



CARTAS AL DIRECTOR

La importancia de la valoración funcional en mujeres y varones españoles mayores de 65 años

The importance of functional assessment in Spanish men and women over 65 years old

Sr. Director:

Existe consenso científico en que una de las mejores formas de medir la salud de los adultos mayores es mediante la valoración de las capacidades funcionales¹, y que éstas son un componente fundamental de la valoración geriátrica integral². En el reciente artículo «Valores normativos de instrumentos de valoración funcional en ancianos españoles: estudio FRADEA», Abizanda et al.² hacen un análisis de la incidencia de discapacidad mediante cuestionarios clásicos (Índice de Barthel y de Lawton), la versión abreviada del «Instrumento sobre la discapacidad y la función en edad avanzada» (SF-LLFI) y obtienen valores normativos de pruebas de valoración funcional en una cohorte concurrente de personas mayores residentes en la ciudad de Albacete. Esos mismos autores² reconocen el efecto «techo» de los cuestionarios (un gran número de encuestados alcanzan los valores máximos) y que no existen datos normativos poblacionales en nuestro país de algunas pruebas de valoración funcional.

La valoración funcional ideal debe incluir medidas de observación directa o pruebas de ejecución que sean suficientemente válidas y fiables para detectar reducciones de la capacidad funcional o de la «condición física funcional». Esta última fue definida por Rikli y Jones³ como «la capacidad física para desarrollar las actividades normales de la vida diaria de forma segura e independiente y sin excesiva fatiga». Los componentes relevantes de la condición física funcional son: la resistencia aeróbica, la fuerza y resistencia muscular, la flexibilidad, la destreza y la composición corporal³, que tienen mucha relación con el nivel de autonomía y la calidad de vida, incluso de los ancianos mayores⁴. A nivel internacional se utilizan diferentes pruebas que estudian estos y otros componentes de la «condición física funcional» de los adultos mayores. En el artículo del equipo de Abizanda² se incluyen algunos tests que presentan diferentes problemas. Así, el análisis de la deambulación está sometido a la subjetividad del evaluador y el tiempo de equilibrio unipodal, sobre todo si se realiza con ojos cerrados, puede presentar efecto «suelo» (un gran número

de evaluados alcanzan valores bajos). La prueba de fuerza de prensión (flexores de la mano) realizada mediante dinamometría manual, en los ancianos mayores con artrosis (muy frecuente en este grupo de edad), puede presentar dificultades. Además, no queda clara la estandarización de algunas pruebas, como la de equilibrio comentada anteriormente (¿ojos abiertos o cerrados?), la fuerza de prensión manual (¿codo extendido o flexionado?) y la de fuerza de bíceps (¿en qué posición están el brazo y el cuerpo?), y esto puede modificar el resultado. En atención primaria sería bueno consensuar pruebas válidas, fiables, seguras y aplicables, vigilando que su ejecución se realice de forma estandarizada a pesar de su sencillez. Así podremos obtener datos significativos que nos permitirán comparar y tener valores de referencia en nuestro ámbito. En el año 2006 se validó en España la batería de pruebas SFT (*Senior Fitness Test*) de Rikli y Jones³ por el equipo de Gonzalez-Gallego⁵ y está siendo utilizada por otros grupos de investigación con muy buenos resultados⁶. Se trata de una propuesta válida y fiable, sencilla, utilizable tanto en el ámbito clínico como en el ámbito físico-deportivo. La mayoría de pruebas son de tiempo fijo, lo cual mejora la capacidad de discriminación, y además son entendibles, fáciles de ejecutar, aceptables por las personas mayores y el material que se precisa es de muy bajo coste y fácil manejo. Asimismo permite identificar los deterioros precoces⁵ (fragilidad preclínica) e implementar programas de ejercicio adaptados a cada individuo, con el objetivo de mantener la autonomía y la salud en las personas mayores.

Bibliografía

1. WHO/OMS. Serie de Informes Técnicos n.º 779. La salud en las personas de edad: informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: OMS; 1989.
2. Abizanda P, López-Torres J, Romero L, Sánchez PM, García I, Esquinas JL. Valores normativos de instrumentos de valoración funcional en ancianos españoles: estudio FRADEA. *Aten Primaria*. 2012;44:162-71.
3. Rikli RE, Jones CJ. Functional fitness normative scores for community-residing older adults, ages 60-94. *J Aging Phys Activ*. 1999;7:60-179.
4. Takata Y, Ansai T, Soh I, Awano S, Yoshitake Y, Kimura Y, et al. Quality of life and physical fitness in an 85-year-old population. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010;50:272-6.
5. Gonzalez-Gallego J, Márquez S, Garatachea N, De Paz JA, Jiménez R, Bresciani G, et al. Desarrollo de una batería de test para la valoración de la capacidad funcional en las personas

mayores (VACAFUN-ancianos) y su relación con los estilos de vida, el bienestar subjetivo y la salud. Universidad de León. 2006.

6. Olivares PR, Gusi N, Prieto J, Hernandez-Mocholi MA. Fitness and health-related quality of life dimensions in community-dwelling middle aged and older adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2011. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-9-117>.

Juan José Crespo Salgado^{a,*}, Pablo Casal Nuñez^{a,b} y Alicia Blanco Moure^{a,b}

^a *Medicina de la Educación Física y Deporte, Universidad de Vigo, Vigo, España*

^b *Ciencias de la A. Física y Deporte, Ayuntamiento de Vigo, Vigo, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: crespo_salgado@uvigo.es (J.J. Crespo Salgado).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.05.015>

Respuesta de los autores

Author's reply

Sr. Director:

En primer lugar queremos agradecer el interés que ha despertado nuestro manuscrito titulado «Valores normativos de instrumentos de valoración funcional en ancianos españoles: estudio FRADEA» en su revista. Resulta gratificante para los geriatras el comprobar que los médicos de atención primaria se preocupan por los aspectos funcionales de los ancianos y que comparten la certeza de que la mejor manera de evaluar la salud en los mayores es en términos de función. La valoración sistemática de la función, la fragilidad y la discapacidad debiera ser un imperativo en la atención sanitaria a los ancianos, tanto en el ámbito de la atención primaria como en la especializada¹.

La intención con la que planteamos nuestro estudio no fue establecer los valores normativos de todos los tests funcionales existentes en la literatura médica, posiblemente ni siquiera seleccionamos los mejores o más completos desde el punto de vista métrico, sino que escogimos los más empleados en la práctica clínica habitual, puesto que objetivamos un importante vacío en dicho campo en España. Por ello, diferentes pruebas, como el *Senior Fitness Test* o la *Functional Independence Measure* (FIM), entre otras, no fueron incluidas.

A pesar de la variabilidad intra e interobservador intrínseca a la mayoría de los tests funcionales existentes, existe una enorme experiencia en la aplicación de aquellos que seleccionamos. El Índice de Barthel y el de Lawton son las 2 escalas de discapacidad más usadas en todo el mundo en ancianos, y a estas añadimos el *Late Life Function and Disability Instrument*² por estar validado en español y aportar menor efecto techo y suelo que las escalas previas. Entre las pruebas de función física, destaca por su extendido uso la velocidad de marcha, que ha demostrado ser un potentísimo predictor de mortalidad y eventos adversos en mayores en series tan amplias como la publicada por Studenski en 2011 con 34.485 ancianos³. El *Timed Up and Go*, con metodología de administración bien descrita, y el equilibrio unipodal, que en nuestro caso realizamos con ojos abiertos, han sido

también ampliamente usadas en mayores. Así mismo, seleccionamos por su creciente empleo en ensayos clínicos como principal variable de resultado funcional la *Short Physical Performance Battery*⁴, instrumento sencillo de aplicar y sensible al cambio. Por último, decidimos aplicar 2 pruebas de fuerza, la prensora, que aplicamos con codo extendido, y la flexora de codo. La primera está incluida en el fenotipo de fragilidad de Fried, de ahí su relevancia, y además se ha empleado para describir el síndrome de sarcopenia, cada vez con mayor relevancia como predictor de eventos adversos en ancianos⁵.

Todos los instrumentos evaluados han demostrado tener buenas características en ancianos, son sencillos de emplear tanto en atención primaria como en especializada, y por ello fueron escogidos para ser incluidos en el estudio FRADEA. De entre todas estas herramientas, la velocidad de marcha es probablemente la más sencilla de emplear en ancianos, es rápida, accesible, no precisa gran entrenamiento para su aplicación ni material sofisticado, y ha demostrado muy buena validez predictiva de eventos adversos. También es un componente del fenotipo de fragilidad y se ha asociado con sarcopenia, de ahí su interés creciente. Estamos convencidos de que, en un futuro muy próximo, la determinación de la velocidad de marcha en ancianos en atención primaria será una prueba tan rutinaria como la toma de la presión arterial o de la glucemia capilar, y que su cribado sistemático permitirá detectar ancianos en riesgo de deterioro funcional y discapacidad, sobre los que implementar medidas preventivas o derivar a geriatría.

Bibliografía

1. Abizanda Soler P, Gómez Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ. Frailty detection and prevention: A new challenge in elderly for dependence prevention. *Med Clin (Barc)*. 2010;135:713–9.
2. Abizanda P, López-Jiménez M, López-Torres J, Atienzar-Núñez P, Naranjo JM, McAuley E. Validation of the Spanish version of the short-form late-life function and disability instrument. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59:893–9.
3. Studenski S, Perera S, Patel K, Rosano C, Faulkner K, Inzitari M, et al. Gait speed and survival in older adults. *JAMA*. 2011;305:50–8.
4. Fleck SJ, Bustamante-Ara N, Ortiz J, Vidán MT, Lucia A, Serra-Rexach JA. Activity in GERiatric acute CARE (AGECAR): rationale, design and methods. *BMC Geriatr*. 2012;12:28.