



ARTÍCULO ORIGINAL

Procedimientos generales para la entrega de recursos a pacientes incontinentes y postrados, una imperiosa apreciación

General procedures for the delivery of resources to incontinent and prostrate patients, an imperative support

Pedro Luis Reyes Álvarez ¹

¹ Médico. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Diplomado en Geriátría y Gerontología. Policlínico Universitario Hermanos Cruz. Pinar del Río. Cuba. perucho@infomed.sld.cu

Recibido: 27 de abril de 2017
Aprobado: 17 de agosto de 2017

RESUMEN

Introducción: el incremento acelerado del envejecimiento de la población cubana y la voluntad política del Estado de su atención principalmente en la protección a los grupos más vulnerables, constituye uno de los baluartes para la Asistencia Social de la salud pública cubana junto a otros sectores de la economía del país.

Objetivo: analizar los procedimientos generales para la entrega de recursos a pacientes incontinentes y postrados establecidos para las prestaciones a grupos vulnerables de los adultos mayores en la atención primaria de salud.

Método: se realiza una descripción parcial del documento para la comprensión de los conceptos y se compare con los términos de uso actual a nivel mundial, a partir de la instrucción conjunta Minsap-Comercio Interior 03/93/PI, mediante el método inductivo deductivo consensuar para a partir de la creación de un equipo de las autoridades competentes, se disponga de una nueva clasificación desde una visión más científica, se revise el marco legal que facilite estandarizar una nueva clasificación para el desarrollo de un mejor y más justo trabajo en beneficio de los adultos mayores necesitados de las ayudas establecidas en el país.

Conclusiones: se ofrecen nuevos conceptos y propuestas que podrían facilitar una identificación de los pacientes tributarios a esas prestaciones y una distribución con base científica y más equidad en la entrega de los recursos asignados a los individuos con

vulnerabilidad comprobada, perfeccionando de esta forma el trabajo a nivel comunitario con eficiencia en el uso de los recursos destinados para esas protecciones.

DeCS: GERIATRÍA;
ANCIANO; ENVEJECIMIENTO DE LA
POBLACIÓN; CUIDADOR FAMILIAR;
ANCIANO FRÁGIL.

the delivery of the resources assigned to individuals with proven vulnerability, thus improving the work to the level of community when the resources intended for their protection are used.

DeCS: GERIATRICS; AGED;
DEMOGRAPHIC AGING; CAREGIVER;
FRAIL ELDERLY.

ABSTRACT

Introduction: the accelerated increase of aging in Cuban population and the political will of the state aimed mainly at the care and protection of the most vulnerable groups constitutes one of the bastions for the Social Assistance of the Cuban Public Health System together with other sectors of the country's economy.

Objective: to analyze the general procedures to deliver the resources for the patients suffering from incontinence and who are prostrated establishing the benefits for this vulnerable group of old-aged people in primary health care.

Method: a partial description of the document is made for the understanding of concepts and to set up a comparison with the current terms of use worldwide, based on the regulation of Minsap-Internal Trade (03/93/PI), reaching to a consensus by means of the inductive deductive method, considering the basis of the creation of a team of competent authorities, a new classification is available from a more scientific perspective, the legal framework that facilitates the standardization of a new classification for the development of a better and more equity work for the benefit of the old people in need of the established aid all over the country.

Conclusions: new concepts and proposals are offered that could facilitate an identification of patients subordinated to these benefits, providing a scientifically based distribution and more equitable in

INTRODUCCIÓN

El incremento acelerado del envejecimiento de la población cubana y la voluntad política del Estado de su atención principalmente en la protección a los grupos más vulnerables, constituye uno de los baluartes para la Asistencia Social de la salud pública cubana junto a otros sectores de la economía del país.¹

La atención relacionada con el adulto mayor a través del programa de salud en coordinaciones con la asistencia social de la dirección de trabajo y seguridad social y comercio interior requieren de conceptos y términos que definen sus funciones y evolucionan para mejorar su desempeño de manera que faciliten el trabajo y el modo de clasificar a sus beneficiarios.^{2,3}

Mediante un enfoque que debe evolucionar en concordancia con el movimiento de los indicadores de envejecimiento, se adoptan medidas convenientes, en este caso como siempre lo ha sido en ese programa, para tratar de mejorar la atención relacionada con el adulto mayor mediante proyecciones actualizadas de futuro. De esa manera se han emitido por las autoridades correspondientes documentos que rigen la encomiable labor de los trabajadores sociales en la atención a las personas mayores, en especial desde la atención primaria de salud.³

Una de las consecuencias más importantes del proceso de envejecimiento es la necesidad cada vez más creciente de apoyo para la atención a las personas de mayor

vulnerabilidad y entre estas, las de más dependencia en las actividades básicas de su vida diaria enfocadas desde su validismo.⁴

En el proceso de envejecimiento y según la trayectoria de vida de cada individuo podrán aparecer alguna enfermedad o condición patológica que, por supuesto pueda interferir con el proceso natural de envejecimiento, resultando en un envejecimiento no saludable. Las enfermedades invalidantes, especialmente las mentales han llegado a ser consideradas una epidemia de la vejez, podemos considerar a estas enfermedades como grandes colaboradoras en la producción de deterioro durante el proceso natural de envejecimiento.⁵

Como las enfermedades alteran el curso del envejecimiento saludable, produciendo un envejecimiento patológico, podemos expresar que la falta de movimiento altera el curso de una enfermedad por tanto tiene relación directa con el curso del envejecimiento patológico que depende de esa enfermedad.

Estas circunstancias plantean un reto al que tiene que adaptarse nuestro el sistema de salud de cualquier país, para brindar respuesta a las necesidades de cuidados y atención a las personas con algún grado de dependencia. Considerando que el cuidado familiar continuará teniendo una presencia importante en la sociedad y en la cubana más con un índice de envejecimiento del 19,8 %.⁶

Es necesario ofrecer herramientas a los profesionales para que identifiquen la realidad de las personas que son cuidadas en el medio familiar y puedan abordar su problemática específica, ofreciendo el soporte asistencial necesario generalmente establecido en los programas de salud, para minimizar los efectos negativos y asegurar su permanencia en el domicilio con las mejores condiciones de vida para él, su familia y la sociedad.

Valorando estos aspectos y la imprescindible necesidad de un consenso en la actualización sobre temas tan importantes, el autor considera proponer

una apreciación sobre la clasificación por la cual se rigen los trabajadores sociales en la atención primaria de salud usando el concepto de inmovilidad y postración, términos que se siguen usando en nuestro sector cuando en recientes publicaciones se insiste en su eliminación con sobrados argumentos ,para que, en el marco legal que corresponda, se facilite una aplicación con más equidad de los procedimientos según la nueva clasificación, esta consiste en describir la dismovilidad que consta de cinco etapas dentro de ellas las tres etapas del encamamiento⁷, muy útil para decidir la asignación de los recursos para los necesitados incluidos en la instrucción conjunta Minsap-Comercio Interior. Se propone como objetivo analizar los procedimientos generales para la entrega de recursos a pacientes incontinentes y postrados que establece la instrucción conjunta Minsap-Comercio Interior.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo con el uso de métodos teóricos como el Histórico Lógico que permitió acceder a las normas legales para la entrega de prestaciones a partir de la instrucción conjunta Minsap-Comercio Interior 03/93/PI, del 1 de septiembre de 1993 ^{2, 3}; el de Inducción-Deducción, para la búsqueda de los requerimientos para la identificación de los grupos vulnerables y el análisis relacionado con la interpretación de lo establecido sobre el tema abordado, por los prestadores de la asistencia social de la atención primaria de salud vigente para su aplicación para la entrega de los recursos previstos; y entre los empíricos, la experiencia acumulada por el autor por más de 20 años de labor en la atención geriátrica, y la revisión documental sobre el problema de investigación planteado con una búsqueda de la nueva terminología sugerente como más apropiada en concordancia para facilitar la identificación de pacientes tributarios a esas protecciones, y una distribución con base científica con mayor equidad de los

recursos asignados perfeccionando el trabajo a nivel comunitario.

RESULTADOS

Una descripción textual de los procedimientos generales del Minsap para la entrega de recursos a pacientes incontinentes y postrados con fecha 31 de octubre de 2013 sería extensa, pero necesaria para permitir una mejor comprensión del análisis del tema, por lo que se adecuará su redacción a lo imprescindible para la comprensión del problema escogido.

El 19 de julio de 1993 se aprueba la instrucción conjunta Minsap-Comercio Interior 03/93/PI, y puesta en vigor el 1 de septiembre, que establece el "Procedimiento para la venta de recursos a personas postradas, incontinentes y encamados"^{2,3} actualmente vigente y como parte de la estrategia para hacer cumplir esos procedimientos se establece la entrega de recursos por las instituciones de salud.

Una persona incontinente se considera cuando tiene alguna condición de salud que le impide regular el esfínter anal y vesical (salida involuntaria de orina y heces).⁸

Se considera encamada a toda persona cuando tiene una condición de salud que le provoca inmovilidad parcial o total y una dependencia moderada para las actividades de la vida, (en ocasiones puede comer, beber, manejar la silla de ruedas, trasladarse, entre otros), esa definición solo considera como ejemplo actividades instrumentadas de la vida diaria. Una persona es postrada cuando el tiempo de permanencia y la carga de los cuidados son prolongados y requiere de apoyo, guía y supervisión permanente de las actividades de la vida diaria, es uno de los estados de salud que más dependencia genera.

En el documento se describe el procedimiento para la asignación de los recursos, en el acápite de los códigos relacionados con las patologías se utiliza el término postrado crónico sin conceptualizar el mismo o especificar cuántos tipos de postrados hay.

Los términos conceptualizados en el documento constituyen síndromes geriátricos bien establecidos y descritos en la literatura, en este caso relacionados directamente con el síndrome de inmovilidad.

El síndrome de inmovilidad se define como el descenso de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. Se caracteriza por una reducción de la tolerancia a la actividad física que provoca debilidad muscular generalizada y, en casos graves, pérdida de automatismos y reflejos posturales. El grado de afectación, evolución y pronóstico dependen del estado basal, las causas desencadenantes, la actitud del paciente y su interacción con el entorno.⁷

DISCUSIÓN

Al analizar el documento en el aspecto sobre la definición del término incontinencia no se hace referencia al tipo, en el caso de la urinaria, se pudiera inferir que se trate de la incontinencia permanente que por lo general es crónica, es la que no se relaciona con enfermedades agudas, requiere investigación y puede ser reversible con diagnóstico y tratamiento adecuados por lo que requiere de un seguimiento estable.

La asociación de la doble incontinencia es frecuente, es hasta 12 veces más habitual que la incontinencia fecal aislada debido a factores favorecedores comunes, como la inmovilidad, el deterioro cognitivo, las lesiones neurológicas periféricas o el estreñimiento crónico.⁸

El término encamado no queda claramente definido y pudiera presta confusión pues en una de sus partes dice que: "la condición de salud puede provocar inmovilidad parcial o total...", cuestión esta que se confunde con lo definido como postrado, diferenciada solo en los términos de su prolongación en el tiempo.

Es de vital importancia aclarar que "postrado" no es un término médico y la tendencia internacional es abolir dicha terminología. El término "postración" se origina en la sustantivación del verbo "postrarse" que significa literalmente "arrodillarse", "encucillarse", "hincarse". Es un arcaísmo de origen latino, utilizado con diversos fines (se "postró" en adoración a su Dios; solicitó clemencia postrándose ante Su Majestad, etc.), que por lo general tienen en común la humillación voluntaria (y ganancial) de quien lo utiliza. Se acepta la acepción "enflaquecer, debilitar, quitar el vigor y fuerzas".^{9, 10}

Su uso en salud surge asociado a enfermedades agudas (infecciones o «pestes», caídas de altura, accidentes laborales, deportivos y de guerra) cuyas complicaciones llevaban a los pacientes a gran debilidad y a la flexión involuntaria del miembro inferior. Esto es equívoco e inexacto, puesto que la flexión de rodillas se encuentra ausente en una gran cantidad de pacientes considerados "postrados".

Por otra parte, debido quizá al origen y terminalidad de la mayoría de los casos, la condición de «postrado» adquirió una connotación peyorativa (origen en el occidente teocéntrico: «castigo divino», «pide perdón en vida».) ¿A partir de cuándo un individuo debe considerarse «postrado»? ¿Existen diferencias entre distintos "niveles" de «postración»? ¿Qué siente un familiar cuando se le informa que su madre quedará «postrada»?

Los conceptos que se describen en el documento son aplicados por personal no médico, lo que da lugar a la interpretación personal, esto deja una brecha muy amplia para emitir criterios que pueden ser diferentes de acuerdo a la opinión individual sin un basamento científico que en un momento determinado pueden no

ser adecuados al momento de asignar los beneficios a los necesitados.

Para entender mejor la nueva clasificación que se propone hay que aclarar que en los textos revisados se propone emplear el término "dismovilidad" como término más adecuado en vez de inmovilidad considerando que la verdadera inmovilidad en el universo físico no existe, pues una persona, aunque esté en cama bajo cualquier limitación permanece con movilidad respiratoria, ocular, cardiorrespiratoria, etc., por lo que se prefiere el término dismovilidad incorrectamente.

La dismovilidad, fue definida como "la molestia, dificultad y/o imposibilidad para movilizar parte del cuerpo y/o trasladarse, secundaria a situaciones de origen biológico, mental, social, espiritual y/o funcional; que afecta la calidad de vida y/o que tiene riesgo de progresión". A su vez, "molesta" es aquella movilidad que permite lograr lo deseado sin alterar el curso físico normal del movimiento ("arco del movimiento") y "dificultosa" aquella movilidad que permite lograr lo deseado pero que altera para ello el curso físico normal del movimiento.^{5, 10}

Esta definición se complementa a su vez con un método diagnóstico triaxial. El primer eje corresponde a la forma de instalación, según la cual la dismovilidad puede ser aguda o larvada. Esto permitió diferenciar etiologías, evolución, pronóstico y tratamientos diferentes en uno y otro caso, lo que significa que estamos frente a dos síndromes distintos: dismovilidad aguda y dismovilidad larvada.

El segundo eje corresponde al tiempo de evolución, según lo cual la dismovilidad puede ser reciente o antigua. Se define como reciente aquella dismovilidad con evolución de hasta un año; y antigua aquella con más de un año de evolución. El tercer eje es la etapificación de la dismovilidad (ETADI), un sistema dinámico que caracteriza tres tipos básicos de movilidad (pedestación, sedestación y encaminamiento), que consta de cinco etapas con dos sub etapas cada una.

De este modo, se tiene: ETAPA 1: paciente con vida de pedestación. ETAPA 2: paciente con vida sedente. ETAPAS 3, 4 y 5: son las etapas de encamamiento que se presentan en el cuadro. Conformándose así la etapificación de la dismovilidad (ETADI).^{5, 10}

Se propone utilizar para la clasificación de los pacientes (cuadro 1) de acuerdo al grado de inmovilidad y que se establezca a partir de en cuál etapa se cumplen los requisitos para la asignación de los beneficios (recursos) que se les otorgaran a los adultos mayores identificados como necesitados.

Cuadro 1. Etapas de la dismovilidad en adultos mayores.

	1	2	3	4	5	
	Permanece la mayor parte del día de pie. (P ero con algún grado de molestias, dificultad o imposibilidad en la movilidad y/o traslado)	Permanece la mayor parte del día sentado.	Permanece la mayor parte del día con capacidad de levantarse o incorporarse	con capacidad de movilizarse en la cama	Sin capacidad de movimiento en la cama.	
SUBETAPAS	A	Camina sin ayuda	Se sienta y se incorpora solo	Puede salir de la cama solo o con ayuda	Puede movilizar extremidades superiores e inferiores y/o puede realizar giros sin ayuda	Puede expresarse y darse a entender
	B	Camina con ayuda (Técnica o de terceros. Incluye caminar apoyándose de muebles o paredes)	Deben sentarlo y/o incorporarlo	No puede salir de la cama, pero puede incorporarse y sentarse al borde de ella	Puede movilizar extremidades superiores o inferiores. Necesita ayuda para realizar giro	No puede expresarse, no puede darse a entender

Descripción para la interpretación de cada etapa de la dismovilidad.

Para determinar las etapas se debe comenzar con la definición del nivel de alteración que presenta el paciente. Esto se debe establecer en base a la observación clínica, a los datos aportados por los cuidadores, redes sociales de apoyo o por el propio paciente.

Si no está bien esclarecida la situación, se sugiere calcular aritméticamente la cantidad de horas que éste permanece de pie, sentado o acostado, considerándose como normal el tiempo que el paciente permanece en cama durante el sueño nocturno. Habitualmente, no obstante,

basta con preguntar al cuidador o al paciente mismo si ¿pasa la mayor parte del día de pie, o la mayor parte del día sentado, o acostado? Eso permite establecer con facilidad si el paciente se encuentra en etapa 1, 2 o en las subetapas del encamamiento.

Las etapas descritas se refieren a las alteraciones en la capacidad de trasladarse, sin que necesariamente exista una alteración de la motricidad. Así, por ejemplo, pueden ser catalogadas como portadoras de dismovilidad todas las personas aparentemente normales que llevan una vida de predominio sedente (choferes, secretarias, programadores informáticos, y otras), lo que permite asumir la existencia de condiciones mejorables bajo la forma de un diagnóstico médico, y a su vez la intervención terapéutica y/o preventiva.

Si bien es cierto que pueden encontrarse muchas subetapas intermedias, para facilitar el manejo se prefirió enfatizar las descritas. Como muestra, se puede decir que los pacientes en etapa sedente podrán dividirse en aquellos que pueden sedestar sin apoyo de espalda, brazos ni pies y en aquellos que necesitan apoyar los pies; la espalda; los brazos; y los que pueden permanecer sentados sólo en un sillón. Es pertinente destacar que aquel paciente que puede permanecer en posición sedente, pero en la cama, debe ser considerado en etapa de encamamiento.

La determinación de la etapa en que se encuentra el paciente debe hacerse en base a su vida habitual, no en base a lo que es o sería capaz de hacer. Por ejemplo, un paciente portador de una hemiparesia braquiocrural izquierda que debido a ella pasa la mayor parte del día en cama, aun pudiendo caminar con cierta dificultad, se encuentra en subetapa 3-A, no en 1-B.

En las etapas propuestas se hacen patentes dos momentos de quiebre: entre la etapa 1 y la etapa 2; y entre la etapa 2 y la 3; esto es, entre el paciente que tiene una vida de pedestación al que tiene una vida principalmente sedente, y entre el paciente que tiene una vida sedente al que tiene una vida de cama. Las etapas 3, 4 y 5

corresponden a sub-etapas del encamamiento.

Por lo tanto, debe ponerse especial énfasis en el manejo de los puntos de quiebre y las etapas B, para evitar la progresión e implementando manejo, procurando lograr la regresión a la etapa anterior. Se debe destacar que si el quiebre se produce en forma aguda, con una progresión en 72 horas o menos comprometiendo dos o más etapas, se debe considerar que se está ante una urgencia de tipo geriátrica.

En relación a la etapa 2, es interesante destacar que la progresión de la dismovilidad va afectando progresivamente la capacidad de sentarse en el siguiente orden: silla sin apoyabrazos, silla con apoyabrazos, sillón, silla de ruedas estándar, silla de ruedas neurológica. El permanecer sentado en la cama se considera como parte del encamamiento.

Subcriterios y concepto de estabilidad.

Los subcriterios de la etapificación propuestos permiten establecer el grado de estabilidad de cada paciente en esa etapa y, por lo mismo, permiten determinar cuál será el comportamiento de la dismovilidad y los objetivos del manejo. Salvo contados casos, la dismovilidad no regresa sola. En la práctica, en el anciano, esto constituye una verdadera excepción y, si se deja evolucionar, siempre progresará.

Sub-etapas A: etapas de estabilización mayor independencia

Sub-etapas B: etapas de transición mayor dependencia

De este modo, si bien es cierto que el diagnóstico de dismovilidad debe realizarse con total independencia del tiempo que el paciente lleve dismovilizado, inmediatamente después debe integrarse el factor tiempo al diagnóstico, incluido en el concepto de riesgo de progresión de la patología, que a su vez tiene implícito el concepto de forma de instalación de la misma, si aguda o larvada.^{10, 11}

Con este análisis y pensando siempre en mejorar la asistencia a las personas o adultos mayores, el autor cree que es conveniente para realizar un trabajo de calidad con la uniformidad requerida en el nivel primario de salud, y que deje poco margen a interpretaciones incorrectas al considerar si es factible o no la creación de un equipo que evalúe la propuesta y poner en marcha esta clasificación, esto sería un aspecto fundamental a tener en cuenta.

Debe ser responsabilidad de los médicos en las visitas domiciliarias determinar el nivel de atención que requiere el adulto mayor considerando las condiciones en que se encuentre al momento de la visita al aplicar la valoración geriátrica integral, así como de informar al adulto mayor y/o a su familiar, y/o cuidador el resultado de la valoración, tratamiento y recomendaciones según el plan de intervención y seguimiento.

Se requiere por tanto basar la asistencia en una correcta valoración geriátrica, trabajando en equipo que garantice la correcta atención en las diferentes etapas de la enfermedad teniendo siempre presente principios básicos como son: complejidad de los problemas, alta prevalencia de enfermedades, discapacidades y dependencias que en ocasiones pueden ser reversibles.

Por todo ello, debe quedar claro que el enfoque de la Geriátrica es integral, abarcando, además de los aspectos clínicos tradicionales (enfermedad), los funcionales, los físicos, los cognitivos, afectivos y sociales. Para lograr estos objetivos es imprescindible que la atención geriátrica sea multi e interdisciplinar, integrada por personal con formación específica en Geriátrica tales como médicos, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, psicólogos, y otros vinculados a este desempeño.

Esta clasificación permite por sobre todas las cosas, un diagnóstico más exacto, y un mejor soporte social con la mayor equidad posible en su otorgamiento junto al uso adecuado y racional de los recursos acorde con las estrategias actuales de las transformaciones de la salud pública

cubana en las adecuaciones al modelo económico del país en los gastos de la salud pública y entidades afines al tema tratado.

Es de vital importancia, primero llamar la atención de las autoridades de salud que corresponda para que decidan la evaluación y actualización del documento que se utiliza para otorgar la entrega de recursos, del análisis y discusión de la instrucción conjunta Minsap-Comercio Interior y modificar los términos empleados, como la palabra "postrado" que debe ser desterrada de la terminología médica y se emplee la de "encamamiento" en sus diferentes etapas según la nueva clasificación, establecer además a que pacientes de acuerdo a las diferentes etapas se le asignan los recursos disponibles.

Se concluye que para lograr los cambios a que se aspira es necesario por parte de las autoridades competentes crear un equipo multidisciplinario amparado por un marco legal que posibilite estandarizar la aplicación de dichos conceptos y generalizarlos a todo el país para facilitar el trabajo a los departamentos de asistencia social, bajo la misma instrucción conjunta.

Es propósito de este análisis colaborar en el perfeccionamiento del trabajo gerontológico y geriátrico desde una su perspectiva científica que permita la prestación de un servicio de calidad, el perfeccionamiento sistemático en la esfera de la Geriátrica, en uno de los países más envejecidos de América que cuenta con una voluntad política incondicional pero requeridos de estar preparados para asumir con eficiencia y equidad el reto que constituye el aumento de la esperanza de vida de la población cubana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro Iberoamericano para la Tercera Edad. Programa de Atención al Adulto Mayor en Cuba. Programa Integral de Atención al Adulto Mayor [Internet]. 2017 [citado 2017 nov 04]. Disponible en: <http://www.sld.cu/instituciones/gericuba/paamc/>

2. Aprueba el procedimiento para el otorgamiento de ingresos en casas de abuelos y hogares de ancianos. Legislación para el Sistema Nacional de Salud, Resolución Ministerial No 225/2014, (14 de mayo de 2014). Disponible en: <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=291>

3. Luengo Martínez CE, Araneda Pagliotti G., López Espinoza MA. Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrador. Index Enferm [Internet]. 2010 Mar [citado 2017 Nov 04]; 19(1): 14-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100003&lng=es.

4. Ministerio de Salud Pública. Programa de atención integral del médico y enfermera de la familia [en línea]. La Habana: Ciencias Médicas; 2011. [Citado: 2017 Nov 04]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/programa_med_enf_familia/programa_med_enf_completo.pdf

5. Bermejo Boixareu C, Rodríguez Salazar J. manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Madrid: Ed. IMC; 2013. [Citado: 2017 Nov 04]. Disponible en: http://genil.dipgra.es/portal_opencms/export/shared/Diputacion-de-Granada/Biblioteca/Manual-de-buena-practica-en-cuidados-a-las-personas-mayores.pdf

6. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2016 [Internet]. La Habana; 2017.[Citado: 2017 Nov 04]. Disponible en: [http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario Estad% C3% ADstico de Salud e 2016 edici% C3% B3n 2017.pdf](http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario%20Estad%C3%ADstico%20de%20Salud%20e%202016%20edici%C3%B3n%202017.pdf)

7. Dinamarca Montesinos JL. Dismovilidad. Red SSVQ. Hospital Geriátrico La Paz de la Tarde. Santiago de Chile. MINSAL Internet] 2015. Capítulo 1: 1-51 [Citado 20 de mayo de 2016]. [Disponible en: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/DISMOVILIDAD-MINSAL-2015.pdf>

8. Luengo Márquez C., Flores Ruano T. Juncos Martínez G. Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamento de la atención sanitaria a los mayores. Trastornos de la eliminación fecal en el anciano. 2016: 439-441.

9. Penny Montenegro E., Melgar Cuellar F. GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA para el médico internista. Bolivia: Editorial La Hoguera Investigación; 2012. [citado 2017 nov 2014]. Disponible en: https://www.smiba.org.ar/archivos/geriatria_gerontologia.pdf

10. Dinamarca JL. Dismovilidad en Geriatria: Una década definiendo un concepto clínico. Bol Hosp Viña del Mar [Internet]. 2012[citado 2017 Nov 04]; 68 (2): 159. Disponible en: http://fundacionlucassierra.cl/wp-content/files_mf/1409856405Boletin2Dismovilidad2012.pdf

11. Dinamarca Montesinos JL. Evaluación diagnóstica y abordaje terapéutico de la Dismovilidad. XVIII Congreso Nacional de Geriatria y Gerontología[Internet]. 2014[citado 2017 Nov 04]. Disponible en: http://compuerta.cl/geriatriacongreso2014/presentaciones/material/SCC/jueves/jue_08.pdf



Pedro Luis Reyes Álvarez: Médico. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Diplomado en Geriatria y Gerontología. Policlínico Universitario Hermanos Cruz. Pinar del Rio. Cuba. ***Si usted desea contactar con el autor de la investigación hágalo [aquí](#)***