



ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN - CALIDAD

Vell Fràgil / Identificar factores de riesgo

Vell Fràgil / Identify risk factors

*Ramírez Llaràs, A., Fabregat Casamitjana MA., Villanueva Ferrer, N.

*Enfermeras del Centro de Atención Primaria Raval Nord. Barcelona.

Palabras clave: Vell-fràgil. Prevención. Enfermería. Envejecimiento

Keywords: Vell-fràgil; Prevention. Nursing; Aging

RESUMEN

Objetivo. Describir si a las personas mayores con diagnóstico de fragilidad se les han realizado las intervenciones preventivas de los factores de riesgo en las consultas de enfermería del Centro de Atención Primaria de Raval Nord.

Material y Método. Se realizó una muestra aleatoria simple del total de personas mayores que acudían a las consultas de enfermería durante el periodo de febrero de 2008 a febrero de 2009 y constaba el diagnóstico de fragilidad. Se elaboró una base de datos de las diferentes variables analizadas y se realizó la explotación de los datos a través del programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Resultados.

De un total de 469 personas en las que constaba el diagnóstico de personas frágiles se observó que el 15,7% de dicha población había pasado al programa de Atención domiciliaria (ATDOM) y el resto, un total de 395, seguían acudiendo de forma autónoma a las consultas. Del total se analizó el 20% (representó 79 casos). Observándose que la media de edad fue de 82,52 años con una desv. tip de 5,7 años y la franja de edades comprendida entre 63 y 94 años. Que el 67,1% pertenecía al sexo femenino y que 29,6% vivía sola/o.

Al analizar si a dicha población se le había realizado tests de valoración, se observó que solo a un 25,3% se había realizado el test de Barthel, a un 19% el test de Pfeiffer y que el Plan de Cura de Enfermería se había aplicado al 43% de la población.

Al analizar si constaba el cuidador o persona referente se observó que solo constaba en un 29,1%. En relación a ayudas sociales, se observó que el 7,6% constaba que tenía en su domicilio tele-alarma y que solo un 6,3% había acudido a solicitar ayudas o valoración en servicios sociales.

Al analizar la frecuentación al centro de salud (AP) o al hospital de referencia, se observó una elevada hiperfrecuentación. En el centro de AP un 54,5% había realizado más de 12 visitas a las

consultas y un 37,7% había acudido al servicio de urgencias. Y en relación al servicio de urgencias hospitalarias se observó que el 39,2% había sido atendido, y un 22,8% ingresado. También se destacó que la historia informatizada a través del sistema Ecap no es sensible a las variables cualitativas, observándose que puede ser causa de pérdida de información de la actividad de enfermería.

Conclusiones.

Se puede observar que existe una buena captación de la fragilidad de las personas atendidas, pero por otra parte se debe incidir más en la captación de las causas de la fragilidad para realizar intervenciones dirigidas a la promoción y prevención de salud, para que la fragilidad no se reconvierta en incapacidades evitables.

ABSTRACT

Objective. To describe whether older people diagnosed with frailty have undergone preventive interventions for the factors identified in the nursing consultation of the Primary Care Center of Raval Nord.

Matter and method. A simple random sample of all older people with record of frailty diagnosis that attended nursing visits during the period February 2008 to February 2009 was made. A data base of the different analyzed variables was created and the data was run through the computer program Statistical Package for the Social Sciences, (SPSS).

Results. The total number of persons with frailty diagnosis was 469. It was noted that 15.7% of the mentioned population had begun to participate in the Home Care Program (ATDOM, initials in Spanish), and the other 395 persons continued going to nursing visits independently. 79 cases, 20% of the total, were analyzed. It was observed that the average age was 82.52 years; that the deviation was 5.7 years; that the age range was between 63 and 94; that 67.1% were female; and that 29.6% lived alone.

In analyzing the population an assessment test was carried out. It was noted that only 25.3% carried out the Barthel test and 19% the Pfeiffer test, and that the Nursing Cure Plan had been made to 43% of the population. In analyzing whether a carer or a person of reference was registered in the record, it was found that in 29.1% of the cases one of these people were on the register. In relation to social assistance, it was noted that 7.6% had at home tele-alarm, and that only 6.3% had gone to social services.

In analyzing the frequency with which the population went to the health center or the reference hospital, a high frequent use was detected. In the Center AP, 54.5% made over 12 visits in the consultation, and 37.7% had gone to the emergency services. In relation to the hospital emergency department, it was observed that 39.2% had been treated, and 22.8% admitted to hospital.

It was also noted that computerized history through the Ecap system is not sensitive to qualitative variables, noting that can cause loss of information from the nursing activity

Conclusions. It is possible to note that there is a good grasp of the frailty of the people attended to but it should be more focused on capturing the causes of frailty for interventions aimed at health promotion and prevention so that the frailty is not reconverted into avoidable disabilities.

INTRODUCCIÓN

A principios del siglo pasado la esperanza de vida de la población era de 33,9 años para los varones y 35,7 años para las mujeres¹, esperanza de vida que fue incrementándose durante todo el siglo. Hoy en el siglo XXI la esperanza de vida en Europa se sitúa en 75,4 años en los hombres y 80,7 en las mujeres y si se mantiene la tendencia actual, se calcula que la esperanza de vida aumente 2,5 años por decenio. La duración media de la vida puede muy bien ser de 100 años en el 2070 según la comisión Europea Eurostat²

Si el aumento de la población en el siglo pasado fue debida a la reducción de la mortalidad infantil, actualmente se debe a la longevidad de las personas.

La longevidad es uno de los logros más importantes de esta sociedad, pero todo logro no será completo si no se realizan todas las actividades posibles para que no vaya acompañado de una dependencia evitable³. La Organización Mundial de la Salud (OMS) dice *“Es imprescindible preparar a los dispensadores de atención sanitaria y a las sociedades para que atiendan las necesidades de las personas de edad avanzada”*⁴. Asimismo el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) en sus directrices sobre el “Envejecimiento saludable” indica *“... el objetivo de la atención de enfermería es ayudar a las personas mayores a conseguir la salud, bienestar y calidad de vida óptimos”*⁵

Las enfermeras de la Atención Primaria siempre han estado cerca de la población envejecida, ya que la mayoría de sus actividades en AP están muy relacionadas con el control de patologías crónicas y Atdom... También se observa en proyectos que han liderado programas encaminados a aumentar la calidad de vida de las personas mayores (Cuidar a los cuidadores Informales, Atención Domiciliaria Evitar accidentes domiciliarios, Gestión de Casos, Talleres de educación -prácticos...).

La cercanía de los profesionales de enfermería con la población mayor es de gran importancia para incidir en medidas preventivas y de promoción de la salud para lograr que la longevidad no sea un problema para la población y el sistema sanitario sino un beneficio. La captación precoz de desequilibrios de los factores socio-bio-sanitarios es la herramienta fundamental para poder realizar actividades encaminadas a evitar incapacitaciones evitables⁶

En el centro de AP Dr. Luis Sayé de Barcelona desde hace más de dos años el personal de enfermería ha llevado a cabo la captación de las personas mayores frágiles⁷ que acudían a las consultas con la finalidad de identificar las causas evitables e incluirlas en programas preventivos y de promoción diseñado para de las personas con fragilidad.

OBJETIVOS

- .- Analizar la situación de las personas frágiles en el centro AP Raval Nord.
- .- Identificar la situación socio-bio-sanitaria de las personas diagnosticadas como personas frágiles.
- .- Identificar la hiperfrecuentación hospitalaria y de atención primaria de las personas diagnosticadas como personas frágiles.
- .-Identificar las actividades realizadas a las personas con diagnósticos de fragilidad.

METODOLOGÍA

El pasado año 2008 se inició el registro de “Vell-fràgil” (= “Persona mayor frágil”) en las personas que acudían a la consulta de enfermería mayores de 64 años. De un total de 469 personas con el diagnóstico de “Vell-fràgil” un 15,7% de las personas diagnósticas pasaron al programa de Atención Domiciliaria (ATDOM)⁸. Del resto, un total de 395 personas que siguen acudiendo a la consulta de enfermería se realizó una muestra simple aleatoria y se obtuvo una muestra de 79 casos que representa el 20% del total.

Se elaboró una base de datos creada para dicho fin con las distintas variables definidas y la explotación estadística a través del programa informático “Statistical Package for the Social

Sciencies (SPSS). Los datos de las variables analizadas fueron extraídos de las Historias Clínicas a través del programa informático (E-Cap)⁹

Limitaciones en la recogida de datos

Se debe destacar que en el sistema informático E-cap existen dos métodos diferenciados para que los profesionales marquen las actividades realizadas a los pacientes atendidos.

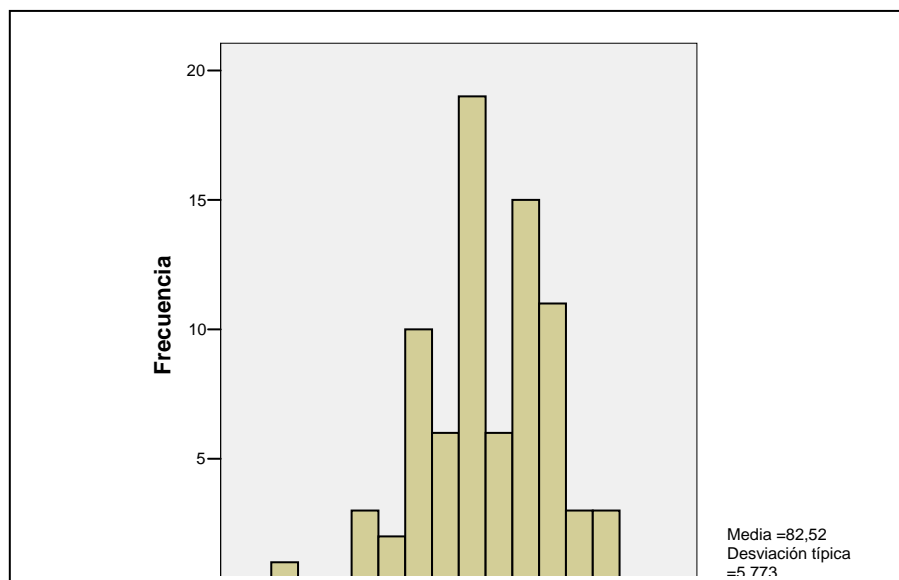
- 1) El Meap (historia clínica) espacio en el que el profesional puede escribir sus actividades, opiniones, etc.
- 2) Las hojas de monitorage en las que se vuelcan los datos según la base de datos creada anteriormente.

Estas hojas en la que se vuelcan los datos objetivos (cifras de la tensión arterial, diabetes...), no recogen variables cualitativas, variables muy afines a la actividad de enfermería o información social (si tienen o no teleasistencia, trabajadores familiares, factores de riesgo en la medicación, o factores de riesgo domiciliarios...)

RESULTADOS

De un total de 395 personas no incluidas en el programa de Atención Domiciliaria (ATDOM) y con diagnóstico de “Vell-fràgil” se obtuvo una muestra del 20% del total que representan 79 casos, observándose que la media de edad fue de 82,52 años con una Desv.tip. 5,7 comprendidas entre edades de 63 mínimos y 94 años máximos. (**Gráfico 1**)

Gráfico 1: Edad.



Que por grupos de edad se observó que la mayoría un 65,8% pertenecía a los grupos de 80 a 89 años de edad. (**Tabla 1**)

Tabla 1: Grupos de edad

Edad		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	-73anys	5	6,3	6,3	6,3
	74-79	17	21,5	21,5	27,8
	80-84	26	32,9	32,9	60,8
	85-89	26	32,9	32,9	93,7
	90-94	5	6,3	6,3	100,0
	Total	79	100,0	100,0	

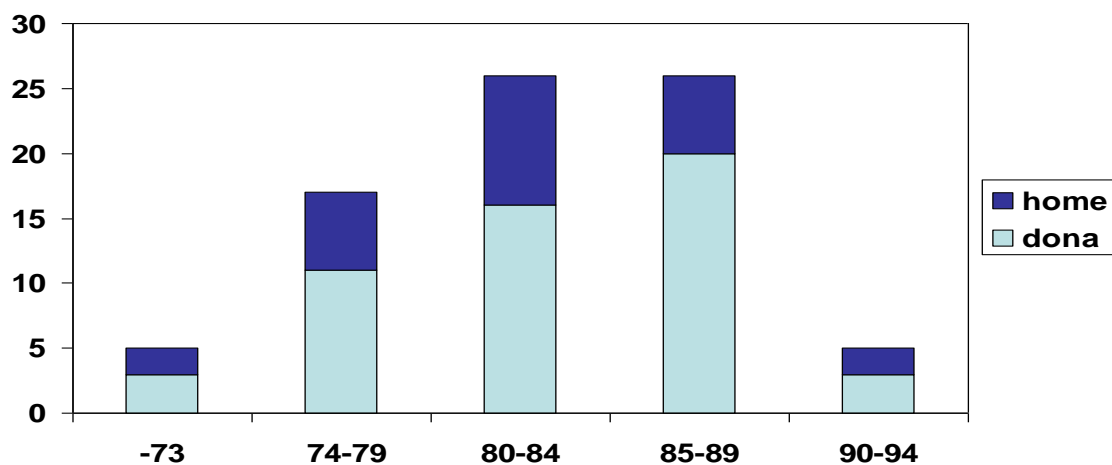
Que la mayoría del la muestra analizada pertenecían al sexo femenino en un 67,1% (**Tabla 2**)

Tabla 2: Sexo.

Sexo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	mujer	53	67,1	67,1	67,1
	hombre	26	32,9	32,9	100,0
	Total	79	100,0	100,0	

Asimismo se observó que mayoritariamente la mujer pertenecía al grupo de más edad. (**Grafico 2**)

Gráfico 2: Sexo/edad



Que el 29,6% del total de la muestra estudiada vivía sola/o, observándose que los grupos de edad mayoritarios estaban comprendidos entre los 80 y 85 años que representaron el 38% del total y que las mujeres son el grupo de más edad y más soledad.

Que el 79,7% estaban diagnosticados y eran visitados en la consulta de enfermería por patologías crónicas (Hipertensión arterial, diabetes, Hipercolesterolemia...) que el 64,6% consumía más de cinco fármacos y que un 21,5% había sufrido alguna lesión accidental. (Tabla 3)

Tabla 3: Caídas accidentales

caigudes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	17	21,5	21,5	21,5
	no consta	62	78,5	78,5	100,0
	Total	79	100,0	100,0	

Al analizar si a dicha población se le había realizado tests de valoración se observó que el Test de Barthel se había realizado al 25,3% de la población, y de este porcentaje el 2,6% de los casos eran dependencia moderada y el resto autónomos; la Escala de Laxton i Brody se había realizado al 11,4% de la muestra con dependencias moderadas o ligeras; el test Pfeiffer pasado al 19% y 3 casos fueron trastornos cognitivos. El test "Timed Up and Go" en un 39,2% y de este porcentaje se observó el 1,3% presentaba alteración severa y el resto alteración moderada o poca alteración en la movilización.

En relación al Plan de Curas de enfermería se observó que al 43% de la población se les había realizado el Plan de Curas.

Al analizar el registro de Cuidadores Informales o formales se observó que en un 29,1% estaba identificado un Cuidador Informal (CI) y que la mayoría eran familiares cercanos (pareja, hijos), al analizar si dichas personas disponían de recursos sociales como teleasistencia y /o ayuda de trabajadoras familiares, se observó que solo el 7,6% de dicha población disponía del servicio de teleasistencia y que en el 91,1% no constaba información(*) y solo un 6,3% disponía de Trabajadoras familiares(*).

Sí constaba la derivación a Servicios Sociales en el 6,3% de la población analizada y la solicitud de la Ley de Dependencia en el 10,1%.

Se valoró si la población fue visitada en las consultas médicas o de enfermería durante los últimos seis meses antes de realizar el estudio (febrero 2010) y se observó que el 92,4% había sido visitado por el médico de medicina general y el 83,5% por la enfermera.

En relación a las visitas domiciliarias, se observó que el 13,9% sí había recibido visitas domiciliarias.

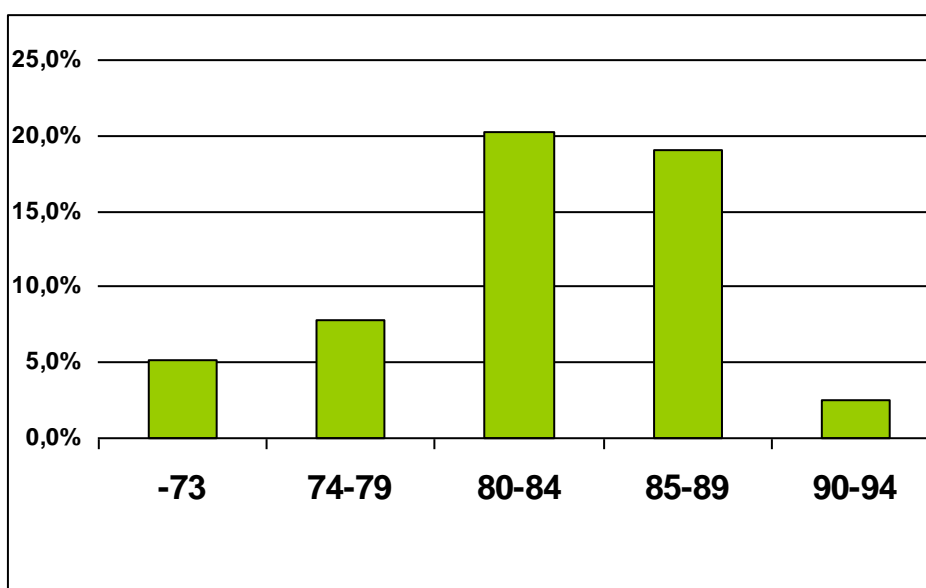
Al analizar la Hiperfrecuentación (PHF) se observó que un 54,5% había sido visitado más de 12 veces en el centro AP durante el último año (Tabla 4)

Tabla 4. Hiperfrecuentación(PHF)

		hiperfre			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	+ 12 visites centre CAP	43	54,4	54,4	54,4
	menys 12 visita	36	45,6	45,6	100,0
	Total	79	100,0	100,0	

Analizando por grupos de edad, se observó que en las edades más avanzadas la PHF era más elevada, observándose que entre los grupos de 80 a 89 el 39,3% fueron visitados más de 12 veces/año. (**Gráfico 3**)

Gráfico 3. Edad/PHF

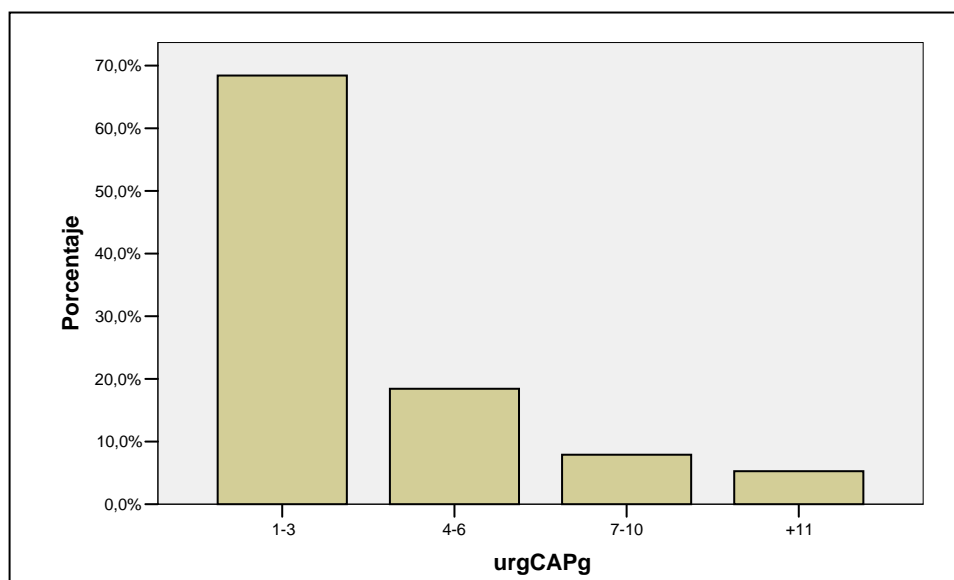


En relación a las visitas realizadas en el servicio de Urgencias del centro de Atención Primaria se observó que el 55,1% habían sido visitados alguna vez en Urgencias con una media de 2,5 visitas/persona. Por grupo de número de visitas se observó que el 37,7% había realizado entre 1 y 3 visitas y un 2,9% había utilizado el servicio de Urgencias más de 11 veces/año. (**Tabla 5** y **Gráfico 4**).

Tabla 5. Urgencias/Centro Atención Primaria

urgCAPg					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1-3	26	37,7	68,4	68,4
	4-6	7	10,1	18,4	86,8
	7-10	3	4,3	7,9	94,7
	+11	2	2,9	5,3	100,0
	Total	38	55,1	100,0	
Perdidos	Sistema	31	44,9		
Total		69	100,0		

Gráfico 4.



Al estudiar las urgencias hospitalarias (**), se observó que el 39,2% fue atendido en estos servicios. Del 39,2% del total que fue atendido en Urgencias, el 74% realizó entre 1 a 3 visitas/ año. (**Gráfico 5**)

Gráfico 5 Urgencias Hospital/número visitas realizadas

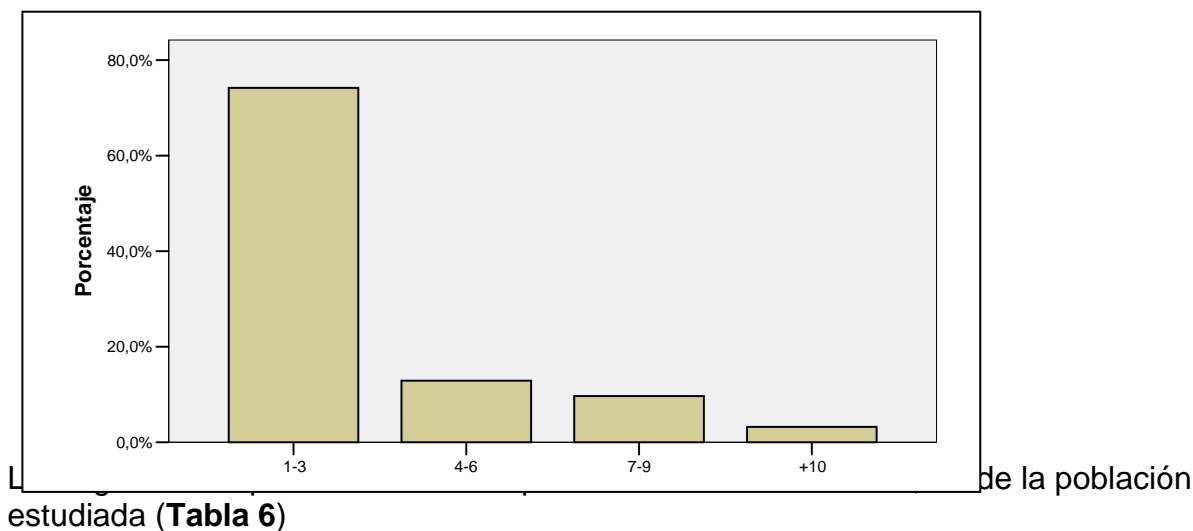


Tabla 6 .Ingresos Hospitalarios.

IngHMar					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si ingresos hospital últim any	18	22,8	22,8	22,8
	no ingrès hospital últim any	61	77,2	77,2	100,0
	Total	79	100,0	100,0	

(*) Los autores de este trabajo creemos que dichos problemas están más relacionados con la base de datos E-Cap que no especifica apartados para plasmar dicha información por lo que los distintos profesionales los especifiquen en distintos lugares del programa

(**) Sólo se analizó en el presente estudio las Urgencias e Ingresos Hospitalarios del Hospital del Mar de Barcelona ya que es el hospital referente del Centre de Salut Raval Nord.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente trabajo se observó que las personas mayores con fragilidad pertenecían en mayor porcentaje a los grupos de edad entre 80 a 89 años, asimismo el número más elevado pertenecía al sexo mujer y la mayoría vivían solas. Resultados similares a la bibliografía estudiada⁵

Al analizar las caídas se observó que sólo en un 21,5% se indica que habían padecido alguna caída, situación que no se corresponde con la bibliografía analizada. Lo que nos puede indicar un infraregistro de las caídas. El no registro de las caídas y las causas que las provocan pueden dificultar las intervenciones preventivas.

Al estudiar las actividades efectuadas se detectó que no es muy frecuente realizar test de valoración (Barthel, Pfeiffer...) a las personas con fragilidad que acudían a las consultas y que no había tampoco constancia de la o del Cuidador Informal. Se percibió que en un

elevado número de personas no constaba visitas con servicios sociales para solicitar ayudas (Telealarma, Trabajadores Familiares, etc.) ni se habían realizado visitas domiciliarias. Las visitas domiciliarias son una forma preventiva de analizar los factores de riesgo (barreras arquitectónicas, medicación en exceso o mal conservada, gas, obstáculos, etc...).

En cambio al analizar la hiperfrecuentación en AP se vio que la mayoría de esta población es hiperfrecuentadora tanto en visita programada como en consulta de urgencias y también se observan un elevado número de visitas realizadas en el servicio de Urgencias del Hospital referente del barrio no correspondiéndose al número de ingresos realizados. Así mismo se constató que la historia clínica electrónica no recoge en su mayoría los datos cualitativos de intervenciones realizadas por el personal de enfermería, motivo que dificulta analizar su intervención.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) La longevidad globalizada. Un análisis de la esperanza de vida en España. Universidad de Barcelona. ISSN 1138-9788. Vol.XII. núm. 260, 1 de marzo de 2008 (disponible en: <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-260.htm>)
- (2) Comisión Erupean Eurostat (Disponible: <http://ec.europa.eu/>)
- (3) Abellán Antonio, M^a Dolores Puga. Una estimación de la dependencia en España. Rev. Mult. Gerontol.2004; 14(5):301-303 (Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/10509/1/g-14-5-009.pdf>)
- (4) OMS .Envejecimiento y ciclo de vida. (Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/index.html>)
- (5) El CIE y el envejecimiento saludable: Desafío para la salud pública y la enfermería. (Disponible: http://www.icn.ch/matters_agingsp.htm)
- (6) Ana Lafuente, Basilio J. et al. Vejez saludable e incapacidad funcional en la población anciana de Canarias. Rev. Esp. Salud Pública. 1997, vol 71, n2, pp. 161-17 (Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57271997000200007&script=sci_arttext)
- (7) Álvarez González R., Cullell Pares M., De Frutos Gallego E., Fabretat Casamitjana M.A., Ramírez Llaras A. Envejecimiento y soledad. Revista Enfermería Global. 2009 Oct [citado 2010 Abr 07]; (17): . (Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300015&script=sci_arttext)
- (8) Grupo ATDOM de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Aproximación a la atención domiciliaria ¿Cómo trabaja la sanidad pública catalana la atención domiciliaria?. Atención Primaria 2003; 31(8): 473-9 (disponible: http://www.gencat.cat/ics/professionals/recull/bibliografic/2003_8/1144.htm)
- (9) Fina Avilés, F, Méndez Boo L, Medina Peralta M. Sistema de Información de los Servicios de Atención Primaria. La experiencia 2006-2008 del Institut Català de la Salut. RISAI 2008, Vol 1 Núm 1. (Disponible: <http://pub.bsalut.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1005&context=risai>)

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia