexicanos que viven en la comunidad	Borda, Miguel Germán Fernández-Quilez, Álvaro Aarsland, Vera Soennesyn, Hogne Cano-Gutiérrez, Carlos Alberto			factores sociodemográficos, médicos y psicológicos con la incidencia del deterioro funcional en los adultos mayores mexicanos	2012 y 2015 de la encuesta del Estudio Mexicano de Salud y Envejecimiento	de 2012 y 2015 de la encuesta del Estudio Mexicano de Salud y Envejecimiento.	cohortes de 2012 y 2015 de la encuesta del Estudio Mexicano de Salud y Envejecimiento.	mujer, menos años de escolaridad) (4,16). Otros factores relacionados con el deterioro del estado funcional incluyen el nivel socioeconómico, que se encontró que era más alto entre aquellos con una condición socioeconómica más baja en una cohorte chilena (17). La mayor	, el nivel educativo, el estatus socioeconómico y la depresión se asociaban independientemente con el deterioro de las AVD. El deterioro de las AIVD se asoció con la edad, la educación deficiente, las comorbilidades

									incidencia y prevalencia de la obesidad se correlaciona con la enfermedad cardiovascular y afecta el estado funcional en la región.	, la depresión y el deterioro cognitivo.
									Pregunta 3: La prevención devendría a través de la movilidad temprana y las intervenciones de rehabilitación física durante la hospitalización de pacientes agudos, que pueden mejorar los resultados funcionales de una manera segura y	

									rentable. Es por eso que esta revisión se centra en los efectos del reposo en cama sobre los principales sistemas que pudiesen generar un decline funcional.	
Australia, 2021.	Reducing Hospital Transfers from Aged Care Facilities: A Large-Scale Stepped Wedge Evaluation	Hullick, C.J., Email Author, Hall, A.E, Conway, J.F, Hewitt, J.M, Darcy, L.F, Barker, R.T., Oldmeadow, C., Attia, J.R.	Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 69. 2021, 201-209.	Cuantitativo de muestreo	Las personas mayores que viven en instalaciones residenciales para el cuidado de personas mayores	Una gran zona rural y regional del norte y oeste de Nueva Gales del Sur, Australia.	Nueve SU de hospitales y 81 RACF participaron en la evaluación.	Intervención con el programa de atención de emergencias para ancianos.	Pregunta 3: El diseño de cuña escalonada permitió una evaluación rigurosa de una intervención a gran escala del mundo real. Estos resultados confirman que el programa ACE puede ampliarse a una gran área	Para obtener el cálculo de indicadores a nivel parroquial se requiere de la ampliación de los tamaños de la muestra de la población adulto mayor de la ciudad de Quito. Se

					<p>(RACF) experimentan un deterioro agudo que requiere evaluación y toma de decisiones. Evaluamos el impacto de un program</p>				<p>geográfica y puede reducir las visitas al servicio de urgencias y la hospitalización de personas mayores con necesidades de atención médica complejas que viven en RACF.</p>	<p>propone realizar un estudio de esta magnitud conjuntamente o alianza con alguna entidad gubernamental, ya que el adulto mayor necesita "salud, nutrición, casas de reposo, atención a la discapacidad,</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---

					<p>a regional de atención de emergencias para ancianos (ACE) a gran escala en la reducción de las admisiones hospitalarias y las transferencias al departamento de emergencias</p>				<p>Pregunta 5: El programa ACE es una intervención integrada dirigida por enfermeras, respaldada por una comunidad de práctica diseñada para mejorar la capacidad de los RACF para el manejo de residentes con malestar agudo. Incluye soporte telefónico, algoritmos basados en evidencia, definición de objetivos de atención para la transferencia al</p>	<p>tiempo libre, vacaciones, educación y cualquier otros servicios</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

					(DE).				servicio de urgencias,	
									manejo de casos en el servicio de urgencias y un programa educativo.	
España, 2021.	The efficiency of «Cross-speciality Geriatrics» in the co-management of patients older than 80 years	Ramírez-Martín, R. Email Author, Menéndez Colino, R., Déniz González, V.a, Gazo Martínez, J.A., Marijuán Martín, J.L.,	Revista Española de Geriatria y Gerontología, Año 2021, Vol. 20, 30223-7	Cuantitativo de muestreo	Determinar la eficacia del programa de «Geriatría transversal» en pacientes mayores de 80	Servicio de Geriatria. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España	Se incluyeron un total de 175 pacientes, de los cuales 53 fueron tratados por Cirugía General y 122 con el co-manejo de	Estudio experimental	Pregunta 3: El apoyo de la Geriatria Cruzada en pacientes mayores de 80 años ingresados en Cirugía General es un modelo de atención eficiente. Estos datos avalan su	Se incluyeron un total de 175 pacientes, de los cuales 53 fueron tratados por Cirugía General y 122 con el co-manejo de geriatría. La edad media fue de 84,9 años (DE 4,8).

admitted to the General Surgery Service. Economic results	González-Montalvo, J.I.				años ingresados en la Unidad de Patología Colorrectal de un Servicio de Cirugía General.		geriatría. La edad media fue de 84,9 años (DE 4,8).		implantación en hospitales donde aún no se ha desarrollado esta línea asistencial.  Pregunta 4: Se estudiaron dos tipos de pacientes: Tipo	En el período con el programa de Geriatría de especialidades cruzadas, la estancia media se redujo en 10,6 días (39%) y 8,5 días (44%) en los tipos 1 y 2, respectivamente (p
									1, que ingresaron en Urgencias, y Tipo 2, ingresos programados para intervención por cáncer colorrectal.	<0,01). Esto provocó una disminución en la ocupación de camas (3,3 camas / día) y una reducción de costes (1.215.970 € / año).

Chile , 2017	Cuidar a adultos con deterioro de  la movilidad física	Crawford A, Harris H.	Nurs (Ed española). Vol. 34, Año 2017, 32-37.	Análisis bibliográfico	Este artículo describe las razones por las cuales la movilidad puede verse afectada, los riesgos de una movilidad limitada o de inmovilidad, y las intervenciones de enfermería	Revisión y análisis de literatura acerca de las razones de la inmovilidad.	Revisión de literatura acerca de las razones de inmovilidad	Análisis de literatura acerca de las razones de inmovilidad	Pregunta 2: Los procesos de enfermedad que afectan directamente a la movilidad incluyen trastornos de los sistemas nerviosos central y periférico, trastornos musculoesqueléticos y neuromusculares . Entre las enfermedades del sistema nervioso que	El estado nutricional afecta tanto a la posibilidad de que el paciente presente complicaciones relacionadas con la inmovilidad como a la capacidad del paciente de recuperar la movilidad. Compruebe el consumo de alimentos del paciente y el tamaño de las raciones, el peso diario, el
--------------------	--	--------------------------	---	---------------------------	---	---	---	---	--	--

					<p>ía para atenuar las complicaciones.</p>			<p>pueden deteriorar la movilidad pueden citarse parálisis cerebral, esclerosis múltiple y enfermedad de Parkinson. Entre los trastornos musculoesqueléticos que reducen la movilidad cabe citar distrofia muscular, osteoartritis y artritis reumatoide. Otros trastornos que pueden deteriorar la movilidad son las deformidades congénitas,</p>	<p>balance hídrico y el nivel de actividad. Cuando sea necesario, ayude al paciente a comer, hable sobre las preferencias alimentarias con el paciente/la familia y consulte a un dietista. Verifique los valores de laboratorio relacionados con la nutrición, como la albúmina sérica,</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

									como la osteocondrodisp	proteína sérica, glucemia y electrolitos clave, como sodio, potasio, magnesio y calcio.
									lasia y las enfermedades que contribuyen al agotamiento físico, como la insuficiencia cardíaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Las lesiones ortopédicas, de la cabeza y de la columna traumáticas pueden reducir enormemente la	

									<p>movilidad.</p> <p>Pregunta 3: El cumplimiento de las estrategias de prevención y tratamiento recomendadas puede marcar la diferencia de forma</p>	
									<p>importante en la recuperación de la movilidad del paciente o en el desarrollo de complicaciones relacionadas con la inmovilidad. Eduque a los pacientes y a sus familias sobre los riesgos del deterioro de la movilidad y sobre la importancia de</p>	

									<p>mantener el más alto nivel de actividad física posible. Hable de la importancia de girar y volver a colocar al paciente para mantener la integridad de la piel y explique que los</p>	
									<p>ejercicios pasivos y activos de movimiento ayudarán al paciente a mantener la flexibilidad articular, la fuerza y la masa musculares.</p> <p>Pregunta 5: Evaluación</p>	

									<p>continua y cuidados de enfermería El estado nutricional afecta tanto a la posibilidad de que el paciente presente complicaciones relacionadas con la inmovilidad como a la capacidad del paciente de</p>	
									<p>recuperar la movilidad. Compruebe el consumo de alimentos del paciente y el tamaño de las raciones, el peso diario, el balance hídrico y el nivel de</p>	

									<p>actividad. Cuando sea necesario, ayude al paciente a comer, hable sobre las preferencias alimentarias con el paciente/la familia y consulte a un dietista. Verifique los valores de laboratorio relacionados con la nutrición, como la</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

									albúmina sérica, proteína sérica, glucemia y electrolitos clave, como sodio, potasio, magnesio y calcio. Los pacientes debilitados son más propensos a la infección; por tanto, controle los signos como fiebre y leucocitosis.	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

EEUU , 2020	Bend Don't Break: Stretching improves scores on a battery of fall assessment	Johnson, N.F, Email Author, Hutchinson, C. Hargett, K., Kosik, K., Gribble, P.d	Journal of Sport Rehabilita tion. Vol. 30, Año 2020, 78- 84.	Cuantitati vo de muestreo	Este estudio tuvo como objetivo determin ar si 5 semanas de entrena m iento de flexibili dad podrían	Adultos mayore s que viven en la comuni dad de Minnes ota.	Participaro n en este estudio 47 adultos de 60 años o mas (edad media = 66,7 años,.	Impleme ntación de un program a de ejercicio s físicos.	Pregunta 3: Los resultados sugieren que el entrenamiento de flexibilidad puede ser un modo eficaz de ejercicio de bajo nivel para mejorar los resultados funcionales. El	El protocolo mejoró la flexibilidad como se ve en las puntuaciones de sit and reach y mejoró las puntuaciones en todas las variables de resultado.
	tools in older adults				aumenta r la prueba de sentarse y levantars e, cronome t rar e ir y 5 veces las				estiramiento estático puede ayudar a mejorar la salud musculoeskuelét ica, promover la autonomía y disminuir la mortalidad en los adultos mayores que viven en la	Específicamen te, hubo un aumento significativo en las puntuaciones de las pruebas de levantarse sentado desde la preintervenció n (M = 7,45,

					<p>puntuaciones de sentarse y pararse en adultos mayores que viven en la comunidad.</p>				<p>comunidad. Los participantes completaron un protocolo de estiramiento estático que consta de 3 sesiones semanales de estiramiento de 1 hora.</p> <p>Pregunta 4: Las caídas y la pérdida de autonomía a</p>	<p>DE = 1,45) hasta la postintervención (M = 8,04, DE = 1,36), <math>t(42) = -5,21</math>, <math>P &lt; 0,001</math>. Los puntajes cronometrados y listos demostraron una disminución significativa desde la preintervención (M = 8.85, SD = 1.32) hasta la</p>
--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	---

									<p>menudo se atribuyen en gran parte a deficiencias musculoesqueléticas en la edad adulta tardía. La disminución de la flexibilidad relacionada con la edad contribuye al deterioro musculoesquelético tardío de la edad adulta</p> <p>postintervención (M = 8.20, SD = 1.35), t (46) = 5.10, P &lt;.001. Cinco veces las puntuaciones de sentarse y pararse demostraron una disminución significativa desde la preintervención (M = 12.57, SD = 2.68) hasta la postintervención (M = 10.46, SD = 2.06), t (46) = 6.62, P &lt;.001. Finalmente, los aumentos</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

										significativos en las puntuaciones de sentarse y estirarse se asociaron con
										un mejor rendimiento funcional ( $r = -.308, p = .03$ ).
Cuba, 2021	Envejecimiento poblacional y práctica de Enfermería de avanzada	Aurora, F. V., Iyemair, R. H., & Maricela, P. J., 2017.	In Enfermería a. e, Vol. 50. Año, 2017.	Análisis bibliográfico	Análisis bibliográfico del abordaje al paciente geriátrico desde la enferme	Revisión y análisis bibliográfico acerca del tratamiento de enfermería al área de geriatría.	Revisión bibliográfica en el tercer trimestre del 2015, que incluyó diversos libros de textos,	Revisión y análisis bibliográfico.	Pregunta 5: Desde la enfermería geriátrica se pretende proporcionar una atención	el desarrollo de competencias específicas de enfermería geriátrica coadyuvará junto a otros profesionales que brindan atención al

				r ía.	artículos científicos y páginas web.		individualizada al anciano y su entorno Intervención: Suplencia: el cuidador efectúa por completo la acción de enfermería, al presentar el anciano una total incapacidad para la misma.	adulto mayor a garantizar la calidad y la excelencia en la atención, permitirá potenciar el desarrollo social y prevenir que se convierta en un factor de crisis para la estructura sanitaria y de la seguridad
--	--	--	--	-------	--------------------------------------	--	---	---

									<p>Ayuda: el cuidador contribuye parcialmente a la ejecución de una acción, al presentar el anciano una cierta limitación física o psíquica que le impida hacerlo solo.</p> <p>Refuerzo: el cuidador está a disposición del anciano. Solo se le indica la acción a realizar en un determinado momento. Eso quiere decir que el anciano es autónomo.</p> <p>Promotor: el cuidador actúa con el anciano</p>	<p>social no solo de Cuba, también de las Américas en un mundo que envejece.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

									dando consejos y orientaciones	
									y animando a que el anciano emprenda y ejecute el mismo una determinada acción.	
Cuba , 2019	Cuidado informal al adulto mayor encamado en un área de salud.	Cordero Cabrera M, Ferro González B, García Veloz M, Domínguez Álvarez J.	Rev ciencia med Pinar Rio. Año 2019. Vol. 23.	Cuantitativo de muestreo	Diagnosticar el estado actual del cuidado informal al adulto mayor encamado en el área de	Área de salud del Policlínico Manuel Piti Fajardo de Guane en Pinar del Río	Constituido por una población de 79 cuidadores informales de adultos mayores encamados y una muestra de 35 de estos,	Estudio observacional, descriptivo y transversal,	Pregunta 2: Estudios muestran la necesidad de mayor acompañamiento de los cuidadores por el equipo de salud, ya que el cuidado exige una preparación	Se identificaron tendencias actuales en el desarrollo del objeto, se realizó el diagnóstico del estado inicial, determinando regularidades

				salud del Policlínico Manuel Piti Fajardo de Guane en Pinar del Río, durante el		que cumplieron con los criterios de inclusión.		emocional y técnica; factores como la falta de preparación para el cuidado y la ausencia de soporte familiar y profesional sobrecargan al cuidador.	que posibilitan la transformación de sus insuficiencias
				período de julio 2015 a octubre 2016.				Pregunta 4: Se plantea que los efectos se sienten más cuando la condición socio-económica del cuidador es menor y el enfermo tiene mayor dependencia. En el mejor de los casos, la familia es capaz de	

									<p>unirse en ese momento, establecer rutinas de rotación de las actividades y servir de soporte al cuidador, mientras la enfermedad avanza, las relaciones familiares se alteran y se</p>	
									<p>complican las rutinas cotidianas.</p> <p>Pregunta 5: Escuchar y comunicarse constituye una de las claves en la relación de cuidados, es muy necesario apoyar y</p>	

									<p>potenciar desde las áreas de desempeño de enfermería, el acompañamiento y educación a los adultos mayores encamados y a sus cuidadores informales dentro del entorno familiar y comunitario. La evidencia indica que los</p>	
									<p>cuidadores son más competentes y disminuyen los niveles de estrés cuando tienen un apoyo formal que les ayude a potenciar sus habilidades y conocimientos,</p>	

									<p>lo cual contribuye a mejorar la calidad de vida del binomio cuidador-cuidado.</p> <p>En cuanto al dominio de habilidades técnicas para brindar cuidados oportunos al adulto mayor encamado, se encontró que los cuidadores informales no</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

									<p>tienen un correcto dominio de las habilidades técnicas. Los resultados de esta investigación coinciden con estudios de sobrecarga del cuidador familiar, donde se determinó que los cuidadores familiares carecían de la habilidad requerida para dar un cuidado competente, y a pesar de ello asumen la responsabilidad de cuidar.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>osta Rica, 2019 .</p>	<p>Sarcopenia : abordaje integral del adulto mayor</p>	<p>Christopher RB, Buckcanan Vargas A, Benavides Jiménez. Gabriela.</p>	<p>Revista Médica Sinergia Vol.4. Año 2019, 195-205.</p>	<p>Análisis bibliográfico</p> <p>Se realiza una revisión de las guías internacionales y literatura reciente con enfoque en conceptos básicos, tamizaje , diagnóstico y terapéutica con el de objetivo de aumenta</p>	<p>Revisión y análisis de literatura acerca de la sarcopenia para su respectivo tratamiento.</p>	<p>Revisión bibliográfica acerca de la sarcopenia en adultos mayores.</p>	<p>Análisis de la literatura acerca de la sarcopenia en adultos mayores.</p>	<p>Pregunta 3: Se ha asociado la inactividad física con pérdida de fuerza y masa muscular, por lo tanto, un régimen de ejercicios es la piedra angular del tratamiento de la sarcopenia. El ejercicio de resistencia ha demostrado un aumento en la síntesis de proteínas a nivel muscular a corto plazo. Entrenamiento de resistencia y fuerza han demostrado ser efectivos para prevención y</p>	<p>Se debe tener alta sospecha clínica para diagnosticarla, por lo que se recomienda el uso de cuestionario SARC-F. El diagnóstico se basa en comprobar mediante estudios de gabinete y examen físico la pérdida de función y masa muscular. Cada vez se le da mayor énfasis a la valoración de la calidad del tejido</p>
--------------------------	--	---	--	--	--	---	--	--	---

					<p>r la sospecha clínica de la patología en la práctica médica</p>				<p>tratamiento de sarcopenia, en</p>	<p>muscular con herramientas como el TAC, US o RMN.</p>
					<p>diaria para así poder realizar diagnósticos tempranos que ayuden a brindar un manejo integral.</p>				<p>especial el de resistencia que influye en el sistema neuromuscular aumentando las concentraciones y tasa de producción de proteína. La intervención con ejercicio debe durar como mínimo 3 meses para lograr un impacto en la función muscular.</p>	

									Pregunta 4: Sarcopenia se asocia a menudo con una condición médica subyacente, siendo imperativo tratar esta condición	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

									<p>de fondo antes de la sarcopenia como tal. La caquexia por ejemplo se caracteriza por una severa pérdida de músculo que va de la mano con enfermedades como cáncer, miocardiopatías , e insuficiencia renal en estadios finales.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EEUU , 2018	Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep	Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al.	Crit Care Med. Año 2018. Vol. 46, e825-e873.	Cuantitativo de muestreo	Actualizar y ampliar la Guía de práctica clínica de 2013 para el manejo del dolor, la agitación y el	Grupo de trabajo de Desarrollo y Evaluación.	Treinta y dos expertos internacionales, cuatro metodólogos y cuatro sobrevivientes de enfermedades críticas se reunieron virtualmente al menos	Teleconferencias, debates, paneles.	Pregunta 2: Factores asociados: El panel de dolor, agitación / sedación, delirio, inmovilidad (movilización / rehabilitación) y sueño (interrupción).	Como expertos designados por la Sociedad de Medicina de Cuidados Intensivos, nuestro objetivo era proporcionar la información reciente que los médicos necesitan para atender mejor
	Disruption in Adult Patients in the ICU				delirio en pacientes adultos en la UCI.		una vez al mes. en 2017..		Pregunta 3: Se enfatiza la importancia de la evaluación del dolor previa al procedimiento y la analgesia preventiva,	a los adultos en estado crítico utilizando los procesos más rigurosos y transparentes a nuestra disposición. Debido a que

							<p>cuando sea apropiado, para los procedimientos que se sabe causan dolor.</p> <p>Pregunta 4: De hecho, el dolor severo durante el procedimiento se asocia con eventos adversos graves (p. Ej., Taquicardia, bradicardia, hipertensión, hipotensión,</p>	<p>dicho proceso no necesariamente garantiza la aceptabilidad entre los proveedores de conocimientos y los usuarios, establecimos formas de abordar cuestiones relacionadas con el dolor, la sedación, el delirio, la inmovilidad y la práctica del sueño relevantes y centradas en el paciente .</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

									desaturación, bradipnea y dificultad respiratoria) que se pueden prevenir con una evaluación adecuada del dolor y analgesia preventiva.	
UK, 2017	d	Brennan-Olsen SL, Cook S, Leech MT, Bowe SJ, Kowal P, Naidoo N, et al.	BMC Musculoskeletal Disorders. Vol. 18, Año 2017, 1-12.	Cuantitativo de muestreo	Análisis de datos del estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre el envejecimiento	Datos de World Health Organization Study on global AGEing and adult health	5003 mujeres y 2664 hombres (19,9% y 14,1%,)	Se aplicaron ponderaciones de encuestas específicas por países.	Pregunta 2: La alta prevalencia de artritis en los PIBM es preocupante y puede empeorar la pobreza al afectar la capacidad para trabajar y cumplir con los roles	5003 mujeres y 2664 hombres (19,9% y 14,1%, respectivamente) informaron artritis auto notificada (de por vida), mientras que 1220 mujeres y 594 hombres

					global y la salud				comunitarios.	tenían artritis actual basada en síntomas (4,8% y 3,1%, respectivamente)
					de los adultos				En todo el mundo, los trastornos musculoesqueléticos representan una amenaza global para el envejecimiento saludable, y se clasifican como la segunda causa más común de discapacidad, medida por años vividos con discapacidad (AVD). Los países de ingresos bajos y medianos	e). Para los hombres, las tasas de artritis estandarizadas fueron aproximadamente de dos a tres veces mayores que para las mujeres. Las tasas más altas se observaron en Rusia: 38% (IC 95% 36% - 39%) para hombres y 17% (IC 95%

									(PIBM) no son inmunes a la carga de enfermedades musculoesqueléticas; de hecho, la prevalencia de este grupo de enfermedades	14% -20%) para mujeres.
									no transmisibles (ENT) está aumentando drásticamente en los PIBM. Pregunta 4: Para ambos sexos y en todos los países de ingresos bajos y medianos, la artritis fue más prevalente entre los que tenían menos educación y entre las mujeres separadas /	

									divorciadas / viudas disminuyendo así su capacidad de movilidad.	
España, 2018	Evaluación geriátrica hospitalaria : una	Romero Á, Amores L, Cardona Y.	Medisur . Vol 16. Año 2018, 744-765.	Cuantitativo Muestreo	Exponer los elementos indispensables		En Cienfuegos , provincia localizada al centro sur, Cuba.	Valoración geriátrica	Pregunta 2: Las caídas son uno de los factores asociados, entre	A pesar de que los múltiples estudios publicados han confirmado la
	herramienta necesaria				ables para realizar la valoración geriátrica a todos los ancianos que ingresen en el hospital y que pueda				ellas las fracturas (la de cadera como sitio frecuente y causa usual de ingreso hospitalario), hematomas (el subdural, muy peligroso), inmovilidad, aislamiento, dependencia, depresión e institucionalización.	eficacia de la EG en diferentes escenarios, existe una brecha considerable entre lo que se conoce y lo que se hace. Es preciso introducir, paso a paso, de forma efectiva, esta herramienta

					servir al personal médico de todos los servicios que ingresan a estos pacientes, en aras de homogen				<p>Pregunta 3:</p> <p>La movilización de los enfermos hospitalizados es tarea de todos: del propio enfermo, sus familiares y cuidadores, médicos, enfermeras, estudiantes,</p>	<p>necesaria y al alcance de todos en los servicios hospitalarios que atienden ancianos. La presente guía puede constituir una aproximación a este objetivo, pero se</p>
					eizar y ajustar su atención.				<p>asistentes de pacientes y personal de rehabilitación.</p> <p>Pregunta 4:</p> <p>El reposo prolongado en cama está asociado a complicaciones como constipación,</p>	<p>necesita participación y cohesión de los colectivos, así como una fuerte dosis de capacitación, entrenamiento e investigación, para lo cual el servicio de Geriatría</p>

									<p>hipotensión postural, caídas, úlceras por presión, neumonía aspirativa y trombosis venosa, entre otros.</p> <p>Pregunta 5: El rol de la enfermería se desarrolla mediante lo siguiente:</p>	<p>puede ser el vivero.</p>
									<p>Revisar diariamente la piel. No usar alcohol o colonia directamente sobre la piel.</p> <p>Ingesta diaria de líquidos. Dieta variada con importante aporte proteico y</p>	

									<p>vitaminas favoreciendo el buen mantenimiento de la piel. Ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. No utilizar restricciones físicas o farmacológicas si no están indicadas. Los cambios posturales se realizan cada 2-</p>	
									<p>3 horas y en pacientes que puedan estar sentados se realizará cada hora, descargando el peso sobre los glúteos. Nunca deslizar</p>	

									<p>al paciente sobre el lecho, debe moverse en bloque para evitar las erosiones de la piel por fuerzas de cizallamiento. Aplicar masajes. Proveer dispositivos especiales que alivien la presión como colchones, cojines. nunca dispositivos tipo flotador; no</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

									<p>sustituyen la movilización. Realizar actividad física siempre que se pueda, ya sean ejercicios activos o pasivos. Fisioterapia respiratoria: inflar globos, aerosoles, palmo percusión, vibrador. Psicoactivantes ; hablar con el enfermo para mantenerlo orientado, brindar confianza y calmar su ansiedad.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

Egypto , 2020.	Value of magnetic resonance spectroscopy in	Kotb, M.A. Email Author, Kamal, A.M. Email	Egyptian Journal of Neurology and Psychiatry, Año 2020, 1-9.	Cuantitativo Muestreo	La implementación de modelos de	Clínicas de neurología y psiquiatría	El presente estudio incluyó a 85 sujetos.	Aplicación de evaluaciones médicas integradas	Pregunta 2: Las prácticas de cuidado hospitalario son inadecuadas,	La DF asociada con hospitalización es un evento de ocurrencia
	geriatric patients with cognitive impairment	Author, Aldossary, N.M. Email Author, Alsify, A.A. Email Author, Ahmed, Y.M.	Psychiatry and Neurosurgery, Año 2020. Vol. 56. Año 2020, 1-9.		atención que previene y mejoran el compromiso funcional debería ser una prioridad para las instituciones y personal de salud que atienden			s, pruebas neuropsicológicas, pruebas de laboratorio, así como estudios de resonancia magnética cerebral y 1H-MRS.	debido a que promueven el reposo en cama lo cual puede generar desenlaces adversos como descondicionamiento físico, síndrome de inmovilidad, neumonía y embolismo pulmonar entre otros. Debido a los cambios fisiológicos con el envejecimiento	frecuente que refleja la morbilidad esperada debido a los cambios anatómicos y fisiológicos que genera el envejecimiento, fragilidad y la propia enfermedad aguda. Afecta la calidad de vida e independencia de los ancianos,

					ancianos . Estos modelos incluyen revisión del manejo farmacológico, rehabilitación interdisciplinaria temprana				que disminuyen la reserva muscular.  Pregunta 3: La medida preventiva se realiza mediante intervenciones	cuidadores e incrementa los costos en atención de salud. Se puede desarrollar antes, durante y posterior a la hospitalización
					, programas de ejercicio y diseño del egreso geriátrico o planeado				dirigidas a modificación del entorno, cuidado centrado en el anciano, revisión del manejo farmacológico, programas de ejercicio y diseño del	. La identificación oportuna es el primer paso para la valoración del riesgo y determinar los FR con el objeto de prevenir y manejar esta

									<p>egreso geriátrico planeado, ha mostrado tener buenos resultados en la prevención y / o manejo de la declinación funcional.</p> <p>Pregunta 4: La inmovilidad lleva a la rápida pérdida de masa muscular, disminuye la síntesis de proteínas</p>	condición.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------

									musculares, produce cambios en articulaciones generando dolor, alterando la movilidad y capacidad aeróbica además de favorecer el desarrollo de hipotensión postural y úlceras por presión.	
UK, 2020	Experience of geriatric nurses in nursing home settings across four countries in the face of the COVID-	Sarabia-Cobo, C. Email Author, Pérez, V., de Lorena, P., Hermosilla-Grijalbo, C., Sáenz-	Journal of Advanced Nursing, Vol. 77. Año 2021, 869-878.	Cuantitativo muestreo	Explorar el impacto emocional y las experiencias de geriátrico enfermeras	Enfermeras de España, Italia, Perú y México	(N = 24)	Se realizaron entrevistas	Pregunta 4: En el marco de pandemia se refleja en los pacientes geriátricos: malestar psicológico en forma de ansiedad y agotamiento	Independientemente del país y la situación, ante la pandemia, se han vivido situaciones dramáticas en los hogares de ancianos a nivel mundial,

	19 pandemic	Jalón, M., Fernández- Rodríguez, A.,		trabajan d o en hogares de				emocional, aspecto	con el personal de enfermería sintiéndose exhausto y
		Alconero- Camarero , A.R.		ancianos y cuidando paciente s con enferme d ad coronavi rus 2019 (COVID -19).				psicológico muy prevalente en esta situación pandémica. El deterioro emocional presente se da también en otros estudios del mismo carácter,  en el cual coinciden que se debe formular un modelo de atención más adecuado en hogares de ancianos.	abrumado, y se insta a la reflexión a nivel global para considerar el modelo de atención más adecuado en enfermería hogares.

Austria , 2018	Chronic musculoske letal pain in European older adults:  Cross- national and gender differences	Cimas M, Ayala A, Sanz B, Agulló- Tomás MS,  Escobar A, Forjaz MJ.	Eur J Pain. Vol. 22, Año 2018, 333-345.	Cuantitati vo Muestreo	Este estudio tuvo como objetivo analizar la prevalen cia y los factores	Adultos mayore s que residen en Austria, Bélgica , Repúbli ca Checa,	Se incluyó un total de 61,157 participant e s.	Estudio transvers al a partir de la ronda 5 de la Encuesta sobre salud, envejeci miento y	Pregunta 2: Los factores asociados explorados fueron fumar (alguna vez fumar diariamente), beber (más de dos vasos de	La prevalencia global de dolor musculo esque lético crónico fue del 35,7% (28,8-31,7), variando del 18,6% (17,1- 20,1) para Suiza al 45,6% (43,3-47,8)
-------------------	--	---	--	------------------------------	--	---	---	--	--	--

					asociado s al dolor musculo esqueléti co crónico por género en adultos mayores de 14 países europeo s .	Dinama rca, Estonia, Francia, Alemania ..		jubilació n en Europa (SHARE ).	alcohol casi todos los días), índice de masa corporal (IMC) e inactividad física. Factores dietéticos asociados con IMC o la menor ingesta de vitaminas han sido relacionado con un aumento de la osteoartritis.	para Francia. La prevalencia fue mayor en mujeres que en hombres: 41,3% (40,2- 42,4) versus 29,1% (28,0- 30,3). El dolor musculoesque lético crónico fue menor en los hombres mayores de 75 años (RP = 0,82; 0,72- 0,92) que en el grupo más joven (50-59). El estado de separación / divorcio presentó efectos opuestos entre los hombres (RP = 0,85;
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

										0,76-0,96) y las mujeres (RP = 1,12; 1,03-1,21) en comparación con los
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

										casados, y el desempleo fue un factor significativo en los hombres (RP = 1,21; IC del 95%: 1,02 - 1,43) en comparación con los empleados.
China, 2018	Nurses' knowledge and attitudes regarding major immobility complicatio	Li Z, Zhou X, Cao J, Li Z, Wan X, Li J, et al	J Clin Nurs. Año 2018. Vol. 27, 9-10.	Cuantitativo Muestreo	Conocer el conocimiento y las actitudes de las enfermeras con respecto a las principales	Hospitales en China.	Se encuestó a un total de 3.903 enfermeras y 21.333 pacientes encamados de 25 hospitales en China.	Estudio transversal.	Pregunta 3: Para una mejor prevención hacia este síndrome que afecta al adulto mayor, se toma en cuenta los programas de educación sobre	Las puntuaciones medias de conocimiento fueron 64,07% para úlceras por presión, 72,92% para trombosis venosa

	<p>ns among bedridden patients: A prospective multicentre study</p>				<p>es complicaciones de la inmovilidad (úlceras por presión, neumonía</p>				<p>úlceras por presión mejoran el conocimiento de las enfermeras. Ayudando a adquirir actitudes profesionales</p>	<p>profunda, 76,54% para neumonía y 83,30% para infecciones del tracto urinario. Las puntuaciones medias de</p>
					<p>a, trombosis venosa profunda e infecciones del tracto urinario) y explorar la correlación de los conocim</p>				<p>que les permitieron mejorar la calidad de la atención de enfermería.  Pregunta 5: Con base en el estudio en la enfermería este hallazgo sugirió que a pesar de la falta de conocimiento,</p>	<p>actitud para estas complicaciones fueron 86,25%, 84,31%, 85,00% y 84,53%, respectivamente. Los puntajes de conocimiento y actitud fueron significativam</p>

					imientos y las actitudes de las enfermeras con la incidencia de estas complicaciones.				las enfermeras entendieron la importancia de prevenir MIC en su trabajo diario. Por tanto, la capacidad de atención desde la enfermería tuvo los siguientes resultados: La puntuación media de	entre las enfermeras con mayor edad, mayor duración del empleo, nivel de educación superior, experiencia de formación previa y las que trabajan en hospitales
									conocimiento fue más alta para las infecciones urinarias (83,30%) y más baja para las úlceras por presión (64,07%), y la puntuación	terciarios o unidades de cuidados críticos.

									media de la actitud fue la más alta para las úlceras por presión (86,25%) y la más baja para las úlceras por presión (86,25%). TVP (84,31%).	
China, 2019	Nursing resources and major immobility	Li J, Wu X, Li Z, Zhou X, Cao J, Jia Z, et al.	J Nurs Manag. Año 2019. Vol. 27, 930-938.	Cuantitativo Muestreo	Conocer los recursos de enfermería en China y	18 hospitales (seis terciarios y 12 secundarios) de	Se reclutaron 19.530 participantes de un total de	Encuesta transversal, multicéntrica	Pregunta 1: El estudio incluyó a 23.637 pacientes en 213 salas y se reclutó a 19.530.	El estudio incluyó a 23.637 pacientes en 213 salas y se reclutó a
	complications among bedridden patients: A multicenter				explorar la relación entre los recursos	seis provincias y ciudades de diferentes regiones geográficas	18 hospitales (seis terciarios y 12	terciaria y nacional.	La incidencia global de complicaciones graves por inmovilidad fue	19.530. La incidencia de las cuatro complicaciones fue 0,77%

	descriptive study in China			de enfermería y la incidencia de las principales complicaciones de inmovilidad entre los pacientes encamados. Las principales complicaciones de inmovilidad incluidas en nuestro	(este, sur, oeste, norte y centro) de China.	secundarios) de seis provincias y ciudades en diferentes regiones geográficas (este, sur, oeste, norte y centro) de China.		del 5,41%.  Pregunta 4: Las principales complicaciones de inmovilidad incluidas en nuestro estudio fueron úlceras por presión, trombosis venosa profunda, neumonía e infección del tracto urinario.  Pregunta 5: La dotación de personal de enfermería suficiente y los títulos profesionales	(úlceras por presión), 0,82% (trombosis venosa profunda), 3,39% (neumonía) y 0,86% (infección del tracto urinario), y la incidencia global de complicaciones graves por inmovilidad fue del 5,41%. La incidencia de complicaciones graves por inmovilidad fue mayor en
--	----------------------------	--	--	--	--	--	--	---	--

					estudio fueron úlceras por					
					presión, trombos i s venosa profund a , neumoní a e infecció n del tracto urinario.				superiores de las enfermeras podrían contribuir a reducir la incidencia de complicaciones graves por inmovilidad.	las salas que no alcanzaron las proporciones de cama a enfermera objetivo que en las que cumplieron con estos criterios ( $\beta =$ 0,44, intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,02-0,87; OR = 1,553, 95% CI: 1,002- 2,387). La incidencia de complicacione s graves por inmovilidad se

										asoció negativamente con la proporción de enfermeras con puestos de trabajo
										intermedios o superiores ( $\beta = -2,12$ , IC del 95%: -3,78 a -0,45; OR = 0,120, IC del 95%: 0,023-0,638).

España, 2017	Perioperative care of geriatric patients	Aditya P. Devalapalli, Deanne T. Kashiwagi	Hospital Practice, Vol. 48, Año 2020, 26-36.	Análisis bibliográfico	Este estudio examina los principales protocolos descritos en la literatura y sus resultados asociados a las estrategias de movilización temprana en la unidad de	Revisión y análisis de literatura acerca de estrategias de movilización.	Revisión de literatura acerca de protocolos de movilización.	Análisis de literatura acerca de protocolos de movilización.	Pregunta 3: Las estrategias de movilización precoz en la unidad de cuidados intensivos pueden asociarse a la prevención y una reducción de la polineuropatía del paciente crítico, una mejora de la calidad de vida del paciente y la reducción tanto del período de ingreso en la UCI y el de la mortalidad	En resumen, muchos criterios de contraindicación para la movilización temprana son solo relativos y carecen de una evaluación de costo / beneficio de la terapia. En un estudio reciente, Hickmann et al. 55 usó sólo 5 contraindicaciones para establecer la movilización en las primeras
--------------	--	--	--	------------------------	--	--	--	--	--	--

					cuidados intensivos.				durante la hospitalización, acompañado de las principales técnicas empleadas fueron la quinesioterapia, la formación sobre traslados y locomoción, la estimulación neuromuscular eléctrica y el uso de bicicletas ergométricas.	24 h de estancia en UCI: infarto agudo de miocardio, sangrado activo, aumento de la presión intracraneal con inestabilidad de la misma, fracturas pélvicas inestables y suspensión del tratamiento.
--	--	--	--	--	----------------------	--	--	--	---	---

EEUU , 2021	Early mobilizati o n: Why, what for and how?	Miranda Rocha AR, Martinez BP, Maldaner da Silva VZ, Forgiarini Junior LA.	Med Intensiva. Año, 2017. Vol. 41, 429- 436.	Análisis bibliográfi co	Impleme ntación de DO- HEALT H es un ensayo clínico multicén t rico entre 2157 hombres y mujeres europeo s de 70	Revisió n y análisis de literatur a acerca de control aleatori o.	7 centros de contratació n ubicados en 5 países europeos: Suiza (Universida d de Zúrich, Hospital Universitar i o de Basilea, Hospital Universitar i o de	Ensayo experime ntal	Pregunta 2: Su seguimiento detallado que incluye visitas clínicas anuales durante todo el día y llamadas telefónicas trimestrales en todos los participantes incluye la evaluación de	DO-HEALTH tiene varios puntos fuertes. Se dirige al segmento relativamente saludable de la población de más de 70 años que se espera que crezca rápidamente en los próximos años, en una
					años o más que viven en la comunid ad. El ensayo de diseño factorial de		Ginebra), Francia (Centro hospitalario de la Universida d de Toulouse), Alemania (Charit Coimbra)		factores clave del estilo de vida como la nutrición, la educación y la actividad física, así como las comorbilidades y el uso de	edad en la que las tasas de enfermedad están aumentando exponencialm ente. Además, como ensayo de envejecimient o saludable,

					control aleatorio				<p>medicamentos recetados. y suplementos de venta libre.</p> <p>Pregunta 3: DO-HEALTH fue diseñado para establecer evidencia del papel de la vitamina D, n-3 s y un programa de ejercicios de fuerza basado en el hogar simple (SHEP), tanto individualmente como una intervenció n</p>	<p>funciona para 6 criterios de valoración principales de 5 dominios de salud: cambios en la presión arterial sistólica y diastólica (cardiovascular), incidencia de fracturas no vertebrales (hueso), deterioro funcional (músculo), deterioro cognitivo</p>
--	--	--	--	--	-------------------	--	--	--	---	---

									combinada, en la prevención de enfermedades crónicas en edades avanzadas, durante 6 criterios de valoración principales (cambio de la presión arterial sistólica y diastólica, fracturas no vertebrales, batería de rendimiento físico corto (SPPB), la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) e infecciones), que abordan 5 dominios de	(cerebro) y tasa de infección (inmunidad). Además, se diseñaron una serie de criterios de valoración secundarios y estudios auxiliares predefinidos y bien integrados para explorar el papel de las intervenciones también con respecto a la salud articular, mental, dental, gastrointestinal, metabólica de la glucosa,
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---

									salud (salud cardiovascular, salud ósea, salud muscular, salud cerebral e inmunidad),	renal y global.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	-----------------

									<p>respaldados y ampliados por una serie de criterios de valoración secundarios y exploratorios.</p> <p>Pregunta 4: En este marco, DO-HEALTH fue diseñado, a través de un monitoreo intensivo de 2152 participantes cada 3 meses, para abordar cambios en factores de riesgo importantes, como deterioro funcional / cognitivo y presión arterial</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

									elevada, en lugar de eventos clínicos importante s como	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

									demencia, miocardio infarto           o accidente cerebrovascular .	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

UK, 2018	DO-HEALTH: Vitamin D3 - Omega-3 - Home exercise - Healthy aging and longevity trial - Design of a multinational clinical trial on healthy aging among European seniors	Bischoff-Ferrari, HA, Molino, CDGRC, Rival, S., Vellas, B., Rizzoli, R., Kressig, RW.	Ensayos clínicos contemporáneos. Vol. 100. Año 2021, 106124.	Cuantitativo muestreo	Caracterizar a los pacientes médicos de edad avanzada e identificar los factores asociados a la estancia prolongada.	7 centros de contratación ubicados en 5 países europeos: Suiza (Universidad de Zúrich, Hospital Universitario de Basilea, Hospital Universitario de Ginebra), Francia	Pacientes consecutivos de $\geq 65$ años ingresados en salas médicas y geriátricas de agudos.	Evaluación integral	Pregunta 1: Entre 1568 pacientes (edad $81,3 \pm 7,3$ años, 712 hombres), observamos una alta prevalencia de dependencia funcional, deterioro cognitivo, inmovilización crónica y fragilidad (50%, 25%, 20% y 40%, respectivamente).  Pregunta 2: Las malas condiciones de salud y la alta prevalencia de síndromes geriátricos son extremadamente	Entre 1568 pacientes (edad $81,3 \pm 7,3$ años, 712 hombres), observamos una alta prevalencia de dependencia funcional, deterioro cognitivo, inmovilización crónica y fragilidad (50%, 25%, 20% y 40%, respectivamente). En general, el alta tardía ocurrió en 442 casos, lo que resultó en 2637 días de estadía hospitalaria prolongada, y
----------	--	---	--	-----------------------	--	---	---	---------------------	--	---

									e comunes entre	se asoció de forma
--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------	-----------------------

						<p>(Centro hospitalario de la Universidad de Toulouse), Alemania (Charité Berlín), Portugal (Universidad de Coimbra) y Austria (Universidad Médica de Innsbruck).</p>			<p>los pacientes hospitalizados de edad avanzada. El alta tardía se observó principalmente en los pacientes ingresados desde su domicilio, y se asoció a deterioro cognitivo y dependencia funcional.</p>	<p>independiente con deterioro en las actividades de la vida diaria, fragilidad, alta comorbilidad e ingreso inadecuado. Entre los pacientes ingresados desde el hogar (aproximadamente el 90% de la muestra), el alta tardía ocurrió en 392 pacientes y se asoció de forma independiente con deterioro cognitivo, dependencia funcional, baja gravedad</p>
--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	---

										de la comorbilidad e ingreso inadecuado (OR 3,39). Entre los paciente s
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

										ingresados en instalaciones de mediano o largo plazo
Italia, 2018	Prevalence of and factors associated with prolonged length of stay in older hospitalized medical patients	Bo, M., Fonte, G., Pivaro, F., Bonetto, M., Comi, C., Giorgis, V.	Observational Study. Vol. 16. Año 2018, 314-21	Muestreo cuantitativo	Nuestro objetivo fue evaluar el efecto de un programa de AF pragmático, no supervisado y específico (SPRINT) sobre la práctica asistencial y las capacidades	Salas médicas y geriátricas agudas de dos grandes hospitales universitarios metropolitanos docentes ("Azienda Ospedal	De los 39 pacientes (> 65 años) hospitalizados en una GAU y elegibles, 19 aceptaron participar (AP) y 20 rechazaron (N-AP).	Evaluar el efecto de un programa de AF pragmático, no supervisado y específico (SPRINT)	Pregunta 3: SPRINT parece eficaz para contrarrestar el declive iatrogénico y reducir la LOS. Además, esta sencilla herramienta de AF pragmática parece mejorar la trayectoria de vida y la práctica sanitaria en la población que envejece.	Las características basales de los 2 grupos fueron comparables. Al alta, el grupo AP mejoró más en la velocidad de la marcha ( $0,57 \pm 0,21$ frente a $0,64 \pm 0,19$ ; $p = 0,013$ ), escala de equilibrio de Berg ( $41,8 \pm 13,7$ frente a $45,1 \pm 9,7$ ; $p = 0,017$ ) y PFMP

				des funcional es en pacientes mayores hospitali- zados. Diseño: Estudio	iera Città della Salute e della Scienza di Torino, Ospedal			(54,0 ± 7,1 frente a 55,1 ± 5,5; p = 0,042) que el grupo N-AP. La LOS fue significativame- nte más corta en el grupo AP
				piloto pragmáti- co interven- cionista de un solo brazo.	e Molinet te "de Turín y" Azienda Ospedaliero- Universitaria San Luigi Gonzaga "de Orbassano) y el hospital "Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle "de Cuneo en Piamonte, norte de Italia.			en comparación con el grupo N-AP (5 vs.36 días; p = 0.026) y más sujetos en el grupo AP se orientaron en el hogar sin servicios sociales o de salud (89.5 vs 60%; p = 0,065).

Canadá, 2019	Potential Efficacy of Pragmatic Exercise Program (Sprint) During Hospitalization in Older Adults on Health Care and Physical Performance: A Pilot Study	Peyrusqué, E., Buckinx, F., Bolduc, A. et al	The Journal of Nutrition, Health & Aging. Vol. 25. Año 2021, 126-133.	Muestreo cuantitativo	Evaluar la influencia del cambio en la gestión de ingresos en una unidad geriátrica de recuperación funcional (UGRF) sobre su actividad y resultados asistenciales.	Institut Universitaire de Gériatrie de Montreal, Montreal, Quebec	Se recogieron datos registrados desde el año 2000 de la UGRF del Hospital Central Cruz Roja, agrupados en periodos de 4 años, salvo los ingresos centralizados (septiembre de 2016-diciembre de 2018).	Estudio observacional retrospectivo	Pregunta 2: Deterioro funcional (que se agrupó en ictus, patología ortopédica y cuadros de inmovilidad multifactorial) y comorbilidad.  Pregunta 3: En este caso en particular el sistema centralizado de ingreso influyó en la mejora de parámetros funcionales, pero a costa de una mayor estancia y una menor eficiencia asistencial, objetivándose un incremento	En el análisis multivariante los pacientes ingresados desde la unidad central presentaron una mayor ganancia funcional global y relativa (diferencia de medias de 3,49 puntos con IC 95% = 1,65-5,33 y 12,41% con IC 95% = 0,74-24,08, respectivamente), mayor estancia (12,92 días; IC 95% = 11,54-14,30)
--------------	---	--	---	-----------------------	---	---	--	-------------------------------------	--	--

									de la y menor institucionaliza eficiencia ción al alta y de (-0,36; IC los retraslados a 95% = -0,16 a unidades de -0,57), mayor agudos. riesgo de institucionaliz ación (OR 1,61; IC 95% =
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

										1,19-2,16) y riesgo de retraslado a unidad de agudos (OR 3,16; IC 95% =2,24-4,47).
España, 2020	Repercusión de un sistema centralizado de ingresos sobre la eficacia y eficiencia de una unidad geriátrica de recuperación funcional	Cortés, J. J. B., Zujeros, S. M., Prieto, B. G., Morillo, P. P., Cervantes, Y. M., Luis, C. R., ... & García, A. S.	Revista española de Geriátria y Gerontología. Vol. 55, Año 2020, 18-24.	Cuantitativo de muestreo	Investigar el envejecimiento activo de los ancianos tailandeses en un asilo de ancianos, además de promover el envejecimiento	UGRF del Hospital Central	Un total de 16 participantes en la fase 2 que se dividieron por igual en grupos experimentales y de control, respectivamente.	Implementación del Modelo Satir y las técnicas de Entrevista Motivacional.	Pregunta 2: Los factores asociados van desde la alimentación, el ejercicio constante, cumplimiento de citas regulares de atención médica, falta de desarrollo espiritual, baja autoestima.  Pregunta 3:	La fase 1 del estudio mostró resultados cualitativos del progreso del desarrollo del envejecimiento activo en las personas mayores que resultaron en 4 subtemas (desarrollo de la salud, desarrollo espiritual, participación

									n
					activo para ellos mediante la integración asesoria miento.			Las personas mayores se dieron cuenta de la importancia de mantener su salud con una combinación de ejercicio, una dieta saludable y el cumplimiento de sus citas regulares de control. El desarrollo espiritual se refiere al proceso en el que las personas mayores realizan prácticas religiosas y	activa y apoyo psicosocial). Se utilizaron dos parámetros para analizar los resultados en la fase 2. Los resultados cuantitativos mostraron que la puntuación de envejecimiento activo de los participantes en el brazo experimental aumentó significativamente después de la inscripción ( $p < 0,05$ ).

									regularmente su fe en el budismo. Como resultado, las personas mayores pudieron dejar de lado	Además, el grupo experimental tuvo una puntuación global de envejecimiento activo más alta en comparación con el grupo
									cualquier negatividad y aprovechar su energía espiritual que contribuyó a su desarrollo espiritual y felicidad general.	de control. Los resultados cualitativos de la fase 2 obtuvieron factores que promueven el envejecimiento activo en las personas mayores que incluyeron actividades, facilitador de grupo y ambiente de

										grupo.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------



**KATEHRINE JOMIRA CORONEL ORDOÑEZ**  
**ESTUDIANTE**



**ERIKA MICHELLE CARCHI FLORES**  
**DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACION**

## ANEXO 17. DECLARACION DE AUTORIA Y RESPONSABILIDAD

 <p>Universidad Católica de Cuenca</p>	<p><b>DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD</b></p>	<p>CÓDIGO: F – DB – 34 VERSION: 01 FECHA: 2021-04-15 Página 1 de 1</p>
---	---	--

**Declaratoria de Autoría y Responsabilidad**

Yo **KATHERINE JOMIRA CORONEL ORDOÑEZ** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0106154677** Declaro ser el autor de la obra: **“SINDROMDE DE INMOVILIZACION EN PACIENTES GERIATRICOS INSTITUCIONALIZADOS”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **16 de junio de 2021**



F: .....

**Katherine Jomira Coronel Ordoñez**


**Nombres y Apellidos**

**C.I. 0106154677**




[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

## ANEXO 18. AUTORIZACION DE PUBLICACION EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

 <p>Universidad Católica de Cuenca</p>	<p><b>AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL</b></p>	<p>CÓDIGO: F – DB – 30 VERSION: 01 FECHA: 2021-04-15 Página 1 de 1</p>
---	---	--

**Yo, KATHERINE JOMIRA CORONEL ORDOÑEZ** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0106154677**.  
En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“SINDROME DE INMOVILIZACION EN PACIENTES GERIATRICOS INSTITUCIONALIZADOS”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **16 de junio de 2021**



F: .....

**Katherine Jomira Coronel Ordoñez**

**Nombres y Apellidos**

**C.I. 0106154677**

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)