

# ADAPTACIÓN A NUEVAS DEMANDAS PARA LA ACTUALIZACIÓN DE **COMPETENCIAS EN SALUD** A LO LARGO DEL CICLO VITAL



Comps.

María del Mar Molero Jurado  
María del Mar Simón Márquez  
África Martos Martínez  
Ana Belén Barragán Martín  
Pablo Molina Moreno

Edita: ASUNIVEP



**Adaptación a nuevas demandas para la  
actualización de competencias en salud a lo largo  
del ciclo vital**

**Comps.**

**María del Mar Molero Jurado**

**María del Mar Simón Márquez**

**África Martos Martínez**

**Ana Belén Barragán Martín**

**Pablo Molina Moreno**

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Adaptación a nuevas demandas para la actualización de competencias en salud a lo largo del ciclo vital”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar, así como los referentes a su investigación.

Edita: ASUNIVEP

ISBN: 978-84-09-48787-5

Depósito Legal: AL 427-2023

Imprime: Artes Gráficas Salvador

Distribuye: ASUNIVEP

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright

**CAPÍTULO 1**

*Líquido amniótico meconial: Significación clínica. Actualización de conocimientos para matronas*

Jesús Moreno Serrano, Sandra Escobar Del Pino, y Andrea Serrano Moreno..... 11

**CAPÍTULO 2**

*Valoración y técnicas de enfermería en la gestante con accidentes cerebrovasculares (ictus)*

Silvia Mendoza García, Sara Orozco Roch, y Noelia Benítez Santos .....21

**CAPÍTULO 3**

*Origen, función y organización de las matronas: Su evolución a lo largo de los siglos*

José Cruz-Contarini López, Paloma Méndez León, y Sandra García Domínguez.....25

**CAPÍTULO 4**

*Estudio sobre la aspiración de meconio por el recién nacido: Actualización de conocimientos*

Noelia Benítez Santos, Silvia Mendoza García, y Sara Orozco Roch .....33

**CAPÍTULO 5**

*Restablecimiento de la salud en paciente pluripatológico a consecuencia de Enolismo Grave*

Vanesa Ocaña Díaz y Lorena Marchal Sansaloni .....43

**CAPÍTULO 6**

*Manejo y seguimiento de las cardiopatías congénitas durante la gestación*

Patricia Boza Novo, Tania María Luque Patino, y María Ángeles Ruiz Alfonso.....49

**CAPÍTULO 7**

*Tratamiento farmacológico y no farmacológico durante el climaterio: Actualización para Matronas*

Ana López Aguilera, Carmen Alé Palacios, y Paloma Méndez León.....57

**CAPÍTULO 8**

*Motivaciones que inciden en el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de una secundaria pública de Ciudad Victoria, Tamaulipas*

Sanjuana de Jesús Ramos Luna, Sandra Angélica Ramírez Hernández, Rosa Elvia Montoya García, Ma. Elena Torres Rubio, Laura Roxana de los Reyes Nieto, Flor Esthela Carbajal Mata, Laura Virginia Loredó Larraga, Mireya Velázquez Hernández, Artemisa Sánchez Leo, y Felipe Salazar Trujillo ..... 65

*CAPÍTULO 9*

*Papel de la enfermería en el Síndrome Alicia en el País de las Maravillas*

María Jesús Cosano Ramírez..... 71

*CAPÍTULO 10*

*Intervención Logopédica en TEA con musicoterapia*

Encarnación Milla Guerrero ..... 77

*CAPÍTULO 11*

*Valoración y diagnósticos de enfermería en el delirium tremens*

Laura Ortiz Vázquez, Cristina Serrano García, y Beatriz De Diego Jaime ..... 85

*CAPÍTULO 12*

*Programa de prevención comunitaria en apuestas deportivas online en deportistas adolescentes federados*

Irene De La Torre Rubio y María Moya Sola..... 91

*CAPÍTULO 13*

*Características de la población mayor de Salamanca perteneciente a un Programa de Prevención de Caídas desde Terapia Ocupacional: Estudio descriptivo*

Susana Sáez Gutiérrez, Eduardo José Fernández Rodríguez, Fausto José Barbero Iglesias, Celia Sánchez Gómez, Alberto García Martín, e Irene Escosura Alegre ..... 99

*CAPÍTULO 14*

*Estimulación basal en personas con deterioro cognitivo asociado a la edad desde Terapia Ocupacional y Fisioterapia*

Clara Isabel Manzano Montaña, Gloria Álvarez Maldonado, y Gemma María López Segura..... 109

*CAPÍTULO 15*

*Proyecto de intervención desde terapia ocupacional en oncología infantil*

Virginia Jurado Ruiz, Laura Cerón Lorente, María de las Nieves Romero Muñoz, y Luna Begines Fernández..... 119

*CAPÍTULO 16*

*Valoración y cuidados de enfermería en la esquizofrenia*

Beatriz de Diego Jaime, Laura Ortiz Vázquez, y Cristina Serrano García ..... 125

**CAPÍTULO 17**

*Importancia y prevalencia de la Resistencia Antimicrobiana en Infecciones del Tracto Urinario*

María Paz Cascales Porto, María Antonia Hernández Arranz, Laura Rojas Pérez, María José Sánchez Sánchez, Antonio Mon Morales, María de los Ángeles Blasco Rocamora, Dolores María Martínez Buendía, y Víctor Gallego Herrera ..... 131

**CAPÍTULO 18**

*Fisioterapia en Unidad de Cuidados Intensivos: Movilización precoz*

Milagros Cabrera Bravo, María Carmen Vivas Martín, y David González Bohórquez ..... 137

**CAPÍTULO 19**

*Ancianos, medicación y riesgos asociados: Datos del Sistema Español de Farmacovigilancia (SEFV-H)*

María Sáinz Gil, Zoraida Verde Rello, Ana María Fernández Araque, Verónica Velasco González, y Claudia Ollauri Ibáñez ..... 143

**CAPÍTULO 20**

*Estudio de la relación entre la incidencia del riesgo de caídas y las características sociodemográficas de adultos mayores*

Irene Escosura Alegre, Eduardo José Fernández Rodríguez, Celia Sánchez Gómez, Alberto García Martín, y Susana Sáez Gutiérrez ..... 153

**CAPÍTULO 21**

*La hemodiafiltración veno-venosa continua en pacientes críticos*

Sheila Pulgarín Vilches, Álvaro Rojano Gálvez, Verónica Carmona Moreno, María José García Soler, Dolores Jiménez Prieto, Elena Córdoba Salamanca, Carmen María Jiménez Prieto, Francisco Javier Sánchez Jiménez, María Dolores Hoyos Lara, y José Antonio Carrillo Berrueto ..... 163

**CAPÍTULO 22**

*Intervenciones nutricionales y de estilo de vida saludable en el manejo del peso del paciente con Obesidad en Atención Primaria*

Laura María Árbol Guerrero, Antonio Jesús Mora Talavera, y Yolanda Fernández Morodo ..... 169

**CAPÍTULO 23**

*Actuación de Enfermería en la realización de una endoscopia en un paciente: Revisión sistemática*

Encarnación Belén Parra López, Almudena Simón Portillo, y Josefa Navarro Valero ..... 175

**CAPÍTULO 24**

*Relación del estado funcional, calidad de vida autopercebida y otros parámetros, con el riesgo clínico de personas mayores*

Verónica Velasco González, Andrea Giaquinta Aranda, María Sainz Gil, Zoraida Verde Rello, Claudia Ollauri Ibáñez, y Ana María Fernández Araque ..... 181

**CAPÍTULO 25**

*Prevención y cuidados de úlceras por presión en pacientes adultos hospitalizados: Revisión sistemática*

Encarnación Belén Parra López, Josefa Navarro Valero, y Almudena Simón Portillo ..... 187

**CAPÍTULO 26**

*Consulta de Enfermería para pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada*

Antonia Rocío Martínez Viejo, María Blanco Rovira, y María Alfonso Castro ..... 191

**CAPÍTULO 27**

*Calidad de vida y afrontamiento de la enfermedad en pacientes en tratamientos con diálisis*

María Vega Zajara, Raquel Vallejo Ortiz de Villate, y José Miguel Téllez Rey ..... 197

**CAPÍTULO 28**

*La salud sexual en los adolescentes y los embarazos no deseados*

María Vega Zajara, José Miguel Téllez Rey, y Raquel Vallejo Ortiz de Villate ..... 203

**CAPÍTULO 29**

*Relación entre el apego inseguro y conductas autolesivas en adolescentes*

María Gioia Insinga, Sebastián Latorre Rodríguez, y María Jesús Cope Valero ..... 209

**CAPÍTULO 30**

*Maternal and perinatal outcomes in hypertensive disorders of pregnancy*

María Inmaculada Sánchez-López and Pilar Llabata Carabal ..... 215

**CAPÍTULO 31**

*Implicación de la senescencia vascular en las principales causas de muerte de los países de altos ingresos*

Claudia Ollauri Ibáñez, Verónica Velasco González, María Sainz Gil, Ana María Fernández Araque, y Zoraida Verde Rello ..... 225

**CAPÍTULO 32**

*Consideraciones sobre la infección por el Virus del Papiloma Humano y el cáncer de cérvix en la enfermedad inflamatoria intestinal*

José Requena de Torre .....235

**CAPÍTULO 33**

*Intervención de la Enfermera especialista en Salud Mental en centros escolares para la Prevención Psicopatológica en la primera infancia*

Paloma Ortega Jiménez, María López Maldonado, y María del Carmen Ruiz González .....241

**CAPÍTULO 34**

*Atención de enfermería al paciente con traumatismo craneoencefálico*

María Alfonso Castro, María Blanco Rovira, y Antonia Rocío Martínez Viejo .....249

**CAPÍTULO 35**

*Prevención del inmovilismo en el adulto mayor desde terapia ocupacional y fisioterapia*

Gloria Álvarez Maldonado, Gemma María López Segura, y Clara Isabel Manzano Montaña .....255

**CAPÍTULO 36**

*Cuidados de enfermería al bebé con ictiosis*

Raquel Vallejo Ortiz De Villate, María Vega Zajara, y José Miguel Téllez Rey .....261

**CAPÍTULO 37**

*Programa de Salud: Anticoncepción en la adolescencia*

Yolanda Fernández Morodo, Laura María Árbol Guerrero, y Antonio Jesús Mora Talavera .....269

**CAPÍTULO 38**

*Programa de abordaje psicológico grupal en el proceso adolescente*

Manuel Ángel Álvarez Mijes y Vera Carbonell Aranda .....275

**CAPÍTULO 39**

*La obesidad en la infancia: Planificación de un programa de educación para la salud sobre actividad física*

Antonio Jesús Mora Talavera, Yolanda Fernández Morodo, y Laura María Árbol Guerrero .....283

*CAPÍTULO 40*

*Planificación de un programa de salud para pacientes con Enfermedad Renal Crónica*

Antonio Jesús Mora Talavera, Yolanda Fernández Morodo, y Laura María Árbol Guerrero..... 291

*CAPÍTULO 41*

*Relación entre el burnout y el tecnoestrés en una muestra de docentes*

Marina del Rocío Ramírez Zhindón ..... 299

*CAPÍTULO 42*

*Diferencias en la adecuación social de estudiantes de 1º curso de la ESO según el género*

Víctor Rubio Tornel e Inmaculada Méndez Mateo ..... 307

*CAPÍTULO 43*

*Evaluación de la participación en roles presentes y su predicción futura tras un episodio ictus*

Laura Sánchez Bermejo, Francisco Javier Soto Rodríguez, Dogukan Baran Gungormus, Pedro Jesús Milla Ortega, y José Manuel Pérez Mármol ..... 313

*CAPÍTULO 44*

*Las barreras percibidas por las mujeres mayores ante la denuncia de violencia de género*

Carmen Orte Socias, Lidia Sánchez-Prieto, María Olga Gomila Stuhr Wulff, y Assia El Hindaz Navarro ..... 321

*CAPÍTULO 45*

*Accesos vasculares: Tipos y complicaciones más frecuentes*

José Miguel Téllez Rey, María Vega Zájara, y Raquel Vallejo Ortiz de Villate ..... 331

*CAPÍTULO 46*

*Actuación enfermera en la diabetes gestacional*

José Miguel Téllez Rey, María Vega Zajara, y Raquel Vallejo Ortiz de Villate ..... 337

## CAPÍTULO 24

### Relación del estado funcional, calidad de vida autopercibida y otros parámetros, con el riesgo clínico de personas mayores

Verónica Velasco González\*, Andrea Giaquinta Aranda\*\*, María Sainz Gil\*, Zoraida Verde Rello\*, Claudia Ollauri Ibáñez\*, y Ana María Fernández Araque\*  
*\*Universidad De Valladolid; \*\*Centro de Salud Almazán*

#### Introducción

La proporción de personas mayores de 80 años está aumentando drásticamente en todo el mundo. Se prevé que se triplique, llegando a unos 426 millones en el año 2050 (Naciones Unidas, 2020). Uno de los objetivos de las políticas de salud pública es la promoción de la salud, prevención y disminución del deterioro funcional de las personas mayores (Possenti et al., 2021). Para ello, los sistemas sanitarios estratifican a la población de estas edades en grupos de riesgo, en función de diferentes indicadores, como la comorbilidad.

Uno de los sistemas internacionales más utilizados es el sistema Clinical Risks Groups desarrollado por el 3M Health Information System (3M Health Information System, 2004; Monterde, Vela, Clèries, García, y Pérez, 2019). Éste, clasifica a los pacientes en 9 grupos por riesgo de morbilidad, según la gravedad, morbilidad y cronicidad de las enfermedades que presentan.

En el Sistema Sanitario de Castilla y León en el marco de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, esta clasificación se ha categorizado en cuatro niveles o Grupos de Riesgo Clínico, a través del análisis de la morbilidad tomando como base la severidad de la gravedad de la patología presente, la comorbilidad, el uso de los servicios sanitarios y la complejidad que pondera el consumo de recursos (Figura 2). Para facilitar su puesta en marcha, se han priorizado los procesos crónicos de mayor prevalencia e impacto en los ciudadanos y en el sistema sanitario, seleccionado en una primera fase los siguientes: Enfermedades del área cardiológica: insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica y arritmias; Ictus; Enfermedades neurodegenerativas y demencia; Diabetes; Enfermedades respiratorias: EPOC y asma; Enfermedades del área digestiva: enfermedad inflamatoria crónica y hepatopatías crónicas; Enfermedades osteomusculares: artrosis, osteoporosis y artritis; Enfermedades mentales: trastornos psicóticos, depresión mayor crónica y Enfermedad renal crónica (Junta de Castilla y León, 2013).

En la Tabla 1, se pueden observar las diferencias entre las dos clasificaciones en 9 categorías para los Clinical Risks Groups del 3M Health Information System y en 4 para los Grupos de Riesgo Clínico del Sacyl.

*Tabla 1. Comparación de los Grupos Clínicos de Riesgo 3M Health Information System y del SACYL*

Grupos riesgo clínico-3M HEALTH INFORMATION SYSTEM	Grupos riesgo clínico-SACYL
G9-Enfermedades catastróficas	G3-Pacientes pluripatológicos graves con alta necesidad de atención sanitaria y frecuentemente con necesidades sociales
G8-Enfermedad neoplásica metastásica	G2-Pacientes crónicos/pluripatológicos con patología avanzada y estable con necesidad de apoyo específico de atención sanitaria especializada
G7-Tres enfermedades crónicas dominantes	G1-Pacientes con patología estable o en fase inicial con baja necesidad de asistencia sanitaria
G6-Dos enfermedades crónicas dominantes	G0-Personas sanas o con procesos agudos no significativos
G5-Enfermedad crónica dominante única	
G4-Enfermedades crónicas menores en diferentes órganos	
G3-Enfermedad crónica menor, única	
G2-Enfermedad aguda significativa	
G1-Pacientes sanos	

En octogenarios, una de las herramientas más utilizadas para medir la calidad de vida de los pacientes, es el EuroQol-5D con auto-salud percibida (EQ-VAS) (Johnson y Pickard, 2000; La Grow et al., 2013; Lavalley et al., 2016; Luo, Johnson, Shaw, Feeny, y Coons, 2005; Ríos et al., 2015).

Por otro lado, para medir la funcionalidad, los profesionales de enfermería miden la capacidad de la persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria con el Índice de Barthel (Mayoral, Ibarz, Gracia, Mateo, y Herrera, 2019).

### *Objetivo*

Debido a que la clasificación por grupos de riesgo es una herramienta que permite detectar la necesidad de cuidados y asistencia de los pacientes en base a su estado de salud, se propone el siguiente trabajo de investigación, planteándose como objetivo principal analizar la relación del estado funcional (Índice Barthel), calidad de vida autopercibida (EuroQol-5D-VAS) y otros parámetros, con el riesgo clínico de los pacientes.

### **Método**

Se llevó a cabo un estudio observacional transversal descriptivo de pacientes con  $\geq 65$  años que acudieron a su centro de Atención Primaria SACyL-Soria de forma rutinaria, clasificándose en  $< 80$  años y  $\geq 80$  años. Se obtuvieron las autorizaciones ético-legales pertinentes.

### *Participantes*

La muestra se compuso por pacientes que acudieron a su centro de Atención Primaria de forma rutinaria de la ciudad de Soria, que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: i)  $\geq 65$  años, ii) Asignado Grupos de Riesgo Clínico, iii) Índice de Barthel actualizado en los últimos 6 meses, iv) Registro medicación prescrita y que no cumpliera ninguno de los criterios de exclusión: i) Diagnóstico de cualquier tipo de demencia, ii) Discapacidad visual o auditiva e incapacidad para comunicarse, iii) Pacientes en fase terminal. Los participantes se dividieron en dos grupos de edad:  $< 80$  años y  $\geq 80$  años.

### *Instrumentos*

EuroQol-5D EQ-VAS (Emrani, Akbari, Zeraati, Olyaeemanesh, y Daroudi, 2020; Lavallee et al., 2016). Cuestionario que mide el índice de salud autoadministrado a través de cinco dimensiones, cada una puntuada de 1 (no tener problemas) a 3 (tener muchos problemas): movilidad, autocuidado, actividades de la vida diaria, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Mediante el cálculo validado, se transforma en un número total que va de 0 a 1. La segunda parte es la Escala Visual Analógica (EQ-VAS), que permite a las personas proporcionar una visión más genérica de su salud general. Aunque la escala numérica de ambas partes del cuestionario es diferente, ambas partes tienen en común que los valores cercanos a 0 representan el peor estado de salud y los valores cercanos a 100, respectivamente, representan el mejor estado de salud (Herdman, Badia, y Berra, 2001).

Índice de Barthel (Mayoral et al., 2019). Para evaluar el estado de salud funcional básico de la población, se recogieron datos de sus historias clínicas correspondientes al Índice de Barthel. La suma de las puntuaciones más altas es 100, que sería la independencia total. La dependencia es leve entre 91 y 99 puntos, moderada entre 61 y 90, grave entre 21 y 60 y totalmente dependiente si es inferior a 20.

Grupos de Riesgo Clínico (Junta de Castilla y León, 2013). Herramienta para clasificar a la población en cuatro niveles según el análisis de su morbilidad (G0, G1, G2, G3).

### *Procedimiento*

Durante los meses de septiembre de 2020 a enero de 2021, y tras el consentimiento informado de los pacientes, se distribuyó el cuestionario EuroQol-5D EQ-VAS y se revisaron los siguientes datos en las historias clínicas (edad, sexo, Índice de Barthel, fármacos prescritos, estratificación en Grupos de Riesgo Clínico según la morbilidad [Grupos de Riesgo Clínico: G0, G1, G2 y G3] que actualmente utiliza SACyL).

El estudio está autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente y cumple con la Ley Orgánica 03/2018, Protección de Datos de Carácter Personal

### *Análisis de datos*

Se realizaron estadísticas descriptivas mediante medias y desviación estándar (DE) para las variables continuas y frecuencias y porcentajes para las variables nominales y categóricas. Tras comprobar la normalidad de la muestra, se realizaron pruebas paramétricas para las comparaciones (ANOVA, *prueba t de Student* y *Chi-cuadrado*, según procediera). La significación estadística se fijó en  $p < 0,05$ . Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 2127.0.

### **Resultados**

Se incluyeron 384 sujetos de los 395 candidatos debido a la pérdida de 11 por no cumplir su historia clínica con los datos indicados en los criterios de inclusión.

Como se puede apreciar en la tabla 2, el 59,3% de la muestra total fueron mujeres y la edad media fue de 78,93 años ( $\pm 7,91$ ). El consumo medio de fármacos fue de 4,94 ( $\pm 3,59$ ), el Índice de Barthel de 82,40 ( $\pm 16,59$ ), EQ-5D de 0,76 ( $\pm 0,19$ ) y el EQ-VAS 69,17 ( $\pm 16,71$ ). La distribución en los Grupos de Riesgo Clínico fue de 28,83% para el G0, 40,58% para el G1, 18,59% G2 y 12,30% para el de mayor riesgo G3.

*Tabla 2. Variables demográficas y clínicas (n=384)*

Media (DS)	TOTAL (n=384)	<80 años (n=185)	$\geq 80$ años (n=199)	p valor
SEXO: n (%)				
Hombre	177 (46,1)	83 (44,9)	94 (47,2)	
Mujer	207 (53,9)	102 (55,1)	105 (52,8)	
Edad	78,93 (7,91)	71,89 (4,29)	85,47 (3,82)	<0,001
Fármacos	4,94 (3,59)	4,17 (3,36)	5,66 (3,66)	<0,001
>5: n (%)		80 (44,4)	128 (66,7)	
Índice Barthel	82,40 (16,59)	86,44 (13,03)	78,64 (18,58)	<0,001
EQ-5D	0,76 (0,19)	0,82 (0,16)	0,71 (0,21)	<0,001
EQ-VAS	69,17 (16,71)	71,99 (16,39)	66,56 (16,62)	0,001
Grupos de Riesgo Clínico: n (%)				
G0	109 (28,53)	62 (33,5)	47 (23,6)	
G1	155 (40,58)	81 (44,3)	74 (37,2)	
G2	71 (18,59)	29 (15,8)	42 (21,1)	
G3	47 (12,30)	11 (6)	36 (18,1)	

El grupo <80 años estuvo compuesto por 185 sujetos, las 55,1 mujeres. La edad media de 71,89 ( $\pm 4,29$ ), con un consumo medio de 4,17 ( $\pm 3,36$ ) fármacos y un 44,4% de pacientes polimedicados (consumo de más de 5 fármacos). En relación con los cuestionarios clínicos, la puntuación media del Índice de Barthel fue de 86,44 ( $\pm 13,03$ ), 0,82 ( $\pm 0,16$ ) para el EQ-5D y 71,99 ( $\pm 16,39$ ) en el EQ-VAS. En cuanto a la distribución por Grupos de Riesgo Clínico el 33,5% pertenecía al grupo de menos riesgo G0, el 44,3% al G1, un 15,8% al G2 y únicamente el 6% al G3.

El grupo  $\geq 80$  años, con 199 participantes, también estuvo compuesto mayoritariamente por mujeres en un 52,8%. La edad media fue de 85,47 años ( $\pm 3,82$ ), un consumo medio de 5,66 ( $\pm 3,66$ ) fármacos y un 66,7% de pacientes polimedicados. La puntuación media del Índice de Barthel fue de 78,64 ( $\pm 18,58$ ), 0,71 ( $\pm 0,21$ ) para el EQ-5D y 66,56 ( $\pm 16,62$ ) en el EQ-VAS. En cuanto a la distribución por Grupos de Riesgo Clínico el 23,6% pertenecía al G0, el 37,2% al G1, un 21,1% al G2 y el 18,1% al G3.

Comparando ambos grupos de edad, se obtuvieron diferencias significativas para la edad, el número medio de fármacos consumidos y el porcentaje de polimedicación, siendo mayores para el grupo  $\geq 80$  años. En cuanto a los cuestionarios clínicos, para los tres, la puntuación fue estadísticamente significativamente menor para los  $\geq 80$  años, teniendo por tanto este grupo un estado funcional básico peor

y una mejor autopercpción de su calidad de vida. En ambos la mayor parte de la población se encontraba en el G1, seguida de G0, G2 y la menor frecuencia para el G3 (Tabla 3).

Tabla 3. Variables demográficas y clínicas por Grupos de Riesgo Clínico en <80 años (n=185)

Media (DS)	G0 n=62	G1 n=81	G2 n=29	G3 n=11	Total n=185	P valor
Edad	71,87(4,12)	71,09(4,34)	73,21(4,12)	75,36(2,84)	71,95(4,28)	0,004
Fármacos	2,02(2,35)	4,33(2,50)	6,54(2,94)	9,27(4,78)	4,20(3,35)	<0,001
Índice Barthel	94,51(7,56)	86,95(11,86)	78,44(8,46)	60,00(8,66)	86,54(13,07)	<0,001
EQ-5D	0,84(0,16)	0,83(0,15)	0,79(0,17)	0,74(0,22)	0,82(0,16)	0,160
EQ-VAS	74,90(15,72)	73,21(15,46)	68,07(12,97)	57,27(26,21)	72,01(16,44)	0,004

Al comparar a la muestra por Grupos de Riesgo Clínico según los grupos de edad, en los <80 años, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos que indicaron que según aumenta la pertenencia a los grupos con mayor riesgo: la edad es superior, aumenta el número medio de fármacos consumidos, y la puntuación de los cuestionarios disminuye. En cambio, para los ≥80 años, sólo se encontró relación con el Índice de Barthel y el número de fármacos para los grupos G0-G3 (p=0,039) y G1-G3 (p=0,024) aunque no para todos los grupos en general (Tabla 4).

Tabla 4. Variables demográficas y clínicas por Grupos de Riesgo Clínico en ≥80 años (n=199)

	G0 n=47	G1 n=74	G2 n=42	G3 n=36	Total n=199	P valor
Edad	84,94(3,54)	85,80(4,40)	85,19(3,65)	85,83(3,04)	85,47(3,82)	0,574
Fármacos	4,95(3,43)	5,05(3,29)	6,20(3,58)	7,20(4,32)	5,66(3,66)	0,013
Índice Barthel	95,31(8,04)	84,86(8,02)	71,07(12,42)	52,91(18,68)	78,64(18,58)	<0,001
EQ-5D	0,70(0,21)	0,71(0,21)	0,72(0,21)	0,71(0,24)	0,71(0,21)	0,954
EQ-VAS	65,96(16,24)	67,02(15,68)	65,95(16,94)	67,08(19,14)	66,55(16,62)	0,976

### Discusión/Conclusiones

Debido a que la esperanza de vida se encuentra en aumento (Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020), unido al desarrollo de nuevas tecnologías médicas, supone un envejecimiento progresivo de la población y por consiguiente la creciente prevalencia de enfermedades crónicas (Lima et al., 2020). Los sistemas de clasificación responden a una necesidad estructural, distribución de recursos y procesos de atención que deben prepararse teniendo en cuenta la comorbilidad y la esperanza de vida de la población (Mahoney, 1965).

De acuerdo con los resultados encontrados, a las personas mayores se les prescribe un número cada vez mayor de drogas, tratamientos complejos que se asocian con resultados de salud negativos y por consiguiente un empeoramiento en la calidad de vida (Romskaug et al., 2020).

En respuesta al objetivo de este estudio, se evidencia que existe una relación directa entre el Índice de Barthel y la asignación a cada uno de los Grupos de Riesgo Clínico (G0, G1, G2 y G3) que establece el sistema informático SACyL (Junta de Castilla y León, 2013).

Los usuarios asignados al G3 obtuvieron una peor puntuación en el Índice de Barthel, observándose una relación entre la valoración realizada por los profesionales en los usuarios y el grupo de riesgo asignado por el sistema informático. Es importante considerar los resultados de los parámetros medidos por enfermería, a la hora de asignar a un adulto mayor a un grupo de riesgo clínico u otro, y no solo al G3, ya que nos permitiría afinar una asignación correcta y una optimización de recursos previsibles que la población de esta edad pueda generar.

Entre las limitaciones del estudio, cabe destacar la ausencia de datos en algunas historias clínicas que redujo la muestra, aunque ésta ha sido representativa de la población de estudio en el área de salud.

Los profesionales de enfermería disponen de varias herramientas en el día a día para elaborar guías, planes e incluso protocolos de cuidados enfermeros que mejoran la calidad asistencial de los pacientes y previenen complicaciones. Para promover un envejecimiento exitoso y maximizar los resultados de salud,

se podría integrar la autopercepción de los adultos mayores sobre su estado de salud al asignarlos a estos grupos de riesgo (Tkatch et al., 2017).

Como implicación en la práctica clínica de los resultados obtenidos, la identificación de grupos de riesgo es una estrategia importante para sentar las bases de la evaluación de la necesidad de cuidados y asistencia de los pacientes, donde la investigación futura debe centrarse en cómo perciben los pacientes su salud y su relación con el riesgo clínico atribuible.

Por todo ello, se puede concluir que, para una mayor objetividad en la asignación de los Grupos de Riesgo Clínico, deberían de tenerse en cuenta el Índice de Barthel y la calidad de vida autopercebida, además de la comorbilidad.

## Referencias

3M Health Information System (2004). *3MTM Clinical Risk Grouping Software. Definitions Manual*. Software version 1.2B.

Emrani, Z., Akbari, A., Zeraati, H., Olyaeemanesh, A., y Daroudi, R. (2020). Health-related quality of life measured using the EQ-5D-5 L: population norms for the capital of Iran. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 1-8.

Herdman, M., Badia, X., y Berra, S. (2001). EuroQol-5D: a simple alternative for measuring health-related quality of life in primary care. *Atención Primaria*, 28(6), 425-430.

Johnson, J. A., y Pickard, A. S. (2000). Comparison of the EQ-5D and SF-12 health surveys in a general population survey in Alberta, Canada. *Medical Care*, 38(1), 115-121.

Junta de Castilla y León (2013). *Estrategia de Atención al paciente crónico en Castilla y León*. Consejería de Sanidad, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Edición Resumida.

La Grow, S., Yeung, P., Towers, A., Alpess, F., y Stephens, C. (2013). The impact of mobility on quality of life among older persons. *Journal of Aging and Health*, 25(5), 723-736.

Lavallee, D. C., Chenok, K. E., Love, R. M., Petersen, C., Holve, E., Segal, C. D., y Franklin, P. D. (2016). Incorporating patient-reported outcomes into health care to engage patients and enhance care. *Health Affairs*, 35(4), 575-582.

Lima, S., Teixeira, L., Esteves, R., Ribeiro, F., Pereira, F., Teixeira, A., y Magalhães, C. (2020). Spirituality and quality of life in older adults: a path analysis model. *BMC Geriatrics*, 20(1), 259-259.

Luo, N., Johnson, J. A., Shaw, J. W., Feeny, D., y Coons, S. J. (2005). Self-reported health status of the general adult US population as assessed by the EQ-5D and Health Utilities Index. *Medical Care*, 1078-1086.

Mahoney, F. I. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14(2), 61-65.

Mayoral, A.P., Ibarz, E., Gracia, L., Mateo, J., y Herrera, A. (2019). The use of Barthel index for the assessment of the functional recovery after osteoporotic hip fracture: One year follow-up. *PLoS One*, 14(2), e0212000.

Monterde, E., Vela, M., Clèries, E., García, S., y Pérez, P. (2019). Validity of adjusted morbidity groups with respect to clinical risk groups in the field of primary care. *Atención Primaria*, 51, 125-194.

Naciones Unidas (2020). *World Population Ageing 2019*. Department of Economic and Social Affairs [online]. Recuperado de <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Estadísticas sanitarias mundiales 2020 Monitoreando la Salud para los Objetivos de Desarrollo Sostenible* [online]. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%22>

Possenti, V., Minardi, V., Contoli, B., Gallo, R., Lana, S., Bertozzi, N., ... y Masocco, M. (2021). The two behavioural risk factor surveillances on the adult and elderly populations as information systems for leveraging data on health-related sustainable development goals in Italy. *International Journal of Medical Informatics*, 152, 104443-104443.

Ríos, D., Calderó, M., Pena, M., Sánchez, V., Real, J., Llove, R., y Pacual, G. (2015). Relación entre la calidad de vida de los pacientes, mediante el cuestionario EuroQol-5D, y la clasificación de morbilidad Clinical Risk Groups. *Medicina General y de Familia*, 4(2), 47-52.

Romskaug, R., Skovlund, E., Straand, J., Molden, E., Kersten, H., Pitkala, K. H., ... Wyller, T. B. (2020). Effect of clinical geriatric assessments and collaborative medication reviews by geriatrician and family physician for improving

health-related quality of life in home-dwelling older patients receiving polypharmacy: a cluster randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 180(2), 181-189.

Tkatch, R., Musich, S., MacLeod, S., Kraemer, S., Hawkins, K., Wicker, E. R., y Armstrong, D. G. (2017). A qualitative study to examine older adults' perceptions of health: keys to aging successfully. *Geriatric Nursing*, 38(6), 485-490.