



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**DETECCIÓN DE LA FRAGILIDAD EN
PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS EN
UNA ZONA BÁSICA DE SALUD URBANA.**

Autor/a: Iván Martín Gil

Tutor/a: Virtudes Niño Martín

INDICE:

RESUMEN:	3
INTRODUCCIÓN:.....	3
Fragilidad:.....	4
Perspectiva histórica de la fragilidad:	6
METODOLOGÍA:	6
OBJETIVOS:.....	11
Objetivo general:.....	11
Objetivos específicos:.....	11
RESULTADOS:	12
Sexo:	12
Edad:.....	12
Fragilidad según el sexo y la edad:.....	13
Afecciones crónicas y consumo de medicamentos:.....	14
Criterios de fragilidad según grupos de edad:	14
Número de criterios de fragilidad según sexo, edad y convivencia:.....	16
DISCUSIÓN:.....	17
CONCLUSIONES:	18
BIBLIOGRAFÍA:.....	19
ANEXOS:	21
Anexo 1:	21
Anexo 2:	22
Anexo 3:	23
Anexo 4:	24

RESUMEN:

Objetivo: Detectar la fragilidad en personas mayores de 65 años en el centro de Salud de Tórtola perteneciente al Área de Atención Primaria Valladolid Este.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en la población mayor de 65 años en el año 2015.

Se trabajó sobre un universo de 3.560 personas, de las cuales, se obtuvo una muestra representativa de 75 personas, a las que se les realizó el estudio basándose en unas variables sociodemográficas, de comorbilidad, de dependencia funcional, cognitivas y nutricionales.

Una vez realizadas las encuestas se introdujeron los resultados en una base de datos para su análisis estadístico.

Resultados: El 58,7% de las personas encuestadas fue considerada como frágil. Como dato relevante, los criterios más repetidos que determinaron fragilidad fueron, el consumo de más de 3 medicamentos al día y tener algún tipo de afección crónica que condicione incapacidad.

Conclusiones: La fragilidad tiene una alta prevalencia en personas mayores de 65 años, la cual se incrementa a medida que aumenta la edad de estas.

INTRODUCCIÓN:

El envejecimiento poblacional es uno de los grandes triunfos del Sistema Sanitario Español, pero a la vez implica un gran desafío, ya que esta situación está provocando importantes cambios sociales y políticos que van a suponer unas exigencias económicas y sociales a todos los niveles (1).

España se ha situado entre las esperanzas de vida más alta del mundo. Pero no siempre esta esperanza de vida se traduce en una buena calidad de vida y salud, ya que, cuando se habla de esperanza de vida unida a buena salud, la situación de España empeora con

respecto a otros países (Francia, Suecia, Japón y Australia), con cifras similares a la esperanza de vida de España.

A pesar de que en España los ancianos forman una gran parte de la población total, hay un gran desconocimiento entorno a la salud de éstos.

Hay un elevado porcentaje de ancianos en la población actual, que se encuentran al borde del deterioro de su estado de salud, a este grupo de personas se les conoce desde los años 70 como ancianos frágiles (2).

La prevalencia de fragilidad según estudios basados en criterios semejantes al realizado, se colocaría entorno al 30%, aunque este porcentaje no es igual en todas las edades ya que aumenta de una manera exponencial a medida que se envejece. (3)



Fuente: Elaboración propia basada en Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor (1).

Fragilidad:

Podemos definir la fragilidad como un síndrome biológico de pérdida de la reserva funcional y resistencia a los estresores, debido al declive acumulado de múltiples sistemas fisiológicos que originan la pérdida de la homeostasis del medio y una mayor vulnerabilidad a los eventos adversos.

La probabilidad de ser considerado frágil, es directamente proporcional al número de sistemas alterados.

Una de las características más importantes de este síndrome es que, gracias a él, podemos prever posibles factores adversos que puedan sufrir ese porcentaje de ancianos frágiles, como pueden ser: institucionalización, caídas, deterioro de la movilidad, aumento de la dependencia en actividades básicas de la vida diaria y en actividades instrumentales de la vida diaria, hospitalización y mortalidad.

Si no actuáramos ante este síndrome, habría un aumento de todos los factores adversos citados anteriormente, que derivarían a un gran deterioro en la calidad de vida de los ancianos que lo sufren, siendo éstos, más dependientes del Sistema Sanitario, produciendo un gran aumento en el coste sanitario.

En cambio si actuamos de raíz sobre este problema, reduciríamos la dependencia de estas personas al Sistema Sanitario, reduciendo los costes que se producen sobre éste (4).

No existe un consenso claro de como actuar ante este problema. Algunos autores como Ho, Williams o Hardwick, con sus estudios han llegado a la conclusión, que se podría tratar el problema de la fragilidad, desde la atención primaria si se consiguieran unas herramientas diagnósticas y unos indicadores de riesgo en común.

Por tanto, la identificación de unos factores de riesgo, causas, marcadores o predictores de la fragilidad, podría ser muy útil para realizar un diagnóstico de la fragilidad en el anciano, una mejora en su calidad asistencial y creación de medidas preventivas adecuadas, que nos permitieran actuar sobre este problema desde atención primaria (2).

Los beneficios que se obtienen con un cribado de la fragilidad son los siguientes:

- ✓ Una mayor precisión diagnóstica.
- ✓ Una disminución del número de hospitalizaciones por procesos agudos y a su vez reducir el número de ancianos institucionalizados.
- ✓ Una mejora en la toma de decisiones sobre la ubicación óptima del paciente.
- ✓ Mejorar el estado funcional.
- ✓ Mejorar la situación cognitiva y afectiva

- ✓ Disminuir el número de medicamentos y reacciones adversas que puedan producirse.

Todos estos beneficios producirían una disminución del gasto asistencial y un aumento de la supervivencia, pero a su vez un aumento de la asistencia sanitaria domiciliaria (5).

Perspectiva histórica de la fragilidad:

La fragilidad es un término relativamente nuevo en nuestra sociedad. Fue a principio de los años 70 cuando, por primera vez, se empezó a relacionar a una parte de la población anciana con el término frágil.

En 1974 se creó un sistema de protección para personas mayores, que se las denominó como personas con debilidad física, daño emocional, debilidad social y ambiental.

Aunque en los 70 se empezó a trabajar en torno a la fragilidad en el anciano no es realmente hasta los años 80, cuando encontramos el término fragilidad en el anciano.

Ya en 1990 se presenta este término, de manos de “Journal of American Geriatrics Society” y desde entonces, se han disparado el número de publicaciones entorno a este término o sinónimos, como vulnerable, debilitado, incapaz, anciano, dependiente, etc.

En España se viene trabajando actualmente en varios equipos de trabajo, con el objetivo de validar y desarrollar un modelo de pronóstico y predicción funcional para pacientes pluripatológicos y en edad avanzada, ya que es algo que afecta y preocupa a nuestra sociedad en la actualidad y se verá agudizado con el paso de los años, si no ponemos un remedio (2).

METODOLOGÍA:

▪ Tipo de trabajo:

Estudio observacional descriptivo transversal.

▪ **Lugar de aplicación:**

El trabajo se ha desarrollado en el Centro de Salud Tórtola, situado en los barrios Pajarillos y San Isidro de Valladolid, que pertenecen al Área de Atención Primaria Valladolid Este.

▪ **Criterios de inclusión:**

Pacientes de edad igual o superior a los 65 años.

▪ **Criterios de exclusión:**

Pacientes que no pudieron ser localizados o no acuden a la cita concertada para realizar el cuestionario.

▪ **Población a estudiar:**

La población diana mayores de 65 años en la zona básica de salud consta de 3.560 pacientes, que pertenecen al Centro de Salud Tórtola de Valladolid.

▪ **Muestra:**

- a. Se realiza un listado al azar con todos los hombres y mujeres mayores o iguales de 65 años, pertenecientes al Área de Atención Primaria Tórtola (N=3.560).
- b. De este listado de pacientes (N=3.560) obtenemos el número de pacientes a encuestar con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y una proporción del 5%. Con estos datos la muestra obtenida es de 72 pacientes.
- c. Añadimos un 15% pacientes más, ante la posibilidad de que haya pacientes excluidos, quedando una muestra final n=84.
- d. Para escoger a los pacientes, dividimos la muestra total entre el número de pacientes a encuestar ($3560/84=42,3$), dándonos un valor de 42. Empezaremos eligiendo para la muestra, el primer paciente del listado, siendo los siguientes cada 42 pacientes.
- e. Si el número de pacientes excluidos es mayor de 12, la muestra sería inferior a 72, por lo que sustituiremos a esos pacientes por el siguiente del mismo sexo que se encuentre en el listado.
- f. Más de 12 pacientes fueron excluidos, por lo que hubo que ponerse en contacto con sustitutos de estos (de la manera que se cita en el apartado d.) quedando una muestra total de 75 personas.

▪ **Recursos:**

a. Humanos: Estudiante de enfermería, enfermera del Centro de Salud Tórtola y pacientes encuestados voluntariamente.

b. Materiales: Ordenador, Fotocopiadora, teléfono, consulta de enfermería.

▪ **Cuestionario:**

Para realizar el cuestionario hemos utilizado “los criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores” editado por el INSALUD (6).

Además se ha añadido otro criterio, el riesgo de desnutrición (que será medido con la escala MNA) ya que, durante la búsqueda bibliográfica en numerosos artículos entorno a la fragilidad, se relacionaba ésta, con un estado o riesgo de desnutrición. En un reciente artículo para actuar contra la fragilidad, publicado por el Ministerio de Sanidad, se recomendaba el cribado de todas aquellas personas con una pérdida de peso mayor al 5% (1,7, 8).

Valoración del cuestionario:

Se considerará frágil, a toda persona que cumpla uno de los siguientes requisitos:

- a. Edad: Toda persona con edad igual o superior a 80 años.
- b. Convivencia: Toda persona que viva sola en su domicilio.
- c. Viudez: Toda persona viuda desde hace menos de un año.
- d. Cambio de domicilio: Si ha cambiado de domicilio hace menos de un año.
- e. Afección crónica que condicione incapacidad: Toda persona que cumpla uno de los siguientes requisitos: Infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca (menos de seis meses), Parkinson, Epoc, enfermedad osteoarticular, caídas, déficit visual, hipoacusia, enfermedad terminal (neoplasia avanzada, demencia grave, otras con pronóstico menor de 6 meses).
- f. Fármacos: Toda persona que tome más de tres medicamentos distintos al día.
- g. Si le han prescrito en el último mes algún tipo de estos fármacos: antihipertensivos, antidiabéticos o psicofármacos, será considerado como frágil.

h. Ingreso hospitalario: Toda persona que haya tenido un ingreso en los últimos 12 meses.

i. A toda persona que haya necesitado atención médica/enfermera en su domicilio, en el último mes.

j. Incapacidad funcional por otras causas: lo valoraremos mediante el test de Barthel (Anexo 1):

El test de Barthel es una escala que va a permitir valorar la autonomía de una persona a la hora de realizar sus actividades de la vida diaria (lavarse, comer, vestirse, etc.).

El método de recogida de datos de este test se llevará a cabo preguntando a la persona o a su cuidador, si ésta no pudiera responder.

La valoración se va a realizar según la puntuación de una escala de 0 a 100 puntos, siendo positiva la dependencia cuando el resultado sea inferior a 55, teniendo el paciente una dependencia grave (9).

k. Incapacidad funcional para realizar actividades instrumentales de la vida diaria: lo valoraremos con la escala de Lawton Brodye (Anexo2):

La escala de Lawton Brodye nos permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente (hacer la compra, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, etc.).

Evalúa actividades más elaboradas que la escala de Barthel y que, por tanto, se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria.

La valoración se va a realizar según la puntuación de una escala de 0 a 8, se considerara dependiente a toda persona con una puntuación inferior a 6 puntos (9).

l. Valoraremos el deterioro cognitivo realizando el test de Pfeiffer (Anexo3):

El test de Pfeiffer fue elaborado específicamente para detectar el deterioro cognitivo en pacientes mayores. Es un test muy útil para el cribado y puede usarse en analfabetos y personas con deficiencias sensoriales severas.

No es igual de completo que el Mini Mental Lobo, pero valora un pequeño número de funciones relativamente básicas (memoria de corto y largo plazo, atención, orientación, información sobre hechos cotidianos, capacidad matemática) además, de que se realiza en una gran brevedad y facilidad de

ejecución. Por este motivo se escogió el test de Pfeiffer en lugar del Mini mental Lobo.

Si la puntuación es inferior a 8 se considerará deterioro cognitivo (9).

m. Depresión: será positiva, si tiene diagnosticada depresión.

n. Valoraremos la desnutrición, con la escala MNA (Anexo 4):

Se trata de una escala heteroadministrada para la evaluación del estado nutricional de una persona. Se puede realizar de una manera fácil y rápida.

Si la puntuación de la suma de las respuestas es inferior a 11 se considerará que hay riesgo de desnutrición (10).

▪ **Realización del cuestionario:**

a. Captación de pacientes:

- Búsqueda, de los pacientes cuando acuden a la consulta de su enfermera, médico, fisioterapeuta, trabajadora social o laboratorio, realizando la encuesta después de que finalice su consulta (si los pacientes tienen la cita entre las fechas 26 de febrero y 2 de abril).
- Llamar por teléfono a los pacientes y concertar una cita con ellos.

b. Explicar a los pacientes en que consiste el cuestionario, para que se va a utilizar y preguntarles si están dispuestos a participar.

c. Lectura a los pacientes del cuestionario.

d. Rellenar el cuestionario.

▪ **Cronograma del estudio:**

a. Mes de diciembre: Búsqueda bibliográfica para realizar el trabajo.

b. Mes de enero: Poner en común la bibliografía encontrada

Consensuar un cuestionario validado para pasar a los participantes del trabajo.

c. Mes de febrero: Realizar solicitud del Comité Ético de la Facultad de Enfermería para poder realizar encuestas a personas pertenecientes al Centro de Atención Primaria Tórtola para el comité ético.

d. Mes de febrero: Escoger la muestra y realizar un sorteo aleatorio de ésta.

e. Mes de febrero, marzo y abril: Pasar los cuestionarios en el centro de salud.

f. Mes de abril: realizar una tabla de Excel con todos los datos extraídos de los cuestionarios y pasarla a una base de datos.

g. Mes de mayo y junio: Realización de la metodología estadística y análisis de los resultados.

*Tiempo de realización de las encuestas: 5 semanas

▪ **Metodología estadística:**

Se realizó el análisis descriptivo de los grupos, resumiendo con porcentajes los valores observados en las variables cualitativas ó en las numéricas categorizadas. Con diagramas de cajas o de barras, representamos la distribución observada en algunas variables. Calculamos intervalos de confianza al 95% (IC 95%) para porcentajes poblacionales.

Para representar la relación entre parejas de variables categóricas utilizamos tablas de contingencia. Para establecer relaciones entre variables categóricas utilizamos el test Chi-cuadrado o el test exacto de Fisher cuando aquel no pudo ser aplicado, por la baja frecuencia en algunas celdas de la tabla de contingencia correspondiente.

Se consideraron como estadísticamente significativos valores de p inferiores a 0.05.

Los análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico SAS v9.2 (SasInstitute Inc. Cary. NC. USA)

OBJETIVOS:

Objetivo general:

Detectar la población de adultos mayores de 65 años frágiles, en el Centro de Salud Tórtola de Valladolid.

Objetivos específicos:

Analizar el estado nutricional en personas mayores de 65 años en una zona básica de salud urbana.

Detectar cuales son las principales características que determinan fragilidad en la muestra analizada.

Observar la relación existente entre la fragilidad y la edad.

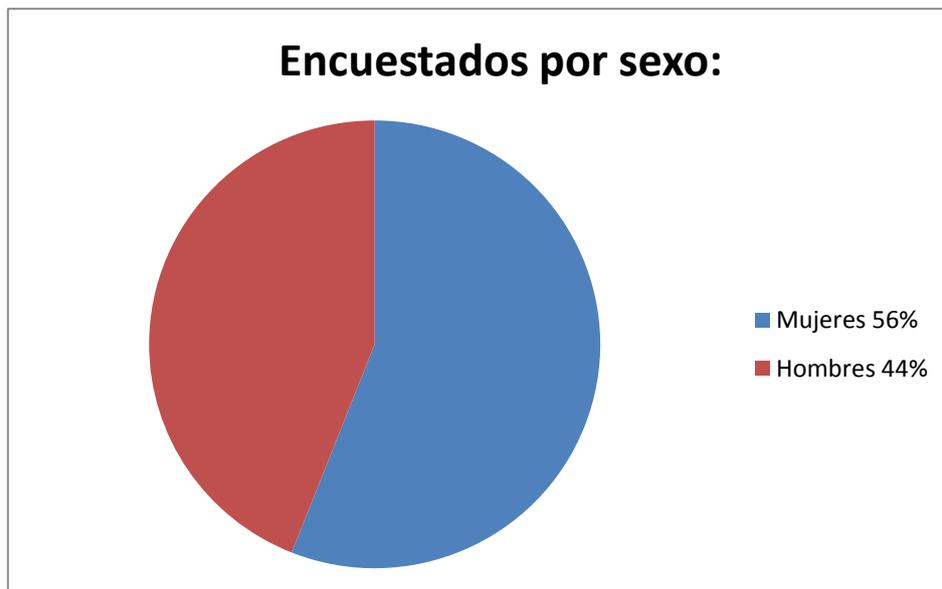
Detectar como afecta la fragilidad según el sexo.

RESULTADOS:

Un 58.7% de los individuos de la muestra, fueron clasificados como frágiles [IC 95% (47.3%,70%)].

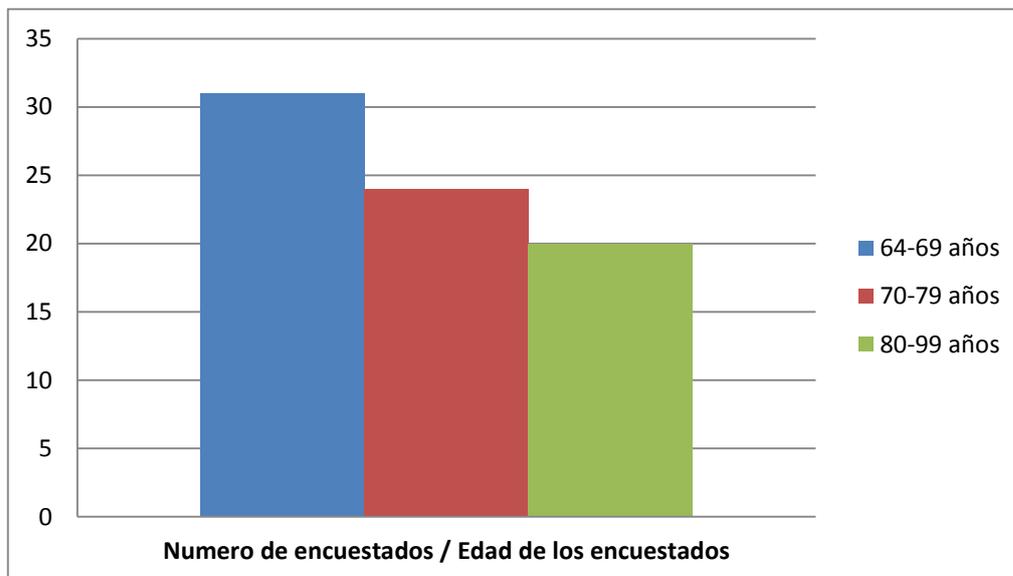
Sexo:

De todas las personas mayores de 65 años encuestados, pertenecientes al Centro de Atención Primaria Tórtola (75 personas), 42 de ellas eran mujeres (56%) mientras que, 33 eran hombres (44%).



Edad:

Se dividió a los pacientes en tres grupos de edad para su estudio (31, 24, 20).



Fragilidad según el sexo y la edad:

Basándonos en los resultados obtenidos en el estudio (tabla 1):

- El porcentaje de mujeres de la muestra que mostró fragilidad fue superior que el de varones (61.9%, 54.55%), pero éste no alcanzó la significación estadística.
- El porcentaje de personas frágiles es directamente proporcional al aumento de la edad [41.94%, 62.5%, 80%] ($p=0.01$)

		No frágil	Si frágil	Total	N° de personas
Sexo	Mujeres	38.10%	61.90%	100%	42
	Hombres	45.45%	54.55%	100%	33
		31 personas	44 personas		75
Edad	64-69 años	58.06%	41.94%	100%	31
	70-79 años	37.5%	62.5%	100%	24
	80-89 años	20%	80%	100%	20
		31 personas	44 personas		75

Afecciones crónicas y consumo de medicamentos:

En los resultados del estudio realizado, se puede observar que tener una afección crónica que condicione incapacidad como pueden ser : Infarto de miocardio o insuficiencia cardiaca (menos de seis meses), Parkinson, Epoc, enfermedad osteoarticular, caídas, déficit visual, hipoacusia, enfermedad terminal (neoplasia avanzada, demencia grave, otras con pronóstico menor de 6 meses) o el consumo de más de 3 fármacos al día, son las dos principales características definitorias de fragilidad realizadas en la encuesta (30.67%, 45.33%). (Tabla 2)

Tabla 2: Distribución de adultos mayores de 65 años según las variables afecciones y consumo de más de 3 medicamentos diarios.			
	Variable si/no	Nº de personas	Porcentaje
Afecciones	No	52	69.33%
	Si	23	30.67%
			100%
Consumir más de 3 fármacos	No	41	54.67%
	Si	34	45.33%
			100%

Criterios de fragilidad según grupos de edad:

De los datos extraídos de la tabla 3, se extraen los siguientes resultados en el estudio:

- El número de personas con alguna afectación incrementó, según aumentaba la edad de los pacientes estudiados (19%, 25%, 55%); (p=0.02)
- El aumento de la edad es directamente proporcional al número de pacientes estudiados que toman más de 3 fármacos (29%, 50%, 65%), igualándose este porcentaje entre los que consumen más de tres fármacos o no, en el grupo de edad de 70-79 años (50%, 50%); (p=0.04)
- La preinscripción de fármacos en el último año no tiene relación con el aumento de la edad según el estudio de casos llevado a cabo (10%, 12.5%, 10%).

- Existen pocos casos en el estudio llevado a cabo, que relacionen la edad con deterioro en los test de Pfeiffer, Lawton-Brody y MNA, pero todos estos coinciden con una edad avanzada (0%, 0%, 20%) (p=0.01, p=0.01, p=0.02, respectivamente).
- El aumento de la depresión es directamente proporcional al aumento de la edad en los pacientes estudiados (3%, 8%, 20%) (p=0.01)

Tabla 3: Diferencias de diferentes criterios que definen fragilidad, según grupos de edad.					
		64-69 años	70-79 años	80-89 años	Nº de personas
Afección	SI	19.35%	25%	55%	23
	NO	80.65%	75%	45%	52
		100%	100%	100%	75
Más de 3 fármacos	SI	29.03%	50%	65%	34
	NO	70.97%	50%	35%	41
		100%	100%	100%	75
Preinscripción último año	SI	9.68%	12.5%	10%	8
	NO	90.32%	87.5%	90%	67
		100%	100%	100%	75
Ingreso último año	SI	12.9%	29.17%	10%	13
	NO	87.1%	70.83%	90%	62
		100%	100%	100%	75
Atención en domicilio	SI	0%	1%	0%	1
	NO	100%	99%	100%	74
		100%	100%	100%	75
Test de Barthel	SI	0%	0%	5%	1
	NO	100%	100%	95%	74
		100%	100%	100%	75
Test de Lawton-Brody	SI	0%	0%	20%	4
	NO	100%	100%	80%	71
		100%	100%	100%	75
Test de Pfeiffer	SI	0%	0%	20%	4
	NO	100%	100%	80%	71
		100%	100%	100%	75
Depresión	SI	3.23%	8.33%	20%	7

	NO	96.77%	91.67%	80%	68
		100%	100%	100%	75
Test Mini-Mna	SI	6.45%	8.33%	20%	8
	NO	93.55%	91.67%	80%	67
		100%	100%	100%	75

Número de criterios de fragilidad según sexo, edad y convivencia:

Los resultados obtenidos de la tabla 4:

- La relación entre el número de criterios definitorios de fragilidad y el sexo según el estudio de casos estudiados, nos indica que, en el sexo masculino hay una mayor diferencia de porcentaje de no frágiles, entre los frágiles con una única afección (48%, 18%), mientras que en las mujeres, se observa una mayor igualdad de porcentaje (38%, 31%).
- Podemos observar que, el porcentaje de personas estudiadas con 0 criterios disminuye a medida que aumenta la edad de estas [58%,37.5%, 20%] (p=0.02). También aumentan los casos de personas con 3 ó más criterios a medida que aumenta la edad de los encuestados [3%, 17%, 35%] (p=0.02) .
- Casi la mitad de los pacientes que no viven solos tienen 0 criterios definitorias de fragilidad (44%).

Tabla 4: Variables sexo, edad y convivencia relacionadas con el número de criterios definitorias de fragilidad.

Frecuencia de afecciones por fila		0 criterio	1 criterio	2 criterios	3ó + criterios	Total
Sexo	Varón	45.45%	18.18%	24.24%	12.12%	100%
	Mujer	38.10%	30.95%	11.90%	19.05%	100%
Edad	64-69 años	58.06%	22.58%	16.13%	3.23%	100%
	70-79 años	37.50%	25%	20.83%	16.67%	100%
	80-89 años	20%	30%	15%	35%	100%

Vive solo	No	44.26%	24.59%	16.39%	14.75%	100%
	Si	28.57%	28.57%	21.43%	21.43%	100%

DISCUSIÓN:

A pesar de que la fragilidad se encuentra en una alta incidencia entre la población mayor de 65 años y cada vez el porcentaje de ésta es mayor respecto a la población general, existen pocos estudios que evalúen y busquen una manera de reducirla y poder luchar contra ella con unas herramientas eficaces.

Antes de analizar estos y otros resultados obtenidos en el estudio, sería conveniente observar la validez de éste, en cuanto a la posible existencia de sesgos que pudieran enmascarar los datos.

El que todos los pacientes del estudio tengan su domicilio en la misma zona de Valladolid, se encuentren en los mismos rangos de edades y posean en general, un nivel socio-cultural y económico similar, nos permite reducir el sesgo en la selección de controles. Hay que dejar claro que todos los participantes del estudio pertenecen al mismo Centro de Atención Primaria (Tórtola).

Por otro lado el empleo de cuestionarios validados como el Test de Barthel, Test de Lawton Brody, Test de Pfeiffer y el Mini MNA, y el empleo del programa informático Medora para la correcta comprobación de los datos de la encuesta, permiten reducir aún más la existencia de sesgos.

En el estudio realizado en el Centro de Atención Primaria de Tórtola (Valladolid) se ha obtenido una prevalencia de fragilidad del 58,7%.

Los resultados obtenidos, coinciden en que, el consumo de más de 3 medicamentos al día, es el principal problema de la fragilidad.

Los resultados en la prevalencia de fragilidad en relación con la edad y otras variables del estudio, son afines a otros estudios consultados, lo que refuerza todavía más la validez del estudio.

Entre las posibles limitaciones del estudio que pueden encontrarse, no se ha obtenido una muestra suficiente para que sea estadísticamente representativa, que permita demostrar, la relación entre el riesgo de desnutrición y la fragilidad, como se observaba en artículos anteriormente citados.

CONCLUSIONES:

Del estudio se pueden extraer las siguientes conclusiones:

Se puede decir que hay una alta prevalencia de fragilidad en las personas mayores de 65 años estudiadas.

Como se observaba en estudios citados en la búsqueda bibliográfica, el porcentaje de fragilidad aumenta a medida que lo hace la edad de las personas.

El consumo de más de tres medicamentos al día es, el más repetido de los criterios que determinan fragilidad en la población estudiada, por lo que si queremos reducir este porcentaje, debemos de buscar mecanismos de actuación sobre este problema.

El criterio definitorio, “tener diagnosticada depresión”, aumenta en las personas a medida que aumenta la edad de éstas.

Los pocos casos del estudio en los que se observa un deterioro cognitivo y dependencia, coinciden en una edad superior a los 80 años.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Aragonés Soler P, et al. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor, Estrategia de Promoción y Prevención en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.
2. Carlos Gil AM, et al. Desarrollo de criterios, indicadores de complejidad y estrategias de manejo en fragilidad. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
3. Alonso Galbán P, et al. Diagnóstico de fragilidad en adultos mayores de una comunidad urbana. Revista cubana de salud pública.2009; 35 (2) disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200016
4. Abizanda Soler P, et al. Fragilidad y dependencia en Albacete (estudio FRADEA): razonamiento, diseño y metodología. Rev Esp Geriatr Gerontol.2011.doi:10.1016/j.regg.2010.10.004
5. Suay Cantos AL. Anciano frágil, guía de actuación en A. P.
6. Cantera Ruipérez I. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid: Instituto Nacional de Salud; 1995.
7. Pérez Durillo FT. Estudio comparativo de la ingesta alimentaria y el estado nutricional en ancianas con y sin fractura de cadera. Atención Primaria. 2011; 43 (7): 362-368. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90023820&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=15&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v43n07a90023820pdf001.pdf
8. Camina-Martín MA, et al. Nutritional status assessment in geriatrics: Consensus declaration by the Spanish society of geriatrics and gerontology nutrition work group. Maturitas (2015). Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.04.018>

9. Ollero Baturone M. Atención a pacientes pluripatológicos. 2 edición, Sevilla: Consejería de Salud; 2007.
10. Gallud J. Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2004.

ANEXOS:

Anexo 1:

Test de Barthel:

ACTIVIDADES	VALORACION	PUNTOS
Comer	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente	0
Deposiciones	Continente	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinente	0
Micción	Continente o capaz de cuidarse la sonda	10
	Ocasionalmente, máx. un episodio de incontinencia en 24 h, necesita ayuda para cuidar la sonda	5
	Incontinente	0
Usar el retrete	Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión	10
	Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas, sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para subir y bajar escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión	5
	Dependiente	0
PUNTUACION TOTAL		< 55+

Anexo 2:

Test de Lawton Brody:

• ACTIVIDAD	VALORACION	PUNTOS
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc. Marca unos cuantos números bien conocidos Contesta el teléfono pero no marca No usa el teléfono	1 1 1 0
IR DE COMPRAS	Realiza todas las compras necesarias con independencia Compra con independencia pequeñas cosas Necesita compañía para realizar cualquier compra Completamente incapaz de ir de compras	1 0 0 0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia Prepara las comidas si se le dan los ingredientes Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada Necesita que se le prepare y sirva la comida	1 0 0 0
CUIDAR LA CASA	Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados) Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable Necesita ayuda en todas las tareas de la casa No participa en ninguna tarea doméstica	1 1 1 1 0
LAVADO DE ROPA	Realiza completamente el lavado de ropa personal Lava ropa pequeña Necesita que otro se ocupe del lavado	1 1 0

MEDIO TRANSPORTE	DE	Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche	1
		Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público	1
		Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	0
		Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
		No viaja	
RESPONSABILIDAD SOBRE MEDICACIÓN	LA	Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
		Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas	0
		No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
CAPACIDAD UTILIZAR DINERO	DE EL	Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
		Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.	1
		Incapaz de manejar el dinero	0
PUNTUACION TOTAL			

Anexo 3:

Test de Pfeiffer

	(+)	(-)
1. ¿Qué día es hoy? (día del mes, mes, año)		
2. ¿Qué día de la semana es hoy?		
3. ¿Dónde estamos ahora?		
4. ¿Cuál es su número de teléfono? o... ¿cuál es su dirección? (si no tiene tlf)		
5. ¿Cuántos años tiene?		
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)		
7. ¿Quién es ahora el presidente del Gobierno?		
8. ¿Quién fue el anterior presidente del Gobierno?		
9. ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?		
10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0		
Puntuación Total.....		

Anexo 4:

Test de cribaje Mini Nutritional Assessment (MNA):

TEST DE CRIBAJE (1ª parte)		
PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTAS	PUNTOS
A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?	Anorexia grave	0
	Anorexia moderada	1
	Sin anorexia	2
B. Pérdida reciente de peso (<3 meses)	Pérdida de peso >3 Kg	0
	No lo sabe	1
	Pérdida de peso entre 1-3 Kg	2
	No ha habido pérdida de peso	3
C. Movilidad	De la cama al sillón	0
	Autonomía en el interior	1
	Sale del domicilio	2
D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?	Si	0
	No	1
E. Problemas neuropsicológicos	Demencia o depresión grave	0
	Demencia o depresión moderada	1
	Sin problemas psicológicos	2
F. Índice de masa corporal (IMC=peso/talla ² en Kg/m ²)	IMC<19	0
	IMC ≥19 y <21	1
	IMC ≥21 y <23	2
	IMC ≥23	3
PUNTUACION TOTAL CRIBAJE		<= de 11+

