

ETAPIFICACIÓN DE LA DISMOVILIDAD

Dinamarca M, José Luis *
Hospital Geriátrico de Limache

ABSTRACT:

Introducción: No existe un concepto homogéneo y universal para el diagnóstico de la Dismovilidad. Los resultados de las investigaciones difieren ampliamente al usar criterios dispares.

Objetivos: Construir un instrumento que permita establecer en forma simple, objetiva y universal la etapa en que se encuentra esta patología.

Permitir un Diagnóstico más completo, enfatizando el pronóstico y facilitando el registro y manejo.

Método: Basándose en observación clínica de 1000 pacientes, entre 2002 y 2004 se diseñó una descripción de la Historia Natural de este Síndrome, a la que se denominó Etapificación.

Se utiliza en el Hospital Geriátrico de Limache desde junio 2004.

Resultados: La Etapificación consta de 5 etapas con 2 subetapas cada una ("A"y"B"). La etapa 1 corresponde al período en que el paciente puede pasar la mayor parte del día en pedestación, la etapa 2, sedestando, y las etapas 3, 4 y 5 corresponden a las subetapas del encamamiento. Las subetapas"A" dicen relación con mayor independencia, las"B" con mayor dependencia del paciente.

Esto permite notar que debe enfatizarse el manejo de los pacientes en subetapas"B", para evitar la progresión a la etapa siguiente/lograr la regresión a la subetapa"A" de la misma etapa.

Conclusiones: La Dismovilidad sigue un patrón evolutivo bastante característico, evidentemente progresivo y por tanto predecible.

La Etapificación es útil y cumple los objetivos propuestos.

Crea un lenguaje simple que universaliza y homogeniza los criterios en torno a esta patología, facilitando el trabajo en Equipo Interdisciplinario.

La Dismovilidad sigue un patrón evolutivo bastante característico, no necesariamente lineal, pero sí evidentemente progresivo. El saltarse etapas es debido principalmente a la ocurrencia de eventos sobreagregados o a la descompensación de patología crónica asociada.

La definición de la etapa de la Dismovilidad en la que se encuentre el paciente es de radical importancia, pues permite entre otras cosas, definir el nivel de atención; determinar las medidas terapéuticas y preventivas; contar con un patrón de referencia de la eficacia de las medidas implementadas; establecer pronóstico funcional (Estable, en riesgo de Progresión, en Progresión); y sienta una importante referencia de base para determinar el pronóstico vital.

Las etapas de la Dismovilidad propuestas para las edades geriátricas pueden apreciarse en la **Tabla 1**.

TABLA Nº 1

ETAPAS DE LA DISMOVILIDAD

		ETAPAS				
		1	2	3	4	5
SUBETAPAS	ETAPAS	Permanece la mayor parte del día de pie, pero con algún grado de molestias, dificultad o imposibilidad en la movilidad y/o traslado.	Permanece la mayor parte del día sentado.	Permanece la mayor parte del día acostado, con capacidad de levantarse o incorporarse	Permanece la mayor parte del día acostado, con capacidad de movilizarse en la cama	Permanece la mayor parte del día acostado, sin capacidad de movimiento en la cama.
	A	Camina sin ayuda	Se sienta y se incorpora solo	Puede salir de la cama solo o con ayuda	Puede movilizar extremidades superiores e inferiores y/o puede realizar giros sin ayuda	Puede expresarse y darse a entender
B	Camina con ayuda (Técnica o de terceros). Incluye caminar apoyándose de muebles o paredes	Deben incorporarlo y/o incorporarlo.	No puede salir de la cama, pero puede incorporarse y sentarse al borde de ella	Puede movilizar extremidades superiores o inferiores. Necesita ayuda para realizar giros	No puede expresarse, no puede darse a entender	

Dinamarca 2003

1. ETAPAS:

Para determinar la etapa debe comenzarse con la definición del nivel de alteración que presenta el paciente. Esto debe establecerse en base a la observación clínica, a los datos aportados por los cuidadores, redes sociales de apoyo (RSA) o por el mismo paciente. Si no está claro, se sugiere calcular aritméticamente la cantidad de horas que éste permanece de pie, sentado o acostado, considerándose como normal el tiempo que el paciente permanece en cama durante el sueño nocturno. Habitualmente, no obstante, basta con preguntar al cuidador o al paciente mismo: ¿pasa la mayor parte del día de pie? ¿O pasa la mayor parte del día sentado, o acostado? Eso permite establecer con facilidad si el paciente se encuentra en etapa 1, 2 o en las subetapas del encamamiento.

Las Etapas descritas se refieren a las alteraciones en la capacidad de trasladarse, sin que necesariamente exista una alteración de la motricidad. Así, por ejemplo, pueden ser catalogadas como portadoras de Dismovilidad todas las personas aparentemente normales que llevan una vida de predominio sedente (Choferes, Secretarias, Programadores informáticos, etc). Esto permite asumir la existencia de condiciones mejorables bajo la forma de un diagnóstico médico, lo que permite a su vez la intervención terapéutica y/o preventiva.

Si bien es cierto pueden encontrarse muchas subetapas intermedias, para facilitar el manejo se prefirió enfatizar las descritas. Como muestra, puede decirse que los pacientes en etapa sedente pueden dividirse en aquellos que pueden sedestar sin apoyo de espalda, brazos ni pies, por ejemplo en un piso alto de bar; en aquellos que necesitan apoyar los pies; la espalda; los brazos; en aquellos que pueden permanecer sentados sólo en un sillón, etc. Cabe aquí destacar que aquel paciente que puede permanecer en posición sedente pero en la cama, debe ser considerado en etapa de encamamiento.

La determinación de la etapa en que se encuentra el paciente debe hacerse **en base a su vida HABITUAL**, no en base a lo que es o sería capaz de hacer. Por ejemplo, un paciente portador de una Hemiparesia braquiocrural izquierda que debido a ella pasa la mayor parte del día en cama, aún pudiendo caminar con cierta dificultad, se encuentra en subetapa 3-A, no en 1-B.

En las etapas propuestas se hacen patentes 2 momentos de quiebre:

Entre la etapa 1 y la etapa 2; y entre la etapa 2 y la 3; esto es, entre el paciente que tiene una vida de pedestación al que tiene una vida principalmente sedente, y entre el paciente que tiene una vida sedente al que tiene una vida de cama. Las etapas 3, 4 y 5 corresponden a sub-etapas del Encamamiento.

Por lo tanto, debe ponerse especial énfasis en el manejo de los puntos de quiebre y las etapas "B", para evitar la progresión e, implementando manejo, procurando lograr la regresión a la etapa anterior.

(Debe destacarse que si el quiebre se produce en forma aguda, con una progresión en 72 horas o menos comprometiendo 2 o más etapas, debe considerarse que se está ante una Urgencia de tipo Geriátrica).

De este modo, se tiene:

ETAPA 1: Paciente con vida de pedestación.

ETAPA 2: Pacientes con vida sedente.

ETAPAS 3, 4 y 5: Subetapas del Encamamiento.

En relación a la Etapa 2, es interesante destacar que la progresión de la Dismovilidad va afectando progresivamente la capacidad de sentarse en el siguiente orden: Silla sin apoyabrazos, silla con apoyabrazos, sillón, silla de ruedas estándar, silla de ruedas neurológica. El permanecer sentado en la cama se considera como parte del encamamiento.

2. SUBCRITERIOS Y CONCEPTO DE ESTABILIDAD.

Los Subcriterios de la Etapificación propuestos permiten establecer el grado de estabilidad de cada paciente en esa etapa y, por lo mismo, permiten determinar cuál será el comportamiento de la Dismovilidad y los objetivos del manejo.

Siguen en el eje del tiempo un continuo $A \rightarrow B \rightarrow A \rightarrow B \rightarrow A \rightarrow B$ por cada etapa, por lo que las subetapas B son de transición entre la etapa de Dismovilidad en la que se encuentra el paciente y la etapa siguiente, en estricto rigor, cualquiera de las etapas siguientes. Salvo contados casos, la Dismovilidad no regresa sola. En la práctica, en el anciano, esto constituye una verdadera excepción y, si se deja evolucionar, siempre progresará.

SUB-ETAPAS A: Etapas de estabilización → > Independencia
SUB-ETAPAS B: Etapas de transición → > Dependencia

De este modo tenemos que, si bien es cierto el diagnóstico de Dismovilidad debe realizarse con total independencia del tiempo que el paciente lleve dismovilizado, inmediatamente después debe integrarse el factor tiempo al diagnóstico, incluido en el concepto de riesgo de progresión de la patología, que a su vez tiene implícito el concepto de forma de instalación de la misma, si aguda o larvada.

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

Médico Cirujano, Universidad de Valparaíso

Diplomado en Geriátrica y Gerontología Clínica, Universidad de Concepción

Médico Tratante, Hospital Geriátrico de Limache

Docente, Diplomado en Geriátrica 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.