



UNIDAD DE ORTOGERIATRIA. EXPERIENCIA DE FUNCIONAMIENTO EN UN HOSPITAL PUBLICO CHILENO

ORTHOGERIATRICS UNIT. OPERATING EXPERIENCE IN A CHILEAN PUBLIC HOSPITAL

AUTORES

1. Marcela Arias Barredo. Médico Unidad de Ortogeriatría Instituto Nacional de Geriatría. Santiago de Chile.
2. María Carolina Peña Nacur. Terapeuta Ocupacional, Unidad de Ortogeriatría Instituto Nacional de Geriatría. Santiago de Chile.
3. Anakena Ibaceta Díaz. Estadística. Santiago de Chile.

RESUMEN

Las primeras Unidades de Ortogeriatría se crearon en los años 60 en Reino Unido como centros para atender a pacientes "subagudos" tras un tratamiento inicial en las salas de Cirugía Ortopédica. En los años 80 y 90, muchos servicios de Geriatría designaron especialistas para actuar como consultores en las salas de traumatología y colaborar en el tratamiento de los pacientes con fractura de cadera durante el período de ingreso. En los primeros años del siglo XXI se crearon unidades conjuntas bajo la responsabilidad compartida de ambos especialistas, en las que el traumatólogo y el geriatra lideraban el tratamiento desde el primer día del ingreso, coordinando los pasos a seguir durante todo el proceso de tratamiento intrahospitalario.

En este escrito se describe la incorporación de un modelo de atención geriátrica como es la Ortogeriatría en un hospital público de atención general de adultos, relacionando un equipo interdisciplinario de Geriatría con un equipo de Traumatología, promoviendo así el trabajo en red de dos equipos de especialidades y centros asistenciales diferentes. El equipo de traumatología estaba compuesto por traumatólogos y residentes de traumatología, el equipo de geriatría incorporaba médico geriatra, terapeuta ocupacional, kinesiólogos, fonoaudióloga, nutricionista y personal de enfermería (enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares de enfermería)

Se evidenció que la unidad de Ortogeriatría, presentó edad promedio 82.7 años, Personas Mayores con comorbilidad 89.7%, fallecimiento 5.4% y estancia hospitalaria promedio prequirúrgica 9 días, post quirúrgica 15.9 días.

PALABRAS CLAVE

Ortogeriatría, funcionalidad, interdisciplinario.

ABSTRACT

The first Orthogeriatrics Units were created in the 60's in the United Kingdom as centers to attend "sub acute" patients after an initial treatment in the hospital rooms of Orthopedic Surgery. In the years 80 and 90, many Geriatric Centers designated

specialists to act as consultants in the hospital rooms of Traumatology and cooperate in the treatment of patients with hip fracture during the entry period. In the first years of the XXI century joint units were created under the shared responsibility of both specialists, in which the traumatology and the geriatrician leading the treatment from the first day of the entry, coordinating the steps to follow during the whole treatment process intrahospital.

In the writing it is described, the incorporation of a Model Geriatric Attention, how is it Orthogeriatrics, in a public hospital of adult's general care, relating a Geriatric interdisciplinary team with a Traumatology team. Promoting the network between both specialist teams and different care centers. The traumatology team was composed by Traumatology and Traumatology residents, the geriatric team incorporated Geriatrician, Occupational Therapy, Physiotherapy, Speech Therapy, Nutritionist, and Nursing staff (Nursing, Paramedic Technician and Nursing assistant). It was evidence that the Geriatric care unit, Orthogeriatrics, present average age 82.7, with patient with comorbidity percentage of 89.7%, with associated diseases, with deceased percentage 5.4% and average hospital stay 9 days preoperative and 15.9 days postoperative.

KEY WORDS

Orthogeriatrics, functionality, interdisciplinary.

DESARROLLO DEL TEMA

La patología traumatólica y ortopédica es prevalente en las personas adultas mayores (PAM), por lo que un porcentaje elevado de las camas de los servicios de cirugía suelen estar ocupadas por PAM con diagnósticos relacionados con traumatología. Estos pacientes tienen diferentes características dentro las cuales destacan: pluripatologías, polifarmacia, deterioro cognitivo, alteraciones psicoafectivas, déficits sensoriales y/o fragilidad social. Habitualmente estos PAM son manejados por el traumatólogo, con ayuda de diferentes interconsultores entre los que se encuentran: medicina interna, cardiología, broncopulmonar, nefrología, psiquiatría,



endocrinología, Infectología, dando una mirada especializada desde su perspectiva individual, pero alejada de la mirada integral y holística del médico geriatra ¹.

Las primeras experiencias de unidades de Orto geriatria datan de los años sesenta, proceden de los hospitales de Hasting y Stoke-on-Trent, en el Reino Unido, este esquema nació desde la colaboración entre un Servicio de ortopedia situado en un hospital con actividad quirúrgica y una Unidad de Geriatria ubicada en otro hospital cercano. Existen otros ejemplos en diferentes partes del mundo destacando: Estados Unidos y España donde se ha desarrollado el modelo de equipos consultores geriátricos, en Alemania y Austria se ha instaurado el modelo de un geriatra como co-tratante en un Servicio de Traumatología, y Australia donde se ha trabajado en formar equipos geriátricos que realicen actividades de colaboración para la decisión de ingreso a un Centro médico hospitalario para manejo médico o quirúrgico.

Chile no ha estado ajeno a estas experiencias de trabajo entre ambas especialidades, donde existen algunas iniciativas al respecto como el Hospital Geriátrico de Limache en conjunto con el Hospital Gustavo Fricke, Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile ².

Modelo de atención cerrada Orto geriatria:

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el modelo de atención cerrada para Persona Adulta Mayor (PAM) con patología traumática: Unidad de Orto geriatria, sus características y funcionamiento.

La patología traumática y ortopédica que puede presentar una PAM es muy variada, siendo la fractura de cadera una de las patologías más frecuentes, requiriendo tratamiento en un medio hospitalario de atención cerrada. Las recomendaciones de atención deberían estar perfectamente protocolizadas, en donde, el plan de tratamiento tiene que ser individualizado, por un equipo interdisciplinario, teniendo en cuenta la situación funcional previa a la fractura, tanto física, cognitivo, afectiva y social. El objetivo del tratamiento es lograr el nivel de funcionalidad física y mental que tenían las PAM previo al ingreso hospitalario ³.

En abril del año 2010 se formalizó una alianza estratégica entre dos hospitales públicos, conformándose la Unidad de Orto geriatria que funcionó en una sala de cirugía general con 19 camas dependiente de un centro asistencial donde se encontraban los pabellones de cirugía, otorgando el personal de salud del segundo centro asistencial en jornada completa para la atención clínica directa del usuario. Contaba con un equipo interdisciplinario conformado por: médicos geriatras, kinesiólogo/a, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo/a, nutricionista, trabajador/a social, enfermeros/as, auxiliares de servicio y técnicos paramédicos ⁴.

Esta persona mayor es considerada frágil, producto de sus comorbilidades, polifarmacia, riesgo de complicaciones

intrahospitalarias, frecuencia de fragilidad social o alteraciones físicas; teniendo un requerimiento preoperatorio específico, para disminuir el tiempo de estada y el riesgo anestésico-quirúrgico recomendándole compensar las patologías previas en el menor tiempo posible, con una cirugía entre las primeras 24 a 48 horas desde la fractura. El período preoperatorio es un momento crítico en la evolución pudiendo descompensarse las patologías crónicas retrasando o suspendiendo la posibilidad de cirugía, requiriendo un seguimiento diario de su situación clínica.

Se recomienda prevenir la aparición de nuevas complicaciones, como: síndrome confusional agudo, infección del tracto urinario, constipación, retención aguda de orina, desnutrición, anemia, lesiones por presión, deshidratación y alteraciones hidroelectrolíticas. Estas patologías complican el momento de la cirugía, empeoran el pronóstico vital, aumentan la mortalidad hospitalaria, alargan la estancia hospitalaria y ensombrecen el pronóstico funcional. Para su tratamiento oportuno deben ser diagnosticadas lo antes posible, requiriendo para ello un equipo formado en el área de la geriatría, el que sepa pesquisarlas y tratarlas en forma precoz.

En el periodo prequirúrgico es de vital importancia atender todas las aristas clínicas y funcionales, entre las que destacan una buena ingesta alimentaria para evitar y/o tratar desnutrición, realizar un tratamiento analgésico adecuado, disminuyendo el miedo a la movilización y así promover la rehabilitación durante toda la hospitalización, prevención del síndrome confusional agudo altamente prevalentemente en este grupo etario, promoviendo el uso de órtesis como lentes ópticos o audífonos, previniendo el aislamiento producto de los déficit sensoriales, evitar tratamientos invasivos que dificulten la movilidad (catéteres urinarios, vías intravenosas, sondas enterales), evitar contención física innecesaria, realizar terapias de orientación a la realidad, movilización general a diario, promover un manejo ambiental adecuado durante la hospitalización potenciando la funcionalidad lograda por la PAM, tratamiento mediante dieta, hidratación y medicación de la constipación promovida por el inmovilismo.

Respecto de la rehabilitación, se debe promover su realización en forma precoz desde el ingreso del paciente en el período preoperatorio ⁵. En la etapa postoperatoria inmediata se promueve la movilización progresiva iniciando con la movilización pasiva, aun con el drenaje posquirúrgico presente, sedestación en cama, sedestación en silla de ruedas, independizar en traslados en silla de ruedas, bipedestación con carga progresiva según autorización del traumatólogo ⁶. La última etapa de la rehabilitación es la marcha en sus diferentes modalidades: supervisada o no, con carga o sin ella, con órtesis tipo andador o bastones ortopédicos, previo al egreso hospitalario se tiene que evaluar marcha y entrenar no solo al paciente sino al cuidador en la forma segura de realizarla ⁷.

Si bien la rehabilitación se inicia en la etapa preoperatoria y luego en el postoperatorio inmediato, esta no se completa durante la hospitalización derivándose a servicios de rehabilitación según



las características de cada paciente (funcionalidad social, funcionalidad física, tipo de cirugía, autorización de carga o no, objetivos de rehabilitación actual) pudiéndose realizar en la atención primaria, secundaria o en un sistema de atención cerrada.

En 170 personas evaluadas durante el ingreso durante abril - octubre de 2011 se determinó que 7,1% de ellos vivían solos, 78,3% con algún familiar y 12,9 % estaban institucionalizados⁸.

Los principales objetivos de las Unidades de Orto geriatria son:

- Realizar valoración geriátrica integral, pesquisar y compensar patologías concomitantes.
- Evaluar socialmente, identificando factores de riesgo social que puedan incidir en la recuperación del paciente.
- Tratar las enfermedades y/o síndromes geriátricos concomitantes.
- Manejar el dolor prequirúrgico y postquirúrgico.
- Reeducar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD).
- Educar a los cuidadores para facilitar la adaptación de la PAM a su actual condición funcional y de salud al egreso.
- Prevenir el estrés del cuidador.
- Prevenir nuevas caídas (modificaciones ambientales, conductas de riesgo, manejo farmacológico adecuado).
- Coordinar con la red asistencial para continuar la rehabilitación al alta.

Criterios de inclusión de la unidad:

- Edad Pacientes: 60 años o más.
- Patologías de ingreso: fractura de cadera reciente, complicaciones postquirúrgicas, fracturas de extremidades inferiores y superiores.

Criterios de exclusión de la unidad:

- Pacientes con infecciones por gérmenes multirresistentes con indicación de aislamiento.
- Pacientes con tratamiento ortopédico como plan traumatológico actual.
- Pacientes con fracturas vertebrales con indicación neuroquirúrgica
- Pacientes que requieran monitorización hemodinámica estricta, con indicación de traslado a Unidades Intensivas.

Se consideraron 938 personas adultas mayores que fueron hospitalizadas en Unidad de Orto geriatria durante el periodo de 2013 y 2014. En la Tabla 1 se muestra la descripción de las variables demográficas entre las que se registran: género, motivo

de ingreso a la hospitalización, presencia o no de comorbilidades y condición vital de egreso de la unidad.

Véase en anexos la descripción de variables cualitativas, de los pacientes ingresados a la Unidad de Orto geriatria 2013-2014 en tabla 1.

El destino de las PAM al alta hospitalaria depende de las condiciones clínicas y funcionales en que se encuentren:

- Domicilio con rehabilitación ambulatoria en Atención Primaria de Salud u Hospital de Día Geriátrico: PAM sin patología descompensada, buena red de apoyo social, y objetivos de mejoría funcional.
- Traslado a Mediana Estancia: PAM con pluripatologías que requieren intervención médica y/o de enfermería permanente para continuar su rehabilitación y conseguir el máximo nivel de independencia funcional posible en las actividades de la vida diaria.
- Institucionalización: PAM que requieran asistencia permanente y presenten factores de riesgo social que no permiten un cuidado eficiente dificultando el retorno al domicilio.

La evaluación por Trabajadora social se realiza según derivación médica por necesidad de intervención con el paciente y/o su grupo familiar, o según pesquisa de riesgo social por el equipo interdisciplinario. Según estadística de registro de evaluación por Trabajadora Social los pacientes que presentaron alto riesgo social fueron el 9.1% de las evaluaciones, teniendo alto porcentaje de reinserción al domicilio (65.4%) y escaso porcentaje de institucionalización al egreso hospitalario (16.5%)⁹.

Intervenciones de equipo interdisciplinario:

Las PAM hospitalizadas en la Unidad de Orto geriatria, presentan diversas características en relación a una sala no especializada: son más añosos que los pacientes atendidos, tienen en promedio más enfermedades; siendo la edad y comorbilidad factores que empeoran el pronóstico funcional en este tipo de pacientes¹⁰.

Dentro de las comorbilidades las PAM están asociadas a su motivo de ingreso, enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades asociadas al sistema endocrino (trastornos nutritivos y metabólicos) y trastornos mentales. Siendo significativamente mayor en promedio las comorbilidades en PAM hospitalizados en nuestra Unidad de Orto geriatria 89.7%, versus PAM hospitalizados en sala no especializada (73.7%)¹⁰.

Referente a la intervención interdisciplinaria en los modelos de las unidades, esta discrepa en lo que se refiere a la rehabilitación, la cual se desarrolló desde etapa prequirúrgica en la Unidad de Orto geriatria, dando énfasis en las siguientes actividades.

1. Educaciones:

Las educaciones que van dirigidas al AM y/o cuidadores se realizan para mantener la funcionalidad tanto cognitiva como



motora que tenía el AM antes de la hospitalización. Se realizan sugerencias de adaptaciones ambientales en el hogar según patologías del paciente y se evalúa funcionalidad alta, además se realizan educaciones grupales en relación con patologías prevalentes en el grupo etario (Tabla 2).

2. Estimulación Cognitiva:

Se realiza estimulación cognitiva permanente para evitar el síndrome confusional agudo, con la ayuda de orientadores en las salas y socio terapia (conversaciones grupales, lecturas comentadas, discusión de temas de actualidad) lo cual son actividades de bajo costo y fáciles de implementar en los centros de atención cerrada.

3. Entrenamiento en las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida diaria (ABVD-AIVD):

Se realiza entrenamiento tanto en sala como también para el mantenimiento en domicilio de la funcionalidad alcanzada, con énfasis en las técnicas de protección articular, actividades de estimulación de la motricidad en general, estimulación propioceptiva, incorporación/entrenamiento de adaptaciones o ayudas técnicas en el desempeño de estas actividades. Véase en anexos tabla 2 las educaciones realizadas por Terapeuta Ocupacional durante la estancia en la Unidad de OrtoGeriatría.

Una de las evaluaciones realizadas en la unidad para medir la funcionalidad es un test, donde la funcionalidad física tiene un puntaje máximo de 91 puntos y la evaluación funcionalidad cognitiva un máximo de 35 puntos, cuanto mayor es su puntaje mejor el rendimiento físico o cognitivo del paciente.

Respecto a la funcionalidad cognitiva al ingreso y al egreso de las PAM a la Unidad de OrtoGeriatría, no se encontraron diferencias significativas (Tabla 3). Véase en anexos tabla 3 Funcionalidad Física y cognitivo al ingreso y egreso de Unidad de OrtoGeriatría.

La performance física es significativamente superior al alta que, al ingreso, es decir, mejora la funcionalidad del paciente, siendo el equipo de rehabilitación el que promueve esta mejoría. El equipo interdisciplinario estimula la movilidad progresiva en el perioperatorio, posicionamiento adecuado (preoperatorio y postoperatorio), promueve la independencia respecto de las AVD durante la hospitalización y posterior al alta, cautela la independencia respecto de las AVD, sedestación en cama y en silla, bipedestación, marcha sin carga o con carga según indicación de Traumatología y se entrena a la PAM en transferencias y en escaleras, transferencias a vehículo, además de evaluar adaptaciones para mantener la independencia en ABVD, educa al paciente y familia en actividades indicadas.

Planificación del Alta Hospitalaria:

La planificación del alta del periodo hospitalario de la persona mayor debe comenzar, en el momento del ingreso, es preciso conocer la situación basal de la PAM y mantener informados a

los familiares de las posibilidades de recuperación funcional, del tiempo necesario para ello y de los tipos de ayuda que va a precisar ¹.

Durante el periodo evaluado solo 4.1% egresaron con indicación de reposo, requiriendo ayudas técnicas para la movilidad: silla de ruedas 84.7%, en 54.8% de ellos la utilizaban en forma autopropulsada ⁸.

Al momento del alta hospitalaria la funcionalidad lograda en vestuario era: dependiente total 60%, dependencia parcial en 40% de las personas evaluadas; mientras que la funcionalidad lograda en la higiene mayor era 98.2% con dependencia total. A pesar de presentar un cambio en la funcionalidad con relación a su estatus previo, la percepción de salud al egreso fue: excelente-muy buena 6.5%, buena 54.1%, solo refiriendo percepción de salud regular o mala un 37.0% de las personas adultas mayores evaluadas ⁸.

Como se mencionó, el proceso de recuperación no termina con el alta hospitalaria, es imprescindible una adecuada comunicación con la atención primaria para compartir con ellos los objetivos planteados y su seguimiento, realizando un informe de alta exhaustivo que refleje todos los problemas que ha presentado durante la hospitalización, el tratamiento recomendado y los objetivos posibles a conseguir ¹¹.

El equipo prepara al paciente y familiar para el retorno al domicilio educando al 100% de los egresos planificados en las siguientes áreas:

- **Kinesiólogo/a:** refuerza los ejercicios entrenados durante la hospitalización entregando instructivos de ejercicios individualizados y el entrenamiento de las ayudas técnicas entregadas.
- **Terapeuta Ocupacional:** realiza evaluación funcional al alta, educa y asesora al paciente y familia en: prevención de caídas y riesgos ambientales; técnicos de protección articular; modificaciones ambientales; adaptaciones y desempeño en actividades de la vida diaria.
- **Enfermera/o:** realiza educación en cuidados de la curación y herida operatoria, controles médicos al alta, ingesta farmacológica, prevención tromboembólica y cuidados de la piel para evitar úlceras por presión.
- **Nutricionista:** realiza educación nutricional con indicaciones sobre alimentación en domicilio, particularmente en personas con comorbilidades, uso de anticoagulantes o trastorno de la deglución.

Documentación entregada al alta:

- **Epicrisis médica:** contiene diagnósticos médicos y procedimientos quirúrgicos; complicaciones durante la hospitalización, fármacos, autorización o no de carga; ayudas técnicas entregadas; controles necesarios y derivaciones.



- **Epicrisis de enfermería:** contiene diagnósticos médicos, horario de fármacos, exámenes realizados, fecha de controles.
- **Pauta de Alimentación:** en donde se indica el régimen a seguir en domicilio (consistencia, horarios y sugerencias).

CONCLUSIONES

Las Unidades de Ortogeriatría son parte de un modelo de atención geriátrica establecido hace varios años en múltiples partes del mundo, donde se prioriza la cirugía precozmente con la finalidad de disminuir complicaciones intrahospitalarias.

Los principales motivos de ingreso son el manejo quirúrgico por un equipo interdisciplinario especializado en el área de la rehabilitación geriátrica, pesquisando precozmente y tratando las complicaciones de patologías de base o de patologías intrahospitalarias, manteniendo las capacidades remanentes, mejorando la funcionalidad, previniendo nuevas caídas en domicilio y educando al familiar o cuidador en el transcurso de la hospitalización.

Se realiza actividades de rehabilitación desde el preoperatorio, incluyendo el periodo postquirúrgico inmediato para lograr máxima funcionalidad posible al alta

Las actividades realizadas son: diagnóstico y manejo de patologías y síndromes geriátricos, prevención de complicaciones, ejercicios respiratorios, fortalecimiento muscular, reeducación de marcha, transferencias, entrenamiento en AVD, orientación a la realidad, modificaciones ambientales, técnica de protección articular, prevención de nuevas caídas, cuidados de la piel y educación al cuidador.

La evaluación motora es significativamente superior al alta que, al ingreso, es decir, mejora la funcionalidad del paciente, siendo el equipo de rehabilitación el que promueve esta mejoría.

En nuestro país aún hace falta su inserción en los hospitales públicos, así como la relación con unidades de rehabilitación ambulatoria o de mediana estancia que continúen el proceso de rehabilitación iniciado en etapas quirúrgicas.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

FINANCIAMIENTO

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. *Tratado de geriatría para residentes*. Coordinación editorial: International Marketing & Communication, S.A. 2006. Madrid. España.
2. Dinamarca, J.; Améstica, G.; Vásquez D. *Programa de Ortogeriatría, Servicio de Traumatología del Hospital Gustavo Fricke*. Boletín Hospital de Viña del Mar. Vol. 2013, 69 (pág. 59 a 52). Viña del Mar. Chile.
3. Cameron I. Crotty M. Currie C. et al. Geriatric rehabilitation following fractures in older people: a systematic review. *Health Technol Assess* 2000; 4: 1-111.
4. Arias, M., Kindermann, J. Figueroa A. Informe Unidad de Ortogeriatría INGER 2011. Instituto Nacional de Geriatría. Santiago. Chile.
5. González J. et al. La unidad de ortogeriatría de agudos. Evaluación de su efecto en el curso clínico de los pacientes con fractura de cadera y estimación de su impacto económico. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. Vol. 46. Nº. 4. 2011. págs. 193-199. Madrid. España
6. Devas, M. Geriatric orthopaedics. *British Medical Journal*. 03/1974; 1: 190-2.
7. Arias M, Kindermann J, Peña C, Figueroa A. Manual del Paciente Geriátrico con Fractura de Cadera [Internet]. Edición del autor. 2014. Available from: <http://www.autoreseditores.com/libro/3439/marcela-arias-barredo/manejo-del-paciente-geriatrico-con-fractura-de-cadera.html>
8. Arias M, Peña C, Lastra M. Evaluación Funcional de adultos mayores egresados de la Unidad de Ortogeriatría (UOG) por cirugía de cadera. En XVI Congreso Nacional de Geriatría y Gerontología, 2012, Chile
9. Arias M, Kindermann J, Figueroa A. Implementación de un modelo asistencial de atención geriátrica: Unidad de Ortogeriatría En XIII Congreso Chileno de Medicina Física y Rehabilitación, 2011, Chile.
10. Silva J, Arias M, Ibaceta A. Estudio Comparativo entre dos modelos de atención para adultos mayores hospitalizados con patología traumática. Primer Lugar Modalidad Poster En XVIII Congreso Nacional de Geriatría y Gerontología, 2014, Chile
11. Marañón E, Omonte M, Álvarez J, Serra. (2011) Vitamina D y fracturas en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 46, pp. 151-162 <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2011.01.005> Medline



ANEXOS

Tabla 1. Descripción de variables cualitativas, de los pacientes ingresados a la Unidad de Ortopediatria 2013-2014.

Característica	Total: 938 personas evaluadas
Género	
Hombres	n= 184 19,6%
Mujeres	n= 754 80,7%
Motivo de Ingreso	
Fractura de cadera	n= 793 84,5 %
Fractura extremidades	n= 68 7,2 %
Complicaciones fractura cadera	n= 77 8,2%
Comorbilidad	
Si	n= 841 89,7 %
No	n= 97 10,3%
Condición al egreso	
Fallecidos	n= 51 5,4%

Tabla 2. Educaciones realizadas por Terapeuta Ocupacional durante la estadia en la Unidad de Ortopediatria.

Tipo de Educación	Porcentaje
Manejo Postural	99.0%
Estimulación Funciones Cognitivas	99.0%
Entrenamiento y activación en las ABVD - AIVD	52.4%
Asesoría en Modificaciones Ambientales y uso de Ayudas Técnicas	98.1%
Técnicas de Protección Articular.	52.4%
Prevención de Caídas y Riesgos Domiciliarios.	96.1%



Tabla 3.

Funcionalidad Física y cognitiva al ingreso y egreso de Unidad de Orto geriatria.

		Media	n
Par 1	Funcionalidad Cognitiva Ingreso	25.44	75
	Funcionalidad Cognitiva Egreso	25.80	75
Par 2	Funcionalidad Física Ingreso	24.82	78
	Funcionalidad Física Egreso	33.90	78

Fuente: Base datos Terapia Ocupacional. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.



English

Catálogo BNE

[Inicio](#) [Colecciones especiales](#) [Autoridades](#) [Bibliografía Española](#) [Recursos electrónicos](#)

[Volver](#) [Ayuda](#) [Nueva búsqueda](#) [Cambiar visualización](#) [Guardados](#) [Enlace permanente](#) [Desconexión](#)

registro 1 de 1 para la búsqueda ISBN, ISSN, etc. "2660-7085" [Cambiar visualización](#)

Detalles de la obra

Guardar

[Ver signatura/s](#) [Índice/Resumen](#) [Registro del catálogo](#)

Título
Revista sanitaria de investigación

Autor

Editor:
Asociación CUIDAE

Fecha de pub.:
2020-

Enlace:
[Acceso electrónico](#)

Información de ejemplar:
1 ejemplar disponible en Sede de Recoletos.

FONDOS

Sede de Recoletos	Código de barras	Tipo de material	Localización
ACCESO REMOTO	6681521-1001	Serada	Sala de Prensa y Revistas

Más información

[Web de la BNE](#)

[Servicios en línea](#)

[Pregúntenos](#)

[Contacte con la BNE](#)

[Buzón del Catálogo](#)

[Volver](#) [Ayuda](#) [Nueva búsqueda](#) [Cambiar visualización](#) [Guardados](#) [Enlace permanente](#) [Desconexión](#)

Powered by:  [Biblioteca Nacional de España](#) [Aviso legal](#) Arriba
Copyright © 2000 - 2020, SirsiDynix

 **DULCINEA**
Derechos de explotación y permisos para el auto-archivo de revistas científicas españolas

[Buscar](#) [Sugerir título](#) [Gráficos](#) [Acerca de](#) [BuscaRepositorios](#) [Melibe](#) [AccesoAbierto.net](#)

[Inicio](#)

Revista Sanitaria de Investigación

ID 3540 [Ficha completa](#)

Revista:	Revista Sanitaria de Investigación
Editorial:	CUIDAE
Titular de los derechos de explotación (copyright):	La editorial
ISSN electrónico:	2660-7085
URL:	https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/
Categoría:	Ciencias de la salud
Acceso:	Gratuito
Mención específica de derechos:	SI
Ubicación de la mención de derechos:	Instrucciones autores
Tipo de licencia:	licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional
URL Instrucciones autores:	https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/normas-de-publicacion/
¿Permite el auto-archivo?:	SI
Versión auto-archivo:	Post-print (versión editorial)
¿Cuándo?:	Inmediatamente después de la publicación
¿Dónde?:	Web personal,Repositorio Institucional,Repositorio temático
Color ROMEO:	Azul
Indizada en:	

  Dulcinea, BuscaRepositorios y Melibe son productos del grupo de investigación "Acceso abierto a la ciencia". CSO2014-52830-P.



Dialnet

Buscar

Revistas

Tesis

Congresos

Revista Sanitaria de Investigación



ISSN-e: 2660-7085

Inicio: 2020

Periodicidad: Mensual

País: España

Idioma: español

Arbitraje: Desconocido

[Página web de la revista](#)

[Índice de autores](#)

Sumarios de la revista

2020 Vol. 1 **1** 2 3 4

Editores

Asociación CUIDAE (<https://www.cuidae.com/>)

Clasificación

Ciencias de la salud: Enfermería

Otros catálogos

Red de Bibliotecas Universitarias ([REBIUN](#))