

Monografía

La evaluación del potencial rehabilitatorio en la tercera edad

Arturo Lozano Cardoso¹¹Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM

La vejez no es ni una enfermedad ni es una discapacidad. Sin embargo, después de los 65 años de edad, los síndromes invalidantes o incapacitantes múltiples son más frecuentes; así como la presencia de enfermedades, sobre todo, las crónicas. Estas condiciones provocan que las actividades de la vida diaria (AVD) disminuyan, a la vez que las consultas médicas y las hospitalizaciones aumenten y que las recuperaciones sean más lentas.

La rehabilitación geriátrica en estos casos se aplicará a viejos que empiezan a discapacitarse y a discapacitados que empiezan a hacerse viejos.

La rehabilitación como tratamiento ayuda a restaurar y a mantener las funciones y habilidades; para los viejos, es un proceso de reaprendizaje con la finalidad de mantener hasta donde sea posible una vida independiente.

Antecedente

En 1935, la Dra. M. Warren, considerada como la pionera en rehabilitación, recomendó y puso en marcha con 714 enfermos, considerados como incurables en un asilo un UK, los siguientes puntos que ahora son básicos en la rehabilitación geriátrica (cuadro 1).

Posteriormente, en 1986, y con experiencias, los Servicios Nacionales de Salud en medicina geriátrica UK trazan un plan de trabajo considerado como lo más completo y práctico (cuadro 2).

A pesar de que actualmente se cuenta con herramientas muy valiosas para la rehabilitación, hay poco interés para aplicarlas ante la demanda de viejos discapacitados. De esta manera, se da el caso de que en muchos hospitales de todo el mundo, los viejos no cuentan con servicios de rehabilitación, pero no sólo en hospitales sino que tampoco existen unidades de rehabilitación para externos, incluyendo indicaciones de rehabilitación en el hogar.

Otro pionero en la rehabilitación, en Estados Unidos, fue el Dr. H. A. Rusk, cuyo trabajo lo efectuó con soldados discapacitados de la Segunda Guerra Mundial. Sus bases son también principios fundamentales de la rehabilitación general. Sin embargo, en términos generales puede ser demasiado intenso para los viejos frágiles, ya que los programas

para estos pacientes hay que adaptarlos e individualizarlos; los logros para los viejos son más limitados.

Qué es el potencial rehabilitatorio

El concepto sobre el potencial rehabilitatorio (PR) se basa en la habilidad predictiva sobre las capacidades funcionales de un discapacitado. El PR se examina dentro de un concepto en los apoyos que el paciente reciba y de sus motivaciones potenciales (para algunos capacidades residuales), para lograr metas a futuro y posteriormente comparar los resultados un tanto realistas; finalmente **la esencia del PR es una evaluación de la rehabilitación integral**.

En geriatría, el concepto de salud está basado sobre todo en la funcionalidad y autonomía del individuo, concepto diferente en medicina general, ya que para ésta, la posición es determinista en lo que respecta a Salud y Enfermedad; o sea, si se está sano, es no tener enfermedades, o se está enfermo. En el concepto de salud en geriatría se acepta que aun-

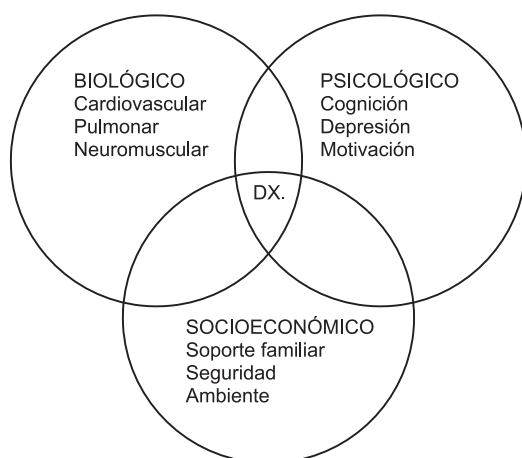
Cuadro 1.

1. Mantener la máxima movilidad y funcionalidad
2. Mantener y restaurar la autonomía en las AVD, y actividades de la vida diaria instrumentada. (AVADI)
3. Aplicar tratamientos simples
4. Efectuar las sesiones terapéuticas por periodos cortos
5. Obtener la confianza y cooperación del paciente
6. Lograr que todo el personal técnico trabaje en equipo, incluyendo la familia y la comunidad (valoración social)

Cuadro 2.

1. Identificar el problema primario
2. Prevención de complicaciones secundarias
3. Restaurar las habilidades perdidas
4. Se toman en cuenta las características del viejo, (biológicas, psicológicas y sociales)
5. Adaptación del personal al ambiente
6. Adaptación del paciente al ambiente
7. Promover la adaptación y complacencias familiares
8. Aplicar los principios de la rehabilitación general

Servicios Nacionales de Salud en Medicina Geriátrica U.K. 1986



Adaptado Kane R. L. y col. Geriatría Clínica, 3ra Ed., McGraw H. Inter.. 1997 Mex.

Figura 1. Modelo biopsicosocial en la evaluación del potencial rehabilitatorio.

que exista comorbilidad, si hay buena funcionalidad y autonomía, con satisfacciones y placeres; en este principio es lo que se basa principalmente la salud de un viejo. Como corolario, ¿el viejo es un enfermo sano? o ¿es un medio enfermo? (Encinas).

La rehabilitación física (RF) es distinta al PR ya que la primera es unidimensional y sus objetivos van hacia la capacidad de recuperación ante una discapacidad. En el RF existe una metodología con algunas variantes para cada condición como puede ser un ACV o una fractura de cadera. Los resultados con estos procedimientos pueden ser advertidos en los primeros días de su aplicación. El PR es multidimensional e integrado a través de una serie de factores como son: biológicos, sociofamiliares, psicológicos, económicos, ambientales, etc., todos ellos con la finalidad de obtener una recuperación funcional integral. Con estos lineamientos se pueden tener buenos resultados pronósticos de RF o mal PR. **El PR no tiene objetivo diagnóstico tiene un fin pronóstico.**

Las bases para la evaluación del PR geriátrico es la valoración de un diagnóstico funcional. La mejor forma de entender este concepto es con ejemplos de casos clínicos. Caso ilustrativo: Sujeto de 79 años, diabético, en buenas condiciones físicas que sufre fractura de cadera. Se coloca prótesis, sin complicaciones perioperatorias. Ambiente: viudo, vive solo en un tercer piso, sin apoyo de sus hijos, vende artesanías y es deprimido. La RF tiene buen pronóstico. Sin la red de apoyo el PR es malo.

Caso ilustrativo: Sujeto de 82 años con ACV que deja hemiparesia izquierda, flácida, con afasia mixta, incontinencia vesical, delirium. Ambiente: Ha sido responsable

autoafirmativo, vital e independiente, tiene gran apoyo familiar y económico. El pronóstico funcional es pobre, sin embargo el PR es bueno, ya que se puede lograr un máximo de funciones y habilidades.

Esta valoración multidimensional geriátrica, permite descubrir factores que, sin ellos, de alguna manera resultarían en complicaciones y llevarlo a un «deterioro» inexplicable.

Para estimar el PR se sigue un proceso un tanto convencional, lo que equivale a una evaluación interdisciplinaria y multidimensional, se señalan las consideraciones básicas y decisivas para conformar el PR (figura 1).

Evaluación del área biológica

Es básica para esta área iniciarla con la historia clínica tradicional, con la diferencia que al efectuarla, se buscará intencionalmente la presencia de síndromes geriátricos. Es de especial importancia la evaluación, iniciándola con los factores de riesgo, posteriormente, si está presente una cardiopatía isquémica con angor, si hay hipertensión arterial, hipotensión ortostática, enfermedades vasculares periféricas con claudicación. Ante la incertidumbre de que el paciente llegue a tolerar esfuerzos, por insuficiencia cardíaca, es de gran ayuda solicitar un ecocardiograma, si la fracción de eyección es menor de 35%, la actividad física se indicará, previa evaluación del cardiólogo. La función pulmonar se valorará, si existe tabaquismo, (reciente o antiguo), de bronquitis crónica, si se trata de un EPOC; la espirometría y oximetría digital son de gran ayuda para RF, también hay que descartar tuberculosis. Una prueba muy útil para los programas indicados, es la capacidad que tiene el viejo de contar hasta 15, después de una inspiración (capacidad aeróbica), otra prueba que se ha utilizado es apagar el fuego de un cerillo a 10 cm de distancia con el aliento de la espiración.

En el área neuromuscular se valorará sobre todo la movilidad, si necesita ayuda y qué es lo que puede o no hacer. Observar la marcha que gire 180°, que regrese y que se siente y se levante sin el apoyo de los brazos. Si hay debilidad o alteraciones sensoriales, es necesaria la exploración neurológica para identificar la causa. Por otro lado se ha visto que cuando el paciente tiene una hemiparesia, lo habitual es examinar el lado afectado más que el no afectado; para la rehabilitación, el «lado bueno» es con el que más se trabajará para apoyar al lado afectado.

Área psicoafectiva

La valoración cognitiva se hará con la aplicación del Mini mental de Folstein, es el elegido y de gran utilidad, pero es poco aplicable en los programas de RF, esta prueba tomó en cuenta, orientación, tiempo, lugar y atención, que

son determinantes para el PR, si el paciente es incapaz de seguir instrucciones y retener información, será también de problemas en la RF. El Mini mental tiene una graduación del 1 al 30, de 25 a 30 es normal, de 21 a 24 se interpreta como de ligera alteración intelectual, del 16 al 20 como moderada y de menos de 15 como severa alteración intelectual o cognitiva.

Depresión

La depresión es importante reconocerla y está en relación casi siempre con el grado de discapacidad. Hay que agregar que la depresión puede estar asociada por secuelas de AVC, y enfermedad de Parkinson, frecuentes en pacientes que necesitan rehabilitación. La depresión puede aparentar demencias, o no tener motivaciones ni ánimos, y puede ser apreciado el paciente como mal candidato para la rehabilitación. La depresión es tratable y existen varias pruebas para valorarla, una de las recomendadas es la escala de depresión Yesavage simplificada con 15 ítems.

Demencias

Hay que diferenciar el tipo de demencias. En forma simple se pueden dividir en reversibles e irreversibles, para las primeras pueden ser ocasionadas por medicamentos, enfermedad tiroidea, delirium y algunas otras, así como diferenciarlas de depresión, soledad, AVC. Esos cuadros pueden tener puntuaciones semejantes con el Mini mental, sin embargo, aquí el déficit cognitivo es reversible. Las demencias, ya sean moderadas o severas, no tienen los beneficios de la rehabilitación; sin embargo, con grados muy moderados, los pacientes son capaces de aprender tareas y movimientos que repercutirán favorablemente en las AVD, como es caminar y sentarse, ya que estas actividades están profundamente arraigadas a la memoria. En general, las capacidades para aprender y recordar habilidades motoras se conservan aunque exista la incapacidad para recordar información verbal.

Otro aspecto entre los factores psicosociales es la secuela de lesiones «psicológicas» por ejemplo, en pacientes con fractura de cadera de volverse a caer; esta condición puede obedecer a tratamientos incompletos o sobreprotegidos, en casas hogar, al no permitírseles aplicar lo aprendido para darse seguridad. Hay que recordar que en muchas instituciones, sobre todo las de larga estancia, tienden a fomentar las dependencias por el poco interés en la rehabilitación por actitudes de indiferencia. En esta área hay que conocer otras alteraciones de la personalidad como son: dependencias, sujetos compulsivos, histriónicos, estados de ansiedad, y si hay toxicomanías como es el alcoholismo.

Motivación

La motivación puede describirse como el tener un propósito, un deseo racional deliberado y voluntario, hacia decisiones y en este caso para participar en los programas de rehabilitación, ante lo señalado esta actitud aparecerá tempranamente. La motivación es parte importante del PR. Kemp propone una fórmula de motivación basado en estas 4 variables.

$$\text{Motivación: } \frac{\text{Querer, creer, recompensa}}{\text{Costos}}$$

La motivación será óptima cuando los primeros dos factores son positivos, el último es de menos valor. Habrá problemas de motivación cuando una de las cuatro variables es disfuncional, se puede ayudar cuando es percibido uno de estos factores. Respecto a los costos éstos pueden ser de todo tipo, ya sean financieros, físicos, psicológicos y sociales. En general si el paciente quiere, cree y será recompensado y con la percepción de los costos reales, el paciente está motivado.

Evaluación de la autonomía e independencia

En esta área se investigará el rango AVD o de supervivencia y de las AVDI, como actividades complejas o cerebrales superiores, las que requieren integración física, cognitiva, social y afectiva, también pueden considerarse éstas como laborales. En las AVD (Katz) hay que aclarar con exactitud lo que el paciente puede hacer y lo que no hace. No es lo mismo capacidad que ejecución, o sea, saber lo que el paciente sí está realizando no a lo que él, o la familia piense que podría hacer; la frase «sí se viste, pero en realidad, yo lo visto para consentirlo», esto significa que no se viste solo; el clínico debe pedir y ver la actividad solicitada. Las AVD son, vestirse, bañarse, alimentarse, incontinencias, caminar, asearse. Las AVDI son (Lawton) hacer compras, labores del hogar, preparar alimentos, manejar dinero, usar el teléfono y movilizarse y transportarse en la calle.

Área socioeconómica y familiar

Existen varios rubros para esta área, uno de ellos es la red o el soporte familiar y lo importante es la calidad de ellos más que la cantidad. «Mucho apoyo, insuficiente» no son provechosos; si es demasiado es una sobreprotección, lo que deriva a ganancias secundarias como son las manipulaciones. Por otro lado, si la familia no desea la rehabilitación para el paciente, el PR es malo. Las siguientes preguntas son importantes para el PR como parte de la evaluación social:

1. ¿Existe un sistema de apoyo típicamente familiar?
2. ¿Quiénes y cómo está integrado el apoyo?
3. ¿Los miembros son confiables?
4. ¿Son capaces de proporcionarle un soporte emocional?
5. ¿Son capaces de proporcionarle un soporte práctico?

Con dos de estos enunciados ayudarán bastante al PR. Para el enunciado uno es conocer el grado de educación y comportamiento y armonía de estas personas. Existen otras redes de apoyo como son los amigos y vecinos.

Otro elemento en esta área es el desempeño del cuidador primario, si éste está agobiado física y emocionalmente, se convertirá como de «mal trato del cuidador». Para el paciente con resultados negativos. También forman parte de este apoyo las instituciones como son el IMSS, el ISSSTE, etc.; por último los recursos económicos son básicos para un buen PR.

Conclusiones

1. El PR con geriatría evalúa todos los factores que determinan la capacidad tanto en actividades como recursos de

un viejo para su tratamiento; la rehabilitación será con fines pronósticos.

2. La rehabilitación física es un componente de la PR.
3. El PR debe realizarse con un equipo interdisciplinario de salud, aunque la integración no sea especializada.
4. Plantear en cada anciano el PR, con todos los profesionales de la salud.
5. El concepto del PR debe entenderse como la recuperación pronóstica de la funcionalidad, autonomía, independencia y satisfacciones vitales para el anciano.

Lecturas complementarias

1. Mosqueda LA. Assessment of rehabilitation potential geriatric rehabilitation. Clinics Geriatric Med Nov. 1993; 9: 4, 389-703.
2. Encinas MJ. Evaluación del potencial rehabilitatorio. Antología. Salud del anciano 2da Parte, Dpto. de Salud Pública Fac. de Medicina UNAM 2007, 323.
3. Kemp BJ. Psychologic care of the older rehabilitation patient. Geriatric Rehabilitation. Clin Geriatric Med Nov 1993; 9.4: 841-857.
4. Montes CML. Rehabilitación del paciente geriátrico. En: Lozano C. Introducción a la geriatría. 2da. Ed. Méndez Ed. 2000: 397-425.