

Rehabilitación en la persona mayor

Dra. Lorena Cerda - Medico Fisiatra

Jefa Unidad de Rehabilitación hospitalaria HCUCH

Jefa Servicio de Rehabilitación INGER 2004-2010

Temario

- Introducción a la discapacidad en persona mayor
 - Rol del fisiatra y equipo
 - Particularidades de la rehabilitación en la persona mayor
 - Niveles asistenciales (Unidades de recuperación funcional, ortogeriatría, Hospital de día, clínicas de sd geriátricos)
 - Herramientas de tratamiento en rehabilitación
 - Caso clínico
-

Generalidades de discapacidad

Personas en situación de discapacidad 16,7% de la población general en Chile.

38,3% de las PM están en situación de discapacidad

1.230.000 personas >60 años (ENDISC 2015)

17,6 % leve a moderada; 20,7% severa

417000 son hombres y 813000 son mujeres

Condiciones de salud en PsD

- Enferm Ojo
- Enferm ME
- Enf mentales
- Enf Sist circulatorio

Gráfico 55: Porcentaje de población adulta en situación de discapacidad por tipos de enfermedades o condiciones de salud CIE-10 declaradas



Patologías discapacitantes en la PM

Artrosis de EEII y dolor ME

Enfermedad cerebrovascular

Fractura de cadera

Amputaciones disvasculares

Enfermedades neurodegenerativas

Insuficiencias viscerales

Déficit sensoriales

Síndromes Geriátricos

- Trastorno de marcha y equilibrio *
- Caídas frecuentes *
- Dismovilismo *
- Incontinencia *
- Baja de peso
- Constipación
- Polifarmacia
- Delirium
- Fragilidad-Sarcopenia
- Trastorno de deglución *
- Deterioro cognitivo*
- Trastorno del ánimo
- Trastorno del sueño
- Déficit sensorial a-v
- LPP
- Estrés del cuidador*

Rol del médico rehabilitador

- Evaluación funcional
 - Pronóstico funcional
 - Plan de rehabilitación con metas realistas
 - Coordinación del equipo
 - Monitoreo de las intervenciones

 - Prevención del deterioro funcional
-

¿Dónde se detectan los problemas para rehabilitar?

Club de adulto mayor
Atención Primaria
Hospitalización
Consultas con especialistas
Instituciones de larga estadía



Equipo de salud

- Médico Integral
- Enfermera
- Nutricionista
- Psicólogo
- Asistente Social
- Farmacólogo Clínico
- Otros especialistas médicos
- Kinesiólogo
- T Ocupacional
- Fonoaudiólogo
- Neuropsicólogo
- Ortesista
- Otros: profesor de educación física, musicoterapeuta.

■ Particularidades de la rh geriátrica

RRHH y RRFF

Menor reserva funcional

Mayor comorbilidad

Mayor fragilidad musculoesquelética

Deterioro cognitivo

Menor poder económico

Menor soporte sociofamiliar

Ageismo

Rehabilitación en distintos niveles asistenciales



Rehabilitación de la PM en APS

Rehabilitación de la PM hospitalizada



Cuadro agudo con riesgo vital

- hospital de agudos

Cuadro agudo sin riesgo vital

- unidad geriátrica de corta estadía (UGA)

Cuadro subagudo o crónico que requiere intervención

- unidad de media estadía

Unidad de media estadía

Pacientes con necesidad de recuperación funcional

Posterior a patología aguda

Patología crónica con potencial reversibilidad

Patologías del área física o sicogeriatrica

Unidad de media estadía

Derivación desde:

Hospitales de agudos
UGA

Policlínicos de geriatría

Policlínicos de fisiatría

Hospital de día

Unidad de ortogeriatría



Objetivos de unidad de ortogeriatría

- Prevenir-revertir complicaciones perioperatorias
- Manejar síndromes geriátricos y patologías concomitantes
- Disminuir la mortalidad hospitalaria
- Revertir la dependencia funcional
- Reducir costos
- Coordinar cuidados ambulatorios

Modelos de atención ortogeriátrica

Sala de TMT con equipo
geriátrico-rehabilitador
interconsultor

Sala de TMT con equipo
geriátrico-rehabilitador
como cotratante

Sala indiferenciada con
geriatria tratante, equipo de
rehabilitación incluido en la
atención y TMT
interconsultor

Sala de rehabilitación con
fisiatra y geriatra tratante y
TMT interconsultor

Hospital de día geriátrico

Dg más frecuentes: ME, neurológico, sicogeriatrico.

Beneficios:

Prevención de deterioro

Mejoría funcional

Disminución del dolor

Cambios en estilos de vida

Disminución de polifarmacia



Clínicas de síndromes geriátricos

Incontinencia

Sicogeriatría

Caídas

Trastorno de la marcha

Centros comunitarios de rehabilitación



Intervenciones de rehabilitación en PM con dolor y/o alteraciones de movilidad

Herramientas de tratamiento

Fármacos

Agentes físicos

Ejercicios

Ayudas técnicas

Reeducación
funcional (TAE,
TPA)

Ortesis

Terapias
complementarias

Terapia cognitivo
conductual

Procedimientos
infiltraciones, cx

Fármacos en dolor crónico

Analgésicos orales	Paracetamol, opioides débiles
Analgésicos tópicos	Capsaicina, EMLA, Versatis
Analgésicos transdérmicos	Fentanilo, Buprenorfina
Neuromoduladores	Carbamacepina Gabapentina-pregabalina Duloxetina-Venlafaxina
Coadyuvantes	Antiartrosicos (piascledine, glucosamina, coindritin)

Fármacos para infiltraciones

Anestésicos locales

Corticoides

Acido hialurónico

Toxina botulínica

Inmunomoduladores: arthrozeel, traumeel, lymphomyosot

Factor de crecimiento derivado de plaquetas

Dextrosa



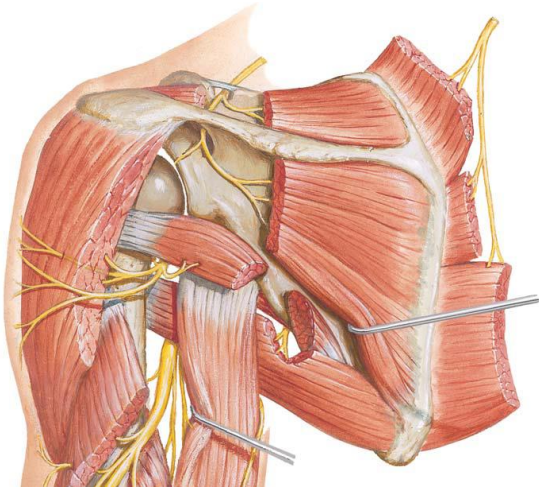
Infiltración intraarticular



Infiltración de partes blandas

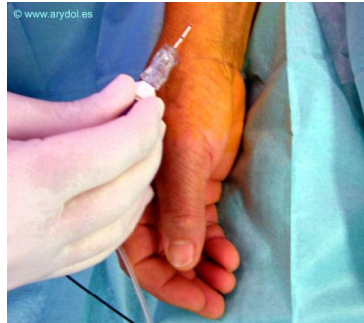


Bloqueo de n supraescapular



Otros bloqueos

- N sural
- N safeno
- N femoral
- N tibial post
- N cubital
- N radial
- N mediano



Terapia física

Ejercicios: de elongación, de fortalecimiento, aeróbico. Ejercicios combinados.



Agentes físicos



Ortesis



Manejo podortésico

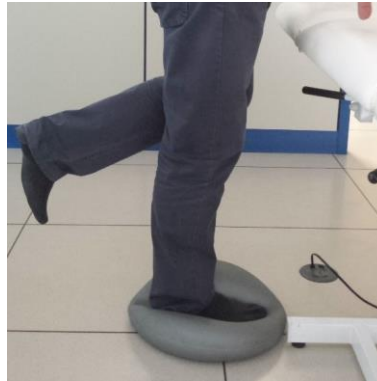


Entrenamiento en ABVD con ayudas técnicas, TAE y TPA



Entrenamiento en marcha y equilibrio

- Plataformas inestables



Entrenamiento en marcha y equilibrio

Equilibrio dinámico





Ayudas técnicas para movilidad



Evaluación domiciliaria y modificaciones ambientales

Age and Ageing 2006; **35**:52: i55-i59 © The Author 2006. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society.
doi:10.1093/ageing/af0288 All rights reserved. For Permissions, please email: journals.permissions@oxfordjournals.org

Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications

STEPHEN R. LORD¹, HYLTON B. MENZ^{1,2}, CATHERINE SHERRINGTON¹

¹Prince of Wales Medical Research Institute, University of New South Wales, Randwick, Sydney, New South Wales 2031, Australia

²Musculoskeletal Research Centre, School of Physiotherapy, La Trobe University, Bundoora, Victoria 3086, Australia

Address correspondence to: S. R. Lord. Email: slord@unsw.edu.au



Caso clínico

Hombre de 80 años, con sensación de inestabilidad en la marcha hace 6 meses, 4 caídas en el semestre, 3 en la noche en su casa y 1 en la vereda. Con dolor EVA 3-4 en muslo derecho. Indep en ABVD, dependiente en AIVD.

Anteced radiculopatía L5 izq operado hace 2 años. HTA y DM2 hace 15 años, bien controlado. F: ravotril, enalapril.

Hidroclorotiazida, metformina. Ibuprofeno ocasional.

Usa lentes. Hipoacusia. MM 29/30.

Caso clínico

Al ex: hipotrofia muscular en ambas EEl, limitación de ROM de cadera derecha, acortamiento de EID 1 cm. ROT disminuidos difuso, sensibilidad conservada. Pies: atrofia de cojinete fibroadiposo. Atrofia de intrínsecos. Ortejos en garra. Antepie poco flexible. Apoyo monopodal 4 seg a der, 2 seg a izq, marcha enlentecida, vacilante. Fuerza muscular M4+, tono normal.

Plan terapéutico

Completar estudio de posibles etiologías de dolor, t marcha y caídas: rx pelvis, niveles de Vit D, electrodiagnóstico. Medición de PA en decúbito y bípedo. Reevaluación por oftalmología.

Adecuación farmacológica (suspender HCTZ, suspender ravotril y reemplazar por melatonina)

Manejo del dolor con PCT 500 c/12

Plan terapéutico

Confección de realce en zapato derecho 8 mm

Terapia kinésica: FST, ejerc de fortalecimiento, aeróbico, marcha, equilibrio , ejerc pies

Terapia ocupacional: revisión de seguridad domic, entrenam en AVD segura con adaptaciones

Control con exámenes: se confirma artrosis de cadera y polineuropatía más radiculopatía crónica. Vit D 18. Se inicia carga.

Seguimiento de caso clínico

Control en 3 meses. Completo terapias y mantiene ejercicios en domicilio.

Control en 6 y 12 m: sin nuevos episodios de caídas, sin dolor, sin uso de PCT.

Apoyo monopodal 6 seg bilateral. FM M5.

Conclusiones

- Rehabilitación es más compleja en la PM
 - La edad no excluye para rehabilitación
 - La orientación es hacia las principales patologías discapacitantes y los sd geriátricos
 - Trabajo en equipo y con la familia es fundamental
 - Considerar todos los niveles asistenciales
 - Se pueden obtener resultados funcionales tan exitosos como en cualquier edad
-



Karlha Karvalho

Cómo te ven otros a ti no es importante...
Cómo te ves a ti mismo lo significa todo.