



Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Postgrado
Programa de Especialización en Medicina Interna
Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde



CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR A TRAVÉS DEL INDICE DE KATZ. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL UNIVERSITARIO IVSS "DR. ANGEL LARRALDE" PERÍODO ENERO- MAYO 2015

AUTOR:
Angela R. Angel A.

TUTOR CLINICO:
Dr. Luis Miguel Pérez-Carreño

TUTOR METODOLOGICO:
Amílcar Pérez

Bárbula, Octubre 2015



Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Postgrado
Programa de Especialización en Medicina Interna
Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde



CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR A TRAVÉS DEL INDICE DE KATZ. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL UNIVERSITARIO IVSS "DR. ANGEL LARRALDE" PERÍODO ENERO- MAYO 2015

Trabajo de Grado presentado ante la Comisión de Postgrado de la Universidad de Carabobo para optar al título de Especialista en Medicina Interna

Bárbula, Octubre 2015

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Portada.....	i
Título.....	ii
Constancia de aprobación.....	iii
Índice general.....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Introducción.....	1
Materiales y métodos.....	12
Resultados.....	15
Discusión.....	20
Conclusiones.....	22
Recomendaciones.....	23
Referencias bibliográficas.....	25
Anexo A: Consentimiento informado.....	27
Anexo B: Escala de Katz	29
Anexo C: Escala de valoración socio-familiar de Gijón	30

Universidad de Carabobo



Valencia – Venezuela

Facultad de Ciencias de la Salud



Dirección de Asuntos Estudiantiles
Sede Carabobo

ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR A TRAVÉS DEL ÍNDICE DE KATZ. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL UNIVERSITARIO IVSS "DR. ÁNGEL LARRALDE". PERÍODO ENERO - MAYO 2015.

Presentado para optar al grado de **Especialista en Medicina Interna** por el (la) aspirante:

ANGEL A., ANGELA R.
C.I. V – 18763481

Habiendo examinado el Trabajo presentado, decidimos que el mismo está **APROBADO.**

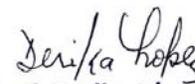
En Valencia, a los trece días del mes de octubre del año dos mil quince.


Prof. Francisco Torres (Pdte)

C.I. 12.448.720

Fecha 13/10/2015

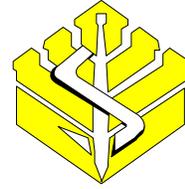

Prof. Susan Trujillo
C.I. 14.971.820
Fecha 13/10/15


Prof. Derika López
C.I. 11813922
Fecha 13-10-15

TG: 70-15



Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Postgrado
Programa de Especialización en Medicina Interna
Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”- IVSS



CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR A TRAVÉS DEL INDICE DE KATZ. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL UNIVERSITARIO IVSS “DR. ANGEL LARRALDE” PERÍODO ENERO- MAYO 2015

Autor: Angela Rosa Angel Angulo

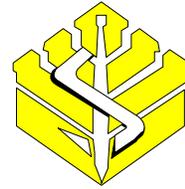
RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El envejecimiento poblacional ha ido aumentando en los últimos años y, por ende, aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, que conllevan a disminución en la capacidad funcional de forma progresiva. **OBJETIVO:** Evaluar la capacidad funcional del adulto mayor a través del Índice de Katz en los pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario IVSS “Dr. Angel Larralde” en el período Enero–Mayo 2015. **MATERIALES Y METODOS:** Estudio observacional descriptivo, no experimental, corte transversal. Se consideró una población de 50 adultos, con edad mayor o igual a 65 años. La recolección de los datos se realizó utilizando la escala de Katz para la valoración de la capacidad funcional y para medir el riesgo social se utilizó la escala de Gijón. El estudio se realizó en el período comprendido entre Enero-Mayo 2015. **RESULTADOS:** La edad promedio fue 72,68 años \pm 0,96, con mayor prevalencia del sexo femenino en un 58% y 42% del sexo masculino. El 94% de los pacientes presentó comorbilidades, siendo la Hipertensión arterial la más frecuente (76%), presencia de riesgo social en 34%. El 52% no tenía dependencia funcional, con edades entre 65 y 73 años, del sexo masculino y sólo un 28% presentó dependencia leve y eran mujeres. El 40% de los pacientes con comorbilidades tenía algún grado de dependencia. **CONCLUSIONES:** La asociación de enfermedades crónicas no transmisibles con declinación de la capacidad funcional a través de los años es relevante ya que los ancianos cursan con alguna carga de enfermedad y de dependencia.

PALABRAS CLAVE: *Capacidad funcional, adulto mayor, Escala de Katz, Escala de Gijón, Dependencia*



Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Postgrado
Programa de Especialización en Medicina Interna
Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde"- IVSS



**FUNCTIONAL CAPACITY OF OLDER ADULTS THROUGH KATZ INDEX.
SERVICE OF INTERNAL MEDICINE, UNIVERSITY HOSPITAL IVSS "DR.
ANGEL LARRALDE "PERIOD JANUARY-MAY 2015**

Autor: Angela Rosa Angel Angulo

ABSTRACT

INTRODUCTION: Population aging has increased in recent years and with it the increased life expectancy of the elderly, and hence, increase in chronic noncommunicable diseases, leading to decrease in functional capacity progressively. **OBJECTIVE:** To evaluate the functional capacity of the elderly through the Katz in patients treated at the Department of Internal Medicine, University Hospital IVSS "Dr. Angel Larralde "in the period January-May 2015. **MATERIALS AND METHODS:** Descriptive observational study, no experimental cross section. A population of 50 adults was considered, with greater than or equal to 65 years. Data collection was performed using the Katz scale for assessing functional capacity and social risk to measure the scale of Gijon was used. The study was conducted in the period from January to May 2015. **RESULTS:** The average age was 72.68 years \pm 0.96, with the highest prevalence of females by 58% and 42% male. 94% of patients presented comorbidities, being Hypertension the most frequent (76%), presence of social risk in 34%. The 52% had no functional dependence, aged 65 and 73, male and only 28% had mild dependence and were women. 40% of patients with comorbidities had some degree of dependency. **CONCLUSIONS:** The association of chronic noncommunicable diseases decline of functional capacity through the years is relevant because the elderly occur with any burden of disease and dependency.

KEYWORDS: *Functional capacity, elderly, Katz Scale, Scale Gijon Unit*

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida, produciendo una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio, no siendo estos cambios similares en individuos de la misma edad, lo que le confiere a este grupo poblacional una heterogeneidad muy particular, donde no hay una correspondencia entre los acontecimientos biológicos de una persona y su edad cronológica. Se ha estipulado que el envejecimiento poblacional “se debe al aumento de la proporción de personas en los grupos de más edad de la población” (60-65 años), siendo considerados en nuestro país en los registros de salud, seguridad social y otros utilizando la edad de 65 años o más.

El envejecimiento debe considerarse como una de las causas de pérdida de la capacidad funcional del ser humano dentro de la sociedad, secundarias al aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles en los pacientes ancianos, que ocasionan un deterioro físico que de forma progresiva produce la pérdida de autonomía del adulto mayor, declinación de sus capacidades funcionales y la necesidad de cuidados y resguardo por parte de su entorno, lo que se traduce en un aumento de la dependencia y en algunos casos contribuye al aumento de la morbimortalidad en este grupo poblacional. ⁽¹⁾

En Venezuela, como ocurre en otros países de Latinoamérica, actualmente se está atravesando por una etapa de transición demográfica, caracterizado por una disminución de la tasa de mortalidad y un descenso de la tasa de crecimiento de la población, lo que significa un incremento de la esperanza de vida con un aumento poblacional, que de acuerdo al censo del año 2011 constituye el 5.8% en los adultos mayores de 65 años, en contraste con el del 2001 donde constituían el 4.9% ⁽²⁾ cifras que pueden ser comparadas por ejemplo con Chile, país que está envejeciendo a ritmo acelerado, donde 15% tiene 60 o más años, siendo dentro de

América Latina el tercer país más envejecido, después de Argentina y Uruguay ⁽³⁾ considerando este grupo poblacional como vulnerable, tanto en el ámbito físico como mental, así como en su participación en roles socio-económicos, ya que son factores que repercuten directamente en la salud-enfermedad de los mismos ⁽⁴⁾

Por otra parte, el concepto de dependencia alude a la incapacidad para realizar una serie de actividades de la vida diaria, sin la ayuda de otras personas⁽⁵⁾ la cual será variable durante el envejecimiento, constituyendo éste un proceso que involucra cambios de diferente orden, desde biológicos, psicológicos y cognitivos hasta de tipo social. Se entiende la capacidad funcional como una destreza aprendida, que de forma progresiva en el adulto mayor no va a poder ser realizada de forma independiente, por lo que tiende a ser incluido en un ambiente de aislamiento social, lo cual repercute de forma negativa en su autoestima e influye aún más en el desarrollo de enfermedades crónicas que aumentan la morbimortalidad en ellos. Debe tomarse en cuenta que el deterioro funcional es predictor de mala evolución clínica y de mortalidad en pacientes mayores, independientemente del diagnóstico subyacente⁽⁶⁾

Las actividades de la vida diaria (AVD) se pueden dividir en básicas, instrumentales y avanzadas. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) miden los niveles funcionales más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestirse, andar) que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado⁽⁶⁾. Este grupo de actividades son consideradas universales, y no están influidas ni por factores culturales ni por el sexo, siendo evidenciada en el adulto mayor la alta prevalencia de limitaciones físicas que interfieren en la realización de actividades de la vida diaria, en donde la autonomía y el estado funcional suponen indicadores de salud importantes en este grupo etario.

La evaluación integral de un paciente depende directamente de la exploración de todas las funciones que es capaz de realizar en la vida cotidiana, las cuales

permitirán que se establezcan diversos diagnósticos que podrán orientar al médico en el tratamiento subsecuente de diversas patologías. En algunos grupos etarios en mayor o menor medida este abordaje puede ser sencillo (adolescentes, adultos jóvenes) sin embargo en otros, como los adultos mayores, la evaluación dependerá tanto de la experiencia del médico como de la utilización de diversas escalas validadas a nivel internacional para poder abordar de forma más objetiva al paciente durante la valoración geriátrica, lo cual constituye un procedimiento diagnóstico multidimensional que se realiza en los ancianos con el objeto de establecer y diseñar un tratamiento geriátrico integral.

Entre las investigaciones que profundizan sobre la capacidad funcional en el adulto mayor se encuentra el estudio realizado por Reyes en el año 2009, Evaluación Funcional de los Pacientes Adultos Mayores atendidos en visita domiciliaria de la jurisdicción del CM Leoncio Amaya Tume, donde señala que el crecimiento poblacional geriátrico es del 7% y para el año 2025 será del 12%, lo que aumentaría la demanda hospitalaria, con una mortalidad de 2 a 3 veces mayor que en edades menores, por lo que necesario la implementación de la valoración global del anciano incluyendo la valoración funcional en las actividades básicas de la vida diaria empleando el índice de Katz modificado.⁽⁷⁾

Específicamente el objetivo de las escalas de valoración funcional es determinar la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente⁽⁸⁾. Permiten conocer el grado de independencia y autonomía de los ancianos, siendo consideradas por la OMS como el indicador más importante para medir funcionabilidad en los adultos mayores, donde la alteración para realizar alguna de ellas, va a reducir en la mitad la expectativa de vida con respecto a una persona de la misma edad que las conserve. Las escalas más utilizadas para evaluarla son el índice de actividades de la vida diaria (índice KATZ) surgido en 1959 con el objetivo de delimitar y definir el concepto de dependencia en sujetos con fractura de cadera. Es la más empleada, mide dependencia de otros y permite categorizar en niveles de dependencia.⁽⁹⁾

Por su parte, De la Fuente y colaboradores en el año 2010 resaltan que a través de la Valoración Geriátrica Integral, el cual es un proceso diagnóstico multidimensional que se realiza en los ancianos, es posible establecer y diseñar un tratamiento geriátrico a través del cual se puede identificar el nivel de independencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria y de esta forma disminuir la morbimortalidad. Los grados de capacidad funcional difieren según el nivel de desarrollo de cada país y excluye a los que padecen de enfermedades cognitivas, miembros amputados, invalidez, ceguera y sordera porque no han demostrado validez para el índice de Katz y de Lawton. ⁽¹⁰⁾

Para el 2011, Gázquez-Linares *et al* realizaron un trabajo titulado Prevalencia de Dependencia funcional en personas mayores con la finalidad de dar a conocer la prevalencia del nivel de dependencia para las actividades básicas e instrumentales en la población mayor de 60 años, en función del género, estado civil y la edad, seleccionando una muestra total de 1222 personas, siendo demostrado a través del análisis en función del género como el nivel medio de dependencia es mayor en las mujeres para todas las actividades básicas, así como en las instrumentales, salvo en usar el teléfono, hacer la compra, cocinar y las tareas del hogar, en las que la dependencia de los hombres es mayor que la de las mujeres, siendo, en los tres últimos casos, la diferencia entre ambos significativa. En los casos en que las mujeres presentan mayor nivel de dependencia que los hombres, dichas diferencias son significativas en bañarse o ducharse, salir de casa (pasear), subir o bajar escaleras, utilizar los medios de transporte, y manejar sus asuntos económicos, concluyéndose que ese mayor nivel de dependencia entre las mujeres puede deberse a mayor expectativa de vida, por lo que obviamente, su nivel de dependencia es mayor. ⁽¹¹⁾

Más recientemente, Manrique-Espinoza B y colaboradores, en el año 2013 realizaron una investigación en México con el objetivo de describir las condiciones de salud y el estado funcional de los adultos mayores mexicanos, siendo conformada la muestra por 8874 adultos mayores de 60 años o más con

representatividad nacional, siendo evaluadas múltiples variables, incluyendo comorbilidades asociadas y se indagó acerca de la funcionalidad a través de la capacidad que tiene un adulto mayor para realizar, sin ayuda, actividades básicas de la vida diaria (ABVD) utilizando la escala de Katz, siendo considerado para cada dominio de la funcionalidad, dependencia funcional cuando los participantes reportaron requerir asistencia o no poder realizar al menos una de las actividades en el dominio correspondiente, siendo reportados entre los resultados que 26.9% presentó dificultad para realizar actividades básicas, observándose que las prevalencias se incrementan a medida que aumenta la edad (80 años y más 47.5%) y es mayor en las mujeres (29.6% respectivamente) y entre sus conclusiones aportan que la dependencia funcional es uno de los problemas más graves de los adultos mayores, ya que dificulta la atención y el acceso a los servicios de salud y es particularmente disruptiva cuando se acompaña del deterioro cognitivo. ⁽¹²⁾

En Octubre de 2013, Guzmán M, realizó una investigación descriptiva y prospectiva para evaluar la capacidad funcional del adulto mayor que acudía a una consulta de Medicina Interna utilizando el Método de Barthel, el cual es una medida genérica que valora el nivel de independencia con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria y se considera como un buen predictor de mortalidad, concluyendo que el envejecimiento conlleva al deterioro de la capacidad funcional y aún más si está asociado a múltiples comorbilidades y situación socioeconómica de riesgo. En este trabajo se resaltó la importancia de la estimación del nivel socioeconómico de los pacientes encuestados a través de la Escala de Gijón, que permite detectar situación de riesgo o problemática social, tomando en cuenta que éste influye de forma directa en la calidad de vida del anciano y de esta manera se puede hacer el abordaje más directo por los profesionales que trabajan en el área de atención social o sanitaria. ⁽¹³⁾

Por todo lo anteriormente expuesto es importante la realización del presente trabajo de investigación, el cual tiene como objetivo general: Evaluar la capacidad funcional del adulto mayor a través del Índice de Katz en los pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario IVSS “Dr. Angel Larralde” en el período Enero – Mayo 2015. Para lo cual se establecieron los objetivos específicos de la investigación: Caracterizar la muestra estudiada según edad, género y la presencia de comorbilidades. Clasificar el riesgo social según los grupos de edad y el sexo. Clasificar el grado de dependencia a partir del Índice de Katz según la edad y el género. Relacionar el grado de dependencia funcional con el riesgo social y el número de comorbilidades del adulto mayor.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es una investigación de tipo observacional descriptiva, donde los datos recogidos se analizaron con el objeto de elaborar conclusiones en base a ellos, el diseño fue no experimental de corte transversal, realizado en el período comprendido entre Enero a Mayo 2015.

La población a estudiar comprendió a 50 pacientes, con edad igual o mayor a 65 años, que ingresaron al Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario IVSS “Dr. Angel Larralde” en el período de tiempo ya establecido, tomando en cuenta que el motivo de hospitalización no esté relacionado a trastornos neurocognitivos agudos o crónicos que impidan el abordaje del paciente para la toma de datos pertinentes a la investigación.

La recolección de los datos se realizó a través de la técnica de la encuesta y como instrumentos se aplicó la escala de Katz para la valoración de la capacidad funcional, la cual se ha empleado en la valoración de muchas enfermedades crónicas como el infarto cerebral o la artritis reumatoide, tanto en pacientes institucionalizados como ambulatorios, siendo la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo, demostrando ser útil para describir el nivel funcional de

pacientes y poblaciones, seguir su evolución y valorar la respuesta al tratamiento. También se ha utilizado para comparar resultados de diversas intervenciones, predecir la necesidad de rehabilitación y con fines docentes, se trata de un cuestionario heteroadministrado, con 6 ítems dicotómicos, presentando 8 posibles niveles: A= independiente en todas sus funciones, B= Independiente en todas sus funciones, menos en una de ellas; C=Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera; D= Independiente en todas las funciones, menos en el baño, vestido y otra cualquiera; E= Independiente en todas las funciones, menos en el baño, vestido, uso del w.c y otra cualquiera; F= Independencia en todas las funciones, menos en el baño, vestido, uso del w.c, movilidad y otra cualquiera de las 2 restantes; G= Dependiente en todas las funciones; H= Dependiente en 2 funciones, pero no clasificable como C,D,E o F. Se puede puntuar de dos formas, considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Otra forma de puntuar es la descrita por los autores en la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc, si se comparan ambas puntuaciones, se observa que 0 puntos se corresponde con el grado A, 1 punto con el grado B, 2 puntos con el grado C y así sucesivamente. En esta investigación se utilizó la versión original, clasificando a los pacientes el grado de dependencia según niveles del A hasta el G.

Asimismo, para medir el riesgo social se recurrió a la escala de Gijón que es una escala indicada para la valoración inicial socio-familiar en el anciano para la detección de riesgo social. Recoge 5 áreas de valoración: A. Situación familiar (si vive con familia sin dependencia física/psíquica, vive con cónyuge de similar edad, vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia, vive solo y tiene hijos próximos, vive solo y carece de hijos o viven alejados), B. Situación económica (Más de 1.5 veces el salario mínimo, Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo inclusive, desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva, Pensión no contributiva, sin ingresos o inferiores al apartado

anterior), C. Vivienda (adecuada a necesidades, barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa; humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado; ausencia de ascensor, teléfono, vivienda inadecuada), D. Relaciones sociales (relaciones sociales, sólo con la familiar y vecinos, sólo con la familia o vecinos, no sale del domicilio, recibe visitas; no sale y no recibe visitas) y E. Apoyos de la red social (apoyo familiar o vecinal, voluntariado social, ayuda domiciliaria, no tiene apoyo, pendiente de ingreso en residencia geriátrica, tiene cuidados permanentes).

A cada uno de los ítems se le otorgó un puntaje y su interpretación se realizó de acuerdo a una escala numérica donde entre 5-9 puntos se considera como buena/aceptable situación social, entre 10 y 14 puntos existe riesgo social y más de 15 puntos se interpreta como Problema Social. La reevaluación con esta escala se realiza cuando las condiciones sociales cambien o cuando se sospeche que exista riesgo social.

Una vez recopilados los datos se tabularon a través del programa Microsoft® Excel y se analizaron para presentarlos a través de las técnicas de la estadística descriptiva en tablas de distribución de frecuencias según los objetivos específicos propuestos. Se destacó la asociación entre enfermedades concomitantes y la disminución de la capacidad funcional en grupos distribuidos de acuerdo a edad y sexo, siendo representados en cuadros comparativos.

RESULTADOS

De los 50 pacientes que conformaron la muestra en estudio se registró una edad promedio de 72,68 años \pm 0,96, con una variabilidad promedio de 6,85 años, una edad mínima de 65 años, una máxima de 92 años y un coeficiente de variación de 9% (serie homogénea entre sus datos); donde las mujeres registraron una edad promedio de 72,97 años \pm 2,696 muy similar a los hombres quienes registraron una edad promedio de 72,29 años \pm 3,04, no encontrándose una diferencia estadísticamente significativa entre ambas medias ($t = 0,34$; $P \text{ Valor} = 0,7333 > 0,05$).

TABLA N° 1

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA ESTUDIADA SEGÚN EL GRUPO DE EDAD, GÉNERO Y COMORBILIDAD PRESENTADA; SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO IVSS “DR. ÁNGEL LARRALDE” PERÍODO ENERO – MAYO 2015.

Sexo	Femenino		Masculino		Total	
Edad (años)	f	%	f	%	f	%
65 – 73	20	40	13	26	33	66
74 – 82	5	10	6	12	11	22
83 – 92	4	8	2	4	6	12
Presencia de comorbilidad	f	%	f	%	f	%
No	2	4	1	2	3	6
Si	27	54	20	40	47	94
Total	29	58	21	42	50	100
Tipo de comorbilidad			f	%		
HTA			38	76		
DM2			19	38		
Cardiopatía isquémica			9	18		
EPOC			5	10		
Cardiopatía Chagásica			4	8		
Artritis			3	6		
Patología prostática			3	6		
Sin comorbilidad			3	6		
Arritmia			2	4		
Linfoma			2	4		
Nefropatía			2	4		

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Ángel; 2015)

Fueron más frecuentes aquellos pacientes con edades comprendidas entre 65 y 73 años (66%= 33 casos) seguidos de aquellos con edades entre 74 y 82 años (22%= 11 casos). En cuanto al sexo fue más frecuente el femenino con un 58% (29 casos) por encima del masculino (42%= 21 casos).

El 94% de los pacientes estudiados presentó algún tipo de comorbilidad (47 casos) siendo la Hipertensión Arterial la más frecuente (38 casos) seguida de la Diabetes Mellitus tipo 2 (19 casos) y en tercer lugar la cardiopatía isquémica (9 casos). También se presentaron pacientes con: Asma; Cardiopatía Chagásica; Nefropatía en estadio terminal; Hepatopatía Crónica; Mieloma; Psoriasis y Rectolitis Ulcerosa (1 caso).

TABLA N° 2

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO SOCIAL DE LA MUESTRA ESTUDIADA SEGÚN EL GRUPO DE EDAD Y GÉNERO; SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO IVSS “DR. ÁNGEL LARRALDE” PERÍODO ENERO – MAYO 2015.

Riesgo social	No		Si		Total	
Edad (años)	f	%	f	%	f	%
65 – 73	25	50	8	16	33	66
74 – 82	4	8	7	14	11	22
83 – 92	4	8	2	4	6	12
Sexo	f	%	f	%	f	%
Femenino	21	42	8	16	29	58
Masculino	12	24	9	18	21	42
Total	33	66	17	34	50	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Ángel; 2015)

Aquellos pacientes con presencia de riesgo social representaron un 34% de la muestra en estudio (17 casos), entre los cuales fueron más frecuentes aquellos con edades comprendidas entre 65 y 73 años (16%) y del sexo masculino (18%). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de

riesgo social, los grupos de edades y el sexo: Edad según RiesgSoc ($X^2=5,71$; 2 gl; $P= 0,0576 > 0,05$) y Sexo según RiesgSoc ($X^2=0,68$; 1 gl; $P= 0,3659 > 0,05$)

TABLA N° 3

GRADO DE DEPENDENCIA A TRAVÉS DEL ÍNDICE DE KATZ SEGÚN LOS GRUPOS DE EDADES Y EL GÉNERO; SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO IVSS “DR. ÁNGEL LARRALDE” PERÍODO ENERO – MAYO 2015.

Grado de dependencia	A		B		C		D		E		G		Total	
	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Edad (años)														
65 – 73	20	40	8	16	2	4	0	0	1	2	2	4	33	66
74 – 82	4	8	5	10	0	0	1	2	0	0	1	2	11	22
83 – 92	2	4	1	2	2	4	1	2	0	0	0	0	6	12
Sexo														
Femenino	11	22	9	18	3	6	2	4	1	2	3	6	29	58
Masculino	15	30	5	10	1	2	0	0	0	0	0	0	21	42
Total	26	52	14	28	4	8	2	4	1	2	3	6	50	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Ángel; 2015)

A: Independiente para todas las funciones.

B: Independiente para todas menos una cualquiera.

C: Independiente para todas menos baño y otra cualquiera.

D: Independiente para todas menos baño, vestido y otra cualquiera.

E: Independiente para todas menos baño, vestido, uso WC y otra cualquiera.

F: Independiente para todas menos baño, vestido, uso WC, movilidad y otra cualquiera.

G: Dependiente en todas las funciones.

El nivel de capacidad funcional que predominó en los pacientes a través de la utilización del Índice de Katz fue el A con un 52% (26 casos), siendo considerados este grupo de pacientes como Independientes, observándose con mayor frecuencia en las edades comprendidas entre los 65 y 73 años (20 casos) y del sexo masculino (15 casos). En segundo lugar se presentaron aquellos pacientes clasificados con un grado B de dependencia, que se considera como independiente en todas las funciones menos en una cualquiera (28%= 14 casos), siendo más frecuentes aquellos pacientes entre los 65 y 73 años (8 casos) y del sexo femenino (9 casos).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el grado de dependencia, los grupos de edad y el sexo: Edad según DEPENDKATZ ($X^2=14,37$; 10 gl; $P= 0,1569 > 0,05$) y Sexo según DEPENDKATZ ($X^2=7,67$; 5 gl; $P= 0,1751 > 0,05$). Sin embargo, cuando se compararon las medianas de los puntajes obtenidos en el índice de Katz según el sexo, las mujeres registraron una mediana de 1,0 pto mientras que los hombres registraron una mediana de 0,0 pts, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa entre ambas medianas ($W = 181,0$; $P \text{ Valor} = 0,0082 < 0,05$).

TABLA N° 4

RELACIÓN ENTRE GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL, RIESGO SOCIAL Y PRESENCIA DE COMORBILIDADES DEL ADULTO MAYOR. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO IVSS “DR. ÁNGEL LARRALDE” EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2015.

Presencia de comorbilidad	No		Si		Total	
	F	%	F	%	f	%
Riesgo social						
No	2	4	31	62	33	66
Si	1	2	16	32	17	34
Grado de dependencia						
A	1	2	25	50	26	52
B	0	0	14	28	14	28
C	2	4	2	4	4	8
D	0	0	2	4	2	4
E	0	0	1	2	1	2
G	0	0	3	6	3	6
Total	3	6	47	34	50	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Ángel; 2015)

Del total de pacientes con presencia de comorbilidad (47 casos) sólo 16 de ellos presentaban riesgo social (32%). No encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($X^2=0,01$; 1 gl; $P= 1,0 > 0,05$). Del total de los pacientes, el 50% se caracterizaron por ser independientes, mientras que el 44% presentaba algún grado de dependencia.

Cuando se compararon las medianas de los puntajes obtenidos en el índice de Katz según la presencia de comorbilidad, los pacientes que presentaban algún tipo de comorbilidad registraron una mediana de 0,0 pto mientras que aquellos sin comorbilidades registraron una mediana de 2,0 pts, sin embargo, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambas medianas ($W = 94,5$ P-Valor = $0,2941 > 0,05$).

TABLA N° 5

RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y EL RIESGO SOCIAL CON EL NÚMERO DE COMORBILIDADES DEL ADULTO MAYOR. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO IVSS “DR. ÁNGEL LARRALDE” EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2015.

Número de comorbilidades	NO		1		2		3		Total	
Riesgo social	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
No	2	4	6	12	21	42	4	8	33	66
Si	1	2	2	4	9	18	5	10	17	34
Grado de dependencia	f	%	f	%	F	%	F	%	f	%
A	1	2	4	8	18	36	3	6	26	52
B	0	0	3	6	10	20	1	2	14	28
C	2	4	0	0	1	2	1	2	4	8
D	0	0	1	1	0	0	1	2	2	4
E	0	0	0	0	1	2	0	0	1	2
G	0	0	0	0	0	0	3	6	3	6
Total	3	6	8	16	30	60	9	18	50	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Ángel; 2015)

RIESGSOC según NUMPAT Tabla de Frecuencias DEPENDKATZ según NUMPAT

Del total de pacientes con presencia de comorbilidad (47 casos) fueron más frecuentes aquellos con dos (2) patologías asociadas (60%= 30 casos), seguidos de aquellos con 3 patologías asociadas (18%= 9 casos).

De los pacientes con riesgo social (n=17) fueron más frecuentes aquellos que presentaron 2 patologías asociadas (9 casos) y 3 patologías (5 casos). No encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($X^2=2,37$; 3 gl; $P= 4998 > 0,05$).

De acuerdo a la clasificación funcional, de los pacientes con 2 patologías asociadas se clasificaron como independientes: 60%, mientras que un 40% resultó con algún grado de dependencia. De aquellos pacientes con 3 patologías asociadas fueron clasificados como independientes un 33.33% y con algún grado de dependencia 66.66%. Aunque se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($X^2=36,21$; 15 gl; $P= 0,0017 > 0,05$) hay que aumentar el tamaño de la muestra para aseverar tal hallazgo.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo se evaluó la capacidad funcional del adulto mayor a través del Índice de Katz, tomando en cuenta varios aspectos epidemiológicos como edad, sexo y comorbilidades asociadas. Debe destacarse que la muestra estudiada en una mayor proporción fue del sexo femenino y con edades comprendidas entre los 65 y 73 años, hasta un máximo de 82 años, con similares resultados en el estudio de Manrique-Espinoza ⁽¹²⁾, donde se observó que la población femenina fue la predominante y con edades mayores de 70 años de edad, de igual forma en el trabajo realizado por Guzmán M ⁽¹³⁾ se evidencia que el grupo etario más frecuente era el comprendido entre los 70 y 80 años y pertenecían al género femenino. Entonces podría considerarse que la “feminización del envejecimiento” es un término a ser utilizado desde el punto de vista epidemiológico y que la justificación estaría relacionada directamente con la mayor expectativa de vida de las mujeres en comparación con los hombres.

De igual forma a medida que las personas van envejeciendo, se desarrolla un mayor riesgo de adquisición de enfermedades crónicas no transmisibles, lo que conlleva al descenso progresivo de la capacidad funcional y a la independencia del individuo, por lo que en esta investigación se otorgó importancia a la presencia de comorbilidades asociadas, encontrándose que un 94% de los pacientes tuvo algún tipo de comorbilidad, siendo más frecuentes la Hipertensión Arterial, seguida de la Diabetes Mellitus tipo 2 y en tercer lugar la cardiopatía isquémica,

destacándose además que la mayoría de los pacientes era portador de 2 ó más patologías y un número no despreciable tenía 3 patologías asociadas. En la investigación realizada por Manrique-Mendoza ⁽¹²⁾, también encontraron que los padecimientos con mayor autorreporte de diagnóstico médico fueron hipertensión y diabetes. Por su parte, Guzmán M ⁽¹³⁾ en su investigación encontró que la mayoría de sus pacientes tenía 2 o más patologías asociadas, siendo la patología cardiovascular la más frecuente, denotando en estas 3 investigaciones que continúa siendo en nuestro medio las enfermedades cardio-metabólicas las que con mayor frecuencia condicionan morbilidad en el adulto mayor y además riesgo de cronicidad.

De acuerdo a la capacidad funcional a través del Índice de KATZ, la mayoría de los pacientes se consideró como independiente en todas sus funciones y eran pertenecientes al sexo masculino mientras que los que presentaron algún grado de dependencia eran del sexo femenino. En el trabajo realizado por Guzmán M ⁽¹³⁾ los hallazgos fueron similares. Gázquez-Linares *et al* en su investigación realizada en 2011 encontró que la dependencia es mayor en las mujeres, con respecto a los hombres. Analizando dichos resultados puede atribuirse como se explicó previamente a la mayor expectativa de vida de las mujeres en nuestro ámbito social así como al aumento de las comorbilidades que se instauran durante el envejecimiento y causan dependencia.

Según el grado de dependencia funcional y el número de comorbilidades debe destacarse que aquellos pacientes con 2 comorbilidades tenían algún grado de dependencia, mientras que si se asociaba una tercera comorbilidad la dependencia era mucho mayor, correspondiéndose directamente la instauración de enfermedades crónicas con la declinación progresiva de la capacidad funcional del anciano, resultados que fueron similares a los encontrados en la investigación de Guzmán M ⁽¹³⁾, donde un grupo considerable de pacientes se encontraba dentro de la categoría funcional de Dependencia severa y además presentaba 2 o más patologías.

CONCLUSIONES

En vista del envejecimiento acelerado de la población a nivel mundial y especialmente en nuestro medio, es necesario la implementación de escalas de valoración funcional que permitan realizar una aproximación desde el punto de vista objetivo y práctico de la capacidad del anciano para la realización de actividades básicas de la vida diaria, considerándose para predecir morbilidad en este grupo etario, tomando en cuenta la relación lineal entre edad y dependencia, especialmente en el género femenino, debido a la mayor expectativa de vida en ellas.

La alteración funcional puede ser un “marcador” del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente, permitiendo de esta manera su reconocimiento, establecer un diagnóstico, pronóstico, una intervención y tipo de cuidado. También resulta útil como indicador de severidad de enfermedad debido a que mide la capacidad de independencia, la cual usualmente se pierde fácilmente con las enfermedades o problemas comunes de este grupo etario. Dado que la población adulta mayor se encuentra en rápido crecimiento es importante conocer el impacto de los problemas de salud en su funcionalidad para mejorar su calidad de vida y reducir los costos de cuidado y atención; por ello es importante encontrar los factores que pueden relacionarse a la limitación funcional, ya que con esta información se podrán realizar políticas para identificar y tratar estas condiciones.

A pesar de que el mayor porcentaje de pacientes estudiados en esta investigación desde el punto de vista funcional fueron clasificados como independientes para la realización de actividades básicas de la vida diaria, un número no despreciable presentó algún grado de dependencia, por lo que el seguimiento de estos pacientes a largo plazo puede hacernos estimar que esa autonomía con el tiempo va a ir decayendo y de una u otra forma van a terminar siendo dependientes en alguna función, otorgándole aún más importancia a la implementación de forma

rutinaria de escalas de valoración funcional en todos los ámbitos de salud, tanto en el área preventiva y ambulatoria, como en las áreas de hospitalización.

Desde el punto de vista epidemiológico, continúan siendo las enfermedades cardiovasculares y la diabetes las patologías crónicas no transmisibles que generan mayor morbilidad en el paciente anciano y cuyas complicaciones van a condicionar una declinación de la capacidad funcional en el transcurrir del tiempo, por lo que debe prestarse atención especial a un buen tratamiento y seguimiento de estas patologías en vista de que constituyen causa frecuente de mortalidad en este grupo de edad.

Existe además una relación directa entre el número de comorbilidades con el grado de dependencia funcional, encontrándose que a mayor número de patologías asociadas existe mayor incapacidad del anciano para realizar actividades básicas de la vida diaria, por lo que se pierde la autonomía en este grupo de pacientes y, por ende, lo excluye desde el punto de vista social.

RECOMENDACIONES

La evaluación de la capacidad funcional es el centro de la valoración del adulto mayor, siendo a veces su compromiso la única manifestación de una enfermedad subyacente, además, es uno de los principales determinantes de su calidad de vida. Desde el punto de vista económico, los costos hospitalarios son más altos en pacientes dependientes, por lo que es responsabilidad del médico que realiza abordaje frecuente de pacientes ancianos y pluripatológicos, establecer conductas dirigidas a la prevención y promoción de la salud en este grupo poblacional, ya que son los que con mayor frecuencia hacen uso de los servicios de Salud.

Se recomienda la implementación de las escalas utilizadas para la realización de esta investigación al momento del ingreso del paciente al Servicio de Medicina Interna porque de esta forma se puede predecir la capacidad funcional al egreso y

comprobar si la intervención médica fue la correcta y en las áreas de consulta externa también permitirían comprobar si hay mejoría de las limitaciones de los pacientes en un determinado período de tiempo, ya que las actividades de la vida diaria son las que permiten la autonomía del adulto mayor y por consiguiente la relación social con su entorno. De igual forma determinar el riesgo social a través de la Escala de Gijón, permite conocer si los tratamientos instaurados en determinado grupos de pacientes van a ser cumplidos de acuerdo a las indicaciones realizadas, donde juega un papel fundamental la condición socio-familiar que en la actualidad ha favorecido el auge de pacientes con patologías crónicas no controladas y que conllevan al aumento de la prevalencia de hospitalizaciones frecuentes.

Que todas estas recomendaciones y los resultados encontrados en esta investigación ayuden de cierta forma a redireccionar las perspectivas del personal de salud y a los entes gubernamentales hacia la importancia que tienen los proyectos de salud dirigidos a los adultos mayores, que continúan en ascenso y que tienen que enfocarse en mejorar las condiciones y calidad de los mismos, para que el proceso de envejecimiento sea satisfactorio.

BIBLIOGRAFIA

1. Herrera S *et al*/ Validación de un test breve para el diagnóstico de capacidad funcional en adultos mayores en Chile. Rev Med Chile 2014; 142: 1128-1135
2. Instituto Nacional de Estadística República Bolivariana de Venezuela. Boletín de Entorno social y económico Abril 2014.
3. CEPAL. Envejecimiento Demográfico. Observatorio Demográfico nº 12. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL); 2011.
4. Rodríguez K. Vejez y envejecimiento. Documento de Investigación. 1era Edición 2011. ISSN: 2145-4744
5. Mc Dowell I. Measuring health: A guide for rating scales and questionnaires. New York: Oxford University Press; 2006 (third edition).
6. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011; 72 (1): 11-16
7. Reyes Albán Hugo Martín. Evaluación Funcional de los Pacientes Adultos Mayores atendidos en visita domiciliaria de la jurisdicción del CM Leoncio Amaya Tume; 2009.
8. Cruz AJ. Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica. 2006. Prous Science SA
9. Rodríguez Rodríguez et al. Evaluación geriátrica integral: importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. Revista Panorama Cuba y Salud Vol. 9, No. 1, Enero-abril 2014
10. De la Fuente-Bacelis Teresa J, Quevedo-Tejero Elsy C, Jiménez-Sastré y A, Zavala-González MA. Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el Adulto Mayor de zonas rurales. Archivos en Medicina Familiar. Vol.12 Núm.1 Enero- Marzo 2010.
11. Gázquez-Linares et al. Prevalencia de Dependencia funcional en personas mayores. Anales de psicología, 2011, vol. 27, nº 3 (octubre)
12. Manrique-Espinoza B y col. Salud y estado funcional de los adultos mayores. Salud Pública de México / vol. 55, suplemento 2 de 2013

13. Guzmán M. Evaluación de la capacidad funcional del adulto mayor que asiste a la consulta de Medicina Interna a través del Índice de Barthel. Trabajo Especial de Grado. Octubre 2013
14. Zavaleta L. Actividades Funcionales Básicas en el Adulto Mayor del “Centro de Atención Residencial Geronto – Geriátrico Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro” Lima- Abril del 2011”. Tesis de Grado.

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO

CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR A TRAVÉS DEL INDICE DE KATZ. SERVICIO DE EMERGENCIA DE MEDICINA INTERNA, Hospital Universitario IVSS "Dr. Angel Larralde" período Enero- Mayo 2015

Yo, _____ previa información sobre el proyecto de investigación, He leído la información proporcionada y/o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado, por parte de Angela Angel, Residente del Tercer Nivel Del Postgrado de Medicina Interna Del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, decido de forma consciente y voluntaria participar en este estudio titulado:

CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR A TRAVÉS DEL INDICE DE KATZ. SERVICIO DE EMERGENCIA DE MEDICINA INTERNA, Hospital Universitario IVSS "Dr. Angel Larralde" período Enero- Mayo 2015

No teniendo este hecho ningún beneficio económico ni riesgo potencial para mi salud, sin implicar complicaciones o costos personales que puedan desprenderse de dicho acto.

Teniendo conocimiento de que la información que sea recogida en esta investigación se mantendrá confidencial, y que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información tendrá las iniciales de los nombres y apellidos del participante; solo los investigadores sabrán cuáles son los datos personales del participante, dicha información no será compartida ni entregada a nadie. De igual forma esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el comité de evaluación ética institucional, siendo este un comité cuya tarea es asegurarse de que se proteja de daños a los participantes en la investigación.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación y como participante entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre y Apellido
Del Participante

Firma del
Participante

Cédula Identidad



Huella Dactilar Del Participante

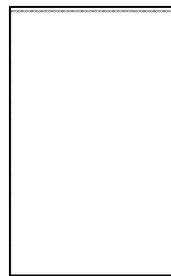
Fecha: ___ / ___ / ___

En Caso del participante no saber leer ni escribir

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre y Apellido del
Testigo
Firma del Testigo
Cédula Identidad

Fecha: ___ / ___ / ___



Huella Dactilar Del Participante

Huella Dactilar Del Testigo

ANEXO B

CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR A TRAVÉS DEL ÍNDICE DE KATZ. SERVICIO DE EMERGENCIA DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL UNIVERSITARIO IVSS "DR. ANGEL LARRALDE"

Iniciales del Nombre y Apellido	Edad	Sexo	Comorbilidades

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -ÍNDICE DE KATZ-

1. Baño	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
2. Vestido	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
3. Uso del WC	Independiente: Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C.	
4. Movilidad	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
5. Continencia	Independiente. Control completo de micción y defecación.	
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
6. Alimentación	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
PUNTUACIÓN TOTAL		

ANEXO C

Capacidad Funcional del Adulto Mayor a través del Índice de Katz . Servicio de Medicina Interna Hospital Universitario “Dr. Angel Larralde”

Iniciales del Nombre y Apellido	Edad	Sexo

Escala de valoración sociofamiliar de Gijón

A. Situación familiar	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
B. Situación económica	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
C. Vivienda	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
D. Relaciones sociales	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
E. Apoyo de la red social	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5
Puntuación Total	