



07

artículo

Cristina Moreno [[Buscar autor en Medline](#)]
 Óscar Hernández [[Buscar autor en Medline](#)]
 Anna Sánchez [[Buscar autor en Medline](#)]
 Encarna Ortiz [[Buscar autor en Medline](#)]
 M^a José López [[Buscar autor en Medline](#)]
 Edel Balboa [[Buscar autor en Medline](#)]



Experiencia de la Evaluación del programa "Atención a la Gent Gran" en personas mayores de 65 años, frágiles y diagnosticadas de EPOC en el ámbito de la Atención Primaria de Sabadell.

[Ver resumen y puntos clave](#)[Ver texto completo](#)[Volver al sumario](#)

Texto completo

Introducción y antecedentes del proyecto

El envejecimiento de la población y sus repercusiones sobre el ámbito social y sanitario constituyen una de las principales preocupaciones a nivel mundial. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) estima que en el año 2050 el 21% de la población mundial tendrá más de 60 años, cifra que triplicará a la actual ¹. Hoy en día, Europa es el continente que envejece más rápidamente y se calcula que su población mayor de 60 años pasará de representar el 20% de la población total en 1998, a representar el 35% en 2050 ². Igualmente, según esta misma organización, en ese mismo año España será el país más envejecido del mundo con una tasa del 44.1% de la población mayor de 60 años. En el momento actual, los datos reflejan cómo en España la población mayor de 65 años representa ya el 16.8% de la población total, presentando además, en el año 2000, una esperanza de vida al nacer de 74.1 años para los hombres y 81.9 para las mujeres ². En Catalunya la evolución es muy similar. En el año 2000, la población mayor 60 años era de 1.398.000, es decir, el 22.62% de la población total. En lo que respecta a su esperanza de vida al nacer, en este mismo año, era de 76.0 años para los hombres y de 82.6 para las mujeres ³.

Este envejecimiento, gradual pero progresivo, de la población comporta a su vez un aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas, de comorbilidad, de incapacidad y de dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria tanto básicas como instrumentalizadas. A partir de este hecho, muchos países europeos han considerado la necesidad de adecuar la oferta de los servicios socio-sanitarios a la nueva situación demográfica y a las necesidades de salud ⁴ que garantice el mantenimiento de los máximos niveles de calidad de vida posibles para esta población. De

bibliografía

1. United Nation Population División. Versión electrónica en <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>
2. Salgado A, Guillén F, Ruipérez I. Manual de Geriátria. Masson: Madrid; 2002
3. Institut Català d'Estadística. Versión electrónica <http://idescat.es>
4. Institut Català de la Salut. Millorem l'atenció sanitària a les persones grans. Pla d'actuacions prioritàries de l'Atenció Primària de salut per al període 2002-2005. Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya: Barcelona; 2002
5. Maestro E, Albert V. ¿Quiénes son ancianos frágiles-ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara (I). Medicina General 2002; 45: 443-459.

[Ver més](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



acuerdo con la estructura organizativa de los servicios socio-sanitarios en la mayoría de estos países, el nivel de atención más cercano al anciano es la Atención Primaria de Salud, por lo que será desde este ámbito desde donde deberán ponerse en marcha las oportunas estrategias que permitan la adecuación de los servicios a las necesidades generadas por el proceso de envejecimiento.

Profundizando en las características del envejecimiento, y como una de las estrategias que permitan la adecuación de los servicios socio-sanitarios a las necesidades generadas por dicho proceso, debemos tener presente que el modelo socio-sanitario que se desarrolle debe estar basado en un continuum ^{5,6,7,8} que contemple al anciano desde el extremo de individuo sano hasta el de sujeto dependiente ⁶. Al analizar este continuum encontraríamos el deterioro funcional como el elemento que haría a la persona progresar de un extremo a otro de dicho continuum. El deterioro funcional implicaría una discapacidad o limitación de capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) básicas y/o instrumentalizadas, de manera que a medida que el deterioro funcional evolucionara, la progresiva limitación del mismo sobre su capacidad para las AVD's le hiciera moverse desde el extremo de anciano sano en dirección al de dependiente. Teniendo en cuenta este hecho, el objetivo fundamental de la atención sanitaria al anciano sería pues el de retrasar la aparición del deterioro funcional, de manera que el anciano pueda seguir viviendo de manera independiente y socialmente integrado durante el mayor tiempo posible ^{6,9}.

La Atención Primaria debiera iniciar la puesta en marcha de estrategias de valoración de la situación de salud, identificación precoz de grupos de riesgo, puesta en marcha de actividades preventivas y de promoción, y adecuación de los servicios sanitarios a dichas necesidades, potenciando, en caso de que así fuese necesario, la atención domiciliaria ^{4,9,10}.

Desde esta Atención Primaria, se hace necesario un abordaje de la atención al anciano centrado inicialmente en la valoración concreta de su situación funcional. El hecho de que la finalidad primordial de esta valoración sea la de retrasar el deterioro funcional del anciano (6,9,11) la convierte en el parámetro prioritario dentro de la valoración global de la salud de nuestros mayores. Esta valoración más global, que debe realizarse de manera sistemática a partir de un modelo consensuado y fiable ¹², resulta además crucial por dos aspectos inherentes a ella: (I) como determinante fundamental en el riesgo de desarrollo de dependencia, institucionalización y consumo de recursos socio-sanitarios, (II) como cauce habitual en el que convergen las consecuencias de las enfermedades y la propia fragilidad en el anciano ⁶. Finalmente, la literatura consultada es unánime al afirmar que una detección rápida y pronta del anciano frágil, definido en función de unos criterios clínicos, asistenciales y sociales que pueden variar de unos autores a otros, a través de la implementación de dichas estrategias de valoración funcional y de salud, mejoraría la eficiencia de la intervención sobre la población ^{6,7}.

La literatura revisada caracteriza al anciano frágil por su riesgo de

desarrollo de deterioro funcional y su consiguiente incapacidad ^{6,7,9}. Además, son estos ancianos frágiles los mayores utilizadores de servicios sanitarios y sociales ¹³. Con el fin de facilitar y prolongar la permanencia del anciano en su medio habitual en las mejores condiciones de calidad de vida posibles, resulta primordial orientar la atención a la recuperación funcional y a la minimización de los efectos producidos por el deterioro propio del envejecimiento. Esta atención proporcionada desde los servicios socio-sanitarios debe basarse en cuidados integrales (que abarquen aspectos clínicos, funcionales cognitivos y sociales) llevados a cabo por un equipo multidisciplinar, que planifique y actúe de manera coordinada, con un objetivo consensuado ⁶.

Para poder proporcionar unos cuidados de estas características se hace necesario evaluar de manera integral el estado de salud de la persona mediante la realización de la llamada Valoración Geriátrica Integral (VGI), herramienta clave de trabajo en geriatría ². La VGI es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que persigue cuantificar todos los atributos y alteraciones importantes de la esfera médica, funcional, mental y social del anciano, para conseguir un plan racional y coordinado de tratamiento y uso de recursos ^{6,14}. En el ámbito comunitario esta valoración geriátrica va dirigida a retrasar la aparición de dependencia funcional ^{6,15}, y a disminuir la mortalidad precoz ¹⁵ y la institucionalización ⁶.

En el caso del estudio que nos ocupa, y dentro del grupo de población mayor de 65 años frágil, centraremos nuestra atención en aquellas personas que además han sido previamente diagnosticadas de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Actualmente, se considera que la prevalencia de EPOC en la población mayor de 65 años es del 20%. Además de tener en cuenta la alta prevalencia expresada, a la hora de evaluar el impacto de esta enfermedad en la población debemos considerar el importante deterioro en la calidad de vida que comporta, la morbilidad asociada que conlleva ¹⁶, el elevado coste económico que supone y el gran consumo de recursos que genera ¹⁷. Si nos acercamos al ámbito de desarrollo del estudio, en esta ciudad, la EPOC supone la tercera causa de muerte más importante para la población de esta ciudad ¹⁸. El síntoma más característico y, a su vez, más importante de esta patología es la disnea. Son múltiples y muy variados (tanto fisiológicos como psicológicos), los factores que intervienen sobre la disnea, de tal manera que todos ellos afectan de manera crucial a la percepción de salud que estas personas experimentan. He aquí la importancia de valorar la calidad de vida y/o la salud percibida de las personas mayores de 65 años diagnosticadas de EPOC. La calidad de vida supondría el resultado de la interacción de factores fisiológicos, psicológicos por los síntomas o trastornos de la esfera emocional, de las limitaciones físicas y del papel social que representa la enfermedad ¹⁹.

Tal y como hemos mencionado anteriormente, el desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud en el anciano se identifica también como una estrategia para garantizar el máximo nivel posible de calidad de vida en esta población ^{4,9,10}. La

valoración de salud del anciano permitiría a los servicios socio-sanitarios la adecuación de dichos programas a la situación particular de cada individuo, de manera que el diseño de las actividades preventivas y de promoción de la salud viniera determinado no tanto por la edad del individuo sino más bien por sus necesidades⁶. Además, debemos tener presente que la información no resulta en sí misma suficiente para que se produzca la adopción de un nuevo comportamiento saludable. Según la Teoría de la acción razonada de Ajzen y Fishbein (1980) todo comportamiento está claramente determinado por las creencias, los valores y las actitudes de los actores hacia dicho comportamiento²⁰. En el caso de los comportamientos o hábitos de salud, éstos parecen además estar basados en los significados que los propios sujetos atribuyen al concepto de calidad de vida en el contexto de sus realidades particulares.

De acuerdo con la literatura consultada los estudios de evaluación debieran convertirse en la clave para el diseño de diferentes alternativas de prestación y gestión de servicios socio-sanitarios, de manera que sean los propios estudios quienes guíen y antecedan a la evolución de los servicios de manera que éstos puedan hacer frente a los cambios demográficos previstos²¹. El objetivo a conseguir sería pues que el sistema de salud, por otro lado actualmente poco preparado para ello, se adecue a las características de sus clientes, y no a la inversa⁶. Es en esta línea en la que se pretende desarrollar el presente estudio.

El trabajo pretende además realizar una evaluación de dichas actividades de prevención y promoción, de manera que sea posible su readaptación y mejora continua. Los estudios de evaluación de programas de valoración geriátrica integral revisados utilizan como instrumentos de medida la calidad de vida, el estado funcional^{22,23,24}, el estado de salud²², los ingresos hospitalarios^{22,24} y, finalmente, los costes²³. Para el estudio que se presenta, este indicador último no se utilizará. La pretendida evolución de los servicios sanitarios y asistenciales hacia dicha adaptación que, a su vez, garantice el máximo nivel posible de calidad de vida, no tiene sentido sin una evaluación programada y planificada de los mismos.

En el presente estudio no se presentarán resultados puesto que aún no se ha terminado de realizar las medidas post implantación del programa de **Atención a la Gente**.

Hipótesis y Objetivos

Hipótesis 1 . El grupo de participantes en el programa de **Atención a la Gente** referirá una mejoría en su índice de calidad de vida, medida a partir del Cuestionario de Calidad para Vida en Ancianos, tras 12 meses de participación en dicho programa, significativamente diferente a la del grupo de personas atendidas según el modelo convencional.

Hipótesis 2 . El grupo de participantes en el programa de **Atención a la Gente** experimentará un menor impacto de la EPOC en su estado de salud y su bienestar, medido a través del Cuestionario Respiratorio St. George, tras 12 meses de participación en dicho

programa, que el grupo de personas atendidas según el modelo convencional.

Hipótesis 3 . El grupo de participantes en el programa de Atención a la Gent Gran presentará mayor disminución en el número de ingresos hospitalarios relacionados con su EPOC en el periodo de los 12 meses siguientes al inicio de su participación en el programa, que el grupo de personas atendidas desde el modelo convencional.

Objetivo Principal. Evaluar la efectividad del programa "Atención a la Gent Gran", desarrollado por los equipos de Atención Primaria, en la población de mayores de 65 años frágiles diagnosticados de EPOC y residentes en esta ciudad frente a la atención convencional.

Objetivos Específicos :

a) Identificar la población susceptible del estudio: número de personas mayores de 65 años clasificadas como frágiles según los criterios de identificación de personas frágiles de Salgado (2002) y diagnosticadas de EPOC,

b) Evaluar el nivel de calidad de vida percibida por la población a estudio, antes y después de la implementación del programa,

c) Evaluar el impacto de la EPOC sobre el estado de salud y el bienestar de la población a estudio antes y después de la implementación del programa,

d) Evaluar el número de ingresos en la población a estudio antes y después de la implementación del programa.

Metodología

Diseño . Estudio cuasi-experimental con grupo control y grupo experimental.

Sujetos de estudio . Personas mayores de 65 años, residentes en esta ciudad, diagnosticadas de EPOC y consideradas como frágiles según los criterios de fragilidad de Salgado (2002). En la actualidad, la población mayor de 65 años en esta ciudad es de 31.240. Según la literatura revisada el 20% de las personas mayores de 65 años están diagnosticadas de EPOC, por lo que podríamos hablar de una población total de 6.284 personas.

Criterios de inclusión: residencia prevista en esta ciudad durante los próximos 12 meses y manteniendo el mismo centro de salud de referencia, llevar diagnosticado de EPOC más de 24 meses.

Criterios de exclusión: deterioro cognitivo que le impida participar en el estudio, estar institucionalizado o perspectivas de estarlo en los próximos 12 meses, alteración en el ámbito social o de salud con repercusiones sobre la calidad de vida (pérdida de cónyuge o familiar cercano, proceso de salud con limitaciones sobre la vida diaria o con expectativas de derivar en una situación de terminalidad e incluso de muerte en los próximos 12 meses)

Variables

Variable Independiente. Programa *Atenció a la Gent Gran*. Se trata de un programa de promoción de la salud en personas mayores de 65 años no institucionalizadas, desarrollado desde el Servei d'Atenció Primària de esta ciudad. En el caso del estudio (personas frágiles diagnosticadas de EPOC) este programa se basa en la Valoración Geriátrica Integral (VGI). La VGI se desarrolla sobre 4 ámbitos: valoración clínica, valoración de la función física, valoración de la función cognitiva y del estado de ánimo, y valoración social. La utilización de este instrumento permite la detección de problemas reales y potenciales, de manera que, a partir de ella, se elaboren actividades encaminadas a paliar las dificultades reales y prevenir las potenciales. Sobre el diseño de las actividades preventivas ejercerá una importante influencia el concepto de calidad de vida y hábitos de salud, tal y como éstos son definidos por la población a la que va dirigida el programa.

Variables dependientes

Variable principal: índice de calidad de vida.

Variables secundarias: impacto de la EPOC sobre el estado de salud, número de ingresos hospitalarios en relación con su EPOC.

Variables perturbadoras: edad, género y hábito tabáquico.

Instrumentos de medida. La calidad de vida será medida mediante cuestionario *Cuestionario de calidad para vida en ancianos*²⁵.

El impacto de la EPOC sobre el estado de salud medido mediante cuestionario respiratorio de St George^{26,27}.

Para medir los ingresos hospitalarios se preguntará individualmente a cada participante y se realizará una revisión de la historia de salud del año anterior. Estos datos se cotejarán con los servicios de documentación clínica del hospital al tiempo que se recogerá la información sobre la duración de cada ingreso. Únicamente se tomarán en cuenta para este estudio los ingresos que estuvieran relacionados con la EPOC.

Las variables edad, género, y hábito tabáquico se recogerán conjuntamente con el resto de cuestionarios presentados.

Análisis estadístico. El análisis de datos comprenderá la utilización de estadísticos descriptivos, de medida central y de dispersión. Para la comparación de variables se utilizará la chi-cuadrado para la comparación de proporciones y la t de student para la comparación de medias. Se utilizará un test de correlación para comparar las variables que han resultado asociadas significativamente con la intervención, y finalmente una regresión logística múltiple será utilizada para explicar dicha asociación. Se considerará significativa una $p < 0.05$.

Limitaciones . La primera limitación del estudio vendrá determinada por la imposibilidad de realizar randomización de la muestra. Es por ello que el diseño metodológico ya recoge en su técnica de reclutamiento de los participantes, estrategias de control de las variables que la literatura revisada identifica como influyentes (género, nivel socio-económico, presencia de otras patologías, alteración cognitiva...)

Además, la necesidad de ejercer control sobre determinadas variables, reduciendo la diversidad de los participantes y homogeneizando la muestra, provoca el hecho de que los resultados únicamente podrán hacer referencia a la población frágil diagnosticada de EPOC y no a la totalidad de las personas mayores de 65 años residentes en esta ciudad. Los resultados de este estudio permitirán sin embargo la puesta en marcha de programas similares, con sus correspondientes estrategias de evaluación, en poblaciones más amplias.

Consideraciones éticas . Como ya se ha comentado previamente, se elaborará un documento de consentimiento informado que habrá de ser firmado por cada participante que acepte tomar parte en el estudio. Dicho documento recogerá información sobre el objetivo y características del estudio, las condiciones de participación, las medidas que aseguren la privacidad y confidencialidad de la información, las repercusiones de los resultados sobre la salud de la población y el posible impacto que el estudio pueda tener sobre el propio participante.

En el caso de que la evaluación del programa confirmara su efectividad sobre la salud de la población a estudio, el equipo investigador asume el compromiso de llevar a cabo dicho programa con los sujetos pertenecientes al grupo control.

Análisis del Proceso de implantación y evaluación del programa

La instauración de cualquier programa de salud y su posterior evaluación debe ir acompañado de diversos cambios organizativos en la gestión de los centros y en la actividad asistencial.

En nuestro caso se presentó el proyecto a todos y cada una de los 11 centros de salud. De todos ellos aceptaron participar en el estudio siete. Posteriormente se clasificaron en grupo intervención y control según los criterios anteriormente mencionados. En los centros intervención se ofertó la posibilidad de que las personas interesadas pudiesen formar parte del grupo investigador hasta completar el máximo de seis personas. Además se creó la figura de un referente en cada uno de los centros en los que se implementaba el programa. En algún caso, esta figura coincidía con el hecho de ser investigador principal del estudio. Este aspecto ha facilitado la comunicación que se establecía entre los investigadores principales y los asistenciales. Incluir en el equipo investigador profesionales que desempeñan mayoritariamente una actividad asistencial, ha facilitado en gran medida el hecho de detectar problemas en la instauración del programa, así como de diferentes aspectos en el estudio de evaluación, como podían ser fallos de registro (sobre todo en la prueba piloto) para posteriormente poderlos depurar.

Para los centros que finalmente formaron parte del estudio se procedió a realizar talleres sobre la administración de los diferentes test de manera que se respondiese bajo criterios unificados. Específicamente para el grupo intervención se realizaron unas actividades formativas como fue un taller de espirometría, un taller sobre la incontinencia urinaria (ejercicios de Kegel) y un taller sobre ejercicios de fisioterapia respiratoria, de manera que todos los centros participantes pudiesen aplicar el programa de manera unificada. Además los diferentes equipos directivos planificaron la agenda de las enfermeras participantes de manera que dispusieran de tiempo para llevar a cabo el programa y realizar el estudio paralelo de evaluación (administración de los diferentes test).

Para el segundo año de implantación del estudio y debido a la cantidad de fumadores encontrados, se ha decidido realizar un taller específico para mejorar las habilidades de las enfermeras en el proceso de acompañar a las personas que deciden dejar de fumar.

Otro elemento a destacar ha consistido en plantearse la evaluación del programa desde su inicio. Este aspecto ha facilitado el hecho de detectar diferentes dificultades como fue el caso de una diversificación del criterio diagnóstico de EPOC. Aunque no era un objetivo del estudio se homogeneizaron dichos criterios aprovechando la realización del taller de realización e interpretación de espirometrías.

Es necesario establecer un cronograma de trabajo y realizar un seguimiento exhaustivo de toda la documentación a entregar y recoger según los plazos previstos. Para poder tener éxito en este aspecto se hacía igualmente necesario establecer un equilibrio entre el hecho de ser estricto con los plazos y a su vez flexible, dentro de unos márgenes, teniendo en cuenta la carga asistencial del momento.

A través de nuestra experiencia en el estudio destacaríamos 3 elementos:

1. Tener en cuenta la evolución del programa desde su creación e implantación
2. Identificar unos referentes responsables de la implementación del programa y de su posterior evaluación en cada centro.
3. Buscar el equilibrio entre ser estricto con los plazos de entrega y la flexibilidad teniendo en cuenta la carga asistencial.

Finalmente el equipo investigador quiere aprovechar la oportunidad de agradecer a todas las profesionales que han colaborado en la implantación del programa de **Atención a la Gent Gran** y/o la realización del estudio de evaluación.

