



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**[EVALUACIÓN DE LAS
NECESIDADES DE CUIDADOS
DE ENFERMERÍA EN EL
ANCIANO EN SU DOMICILIO]**

Autora: Laura Cabero Arias

Tutor/a: M^a José Cao Torija

RESUMEN

El anciano se encuentra en un periodo del ciclo vital caracterizado por cambios fisiológicos y/o patológicos de tipo funcionales, cognitivos y socioeconómicos que conllevan a la pérdida gradual o brusca de autonomía. El mantenimiento de un nivel aceptable de independencia es un proceso influenciado, sobre todo, por el papel de la familia en la vida del anciano y de las intervenciones sanitarias y sociales.

Así, para elaborar un plan de cuidados de Enfermería efectivo y focalizado en las necesidades más prioritarias del anciano, es necesaria una valoración multifocal que nos transmita con fidelidad los datos relativos a la dependencia y estado general del anciano. Este Trabajo de Fin de Grado tiene por objetivo crear una nueva herramienta, fiable y sencilla de utilizar, para evaluar las necesidades de cuidados del anciano en su domicilio basada en escalas ya existentes.

Como resultado se ha creado la Valoración Geriátrica Integral Adaptada al Domicilio (VGIAD), en el Anexo 1. **Palabras clave:** anciano, domicilio, valoración geriátrica integral, Enfermería.

Abstract

The elderly is a period of the lifetime characterized by physiological and/or pathological changes in terms of functionality, cognitive and socio-economic state that leads to gradual or sudden loss of autonomy. Maintaining an acceptable level of Independence is a process mainly influenced by the role of the family in the very daily life of the Elder person and both health and social interventions.

For elaborating an effective nursing care plan focussed on the most priority needs of the elder person, we need a multifocal assessment that faithfully transmit the general state and level of independence. This thesis means to create a new, reliable and simple tool for the Elder person's care needs to be evaluated at home. The scales that have been included in the new tool are based for what other actual scales.

As a result, a new tool has been created: Valoración Geriátrica Integral Adaptada al Domicilio (VGIAD), in the Annex 1. **Keywords:** elderly, home, geriatric assessment and Nursing.

ÍNDICE	Página
1. Introducción y justificación,	2.
2. Objetivos,	2.
2.1 objetivo general,	2.
2.2 objetivos específicos,	2.
3. Metodología,	3.
4. Desarrollo del tema,	4.
4.1 El anciano,	4.
4.1.1 Cambios anatomobiológicos del envejecimiento,	4.
4.1.2 Cambios psíquicos,	8.
4.1.3 Cambios socioeconómicos,	10.
4.2 La atención en el domicilio y la dependencia,	10.
4.3 La familia,	13.
4.4 La Enfermería en la Geriatria,	14.
5. Implicaciones para la práctica,	15.
5.1 Valoración Geriátrica Integral Adaptada al Domicilio,	16.
5.1.1 Valoración funcional,	17.
5.1.2 Valoración movilidad: marcha y equilibrio,	19.
5.1.3 Valoración deterioro cognitivo,	19.
5.1.4 Valoración social,	20.
5.1.5 Valoración afectiva,	21.
5.1.6 Valoración del estado nutricional,	21.
6. Conclusiones,	22.
7. Bibliografía,	24.
8. Anexo 1,	28.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

España, como país desarrollado, se caracteriza por una población envejecida en la que el número de ancianos se aproxima al 24% según el Instituto Nacional de Estadística en su publicación del censo de población y viviendas. Entre 1992 y 2013, la diferencia de esperanza de vida entre hombres y mujeres ha disminuido. Así, en 1992 la esperanza de vida en mujeres era de 81,2 y en hombres de 73,9 años; siete años de diferencia aproximadamente de media. En 2013 la esperanza de vida en mujeres aumenta hasta los 85,6 años y en hombres hasta 80 años, ahora difiere en cinco años y medio. ^[1]

La persona durante la tercera edad sufre cambios sociales, laborales, mentales, funcionales y personales que tendrán un efecto sobre las actividades básicas de la vida diaria y sobre el resto de las esferas. El anciano progresivamente pierde autonomía y es necesaria una actuación desde el ámbito sanitario. Tanto es así, que la demanda de asistencia sanitaria ha ido en aumento los últimos años, siendo necesaria una actuación muy específica por el Sistema Nacional de Salud. ^[2]

Para llevar a cabo una actuación de calidad, es necesario proporcionar al personal de Enfermería herramientas para valorar correctamente las necesidades de todos los ancianos en su domicilio, que es el ámbito de actuación motivo de nuestro trabajo. Gracias a que sea una valoración en el domicilio obtendremos datos fiables, pudiendo comprender a cada anciano de forma personalizada y establecer posteriormente planes de Enfermería que se ajusten a las necesidades básicas alteradas.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Construir una herramienta orientada al personal de Enfermería para facilitar la valoración de las necesidades más prioritarias de los cuidados del anciano en su domicilio.

2.2 Objetivos específicos

- Tener en cuenta el marco teórico, tanto de los cambios fisiológicos, como de los cambios generales en la vida del anciano para la valoración en su domicilio.
- Construir una guía de acción destinada a la Enfermería para valorar las necesidades más prioritarias del anciano en su domicilio.
- Basar la nueva herramienta de valoración en escalas ya existentes, adaptándolas a la situación que nos ocupa: ancianos en su domicilio que necesiten una evaluación de dependencia.
- Contemplar a los familiares o cuidadores principales en el proceso.

3. METODOLOGÍA

Este Trabajo de Fin de Grado se desarrolla a partir de un amplio análisis, revisión bibliográfica y una búsqueda de información relacionada con los objetivos general y específicos que nos ocupan; siendo la población diana las personas mayores de 65 años.

Con el objeto de utilizar información fidedigna, han sido utilizadas bases de datos científicas en línea como Medline, Cochrane Library, Medline Plus, Google académico, SCIELO o la Biblioteca Virtual de Salud de España; además de libros y guías publicados por los principales nombres en Geriátrica y Gerontología iberoamericana y las páginas web oficiales de ayuntamientos y Ministerios españoles.

Se ha dado prioridad a publicaciones de ámbito nacional de los últimos años, ya que los cuidados en el domicilio se han visto alterados notablemente debido a los cambios demográficos y sociales de nuestro país. En total han sido revisados más de veinte artículos y libros, de los cuales han sido seleccionados 11 artículos y tres libros, contrastando información para proporcionar fidelidad científica. Además de las páginas web de diferentes administraciones autonómicas o del Gobierno Central, Juntas, Ministerios y Asociaciones de nuestro país. Para las búsquedas, las palabras clave han sido: valoración geriátrica integral, cambios, anciano, Enfermería, test o necesidades básicas. Esta selección de información ha servido de referencia para la creación de una

nueva herramienta de valoración: la Valoración Geriátrica Integral Adaptada al Domicilio (VGIAD).

4. DESARROLLO DEL TEMA

En esta primera parte del desarrollo del tema veremos el marco teórico que nos permite comprender los cambios en el anciano, la oferta de servicios sociales que existen en relación con la dependencia, el papel que juegan los familiares del anciano en su cuidado y el papel de la Enfermería en Geriátrica. Estas contemplaciones han sido fundamentales para crear una herramienta de calidad, incluyendo las necesidades que, tras la revisión bibliográfica, han sido consideradas las más prioritarias a evaluar en el anciano. Todo ello es importante, pues por muy simplificadas que sean las herramientas de evaluación siempre es necesario tener los conocimientos suficientes para dar una atención de calidad y personalizada.

4.1 EL ANCIANO

Para valorar de forma integral a un anciano debemos atender a todas sus características. La persona a partir de los 65 años se encuentra en un punto vital repleto de cambios a nivel físico, biológico, funcional, social, económico y psíquico. Estos cambios pueden conducir a la pérdida gradual de autonomía y a la adquisición de cierto grado de dependencia. Para entender la realidad a la que nos enfrentamos debemos conocer estos cambios.

4.1.1 CAMBIOS ANATOMO-BIOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO

El cuerpo humano sufre constantes cambios fisiológicos a un ritmo variable desde el nacimiento, a lo largo de la edad temprana, más tarde la edad adulta y finalmente hasta la muerte. Conocer los cambios en la edad que nos ocupa provee al personal de Enfermería una visión enriquecida de los cuidados geriátricos.

- **Piel y tejido conjuntivo:** aparición de arrugas, alopecia, canas, piel seca, prurito, cicatrización enlentecida, elongamiento del tejido conjuntivo de las partes más

distales (orejas, nariz, labios, manos etc) y una disminución en la sudoración son consecuencias de una disminución en el riego sanguíneo en la dermis, de la pérdida de colágeno, disminución de la regeneración de la piel y los melanocitos. [3]

- **Sistema músculoesquelético:** en el anciano, el tejido muscular esquelético se ve disminuido, lo que se traduce como pérdida de fuerza y funcionalidad o sarcopenia. El tejido óseo se vuelve más frágil por una diferencia de actividad osteoclástica y osteoblástica, haciendo del anciano una persona proclive a la fractura. A esto se suma la disminución de regeneración ósea y, por lo tanto, la recuperación es más lenta. Destacan la calcificación de tejidos blandos, la esclerosis de la parte subcondral del hueso, la formación de osteofitos y las calcificaciones periósticas. Estos cambios afectan de forma importante a la estructura vertebral y cuerpos intervertebrales y al cambio de inclinación a nivel del cuello del fémur, que pasa de 126° a 120° y se vuelve más susceptible a fracturas. A partir de la menopausia, esto ocurre especialmente en mujeres, pues tienen tres veces más riesgo de fractura de cadera a partir de los 50 años. Además, existe una pérdida de elasticidad de los tendones y ligamentos y una redistribución del tejido adiposo. [3]
- **Sistema nervioso:** durante la vejez se reduce el volumen y peso cerebral en torno a un 7 y 8% mientras que se pierden un tercio de las fibras nerviosas que conforman los nervios periféricos. La disminución del peso cerebral se asocia a los cambios volumétricos de las neuronas, donde los cuerpos neuronales disminuyen en tamaño, las dendritas en número y los axones en longitud. Esto disminuye la capacidad de procesar y manejar nueva información, la memoria de fijación y la capacidad de resolución de problemas. No afecta a la personalidad.

Con la degeneración nerviosa periférica se reduce la velocidad del potencial de acción, disminuye la sensibilidad táctil, la sensibilidad vibratoria y se pierde gran parte de los sentidos. [2]

- **Sistema endocrino:** los niveles circulantes de hormonas como testosterona, hormona del crecimiento y estrógenos conllevan cambios como la disminución de la síntesis proteica y la masa muscular, disminución de la masa ósea y lipídica, el aumento a la resistencia de insulina, aumento del riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, fatiga, depresión, anemia o disminución de la libido. [3]

- **Sistema circulatorio:** los cambios más significativos son la hipertrofia y fibrosis del ventrículo izquierdo, así como calcificación y estenosis valvulares que pueden terminar en insuficiencia cardíaca. Del mismo modo, a partir de los 70 años se conservan en torno al 10% de células marcapasos del nódulo sinoauricular, por lo que son frecuentes las arritmias en ancianos.

A nivel periférico se producen cambios en los vasos. Los más importantes son la dilatación de las grandes arterias, aumento del lumen vascular y engrosamiento de las paredes secundario a un depósito de calcio, tejido conjuntivo, ésteres de colesterol y otras sustancias lipídicas. El resultado son unos vasos más rígidos y una luz vascular disminuida que afectará al aporte sanguíneo, la tensión arterial y a la función del corazón. [3]

- **Sistema respiratorio:** todos los componentes del sistema respiratorio se ven alterados. La elasticidad del pulmón disminuye, las vías respiratorias se calcifican, los cilios del epitelio bronquial son menos numerosos, el reflejo tusígeno se ve deteriorado y la superficie alveolar es menor. Además la caja torácica sufre cambios conformacionales, <<torax en tonel>> que dificulta la función respiratoria. [2]
- **Aparato digestivo:** la disfuncional motilidad esofágica puede manifestarse como episodios de regurgitación o espasmos dolorosos. La mucosa gástrica se vuelve más susceptible a las lesiones por jugo gástrico.

A nivel del intestino grueso existe un enlentecimiento de la motilidad, metabolismo e inmunidad. Está demostrada la disminución de neuronas del plexo mientérico, encargado de los movimientos intrínsecos gastrointestinales, por lo que existe una prevalencia elevada de estreñimiento y diverticulosis. Aparecen unas heces más duras por un aumento de la absorción de agua y, muchas veces, un consumo menor de fibra. Por último, existe un aumento de colágeno a nivel del esfínter anal interno que suele provocar incontinencia fecal.

El volumen hepático disminuye de forma importante a partir de la década de los 70, lo que se asocia a una disminución del aclaramiento biliar de algunas sustancias. El páncreas también disminuye de peso y volumen. [3]

- **Sistema excretor urinario:** el declive de la actividad renal con la edad puede verse en los valores plasmáticos de creatinina y en la presencia de proteinuria. Cabe destacar el efecto de la hiperplasia benigna de próstata sobre los hábitos urinarios en hombres, caracterizada por un vaciamiento vesical más frecuente. ^[2]
- **Sistema inmune:** la inmunidad celular o mediada por células es la respuesta inmune que más se ve afectada con el paso de los años. Con el mantenimiento de los linfocitos B periféricos se mantiene la inmunidad humoral, sin embargo el número de autoanticuerpos aumentan en un 80% de ancianos. ^[2]
- **Sistema hematológico:** aumentan los niveles de fibrinógeno y ciertos factores de coagulación mientras disminuye ligeramente la hemoglobina sérica. ^[2]
- **Órganos de los sentidos**
 - **Vista:** existe un enftalmos acompañado de hundimiento del pliegue parpebral superior con ligera pérdida de visión periférica. Aparece el arco senil, que no tiene significado patológico. Con la pérdida de elasticidad del cristalino aparece una presbiopía, lo cual disminuye la capacidad para enfocar. La fotoreactividad se vuelve perezosa y la visión cercana se ve deteriorada.
 - **Oído:** aparece presbiacusia por degeneración del nervio auditivo y un engrosamiento de la membrana del tímpano.
 - **Gusto:** por atrofia y disminución en número de papilas gustativas se ve muy afectado en la detección de los sabores salados.
 - **Olfato:** a nivel nervioso no está afectado pero sí existe una disminución que además colabora a la atrofia en el sentido del gusto.
 - **Tacto:** la discriminación entre dos puntos disminuye por una afectación nerviosa periférica, así como la sensibilidad vibratoria y el reconocimiento de estímulos a través del tacto. ^[3]

4.1.1.1 Enfermedades relacionadas con el envejecimiento

- *Patología cardiovascular* → Síncope, disritmias, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, hipotensión ortostática, hipertensión, patología vascular periférica, cardiopatía isquémica.
- *Patología metabólica* → diabetes, exceso de peso u obesidad.
- *Patología neurológica o psiquiátrica* → insomnio, depresión, ansiedad, deterioro cognitivo, síndromes disfuncionales del equilibrio, accidente cerebro vascular (ACV), crisis epilépticas, extrapiramidalismos, Parkinson, nódulos intracraneales etc.
- *Patología sensorial* → cataratas, alteraciones en la conducción nerviosa vestibular, angioesclerosis del oído interno con sordera o disminución de la sensibilidad propioceptiva con afección del equilibrio.
- *Patologías del aparato locomotor* → artrosis en fase avanzada, patología inflamatoria, osteoporosis, episodios agudos tales como esguinces o fracturas, heridas o patologías del pie.^[4]

4.1.2 CAMBIOS PSÍQUICOS

Los cambios anatomofuncionales y socioeconómicos repercuten en la vida psíquica de la persona. Un afrontamiento negativo del envejecimiento puede conducir a la labilidad emocional, depresión o ansiedad. En el anciano también ocurren cambios fisiológicos en este sentido y su conocimiento permite al enfermero tener una visión más exhaustiva y fiel a la realidad. Además podremos conocer el porqué de los cambios y las repercusiones en la vida del anciano en su domicilio.

4.1.2.1 Capacidades intelectuales

La pérdida de capacidades intelectuales y el enlentecimiento de procesos como el razonamiento están relacionadas con la degeneración senil de las neuronas y con la degeneración vascular en los últimos periodos de la vejez. Desde el punto de vista biológico, muchos autores concuerdan en que el declive comienza entre los 25 y los 30 años, tras alcanzar el punto de máximo rendimiento de las funciones intelectuales.^[6] Si bien este proceso acelera en las últimas décadas de forma fisiológica, está directamente influido por el ambiente laboral y social en los cuales la persona ha crecido, ya que de alguna manera la sociedad motiva o frena nuestro proceso de envejecimiento.^[5]

Entre los cambios más significativos destacan la disminución de espontaneidad en la reacción ante estímulos o situaciones o la disminución de la capacidad de resolver problemas o mantener la atención a procesos complejos. La fluidez verbal y la amplitud de vocabulario se ven normalmente alteradas. Sin embargo se conservan tanto la creatividad como la imaginación. Es frecuente que olviden acontecimientos a corto plazo, ya que su capacidad de retener y asimilar nueva información se encuentra alterada. [6]

Sin embargo, no hay que perder de vista que la inteligencia también se conforma por experiencia y conocimientos recogidos a lo largo de nuestra vida. Por ello, la llamada inteligencia general se ve equilibrada ya que por un lado se pierde espontaneidad y agilidad mental pero se conserva la memoria a largo plazo. [5]

4.1.2.2 Características personales

Según el tipo de personalidad las personas afrontan de formas diferentes la vejez, adaptándose mejor unas que otras a los cambios. Sin embargo, tras numerosos estudios de la personalidad y el envejecimiento se llega a la conclusión que existe una estabilidad en el comportamiento. Las personas mantenemos una estructura comportamental similar al resto de etapas del ciclo vital. Si bien a medida que envejecemos ciertos rasgos se acentúan, no hay cambios de personalidad exclusivamente ligados al envejecimiento. [6]

Sí que puede subrayarse la pérdida de capacidad de adaptación, lo que va íntimamente ligado al miedo a las situaciones nuevas o desconocidas. [5]

4.1.2.3 Afrontamiento de la soledad

La soledad es un concepto muy subjetivo. Muchos ancianos que viven solos no tienen un sentimiento de soledad mientras otros, que viven acompañados de su familia, refieren sentirse muy solos y apartados. La viudedad, pérdida de amigos cercanos u otras muertes de familiares supone un gran cambio en la vida del anciano, repercute en sus relaciones sociales, con la familia y consigo mismos. [5]

Aún hoy en día, el afrontamiento de la viudedad es distinto para hombres y mujeres debido a los diferentes roles que se han llevado a cabo en anteriores generaciones.

Aunque estas diferencias irán disminuyendo con el paso de los años, cabe destacar que actualmente por regla general la mujer tiene una adaptación más rápida y eficaz. [6]

4.1.3 CAMBIOS SOCIOECONÓMICOS

El anciano a partir de los 65 años afronta cambios sociales y económicos derivados de la jubilación. Sociales por dos motivos: porque dispone de un tiempo que antes lo ocupaba en el trabajo y tendrá que emplearlo en otras cosas; y porque deja de aportar a la sociedad el papel que venía desempeñando durante toda la vida. Además, la retribución de la pensión será proporcionalmente inferior al sueldo con el que hacía frente a todos sus gastos, especialmente en las pensiones de viudedad. [4]

El cambio necesario de estilo de vida y la disminución de su capacidad económica pueden suponer un choque que debemos tener en cuenta durante la evaluación de las necesidades básicas del anciano y la valoración geriátrica integral adaptada al domicilio (VGIAD), Anexo 1, que serán explicados más adelante.

4.2 LA ATENCIÓN EN EL DOMICILIO Y LA DEPENDENCIA

La vida del anciano en su domicilio, en el caso de encontrarse en un estado de dependencia, es muy diferente en función de cuales sean sus condiciones. Si vive solo o cuenta con una red de apoyo, si las condiciones del domicilio son las adecuadas para las actividades cotidianas, si los recursos económicos son los suficientes para mantener los requerimientos del hogar, si el deterioro funcional y la falta de recursos hacen necesario un cambio de domicilio etc. Todos estos factores repercuten en la calidad de vida del anciano en su domicilio y, por tanto, debemos tenerlos en cuenta en la obtención de datos para desarrollar un plan de Enfermería tras la valoración geriátrica integral como veremos más adelante.

En la actualidad, existe un amplio abanico de ofertas para el anciano en su domicilio en función de sus necesidades, sanitarias y no sanitarias. Es importante conocerlas para poder derivar a los pacientes al mejor profesional en función a sus requerimientos.

4.2.1 Ley de LAPAD

En España desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad aparece el proyecto <<Sistema de autonomía y atención a la dependencia>> o SAAD. El SAAD son los servicios y prestaciones económicas dirigidas a la promoción de autonomía y atención a personas en situación de dependencia. [7]

La alteración funcional, cognitiva o socioeconómica conlleva en muchas ocasiones que el anciano se encuentre en una situación de dependencia. Por ello, y por el resto de casos de dependencia en personas, con la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas con Dependencia (LAPAD) se crea un derecho social subjetivo nuevo, la atención en situación de dependencia. Esto ha supuesto un incremento del servicio domiciliario para satisfacer la demanda.

La LAPAD ofrece una definición de dependencia: << *El estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria o, en caso de la persona con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal* >>. [2]

4.2.2 Panorama actual de los servicios al anciano en su domicilio

Actualmente los cuidados y la valoración del anciano en su domicilio se llevan a cabo por diversos profesionales a través de diferentes campos.

Servicios públicos

- Atención Primaria: desde el equipo de atención primaria de los centros de Salud (CS) se realizan visitas domiciliarias a demanda y programadas. Puede ser por parte médica o por parte del equipo de Enfermería.
- Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD): El rol profesional de los auxiliares del SAD viene descrito en la siguiente definición:

<<El trabajo del auxiliar de ayuda a domicilio consiste en apoyar en su casa a personas mayores que se encuentran en situación de fragilidad o de dependencia,

haciendo con ellas y/o por ellas, y en colaboración con su familia u otros allegados, las actividades de la vida diaria en las que precise ayuda, aplicando estrategias y procedimientos tendentes a preservar y restaurar las capacidades de la persona (autonomía e independencia), de modo que pueda favorecerse el desarrollo de su propio plan de vida y mantenerse en su entorno en condiciones de dignidad>>. [2]

Los trabajadores sociales establecen el nivel de dependencia a través de exámenes como el Baremo de Valoración de Dependencia (BVD), tras el cual asocian al anciano a un grado de dependencia que le permitirá obtener más o menos ayudas. [2]

El SAD en España tiene oferta tanto en el ámbito público como en el privado. En el ámbito público, los ayuntamientos y organizaciones locales son los encargadas de elegir a personas susceptibles del servicio y administrar los recursos de la mejor forma posible. Mientras que en el ámbito privado existe un abanico de posibilidades en las que, normalmente, se pagan cuotas en función de los recursos económicos. Ambos ofrecen servicios personales (apoyo en la higiene, ABVD y otras actividades de la persona), servicios domésticos (preparación de la comida, lavandería, tareas del hogar etc) y servicios de adaptación al medio (desplazamientos). [8]

Servicios privados

- **Terapeutas ocupacionales:** diversas empresas privadas realizan visitas domiciliarias con el objeto de desarrollar las habilidades de la personas en sus actividades cotidianas con mayor autonomía. Por su parte, el terapeuta ocupacional analiza las características del paciente y elabora una serie de actividades para favorecer un envejecimiento activo. [9]
- **Fisioterapia en el domicilio:** la función del fisioterapeuta es prevenir e intervenir en las algias y áreas con funcionalidad deteriorada, especialmente en función respiratoria, deambulación y control motor. Además, colaborará con los cuidadores en los aspectos ergonómicos de los cuidados. El objetivo es evitar el ingreso hospitalario y, en el caso de haber ingresado recientemente favorecer la recuperación en el menor tiempo posible en términos de funcionalidad. Las intervenciones más frecuentes son en pacientes con hemiplejía, fracturas en

extremidades, prótesis de cadera o rodilla, enfermedad neurológica central o medular.^[10]

4.3 LA FAMILIA

En la actualidad lo más usual es que los ancianos no vivan en el mismo domicilio que sus hijos y nietos, sin embargo, para abordar los problemas de salud de un anciano se debe atender a los aspectos familiares.

Los roles de los integrantes han cambiado con hechos como la progresiva incorporación estandarizada de la mujer al trabajo, la lucha por la equidad de género, el aumento de la esperanza de vida, los cambios demográficos, los roles de los miembros de la familia, la relación entre padres e hijos y otros niveles generacionales y con la tendencia a la independencia familiar. Esto ha conllevado un cambio en la dinámica de la estructura familiar.^[6]

En la actualidad el rol del anciano puede estructurarse en dos fases en función de sus capacidades físicas y económicas:

- Una primera fase donde el anciano goza de independencia y autonomía. Ayuda en la crianza de los nietos, hace recados por su disponibilidad total de tiempo y da apoyo a otras necesidades de la familia. En esta fase el anciano se siente útil y recibe consideración por parte del resto de miembros de la familia por su papel activo en la dinámica familiar.
- En una segunda fase el anciano progresivamente pierde facultades tanto físicas como cognitivas en mayor o menor grado. Los papeles se invierten y ya no puede cumplir con el mismo papel en la dinámica familiar. Comienza a precisar de ayuda en su vida cotidiana. En esta fase deja de cuidar para ser cuidado, por lo que corre el riesgo de pasar a ser considerado como una carga familiar.^[6]

A partir de este momento la labor de Enfermería supone identificar los problemas tanto del anciano como de los cuidadores principales y ayudar a administrar los recursos de la mejor forma.

En la mayor parte de los casos los ancianos reciben ayuda de sus hijos. Si bien es así, no existen las ayudas suficientes para los cuidadores informales. Los problemas de los cuidadores principales surgen a partir del momento en que la necesidad de cuidados y de supervisión al anciano se tornan continuas. En la mayor parte de los casos los hijos tienen que atender a su vida laboral, las necesidades de sus propios hijos y las necesidades de los padres. Todo ello conlleva un cansancio, muchas veces acompañado de ansiedad por no saberse resolutivos en muchas dificultades del anciano. El tiempo de ocio de los cuidadores se ve limitado y se plantean contratar a una persona que supla las funciones en su ausencia. Es posible que muchas familias tengan que destinar una parte importante de los recursos económicos al anciano y no puedan afrontar los gastos. Todo ello termina, muchas veces, por conllevar riesgos para el anciano. ^[11]

4.3.1 Factores que afectan a los cuidadores principales

- Falta de recursos económicos.
- Falta de recursos en la comunidad: la falta de apoyo por parte de la comunidad aumenta la vulnerabilidad de las familias y, por tanto, la posibilidad de sufrir accidentes o enfermar.
- Relaciones familiares previas.
- Falta de salud en el cuidador: cuando el cuidador es anciano también o padece alguna enfermedad aguda o crónica.
- Falta de apoyo psicológico y de formación para cuidar. ^[6]

4.4 LA ENFERMERÍA EN GERIATRÍA

Según la OMS, la enfermería se define como:

<<La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.>> ^[12]

Podríamos resumir que un enfermero es el prestador profesional de cuidados a todo tipo de personas, enfermas y no enfermas. Los ancianos son un grupo de la sociedad con unas características y necesidades específicas, no necesariamente enfermos. La atención domiciliar de Enfermería supone una alternativa eficaz a la institucionalización, la cual se tiende a entenderse como última opción mientras no sea necesario. Así, la mayor parte de ancianos reside en su domicilio, siendo el servicio de Atención Primaria el referente a sus cuidados de salud.

Entre los objetivos de la Enfermería en Geriátrica figura la incorporación activa de la familia en los cuidados del anciano, ya que según diversos estudios realizados en España, en la mayor parte de los casos la persona mayor de 65 años vive con su cónyuge o con los hijos. En cualquiera de los casos, viviendo sólo o con algún familiar, es función de Enfermería orientar al cuidador en sus funciones favoreciendo la autonomía del anciano.

Actualmente los cuidados de Enfermería al anciano en su domicilio se llevan a cabo desde el Centro de Salud. Los cuidados están orientados a situaciones agudas como pueden ser cura de UPP, cambios de sonda vesical, cura de herida quirúrgica, control de enfermedades crónicas en los casos de imposibilidad de acudir al Centro de Salud, entre otros. Durante una visita domiciliar el enfermero debe valorar al paciente de forma integral, cuidando los aspectos socioeconómicos y psicológicos además de los biológicos. ^[13]

En conclusión, los enfermeros están preparados porque durante su formación facultativa reciben competencias en Geriátrica y Metodología de la investigación, junto con el resto de campos con los que se está trabajando.

5. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Tras el análisis de los cambios fisiológicos, las diferentes esferas de la vida cotidiana del anciano, los servicios y leyes que desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se han promovido en estos últimos años, el papel de la Enfermería y la

familia en la vida cotidiana del anciano en su domicilio; se propone una forma de evaluar fácilmente a la que llamaremos Valoración Geriátrica Integral Adaptada al Domicilio (VGIAD).

El proceso de atención a los cuidados de Enfermería en el anciano se estructura como podemos ver en *Tabla 1*. De estas fases en este Trabajo de Fin de Grado se desarrollan las dos primeras. Sería conveniente que, tras la aplicación de la VGIAD, se elaborase un Plan de Cuidados de Enfermería focalizado en las áreas alteradas que esta herramienta contempla.

Cuidados del anciano en su domicilio

<u>La identificación de los problemas de salud</u>	<u>Motivo de consulta</u>
<u>Observación y búsqueda de información completa</u>	<u>VGI adaptada al anciano en su domicilio.</u> <u>Establecer prioridades.</u>
Planteamiento de una hipótesis	Diagnóstico de Enfermería presuntivo y elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería.
Evaluación de la hipótesis	Seguimiento de la evolución clínica, posible revalorización.
Confirmación o rechazo de la hipótesis	Diagnóstico final y tratamiento continuado

Tabla 1: *La evaluación como primera fase de los cuidados del anciano en su domicilio subrayada.*

5.1 VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL ADAPTADA AL DOMICILIO (VGIAD)

La valoración geriátrica integral (VGI) en la que nos hemos basado no es una herramienta novedosa. Constituye un proceso de evaluación multidimensional con el objetivo de proporcionar, a raíz de los ítems alterados, un plan de cuidados personalizado y específico que mejore la calidad de vida del anciano. Para un uso adecuado deben incluirse siempre los mismos ítems y repetirlo a lo largo del tiempo siguiendo el mismo proceso. ^[14] Ya en el año 2000, P. Abizanda Soler analizaba el uso de la VGI, concluyendo con que existe una heterogeneidad en cuanto a los ítems y profesionales que lo aplican. ^[15] Trece años más tarde, parte de los profesionales de esta investigación volvió a realizar un estudio descriptivo transversal con el objetivo de comparar resultados. En esta ocasión concluyeron que, aunque se sigue trabajando con heterogeneidad, existe cierta tendencia al uso del índice de Barthel y Lawton y Brody en

funcionalidad; time up and go en marcha y Mini Mental State en la función cognitiva.

[16] Así, hoy en día sigue disminuyendo la hospitalización, la mortalidad y la institucionalización, mejora el abordaje de las alteraciones del anciano y cubre varias esferas de su vida, además de una mejora en el uso de recursos sociales. [14]

Con este Trabajo de Fin de Grado se trata de proporcionar al enfermero una nueva herramienta fácil de utilizar basada en la Valoración Geriátrica Integral a la hemos denominado Valoración Geriátrica Integral Adaptada al Domicilio (VGIAD). Para trabajar en la línea de la mayoría se propone utilizar las escalas más extendidas de una forma simplificada para su más sencilla aplicación.

En esta herramienta se han modificado escalas existentes para cubrir los ítems de mayor prioridad en la valoración del anciano en su domicilio. Tras establecer dichas prioridades referentes a las áreas de necesidad de cuidados de Enfermería en el anciano, se ha incluido una valoración funcional, una valoración de marcha y equilibrio, una valoración del estado cognitivo, una valoración social, afectiva y del estado nutricional. Siempre teniendo en cuenta la colaboración del cuidador principal en caso de ser necesario.

Originalmente, si conjugamos las escalas elegidas, muchos ítems se repetirían haciendo que la valoración conllevara demasiado tiempo y los resultados fueran confusos. Con esta herramienta cada área se complementa con las demás y los resultados no dan pie a error. Diseñamos, por tanto, la VGIAD (Anexo 1), sencilla, multifocal y de rápida aplicación.

5.1.1 Valoración funcional

El estado funcional del anciano en su domicilio podría definirse como la capacidad de autocuidado, mantenimiento de actividad física habitual y rol en su domicilio.

En la valoración del estado funcional se recogen datos relacionados con las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD).

- **Índice de Barthel**

Las Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) constituyen las actividades más elementales enfocadas al autocuidado como el uso del wc, comer y el control de esfínteres y los inmediatamente superiores como hábitos de higiene, vestirse y desvestirse, caminar o las transferencias. Estas actividades no están sujetas a géneros y son universales en la especie humana. Las pérdidas se producen de forma inversa a la adquisición en la infancia. ^[17]

Para valorarlo se utilizará el índice de Barthel, ya que es más sensible a los cambios que el índice de Katz, su uso está más estandarizado y los resultados pueden objetivarse más fácilmente. Se propone una adaptación ya que para evaluar la funcionalidad de la persona de una forma íntegra también es necesario valorar las AIVD y las AAVD con la escala de Lawton y Brody y sino demoraría mucho tiempo la valoración global. La puntuación será de 0-100 de igual forma.

Se han eliminado los levantarse de cama y/o sillón y transferencias porque estos apartados los valoramos en el apartado marcha y equilibrio. En esta primera parte queremos valorar las actividades que el anciano es capaz de hacer de forma autónoma, separando la calidad de sus movimientos en otro apartado ya que se han considerado cuestiones diferentes.

Instrucciones: sumar la puntuación hasta un máximo de 100 puntos.

▪ **Escala de Lawton y Brody**

Herramienta para la evaluación de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD). Las primeras son las actividades relacionadas con la interacción con los objetos y la comunidad (hacer la compra, cocinar, realizar las tareas del hogar o manejo de la economía personal). Mientras que las segundas tienen que ver con el ocio del anciano, el deporte que practique, la vida religiosa o el uso de transportes. ^[17]

El ítem de lavar la ropa se ha sustituido por realizar actividad física según necesidades, por considerarse lavar la ropa dentro de las tareas del hogar. También se ha considerado más eficaz simplificar la valoración en si necesita ayuda total o parcial para realizar los ítems, ya que lo que buscamos es valorar la cantidad de ayuda que necesita. Además, el contaje se ha simplificado.

Instrucciones: sumar los puntos hasta un máximo de 30.

Para valorar estos cambios contamos con la observación, el anciano y sus familiares o principales cuidadores. La importancia de estas dos escalas reside en que el empeoramiento del estado funcional está relacionado con un aumento de morbilidad y mortalidad.

5.1.2 Valoración de la movilidad: marcha y equilibrio

Una correcta movilidad es la “habilidad de moverse de forma segura y eficiente”. La marcha y el equilibrio influyen la calidad de las transferencias, mientras el balance tiene que ver con el estado de las articulaciones. ^[18]

Existen varias formas de valorar la marcha y el equilibrio, sin embargo las más aplicables por el tiempo que conllevan y por la facilidad de llevarlas a cabo son:

- **Prueba << Timed up and go>>:** es una prueba de fácil aplicación en el domicilio del anciano. Para su realización valoraremos la rapidez de la marcha y la utilización de ayudas auxiliares. Se le pedirá al paciente que, sin utilizar los brazos, se levante de una silla, recorra tres metros y regrese a la silla para sentarse. Si el anciano tarda menos de 10 segundos se considera como normal, si tarda entre 10 y 20 segundos se relaciona con una pérdida de ABVD y caídas; mientras que un tiempo superior a 20 segundos está relacionado con la fragilidad y un riesgo alto de caídas. ^[18] Se aplica la ya existente.
- **Prueba de equilibrio:** una sencilla prueba que consiste en cronometrar el tiempo que el anciano consigue mantenerse en las siguientes tres posturas: pies uno al lado del otro con las caras internas juntas, posición semitándem y tándem. Se considera que el anciano no tiene problemas de equilibrio a partir de los 10 segundos en cada posición. ^[18] Se aplica la ya existente.

5.1.3 Valoración del deterioro cognitivo

Para la valoración del deterioro cognitivo es muy importante conocer la escolaridad del paciente, muchas veces en colaboración con los familiares o cuidadores principales. La prevalencia del deterioro cognitivo en ancianos alcanza un 20% en mayores de 80 años, aumentando progresivamente con la edad. ^[19]

La función cognitiva está directamente relacionada con la funcionalidad y la vida social del anciano, ya que supone un cambio en su nivel de independencia.

- **Mini-examen cognoscitivo o MEC de Lobo:** es una adaptación validada en España del internacional Mini Mental State (MMSE). Este sencillo test en su versión corta consta de 30 preguntas y puede llevar entre 5 y 10 minutos. No permite conocer la causa del deterioro cognitivo ni el dominio, por lo que nunca debe sustituir una evaluación clínica completa. Se aplica la versión ya existente.

Instrucciones: Para realizarlo invitaremos al anciano a colaborar y no lo corregiremos aunque se equivoque. En la parte de fijación haremos hincapié en que debe recordar las tres palabras, ya que más tarde se las vamos a preguntar. Cuando tenga que recordarlas le daremos un amplio margen sin ayudarlo. En las partes de leer, escribir y dibujar debe utilizar las gafas si las necesita. En cuanto a la frase que debe escribir debe tener sujeto, nombre y predicado, avisándole que se tomará como error si escribe su nombre. Por último, cada pentágono debe formar los 5 ángulos y los 5 lados. No es aplicable en personas analfabetas. Se acepta un error más en ancianos que no completaron los estudios primarios y un error menos en los ancianos con estudios superiores. ^[20]

Conocer el estado cognitivo del paciente nos permite valorar el grado de integración de la información que le proporcionamos y su capacidad para la toma de decisiones; así como valorar la necesidad de incluir un cuidador durante más o menos tiempo al día. ^[18]

5.1.4 Valoración social

Una valoración social en profundidad es función del trabajador social, sin embargo desde Enfermería nos interesa conocer la situación social del anciano, ya que influye necesariamente en el resultado del resto de los ítems. La ayuda que potencialmente requiere por nuestra parte no será igual si vive solo o acompañado, si cuenta con contactos familiares o no, si es viudo o no, si en su edificio hay ascensor o si ya recibe alguna ayuda formal. ^[19]

La herramienta que más se ajusta a este estudio es:

- **Escala de valoración sociofamiliar de Gijón adaptada:** empleada específicamente para personas mayores que viven en su domicilio. Su objetivo es detectar alteraciones en la situación familiar, en la vivienda, en sus relaciones sociales, economía y apoyos de la red social. ^[19]

Utilizaremos una versión simplificada, ya que nuestro objetivo es demorar el menor tiempo posible y detectar alteraciones generales para posteriormente realizar un estudio a fondo de cada esfera alterada. Si estuviera alterada la valoración social sería necesario derivar al paciente al Trabajador Social.

Instrucciones: sumar la puntuación de los diferentes ítems. Se considera que el corte para la detección de riesgo social es de 16 puntos. ^[21]

5.1.5 Valoración afectiva

El trastorno afectivo más común en el anciano es la depresión, seguido de la ansiedad, encontrándose en torno al 20% en hombres y hasta en un 40% en mujeres. ^[19] Podemos sospechar de una depresión en pacientes con pérdida de apetito, hospitalizados en varias ocasiones, con baja autoestima, falta de energía e interés y con periodos de ausencia repetitivos.

Existen varias herramientas para el tamizaje para depresión, sin embargo la escala de depresión de Yesavage en su versión corta es la más aplicable por el tiempo que conlleva su aplicación:

- **Escala de depresión geriátrica o test de Yesavage:** en su versión corta consta de 5 preguntas cerradas, dando positivo en depresión si tuviera alterados dos ítems. Ante un positivo en esta escala sería necesaria una evaluación clínica más profunda para el diagnóstico. En la versión larga hay preguntas menos relevantes para un diagnóstico. ^[18] Siendo así, se propone una adaptación de 7 ítems. Ante una duda momentánea del paciente en la versión corta puede verse alterado un ítem y dar positivo el test sin realmente estar ante un anciano con depresión. Así, esta adaptación es más fiable y conlleva menos tiempo que la versión larga. Contestarlas no conlleva un tiempo superior a 5 minutos.

Instrucciones: Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 1 y 4, el resto deben ser negativas. Cada alteración suma un punto. El test será positivo si la puntuación total es mayor de 5. ^[22] Al contener la mitad de preguntas, el corte de preguntas alteradas para detectar una posible depresión es la mitad. Las preguntas continúan siendo cerradas, es decir, que sólo puede contestarse <<sí>> o <<no>>. En función de la respuesta se valorará de 0 a 7 puntos.

5.1.6 Valoración del estado nutricional

Mantener un estado nutricional adecuado es esencial para prevenir la enfermedad, el deterioro funcional, cognitivo e incluso anímico. Un estado nutricional deteriorado está ligado a la morbilidad, una susceptibilidad mayor a padecer úlceras por presión, al ingreso hospitalario y a la mortalidad. ^[18]

La vigilancia de los parámetros que miden el estado nutricional y los signos de malnutrición es relativamente fácil en el domicilio. Lo más significativo es la pérdida de peso y la presencia de anorexia. Así, una pérdida de peso del 5% en un mes o un 10% a lo largo de 6 meses, está relacionado con mayor morbilidad y mortalidad. ^[18]

La herramienta que más se adapta a la evaluación del estado nutricional del anciano en su domicilio es:

- **Mini Nutritional Assessment Nestlé Nutrition Institute (MNA):** la versión extendida de MNA toma en torno a 15 minutos. Contempla los índices antropométricos estimados, parámetros dietéticos, evaluación global y valoración subjetiva. Con esta herramienta podemos clasificar a un anciano como persona bien nutrida, en riesgo de malnutrición o malnutrida con una puntuación máxima de 30. ^[18] Sin embargo, debido a las contemplaciones que ya hacen los test aplicados anteriormente, es más adecuado el uso de MNA que Nestlé Nutrition Institute ha adaptado para los ancianos. Así, en vez de valorar 18 ítems, sólo valora 6 ítems asegurando la fiabilidad. ^[23]

Instrucciones: se utilizarán peso y talla estimados en caso de no contar con una báscula. Sumar los puntos hasta un máximo de 14.

6. CONCLUSIONES

En conclusión, dado la cada vez más creciente demanda asistencial, es necesaria la elaboración de un protocolo aplicable de evaluación de las necesidades de cuidados del anciano en su domicilio.

Para ello, el personal de Enfermería debe tener la formación necesaria para comprender la situación global de la persona, los cambios fisiológicos asociados a esta etapa y los profesionales que dan cobertura a las necesidades que no son nuestra competencia.

Con este fin se ha creado esta sencilla herramienta (Anexo 1) de rápida aplicación, obteniendo resultados multifocales de gran utilidad que servirá para elaborar

posteriormente un plan de cuidados eficaz ajustado a las áreas afectadas. Así, será un factor de disminución de la morbi-mortalidad e institucionalización, mejorando la calidad de vida del anciano y, colateralmente, de sus principales cuidadores. Con esta herramienta, además, colaboraremos en la reducción del gasto sanitario tan elevado que supone una hospitalización que podría haber sido evitada con los medios adecuados.

Las competencias aplicadas más importantes durante el desarrollo de este Trabajo de Fin de Grado han sido las siguientes:

6.1 Competencias generales:

- *Capacidad para reunir e interpretar datos relevantes (dentro del área de Enfermería) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética.*
- *Capacidad para desarrollar aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía.*
- *Capacidad para transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.*

6.2 Competencias transversales

- *Capacidad para aplicar el razonamiento crítico.*
- *Capacidad de análisis y síntesis.*
- *Capacidad para aplicar los conocimientos en la práctica*
- *Capacidad para asumir el compromiso ético.*
- *Capacidad para reconocer la diversidad y multiculturalidad.*
- *Capacidad de resolución de problemas y toma de decisiones.*
- *Capacidad para aprender.*
- *Capacidad para usar adecuadamente medios informáticos y nuevas tecnologías.*
- *Capacidad para desarrollar habilidades de gestión de la información.*
- *Capacidad para desarrollar iniciativas y espíritu emprendedor.*
- *Capacidad para demostrar habilidades de investigación.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. INEbase / Demografía y población / Cifras de población y censos demográficos / Censos de Población y Viviendas 2011; 2016 [cited 2016 May 31]. Available from: http://www.ine.es/censos2011_datos/cen11_datos_inicio.htm.
2. P. Rodriguez, J. M. Marín, L. Bermejo, C. Valdivieso. Servicios de ayuda a domicilio, Manual de planificación y formación. Editorial Medica Panamericana ed. Serie Gerontológico Social, editor. Quintanapalla, 8, 4ª planta - 28050 Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2012.
3. P. Abizanda Soler, L. Romero Rizos, C. Luengo Márquez, P. M. Sánchez Jurado, J. Jordán Bueso. Medicina geriátrica, una aproximación basada en problemas. Elsevier Masson, editor. Barcelona, España; 2012. 11–37 p.
4. J. M. Ribera Casado, M. Lázaro del Nogal, M. J. Orduña Bañón, A. Gonzalez Ramirez. Guía de prevención: riesgos domésticos entre las personas mayores. Profesionales. [Riscos domésticos entre os idosos: guia de prevenção destinado a profissionais]. A. Oliveira, Fundación Maphre, I. Silva, translators; Fundación Maphre, editor. Artes Gráficas, Milharado, Mafra (Portugal); 2010.
5. M. L. Martínez Martín. EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA DE LA VEJEZ. Universidad Autónoma de Madrid. [cited 2016 May 6]. Madrid, España; 2008. Available from: https://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2_asignatura/temas/unidad2/8/tema8.pdf.
6. M. Povedano Jiménez. Enfermería Geriátrica y Gerontológica. España; 2012.
7. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Portal de la Dependencia. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD); 2014 Jun 27 [cited 2016 Jun 1]. Available from: http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/saad/el_saad/index.htm.
8. J. de Martí Vallés, N. Olius Camps. InfoResidencias. Atención domiciliaria (SAD) [cited 2016 May]. Available from: <https://www.inforesidencias.com/contenidos/mayores-y-familia/nacional/atencion-domiciliaria-sad>.
9. R. Matilla Mora. Intervención en el domicilio del anciano desde la terapia ocupacional. 2008 May [cited 2016 May 8]. Available from: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Domicilio_anciano_terapia_ocupacional.shtml.
10. B. Paz Lourido, S. Verger Gelabert. La perspectiva comunitaria en la fisioterapia domiciliaria: una revisión. Fisioterapia. 2007 Oct.

11. B. Escuredo. Las políticas sociales de dependencia en España: contribuciones y consecuencias para los ancianos y sus cuidadores informales. *Revista Española de Investigación Sociológica (REIS)*. 2007 Sep.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). World Health Organization. *Enfermería*; 2015 Sep 8 [cited 2016 Jun 1]. Available from: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>.
13. C. Gálvez-Romero, A. González-Valentín, E. de Ramón Garrido. Estado de salud y utilización de recursos sanitarios de una población de ancianos atendidos en domicilio. *SciELO*. Sep;(ISSN 1134-928X). Madrid; España. 2007 Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000300002.
14. C. Llanes Betancourt. Evaluación funcional y anciano frágil. *Revista Cubana de Enfermería*. 2008 Jun [cited 2016 Apr];24(ISSN 1561-2961). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192008000200005&script=sci_arttext&tlng=pt.
15. P. Abizanda Soler, J. Gallego Moreno, P. Sánchez Jurado, C. Díaz Torres. Instrumentos de Valoración Geriátrica integral en los servicios de Geriatria de España: Uso heterogéneo de nuestra principal herramienta de trabajo. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2000 Sep 1 [cited 2016 Jun 1];35(5):261–8. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-instrumentos-valoracion-geriatrica-integral-los-10017927>.
16. T. Flores Ruano, A. J. Cruz Jentoft, J. I. González Montalvo, A. López Soto, P. Abizanda Soler. Herramientas de valoración geriátrica en Servicios de Geriatria españoles. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2014 Oct;49(127045). Available from: http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=IBECS&lang=e&nextAction=lnk&exp_rSearch=test%20AND%20tinetti
17. Dirección de Servicios Sanitarios, Subdirección de Gestión Clínica y Calidad SESPA, Servicio de Salud del Principado de Asturias. Protocolo para el registro de actividades de la Valoración Funcional. Asturias (España); 2011.
18. L. Kameyama Fernández. Valoración geriátrica integral Revisión -Punto de vista. 2010 May 6; México. [cited 2016 May 30];(2):55–65. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102c.pdf>.
19. A. C Sanjoaquin Romero, E. Fernández Arín, M. P Mesa Lampré, E. García-Arilla Calvo. Valoración Geriátrica Integral. Tratado de Geriatria para Residentes. 2010.
20. C. Rodríguez Benito. Mini- examen cognoscitivo Lobo. 2008 [cited 2016 Jun 2]. Available from: http://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/mini_mental.pdf.
21. Junta de Andalucía. ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL, PSICOAFECTIVA Y SOCIOFAMILIAR. 2010 [cited 2016 Jun 2]. Available from:

- http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pacientes_pluripatologicos/08_anexos_pluri.pdf.
22. Servicio Andaluz de Salud. Hospital Virgen de las Nieves. 2008 [cited 2016 Jun 3]. Available from: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/test_de_yesavage.pdf.
23. Nestlé nutrition institute - MNA® elderly - overview; 2009 [cited 2016 Jun 3]. Available from: <http://www.mna-elderly.com/>.

ANEXO 1:**VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL ADAPTADA AL
DOMICILIO**

Paciente:.....

Nº de Historia:..... Fecha:/...../.....

Edad:.....

Peso:..... Talla:.....

Enfermero:.....

EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD:**Nivel I: ABVD (Barthel adaptado) → (10 minutos ambos)**

- Es capaz de alimentarse por sí mismo:.....
- Es capaz de ducharse por sí mismo:.....
- Se viste y se desviste por sí mismo:.. ..
- Lleva a cabo su aseo personal básico:
- Es continente en las deposiciones:
- Es continente en la micción:
- Puede deambular por sí mismo con o sin ayuda instrumental:...
- Es capaz de subir y bajar escalones con o sin ayuda instrumental:

Si	Ayuda/ ocasional	No
0	7	12,5
0	7	12,5
0	7	12,5
0	7	12,5
0	7	12,5
0	7	12,5
0	7	12,5
0	7	12,5

*0-20: dependencia total / 21-60: dependencia severa / 61-90: dependencia moderada**91-99: dependencia escasa / 100: independencia*

Puntuación total:/ 100

Necesaria derivación al trabajador social: Sí/ No

Nivel II: AIVD y AAVD (Lawton y Brody adaptada)

<u>AIVD</u>	Si	Con ayuda	No
Utiliza el teléfono por sí mismo cuando es necesario	1	3	4
Realiza las compras de necesidad por sí mismo	1	3	4
Cocina de acuerdo a sus necesidades por sí mismo	1	3	4
Realiza las tareas del hogar por sí mismo	1	3	5
<u>AAVD</u>	Si	Con ayuda	No
Administra correctamente sus recursos económicos	1	2	3
Manejo adecuado de los medicamentos y sus pautas	1	2	3
Realiza actividad física de acuerdo a sus necesidades	1	3	4
Uso de transporte	1	3	4

Puntuación total:/ 30

< 8 puntos: independiente / 8-20 puntos precisa ayuda moderada / >20 puntos gran ayuda

VALORACIÓN DE LA MOVILIDAD: MARCHA Y EQUILIBRIO


(1 minuto)

	Si	Parcialmente	No
Timed Up and Go normal			
Test equilibrio normal		-	

Timed Up and Go: <10s normal / 10-20s parcialmente / >20s alteración. Test de equilibrio normal: 10s en cada posición (sí/no)

VALORACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO

Minimental State (5 minutos)

		Puntos si acierta	Puntuación paciente
ORIENTACIÓN	Día de la semana de hoy	5	
	Lugar donde nos encontramos y dirección completa	5	
FIJACIÓN	Repita 3 veces: peseta, caballo, manzana	3	
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	$100-7= (93)-7= (86)-7= (79)-7= (72)$	5	
	Repita: 5-9-2, ahora hacia atrás	3	
MEMORIA	¿Recuerda las palabras que repitió?	3	
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	Mostrar un bolígrafo: ¿qué es esto?	2	
	Repita: en un trigal había cinco perros	1	
	Si una manzana y una pera son frutas, ¿qué son un perro y un gato?	2	
	Coja este papel con la mano derecha, dóblelo a la mitad y déjelo en la mesa.	3	
	Lea esto y haga lo que dice: <u>CIERRE LOS OJOS</u>	1	
	Escriba una frase:	1	
	Copie este dibujo 	1	

Puntuación total: /30 (Deterioro cognitivo positivo si <23 puntos)

VALORACIÓN SOCIAL

Escala de valoración sociofamiliar de Gijón adaptada (5 minutos)

		Ponderación	Puntuación paciente
SITUACIÓN FAMILIAR	Vive con familiar independiente	1	

	Vive con familiar dependiente	3	
	Vive solo	5	
SITUACIÓN ECONÓMICA	Suficiente	1	
	Insuficiente	5	
VIVIENDA	Adaptada a sus necesidades	1	
	No adaptada a sus necesidades	5	
RELACIONES SOCIALES	Con relaciones sociales	1	
	Sólo recibe visitas	3	
	Sin relaciones sociales	5	
APOYO DE LA RED SOCIAL	Con apoyo	1	
	Sin apoyo	5	

Puntuación total: / 25 (alteración de la esfera social si >16)

Derivación al trabajador social: Sí / No

VALORACIÓN AFECTIVA

Escala de Depresión de Yesavage adaptada (5 minutos)

	Respuesta esperada	Alteraciones
En general, ¿está satisfecho con su vida?	Sí	
¿Ha abandonado tareas habituales y aficiones?	No	
¿Siente que su vida está vacía?	No	
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí	
¿Con frecuencia se encuentra desamparado/desprotegido?	No	
¿Se siente sin esperanza en este momento?	No	
¿Piensa que la mayoría está en mejor situación que usted?	No	

Positivo: 3 o más alteraciones

Recomendar derivación a Psiquiatría: Sí/No

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

Mini Nutritional Assesment adaptado por Nestlé Nutritional Institute (10 minutos), de la que se ha tomado el siguiente cuadro:

Cribaje	
A Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	<input type="checkbox"/>
B Pérdida reciente de peso (<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	<input type="checkbox"/>
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	<input type="checkbox"/>
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F1 Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)²	<input type="checkbox"/>
0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>

* *Peso real o estimado*

Evaluación del cribaje (max. 14 puntos)	
12-14 puntos:	<input type="checkbox"/> estado nutricional normal
8-11 puntos:	<input type="checkbox"/> riesgo de malnutrición
0-7 puntos:	<input type="checkbox"/> malnutrición

Necesario plan nutricional de Enfermería: Sí/No

Alteraciones, comentarios de Enfermería y firma:

Ejemplo: Alteración en valoración cognitiva y afectiva. Ayuda alternada entre dos hijos, Enfermera Laura Cabero (nº de contrato 123554)