

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE FONOAUDIOLOGÍA
ROSARIO, ARGENTINA
2020

***ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LOS RESULTADOS DE LA
REHABILITACIÓN VESTIBULAR A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN
DE LA ESCALA ABC Y EL CUESTIONARIO DHI, EN ADULTOS
MAYORES DE 65 AÑOS, CON ANTECEDENTES DE CAÍDAS.***

ALUMNAS:
DALBY, EVELYN
ESPINOSA, LARA

CON LA SUPERVISIÓN DE:
DRA. FRANKEL, LILIAN

Tesina presentada por:

Dalby, Evelyn
Espinosa, Lara

Con la supervisión de:

Dra. Frankel, Lilian

Aprobada por:

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

En Rosario, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Legajo/s: D-1261/1
E-0352/2

AGRADECIMIENTOS

A nuestra tutora, Dra. Lilian Frankel, por su compromiso, disposición, paciencia y dedicación para con nuestro trabajo.

A la Lic. Karen Dalby, por permitirnos llevar a cabo nuestra investigación en su espacio de trabajo, por acompañarnos y aconsejarnos durante el proceso de la tesina, en este último tramo de la carrera.

A nuestras familias por estar siempre, por entender cada ausencia y por acompañarnos. Sin ellos no hubiera sido posible.

A la Estadista, Ana María Pendino, por su colaboración y su tiempo para la revisión de este trabajo.

A los profesores de nuestra facultad por su compromiso con la educación y por brindarnos sus conocimientos y compartir sus experiencias.

Gracias a la Universidad Pública, por permitirnos la formación de esta hermosa carrera.

ÍNDICE

RESUMEN	5
CONTEXTO DE DESCUBRIMIENTO	6
<i>INTRODUCCIÓN</i>	6
<i>MARCO TEÓRICO</i>	9
<i>PROBLEMA</i>	21
<i>VARIABLES</i>	22
<i>POBLACIÓN Y MUESTRA</i>	25
<i>PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</i>	26
<i>PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS</i>	29
CONTEXTO DE REALIDAD	30
<i>PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS</i>	30
CONTEXTO DE JUSTIFICACIÓN	40
<i>INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN</i>	40
<i>CONCLUSIONES</i>	42
<i>LIMITACIONES Y SUGERENCIAS</i>	43
BIBLIOGRAFÍA	44
ANEXOS	51
<i>ANEXO I</i>	52
<i>ANEXO II</i>	53
<i>ANEXO III</i>	56
<i>ANEXO IV</i>	62

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar si, en adultos mayores de 65 años, con antecedentes de caídas, la terapia de Rehabilitación Vestibular (RV) genera cambios favorables para las actividades de la vida diaria, en una Institución privada de Pergamino en enero-septiembre del año 2020.

Para poder cumplimentar el objetivo mencionado, se utilizó la escala ABC (Confianza en el Equilibrio en Actividades Específicas) que indaga acerca del Nivel de confianza en el equilibrio y el cuestionario DHI (Inventario de Discapacidad por Vértigo) el cual releva datos sobre la Autopercepción de la discapacidad multisensorial.

Este estudio es de carácter descriptivo, observacional y prospectivo.

La población en estudio se conformó por 24 adultos mayores de 65 años, de ambos sexos, con antecedentes de caídas, que hayan concurrido a realizar Rehabilitación Vestibular.

Las conclusiones obtenidas fueron que la edad cronológica más frecuente fue de 65 a 75 años y hubo una preponderancia del sexo femenino.

Antes de iniciar la RV, todos los pacientes poseían un *bajo* nivel de confianza en el equilibrio; el 87,5%, una *severa* autopercepción de la discapacidad multisensorial, presentando, a su vez, un deterioro en los aspectos funcional, emocional y físico.

Después de la RV: el 83% de los adultos mayores obtuvo un *alto* nivel confianza en el equilibrio; el 83%, una *leve* autopercepción de la discapacidad multisensorial. En los aspectos: *funcional* no se constataron cambios, en *el físico* y *emocional* presentaron mejorías del 12,5% y altamente significativa del 87,5%, respectivamente.

CONTEXTO DE DESCUBRIMIENTO

INTRODUCCIÓN

La Sociedad Internacional de Neuro-otología de Bárány considera que uno de los síntomas más frecuentes de los desórdenes vestibulares es el vértigo junto con el mareo, la inestabilidad postural y el temor a las caídas. Los mismos generan consecuencias negativas en la realización de las actividades de la vida diaria. (Novoa, I. y col.)

Ante la presencia de dichos síntomas, con el fin de poder establecer el diagnóstico correspondiente, se realiza la semiología, donde, en primera instancia, se completa la historia clínica, luego se evalúa la presencia de nistagmo y sus características; el reflejo vestibulo-ocular en sus diferentes modalidades: test de impulso cefálico, inhibición del reflejo vestibulo-ocular, agudeza visual dinámica, entre otras pruebas; los reflejos vestibulo-espinales con pruebas como la de Romberg y Bárány. Luego pueden aplicarse evaluaciones objetivas que permiten aportar al *diagnóstico neuro-otológico* ante un trastorno vestibular. Estas evaluaciones pueden ser: la videooculonistagmografía, la posturografía computarizada, los potenciales evocados miogénicos vestibulares, oculares y cervicales, la electrococleografía, el video de impulso cefálico (VHIT), el procedimiento de evaluación de la hidropesía coclear y los estudios complementarios de tipo radiológico como la tomografía computarizada y la resonancia magnética, entre otros. (Rossi Izquierdo, M., Soto Varela, A. y Santos Pérez, S.)

Finalmente, se llevan a cabo evaluaciones de tipo subjetivas a través de la aplicación de cuestionarios. (Walteros, D. y col.) Entre los cuestionarios más utilizados, se encuentra el Dizziness Handicap Inventory o Inventario de Discapacidad por vértigo (DHI). La utilidad de dicho cuestionario es “objetivizar la autopercepción de la discapacidad multisensorial, en los aspectos funcionales, emocionales y físicos, permitiendo identificar cuál de ellos provoca una mayor repercusión en la cotidianidad de los pacientes, relacionados con trastorno del equilibrio, es decir, la obtención de una respuesta desde la

perspectiva del paciente, de acuerdo a las limitaciones e implicancias negativas que le genera el tener vértigo, mareo, inestabilidad postural y caídas...”^{1 2 3}

La discapacidad multisensorial se refiere a la restricción generada por la combinación de alteraciones de los diferentes sistemas sensoriales, por lo que cualquier modificación en los mecanismos que intervienen en la compensación pueden dificultarla, produciendo una descompensación de los mismos. (Rosell Antón, J.A.)

Otro de los cuestionarios que tiene una gran aplicación en la clínica vestibular es el Activities-specific Balance Confidence o Escala de Confianza en el Equilibrio en Actividades Específicas (ABC). Tiene como objetivo evaluar el nivel de confianza en el equilibrio. Este concepto se refiere a percepciones que posee el individuo sobre sus capacidades presentes, a la hora de realizar actividades cotidianas específicas, sin perder el equilibrio, sin sentirse inestable y/o caerse. (Curcio, C., Gómez Montes, F.)

Respecto a la situación que presenta cada paciente sobre su autopercepción de la discapacidad multisensorial y su nivel de confianza en el equilibrio, se implementa una terapéutica adecuada en el ámbito de la rehabilitación. (Rossi Izquierdo, M., Soto Varela, A. y Santos Pérez, S.) No existe aún una clara explicación de por qué algunos pacientes con lesiones vestibulares logran una compensación vestibular espontánea y adecuada y en otros, este fenómeno no acontece. Cuando ésta no se produce, los pacientes diagnosticados deberían ser derivados inmediatamente a una Rehabilitación Vestibular. (Frankel, L. y Carmona, S.)

Esta terapia se define como el conjunto de estrategias terapéuticas indicadas al paciente para promover dicha compensación y reducir los síntomas de lesión vestibular. (Alemán López, O.)

¹ Lizárraga Ceballos, R. y Aguayo Vargas, A. / Aplicación y utilidad del Dizziness Handicap Inventory en pacientes con vértigo del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI .-- en Anales Médicos Hospital ABC : México D.F; 2004. Vol. 49. N°4. Pág. 181 .-- en <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2004/bc044d.pdf> (26/03/2020).

² Walteros, D. y col. / Validez y confiabilidad del DHI versión colombiana .-- en Sección Investigativa .-- en Revista Areté : Bogotá. D.C.; 2009. Vol. 9; N°1. Pág. 122 .-- en <https://arete.iberu.edu.co/article/view/418> (11/02/2020).

³ Curcio, C.M., Gómez Montes, F. / Temor a caer en ancianos: controversias en torno a un concepto y a su medición .-- en Revista Hacia la Promoción de la Salud .-- Universidad de Caldas : Manizales; 2012. Vol. 17. N°2. Pág. 191 .-- en <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n2/v17n2a13.pdf> (20/03/2020).

Los objetivos de la Rehabilitación Vestibular son: eliminar los síntomas, disminuir la inestabilidad y el riesgo de caídas e incorporar al sujeto lo antes posible a sus actividades diarias. (Montilla Ibáñez, M.)

La terapia de RV tiene como ventajas que no es un tratamiento invasivo, es efectiva, no depende de la farmacología ni produce efectos secundarios. Una vez implementada, en un período corto de tiempo, se evidencian resultados favorables, lo que genera en los pacientes una mejoría en su bienestar y permite una pronta reincorporación a sus actividades cotidianas. (Riveros, H.)

En el presente trabajo de investigación, se buscan relevar los resultados que arroja la RV respecto de los beneficios obtenidos en relación al nivel de confianza en el equilibrio y en relación a la autopercepción de la discapacidad multisensorial, en la vida cotidiana del adulto mayor. Para obtener estas mediciones se aplicaron los instrumentos: escala ABC y cuestionario DHI, respectivamente.

A partir de lo expuesto, se plantean los siguientes objetivos:

General

Determinar si, en adultos mayores de 65 años, con antecedentes de caídas, la terapia de Rehabilitación Vestibular genera cambios en el bienestar general del paciente en las actividades de la vida diaria.

Específicos

- Caracterizar a los adultos mayores de 65 años, con antecedentes de caídas, según edad y sexo.
- Valorar en adultos mayores de 65 años, con antecedentes de caídas, el nivel de confianza en el equilibrio en las actividades cotidianas, antes y después de la Rehabilitación Vestibular.
- Objetivizar en adultos mayores de 65 años, con antecedentes de caídas, la autopercepción de la discapacidad multisensorial, antes y después de la Rehabilitación Vestibular.

MARCO TEÓRICO

Cuando el ser humano se mueve, acontecen en él una serie de complejos procesos que controlan la postura. La misma se define como la posición relativa de las diferentes partes del cuerpo para mantener una postura erecta, con respecto al ambiente, a la estabilización de la visión y al campo gravitatorio para evitar las caídas.

El control postural se organiza en forma de actividades reflejas y frecuentemente inconscientes. Existe una coordinación intersegmentaria responsable de la función general del mantenimiento del equilibrio. Es necesario, que la proyección al suelo del centro de gravedad se mantenga en concordancia con la base de sustentación a nivel corporal. (Martín Nogueras, A.)

El equilibrio de la cabeza y del cuerpo, en los seres humanos, se mantiene debido a un flujo invariable de impulsos nerviosos, denominado tono vestibular. Estos impulsos tienen su origen en las terminaciones sensitivas de los laberintos derecho e izquierdo que, en simultáneo, se oponen y se balancean. (Frankel, L.)

El sistema vestibular consta de una porción periférica, compuesta por receptores sensoriales y vías nerviosas aferentes y eferentes. Dichos receptores están ubicados en el laberinto posterior membranoso o aparato vestibular, situado en el oído interno y en el interior del laberinto posterior óseo del peñasco. Por dentro del laberinto membranoso, se sitúa un líquido denominado endolinfa y, entre ambos laberintos, la perilinfa. La porción ósea está formada por una serie de cavidades interconectadas que son el vestíbulo y los tres conductos semicirculares. A su vez, la porción membranosa está constituida por tres conductos semicirculares y por el sáculo y el utrículo. (Faraldo García, A.)

La ubicación de cada uno de estos conductos coincide con la de los tres planos coplanares del espacio (canales horizontales, superiores y posteriores), desembocando por sus extremos en el sáculo. Esta orientación permite, por la inercia de la endolinfa, que las aceleraciones y desaceleraciones rotatorias generen una desviación de las cilias que poseen las células, ubicadas en las crestas de las ámpulas, que son los receptores sensoriales de los conductos

semicirculares. (Marelli, E. y Carmona, S.) “Las cilias se encuentran orientadas de tal modo que la deflexión de la cresta hace variar su potencial de descarga: hiperpolarizando o despolarizando, modificándose así la descarga basal permanente que existe durante el reposo.”⁴

Los receptores del utrículo y el sáculo son las máculas, encargadas de detectar aceleraciones lineales y estructuralmente son similares a las crestas ampulares. Dentro de las máculas se encuentran las células ciliadas y sobre las mismas, los otolitos -partículas de carbonato de calcio-, que representan una masa inercial que se mantiene estacionaria mientras la cabeza está en movimiento. (Faraldo García, A.)

El conjunto de las ámpulas de los conductos y de las máculas del utrículo y del sáculo permite conocer las posiciones y variaciones realizadas por el cuerpo con relación a la fuerza de gravedad y las aceleraciones a las que éste se encuentra sometido, percibiéndolas como desplazamientos e inclinaciones en el espacio. Al ocurrir cambios en la posición del cuerpo, la descarga basal varía y es enviada a los núcleos vestibulares durante el reposo. Estos cambios ocurren en forma simétrica y hacia ambos lados de la cabeza. (Marelli, E. y Carmona, S.)

Un movimiento de la cabeza estimula las terminaciones de un lado y provoca un aumento del tono vestibular del mismo lado que fue estimulado. En simultáneo, se produce la disminución del tono del lado contrario. En la corteza se interpretan esos dos niveles de actividad normalmente iguales y opuestos. (Frankel, L.) La organización vestibular no recibirá diferencias entre los potenciales de ambos lados, cuando las aferencias sean simétricas, es decir, ante una función estática. Por el contrario, ante una función cinética -cuando se origina una aceleración o cambio de posición con respecto a la gravedad-, las células ciliadas de las máculas o de las ámpulas descargarán sus potenciales creando asimetrías en el tono vestibular. (Marelli, E. y Carmona, S.)

Las vías vestibulares se inician en la primera neurona, en el ganglio de Scarpa y se proyectan hacia las neuronas secundarias a través del nervio vestibular hacia el tronco cerebral. Esto constituye el inicio de la porción central del sistema vestibular. Allí se encuentran los núcleos vestibulares y sus

⁴ Marelli, E. / Capítulo 1: Anatómo-fisiología del sistema vestibular .-- en Carmona, S. y Marelli, E. / Neuro-Otología .-- Par S.A : Rosario; 2003. Pág. 12.

respectivas conexiones secundarias dirigidas hacia el córtex cerebral y a otras regiones encefálicas. (Binetti, A.)

Los centros procesadores centrales, que permiten generar una respuesta motora por medio de movimientos oculares, cervicales y de las extremidades a través de arcos reflejos, reciben información de tres importantes sistemas. La interacción de los sistemas vestibular, visual y propioceptivo son los responsables de producir respuestas reflejas que permitirán mantener el equilibrio corporal. (Faraldo García A.)

Cuando se produce una alteración en el sistema vestibular, resulta en un conjunto de síntomas y signos que pueden llegar a invalidar al paciente generando que tenga que detener sus actividades domésticas, laborales, sociales y todo lo que ello implica. (Padreda, C.)

Según La Sociedad Internacional de Neuro-otología de Bárány, se considera que uno de los síntomas más frecuentes de los desórdenes vestibulares es el vértigo junto con el mareo, la inestabilidad postural y el temor a las caídas. Pueden ser muy leves, durando unos minutos, o pueden ser severos, resultando en una incapacidad completa. (Novoa, I. y col.)

Por un lado, el vértigo se describe como una “sensación de movimiento -de la cabeza o el cuerpo- cuando no existe movimiento alguno, o la sensación distorsionada de movimiento cuando existe un movimiento cefálico normal.”⁵

Caldara, B. y col. destacan que es de suma importancia reconocer el vértigo debido a que el mismo repercute significativamente en la vida del sujeto generando, como consecuencia, una discapacidad, minusvalía y/o limitación en sus actividades de la vida diaria. Este síntoma puede aparecer en cuadros vestibulares de características periféricas o centrales.

El mareo, en cambio, se muestra como un síntoma más. Es inespecífico y mucho más subjetivo, denota desorientación espacial, despersonalización y alteraciones en los restantes sistemas de información que intervienen en la orientación espacial y en el mantenimiento del equilibrio, como visuales, metabólicas, vasculares, degenerativas, entre otras. (Vázquez Muñoz, M. I. y col.)

⁵ Carmona, S., Kattah, J. / Manejo del Síndrome Vestibular Agudo .-- Librería Akadia Editorial : Buenos Aires; 2017. Pág. 15.

La inestabilidad postural se genera debido a un déficit de las reacciones de equilibrio y enderezamiento y una inadecuada respuesta del reflejo vestibuloespinal que no permite un trabajo armónico entre músculos agonistas y antagonistas. (Caldara, B. y col.)

Frente a esta inestabilidad, surge el temor o miedo a caerse que puede considerarse como una “respuesta protectora a una amenaza real, previniendo a la persona de iniciar actividades con alto riesgo de caerse, aunque conlleve a una restricción de las actividades que resultará, a largo plazo, en un efecto adverso en el plano social, físico o cognitivo.”⁶

La definición de temor a caer más conocida y más utilizada es: pérdida de confianza en sí mismo para evitar las caídas durante la realización de actividades esenciales y relativamente no peligrosas, que someten al individuo a evitar las actividades que él es capaz de hacer. (Curcio, C., Gómez Montes, F.)

Las caídas pueden tener “consecuencias negativas en la funcionalidad, en la sensación subjetiva de bienestar y en la consiguiente pérdida de autonomía. El deterioro funcional, físico o de la calidad de vida está claramente relacionado con el miedo a caerse.”⁷ Es decir, es un factor de riesgo para sufrir nuevas caídas, las cuales generan resultados negativos y graves en personas mayores. (Faraldo García, A.) Aquellas personas que se caen reaccionan con miedo a volver a caerse, siendo este sentimiento compartido por aquellas que no se han caído pero que están en riesgo de hacerlo. (Martín Méndez, L.)

Las caídas pueden producirse debido a un cuadro vestibular de base, dependiendo de la localización e intensidad de la lesión y de la incompleta compensación alcanzada. En las patologías vestibulares periféricas unilaterales, se manifiestan de manera ocasional y en las bilaterales, son más comunes que se produzcan. En cambio, en los cuadros vestibulares centrales, las caídas son frecuentes debido a la inestabilidad producida por la patología de base. (Rossi Izquierdo, M., Soto Varela, A. y Santos Pérez, S.)

Entre las consecuencias más frecuentes de las caídas se destacan: disminución de la movilidad, pérdida de la independencia para las actividades

⁶ Tirado, P. / Miedo a caerse .-- en Revista Española De Geriatria y Gerontología : Barcelona; 2010. Vol. 45; N°1. Pág. 38 .-- en <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-miedo-caerse-S0211139X0900290X> (12/02/2020).

⁷ Tirado, P. / Ibídem, pág. 38.

instrumentales de la vida diaria e incluso para las actividades básicas, cambio de los hábitos de vida y dependencia de los horarios del cuidador, disminución de las salidas fuera del domicilio, restricción de los contactos sociales, aumento de las necesidades de cuidadores familiares o externos y de los profesionales sanitarios para las complicaciones de la inmovilidad, lo que supone el inicio de la discapacidad en el adulto mayor. (Faraldo García, A.)

Por consiguiente, las personas de edad avanzada se introducen en un espiral, en el cual el miedo a caerse lleva a la pérdida de confianza en su equilibrio y a una incapacidad multisensorial haciendo que se produzca una limitación en su vida cotidiana debido a las consecuencias antes mencionadas. (Martín Méndez, L.)

Varios estudios demuestran que las personas mayores de 65 años, independientes y autónomas, sufren una caída una vez al año. El riesgo de caer y hacerlo más veces aumenta con la edad. También, se ha demostrado que las caídas son más frecuentes en las mujeres. En la mujer anciana, la velocidad es menor que en el varón, los pasos son más cortos y la base de sustentación más pequeña. (Villar San Pío, T. y col.)

Según la OMS, los adultos mayores de 65 años son quienes sufren más caídas al año y este factor de riesgo se incrementa con el aumento de la edad. Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales.

En los adultos mayores, frecuentemente las consecuencias de las caídas se deben a las modificaciones del centro de gravedad, la coordinación, los reflejos, el equilibrio, la fuerza, la flexibilidad, la velocidad de la marcha, entre otros; ocasionando un aumento de morbilidad, riesgo mayor de cantidad de caídas y limitación psicológica por miedo a caer. (Villar San Pío, T. y col.)

Con el correr de los años, todos los sistemas se van deteriorando debido al envejecimiento del organismo. El vestibular envía información errónea al SNC y también genera confusión de informaciones con otros sistemas, repercutiendo a nivel visual y somato-sensorial. (Miqueu-Suhas, H.) Por lo tanto, se cree que el mantenimiento del equilibrio y la incidencia relacionada de caídas están asociados con un deterioro general en la integración multisensorial. (Zhang, S. y col.)

Algunos de los efectos de los síntomas mencionados reducen en gran medida muchas de las actividades cotidianas. Habitualmente, conducen al paciente a un modo de vida sedentario, debido a que se siente bien acostado o sentado, pero empeora significativamente de pie y, sobre todo, caminando. (Montilla Ibáñez, M.)

Walteros, D. y col. sostienen que la presencia de los síntomas vestibulares admite implementar evaluaciones objetivas y subjetivas, con el propósito de buscar indicadores y/o signos clínicos, a fin de poder establecer el diagnóstico al que pertenece dicha sintomatología.

Con el fin de poder establecer el diagnóstico correspondiente, se realiza la semiología, donde, en primera instancia, se completa la historia clínica, luego se evalúa la presencia de nistagmo y sus características; el reflejo vestibulo-ocular en sus diferentes modalidades: test de impulso cefálico, inhibición del reflejo vestibulo-ocular, agudeza visual dinámica, entre otras pruebas; los reflejos vestibulo-espinales con pruebas como la de Romberg y Bárány. Luego pueden aplicarse evaluaciones objetivas que permiten aportar al *diagnóstico neuro-otológico* ante un trastorno vestibular. Estas evaluaciones pueden ser: la videooculonistagmografía, la posturografía computarizada, los potenciales evocados miogénicos vestibulares, oculares y cervicales, la electrococleografía, el video de impulso cefálico (VHIT), el procedimiento de evaluación de la hidropesía coclear y los estudios complementarios de tipo radiológico como la tomografía computarizada y la resonancia magnética, entre otros.

La aplicación de diferentes tipos de test como: el Test Clínico de integración sensorial y equilibrio, el Test de Romberg, Test de velocidad de marcha, Test de desviación de índices, Test de la tarea doble, Test “Timed up and Go”, entre otros, permiten evaluar la función vestibular. (Rossi Izquierdo, M., Soto Varela, A. y Santos Pérez, S.)

Los cuestionarios de tipo subjetivo tienen por finalidad que el paciente pueda identificar el impacto funcional que le genera el trastorno vestibular en su equilibrio y cuantificar, en relación a la incapacidad que siente, la disfunción del balanceo e inestabilidad y el riesgo a la caída. Los resultados relevados orientan y guían al profesional tratante a decidir la conducta a seguir en la realización de estrategias terapéuticas adecuadas. (Walteros, D. y col.)

La principal ventaja en el uso de las escalas y cuestionarios es “conocer la percepción que tiene el paciente y su familia sobre las limitaciones e implicancias negativas de los síntomas de vértigo y mareo y de las alteraciones del equilibrio y consecuentes caídas, monitoreando los progresos y fomentando soluciones para el paciente.”⁸

La mayor utilidad de las escalas de autoevaluación y/o autopercepción es el valor como punto de encuentro entre lo que es la experiencia vivida de una situación y su estado actual en relación a la salud.

En la clínica neuro-otológica, se implementan estos cuestionarios/ encuestas que son estandarizados y considerados como herramientas de validez científica, de bajo costo y de fácil aplicación. Demandan poco tiempo para completarlas (10 minutos aproximadamente) y son fáciles de comprender. A través de la realización de estudios o investigaciones, permiten determinar o cuantificar características, efectos y consecuencias del compromiso del equilibrio y el balance en la vida diaria del adulto. (Walteros, D. y col.)

Estos instrumentos son utilizados como medida de resultado en los estudios de intervención de Rehabilitación Vestibular y “aportan información subjetiva sobre síntomas, estado funcional y percepción de la salud o calidad de vida del paciente independientemente de la interpretación externa del evaluador.”⁹

Los beneficios que brindan la validación de los cuestionarios son grandes, no sólo desde el punto de vista de la investigación (para contrastar los resultados con series a nivel internacional) sino desde el punto de vista asistencial, sabiendo qué es lo que se está midiendo. (Pardal-Refoyo, J. y Batuecas-Caletrío, A.)

“La confiabilidad y la validez de una escala es relativa a los propósitos para la cual se emplea la misma. El concepto de confiabilidad se refiere a la consistencia en los resultados de este instrumento, cada vez que ésta es aplicada por diferentes personas. El concepto de validez se refiere a la utilidad de la escala para medir lo que se intenta con ella.”¹⁰

⁸ Walteros, D. y col. / Op. cit. Pág. 126.

⁹ Pardal-Refoyo, J. y Batuecas-Caletrío, A. / Revisión sobre los instrumentos de evaluación de la discapacidad en patología vestibular en Revista ORL .-- Ediciones Universidad de Salamanca : Salamanca; 2018. Vol. 9. N°2. Pág. 146 .-- en <https://revistas.usal.es/index.php/2444-7986/article/view/orl.17700> (26/02/2020).

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud / Módulo 3: evaluación del adulto mayor .-- en <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf> (01/04/2020). Pág. 40.

Entre los cuestionarios más utilizados a nivel mundial, se encuentra el Dizziness Handicap Inventory o Inventario de Discapacidad por Vértigo (DHI) que fue desarrollado por Jacobson, G.P y Newman, C.W. en 1990. Es un instrumento altamente difundido, mide específicamente cómo los síntomas vertiginosos afectan la calidad de vida del individuo. Se encuentra estandarizado, traducido al español y se correlaciona confiablemente. (Walteros, D. y col.)

El DHI es de origen estadounidense y tiene como objetivo autoevaluar el efecto de síntomas vestibulares en las actividades y situaciones propias de la vida diaria del individuo. Valora aspectos funcionales, emocionales y físicos, permitiendo identificar cuál de ellos provoca una mayor repercusión en la cotidianidad de los pacientes, relacionados con trastorno del equilibrio. (Caldara, B. y col.)

Para la OMS, los problemas de orden *funcional* se relacionan con la discapacidad, la cual hace alusión a cualquier restricción o ausencia de la capacidad para realizar actividades de la vida diaria en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

El aspecto *emocional* comprende las consecuencias psicológicas y/o psiquiátricas que surgen como resultado de patologías orgánicas, como por ejemplo, ansiedad, depresión o crisis de pánico, que alteran el desarrollo de las actividades cotidianas. (Bouccara, D., Sémont, A. y Sterkers, O.)

Por otra parte, los problemas del orden *físico* se definen como el grupo de desventajas que son experimentadas por un individuo como resultado del deterioro funcional y/u orgánico en uno o varios sistemas. (Flores, S., Polini, J. y Campos, A.)

Se ha documentado la mejoría en las puntuaciones de este cuestionario después del tratamiento de RV. (Rossi Izquierdo, M., Soto Varela, A. y Santos Pérez, S.)

La utilidad del DHI busca objetivizar lo que es altamente subjetivo en estos pacientes: “la autopercepción de la discapacidad multisensorial, es decir, la obtención de una respuesta desde la perspectiva del paciente de acuerdo a las

limitaciones e implicancias negativas que le genera el tener vértigo, mareo, inestabilidad postural y caídas." ^{11 12 13}

La discapacidad multisensorial se refiere a la restricción generada por la combinación de alteraciones de los diferentes sistemas sensoriales, por lo que cualquier modificación en los mecanismos que intervienen en la compensación, pueden dificultarla, es decir, produciendo una descompensación de los mismos. (Rosell Antón, J.A.)

Conocer el grado o nivel de discapacidad como consecuencia de la presencia de vértigo, inestabilidad postural y/o caídas -observado desde la perspectiva del mismo sujeto- permite atender aspectos que no son cuantificables objetivamente con los instrumentos de exploración neuro-otológica, así como tampoco observables por el profesional, lo que facilita una atención más integral de los pacientes vertiginosos que redundará en el beneficio de una rehabilitación acorde a sus problemáticas específicas y ajustada a las diversas condiciones de sus actividades cotidianas. (Lizarraga Ceballos, R. y col.)

Otro de los cuestionarios más trabajados, es el Activities-specific Balance Confidence, o Escala de Confianza en el Equilibrio en Actividades Específicas (ABC), desarrollada por Powell, L.E y Myers, A.M en el año 1995. Es de origen canadiense, de uso habitual y tiene como objetivo evaluar *el nivel de confianza en el equilibrio*, necesario para desarrollar actividades de la vida diaria. Este concepto se refiere a percepciones que posee el individuo sobre sus capacidades presentes, a la hora de realizar dichas actividades cotidianas específicas, sin perder el equilibrio, sin sentirse inestable y/o caerse. Cuando una persona da una apreciación de su nivel de confianza, se refiere a una evaluación sobre su equilibrio y no necesariamente del temor a caer. El nivel de confianza en el equilibrio es un indicador importante de la movilidad funcional y la independencia en los adultos mayores.

Se trata de un cuestionario que es útil para detectar a aquellos individuos que tienen mucho temor a caerse o que restringen sus actividades a causa de éste. Durante la evaluación no existen situaciones hipotéticas puesto que se basa en la ejecución real. (Curcio, C., Gómez Montes, F.)

¹¹ Lizárraga Ceballos, R. y Aguayo Vargas, A. / Op. cit. Pág. 181.

¹² Walteros, D. y col. / Op. cit. Pág. 122.

¹³ Curcio, C.M. y Gómez Montes, F. / Op. cit. Pág. 191.

Tanto el DHI como el ABC son cuestionarios y escalas que han sido validados al español y utilizados con el objetivo de aplicar, en base a los resultados, estrategias oportunas y específicas en la terapia de Rehabilitación Vestibular. Existe una gran variabilidad de respuestas posibles a nivel de cada individuo, por lo que estos instrumentos mencionados pueden ayudar a evaluar la evolución de un paciente en particular y a diferenciarlo de grupos de pacientes.

Concluida la aplicación de las evaluaciones funcionales, se establece un diagnóstico de la autopercepción de la discapacidad multisensorial y el nivel de confianza en el equilibrio, respecto a la situación que presenta cada paciente, lo que contribuye y suma en la implementación de una terapéutica adecuada. (Rossi Izquierdo, M., Soto Varela, A. y Santos Pérez, S.)

No existe aún una clara explicación de por qué algunos pacientes con lesiones vestibulares logran una compensación vestibular espontánea y adecuada y en otros, este fenómeno no acontece. Dicha compensación vestibular se refiere a la modificación en la comunicación en las redes neuronales, pudiendo darse el mecanismo de neuroplasticidad ante un cambio de numerosas sinapsis y/o de la intensidad de la comunicación sináptica. Cuando ésta no se produce, durante los primeros tiempos de establecida la lesión, los pacientes diagnosticados deberían ser derivados inmediatamente a una Rehabilitación Vestibular. (Frankel, L. y Carmona, S.)

El enfoque de esta terapia es múltiple. Su objetivo primordial es el de mejorar el funcionamiento dinámico en el paciente, a través de nuevas y diferentes intervenciones y/o estrategias de aprendizaje, trabajadas a nivel multisensorial, que lo llevan a lograr la mayor recuperación funcional posible. (Lacour, M; Bernard-Demanze, L.)

Este tratamiento se define como el “conjunto de actividades indicadas al paciente para promover la compensación vestibular y reducir los síntomas de lesión vestibular.”¹⁴

Los objetivos específicos de la RV son: eliminar los síntomas, disminuir la inestabilidad y el riesgo de caídas e incorporar al sujeto lo antes posible a sus actividades diarias. Esta terapia pretende conseguir mecanismos eficaces de

¹⁴ Alemán López, O., Pérez Fernández, N. Y Sánchez, N. / Rehabilitación Vestibular .-- en Revista Médica - Universidad de Navarra : Pamplona; 2003. Vol. 47. N°4. Pág. 75.

adaptación y/o compensación, a nivel central, frente a un sistema vestibular alterado. (Montilla Ibáñez, M.)

Es de suma importancia fomentar una mayor seguridad en el individuo e informar al paciente y a su entorno familiar, concientizándolos de la importancia de la continuidad de la terapia y la proyección de la misma en el hogar. (Cedeño, P; Frankel, L.)

La RV tiene como ventajas que no es un tratamiento invasivo, es efectiva, no depende de la farmacología, ni produce efectos secundarios. Una vez implementada, en un período corto de tiempo, se evidencian resultados positivos, lo cual les genera a los pacientes una mejoría en su bienestar y permite una pronta reincorporación a sus actividades cotidianas. (Riveros, H. y col.)

Es fundamental conocer los mecanismos puestos de manifiesto en la compensación vestibular, ya que la rehabilitación se fundamenta en fenómenos fisiológicos, que hacen a propender al logro de compensación.

Estos mecanismos pueden ser: la *adaptación/sustitución sensorial*, *sensibilización/habituación*.

La *adaptación* se basa en permitir la intervención de procesos interactivos para crear nuevos procesos funcionales.

Por otra parte, la *habituación* tiene como finalidad lograr la reducción progresiva y la desaparición de una respuesta, después de la repetición regular, sin cambios del estímulo; enseña al vestíbulo a no responder en determinadas situaciones. En contraposición a dicho mecanismo, se encuentra la *sensibilización*. Este método se selecciona cuando el sistema vestibular está deprimido en términos funcionales y globales, sobre todo en personas de edad avanzada. (Sauvage, J-P.)

Además, de los conocimientos de los mecanismos compensatorios sobre el sistema auditivo-vestibular, el neurorehabilitador realiza evaluaciones funcionales, observa y monitorea permanentemente los síntomas del paciente durante todo el transcurso de la terapia. (Padreda, C.)

Al momento de iniciar el programa de RV, se seleccionan estrategias de intervención que se implementan a través de actividades, en forma escalonada, en función del cuadro vestibular de base. La complejidad de dichas actividades se incrementa progresivamente. (Montilla Ibáñez, M.)

El programa debe ser flexible, diseñado en forma individual, es decir, personalizado y adaptado a cada momento evolutivo, asegurando la progresión del mismo hasta la consecución de todos los objetivos planteados. (Santandreu Jiménez, M.E.) La RV está basada en modelos de movimientos y posturas de la vida cotidiana del paciente, en la estimulación sensorial y en acuerdo con las limitaciones que pueda presentar y adaptada a su estilo de vida. (Frankel, L.)

El equilibrio es tan importante para mantener el movimiento, como para mejorar el pensamiento y el bienestar global. (Fuchs, D.)

Se busca, entonces, que el paciente realice movimientos que le permitan reincorporarse, sin dificultades, a sus actividades cotidianas y reforzar la confianza en sí mismo. (Junquera, I.)

Se pretende generar un cambio positivo en el bienestar general del paciente, disminuyendo y/o remitiendo el riesgo de caída, haciendo una toma de conciencia en relación a la autopercepción de su discapacidad multisensorial y aumentando la confianza en su equilibrio. (Montilla Ibáñez, M.)

La American Geriatric Society recomienda sistemáticamente la Rehabilitación Vestibular en personas de edad avanzada que presentan trastornos de marcha y equilibrio.

“Se busca con este abordaje re-habilitar –volver a habilitar– a la persona, en función de re-adaptar (compensar) su sistema vestibular afectado, ofreciéndole la posibilidad de re-insertarse a una vida activa.”¹⁵

¹⁵ Frankel, L. / Capítulo 24: Sistema vestibular y bases de Rehabilitación .-- en Serra S., et. al. (comp.) / Manual de la Audición .-- Ed. Brujas : Córdoba; 2018. Pág. 319.

PROBLEMA

¿Cómo es el nivel de confianza en el equilibrio y la autopercepción de la discapacidad multisensorial, antes y después de la Rehabilitación Vestibular, en adultos mayores de 65 años, con antecedentes de caídas, en una institución privada de Pergamino, en el período enero-septiembre en el año 2020?

VARIABLES

Variable 1: *Nivel de confianza en el equilibrio*

Clasificación según su naturaleza: Cuantitativa

Clasificación según su rol: Independiente

Escala de Medición: Ordinal

Definición Conceptual:

Son las percepciones que posee el adulto mayor sobre sus capacidades presentes, a la hora de realizar actividades cotidianas específicas, sin perder el equilibrio o sin sentirse inestables y/o caerse.

Definición Operacional:

Valoración con respecto al equilibrio que realiza el adulto mayor, antes y después de la Rehabilitación Vestibular, en la ejecución de actividades cotidianas específicas (caminar por la casa, subir o bajar del auto, cruzar la calle, entre otras). Dicha valoración es determinada por la escala ABC, que valora diferentes actividades, con puntajes comprendidos entre 0 y 100%.

Modalidades:

-Alto: cuando el adulto mayor responde con valoraciones superiores al 70% en más de 11 ítems.

-Regular: cuando el adulto mayor responde con valoraciones superiores al 70% entre 5 y 10 ítems.

-Bajo: cuando el adulto mayor responde con valoraciones superiores al 70% en menos de 5 ítems.

Indicadores:

Respuestas obtenidas por los adultos mayores a partir de la aplicación de la escala ABC, antes y después de la Rehabilitación Vestibular.

Variable 2: *Autopercepción de la discapacidad multisensorial*

Clasificación según su naturaleza: Cuantitativa

Clasificación según su rol: Independiente

Escala de Medición: Ordinal

Definición Conceptual:

Es la obtención de una respuesta desde la perspectiva del adulto mayor, de acuerdo a las limitaciones e implicancias negativas, que le genera tener vértigo, mareo, inestabilidad postural y caídas. La discapacidad multisensorial se refiere a la restricción generada por la combinación de alteraciones de los diferentes sistemas sensoriales, por lo que cualquier modificación en los mecanismos que intervienen en la compensación, pueden dificultarla.

Definición operacional:

Valoración que hace el adulto mayor sobre la autopercepción de la discapacidad multisensorial, antes y después de la Rehabilitación Vestibular. Dicha valoración es determinada, aplicando el cuestionario DHI que hace referencia a actividades y situaciones propias de la vida cotidiana, dividiéndose en aspectos funcionales, emocionales y físicos. Consta de un puntaje de 0 y 100 puntos.

Modalidades:

-Leve: autopercepción de la discapacidad multisensorial (valoración entre 0-30 puntos).

-Moderada: autopercepción de la discapacidad multisensorial (valoración entre 31-60 puntos).

-Severa: autopercepción de la discapacidad multisensorial (valoración entre 61-100 puntos).

Indicadores:

Respuestas obtenidas por los adultos mayores a partir de la aplicación del cuestionario DHI, antes y después de la Rehabilitación Vestibular.

Variable 3: Edad Cronológica

Clasificación según su naturaleza: Cuantitativa

Clasificación según su rol: Independiente y Secundaria

Escala de Medición: de Razón

Definición Conceptual:

Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la edad actual de un sujeto.

Definición Operacional:

Número de años del adulto mayor al momento del tratamiento fonoaudiológico (calculada a partir de la diferencia en años entre el momento de la aplicación del tratamiento y la fecha de nacimiento).

Modalidades:

- De 65 a 75 años.
- De 76 a 85 años.

Indicadores:

Dato registrado en la historia clínica del adulto mayor.

Variable 4: Sexo

Clasificación según su naturaleza: Cualitativa

Clasificación según su rol: Independiente y Secundaria

Escala de Medición: Nominal

Definición:

Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

Modalidades:

- Femenino
- Masculino

Indicadores:

Dato registrado en la historia clínica del adulto mayor.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población a estudiar es de adultos mayores de 65 años atendidos por una licenciada en Fonoaudiología, en la Clínica Pergamino (Pergamino, Provincia de Buenos Aires).

Los adultos mayores concurren a dicho Instituto debido a que presentaban síntomas propios de un cuadro clínico vestibular, para realizarse terapia de Rehabilitación Vestibular.

Los criterios de inclusión del siguiente estudio fueron pacientes con antecedentes de caídas y $\geq$ de 65 años.

De acuerdo a dichos criterios, se conformó una muestra no probabilística de 24 adultos mayores.

PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

En la presente investigación, se trabajó con un diseño descriptivo, observacional y prospectivo.

Es de tipo descriptivo porque busca caracterizar y determinar cómo se encuentran las variables en cierta población.

El estudio es observacional, debido a que el investigador no manipula las variables buscando una relación causa-efecto, sino que se limita a observar, medir y registrar resultados.

Y finalmente es prospectivo, debido a que se registra la información según van ocurriendo los fenómenos.

Este trabajo surge a partir del interés por investigar los resultados de la Rehabilitación Vestibular a través de la aplicación de la escala ABC (Confianza en el Equilibrio en Actividades Específicas) y el cuestionario DHI (Inventario de Discapacidad por Vértigo) en adultos mayores de 65 años, con antecedentes de caídas, en referencia al nivel de confianza en su equilibrio y a la autopercepción de la discapacidad multisensorial. Se describieron los aspectos funcionales, emocionales y físicos para favorecer el análisis y la comprensión de dicha autopercepción.

En primer lugar, se mantuvo un contacto con la Lic. en Fonoaudiología de la Clínica Pergamino, para acordar un día y horario, explicarle los objetivos y alcances de la presente investigación, solicitándole la debida autorización para realizarla.

La propuesta fue aceptada y se consensuó días y horarios para poder asistir y comenzar con la tarea.

Previamente a iniciar con la aplicación de los test, la profesional llevó a cabo la historia clínica del paciente, derivado a RV por su cuadro vestibular, con el fin de corroborar que el mismo cumpla con los criterios de inclusión. Además, aplicó las pruebas objetivas y los test funcionales, para determinar el diagnóstico funcional.

Siguiendo los lineamientos de la Ley N° 25.326 (Ley de Protección de Datos Personales), se realizó un consentimiento informado para presentar a cada paciente (ANEXO I).

A partir de allí, se comenzó con la aplicación de las pruebas subjetivas. Antes de iniciar el programa de Rehabilitación Vestibular, se les solicitó a los adultos mayores, que completaran tanto la escala ABC como el cuestionario DHI (ANEXO II). Ambos fueron aplicados dentro del consultorio de la licenciada, entre los meses de enero y septiembre del corriente año. Al concluir con el tratamiento y recibir el alta, se volvieron a aplicar los mencionados instrumentos de medición.

El cuestionario DHI consta de 25 ítems, divididos en tres grupos: nueve en el aspecto funcional, nueve en el aspecto emocional y siete en el aspecto físico. Cada pregunta permite elegir entre tres respuestas: “sí” (4 puntos), “a veces” (2 puntos) y “no” (0 puntos). La puntuación total es de 100, se dividen los resultados según las puntuaciones en: discapacidad leve (0-30), moderada (31-60) y severa (61-100).

Para obtener los resultados de cada aspecto en cada uno de los pacientes, se contabilizaron las preguntas de los tres grupos, llegando así a un subtotal, al cual se aplicó regla de tres simples. En el aspecto funcional y emocional, 36 puntos equivalen al 100% y en el aspecto físico, 28 puntos equivalen al 100%. Dichos aspectos fueron contemplados solo para enriquecer el análisis de la autopercepción de la discapacidad multisensorial.

Este cuestionario tiene como objetivo:

- 1) Autoevaluar el efecto de síntomas vestibulares en las actividades y situaciones propias de la vida diaria del individuo.
- 2) Objetivizar lo que es altamente subjetivo: la autopercepción de la discapacidad multisensorial, en los aspectos funcionales, emocionales y físicos. La discapacidad multisensorial se refiere a la restricción generada por la combinación de alteraciones de los diferentes sistemas sensoriales, por lo que cualquier modificación en los mecanismos que intervienen en la compensación, pueden producir una descompensación de los mismos. Entre ellas, se destacan: levantar la cabeza, caminar por el pasillo de un supermercado, realizar actividades exigentes, realizar movimientos rápidos de cabeza, girar en la cama, agacharse, entre otras.

La escala ABC consta de 16 ítems a través del cual se le pregunta al sujeto sobre su nivel de confianza en el equilibrio, necesario para desarrollar actividades de la vida diaria. Esta escala consta de una puntuación de 0-100,

con una respuesta posible a la pregunta: -“¿Cuán confiando se siente de no perder el equilibrio cuando...?”-. El cero representa que no tiene confianza en el equilibrio y 100 indica confianza plena para realizar la actividad. Los resultados permiten arribar a las percepciones que posee el individuo sobre sus capacidades presentes, a la hora de realizar actividades cotidianas específicas, sin perder el equilibrio, sin sentirse inestable y/o caerse. Algunas de las actividades cotidianas presentes en esta escala son: caminar por la casa, subir y bajar escaleras, ponerse de pie sobre una silla, barrer el piso, entre otras.

Posteriormente, antes y después de la Rehabilitación Vestibular, se procedió a observar los porcentajes obtenidos en relación al nivel de confianza en el equilibrio y de la autopercepción de la discapacidad multisensorial. De este modo, se pretendió concluir, si la terapia de RV es eficaz para generar cambios en el bienestar general de los adultos mayores tratados y su reincorporación en las actividades de su vida diaria.

Se trabajó con información de fuente primaria (resultados obtenidos de la escala ABC y cuestionario DHI de los adultos mayores) dado que los datos fueron obtenidos específicamente para esta tesina.

Luego, con la información recolectada se diseñó una hoja de cálculo de Microsoft Excel en donde se volcaron los resultados obtenidos de la escala ABC y del cuestionario DHI (ANEXO III).

Por último, cabe destacar que este trabajo de investigación pudo llevarse a cabo sin dificultades durante los meses de enero, febrero y mediados de marzo del corriente año. A partir de esta fecha, hubo un intervalo de tiempo de aproximadamente dos meses en que no se pudo concurrir a la institución elegida, debido a la pandemia mundial de COVID-19 (protocolos implementados de aislamiento social, preventivo y obligatorio).

A fines del mes de mayo, la ciudad de Pergamino no presentaba un elevado número de casos con dicho virus. Por ende, la Lic. en Fonoaudiología retomó su quehacer profesional con un protocolo estricto de salud y prevención (ANEXO IV). Debido a esta situación, se pudo reiniciar la investigación con los cuidados extremos requeridos de acuerdo al protocolo, ya que la población elegida para esta tesina estaba conformada por personas de riesgo.

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos a partir de la escala ABC y del cuestionario DHI, se procesaron con Microsoft Excel y sus resultados se presentan en la próxima sección: en forma tabular (tablas simples) y gráfica (gráfico circular y barras verticales agrupadas).

CONTEXTO DE REALIDAD

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Cuadro N°1

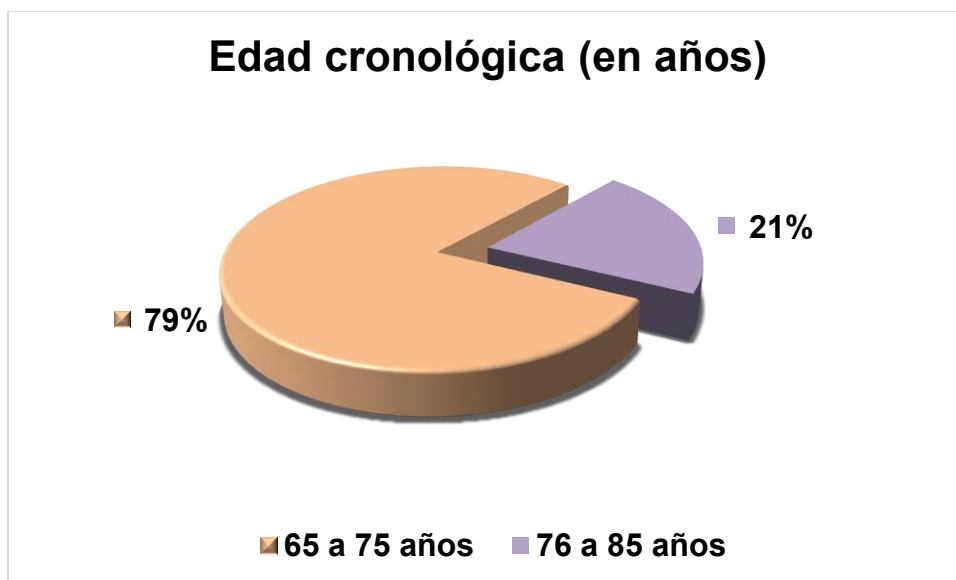
Distribución de adultos mayores de 65 años, con antecedentes de caídas, según edad cronológica. Pergamino, enero-septiembre 2020.

Edad cronológica (en años)	% adultos mayores
65 a 75	79% (19)
76 a 85	21% (5)
Total adultos mayores	100% (24)

De la mayoría de los 24 (79%) adultos mayores en estudio, predominan aquellos con edades comprendidas entre 65 a 75 años.

Gráfico N°1

Distribución de adultos mayores de 65 años, con antecedentes de caídas, según edad cronológica. Pergamino, enero-septiembre 2020.



Cuadro N° 2

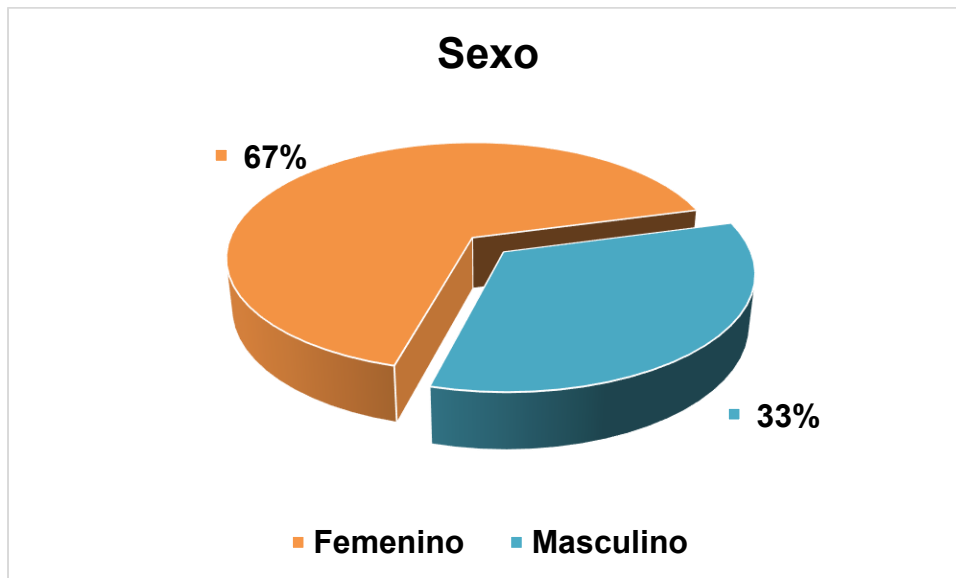
Distribución de adultos mayores de 65 años, con antecedentes de caídas, según sexo. Pergamino, enero-septiembre 2020.

Sexo	% adultos mayores
Femenino	67% (16)
Masculino	33% (8)
Total adultos mayores	100% (24)

La mayoría de los 24 (67%) adultos mayores en estudio, corresponde al sexo femenino.

Gráfico N°2

Distribución de adultos mayores de 65 años, con antecedentes de caídas, según sexo. Pergamino, enero-septiembre 2020.



Cuadro N° 3

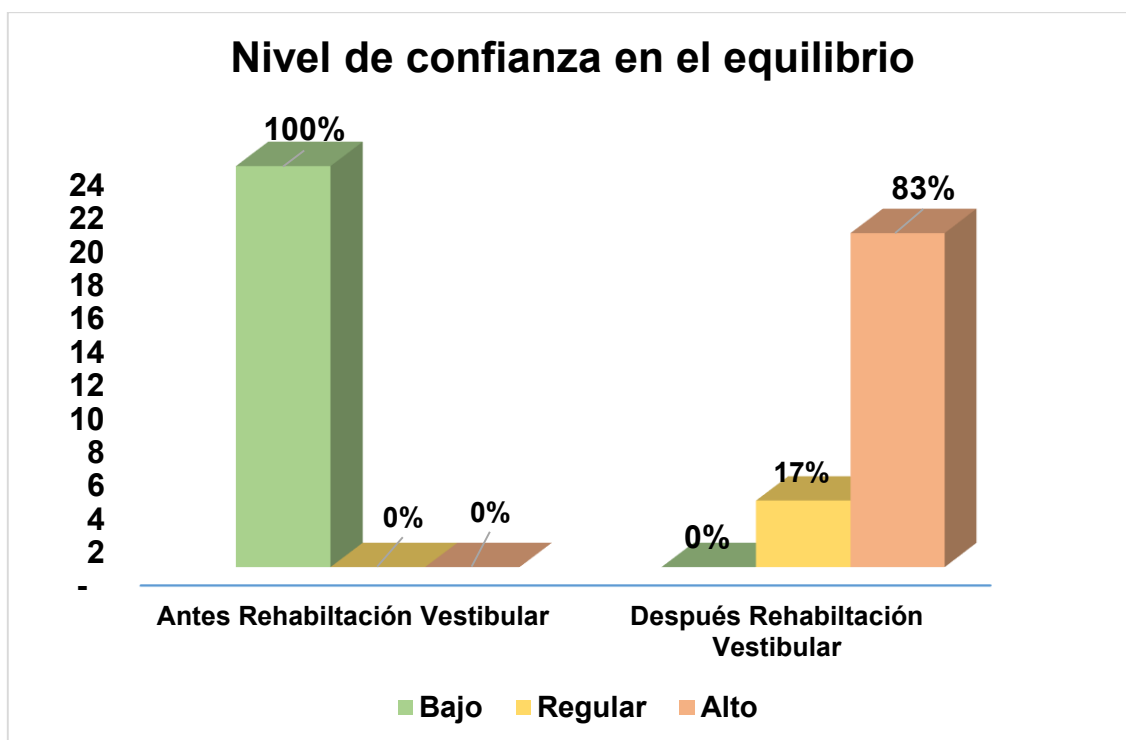
Distribución de adultos mayores de 65 años, con antecedentes de caídas, según el Nivel de confianza en el equilibrio, antes y después de la Rehabilitación Vestibular. Pergamino, enero-septiembre 2020.

Nivel de confianza en el equilibrio	% adultos mayores	
	Antes de la RV	Después de la RV
Alto	0% (0)	83% (20)
Regular	0% (0)	17% (4)
Bajo	100% (24)	0% (0)
Total adultos mayores	100% (24)	100% (24)

Antes de la Rehabilitación Vestibular, los 24 adultos mayores en estudio fueron evaluados con un *bajo* nivel de confianza en su equilibrio y después de la RV, en 20/24 (83%) de los adultos mayores el nivel de confianza en el equilibrio era *alto* y en los 4/24 restantes (17%) era *regular*.

Gráfico N°3

Distribución de adultos mayores de 65 años, con antecedentes de caídas, según el Nivel de confianza en el equilibrio, antes y después de la Rehabilitación Vestibular. Pergamino, enero-septiembre 2020.



Cuadro N°4

Distribución de adultos mayores de 65 años, con antecedentes de caídas, según la Autopercepción de la discapacidad multisensorial, antes y después de la Rehabilitación Vestibular. Pergamino, enero-septiembre 2020.

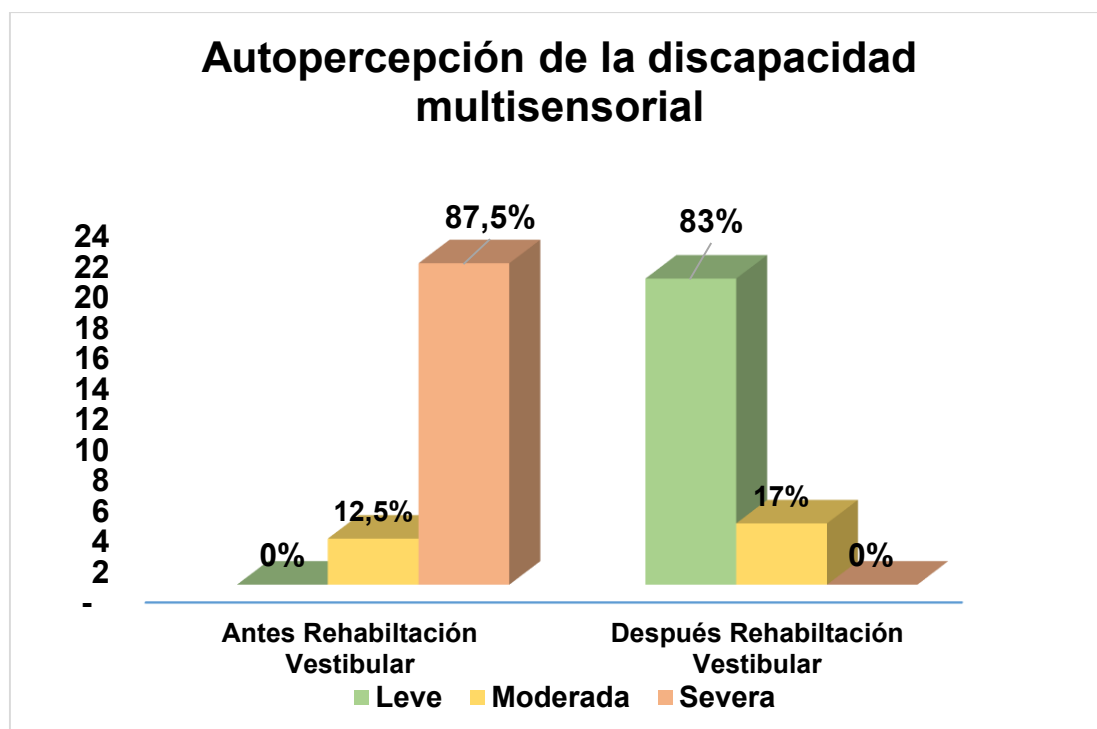
Autopercepción de la discapacidad multisensorial	% adultos mayores	
	Antes de la RV	Después de la RV
Leve	0% (0)	83% (20)
Moderada	12,5% (3)	17% (4)
Severa	87,5% (21)	0% (0)
Total adultos mayores	100% (24)	100% (24)

Antes de la Rehabilitación Vestibular, 21/24 (87,5%) de los adultos mayores en estudio poseían una *severa* autopercepción de la discapacidad multisensorial y los 3/24 (12,5%) restantes, una autopercepción *moderada*.

Después de la RV, 20/24 (83%) de los adultos mayores poseían una *leve* autopercepción de la discapacidad multisensorial y 4/24 (17%), una autopercepción *moderada*.

Gráfico N°4

Distribución de adultos mayores de 65 años, con antecedentes de caídas, según la Autopercepción de la discapacidad multisensorial, antes y después de la Rehabilitación Vestibular. Pergamino, enero-septiembre 2020.



Cuadro N° 5

Distribución de adultos mayores de 65 años, con antecedentes de caídas, según los aspectos funcional, emocional y físico que caracterizan a la Autopercepción de la discapacidad multisensorial, antes y después de la Rehabilitación Vestibular. Pergamino, enero - septiembre 2020.

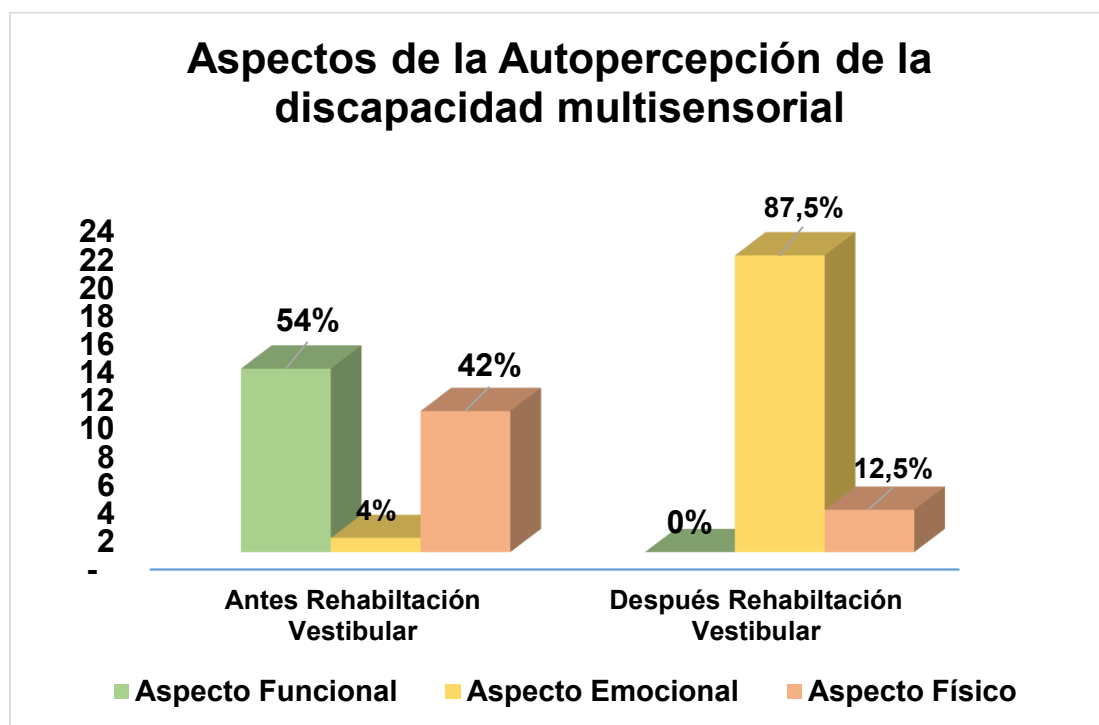
Autopercepción de la discapacidad multisensorial	% adultos mayores	
	Antes de la RV	Después de la RV
Aspecto Funcional	54% (13)	0% (0)
Aspecto Emocional	4% (1)	87,5% (21)
Aspecto Físico	42% (10)	12,5% (3)
Total adultos mayores	100% (24)	100% (24)

Antes de la Rehabilitación Vestibular, 13/24 (54%) de los adultos mayores en estudio presentaron un mayor deterioro en el *aspecto funcional*, 1/24 (4%) de ellos, en el *aspecto emocional* y 10/24 (42%) personas en el *aspecto físico*.

Después de la RV, 21/24 (87,5%) de los adultos mayores obtuvieron un cambio favorable en el *aspecto emocional*, 3/24 (12,5%), en el *aspecto físico*, no pudiéndose observar ningún cambio en el *aspecto funcional*.

Gráfico N° 5

Distribución de adultos mayores de 65 años, con antecedentes de caídas, según los aspectos funcional, emocional y físico que caracterizan a la Autopercepción de la discapacidad multisensorial, antes y después de la Rehabilitación Vestibular. Pergamino, enero - septiembre 2020.



CONTEXTO DE JUSTIFICACIÓN

INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN

En palabras de Lacour, M; Bernard-Demanze, L., la Rehabilitación Vestibular (RV) tiene como objetivo, en el paciente, mejorar el funcionamiento dinámico mediante nuevas y diferentes intervenciones y/o estrategias terapéuticas, trabajadas a nivel multisensorial, logrando una mayor recuperación funcional.

La RV se basa en un programa de estrategias de aplicación no invasivo, orientado principalmente a la compensación vestibular. Es costo efectivo y conveniente en pacientes con desequilibrio estático y/o dinámico. A través de esta intervención, dichos pacientes recobran la posibilidad de incorporarse a gran parte de las actividades cotidianas, lo que es sumamente valorado, puesto que, por lo general, estos sujetos sienten que su vida y actividades diarias están truncadas y además se ven afectados en sus esferas anímica, emocional y social. (Riveros, H. y col.)

Soto Varela, A. y col. tras realizar RV en personas mayores, demostraron una significativa reducción del número de caídas en un año.

En el presente trabajo, se constató el beneficio que genera, en la población estudiada, la terapia de RV a través de los resultados obtenidos de dos instrumentos de medición: la escala ABC, la cual evaluó el nivel de confianza en el equilibrio y el cuestionario DHI que valoró la autopercepción de la discapacidad multisensorial.

Pardal-Refoyo, J. y Batuecas-Caletrío, A. manifiestan que estos instrumentos son utilizados como medida de resultado en los estudios de intervención de Rehabilitación Vestibular y Rossi Izquierdo, M., Soto Varela, A. y Santos Pérez, S. afirman que la RV produce una mejoría en las puntuaciones del ABC y DHI.

En esta investigación, en los gráficos N°3 y N°4, se evidencian los cambios en los resultados de los instrumentos de medición aplicados. Antes de la RV: el 100% de la población tenía un bajo nivel de confianza en el equilibrio y a después de la RV, el 83% presentaba un alto nivel de confianza en su equilibrio. El 87,5% de los pacientes, antes de iniciar la terapia, presentaba una severa autopercepción de la discapacidad multisensorial y después de dicha terapia, el 83% demostró una leve autopercepción de su discapacidad multisensorial. También, se evidenció después de la RV un cambio muy

favorable (87,5%) en el aspecto emocional, (gráfico N°5). Estos últimos resultados son coincidentes con lo planteado por Risset Castro Andión, L. y col., quienes mencionan que la recuperación emocional, se favorece luego del tratamiento temprano con RV.

Por otra parte, la Dra. Olmos Zapata, P. describió que otro de los factores demográficos que se relaciona con las caídas es el sexo, siendo las mujeres, quienes tienen una mayor tendencia a caerse.

En el presente trabajo se confirma el postulado precedente. Hubo una mayor prevalencia del sexo femenino sobre el masculino (gráfico N°2).

Varios estudios demuestran que las personas mayores de 65 años, sufren una caída una vez al año (Villar San Pío, T. y col.) con las implicancias negativas que éstas le generan. (Walteros, D. y col.) Como consecuencia del aumento del riesgo de caídas, se produce una alteración en el nivel de confianza en el equilibrio y un incremento en la autopercepción de la discapacidad multisensorial, siendo estos indicadores importantes para la movilidad funcional, la autonomía y la limitación en las actividades de su vida cotidiana. (Martín Méndez, L; Rosell Antón, J.A.)

Tal como se observa en el gráfico N°1, el 79% de los adultos mayores corresponde al rango etario entre 65 a 75 años que, en su historia clínica, mencionaron haber sufrido al menos una caída en el último año y quienes, después de la RV, mejoraron significativamente su autopercepción de la discapacidad multisensorial y la confianza en el equilibrio a la hora de realizar actividades de la vida diaria.

Se puede concluir que los objetivos de esta investigación se lograron ya que los resultados de la RV generaron cambios favorables en el bienestar general de los adultos mayores.

CONCLUSIONES

A partir del análisis de los datos obtenidos de la población estudiada, se puede dar respuesta al problema y a los objetivos planteados:

- La edad cronológica más frecuente entre los 24 adultos mayores en estudio fue de 65 a 75 años.
- Se constató una preponderancia del sexo femenino.
- Después de la RV, el 83% (20/24) de los adultos mayores mejoró el nivel de confianza en el equilibrio.
- Después de la RV, el 83% (20/24) de los adultos mayores disminuyó notablemente la autopercepción de la discapacidad multisensorial.
- Después de la RV, el 87,5% (21/24) de los adultos mayores obtuvo una mejoría significativa en el *aspecto emocional*, el 12,5% (3/24), en el *aspecto físico*, no pudiéndose observar ningún cambio en el *aspecto funcional*.

Se demostró que, aplicando la terapia de Rehabilitación Vestibular, se incrementa el nivel de confianza en el equilibrio y disminuye la autopercepción de la discapacidad multisensorial, provocando, en consecuencia, una disminución y/o remisión del riesgo de caída. En síntesis, los resultados de la RV generaron cambios favorables en el bienestar general de la población en estudio.

Esta terapia constituye una herramienta muy importante y de relevancia para la clínica fonoaudiológica.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Las limitaciones en este trabajo de investigación surgieron por la pandemia de COVID-19, ocasionando:

- 1) Una merma en la cantidad de personas de la población en estudio, ya que la edad de los pacientes fue un condicionante, por ser de riesgo.
- 2) La omisión de una de las instituciones elegidas en un principio (que fue expresada en el formulario A) ubicada en la ciudad de Rosario (Santa Fe), a la cual no se pudo acceder desde la provincia de Buenos Aires (lugar de residencia de las investigadoras).

Se sugiere profundizar esta tesina con una mayor población, con los criterios de inclusión seleccionados y, poder asistir a la institución de la ciudad de Rosario para poder sumar espacios asistenciales a futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

Alemán López, O., Pérez Fernández, N. Y Sánchez, N. / Rehabilitación Vestibular .-- en Revista Médica - Universidad de Navarra : Pamplona; 2003. Vol. 47. N°4. Pág. 72-76.

American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention / Guidelines for the prevention of falls in older persons .-- en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11380764/> (14/09/2020).

Barona de Guzmán, R. y col. / Pacientes con déficit vestibular unilateral .-- en Rehabilitación Vestibular .-- en Ponencia de la Sociedad Gallega de Otorrinolaringología 2016 .-- Edit. Sociedad Gallega de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial : Santiago de Compostela; 2016 .-- en https://www.researchgate.net/publication/309204106_Ponencia_de_la_Sociedad_Gallega_de_Otorrinolaringologia_2016_Rehabilitacion_Vestibular (23/06/2020).

Benito Orejas, J.I y col. / Resultados y seguimientos de la Rehabilitación Vestibular .-- en Revista ORL - Universidad de Salamanca : Salamanca; 2020. Vol. 11; N°1. Pág. 107-114 .-- en <https://revistas.usal.es/index.php/2444-7986/article/view/orl.21243/22062> (23/07/2020).

Binetti, Ana C. / Fisiología Vestibular .-- en Suplemento Vestibular: primera parte .-- en Revista F.A.S.O : Buenos Aires; 2015. Pág. 14-21 .-- en http://faso.org.ar/revistas/2015/suplemento_vestibular/3.pdf (25/03/2020).

Bouccara, D., Sémont, A. y Sterkers, O. / Rééducation Vestibulaire : Paris; 2003. Pág. 1-8 .-- en <https://www.em-consulte.com/article/12807/resume/reeducation-vestibulaire> (24/09/2020).

Caldara, B., y col. / Adaptación cultural y validación del DHI: versión argentina .-- en Acta Otorrinolaringológica Española : CABA; 2012. Vol. 63. N°2. Pág. 106-114 .-- en <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-102-articulo-adaptacion-cultural-validacion-del-dizziness-S0001651911002081> (22/10/2019).

Candela Santana, A. / Intervención del equilibrio postural mediante fisioterapia en personas con esclerosis múltiple .-- en Departamento de Cirugía y Patología - Facultad de Medicina - Universidad Miguel Hernández : Elche; 2017 .-- en

<http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3975/1/CANDELA%20SANTANA%2C%20ALBERTO.pdf> (22/04/2020).

Carmona, S., Kattah, J. / Manejo del Síndrome Vestibular Agudo .-- Librería Akadia Editorial : Buenos Aires; 2017.

Carriel, C. y Rojas, M. / Prueba de impulso cefálico: bases fisiológicas y métodos de registro del reflejo vestibulo oculomotor .-- en Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello : Santiago; 2013. Vol. 73. N°2. Pág. 206-212 .-- en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162013000200014 (07/10/2020).

Cedeño, P. / Rehabilitación Vestibular .-- en <https://sites.google.com/site/fganidiapatriciacedeno/biblioteca/rehabilitacion-vestibular> (22/06/2020).

Cottini, M. A. y col. / El valor del HINTS en el diagnóstico del síndrome vestibular agudo de origen central .-- en Revista F.A.S.O. : Buenos Aires; 2019. Pág. 16-24 .-- en <http://faso.org.ar/revistas/2019/3/3.pdf> (07/10/2020).

Cruz, E. y col. / Caídas: revisión de nuevos conceptos .-- en Revista H.U.P.E. : Río de Janeiro; 2014. Vol. 13. N°2. Pág. 86-95 .-- en <https://www.researchgate.net/publication/266262563> (28/03/2020).

Curcio, C.M., Gómez Montes, F. / Temor a caer en ancianos: controversias en torno a un concepto y a su medición .-- en Revista Hacia la Promoción de la Salud .-- Universidad de Caldas : Manizales; 2012. Vol. 17. N°2. Pág. 186-204 .-- en <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n2/v17n2a13.pdf> (20/03/2020).

Faraldo García, A. / Pacientes con presbivértigo y riesgo de caídas .-- en Rehabilitación Vestibular .-- en Ponencia de la Sociedad Gallega de Otorrinolaringología 2016 .-- Edit. Sociedad Gallega de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial : Santiago de Compostela; 2016 .-- en https://www.researchgate.net/publication/309204106_Ponencia_de_la_Sociedad_Gallega_de_Otorrinolaringologia_2016_Rehabilitacion_Vestibular (22/04/2020).

Faraldo García, A. / Registro postural en personas sanas: evaluación del equilibrio mediante el estudio comparativo entre la posturografía dinámica computerizada y el sistema Sway Star. Año 2009 .-- Facultade de Medicina e Odontoloxía - Univerdade de Santiago de Compostela : Santiago de

Compostela; 2009 (Tesis Doctoral) .-- en <http://hdl.handle.net/10347/2569> (16/06/2020).

Flores, S., Polini, J. y Campos, A. / Efectos en el índice de discapacidad en pacientes adultos con vértigo paroxístico posicional benigno mediante la rehabilitación vestibular con movimiento humano .-- en Revista HMSalud : Costa Rica; 2007. Vol. 4. N°1. Pág. 1-8 .-- en <https://www.redalyc.org/pdf/2370/237017519002.pdf> (24/09/2020).

Frankel, L. / Capítulo 24: Sistema vestibular y bases de Rehabilitación .-- en Serra S., et. al. (comp.) / Manual de la Audición .-- Ed. Brujas : Córdoba; 2018.

Frankel, L. y Carmona, S. / Estimulación con realidad virtual (Sistema Bru) .-- en Rehabilitación Vestibular .-- en Ponencia de la Sociedad Gallega de Otorrinolaringología 2016 .-- Edit. Sociedad Gallega de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial : Santiago de Compostela; 2016 .-- en https://www.researchgate.net/publication/309204106_Ponencia_de_la_Sociedad_Gallega_de_Otorrinolaringologia_2016_Rehabilitacion_Vestibular (30/03/2020).

Fuchs, D. / Dancing with Gravity: why the sense of balance is the fundamental .-- en Article Behavioral Sciences .-- en University of Applied Sciences Kempten : Kempten; 2018 .-- en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5791025/> (14/08/2020).

Hernández Rodríguez, IY., Gallardo Ollervides, FJ., et.al. / Validación del cuestionario de discapacidad por vértigo (Dizziness Handicap Inventory) en el Hospital Central Militar .-- en An. Orl. Mex. : Ciudad de México; 2017. Vol. 62. N°3. Pág. 147-155 .-- en <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2017/aom173a.pdf> (22/10/2019).

Junquera, I. / Fisioterapia vestibular o rehabilitación vestibular: en qué consiste .-- en Artículo .-- en FisiOnline : Vizcaya; 2020 .-- en <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/fisioterapia-vestibular-o-rehabilitacion-vestibular-en-que-consiste> (14/07/2020).

Lacour, M., Bernard Demanze, L. / Interaction between Vestibular Compensation Mechanisms and Vestibular Rehabilitation Therapy: 10 Recommendations for Optimal Functional Recovery .-- Article Frontiers in Neurology .-- en University Hospital Zurich : Zurich; 2015 .-- en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4285093/> (14/09/2020).

Lizarraga Ceballos, R. y Aguayo Vargas, A. / Aplicación y utilidad del Dizziness Handicap Inventory en pacientes con vértigo del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI .-- en Anales Médicos Hospital ABC : México D.F; 2004. Vol. 49. N°4. Pág. 176-183 .-- en <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2004/bc044d.pdf> (26/03/2020).

Marelli, E. / Capítulo 1: Anatomofisiología del sistema vestibular .-- en Carmona, S y Marelli, E. / Neuro-Otología .-- Par S.A : Rosario; 2003.

Martín Méndez, L. / Miedo a caídas en personas mayores de 65 años. Estudio multifactorial .-- Facultad de Medicina - Universidad Autónoma de Madrid : Madrid; 2012 .-- en https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/9880/50731_Martin_Mendez_Lourdes.pdf?sequence=6 (11/06/2020).

Martín Noguerras, A. / Bases Neurofisiológicas del Equilibrio Postural. Bienio 2002-2004 .-- Doctorado Neurociencias .-- Departamento de Biología Celular y Patología - Universidad de Salamanca : Salamanca; 2002-2004 .-- en <https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/115263/NeurofisiologiaEquilibrioPostural.AMMartin.pdf;jsessionid=43354E89FE50FB067A5F56089F510B0B?sequence=1> (03/03/2020).

Miqueu Suhas, H. / Estudio sobre eficacia de la Reeducción Vestibular en la prevención de caídas en pacientes ancianos con presbivértigo. Año 2015 .-- Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud - Universidad Internacional de Cataluña : Cataluña; 2015 .-- en https://www.researchgate.net/publication/305993313_Eficacia_de_la_reeducacion_vestibular_en_la_prevenccion_de_caidas_en_pacientes_ancianos_con_presbivertigo (21/05/2020).

Montilla Ibáñez, M. / Efectos de un programa de rehabilitación vestibular domiciliar en pacientes con inestabilidad y alteraciones vestibulares unilaterales. Fiabilidad y validez de la versión española del cuestionario ABC. Año 2016 .-- Departamento de Ciencias de la Salud - Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad de Jaén : Jaén; 2016. (Tesis Doctoral) .-- en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=145860> (14/08/2020).

Montilla Ibáñez, M. y col. / The Activities-specific Balance Confidence scale: reliability and validity in Spanish patients with vestibular disorders .-- en Article

Disability and Rehabilitation : Jaén; 2017. Pág. 697-703 .-- en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27008458/> (07/01/2020).

Moran Guasch, J. / Ejercicios de Reeducción Vestibular .-- en Colegio Oficial de Médicos de Barcelona .-- en www.otorrinoactualidad.com.ar/descargas/ (20/02/20).

Novoa, I. y col. / Efectividad de cinco sesiones de rehabilitación vestibular en mujeres mayores de 60 años con hipofunción vestibular .-- en Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello : Santiago; 2018. Vol. 78. N°3. Pág. 259-266 .-- en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162018000300259 (15/10/2020).

Novoa, I., Aranda, T., Molina, Y., Mercado, V. / Impacto de la Rehabilitación Vestibular en el riesgo de caída y la confianza del paciente .-- en Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello : Viña del Mar; 2019. Vol. 79; N°3. Pág. 307-314 .-- en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162019000300307 (22/04/2020).

Olmos Zapata, P. / Estudio del síndrome de temor a caerse en personas mayores de 65 años. Año 2012 .-- Departamento de Psiquiatría y Psicología Social - Facultad de Medicina - Universidad de Murcia : Murcia; 2012 (Tesis Doctoral) .-- en <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/28007/1/TESIS%20DOCTORAL%20CD.pdf> (20/10/2020).

Organización Mundial de la Salud / Caídas; 2018 .-- en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls> (15/10/2020).

Organización Mundial de la Salud / Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF); 2001 .-- en http://obrasocial.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles/4d3d0e903e8cf010VgnVCM20000128cf10aRCRD/es/es14_c1_esp.pdf (24/09/2020).

Organización Panamericana de la Salud / Módulo 3: evaluación del adulto mayor .-- en <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf> (01/04/2020).

Padreda, C. / Qué es la Rehabilitación Vestibular .-- en Consultorios Médicos Maipú S.A .-- en <https://cmmsa.com.ar/wp/que-es-la-rehabilitacion-vestibular/> (25/06/2020).

Pardal-Refoyo, J. y Batuecas-Caletrío, A. / Revisión sobre los instrumentos de evaluación de la discapacidad en patología vestibular .-- en Revista ORL .-- Ediciones Universidad de Salamanca : Salamanca; 2018. Vol. 9. N°2. Pág. 145-164 .-- en <https://revistas.usal.es/index.php/2444-7986/article/view/orl.17700> (26/02/2020).

Risset Castro Andión, L. y col. / Rehabilitación de pacientes con trastornos emocionales y funcionales secundarios al vértigo posicional paroxístico benigno .-- en Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación : Santiago de Cuba; 2019. Vol. 11. N°1. Pág. 1-13 .-- en <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=89007> (15/09/2020).

Riveros, H. y col. / Efectividad de la rehabilitación vestibular en una serie clínica .-- en Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello : Santiago; 2007. Vol. 67. N°3. Pág. 229-236 .-- en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162007000300004 (23/06/2020).

Rosell Antón, J. A. / Vértigo senil y presbivértigo .-- en Seminario Médico .-- en Instituto de Estudios Giennenses : Jaén; 1996. Vol. 48. N°2. Pág. 106-123 .-- en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1224439> (04/10/2020).

Rossi Izquierdo, M. / Concepto de Rehabilitación Vestibular .-- en Rehabilitación Vestibular .-- en Ponencia de la Sociedad Gallega de Otorrinolaringología 2016 .-- Edit. Sociedad Gallega de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial : Santiago de Compostela; 2016 .-- en https://www.researchgate.net/publication/309204106_Ponencia_de_la_Sociedad_Gallega_de_Otorrinolaringologia_2016_Rehabilitacion_Vestibular (30/03/2020).

Rossi Izquierdo, M., Soto Varela, A. y Santos Pérez, S. (edit.) / Rehabilitación vestibular .-- en Ponencia de la Sociedad Gallega de Otorrinolaringología 2016 .-- Edit. Sociedad Gallega de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial : Santiago de Compostela; 2016 .-- en https://www.researchgate.net/publication/309204106_Ponencia_de_la_Sociedad_Gallega_de_Otorrinolaringologia_2016_Rehabilitacion_Vestibular

d Gallega de Otorrinolaringología 2016 Rehabilitación Vestibular

(30/03/2020).

Santandreu Jiménez, M.E. / Tratamiento rehabilitador de los trastornos del equilibrio de origen vestibular .-- en Clínica del Vértigo, Audición y Voz .-- en <http://www.clivav.com/pdf/tratamiento-rehabilitacion-vestibular.pdf> (25/06/2020).

Sauvage, Jean-Pierre / Vértigos: manual de diagnóstico y rehabilitación .-- Segunda Edición .-- Editorial Elsevier : Barcelona; 2017.

Selkurt Ewald, E. / Fisiología. Capítulo: sentidos especiales .-- 5ta Edición .-- Editorial El Ateneo : Buenos Aires; 1969.

Tirado, P. / Miedo a caerse .-- en Revista Española De Geriatria y Gerontología : Barcelona; 2010. Vol. 45; N°1. Pág. 38-44 .-- en <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-miedo-caerse-S0211139X0900290X> (12/02/2020).

Vázquez Muñoz, M. I. y col. / Capítulo 35: Síndromes vestibulares periféricos: Enfermedad de Ménière, Neuronitis vestibular, Vértigo Posicional Paroxístico Benigno. Cirugía del Vértigo .-- en Libro Virtual de Formación en ORL .-- Ed. Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial : Cádiz; 2015.

Vestibular Disorders Association / Desórdenes Vestibulares .-- en https://vestibular.org/sites/default/files/page_files/Documents/Desordenes%20vestibulares.pdf (11/02/2020).

Villar San Pío, T. y col. / Capítulo 19: alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas .-- en Tratado de Geriatria para Residentes .-- Ed. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología : Madrid; 2019 .-- en https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2019_II.pdf (06/10/2020).

Walteros, D. y col. / Validez y confiabilidad del DHI versión colombiana .-- en Sección Investigativa .-- en Revista Areté : Bogotá. D.C; 2009. Vol. 9. N°1. Pág. 122-139 .-- en <https://arete.iberu.edu.co/article/view/418> (11/02/2020).

Zhang, S. y col. / Impaired multisensory integration predisposes the elderly people to fall: a systematic review .-- en Article Frontiers in Neuroscience .-- Ed. Sapienza University of Rome : Roma; 2020 .-- en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7198912/> (07/10/2020).

ANEXOS

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a Sr/Sra.:

Somos estudiantes de la carrera de Lic. En Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas en la Universidad Nacional de Rosario y estamos llevando a cabo un estudio sobre los “Resultados de la Rehabilitación Vestibular a través de la aplicación de la escala ABC y el cuestionario DHI, en adultos mayores de 65 años, con antecedentes de caídas”.

El objetivo de esta investigación será determinar si la terapia de Rehabilitación Vestibular, con la que se trata a adultos mayores, logra generar un aumento de confianza en el equilibrio, una disminución en el temor a las caídas y, por consiguiente, disminuye la autopercepción de la discapacidad en los pacientes frente a mareos, vértigo e inestabilidad, traduciéndose en el bienestar generalizado, reflejándose en las actividades de la vida diaria.

El estudio consiste en aplicar dos cuestionarios los cuales contienen en total 41 preguntas. Luego, ingresa en un programa de Rehabilitación Vestibular. Una vez finalizada dicha terapia, se repite la implementación de ambos cuestionarios y se procede a comparar los porcentajes obtenidos antes y después de la Rehabilitación Vestibular.

Le tomará contestarlos aproximadamente 10 minutos. El proceso será estrictamente confidencial y su nombre no será utilizado.

La participación es voluntaria. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo. No recibirá ninguna compensación por participar.

Nombre de la Tutora de la investigación: Dra. FRANKEL, LILIAN.

Nombre de las investigadoras: DALBY, EVELYN.

ESPINOSA, LARA.

AUTORIZACIÓN

He leído el procedimiento descripto arriba. Las investigadoras me han explicado el estudio y han contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que yo _____, participe en el estudio de DALBY, EVELYN - ESPINOSA, LARA sobre los Resultados de la Rehabilitación Vestibular a través de la aplicación de la escala ABC y el cuestionario DHI, en adultos mayores de 65 años, con antecedentes de caídas.

He recibido copia de este consentimiento.

Firma y Aclaración

Fecha

ANEXO II

ESCALA ABC (Confianza en el Equilibrio en Actividades Específicas)

Paciente: _____ Día: _____

Las actividades de la escala de equilibrio (ABC)

Instrucción a los participantes: Para cada uno de lo siguiente por favor indique su nivel de confianza para realizar la tarea sin perder el equilibrio eligiendo del 0 al 100%. Si habitualmente no realiza la actividad indicada trate de imaginar cuán seguro se sentiría para realizarla. Si habitualmente utiliza un dispositivo de ayuda para caminar estime el porcentaje de confianza contando con esa ayuda. Indique su nivel de confianza para realizar las siguientes actividades eligiendo el número correcto de la escala:

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Desconfiado

Completamente confiado

“Cuán confiado se siente de no perder el equilibrio cuando...

- 1- ...camina por la casa?.....____%
- 2- ...sube o baja escaleras?.....____%
- 3- ...se inclina y levanta una zapatilla del piso?.....____%
- 4- ...toma una lata de un estante ubicado a nivel con sus ojos?.....____%
- 5- ...se levanta en punta de pies y toma algo ubicada más alto que el nivel de su cabeza?.....____%
- 6- ...se para sobre una silla para llegar a algún objeto?.....____%
- 7- ...barre el piso?.....____%
- 8- ...camina fuera de la casa hasta la acera donde está estacionado su auto?.....____%
- 9- ...entra o sale del auto?.....____%
- 10- ...cruza la calle?.....____%
- 11- ...sube o baja una rampa?.....____%
- 12- ...camina en un lugar rodeado de mucha gente (un shopping, por ejemplo)...____%
- 13- ...es chocado, empujado por la gente mientras camina?.....____%
- 14- ...sube o baja escaleras mientras se sujeta de la baranda?.....____%
- 15- ...sube o baja escalones mientras sujeta un paquete que no le permite tomarse de la baranda?.....____%
- 16- ...camina sobre superficies heladas?.....____%

Puntaje total: _____

CUESTIONARIO DHI (Inventario de Discapacidad por Vértigo)

Nombre y Apellido: Fecha:/...../.....

DIZZINESS HANDICAP INVENTORY (INVENTARIO DE DISCAPACIDAD POR VÉRTIGO)

***Instrucciones:** El propósito de esta escala es identificar las dificultades que Ud. experimenta debido a su vértigo o falta de equilibrio. Por favor conteste «Sí», «No» o «A veces» marcando con una cruz a cada pregunta. Contesto a cada una de las preguntas según se refieran al problema de su vértigo o de falta de equilibrio.*

- | | | | |
|--|-----------|----------------|-----------|
| • ¿Levantar la cabeza aumenta su problema? | Sí | A veces | No |
| • ¿Caminar por el pasillo de un supermercado aumenta su problema? | Sí | A veces | No |
| • ¿Aumenta su problema realizar actividades más exigentes, tales como hacer deporte, bailar o realizar tareas domésticas (por ejemplo barrer o levantar los platos)? | Sí | A veces | No |
| • ¿Los movimientos rápidos de cabeza aumentan su problema? | Sí | A veces | No |
| • ¿Aumenta su problema al girar en la cama? | Sí | A veces | No |
| • ¿Caminar por la vereda aumenta su problema? | Sí | A veces | No |
| • ¿Aumenta su problema al agacharse? | Sí | A veces | No |
| • ¿Se siente frustrado a causa de su problema? | Sí | A veces | No |
| • A causa de su problema ¿tiene miedo a salir de su casa sin que alguien lo acompañe? | Sí | A veces | No |
| • A causa de su problema ¿ha sentido vergüenza delante de otros? | Sí | A veces | No |
| • A causa de su problema ¿tiene miedo a que la gente piense que está ebrio? | Sí | A veces | No |
| • A causa de su problema ¿le resulta difícil concentrarse? | Sí | A veces | No |
| • A causa de su problema ¿tiene miedo a quedarse solo en su casa? | Sí | A veces | No |
| • A causa de su problema ¿se siente incapacitado? | Sí | A veces | No |
| • ¿Su problema le dificulta relacionarse con sus familiares o amigos? | Sí | A veces | No |
| • A causa de su problema ¿se siente deprimido? | Sí | A veces | No |
| • A causa de su problema ¿decide limitar sus viajes de negocio o de ocio? | Sí | A veces | No |
| • A causa de su problema ¿siente dificultades al acostarse o levantarse de la cama? | Sí | A veces | No |
| • ¿Su problema limita de forma significativa su participación en actividades de ocio (Tales como cenar fuera de casa, ir al cine, ir a bailar, ir a fiestas)? | Sí | A veces | No |
| • A causa de su problema ¿tiene dificultades cuando lee? | Sí | A veces | No |
| • A causa de su problema ¿evita las alturas? | | | |

- | | Sí | A veces | No |
|--|-----------|----------------|-----------|
| • A causa de problema ¿le resulta difícil realizar tareas domésticas agotadoras? | Sí | A veces | No |
| • A causa de su problema ¿le resulta difícil pasear solo? | Sí | A veces | No |
| • A causa de su problema ¿le resulta difícil caminar por su casa a oscuras? | Sí | A veces | No |
| • ¿Su problema influye de manera negativa en sus responsabilidades domésticas o laborales? | Sí | A veces | No |

Puntaje: Total:		
Área 1:	Área 2:	Área 3:

ANEXO III**Planilla de volcado de datos generales**

Paciente	Sexo	Edad	Nivel de confianza en el equilibrio		Autopercepción de la discapacidad multisensorial		Aspectos de la autopercepción de la discapacidad multisensorial	
			Antes de la RV	Después de la RV	Antes de la RV	Después de la RV	Antes de la RV	Después de la RV
1	F	66	BAJO	ALTO	MODERADA	LEVE	- Físico: 86% - Emocional: 72% - Funcional: 100%	- Físico: 36% - Emocional: 11% - Funcional: 39%
2	F	68	BAJO	ALTO	SEVERA	LEVE	- Físico: 86% - Emocional: 67% - Funcional: 94%	- Físico: 21% - Emocional: 17% - Funcional: 28%
3	F	72	BAJO	ALTO	SEVERA	LEVE	- Físico: 79% - Emocional: 28% - Funcional: 72%	- Físico: 7% - Emocional: 0% - Funcional: 11%
4	F	76	BAJO	ALTO	SEVERA	LEVE	- Físico: 71% - Emocional: 67% - Funcional: 67%	- Físico: 29% - Emocional: 0% - Funcional: 22%
5	M	69	BAJO	ALTO	SEVERA	LEVE	- Físico: 71% - Emocional: 39% - Funcional: 83%	- Físico: 21% - Emocional: 11% - Funcional: 28%
6	F	71	BAJO	ALTO	SEVERA	LEVE	- Físico: 86% - Emocional: 56% - Funcional: 94%	- Físico: 43% - Emocional: 17% - Funcional: 50%
7	M	65	BAJO	REGULAR	SEVERA	MODERADA	- Físico: 100% - Emocional: 56% - Funcional: 100%	- Físico: 57% - Emocional: 17% - Funcional: 83%
8	F	73	BAJO	ALTO	MODERADA	LEVE	- Físico: 93% - Emocional: 33% - Funcional: 89%	- Físico: 36% - Emocional: 0% - Funcional: 39%
9	M	81	BAJO	REGULAR	SEVERA	MODERADA	- Físico: 93% - Emocional: 78% - Funcional: 100%	- Físico: 36% - Emocional: 0% - Funcional: 39%
10	M	65	BAJO	ALTO	SEVERA	LEVE	- Físico: 86% - Emocional: 56% - Funcional: 83%	- Físico: 43% - Emocional: 17% - Funcional: 33%
11	F	66	BAJO	ALTO	MODERADA	LEVE	- Físico: 93% - Emocional: 44% - Funcional: 94%	- Físico: 36% - Emocional: 6% - Funcional: 28%

12	F	77	BAJO	REGULAR	SEVERA	MODERADA	- Físico: 93% - Emocional: 56% - Funcional: 83%	- Físico: 50% - Emocional: 28% - Funcional: 50%
13	F	69	BAJO	ALTO	SEVERA	LEVE	- Físico: 100% - Emocional: 50% - Funcional: 94%	- Físico: 29% - Emocional: 6% - Funcional: 33%
14	M	70	BAJO	ALTO	SEVERA	LEVE	- Físico: 100% - Emocional: 67% - Funcional: 83%	- Físico: 36% - Emocional: 17% - Funcional: 50%
15	F	84	BAJO	REGULAR	SEVERA	MODERADA	- Físico: 86% - Emocional: 44% - Funcional: 83%	- Físico: 21% - Emocional: 0% - Funcional: 28%
16	M	68	BAJO	ALTO	SEVERA	LEVE	- Físico: 93% - Emocional: 94% - Funcional: 83%	- Físico: 14% - Emocional: 17% - Funcional: 39%
17	F	71	BAJO	ALTO	SEVERA	LEVE	- Físico: 71% - Emocional: 67% - Funcional: 89%	- Físico: 29% - Emocional: 6% - Funcional: 11%
18	M	73	BAJO	ALTO	SEVERA	LEVE	- Físico: 100% - Emocional: 61% - Funcional: 88%	- Físico: 21% - Emocional: 33% - Funcional: 33%
19	F	65	BAJO	ALTO	SEVERA	LEVE	- Físico: 93% - Emocional: 88% - Funcional: 83%	- Físico: 42% - Emocional: 6% - Funcional: 33%
20	F	76	BAJO	ALTO	SEVERA	LEVE	- Físico: 86% - Emocional: 72% - Funcional: 94%	- Físico: 29% - Emocional: 11% - Funcional: 39%
21	F	70	BAJO	ALTO	SEVERA	LEVE	- Físico: 86% - Emocional: 50% - Funcional: 100%	- Físico: 0% - Emocional: 0% - Funcional: 11%
22	M	68	BAJO	ALTO	SEVERA	LEVE	- Físico: 71% - Emocional: 50% - Funcional: 88%	- Físico: 29% - Emocional: 11% - Funcional: 28%
23	F	67	BAJO	ALTO	SEVERA	LEVE	- Físico: 93% - Emocional: 66% - Funcional: 94%	- Físico: 29% - Emocional: 6% - Funcional: 33%
24	F	68	BAJO	ALTO	SEVERA	LEVE	- Físico: 79% - Emocional: 50% - Funcional: 83%	- Físico: 21% - Emocional: 11% - Funcional: 22%

Planilla de volcado de datos de la escala ABC

Antes de la Rehabilitación Vestibular

REFERENCIAS: P: (PREGUNTA)

Paciente	Sexo	Edad	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16
1	F	66	70	0	20	100	20	0	30	40	50	0	0	0	0	20	0	30
2	F	68	60	10	10	70	20	0	20	30	40	10	0	0	0	10	0	40
3	F	72	50	20	10	80	10	10	20	50	40	10	10	0	0	30	10	20
4	F	76	70	20	10	80	20	10	20	70	40	10	10	10	0	30	10	30
5	M	69	60	10	20	90	10	0	10	40	40	10	10	10	0	20	0	20
6	F	71	70	0	0	70	20	0	10	20	20	10	20	10	10	30	10	0
7	M	65	50	10	0	90	10	0	20	50	40	10	10	0	0	20	0	30
8	F	73	80	10	10	90	20	0	20	40	50	10	10	10	0	30	0	20
9	M	81	70	10	0	70	20	0	10	20	40	0	0	0	0	10	0	10
10	M	65	70	10	0	50	10	0	0	10	20	0	10	10	0	30	10	10
11	F	66	70	10	0	70	10	0	20	40	40	0	0	10	0	30	10	20
12	F	77	70	0	20	80	0	10	20	40	30	0	10	0	0	30	0	10
13	F	69	50	10	10	70	10	0	0	20	30	0	10	10	0	10	0	10
14	M	70	80	10	20	80	20	0	30	40	50	10	10	10	0	30	10	20
15	F	84	60	0	10	100	10	0	0	20	30	0	10	10	0	10	0	10
16	M	68	60	10	10	70	20	10	10	10	20	0	10	0	0	10	0	10
17	F	71	80	0	20	90	10	0	20	40	40	10	0	0	0	20	0	20
18	M	73	60	10	0	70	0	0	20	30	40	30	40	20	10	40	10	10
19	F	65	80	0	10	100	0	0	30	40	40	20	20	20	10	30	0	20
20	F	76	70	0	10	80	10	0	20	40	30	0	0	0	0	30	0	20
21	F	70	90	10	40	100	10	10	40	70	60	20	10	10	0	20	10	20
22	M	68	80	10	20	80	0	0	20	70	70	10	10	10	30	30	10	10
23	F	67	70	10	20	100	20	10	40	70	60	20	10	0	0	40	0	20
24	F	68	90	10	20	80	0	10	40	50	70	10	0	10	0	30	10	10

Después de la Rehabilitación Vestibular

REFERENCIAS: P: (PREGUNTA)

Paciente	Sexo	Edad	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16
1	F	66	100	50	70	100	70	50	90	100	100	70	50	50	50	90	70	90
2	F	68	100	90	80	100	80	60	70	90	90	70	50	40	40	70	50	90
3	F	72	90	70	60	100	80	50	70	100	90	70	70	60	50	90	70	80
4	F	76	100	70	60	100	80	50	80	100	90	70	60	70	60	90	70	90
5	M	69	100	70	80	100	80	60	70	100	90	60	70	50	50	90	50	80
6	F	71	100	70	60	100	80	60	70	70	80	70	70	70	70	90	60	50
7	M	65	100	60	50	100	60	50	80	100	90	70	60	60	50	80	60	90
8	F	73	100	70	70	100	80	50	80	90	90	60	70	70	50	90	50	70
9	M	81	90	60	50	100	70	50	70	70	80	60	70	60	40	60	50	60
10	M	65	100	70	60	100	70	50	50	70	80	60	70	70	50	70	80	70
11	F	66	100	70	50	100	70	50	80	90	90	70	50	70	50	90	70	70
12	F	77	100	50	70	100	90	60	80	100	90	50	70	60	50	100	60	60
13	F	69	100	70	70	100	70	50	60	80	80	60	70	70	50	70	50	70
14	M	70	100	60	60	100	80	50	90	90	100	70	60	70	60	80	70	80
15	F	84	100	50	60	100	70	50	50	70	80	50	60	70	50	70	50	70
16	M	68	100	70	70	100	80	60	70	70	80	50	60	70	50	70	50	70
17	F	71	100	70	70	100	70	50	70	80	80	60	70	70	50	70	60	70
18	M	73	100	70	60	100	60	50	70	80	90	80	90	70	50	80	60	70
19	F	65	100	60	70	100	50	50	70	90	80	70	70	80	60	80	50	70
20	F	76	100	60	70	100	70	50	90	100	90	70	60	50	50	90	70	80
21	F	70	100	70	90	100	70	70	90	100	100	70	70	70	50	90	70	90
22	M	68	100	70	80	100	70	50	80	100	100	70	60	70	70	90	70	80
23	F	67	100	60	70	100	70	60	90	100	100	70	70	50	50	90	70	90
24	F	68	100	60	70	100	80	70	90	100	100	70	50	50	50	90	70	90

Planilla de volcado de datos del cuestionario DHI

Antes de la Rehabilitación Vestibular

REFERENCIAS: **S:** (SI) - **N:** (NO) - **A:** (A VECES) - **P:** (PREGUNTA)

Paciente	Sexo	Edad	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25
1	F	66	S	S	N	S	A	N	A	N	A	N	N	A	N	A	N	S	A	A	S	S	S	A	A	S	A
2	F	68	S	S	A	S	S	A	S	S	S	A	A	A	S	S	A	A	S	S	S	S	S	S	S	S	S
3	F	72	S	S	A	S	S	A	S	N	A	N	A	S	A	A	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	A
4	F	76	S	S	A	S	S	S	S	A	A	N	N	A	A	N	N	S	S	S	A	S	S	S	A	S	S
5	M	69	S	S	S	S	S	A	S	S	S	S	N	A	S	S	A	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
6	F	71	S	S	A	S	S	A	S	A	A	N	A	S	A	A	A	S	S	S	A	S	S	S	A	S	A
7	M	65	S	S	S	S	S	S	S	A	S	A	N	A	S	A	A	A	S	S	S	S	S	S	S	S	S
8	F	73	S	A	S	S	A	N	S	A	S	A	N	S	A	N	N	A	S	A	A	A	S	A	A	S	A
9	M	81	S	S	A	S	S	A	S	A	A	N	N	S	S	A	A	S	S	S	A	S	S	S	S	S	S
10	M	65	S	S	S	S	S	A	S	A	A	N	N	A	S	A	A	A	S	S	S	S	S	S	A	S	S
11	F	66	S	A	A	S	A	A	A	N	A	N	N	S	A	N	A	S	A	S	A	S	S	S	A	S	A
12	F	77	S	S	S	S	S	A	S	A	A	A	A	S	A	N	A	S	A	S	A	S	S	S	A	S	S
13	F	69	S	S	S	S	S	S	S	A	A	N	N	A	S	A	A	S	A	S	S	S	S	S	S	S	S
14	M	70	S	S	A	S	S	A	S	N	A	N	N	A	S	A	A	S	S	S	A	S	S	S	A	S	A
15	F	84	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	N	A	A	S	S	A	S	S	S	S	S	N
16	M	68	S	S	A	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	A	S	S	A	S	S	A	A	S	S
17	F	71	S	S	N	S	S	N	S	S	S	A	A	A	S	S	A	S	A	S	S	S	S	S	A	S	S
18	M	73	S	S	S	S	S	S	S	A	S	A	A	A	S	A	A	A	S	S	A	S	S	S	S	S	A
19	F	65	S	S	S	S	S	A	S	S	S	S	S	A	A	S	S	S	S	S	A	S	S	S	A	S	A
20	F	76	S	S	A	S	S	A	S	S	S	A	N	A	S	S	A	S	S	S	S	S	S	S	S	S	A
21	F	70	S	S	A	S	S	A	S	A	A	A	N	A	S	A	A	A	S	S	S	S	S	S	S	S	S
22	M	68	S	S	A	S	S	A	N	S	A	N	N	A	S	A	A	A	S	S	A	S	S	S	S	S	A
23	F	67	S	S	S	S	S	A	S	S	S	A	N	S	A	A	A	S	S	S	A	S	S	S	S	S	S
24	F	68	S	A	A	S	S	A	S	A	A	N	N	S	S	A	A	A	S	S	A	S	S	S	A	S	A

Después de la Rehabilitación Vestibular

REFERENCIAS: S: (SI) - N: (NO) - A: (A VECES) - P: (PREGUNTA)

Paciente	Sexo	Edad	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25
1	F	66	N	A	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	A	N	N	A	N
2	F	68	A	A	N	A	N	A	A	N	A	N	N	N	A	N	N	N	A	A	A	N	N	A	A	A	A
3	F	72	N	A	N	N	A	N	A	N	A	N	N	A	A	N	N	N	A	N	N	A	A	A	N	A	N
4	F	76	A	A	N	A	A	N	A	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	A	N	A	A	A	A	A	A
5	M	69	A	N	A	A	A	N	A	N	N	N	N	N	N	N	N	N	A	A	A	N	A	A	N	S	N
6	F	71	A	A	N	A	A	A	A	A	N	N	N	A	N	N	N	A	N	A	A	A	A	A	N	A	N
7	M	65	A	A	A	A	A	A	S	A	A	A	N	N	N	N	N	N	S	A	S	A	S	S	A	S	S
8	F	73	A	N	A	N	A	N	A	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	A	S	N	N	A	N
9	M	81	A	A	A	A	A	N	A	A	N	N	N	A	A	N	N	N	N	A	N	A	S	A	A	S	A
10	M	65	N	A	A	A	A	N	A	N	N	N	N	N	A	N	N	N	A	N	N	N	S	A	N	A	N
11	F	66	N	A	N	A	N	A	N	N	A	N	N	A	N	N	N	N	A	A	N	N	N	A	N	A	A
12	F	77	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	N	A	N	A	N	A	A	A	A	S	A	A	A	N
13	F	69	N	N	A	A	A	N	A	N	N	N	N	N	A	N	N	N	N	A	A	N	S	A	N	A	N
14	M	70	N	N	N	A	A	N	A	N	N	N	N	N	N	N	N	N	A	A	N	N	S	N	N	A	N
15	F	84	A	A	N	A	A	N	A	N	A	N	N	A	A	N	N	N	S	A	A	A	A	A	A	A	N
16	M	68	N	N	N	N	A	N	A	N	A	N	N	A	A	N	N	N	A	A	N	A	S	A	A	N	N
17	F	71	A	N	N	A	A	N	A	N	A	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	A	N	N	A	N
18	M	73	N	A	N	A	A	N	N	A	A	A	A	N	A	N	A	N	N	A	A	A	A	A	N	A	N
19	F	65	A	A	A	A	A	N	A	N	N	N	N	N	A	N	N	N	A	A	N	N	S	N	N	S	N
20	F	76	A	A	N	A	N	N	A	N	A	N	N	N	A	N	N	N	A	A	A	N	A	A	A	A	N
21	F	70	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	A	N	N	A	N
22	M	68	A	N	N	A	A	N	A	A	N	N	N	N	A	N	N	N	A	A	N	N	A	A	N	A	N
23	F	67	A	A	A	N	A	N	N	N	A	N	N	N	N	N	N	N	A	A	N	N	A	A	N	A	A
24	F	68	N	N	N	A	A	N	A	N	N	N	N	A	A	N	N	N	A	A	N	N	N	A	N	A	N

ANEXO IV

Protocolo de COVID-19 (aislamiento social preventivo y obligatorio)

INDICACIONES PARA PROFESIONALES MÉDICOS QUE CONCURRAN A LOS CONSULTORIOS



- ✓ Solamente podrán atenderse pacientes que tengan el turno previamente asignado.
- ✓ Los pacientes no podrán concurrir acompañados.
- ✓ Los pacientes deberán ingresar al consultorio con el tapaboca.
- ✓ Rogamos puntualidad en el inicio de las consultas.
- ✓ Será obligatorio el conocimiento de protocolos para aislamiento de pacientes sospechosos.
- ✓ El horario de atención no podrá extenderse de las 17 hs.
- ✓ Los turnos podrán asignarse correlativamente en tiempos no menores a 30 minutos.
- ✓ Instruya a su secretaria en la asignación del turno: si el paciente presenta síntomas como, fiebre, tos, dolor de garganta, malestar general, diarrea o tuvo contacto estrecho con un paciente con coronavirus, o viene de una zona donde el virus tiene circulación comunitaria, por favor **NO CONCURRA A LA CLÍNICA - LLAME AL 107**

RECOMENDACIONES COVID 19



En virtud de la pandemia de Coronavirus, el Comité de Seguridad del Paciente de Clínica Pergamino, ha elaborado las siguientes recomendaciones:

- ✓ Los turnos deben ser otorgados telefónicamente con intervalos de tiempo que eviten la aglomeración.
- ✓ Indagar los contactos familiares del paciente, las ocupaciones de éstos y si realizan viajes fuera de la ciudad (para considerar algún tipo de nexo epidemiológico de riesgo).
- ✓ Las personas que puedan movilizarse por sus propios medios deberán asistir a La Clínica sin acompañantes.
- ✓ Cumplir los horarios pautados en cada turno.
- ✓ Los pacientes deberán presentarse con tapaboca.
- ✓ Facilitar el lavado de manos al ingresar al Servicio.
- ✓ Respetar el distanciamiento social, dejando por lo menos un metro entre una persona y otra.

RECOMENDACIONES COVID 19



En virtud de la pandemia, el Comité de Seguridad del Paciente de Clínica Pergamino ha elaborado la siguiente normativa:

- ✓ Es obligatorio el uso de tapaboca durante toda la internación: en cualquier área de la Clínica, incluso dentro de la habitación. Decreto N°1284 Municipalidad de Pergamino.
- ✓ Lavarse las manos frecuentemente: la habitación cuenta con dispenser de alcohol en gel, como así también las áreas de circulación.
- ✓ El paciente sólo puede ser acompañado por un familiar.
- ✓ Respete la distancia social, aguardando por lo menos un metro de distancia.
- ✓ Se ruega cumplimentar los recaudos.