

Rosa Roure-Murillo<sup>1,\*</sup>  
 Carmen Nuin Orrio<sup>2</sup>  
 Ana Rodríguez Cala<sup>3</sup>  
 Miguel Ángel Escobar-Bravo<sup>4</sup>

1. Enfermera. Máster en Ciencias de la Enfermería. Doctora en Enfermería. Centro de Atención Primaria Balàfia-Pardinyes-Secà de Sant Pere de Lleida. Institut Català de la Salut (ICS) Lleida. Lleida, España.
2. Enfermera. Doctora en Enfermería. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de Lleida. Grupo PESAC (Promoció de l'Envelliment Saludable i Atenció a la Cronicitat). Grupo GRECS IRB Lleida. Lleida, España.
3. Enfermera. Máster en Recerca en Salut. Doctora en Enfermería por la Universidad de Lleida. Institut Català d'Oncologia (ICO) Barcelona. Profesora Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Lleida. Lleida, España.
4. Enfermero. Doctor en Enfermería. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de Lleida. Grupo PESAC (Promoció de l'Envelliment Saludable i Atenció a la Cronicitat). Grupo GRECS IRB Lleida. Lleida, España.

\*Autor para correspondencia.  
 Correo electrónico: rosaroure9@gmail.com (Rosa Roure-Murillo).

Recibido el 31 de marzo de 2020; aceptado el 15 de junio de 2020.

## Evolución de la capacidad funcional en personas mayores en programa de atención domiciliaria y evaluación de factores predictivos de mortalidad

### *Evolution of functional ability in older people under home care program and evaluation of predictive mortality factors*

#### RESUMEN

**Objetivos:** Los objetivos del estudio fueron determinar la evolución de la capacidad funcional en mayores de 65 años de la Región Sanitaria de Lleida durante su estancia en el programa de atención domiciliaria (ATDOM), y analizar los factores predictores de mortalidad.

**Metodología:** Se trata de un estudio longitudinal. La muestra incluye las estancias (procesos)  $\geq 6$  meses en el programa ATDOM ocurridos durante 5 años. Las variables a estudio fueron la capacidad funcional al ingreso, a la mitad y al final del proceso, las características sociodemográficas, las enfermedades crónicas, el estado de salud, los problemas sociofamiliares y la mortalidad. **Resultados:** Se incluyeron un total de 8.189 personas, con un total de 8.433 procesos abiertos entre los años 2011 y 2016. La capacidad funcional empeoró más en las primeras fases del proceso, y se mantuvo más estable en la fase final. En las personas más mayores, con demencia senil y con presencia de úlceras por presión, la dependencia aumentaba conforme avanzaba el proceso.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos en este estudio sobre la relación de la dependencia funcional en la valoración inicial y el mayor riesgo de mortalidad son coincidentes con estudios desarrollados.

**PALABRAS CLAVE:** Capacidad funcional, atención domiciliaria, persona mayor, factor predictivo, mortalidad.

#### ABSTRACT

**Objectives:** The objective of the study was to determine the evolution of functional ability in patients over 65 years of age during the home care program in the Lleida Health Region and analyze the predictors of mortality. **Methodology:** The sample includes stays in the home care program (processes) of at least six months long over five years. The variables under study were functional ability at the beginning, in the middle, and at the end of the process, sociodemographic characteristics, chronic diseases, health status, socio-family problems, and mortality. **Results:** A total of 8,189 people were included with a total of 8,433 processes opened between the years 2011 and 2016. Functional ability worsened more in the early stages of the process, remaining more stable in the final phase. In older patients, with senile dementia and the presence of pressure ulcers, dependence increased as the process progressed. **Conclusions:** The results obtained in this study on the relationship of functional ability in the initial assessment and the increased risk of mortality are consistent with studies carried out.

**KEYWORDS:** Functional ability, home care, elderly person, predictive factor, mortality.

## ■ INTRODUCCIÓN

El cambio demográfico en el mundo avanza rápidamente. La Organización Mundial de la Salud indica que la proporción de personas mayores de 60 años pasará del 11 al 22% entre los años 2002 y 2050, con un aumento importante de los mayores de 80 años<sup>1</sup>, y con patologías crónicas que pueden afectar a la capacidad funcional causando discapacidad o dependencia, con lo que esta población presentará más problemas para desplazarse a su centro de salud y precisará de atención domiciliaria (ATDOM)<sup>2,3</sup>. Es por esta razón que la valoración inicial y durante el proceso

de la funcionalidad, se hace cada vez más necesaria para poder identificar a las personas en riesgo e instaurar intervenciones enfermeras eficaces<sup>4</sup>.

La capacidad funcional en el entorno domiciliario se define como la competencia que tiene la persona para realizar las actividades de la vida diaria sin la necesidad de supervisión o de ayuda, además de la habilidad de ejecutar tareas en la comunidad que tienen un grado de complejidad, que se mide por la evaluación de la capacidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria<sup>1,5</sup>. Existen diferentes estudios que demuestran que el deterioro funcional se asocia con mayor probabilidad de muerte en pacientes mayores a corto y a largo plazo<sup>6-8</sup>.

Por ello, en nuestro estudio nos planteamos como objetivo general determinar la evolución de la capacidad funcional en los pacientes mayores de 65 años de la Región Sanitaria de Lleida durante su estancia en el programa ATDOM, así como analizar los factores predictores de mortalidad en esta población.

## METODOLOGÍA

El presente estudio es de tipo longitudinal y recoge los datos de la evolución de la capacidad funcional durante el proceso de atención domiciliar.

El proceso se define como el período que va desde el ingreso del paciente en el programa ATDOM hasta que se le da de alta o el proceso se cierra por su fallecimiento, institucionalización o ingreso/hospitalización, teniendo en cuenta que un paciente puede tener varios procesos.

La población está constituida por todos los procesos de ATDOM abiertos entre el 1 de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2016 de todos los centros de salud de la Región Sanitaria de Lleida.

La muestra son las personas mayores de 65 años a las que se les abrió un proceso de atención de 6 o más meses en el programa ATDOM.

Los resultados fueron obtenidos de los registros informáticos alojados en el Programa de Gestión Sanitaria de Cataluña ECAP.

### Variables

- La capacidad funcional se midió a través del índice de Barthel<sup>9</sup> (IB), que permite establecer el nivel de dependencia para las ABVD. La escala tiene una puntuación máxima de 100. A menor puntuación, mayor dificultad para realizar las actividades. Para el análisis se ha considerado el punto de corte en 60 puntos<sup>9</sup>. La capacidad funcional se observó en tres valoraciones de enfermería: una al ingreso del paciente en ATDOM, otra a la mitad del proceso y la última, al alta del paciente. Se elaboró la variable de evolución de la capacidad funcional con 3 categorías (tabla 1): mejoría, igual (sin deterioro) y con deterioro (deterioro leve, moderado, grave y total) teniendo en cuenta el cambio producido desde la valoración inicial hasta la intermedia (fase intermedia) y desde la valoración intermedia hasta la final (fase final) (tabla 2).
- Variables sociodemográficas: edad, sexo, convivencia.
- Enfermedades crónicas: alteración de la visión, fractura de fémur, cáncer, accidente vascular cerebral (AVC), cardiopatía isquémica (CI), demencia senil.
- Estado de salud: estado cognitivo mediante el test de Pfeiffer<sup>10</sup>. Riesgo de úlceras por presión (UPP) mediante la escala de Braden<sup>11</sup>.
- Y la mortalidad se ha puntuado (sí o no) en la valoración del cierre del proceso por fallecimiento de la persona.

### Análisis estadístico

Previamente se realizó un análisis descriptivo utilizando medidas de distribución de frecuencias. Posteriormente se aplicó un análisis bivariado mediante la prueba de  $\chi^2$  o, en su caso, el test exacto de Fisher y, posteriormente, un análisis multivariante mediante regresión logística múltiple y regresión de riesgos proporcionales de Cox. Se utilizó el paquete SPSS® versión 24. El grado de significación para todos los análisis fue de  $p < 0,05$ .

### Consideraciones éticas

Previamente al comienzo del estudio, el Comité Ético de Investigación Clínica del IDIAP (Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria) Jordi Gol informó favorablemente la solicitud del proyecto.

**Tabla 1.** Evolución de la capacidad funcional

Evolución de la capacidad funcional	Categoría de la variable
Cambio de mayor gravedad a menor gravedad	Mejoría
Sin deterioro, paso del 1 al 1	Sin deterioro
Cambio del grado de gravedad del 1 al 2, del 2 al 3, del 3 al 4 o del 4 al 5	Deterioro leve
Cambio del grado de gravedad del 1 al 3, del 2 al 4 o del 3 al 5	Deterioro moderado
Cambio del grado de gravedad del 1 al 4 o del 2 al 5	Deterioro grave
Cambio del grado de gravedad del 1 al 5	Deterioro total

**Tabla 2.** Cambios producidos en la capacidad funcional entre la valoración inicial y la intermedia (fase intermedia), y entre la intermedia y la final (fase final) en los procesos del programa ATDOM

Cambios en la capacidad funcional	n	%	
Fase intermedia	Mejora	378	8,2
	Igual	2.507	54,2
	Deterioro leve/moderado	1.469	31,8
	Deterioro grave/total	272	5,9
Fase final	Mejora	265	5,7
	Igual	3.191	69
	Deterioro leve/moderado	1.055	22,8
	Deterioro grave/total	119	2,6

## RESULTADOS

El total de procesos fue de 8.433. El número de pacientes fue de 8.189, de los cuales a 208 personas se les abrió más de un proceso (187 con 2 procesos, 10 con 3, 7 con 4, 2 con 5 y 2 con 6), el resto 1 proceso. La edad media de los participantes fue de 86 años, el 64,2% eran mujeres y la mortalidad fue del 64,7% (n = 5.456) (tabla 3).

La tabla 2 muestra los cambios producidos en los grados de la capacidad funcional, entre la valoración inicial y la intermedia (fase intermedia) y entre la intermedia y la final (fase final), los procesos en los cuales sus pacientes presentaron deterioro leve/moderado y deterioro grave total en la fase intermedia (n = 1.741) eran mayores que en la final (n = 1.174), manteniéndose más estables (igual) en la fase final (n = 3.191) que en la intermedia (n = 2.507).

En la tabla 4 se observa la evolución de la capacidad funcional según los factores asociados a través de la fase intermedia y la final durante el proceso. Dicha tabla solo muestra los factores que resultaron significativos en el análisis bivariado. En cuanto a las variables sociodemográficas, en los procesos en que los pacientes eran más mayores empeoraba la capacidad funcional, tanto en la fase intermedia (n = 961) como en la final (n = 672). Teniendo en cuenta las enfermedades crónicas estudiadas, los procesos en que los pacientes sufrían de AVC, su capacidad funcional mejoraba durante la fase intermedia (n = 98) y dicha capacidad empeoraba en la

**Tabla 3.** Factores asociados a mortalidad en los procesos del programa ATDOM

Variables sociodemográficas			Mortalidad		
			No, n (%)	Sí, n (%)	p
Variables sociodemográficas	Edad	<86 años	1.664 (55,9)	2.407 (44,1)	<0,001
		≥86 años	1.313 (44,1)	3.049 (55,9)	
	Sexo	Mujer	2.223 (74,6)	3.196 (58,6)	<0,001
		Hombre	755 (25,4)	2.261 (41,4)	
Convivencia	Acompañado	2.470 (82,9)	4.834 (88,6)	<0,001	
	Solo	508 (17,1)	623 (11,4)		
Grado de capacidad funcional	Independiente		302 (10,4)	314 (6,1)	<0,001
	Dependencia leve		1.777 (61,1)	2.507 (48,5)	
	Dependencia moderada		471 (16,2)	1.072 (20,7)	
	Dependencia grave		204 (7,0)	609 (11,8)	
	Dependencia total		153 (5,3)	669 (12,9)	
Enfermedades crónicas	Cáncer	No	2.473 (83,0)	4.163 (76,3)	<0,001
		Sí	505 (17,0)	1.294 (23,7)	
	AVC	No	2.413 (81,0)	4.317 (79,1)	0,03
		Sí	565 (19,0)	1.140 (20,9)	
	CI	No	2.588 (86,9)	4.634 (84,9)	0,01
		Sí	390 (13,1)	823 (15,1)	
	Demencia senil	No	2.626 (88,2)	4.620 (84,7)	<0,001
		Sí	352 (11,8)	837 (15,3)	
Estado de salud	Estado cognitivo	Sin deterioro	1.674 (57,7)	2.275 (44,7)	<0,001
		Con deterioro	1.227 (42,3)	2.809 (55,3)	
	Riesgo de UPP	No	2.555 (88,1)	3.908 (77,3)	<0,001
		Sí	345 (11,9)	1.149 (22,7)	
	Presencia de UPP	No	2.710 (91,0)	4.578 (83,9)	<0,001
		Sí	268 (9,0)	879 (16,1)	

n = procesos.  
AVC: accidente vascular cerebral; CI: cardiopatía isquémica; UPP: úlceras por presión.

**Tabla 4.** Evolución de la capacidad funcional según los factores asociados a través de la fase intermedia y la final en los procesos del programa ATDOM

				Mejora		Igual		Empeora		p
				n	%	n	%	n	%	
Variables sociodemográficas	Evolución de la capacidad funcional fase intermedia	Edad	<86 años	213	56,3	1.241	49,5	780	44,8	<0,001
			≥86 años	165	43,7	1.266	50,5	961	55,2	
	Evolución de la capacidad funcional fase final	Edad	<86 años	141	53,2	1.591	49,9	502	42,8	<0,001
			≥86 años	124	46,8	1.600	50,1	672	57,2	
Enfermedades crónicas	Evolución de la capacidad funcional fase intermedia	AVC	No	280	74,1	2.031	81,0	1.321	75,9	<0,001
			Sí	98	25,9	476	19,0	420	24,1	
		Demencia senil	No	322	85,2	2.193	87,5	1.408	80,9	<0,001
			Sí	56	14,8	314	12,5	333	19,1	
	Evolución de la capacidad funcional fase final	Fractura de fémur	No	236	89,1	3.005	94,2	1.086	92,5	0,002
			Sí	29	10,9	186	5,8	88	7,5	
		AVC	No	212	80,0	2.530	79,3	891	75,9	0,04
			Sí	53	20,0	661	20,7	283	24,1	
Demencia senil	No	238	89,8	2.718	85,2	971	82,7	0,009		
	Sí	27	10,2	473	14,8	203	17,3			

Continúa

**Tabla 4.** Evolución de la capacidad funcional según los factores asociados a través de la fase intermedia y la final en los procesos del programa ATDOM (cont.)

				Mejora		Igual		Empeora		p
				n	%	n	%	n	%	
Estado de salud	Evolución de la capacidad funcional fase intermedia	Deterioro cognitivo	No	179	47,6	1.390	55,6	859	49,4	<0,001
			Sí	197	52,4	1.110	44,4	879	50,6	
		Riesgo de UPP	No	296	78,7	2.098	83,8	1.500	86,4	0,001
			Sí	80	21,3	406	16,2	236	13,6	
		Presencia de UPP	No	341	90,2	2.190	87,4	1.349	77,5	<0,001
			Sí	37	9,8	317	12,6	392	22,5	
	Evolución de la capacidad funcional fase final	Deterioro cognitivo	No	155	58,7	1.688	53,0	588	50,3	<0,001
			Sí	109	41,3	1.497	47,0	581	49,7	
		Riesgo de UPP	No	220	83,7	2.641	82,9	1.037	88,6	0,001
			Sí	43	16,3	545	17,1	134	11,4	
		Presencia de UPP	No	237	89,4	2.682	84,0	965	82,2	<0,001
			Sí	28	10,6	509	16,0	209	17,8	

n = procesos.

AVC: accidente vascular cerebral; CI: cardiopatía isquémica; UPP: úlceras por presión.

fase final (n = 283). Asimismo, en los procesos en que los pacientes presentaban demencia senil, iba empeorando la capacidad funcional durante toda la estancia en atención domiciliaria (en la fase intermedia n = 333 y en la fase final n = 203). Hay que destacar que en los procesos en que los pacientes tenían fractura de fémur mejoraba en la fase final (n = 29), y no había diferencias en la fase intermedia. Respecto a la evolución de la capacidad funcional según el estado de salud, en los procesos en que los pacientes presentaban deterioro cognitivo mejoraba la capacidad funcional en la fase intermedia (n = 197) y empeoraba en la fase final (n = 581). Los procesos en que los pacientes presentaban riesgo de UPP mejoraba en la fase intermedia (n = 80) y se quedaba estable en la fase final (n = 545) y en los procesos en que los pacientes presentaban UPP empeoraba durante todo el proceso (fase intermedia n = 392 y en la fase final n = 209).

Respecto a los factores asociados a mortalidad durante el proceso (tabla 3), la mortalidad según la capacidad funcional inicial, los procesos de los pacientes independientes, estos pacientes morían menos que los pacientes de los procesos con dependencia. En cuanto a los procesos con enfermedades crónicas asociadas a la mortalidad, los pacientes que padecían cáncer (n = 1.294), AVC (n = 1.140), CI (n = 823) y demencia senil (n = 837) fueron los que más murieron. En relación con el estado de salud, los procesos de los pacientes con deterioro cognitivo (n = 2.809), riesgo de UPP (n = 1.149) y presencia de UPP (n = 879) estaban asociados a mortalidad (tabla 3).

En el análisis de regresión de Cox de los factores predictivos de mortalidad durante el proceso (tabla 5), los sujetos con dependencia funcional en la valoración inicial eran más propensos a morir durante el proceso que los que eran independientes. Sin embargo, esta asociación desapareció cuando se incluyeron variables del estado de salud y problemas sociofamiliares. En la tabla 5 se pueden apreciar los modelos desarrollados a partir de los factores predictivos de mortalidad; en el modelo 5 se observó que, en los hombres, el padecer cáncer y el riesgo de UPP fueron factores predictivos de mortalidad durante el proceso.

## DISCUSIÓN

Si se observa la evolución de la capacidad funcional, es de destacar que el grado de dependencia no cambia en un 54,2% de los pacientes en

**Tabla 5.** Regresión de Cox de los factores predictivos de mortalidad

Modelos	Variables	p	HR	IC95% del HR
Modelo 1	Dependencia inicial	0,020	1,096	1,015-1,183
	Dependencia inicial	0,016	1,100	1,018-1,188
Modelo 2	Edad (≥86 años)	<0,001	1,272	1,176-1,376
	Sexo (masculino)	<0,001	1,160	1,073-1,254
Modelo 3	Dependencia inicial	0,010	1,108	1,025-1,198
	Edad (≥86 años)	<0,001	1,253	1,157-1,358
	Sexo (masculino)	<0,001	1,162	1,075-1,257
Modelo 4	Cáncer	0,001	1,170	1,065-1,285
	Edad (≥86 años)	<0,001	1,259	1,162-1,364
	Sexo (masculino)	<0,001	1,166	1,078-1,261
	Cáncer	0,001	1,177	1,071-1,293
Modelo 5	Riesgo UPP	0,004	1,168	1,050-1,298
	Sexo (masculino)	<0,001	1,254	1,158-1,359
	Cáncer	<0,001	1,172	1,083-1,267
	Riesgo UPP	0,001	1,174	1,069-1,290

El modelo 5 (final) muestra los factores predictivos de mortalidad: hombres, cáncer y riesgo de UPP.

HR: hazard ratio; IC95%: intervalo de confianza del 95%; UPP: úlceras por presión.

la primera fase del proceso y en un 69% en la segunda (tabla 2), y se puede asegurar que mantienen su capacidad funcional más estable en la fase final del proceso que en la fase intermedia. Se podría deducir que, a pesar del posible deterioro de la capacidad funcional durante el proceso, el hecho de que el paciente se estabilice durante este se puede deber al trabajo realizado por los profesionales (valoración inicial, plan de cuidados y evaluación continua) a los pacientes y sus familiares en el programa ATDOM. En un estudio sobre la predicción de dependencia en personas mayores atendidas en atención primaria de Girona<sup>12</sup>, el ni-

vel basal de capacidad para realizar las actividades de la vida diaria fue una variable de ajuste crucial para predecir la dependencia en un futuro, demostrado con el valor de IB. Asimismo, dicho estudio demostró que una de las variables para predecir la dependencia era pertenecer al programa ATDOM.

En el estudio se ha podido observar que la capacidad funcional empeora más a medida que avanza el proceso en las personas de mayor edad. En este sentido, en diversos estudios longitudinales se observa que las personas que desarrollan discapacidad son los de mayor edad<sup>13-15</sup>. Respecto a las enfermedades crónicas, el presente estudio muestra que en los pacientes con AVC mejoraba su capacidad funcional en la primera fase del proceso y empeoraba al final de este. El estudio de Moreno et al.<sup>16</sup> detectó que los pacientes mejoran su nivel funcional tras un período de rehabilitación. Podría explicarse que la funcionalidad en estos pacientes, que al principio mejora con la rehabilitación, con el tiempo llega a un límite en que no avanza más, lo que se podría deber a las secuelas de su enfermedad, por lo que se desprende la importancia de las intervenciones enfermeras en el manejo del paciente ante esta enfermedad para intentar mejorar o mantener su capacidad funcional en todo el proceso.

En cuanto a la evolución de la capacidad funcional de los pacientes que ingresan en ATDOM con deterioro cognitivo, esta va empeorando conforme avanza el proceso. En un estudio realizado en atención primaria a personas mayores<sup>12</sup>, una de las variables que mostraron ser predictoras de dependencia fue el deterioro cognitivo, por lo que se deduce que la evaluación del deterioro cognitivo es un aspecto crucial en relación con la aparición de dependencia en pacientes que ingresan en este tipo de programas. Sin embargo, contrariamente, otros autores<sup>17</sup> que realizaron un estudio en la comunidad observaron que el deterioro de la capacidad funcional no se asoció con limitaciones funcionales en el seguimiento.

Respecto a la evolución de la capacidad funcional en pacientes con UPP, en el presente estudio se ha podido apreciar que en los pacientes con riesgo de padecerlas, dicha capacidad mejoraba conforme avanzaba el proceso. Al contrario, en los que ya las padecían, la capacidad funcional empeoraba durante todo el proceso. De lo que se deduce la importancia que adquiere el personal de enfermería en la prevención de las UPP en la visita a domicilio, y el menor riesgo de UPP está relacionado con menor hospitalización<sup>18</sup>.

Hay que tener en cuenta que una gran mayoría de pacientes que ingresa en estos programas presenta patologías invalidantes que favorecen las UPP. Está comprobado que la inmovilidad que genera la dependencia es un síndrome que deteriora de manera significativa la calidad de

vida y, además, es el factor más importante en el desarrollo de lesiones de la piel o UPP<sup>19</sup>. Por esta razón, estos enfermos requieren más cuidados de enfermería en cuanto a la detección del riesgo de UPP, y cuanto antes se intervenga sobre esta, mayor probabilidad habrá de mantener o mejorar su calidad de vida.

La mortalidad fue más frecuente en las personas de mayor edad, en los hombres y en los que viven acompañados (tabla 3). En cuanto al valor predictivo de la dependencia sobre mortalidad, la regresión de Cox (tabla 5) mostró que la dependencia inicial cruda era un factor predictivo de mortalidad, como lo corroboran diferentes estudios<sup>6-8,20-23</sup>.

## ■ CONCLUSIONES

Los pacientes incluidos en el programa ATDOM mantienen su capacidad funcional más estable en la fase final que en la fase inicial, a pesar del deterioro progresivo.

En los pacientes más mayores, con demencia senil y con presencia de UPP, aumentaba la dependencia conforme avanzaba el proceso. Sin embargo, los que presentaban AVC, deterioro cognitivo y riesgo de UPP, la capacidad funcional mejoraba en la primera fase del proceso, para empeorar durante su fase final, a excepción del riesgo de UPP que se mantuvo estable en la fase final.

Los sujetos con dependencia funcional en la valoración inicial eran más propensos a morir durante el proceso que los que eran independientes. Las enfermedades crónicas asociadas a mortalidad durante el proceso fueron cáncer, AVC, CI y demencia senil. El deterioro cognitivo, el riesgo de UPP y la presencia de UPP estaban asociadas también con mortalidad. Los factores predictivos de mortalidad durante el proceso fueron: ser hombres, padecer cáncer y riesgo de UPP.

El profesional de enfermería tiene una gran labor en atender, con la valoración progresiva del grado de dependencia del paciente mediante las intervenciones de prevención y promoción de la salud en la ayuda con el autocuidado en cada una de las ABVD, para mantener o mejorar el nivel de función posible y así aumentar su calidad de vida ■

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Agradecemos a la Dra. Pilar Jürschik Giménez por la dirección de este estudio y al Dr. Miquel Buti i Solé por la colaboración en la recolección de los datos del programa informático de atención primaria (ECAP).

## ■ BIBLIOGRAFÍA

1. Fhon JRS, Castro JR, Coelho SC, Fernandes A, Rodrigues RAP. Factors associated with functional ability in older adults treated at geriatric day hospital. *Nure Inv*. 2015;12(78).
2. Ferrer A, Formiga F, Sanz H, Monserrate E, Verges D, Octabaiz G. Envejecimiento satisfactorio e indicadores de fragilidad en los mayores de la comunidad. *Estudio Octabaiz*. *Aten Primaria*. 2014;46(9):475-82.
3. Ferrer C. Modelos de organización de la atención domiciliaria. *Jano*. 2006;1612:47-8.
4. 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(3):162-71.
5. Guimarães L, Galdino C, Martins F, Abreu S, Lima M, Vitorino D. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Functional capacity assessment in elderly on physiotherapy*. *Rev Neurociências*. 2004;12(3):130-3.
6. Regal-Ramos RJ, Salinero Fort MA, Cruz-Jentoft AJ. Factores predictores de mortalidad de una cohorte clínica de pacientes ancianos. *Aten Primaria*. 2005;36(9):480-6.
7. Chan TC, Shea YF, Luk KHJ, Chu LW, Chan HWF. Association between functional status of chinese nursing home older adults and long term mortality. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(2):147.e1-5.
8. Nakazawa A, Nakamura K, Kitamura K, Yoshizawa Y. Association Between Activities of Daily Living and Mortality Among Institutionalized Elderly Adults in Japan. *J Epidemiol*. 2012;22(6):501-7.
9. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública*. 1997;71(2):127-37.
10. Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilchesa M, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)*. 2001;117(4):129-34.
11. Pancorbo P, García F, Soldevilla J, Blasco C. Documento técnico GNEAUPP N.º XI. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. GNEAUPP; 2009. 1-120 p.
12. Puigvert Vilalta M, Martí Lluç R, Ponjoan Tháns A, Ramos Blanes R. Predicción de dependencia en ancianos atendidos en atención primaria. *Index Enferm (Gran)*. 2016;25(3):146-50.
13. Marengoni A, Von Strauss E, Rizzuto D, Winblad B, Fratiglioni L. The impact of chronic multimorbidity and disability on functional decline and survival in elderly persons: A community-based, longitudinal study. *J Intern Med*. 2008;265(2):288-95.
14. Den Ouden MEM, Schuurmans MJ, Mueller-Schotte S, Van der Schouw YT. Identification of high-risk individuals for the development of disability in activities of daily living. A ten-year follow-up study. *Exp Gerontol*. 2013;48(4):437-43.

15. Fauth EB, Zarit SH, Malmberg B. Mediating relationships within the Disablement Process model: a cross-sectional study of the oldest-old. *Eur J Ageing*. 2008;5(3):161-79.
16. Moreno Palacios JA, Moreno Martínez I, Pintor Ojeda A, Nuño Estebez ME, Casado Blanco C, Moreno López J. Evolución funcional tras un ictus en mayores de 85 años. *Rehabilitación*. 2018;52(1):21-7.
17. Peek MK, Ottenbacher KJ, Markides KS, Ostir GV. Examining the disablement process among older Mexican American adults. *Soc Sci Med*. 2003;57(3):413-25.
18. Lee HJ, Ju YJ, Park EC, Kim J, Lee SG. Effects of home-visit nursing services on hospitalization in the elderly with pressure ulcers: A longitudinal study. *Eur J Public Health*. 2017;27(5):822-6.
19. Soto Fernández O, Barrios Casas S. Caracterización de salud, dependencia, inmovilidad y riesgo de úlceras por presión de enfermos ingresados al programa de atención domiciliaria. *Cienc y Enferm*. 2012;XVIII(3):61-72.
20. Keymolen L, Arce JM, Linares R, Sánchez R. Dependencia funcional y su relación con la mortalidad general en adultos mayores. México: 2001-2015. *Población y Salud en Mesoamérica*. 2018;15(2):1-30.
21. Weitzen S, Teno JM, Fennell M, Mor V. Factors associated with site of death: a national study of where people die. *Med Care*. 2003;41(2):323-35.
22. Díez Manglano J, Bernabeu-Wittel M, Escalera-Zalvide A, Sánchez-Ledesma M, Mora-Rufete A, Nieto-Martín D, et al. Comorbilidad, discapacidad y mortalidad en pacientes pluripatológicos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Rev Clin Esp*. 2011;211(10):504-10.
23. Segura Noguera J, Bastida Bastús N, Martí Guadaño N, Riba Romeva M. Enfermos crónicos domiciliarios. Análisis descriptivo y de supervivencia a los 2 años de la implantación de un programa de atención domiciliaria. *Aten Primaria*. 1997;19(7):351-6.