



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Resolución Directoral

Chorrillos, 11 de Marzo del 2020

Visto, el Expediente N°19-INR-014760-001, que contiene la Nota Informativa N°386-2019 DIDRILC-INR del Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales, Memorando N° 1067-2019-DEIDRIFMOT/INR de la Directora Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras, Informe N° 020-2020-EO/OEPE/INR del Jefe de Equipo de Organización y el Proveído N° 019-2020-OEPE/INR de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú- Japón;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud establecen que la Salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, además la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Ley N° 29973 se aprobó la "Ley General de la Persona con Discapacidad" la que tiene como finalidad establecer el marco legal para la promoción, protección y realización, en condiciones de igualdad, de los derechos de la persona con discapacidad, promoviendo su desarrollo e inclusión plena y efectiva en la vida pública, económica, social, cultural y tecnológica;

Que, mediante Ley N° 30885 Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS), tiene por objeto establecer el marco normativo para la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS) a nivel nacional, teniendo como función proveer servicios de salud integrales a la población de su ámbito, mediante intervenciones de salud individual y salud pública;

Que, mediante Resolución Directoral N° 015-2020-SA-DG-INR se aprobó la Creación de la Unidad Funcional de Hospitalización del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú- Japón;

Que, mediante Nota Informativa N°386-2019.DIDRILC-INR, el Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales, ha elaborado el Documento Técnico: Programa de Atención Temprana de Rehabilitación para pacientes con secuelas de accidente cerebrovascular (ACV) de la Unidad Funcional de Hospitalización del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú- Japón, con el objetivo de optimizar el proceso inicial de recuperación funcional de los pacientes con secuelas de accidente cerebrovascular (ACV), minimizando al máximo la posibilidad de complicaciones y asegurando la continuidad del proceso de rehabilitación en la referida unidad;

Que, mediante documento del visto, el Jefe del Equipo de Organización y la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico emiten opinión favorable al Documento Técnico: Programa de Atención Temprana de Rehabilitación para pacientes con secuelas de accidente



cerebrovascular (ACV) de la Unidad Funcional de Hospitalización del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú- Japón el cual cumple con la estructura aprobada en la Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud;

Con la finalidad de contribuir en mejorar la condición de los pacientes con secuelas de accidente cerebrovascular (ACV) a un tratamiento de rehabilitación en forma precoz e integral, con el propósito de mejorar la calidad de vida y favorecer la incorporación a sus actividades de vida diaria, resulta pertinente expedir el acto resolutorio que aprueba el Documento Técnico: Programa de Atención Temprana de Rehabilitación para pacientes con secuelas de accidente cerebrovascular (ACV) de la Unidad Funcional de Hospitalización del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú- Japón;

De conformidad con lo previsto en la Ley N° 26842 Ley General de Salud, Ley N° 29973 y modificatorias de la "Ley General de la Persona con Discapacidad", Ley N° 30885 Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS), Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud y la Resolución Ministerial N° 715-2016/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación;

Con la Visación de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú – Japón;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el Documento Técnico: Programa de Atención Temprana de Rehabilitación para pacientes con secuelas de accidente cerebrovascular (ACV) de la Unidad Funcional de Hospitalización del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú- Japón; que consta de Cuarenta y cuatro (44) folios, el mismo que forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR a la Oficina de Estadística e Informática la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional.

Regístrese y Comuníquese

MC. LILY PINGUZ VERGARA
(e) Directora General
CMP. N° 23770 RNE. N° 12918
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

**INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"
AMISTAD PERU - JAPÓN**

**DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y
REHABILITACIÓN INTEGRAL EN FUNCIONES MOTORAS**

**DOCUMENTO TECNICO: PROGRAMA DE ATENCIÓN TEMPRANA DE
REHABILITACIÓN PARA PACIENTES CON SECUELAS DE ACCIDENTE
CEREBRO VASCULAR (ACV) DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION, DOCENCIA Y REHABILITACION
INTEGRAL EN LESIONES CENTRALES**



GUANAU ALEJANDRO URQUIA FERNANDEZ
AC Rehabilitador CMP. 18560 - RNE. 0819
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia
y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

LIMA, 2020

INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	02
II. FINALIDAD	02
III. OBJETIVOS	03
IV. BASE LEGAL	03
V. ÁMBITO DE APLICACIÓN	04
VI. CONTENIDO DEL PROGRAMA	04
- SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO	04
- CONSIDERACIONES O DISPOSICIONES ESPECIFICAS	08
- DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES	13
VII. RESPONSABILIDAD	14
VIII. ANEXOS	14
IX. BIBLIOGRAFIA	44



FERNANDO ALEJANDRO FERRER
 INC. Rehabilitador CMP. 16500 - C.R.E. 1519
 Jefe del Departamento de Investigación, Docencia
 y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
 MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
 C.A. ADRIANA CORTÉS S. 1015 - URB. MIRAFLORES

I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el artículo 126° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2017-SA, "Los Institutos Especializados son órganos desconcentrados dependientes de la Dirección General de Operaciones en Salud. Son responsables de desarrollar las funciones de investigación y docencia en materia de salud, así como servicios de salud altamente especializados en Salud."

El Reglamento de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, considera al Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, como Instituto Especializado de Rehabilitación, órgano desconcentrado del Ministerio de Salud.

El accidente cerebrovascular (ACV) es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el desarrollo de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral, con síntomas que tienen una duración de 24 horas o más, o que progresen hacia la muerte con ninguna otra causa evidente que el origen vascular (1). Es uno de los principales problemas de salud pública y representa una de las principales causas de mortalidad y la tercera causa de discapacidad en el mundo (2); afectando anualmente a 15 millones de personas, por lo que su elevada incidencia y prevalencia genera un notable costo humano y económico en el sistema de salud y en las familias.

Es importante y vital la prevención primaria del ACV (3), no obstante, la atención en la etapa aguda del evento vascular, la prevención secundaria y la rehabilitación posterior son etapas de la atención severamente limitadas en la mayoría de las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPRESS) públicas del país, por dificultades en la infraestructura y recursos que permitan una apropiada valoración funcional inicial, a lo que se suma la falta de un equipo de rehabilitación integral, lo que prolonga el tiempo de hospitalización.

Teniendo en cuenta que en los primeros seis meses de evolución del cuadro de ACV se produce un proceso de recuperación espontánea de diferente magnitud según sea el caso, el pronóstico de cada uno de ellos se basa en la magnitud del daño y su localización (número de centros vitales comprometidos) (4), pero sobre todo en la posibilidad de acceder a un programa integral de rehabilitación en forma oportuna y un entorno familiar adecuado (informado y proactivo), para optimizar las capacidades funcionales del paciente y disminuir al máximo las complicaciones. Sin embargo, se hace necesario plantear alternativas de abordaje a un problema que tiene muchas variables pero todas ellas relacionadas con la precocidad con que se inicia el tratamiento de rehabilitación en forma sostenida y la familia adquiere los conocimientos necesarios para que su participación sea adecuada y oportuna, en ese sentido se plantea teniendo en cuenta un orden de prioridades: inicio precoz del tratamiento de rehabilitación y minimización de las complicaciones (prevención secundaria y terciaria), teniendo en cuenta la evidencia de que cuanto más temprano se inicie el proceso de rehabilitación las posibilidades de recuperación son mayores (5)(6).

El Instituto Nacional de Rehabilitación, es una IPRESS de referencia a nivel nacional especializado en el tratamiento de patologías de alta complejidad, y durante los últimos cinco años (2014 -2018) se atendieron por consulta externa 3117 atenciones médicas de pacientes con Secuelas de Accidentes Cerebrovasculares (ACV), y solo el 19% inicia su tratamiento antes de los 3 meses de evolución, siendo las causas principales los

gastos que genera el poder acceder a su tratamiento y el grado de dependencia que mantiene inicialmente.

Ante esta situación, mediante Resolución Directoral N°015-2020-SA-DG-INR, se creó de forma temporal la Unidad Funcional de Hospitalización del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Lesiones Centrales del Instituto Nacional de Rehabilitación, constituyéndose como centro de referencia a nivel nacional, con el propósito de optimizar el proceso inicial de recuperación funcional, minimizando al máximo la posibilidad de complicaciones y asegurando la continuidad del proceso de rehabilitación o en la IPRESS más cercana a su lugar de procedencia; a través del Programa de Atención Temprana de Rehabilitación del Paciente con Secuelas de Accidentes Cerebrovasculares (ACV), con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes y favorecer su incorporación a las actividades de vida diaria, así como a su reinserción social y económica.

II. FINALIDAD

Contribuir en mejorar la condición de los pacientes con secuelas de accidente cerebrovascular (ACV) a un tratamiento de rehabilitación en forma precoz e integral, con el propósito de mejorar la calidad de vida y favorecer la incorporación a sus actividades de vida diaria.

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Optimizar el proceso inicial de recuperación funcional de los pacientes con secuelas de accidente cerebrovascular (ACV), minimizando al máximo la posibilidad de complicaciones y asegurando la continuidad del proceso de rehabilitación en la Unidad Funcional de Hospitalización del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1. Mejorar el acceso al Programa de Atención Integral en Rehabilitación los pacientes con secuela de ACV en un estadio precoz.
- 3.2.2. Mejorar la capacidad funcional del paciente para que pueda ser atendido en forma ambulatoria.
- 3.2.3. Optimizar los resultados de la prevención secundaria y terciaria (disminuyendo el porcentaje de complicaciones y acortando los tiempos de ejecución del Programa de Atención Integral en Rehabilitación).
- 3.2.4. Permitir la contra referencia del paciente en condiciones funcionales al centro hospitalario más cercano a su domicilio y que cuente con una UPSMR, para que continúe con su proceso de rehabilitación.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
- Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud y el Plan Esencial del Aseguramiento en Salud.
- Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.



FERNANDO ALEJANDRO URCIA FERNANDEZ
M.C. Rehabilitador CMP 16590 - RNE 1419
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia
y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

- Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).
- Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (ROF - MINSA) y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 054-2018-PCM, que aprueba los Lineamientos de Organización del Estado y su modificatoria aprobada por Decreto Supremo N° 131-2018-PCM.
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 018 - MINSA/DGSP-V01, denominada Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 715-2006/MINSA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación.
- Resolución Ministerial N° 308-2009/MINSA que aprueba la NTS N° 079-MINSA/DGSP-INR-V.01: "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Medicina de Rehabilitación".
- Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSA, que aprueba la NTS N° 021/DGSP-MINSA- V.03: Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 076-2014/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 862-2015/MINSA, que aprueba la NTS N° 119 - MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de Salud del III Nivel de Atención".
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba la "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Directoral N° 015-2020-SA-DG-INR, aprobar de forma temporal la creación de la Unidad Funcional de Hospitalización del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Lesiones Centrales de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras del Instituto Nacional de Rehabilitación.

V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Programa es de aplicación en todos los servicios de atención médica especializada y la Unidad Funcional de Hospitalización del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Lesiones Centrales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN.

VI. CONTENIDO DEL PROGRAMA

6.1. Situación Actual del Aspecto Sanitario. -

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de las principales causas de mortalidad en el mundo es el accidente cerebrovascular (ACV) (4) y la tercera causa de discapacidad global (5). Es la enfermedad neurológica más frecuente, con una incidencia promedio mundial de 200 casos por cada 100 000 habitantes cada año, y una prevalencia de 600 casos por cada 100 000 habitantes. Según su naturaleza patológica se divide en: isquémico y hemorrágico (5).

La OMS, en su Observatorio Mundial de la Salud (GHO), indica que en 2015 se produjeron más de 6 millones de muertes por accidente cerebrovascular en todo el mundo, de las cuales 3 250 217 corresponden al sexo femenino, en tanto 2 990 394 al sexo masculino (6). En el Perú, se estima que el 15% de todas las muertes prematuras son causadas por la ACV, el daño generado por esta enfermedad no solo se estima mediante la mortalidad sino, y tal vez con mayor impacto en la población y el sistema de salud, también la discapacidad que causan las secuelas posteriores al evento.

La prevención primaria de la ACV es vital en países de ingresos medios y bajos, como el nuestro, teniendo en cuenta que hasta en el 91% de los eventos isquémicos y 87% de los eventos hemorrágicos ocurren en personas que presentan factores de riesgo modificables (6).

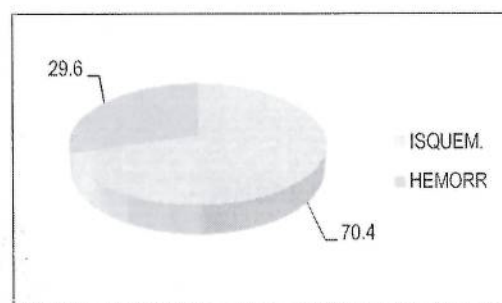
Por lo cual la atención en la etapa aguda del evento vascular es importante su estabilización clínica y funcionalidad, de hecho, el ACV instaurado no suele resolverse sin secuelas (7). El 30-40% tendrá alguna secuela grave y aunque se describe hasta un 60% de pacientes con secuelas menores o sin secuelas, sólo el 6% de los pacientes con parálisis inicial grave tiene una recuperación completa de la movilidad (2).

Por lo cual, la rehabilitación ha demostrado ser útil en la mejoría del paciente, dado que mejora la autonomía funcional, aumenta la frecuencia de regreso al domicilio y reduce la hospitalización (8).

A nivel mundial los resultados de los estudios sobre incidencia de ACV, coinciden con los encontrados en el Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Lesiones Centrales, por lo cual, se cuenta con información estadística del perfil epidemiológico de los pacientes que se atienden en los últimos 8 años en el Departamento de Lesiones Centrales y que nos permite conocer el porcentaje de pacientes que inician su tratamiento en forma oportuna.

Está demostrado mediante trabajos de investigación los beneficios que se obtienen con un abordaje temprano en el proceso de rehabilitación de pacientes con ACV. Está demostrado mediante trabajos de investigación el proceso de recuperación espontánea que se produce en los pacientes durante los 6 primeros meses de evolución del cuadro de ACV y de allí la importancia de la intervención precoz en rehabilitación (9); disminución de los tiempos de atención y acortamiento del proceso de reinserción, incidirán sobre el costo/beneficio.

**Imagen N° 01: Clasificación del accidente cerebrovascular (ACV)
Año 2018 - INR**



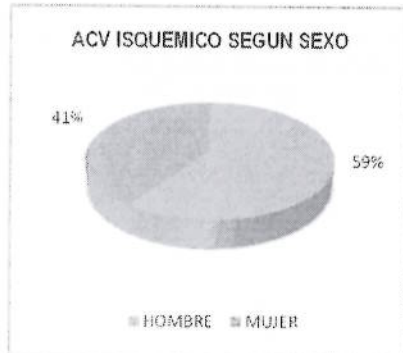
Fuente: Datos estadísticos del DIDRILC- INR



ANDRÉS ALEJANDRO URCÍA FERNÁNDEZ
LIC. Rehabilitador CMP. 16560 - RNE. 6815
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia
y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
CALLE ALFONSO REGALADO 1144 - LIMA 18, PERÚ

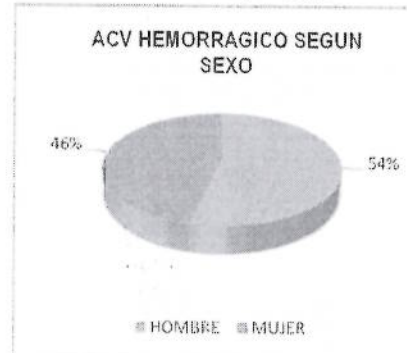
Que la distribución por sexo evidencia una marcada diferencia en la proporción entre hombres y mujeres cuando se trata de ACV isquémico, pero se equipara significativamente cuando se trata de ACV hemorrágico.

Imagen N° 02: Porcentaje del accidente cerebrovascular (ACV) Isquémico según sexo. Año 2018 – INR



Fuente: Datos estadísticos del DIDRILC-INR

Imagen N° 03: Porcentaje del accidente cerebrovascular (ACV) Hemorrágico según sexo. Año 2018 – INR



Fuente: Datos estadísticos del DIDRILC-INR

En cuanto a la distribución etaria, independientemente del sexo observamos que en ambos casos la mayor frecuencia se da a partir la quinta década de vida (sobre todo en las mujeres, en relación a la protección hormonal fisiológica).

De una muestra de 200 pacientes con diagnóstico de ACV (Isquémico y Hemorrágico) se pudo observar que acudían a consulta por primera vez:

- Entre el 1° y 2° mes de instalado el cuadro: 19% (39 pacientes)
- Entre el 3° y 4° mes de instalado el cuadro: 14% (28 pacientes)
- Entre el 5° y 6° mes de instalado el cuadro: 10% (20 pacientes)

Es decir, solo un 19% de pacientes con ACV inicia su proceso de rehabilitación en forma precoz, un 25% lo hace entre el 3° y 6° mes (en la mayoría de los casos con secuelas y complicaciones) y cerca de un 55% lo hace en forma muy tardía (con marcadas limitaciones y patrones anormales de movimiento) limitando significativamente su reincorporación al ámbito del hogar, educativo y/o laboral.

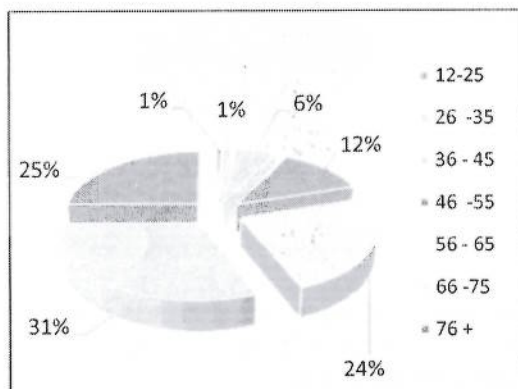
Entre las principales razones que manifiestan los familiares de los pacientes para iniciar tardíamente el proceso de rehabilitación encontramos:

- Al ser dados de alta en los hospitales donde fueron atendidos de su cuadro de ACV no los orientaron respecto al proceso de rehabilitación.
- El grado de dependencia del paciente dificultaba su traslado, no contaban con silla de ruedas y no podían subirlo a un taxi.
- No contaban con los medios económicos para solventar la movilidad.
- Por recomendación de terceros llevaban al paciente a centros no especializados, cercanos a sus casas pero que retardaban su evolución.
- Cuando les era posible y con gran esfuerzo contrataban un terapeuta o alguien que fungía de tal para que lo trabajaran en casa.
- El paciente permanecía con sonda nasogástrica y/o tubo endotraqueal y no sabían si podían movilizarlo fuera de casa en esas condiciones (luego del alta conseguían cita de control con su neurólogo en promedio a los dos meses)
- No sabían que existía un centro especializado para la rehabilitación.

Si bien es cierto en el país existe el Sistema de Seguro Integral de Salud (SIS) y que éste permite en forma completamente gratuita la cobertura de atención a las personas

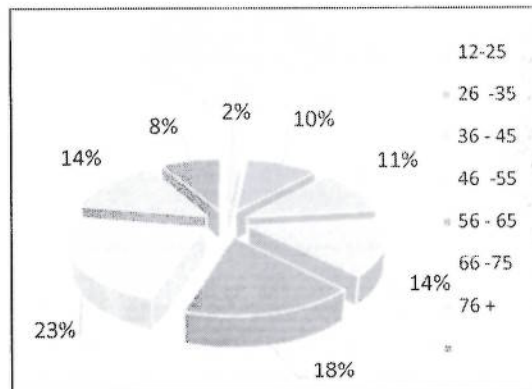
de pobreza y pobreza extrema en todos los servicios de salud de los establecimientos del MINSA, el acceso a los mismos se ve restringido por los altos costos del transporte particular y es que en una etapa inicial la casi totalidad de pacientes con secuelas de ACV requieren ser transportados en taxi (se ha comprobado que esta situación constituye una de las principales causas de abandono al tratamiento o retraso en su inicio).

Imagen N° 04: % Grupo etario del accidente cerebrovascular (ACV) Isquémico Año 2018 – INR



Fuente: Datos estadísticos del DIDRILC - INR

Imagen N° 05: % Grupo etario del accidente cerebrovascular (ACV) Hemorrágico Año 2018 – INR



Fuente: Datos estadísticos del DIDRILC - INR

Si tomamos en cuenta que estos pacientes presentan además del compromiso motor, deficiencias sensitiva sensoriales, respiratorias (tubo endotraqueal), de deglución (SNG), cognitivas y de comunicación, generalmente resulta muy complicado para la familia poder brindarle un manejo adecuado; además que en la etapa inicial se comienzan a presentar las complicaciones por inadecuado manejo, edemas, retracciones tendinosas, sub luxaciones de hombro, úlceras de presión, aspiraciones bronco pulmonares, acumulación de secreciones por permanencia de tubo endotraqueal etc.

Teniendo en cuenta que en los primeros seis meses de evolución del cuadro de ACV se produce un proceso de recuperación espontánea de diferente magnitud según sea el caso (6)(8) , el pronóstico de cada uno de ellos se basa en la magnitud del daño y su localización (número de centros vitales comprometidos), pero sobre todo en la posibilidad de acceder a un programa integral de rehabilitación (9), en forma oportuna y un entorno familiar adecuado (informado y proactivo), para optimizar las capacidades funcionales del paciente y disminuir al máximo las complicaciones.

En este contexto se hace necesario plantear alternativas de abordaje a un problema que tiene muchas variables pero todas ellas relacionadas con la precocidad con que se inicia el tratamiento de rehabilitación en forma sostenida y la familia adquiere los conocimientos necesarios para que su participación sea adecuada y oportuna, en ese sentido se plantea teniendo en cuenta un orden de prioridades: inicio precoz del tratamiento de rehabilitación y minimización de las complicaciones (prevención secundaria y terciaria), desarrollar mediante la utilización y coordinación de los recursos, personales y materiales de este nivel asistencial y en consonancia con los programas de atención vigentes que se encuentran funcionando, la puesta en funcionamiento de la Unidad Funcional de Hospitalización del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales.



6.2. Consideraciones o Disposiciones Específicas. -

6.2.1. PROGRAMA DE ATENCIÓN TEMPRANA DE REHABILITACIÓN

El diseño de atención en la Unidad Funcional de Hospitalización del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Lesiones Centrales, obedece al esquema de Manejo Integral de Rehabilitación, entendiéndose como Integralidad al enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente (médicas, físicas, cognitivas, conductuales y sociales) mediante la coordinación de esfuerzos de profesionales de diversa formación, a través de un programa estructurado para dicho fin.

I.- ETAPAS DEL PROGRAMA. -

El programa integral se desarrollará en base a dos etapas:

ETAPA I: Ingreso Hospitalario.

- Criterios de Ingreso Hospitalario.

Debe cumplir con las siguientes condiciones:

1. Paciente afectado de una discapacidad moderada o severa como consecuencia de un ACV.
2. Que tenga las condiciones adecuadas para beneficiarse del tratamiento intensivo y de corta duración que proporciona el INR, de edad mayor o igual de 15 años y menor de 70 años. Por lo general los pacientes de edades más avanzadas, por las potencialidades remanentes y los objetivos terapéuticos requieren de un programa de rehabilitación de menor exigencia en forma ambulatoria.
3. Que cuente con un estado de conciencia (capacidad cognitiva) que le permita participar en forma activa en el proceso de rehabilitación, los pacientes que se encuentren en estado de vigilia sin respuesta no podrán ser admitidos (puntaje mínimo de Glasgow 9).
4. Que se mantenga estable hemodinámicamente, sobre todo aquellos que han permanecido en UCI y que no tengan lesiones asociadas y/o complicaciones que le dificulten seguir el tratamiento prescrito (intensidad y frecuencia).
5. Que se encuentre en fase sub aguda (máximo tres meses después de instalado el cuadro de ACV). En los casos subagudos prolongados y teniendo en cuenta la procedencia se valorará la posibilidad de admisión para no interferir con el proceso de rehabilitación que ya esté realizando en otro centro.
6. Pronóstico de recuperación funcional: depende de la etiología de la lesión, ubicación de la misma, grado de severidad, tiempo de evolución y la edad del paciente.
7. Pronóstico de reinserción social: además de los aspectos técnicos especializados utilizados en la recuperación del paciente, juega un rol muy importante el entorno familiar, en la medida que logran centrar sus expectativas y tienen una actitud proactiva respecto al proceso de rehabilitación.



MANUEL ALVARADO GARCÍA FERNÁNDEZ
Médico Rehabilitador Clínico, MSc. PhD. FRCPC, CCFP
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral
Instituto Nacional de Rehabilitación
MINISTERIO DE LA SALUD
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR

Tabla N° 01: Criterios de Inclusión y Exclusión para el ingreso hospitalario

CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA EL INGRESO HOSPITALARIO	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA EL INGRESO HOSPITALARIO
1. Pacientes que presentan deficiencias neurológicas como consecuencia de un ACV agudo o subagudo.	1. Capacidad cognitiva previa: diagnóstico clínico de Demencia.
2. Estabilidad clínica suficiente que le permita participar en el programa de rehabilitación.	2. Que sólo tenga déficit de lenguaje: deberá atenderse en el Departamento de Comunicación.
3. Edad: mayor o igual de 15 años y menor de 70 años con secuelas neurológicas de ACV.	3. Si se considera que se encuentra en condiciones de recibir el tratamiento rehabilitador en forma ambulatoria.
4. En aquellos casos de pacientes mayores de 70 años, deberá procederse a la valoración individualizada tomando en cuenta las siguientes variables: Estado cognitivo previo, Funcionalidad previa, Pronóstico de la lesión cerebral, Comorbilidad y Apoyo familiar.	4. Estados alterados de conciencia (EAC): estados vegetativos y de mínima conciencia.
	5. Pacientes menores de 15 años o mayores de 70 años que no califiquen excepcionalmente para ser aceptados en el programa de hospitalización.
	6. Que se encuentren descompensados.
	7. Que no sean capaces de acreditar a un familiar responsable.

ETAPA II: Estancia Hospitalaria.

Al ser hospitalizado el paciente en la Unidad Funcional de Hospitalización del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Lesiones Centrales, se realizara las siguientes acciones:

1. El programa integral se ejecutará en un tiempo no mayor de 60 días.
2. El programa integral consistirá en el desarrollo de actividades de Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje, Terapia Psicológica y Servicio Social (a través de asesoría familiar), en forma intensiva con la participación de los familiares.
3. Todas las actividades terapéuticas se desarrollarán en los ambientes designados para ese fin dentro del servicio de hospitalización.
4. Las terapias se brindarán en doble turno, haciendo uso de Métodos, Técnicas y abordajes aplicando diversos recursos terapéuticos en las áreas de Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje, Terapia Psicológica y Consejería Socio Familiar.
5. El paciente acreditará a uno o dos familiares que se alternarán para participar del proceso y recibir la orientación correspondiente en los horarios establecidos.
6. Una vez concluido el ciclo de atención temprana y determinada el alta en hospitalización, el paciente podrá continuar su tratamiento en forma ambulatoria.

en el departamento de Lesiones Centrales o solicitar su transferencia al servicio de rehabilitación del centro hospitalario más cercano a su vivienda.

7. Al ingresar el paciente y/o sus familiares acreditados llenarán y firmarán el formato de Consentimiento Informado, asimismo deberán firmar un acta de compromiso sobre el cumplimiento del reglamento interno y las disposiciones para el alta.

II.- PROCESOS Y/O PROCEDIMIENTOS DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO. -

El Equipo Multidisciplinario realizara las siguientes acciones:

1. MÉDICO REHABILITADOR

Atención Médica: Evaluación, diagnóstico e indicaciones de tratamiento integral. Controles periódicos.

Objetivos:

- Mejorar la capacidad funcional.
- Mejorar su participación en AVD.
- Mejorar la deglución.
- Mejorar capacidad ventilatoria.
- Bipedestación con apoyo.
- Mejorar capacidad cognitiva.
- Mejorar nivel de comunicación.
- Estabilidad conductual.

Procedimientos Médicos:

- a) Para disminuir el dolor: Frecuencia de sesiones: Inter diarias. Según clasificación.
 - Laserterapia puntual
 - Electro acupuntura
 - Bloqueo para vertebral
 - Desgatillamiento
- b) Para el manejo de la espasticidad
 - Aplicación de Toxina Botulínica
- c) Para determinar capacidad ventilatoria
 - Espirometría

2. MÉDICO INTERNISTA

Tratamiento Hospitalario: A pacientes ingresados por diversas patologías: infecciosas, sistémicas, autoinmunes, metabólicas, entre otras. asistencia en consulta externa.

Atención integral de pacientes con factores de riesgo vascular: Hipertensión arterial, diabetes, etc.

Atención integral de pacientes mayores con múltiples patologías coincidentes: Insuficiencia cardíaca, EPOC, Diabetes, HTA, etc.

Asistencia a pacientes con patologías de origen infeccioso.

Atención, diagnóstico y tratamiento: de pacientes con enfermedades sistémicas, que afectan a diferentes órganos.

Controles básicos de salud y de factores de riesgo.

Solicitud de baterías: de estudios analítico o radiológicos.



FERNANDO ALEJANDRO URDIA FERNANDEZ
M.C. Rehabilitador CMP. 16500 - RNE. L31
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia
y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
CALLE 2000 N. 50-100, SAN JOSÉ, C.R.



.....
FRANCISCO ALFONSO URCIA FERNANDEZ
 4C, Rehabilitador CMP, 16560 - RNE, 1919
 Jefe del Departamento de Investigación, Docencia
 y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
 Calle Argemiro de la Cruz 100 - P.O. Box 1000 - Lima 100 - Perú

4. LICENCIADO EN TECNOLOGIA MEDICA: TERAPIA FISICA

TERAPIA INDIVIDUAL: Doble Turno por día, con una duración de cada sesión de 40 minutos.

a) Aplicación de modalidades de tratamiento:

- Abordaje del Complejo Orofacial. Retiro de SNG (de ser el caso).
- Terapia Respiratoria. Preparar condición para retiro de Tubo Endotraqueal (de ser el caso).
- Reeducción Funcional.
- Orientación a la familia.

5. LICENCIADO EN TECNOLOGIA MEDICA: TERAPIA OCUPACIONAL

TERAPIA INDIVIDUAL: Doble Turno por día, con una duración de cada sesión de 40 minutos.

a) Aplicación de modalidades de tratamiento:

- Técnicas de Alimentación.
- Entrenamiento en Vestido.
- Entrenamiento en Higiene menor y mayor.
- Estimulación sensorio perceptual.
- Estimulación cognitiva.
- Orientación a la familia.

6. LICENCIADO EN TECNOLOGIA MEDICA: TERAPIA DE LENGUAJE

a) Aplicación de modalidades de tratamiento:

- Evaluación de habilidades comunicativas.
- Estimulación de la motricidad oral.
- Estimulación de las habilidades comunicativas (comprensión/expresión).
- Estimulación de las funciones Mentales Superiores.
- Procesos de la alimentación.

7. LICENCIADO EN PSICOLOGIA

TERAPIA INDIVIDUAL: Un Turno por día, con una duración de cada sesión de 40 Minutos.

a) Aplicación de modalidades de tratamiento:

- Psicoterapia: aceptación, adaptación, apoyo.
- Estimulación de las Funciones Mentales Superiores.

TERAPIA GRUPAL: Grupos de 4 a 6 personas, con una duración de cada sesión de 60 minutos.

- PACIENTES: Un Turno por semana.
- FAMILIARES: Un Turno por semana.

8. LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

INDIVIDUAL: Un turno por semana, con una duración de cada sesión: 60 minutos

- Evaluación y manejo de la Dinámica Familiar y Consejería Familiar.



[Handwritten signature]

GRUPAL: Duración de la sesión: 40 minutos.

- Charla de Inducción antes de iniciar tratamiento integral.

9. LICENCIADO EN NUTRICIÓN

- Evalúa y determina las condiciones nutricionales.
- Propone los requerimientos nutricionales que corresponde a cada caso.
- Estructura el programa nutricional diario individualizado.
- Supervisa el proceso de elaboración.

Orienta a Familiares y Pacientes respecto a los factores de riesgo asociados a: perfil lipídico, patológico, Diabetes Mellitus, Sobrepeso y a los que reciben alimentación por vía parenteral.

PROGRAMA CUIDANDO AL CUIDADOR (Manejado por Psicología y Servicio Social)

INTERVENCION GRUPAL: Grupos de 4 a 6 personas, con una duración de cada sesión de 60 minutos.

FAMILIARES: Una sesión durante el período de hospitalización.

LA DURACION TOTAL DEL PROGRAMA, es hasta 60 días.

El proceso de atención de los pacientes con Secuelas de Accidente Cerebro Vascular (ACV) en la Unidad Funcional de Hospitalización del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Lesiones Centrales, se utilizará Documentos Técnicos y formatos de atención de acuerdo a la normatividad vigente, los cuales contienen la descripción del proceso y estandarizar las acciones como se detalla en los anexos.

6.3. Descripción de Funciones. -

6.3.1. Funciones del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Lesiones Centrales:

El Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Lesiones Centrales, dependiente de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras, de acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú-Japón, como unidad orgánica es la encargada de lograr la innovación, actualización, difusión y capacitación de los conocimientos, métodos y técnicas de la atención especializada de investigación, docencia y rehabilitación integral de las lesiones centrales, teniendo asignados entre otros objetivos funcionales:

- a) Investigar e innovar permanentemente las tecnologías y los procedimientos preventivos, diagnósticos y de Rehabilitación a los pacientes con deficiencias y discapacidades en lesiones centrales.
- b) Difundir las investigaciones efectuadas y capacitar a los profesionales y técnicos del sector salud que sean requeridos a los nuevos conocimientos científicos, tecnológicos de su especialidad, que sean requeridos para la



- c) Proporcionar atención médica a los pacientes ambulatorios y hospitalizados que presenten deficiencias y discapacidades en lesiones centrales mediante protocolos y procedimientos establecidos y autorizados.
- d) Proponer normas de atención para la persona con deficiencias y discapacidades en lesiones centrales según los niveles de complejidad de los establecimientos del sector a la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral de Funciones Motoras.
- e) Actualizar y perfeccionar los protocolos de trabajo asistencial en el ámbito de su competencia.

6.3.2. Funciones de la Unidad Funcional de Hospitalización del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales.

Funciones Generales:

- a) Brindar el internamiento de pacientes con secuelas de accidente cerebrovascular en etapa subaguda, para recibir tratamiento integral de rehabilitación.

Funciones Específicas:

- a) Conceder las condiciones para establecer los diagnósticos, tratamientos y seguimiento del proceso de rehabilitación integral en forma eficiente.
- b) Contar con la infraestructura y equipamiento mínimo necesario para asegurar una adecuada estancia de los pacientes admitidos.

VII. RESPONSABILIDADES

- Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú – Japón,
- Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Lesiones Centrales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú – Japón.

VIII. ANEXOS

ANEXO N° 01: ALGORITMO DEL MANEJO DEL PACIENTE CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV)

ANEXO N° 02: FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

ANEXO N° 03: FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN

ANEXO N° 04: ESCALA DE LOGRO DE OBJETIVOS

ANEXO N° 05: ESCALA DE VALORACIÓN DE DEGLUCIÓN Y RIESGO DE DISFAGIA

ANEXO N° 06: ORDEN DE INGRESO DE PACIENTES




ALEJANDRO ALEJANDRO URQUIA FERNÁNDEZ
-C. Rehabilitador CMP. 18590 - RNE. 6619
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia
y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
CALLE AMISTAD PERÚ - JAPÓN 11000 AMISTAD PERÚ, JAPÓN

ANEXO N° 07: ESCALA DE BERG: CONTROL POSTURAL Y EQUILIBRIO

ANEXO N° 08: FORMATO DE EVALUACIÓN EN TERAPIA FÍSICA

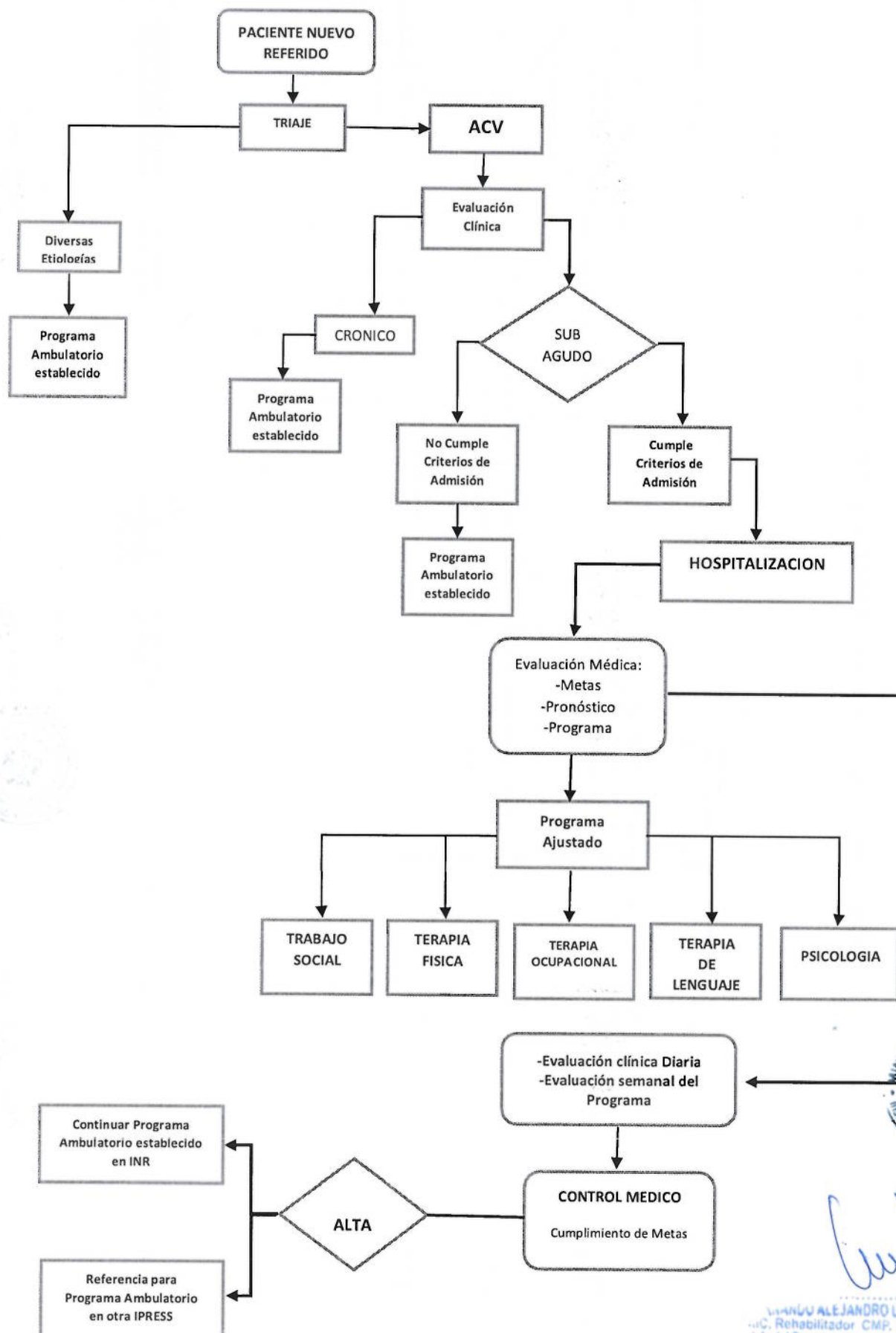
ANEXO N° 09: FORMATO DE EVALUACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL

ANEXO N° 10: CENSO DIARIO



FERNANDO ALEJANDRO URCIÓN FERNÁNDEZ
MC. Rehabilitador CMP. 16500 - RME. L. 151
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia
y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
DRA. JORIANA REYES FLORES SECRETARÍA EJECUTIVA

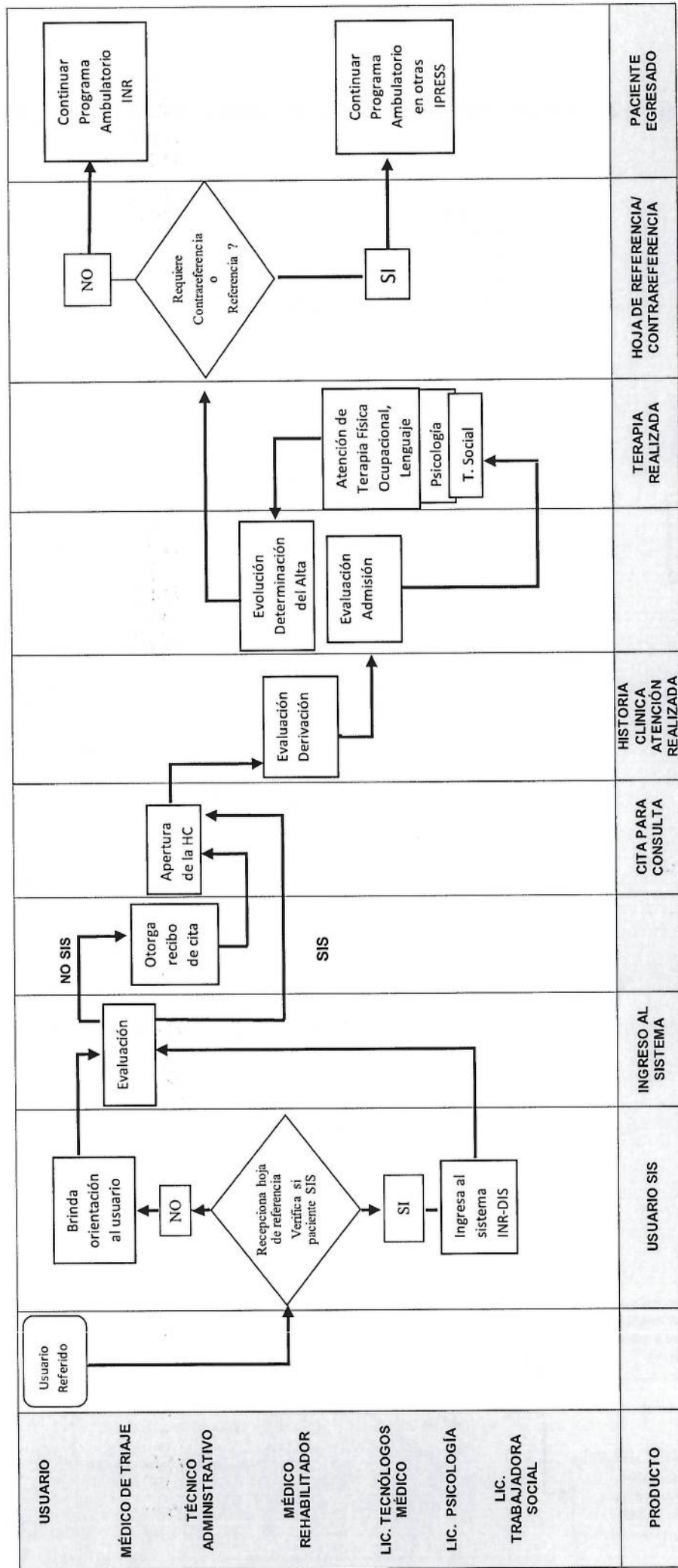
ANEXO Nº 1: ALGORITMO DEL MANEJO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO CON ACV



[Handwritten signature]

MANU ALEJANDRO URCIA FERNANDEZ
C. Rehabilitador CMP. 16560 - RNE. 4819
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia
y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
CALLE 100 N. 1200 - 1201 - 1202 - 1203 - 1204 - 1205 - 1206 - 1207 - 1208 - 1209 - 1210

ANEXO N° 2: FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN



CAROLINA MALLARINO JIMÉNEZ, C. FERNÁNDEZ
 M.C., Rehabilitador Clínico - MNE, L.319
 Jefe del Departamento de Rehabilitación, Docencia
 y Asesoría Integral en Lesiones Cerebrales
 MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
 108 00015 - 108 00015 - 108 00015



DIDRILC - U. F. HOSPITALIZACIÓN

HOJA DE CONTROL DE BALANCE HÍDRICO



HORA	INGESTA				ELIMINACIÓN					
	VIA ORAL	VIA ENDOVENOSA	TRANSFUSIÓN	OTROS	VOMITO	ORINA	EVACUACIÓN	DRENAJES	ASPIRACIONES	OTROS
7:00 AM										
8:00 AM										
9:00 AM										
10:00 AM										
11:00 AM										
12:00 PM										
TOTAL										
1:00 PM										
2:00 PM										
3:00 PM										
4:00 PM										
5:00 PM										
6:00 PM										
TOTAL										
7:00 PM										
9:00 PM										
10:00 PM										
11:00 PM										
12:00 AM										
1:00 AM										
2:00 AM										
3:00 AM										
4:00 AM										
5:00 AM										
6:00 AM										
TOTAL										
TOTAL DE INGRESOS:					TOTAL DE EGRESOS:					
TOTAL EN 24 HORAS:										
NOMBRE DEL PACIENTE					N° DE H. CLÍNICA			N° DE CAMA		



CAROL ALEJANDRO URCA FERNANDEZ
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia
y Rehabilitación Integral en Lesiones Cerebrales
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
DRA. ADRIANA ORTEGA P. RIVERA



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
"Dra. ADRIANA REBAZA FLORES"
AMISTAD PERU - JAPON

UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION
DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION
DOCENCIA Y REHABILITACION INTEGRAL
EN LESIONES CENTRALES



HISTORIA CLINICA

Nº

Fecha ingreso:

HORA:

Nombres y apellidos:

Edad: Sexo: M ☐ F ☐ G. Instruc:

Ocupación: Religión:

E. Civil:

Solt ☐ Cas ☐ Conv ☐ Viud ☐

Nombre del informante:

PARENTESCO:

Impresión de la información: CONFIABLE SI ☐ NO ☐

TELEFONO:

ENFERMEDAD ACTUAL

RESUMEN DEL CUADRO

Tiempo de Enfermedad:	.....
Formade Inicio:	.....
Curso:	.....
Déficit motor	D ☐ I ☐
Ateración de Conciencia	☐ SI ☐ No ☐
Alt. Lenguaje Comprensivo	☐ SI ☐ No ☐
Alt. Lenguaje Expresivo	☐ SI ☐ No ☐
Disfagia	☐ SI ☐ No ☐
Alt. De Esfínteres	☐ SI ☐ No ☐

FACTORES DE RIESGO:

HTA ☐

DM ☐

HPLD ☐

CARDIOPATIA ☐

TIA ☐

Tabaco

☐	(-)	No
☐	(+)	> 5 /día
☐	(++)	> 10 /día
☐	(+++)	> 15 /día

Alcohol

☐	(-)	No
☐	(+)	Ocasional
☐	(++)	Regular
☐	(+++)	Frecuente

Drogas

No ☐	SI ☐
Tiempo:	
Cuales:	

F. EMOCIONALES:

Antes:	Adecuadas ☐	Irritabilidad ☐	Labilidad ☐
Despues:	Adecuadas ☐	Irritabilidad ☐	Labilidad ☐

FUNCIONES BIOLOGICAS

Apetito:	Sed:	Orina:	Deposiciones:
Sueño: Normal ☐ Alterado ☐	No ☐ SI ☐	Disfagia ☐ Líquidos ☐ Sólidos ☐	No ☐ SI ☐ Vesical ☐ Intestinal ☐

MEDICACION RECIENTE:

EXAMENES AUXILIARES

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº HISTORIA CLINICA
------------------	------------------	---------	---------------------

FERNANDO ALEJANDRO URCIA FERNANDEZ
Médico Rehabilitador - CMP. 16500 - RNE. Cel.
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia
y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. ADRIANA REBAZA FLORES" - AMISTAD PERU - JAPON

ANTECEDENTES**Personales:** _____**Familiares:** _____**Ocupacionales:** _____**Patológicos** _____**EXAMEN CLINICO****Funciones Vitales:** T° FC FR PA**Peso:** Talla:..... IMC:.....**Estado General:** _____**FUNCIONES COGNITIVAS**

(Test Minimental)

Puntaje Total: _____**Orient. Temp.** ☐ **Orient. Esp.** ☐ **Fijación** ☐ **At. Cálculo** ☐ **Recuerdo** ☐ **Memoria** ☐**LENGUAJE****Recepción del lenguaje:** _____**Expresión del lenguaje:** _____**Articulación:** _____**FMS:** _____**PRAXIA:** _____**DOMINANCIA:****Derecha** ☐**Izquierda** ☐

EJECUCION DE ACTIVIDADES:	Dependencia		Independen.
	Total	Parcial	
Realizar Traslados	☐	☐	☐
Ponerse la Ropa	☐	☐	☐
Quitarse la Ropa	☐	☐	☐
Comer	☐	☐	☐
Higiene Menor	☐	☐	☐
Higiene Mayor	☐	☐	☐

MARCHA

Estadio	Capacidad de Ejecución
I	No puede sostenerse en pie
II	Se sostiene en pie y solo camina con ayuda
III	Camina con aditamentos solo terreno llano
IV	Camina sin aditamentos solo terreno llano
V	Camina con aditamentos todo tipo de terreno
VI	Camina sin aditamentos todo tipo de terreno

	Rendimiento
A	Solo algunos pasos
B	Distancias Cortas (hasta 20 mts)
C	Distancia Mediana (hasta 50 mts)
D	Distancia Larga (mas de 50 mts)

Descripción de la Marcha: _____

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº HISTORIA CLINICA

GUANDU ALEJANDRO URCIA FERNANDEZ
Médico Subespecialista F.M.P. 16580 - RNE 1431
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia
y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"DRA. ANTONIA DE LA CRUZ" - BOGOTÁ, COLOMBIA

EVALUACION FUNCIONAL
(BRUNNSTROM)

D	I	Actividad Segmentaria
		Miembro Superior
		Mano
		Miembro Inferior

EQUILIBRIO:

Test de **BERG**

Puntaje:

Grado: L ☐ M ☐ S ☐

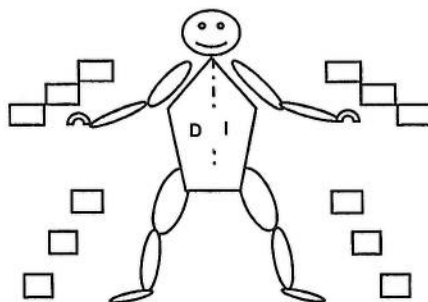
TONO POSTURAL

Tono Base	Normal ☐	Aument ☐	dismin. ☐
Grado	() L	() M	() S

TONO PASIVO

ASHWORTH MODIFICADO

- 0 = Tono Muscular normal
1 = Leve incremento con resistencia mínima al final
1+ = Leve incremento con resistencia mínima continua
2 = Moderado incremento, pero aún se mueve fácil
3 = Marcado incremento, resistencia en todo el rango
4 = Músculo afectado permanece rígido al estirarlo



Nota: Cuando el paciente presente Tono disminuido colocar en los recuadros L / M / S según corresponda

LIMITACION ARTICULAR No ☐ Si ☐

CONTRACTURA MUSCULAR No ☐ Si ☐

RIGIDEZ Rueda dentada No ☐ Si ☐ Tubo de plomo No ☐ Si ☐ Aquinesia No ☐ Si ☐

DOLOR: No ☐ Si ☐

Intensidad: (Según EVA)

Características:

.....

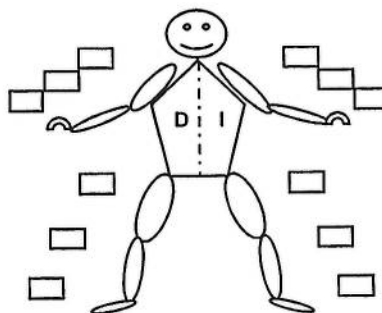
.....

.....

.....

.....

.....

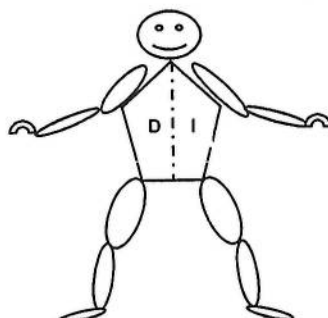


TONO ACTIVO

Grado	
▲ ▼	
▲ ▼	
▲ ▼	

DERECHA

▲ ▼	
▲ ▼	
▲ ▼	



Grado	
▲ ▼	
▲ ▼	
▲ ▼	

IZQUIERDA

▲ ▼	
▲ ▼	
▲ ▼	

Observaciones

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº HISTORIA CLINICA



[Firma]

DR. ANDRÉS ALEJANDRO JIMÉNEZ FERNÁNDEZ
Jefe del Departamento de Rehabilitación, Docencia
y Rehabilitación Integral de la Universidad de la
Nación
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
Calle 16500 - RNE, C/1
MINISTERIO DE SALUD

REACCIONES AUTOMATICAS

 Normal ☐

Alterada

 L ☐

 M ☐

 S ☐
TAXIA

 Normal ☐

(alterada)	Indice-nariz ☐	Marionetas ☐
Talon-rodilla-pie ☐	Romberg ☐	Estrella babinsky ☐

REFLEJOS

	D	I
Bicipital		
Tricipital		
Patelar		
Aquileo		
Babinsky		
Hoffman		
Clonus		

MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS
☐

Tics

☐

Temblor

☐

Espasmos

☐

Fasciculaciones

Otros

Distonia, coreicos, atetósicos

SENSIBILIDAD

Conservada

Alterada

 Segmento + D ☐ I ☐

Térmica ☐	Dolorosa ☐	Vibratoria ☐	Presión ☐	Esterog. ☐	Somatog. ☐

Observación
PARES CRANEALES

Alterados

 D ☐

 I ☐

 No alterados ☐

I ☐	II ☐	III ☐	IV ☐	V ☐	VI ☐
VII ☐	VIII ☐	IX ☐	X ☐	XI ☐	XII ☐

VISION

 Agudeza ☐

 Campo ☐

 Estrabismo, ☐

 Nistagmus ☐
AUDICION
COMPLEJO OROFACIAL

 No Alterado ☐

 alterado ☐

 Sello labial ☐

 Lengua ☐

 Velo Paladar ☐

 Uvula ☐

 Sensibilidad ☐

 ATM ☐

 GUSS: Test Indirecto de Deglución Puntaje: ☐

 GUSS: Test Directo de Deglución Puntaje: ☐
CARDIOVASCULAR:

 PA:

Frecuencia:

Ritmo:

Observaciones:

RESPIRATORIO

Frecuencia:

Tipo:

SpO2

Espirometría

VT:

VRI:

VRE:

CI:

CVPredict:

CV Activ.:

%

Observaciones

ABDOMEN
Ap. Genitourinario:
A. MUSCULOESQUELETICO:
PIEL
TROFISMO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº HISTORIA CLINICA

FERNANDO ALEJANDRO URQUIA FERNANDEZ
 MC. Rehabilitador CMP. 16500 - RNE. 6811
 Jefe del Departamento de Investigación, Docencia
 y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
 MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

DIAGNOSTICO:

Daño principal CIE 10:	Etiología CIE10:	Daños Secundarios CIE 10:			
Princip. Deficiencias:		Compr. Funcional Global .			
T: Evoluc.		Leve ☐	Moderado ☐	Severo ☐	Completo ☐

PRONOSTICO:	Bueno ☐	Regular ☐	Malo ☐	Reservado ☐
-------------	-----------------------------	-------------------------------	----------------------------	---------------------------------

METAS:

PLAN DE TRABAJO:

RECOMENDACIONES

Rp.



FIRMA/ SELLO/ RNE DEL MEDICO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº HISTORIA CLINICA

MANUEL ALVARADO URCA FERNANDEZ
WC. Rehabilitador CMP. 16560 - RNE. 6615
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia
y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
CRA AGRARIA 571



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
"Dra. ADRIANA REBAZA FLORES"
AMISTAD PERU - JAPON

UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION
DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION
DOCENCIA Y REHABILITACION INTEGRAL
EN LESIONES CENTRALES



ANEXO: ESCALA DE LOGRO DE OBJETIVOS
GAS (Goal Attainment scaling)

ESCALA DE LOGRO DE OBJETIVOS					
N°	DESCRIPCION DEL OBJETIVO	A IMPORTANCIA DEL OBJETIVO	B LOGRO DEL OBJETIVO	C JERARQUIA DEL OBJETIVO	TIEMPO ESTIMADO LOGRO
1					
2					
3					
4					
5					

ESCALA PARA JERARQUIZAR EL OBJETIVO		A x B = C
1= POCA	2= MUY	
3=EXTREMADAMENTE		

DESCRIPCION DE LA LINEA DE BASE POR OBJETIVO	
1	
2	
3	
4	
5	

DESCRIPCION DEL LOGRO EN TIEMPO ESTIMADO		PUNTAJE POR OBJETIVO
1		
2		
3		
4		
5		

PUNTAJE DE LA ESCALA POR OBJETIVO		
OBJETIVO CONSEGUIDO	MUCHO MAS DE LO ESPERADO	2
OBJETIVO CONSEGUIDO	MAS DE LO ESPERADO	1
OBJETIVO CONSEGUIDO	LO ESPERADO	0
OBJETIVO NO CONSEGUIDO	MENOS DE LO ESPERADO	-1
OBJETIVO NO CONSEGUIDO	MUCHO MENOS DE LO	-2

CALCULO DE GAS (PUNTAJE TOTAL DEL CAMBIO EN TIEMPO ESTIMADO) =



ERANDU ALEJANDRO URCIA FERNANDEZ
MC. Rehabilitador CMP, 16504 - RNE, 681
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia
y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
DRA. ADRIANA REBAZA FLORES



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
"Dra. ADRIANA REBAZA FLORES"
AMISTAD PERU - JAPON

UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION
DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION
DOCENCIA Y REHABILITACION INTEGRAL
EN LESIONES CENTRALES



TEST DE DEGLUCION DE GUSS

1. TEST INDIRECTO DE DEGLUCION (Gugging Swallowing Screen) GUSS

	SI	NO
VIGILIA	1 ☐	0 ☐
TOS y/o ACLARARSE GARGANTA	1 ☐	0 ☐
TRAGAR SALIVA : Deglución Exitosa	1 ☐	0 ☐
SIALORREA	0 ☐	1 ☐
CAMBIO DE VOZ	0 ☐	1 ☐
1-4= Investigar más 5= Test Ingestión Directa	SUMA:	

2. TEST DIRECTO DE DEGLUCIÓN - GUSS

(Material: Agua destilada, cucharadita plana, espesante, pan)

En el siguiente orden:	SEMISOLIDO *	LIQUIDO **	SOLIDO ***
DEGLUCIÓN:			
▪ No es posible Tragar	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ Demora en Tragar (> 2 seg.) (Texturas sólidos> 10 seg.)	1 ☐	1 ☐	1 ☐
▪ Tragar con éxito	2 ☐	2 ☐	2 ☐
TOS (involuntario): (antes, durante o después de tragar - hasta 3 minutos después)			
▪ SI	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ NO	1 ☐	1 ☐	1 ☐
BABEA:			
▪ SI	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ NO	1 ☐	1 ☐	1 ☐
CAMBIO DE VOZ: (escuchar voz del paciente antes y después de tragar: eclar "O")			
▪ SI	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ NO	1 ☐	1 ☐	1 ☐
SUMA	(5)	(5)	(5)
	1-4 = investigar más; 5 = Continuar con LIQUIDO	1-4 = investigar más; 5 = Continuar con SOLIDO	1-4 = investigar más; 5 = NORMAL

PUNTAJE FINAL:



[Handwritten signature]

ERIVANDO ALEJANDRO URDIA FERNANDEZ
#C. Rehabilitador CMP. 16500 - RNE. 6819
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia
y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
Dra. ADRIANA REBAZA FLORES AMISTAD PERU - JAPON

INSTRUCCIONES E INTERPRETACIONES

TEST DIRECTO DE DEGLUCIÓN - GUSS		INSTRUCCIONES
*	Primero administrar $\frac{1}{8}$ - $\frac{1}{2}$ cucharadita de Agua destilada con espesante de alimentos (Consistencia como pudín). Si no hay síntomas aplicar 3 a 5 cucharaditas. Evaluar después de la quinta cucharada.	
**	3, 5, 10, 20 ml de Agua destilada - si no hay síntomas continuar con 50 ml de Agua destilada. (Daniels et al 2000; Gottlieb et al., 1996). Evaluar y detener la investigación cuando se observa uno de los criterios.	
***	Clínica: pan seco; pequeña cantidad de pan seco que está sumergido en el líquido coloreado.	
2	Utilice investigación funcional como: Evaluación de deglución con videofluoroscopia (VFES) / Evaluación de deglución con fibra óptica endoscópica (FEES)	

TEST DE DEGLUCION - INTERPRETACION DE RESULTADOS		
	Resultados	Código de gravedad
20	Deglute semi sólidos, líquidos y sólidos	Leve/no disfagia, mínimo riesgo de aspiración
15 - 19	Deglute semi sólidos líquidos No deglute sólidos	Disfagia leve con bajo riesgo de aspiración
10 - 14	Deglute semi sólidos No deglute líquidos ni sólidos	Disfagia moderada con riesgo de aspiración
0 - 9	Prueba indirecta fallida o no deglute semisólidos	Disfagia grave con riesgo de aspiración

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Dr. Alejandro García Ferrnand
 Rehabilitador CAP 16500 - RNE 1319
 del Departamento de Investigación, Docencia
 y Rehabilitación Integral en Lesiones Cerebrales
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
 MINISTERIO DE SALUD



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
"Dra. ADRIANA REBAZA FLORES"
AMISTAD PERU - JAPON

UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION
DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION
DOCENCIA Y REHABILITACION INTEGRAL
EN LESIONES CENTRALES



ANEXO: ESCALA DE BERG (CONTROL POSTURAL Y EQUILIBRIO)

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° HCL:

FECHA:	1° EVALUAC:	2° EVALUAC:	3° EVALUAC:	
--------	-------------	-------------	-------------	--

1. DE SEDESTACIÓN A BIPEDESTACIÓN

INSTRUCCIONES: Por favor, levántese. Intente no ayudarse de las manos.

- () 4 capaz de levantarse sin usar las manos y de estabilizarse independientemente
- () 3 capaz de levantarse independientemente usando las manos
- () 2 capaz de levantarse usando las manos y tras varios intentos
- () 1 necesita una mínima ayuda para levantarse o estabilizarse
- () 0 necesita una asistencia de moderada a máxima para levantarse

2. BIPEDESTACIÓN SIN AYUDA

INSTRUCCIONES: Por favor, permanezca de pie durante dos minutos sin agarrarse.

- () 4 capaz de estar de pie durante 2 minutos de manera segura
- () 3 capaz de estar de pie durante 2 minutos con supervisión
- () 2 capaz de estar de pie durante 30 segundos sin agarrarse
- () 1 necesita varios intentos para permanecer de pie durante 30 segundos sin agarrarse
- () 0 incapaz de estar de pie durante 30 segundos sin asistencia

3. SEDESTACIÓN SIN APOYAR LA ESPALDA, PERO CON LOS PIES SOBRE EL SUELO O SOBRE UN TABURETE O ESCALÓN

INSTRUCCIONES: Por favor, siéntese con los brazos junto al cuerpo durante 2 min.

- () 4 capaz de permanecer sentado de manera segura durante 2 minutos
- () 3 capaz de permanecer sentado durante 2 minutos bajo supervisión
- () 2 capaz de permanecer sentado durante 30 segundos
- () 1 capaz de permanecer sentado durante 10 segundos
- () 0 incapaz de permanecer sentado sin ayuda durante 10 segundos

4. DE BIPEDESTACIÓN A SEDESTACIÓN

INSTRUCCIONES: Por favor, siéntese.

- () 4 se sienta de manera segura con un mínimo uso de las manos
- () 3 controla el descenso mediante el uso de las manos
- () 2 usa la parte posterior de los muslos contra la silla para controlar el descenso
- () 1 se sienta independientemente, pero no controla el descenso
- () 0 necesita ayuda para sentarse

5. TRANSFERENCIAS

INSTRUCCIONES: Prepare las sillas para una transferencia en pivot. Pida al paciente de pasar primero a un asiento con apoyabrazos y a continuación a otro asiento sin apoyabrazos. Se pueden usar dos sillas (una con y otra sin apoyabrazos) o una cama y una silla.

- () 4 capaz de transferir de manera segura con un mínimo uso de las manos
- () 3 capaz de transferir de manera segura con ayuda de las manos
- () 2 capaz de transferir con indicaciones verbales y/o supervisión
- () 1 necesita una persona que le asista



[Handwritten signature]

Dr. VALENTINO URCIA FERNANDEZ
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION

() 0 necesita dos personas que le asistan o supervisen la transferencia para que sea segura

6. BIPEDESTACIÓN SIN AYUDA CON OJOS CERRADOS

INSTRUCCIONES: Por favor, cierre los ojos y permanezca de pie durante 10 seg.

() 4 capaz de permanecer de pie durante 10 segundos de manera segura

() 3 capaz de permanecer de pie durante 10 segundos con supervisión

() 2 capaz de permanecer de pie durante 3 segundos

() 1 incapaz de mantener los ojos cerrados durante 3 segundos pero capaz de permanecer firme

() 0 necesita ayuda para no caerse

7. PERMANECER DE PIE SIN AGARRARSE CON LOS PIES JUNTOS

INSTRUCCIONES: Por favor, junte los pies y permanezca de pie sin agarrarse.

() 4 capaz de permanecer de pie con los pies juntos de manera segura e independiente durante 1 minuto

() 3 capaz de permanecer de pie con los pies juntos independientemente durante 1 minuto con supervisión

() 2 capaz de permanecer de pie con los pies juntos independientemente, pero incapaz de mantener la posición durante 30 segundos

() 1 necesita ayuda para lograr la postura, pero es capaz de permanecer de pie durante 15 segundos con los pies juntos

() 0 necesita ayuda para lograr la postura y es incapaz de mantenerla durante 15 seg

8. LLEVAR EL BRAZO EXTENDIDO HACIA DELANTE EN BIPEDESTACIÓN

INSTRUCCIONES: Levante el brazo a 90°. Estire los dedos y llévelo hacia delante todo lo que pueda. El examinador coloca una regla al final de los dedos cuando el brazo está a 90°. Los dedos no debe tocar la regla mientras llevan el brazo hacia delante. Se mide la distancia que el dedo alcanza mientras el sujeto está lo más inclinado hacia adelante. Cuando es posible, se pide al paciente que use los dos brazos para evitar la rotación del tronco

() 4 puede inclinarse hacia delante de manera cómoda >25 cm

() 3 puede inclinarse hacia delante de manera segura >12 cm

() 2 can inclinarse hacia delante de manera segura >5 cm

() 1 se inclina hacia delante pero requiere supervisión

() 0 pierde el equilibrio mientras intenta inclinarse hacia delante o requiere ayuda

9. EN BIPEDESTACIÓN, RECOGER UN OBJETO DEL SUELO

INSTRUCCIONES: Recoger el objeto (zapato/zapatilla) situado delante de los pies

() 4 capaz de recoger el objeto de manera cómoda y segura

() 3 capaz de recoger el objeto pero requiere supervisión

() 2 incapaz de coger el objeto pero llega de 2 a 5cm (1-2 pulgadas) del objeto y mantiene el equilibrio de manera independiente

() 1 incapaz de recoger el objeto y necesita supervisión al intentarlo

() 0 incapaz de intentarlo o necesita asistencia para no perder el equilibrio o caer

10. EN BIPEDESTACIÓN, GIRARSE PARA MIRAR ATRÁS

INSTRUCCIONES: Gire para mirar atrás a la izquierda. Repita lo mismo a la derecha

El examinador puede sostener un objeto por detrás del paciente al que puede mirar para favorecer un mejor giro.

() 4 mira hacia atrás hacia ambos lados y desplaza bien el peso

() 3 mira hacia atrás desde un solo lado, en el otro lado presenta un menor desplazamiento del peso del cuerpo

() 2 gira hacia un solo lado pero mantiene el equilibrio

() 1 necesita supervisión al girar

() 0 necesita asistencia para no perder el equilibrio o caer



GUANANDO ALEJANDRO URCIA FERNANDEZ
FIC. Rehabilitador CMP. 16560 - RNE. 681
Jefe del Departamento de Investigación, Diagnóstico
y Rehabilitación Integral en Lesiones Cerebrales
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
DRA. ADRIANA REBEZA FLORES - ASISTENTE

11. GIRAR 360 GRADOS

INSTRUCCIONES: Dar una vuelta completa de 360 grados. Pausa. A continuación repetir lo mismo hacia el otro lado.

- () 4 capaz de girar 360 grados de una manera segura en 4 segundos o menos
- () 3 capaz de girar 360 grados de una manera segura sólo hacia un lado en 4 segundos o menos
- () 2 capaz de girar 360 grados de una manera segura, pero lentamente
- () 1 necesita supervisión cercana o indicaciones verbales
- () 0 necesita asistencia al girar

12. SUBIR ALTERNANTE LOS PIES A UN ESCALÓN O TABURETE EN BIPEDESTACIÓN SIN AGARRARSE

INSTRUCCIONES: Sitúe cada pie alternativamente sobre un escalón/taburete. Repetir 4 veces para cada pie.

- () 4 capaz de permanecer de pie de manera segura e independiente y completar 8 escalones en 20 segundos
- () 3 capaz de permanecer de pie de manera independiente y completar 8 escalones en más de 20 segundos
- () 2 capaz de completar 4 escalones sin ayuda o con supervisión
- () 1 capaz de completar más de 2 escalones necesitando una mínima asistencia
- () 0 necesita asistencia para no caer o es incapaz de intentarlo

13. BIPEDESTACIÓN CON LOS PIES EN TANDEM

INSTRUCCIONES: Demostrar al paciente. Sitúe un pie delante del otro. Si piensa que no va a poder colocarlo justo delante, intente dar un paso hacia delante de manera que el talón del pie se sitúe por delante del zapato del otro pie (para puntuar 3 puntos, la longitud del paso debería ser mayor que la longitud del otro pie y la base de sustentación debería aproximarse a la anchura del paso normal del sujeto).

- () 4 capaz de colocar el pie en tándem independientemente y sostenerlo durante 30 segundos
- () 3 capaz de colocar el pie por delante del otro de manera independiente y sostenerlo durante 30 segundos
- () 2 capaz de dar un pequeño paso de manera independiente y sostenerlo durante 30 segundos
- () 1 necesita ayuda para dar el paso, pero puede mantenerlo durante 15 segundos
- () 0 pierde el equilibrio al dar el paso o al estar de pie.



14. BIPEDESTACIÓN SOBRE UN PIE

INSTRUCCIONES: Apoyo sobre un pie sin agarrarse

- () 4 capaz de levantar la pierna independientemente y sostenerla durante >10 seg.
- () 3 capaz de levantar la pierna independientemente y sostenerla entre 5-10 seg.
- () 2 capaz de levantar la pierna independientemente y sostenerla durante 3 ó más segundos
- () 1 intenta levantar pierna, incapaz de sostenerla 3 segundos, pero permanece de pie de manera independiente
- () 0 incapaz de intentarlo o necesita ayuda para prevenir una caída

PUNTUACIÓN TOTAL:

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA

0-20 precisa silla de ruedas

21-40 puede caminar con ayuda

41- 56 independiente

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº H. Clínica:



DIDRILC - U.F. HOSPITALIZACIÓN



ORDEN DE INGRESO DE PACIENTES (OIPH)

FECHA DE HOSPITALIZACIÓN:	OIPH N°:
DATOS GENERALES DEL PACIENTE:	
APELLIDOS Y NOMBRES:	
DNI N°:	HCL N°:
DOMICILIO:	
PROVINCIA:	DEPARTAMENTO:
DIAGNOSTICO DE DAÑO (CIE 10):	

CALIFICACION SOCIO ECONOMICA:

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

TIPO DE SEGURO

SIS

ESALUD

FFAA/FFPP

PRIVADO

OTRO

DATOS GENERALES DE LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL PACIENTE

APELLIDOS Y NOMBRES (1):	
DNI N°:	PARENTESCO:
DOMICILIO:	
TELEFONO:	
APELLIDOS Y NOMBRES (2):	
DNI N°:	PARENTESCO:
DOMICILIO:	
TELEFONO:	



TRABAJADORA SOCIAL
Firma y Sello

MEDICO JEFE UNIDAD HOSPITALIZACION
Firma y Sello

[Handwritten signature]

GERMANO ALEJANDRO URQUIA FERNANDEZ
Médico Rehabilitador CMP. 15560 - RNE. L815
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia
y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN



DIDRILC - U.F. HOSPITALIZACIÓN



FECHA/ HORA	HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA		
NOMBRE DEL PACIENTE	N° HISTORIA CLÍNICA	N° DE CAMA	





DIDRILC - U.F. HOSPITALIZACIÓN
RESULTADOS DE EXÁMENES AUXILIARES



Y ASI SUCESIVAMENTE...

PEGUE EL SEGUNDO RESULTADO EN LA PARTE SUPERIOR DE LA LINEA

PEGUE EL PRIMER RESULTADO EN LA PARTE SUPERIOR DE LA LINEA



NOMBRE DEL PACIENTE	N° DE HISTORIA CLÍNICA	N° DE CAMA

ANDRÉS ALEJANDRO URCIA FERNÁNDEZ
M.C. Rehabilitador CMP. 16500 - RNE. L. 11
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia
y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
DRA. ADRIANA PERAZA RIVERA

FERNANDO ALEJANDRO URCIA FERNANDEZ
Médico Rehabilitador, C.R. 10000 - RNE
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Crónicas
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
CARRERA 43 N° 100-00, Bogotá, D.C.



Handwritten text, possibly a signature or name, written in a cursive style.

DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN DE LESIONES CENTRALES

FICHA DE EVALUACION FUNCIONAL PARA PACIENTES CON SECUELA DE LESION CENTRAL

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE:

NOMBRE: _____ EDAD: _____ H.C. _____
 DIAGNOSTICO: _____
 TIEMPO EVOLUCION: _____ FECHA EVALUACIÓN: _____

EVALUACION DEL TONO:

TONO BASE: NORMAL () AUMENTADO () DISMINUIDO () L - M - S

TONO PASIVO

	DERECHA			IZQUIERDA		
Hombro	N	↑	↓ / L - M - S	N	↑	↓ / L - M - S
Codo	N	↑	↓ / L - M - S	N	↑	↓ / L - M - S
Mano	N	↑	↓ / L - M - S	N	↑	↓ / L - M - S
Cadera	N	↑	↓ / L - M - S	N	↑	↓ / L - M - S
Rodilla	N	↑	↓ / L - M - S	N	↑	↓ / L - M - S
Tobillo	N	↑	↓ / L - M - S	N	↑	↓ / L - M - S

TONO ACTIVO

	DERECHA			IZQUIERDA		
Hombro	N	↑	↓ / L - M - S	N	↑	↓ / L - M - S
Codo	N	↑	↓ / L - M - S	N	↑	↓ / L - M - S
Mano	N	↑	↓ / L - M - S	N	↑	↓ / L - M - S
Cadera	N	↑	↓ / L - M - S	N	↑	↓ / L - M - S
Rodilla	N	↑	↓ / L - M - S	N	↑	↓ / L - M - S
Tobillo	N	↑	↓ / L - M - S	N	↑	↓ / L - M - S

RANGOS ARTICULARES:

DERECHA			IZQUIERDA		
Normales	()	Limitados ()	Normales	()	Limitados ()
Alteración Tono	()	Contractura ()	Alteración Tono	()	Contractura ()
Dolor	()	Otros ()	Dolor	()	Otros ()

REACCIONES DE ENDEREZAMIENTO:

DERECHA			IZQUIERDA		
Cabeza	Si No	B - R - M	Cabeza	Si No	B - R - M
Derotatoria	Si No	B - R - M	Derotatoria	Si No	B - R - M
Lateral	Si No	B - R - M	Lateral	Si No	B - R - M

OBSERVACIONES: _____

OBSERVACIONES: _____

REACCIONES DE EQUILIBRIO:

DERECHA			IZQUIERDA		
Tronco	Si No	B - R - M	Tronco	Si No	B - R - M
Mbro. Sup.	Si No	B - R - M	Mbro. Sup.	Si No	B - R - M
Mbro. Inf.	Si No	B - R - M	Mbro. Inf.	Si No	B - R - M

OBSERVACIONES: _____

OBSERVACIONES: _____

REACCIONES DEFENSIVAS:

	DERECHA		IZQUIERDA	
	M. Superior	M. Inferior	M. Superior	M. Inferior
Anterior	Si No B-R-M	Si No B-R-M	Si No B-R-M	Si No B-R-M
Medio	Si No B-R-M	Si No B-R-M	Si No B-R-M	Si No B-R-M
Posterior	Si No B-R-M	Si No B-R-M	Si No B-R-M	Si No B-R-M

OBSERVACIONES: _____



COMPORTAMIENTO MOTOR:

	DERECHA	IZQUIERDA
MIEMBRO SUPERIOR : FASE _____	DE BRUNNSTROM	FASE _____ DE BRUNNSTROM
MANO : FASE _____	DE BRUNNSTROM	FASE _____ DE BRUNNSTROM
MIEMBRO INFERIOR : FASE _____	DE BRUNNSTROM	FASE _____ DE BRUNNSTROM

SENSIBILIDAD SUPERFICIAL:

SEGMENTO	TACTO	DERECHA CALOR	FRIO	TACTO	IZQUIERDA CALOR	FRIO
M. Superior :	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Mano :	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Tronco :	_____	_____	_____	_____	_____	_____
M. Inferior :	_____	_____	_____	_____	_____	_____

SENSIBILIDAD PROFUNDA:

SEGMENTO	POSICION	DERECHA MOVIMIENTO	DIRECCION	POSICION	IZQUIERDA MOVIMIENTO	DIRECCION
M. Superior :	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Mano :	_____	_____	_____	_____	_____	_____
M. Inferior :	_____	_____	_____	_____	_____	_____

OBSERVACIONES: _____

ACTIVIDADES FUNCIONALES

PASAR A LA COLCHONETA

Solo () Con ayuda () No Realiza () Colabora ()

OBSERVACIONES: _____

	DERECHA	IZQUIERDA
SUPINO	_____	_____
CABEZA:	_____	_____
TRONCO:	_____	_____
M.SUP.:	_____	_____
M.INF.:	_____	_____

	POR DERECHA	POR IZQUIERDA
SUPINO A PRONO		
Disociación de tronco	Si No	Si No
M. Superior cruza línea media	Si No	Si No
M. Inferior cruza línea media	Si No	Si No
Completa el giro	Si No	Si No

	DERECHA	IZQUIERDA
PRONO		
Apoyo de codos	Si No	Si No
Eleva una mano	Si No	Si No
Apoyo de manos	Si No	Si No
Eleva una mano	Si No	Si No

	POR DERECHA	POR IZQUIERDA
SUPINO A SENTADO		
Gira el tronco	Si No	Si No
Apoya codo homolateral	Si No	Si No
Cruza brazo contralateral	Si No	Si No
Apoya mano homolateral	Si No	Si No
Completa incorporación	Si No	Si No

SENTADO

Mantiene postura () Tronco Recto () Rodillas Extend ()

OBSERVACIONES: _____

	POR DERECHA	POR IZQUIERDA
SENTADO DE LADO		
Gira Tronco Superior	Si No	Si No
M. Superior cruza línea media	Si No	Si No
Rotación de M. Inferiores	Si No	Si No
Apoya ambas manos	Si No	Si No
Codo homolateral extendido	Si No	Si No



OBSERVACIONES: _____

4 PUNTOS

	POR DERECHA		POR IZQUIERDA	
Desde Prono	Si	No	Si	No
Desde Sentado	Si	No	Si	No
Mantiene Postura	Si	No	Si	No
Peso Extremidades Derechas	Si	No	Si	No
Peso Extremidades Izquierdas	Si	No	Si	No
Eleva 1 Extremidad	Si	No	Si	No
Eleva 2 Extremidades (Homolateral)	Si	No	Si	No
Eleva 2 Extremidades (Contralateral)	Si	No	Si	No

OBSERVACIONES:

RODILLAS

Desde 4 Puntos	Si No	Mantiene Postura	Si No	Tronco Recto	Si No
Caderas Extend	Si No	Peso Rodilla der	Si No	Peso Rodilla Izq	Si No

OBSERVACIONES:

MARATHON

	PIE DERECHO AL FRENTE		PIE IZQUIERDO AL FRENTE	
Desde rodillas	Si	No	Si	No
Mantiene Postura	Si	No	Si	No
Cadera Extendida	Si	No	Si	No
Tronco recto	Si	No	Si	No
Carga de peso simétrica	Si	No	Si	No

OBSERVACIONES:

BIPEDESTACION

BIPEDESTACION		PIE DERECHO ADELANTE		PIE IZQUIERDO ADELANTE	
DESDE MARATHÓN	.....	Si	No	.....	Si No
Sin ayuda	.....	Si	No	.....	Si No
Requiere ayuda (Objeto)	.....	Si	No	.....	Si No
Requiere Ayuda (persona)	.....	Si	No	.....	Si No
DESDE SEDENTE	.....	Si	No	.....	Si No
Sin ayuda	.....	Si	No	.....	Si No
Requiere ayuda (Objeto)	.....	Si	No	.....	Si No
Requiere Ayuda (persona)	.....	Si	No	.....	Si No
Mantiene postura	Si No	Carga ambos pies	Si No	alinea cabeza/tronco	Si No

TRANSFERENCIA DE PESO:

A la derecha	Si No	A la Izquierda	Si No	Adelante	Si No
--------------	-------	----------------	-------	----------	-------

BASE DE SUSTENTACION:

Amplia	()	Normal	()	Pequeña	()
--------------	-----	--------------	-----	---------------	-----

OBSERVACIONES: _____

AMBULACION:

S. de Ruedas	()	marcha	()	Otro	_____
--------------	-----	--------	-----	------	-------

MARCHA:

Independiente	()	supervisado	()	sostenido	()
---------------	-----	-------------	-----	-----------	-----

AYUDA BIOMECANICA:

Bastón	()	Sop. Corto	()	OTP	()	Cabestrillo	()
--------	-----	------------	-----	-----	-----	-------------	-----

ANALISIS DE LA MARCHA:

Disociación	Si No	Alternancia	Si No	Cadencia Regular	Si No
-------------	-------	-------------	-------	------------------	-------

<u>FASE DE APOYO</u>		<u>FASE DE BALANCEO</u>	
TOBILLO		TOBILLO	
Toda la planta apoyada	()	Arrastre de dedos	()
Dedos primero	()	Inversión	()
Inversión posición inicial	()	Dorsiflexión exagerada	()
Inversión toda la fase	()	Látigo	()
Adelanta el pie afectado	()	Eversión	()
Acción talón dedos casi normal	()		
RODILLA		RODILLA	
La rodilla se dobla	()	Rígida	()
Hiperextensión L - M - S	()	Moderadamente rígida	()
Estable en flexión ligera	()	Libre, casi normal	()
Casi normal	()	Flexión exagerada	()
CADERA		CADERA	
Trendelemburg	()	Giro sobre extremidad sana	()
Tronco hacia delante	()	Rígida (Retroversión pélvica)	()
Estable	()	Flexión exagerada	()
		Rotación externa	()

OBSERVACIONES:

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO:

METAS DE TRATAMIENTO:

SUGERENCIAS:

Lic. _____

CTMP _____

4


 DR. ALEJANDRO URQUIA FERNÁNDEZ
 M.C. Rehabilitador CMP. 16566 - RNE. 4819
 Jefe del Departamento de Investigación, Docencia
 y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
 MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
 C/RA. ADRIANA RIVERA 174 P.O. BOX 1000 LIMA - PERÚ

Amistad Perú - Japón

TERAPIA OCUPACIONAL

NOMBRE:

H.C.: 48507-976 VANDER LINDEN ONK100479

EDAD:

Independiente	5
Supervisión	4
Ayuda ocasional (lavado, secado, etc.)	3
Asistencia en todos los aspectos del baño	1
Dependencia total	0

Independiente	10
Mínima ayuda	8
Ayuda para poner o quitar la ropa	5
Gran ayuda (colabora algo)	2
Dependencia total	0

Independiente	5
Mínima ayuda	4
Moderada ayuda	3
Ayuda continua (colabora algo)	1
Dependencia total	0

Independiente	10
Supervisión	8
Moderada ayuda (colabora algo)	5
Ayuda continua	2
Dependencia total	0

Independiente	15
Supervisión continua o no camina mayor a 50 metros	12
Ayuda de una persona (ocasional)	8
Ayuda continua de una o más personas	3
Dependencia	0

Independiente	5
Independiente en terreno regular, ayuda para curvas	4
Supervisión constante, necesita ayuda para ubicarse en mesa, cama, etc.	3
Logra propulsarse cortas distancias pero requiere ayuda en demás aspectos del manejo	1
Dependencia	0

Independiente	15
Supervisión	12
Ayuda ocasional de una persona	8
Ayuda continua (colabora algo)	3
Ayuda de dos personas (no colabora)	0

FECHAS

FECHAS		

	* * *	
--	-------------	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

	• • •	
--	---	--

--	--	--	--

--	--	--



GUANDO ALEJANDRO URQUIA FERNÁNDEZ
 M.C. Rehabilitador CMP. 16500 - RNE. 6315
 Jefe del Departamento de Investigación, Docencia
 y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
 ERA ADOLESCENTE DE 1975. AMBULADORIO

SUBIR ESCALERAS

Independiente (al menos un piso)	10
Supervisión ocasional	8
Supervisión continua o ayuda ocasional	5
Ayuda continua	2
Incapaz de subir escaleras	0

CONTROL DE VEJIGA

Continente e independiente (bolsa o ayudas)	10
Incontinencia ocasional (menos de 1 / día)	8
Incontinencia nocturna o ayuda con bolsa, pañal, etc.	5
Incontinente día y noche (colabora algo)	2
Incontinente y dependiente: sonda vesical	0

CONTROL INTESTINAL

Continente e independiente	10
Incontinencia ocasional (1 / sem) ó supervisión en supos., enemas	8
Incontinencia frecuente, se limpia sólo, ayuda para supos., pañal	5
Incontinencia frecuente, colabora algo	2
Incontinencia y dependencia total	0

ALIMENTACIÓN

Independiente	10
Minima ayuda ó independiente si le sirven	8
Come solo con supervisión	5
Ayuda de otra persona (puede comer algo)	2
Dependiente ó SNG	0

PUNTAJE TOTAL:

LEYENDA

Menos de 20: DEPENDENCIA TOTAL
Entre 20 y 35: DEPENDENCIA GRAVE
Entre 35 y 55: DEPENDENCIA MODERADA
ENTRE 60 Y 90: DEPENDENCIA LEVE
Más de 90: INDEPENDENCIA

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:



MANOJO ALEJANDRO URQUIA FERNÁNDEZ
MC. Rehabilitador CMP. 16560 - RNE. L. 211
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia
y Rehabilitación Integral en Lesiones Cerebrales
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
DRA. ADRIANA REYES RIVERA - ASISTENTE SOCIAL



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
"Dra. ADRIANA REBAZA FLORES"
AMISTAD PERU - JAPON

UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION
DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION
DOCENCIA Y REHABILITACION INTEGRAL
EN LESIONES CENTRALES

CENSO DIARIO

1. Saldo Anterior: _____
2. Ingreso al Servicio: _____
3. Total (1 + 2): _____
4. Egresos: _____
5. Saldo Siguiente (3 - 4): _____
6. Camas Desocupadas: _____
7. Camas Ocupadas: _____
Fecha: _____
Clave Social: _____

INGRESOS DIRECTOS				INGRESOS POR TRANSFERENCIA				PROCEDENCIA
H.C.	CAMA	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	H.C.	CAMA	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	
ALTAS DIRECTAS				ALTAS POR TRANSFERENCIA				
H.C.	CAMA	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	H.C.	CAMA	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	
DEFUNCIONES DE INGRESOS DIRECTOS				DEFUNCIONES DE INGRESOS POR TRANSFERENCIAS				
H.C.	CAMA	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	H.C.	CAMA	HORA	NOMBRES Y APELLIDOS	



Nombre de la Enfermera _____
Nº CEP _____

Sello y Firma

[Handwritten signature]

FERNANDO ALEJANDRO URCIO FERNANDEZ
M.C. Rehabilitador CMP 163300 - RNE. Lda
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia
y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
CALLE JOSE BENAYEN 1222



IX. BIBLIOGRAFIA

1. Las_enfermedades_cronicas_no_transmisibles.pdf [Internet]. [cited 2020 Feb 24]. Available from: http://www.afam.org.ar/textos/10_05_2017/las_enfermedades_cronicas_no_transmisibles.pdf
2. Rivera-Nava SC, Miranda-Medrano LI, Pérez-Rojas JEA, Flores J de J, Rivera-García BE. INSTRUMENTOS CLÍNICOS. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. :12.
3. Davalos LF, Málaga G. El accidente cerebrovascular en el Perú: una enfermedad prevalente olvidada y desatendida. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 2014 Jul 2 [cited 2020 Feb 24];31(2). Available from: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/73>
4. Methods for estimating the global burden of cerebrovascular diseases Roth GA, Johnson CO, Nguyen G, Naghavi M, Feigin VL, Murray CJL, Forouzanfar MH, Vos T. Methods for estimating the global burden of cerebrovascular diseases. *Neuroepidemiology*. 2015 Oct 18;45:146-151. doi: 10.1159/000441083.
5. Early Rehabilitation After Stroke: Narrative Review. Coleman ER, Moudgal R, Lang K, Hyacinth HI, Awosika OO, Kissela BM, Feng W. *Curr Atheroscler Rep*. 2017 Nov 7;19(12):59. doi: 10.1007/s11883-017-0686-6.
6. What the Proportional Recovery Rule Is (and Is Not): Methodological and Statistical Considerations. Kundert R, Goldsmith J, Veerbeek JM, Krakauer JW, Luft AR. *Neurorehabil Neural Repair*. 2019 Nov;33(11):876-887. doi: 10.1177/1545968319872996. Epub 2019 Sep 15.
7. A Short and Distinct Time Window for Recovery of Arm Motor Control Early After Stroke Revealed With a Global Measure of Trajectory Kinematics. Cortes JC, Goldsmith J, Harran MD, Xu J, Kim N, Schambra HM, Luft AR, Celnik P, Krakauer JW, Kitago T. *Neurorehabil Neural Repair*. 2017 Jun;31(6):552-560. doi: 10.1177/1545968317697034. Epub 2017 Mar 16.
8. Post-stroke emotionalism: a qualitative investigation. McAleese N, Guzman A, O'Rourke SJ, Gillespie DC. *Disabil Rehabil*. 2019 May 28;1-9. doi: 10.1080/09638288.2019.1620876. [Epub ahead of print].
9. Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. Galicia Clínica. :16. <https://www.mediagraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im123s.pdf>

