

”ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA “CASA DE SALUD VALDECILLA”

INTERVENCION ENFERMERA DE LA POBLACIÓN MAYOR FRÁGIL EN EL MEDIO RURAL

**NURSING INTERVENTION OF THE GREATER FRAGILE POPULATION IN THE
RURAL ENVIRONMENT**



AUTORA: Josefa Cobo Saínz.

DIRECTORA: Cristina Castanedo Pfeiffer.

ÍNDICE

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	3
2. INTRODUCCIÓN	5
3. CAPITULO 1: CONCEPTO Y DEFINICIONES DE FRAGILIDAD	8
1.1 CONCEPTO DE FRAGILIDAD	8
1.2 DEFINICIONES DE FRAGILIDAD	8
4. CAPÍTULO 2: DETECCIÓN DEL MAYOR FRÁGIL	10
2.1 DETECCIÓN DEL MAYOR FRÁGIL	10
2.2 ESCALAS DE VALORACIÓN DE RIESGO.....	11
5. CAPÍTULO 3: INTERVENCIÓN EN EL MAYOR FRAGIL DEL MEDIO RURAL	16
3.1 ACTIVIDADES PREVENTIVAS	16
3.2 VALORACIÓN ENFERMERA	17
• Valoración geriátrica integral	17
• Diagnósticos enfermeros.....	18
• Problemas de colaboración y complicaciones potenciales	19
3.3 OTROS RECURSOS.....	22
6. REFLEXIONES	23
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
8. ANEXOS	28

RESUMEN

La fragilidad se considera un estado clínico de un individuo donde la vulnerabilidad va en aumento, llegando a desarrollar la dependencia del paciente añoso e incluso acelerar la muerte. La evolución hacia la discapacidad puede ser retrasada si se identifica precozmente con una valoración funcional integral adecuada, al igual que no hay que olvidar la promoción de intervenciones multidisciplinares preventivas contra la discapacidad para así poder hacerle frente a la fragilidad.

La fragilidad nos lleva a un aumento de las necesidades de atención a las personas mayores a largo plazo, también se la relaciona con un incremento de los costes que repercuten en el gasto sanitario. Por lo tanto, prevenir la fragilidad se ha convertido en un objetivo prioritario a nivel mundial, para intentar reducir los niveles de dependencia, las institucionalizaciones, los cuidados a largo plazo y los gastos socio-sanitarios que se derivan de este proceso de fragilidad.

La fragilidad ha despertado el interés de los profesionales sanitarios y recientemente ha sido incluida en los programas y protocolos comunitarios llevados a cabo en España. En un primer momento estos proyectos se fueron introduciendo en el ámbito urbano, posteriormente, se han ido iniciando en el medio rural donde los recursos son más limitados.

Sería importante que la enfermera de la comunidad incida en la prevención y detección de los ancianos frágiles del medio, realizando una valoración geriátrica integral completa, aplicando todas las medidas de detección (escalas de valoración de riesgo) y estando en permanente contacto con el equipo interdisciplinar que vaya a tratar al paciente; Para poder llevar a cabo las intervenciones adecuadas y conseguir que el anciano pueda mantenerse durante más tiempo en el medio, evitando así un ingreso hospitalario.

PALABRAS CLAVE

Fragilidad, Anciano, Atención Primaria, Valoración Integral.

ABSTRACT

Frailty is considered as a clinical state of an individual where vulnerability increases, coming to develop the dependence of an elder patient and even to accelerate his death. The evolution towards disability can be treated by prematurely identifying it with an appropriate functional assessment, apart from the promotion of preventive multidisciplinary interventions against disability that can also face frailty.

Frailty demands an increase of the attention provided to elderly people in a long-term care setting. It is also related to a rise of costs that affect health care costs. Therefore, preventing frailty has become a priority aim worldwide in order to reduce dependence levels, institutionalizations, long-term care settings and socio-medical costs that come from this frailty process.

Frailty has thus awaked health care professional's interest and recently it has been included in community researches in Spain. At the beginning, these studies focused specially in urban settings, but later they have also focused in rural settings where resources are more limited.

In order to perform the appropriate interventions and to avoid a hospitalisation of the elder patient, community nurse should contribute to prevent and detect weak elderly individuals by doing an integral geriatric assessment with all the detection measures (risk value scales) and by working arm in arm with the interdisciplinary team that treats the patient.

KEY WORDS

Frailty, Elderly, Primary Care, Integral Assessment.

2. INTRODUCCIÓN

En los últimos años Occidente ha incrementado la esperanza de vida, al igual que ha descendido la tasa de natalidad, dando lugar a una población envejecida. La evolución de nuestro país contribuye al desarrollo de una sociedad más longeva limitada por los recursos económicos, imponiéndose así grandes cambios políticos y en consecuencia sociales. También se necesitará un mayor fondo económico para poder sostener a dicha población, viéndose afectados así los servicios sanitarios, sociales y por consiguiente la economía del Estado.

El ganar años de vida no es un seguro de vivirlos con calidad y bienestar. El objetivo a medida que se va envejeciendo es lograr y mantener la independencia al igual que la autonomía, no solo poniendo la mirada en un cambio de la pirámide poblacional; Además se deben de tener en cuenta todos aquellos factores que están sujetos a la intervención del propio ser vivo como son los factores modificables.

Son varios los cambios sociodemográficos que se están sucediendo a nivel mundial, como así lo refleja el último estudio que ha llevado a cabo el Instituto Nacional de Estadística (INE), el cual fue actualizado el pasado 24 de diciembre del año 2012, donde se estima que en el año 2052 el 37% de la población del Estado habrá superado los 64 años. (1)

España sigue su proceso de envejecimiento. Según los datos del Padrón Continuo (INE) a 1 de enero de 2016 hay 8.573.985 personas mayores (65 y más años), el 18,4% sobre el total de la población (46.624.382). El sexo predominante en la vejez es el femenino. Hay un 33% más de mujeres (4.897.713) que de hombres (3.676.272). (1,2)

En Cantabria hay 580.140 habitantes según los datos del Padrón Municipal de habitantes (ICANE) a 1 de Enero de 2017, de los cuales el 20.67% son mayores de 65 y más años, representando así 120.323 habitantes. (3)

A modo de ejemplo, si nos centramos en un entorno rural como puede ser el área de Salud I: Santander en la zona del Pisueña-Selaya, nos encontramos un Centro de Salud que atiende habitantes de diferentes edades y ayuntamientos como son Selaya, Villacarriedo, Saro y Villafufre. De los cuales se ha buscado la población mayor de 65 años y más, sumando un total de 1319 habitantes. (3)

Las políticas anteriores y actuales han tomado una serie de medidas que afectan a la economía de los más mayores, dejándoles con unos ingresos bajos si se comparan con los precios del mercado, muchos de estas personas mayores viven en situación de pobreza, donde su alimentación es escasa y deficitaria. Esto nos lleva a una disminución en la calidad de vida de las personas mayores, convirtiéndole en un mayor enfermo, distándose mucho del mayor activo y saludable.

Con el acrecentamiento de la población envejecida se plantean serios problemas que acompañan el paso del tiempo en las personas, como es el aumento de una situación de comorbilidad y cronicidad. En nuestro entorno aumentan continuamente los pacientes con dos o más enfermedades crónicas, los cuales son hospitalizados en algunas ocasiones por diferentes episodios de carácter agudo, lo que supone una pérdida de su autonomía y un incremento en el número de fármacos por persona (Polifarmacia).

También es importante mencionar que se pueden dar situaciones en que la fragilidad, dependencia y cronicidad cohabiten en el mismo paciente. Dándose entonces una situación en la que el paciente necesitará una atención sanitaria multidisciplinar, donde será muy

significativo detectar a tiempo al paciente frágil para evitar que cruce la delgada línea que separa la fragilidad de la discapacidad. (4)

La justificación de mi trabajo ha sido motivada por mi interés en el área de envejecimiento y en el medio rural, lo cual me ha llevado a plantearme que mi Trabajo Fin de Grado se desarrolle teniendo en cuenta el medio rural y la necesidad de mantener durante más tiempo a la población mayor en su medio, donde los servicios son limitados, y no por eso los mayores tienen menos necesidades que en las grandes ciudades, donde los recursos son más numerosos.

La población mayor tiene más probabilidad de enfermar y de usar los recursos sanitarios, escasos en las zonas rurales de Cantabria, que la población joven. Otro de los motivos principales para la elección del tema, ha sido la importancia que ha tomado el concepto de fragilidad en el anciano, el cual ha sido reconocido como un síndrome geriátrico en la persona mayor con una alta prevalencia.

Los objetivos que nos hemos propuesto analizar son:

1. Describir el concepto del síndrome geriátrico de fragilidad del mayor según Linda Fried, en la actualidad las líneas de investigación siguen abiertas, ya que no hay unificación de criterios. Se pretende detectar e intervenir en un mayor frágil para retrasar su dependencia y que pueda permanecer el mayor tiempo posible en su medio.
2. Evaluar con los instrumentos y escalas más adecuadas que se emplean en la detección del riesgo de fragilidad mediante la valoración integral del mayor.
3. Valorar y realizar un procedimiento enfermero con los diferentes recursos materiales y profesionales disponibles en el medio rural y describir los diagnósticos enfermeros a tener en cuenta para la intervención enfermera sobre el síndrome geriátrico de fragilidad en la población mayor frágil del medio rural.

Para la realización de este trabajo hemos organizado la estructura del mismo en tres capítulos: en el primero se desarrollará el concepto y las definiciones de fragilidad, en el segundo la detección y las escalas de riesgo y en el tercero se realizará una intervención enfermera. Finalmente se plantearán las reflexiones, fuentes bibliográficas y los anexos utilizados.

Este trabajo es una monografía acerca de la intervención enfermera de la población mayor frágil en el medio rural, que está basada en una revisión bibliográfica a partir de diferentes bases de datos como Pubmed, Medline, Ibecs, Dialnet. Por otro lado también se realizó una búsqueda en bases de revistas electrónicas como Elsevier. Y para la elaboración de los diagnósticos enfermeros se empleó la página de NNNconsult disponible en la biblioteca de la Universidad.

Para llevar a cabo la valoración enfermera se usa el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, la cual considera que la función de la enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano a realizar aquellas actividades que contribuyen a su salud, su recuperación o bien asistirle en sus últimos momentos.(5,6,7)

Se encontraron 329 artículos relacionados con el tema, de los cuales fueron seleccionados 115 para finalmente utilizar 43. Los documentos excluidos fueron aquellos que no aportaban ninguna información relevante o bien estaban repetidos. Para manejar las diferentes referencias bibliográficas se ha dispuesto del gestor bibliográfico "RefWorks".

Los descriptores empleados como estrategia de búsqueda han sido: "Fragilidad", "Atención Primaria", "Valoración Integral" y "Anciano" en español y para hacer la búsqueda en inglés, se empleó el operador booleano "AND".

3. CAPÍTULO 1: CONCEPTO Y DEFINICIONES DE FRAGILIDAD

1.1 CONCEPTO DE FRAGILIDAD

La fragilidad en el anciano como tal no existe, es un concepto complejo que nace en la década de los 90. En los últimos años está creciendo el interés por intentar definir y aunar criterios para poder prevenir y detectar cuando un anciano es frágil; teniendo así claros los criterios diagnósticos de forma estandarizada.

El término fragilidad siempre ha sido asociado al envejecimiento, y a lo largo de la historia son muchos los conceptos que se han empleado para definirlo como: criterios cognoscitivos/afectivos, médicos, funcionales, socioeconómicos y en último lugar el criterio de institucionalizar a las personas mayores en hogares de larga estancia.

Para intentar llegar a un acuerdo y establecer una definición han sido muchas las discusiones y los estudios que se han llevado a cabo sin éxito, por el momento. Hace pocos años la fragilidad ha sido reconocida como síndrome geriátrico.

Son muchos los autores que han aportado su definición, la mayoría de ellos coinciden que la fragilidad es un estado asociado al envejecimiento que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica del organismo. Este estado se traduce como un aumento de riesgo de incapacidad, una pérdida de resistencia y una mayor vulnerabilidad en el individuo.

Cabe nombrar la definición que hace la Real Academia Española (RAE) sobre el término frágil (del latín fragilis), lo define como “quebradizo que con facilidad se hace pedazos o débil, que puede deteriorarse con facilidad “. Desde el punto teórico no es fácil ver esta descripción, ya que no se dispone de una definición clara, pero si el concepto es trasladado al mayor, es más fácil de comprender dicha definición.

1.2 DEFINICIONES DE FRAGILIDAD

Son varios los autores que han definido el término “fragilidad”, los cuales se nombran a continuación:

En primer lugar hacemos referencia a esta definición por ser la más aceptada y citada en casi todos los artículos relacionados con dicho tema, la cual fue aportada por Fried et al en 2001. Basándose en un estudio de Cohortes definía el síndrome de fragilidad como la presencia de tres o más de los siguientes criterios:(8)

1. Pérdida de peso involuntario de más de 5kg o del 5% del peso corporal en el periodo de un año.
2. Debilidad muscular. Fuerza prensora de menos del 20% del límite de la normalidad.
3. Cansancio o baja resistencia a pequeños esfuerzos.
4. Lentitud de la marcha.
5. Nivel bajo de actividad física.

En el ciclo de la fragilidad descrito por Fried, hay unos elementos centrales que nacen de las manifestaciones clínicas, convirtiéndose así en un ciclo negativo de malnutrición crónica, sarcopenia, disminución de la fuerza y de la tolerancia al ejercicio con una disminución del gasto energético total.

Teniendo en cuenta que cualquier elemento externo o interno como una caída, depresión, enfermedad, reacciones adversas a medicamentos pueden activar el ciclo convirtiéndolo en un círculo vicioso. (8,9)

Hazzard define la fragilidad como un síndrome geriátrico relacionado con el envejecimiento y caracterizado por la disminución de las reservas fisiológicas con aumento de la discapacidad o incapacidad funcional, pérdida de resistencia a la enfermedad e incremento grave de la posibilidad de muerte. (10)

Buchner (1992) se refiere a la fragilidad como el descenso en la reserva fisiológica, llevando asociado el riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y un aumento de la vulnerabilidad. (11)

Brocklehurst defiende la idea de que se trata de un equilibrio precario entre diferentes componentes biomédicos y psicosociales, que condicionan el riesgo de institucionalización o muerte. (12)

Campbell y Buchner la entienden como un sinónimo de inestabilidad con mayor probabilidad o riesgo de cambiar de estatus, cayendo en dependencia o incrementar la pre-existencia. (13)

Brown y otros definen la fragilidad como una disminución de la habilidad para desarrollar actividades prácticas y sociales importantes de la vida diaria. (14)

La Organización Panamericana de Salud (OPS) define como adultos mayores frágiles a los que padecen o están en riesgo de presentar los llamados Gigantes de la Geriátrica o las cinco "I" que son: inmovilidad, inestabilidad, incontinencia, deterioro intelectual e iatrogenia. (15)

A finales de la década de los 90 sería Rockwood quien definiría la fragilidad con una mayor especificidad, para este autor la fragilidad era un término que describía a los individuos mayores de 65 años los cuales dependían de otras personas para satisfacer sus necesidades básicas. También lo utilizaba para referirse a "las personas mayores débiles quienes no podrían sobrevivir sin la asistencia de una tercera persona" con sus respectivas consecuencias sociales. Años más tarde en el 2005 Rockwood hace uso de la definición que da la American Geriatric Society, que lo define como un síndrome fisiológico el cual se caracteriza por una disminución de reservas y resistencia a los agentes estresantes, dando como resultado varios deterioros de los sistemas fisiológicos produciendo finalmente vulnerabilidad.(16,17)

4. CAPÍTULO 2: DETECCIÓN DEL MAYOR FRÁGIL

2.1 DETECCIÓN DEL MAYOR FRÁGIL

Son muchos los factores que influyen en la aparición y desarrollo de la fragilidad como son factores genéticos, inflamatorios y enfermedades crónicas entre otros. Con el desarrollo de estas causas de riesgo se espera tener un mayor conocimiento para así poder identificar de forma rápida los factores de riesgo o predictores de la fragilidad. Contribuyendo en la detección del anciano en riesgo de fragilidad y a su diagnóstico, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial empleando medidas preventivas. Las características más comunes del mayor frágil suelen ser pluripatológicas, polifarmacia, deterioro funcional/ cognitivo, presencia atípica de enfermedad y problemas sociales.

Para la identificación y captación de mayores frágiles hay dos formas más extendidas que se mantienen en la actualidad dentro del medio rural de Atención Primaria (AP) como son: (18)

- Hacer una selección sobre la base de factores de riesgo con una predicción consistente de presentar episodios adversos, o de pérdida o mayor deterioro en la funcionalidad y dependencia, como son: (19,20)
 - Edad avanzada.
 - Hospitalización reciente
 - Historia de caídas, poca actividad física que producirá alteración de la movilidad y del equilibrio
 - Debilidad muscular y poco ejercicio.
 - Comorbilidad, procesos crónicos y pluripatologías, siendo fundamentalmente enfermedades osteoarticulares, sensoriales, cardiovasculares y mentales.
 - Soporte deficiente o condicionante social adverso como son la pobreza, la soledad, incomunicación y viudedad.
 - Polifarmacia.
 - Malnutrición.

- Valoración Geriátrica Integral. (21)
 - Valoración clínica.
 - Valoración funcional.
 - Valoración mental.
 - Valoración social.
 - Valoración del estado nutricional: Mini Nutritional Assessment (MNA).
 - Valoración para la dependencia de las AVD, donde se encuentran las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y las actividades de la vida avanzada.
 - Escalas de Valoración Geriátrica.

2.2 ESCALAS DE VALORACIÓN DE RIESGO

En este apartado se hablará acerca de las herramientas que existen para la detección e identificación de la población frágil. Hay múltiples escalas e índices para valorar el estado nutricional, la dependencia, el estado cognitivo, etc.

Se deben emplear todos los instrumentos de valoración validados y fiables para poder hacer una selección de la base de pérdida de funcionalidad incipiente o precoz, sin que exista todavía un grado de discapacidad o dependencia y que pueda tener posibilidad de reversibilidad o modificación con intervenciones adecuadas.

Sin embargo nos vamos a ceñir en las escalas más empleadas por las enfermeras y otros profesionales sanitarios en atención primaria, con el objetivo de recopilar todos los datos de la valoración clínica, funcional, mental y social. Dichas escalas son: Escala de Barthel, Escala de Braden, Escala de Downton, Cuestionario de Incontinencia Urinaria, Escala de Pfeiffer, Escala Tinetti, Índice de Lawton, Criterios de Fried, Test Minimental, Mini Nutritional Assessment, y Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.

VALORACIÓN CLÍNICA: Incluye una entrevista sobre los antecedentes personales para saber si existe o no alguno de los síndromes geriátricos como inmovilidad, caídas, incontinencia, malnutrición... También se lleva a cabo una exploración física y pruebas complementarias. (18)

- **Escala de Braden**

Está indicada para la valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea por la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de las úlceras por presión (UPP). (22)

Consta de 6 ítems (percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, fricción y rozamiento) cada uno de ellos puntúa entre 1-4, siendo 1 menos deseable y 4 más deseable, exceptuando el ítem de fricción y rozamiento que se puntúa de 1-3. El rango de puntuación oscila entre 6-23, quedando clasificado el riesgo así: (22)

Riesgo Alto: < 13 puntos.

Riesgo Moderado: entre 13-14 puntos.

Riesgo Bajo: < 75 años 15-16 puntos y > 75 años 15-18 puntos.

- **Escala de Downton**

El objetivo de esta escala es reducir aquellos factores presentes en las caídas, valorando estas adecuadamente y poder determinar sus causas para poder corregirlas. Dicha escala tiene en cuenta las caídas previas, la administración de medicamentos, el déficit sensorial, el estado mental y la deambulacion. (23)

Se considera alto riesgo cuando se tienen más de 2 puntos.

- **Cuestionario de incontinencia urinaria**

Se lleva a cabo para identificar a las personas con incontinencia urinaria y el impacto que tiene en su calidad de vida. Son cuatro preguntas, tres de ellas con diferentes puntuaciones a cada respuesta, cualquier puntuación superior a 0 es sinónimo de incontinencia urinaria. (24)

- **Mini Nutritional Assessment (MNA)**

Es una de las escala clave para detectar el estado nutricional del paciente geriátrico. La malnutrición es uno de los grandes síndromes geriátricos y un factor de riesgo clave para la fragilidad. La pérdida de peso, superados los 60 años aumenta la probabilidad de mortalidad sin tener en cuenta el Índice de Masa Corporal. Si bien la prevalencia de desnutrición en los mayores de la comunidad es relativamente baja, el riesgo de desnutrición aumenta en los mayores hospitalizados o institucionalizados, por eso se recomienda repetir el MNA con una periodicidad anual en pacientes ambulatorios. (25, 26,27)

El MNA fue desarrollado en la década de los años 90, convirtiéndose hasta la actualidad en uno de los métodos mejor validados y más utilizados como herramienta de valoración nutricional en el paciente mayor.

Esta escala es un cribado con una puntuación máxima de 14 puntos, aquellos pacientes que obtengan una puntuación mayor o igual a 12 se corresponden con un estado nutricional satisfactorio, cuando el resultado es menor a 11, esto sugiere una probable malnutrición. Los componentes que mide el MNA son pérdida de peso, baja ingesta de alimentos y fuerza, datos claves para la fragilidad del mayor. (27)

VALORACIÓN FUNCIONAL: Es necesaria para conocer el grado de autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria, tanto las que se realizan de forma diaria como las tareas que hacen que la persona se relacione con el medio como cocinar, comprar, hablar por teléfono, entre otras. Las escalas que se usan son:

- **Escala de Barthel (28,29)**

Es el instrumento validado más empleado por los profesionales sanitarios, la cual les permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Es fácil de aplicar y de interpretar, consta de un alto grado de fiabilidad y validez, siendo capaz de detectar cambios en los pacientes.

Para realizar dicha escala es necesario observar al paciente realizando actividades básicas de su vida diaria y preguntar a la familia o cuidador principal con el objetivo de identificar en qué grado de dependencia se encuentra el paciente.

Los resultados se evalúan en función del valor final, la puntuación va de 0 -100. Cuanto más cerca esté el paciente de 0, mayor dependencia, y cuanto más se acerque al 100 será indicativo de independencia.

Su clasificación es la siguiente:

- 0 – 20: Dependencia total
- 21 – 60: Dependencia severa
- 61 – 90: Dependencia moderada
- 91 – 99: Dependencia escasa
- 100: Independencia

- **Índice de Lawton**

Dicha escala se emplea para evaluar la autonomía física y las actividades instrumentales de la vida diaria. Tiene una alta sensibilidad para detectar los primeros síntomas del deterioro cognitivo. (30)

Consta de 8 ítems para medir la capacidad funcional, que son : Capacidad para usar el teléfono, hacer la compra, cocinar, realizar el cuidado de la casa, lavado de ropa, utilización de los medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de la economía. Cada ítem tiene un valor numérico (0, dependiente y 1, independiente) con la suma de las respuestas se obtiene la puntuación que se corresponda, que va desde 0 (máxima dependencia) a 8 (independencia total). (30)

Esta escala en el caso de los varones, dependiendo de la cultura y el entorno del paciente, no sería muy útil, ya que hay zonas como es el medio rural donde las actividades a evaluar son ejecutadas en su mayoría por las mujeres. (31)

- **Escala de Tinetti (marcha y equilibrio)**

Está indicada para la detección precoz del riesgo de caídas en ancianos. En primer lugar se le realiza al paciente la pregunta: ¿Teme usted caerse? La respuesta afirmativa a esa pregunta tiene un Valor Predictivo positivo del 63% aproximadamente aumentando hasta el 87% en los ancianos frágiles. (32)

Se estima un tiempo de cumplimentación de 8 a 10 minutos. El evaluador irá caminando detrás del anciano al cual se le solicita que responda las preguntas correspondientes a la subescala de marcha mientras camina. Por otro lado está la subescala de equilibrio donde el examinador permanece de pie enfrente y a la derecha del anciano. El resultado se calcula cuando el paciente se encuentra sentado. (32)

La puntuación máxima de la subescala de marcha es de 12 puntos y la del equilibrio de 16, sumándose finalmente ambas. A más puntuación mejor funcionamiento, < de 19 puntos se corresponde con un alto riesgo de caídas. (32)

VALORACIÓN MENTAL: Con ella se pretende valorar la presencia o no de deterioro cognitivo que pueda afectar a la capacidad del mayor para tomar decisiones sobre su vida en general y sobre su salud particular. La escala básica es el test de Pfeiffer, y como complementaria se llevan a cabo el test Mini mental. (18)

- **Escala de Pfeiffer (33)**

Es una escala breve y fácil de ejecutar por lo que es muy utilizada en Atención Primaria. Con ella tenemos una orientación sobre la posible existencia de deterioro cognitivo en el mayor, ya que explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la capacidad de cálculo y la información cotidiana.

Como contraindicación es la limitación que tiene el cuestionario para detectar deterioros cognitivos de carácter leve, al igual que cambios pequeños en la evolución. Los resultados se modifican dependiendo de la formación que haya tenido el paciente, es decir, se

le permite un fallo más aquellos que solo hayan cursado educación primaria y un fallo menos a los pacientes que tengan estudios superiores.

- **Test Mini mental** (34)

Conocido en España como MEC de Lobo, es la versión adaptada y validada del original Mini-Mental State Examination de Folstein. Fue diseñado con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental, para diferenciar en los pacientes psiquiátricos los trastornos funcionales orgánicos.

En la actualidad se emplea para detectar y evaluar la progresión del Trastorno Cognitivo asociado a Enfermedades Neurodegenerativas como la de tipo Alzheimer. Sus ítems exploran 5 áreas cognitivas, que son: la orientación, la fijación, la concentración y el cálculo y por último la memoria y lenguaje.

La puntuación total es de 35. Se considera que hay deterioro cognitivo si la puntuación es menor a 23 puntos.

VALORACIÓN SOCIAL: Esta es llevada a cabo por la trabajadora social, junto con la enfermera. Con esta valoración se pretende identificar situaciones socio-familiares, económicas y ambientales que condicionan la evolución y/o clínica funcional del paciente y que afectan a su calidad de vida, en dicha valoración se tiene en cuenta lo siguiente: (18)

- Composición y dinámica de la unidad de convivencia (presencia e identificación del cuidador principal).
- Apoyos formales e informales (conocimiento y uso de recursos sociales disponibles).
- Valoración de la vivienda: condiciones de habitabilidad, higiene y barreras arquitectónicas.
- Situación laboral u ocupacional.
- Capacidad económica individual y familiar.

- **Test de fragilidad en salud Barber medio rural** (35, 36)

El objetivo de esta escala es detectar a la población anciana que vive en el medio rural. Es una escala heteroadministrada a un informante clave, al contrario que la otra versión de dicha escala, la cual está dirigida al medio urbano, donde es autoadministrada.

El motivo de esta diferencia es que se presupone que en la zona urbana toda la población está alfabetizada frente a la zona rural donde hay mayor número de analfabetos o con un nivel educativo o cultural más bajo. (37)

En la actualidad la población rural está completamente alfabetizada, aunque sí que es cierto que hay lugares rurales donde nos podemos encontrar con personas seminómadadas, las cuales si saben leer y escribir, pero su nivel de comprensión es muy limitado.

Este cuestionario ha sido ampliamente usado en España como instrumento de valoración para la detección del anciano en riesgo, aunque algunos estudios lo han convertido en un clásico, demostrando que su contenido es de deficiente validez además de tener un pobre valor predictivo. (38)

Consta de 9 ítems con respuesta dicotómica Verdadero-Falso. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 1 o más sugiere riesgo de dependencia.

También se lleva a cabo una valoración del cuidador principal con el objetivo de conocer su estado de salud, sus necesidades físicas, psicoemocionales y sociales (pérdida de tiempo libre, soledad y aislamiento). Al igual que a valorar sus conocimientos, habilidades y capacidades de cuidados y autocuidados, para así poder detectar si existe riesgo de claudicación o cansancio de éste. La escala más empleada es la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.

- **Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit** (39,40)

Es la más empleada en AP, consta de veintidós preguntas con cinco posibles respuestas que se clasifican en: nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces, casi siempre. Su puntuación va desde el uno al cinco, con un rango de veintidós a ciento diez como puntuación total. Dependiendo de los resultados, se obtienen los diferentes grados de sobrecarga, que son: menor o igual a 46 (ausencia de sobrecarga), 47-55 puntos (sobrecarga ligera) y mayor o igual a 56 (sobrecarga intensa).

Por último y no menos importante se deben de tener en cuenta los criterios propuestos por Linda Fried en el año 2001, en los que como ya se ha mencionado anteriormente asocia a la fragilidad del mayor a una pérdida de peso inexplicable, cansancio, debilidad muscular, marcha lenta y un descenso de la actividad física.

Son muchos los autores que apuestan por el uso de escalas como la de Fried, entre otras, para poder hacer una detección de la fragilidad en el paciente geriátrico, no solo centrando la atención del mayor en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la fragilidad.

5. CAPÍTULO 3: INTERVENCIÓN ENFERMERA

Los objetivos de la intervención son (41):

- Identificar y organizar la atención en pacientes que reúnan las características para ser un posible mayor en riesgo de fragilidad con una pérdida gradual de la autonomía, ocasionando importantes repercusiones sociales y económicas.
- Facilitar el mayor tiempo posible de permanencia del mayor en su entorno y en la comunidad con la mejor calidad de vida posible.
- Establecer el nivel asistencial que le corresponde dependiendo de la situación clínica del paciente.
- Asegurarse de que la información relevante del mayor este accesible para todos los profesionales implicados en la asistencia de este, registrando todos los datos en su historia clínica electrónica.
- Mantener y facilitar la cooperación y coordinación entre los diferentes profesionales.
- Tener presentes los diagnósticos enfermeros y elaborar los planes de cuidados de enfermería necesarios para aumentar la capacitación y autonomía del paciente.

Una vez identificados los ancianos que se encuentran en el proceso de fragilidad pasarán a ser considerados población diana sobre los que hay que incidir, tratando de mantenerlos activos, retrasando el alto riesgo de progresión de pasar de la fragilidad a la dependencia, permaneciendo así durante más tiempo en su medio.

3.1 ACTIVIDADES PREVENTIVAS

El objetivo principal de los programas de prevención de la enfermedad en los mayores es tratar de mantener y mejorar su calidad de vida, más que el incremento en la esperanza de vida. Para poder conseguir este objetivo son necesarios los siguientes requisitos: (41,42)

- Interés por las actividades preventivas, tanto por parte del profesional como del anciano y de su familia.
- El profesional debe de conocer de forma adecuada las actividades preventivas.
- Debe de haber un buen sistema sanitario y social que facilite el cumplimiento de las recomendaciones.
- Comunicación eficaz entre el profesional y el mayor a la hora de establecer un plan de prevención y asegurar su cumplimiento.
- La programación de actividades preventivas debe realizarse de forma individualizada.
- Hay que basarse en la patología objeto de la prevención y en las características funcionales, mentales y sociales del mayor.
- Desde AP se deben de establecer los estudios periódicos de salud, garantizando el seguimiento y control de las actividades preventivas que se realizan en colaboración con otros especialistas como radiólogos, ginecólogos, oftalmólogos, geriatras, etc. Los cuales están ubicados en el hospital, en este caso el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander).

3.2 VALORACIÓN ENFERMERA

- **VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL DEL PACIENTE.** (19,43)

Esta valoración se debe de llevar a cabo en los seis primeros meses tras la detección por parte del profesional o tras la recepción del listado de pacientes identificados como posibles pacientes frágiles por la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP), salvo valoración previa e información actualizada o siempre que se produzca un cambio importante en el estado de salud y en la situación socio familiar.

Se realizará una evaluación interdisciplinar que comprenda tanto los aspectos biomédicos y los factores psicológicos al igual que los funcionales y sociales, fundamentales para entender la situación y poder abordar los problemas de estos pacientes.

También se valoraran las patologías concomitantes, la autonomía para tomar decisiones, la capacidad funcional para el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria, el estado nutricional, la integridad de los órganos de los sentidos, la existencia de posibles decisiones anticipadas, la estructura y dinámica familiar, la red de apoyo familiar, la red de apoyo social, la situación económica, la incidencia del entorno, la situación de la vivienda, etc.

Teniendo en cuenta la valoración médica y sus datos, la enfermera hará una nueva valoración holística, recogiendo la mayor cantidad de datos posibles. La enfermera es esencial para el manejo y los cuidados de los ancianos frágiles, ya que en muchas ocasiones es el profesional de referencia para el anciano y su familia por ser el profesional que más contacto continuado mantiene con ellos.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

DIAGNÓSTICO ENFERMERO (44,45)

- **NANDA[00062] Riesgo de cansancio del rol de cuidador**

DEFINICIÓN: Vulnerable a tener dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas, que puede comprometer la salud. (45,46)

- **NOC e indicadores**

- [2204] Relación entre el cuidador principal y el paciente.
- [2506] Salud emocional del cuidador principal.
- [2507] Salud física del cuidador principal.

- **NIC**

- 7040 Apoyo al cuidador principal.
- 7110 Fomentar la implicación familiar.

ACTIVIDADES (45,46)

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.
- Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias de este.
- Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.
- Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de la asistencia sanitaria para fomentar la propia salud física y mental.
- Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- Animar a miembros de la familia y al paciente ayudar a desarrollar un plan de cuidados, incluidos los resultados esperados y la implantación del plan de cuidados.
- Facilitar la comprensión de los aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia.

PROBLEMA DE COLABORACIÓN

➤ Síndrome de fragilidad del anciano

DEFINICIÓN: Estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad. (45,46)

COMPLICACIONES POTENCIALES

- Pérdida de reserva fisiológica
- Pérdida en las funciones de las AVD.
- Anorexia.
- Desnutrición con pérdida de peso y sensación de astenia.
- Reacciones adversas e interacciones de medicamentos.
- Caídas.
- Incontinencia.
- Depresión.
- Inadaptación psicológica.
- Sarcopenia.

OBJETIVOS

- **Detectar signos y síntomas de inestabilidad fisiológica**, tanto en lo que respecta a la evolución del estado del paciente, como a los efectos de pruebas diagnósticas y tratamientos.
- **Reducir la gravedad del hecho**, en caso de que aparezca una alteración, llevando a cabo las actividades prescritas por el médico.

ACTIVIDADES (45,46)

- Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.
- Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.
- Considerar la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidado.
- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.
- Determinar las preferencias alimentarias del paciente.
- Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comida (p. ej., limpio, bien ventilado, relajado y sin olores fuertes).
- Asegurarse de que el paciente utiliza bien las dentaduras postizas, si procede.
- Asegurarse de que la comida se sirve de forma atractiva y a la temperatura más adecuada para el consumo óptimo.
- Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
- Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso.

- Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- Corregir los déficits del estado fisiológico (p.ej., anemia inducida por quimioterapia) como elementos prioritarios.
- Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia.
- Ayudar al paciente a priorizar las actividades para adaptar los niveles de energía.
- Facilitar la alternancia de períodos de reposo y actividad.
- Comprobar la capacidad del paciente para auto medicarse, según corresponda.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
- Revisar periódicamente con el paciente y/o familia los tipos y dosis de medicamentos tomados.
- Desechar medicaciones antiguas, suspendidas o contraindicadas, según corresponda.
- Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación.
- Determinar los factores que puedan impedir al paciente tomar los fármacos tal como se han prescrito.
- Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.
- Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).
- Preguntar al paciente por su percepción de equilibrio, según proceda.
- Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o andador para caminar) para conseguir una marcha estable.
- Enseñar al paciente a utilizar un bastón o andador, según corresponda.
- Retirar los muebles bajos (bancos y mesas) que supongan un riesgo de tropiezo.
- Disponer superficies de suelo antideslizantes, anti caídas.
- Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.
- Informar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.
- Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad.
- Establecer los intervalos de la pauta inicial para ir al baño, en función del patrón de eliminación urinaria.
- Establecer un intervalo de tiempo para ir al baño no inferior a 1 hora y preferiblemente no inferior a 2 horas.
- Expresar la confianza en la posibilidad de mejorar la continencia.
- Enseñar al paciente a controlar conscientemente la orina hasta la hora programada de ir al baño.
- Observar las afirmaciones del paciente sobre su auto valía.
- Determinar la confianza del paciente en su propio criterio.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.
- Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, según corresponda.
- Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.
- Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.
- Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.

- Ayudar al paciente a desarrollar el protocolo de ejercicios para conseguir resistencia, fortaleza y flexibilidad.
- Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios.
- Colaborar con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y recreacionales en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios, según corresponda.
- Explicar el fundamento del tipo de ejercicio y el protocolo al paciente/familia.

3.3 OTROS RECURSOS

Por otro lado es importante conocer ampliamente y de forma concreta los recursos disponibles en el entorno para poder ofrecerlos tanto a los pacientes como a sus familias, ya que tras la evaluación básica pueden surgir diferentes situaciones: (44)

- Que la persona necesite cuidados que puedan ser resueltos por la enfermera de forma autónoma o bien necesite de la ayuda de otros profesionales como el médico, trabajador social o fisioterapeuta aplicando así un plan de actuación interdisciplinar.
- Que la persona no precise de cuidados, pero si se identifiquen problemas susceptibles de intervención (clínicos, sociales, funcionales, etc.), en este caso se debe de actuar sobre ellos de forma directa colaborando con el profesional correspondiente.

En el medio rural del centro de salud Pisueña-Selaya en la actualidad hay una trabajadora social que lleva los temas de salud, la cual acude los martes y los miércoles en un horario de 8-15h. Por otro lado también hay una trabajadora social que se dedica a los problemas sociales, la cual, tiene ubicado su despacho en la segunda planta del ayuntamiento de Selaya donde está disponible los miércoles de 10 a 14h. Ambas profesionales interactúan entre ellas y trabajan de manera coordinada con la enfermera del centro de salud.

En ausencia de las trabajadoras sociales es la enfermera quien informa a los pacientes y sus familiares de los recursos que hay disponibles, que son:

- Trabajador/a social.
- Ayuda domiciliaria.
- Centros de día (rehabilitación, tratamiento, etc.).
- Residencias de corta estancia.
- Teleasistencia.
- Enfermera gestora de casos o enlace con el hospital de referencia, en este caso Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

6. REFLEXIONES

El concepto de fragilidad se lleva empleando desde finales de los años 80 principios de los 90 sin una unificación de criterios entre los diferentes profesionales. En la actualidad se considera y se trabaja la fragilidad como uno de los grandes síndromes geriátricos.

Existe un conflicto entre la conceptualización del término fragilidad y envejecimiento los cuales suelen ir asociados. Frecuentemente se presupone que todas las personas mayores son frágiles por el simple hecho de cumplir años, sin tener en cuenta que la edad es solo un factor de riesgo.

Atención primaria es la puerta de acceso al sistema sanitario, convirtiéndose así en un punto clave donde en el cual se debe de trabajar la prevención para mantener durante el mayor tiempo posible al anciano frágil en su entorno.

El abordaje de la Fragilidad debe constar de una recogida de datos completos y organizados, los cuales deben de ser puestos en común con el equipo interdisciplinar para buscar la mejor atención al paciente frágil.

El cuidador principal tiene un peso importante dentro de los cuidados de este tipo de paciente, de hecho es una persona que forma parte de nuestros cuidados. Sería importante trabajar conjuntamente con el cuidador principal al igual que con la familia.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Instituto Nacional de Estadística [PDF Internet]. Las tendencias demográficas actuales llevarían a España a perder una décima parte de su población en 40 años. Desde 2018 habría más defunciones que nacimientos. El 37% de la población sería mayor de 64 años en 2052. Noviembre 2012; 7. [Consultado el 10 de Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np744.pdf>
- (2) Abellán García A, Pujol Rodríguez R. El estado de la población mayor en España, 2016. Blog Envejecimiento [Internet], 28 de Enero, 2016. ISSN 2387-1512. Disponible en: <http://bit.ly/1Sd0d04>
- (3) Instituto Cántabro de Estadística [Internet]. Cantabria: Instituto Cántabro de Estadística; [Actualizado el 26 de Abril de 2017; Consultado el 6 de Junio del 2017]. Disponible en: <https://www.icane.es/population/population-figures>
- (4) Salado Morales L, Castanedo Pfeiffer C. La fragilidad en el anciano. [Internet]. Cantabria; 2014. [Consultado el 20 Abril 2017]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5126/SaladoMoralesL.pdf?sequence=1>
- (5) Alba Rosales MA, Bellido Vallejo JC, Cárdenas Casanova V, Ibáñez Muñoz J, López Márquez A, Millán Cobo MD. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. [Internet]. 1ª. Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010. [Última actualización en año 2010; consultado el 12/04/2017]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
- (6) Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la Teoría a la práctica: El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª Edición. Barcelona: Masson; 2005.
- (7) García González, M. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 2ª Edición. México D.F.: Progreso; 2004
- (8) Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for Phenotype. J Gerontology A Biol Scio Med Sci. 2001; 56 (3); 146-56.
- (9) Heurberger RA. The frailty syndrome: a comprehensive review. Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics 2011; 30(4):315-368
- (10) Fried LP. Frailty. In: Hazzard WR, Bierman EL, Blass Sp, editors. Principles of Geriatric and Gerontology. 3th ed. Nueva York: McGraw Hill; 1994.p.1149-56.
- (11) Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. Clin Geriatric Med. 1992; 8: 1-17.
- (12) Brocklehurst JC. The Geriatric service and the day hospital. In: Brocklehurst JC, editor. Textbook of Geriatric medicine and gerontology. 3th ed. Edinburg: Churchill- Livingstone; 1985.982-95.
- (13) Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of Frailty. Age and ageing. 1997; 26: 315-8.
- (14) Brown I, Renwick R, Raphael D. Frailty: constructing a common meaning, definition, and conceptual framework. Int J Rehabil Research.1995; 18: 93-102.

- (15) Manual de la Organización Panamericana de la Salud para la atención al adulto mayor. Washington: OPS; 2003.
- (16) Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL. Frailty in elderly people: an evolving concept. CMAJ. 1994; 150: 489-95.
- (17) Rockwood K. Frailty and its definition: a worthy challenge J Am Geriatric Soc. 2005; 53(6): 1069-1070.
- (18) Servicio Cántabro de Salud. Ruta del Paciente Crónico Complejo [Internet] volumen 6. Marzo del 2017. [Consultado 24/04/2017]. Disponible en: <http://www.scsalud.es/web/scs/atencion-primaria/profesional>
- (19) Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ, Gorroñoigoitia Iturbe A, Abizanda Soler P, Gómez Pavón J. Detención y manejo de la fragilidad en Atención Primaria; actualización. [Internet]. Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC salud); 10/12/2012. [Consultado el 24/05/2017]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/actualizacion-fragilidad-atencionprimaria2012-03-2013.pdf>
- (20) Carlos AM, Martínez F, Molina JM, Villegas R, Aguilar J, García J, y col. Desarrollo de criterios, indicadores de complejidad y estrategias de manejo en fragilidad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Sevilla; 2009.
- (21) Martín-Lesende I, Gorroñoigoitia A, Gómez J, Baztán JJ, Abizanda P. El anciano frágil. Detección y manejo en atención primaria. Aten Primaria 2010; 42 (7): 388-93.
- (22) Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda JJ, Blasco García C. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. [Internet]. Volumen 11. Serie documentos técnicos GNEAUPP. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; Octubre 2009. [Actualizado en octubre de 2009; consultado el 23 de Mayo 2017]. Disponible en: http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/19_pdf.pdf
- (23) Bueno-García MJ, Roldán-Chicano MT, Rodríguez-Tello J, Meroño-Rivera MD, D-Martínez R, Berenguer-García N. Características de la escala Downton en la valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. Elsevier [Internet]. 2017 [consultado el 18 Junio 2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862117300256-S200>
- (24) Confederación Americana de Urología [Internet]. Argentina: Confederación Americana de Urología. 2012 [consultado el 6 de Junio 2017]. Disponible en: <http://www.caunet.org/institucional/sede.html>
- (25) Nestlé Nutrition Institute [Internet]. Guía para rellenar el formulario Mini Nutritional Assessment (MNA): Nestlé; [Consultada el 14/04/2017]. Disponible en: http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_spanish.pdf
- (26) Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ, 1996. Assessing the Nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. Nutr. Rev 54: S59-S65.
- (27) Morley JE. Assessment of malnutrition in older persons: a focus on the Mini Nutritional Assessment. J Nutr Health Aging 2011; 15 (2): 87-90.

- (28) Ferrín MT, Ferreira-González L, Mejide-Minguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica* 2011; 72(1):11-16.
- (29) Solís CLB, Arrijoja SG, Manzano AO. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y Restauración neurológica* 2005; 4(1-2): 81-85.
- (30) Lawton MP, Brody EM. Assessment of Older People: Self-maintaining and instrumental active and daily living. *Gerontologist* 1969; 9:179-186.
- (31) Ferrín MT, Ferreira-González L, Mejide-Minguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica* 2011; 72(1):11-16.
- (32) Juntadeandalucia.es [Internet]. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud; [actualizado el 18 de Noviembre 2016; consultado el 12 de Mayo 2017]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT4_EquilyMarcha.pdf
- (33) Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC, Aguado Taberne 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 (Barcelona)* 2001 Jun 30; 117(4):129-34.
- (34) López J, Martí A. Instituto de Medicina Legal de Cataluña, Mini-examen cognoscitivo (MEC) artículo en *Revista Española de Medicina Legal*. 2011; 37(3):122-127.
- (35) Larizgoitia A, Larizgoitia I. Adaptación en nuestro medio de una encuesta para la detección de ancianos con riesgo de dependencia. *Rev. Gerontol*, 1996; 6: 224-31.
- (36) Martín-Lesende I, Rodríguez-Andrés C. Utilidad del cuestionario de Barber para seleccionar a personas de 75 años o más con riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte. *Rev. Esp. Gerontol Geriatr* 2005; 40(6): 335 – 44
- (37) Barber JH, Wallis JB, McKeating E. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. *J R Coll Gen Pract* 1980, 30 (210): 49-51.
- (38) Abizanda Soler P, Gómez Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. *Med Clin [Internet]*. 2010 [Acceso el 8 de Marzo del 2017]; (15): 713-719. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-deteccion-prevencion-fragilidad-una-nueva-S0025775309008422>
- (39) Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz y Taussing MI. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.
- (40) Regueiro Martínez AA, Pérez-Vázquez A, Gómara Villabona SM, Ferreiro Cruz MC. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. Elsevier [Internet]. 2007 [consultado 24/05/2017]; disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-escala-zarit-reducida-sobrecarga-del-13100841>
- (41) Martín-Lesende I, Gorroñogoitia A, Gómez J, Baztán JJ, Abizanda P. El anciano frágil. Detección y manejo en atención primaria. *Atención Primaria* 2010; 42 (7): 388-93.

(42) López Martínez S, Caballero Mora MA, Contreras Escámez B, Vincent P, Alcantud Ibáñez M. El libro blanco de la fragilidad. [Internet]. 1ª Edición. Hospital Universitario de Getafe Madrid España: SEMEG; [Consultado el 4 de Junio del 2017]. Disponible en: <http://garn-network.org/documents/LIBROBLANCOSOBREFRAGILIDADfinalversion.pdf>

(43) Cortés N, Alma Rosa et al. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2011[consultado el 6 de Junio 2017]; 139 (6):725-731. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000600005

(44) Domínguez Santamaría AE, Fagunde Rebolledo S, García Cantero E, González Crespo G, González Lázaro AM, Grajera Braza FJ, Gutiérrez García MT, López Cano M, Martín Lesende I, Rodrigo Vicente MT, Ruiz Murillas G, Velar Revuelta I. Atención a la persona con necesidad de cuidados y a su cuidador/a. Cantabria: Servicio Cántabro de Salud.

(45) Carpenito, L. J. Diagnósticos de enfermería y aplicaciones a la práctica clínica. 9ª Edición. Madrid: McGrawHill-Interamericana; 2002.

(46) NNNconsult [base de datos en Internet]. Madrid: Elsevier; [Acceso 15/05/2017]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>

8. ANEXOS

Anexo 1. Pirámide de población de España y evolución futura.

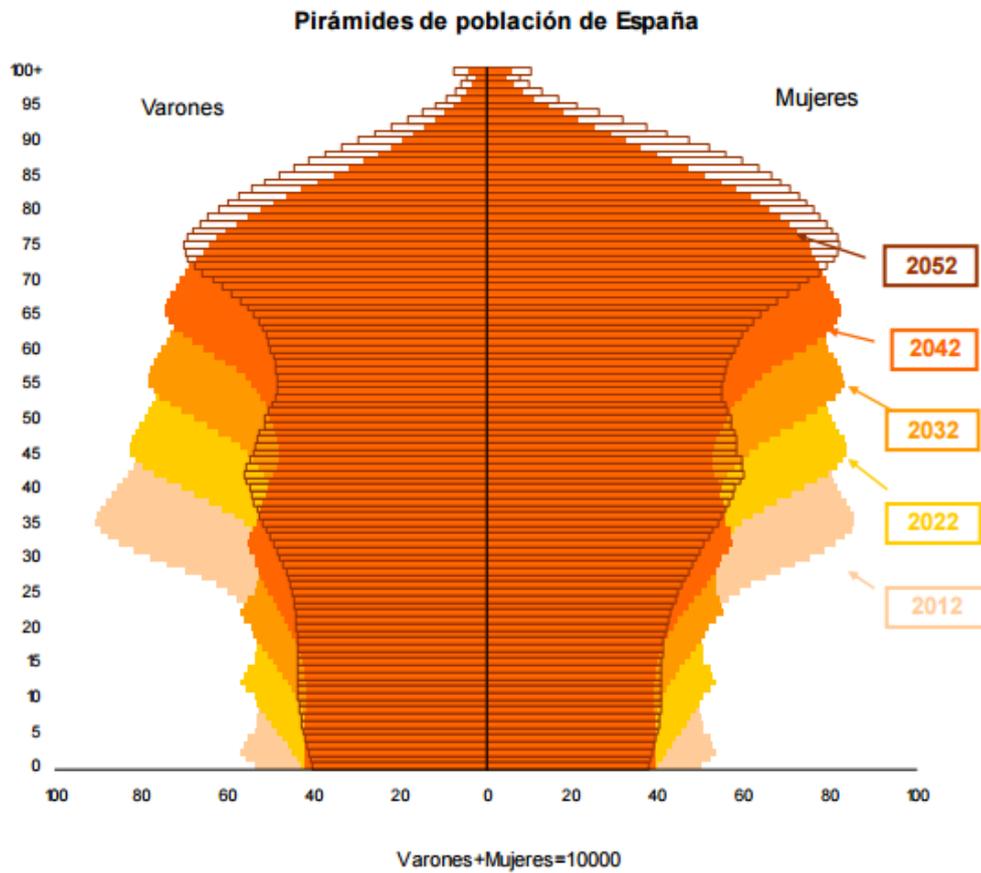


Tabla 1 disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np744.pdf>

Anexo 2. Porcentaje de población de 65 y más años por municipio, 2016

Figura 1.- Porcentaje de población de 65 y más años por municipio, 2016

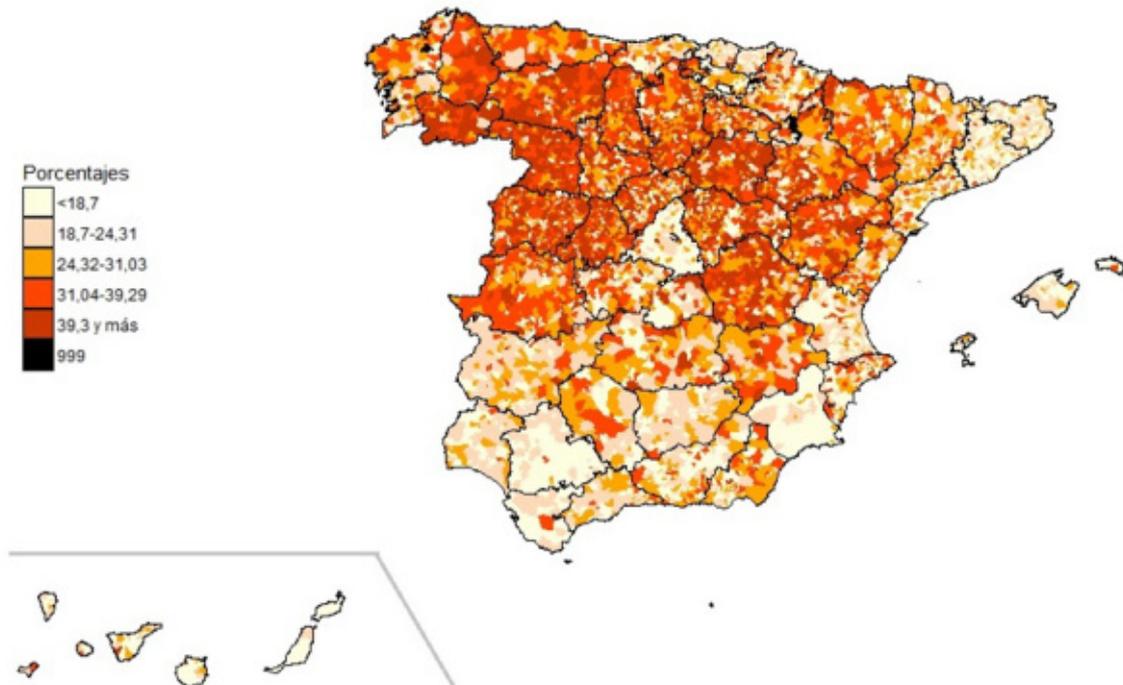


Tabla 2. Disponible en: <https://envejecimientoenred.wordpress.com/2017/02/28/dos-envejecimientos-y-medio/#more-6363>

Anexo 3. Pirámide de Población Selaya. 1 de Enero de 2016

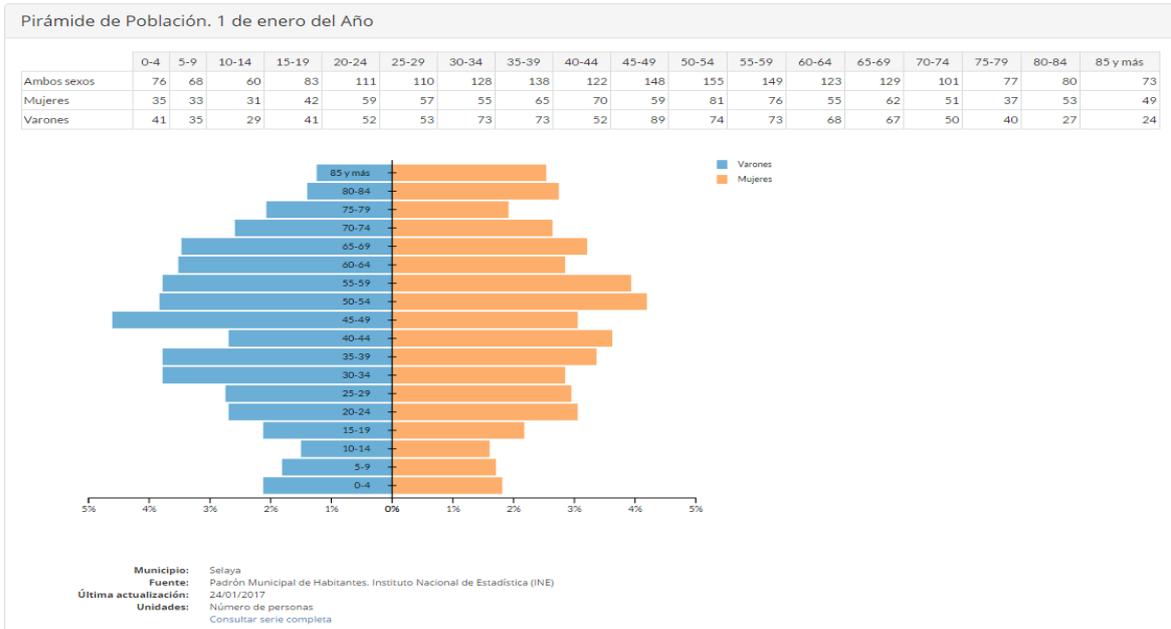


Tabla 3 disponible en: <https://www.icane.es/munreport/dashboard>

Anexo 4. Pirámide de Población Villacarriedo. 1 de Enero de 2016

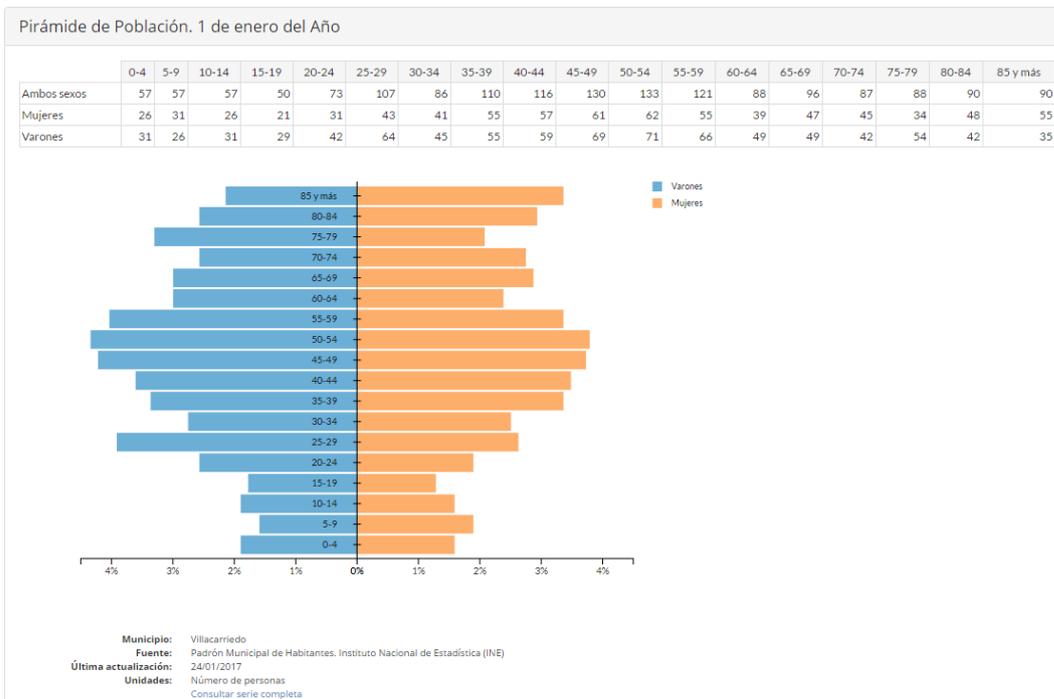


Tabla 4. Disponible en: <https://www.icane.es/munreport/dashboard>

Anexo 5. Pirámide de Población Saro. 1 de Enero de 2016

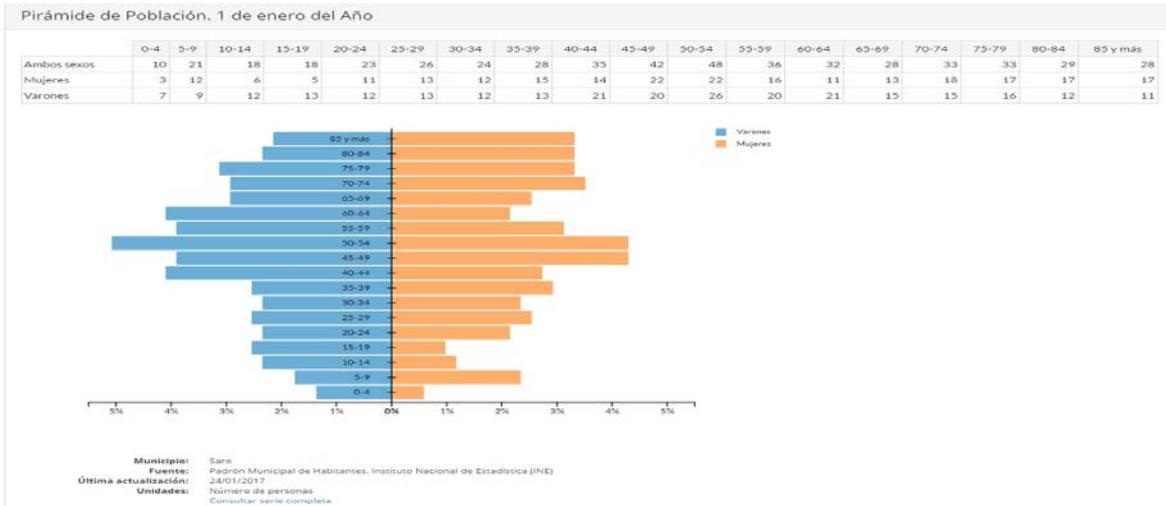


Tabla 5. Disponible en: <https://www.icane.es/munreport/dashboard>

Anexo 6. Pirámide de Población Villafufre. 1 de Enero de 2016.

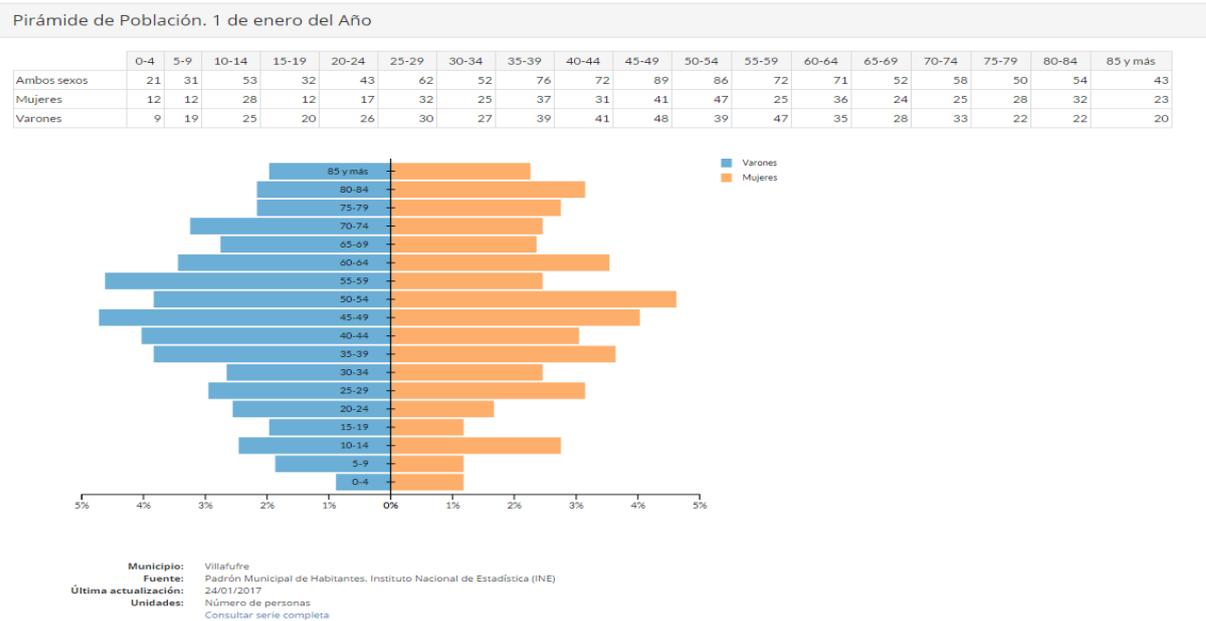
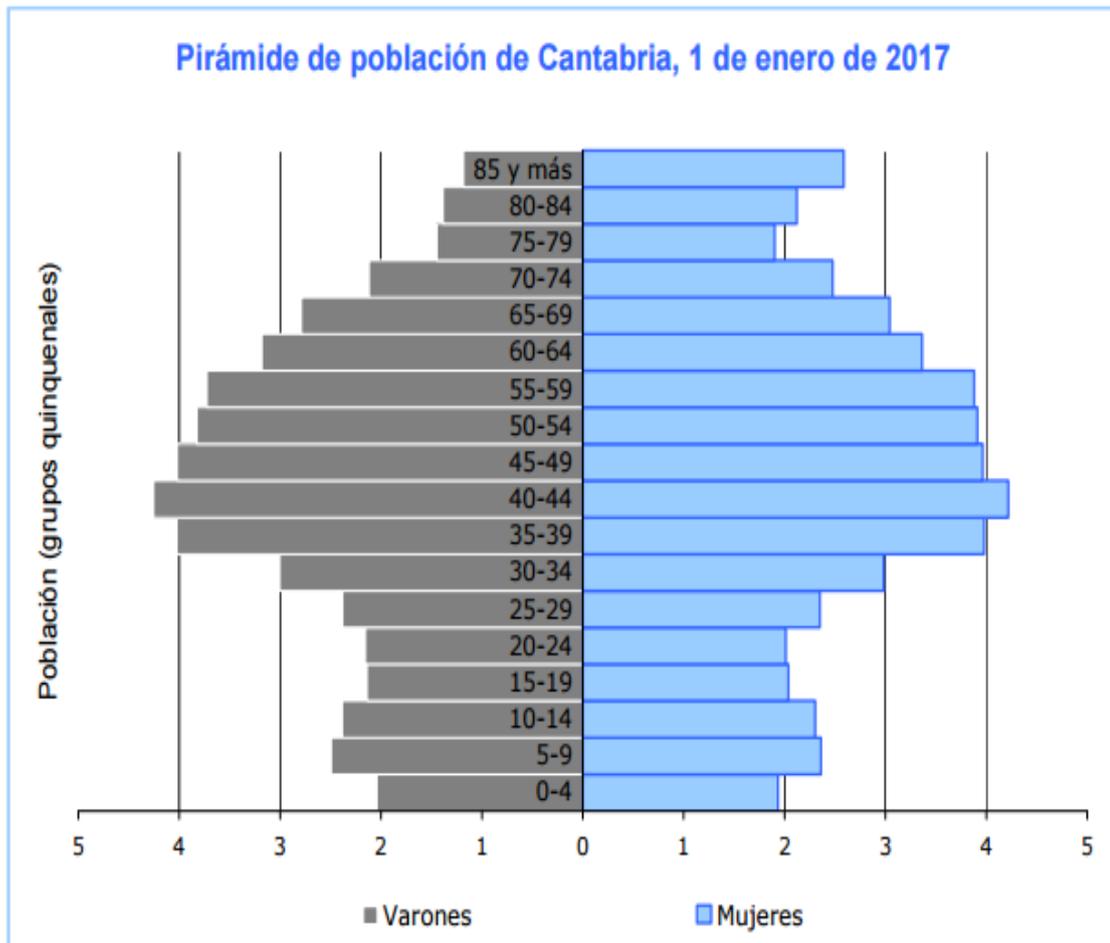


Tabla 6. Disponible en: <https://www.icane.es/munreport/dashboard>

Anexo 7. Pirámide de población de Cantabria, 1 de enero de 2017



Fuente: ICANE a partir de Avance del Padrón Municipal a 1 de enero de 2017. Datos Provisionales. INE

Tabla 7 disponible en: https://www.icane.es/c/document_library/get_file?uuid=7cb7ad0a-f262-40de-8c20-b02d2231e013&groupId=10138

Anexo 8. Escala de Braden

ESCALA BRADEN						
ESCALA BRADEN	PUNTOS	1	2	3	4	
	Percepción sensorial	Completamente limitada <i>No responde ni a estímulos dolorosos.</i>	Muy limitada <i>Responde solamente a estímulos dolorosos.</i>	Levemente limitada <i>Responde a órdenes verbales.</i>	No alterada <i>Sin déficit sensorial.</i>	
	Humedad	Completamente húmeda <i>Casi constantemente (sudor, orina...)</i>	Muy húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas por turno.</i>	Ocasionalmente húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas cada 12 H.</i>	Raramente húmeda <i>Piel normalmente seca.</i>	
	Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia	
	Movilidad	Completamente inmóvil <i>No realiza ni ligeros cambios de posición.</i>	Muy limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.</i>	Ligeramente limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma frecuentes.</i>	Sin limitaciones <i>Realiza cambios de forma autónoma.</i>	
	Nutrición	Muy pobre <i>Rara vez come más de un tercio del plato.</i>	Probablemente inadecuada <i>Rara vez come más de la mitad del plato.</i>	Adecuada <i>Normalmente come más de la mitad del plato.</i>	Excelente <i>Come la mayoría de los platos enteros.</i>	
	Fricción y deslizamiento	Es un problema <i>Movilizarlo en la cama sin deslizarlo es imposible.</i>	Es un problema potencial <i>Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sábanas ligeramente.</i>	Sin problema aparente <i>Se mueve autónomamente.</i>		
	NIVELES DE RIESGO	ALTO RIESGO	≤12			
	RIESGO MODERADO	≤14				
	RIESGO BAJO	≤16				

Tabla (8) disponible en: <https://enfermeriahsjda.wordpress.com/2014/03/25/valoracion-del-riesgo-de-upp/escala-braden/>

Anexo 9. Escala de riesgo de caídas J.H. Downton

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON) ALTO RIESGO >2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
DÉFICITS SENSORIALES	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
ESTADO MENTAL	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
	Orientado	0
DEAMBULACIÓN	Confuso	1
	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

Tabla 9. Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/usuarios/00086/escala_downton.jpg

Anexo 10. Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida.
Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3.
Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque sólo una respuesta).

- Nunca0
- Una vez a la semana 1
- 2-3 veces/semana 2
- Una vez al día 3
- Varias veces al día 4
- Continuamente5

2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.

- No se me escapa nada 0
- Muy poca cantidad 2
- Una cantidad moderada 4
- Mucha cantidad 6

3. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?

- | | | | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Nada | | | | | | | | | Mucho |

4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud.

- Nunca.
- Antes de llegar al servicio.
- Al toser o estornudar.
- Mientras duerme.
- Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.
- Cuando termina de orinar y ya se ha vestido.
- Sin motivo evidente.
- De forma continua.

Tabla 10. Disponible en: http://www.caunet.org/images/Libros/iciq_sf.pdf

Anexo 11. Escala Mini Nutritional Assessment

Tabla. 1.26. Mini Nutritional Assessment MNA®

CRIBAJE	
<p>A. ¿ Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = anorexia grave 1 = anorexia moderada 2 = sin anorexia</p>	<p>J. ¿ Cuántas comidas completas toma al día? (equivalentes a dos platos y postre) 0 = una comida 1 = dos comidas 2 = tres comidas</p>
<p>B. Pérdida reciente de peso (últimos 3 meses) 0 = pérdida de peso >3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso</p>	<p>K. ¿ Consume el paciente * productos lácteos al menos 1 vez al día? * huevos o legumbres al menos 1 ó 2 veces por semana? * Carne, pescado o aves, diariamente?</p>
<p>C. Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía dentro de casa 2 = sale de casa</p>	<p> <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no 0,0 = 0 ó 1 síes 0,5 = 2 síes 1,0 = 3 síes </p>
<p>D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o una situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no</p>	<p>L. ¿ Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí</p>
<p>E. Problemas neuropsiquiátricos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia o depresión moderada 2 = sin problemas psicológicos</p>	<p>M. ¿ Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? 0,0 = menos de tres vasos 0,5 = de 3 a 5 vasos 1,0 = más de 5 vasos</p>
<p>F. Índice de masa corporal (IMC = peso (kg)/talla (m²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23</p>	<p>N. Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo pero con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad</p>
<p>Cribaje (subtotal máximo = 14 puntos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>12 puntos o más</u>: EN normal, luego no procede continuar la evaluación • <u>11 puntos o menos</u>: posible malnutrición: es preciso continuar la evaluación 	<p>O. ¿Se considera el paciente que está bien nutrido? (¿cree que tiene problemas nutricionales?) 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición</p>
EVALUACIÓN	
<p>G. ¿ El paciente vive independiente en su domicilio? 0 = sí 1 = no</p>	<p>P. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra usted su estado de salud? 0,0 = peor 0,5 = no lo sé 1,0 = igual 2,0 = mejor</p>
<p>H. ¿ Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no</p>	<p>Q. Perímetro braquial (PB en cm) 0,0 = PB < 21 0,5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1,0 = PB > 22</p>
<p>I. ¿ Padece úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no</p>	<p>R. Perímetro de la pantorrilla (PP en cm) 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31</p>
<p>* Fuente: Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology. Supplement=2:15-39.</p>	<p>Evaluación (subtotal máximo = 16 puntos) Cribaje+Evaluación (total máximo = 30 puntos) EVALUACIÓN DEL EN * De 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición * Menos de 17 puntos: malnutrición</p>

Tabla 10. Disponible en: <http://delnutrientealadieta.com/wp-content/uploads/2016/01/T.1.26.-Mini-Nutritional-Assessment.jpg>

Anexo 10. Escala de Barthel

INDICE DE BARTHEL	
Comida:	
10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
Lavado (baño)	
5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise
0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión
Vestido	
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda
5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
Arreglo	
5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda
Deposición	
10	Continente. No presenta episodios de incontinencia
5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios
0	Incontinente. Más de un episodio semanal
Micción	
10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda, orinal ...).
5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas
Ir al retrete	
10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo
0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor
Transferencia (traslado cama/sillón)	
15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.
0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado
Deambulación	
15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión
Subir y bajar escaleras	
10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.
0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones
La incapacidad funcional se valora como:	* Severa: < 45 puntos. * Grave: 45 - 59 puntos.
	* Moderada: 60 - 80 puntos. * Ligera: 80 - 100 puntos.
Puntuación Total:	

Tabla 11. Disponible en: http://3.bp.blogspot.com/-H0fNV7_vaYM/TcR8ApC9kDI/AAAAAAAAABU/7J3RG-QKwqM/s1600/indice+de+barthel.png

Anexo 12. Escala de Lawton

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA	
Paciente.....	Edad..... Sexo.....
Anotar con la ayuda del cuidador principal, cual es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividad instrumental de la vida diaria	
ESCALA DE ACTIVIDAD INSTRUMENTAL DE LA VIDA DIARIA	Puntos
A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	0
4. No usa el teléfono	0
B. IR DE COMPRAS	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0
C. Preparación de la comida	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
3. Caliente y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
D. CUIDAR LA CASA	
1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacer camas	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0
E. LAVADO DE ROPA	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
2. Lava ropa pequeña	1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado	0
F. MEDIO DE TRANSPORTE	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche	1
2. Capaz de organizar su propio transporte usando taxi, pero no usa transportes públicos	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
5. No viaja	0
G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc...	1
3. Incapaz de manejar dinero	0
Máxima dependencia 0 puntos	Independencia total 8 puntos

Figura 21. Escala de Lawton y Brody.

Tabla 12. Disponible en:

<http://formaciones.elmedicointeractivo.com/emiold/aula2002/tema9/tablasyfiguras/figura21.gif>

Tabla 2. Test de Pfeiffer

Preguntas	Respuestas	Errores
¿Qué día es hoy? (día, mes, año)		
¿Qué día de la semana es hoy?		
¿Dónde estamos ahora?		
¿Cuál es su número de teléfono?		
¿Cuál es su dirección? (sólo si no tiene teléfono)		
¿Cuántos años tiene?		
¿Cuál es su fecha de nacimiento? (día, mes, año)		
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?		
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?		
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?		
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0		
Puntuación total		

Adaptada por Martínez de la Iglesia a población española

Tabla 12. Disponible en:

http://elfarmaceutico.es/images/stories/510/CURSO_deterioro_cognitivo_tab_2.jpg

Anexo 13. Test Mini Mental o MEC (Test de Lobo)

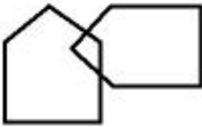
"MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO"		
Paciente	Edad	
Ocupación	Escolaridad	Examinado por
		Fecha
ORIENTACION		PUNTOS
"Dígame el día	Fecha	Mes
		Estación
		Año
"Dígame el Hospital (o el lugar)		Planta
Ciudad	Prov.	Nación
FIJACION		
"Repita estas 3 palabras: Presenta-Caballo-Manzana" (Repetirlas hasta que las aprenda)		(3)
CONCENTRACION Y CALCULO		
"Si tiene 30 ptas. Y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando?		(5)
"Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda) "Ahora hacia atrás"		(3)
MEMORIA		
"¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?		(3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCION		
Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj		(2)
"Repita esta frase": "En un trigal había cinco perros"		(1)
"Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?" "¿Qué son un perro y un gato?"		(2)
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa"		(3)
"Lea esto y haga lo que dice": CIERRE LOS OJOS		(1)
"Escriba una frase"		(1)
"Copie este dibujo": 		(1)
PUNTUACION TOTAL		(35)
Nivel de conciencia		
Ciego	Sordo	Otros

Tabla 13. Disponible en: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/biogerontologia/materiales-de-clase-1/capitulo-14.-fundamentos-biologicos-del/figura_14.6.jpg

Anexo 14. Test de Barber- Medio rural

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

Nombre de informante

Relación con el informante

Test de Barber- Medio rural

Población diana: Población anciana que vive en el medio rural. Se trata de una escala **heteroadministrada a un informante clave**. Consta de 9 ítems con respuesta dicotómica Verdadero – Falso. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 1 o más sugiere riesgo de dependencia.

Ítems	Respuesta	Valor de la respuesta
¿Vive sólo/a?	SI	1
	NO	0
¿Le falta alguien que le pueda ayudar si lo necesita?	SI	1
	NO	0
¿Depende de alguien para sus necesidades diarias?	SI	1
	NO	0
¿Hay días en que no consigue comer algo caliente?	SI	1
	NO	0
¿No puede salir de casa por alguna enfermedad?	SI	1
	NO	0
¿Tiene mala salud?	SI	1
	NO	0
¿Tiene problemas de visión?	SI	1
	NO	0
¿Tiene problemas de oído?	SI	1
	NO	0
¿Ha estado hospitalizado este último año?	SI	1
	NO	0
PUNTUACIÓN TOTAL		

Resultado de la puntuación	Resultado del test
0	No sugiere riesgo de dependencia
1 ó más	Sugiere riesgo de dependencia

Tabla 15. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/>

Anexo 16. Población total y población analfabeta por municipio y sexo.



Población total y población analfabeta por municipio y sexo

Municipios	Año																	
	1991						2001						2011					
	Sexo						Sexo						Sexo					
	Ambos sexos		Varones		Mujeres		Ambos sexos		Varones		Mujeres		Ambos sexos		Varones		Mujeres	
Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	
39081 Saro	538	7	277	4	261	3	464	8	234	3	230	5	505	5*	260	0	245	5*
39082 Selaya	1.808	4	915	1	893	3	1.661	6	854	2	807	4	2.005	10*	1.005	0	1.010	10*
39098 Villacarriedo	1.944	21	943	2	1.001	19	1.519	13	780	7	739	6	1.690	5*	895	5*	790	0
39100 Villafuře	1.036	2	525	0	511	2	970	4	504	2	466	2	1.115	0	580	0	535	0

Las celdas marcadas con * pueden contener errores elevados de muestreo.

Fuente: Censos de Población y Viviendas 1991, 2001, 2001. INE.

Municipios	Año																	
	2014						2015						2016					
	Sexo						Sexo						Sexo					
	Ambos sexos		Varones		Mujeres		Ambos sexos		Varones		Mujeres		Ambos sexos		Varones		Mujeres	
Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	Variables	
Total	NO SABE LEER NI ESCRIBIR	Total	NO SABE LEER NI ESCRIBIR	Total	NO SABE LEER NI ESCRIBIR	Total	NO SABE LEER NI ESCRIBIR	Total	NO SABE LEER NI ESCRIBIR	Total	NO SABE LEER NI ESCRIBIR	Total	NO SABE LEER NI ESCRIBIR	Total	NO SABE LEER NI ESCRIBIR	Total	NO SABE LEER NI ESCRIBIR	
39081 Saro	459	2	234	0	225	2	460	2	238	0	222	2	458	1	235	0	223	1
39082 Selaya	1.990	15	993	9	997	6	1.728	7	862	3	866	4	1.711	3	843	1	868	2
39098 Villacarriedo	1.534	6	692	4	587	2	1.501	3	676	2	566	1	1.457	3	668	2	552	1
39100 Villafuře	986	15	482	9	414	6	953	13	476	7	421	6	937	6	475	4	408	2

Población mayor de 10 años

Fuente: Estadística del Padrón continuo. INE.

Tabla 16. Facilitada por el Instituto Cántabro de Estadística.

Anexo 18. Sobrecarga del cuidador de Zarit

A continuación se presenta una lista de frases que reflejan cómo se sienten algunas personas cuando cuidan a otra persona. Después de leer cada frase, indique con qué frecuencia se siente usted de esa manera. No existen respuestas correctas o incorrectas.

0= Nunca 1= Rara vez 2= Algunas veces 3= Bastantes veces

4= Casi siempre 5= Siempre

1.	¿Piensa que el anciano le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4	5
2.	¿Piensa que debido al tiempo que dedica al anciano, no tiene suficiente tiempo para Ud.?	0	1	2	3	4	5
3.	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado del anciano, con otras responsabilidades? (trabajo, familia)	0	1	2	3	4	5
4.	¿Siente vergüenza por la conducta del anciano?	0	1	2	3	4	5
5.	¿Se siente enfadado cuando está cerca del anciano?	0	1	2	3	4	5
6.	¿Piensa que el cuidar al anciano afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4	5
7.	¿Tiene miedo por el futuro del anciano?	0	1	2	3	4	5
8.	¿Piensa que el anciano depende de Ud.?	0	1	2	3	4	5
9.	¿Se siente tenso cuando está cerca del anciano?	0	1	2	3	4	5
10.	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar del anciano?	0	1	2	3	4	5
11.	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría, por tener que cuidar del anciano?	0	1	2	3	4	5
12.	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente, por tener que cuidar del anciano?	0	1	2	3	4	5
13.	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades, debido a tener que cuidar del anciano?	0	1	2	3	4	5
14.	¿Piensa que el anciano lo considera a Ud. la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4	5
15.	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos, para los gastos que implican cuidar al anciano, además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4	5

16.	¿Piensa que no será capaz de cuidar al anciano por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4	5
17.	¿Siente que ha perdido el control de su vida, desde que comenzó la enfermedad del anciano?	0	1	2	3	4	5
18.	¿Desearía poder dejar el cuidado del anciano a otra persona?	0	1	2	3	4	5
19.	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con el anciano?	0	1	2	3	4	5
20.	¿Piensa que debería hacer más por el anciano?	0	1	2	3	4	5
21.	¿Piensa que podría cuidar mejor al anciano?	0	1	2	3	4	5
22.	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta, por el hecho de cuidar al anciano?	0	1	2	3	4	5

Tabla 18. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v28n2/an0204212.pdf>