CENTRO DE SALUD FAMILIAR PEDRO AGUIRRE CERDA

PROTOCOLO LOCAL DE ABORDAJE Y REHABILITACIÓN DE USUARIOS CON DIAGNÓSTICO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR Y/O INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO RECIENTE

DICIEMBRE 2015

REALIZADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
KGO. Rodrigo Leyton Hernández CCR PAC T.O Rodrigo Morales Vargas CCR PAC		

I. INTRODUCCIÓN

Cada año millones de personas mueren por causa de un infarto de miocardio (IAM) o accidente cerebrovascular (ACV) en todo el mundo. El ACV agudo isquémico es un importante problema de salud pública en Chile, genera una significativa carga de enfermedad por años de vida saludables perdidos por discapacidad y muerte prematura. Es la causa más frecuente de Enfermedad Cerebrovascular (ECV) en Chile representando aproximadamente el 65% de todos los eventos cerebrovasculares.

La ECV es la primera causa de muerte en Chile y representa el 9% de todas las muertes (8.888 personas el año 2010). Además representa una causa frecuente de hospitalización, siendo el 6% de los egresos en mayores de 65 años, lo que corresponde a la cuarta causa de egresos en este grupo de edad. El estudio Piscis (2002), informó que la incidencia del primer episodio de ACV isquémico fue de 60 por 100.000 habitantes al año. El 93% de los ACV isquémicos se producen en personas mayores de 45 años; con una edad promedio de 66,5 años y el 56% de ellos en hombres. La letalidad a los 7 días es de 10,2%, 17% al mes después de un primer evento, 28% a los 6 meses y 31% al año. La probabilidad de estar discapacitado después de un ACV isquémico es de 18% a los 6 meses.

SECUELAS OBSERVADAS A 6 MESES DEL ACV ISQUEMICO	PREVALENCIA
Algún grado de hemiparesia	50%
Alteración de la marcha (sin asistencia de ayudas técnicas)	30%
Dependencia en Actividades de la vida diaria	26%
Afasia	19%
Institucionalización	26%
Síntomas depresivos	35%

Tabla 1. Prevalencia de secuelas a los 6 meses de un ACV, cohorte de Framingham.

II. OBJETIVO

Brindar acompañamiento y rehabilitación secundaria a usuarios inscritos en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Pedro Aguirre Cerda (PAC), que hayan sido dados de alta hospitalaria por diagnóstico de ACV o IAM con el fin de mejorar la funcionalidad y la independencia del usuario y favorecer su reinserción social y/o laboral.

III. ALCANCE

Este protocolo está dirigido a orientar el manejo de personas con diagnóstico de ACV o IAM que se encuentran inscritas en el CESFAM PAC de La Serena.

IV. RESPONSABLES DE APLICAR

Debe ser aplicado por todo el personal de salud del CESFAM PAC involucrado en el manejo de adultos con ACV o IAM, incluyendo kinesiólogo, terapeuta ocupacional, médico, enfermera, fonoaudiólogo, trabajador social y psicólogo.

V. DEFINICIONES

ECV: Enfermedad cerebro Vascular. Es un grupo de condiciones patológicas cuya característica común es la disfunción focal del cerebro por desequilibrio entre el aporte y los requerimientos de oxígeno y otros sustratos.

ACV: Accidente Cerebrovascular, es el resultado de una brusca interrupción del flujo sanguíneo del cerebro, por oclusión o ruptura de un vaso.

IAM: Infarto Agudo de Miocardio. Muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce por obstrucción completa de una arteria coronaria.

ANAMNESIS: Recopilación de información de los datos clínicos relevantes y del historial de un paciente.

REHABILITACIÓN: Conjunto de técnicas y métodos que sirven para recuperar una función o actividad del cuerpo que ha disminuido o se ha perdido a causa de un accidente o una enfermedad.

SIGNOS VITALES: Parámetros clínicos de las funciones básicas del organismo (frecuencia cardiaca y respiratoria, presión arterial, entre otras).

FISIOTERAPIA: Aplicación de medios físicos terapéuticos como el Ultrasonido, electroestimulación, termoterapia superficial, entre otros.

MASOTERAPIA: Terapia que usa el masaje corporal como medio de estimulación y/o relajación muscular.

EJERCICIOS TERAPÉUTICOS: Programa de Actividad Física que involucra al paciente en la tarea de realizar una contracción muscular y/o movimiento corporal con el objetivo de aliviar los síntomas, mejorar la función o mejorar, mantener o frenar el deterioro de la salud.

AVD-B: Actividades de la vida diaria básicas, orientadas al cuidado del propio cuerpo (alimentación, vestuario, higiene, etc.).

AVD-I: Actividades de la vida diaria instrumentales, son actividades de apoyo y que requieren interacciones más complejas que las del autocuidado como el cuidado del hogar, uso del dinero, crianza, etc.

HABILITACIÓN/REHABILITACIÓN LABORAL: Desarrollo de competencias laborales, aumento y fortalecimiento de redes comunitarias y sociales y coordinación con el intersector.

HABILITACIÓN/REHABILITACIÓN EDUCACIONAL: Desarrollo de competencias educativas, fortalecimiento de redes comunitarias y sociales y coordinación con el intersector.

ÓRTESIS: Dispositivos que se aplican externamente para modificar las características estructurales y funcionales de los sistemas neuromusculares y esqueléticos de una persona.

ADAPTACIÓN DEL HOGAR: Elaboración, instalación y/o desarrollo de medidas de adecuación arquitectónica y estructural para disminuir o mitigar las barreras ambientales del hogar que generan limitación en la actividad.

ACTIVIDADES RECREATIVAS: Actividades de una persona de manera grupal o colectiva, las cuales permiten desarrollar y/o mejorar habilidades de socialización a través de la interacción y aprendizaje con otros.

ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS: Actividades destinadas al logro de los objetivos terapéuticos planteados en el Plan de Tratamiento Individual a través de acciones individuales, grupales y comunitarias.

ORIENTACIÓN Y MOVILIDAD: Entrenamiento del desempeño ocupacional, en las AVD-B y AVD-I y apoyo para el logro de la inclusión social, laboral, escolar de persona con discapacidad visual. Manejo del desplazamiento en el hogar y el entorno (barrio, transporte público, etc.).

VI. DESARROLLO DEL PROCESO

Un paciente con ACV agudo debe ser dado de alta del Hospital de manera planificada y coordinada con el nivel primario de salud, de manera de lograr

gestionar las acciones necesarias para el manejo oportuno de las comorbilidades y la continuación de su proceso de rehabilitación.

El Hospital debe prestar los servicios de rehabilitación temprana y derivar y notificar los pacientes egresados a los respectivos Centros de Atención Primaria de Salud (APS), quienes serán responsables de continuar su proceso de rehabilitación, favorecer la reinserción social y rescatar a los pacientes en caso de no presentarse a control luego del egreso hospitalario.

Red de Derivación según CESFAM de Usuario:

	CESFAM	Establecimiento de Rehabilitación Física	Hospital
Coquimbo	CESFAM Sergio Aguilar	CCR Sergio Aguilar	Hospital Coquimbo
	CESFAM San Juan		
	CESFAM Tierras Blancas		
	CESFAM Sta. Cecilia	CCR Sta. Cecilia	
	CESFAM Tongoy	Sala RI CESFAM Tongoy	
La Serena	CESFAM Pedro Aguirre Cerda	CCR Pedro Aguirre Cerda	Hospital La Serena
	CESFAM Dr. Emilio Schaffhauser	CCR Dr. Emilio Schaffhauser	
	CESFAM Cardenal Caro		
	CESFAM Compañías	CCR Juan Pablo	
	CESFAM Raul Silva Henriquez		
	CESFAM Juan Pablo II		

1.- Ingreso a Sala de Rehabilitación.

El ingreso a la Sala de Rehabilitación se realiza mediante una interconsulta generada por el médico. En caso de ser derivado desde el nivel secundario debe adosarse a la interconsulta el "Informe de Rehabilitación Integral" (Anexo Nº 1 - Protocolo de Referencia de Pacientes derivados a Rehabilitación Física en las Comunas de La Serena y Coquimbo de la Dirección del Servicio de Salud Coquimbo) emitido por el kinesiólogo tratante indicando la continuidad del tratamiento en la Sala o sólo el ingreso al Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) para su control y manejo.

2.- Evaluación por Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional.

El kinesiólogo es responsable de realizar la anamnesis del paciente, evaluar el estado mental/conciencia, realizar el examen postural, muscular, articular y neurokinésico, para generar el Plan de Tratamiento Integral Consensuado con el usuario y su familia o cuidadores.

El terapeuta ocupacional debe realizar una anamnesis del usuario, con la colaboración de la familia y/o cuidador y una evaluación funcional de las áreas y componentes del desempeño ocupacional como las Actividades de la Vida Diaria Básicas (AVD-B) y Actividades de la Vida Diaria Instrumentales (AVD-I), educación, trabajo y participación social.

3.-Evaluación por Enfermera/o del PSCV.

La enfermera del PSCV será responsable de realizar anamnesis del paciente, controlar signos vitales, fortalecer la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, realizar consejerías y derivaciones a talleres dependiendo de las comorbilidades del usuario.

4.- Visita domiciliaria.

El kinesiólogo y el terapeuta ocupacional deben agendar una Visita Domiciliaria evaluando las condiciones de vida en el hogar (estructurales y la dinámica familiar). El objetivo de la Visita es la evaluación de la realidad psicosocial del paciente, la evaluación funcional del hogar para las AVD en la casa y su entorno, la elaboración de un plan de trabajo al respecto y el refuerzo de las indicaciones entregadas por el equipo tratante, técnicas específicas, contención del paciente y/o su familia y/o su cuidador.

5.- Consejería individual / familiar.

El kinesiólogo o terapeuta ocupacional deben agendar una consejería individual y/o familiar. Es un espacio terapéutico para el paciente y/o su familia con el equipo de rehabilitación. Se destina tiempo programado para trabajar alguna necesidad planteada por la familia o un miembro de ella. El problema es definido por el paciente y/o su familia, se analiza en conjunto las causas, se buscan posibles soluciones y se toman acuerdos al respecto, a los cuales se da seguimiento posterior.

6.- Terapia de Rehabilitación Individual/Grupal.

La Terapia de Rehabilitación es realizada por el kinesiólogo y el terapeuta ocupacional y está destinada a entregar prestaciones de rehabilitación al usuario que ingresa a la Sala según sus requerimientos. El equipo de rehabilitación evalúa el impacto en el tiempo de las acciones terapéuticas programadas y, eventualmente, define, en conjunto con la persona en situación de discapacidad, la familia/o cuidador, los ajustes en lo planificado para lograr los objetivos terapéuticos acordados.

La Terapia de Rehabilitación está enfocada en abordar los siguientes aspectos:

I. Rehabilitación por áreas deficitarias.

A. Impedimentos sensoriomotrices:

A.1 Disfagia

A.2 Alteraciones visuales

B. Activación Física:

B.1 Sedestación, transición al bípedo y bipedestación

B.2 Marcha

B.3 Activación de extremidad superior

C. AVDs:

C.1 Entrenamiento en AVDs

C.2 Tecnología asistivas y modificaciones ambientales

C.3 Órtesis

D. Comunicación:

D.1 Afasia

D.2 Apraxia del habla

D.3 Disartria

E. Cognición:

E.1 Atención y Memoria

E.2 Funciones Ejecutivas

E.3 Apraxias

E.4 Agnosias

E.5 Negligencias

F. Otras complicaciones:

F.1 Dolor (Hombro doloroso, Síndrome de Dolor Regional Complejo)

F.2 Subluxación de hombro

F.3 Contracturas

F.4 Edema de extremidades

F.5 Prevención de Caídas

F.6 Espasticidad

II. Participación Comunitaria

A. Familia y Redes
B. Reintegro Laboral/Educacional
C. Tiempo Libre
D. Sexualidad

7. Procedimientos de Rehabilitación Física.

Son las actividades terapéuticas que se desarrollan en la terapia de Rehabilitación (kinesiólogo y terapeuta ocupacional) y están dirigidas a la persona en situación de discapacidad en la que se aplica una o más de las siguientes tipos de intervenciones:

a. Fisioterapia,
b. Masoterapia,
c. Ejercicios terapéuticos,
d. Confección de órtesis,
e. Confección de adaptaciones,
f. Entrenamiento de AVDs,
g. Habilitación/Rehabilitación Laboral-Educacional,
h. Actividades Recreativas,
i. Actividades Terapéuticas y
j. Orientación y Movilidad.

8.- Ingreso a Taller Neurológico.

Una vez terminados los controles individuales y siendo previamente evaluado por el equipo de rehabilitación, el paciente hará ingreso a taller de neurología desarrollado por el kinesiólogo y el terapeuta ocupacional en donde se realizan actividades de prevención y promoción de estilos de vida saludables que ayudan a mantener y/o retardar procesos crónicos.

9.- Ingreso a Taller de Estimulación Cognitiva.

Son todas las actividades dirigidas a estimular y mantener las capacidades cognitivas existente, realizado por el terapeuta ocupacional. Por ejemplo la atención, memoria, el lenguaje y las funciones ejecutivas entre otras.

10.- Evaluación intermedia.

Evaluación que se realiza cumplidas las 10 sesiones de tratamiento individual y /o grupal con el fin de pesquisar cuadros dolorosos propios de la patología de base y/o patologías secundarias al cuadro principal.

11.- Taller a Cuidadores.

Talleres realizados a los cuidadores de los pacientes ingresados a la Sala de Rehabilitación con el fin de entregar conocimientos y habilidades para desarrollar estrategias curativas y/o preventivas en rehabilitación. Los talleres se realizan durante el periodo en que el paciente se encuentra en tratamiento y son desarrollados por el kinesiólogo, terapeuta ocupacional y otros profesionales que se estime convenientes.

12.- Inclusión social.

La inclusión social es un producto de la intervención del equipo y está definida en conjunto con la persona ingresada como parte de su Plan de Tratamiento.

Puede ser laboral, escolar, a grupos sociales o desarrollados al interior de la familia y el hogar (domiciliaria) como el logro de una actividad nueva o recuperada (AVD, jardinería, trabajo, incorporación a las actividades sociales de la comunidad, etc.).

13.- Alta.

Actividad terapéutica en la que se constata el cumplimiento de las acciones terapéuticas programadas y se evalúa si se cumplieron o no los objetivos terapéuticos.

14.- Derivación a especialidad.

Tiene como objetivo la evaluación por parte de un especialista de nivel secundario debido a un cuadro nuevo que el paciente pueda presentar o por algún problema pesquisado por el equipo de rehabilitación en el trascurso del periodo de tratamiento.

15.- Abandono.

Actividad terapéutica en la que se constata el incumplimiento de las acciones terapéuticas programadas debido a la ausencia por más de dos sesiones sin la debida justificación de la persona en situación de discapacidad, su familia y/o cuidador, procediéndose a decretar el alta.

VII. CONTRARREFERENCIA

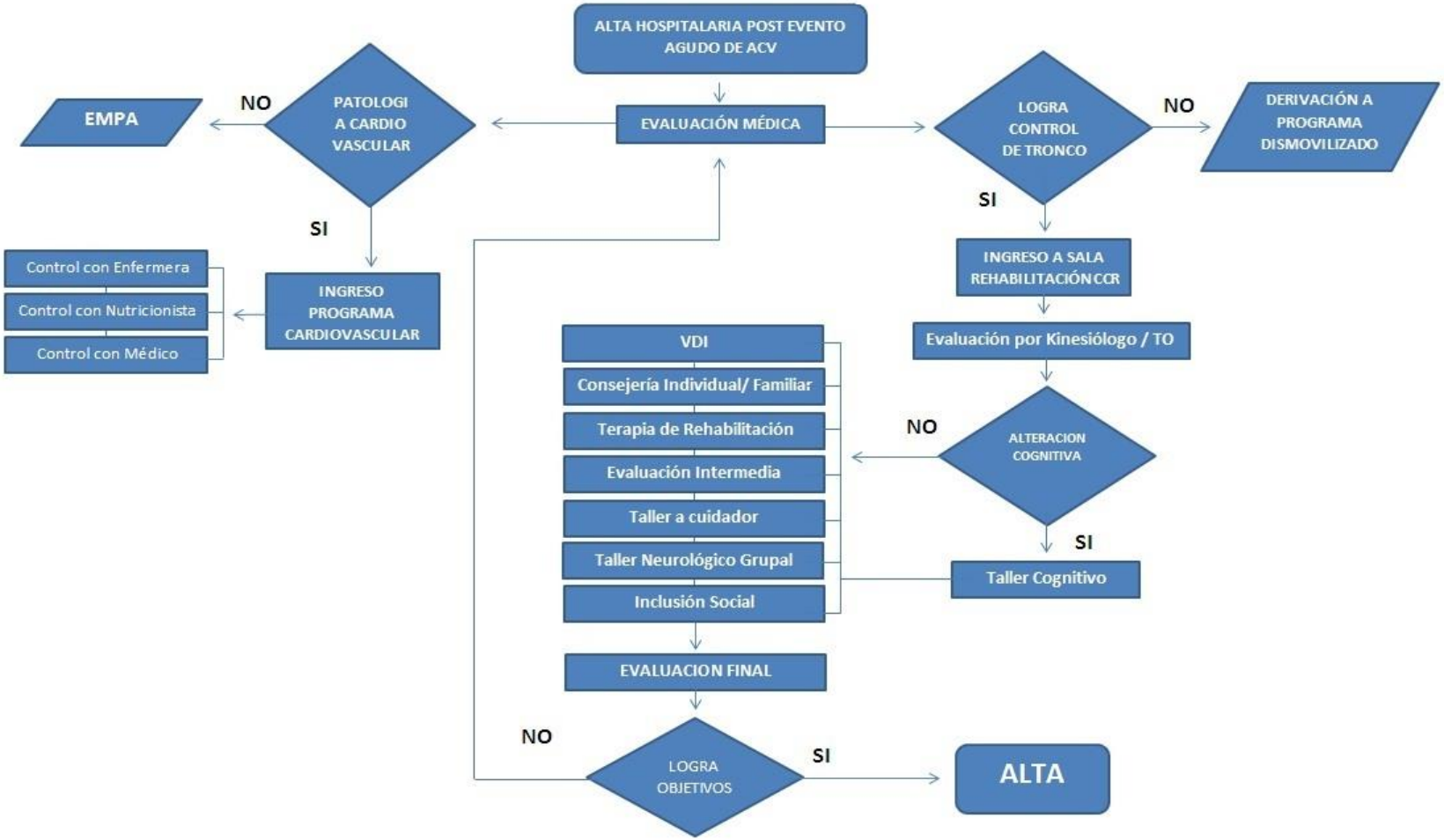
Una vez que el paciente termine su rehabilitación física integral según nivel que corresponda, en caso de ser necesario continuar tratamiento en otro nivel, serán contrarreferidos con el formato unificado para Informes de Rehabilitación Física (Anexo 1).

VIII BIBLIOGRAFIA

1. Muñoz-Collazos, Mario, Enfermedad Cerebro Vascular, Capitulo 12. Asociación Colombiana de Neurología. 2012.
2. Dirección del Servicio de Salud Coquimbo. "Protocolo de Referencia de Pacientes derivados a Rehabilitación Física en las Comunas de La Serena y Coquimbo" Subdirección de Gestión Asistencial, Diciembre 2015.
3. Orientaciones metodológicas para el desarrollo de las estrategias de rehabilitación en A.P.S 2010-2014, MINSAL 2010.
4. Departamento de estadísticas e información de salud (DEIS), Manual REM Serie A, MINSAL 2015.
5. MINSAL, Guía Clínica AUGE ACV isquémico en personas de 15 años y más. Serie Guías clínicas MINSAl, 2013.
6. MINSAL, Guía clínica Infarto agudo del miocardio con supradesnivel del segmento ST, 2010.

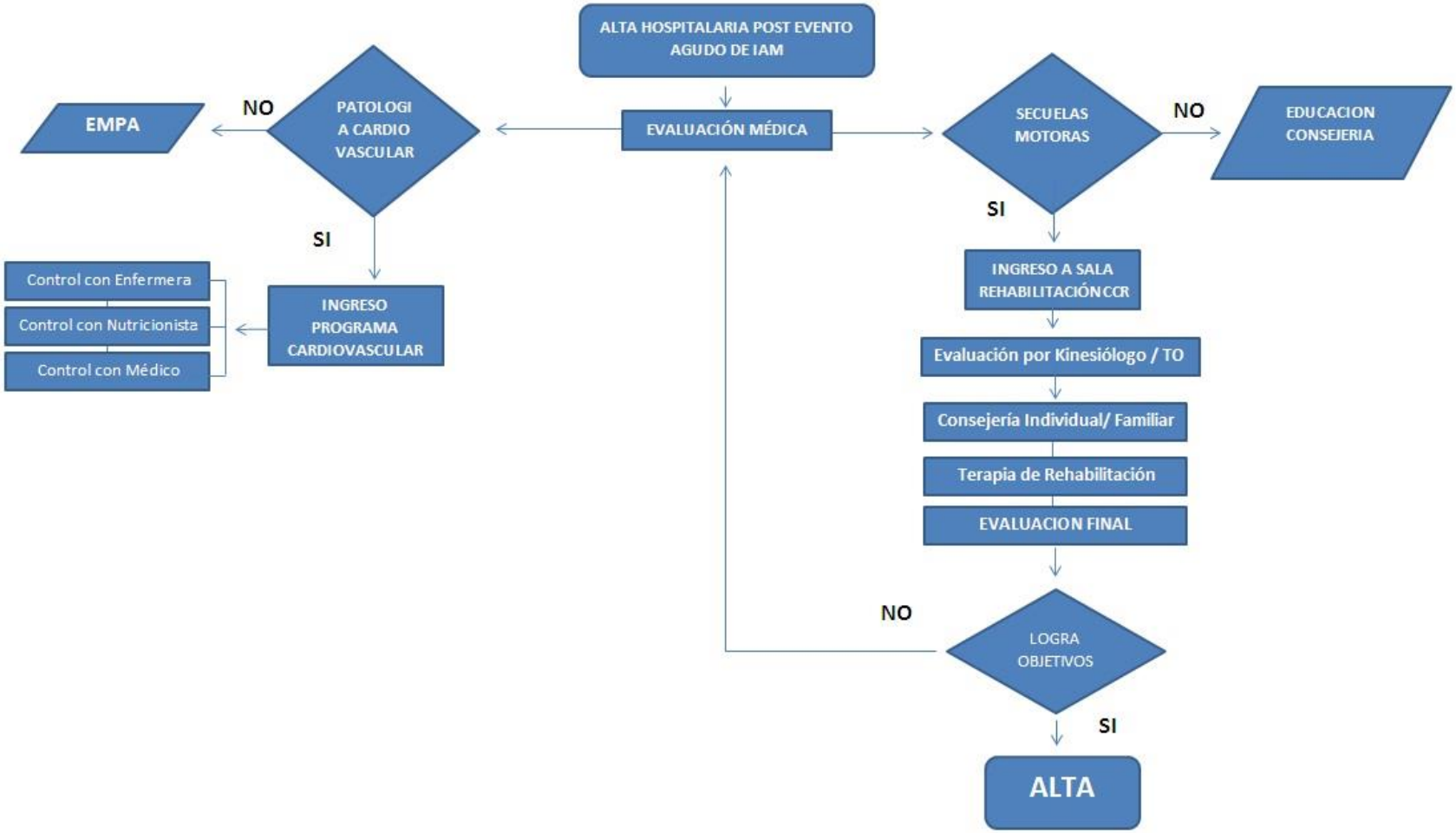
Centro de Salud Pedro Aguirre Cerda	PROTOCOLO LOCAL DE ABORDAJE Y REHABILITACIÓN DE USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR Y/O INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO RECIENTE	Edición: 1 Fecha: Diciembre 2015 Páginas: 17 Vigencia:

FLUJOGRAMA 1: DERIVACION DE USUARIO CON DIAGNOSTICO DE ACV



Centro de Salud Pedro Aguirre Cerda	**PROTOCOLO LOCAL DE ABORDAJE Y REHABILITACIÓN DE USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR Y/O INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO RECIENTE**	Edición: 1 Fecha: Diciembre 2015 Páginas: 17 Vigencia:

FLUJOGRAMA 2: DERIVACION USUARIO CON DIAGNOSTICO DE IAM



Centro de Salud Pedro Aguirre Cerda	**PROTOCOLO LOCAL DE ABORDAJE Y REHABILITACIÓN DE USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR Y/O INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO RECIENTE**	Edición: 1 Fecha: Diciembre 2015 Páginas: 17 Vigencia:

Anexo 1

INFORME DE REHABILITACION INTEGRAL

Identificación del Paciente

Nombre Paciente	
RUT Paciente	
Edad Paciente	
Diagnostico Medico	
Nº Sesiones	
CESFAM	
Fecha Cirugía (si aplica)	

Evolución Clínica

Continuar Tratamiento en CCR (marcar con una x)

Si	No

Fundamento:

Nombre del Profesional	
Establecimiento	
Teléfono	
Correo	
Fecha Informe DD/MM/AA	
Firma y Timbre	

Anexo 2: Red de Rehabilitación Física de la Comuna de La Serena y Coquimbo

Establecimiento	Programa/Servicio	Profesional Encargado	Teléfono	Correo
Hospital La Serena	Unidad de Kinesiología	Klga. Glenda Alvarez	RedMINSAL: 513348 Tel: 51-2333348	glenda.alvarez@redsalud.gov.cl
Hospital de Coquimbo	Unidad de Medicina Física y Rehabilitación	Dra. Valeria Musa Klga. Maria Angeliza Briones TO Yolanda Reyes	RedMINSAL: 516247 Tel: 51-2336247	valeria.musa@redsalud.gov.cl maria.briones@redsalud.gov.cl yolanda.reyes@redsalud.gov.cl
CCR Dr. Emilio Schaffhauser	Programa de Rehabilitación Física Integral	Klgo. Alan Gonzalez To Giordana Cornejo	51-2221087 51-2221203	agonzalez@corporacionggv.cl giordanacornejo@gmail.com
CCR Pedro Aguirre Cerda	Programa de Rehabilitación Física Integral	Klgo. Rodrigo Leyton TO Rodrigo Morales Vargas	51 - 2270680	leyton.rs@gmail.com rodrigo.morvargas@gmail.com
CCR Juan Pablo II	Programa de Rehabilitación Física Integral	Klgo. Mauricio Rojas TO Romina Godoy		maurosebastianr@gmail.com rominagodoy@gmail.com
CECOSF Villa El Indio	Programa de Rehabilitación Física Integral	Klga. Lilian Castillo	51 - 22336020	araya.lilian@gmail.com
CCR Sta. Cecilia	Programa de Rehabilitación Física Integral	Klga. Natalia Aliaga TO Mariana Araya	51 - 22328079	natalia.aliaga.cruz@gmail.com mtrinidad.lmusa@gmail.com
CCR Dr. Sergio Aguilar	Programa de Rehabilitación Física Integral	Klgo. Diego Aguirre	51- 326078	daguirretoro@gmail.com

Centro de Salud Pedro Aguirre Cerda	**PROTOCOLO LOCAL DE ABORDAJE Y REHABILITACIÓN DE USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR Y/O INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO RECIENTE**	Edición: 1 Fecha: Diciembre 2015 Páginas: 17 Vigencia: