

Capacidad funcional y problemas socioasistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres

D. Corrales^a, L. Palomo^b, M.J. Magariño Bravo^a, G. Alonso^c, P. Torrico^c, A. Barroso^a y V. Merchan^d

Objetivo. Describir la situación socioambiental e identificar los problemas de salud y la capacidad funcional y mental de los ancianos en la comunidad.

Diseño. Estudio observacional transversal mediante encuesta.

Pacientes. Un total de 228 ancianos no institucionalizados mayores de 71 años.

Emplazamiento. Área de salud de Cáceres.

Mediciones principales. Cuestionario sobre datos sociodemográficos, principales enfermedades, valoración social (escala de Gijón), valoración funcional (escala de Barthel y de Lawton y Brody), valoración mental (test de Pfeiffer), problemas geriátricos y visitas de los profesionales sanitarios.

Resultados. De las 228 personas de la muestra, el 67% es mujer y la media de edad de 79 años. La comorbilidad, presente en más del 70 % de los ancianos, se relaciona significativamente con la polimedición, las caídas, los ingresos hospitalarios, la depresión y el insomnio. La situación sociofamiliar más frecuente es la de la persona que vive con su pareja (38,3%; IC, 6,31) o con sus hijos, en una vivienda con barreras arquitectónicas (43,0%; IC, 6,43) y con buena relación con el entorno social (61,0%; IC, 6,33). El test de Barthel se relaciona significativamente con todos los problemas geriátricos declarados. El test de Pfeiffer se relaciona con las caídas ($t = 3,10$; $p = 0,00214$), con los problemas de oído ($t = 1,98$; $p = 0,048$), con la incontinencia ($t = 3,59$; $p = 0,0040$) y el estreñimiento ($t = 2,64$; $p = 0,0086$). El test de Lawton-Brody se relaciona, en las mujeres, con las caídas ($t = 4,27$; $p = 0,00034$), con los ingresos ($t = 2,02$; $p = 0,044$), con el estreñimiento y con los problemas de visión y oído; en los varones se relaciona con la depresión y la incontinencia.

Conclusiones. Los ancianos del área de salud de Cáceres presentan una buena capacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria, menor capacidad para las actividades instrumentales y una elevada comorbilidad.

Palabras clave: Ancianos. Comunidad. Comorbilidad. Capacidad funcional.

FUNCTIONAL ABILITY AND SOCIAL-CARE PROBLEMS OF THE ELDERLY IN THE CÁCERES HEALTH AREA

Objective. To describe the social environment and to identify the health problems and the functional and mental ability of the elderly in the community.

Design. Cross-sectional, observational study by means of a questionnaire.

Patients. 228 people over 71 and not living in an institution.

Setting. Cáceres Health Area.

Main measurements. Questionnaire on social and demographic details, main pathologies, social assessment (Gijón scale), functional assessment (Barthel and Lawton-Brody scales), mental assessment (Pfeiffer test), geriatric problems and visits from health professionals.

Results. 67% of the 228 people in the sample were women, with an average age of 79. Comorbidity, present in over 70% of the elderly, was significantly related to multi-medication, falls, hospital admission, depression and insomnia. The most common social and family situation was of a person living with his/her partner (38.3%; CI, 6.31) or children, in a dwelling with architectural barriers (43.0%; CI, 6.43), with a good relationship to his/her social surroundings (61.0%; CI, 6.33). The Barthel test showed a significant relationship with all the geriatric problems declared. The Pfeiffer test showed a relationship with falls ($t=3.10$; $P=.00214$), with hearing problems ($t=1.98$; $P=.048$), with incontinence ($t=3.59$; $P=.0040$) and constipation ($t=2.64$; $P=.0086$). The Lawton-Brody test was related, in women, with falls ($t=4.27$; $P=.00034$), admissions ($t=2.02$; $P=.044$), constipation and sight and hearing problems; and in men, with depression and incontinence.

Conclusions. Elderly people in the Cáceres Health Area showed good functional ability in their basic daily tasks, less ability in instrumental activities and high comorbidity.

Key words: Elderly. Community. Comorbidity. Functional ability.

^aCentro de Salud Plaza de Ángel. Cáceres. España.

^bCentro de Salud de Coria. Cáceres. España.

^cCentro de Salud de Trujillo. Cáceres. España.

^dCentro de Salud de Navas del Madroño. Cáceres. España.

Correspondencia:
Dolores Corrales Nevado.
Centro de Salud Plaza de Ángel.
Pza. de Ángel, s/n. 1004 Cáceres.
España.
Correo electrónico:
luispalomo@wanadoo.es

Manuscrito recibido el 16 de mayo de 2003.

Manuscrito aceptado para su publicación el 7 de enero de 2004.

Introducción

Entre los problemas derivados del creciente envejecimiento de la población destacan los relacionados con las dificultades de los sistemas sanitarios para hacer frente al aumento de las necesidades de la población anciana, dificultades que no influyen solamente en el incremento de los costes de la atención, sino que afectan también a la capacidad organizativa de los distintos niveles asistenciales con competencias en su cuidado. Tanto la atención primaria (AP) como la atención hospitalaria (AH) deberán desarrollar una amplia gama de servicios, en razón tanto de la prevalencia de las enfermedades como de los aspectos relacionados con las particulares condiciones de vida del anciano y de su familia, y con las legítimas aspiraciones de los ancianos en cuanto a longevidad y calidad de vida¹⁻³.

Por fortuna, la mayoría de las personas de edad avanzada viven en sus casas, de manera independiente, no necesitan intervenciones tecnológicamente complejas ni cuidado especializado para mantener su autonomía, siendo la familia su principal proveedor de cuidados⁴.

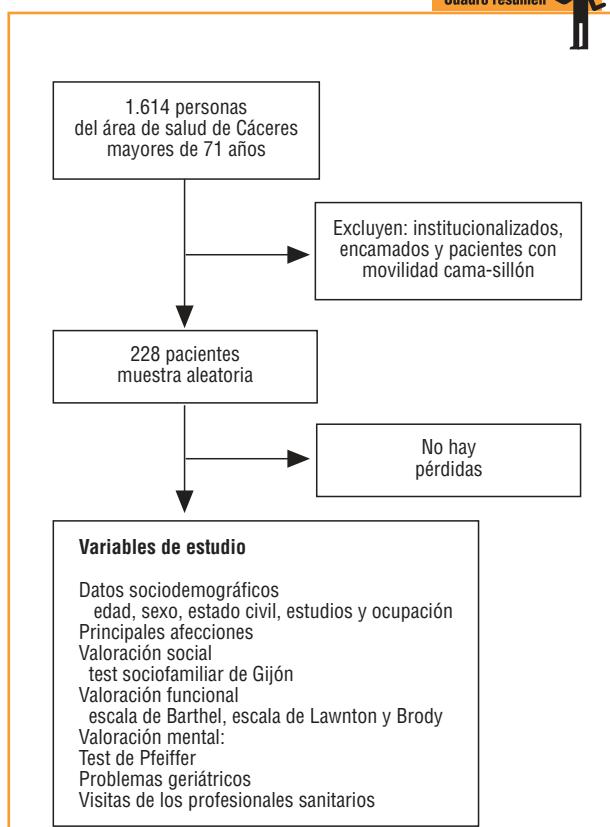
Aunque son múltiples los factores que influyen en la calidad de vida y autonomía de los ancianos y, por tanto, en su capacidad para continuar viviendo en la comunidad, la mayoría de los autores destacan las siguientes: *a)* el mantenimiento de relaciones familiares y contactos sociales; *b)* disponer de alojamiento; *c)* suficiencia económica; *d)* capacidad funcional; *e)* aceptable estado de salud, *y f)* contar con apoyo emocional y soporte social⁵⁻⁷. Dadas las características de la atención y de la relación que se establece con la población en AP (continuidad y longitudinalidad), éste es el nivel asistencial que mejor puede analizar los aspectos anteriormente reseñados, detectar los problemas de salud y socioambientales de los ancianos y ofrecer cuidado anticipatorio, tanto sanitario como social⁸.

La potenciación de los aspecto social y sociosanitario del cuidado y el fortalecimiento de la atención domiciliaria, destinados a los ancianos que han perdido parcial o totalmente su independencia, es el requerimiento esencial para mantener su vida en la comunidad, y los retos a los que la AP y las áreas sanitarias deberán dar una respuesta organizativa y financiera⁹.

En el proceso de revitalización de los cuidados que se prestan a los ancianos en AP, las enfermeras deben desempeñar un destacado papel, tanto en dedicación de tiempo al cuidado directo como en el diseño de planes, gestión y organización de los servicios que se oferten¹⁰.

Conocer la situación socioambiental, los problemas de salud y la capacidad funcional y mental de los ancianos que viven en la comunidad será siempre el precedente de cualquier plan de actuación, y es el objetivo de nuestro trabajo: describir las características funcionales y socioasistenciales de las personas mayores de 71 años del área de salud de Cáceres.

Material y métodos
Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio observacional, transversal, mediante encuesta.

Pacientes y método

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de la población no institucionalizada mayor de 71 años, procedente de cuatro cupos de una zona urbana y tres cupos de una zona rural del área de salud de Cáceres.

Participantes

A partir de los listados de pacientes asignados a las unidades básicas asistenciales de las enfermeras que recogieron la información, se seleccionó a los pacientes mediante muestreo aleatorio sistemático, con la única condición de seleccionar a 30 pacientes de cada cupo. Se excluyó a los que se encontraban inmovilizados o con movilidad cama-sillón, pero no a los que tenían una movilidad limitada al domicilio.

Para obtener la información se realizaron 228 entrevistas personales en los domicilios de los pacientes seleccionados, tras contactar telefónicamente con ellos, pedirles su consentimiento y concertar una visita. Las encuestas se realizaron durante los meses de mayo y junio de 2002.

Encuesta

El cuestionario utilizado para la entrevista, modificado de la propuesta de valoración geriátrica de Hornillos et al¹¹, contaba con los siguientes apartados: *a)* datos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, estudios y ocupación; *b)* principales enfermedades, según constancia diagnóstica en la historia clínica y/o toma de fármacos relacionados: hipertensión arterial (HTA), cardiopatía isquémica, tumor, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, problemas osteoarticulares, depresión, ictus, enfermedad de Parkinson, problemas podológicos o trastornos cognitivos, y la comorbilidad en número de problemas de salud; *c)* valoración social: escala de valoración sociofamiliar de Gijón, que evalúa la situación familiar, la vivienda, las relaciones y los contactos sociales, el apoyo de la red social y la situación económica. Los valores oscilan entre 0, la mejor situación, y 20, la peor; *d)* valoración funcional: escala de Barthel que valora la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), y la escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). En el test de Barthel, el mejor valor sería 100 y el peor 0. En la escala de Lawton y Brody, los valores pueden oscilar entre 8, el mejor valor, y 0, el peor, en el caso de las mujeres, y entre 5 y 0 en los varones; *e)* valoración mental: test de Pfeiffer, que puede detectar entre ninguno y 10 errores en las respuestas, considerando deterioro cognitivo cuando hay 5 o más errores; *f)* problemas geriátricos: incontinencia de orina, caídas, ingresos hospitalarios, estado de ánimo deprimido, polifarmacia (tomar 4 o más medicamentos), estreñimiento, problemas para dormir y problemas para ver y oír, y *g)* visitas de los profesionales sanitarios: visitas del trabajador social, del médico y de la enfermera en el último año. Finalmente, se registraron los datos del profesional que realizó la encuesta.

Para el análisis de la valoración funcional y mental se consideró la puntuación total obtenida en cada una de las escalas aplicadas, y para la valoración social, la puntuación total y la obtenida en cada una de las dimensiones que integran la escala de valoración sociofamiliar de Gijón.

Ánalisis de los datos

Se realiza un análisis descriptivo de los datos. Las variables cualitativas se comparan mediante la prueba de la χ^2 . Se valora el efecto de la comorbilidad y de las escalas funcionales y mentales con la presencia/ausencia de problemas geriátricos mediante la prueba de la t de Student de comparación de medias (o de Kruskal-Wallis, en caso de varianzas no homogéneas). Se correlaciona la comorbilidad con las escalas funcionales y mentales. Se consideran significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados

Se analizan los datos correspondientes a una muestra de 228 personas. El 67% es mujer. La edad oscilaba entre 71 y 97 años, con una media \pm desviación estándar (DE) de $79,7 \pm 6,33$ años (tabla 1). Un total de 109 mujeres eran amas de casa (el 48,4% de la muestra y el 71,24% de las mujeres). Entre los varones, la ocupación más frecuente había sido la de obrero agrícola (13 casos), aunque las ocupaciones eran muy variadas, todas en empleos no cualificados o poco cualificados.

Con la edad aparecen con mayor frecuencia los problemas de incontinencia, de visión y de oído. No se han encontra-

TABLA 1 Características de los pacientes (n = 228)

Variable	n	%
Sexo		
Varón	75	32,0
Mujer	153	67,0
Edad (años)		
71-80	136	59,6
81-90	74	32,4
> 90	18	8,0
Estudios		
Analfabeto	43	19,0
Analfabeto funcional	76	33,3
Primarios	102	44,7
Medios/superiores	7	3,0
Estado civil		
Casado	93	40,8
Viudo	109	47,8
Otros	26	11,4

TABLA 2 Hábitos higiénicos

Variable	n	%
Fumador		
Sí	16	7,0
No	212	93,0
Bebedor		
Sí	18	7,9
No	210	92,1
Estado dental		
Bueno	85	37,3
Aceptable	81	35,5
Malo	62	27,2
Prótesis dental completa	99	
Prótesis parcial/les	35	
Ausencia de piezas dentales	89	

do relaciones estadísticamente significativas entre la edad y el resto de los problemas geriátricos (caídas, ingresos, ánimo deprimido, polimedición, estreñimiento e insomnio). El sexo no se relaciona de manera significativa con los problemas de oído, incontinencia, ingresos hospitalarios ni con la polimedición. Sí se relaciona con los problemas de visión (la mitad de las mujeres frente al 25% de los varones), las caídas (tercera parte de las mujeres y 1/7 de los varones), el ánimo deprimido (2/3 de mujeres y la mitad de los varones), el estreñimiento (1/3 de mujeres

TABLA
3Principales
enfermedades

Enfermedad	n	%
Hipertensión arterial	163	71,5
Cardiopatía isquémica	48	21,1
Tumores	14	6,1
EPOC	17	7,5
Diabetes	74	32,5
Osteoarticular	106	46,5
Depresión	31	13,6
Ictus	7	3,1
Enfermedad de Parkinson	3	1,3
Podológica	48	21,1
Cognitiva	12	5,3

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

frente a 1/6 de varones) y el insomnio (mitad de las mujeres, frente a un tercio de los varones).

En la tabla 2 se reflejan los hábitos higiénicos y el estado bucodental de las personas entrevistadas, y en la tabla 3, sus principales enfermedades. El 93% de los entrevistados no fuma y el 92,1% no bebe alcohol.

En cuanto a la comorbilidad, 9 encuestados (3,9%) no presentaban ninguna enfermedad; con una enfermedad había 54 personas (23,7%); 70 con dos (30,7%); 62 con tres (27,2%); 24 con cuatro (10,5%); 7 con cinco (3,1%); uno con seis (0,4%) y uno (0,4%) con 7 enfermedades. La mayor comorbilidad aumenta la posibilidad de sufrir caídas ($p = 0,000152$), de tener ingresos hospitalarios ($p = 0,0020$), de presentar un ánimo deprimido ($p = 0,00027$) y de sufrir de insomnio ($p = 0,0056$). También se relaciona con los problemas de visión y con el estreñimiento, y no se relaciona con la incontinencia ni con los problemas de oído. La correlación entre comorbilidad y el resto de las escalas (Barthel, Lawton y Brody, Pfeiffer y escala de Gijón) es poco determinante y no es estadísticamente significativa. La valoración sociofamiliar se refleja en la tabla 4, y en la tabla 5 se recogen los valores de los índices sociales, funcionales y mentales. La situación más frecuente es la de la persona que vive con su pareja (38,3%) o con su hijos (33,8%), en una vivienda con barreras arquitectónicas (43,0%), con buena relación con el entorno social (61,0%), que no necesita ningún apoyo (45,6%) y que recibe una pensión de entre 240,40 y 474,80 euros (61,0%).

En la tabla 6 se reflejan los principales problemas geriátricos detectados. Destacan la polimedication (46,2%), el ánimo deprimido (40,0%), el insomnio (32,1%), los problemas visuales (31,6%) y la incontinencia urinaria (30,7%).

El valor del test de Barthel se relaciona significativamente con la presencia de caídas ($p = 0,00035$), con los ingresos

TABLA
4Escala de valoración
sociofamiliar de Gijón

Dimensión	n	%
Situación familiar		
0. Vive con hijos	77	33,8
1. Vive con la pareja de similar edad	87	38,3
2. Vive con otros familiares o amigos	11	4,8
3. Vive solo, pero tiene hijos próximos	33	14,5
4. Vive solo, carece de hijos o viven alejados	20	8,8
Vivienda		
0. Adecuada (luz, agua, aseo, calefacción, teléfono, ascensor)	45	19,7
1. Equipamiento inadecuado (carece de uno de los anteriores)	65	28,5
2. Barreras arquitectónicas	98	43,0
3. Vivienda inadecuada (carece de dos o más de las anteriores)	20	8,8
4. No tiene casa		
Relaciones y contactos sociales		
0. Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio	139	61,0
1. Sólo se relaciona con familia y vecinos, sale de casa	47	20,6
2. Sólo se relaciona con familia, sale de casa	20	8,8
3. No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (> 1/semana)	21	9,2
4. No sale del domicilio ni recibe visitas (< 1/semana)	1	0,4
Apoyos de la red social		
0. No necesita ningún apoyo	104	45,6
1. Recibe apoyo de la familia y/o vecinos	90	39,5
2. Recibe ayuda a domicilio, formal o voluntaria	32	14,0
3. Pendiente de ingreso en residencia de ancianos	1	0,4
4. Necesita cuidados permanentes que no son dados	1	0,4
Situación económica (ingresos/mes, en pesetas)		
0. > 119.000	17	7,5
1. 80.000-119.000	62	27,2
2. 40.000-79.000	139	61,0
3. < 40.000	8	3,5
4. No recibe pensión ni otros ingresos	2	0,8

TABLA
5Valoración social,
funcional y mental

Escala: mejor valor/peor valor	Media ± error estándar
Sociofamiliar de Gijón 0/20	5,64 ± 0,33
Barthel 100/0	90,55 ± 2,11
Lawton y Brody	
Varones 5/0	3,98 ± 0,22
Mujeres 8/0	6,00 ± 0,31
Pfeiffer (número de errores) 0/10	1,86 ± 0,28

TABLA
6Problemas
geriátricos

Problemas	n	%
Auditivos	52	22,8
Incontinencia	70	30,7
Caídas	46	20,2
Hospitalizaciones	48	21,0
Ánimo deprimido	91	40,0
Polimedición	105	46,2
Estreñimiento	52	22,8
Insomnio	73	32,1

($p = 0,045$), con la depresión ($p = 0,003$), con la polimedición ($p = 0,03$), con el insomnio ($p = 0,043$) y también con el estreñimiento, con la incontinencia y con los problemas de visión y de oído.

El test de Pfeiffer se relaciona con las caídas ($p = 0,00214$), con los problemas de oído ($p = 0,048$), de incontinencia ($p = 0,0040$) y de estreñimiento ($p = 0,0086$). El test de Lawton y Brody se relaciona, en las mujeres, con las caídas ($p = 0,000034$), con los ingresos ($p = 0,044$), con el estreñimiento, y con problemas de visión y de oído (test de Kruskal-Wallis). En los varones se relaciona con la depresión ($p = 0,03$) y con la incontinencia.

En cuanto a las visitas recibidas de los profesionales sanitarios en el último año, el 46,4% no ha recibido ninguna visita del médico, el 45% no ha recibido visitas del enfermero y el 90,8% no ha recibido visitas del trabajador social.

Discusión

Los ancianos de nuestro estudio presentan un perfil socio-demográfico similar al descrito por otros autores^{7,12,13}: colectivo notablemente envejecido, con una media de edad que se sitúa en los 79 años y un 8% que sobrepasa los 90 años. Están casados o viudos y su nivel de instrucción es muy escaso: más de la mitad no han completado los estudios primarios y el 19% son analfabetos, porcentaje superior al hallado por otros autores^{7,12}.

Las actividades laborales desempeñadas son muy diversas, muchas de ellas relacionadas con tareas agrícolas y ganaderas, pero en general empleos no cualificados o poco cualificados. Destaca el grupo amas de casa, que agrupa al 71% de las mujeres.

La función cognitiva, el estado físico y la estabilidad social son los aspectos más influyentes en la capacidad funcional de los ancianos, y están directamente relacionados con la calidad de vida, según destacan diversos autores^{7,14,15}, constituyen la base de la valoración geriátrica integral^{11,16} y en ocasiones son predictores del riesgo de fragilidad o de necesidades no cubiertas en las personas de edad avanzada^{13,17}.



Lo conocido sobre el tema

- La salud mental y la capacidad funcional influyen en la calidad de vida de las personas mayores.
- La comorbilidad se relaciona con el estado de salud y la utilización de servicios.
- La capacidad para continuar viviendo en la comunidad depende del soporte sociofamiliar.

Qué aporta este estudio

- El empeoramiento de la función cognitiva se relaciona con caídas, problemas de oído, incontinencia o estreñimiento.
- La comorbilidad se relaciona significativamente con la polimedición, las caídas, los ingresos hospitalarios, la depresión y el insomnio.
- La relación con el entorno social y familiar es buena, pero un elevado porcentaje de viviendas tiene barreras arquitectónicas y carencias en el equipamiento.

En relación con la función cognitiva, los resultados del test de Pfeiffer revelan una escasa incidencia de deterioro cognitivo, lo que podría explicarse en parte por la exclusión de los ancianos inmovilizados y con movilidad cama-sillón, entre los que podrían encontrarse personas con mayor grado de deterioro debido a alguna enfermedad neurológica o mental. Aun así, nuestros datos no difieren mucho de los obtenidos en otros estudios en los que se relaciona la salud mental y la capacidad funcional con la calidad de vida de las personas mayores⁷; de hecho, las puntuaciones son sensiblemente peores en los pacientes con las condiciones que más se relacionan con el deterioro mental: caídas, problemas de oído, de incontinencia o estreñimiento. El seguimiento clínico de los ancianos con deterioro cognitivo leve o moderado es inaplicable, por el riesgo de evolución a demencia o a otras alteraciones mentales¹⁸.

En cuanto a la capacidad funcional, si tenemos en cuenta los distintos niveles de complejidad de las actividades de la vida diaria, así como el carácter jerárquico en la pérdida de funciones^{19,20}, y que en nuestro estudio no se incluyó a las personas con graves problemas de movilidad (encamados y vida cama-sillón), encontramos una elevada capacidad para la realización de las ABVD, lo que se corresponde con la actual ubicación de los ancianos entrevistados: domicilio y comunidad que, como cabe esperar, conservan una muy buena capacidad para el cuidado cotidiano^{12,21,22}. Como se describe en otros estudios, el test de Barthel es un ins-

trumento muy sensible para detectar cambios²³; en nuestro trabajo sus puntuaciones varían con la presencia o ausencia de todos los problemas geriátricos detectados. En cambio, son más determinantes para el manejo independiente de los mayores en la comunidad las AIVD, ya que la discapacidad en alguna de estas actividades puede evolucionar en el futuro hacia un mayor deterioro y dependencia, incluso para las ABVD^{19,20}. En nuestro trabajo, los resultados en la escala de Lawton reflejan algún grado de dependencia, tanto en varones (con puntuaciones más bajas en caso de depresión e incontinencia) como en mujeres, que puntúan más bajo si sufren caídas, ingresos, estreñimiento o problemas de visión y oído, lo que sugiere la necesidad de supervisión periódica o ayuda de otra persona para continuar desenvolviéndose en la comunidad¹⁶. En cuanto a la atención sanitaria que pudieran precisar, será decisiva la valoración periódica, porque el conocimiento de la situación funcional de los ancianos será el paso previo a la instauración de ayuda y provisión de cuidados.

Los aspectos sociales que con mayor frecuencia se asocian al estado de salud y calidad de vida de las personas mayores son el empobrecimiento o la pérdida de poder adquisitivo, la convivencia y el tipo de vivienda, el aislamiento psicosocial y la quiebra del soporte emocional y social de los ancianos^{6,7}. En nuestro trabajo encontramos que la puntuación media global en la escala de valoración sociofamiliar de Gijón (tabla 5) es de 5,64, lo que puede considerarse como aceptable; es similar a la encontrada por otros autores que utilizaron el mismo instrumento para la valoración social²².

Sin embargo, tras el análisis de la información que aporta cada una de las subescalas que la integran (tabla 4), cabría pensar que, si bien no existe riesgo social, la situación socioambiental de nuestros ancianos, en cuanto a comodidad y bienestar, es claramente mejorable. Es cierto que todos disponen de alojamiento, pero sólo el 19% disfruta de una vivienda adecuada y correctamente equipada con luz, agua, teléfono, calefacción en todas las dependencias, y libre o con escasas barreras arquitectónicas.

También reciben prestaciones, contributivas o no, pero su nivel socioeconómico es bajo o medio bajo, en la mayoría de los casos la pensión mínima contributiva o de viudedad, lo que equivale en el caso de los casados a menos de 240,40 euros por cada miembro de la unidad familiar. Menos de la mitad declara valerse por sí mismo y los que precisan apoyo de la red social lo obtienen principalmente de la familia; el 14% recibe ayuda formal o del voluntariado. La familia o vecinos son también su principal fuente de relaciones sociales, pero el 9% declara vivir en situación de reclusión.

La frecuencia de hábitos nocivos es irrelevante, menor que la encontrada en otros trabajos¹¹, y podría deberse al diferente tramo de edad estudiado, en nuestro caso de mayor edad. En cuanto al estado bucodental, destacamos el deterioro de la dentadura, que si bien es un problema frecuen-

te en estas edades²⁴, también es elevada su resolución técnica, aunque posiblemente condicionada por factores personales y socioculturales, entre los que cabe destacar la menor disponibilidad económica.

Destaca el elevado porcentaje de hipertensos (71,5%), diabéticos (32,5%), pacientes con enfermedades osteomusculares (46,5%) y con cardiopatía isquémica (21,1%). También destacan los problemas podológicos en el 21,1% de los pacientes. Con respecto al número de enfermedades que padecen, nuestros datos concuerdan con los de otros autores¹⁶. Creemos que la disponibilidad de información sobre la concurrencia de enfermedades y sobre las características de los padecimientos (cronicidad, invalidez, interferencias con la autonomía) permitirá en AP, en primer lugar, dirigir nuestros esfuerzos a la detección de los ancianos con mayor riesgo de fragilidad por comorbilidad y, en segundo lugar a mejorar la adecuación de los servicios y actividades destinados a su atención (visita domiciliaria, atención sociosanitaria). Son bien conocidas las repercusiones de la comorbilidad, tanto en la autopercepción de la salud como en el propio estado de salud²⁵, y también las relaciones entre concurrencia de enfermedad y utilización de servicios^{26,27}. En nuestro trabajo encontramos una relación entre comorbilidad y polimedición, sufrir caídas, tener ingresos hospitalarios, soportar un ánimo deprimido, sufrir insomnio, tener problemas de visión y estreñimiento.

La elevada comorbilidad, que afecta a más del 70% de los pacientes de nuestra muestra, como ocurre en otras latitudes con poblaciones similares²⁸, complica la organización de los cuidados, al plantear necesariamente intervenciones sobre más de una enfermedad, de forma que si las enfermedades crónicas y sus repercusiones en la vida cotidiana de los pacientes son la esencia de la medicina y de la enfermería de atención primaria, el manejo de los pacientes con comorbilidad representa un cambio radical en la práctica clínica y acrecienta la importancia de la continuidad y de la longitudinalidad de los cuidados^{29,30}.

No deben pasar inadvertidos los pacientes que presentan deficiencias sensoriales, o los que han sufrido hospitalizaciones y caídas previas o padecen incontinencia (tabla 6), porque podría asociarse a un mayor riesgo de lesiones y accidentes en los mayores³¹. Estas situaciones de enfermedad, en ocasiones atribuidas al declive propio del envejecimiento, no deben menospreciarse, porque con frecuencia devienen en deterioro funcional, una escasa percepción del estado de salud y mala calidad de vida. Esto causa numerosas necesidades asistenciales que, en ocasiones, requerirán atención especializada o ingresos hospitalarios, pero probablemente la mayor prestación de servicios (cuidado sociosanitario) recaerá en la AP en general y en el personal de enfermería de manera específica.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, creemos que la muestra puede considerarse representativa de los pacientes del área de Cáceres, aunque el tipo de muestreo que

hemos utilizado no sea el que tolera más aleatoriedad. Como ha habido 7 entrevistadores, puede haber disparidades en la exhaustividad de las entrevistas o en la fiabilidad del registro, debido al distinto grado de conocimiento que tenemos de nuestros propios pacientes. Respecto a las escalas de valoración, hemos incluido las más usadas y en las condiciones de aplicación recomendadas, y que gozan de credibilidad para ser utilizadas en distintas situaciones y tipos de pacientes^{22,23,32}.

Hemos excluido a los ancianos con problemas severos de movilidad, ya que tal situación implica por sí misma una merma de la capacidad funcional. De hecho, los instrumentos de valoración de ésta conceden un gran peso a la capacidad de movilización, a la deambulación, a la transferencia cama-sillón y a los cambios de postura¹¹. Los ancianos inmovilizados que permanecen en la comunidad dependen siempre de otras personas, son un grupo muy homogéneo y particular cuyo estudio proporciona información sobre cargas de trabajo profesionales e informales, consumo de recursos, etc., pero su inclusión en nuestra muestra desequilibraría los resultados para el conjunto de los ancianos que conservan una capacidad funcional aceptable y compatible con su vida en comunidad de forma autónoma o con escasa dependencia.

Creemos que la valoración global de los ancianos en AP es un instrumento muy valioso para conocer su situación funcional y su estado de salud (comorbilidad), así como la situación sociofamiliar y ambiental. Asimismo, consideramos que la correcta identificación de los problemas y necesidades de los ancianos es el punto de partida para el establecimiento de los cuidados más adecuados, tanto preventivos como asistenciales.

También consideramos que sería muy oportuno que los enfermeros de AP adaptaran su organización al seguimiento y la atención de las personas de edad avanzada que puedan y quieran continuar viviendo en la comunidad.

Los cuidados de enfermería dirigidos a los ancianos que viven en la comunidad tienen una especial relevancia y una doble finalidad. Los cuidados directamente administrados serán intensos, dada la situación del paciente: edad avanzada, deterioro de la capacidad funcional y mental, comorbilidad, agotamiento/disminución del entorno sociofamiliar. Por otra parte, los cuidados delegados en los cuidadores informales estarán relacionados con las necesidades básicas del anciano: alimentación, higiene, eliminación, movilización, etc., y tendrán mayor contenido educacional. El compromiso de las enfermeras con la población asignada pasa por la asunción responsable del cuidado de los ancianos en su domicilio^{33,34}. Su cualificación actual les permite aplicar una amplia gama de cuidados de manera autónoma, con escasa intervención médica (el diagnóstico y tratamiento cuando se precise) y sin intermediación de equipos especializados expresamente creados y dotados a tal efecto. No es necesario tanto ir y venir de los pacientes desde el equipo de atención primaria a las unidades de so-

porte, y viceversa. No debemos transferir los cuidados a los ancianos, porque podemos y debemos planificarlos y ejecutarlos de manera eficiente en el contexto organizativo de la AP^{33,34}. Pero si precisamos recursos, material y dispositivos adecuados para que las tareas de profesionales y de cuidadores informales sean más llevaderas y eficaces en el domicilio.

También necesitamos contar con personas cualificadas profesionalmente para prestar asistencia domiciliaria y para aplicar los planes de cuidados básicos establecidos con anterioridad con la intensidad que el paciente requiera. Y ofrecer a la familia la posibilidad de descansar cuando los cuidados se prolongan. En fin, toda una serie de ayudas reales, como *catering*, camas de media estancia, arreglos de vivienda, lavandería, etc., que harían creíble la idea de que los ancianos pueden continuar en la comunidad, al cuidado de la AP. Pero el gasto social en España está por debajo de la media de la Unión Europea y lejos del de los países con un fuerte estado de bienestar³⁵, lo que no favorece la correcta atención de los ancianos en su medio.

Por último, creemos que como serán crecientes las demandas de servicios domiciliarios integrales, para proporcionar cuidado sanitario, asistencia y soporte social sería muy interesante que las áreas sanitarias y las direcciones de enfermería procurasen el impulso y desarrollo de estos servicios en el contexto de la AP, mediante la incentivación de los profesionales que los realicen y las inversiones necesarias.

Agradecimiento

A María González y a María José Castelló, que nos ayudaron en algunas fases del estudio.

Bibliografía

1. Gornemann I, Zunzunegui MV. Incremento en la utilización de servicios hospitalarios por las personas mayores de 55 años: envejecimiento poblacional y respuesta del sistema de servicios de salud. Gac Sanit 2002;16:156-9.
2. Varela J, Castells X, Riu M, Cervera AM, Vernhes T, Díez A, et al. El impacto del envejecimiento sobre la casuística del hospital. Gac Sanit 2000;14:203-9.
3. Marques S, Partezani A. La familia al cuidado del anciano. Rev Rol Enf 2002;25:502-10.
4. Pérez del Molino J. Geriatría y atención primaria de salud. En: Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson, 1994; p. 117.
5. Beland F, Zunzunegui MV. Presentación del estudio envejecer en Leganés. Rev Gerontol 1995;5:207-14.
6. Nebot M, Lafuente JM, Tomás Z, Borrell C, Fernando J. Efecto protector del apoyo social sobre la mortalidad en población anciana: un estudio longitudinal. Rev Esp Salud Pública 2002;76:673-82.
7. Aspiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JC, García N, Alvear F. Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. Rev Esp Salud Pública 2002;76:683-99.

8. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson S.A., 2000; p. 153.
9. Rodríguez R, Zunzunegui MV, Bergman H, Béland F. Servicios sanitarios y sociales para ancianos vulnerables en Québec: la experiencia SIPA. *Aten Primaria* 1998;21:405-12.
10. Frías A, Prieto MA, Heierle C, Aceijas C, Calzada ML, Alcalde A, et al. La práctica enfermera en atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y práctica profesional. *Aten Primaria* 2002; 29:495-501.
11. Hornillos M, Rodríguez A, Baztán JJ. Valoración geriátrica en atención primaria. *Semergen* 2000;26:77-89.
12. Maestro E, Albert V. ¿Quiénes son ancianos frágiles-ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara (II). *Medicina General* 2002;46:559-83.
13. Tomás C, Moreno LA, Germán C, Alcalá T, Andrés E. Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertos de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza. *Rev Esp Salud Pública* 2002;76:215-26.
14. Prieto L. El concepto de calidad de vida relacionada con la salud. *7 Días Médicos* 2001;500:15-29.
15. Vázquez-Noguerol R, García S. Calidad de vida de las personas mayores e inmovilizadas de un distrito urbano de Madrid. *ME-DIFAM* 1997;7:368-76.
16. Ariño S, Benavent R. La valoración geriátrica integral, una herramienta fundamental para el diagnóstico y el tratamiento. *Jano* 2002;62:1863-5.
17. Maestro E, Albert V. ¿Quiénes son ancianos frágiles-ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara (y III). *Medicina General* 2002;47:667-8.
18. Bermejo F, Vega S, Olazarán J, Fernández C, Gabriel R. Alteración cognitiva leve del anciano. *Rev Clin Esp* 1998;198:159-65.
19. Rodríguez C. Principios básicos en la asistencia al enfermo geriátrico (I). *El Médico* 2002;639:25-51.
20. Baztán JJ, González-Montalvo JI, Solano JJ. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 2000;115:704-17.
21. Álvarez M, De Alaiz AT, Brun E, Cabañeros JJ, Calzón M, Cosío I, et al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. *Aten Primaria* 1992;10:812-6.
22. Alarcón T, González-Montalvo JI. La escala socio-familiar de Gijón, un instrumento útil en el hospital general. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33:178-9.
23. Valderrama E, Pérez de Molino J. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;32:297-306.
24. Albert V, Maestro ME, Martínez JA, Monge V. Hábitos higiénicos en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Guadalajara, sin deterioro cognitivo y residentes en la comunidad. *Rev Esp Salud Pública* 2000;74:287-98.
25. Sécuли E, Fusté J, Brugulat P, Juncá S, Rué M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gac Sanit* 2001;15:217-23.
26. Westert P, Satariano A, Schellevis G, Van den Bos AM. Patterns of comorbidity and the use of health services in the Dutch population. *Eur J Public Health* 2001;11:365-72.
27. Suárez F, Oterino D, Peiró S, Librero J, Barrero C, Parras-García N, Crespo MA, et al. Factores asociados con el uso y adecuación de la hospitalización en personas mayores de 64 años. *Rev Esp Salud Pública* 2001;75:237-48.
28. Van den Akker M, Buntinx K, Metsemakers JFM, Roos S, Knottnerus A. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1998;51:367-75.
29. Schellevis FG, Van der Velden J, Van de Lisdonk E, Van Eijk J, Van Weel C. Comorbidity of chronic diseases in general practice. *J Clin Epidemiol* 1993;46:469-73.
30. Van Weel C. Chronic diseases in general practice: the longitudinal dimension. *Eur J General Pract* 1996;2:17-21.
31. Albert V, Maestro ME, Martínez JA, Monge V. Factores relacionados con la accidentalidad en personas mayores de 65 años de la provincia de Guadalajara. *Gac Sanit* 2000;14:346-55.
32. González-Montalvo JI, Rodríguez L, Ruipérez I. Validación del cuestionario de Pfeiffer y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los pacientes externos de un servicio de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1992;27:129-33.
33. Corrales D, Galindo A, Escobar MA, Palomo L, Magariño MJ. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. *Aten Primaria* 2000;25:214-9.
34. Úbeda I, Roca M, García L. Enfermería de atención primaria: un análisis crítico. *Enfermería Clínica* 1999;9:226-31.
35. Navarro V. Bienestar insuficiente, democracia incompleta. Sobre lo que no se habla en nuestro país. Barcelona: Anagrama, 2002.