

## Investigación original

# Etapas de limitación de actividades derivadas empíricamente para actividades de la vida diaria (ADL) y ADL instrumentales en la población adulta de Medicare que vive dentro de una comunidad en los EE UU

Margaret G. Stineman, MD, Joel E. Streim, MD, Qiang Pan, MA, Jibby E. Kurichi, MPH, Sophia Miryam Schüssler-Fiorenza Rose, MD, PhD, Dawei Xie, PhD

[http://www.pmrjournal.org/article/S1934-1482\(14\)00199-3/fulltext](http://www.pmrjournal.org/article/S1934-1482(14)00199-3/fulltext)

**Antecedentes:** Las etapas cuantifican la severidad como medidas convencionales, pero especifican de manera adicional las actividades que las personas aún pueden llevar a cabo sin dificultad.

**Objetivo:** Desarrollar las Etapas de limitación de actividades para definir y supervisar grupos de beneficiarios adultos de Medicare que viven dentro de comunidades.

**Diseño:** Transversal.

**Entorno:** Comunidad.

**Participantes:** Hubo 14.670 encuestados en la Encuesta para beneficiarios actuales de Medicare de 2006.

**Métodos:** Las etapas se derivaron empíricamente para Actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL) y Actividades instrumentales de la vida diaria (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) mediante la descripción de la distribución de dificultades de desempeño según lo informaron los beneficiarios o sus intermediarios. Se determinaron los cálculos de prevalencia de las etapas y se examinaron las asociaciones con variables demográficas y de salud para todos los beneficiarios de Medicare que viven dentro de una comunidad.

**Medidas de los resultados principales:** Prevalencia de las etapas de ADL y IADL.

**Resultados:** Las etapas (0-IV) definen 5 grupos en dominios de ADL y IADL independientes de acuerdo con perfiles organizados jerárquicamente de dificultades y capacidades conservadas. Por ejemplo, en las ADL-I, se garantiza a las personas la posibilidad de comer, ir al baño, vestirse y bañarse o ducharse sin dificultades, mientras que experimentan limitaciones para acostarse o levantarse de la cama, sentarse o pararse, o bien dificultades para caminar. En 2006, aproximadamente 6,0, 2,9, 2,2 y 0,5 millones de beneficiarios presentaron dificultades leves (ADL-I), moderadas (ADL-II), severas (ADL-III) y totales (ADL-IV), respectivamente, y también hubo estimaciones de etapas de IADL incluso mayores. Las etapas de ADL y IADL mostraron asociaciones previstas con conceptos relacionados con la salud y la edad, lo que respalda la validez del constructo. Las etapas presentaron asociaciones más sólidas con condiciones que perjudican la cognición.

**Conclusiones:** Las etapas como medidas totales revelan las ADL y las IADL que las personas todavía pueden llevar a cabo sin dificultades, junto con las actividades en las que informan tener dificultades, y en consecuencia, hacen hincapié en la forma en que los grupos de personas con dificultades todavía pueden participar en sus propias vidas. En el transcurso de las próximas décadas, las etapas aplicadas a poblaciones que reciben el servicio proveniente de prácticas clínicas integradas de forma vertical podrían facilitar la planificación a gran escala, con miras a maximizar la autonomía personal entre grupos de personas con discapacidades que vivan dentro de la comunidad.

*Activity limitation stages empirically derived for activities of daily living (ADL) and instrumental ADL in the U.S. adult community-dwelling Medicare population. PM R 2014;6:976-987*

# Impacto del aislamiento de contacto en el cambio de puntaje de MIF, el puntaje de eficacia de MIF y la duración de la hospitalización en pacientes de un centro de rehabilitación hospitalaria para pacientes agudos

Berdale Colorado, DO, MPH, David Del Toro, MD, Sergey Tarima, PhD

[http://www.pmrjournal.org/article/S1934-1482\(14\)00251-2/fulltext](http://www.pmrjournal.org/article/S1934-1482(14)00251-2/fulltext)

**Objetivos:** Explorar el aislamiento de contacto en el cambio del puntaje de la medida de independencia funcional (MIF), el puntaje de eficacia de MIF y la duración de la hospitalización.

**Diseño:** Estudio de control de casos con equivalencia retrospectiva.

**Entorno:** Hospital de atención terciaria (centro médico académico).

**Participantes:** Personas que ingresaron en un centro de rehabilitación hospitalaria en un hospital de atención terciaria entre julio de 2009 y diciembre de 2010.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de expedientes clínicos mediante la obtención de datos de los pacientes respecto de la condición de aislamiento de contacto, las características demográficas del paciente y el diagnóstico de rehabilitación. Se revisaron doscientos expedientes clínicos, lo que motivó la identificación de 20 pacientes en aislamiento de contacto. Posteriormente, estos pacientes se equipararon con pacientes que no se encontraban en aislamiento de contacto en función de la edad, el diagnóstico de rehabilitación y el tipo de seguro. Se obtuvieron puntajes de MIF de ingreso y de alta hospitalaria para estos 40 sujetos de estudios (20 casos y 20 controles con equivalencias).

**Medidas de los resultados principales:** Las mediciones de los resultados de los estudios principales consistieron en cambios del puntaje de MIF (puntaje de MIF de alta hospitalaria menos el puntaje de MIF de ingreso), el puntaje de eficacia de MIF (cambio del puntaje de MIF dividido por la duración de la hospitalización) y la duración de la hospitalización.

**Resultados:** Comparados con los pacientes que no estuvieron en aislamiento de contacto, los pacientes en aislamiento de contacto no presentaron una diferencia estadísticamente considerable en el cambio del puntaje de MIF, y mostraron un puntaje de eficacia de MIF inferior ( $P = 0,010$ ) y una duración de hospitalización 39 % superior ( $P = 0,017$ ) al ajustar los factores de confusión.

**Conclusiones:** Este estudio identifica el aislamiento de contacto como una variable probable que se asocia con el aumento de la duración de la hospitalización y la reducción del puntaje de eficacia de MIF en pacientes que se encuentran en un centro de rehabilitación hospitalaria para pacientes agudos. Se requiere un estudio más profundo para identificar el papel o los mecanismos mediante los cuales el aislamiento de contacto interviene en estos efectos adversos, de modo que se puedan desarrollar intervenciones para contrarrestarlos.

*Impact of contact isolation on FIM score change, FIM efficiency score, and length of stay in patients in acute inpatient rehabilitation facility. PM R 2014;6:988-991*

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2707028>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2707028>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)