



CARTAS CIENTÍFICAS

Diseño y pilotaje de un modelo para la valoración de la capacidad funcional en personas mayores residentes en la comunidad



Design and pilot of a new model for the assessment of functional capacity in community-dwelling older people

Mónica Machón^{a,b,c,*}, Carolina Güell^{a,d}, Kalliopi Vrotsou^{a,b,c} e Itziar Vergara^{a,b,c}

^a Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia, Grupo de Atención Primaria, San Sebastián (Guipúzcoa), España

^b Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), Baracaldo (Vizcaya), España

^c Instituto de Investigación en Servicios de Salud Kronikgune, Baracaldo (Vizcaya), España

^d Osakidetza, Centro de Salud de Hondarribia, San Sebastián (Guipúzcoa), España

Recibido el 6 de octubre de 2020; aceptado el 7 de octubre de 2020

Con el fin de mantener la autonomía a medida que avanza la vida es necesario trasladar el eje de la práctica asistencial desde la enfermedad hasta la preservación de la capacidad funcional. Su abordaje en la clínica resulta complejo pero fundamental para desarrollar planes de acción que contribuyan a preservarla. El objetivo de este estudio fue diseñar y pilotar un modelo para la valoración de la capacidad funcional de personas de ≥ 70 años residentes en la comunidad.

Se trata de un estudio piloto desarrollado entre mayo y septiembre de 2019 en 2 centros de salud de Guipúzcoa, con personas autónomas (Barthel ≥ 85 puntos¹) y frágiles (prueba de Levántate y anda cronometrado —LAC— ≥ 20 segundos^{2,3}) o con alto riesgo de caídas³.

Se constituyó un equipo formado por personal de enfermería y de trabajo social para que realizase la valoración de forma conjunta en el centro de salud y en el domicilio de los participantes. Los profesionales sanitarios de los centros

de salud participantes identificaron y derivaron a los individuos al equipo de trabajo. El contenido de la valoración fue consensado por profesionales de atención primaria (AP), geriatría, trabajo social y una persona mayor.

Se recogieron, las características sociodemográficas, la capacidad funcional (índice de Barthel¹, test de Lawton⁴, velocidad de la marcha⁵ y prueba LAC^{2,3}), el estado cognitivo (test de alteración de la memoria⁶), el uso de gafas, de audífonos, la frecuencia de visitas al dentista, el nivel de actividad física³, las horas de sueño, el estado nutricional, si la persona entrevistada era cuidadora, las formas de convivencia, el apoyo familiar, si disponía de telealarma, la participación en actividades culturales o de ocio y el estado de la vivienda y del entorno, que también fue valorado por el equipo en la visita al domicilio. Además, mediante una serie de entrevistas semiestructuradas al equipo y a profesionales de referencia, se recogió una valoración de las ventajas y limitaciones del modelo de trabajo pilotado.

Los análisis se hicieron en el programa SAS v. 9.4. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación del Área Sanitaria de Guipúzcoa (Acta 04/2019). Todos los participantes otorgaron consentimiento informado.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: monica.machonsobrado@osakidetza.eus (M. Machón).

Tabla 1 Características de la valoración inicial de la población de estudio

VARIABLES n (%)	Total (n = 48)
Edad, en años, media (DE)	82 (5,8)
Sexo	
Hombre	15 (31)
Mujer	33 (69)
Nivel de estudios	
Primarios o inferior	47 (98)
Secundarios o superior	1 (2)
Alto riesgo de caídas	48 (100)
Índice de Barthel, media (DE)	96,7 (4,4)
Test de Lawton, media (DE)	6,7 (1,5)
Velocidad de la marcha (alterado < 0,8 m/s) ^a	32 (71)
Test de Levántate y anda cronometrado (frágil ≥ 220 s) ^a	19 (41)
Test de alteración de la memoria	
Sin deterioro (≥ 38 puntos)	37 (77)
Deterioro cognitivo leve (29-37 puntos)	10 (21)
Enfermedad de Alzheimer en fase inicial (≤ 28 puntos)	1 (2)
Usa gafas	46 (96)
Usa audífono	7 (15)
Visitas al dentista	
Hace menos de 1 año	22 (46)
Hace más de un año	26 (64)
Nunca ha ido	0
Cumple actividad física (30 min/día o 4 h/semana)	34 (71)
Número de horas que duerme al día, media (DE)	8,1 (2,0)
Índice de masa corporal, media (DE)	29,4 (4,1)
Mini Nutritional Assessment, versión abreviada ^a	
Normal (12-14 puntos)	43 (90)
Riesgo de malnutrición (8-11 puntos)	0
Malnutrición (0-7 puntos)	0
Consumo de carne blanca	
Adecuado	28 (58)
Inadecuado	20 (42)
Consumo de pescado	
Adecuado	28 (58)
Inadecuado	20 (42)
Consumo de huevo	
Adecuado	27 (56)
Inadecuado	21 (44)
Es cuidador	4 (8)
Vive solo	23 (47)
Tiene suficiente apoyo familiar	36 (75)
Tiene telealarma	21 (44)
Realiza actividades culturales	10 (21)
Realiza actividades sociales	31 (65)
Buen estado de la vivienda	42 (88)

Tabla 1 (continuación)

VARIABLES n (%)	Total (n = 48)
Vivienda: temperatura adecuada en los últimos 12 meses	41 (85)
Presencia de obstáculos en el interior de la vivienda	10 (21)
Presencia de obstáculos en el acceso al edificio	24 (50)
Presencia de obstáculos en el entorno inmediato	25 (52)
Presencia de obstáculos en el transporte público	22 (46)

Los datos se presentan mediante frecuencias y porcentajes (%), a menos que se indique lo contrario.

Consumo de carne blanca, pescado y huevo: adecuado (a diario y ≥ 3 veces/semana); inadecuado (1-2 veces/semana, < 1 vez/semana y nunca o casi nunca). Estado de la vivienda: bueno (excelente, muy bueno, bueno); malo (regular, malo).

DE: desviación estándar.

^a De 2 a 5 valores perdidos en estas variables.

Se valoró a 48 personas (69% mujeres), con una edad media de 82 años (DE = 5,8) (tabla 1). Todas presentaron un alto riesgo de caídas y el 41% eran frágiles según el LAC. La media del índice de Barthel fue de 96,7 (DE 4,4) puntos.

Un 21% presentó deterioro cognitivo leve y un 29% no cumplían con las recomendaciones sobre actividad física. El índice de masa corporal medio era de 29,4 (DE = 4,1) y un 40% consumía poca carne blanca, pescado y huevos. A pesar de que un 47% de las personas vivían solas, un 75% consideraba que disponía de suficiente apoyo familiar.

Un alto porcentaje valoró que el estado de su vivienda era bueno. Un 21% reportó presencia de barreras físicas en el interior de la vivienda, mientras que, a criterio del equipo de valoración, estas estaban presentes en un 46% de los domicilios. Con relación a las condiciones del vecindario, la mitad de las personas identificó barreras físicas.

El equipo de valoración manifestó que hacer una valoración compartida permite identificar necesidades desconocidas y sus determinantes. La principal dificultad observada se relacionaba con la comunicación con los profesionales de referencia. Para estos últimos, la valoración de la experiencia fue positiva y destacaron el interés de valorar aspectos no incluidos de forma rutinaria en el trabajo habitual, así como de identificar a personas vulnerables, lo cual permitiría actuaciones proactivas de prevención de la dependencia. Como limitaciones, se señalaba la dificultad para la derivación, dados los criterios de inclusión definidos, y proponían el interés de eliminarlos para facilitar el acceso a otros perfiles de vulnerabilidad que podrían beneficiarse de este tipo de valoración.

Este trabajo explora la aportación y el interés de una nueva forma de valorar a las personas mayores en el ámbito de la AP, basándose en el trabajo conjunto de personal de enfermería y trabajo social y pone de manifiesto las dificultades a las que se enfrentan los equipos de AP para valorar la capacidad funcional de forma rutinaria. Además, propone un modelo de trabajo que puede integrarse en el sistema actual, dada su aceptación por los profesionales de

referencia. Las principales limitaciones de este estudio se identificaron en la dificultad de captación de participantes.

El estudio permitió identificar necesidades relacionadas con la capacidad funcional, como la dieta no saludable, la falta de ejercicio físico, la presencia de deterioro cognitivo leve o la existencia de problemas de accesibilidad en la vivienda y el entorno, que con frecuencia no son abordadas en el ámbito asistencial. Esto abre la puerta al diseño de intervenciones individualizadas coordinadas y basadas en los activos comunitarios dirigidos al mantenimiento de la capacidad funcional y a la prevención de la dependencia.

Financiación

Este proyecto ha sido financiado por la Diputación Foral de Guipúzcoa (España), en la convocatoria 2018 del programa Adinberri (Expediente: DFG18/201).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a las personas que han participado en este estudio por su tiempo y esfuerzo. Asimismo, nos gustaría dar las gracias al equipo

de profesionales sanitarios y de personal administrativo de los centros de salud participantes, por su inestimable ayuda en la captación y gestión de participantes.

Bibliografía

1. González N, Bilbao A, Forjaz MJ, Ayala A, Orive M, Garcia-Gutierrez S, et al. Psychometric characteristics of the Spanish version of the Barthel Index. *Aging Clin Exp Res.* 2018;30:489–97.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS [consultado 15 abril 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas.personamayor.pdf>.
3. Osakidetza. Plan de atención a las personas mayores (PAM) [consultado 15 abril 2020]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk.trbg.planes_programas/es.def/adjuntos/plan-de-atencion-a-personas-mayores.PAM.pdf.
4. Vergara I, Bilbao A, Orive M, Garcia-Gutierrez S, Navarro G, Quintana JM. Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10:130.
5. Inzitari M, Calle A, Esteve A, Casas Á, Torrents N, Martínez N. ¿Mides la velocidad de la marcha en tu práctica diaria? Una revisión. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2017;52:35–43.
6. Rami L, Molinuevo JL, Sanchez-Valle R, Bosch B, Villar A. Screening for amnesic mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease with M@T (Memory Alteration Test) in the primary care population. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007;22:294–304.