

ESTADÍSTICAS EN DISMOVILIDAD

Dinamarca M, José Luis *
Hospital Geriátrico de Limache

ABSTRACT:

Introducción: La Etapificación de la Dismovilidad permite realizar un seguimiento del proceso dismovilizante independientemente de su causa, dividiendo las poblaciones en segmentos comparables.

Objetivos: Caracterizar las subetapas de la Dismovilidad, obtener información útil para el manejo clínico de esta patología.

Método: Se cruzaron datos de 120 pacientes >60 años pertenecientes al Programa Domiciliario del Hospital de Limache entre enero de 2003 y marzo de 2004. Se utilizó la Etapificación de la Dismovilidad y las variables edad, sexo, prevalencia, Número de Fármacos, Índices de Norton y de Katz.

Resultados: Edad y profundidad de la Dismovilidad son directamente proporcionales. Ambos sexos presentaron mayor frecuencia de Dismovilidad en Subetapa 2B y 4B, que fueron las Subetapas más prevalentes en esta muestra. El consumo de fármacos va disminuyendo conforme la Dismovilidad progresa, aunque siempre con importante Polifarmacia. Las Subetapas en las que se consume mayor cantidad de Fármacos son 2B y 4B. El riesgo de escaras es directamente proporcional a la profundidad de la Dismovilidad manteniéndose bajo hasta la Subetapa 2A, y aumentando desde la etapa 2B. La dependencia en las ABVD aumenta en forma proporcional a la profundidad de la Dismovilidad, especialmente a partir de la Subetapa 2B.

Conclusiones: El manejo de la Dismovilidad debe enfocarse en las etapas iniciales, evitando a toda costa su progresión.

La Subetapa 2B es una etapa crítica, en la que deben extremarse los cuidados en cuanto Polifarmacia, cuidado de la piel e independencia en las ABVD.

A continuación se presentan las asociaciones encontradas entre la Etapificación de la Dismovilidad de Dinamarca (ETADI) y las variables edad, sexo, prevalencia, Número de fármacos, MMSE, Índice de Katz e Índice de Norton para el riesgo de Heridas de la piel.

Deben contrastarse con los resultados que se obtengan en un estudio que abarque una mayor cantidad de pacientes y más variables. No obstante, debido a que el estudio incluyó una muestra significativa del total comunal, y a que los resultados son interesantes y pueden dar pie a que otros investigadores se interesen en el tema, es que consideré pertinente comunicarlos, haciendo las salvedades ya observadas.

1. DATOS GENERALES.

1.A. Población según Subetapas

En la **TABLA 1** se muestra los porcentajes de distribución de la población estudiada para cada sub-etapa de la escala de valoración de la dismovilidad propuesta.

Debe destacarse que la muestra corresponde en su totalidad a pacientes que por definición son incapaces de acceder por sus propios medios en forma regular a un control de salud en una Institución de sanitaria fuera de su hogar, lo que explica la ausencia de pacientes en sub-etapa 1-A.

TABLA III – 1

Distribución de la población dismovilizada según nivel de Dismovilidad de ETADI, Programa Domiciliario de Apoyo al Dismovilizado, Limache 2004.

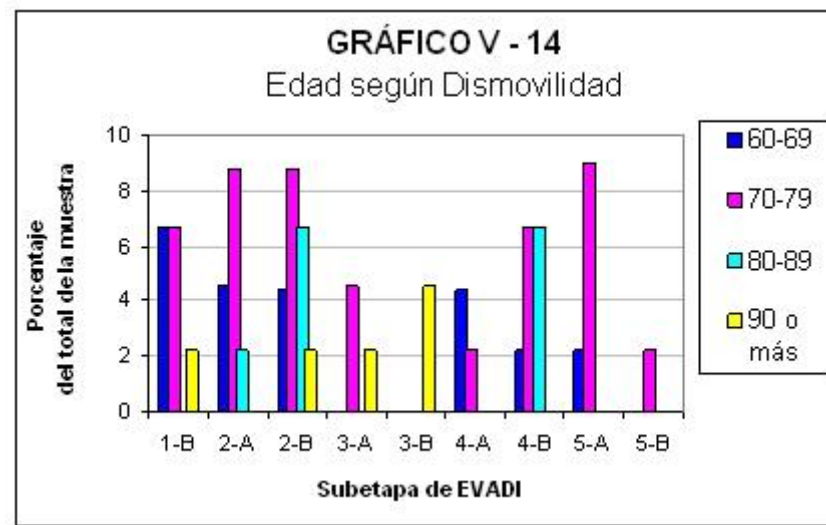
Subetapa de ETADI	% del total de la muestra
1-A	0
1-B	13,3
2-A	8,9
2-B	28,7
3-A	8,9
3-B	4,6
4-A	6,7
4-B	15,5
5-A	11,1
5-B	2,3

Las subetapas más ampliamente representadas (en negrita) son 2-B (casi uno de cada 4 pacientes está en esta etapa de transición), 4-B, 1-B y 5-A. Entre las 4 se distribuye el 68.1% de la muestra estudiada.

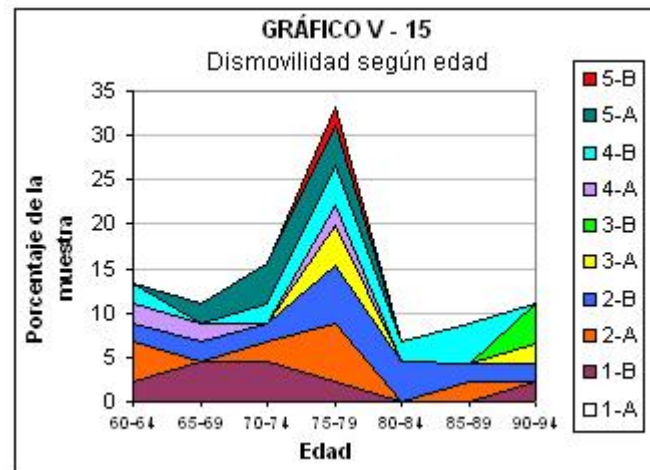
1.B. Edad.

El **GRÁFICO V-14** permite apreciar el comportamiento de los rangos según edad, de acuerdo a las etapas de **ETADI**: A medida que la Dismovilidad se hace más profunda, va disminuyendo la representatividad de los rangos de edades menores, lo que es bastante lógico y esperable, pues mientras menor sea la edad, existirá mayor reserva funcional.

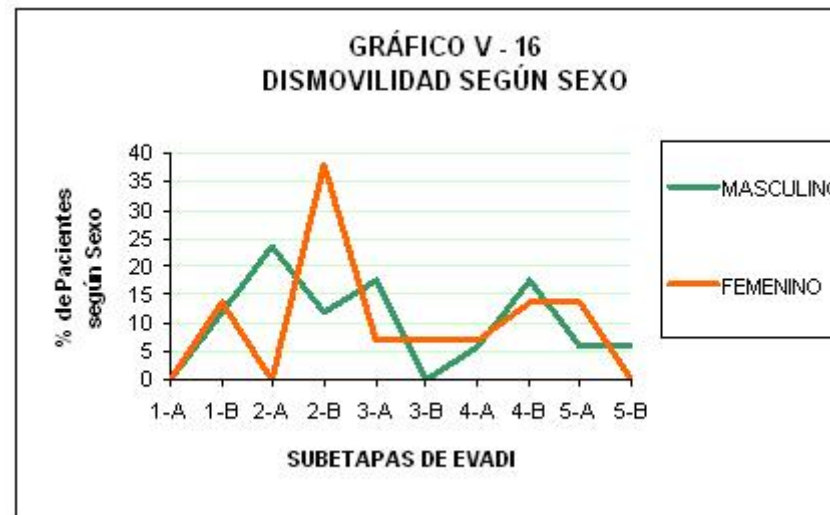
Es decir, la población de entre 60 y 69 años tendría menos posibilidades de presentar Dismovilidad profunda, pero a medida que aumenta la edad, será más frecuente encontrar Dismovilidad cada vez más profunda, lo que se aprecia claramente para los rangos de edad, entre los 80 a 89 años y 90 o más años.



El **GRÁFICO V-15** permite apreciar que la población entre 70 y 79 años parece estar expuesta a sufrir Dismovilidad en cualquiera de sus niveles de profundidad, con dos puntas de distribución, en las etapas 2 y 5. Este gráfico permite apreciar además que la gran mayoría de la población dismovilizada del estudio (33%) independientemente de la profundidad de la Dismovilidad, estaba entre los 75 y 79 años.



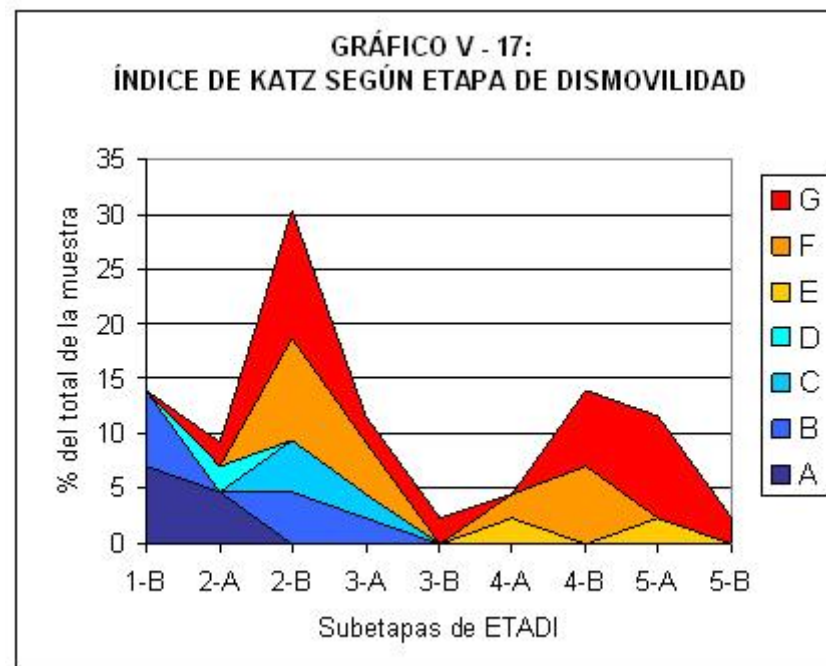
1.C. Sexo.



El **GRÁFICO V - 16** permite apreciar que en ambos sexos la Dismovilidad presenta 2 puntas: para las etapas 2 y para las subetapas 4-B y 5-A. Es interesante, aunque debe demostrarse con estudios que abarquen una población mayor, la existencia de esta presentación de tipo bimodal, que ocurre en ambos sexos. Llama la atención la gran distribución de la muestra de mujeres en la subetapa 2-B, que coincide con una baja en la cantidad de pacientes varones para la misma subetapa

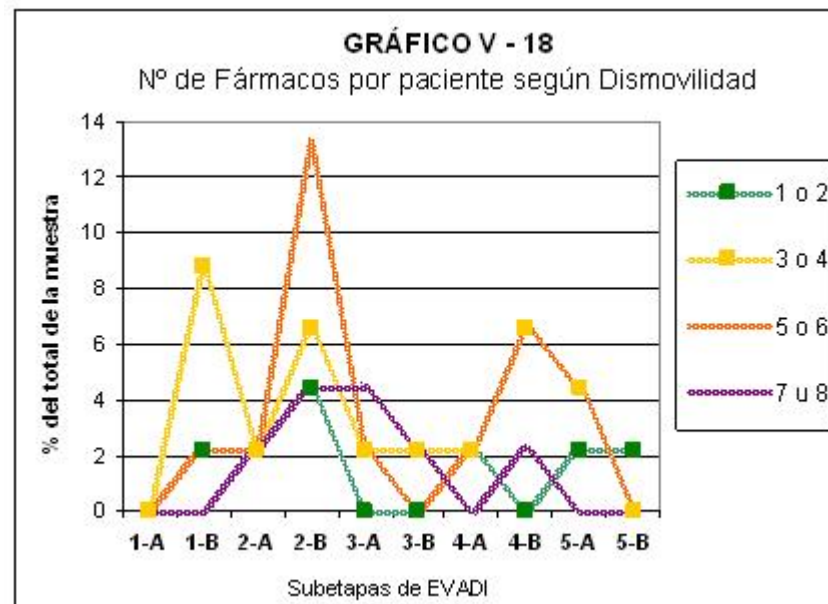
2. ESCALAS e INDICADORES DE SALUD.

2.A. Dismovilidad e índice de Katz de actividades básicas de la vida diaria



El **GRÁFICO V - 17** permite apreciar cómo avanza el nivel de dependencia, objetivada con el Índice de Katz, conforme avanza la profundidad de la Dismovilidad, adoptando una progresión en forma de abanico, que deberá corroborarse en estudio en curso. Es interesante también hacer notar el drástico cambio en el nivel de dependencia que comienza a apreciarse desde la subetapa 2-B de ETADI, que se consolida a partir de la subetapa 3-B.

2.B. Dismovilidad y Polifarmacia



Nota: Debido a superposición de las curvas, las curvas correspondientes a 1 o 2 medicamentos (verde) y a 3 o 4 medicamentos (dorada) tienen puntos para optimizar la observación y seguimiento.

El **GRÁFICO V - 18** hace referencia a los pacientes según su grado de Dismovilidad de acuerdo a EVADI y la cantidad de fármacos que al momento de la investigación, previo a cualquier intervención, consumían.

15.4% de los pacientes consume entre 1 o 2 fármacos diarios.

35.2% de los pacientes consume entre 3 o 4 fármacos diarios.

33% de los pacientes consume entre 5 o 6 fármacos diarios.

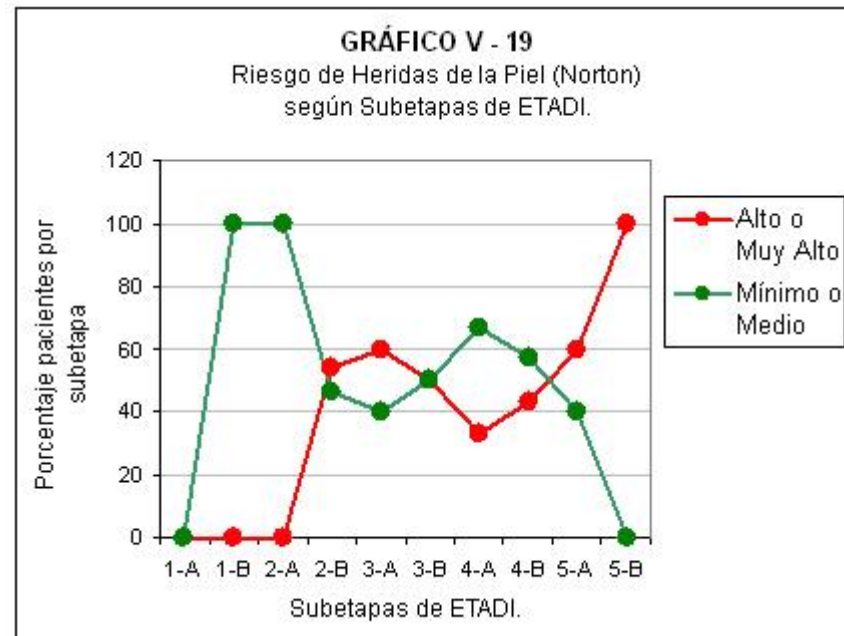
16.4% de los pacientes consume entre 7 u 8 fármacos diarios.

Entre las subetapas 2-A y 3-B se produce un interesante fenómeno: comienza a aumentar la cantidad de pacientes con 7 u 8 fármacos. Tiene su punta en las subetapas 2-B y 3-A, para luego decaer en la etapa 3-B y llegar a cero pacientes en la subetapa siguiente. Estas equivalen a las etapas de mayor pérdida de movilidad con un paciente aún activo, demandante, lo que explicaría el alto uso de fármacos.

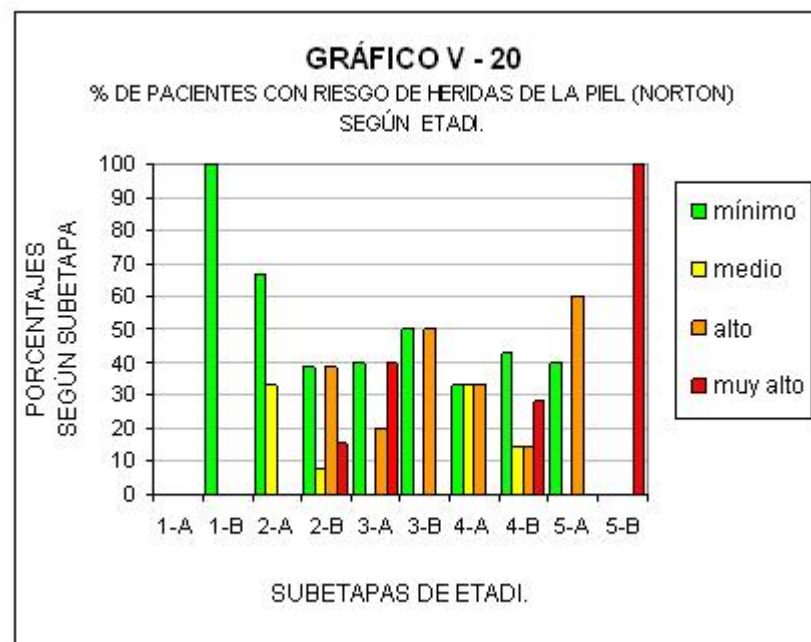
Es llamativa también la curva naranja de 5 o 6 fármacos, con dos picos muy marcados en las subetapas 2-B y 4-B.

Puede decirse que las 4 curvas se emulan y de algún modo su forma equivale a 2 picks: El primero, mayor, en la Etapa 2; el segundo, menor, en la Etapa 4. Así puede afirmarse que el consumo de fármacos va disminuyendo conforme la Dismovilidad progresa, aunque siempre con importante Polifarmacia.

2.C. Dismovilidad y riesgo de heridas de la piel.



El **GRÁFICO V - 19** permite notar con toda claridad cómo va aumentando, según aumenta la profundidad de la Dismovilidad, el riesgo de presentar Heridas de la Piel y, a la vez, cómo va disminuyendo el porcentaje de pacientes con riesgo bajo de presentar esta misma complicación, medida con el Índice de Norton. Estas curvas permiten observar la importancia de que la Dismovilidad no progrese, pues a partir de la Subetapa 2-B, el riesgo de Heridas de la piel que presentan estos pacientes aumenta abruptamente, para luego seguir aumentando. La misma información pero desagregando el nivel de riesgo, puede apreciarse en el siguiente gráfico.



En el **GRÁFICO V - 20** puede apreciarse el porcentaje de pacientes de cada subetapa según el tipo de riesgo en que lo clasifica el Índice de Norton para Heridas de la piel. El porcentaje de pacientes con riesgo mínimo es igual al 100% de los pacientes en la etapa 1-B. Al otro extremo, el 100% de los pacientes en etapa 5-B presentó riesgo muy alto de presentar esta complicación. Del mismo modo, los porcentajes de PUC. con riesgo mínimo van disminuyendo, a medida que aumentan los porcentajes con riesgo alto y muy alto, a medida que la Dismovilidad se hace más profunda. La categoría de riesgo medio para este Índice presentó un patrón errático. Las subetapas en las que el riesgo aumenta en forma crítica son 2-B y 4-B, para ser total en la etapa 5-B.

*** Dr. José Luis Dinamarca Montecinos.**

Médico Cirujano, Universidad de Valparaíso

Diplomado en Geriátría y Gerontología Clínica, Universidad de Concepción

Médico Tratante, Hospital Geriátrico de Limache

Docente, Diplomado en Geriátría y Gerontología Clínica, Universidad de Concepción

Gerente, Departamento de Docencia, Capacitación e Investigación, Hospital Geriátrico de Limache.

Encargado, Programa de Asistencia Domiciliaria al Dismovilizado, Hospital Geriátrico – Hospital Santo Tomás de Limache.