

Protocolo de actuación en rehabilitación integral al adulto mayor en atención primaria de salud

Action protocol in integral rehabilitation to old people in primary health care

Dra. Marcia Ginarte Paul, Téc. Milagros Escalona, Téc. Karina Beltrán Matos

Policlínico Universitario Elpidio Berovides. La Lisa. La Habana. Cuba

RESUMEN

Los hallazgos en publicaciones referentes a la rehabilitación del paciente geriátrico provienen de artículos originales y revisiones sistemáticas, donde se abordan diferentes enfermedades que los afectan de manera operativa como parte del tratamiento general y sin integrar al adulto mayor como ser biopsicosocial. En Cuba no se identifican precedentes de protocolos o guías de actuación en rehabilitación de pacientes adultos mayores. El presente artículo intenta organizar la información disponible, basada en la evidencia, en un formato de protocolo de actuación, con recomendaciones ajustadas al contexto sanitario nacional. Se organizó un grupo de trabajo multidisciplinario, por perfiles especializados, con formato presentación de la información basada en el interés de los usuarios. No existió conflicto de intereses entre los participantes y tampoco con otros grupos de trabajo relacionados con el tema.

Palabras clave: rehabilitación geriátrica, protocolo, atención primaria de salud, adulto mayor.

ABSTRACT

The findings of publications related to the geriatric patient's rehabilitation are from original articles and systematic reviews, which approach an operational part of the different disease that they suffered, and not like a biological, psychological and

social people that they do. Therefore, protocols or practice guidelines in geriatric rehabilitation haven't been identified. This document could try to organize the available information based on the evidence in action protocol format, with recommendations to our health services. A multidisciplinary working group was organized by specialized profiles homogenizing the format of information based on user interest. There was no conflict of interest among participants and with other working groups related to the topic.

Key words: geriatric rehabilitation, protocol, primary health care, old people.

INTRODUCCIÓN

Se considera adulto mayor a las personas mayores de 60 años que viven en los países en vías de desarrollo y mayores de 65 años a los que viven en países desarrollados. La clasificación del envejecimiento según la Organización Panamericana para la Salud es la siguiente:

- Tercera edad: 60 años.
- Adulto mayor: más de 65 años.
- Cuarta edad: 80 años en adelante. ¹

El envejecimiento individual es el proceso de evolución irreversible que experimenta cada persona en el transcurso de su vida y se ha definido como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales, y bioquímicas, que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos. Se caracteriza por la pérdida progresiva de la capacidad de reserva del organismo ante los cambios. Es un proceso dinámico que se inicia en el momento del nacimiento y se desarrolla a lo largo de la vida. Los cambios observados en la manera de envejecer son también, en lo fundamental, resultado de factores psicosociales y no exclusivamente biológicos. ² Los factores de riesgo sociales que pueden repercutir de manera negativa en la capacidad funcional de los adultos mayores, se asocian a un incremento de la vulnerabilidad para que estos desarrollen estado de fragilidad y necesidad. ³ La bibliografía sobre gerontología demuestra cómo el entorno social es importante para el equilibrio psicosocial, lo que beneficia el aspecto físico del adulto mayor. ⁴ En torno a ello, la familia es la institución más importante para el anciano, donde como parte integrante esta, tiene mucho por contribuir y aportar. ⁵

Sin duda que con la edad ocurren cambios estructurales, que influyen en la personalidad y el rendimiento de los individuos de la tercera edad. Dichos cambios se relacionan con cambio de apariencia, atrofia de las glándulas sudoríparas con menos tolerancia al calor, menos tolerancia al frío por déficit en la regulación de la circulación periférica, alteraciones en la motricidad por disminución de fuerza y aumento de grasas, movimientos se vuelven lentos, los músculos se fatigan más fácilmente y se recuperan en forma más lenta, osteoporosis, aumento de la cifosis fisiológica, disminución de las capacidades respiratorias, aumento del peso por

disminución de la actividad manteniendo los hábitos alimenticios, se reduce la capacidad contráctil del músculo cardíaco, por lo que no toleran las frecuencias cardíacas altas, a nivel metabólico hay menor tolerancia a los niveles de glucosa, la actividad tiroidea disminuye con menos tolerancia a las alteraciones de la temperatura, aumenta la dureza y rigidez de los tendones y ligamentos, por lo que es más propenso a lesiones asociadas al esfuerzo excesivo, pérdida de peso cerebral, con disminución de mielina y del número de neuronas;⁶ el tiempo de reacción y regulación motora es más lento con respecto a los jóvenes lo que hace que sean menos coordinados.⁷ Hay mayor incidencia de las enfermedades cardíacas, aumenta la proliferación de las células endoteliales, formación de placas y lesiones aterotrombóticas, lo cual incrementa la aparición de afecciones cardiovasculares y la hipertensión arterial.⁸ Mayor incidencia de la depresión⁹ - ¹¹y trastornos del sueño.¹²

El envejecimiento de órganos y sistemas, así como la presentación atípica y simultánea de las enfermedades, hace necesaria la aplicación de un sistema de evaluación especial en los adultos mayores, dinámico y estructurado, que permite detectar y cuantificar los problemas, las necesidades y capacidades de la persona mayor en las esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar, basada en ellas, una estrategia interdisciplinar de intervención y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos, lograr el mayor grado de independencia y una buena calidad de vida.¹³

Esta evaluación geriátrica integral tiene como objetivos principales mejorar la exactitud diagnóstica sobre la base de un diagnóstico holístico (clínico, funcional, mental y social), detectar problemas tratables no diagnosticados con anterioridad, establecer un tratamiento holístico adecuado y racional a las necesidades del anciano, mejorar el estado funcional y cognitivo, y la calidad de vida, así como situar al paciente en el nivel médico y social más adecuado a sus necesidades. La evaluación de un adulto mayor que entra en contacto con los servicios de atención primaria de la salud, tiene por objetivo central definir sus problemas en términos funcionales. A través de la evaluación se pretende establecer un balance de las pérdidas y de los recursos disponibles para su compensación.¹³

Las dimensiones para la evaluación integral del adulto mayor son: la evaluación clínica, nutricional, cognitiva, afectiva y social; la valoración funcional de los medicamentos y del medio ambiente.¹³ . Los servicios de rehabilitación son capaces de evaluar la mayoría de estas dimensiones a través de la utilización de escalas de rápida aplicación, para después, basados en los resultados, hacer posible la rehabilitación geriátrica como la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales, para preparar o readaptar al individuo, con el objetivo que alcance la mayor capacidad funcional posible, para lograr su máxima autonomía, a los efectos de posibilitar su mayor integración a la sociedad.¹⁴

Los tratamientos que se emplean para lograr dicho propósito son individualizados y se realizan en un corto periodo de tiempo, por lo que, en ocasiones, se impone una doble sesión donde deben participar todos los especialistas y técnicos del equipo multidisciplinario de asistencia.

Para este grupo de edad se deben tener en cuenta los principios generales de la fisioterapia, tales como: considerar la edad, enfermedad de base, capacidad vital del paciente, vigilar los trastornos cardiorrespiratorios, así como la fatiga muscular, por lo tanto hacer pausa en el tratamiento, tomar la tensión arterial y la frecuencia

cardíaca, practicar ergoterapia funcional, artística, artesanal o ludoterapia, órtesis (si fuera necesaria), sencillas y de poco peso.¹⁴

Para dar cumplimiento a lo anterior es necesario aliviar el dolor, mejorar la independencia, lograr un lenguaje básico y una marcha funcional, evitar complicaciones y descompensaciones de la enfermedad de base, brindar apoyo psicológico y aumentar la calidad de vida del paciente.¹⁴

Se deben tener en cuenta numerosos factores que pueden condicionar el curso y el resultado de la rehabilitación, entre los que se destacan: edad, situación funcional previa, comorbilidad y polifarmacia, dolor no controlado, déficit sensorial, enfermedad causal, gravedad de la discapacidad, tiempo de adquisición de la enfermedad, presencia de deterioro cognitivo o depresión, situación sociofamiliar y el estado nutricional al ingreso,¹⁴ lo que determina el nivel asistencial en que realizará el tratamiento rehabilitador.

En la actualidad, en Cuba, la esperanza de vida al nacer es aproximadamente alrededor de los 77 años y se observa un sostenido crecimiento de las personas de 60 años y más, que ya representan el 16 % de la población total y se prevé que en el año 2025 llegue al 26 %; por ello, los adultos y adultos mayores requieren de acciones preventivas para el logro de una mejor calidad de vida.¹⁵

Desde el triunfo de la Revolución la calidad de la atención al adulto mayor ha estado influenciada y determinada por los diferentes modelos por los que ha atravesado la salud pública cubana.

La evolución histórica de la formación del médico cubano para la atención al adulto mayor ha transitado desde una formación profesional muy general y academicista, donde predomina un enfoque de la medicina curativa, biologicista e individual, hacia un modelo de atención de la medicina comunitaria que aún no logra una asistencia adecuada a este grupo poblacional, hasta una nueva concepción en el proceso formativo de los futuros médicos, que posibilita ejercer un mayor nivel de actuación en la atención primaria de salud a través del subsistema del modelo del médico de la familia, el cual no se logra a cabalidad, al persistir, durante todos los períodos analizados, insuficiencias en el diseño curricular y en la dinámica del proceso formativo del futuro médico general, que aborde la formación de habilidades específicas para el logro de una atención de calidad al adulto mayor.¹⁶

El servicio de rehabilitación puede jugar un papel protagónico en la atención a este grupo poblacional, por ello se realiza el presente protocolo de actuación para la rehabilitación integral del adulto mayor.

OBJETIVOS

General:

Facilitar la toma de decisiones en la rehabilitación de pacientes adultos mayores.

Específicos:

1. Mejorar calidad de vida del paciente y la familia.

2. Utilizar los recursos de modo racional.
3. Reducir los costos de la atención y del tratamiento.

DESARROLLO

Los pacientes son evaluados y valorados por un equipo multidisciplinario, con definiciones conciliadas por todos.

Usuarios del protocolo: todo el equipo multi e interdisciplinario del servicio de rehabilitación, Policlínico Elpidio Berovides, médico de familia, geriatra y familiares de pacientes.

Universo: todos los adultos mayores que ingresen al servicio de rehabilitación perteneciente al área de salud del Policlínico Elpidio Berovides.

Procedencia de los pacientes: por remisión del médico de familia, especialistas de los equipos básicos de salud u otros especialistas, o por solicitud espontánea del paciente o familiares, vecinos, líderes comunitarios, organizaciones políticas y de masas, organizaciones de discapacitados o instituciones.

Criterios de inclusión: pacientes de 60 años o más.

Criterios de exclusión: pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles descompensadas.

Recursos

Humanos: médico especialista en medicina física y rehabilitación, licenciado en terapia física y rehabilitación, licenciado en cultura física, licenciado en defectología, licenciado en logopedia, licenciado en podología, licenciado en terapia ocupacional, licenciado en nutrición, enfermera de medicina natural y tradicional, trabajadora social, psicóloga, asistente de sala.

Materiales: historia clínica, tarjeta de tratamiento, hoja de cargo, bolígrafo, equipamiento del servicio de rehabilitación.

Procedimiento:

Consulta inicial. Se realiza la anamnesis y examen físico del paciente, los estudios complementarios indicados por el especialista que hizo la remisión en caso de ser la vía. Se aplica la escala geriátrica y la escala visual analógica para el dolor (en caso de presentar síntomas). Se realiza la prueba cronometrada de levántate y anda, prueba de levantarse de una silla y sentarse cinco veces, y velocidad de la marcha. Se dan las orientaciones y recomendaciones, y se confecciona la tarjeta de tratamiento durante 10 sesiones.

En caso necesario se complementa el tratamiento rehabilitador con medicina natural y tradicional.

Los licenciados en logopedia, podología, nutrición, la trabajadora social y la psicóloga, emiten sus diagnósticos según especialidad y deciden la conducta a seguir. Se establece un programa de rehabilitación en las esferas biológica, psicológica y social, acorde con la funcionabilidad del adulto mayor.

Reconsulta. Se evalúa la evolución después de las 10 sesiones de tratamiento, con anamnesis y examen físico. De no resultar suficiente la duración del tratamiento, se indica otro ciclo de 10 sesiones de fisioterapia. Se adecúa el tratamiento según el protocolo y se cita a reevaluación en 15 días (se realizan tantas reevaluaciones como sean necesarias).

Consulta final. Se aplica la escala geriátrica y la escala visual analógica para el dolor, se realiza la prueba cronometrada de levántate y anda, prueba de levantarse de una silla y sentarse cinco veces, y velocidad de la marcha, según los resultados obtenidos como anormales en la consulta inicial. Se ofrecen recomendaciones laborales y para el hogar, consignados por cada uno de los especialistas del grupo multidisciplinario (Ver promoción de salud, debajo).

Cuando se confirma diagnóstico fisiátrico, se indican 10 sesiones de tratamiento basadas en estimulación cognitiva, estimulación físico motora, electroterapia, kinesioterapia de forma individualizada a cada paciente, según enfermedades y de ser necesario se combina con tratamiento de medicina natural tradicional.

Programa de rehabilitación

1. Objetivo del tratamiento.

General:

- a. Recuperación funcional.
- b. Específicos.
- c. Reactivación del paciente desde el punto de vista psicológico, social y biológico.
- d. Resocialización del paciente para que se mantenga activo en su medio habitual.
- e. Reincorporación a la familia.

2. Modalidades terapéuticas. Basadas en estimulación físico-motora; estimulación cognitiva; estimulación sensorial y la socialización, de forma individualizada a cada paciente y por especialista correspondiente

- a. Kinesiología. Movilizaciones pasivas, activas asistidas, activas libres o activas resistidas según necesidad. Entrenamiento cardiovascular, de mejora del patrón de marcha, de la fuerza, del equilibrio y resistencia física y de flexibilidad.

- b. Mecanoterapia. Cualquier implemento mecánico que se pueda utilizar para mejorar la rehabilitación.
- c. Terapia ocupacional. Independencia en actividades de la vida diaria, actividades de coordinación relajación y funcionales según necesidad del paciente.
- d. Estimulación mental y cognitiva general.
 - Defectología. Estimulación mental y cognitiva según necesidad por patologías.
 - Logopedia. Estimulación del lenguaje según necesidad por enfermedades. Medicina natural y tradicional. Acupuntura, auriculoterapia, Terapia floral según necesidad individual de los pacientes.

Recomendaciones

Orientar a los familiares sobre las medidas de prevención de discapacidad en el hogar y las adaptaciones que pudieran realizarse en el mismo para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Información a familiares

En la primera consulta con la evaluación inicial se explica y brinda información al paciente y al familiar (si acude acompañado) sobre los factores de riesgo de discapacidad y sobre la importancia de la sistematicidad de realización de ejercicio físico en la adultez mayor. Esto le permitirá interiorizar acciones de promoción y/o prevención de discapacidades que puedan practicar en el hogar y en su comunidad.

Promoción de salud:

- Proporcionar información a las personas y familias de adultos mayores para que puedan definir su conducta de manera responsable.
- Fortalecer los programas educativos en la población.
- Conocer y actuar sobre este grupo de riesgo.

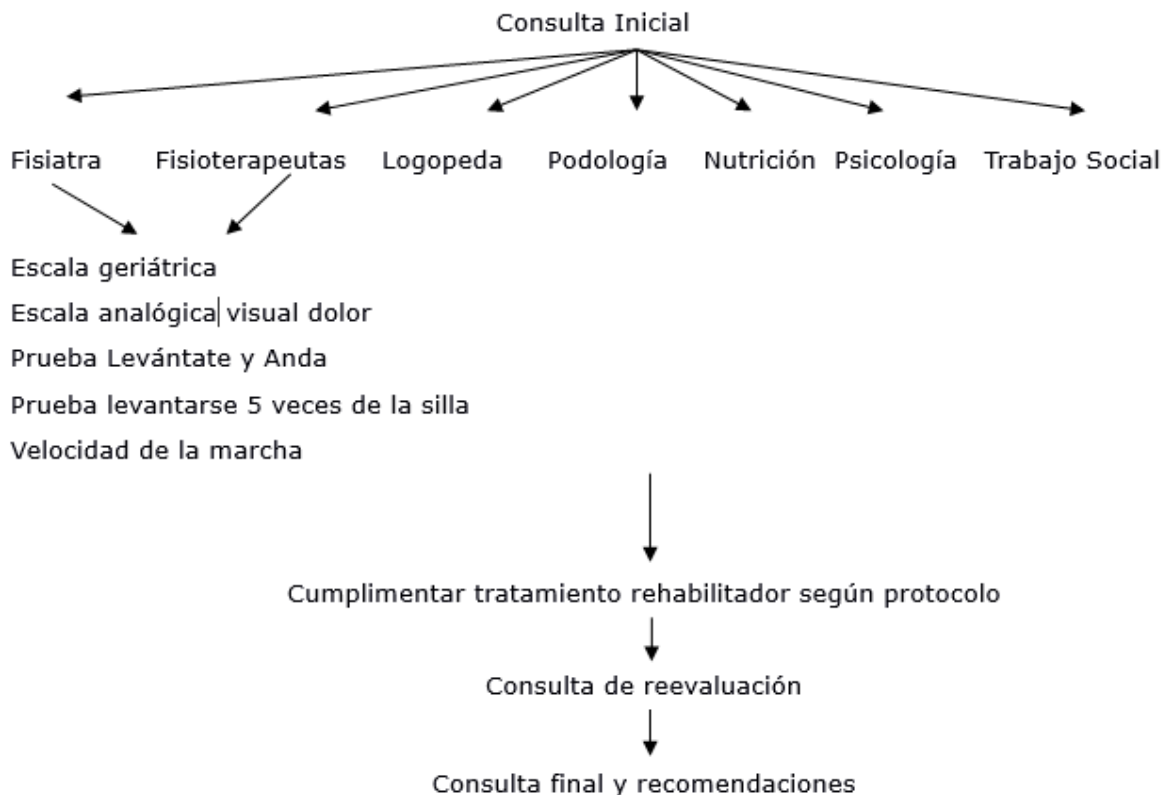
Como medida de prevención y con el objetivo de lograr una vejez con mejor calidad de vida y menor carga social, se debe seguir desarrollando la atención a las enfermedades crónicas no transmisibles mediante el trabajo del licenciado en cultura física de los departamentos. Muy aparejado a ello, crear círculos de adultos mayores que se desarrollen dentro del propio servicio de rehabilitación, donde se facilite a los pacientes el aprendizaje de los ejercicios correspondientes a la edad y provea socialización.

Superación continuada de todo el personal de salud sobre el tema. Charlas e intercambio sobre el tema con el personal de salud en las reuniones de los grupos básicos de trabajos. Charlas educativa a familiares y población en general.

Evaluación y control:

Indicadores de estructura	Plan %	Bueno	Regular	Malo
Personal que compone grupo de trabajo.	95	95		- 80
Recursos materiales	95	95		-80
Aseguramiento del equipamiento y los Implementos según protocolo.	95	95		-80
Disponer de recursos para la aplicación de investigaciones.	95	95		-80
Organizativos				
Disponibilidad del diseño organizativo para aplicar el Protocolo.	100	100		-100
Historia Clínica de recogida de datos según Protocolo.				
Indicadores de procesos	Plan	Bueno	Regular	Malo
% pacientes enviados a consulta de rehabilitación que cumplieron plan terapéutico.	90	90	80 a 89	-80
% de pacientes con diagnóstico según criterios establecidos por el Protocolo.	90	90	80 a 89	-80
% de pacientes con rehabilitación realizada/pacientes con rehabilitación planificada.	90	90	80 a 89	-80
% de pacientes seguidos según período establecido/Total de pacientes a seguir.	90	90	80 a 89	-80
Indicadores de Resultados	Plan %	Bueno	Regular	Malo
% de pacientes con mejoría según criterios de evaluación y periodos de seguimiento establecidos en el Protocolo	90	90	80 a 89	-80

Algoritmo de Actuación



Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo no hemos recibido ayuda económica para su realización; no hemos firmado acuerdo por el que recibamos beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Tampoco alguna entidad comercial ha pagado ni pagará a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leonardo López M, Miranda Guerra AJ, Hernández Vergel LL. Valimiento del adulto mayor en dos consultorios del Policlínico Docente "Hermanos Cruz". *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2016 Abr 30] 26(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200004&lng=es
2. Baster Moro JC. Atención médico social al adulto mayor en la provincia Holguín. *Rev Cubana Salud Pública*. [Internet]. 2011 Sep [citado 2016 Abr 23]: 37(3): 207-

218. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000300004&lng=es

3. Tabio Henry YE, Rubido Gómez D, López Lorenzo ME. Factores de riesgo social en el adulto mayor. *Revista Infociencia* 15(3), jul-sep.2011.

4. González Rodríguez R. Las caídas en el hogar del adulto mayor: un reto para la sociedad cubana. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [Internet]. 2015 jun. [citado 2016 Mayo 19] 31(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000200001&lng=es

5. Placeres Hernández JF, De León Rosales L, Delgado Hernández I. La familia y el adulto mayor. *Rev Méd Electrón.* [Internet]. 2011 jun-jul [citado: 2016 Mayo 19] 33(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema10.htm>

6. Oliva Agüero A. Espinosa Pérez ME, Sánchez Ferrran T. *Envejecimiento individual*. En: Álvarez Síntes R. Temas de medicina general integral. 4a ed. La Habana: Ecimed, 2007. 169-78.

7. Ceballos Díaz JL. *El adulto mayor y la actividad física*. 3a ed. La Habana: Editorial Deportes, 2007.

8. Boyero Fernández I, Darromán Montesino I, Rodríguez Carrasco BB, Martínez Pérez R. La hipertensión arterial en el adulto mayor, una amenaza en la calidad de vida. *Rev Ciencias Médicas, La Habana* 2009; 15 (2)

9. Pérez Martínez Víctor T., Arcia Chávez Nora. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2008. 24(3).

10. Mondéjar Barrios MD, González Reyes Y. Consideraciones sobre el tratamiento de la depresión en el adulto mayor. *Mediciego*; 17(Supl. 1), jul. 2011.

11. Pupo Durand BE, Méndez Torres VM, Hechavarría Ávila MM, Sosa Prevots J. Patologías psiquiátricas en el adulto mayor. *Revista de Salud de Guantánamo*. 2011 [citado 2016 Mayo 19]. Disponible en: http://www.gtm.sld.cu/sitios/cpicm/contenido/ric/textos/Vol_70_No.2/patologias_psiquiatricas_adulto_mayor_rb.pdf_enero_2011

12. Cruz Menor E, Hernández Rodríguez Y, Morera Rojas BP, Fernández Montequín Z, Rodríguez Benítez JC. Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad. *Rev Ciencias Médicas Pinar del Río*. 2008;12 (2).

13. Valoración integral del adulto mayor. En: *Guía clínica para la atención primaria de las personas adultas mayores: en el contexto de los derechos humanos*. Washington, D.C.: OPS, 2013

14. Rehabilitación en el adulto mayor. En: *Guía clínica para la atención primaria de las personas adultas mayores: en el contexto de los derechos humanos*. Washington, D.C.: OPS, 2013.

15. Pérez Herrera MJ, Rodríguez Moro D, Sierra Pérez M, Pérez Herrera EJ. Preparación de los equipos básicos de salud en la atención primaria para la prevención del deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Rev Electrón.* oct.-dic 2011; 36(4).

16. Reyes Mediaceja R, Bastart Ortiz EA, Reyes Mediaceja M. Evolución histórica sobre la formación del estudiante de Medicina en la atención al adulto mayor. *Edumecentro.* [Internet]. 2013 [citado 12 May 2016] Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/98/199>

Recibido: 31 mayo 2016

Aceptado: 26 noviembre 2016

Dra. Marcia Ginarte Paul. Policlínico Universitario Elpidio Berovides. La Lisa. La Habana. Cuba.

E mail marciaguilarte@infomed.sld.cu