



CARTAS AL DIRECTOR

Calidad de vida del adulto mayor con trastornos de la marcha posterior a un programa de rehabilitación física**Quality of life of the elderly with gait disorders after a physical rehabilitation program***Sr. Director:*

Con el objetivo de evaluar la calidad de vida del adulto mayor con trastornos de la marcha, posterior a un programa de rehabilitación física, se diseñó un estudio cuasiexperimental en adultos mayores adscritos a una Unidad de Medicina Familiar de Querétaro, México.

Previo consentimiento informado, se aplicó la prueba de Tinetti y se incluyeron aquellos con puntuación menor a 9; se aplicó cuestionario de salud SF-36 de calidad de vida.

El paciente fue evaluado clínica y radiológicamente de las rodillas para definir individualmente el programa de reeducación de la marcha, flexibilidad, fortalecimiento, coordinación y equilibrio. Recibió 15 sesiones de fisioterapia de una hora de duración y posteriormente siguió con la rutina de ejercicios durante 4 meses con supervisión domiciliaria.

En cada sesión se aplicó calor local con compresas calientes durante 15 min en ambas rodillas, seguido de movilización pasiva en todos sus arcos de movimiento, ejercicios de estiramiento e isométricos de cuadriceps bila-

teral, 3 series de 10 de cada ejercicio y reeducación de la marcha al subir y bajar escaleras 5 veces; ejercicios de fortalecimiento muscular con 10 min de bicicleta fija. Finalizados los ejercicios, se colocaron embrocaciones con parafina y aceite mineral en ambas rodillas cubiertas de plástico y vendaje para mantener el calor un tiempo prolongado.

Concluyeron el tratamiento 28 pacientes (**tabla 1**): 78,6% eran mujeres, la edad media fue $70,57 \pm 4,7$ años. El 100% de los pacientes tuvo mejoría de los trastornos de la marcha con incremento de la misma del 58,3%; ganancias mayores al 100% en calidad de vida en función social, limitación del rol de problemas físicos y dolor, entre el 50–100% en salud mental, vitalidad y percepción de salud en general y solo en función física y limitación del rol de problemas emocionales la ganancia fue menor al 50% con una $p=0,000$.

Los cambios osteoarticulares en el envejecimiento son muy notorios y afectan los mecanismos de control del equilibrio y la marcha, originando un desplazamiento más lento del centro de gravedad y pérdida paulatina de la habilidad para efectuar correcciones rápidas y efectivas para mantener el control postural¹.

La actividad física es un factor protector por excelencia en las alteraciones osteoarticulares y en el adulto mayor con alteraciones de la marcha, se ha visto que la rehabilitación juega un papel trascendental en la recuperación y mantenimiento de la capacidad funcional².

La literatura reporta disminución de caídas en más del 30% de los adultos mayores tras un programa de

Tabla 1 Evolución global de trastornos de la marcha y 8 esferas del cuestionario de salud SF-36 n=28

Instrumento de medición	Media		Ganancia Absoluta	Relativa (%)	Friedman $p<0,05$
	Inicial	Final			
Prueba de Tinetti (normal 9–12)	6,0	9,5	3,5	58,3	S
SF-36 Función física (normal 61–100)	57,8	76,7	18,9	32,6	S
SF-36 función social (normal 61–100)	39,2	80,3	41,1	104,8	S
SF-36 limitación rol problemas físicos (normal 61–100)	20,3	75,5	55,2	271,9	S
SF-36 limitación rol problemas emocionales (normal 61–100)	64,1	93,0	28,9	45	S
SF-36 salud mental (normal 61–100)	60,1	95,5	35,4	58,9	S
SF-36 vitalidad (normal 61–100)	59,0	95,8	36,8	62,3	S
SF-36 dolor (normal 61–100)	30,3	72,5	42,2	139,2	S
SF-36 percepción de salud en general (normal 61–100)	43,5	71,8	28,3	65	S

S: significativo.

Hoja de recolección de datos obtenida de los participantes de la estrategia «Calidad de vida del adulto mayor con trastornos de la marcha posterior a un programa de rehabilitación física». En el HGR 1, IMSS, Querétaro; 2008.

rehabilitación¹ y mejoría en más del 50% en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria^{3,5}.

García-Manzanares et al midieron factores psicosociales y calidad de vida en la rehabilitación física, encontrando que esta última mejora en todas las escalas alrededor del 50% tras la rehabilitación⁴.

En el presente estudio, se encontró mayor afección en la función social, limitación del rol de los problemas físicos y dolor, obteniendo ganancias superiores al 100% tras la rehabilitación en cada indicador. Solo en 2 esferas la ganancia fue menor al 50%, la función física y la limitación del rol de problemas emocionales. En las esferas de vitalidad, percepción de salud en general y salud mental, la ganancia fue superior al 50%.

No hemos encontrado estudios para poder comparar estos 5 indicadores de la calidad de vida posterior a la rehabilitación física.

Bibliografía

1. Martínez GM, Gómez CA. Características generales de los programas de fisioterapia con personas mayores. *Fisioterapia*. 2000;22:71–80.
2. González CB. Guía de práctica clínica para la prevención de caídas en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2005;43:425–41.

3. Sèculi SE. Las caídas en los mayores de 65 años: conocer para actuar. *Aten Primaria*. 2004;34:178–83.
4. García-Manzanares MD, Tornero D, Sunyer M, Plou MP, Limón R. Factores psicosociales y calidad de vida en la rehabilitación médica. *Rev Mex Med Fis Rehab*. 2006;18:11–7.
5. García-Palmieri MR. La rehabilitación en el adulto mayor de 65 años. *Arch Cardiol Mex*. 2004;74:192–201.

Leticia Blanco Castillo^{a,*}, Martha Leticia Martínez Martínez^b y José Francisco Javier Aguilar López^c

^a Unidad de Medicina Familiar n.º 16, Instituto Mexicano de Seguro Social, Querétaro, México

^b Unidad de Medicina Familiar n.º 13, Instituto Mexicano de Seguro Social, Querétaro, México

^c Hospital General Regional n.º 1, Instituto Mexicano de Seguro Social, Querétaro, México

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lety_blc7@hotmail.com (L. Blanco Castillo), marthamar34@hotmail.com (M.L. Martínez Martínez).

doi:10.1016/j.aprim.2010.01.021

Impacto de una unidad de diagnóstico rápido en atención primaria

Impact of a rapid diagnostic unit in primary care

Sr. Director:

En nuestro hospital de referencia, se creó en 2005 una unidad de diagnóstico rápido con 2 funciones: el diagnóstico rápido de enfermedades potencialmente graves y como alternativa a la hospitalización convencional.

El objetivo de nuestro estudio fue conocer y analizar las características y las patologías de los pacientes remitidos desde atención primaria (AP) y de los que provenían del propio hospital entre noviembre 2005 y abril 2007, los primeros 18 meses de funcionamiento de la unidad. También se valoró la accesibilidad y la adecuación de la derivación según un protocolo previamente establecido y consensuado.

Realizamos un estudio prospectivo y observacional de los pacientes atendidos en la Unidad de Diagnóstico Rápido del Hospital Residencia Sant Camil (Barcelona) que asiste a una población de 174.000 habitantes adscritos en 5 equipos de AP.

En la tabla 1 están relacionados los motivos de consulta más importantes así como los diagnósticos finales más representativos. De los resultados hay que destacar que se registraron 565 pacientes de los cuales 237 (42%) procedían de AP. La demora en la primera visita fue de 4,8 días (DE: 3,28), siendo en el 66,6% igual o inferior a 5 días.

Se practicó una media de 2,9 exploraciones complementarias (DE: 1,28) por caso y se ahorró un total de 120 ingresos procedentes de AP y 195 procedentes del propio hospital.

En nuestro caso y a diferencia de otras series^{1–4} destaca la notable procedencia de AP probablemente gracias al consenso previo establecido entre las 2 partes.

La sospecha de neoplasia colorectal y pulmonar, el síndrome constitucional y el estudio de anemia, suponen el 48% de los casos coincidiendo con la literatura^{1,5,6}.

Los motivos de consulta han sido equiparables entre ambas procedencias, excepto el síndrome constitucional y las alteraciones radiológicas sospechosas de malignidad que han sido remitidos con mayor frecuencia desde AP.

En nuestra serie observamos un 30,4% de neoplasias diagnosticadas, cifra superior a otras series^{1,5,6}, resultado que podría responder al carácter multidisciplinario de la unidad y a la inclusión de la sospecha de neoplasia de mama y las alteraciones radiológicas sospechosas de malignidad como procesos con alta especificidad para el diagnóstico de neoplasia.

Un factor de indudable importancia para el funcionamiento de estas unidades es la adecuación de las consultas a los criterios consensuados, que en nuestro caso, resultó un 85,2% en el grupo de AP y 89,6% en el de hospital.

Resulta evidente el beneficio para el paciente: la escasa demora, el rápido diagnóstico, un menor impacto emocional y el ahorro de una hospitalización no carente de iatrogenia.