

RESULTADOS SENSIBLES A LA PRÁCTICA FISIOTERÁPICA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN LOS EQUIPOS MÓVILES DE REHABILITACIÓN-FISIOTERAPIA

Autor: Ortiz Jiménez, Felipe M. Fisioterapeuta y Enfermero (Equipo Móvil de Rehabilitación y Fisioterapia). Distrito Almería (Servicio Andaluz de Salud). Los resultados presentados forman parte del Proyecto **PI-0882/2012** subvencionado en el año 2012 por la Consejería de Salud y Bienestar Social en el marco de su Plan para la investigación, desarrollo e innovación (I+D+i) Biomédica y en Ciencias de la Salud en Andalucía.

INTRODUCCIÓN:

El Proceso Asistencial Integrado (PAI) Atención al Paciente Pluripatológico¹ (Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta de Andalucía) da respuesta a los pacientes con una especial fragilidad clínica, con enfermedades que no tienen cura, que generan deterioro progresivo y pérdida gradual de la autonomía, así como riesgo de sufrir distintas patologías interrelacionadas, ocasionando todo ello importantes repercusiones sociales y económicas. Los Equipos móviles de Rehabilitación y Fisioterapia (EMRF)² fueron creados en el año 2002 por la Junta de Andalucía, integrándolos en el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas, reflejando un apoyo a la institución familiar desde una perspectiva global.

En el año 2008 obtuvimos el apoyo de la Consejería de Salud y Bienestar Social (Junta de Andalucía) para llevar a cabo un proyecto de investigación (PI-0449/2008) que definiría los aspectos centrales de los EMRF, las características de la población atendida y sus patologías³. Con el estudio que presentamos pretendemos evaluar la efectividad y el impacto funcional de las intervenciones realizadas por los Fisioterapeutas de los EMRF en los pacientes pluripatológicos que cumplen dos de los ocho criterios posibles que hacen necesaria para la categorización de Pluripatología.

MÉTODO:

Estudio de intervención prospectivo en el Distrito Sanitario de Almería durante los años 2008-2012.

Población: Pacientes Pluripatológicos que reúnan al menos uno de los ítems que conforman la categoría E (Ataque cerebrovascular o enfermedad neurológica), y al mismo tiempo la categoría H (Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria con Índice de Barthel inferior a 60)¹.

Criterios de inclusión: Pacientes derivados para recibir tratamiento fisioterápico a los EMRF tras haber sufrido una enfermedad cerebrovascular, y cumplieren los requisitos de derivación según los criterios de pacientes pluripatológicos³ (diagnóstico médico establecido

que condiciona deterioro funcional, reintegración en el domicilio y pacientes médicamente inestables).

Criterios de exclusión: No aceptación del tratamiento por el paciente o familia; ausencia de colaboración del paciente o cuidadores; cuando el objetivo no fuese la fisioterapia al paciente; y realización de tratamiento fisioterápico coadyuvante en otra institución.

Variables: sexo, edad, días de tratamiento; número de sesiones completadas, tiempo dedicado a la sesión, técnicas utilizadas para el tratamiento fisioterápico, e Índice de Barthel inicial y final como medida de resultado del proceso de recuperación.

RESULTADOS:

Muestra total:

Participantes: 106 (mujeres: 46,2%, y hombres 53,8%).

Edad media: 73,72 años (desviación típica: 15,08).

Días de tratamiento semanales: tres días: 45,3%, dos días: 53,8%, un día: 0,9%.

Media de sesiones: 13,19 (desviación típica de 12,09).

Media de tiempo dedicada por sesión: 42,48 minutos (desviación típica de 5,50, y moda: 45 minutos).

El tratamiento fisioterapéutico fue:

Cinesiterapia (pasiva, activo-asistida, activa o activo-resistida): 100% de los pacientes.

Transferencias de peso, reacciones de apoyo, enderezamiento y equilibrio: 96%.

Maniobras de facilitación (Bobath-Kabat): 95%.

Educación Sanitaria al cuidador: 94%.

Ejercicios propioceptivos, toma de conciencia de la posición del cuerpo: 94%.

Entrenamiento de marcha con ayudas o sin ellas: 91%.

Estiramientos musculares y técnicas de inhibición de la espasticidad: 86%.

Enseñanza de actividades complementarias (vestido, AVD, uso órtesis...): 86%.

Adquisición de independencia en escaleras: 82%.

Masaje, drenaje linfático: 66%.

Electroterapia/ termoterapia (14%).

Media para el Índice de Barthel inicial fue de 39,50 (desviación típica de 21,28) y

para el final de 76,93 (desviación típica de 2,48). Ver tabla 1.

Se realizó la prueba T de Student para muestras relacionadas (Índice de Barthel inicial y final) y la media fue de -37,42 (desviación típica de 17,87).

La T de Student fue igual a -17,523 y la significación $p < 0,001$ indicándonos que la diferencia era estadísticamente significativa, es decir, existe un cambio muy sustancial entre el índice de Barthel inicial y final de los pacientes tras el tratamiento realizado.

Tabla 1

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	VALORACIÓN INICIAL	VALORACIÓN FINAL
Alimentación	29,7 Necesita ser alimentado 55,4 Necesita ayuda 14,9% Independiente	14,9% Necesita ser alimentado 29,7% Necesita ayuda 55,4% Independiente
Baño	98% Necesita ayuda 2% Se lava entero solo	61,4% Necesita ayuda 38,6% Se lava entero solo
Vestido	54% Dependiente 44,6% Necesita ayuda 1,4% Independiente	26% Dependiente 27,7% Necesita ayuda 46,3% Independiente
Aseo	84,2% Necesita ayuda 15,8% Independiente	44,6% Necesita ayuda 55,4% Independiente
Retrete	63,4% Dependiente 28,7% Necesita ayuda 7,9% Independiente	32,7% Dependiente 19,8% Necesita ayuda 47,5% Independiente
Defecación	33,7% Incontinente 17,8% No controla 48,5% Continente	27,7% Incontinente 6,9% No controla 65,3% Continente
Micción	40,6% Incontinente 22,8% Escape ocasional 36,6% Continente	31,7% Incontinente 8,95% Escape ocasional 59,4% Continente
Deambulación	49,5% No se desplaza 21,8% Se desplaza 50 metros 26,7% Necesita ayuda 2% Independiente	24,5% No se desplaza 8,9% Se desplaza 50 metros 29,7% Necesita ayuda 36,6% Independiente
Subir y bajar escaleras	89% Incapaz 10% Necesita ayuda 1% Independiente	50,5% Incapaz 38,6% Necesita ayuda 10,9% Independiente
Transferencia (traslado entre silla y cama o viceversa)	27,7% Incapaz 43,6% Necesita mucha ayuda 24,8% Poca ayuda 4% Independiente	14,9% Incapaz 13,9% Necesita mucha ayuda 23,8% Poca ayuda 47,5% Independiente

CONCLUSIONES:

1. Es fundamental el mantenimiento de la movilidad en estos pacientes para evitar hospitalizaciones e ingresos innecesarios en residencias y centros hospitalarios, determinante en la vulnerabilidad clínica, el consumo de recursos y la mortalidad.

2. Cuando una persona mayor se encama como consecuencia de cualquier enfermedad, es importante que el Fisioterapeuta le ayude a recuperar rápidamente su movilidad, pues un tratamiento fisioterapéutico adecuado y adaptado a su estado persigue alcanzar los niveles de función previos (actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales); buscando con todo ello mejorar su estado de salud, integración en la sociedad y mejorar todo lo posible su calidad de vida.

3. Este servicio actúa a tiempo, en el domicilio del paciente para que éste no entre dentro de un mecanismo de retroalimentación negativa sin fin; las intervenciones realizadas consiguen modificar el curso natural de las enfermedades del paciente, demorando su progresión, mejorando su nivel de salud y ofreciendo un mayor bienestar a la familia.

La línea de investigación iniciada con el proyecto PI-0449/2008 tiene continuidad con un nuevo proyecto PI-0882/2012, apoyado nuevamente por la Consejería de Salud y Bienestar Social. Con él pretendemos describir las características de los pacientes y sus cuidadores, de los servicios que se le prestan a través del Sistema Sanitario Andaluz (SAS), la efectividad de estos tratamientos tanto en los EMRF como las intervenciones de las enfermeras gestoras de casos (EGC) y de los profesionales que se encargan de gestionar, valorar y derivar a pacientes y familias a los recursos más apropiados.

BIBLIOGRAFÍA:

- Dirección General de Asistencia Sanitaria. Documento de trabajo del Servicio Andaluz de Salud (2002, Agosto). Estrategia de mejora para la atención rehabilitadora y fisioterapéutica. Equipos Móviles. Sevilla, España: Junta de Andalucía; 2002.
- López-Liria, R y Padilla D. Atención integral en el domicilio del paciente con Accidente Cerebrovascular. Tutorial Formación S.L. 2011.
- Ollero M, et al. Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado. 2ª edición. Sevilla. Consejería de Salud. 2007.