



MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS
Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN MÉDICA

**SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DE
REHABILITACIÓN**



Código:
MG-SMR-02



Fecha:
DIC 20

Rev. 03

Hoja: 1 de 19



GUÍA CLÍNICA DE SERVICIO DE REHABILITACIÓN GERIÁTRICA

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Jefatura de Servicio de Rehabilitación Geriátrica	Jefatura de División de Rehabilitación Geriátrica y Cardio-respiratoria	Subdirección de Medicina de Rehabilitación
Firma			

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMR-02
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN		Rev. 03
			Hoja: 2 de 19

Índice

1. Síndrome de Caídas
2. Colapso Del Cuidador
3. Síndrome de Inmovilidad

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMR-02
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN		Rev. 03
			Hoja: 3 de 19

MANEJO DEL SÍNDROME DE CAÍDAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN GERIÁTRICA

1. Propósito

Establecer los lineamientos apropiados para la atención que se brinda a los pacientes con Síndrome de Caídas que estén acorde a los conocimientos actuales y proporcionen una atención profesional que mejore la calidad de vida y la independencia funcional del paciente.

Alcance

Aplica a todo el personal médico adscrito al Servicio de Rehabilitación Geriátrica.

Responsabilidades

Subdirector:

- Implementar y verificar el cumplimiento de éste procedimiento
- Brindar los recursos necesarios.

Jefe de Servicio:

- Elaborar la guía del padecimiento
- Supervisar el cumplimiento de la misma
- Procurar el cumplimiento de la misma

Medico Adscrito:

- Ejecutar la guía
- Participar en la revisión



Políticas de operación y normas.

Revisión será cada dos años o antes si fuera necesario.

Definición

Definición del padecimiento

El síndrome de caídas se define como la presencia de dos o más caídas en seis meses, o en una, que ocasione lesiones físicas o mentales. En ocasiones se acompaña de Síndrome postcaídas. Una caída es un evento en el cual una persona cae inadvertidamente al piso o a un nivel inferior, de manera involuntaria, con o sin lesiones secundarias, confirmada por el paciente

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMR-02
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN		Rev. 03
			Hoja: 4 de 19

o un testigo. Resultante de la interacción de factores extrínsecos ligados al ambiente y de factores intrínsecos ligados a las aptitudes físicas y mentales de los pacientes.

Diagnóstico

Cuadro Clínico

La presencia de una o más caídas, y se evalúa de la siguiente manera:

- Establecer factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos que favorezcan la caída.
- Tiempo y fecha de las caídas.
- Circunstancias de las caídas.
- Consecuencias de la caída.
- Prueba de Tinetti: menor de 19 puntos tiene riesgo de caídas.
- Prueba de Levántate y anda (“Get up and go”): mayor a 20 segundos tiene riesgo de caídas.
- A la exploración física: valorar signos vitales, déficit sensoriales, valoración de la marcha y la postura, estado musculoesquelético principalmente dolor, arcos de movilidad y fuerza, exploración neurológica, valoración podológica y del calzado.

Laboratorio y Gabinete

Para completar la evaluación clínica.

Estudios Especiales

Para completar la evaluación clínica.

Clasificación en su caso

No aplica

Tratamiento



Médico

Medicamentos: de forma indirecta para el tratamiento de las complicaciones.

7.1.2 Rehabilitación

Prevención:

- Diagnóstico y tratamiento de comorbilidades
- Disminución de barreras arquitectónicas
- Realizar actividad física
- Higiene mental

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMR-02
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN		Rev. 03
			Hoja: 5 de 19

- Mejorar y/o mantener redes de apoyo

Terapia física:

- Alivio del dolor
- Mejorar arcos de movilidad, la fuerza y la propiocepción
- Mejorar el equilibrio
- Reeducación de la marcha

Terapia ocupacional:

- Reducir barreras arquitectónicas
- Mejorar independencia funcional del paciente

7.1.3 Otros

- Prescripción de ayudas para la marcha, así como la enseñanza de su utilización.
- Apoyo del equipo multidisciplinario para el diagnóstico y tratamiento de las causas de la caída, como trabajo social, oftalmología, audiolología, otoneurología, nutrición, psicología y psiquiatría.

- **Quirúrgico**

No aplica

Evaluación del resultado

Cuantitativo

Disminución del número de caídas

Mejoría en los puntajes de escalas utilizadas para su evaluación: Escala de Barthel, Índice de Lawton y Brody, Escala de Tinetti y "Get up and go"

Cualitativo

Disminución del riesgo de caídas. Mejorar calidad de vida e independencia funcional del paciente.

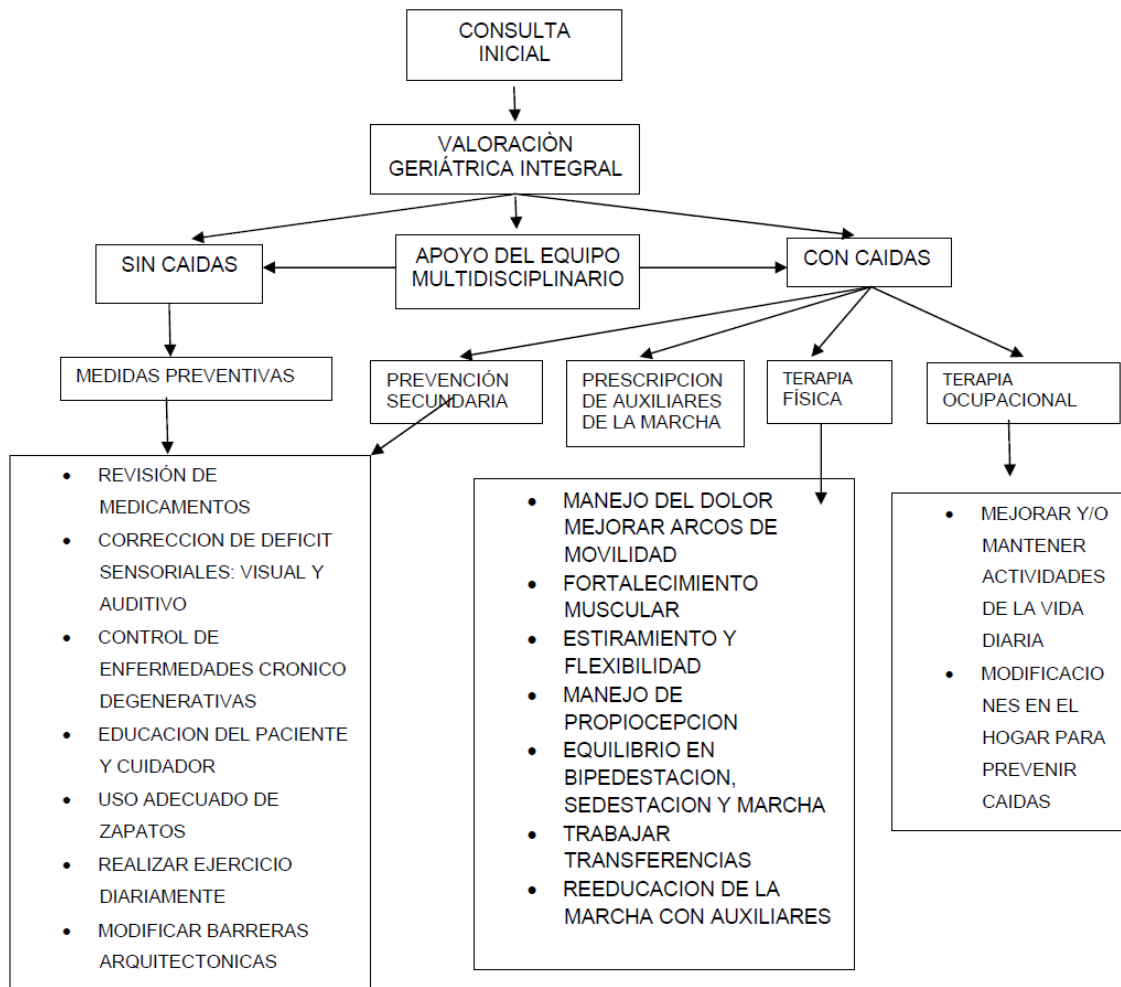
Criterios de alta



- Control de comorbilidades que predispongan a caídas
- Ausencia de caídas durante los últimos 6 meses.
- Realizar de manera independiente actividades de la vida diaria básicas e instrumentales
- Ausencia de la sensación de miedo a caerse.

Anexos

• Flujograma



Ver en la siguiente página.



	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMR-02
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN		Rev. 03
			Hoja: 7 de 19

Referencias bibliografía y Guías clínicas específicas

- Hill K. Geriatric Medicine, Sydney Australia: McGraw-Hill, 2001.
- Orduña M, Pistorio V. Caídas. En Durante P, Pedro P, Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica. Barcelona: Masson, 2002:89-93.
- Kane R, Geriatría clínica. México: McGraw-Hill;2001
- Thoumie P, Postura, equilibrio y caídas. Bases teóricas de la rehabilitación.
- Enciclopedia Médico-Quirúrgica 26-452-A-10
- Kemoun G, Rabourdin J, Reeducción en geriatría. Enciclopedia Médico-Quirúrgica 26-590-A-10.
- Mayoux-Benhamou M, Revel M, osteoporosis y rehabilitación. Enciclopedia MédicoQuirúrgica 26-586-A-10
- D'hyver C, Gutierrez LM. Geriatría. México: McGraw-Hill.
- Finlayson ML, Peterson EW. Falls, aging and disability. Phys Med Rehabil Clin N Am 21 (2010) 357–373.
- Deshpande N, Metter J, Lauretani F, Bandinelli S, Ferrucci,L. Interpreting Fear of Falling in the Elderly: What Do We Need to Consider? J Geriatric Phys Therapy 2009;32(3):91-96.
- González-Carmona B, López-Roldán VM, Trujillo-de los Santos Z, Escobar-Rodríguez AD Valeriano-Ocampo J, Sosa JM et al. Guía de Práctica Clínica para la prevención de caídas en el Adulto mayor. Rev. Med Inst. Mex Seguro Soc. 2005;43(5):425-441.
- Van Hook, FW, Demonbreun D, Wiss BD. Ambulatory Devices for Chronic Gait Disorders in the Elderly. Am Fam Physician 2993;67(8):1717-1724.
- Cano-de la Cuerda R, Macías-Jiménez AI, Cuadrado-Pérez ML, Miangolarra-Page JC, Morales-Cabezas M. Trastornos de la postura y de la marcha e incidencia de caídas en pacientes con enfermedad de Parkinson. Rev. Neurol 2004; 38(12):1128-1132.
- Vellas BJ, Wayne SJ, Romero LJ, Baumgartner RN, Garry PJ. Fear of Falling and restriction of mobility in elderly fallers. Age & Ageing 1997;26:189-193.
- Delbaere K, Crombez G, Vanderstraeten G, Williams T, Cambier D. Fear-related avoidance of activities, falls and physical failty. A prospective community-based cohort study. Age & Aging 2004;33:368-373.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMR-02
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN		Rev. 03
			Hoja: 8 de 19

16. Zijlstra GAR, Van Haastregt JCM, Van Eijk JThM, Kempen GIJM. Evaluation and intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in elderly persons: design of a randomised controlled trial. BMC Public Health 2005;5:26 doi:10.1186/1471-2458-5-6.
17. Caballero-García JC, REmolar ML, García-Cuesta R. Programa de intervención sobre el síndrome psicológico postcaída en el anciano. Rev Mult Gerontol 2000;10(4):249-258.
18. Snijders AH, van de Warrenburg BP, Gilandi N, Bloem BR. Neurological gait disorders in elderly people: clinical approach and classification. Lancet Neurol 2007;6:63-74.

MANEJO DEL COLAPSO DEL CUIDADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACION GERIÁTRICA

1. Propósito

Establecer los lineamientos apropiados para la atención que se brinda a los pacientes y sus cuidadores con Colapso del Cuidador que sean acorde a los conocimientos actuales y proporcionen una atención profesional que mejore la calidad de vida del cuidador primario.

2. Alcance

Aplica a todo el personal médico adscrito al Servicio de Rehabilitación Geriátrica.



3. Responsabilidades

Subdirector:

- Implementar y verificar el cumplimiento de éste procedimiento
- Brindar los recursos necesarios.

Jefe de Servicio:

- Elaborar la guía del padecimiento
- Supervisar el cumplimiento de la misma

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMR-02
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN		Rev. 03
			Hoja: 9 de 19

- Procurar el cumplimiento de la misma

Médico Adscrito:

- Ejecutar la guía
- Participar en la revisión

Políticas de operación y normas.

Revisión será cada dos años o antes si fuera necesario.

5. Definición

5.1 Definición del padecimiento

El colapso o sobrecarga del cuidador es el conjunto de problemas físicos, psicológicos, socio-económicos que experimenta el cuidador como consecuencia de su función.

Cuidador primario o principal: Es un familiar, amigo o vecino, remunerado o no, que atiende o supervisa la mayor parte de las necesidades físicas y psicosociales de adulto mayor.

6. Diagnóstico

6.1 Cuadro Clínico



El cuidador primario puede presentar los siguientes signos y síntomas:

Problemas físicos: cansancio, cefalea, lumbalgia y/o artralgias.

Problemas psicológicos: agotamiento mental, estrés, irritabilidad, angustia, miedo tristeza que puede terminar en depresión, insomnio, sensación de soledad, aislamiento, preocupación, culpabilidad, vergüenza, impotencia, frustración, resentimiento, pérdida de identidad, disminución de la satisfacción de la vida, alteración en la toma de decisiones.

Problemas sociales: alteración en la dinámica familiar, disminución del tiempo para actividades lúdicas y aislamiento social.

Problemas económicos: Menores ingresos por problemas laborales y mayores egresos.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMR-02
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN		Rev. 03
			Hoja: 10 de 19

Se utilizan escalas de valoración como la Escala de Zarit para establecer el grado de colapso en los cuidadores.

6.2 Laboratorio y Gabinete

No aplica.

6.3 Estudios Especiales

No aplica

6.4 Clasificación en su caso

Puntaje menor o igual a 46 en la escala de Zarit sin colapso del cuidador

Puntaje entre a 47 y 55 en la escala de Zarit colapso leve del cuidador

Puntaje mayor o igual a 56 en la escala de Zarit colapso moderado-severo del Cuidador.

Tratamiento

6.1 Médico

7.1.1 Medicamentos



No aplica

7.1.2 Rehabilitación

No aplica

7.1.3 Otros

- Identificar la causa del problema
- Orientación sobre la enfermedad del paciente y sus cuidados.
- Orientación para la prevención, diagnóstico y tratamiento de Enfermedades
- Crónico-Degenerativas.
- Favorecer la independencia funcional del paciente.
- Propiciar una adecuada comunicación entre los miembros de la familia.
- Orientación para mantener y/o mejorar las redes de apoyo.
- Orientación para al autocuidado del cuidador.
- Realizar actividades lúdicas y evitar el aislamiento.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMR-02
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN		Rev. 03
			Hoja: 11 de 19

- Utilizar el tiempo necesario al día, a la semana e inclusive periodos vacacionales
- para realizar actividades personales.
- Buscar ayuda médica y psicológica en caso necesario
- Evitar las adicciones: tabaquismo, alcoholismo o psico-afectivas

6.5 Quirúrgico

No aplica.



Evaluación del resultado

6.6 Cuantitativo :

Disminución de los puntajes de la escala de Zarit.

6.7 Cualitativo

Mejoría en la percepción del cuidador en cuanto a su condición física, psicológica y socioeconómica.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMR-02
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN		Rev. 03
			Hoja: 12 de 19

Criterios de alta

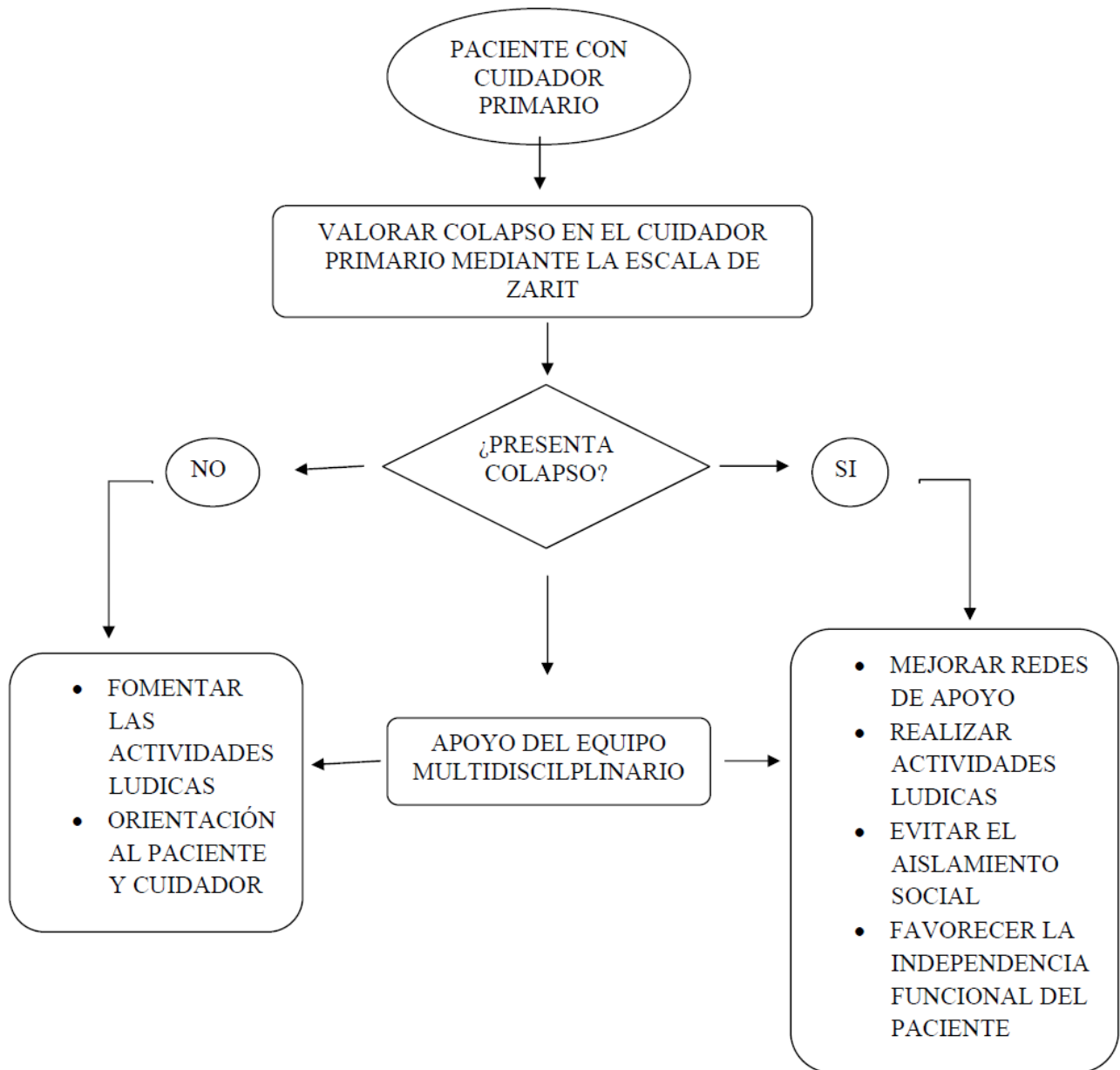
Puntaje adecuado en la escala de Zarit.

Mejoría en las redes de apoyo del cuidador.

Anexos



6.8 Flujograma

Ver página siguiente.





6.9 Referencias bibliográficas y Guías clínicas específicas

1. Olsen P. Avoiding Caregiver Burnout. *Neurology Now* 2007(nov-dec):28-32.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMR-02
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN		Rev. 03
			Hoja: 14 de 19

2. Ribas J, Castel A, Escaladas B, Ugas L, Grau B, Magarolas R, et al. Transtornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2000;27(3):131-134.
3. Molina-Linde JM, Iáñez-Velazco MA, Iáñez-Velazco B: El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. Psicología y Salud 2005;15:33-43.
4. Zúñiga-Santamaría ST, Rodríguez-García R, Torres-Pizano P, Mendoza-Martínez L, Galicia-Tapia J, Hernández-Tapia N et al: Prevalencia del agotamiento del cuidador primario en el servicio de geriatría. Psiquis 2004;13:147-154.
5. Pedroso Ibañez I, Padrón A, Álvarez L, Bringas MI, Díaz de la Fé A. El cuidador: su papel protagónico en el manejo de las demencias. Rev Mex Neuroci 2005;6(2):162-164.
6. Breinbauer H, Vásquez H, Mayanz S, Guerra C, Millán T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev Med Chile 2009;137:657-665.
7. López MJ, Orueta R, Gómez-Caro S, Sánchez A, Carmona de la Morena J, Alonso FJ. El rol del Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. Rev Clín Med Fam 2009;2(7):332-334.
8. Dueñas E, Martínez MA, Morales B, Muñoz C, Viáfara AS, Herrera JA: Síndrome del Cuidador de Adultos Mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Colombia Médica 2006; 37: 31-38.
9. Turró-Garriga O, Soler-Cors O, Garre-Olmo J, López-Pousa S, Vilalta-Franch J, Monserrat-Vila S: Distribución factorial de la carga en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Rev Neurol 2008;46(10):582-588.
10. Savundranayagam MY, Hummert ML, Montgomery RJV. Investigating the Effects of communication Problems on Caregiver Burden. J Gerontol: Social Sciences. 2005;60B(1):S48-S55.
11. Jacobi CE, van den Berg B, Boshuizen HC, Rupp I, Dinant HJ, van den Bos GAM: Dimension-specific burden of caregiver among partners of rheumatoid arthritis patients. Rheumatology 2003;42:1226-1233.
12. Islas NL, Ramos B, Aguilar MG, García ML. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2006;19:266-271.
13. Hernández ZE, Ehrenzweig Y. Percepción de sobrecarga y burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. Enseñanza e Investigación en Psicología. 2008;13(1):127-142

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMR-02
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN		Rev. 03
			Hoja: 15 de 19

SÍNDROME DE INMOVILIDAD EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN GERIÁTRICA

1. Propósito

Establecer los lineamientos apropiados en la atención que se brinda a los pacientes con Síndrome de Inmovilidad que sea acorde a la literatura médica actual permitiendo con ello una atención profesional que disminuya las complicaciones, mejore la calidad de vida y favorezca la independencia funcional del paciente.

Alcance

Aplica a todo el personal médico adscrito al Servicio de Rehabilitación Geriátrica

Responsabilidades

Subdirector:

- Implementar y verificar el cumplimiento de éste procedimiento
- Brindar los recursos necesarios.



Jefe de Servicio:

- Elaborar la guía del padecimiento
- Supervisar el cumplimiento de la misma
- Procurar el cumplimiento de la misma

Médico Adscrito:

- Ejecutar la guía
- Participar en la revisión

Políticas de operación y normas.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMR-02
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN		Rev. 03
			Hoja: 16 de 19

Revisión será cada dos años o antes si fuera necesario.

Definición

1.1 Definición del padecimiento

El Síndrome de inmovilidad se define como la disminución de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras.

Se caracteriza por la reducción de la tolerancia al ejercicio progresiva con debilidad muscular y, en casos extremos, pérdida de los automatismos y reflejos posturales que imposibilitan la deambulaci3n. Su etiología depende de factores intrínsecos Neuromusculoesqueléticos, Cardiovasculares, Trastornos del estado de ánimo, etc.

Factores Extrínsecos: Barreras arquitectónicas, Deficiente red de apoyo, etc.

Diagnóstico

1.1 Cuadro Clínico

Para la valoraci3n:

- Establecer las posibles causas de la inmovilidad
- Exploraci3n Física: piel, estado cardiopulmonar, valoraci3n musculoesquelética y neurológica.
- Aplicaci3n de escalas para valorar el estado funcional, psicol3gico y social.
- Establecer niveles de movilidad.

6.10 Laboratorio y Gabinete

Para completar la evaluaci3n e identificar las posibles causas.

6.11 Estudios Especiales

Para completar la evaluaci3n e identificar las posibles causas.

6.12 Clasificaci3n en su caso



No aplica.

Tratamiento

6.13 Médico

7.1.1 Medicamentos

Para disminuir el dolor y la inflamaci3n.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMR-02
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN		Rev. 03
			Hoja: 17 de 19

7.1.2 Rehabilitación

Prevención: Corrección de los factores desencadenantes.

Terapia física: Disminuir el dolor, mejorar arcos de movilidad, la fuerza y la propiocepción, ejercicios de colchón para mejorar rodamientos y transferencias, mejorar el equilibrio y reeducación de la marcha.

Terapia ocupacional: Reducir barreras arquitectónicas, mejorar independencia funcional del paciente.

7.1.3 Otros

Prevención de complicaciones: apoyo del equipo multidisciplinario para el diagnóstico y tratamiento

6.14 Quirúrgico

No aplica.

Evaluación del resultado

1.1 Cuantitativo

Mejoría en los puntajes de las escalas aplicadas.

6.15 Cualitativo

Mejoría en la movilidad del paciente.

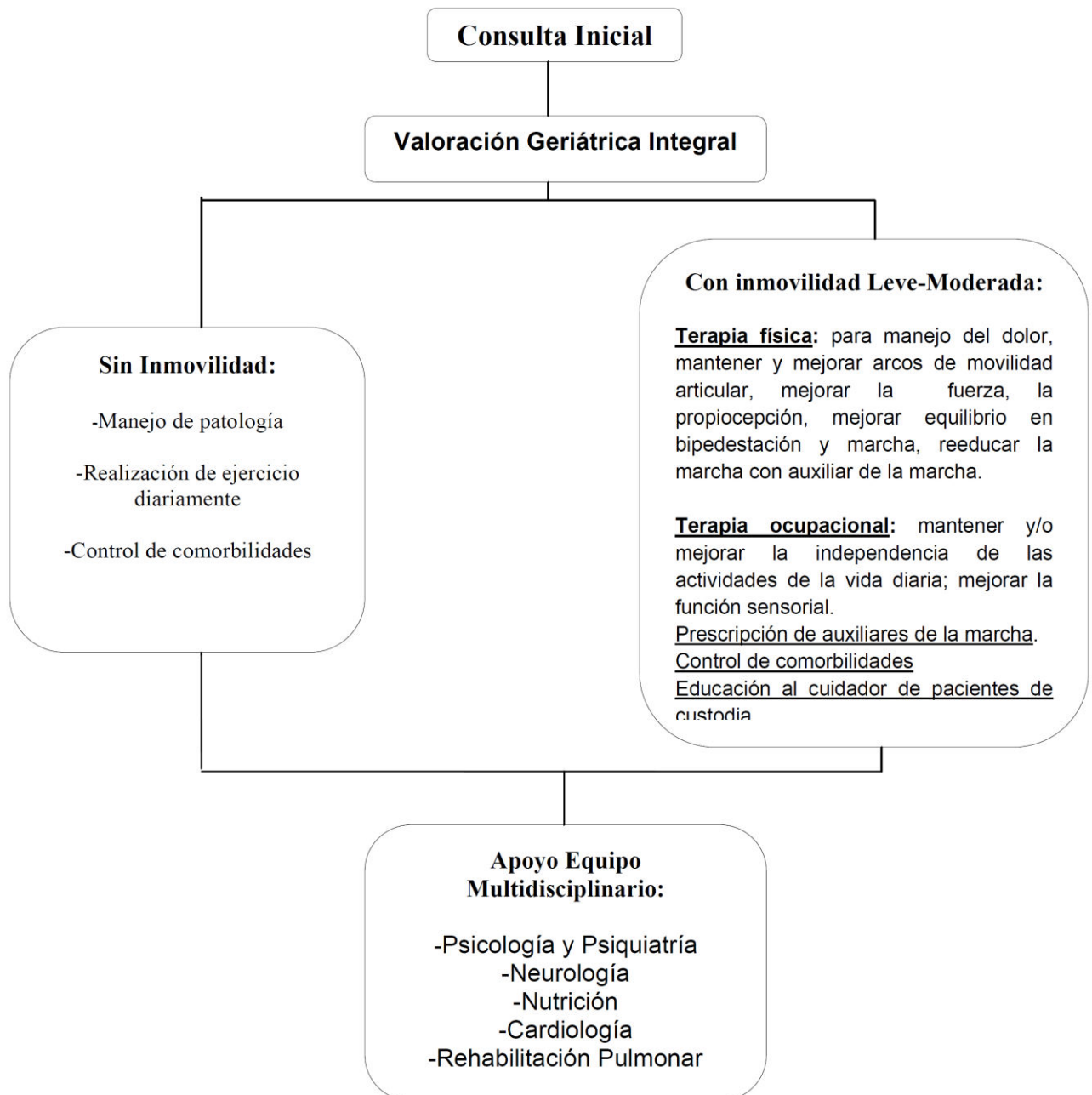
Mejoría en la calidad de vida y la independencia funcional del paciente.



Criterios de alta

Anexos

6.16 Flujograma

Ver en siguiente página.



	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SMR-02
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN		Rev. 03
			Hoja: 19 de 19

6.17 Referencias bibliográficas y Guías clínicas específicas

Pedro P. Síndrome de inmovilidad. En: Durante P, Pedro P, Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica. Barcelona: Masón, 2002:143-152.

Kane R, Geriatría clínica.. México: McGraw-Hill, 2001.

Galle N, et al. Prevención de las complicaciones del decúbito. Enciclopedia Médico-Quirúrgica 26-520-A-10

Evans J, et al. Pressure Ulcers: prevention and management. Mayo Clin Proc 1995;70:789-799.

Organización Panamericana de la Salud. Guía Clínica para la Atención primaria a las personas Adultas Mayores., Washington: 2002.

Millán G. Inmovilidad. En: Rodríguez R, Morales J, Encinas J, Trujillo Z, D'Hyver. Geriatría. México: McGraw-Hill Interamericana, 2000; 194-198.

Harper CM, Lyles YM. Physiology and complications of Bed rest. J Am Geriatric Assoc 1988;36:1047-1054

8. Hoenig HM, Rubenstein, LZ. Hospital-Associated Deconditioning and dysfunction. J Am Geriatr Assoc 1991;39:220-222.

Creditor MC: Hazards of Hospitalization of the Elderly. Ann Intern Med 1993;118:219-223.

Mahoney, JE: Immobility and falls. Clin Geriatric Med 1998; 14(4):699-726.

11. Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
01	Actualización de imagen institucional	JUN 15
02	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015	MAY 18
03	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20