

# GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

## Guía de Práctica Clínica GPC

### Intervenciones de REHABILITACIÓN TEMPRANA En el Adulto Mayor Hospitalizado

Guía de Referencia Rápida  
Catálogo Maestro de GPC: **IMS651-13**

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

**ÍNDICE**

1. CLASIFICACIÓN .....	3
2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO .....	4
3. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	6
4. DIAGRAMAS DE FLUJO .....	14
ALGORITMO 1. EVALUACIÓN DE RIESGO DE DETERIORO FUNCIONAL .....	14
ALGORITMO 2. INTERVENCIONES DE REHABILITACIÓN.....	15
5. CUADROS O ESCALAS CLÍNICAS .....	16

## 1. CLASIFICACIÓN

GPC: INTERVENCIONES DE REHABILITACIÓN TEMPRANA EN EL ADULTO MAYOR  
HOSPITALIZADO

CIE-<9 o 10>: Z509 ATENCIÓN POR PROCEDIMIENTO DE REHABILITACIÓN,  
NO ESPECIFICADA  
Z507 TERAPIA OCUPACIONAL Y REHABILITACIÓN VOCACIONAL,  
NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE  
Z501 OTRAS TERAPIAS FÍSICAS

## 2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO

### DEFINICIÓN

La rehabilitación es entendida como un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel funcional, mental y social óptimo, proporcionándole así, los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional, por ejemplo, ayudas técnicas, y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales.

El proceso de envejecimiento humano se caracteriza por la pérdida progresiva de las capacidades físicas y cognitivas que gradualmente pueden disminuir la independencia funcional del adulto mayor. Por funcionalidad, se entiende la capacidad que tiene un adulto mayor para realizar de manera independiente las actividades tanto básicas como instrumentales de la vida diaria, éstas consisten en el conjunto de capacidades del individuo para llevar a cabo una vida independiente en la comunidad; y comprenden desde las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), que están relacionadas con el autocuidado (aseo personal, vestido, alimentación, marcha, transferencias y continencia de esfínteres), hasta las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD); que integran al individuo a la sociedad (transporte, ir de compras, manejo de finanzas, uso del teléfono, control de la medicación, aseo del hogar, lavado de ropa y preparación de alimentos).

## CONTEXTO

La hospitalización de los adultos mayores debido a patología aguda o crónica agudizada, marca un evento de importancia trascendental; ya que, por sí misma, la hospitalización es un reconocido factor de riesgo para la pérdida de la independencia funcional. La malnutrición, la estancia prolongada en cama que contribuye al inmovilismo y la polifarmacia dan cuenta tan sólo de algunos factores asociados a esta pérdida en las capacidades funcionales. El deterioro funcional representa un reto para los sistemas de salud actuales debido a que los pacientes que son egresados de los hospitales con algún grado de dependencia, son incapaces de vivir solos y necesitan asistencia continua en su domicilio por familiares, o bien, son ingresados a una institución de larga estancia para su cuidado.

De los adultos mayores que son ingresados a áreas de hospitalización, hasta el 33% presentan deterioro funcional en al menos una de las actividades de la vida diaria y se incrementa a cerca del 50% cuando superan los 80 años de edad. La recuperación de estos pacientes es lenta y en el mejor de los casos, sólo la mitad de ellos retornan a su situación funcional previa a la hospitalización en los siguientes 3 meses. Así, se estima una pérdida funcional al egreso entre el 35 y 73% durante la estancia hospitalaria.

De este modo, es en el proceso de hospitalización y con los cuidados que se tienen durante el mismo, lo que puede marcar una diferencia en el curso del internamiento de este grupo de pacientes. La correcta evaluación de la funcionalidad previa al ingreso hospitalario, así como la identificación de síndromes geriátricos pueden ayudar a dirigir estrategias específicas que disminuyan las repercusiones de la hospitalización en adultos mayores frágiles.

Es así como la rehabilitación, entendida como la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, educativas y sociales tiene por objeto, siempre y cuando sea posible, recuperar, compensar o mantener aquellas capacidades funcionales del individuo para favorecer un grado suficiente de autonomía que mejore su calidad de vida, y consiga una mayor satisfacción personal y mejor integración social.

### 3. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

#### **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DETERIORO FUNCIONAL DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR**

El envejecimiento se asocia a distintos cambios fisiológicos que aunados a la hospitalización o al reposo en cama, contribuyen al deterioro funcional del adulto mayor, estos son: disminución de la masa muscular, disminución de la capacidad aeróbica, inestabilidad vasomotora, reducción de la densidad mineral ósea, disminución de la mecánica ventilatoria, reducción del volumen plasmático, tendencia a la incontinencia urinaria, privación sensorial, disminución del apetito y de la sed.

Las principales comorbilidades que contribuyen al deterioro funcional en el adulto mayor son: enfermedad coronaria, enfermedad vascular cerebral, deterioro cognoscitivo, ansiedad, depresión, enfermedades respiratorias, enfermedades musculo-esqueléticas, déficit somatosensorial principalmente visual y la hospitalización.

El deterioro funcional puede ser la consecuencia más negativa de la hospitalización, independiente de la corrección y adecuado tratamiento de la patología que originó el ingreso. La combinación del reposo en cama y la prohibición del ejercicio impuesta durante la hospitalización incrementan el riesgo de desacondicionamiento físico, debilidad muscular y dependencia psicológica, lo que también se conoce como “cascada hacia la dependencia”. Mientras que el incremento de la actividad física puede resultar en una transición óptima hacia el egreso.

Los efectos más predecibles del deterioro funcional por desacondicionamiento son vistos en el sistema musculo-esquelético incluido la disminución de masa muscular y la reducción de la fuerza que puede limitar seriamente la movilidad. La combinación del reposo en cama y la prohibición del ejercicio impuesta durante la hospitalización pueden incrementar el riesgo de desacondicionamiento físico, debilidad muscular y dependencia psicológica, lo que también se conoce como “cascada hacia la dependencia”. Mientras que el incremento de la actividad física puede resultar en una transición óptima hacia el egreso.

El ambiente hospitalario contribuye al deterioro funcional debido a: Uso de camas elevadas, ausencia de elementos que facilitan la orientación temporo-espacial,

horarios rígidos de administración de cuidados por personal de salud, pasillos con barreras arquitectónicas, utilización de aditamentos auxiliares para la micción y defecación (uso de cómodos – patos, pañal) y cambios bruscos de la alimentación condicionando alteraciones en la rutina de intestino. De igual forma, la presencia de alguno de los siguientes síndromes geriátricos promueve al doble el riesgo de deterioro en la funcionalidad del adulto mayor hospitalizado: caídas, incontinencia urinaria y fecal, sarcopenia, mareo o hipotensión ortostática, déficit sensorial y deterioro cognoscitivo.

Se recomienda utilizar la escala para la “Identificación de Adultos Mayores en Riesgo – Pacientes Hospitalizados (*Identification of Seniors At Risk – Hospitalised Patients* **ISAR-HP**, por sus siglas en inglés) es útil para detectar el riesgo de deterioro funcional durante la hospitalización. (**Ver Anexo 1**).

La escala ISAR-HP utiliza 4 reactivos que otorgan una puntuación mínima de 0 y máxima de 5. Un resultado de 2 o más puntos traduce un riesgo para deterioro funcional durante y al egreso de la hospitalización.

- Necesidad de apoyo para asistencia en actividades instrumentales de la vida diaria antes de hospitalizarse.
- Uso de algún dispositivo para la marcha.
- Necesidad de asistencia en viaje.
- Sin educación después de los 14 años de edad.

La escala ISAR-HP contribuye a determinar los objetivos del tratamiento durante el ingreso hospitalario, promueve el inicio temprano de rehabilitación y mejora la comunicación entre los pacientes, los cuidadores y el personal de salud.

#### **EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO**

La evaluación funcional provee datos objetivos que pueden indicar el futuro deterioro o mejoría en el estado de salud del adulto mayor y permite al personal de salud intervenir de forma apropiada. El primer paso en la prevención de la pérdida de la funcionalidad es la identificación del riesgo, esto puede lograrse a través de una evaluación geriátrica integral para dirigir las intervenciones preventivas durante la estancia hospitalaria. Una evaluación integral incluye la identificación de deterioro funcional, cognoscitivo y psicológico, el entorno social y los recursos

económicos.

La evaluación de las actividades de la vida diaria juega un papel importante en la toma de decisiones en el manejo clínico de los pacientes geriátricos. Por lo que se recomienda utilizar el Índice de Barthel para evaluar la funcionalidad debido a que además es un fuerte predictor independiente de sobrevida en pacientes hospitalizados. Un valor mayor a 60 puntos se traduce en una independencia asistida y es asociado a menor tiempo de estancia hospitalaria, mientras que una puntuación menor a 40 puntos corresponde a una dependencia severa.

La evaluación del potencial de rehabilitación necesita realizarse una vez que la enfermedad médica aguda ha sido resuelta, de esto depende que se obtengan los beneficios que ofrece una rehabilitación. Sin embargo, en muchas ocasiones la enfermedad requerirá ser manejada concurrentemente con los esfuerzos de una rehabilitación temprana.

La exploración del sistema musculoesquelético en la valoración del potencial rehabilitador en el adulto mayor debe incluir: evaluación de la postura (alineación de la columna, cifosis, lordosis), palpación del tono, contracturas musculares, signos inflamatorios, protrusión ósea, movilidad articular activa/pasiva y rango de movimiento articular medido por goniometría, estabilidad articular en los rangos de movimiento, evaluación de la sensibilidad superficial (tacto ligero temperatura y dolor) y profunda (propiocepción), fuerza muscular escala de Daniels.

#### **CONSECUENCIAS DEL DETERIORO FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO**

El desacondicionamiento es un proceso complejo de cambios fisiológicos que siguen a un periodo de inactividad, reposo en cama o de un estilo de vida sedentaria. Sus consecuencias repercuten en la pérdida funcional de varias aéreas como son el estado mental, grado de continencia y en la habilidad de completar actividades de la vida diaria.

El reposo prolongado en cama, conlleva a procesos adversos como el síndrome de desacondicionamiento físico o abatimiento funcional, además de eventos atribuibles a los procesos de hospitalización prolongada, tales como: enfermedades nosocomiales, trombosis venosa profunda, inmovilidad, lesiones cutáneas por presión, disminución de la masa ósea, atrofia o desgaste muscular (sarcopenia), disminución de la fuerza muscular, disminución de la capacidad ventilatoria y



muerte.

La incontinencia y constipación son consecuencias del desacondicionamiento y pueden tener un impacto significativo en la recuperación funcional y restauración de las actividades de la vida diaria (AVD). La dependencia en las AVD como consecuencia de la hospitalización se traduce en una mayor carga al cuidador, llegando al colapso y al maltrato, además de un incremento en la utilización y costos de los servicios de salud.

El deterioro funcional secundario a la hospitalización se debe de abordar como “síndrome geriátrico”, éste se relaciona con otros síndromes geriátricos que deberán sospecharse o prevenirse durante la hospitalización debido a que sigue un modelo de presentación conocido como “etiología en cascada”: inmovilidad, úlceras por presión, sarcopenia y fragilidad, caídas por hipotensión ortostática, estreñimiento e impactación fecal, incontinencia urinaria, malnutrición y anorexia, delirium, deterioro cognoscitivo, depresión, trastornos del sueño, colapso del cuidador y maltrato al adulto mayor (**Ver Anexo 2**).

### **INTERVENCIONES DE REHABILITACIÓN EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO**

#### Terapia Física para prevención de complicaciones.

Las contracturas musculares en miembros pélvicos son una de las principales causas de inmovilidad en el paciente hospitalizado y suele progresar a una discapacidad moderada a severa para la marcha y traslados al egreso. Si el paciente permanece en cama por más de 48 horas, aun cuando se encuentre en posición correcta, desarrollará contracturas progresivas de flexión de cadera y rodilla si no se inicia la movilización de forma temprana (las primeras 24–48 horas). Por lo anterior, no se debe restringir el movimiento articular ni muscular con posiciones viciosas o reposo total (al menos que la enfermedad de base lo contraindique). La prevención de contracturas musculares se basa en: una la movilización temprana de las cuatro extremidades y cambios de posición, mantener una posición y alineación óptima de las articulaciones y la movilización articular temprana. (**Ver Anexo 3**).

Los objetivos de un programa integral de rehabilitación en el adulto mayor hospitalizado son:

- Estabilizar el desorden primario que origine inmovilidad.
- Prevenir complicaciones o discapacidad secundarias al evento de hospitalización.

- Detectar y tratar las alteraciones funcionales (ej. marcha, alimentación, vestido, baño, aseo, incontinencia) e intervenir oportunamente para su manejo.
- Promover la adaptación a su medio, a la discapacidad residual y a su dinámica familiar al egreso hospitalario.

Se debe prescribir un programa de ejercicio de forma segura y efectiva para conservar el trefismo y fuerza muscular, sobretodo de miembros pélvicos, con la finalidad de prevenir pérdida de masa muscular y la subsecuente discapacidad que limite la bipedestación, marcha o transferencias.

La propiocepción es la capacidad del cuerpo para saber en qué posición tenemos situadas las articulaciones y sin necesidad de utilizar la vista, mantiene la estabilidad articular y proporciona el control del movimiento a través de la coordinación apropiada de la activación muscular (agonista/antagonista). La alteración de la propiocepción en rodilla y tobillo afecta negativamente el control postural del adulto mayor incrementando 20 veces el riesgo de tener contacto con obstáculos durante la marcha (tropezos) e incrementa 6 veces más el riesgo de sufrir caídas. Por lo anterior, se recomienda mantener la movilización de articulación y músculos durante la hospitalización debido a que la propiocepción es significativamente mejor cuando los músculos de la articulación están activos que cuando están inmóviles.

Se recomienda la intervención con terapia física en un programa de ejercicios que se realice dos veces al día durante el periodo de hospitalización, con una duración de 30 minutos por sesión, iniciando con 5 a 10 repeticiones de cada ejercicio y se sugiere iniciar las siguientes actividades:

- Estiramiento muscular para mejorar la flexibilidad.
- Movilizaciones (activas o pasivas) para mejorar el rango de movimiento articular.
- Ejercicios de fortalecimiento y resistencia de forma lenta y progresiva.
- Ejercicios de propiocepción, con la finalidad de mejorar la percepción del pie en el espacio y el apoyo en bipedestación.
- Ejercicios de balance, equilibrio y reeducación de marcha, se pueden utilizar auxiliares como andadera o bastón (si la enfermedad de base lo permite).

En pacientes con desacondicionamiento importante por diferentes causas como reposo prolongado o enfermedad aguda, se pueden iniciar ejercicios isométricos y

posteriormente de fortalecimiento con resistencia progresiva utilizando únicamente la gravedad como resistencia. Se puede realizar en cama o en sedestación.

La rehabilitación pulmonar es una intervención efectiva para el tratamiento de los pacientes con problemas pulmonares porque disminuye el riesgo de reingresos al hospital y se obtienen grandes mejorías clínicamente relevantes de la calidad de vida relacionada con la salud y de la capacidad para el ejercicio.

En pacientes hospitalizados en condiciones de moverse por sí mismos, se sugiere iniciar un entrenamiento aeróbico supervisado o ejercicios de resistencia leve (movilización de 4 extremidades contra gravedad sin carga de peso) para prevenir complicaciones, mejorar comorbilidades y con esto mejorar la calidad de vida.

Es aconsejable que el personal del equipo interdisciplinario proporcione la enseñanza del ejercicio al personal de enfermería y al cuidador del paciente para poder reproducir el programa 2 o 3 veces al día y al egreso al domicilio.

Los siguientes son condiciones que contraindican la rehabilitación: delirium hiperactivo o alteraciones de la conducta, inestabilidad hemodinámica, angina inestable, enfermedad coronaria aguda, elevación de la presión arterial en reposo  $>200/110\text{mmHg}$ ), arritmias, aneurisma aórtico, disección aórtica, fase terminal de insuficiencia cardíaca, enfermedad cardíaca valvular severa, infección de articulaciones, conocimiento de aneurismas cerebrales o sangrado intracraneal, hemorragia aguda de retina o cirugía oftalmológica reciente.

## **INTERVENCIONES DE REHABILITACIÓN EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO**

### Terapia Ocupacional

La terapia ocupacional (TO) se define como el conjunto de acciones e intervenciones con objetivos específicos que favorecen la adquisición de conocimiento, destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las AVD con un máximo de autonomía, integración social y calidad de vida.

La intervención de terapia ocupacional debe iniciar con una valoración integral de las AVD del paciente en las primeras 48 horas del ingreso hospitalario para determinar el grado de deficiencia funcional. Se recomienda otorgar un programa que se realice al menos 3 veces por semana o de preferencia una vez al día. La

duración del programa lo determinará el equipo interdisciplinario de acuerdo a la evolución.

Las actividades que lleva a cabo el terapeuta ocupacional son:

- Realizar valoraciones del potencial rehabilitatorio de un paciente para realizar las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentadas.
- Desarrollar programas de tratamiento que favorezcan habilidades para las AVD.
- Otorgar recomendaciones de adaptadores y entrenamiento con los mismos.
- Proporcionar orientación y enseñanza de las actividades y ejercicios a los familiares y/o cuidadores primarios.

Se recomienda la aplicación de terapia ocupacional enseñando al personal de salud y cuidadores las siguientes actividades:

- Enseñanza de técnicas para manejo de la sensibilidad superficial (tacto fino y dolor) y sensibilidad profunda (temperatura, vibración, estereognosia y propiocepción) con la finalidad de disminuir el riesgo de privación sensorial o en el manejo de alteraciones sensitivas ya establecidas.
- Manejo de esquema corporal frente a espejo.
- Enseñanza de las técnicas para transferencias del paciente de la cama a la silla o de la silla al retrete, puede auxiliarse de la sábana clínica para movilizar al paciente sin realizar esfuerzo.

Se recomienda incluir dentro del programa de rehabilitación integral del paciente adulto mayor hospitalizado a la familia y/o cuidador proporcionando programas de enseñanza de ejercicios y recomendaciones para realizar en casa y dar seguimiento posterior a la hospitalización tanto del paciente como del cuidador primario para prevenir la presencia de colapso y si éste se presentara, minimizar el impacto sobre el paciente.

#### **BENEFICIOS DE LAS INTERVENCIONES DE REHABILITACIÓN EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO**

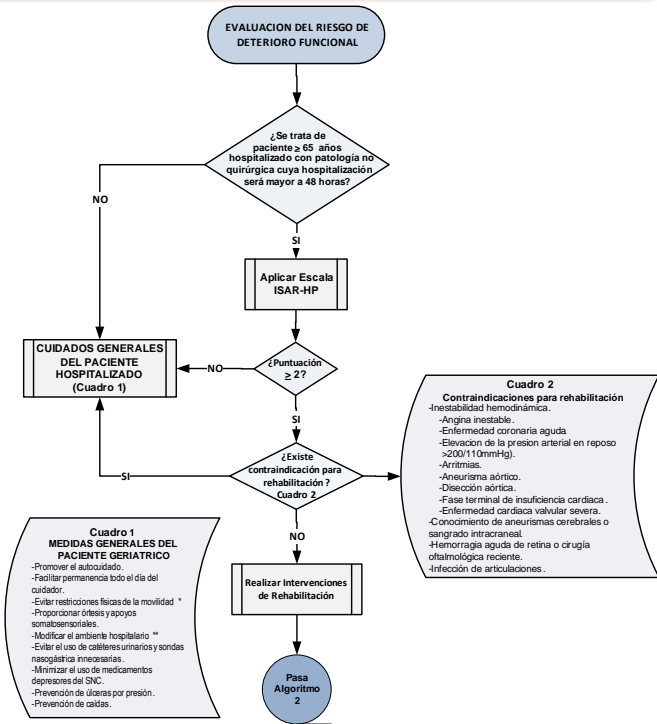
La implementación de un programa multidisciplinario para prevenir el abatimiento funcional y pérdida de calidad de vida durante la hospitalización ha demostrado tener resultados favorables especialmente en adultos mayores con alto riesgo de abatimiento funcional durante la hospitalización.

Los resultados de los metanálisis han mostrado que la rehabilitación geriátrica otorgada durante y posterior a la hospitalización produce beneficios en la funcionalidad y la autopercepción de la salud en los adultos mayores.

La prescripción de intervenciones de rehabilitación a través de ejercicios en el paciente adulto mayor hospitalizado ha demostrado una reducción de las readmisiones a urgencias, visitas al médico familiar y un incremento en la calidad de vida hasta 24 semanas posterior al egreso hospitalario, reducción en la institucionalización al momento del egreso, además puede disminuir la incidencia de caídas, mejorar la funcionalidad, reducir la estancia hospitalaria, mejoría de la percepción personal de salud y calidad de vida, así como disminución de la carga al cuidador y en la mortalidad.

4. DIAGRAMAS DE FLUJO

ALGORITMO 1. EVALUACIÓN DE RIESGO DE DETERIORO FUNCIONAL



**Cuadro 1  
MEDIDAS GENERALES DEL PACIENTE GERIATRICO**

- Promover el autocuidado.
- Facilitar permanencia todo el día del cuidador.
- Evitar restricciones físicas de la movilidad \*
- Proporcionar órtesis y apoyos somatosensoriales.
- Modificar el ambiente hospitalario \*\*
- Evitar el uso de catéteres urinarios y sondas nasogástrica innecesarias.
- Minimizar el uso de medicamentos depresores del SNC.
- Prevención de úlceras por presión.
- Prevención de caídas.

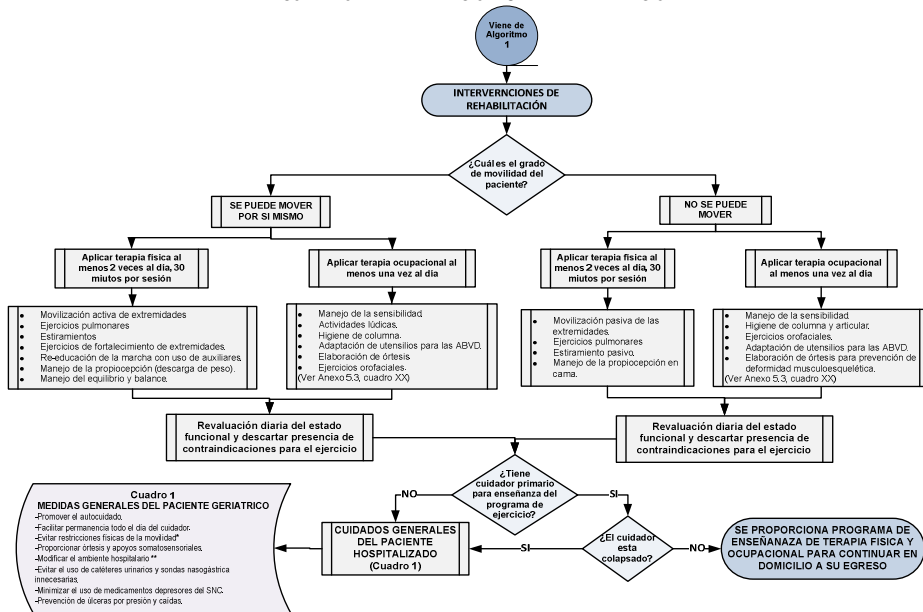
**Cuadro 2  
Contraindicaciones para rehabilitación**

- Inestabilidad hemodinámica.
- Angina inestable.
- Enfermedad coronaria aguda
- Elevación de la presión arterial en reposo >200/110mmHg).
- Arritmias.
- Aneurisma aórtico.
- Diseccción aórtica.
- Fase terminal de insuficiencia cardíaca.
- Enfermedad cardíaca valvular severa.
- Conocimiento de aneurismas cerebrales o sangrado intracranéal.
- Hemorragia aguda de retina o cirugía oftalmológica reciente.
- Infección de articulaciones.

\*Uso de equipos de venoclis 24 hrs, catéteres urinarias innecesarias, barandales, brazaletes o cualquier forma de restricción de movimiento.

\*\*Mantener los pasillos libres de Barreras arquitectónicas, proporcionar objetos de orientación temporoespacial (relojes, calendarios, fotos), barandales en las paredes del pasillo piso antiderrapante.

**ALGORITMO 2. INTERVENCIONES DE REHABILITACIÓN**



## 5. CUADROS O ESCALAS CLÍNICAS

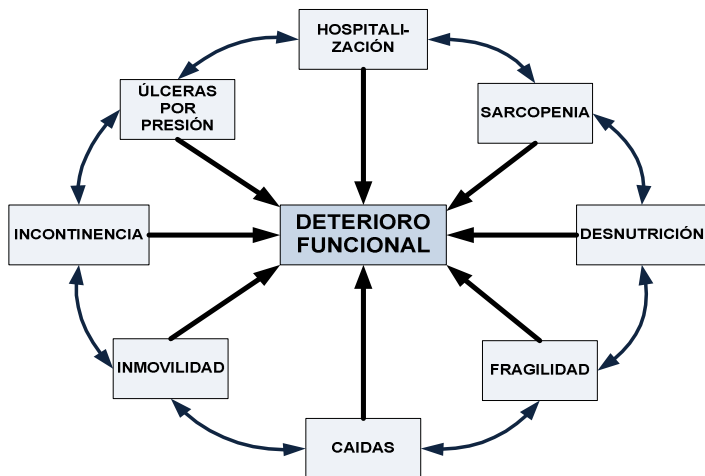
## ANEXO 1. MODELO PARA PREDECIR DETERIORO FUNCIONAL DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

<b>Identificación de Adultos Mayores en Riesgo - Pacientes Hospitalizados. ISAR-HP (Identification of Seniors at Risk-Hospitalized Patients).</b>		
	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Antes de la admisión hospitalaria, necesitaba ayuda para alguna de las Actividades instrumentales de la vida diaria regularmente (aseo del hogar, preparar alimentos, hacer compras, usar el teléfono, lavar ropa, uso de medios de transporte, manejo de asuntos económicos o medicamentos)	1	0
¿Necesita apoyo para caminar (,bastón, andador, muletas)	2	0
¿Necesita ayuda para salir de viaje?	1	0
¿Continuó su educación después de los 14 años de edad?	0	1
<b>Puntuación: 0-1 Riesgo Bajo</b> <b>Puntuación: 2-3 Riesgo Intermedio</b> <b>Puntuación: 4-5 Riesgo Elevado</b>		

Modificado de: Hoogerduijn JG, Buurman BM, Korevaar JC, Grobbee DE, Rooij SE, Schuurmans MJ. The prediction of functional decline in older hospitalised patients. Age and Ageing 2012;41(3):381-387.



**ANEXO 2. MODELO DE PRESENTACIÓN COMO SÍNDROME GERIÁTRICO DE "ETIOLOGÍA EN CASCADA" DEL DETERIORO FUNCIONAL**



### ANEXO 3. TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN SUGERIDAS DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA

#### Movilización progresiva en inmovilidad total

- Cambios posturales pasivos cada 2 horas.
- Ejercicios pasivos para preservar el rango de movilidad articular.
- Movilización pasiva en la cama (girar hacia los lados y flexionar el tronco hacia delante y posteriormente sentarse con los pies apoyados en el suelo (si la enfermedad de base lo permite)).
- Incrementar gradualmente el tiempo en sedestación hasta mantener el equilibrio sin ayuda y pueda sentarse al menos 30 minutos 3 veces al día.

#### Sedestación en sillón

- La transferencia de la cama-silla se realizará con el paciente sentado en la cama y con los pies apoyados en el suelo, apoyará los brazos del sillón e impulsará el cuerpo hacia adelante y hacia arriba.
- Se debe aumentar progresivamente el tiempo sentado fuera de la cama durante el día, comenzando por una hora dos veces al día.
- Se propiciará una postura correcta (tronco erguido y cabeza alineada), si es preciso con la ayuda de almohadas y continuar realizando la movilización de las 4 extremidades.

#### En bipedestación

- El paciente debe intentar levantarse y mantenerse en pie ayudado por dos personas o apoyándose en una andadera situada enfrente.
- Intentará mantener posición erecta sin flexionar caderas ni rodillas. Se pueden utilizar auxiliares como bastones y andaderas.
- Practicar el equilibrio, balance y propiocepción en bipedestación con el apoyo sobre un solo pie descargando peso de forma alterna en cada miembro pélvico, el paciente puede apoyarse sobre andadera durante el ejercicio.

#### Deambulación

En caso de que la enfermedad de base no intervenga en la deambulación se sugiere:

- Practicar la deambulación diaria, a paso lento pero con distancias crecientes
- Vigilar la aparición de automatismos (ej: balanceo de brazos) y la tolerancia cardiorrespiratoria.
- Inicialmente se puede utilizar un andadera o bastón (previene riesgo de caídas).

Modificado de: Rodríguez-Díaz O. Rehabilitación funcional del anciano. MEDISAN. 2009; 13(5).

Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,  
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.  
[www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC  
© Copyright CENETEC

Editor General  
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud  
2013

ISBN: **En trámite**