

Nota de campo

Análisis de las patologías con mayor prevalencia en las Unidades Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia de la provincia de Almería

Remedios López-Liria^{a,*}, David Padilla-Gógora^b, Daniel J. Catalán-Matamoros^a, Patricia Rocamora-Pérez^a, M.^a del Carmen Martínez-Cortés^b y César R. Rodríguez-Martín^c^a Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Almería, Almería, España^b Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Almería, Almería, España^c Grupo de Investigación Hum-498, Universidad de Almería, Almería, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de junio de 2011

Aceptado el 14 de septiembre de 2011

On-line el 3 de diciembre de 2011

Palabras clave:

Atención domiciliaria

Efectividad

Rehabilitación

Fisioterapia

Funcionalidad

Índice de Barthel

Atención primaria

Mayores

RESUMEN

Objetivos: Describir las patologías de mayor prevalencia en 1753 pacientes derivados a las Unidades Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia.**Método:** Estudio descriptivo transversal. Las variables analizadas fueron la edad, el sexo, el diagnóstico principal, la capacidad funcional (Índice de Barthel), los objetivos fisioterapéuticos, las técnicas de tratamiento y el número de sesiones realizadas.**Resultados:** Los diagnósticos principales fueron secuelas por inmovilización (29%), fracturas de cadera (16,5%), accidente vascular cerebral (13,7%), prótesis de rodilla (11,9%) y cadera (4,7%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (2,6%) y enfermedad de Alzheimer (2,4%). Los índices de Barthel iniciales más bajos se obtuvieron en Alzheimer, accidente vascular cerebral y secuelas por inmovilización; el más alto se obtuvo en los pacientes intervenidos de prótesis de rodilla. El proceso que necesitó mayor número de sesiones para su recuperación fue el accidente vascular cerebral.**Conclusiones:** Se confirman ganancias positivas entre el Índice de Barthel inicial y el final tras el tratamiento rehabilitador para cada proceso descrito, con una mayor independencia funcional del paciente.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Analysis of the most prevalent disorders in home-rehabilitation and physiotherapy units in the province of Almería (Spain)

ABSTRACT

Objectives: To describe the most prevalent disorders in 1753 patients referred to home rehabilitation and home physiotherapy units.**Method:** We carried out a cross-sectional descriptive study. The variables analyzed were age, gender, main diagnosis, functional capacity (Barthel Index), physiotherapeutic objectives, the treatment applied and the number of sessions.**Results:** The main diagnoses were immobilization effects (29%), hip fracture (16.5%), stroke (13.7%), knee replacement (11.9%), hip replacement (4.7%), chronic obstructive pulmonary disease (2.6%), and Alzheimer's disease (2.4%). The lowest Barthel Index was obtained in Alzheimer's disease, stroke and immobilization effects and the highest in patients with knee replacement. The process requiring the highest number of sessions for complete recovery was stroke.**Conclusions:** Significant improvements were confirmed in pre- and post- Barthel Index scores for each of the above-mentioned diagnoses, demonstrating greater functional independence among patients.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Home rehabilitation

Effectiveness

Rehabilitation

Physiotherapy

Functionality

Barthel Index

Primary healthcare

Elderly

Introducción

La creación de las Unidades Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia (UMRF) fue un proyecto de intervención¹, de asistencia exclusiva en el domicilio del paciente, propuesto por el Servicio Andaluz de Salud, que introducía cambios en el sistema de prestación de servicios ofrecido hasta el año 2002 para personas dependientes, mejorando su accesibilidad.

Son escasos los estudios realizados en España²⁻⁴ para definir la situación de la población respecto a la rehabilitación domiciliaria,

si bien resulta evidente la pertinencia de conocer las características de ésta para adecuar los recursos a sus necesidades y demandas. Este artículo pretende describir las afecciones de mayor prevalencia halladas en esta población, su vinculación a las variables sociodemográficas (edad y sexo), las características de la atención fisioterapéutica en relación a la afección tratada y su repercusión funcional en el paciente, medida a través del Índice de Barthel.

Métodos

Estudio descriptivo transversal sobre 2449 pacientes derivados consecutivamente a las UMRF del Distrito Sanitario Almería, entre 2004 y 2010.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: rll040@ual.es (R. López-Liria).

Los criterios de inclusión, definidos en el protocolo de actuación del servicio⁵, fueron: adecuación de la enfermedad derivada al listado de los procesos asistenciales que pueden recibir fisioterapia domiciliaria; accesibilidad (existencia de barreras arquitectónicas insalvables, como escaleras) y seguridad (cuando el desplazamiento al hospital incrementase la comorbilidad en pacientes pluripatológicos). Se ajustaron a dichos criterios 1753 pacientes, que recibieron algún tipo de intervención domiciliaria por el médico rehabilitador, el fisioterapeuta o el terapeuta ocupacional. En determinados casos se produjo pérdida de información en algunas variables, al interrumpirse el tratamiento por ingreso hospitalario (60 pacientes) o muerte (30 pacientes).

Se excluyeron del tratamiento 696 propuestas que no cumplían los requisitos de derivación (posibilidad de traslado del paciente discapacitado físico a la sala de fisioterapia, no aceptación expresa del tratamiento por parte del paciente o no colaboración del cuidador).

Las variables independientes analizadas fueron la edad, el sexo, el diagnóstico principal (codificación CIE-9), la capacidad funcional inicial en las actividades de la vida diaria valorada mediante el Índice de Barthel, los objetivos fisioterapéuticos y las técnicas aplicadas. Las variables dependientes fueron el Índice de Barthel final y el número de sesiones de tratamiento realizadas.

Estos datos estandarizados se obtuvieron de las historias clínicas de rehabilitación y fisioterapia, y fueron registrados por los profesionales que intervinieron en el proceso de recuperación del paciente, en la valoración inicial y final al tratamiento.

Para esta investigación se obtuvieron los oportunos permisos del comité ético y científico responsable. Se elaboró una base de datos y se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para su análisis.

Resultados

De los 1753 pacientes tratados por las UMRF, el 65% eran mujeres y el 35% eran hombres. La edad media fue de 76,41 años, con un 86,59% mayores de 65 años.

Las afecciones derivadas (diagnóstico principal) en mayor porcentaje fueron, con un 29%, las secuelas por inmovilización (tras largos encamamientos, procesos traumatológicos o quirúrgicos, enfermedades neurológicas, etc.), las fracturas de cadera (16,5%), el accidente vascular cerebral (AVC, 13,7%), las prótesis de rodilla (11,9%) y de cadera (4,7%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC, 2,6%) y la enfermedad de Alzheimer (2,4%).

En la **tabla 1** se describen las principales afecciones derivadas a las UMRF según su distribución por sexo, la edad media del paciente, los porcentajes en relación a los objetivos perseguidos y la media del número de sesiones de fisioterapia.

La codificación de las técnicas de rehabilitación aplicadas se realizó en cinco categorías: cinesiterapia, cinesiterapia y electroterapia, educación al cuidador, cinesiterapia y educación al cuidador, y adaptaciones o ayudas técnicas. La cinesiterapia fue la técnica mayoritariamente empleada, destacando en los procesos de rehabilitación para prótesis de rodilla (89,6%) y cadera (87,7%); los porcentajes resultaron menores en las secuelas por inmovilización (54%) y la enfermedad de Alzheimer (27%), en que predominó la combinación de cinesiterapia con educación al cuidador (los valores para estas dos afecciones fueron de un 14,3% y un 40,5%, respectivamente). La electroterapia se utilizó por debajo del 9% en las sesiones, mientras que el entrenamiento para el uso de ayudas técnicas estuvo indicado en menos del 6% de las ocasiones.

En la **tabla 2** se muestra la existencia de diferencias entre los grados previos de independencia funcional de los pacientes en relación al proceso patológico por el cual habían sido derivados. Los valores iniciales del Índice de Barthel más bajos se encontraron en la

Tabla 1
Características de la muestra y objetivos principales del tratamiento de rehabilitación y fisioterapia

Proceso discapacitante principal	n	Edad	Sexo		Objetivos del tratamiento							Número sesiones	
			Mujer (%)	Hombre (%)	Dolor	Funcionalidad	Marcha	Educación cuidador	Dolor funcionalidad marcha	Capacidad respiratoria	Media		
Secuela inmovilización	447	82	59,1%	40,9%	0,4%	42,3%	20,5%	29,2%	6,3%	1,1%	9,80		
Fractura cadera	255	84	80,4%	19,6%	1,2%	26,3%	11,8%	6,7%	52,9%	0%	14,27		
ACV ^a	211	79	55,5%	44,5%	0,5%	53,6%	9%	28,9%	5,7%	0,0%	16,60		
Prótesis rodilla	183	73	79,2%	20,8%	1,1%	13,1%	9,8%	1,6%	74,3%	0%	14,86		
Prótesis cadera	73	76	68,5%	31,5%	0%	32,9%	15,1%	1,4%	50,7%	0%	14,37		
EPOC ^b	40	80	22,5%	77,5%	0%	20%	10%	7,5%	2,5%	60%	7,23		
Alzheimer	37	81	59,5%	40,5%	0%	18,9%	5,4%	73,1%	2,7%	0%	5,08		

AVC: accidente vascular cerebral; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Tabla 2
Prueba *t* de Student para el Índice de Barthel inicial y final en los procesos discapacitantes principales

Proceso discapacitante	Índice de Barthel ^a inicial		Índice de Barthel ^a final	Media	Desviación típica	IC95% para la diferencia		T	gl	Significación (bilateral)
	Media	Media				Inferior	Superior			
Secuela inmovilización	34,53	47,77	47,77	13,23	17,98	-14,93	-11,52	-15,26	440	0,020
Fractura de cadera	41,96	64,84	64,84	-22,87	17,30	-25,02	-20,73	-20,98	252	0,000
AVC	28,96	44,32	44,32	-15,36	18,76	-17,94	-12,78	-11,75	206	0,000
Prótesis rodilla	71,24	95,34	95,34	-24,09	11,22	-25,76	-22,43	-28,57	177	0,000
Prótesis cadera	58,29	79,71	79,71	-21,42	13,88	-24,74	-18,11	-12,91	70	0,000
EPOC	54,87	63,33	63,33	-8,46	14,78	-13,25	-3,66	-3,57	40	0,001
Alzheimer	18,89	21,67	21,67	-2,77	6,80	-5,08	-0,47	-2,44	37	0,020

IC95%: intervalo de confianza del 95%; AVC: accidente vascular cerebral; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

^a Índice de Barthel¹¹: escala de 0 a 100 (con intervalos de 5 puntos); 0-20, dependencia total; 21-60, dependencia grave; 61-90, dependencia moderada; 91-99, dependencia leve; 100: independiente.

enfermedad de Alzheimer, los AVC y las secuelas por inmovilización, mientras que los valores más altos correspondieron a pacientes que habían sido intervenidos de prótesis de rodilla.

Las diferencias apreciadas entre las medias del Índice de Barthel inicial y final para cada uno de los procesos descritos resultaron estadísticamente significativas, realizada la prueba *t* de Student para muestras relacionadas.

Discusión

Los datos revelados por este estudio no se alejan de los ofrecidos por un informe³ de 2005 que indicaba que, para los equipos móviles de Andalucía, los motivos de demanda fueron mayoritariamente hemiplejía y hemiparesia (17,2%), fractura de cuello de fémur (16,8%), debilidad y atrofia por desuso (12,8%), prótesis de rodilla (5,8%) y osteoartritis (2,9%).

Los diagnósticos más prevalentes en las unidades de rehabilitación del servicio catalán² son también la fractura de cadera y el AVC, a significativa distancia del resto de los procesos atendidos.

Para la consecución de los objetivos propuestos en esta investigación se tuvieron que limitar las variables estudiadas, así como sus categorizaciones, sin poder atender aspectos tales como posibles diagnósticos secundarios que podrían haber afectado al resultado tras el tratamiento.

Se ha confirmado que el Índice de Barthel final de estos procesos discapacitantes supone una variación positiva con respecto al inicial, una vez realizado el tratamiento propuesto por la UMRF, lo que se traduce en una mayor independencia funcional para las actividades de la vida diaria del paciente. Programas desarrollados en hospitales⁶, residencias o centros de atención primaria, similares a los realizados por las UMRF, han potenciado actividades motoras, como bañarse, vestirse o asearse, ejercitadas conjuntamente con la realización de relajación, coordinación, equilibrio, estiramientos, desarrollo de fuerza, resistencia, etc., y han demostrado que la fisioterapia aplicada a las personas mayores retrasa el deterioro, promueve la salud y previene las incapacidades y las minusvalías^{7,8}.

En el caso de los pacientes que reciben el alta hospitalaria y que son derivados a atención domiciliaria en Andalucía, Morales⁹ también describió que la recuperación funcional es espectacular en el grupo de intervención, evidenciando la gran utilización de servicios de rehabilitación y fisioterapia domiciliaria. Estos datos resultan igualmente coincidentes con otros hallazgos¹⁰ que demuestran que la fisioterapia domiciliaria es más efectiva si se combina con el alta precoz, y se ofrece a los pacientes cuando tienen menos funcionalidad y unas necesidades de transporte más complejas.

Las UMRF ofrecen una respuesta útil, eficaz e innovadora en el domicilio del paciente, ante el incremento de enfermedades que disminuyen su capacidad e independencia, cuando no hay posibilidades para asistir a tratamiento en una sala de fisioterapia de atención primaria o especializada. La información obtenida en esta investigación desea convertir la demanda domiciliaria en un proceso más previsible, favoreciendo el logro y la optimización de objetivos y beneficios asistenciales y funcionales para los usuarios de estos servicios, a la vez que orientar al diseño de políticas ajustadas a las necesidades presentes y futuras del sistema sanitario público.

Contribuciones de autoría

R. López-Liria, D. Padilla-Góngora y D.J. Catalán-Matamoros asumen la responsabilidad por la integridad del trabajo en su conjunto. M.C. Martínez-Cortés contribuyó sustancialmente a la adquisición de los datos. Todos los autores han contribuido de manera significativa en el diseño del estudio, han aportando ideas, analizado e interpretado los datos, han participado en la redacción del manuscrito y han aprobado la versión finalmente remitida.

Financiación

Proyecto de investigación (PI-0449) financiado por la Consejería de Salud, según resolución de 26 de diciembre de 2008, publicado en BOJA n.º 12 de 20 de enero de 2009.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A todos los compañeros de la UMRF que han constituido el equipo de investigación, al Distrito Sanitario de Almería, así como a todas aquellas personas que de un modo u otro han contribuido en la realización de este estudio.

Bibliografía

- Decreto 137/2002 de 30 de abril. BOJA n.º 52. Sevilla, 4 mayo 2002. Artículo 25. Fisioterapia y Rehabilitación en Atención Primaria de Salud. Ampliación. BOJA n.º 56. Sevilla, 22 marzo 2004. p. 7043.
- Montagut F, Flotats G, Lucas E. Rehabilitación domiciliaria. Principio, indicaciones y programas terapéuticos. Barcelona: Masson; 2005. p. 370.
- Subdirección de Coordinación de Salud. Evaluación de la implantación de nuevos recursos y de la actividad general en los dispositivos de apoyo a la rehabilitación en atención primaria. Coordinación de Atención al Ciudadano y Cooperación Sociosanitaria. Consejería de Salud. Sevilla: Junta de Andalucía; 2005.
- López-Liria R, Padilla D, Catalán D, et al. Análisis de la actividad en las unidades móviles de rehabilitación-fisioterapia en atención primaria. Aten Primaria. 2010;42:278–83.
- Dirección General de Asistencia Sanitaria. Documento de trabajo del Servicio Andaluz de Salud. Estrategia de mejora para la atención rehabilitadora y fisio-terapéutica. Equipos Móviles. Sevilla: Junta de Andalucía; 2002.
- Mahomed N, David A, Hawker G, et al. Inpatient compared with home-based rehabilitation following primary unilateral total hip or knee replacement: a randomized controlled trial. J Bone Joint Surg Am. 2008;90:1673–80.
- Minns CJ, Barker KL, Dewey M, et al. Effectiveness of physiotherapy exercise after knee arthroplasty for osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2007;335:812–5.
- Más MA, Cañameras N, Llobera J, et al. Algoritmo de actuación frente al deterioro de la capacidad funcional reciente: rehabilitación y niveles asistenciales. Revista Multidisciplinar de Gerontología. 2007;17:111–4.
- Morales JA. Efectividad de un nuevo modelo de atención domiciliaria en Andalucía para poblaciones vulnerables en atención primaria. Estudio quasi-experimental, controlado, multicéntrico. Málaga: Universidad de Málaga; 2006.
- Britton M, Andersson A. Home rehabilitation after stroke: reviewing the scientific evidence on effects and costs. Int J Tech Assess in Health Care. 2000;16:842–8.
- Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol. 1989;42:703–9.